PROGRAMME

25e Congrès français de Rhumatologie

09 | 12 DÉCEMBRE 2012

SFR société française de rhumatologie

fmc formation médicale continue

Agrément N°100 192

PROTELOS®

Ranélate de strontium 2g

Traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée.
Réduit le risque de fractures vertébrales et de la hanche.

Population cible : patientes ménopausées ostéoporotiques :
- ayant une contre-indication ou une intolérance aux bisphosphonates
- n'ayant pas de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent d'événement thromboembolique veineux ou autres facteurs de risque parmi lesquels l'âge supérieur à 80 ans, l'immobilisation).

Médicament de 2e intention. (Avis de transparence du 21/09/2011).

PROTELOS. Composition et forme : Ranélate de strontium : 2 g. Excipient à effet notoire : aspartame (E951). Granulés pour suspension buv. Boîte de 28 sachets. **Indications : Traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée. PROTELOS réduit le risque de fractures vertébrales et de la hanche. Traitement de l'ostéoporose masculine chez les patients adultes à risque élevé de fracture. Poso. et mode d'administ.§ :** 1 sachet/j en une seule prise quotidienne par voie orale, au moment du coucher et de préférence au moins 2 h après le dîner. Supplémentation en calcium et vitamine D si nécessaire. CTJ = 1,21 €. **Contre-indications :** • Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients • Épisode actuel ou antécédents d'événements veineux thromboemboliques (EVT), incluant la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire • Immobilisation temporaire ou permanente due par exemple à une convalescence post-chirurgicale ou à un alitement prolongé. **Mises en garde et préc. d'emploi§ :** • Ins. rénale : Cl_{cr} < 30 ml/min • Ins. rénale chronique • Patient(e)s à risque d'événements veineux thromboemboliques (EVT), en particulier patient(e)s de plus de 80 ans. En cas d'immobilisation, interrompre dès que possible PROTELOS et prendre des mesures préventives adéquates. PROTELOS ne doit pas être repris avant le rétablissement et le retour à une mobilité complète du (de la) patient(e). En cas de survenue d'EVT, PROTELOS doit être arrêté. • Réactions cutanées mettant en jeu le pronostic vital : syndrome de Stevens-Johnson (SJS), nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell), DRESS syndrome *(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms).* Les patient(e)s doivent être informé(e)s des signes et symptômes de ces réactions cutanées. Risque de survenue de SJS ou de nécrolyse épidermique toxique plus important au cours des 1res semaines de traitement, apparition du DRESS syndrome entre la 3e et la 6e semaine, et évolution favorable dans la plupart des cas à l'arrêt de PROTELOS et après traitement par les corticostéroïdes si nécessaire. En cas de SJS, de nécrolyse épidermique toxique ou de DRESS syndrome, arrêter immédiatement et définitivement PROTELOS. • Interférence avec le dosage du calcium • Phénylcétonurie. **Interactions§ :** • Aliments, lait et produits dérivés, médic. contenant du calcium • Hydroxydes d'aluminium et de magnésium • Tétracyclines et quinolones. **Grossesse, Allait.§ :** contre-indiqué. **Aptitude à conduire§ :** aucun ou qu'un effet négligeable. **Effets indésirables§ :** • Fréquents : Céphalées, troubles de la conscience, perte de mémoire, nausées, diarrhées, pertes fécales, dermatite, eczéma, EVT, augmentation de la créatine phosphokinase. • Peu fréquents : convulsions. • Rares : DRESS syndrome. • Très rares : réactions cutanées sévères (SJS et nécrolyse épidermique toxique) rapportés comme rares dans les pays asiatiques. • Fréquence inconnue : paresthésie, étourdissement, vertige, vomissements, douleurs abdominales, irritations de la muqueuse buccale, reflux gastro-œsophagien, dyspepsie, constipation, flatulence, bouche sèche, hépatite, réactions d'hypersensibilité cutanée pouvant s'accompagner d'une augmentation des transaminases sériques, d'une pyrexie, d'une éosinophilie, et d'une lymphadénopathie, alopécie, douleurs musculo-squelettiques, œdème périphérique, malaise, état confusionnel, insomnie, hyperréactivité bronchique, insuffisance médullaire. **Propriétés§ :** PROTELOS augmente la formation osseuse et diminue la résorption osseuse. Il rééquilibre ainsi le métabolisme osseux en faveur de la formation. **Prescription et délivrance :** Liste I. AMM 34009 365 170 3 5, EU/1/04/288/003 (boîte de 28 sachets). Prix : 33,83 €. Collect. Remboursement Sécurité sociale à 30 % dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique pour réduire le risque de fractures vertébrales et de hanche chez les patientes à risque élevé de fractures : - ayant une contre-indication ou une intolérance aux bisphosphonates, - n'ayant pas d'antécédent d'événement thrombo-embolique veineux ou d'autres facteurs de risque d'événement thrombo-embolique veineux notamment l'âge supérieur à 80 ans. Sont considérées comme patientes à risque élevé de fracture : les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; en l'absence de fracture, les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score ⩽ -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture en particulier, un âge > 60 ans, une corticothérapie systémique ancienne ou actuelle à une posologie ⩾ 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone, un indice de masse corporelle < 19 kg/m², un antécédent de fracture de l'extrémité du col du fémur chez un parent du premier degré (mère), une ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans). Non remboursable à la date du 01/10/2012 dans le traitement de l'ostéoporose masculine chez les patients à risque élevé de fracture. **Info. méd. :** Servier Médical - 35 rue de Verdun, 92284 Suresnes Cedex. Tél. : 01 55 72 60 00. **Titulaire/Exploitant :** Les Laboratoires Servier - 50, rue Carnot – 92284 Suresnes Cedex. **AMM du 21/09/2004, rév. Octobre 2012.** 13 RT 5017 FF V1.

§ Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site Internet de l'EMA. http://www.ema.europa.eu/.

1 prise par jour

12 RT 09 P - 09.12 - Visa n° 12/06/656/8140/PM/003.

Sommaire

- Comités p.3
- Remerciements aux partenaires p.4
- Synoptique p.5
- Réunions Parallèles p.16
- Programme Scientifique et fmc
  - Dimanche p.19
  - Lundi p.21
  - Mardi p.51
  - Mercredi p.81
- 8e Journée des Professionnels de Santé p.103
- Index des orateurs et modérateurs p.139

Symposiums p.107

Dimanche

ABBOTT P.111

Lundi

PFIZER P.117,
GSK / HGS P.119,
BRISTOL-MYERS SQUIBB P.121,
SERVIER P.123,
MENARINI / IPSEN P.125,
ROCHE CHUGAI P.127

Mardi

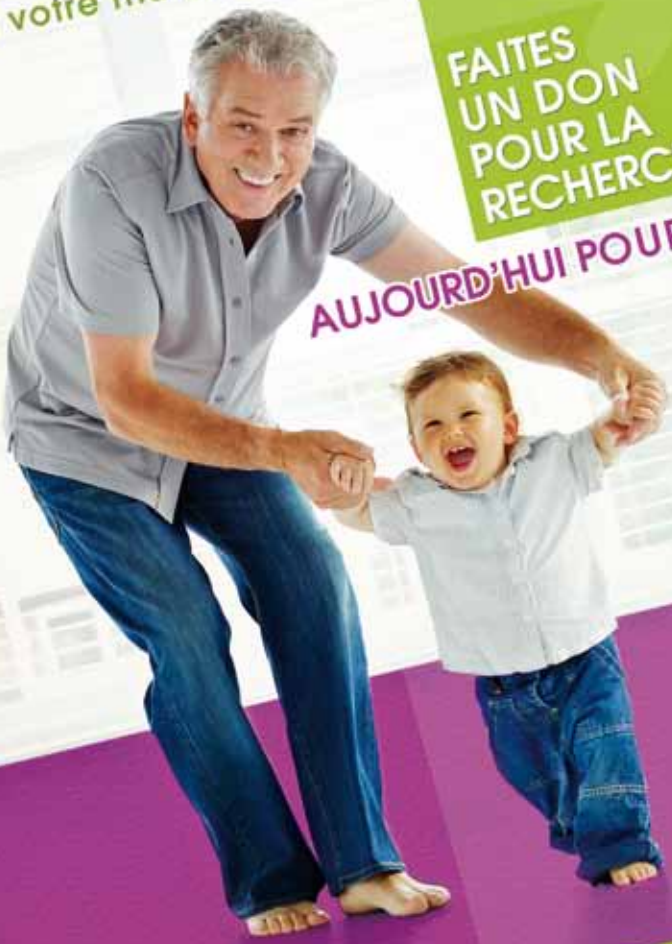
UCB PHARMA P.129,
MSD FRANCE P.131,
PFIZER INTERNATIONAL P.133,
ABBOTT P.137

Parlez-en à votre rhumatologue !

www.france-rhumatismes.org

FAITES UN DON POUR LA RECHERCHE !

AUJOURD'HUI POUR DEMAIN



France Rhumatismes

Fonds de dotation pour la recherche contre les maladies des os et des articulations

Patrice MARTIN, 12 fois champion du monde de ski nautique.

PARRAIN de France Rhumatismes

80, rue de l'Abbé Groult - 75015 PARIS - www.france-rhumatismes.org

Comités

PRÉSIDENT DU CONGRÈS : Erick Legrand

VICE-PRÉSIDENTS DU CONGRÈS : Blandine Gerbay, Thierry Schaeverbeke

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Maurice Audran, Isabelle Azaïs, Jean-Marie Berthelot, Philippe Bertin, Pierre Bourgeois, Maxime Breban, Gérard Chalès, Maria-Antonietta d'Agostino, Liana Euller-Ziegler, Chantal Job-Deslandre, Pierre Lafforgue, Xavier Mariette, Corinne Miceli-Richard, Anne-Christine Rat, Michel Revel, Pascal Vergne-Salle, Olivier Vittecoq, Daniel Wendling, Jean-Marc Ziza

COMITÉ DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE ET PÉDAGOGIQUE :

Pascal Chazerain, Dominique Clerc, Emmanuelle Dernis, Fabien Etchepare, Claudie Guedes, Virginie Legré, Henri Lellouche, Christian Pascaretti, Stéphanie Rist, Anne-Marie Vigneron

COMITÉ D'ÉVALUATION PÉDAGOGIQUE : Gérard Chalès

COMITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :

Daphné Devillers (Psychologue clinicienne), Catherine Gallais (Cadre de santé), Dominique Gasquères (Kinésithérapeute), Stella Godeau (Secrétaire médicale), Patrick Louvrier (Kinésithérapeute), Françoise Mazé (Diététicienne), Nathalie Nayral (Ergothérapeute), Elisabeth Vernin (Cadre de rééducation)

CONFÉRENCES D'ACTUALITÉS :

Blandine Gerbay, Erick Legrand, Thierry Schaeverbeke

COLLOQUE DE RECHERCHE :

Gilles Chiocchia, Arnaud Constantin

COMITÉ D'ORGANISATION :

Bernard Combe, Sylvie Egger, René-Marc Flipo, Catherine Reillat

Remerciements

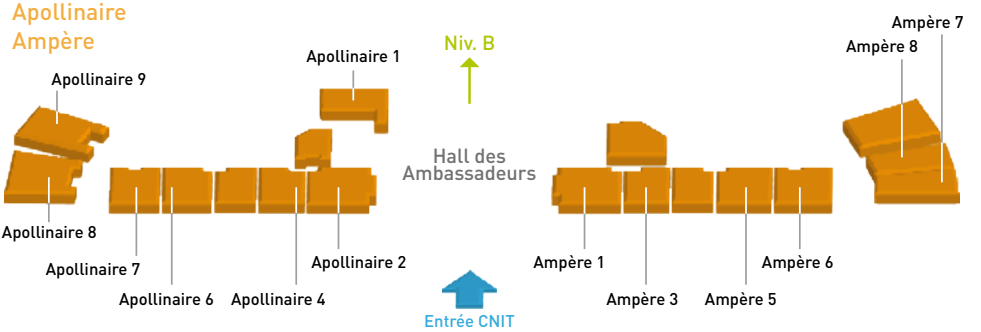
PARTENAIRES

ABBOTT
ABBOTT PRODUCTS SAS
ALEXION PHARMACEUTICALS
AMGEN / GSK
AOD
BIOCODEX
BRISTOL-MYERS SQUIBB
CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX
CROMA
D3A MEDICAL SYSTEMS
EOS IMAGING
ESAOTE
GE HEALTHCARE ULTRASOUND
GENZYME
GIBAUD
GSK / HGS
IPSEN
JBH SANTE
LABORATOIRES EXPANSCIENCE
LABORATOIRES GENEVRIER
LABORATOIRES SERVIER
LCA PHARMACEUTICAL
LILLY FRANCE
MEDTRONIC
MENARINI / IPSEN
MSD FRANCE
NORDIC PHARMA
NOVARTIS PHARMA
ORTHOSOFT
PFIZER
PFIZER INTERNATIONAL
PIERRE FABRE SANTE
REVUE RHUMATOS
ROCHE
ROCHE CHUGAI
ROTTAPHARM
SANOIA
SANTE VISION DU MONDE
SANTOR EDITION
SAVIENT
SMITH & NEPHEW - DUROLANE
STEPHANIX-HOLOGIC
SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM
THERADIAG
TOSHIBA MEDICAL
TRB CHEMEDICA
UCB PHARMA
YOPLAIT

Programme
SYNOPTIQUE

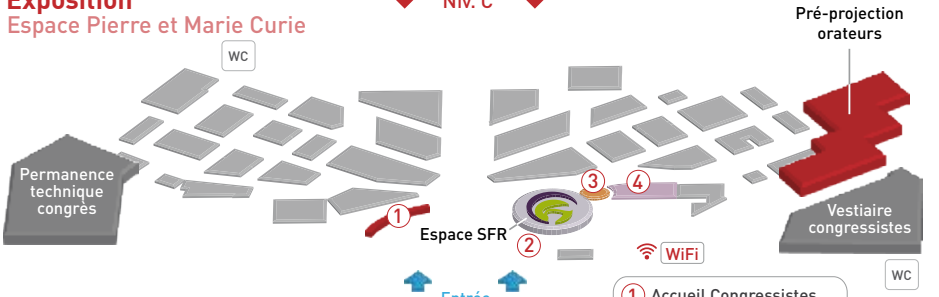
Plan du congrès

Niveau A
Salles de conférences
Apollinaire
Ampère

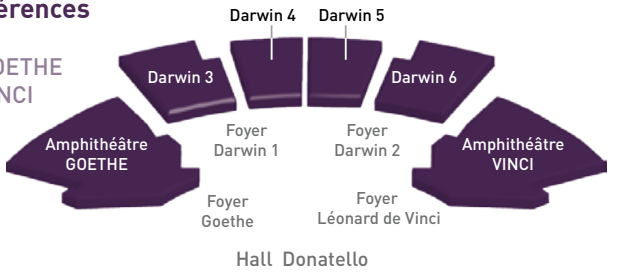


Niveau B
Salles de conférences
Brillat-Savarin

Niveau C
Exposition
Espace Pierre et Marie Curie



Niveau D
Salles de conférences
Darwin
Amphithéâtre GOETHE
Amphithéâtre VINCI



Dimanche 9 décembre

LÉONARD DE VINCI

11h00 – 12h30 — fmc

Quoi de neuf ?

Polyarthrite rhumatoïde
A. Cantagrel

Os
C. Cormier

Pathologie rachidienne
M. Marty

P.20

13h30 – 14h45

Symposium Satellite

ABBOTT

P.111

15h00 – 18h00 — fmc

Conférence d'actualités

Où et quand commence la polyarthrite rhumatoïde ?
T. Schaeverbeke

Physiopathologie de l'ostéodystrophie rénale
MH. Lafage-Proust

Actualités sur la goutte en 2012
AKL. So

Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique
S. Rozenberg

P.20

Lundi 10 décembre

08h30/19h15

	LÉONARD DE VINCI	GOETHE	DARWIN 4 & 5	BRILLAT SAVARIN 1	BRILLAT SAVARIN 3	DARWIN 3
08h30	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc
▼	**Mise au point** Les nouveaux traitements des tendinopathies chroniques H. Bard O. Fichez P.22	**Dialogue** Faut-il traiter les patients ostéoporotiques au-delà de 80 ans ? P. Fardellone P.22	**Dialogue** Douleurs musculaires et CPK élevées : que faire ? S. Pavy P.22	**Dialogue** Traitement du rhumatisme psoriasique en 2012 E. Dernis P.22	**Mise au point** Vaccinations et biothérapies J. Morel P.22	**Mise au point** Maladie de Still : actualités diagnostiques et thérapeutiques V. Devauchelle-Pensec P.23
09h30						
15 min	PAUSE					
09h45	VISITE DES AFFICHES P.39	**Symposium Satellite** PFIZER P.117	VISITE DES AFFICHES P.39	**Symposium Satellite** GSK / HGS P.119	VISITE DES AFFICHES P.39	
▼						
11h00						
15 min	PAUSE					
11h15	**Plénière** B. Combe E. Legrand B. Gerbay P.25					
▼						
12h45						
15 min	PAUSE					
13h00	**Symposium Satellite** BRISTOL MYERS SQUIBB P.121	**Symposium Satellite** SERVIER P.123		**Symposium Satellite** MENARINI / IPSEN P.125	**Symposium Satellite** ROCHE CHUGAI P.127	
▼						
14h15						
15 min	PAUSE					
14h30	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc
▼	**Controverse** Faut-il avoir peur des effets secondaires des traitements de l'ostéoporose ? E. Legrand P. Guggenbuhl P.26	**Dialogue** Stratégie d'épargne cortisonique : de la théorie à la pratique RM. Flipo P.26	**Mise au point** Comment gérer la SA en rémission ? C. Lukas J. Paccou P.26	**Mise au point** La rémission au cours de la PR : les critères, le rôle de l'imagerie, les moyens thérapeutiques B. Haraoui P.26	**Mise au point** Infiltrations et diabète I. Tonolli-Serabian P.27	**Atelier** Les images pathologiques les plus classiques et les plus fréquentes lors de la réalisation d'IRM du genou A. Cotten P.27
15h30						
15 min	PAUSE					
15h45	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc
▼	**Mise au point** Quelles sont les infiltrations scientifiquement fondées ? H. Lellouche B. Moura P.30	**Dialogue** Faut-il traiter les patients ostéoporotiques au-delà de 80 ans ? P. Fardellone P.30	**Dialogue** Douleurs musculaires et CPK élevées : que faire ? S. Pavy P.30	**Dialogue** Traitement du rhumatisme psoriasique en 2012 E. Dernis P.30	**Mise au point** Biothérapies et sujet âgé M. Soubrier P.31	**Mise au point** Les cellules souches : perspectives en rhumatologie C. Jorgensen P.31
16h45						
15 min	PAUSE					
17h00	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc	fmc
▼	**Mise au point** **Section spécialisée SFR-OS** Hypophosphatémies dans le cadre des traitements anti-rétroviraux RM. Javier Le point sur les ostéonécroses maxillaires liées aux traitements de l'ostéoporose G. Penel P.33	**Mise au point** Actualités des traitements de l'ostéonécrose épiphysaire P. Lafforgue X. Flecher P.34	**Mise au point** Quinze erreurs à ne pas commettre devant un syndrome fibromyalgique F. Laroche P.34	**Mise au point** **Section spécialisée ARTHROSE** Syndrome métabolique et arthrose J. Sellam HOFFA : un nouvel acteur impliqué dans la gonarthrose F. Eymard P.34	**Mise au point** **Section spécialisée PÉDIATRIE** Les traitements de l'arthrite juvénile A. Duquesne C. Job-Deslandre P.34	**Mise au point** **RACHIS** La lombalgie : muscle coupable ou victime ? S. Genevay JY. Maigne R. Carlier P.35
18h00						
15 min	PAUSE					
18h15						
▼						
19h15						

Lundi 10 décembre

08h30/19h15

DARWIN 6	AMPÈRE 1 & 3	AMPÈRE 5 & 6	AMPÈRE 7 & 8	APOLL. 2 & 4	APOLL. 6 & 7	APOLL. 9	
8h30-10h00 **Colloque de recherche** Déterminisme sexuel des maladies rhumatologiques J. Weitzman JC. Guéry N. Lambert P.23	fmc **Mise au point** Les spondylodicites infectieuses : difficultés diagnostiques et thérapeutiques JM. Ziza P.23	fmc **Mise au point** Hémoglobinopathies et pathologies ostéo-articulaires R. Bileckot P.23	fmc **Mise au point** Pourquoi s'intéresser aux critères patients ? L. Gossec P.24		fmc **Mise au point** Prévalence et sévérité des rhumatismes inflammatoires : les temps changent ! P. Claudepierre A. Saraux P.24		08h30 09h30
	PAUSE						15 min
	VISITE DES AFFICHES Arthrose, cartilage, arthropathies micro-cristallines - Douleur - Imagerie et analyse d'images - Immunologie et inflammation - Infections ostéo-articulaires - Maladies rares - Os tumoral - Pharmacologie et thérapeutiques - Polyarthrite rhumatoïde Lu.01 - Lu.163 P.39						09h45 11h00
	PAUSE						15 min
							11h15 12h45
	PAUSE						15 min
							13h00 14h15
	PAUSE						15 min
Session Scientifique Pathologie rachidienne Y. Henrotin M. Revel S. Rozenberg P.27	**Session Scientifique** Arthrose, cartilage, arthropathies microcristallines G. Chalès X. Chevalier J. Sellam P.28	**Session Scientifique** Os tumoral I. Azais M. Laroche C. Marcelli P.28	fmc **Mise au point** Prise en charge du lupus en 2012 C. Richez P.29	**Session Scientifique** Douleur RM. Javier S. Perrot P. Vergne-Salle P.29	fmc **Mise au point** La voie TH17 en rhumatologie P. Miossec P.29		14h30 15h30
	PAUSE						15 min
Interface SFR-OS SFBTM P.31	fmc **Atelier** Le pied traumatique délaissé, vu par le rhumatologue B. Daum P.31	**Session Scientifique** Polyarthrite rhumatoïde H. Marotte E. Solau-Gervais O. Vittecoq P.32		**Session Scientifique** Infections ostéo-articulaires JJ. Dubost E. Pertuiset JM. Ziza P.32	**Session Scientifique** Imagerie et analyse d'images MA. d'Agostino I. Chary-Valckenaere F. Gandjbakhch P.33		15h45 16h45
	PAUSE						15 min
	Session Scientifique Épidémiologie C. Gaujoux-Viala AC. Rat R. Seror P.35	**Session Scientifique** Pharmacologie et thérapeutiques B. Bannwarth P. Bertin S. Perrot P.36	fmc **Mise au point** **Section spécialisée ETP** Internet - les patients et les rhumatologues L. Carton, D. Poivret, I. Griffoul-Espitalier, S. Chirol, N. Legoupil, S. Rollot, L. Grange JN. Dachicourt, R. Rouet, D. Oziel P.36	**Session Scientifique** Maladies rares M. de Bandt JM. Berthelot C. Masson P.37	**Session Scientifique** Immunologie et inflammation JE. Gottenberg C. Miceli-Richard P.38	fmc **Mise au point** **GÉRIATRIE** Controverse sur la chirurgie de l'épaule du sujet âgé et très âgé, le pour et le contre O. Gagey P. Valenti P.38	17h00 18h00
	PAUSE						15 min
Table ronde THERADIAG Monitoring des biothérapies : place des dosages anti-TNF alpha P.38							18h15 19h15

Mardi 11 décembre

08h30/19h15

	LÉONARD DE VINCI	GOETHE	DARWIN 4 & 5	BRILLAT SAVARIN 1	BRILLAT SAVARIN 3	DARWIN 3	DARWIN 6
08h30 – 09h30	fmc **Mise au point** Les effets paradoxaux des anti-TNF É. Toussirot P.52	fmc **Dialogue** Stratégie d'épargne cortisonique : de la théorie à la pratique RM. Flipo P.52	fmc **Dialogue** Quand arrêter le traitement de l'ostéoporose ? V. Breuil P.52	fmc **Mise au point** Le genou de l'adolescente C. Pascaretti F. Gougeon P.52	fmc **Mise au point** Comment gérer la PR en rémission A. Constantin B. Fautrel P.52	**SFR** **PROMOTEUR DE RECHERCHE ET COHORTES** Cohorte ESPOIR Cohorte KHOALA Cohorte DESIR P.53	
15 min	PAUSE						
09h45 – 11h00		VISITE DES AFFICHES P.69		**Symposium Satellite** UCB PHARMA P.129	VISITE DES AFFICHES Arthrose, cartilage, arthropathies micro-cristallines - Autres maladies inflammatoires - Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques - Os métabolique - Pathologie musculo-tendino-ligamentaire - Polyarthrite rhumatoïde - Rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent - Spondylarthropathies Ma.01 - Ma.164 P.69		
15 min	PAUSE						
11h15 – 12h45	**Plénière** E. Legrand T. Schaeverbeke B. Combe P.55						
15 min	PAUSE						
13h00 – 14h15	**Symposium Satellite** MSD FRANCE P.131			**Symposium Satellite** PFIZER INTERNATIONAL P.133	**Symposium Satellite** ABBOTT P.137		
15 min	PAUSE						
14h30 – 15h30	fmc **Mise au point** Biothérapies : le Bien ou le Mal ? Les méta-analyses C. Gaujoux-Viala L. Gossec C. Lukas P.56	fmc **Dialogue** Nouvelles recommandations pour le traitement de l'ostéoporose : les données scientifiques qui changent nos pratiques T. Thomas B. Naveau P.56	fmc **Mise au point** Les opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse B. Bannwarth P.56	fmc **Controverse** Le sevrage des glucocorticoïdes J. Morel A. Saraux P.57	fmc **Mise au point** PR séro-négatives et PR séro-positives : des maladies différentes ? T. Schaeverbeke P.57	fmc **Mise au point** Traitement de l'arthrose au lendemain de l'actualisation 2012 de l'ACR Y. Henrotin P.57	fmc **Mise au point** Faut-il changer notre prise en charge thérapeutique des lombalgiques ? F. Rannou P.57
15 min	PAUSE						
15h45 – 16h45		fmc **Mise au point** Les pièges dans la prise en charge du canal lombaire étroit G. Chalès P.61	fmc **Dialogue** Quand arrêter le traitement de l'ostéoporose ? V. Breuil P.61	fmc **Mise au point** L'arthrose de la cheville P. Djian V. Legré P.61	fmc **Mise au point** Physiopathologie de la SA D. Baeten P.61	**Interface** **Société Française de Rhumatologie/ Société Française de Radiologie** **Infiltration périphérique avec ou sans guidage** D. Baron O. Fantino H. Guérini B. Le Goff H. Bard P.62	**Session Scientifique** Os métabolique M. Audran P. Guggenbuhl E. Lespessailles P.62
15 min	PAUSE						
17h00 – 18h00	fmc **Atelier** Comment bien utiliser l'IRM du rachis lombaire ? D. Loeuille P.65	fmc **Mise au point** Quelle sciatique opérer ? T. Faillot V. Foltz P.65	fmc **Controverse** Place de la corticothérapie à faible dose dans la PR JM. Berthelot JF. Maillefert P.65	fmc **Mise au point CRI** Aspects pratiques de la prise en charge des biomédicaments V. Goeb X. Mariette X. Puéchal J. Sibilia P.65	fmc **Mise au point** Les médicaments que les rhumatologues ne peuvent plus prescrire en 2012 : Pourquoi ? Quelles alternatives ? B. Bannwarth G. Bouvenot P.65	fmc **Mise au point ARF** Rééducation des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs J. Beaudreuil P.66	fmc **Mise au point CEDR** Actualités douleurs 2012 RM. Javier F. Laroche S. Perrot P. Vergne-Salle P.66

Mardi 11 décembre

08h30/19h15

AMPÈRE 1 & 3	AMPÈRE 5 & 6	AMPÈRE 7 & 8	APOLL. 1	APOLL. 2 & 4	APOLL. 6 & 7	APOLL. 8	APOLL. 9	
fmc **Dialogue** Nouvelles recommandations pour le traitement de l'ostéoporose : les données scientifiques qui changent nos pratiques T. Thomas B. Naveau P.53	fmc **Mise au point** Evaluer la micro-architecture osseuse en 2012 : moyens, résultats, indications E. Lespessailles P.53	fmc **Atelier** Microcristaux et liquide articulaire T. Bardin HK. Ea J. Ora P. Richette I. Silva P.54		fmc **Mise au point** Traitement des SPA en échec d'anti-TNF D. Wendling P.54	fmc **Mise au point** Les effets ostéo-articulaires des traitements anti-tumoraux F. Debiais P.54		fmc **Atelier** Échographie du rachis B. Le Goff P.54	08h30 09h30
PAUSE								15 min
VISITE DES AFFICHES Arthrose, cartilage, arthropathies micro-cristallines - Autres maladies inflammatoires - Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques - Os métabolique - Pathologie musculo-tendino-ligamentaire - Polyarthrite rhumatoïde - Rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent - Spondylarthropathies Ma.01 - Ma.164 P.69								09h45 11h00
PAUSE								15 min
								11h15 12h45
PAUSE								15 min
								13h00 14h15
PAUSE								15 min
Session Scientifique Autres maladies inflammatoires E. Hachulla X. Mariette C. Richez P.58	fmc **Mise au point** L'art thérapie (musique, danse, écriture, peinture), libération des émotions, douleur et anxiété R. Ghozlan P.58	fmc **Atelier** Microcristaux et liquide articulaire T. Bardin HK. Ea A. Molto J. Ora S. Ottaviani I. Silva P.59		**Session Scientifique** Rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent B. Bader-Meunier C. Job-Deslandre E. Solau-Gervais P.59	**Session Scientifique** Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques T. Lequerré D. Wendling P.60		fmc **Atelier** Échographie du genou S. Jousse-Joulin P.60	14h30 15h30
PAUSE								15 min
fmc **Mise au point** Le difficile diagnostic de la PPR : à la lumière des nouveaux critères M. de Bandt P.63	**Session Scientifique** Polyarthrite rhumatoïde H. Marotte E. Solau-Gervais O. Vittecoq P.63			**Session Scientifique** Pathologie musculo-tendino-ligamentaire E. Legrand P. Lafforgue P.64	fmc **Atelier** Les vraies et les fausses fractures vertébrales J. Fechtenbaum S. Kolta C. Roux P.64		fmc **Atelier** Les gestes échoguidés dans la main et le poignet P. Gaudin P.64	15h45 16h45
PAUSE								15 min
Session Scientifique Os métabolique M. Audran P. Guggenbuhl E. Lespessailles P.66	**Session Scientifique** Spondyl-arthropathies M. Breban G. Falgarone K. de Vlam P.67	fmc **Mise au point Section Spécialisée MALADIES RARES** Les maladies musculaires : du diagnostic fréquent à la maladie rare J. Sibilia T. Schaeverbeke A. Meyer S. Guis A. Tournadre P.67	fmc **Mise au point Club REM** Le pourquoi et le comment en rhumatologie G. Serre J. Roudier P.67	**Session Scientifique** Arthrose, cartilage, arthropathies microcristallines G. Chalès X. Chevalier J. Sellam P.68	fmc **Mise au point Section Spécialisée IMAGERIE** L'asepsie sous échographie B. Le Goff B. Maillet P. Pillon Nouvelles recommandations sur l'environnement dédié à l'interventionnel Y. Maugars P.68	fmc **Mise au point GREP** L'épaule du patient parkinsonien A. Poujois L'omoplate à ressaut L'élastofibrome : une autre « omoplate à ressaut » E. Noel Place des infiltrations corticoïdes et synoviorthèses dans l'épaule rhumatoïde H. Bard P.68		17h00 18h00

Mercredi 12 décembre

08h30/16h15

	GOETHE	DARWIN 4 & 5	BRILLAT SAVARIN 1	BRILLAT SAVARIN 3	DARWIN 3	DARWIN 6
08h30	fmc **Mise au point** La colchicine en 2012 P. Richette P.82		**8h30-10h00** **Journée Registres** Actualités de REGATE Actualités d'AIR-PR Actualités d'ORA Projets d'études en cours sur les registres P.82	fmc **Mise au point** Les bases scientifiques de l'éducation thérapeutique sont-elles solides ? C. Beauvais AC. Rat P.82	**8h30-10h45** **CFMR** Le DPC : une obligation en 2013. Etat des lieux P. Monod L'observatoire des infiltrations. Action DPC du CFMR B. Gerbay P. Lebrun Les réseaux : optimisation du suivi de la PR G. Baudens J. Rouvière Comment mieux évaluer le risque fracturaire pour une meilleure prise en charge de l'OP. Action DPC du GRIO ? L. Chapuis P.83	**Session Scientifique** Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques T. Lequerré D. Wendling P.83
09h30						
15 min	PAUSE			PAUSE		PAUSE
09h45		VISITE DES AFFICHES Autres maladies inflammatoires - Biothérapies et rhumatismes inflammatoires chroniques - Épidémiologie - Os métabolique - Polyarthrite rhumatoïde - Pratiques professionnelles et éducation thérapeutique - Spondylarthropathies Me.01 - Me.135 P.92				VISITE DES AFFICHES P.92
10h45						
15 min	PAUSE					
11h00	**Plénière** E. Legrand T. Schaeverbeke B. Haraoui P.85					
12h30						
60 min	PAUSE					
13h30	fmc **Mise au point** La dystrophie rachidienne de croissance JD. Laredo C. Marty P.86	fmc **Mise au point** Le retour de la prothèse unicompartimentale du genou R. Nizard P.86		**Session Scientifique** Pratiques professionnelles et éducation thérapeutique L. Euller-Ziegler P. Monod AC. Rat P.87	**Session Scientifique** Autres maladies inflammatoires E. Hachulla X. Mariette C. Richez P.88	**Session Scientifique** Os métabolique M. Audran P. Guggenbuhl E. Lespessailles P.89
14h30						
15 min	PAUSE					
14h45	**Quoi de neuf ?** Spondylarthropathies M. Breban Arthrose X. Chevalier Pathologie abarticulaire E. Hoppe P.91					
16h15						

Mercredi 12 décembre

AMPÈRE 1 & 3	AMPÈRE 5 & 6	APOLLINAIRE 2 & 4	
		fmc	08h30
8h30-9h10 Recommandations SFR Mise à jour des recommandations d'utilisation des anti-TNF V. Goeb J. Sibilia P.84	**Session Scientifique** Spondylarthropathies M. Breban G. Falgarone K. de Vlam P.84	**Mise au point** Le diagnostic des tumeurs osseuses bénignes A. Chevrot P.84	09h30
PAUSE			15 min
VISITE DES AFFICHES Autres maladies inflammatoires - Biothérapies et rhumatismes inflammatoires chroniques - Épidémiologie - Os métabolique - Polyarthrite rhumatoïde - Pratiques professionnelles et éducation thérapeutique - Spondylarthropathies Me.01 - Me.135 P.92			09h45 10h45
PAUSE			15 min
			11h00 12h30
PAUSE			60 min
Session Scientifique Rhumatologie du sujet âgé P. Bourgeois J. Taillandier B. Verlhac P.90	**Session Scientifique** Polyarthrite rhumatoïde H. Marotte E. Solau-Gervais O. Vittecoq P.91		13h30 14h30
PAUSE			15 min
			14h45 16h15

Journées Nationales de Rhumatologie

30 Mai au 1er Juin 2013

Le futur vous attend à Poitiers !

Palais des Congrès
Futuroscope
POITIERS

SFR
société française de rhumatologie

Journée des Professionnels de Santé

Mercredi 12 décembre

	DARWIN 4&5	BRILLAT SAVARIN 3	DARWIN 3	DARWIN 6	AMPÈRE 1&3	AMPÈRE 5&6
09h00 – 10h00	**Conférence introductive** Discours E. Legrand Actualités médicales en rhumatologie E. Legrand P.104					
15 min				PAUSE		
10h15 – 11h15				**Atelier interactif** Accueil et efficience de la prise en soins des patients en rhumatologie C. Le Loc'h P.104	**Atelier interactif** Prévenir, dépister et traiter la dénutrition F. Mazé S. Ripaux P.104	**Atelier interactif** Éducation thérapeutique de patients lombalgiques subaigus à la Pitié Salpetrière C. Larnicol P. Louvrier P.104
15 min				PAUSE		
11h30 – 12h30		**Table ronde** MSD FRANCE Les ateliers « infirmières » P.104				
135 min				PAUSE		
14h45 – 15h45			**Plénière** B. Gerbay P. Bourgeois G.Chalès P.105			
30 min				PAUSE		
16h00 – 17h00				**Atelier** L'hypnose : un outil à usage multiple en rééducation fonctionnelle et orthopédique M. Guillou O. Villemin P.106	**Atelier** Voulez-vous aider votre patient à arrêter de fumer : les méthodes efficaces X. Guillery P.106	**Atelier** La plainte douloureuse au-delà de la douleur D. Devillers P.106

Réunions parallèles

Lundi 10 décembre

18h00 ⟶ 19h00 **AMPHITHÉÂTRE LÉONARD DE VINCI**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SECTION SPÉCIALISÉE SFR-OS

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE BRILLAT SAVARIN 1**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SECTION SPÉCIALISÉE ARTHROSE

18H15 ⟶ 19H30 **SALLE BRILLAT SAVARIN 3**

RÉUNION COMEDRA

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE DARWIN 3**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE RACHIS

18H15 ⟶ 19H30 **SALLE APOLLINAIRE 6 & 7**

RÉUNION GRRIF

18H00 ⟶ 19H30 **SALLE AMPÈRE 2**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SNMR

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE AMPÈRE 5 & 6**

COMMISSION INTERNATIONALE + RÉUNION SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES

18H15 ⟶ 19H30 **SALLE APOLLINAIRE 2 & 4**

ÉTUDE STRASS

18H00 ⟶ 19H00 **STAND SFR**

ACCUEIL DES INTERNES 2012
COFER / SFR / ARF

Réunions parallèles

Mardi 11 décembre

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE BRILLAT SAVARIN 1**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CRI

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE DARWIN 3**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ARF

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE DARWIN 6**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CEDR

18H15 ⟶ 19H30 **SALLE AMPÈRE 1 & 3**

CONSEIL D'ADMINISTRATION AFLAR

18H15 ⟶ 19H30 **SALLE AMPÈRE 7 & 8**

RÉUNION DUPUYTREN

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE APOLLINAIRE 7**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SECTION SPÉCIALISÉE IMAGERIE / SIRIS

18H00 ⟶ 19H00 **SALLE APOLLINAIRE 8**

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE GREP

Journées Nationales de Rhumatologie

30 Mai au 1er Juin 2013

Le futur vous attend à Poitiers !

Palais des Congrès
Futuroscope
POITIERS

SFR
société française de rhumatologie

Programme Scientifique
DIMANCHE

Dimanche 9 décembre 11h00/18h00

11h00 → 12h30 | LÉONARD DE VINCI | *Quoi de neuf ?*

fmc

Quoi de neuf ?

Modérateurs : E. Legrand (Angers), B. Gerbay (Saint-Etienne), T. Schaeverbeke (Bordeaux)

11:00 Polyarthrite rhumatoïde
A. Cantagrel (Toulouse)

11:30 Os
C. Cormier (Paris)

12:00 Pathologie rachidienne
M. Marty (Créteil)

13h30 → 14h45 | LÉONARD DE VINCI | *Symposium satellite*

ABBOTT

Au coeur de la PR

Programme p.111

15h00 → 18h00 | LÉONARD DE VINCI | *Conférence d'actualités*

Conférence d'actualités

Modérateurs : E. Legrand (Angers), B. Gerbay (Saint-Etienne), T. Schaeverbeke (Bordeaux)

15:00 Où et quand commence la polyarthrite rhumatoïde ?
T. Schaeverbeke (Bordeaux)

15:45 Physiopathologie de l'ostéodystrophie rénale
MH. Lafage-Proust (Saint-Etienne)

16:30 Actualités sur la goutte en 2012
AKL. So (Lausanne)

17:15 Stratégie thérapeutique devant une lombalgie chronique
S. Rozenberg (Paris)

Programme Scientifique

LUNDI

Lundi 10 décembre

08h30 → 09h30 | **LÉONARD DE VINCI** | *Mise au point*

fmc

Les nouveaux traitements des tendinopathies chroniques

H. Bard, O. Fichez (Paris, Saint-Raphaël)

Modérateur : V. Legré (Paris)

Objectifs :

- Connaître les nouveaux traitements proposés dans les tendinopathies chroniques
- Préciser les indications et les contre-indications des injections de plasma enrichi en plaquettes dans les tendinopathies chroniques
- Évaluer les avantages et les inconvénients de ces nouveaux traitements par rapport aux traitements classiques

08h30 → 09h30 | **GOETHE** | *Dialogue*

fmc

Faut-il traiter les patients ostéoporotiques au-delà de 80 ans ?

P. Fardellone (Amiens)

Modérateur : JB. Gauvain (Orléans)

Objectifs :

- Qui traiter ?
- Quoi traiter ?
- Comment traiter ?

08h30 → 09h30 | **DARWIN 4 & 5** | *Dialogue*

fmc

Douleurs musculaires et CPK élevées : que faire ?

S. Pavy (Le Kremlin-Bicêtre)

Modérateur : M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Objectifs :

- Connaître les principales causes d'élévation des CPK
- Savoir gérer une élévation des CPK sous statines
- Connaître les indications d'une biopsie musculaire en cas d'élévation des CPK

08h30 → 09h30 | **BRILLAT SAVARIN 1** | *Dialogue*

fmc

Traitement du rhumatisme psoriasique en 2012

E. Dernis (Le Mans)

Modérateur : P. Goupille (Tours)

Objectifs :

- Connaître les traitements médicamenteux ayant l'AMM (autorisation de mise sur le marché) dans le rhumatisme psoriasique
- Connaître les médicaments de fond (classiques et immunothérapies) ayant été étudiés au cours du rhumatisme psoriasique périphérique
- Connaître les critères de suivi proposés au cours du rhumatisme psoriasique

08h30 → 09h30 | **BRILLAT SAVARIN 3** | *Mise au point*

fmc

Vaccinations et biothérapies

J. Morel (Montpellier)

Modérateur : V. Goeb (Amiens)

Objectifs :

- Nommer les vaccins particulièrement recommandés en cas de biothérapie
- Indiquer les vaccins nécessitant un arrêt des biothérapies
- Établir quelle est la réponse vaccinale en fonction de la biothérapie

08h30 → 09h30 **DARWIN 3** *Mise au point*

fmc

Maladie de Still : actualités diagnostiques et thérapeutiques

V. Devauchelle-Pensec (Brest)

Modérateur : X. Puéchal (Paris)

Objectifs :

- Diagnostic et classification de la maladie de Still
- Identifier et traiter le syndrome d'activation macrophagique
- Les nouvelles données thérapeutiques dans la maladie de Still

08h30 → 10h00 **DARWIN 6** *Colloque de recherche*

Déterminisme sexuel des maladies rhumatologiques

Modérateurs : G. Chiocchia (Paris), A. Constantin (Toulouse)

08:30 Epigénétique, genre et maladies rhumatologiques
J. Weitzman (Paris)

09:00 Hormones sexuelles et maladies rhumatologiques
JC. Guéry (Toulouse)

09:30 Microchimérisme et maladies rhumatologiques
N. Lambert (Marseille)

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 1 & 3** *Mise au point*

fmc

Les spondylodicites infectieuses : difficultés diagnostiques et thérapeutiques

JM. Ziza (Paris)

Modérateur : L. Bernard (Tours)

Objectifs :

- Savoir reconnaître une spondylodiscite infectieuse : les participants pourront acquérir les principaux éléments permettant le diagnostic clinique et radiologique d'une spondylodiscite et apprendront à identifier les diagnostics différentiels dans des cas difficiles à partir de cas cliniques
- Diagnostic bactériologique : déterminer, en les hiérarchisant, quels sont les principaux outils pour un diagnostic bactériologique. Établir un arbre décisionnel. Tenir compte des conditions d'exercice (cabinet, établissement de soins spécialisé ou non
- Traitement : les participants pourront établir la meilleure stratégie antibiotique et déterminer sa durée. Seront abordées les indications chirurgicales, ainsi que la problématique de la contention rachidienne et de sa durée

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Mise au point*

fmc

Hémoglobinopathies et pathologies ostéo-articulaires

R. Bileckot (Brazzaville - Congo)

Modérateur : M. Mijiyawa (Lome - Togo)

Objectifs :

- Connaître les principales hémoglobinopathies
- Savoir reconnaître les signes cliniques, biologiques et d'imagerie des manifestations rhumatologiques des principales hémoglobinopathies
- Connaître les principes généraux du traitement des manifestations ostéo-aticulaires des hémoglobinopathies

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 7 & 8** *Mise au point*

fmc

Pourquoi s'intéresser aux critères patient ?

L. Gossec (Paris)

Modérateur : C. Gaujoux-Viala (Paris)

Objectifs :

- Lister les critères patient importants pour les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques
- Savoir comment et quand il est important d'évaluer les critères patient
- Connaître les limites des critères patient et les interrogations actuelles

08h30 → 09h30 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Mise au point*

fmc

Prévalence et sévérité des rhumatismes inflammatoires : les temps changent !

P. Claudepierre, A. Saraux (Créteil, Brest)

Modérateur : T. Pham (Marseille)

Objectifs :

- Quel est le lien entre la prévalence et la sévérité dans les RIC ?
- Quels sont l'évolution et les facteurs influençant la prévalence de la PR ?
- Quels sont l'évolution et les facteurs influençant la prévalence des spondyloarthrites ?

09h45 → 11h00 **GOETHE** *Symposium satellite*

PFIZER

Polyarthrite rhumatoïde et rémission : en 2012, peut-on envisager une diminution des doses ou l'arrêt des biothérapies ?

Programme p.117

09h45 → 11h00 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

GSK / HGS

Lupus systémique - approche ciblée sur l'inhibition de la voie BLYS : des essais cliniques à la pratique

Programme p.119

11h15 ⟶ 12h45 **LÉONARD DE VINCI** *Plénière*

Plénière

Modérateurs : B. Combe (Montpellier), E. Legrand (Angers), B. Gerbay (Saint-Étienne)

11:15 P.01 Lymphocytes T régulateurs et rôle modulateur de la molécule de costimulation inductible (ICOS) dans un modèle animal de spondylarthrite (SpA)
L. Krause, I. Fert, K. Labroquère, M. Andrieu, G. Chiocchia, M. Breban (Paris)

11:30 P.02 Effet de l'espacement des doses d'anti-TNF sur l'activité inflammatoire dans la polyarthrite rhumatoïde en rémission : résultats de l'essai randomisé contrôlé STRASS
B. Fautrel, T. Pham, F. Tubach, T. Alfaiate, J. Morel, E. Dernis, P. Gaudin, B. Combe, RM. Flipo, P. Goupille, X. Puéchal, T. Schaeverbeke, X. Mariette (Paris, Marseille, Montpellier, Le Mans, Echirolles, Lille, Tours, Bordeaux, Le Kremlin-Bicêtre)

11:45 Discours du président de la SFR
B. Combe (Montpellier)

12:00 Discours du président de France Rhumatismes
T. Bardin (Paris)

12:15 P.03 Tolérance et efficacité du rituximab dans le syndrome de Sjögren primitif (Étude TEARS)
V. Devauchelle-Pensec, X. Mariette, S. Jousse-Joulin, JM. Berthelot, A. Perdriger, E. Hachulla, X. Puéchal, V. Le Guern, J. Sibilia, JE. Gottenberg, L. Chiche, V. Goeb, G. Hayem, J. Morel, C. Zarnitsky, JJ. Dubost, JO. Pers, E. Nowak, A. Saraux (Brest, Le Kremlin-Bicêtre, Nantes, Rennes, Wattignies, Paris, Strasbourg, Marseille, Amiens, Montpellier, Montivilliers, Clermont-Ferrand)

12:30 P.04 Un anticorps anti-sclérostine réduit l'incidence des fractures tout en majorant la masse osseuse et les propriétés biomécaniques de l'ensemble du squelette dans le modèle murin oim/oim de l'ostéogenèse imparfaite
J. Devogelaer, P. Ammann, C. Behets, D. Chappard, MS. Ominsky, DH. Manicourt (Bruxelles - Belgique, Genève - Suisse, Louvain - Belgique, Angers, Thousand Oaks - USA)

13h00 ⟶ 14h15 **LÉONARD DE VINCI** *Symposium satellite*

BRISTOL-MYERS SQUIBB

La voie d'administration des biothérapies dans la PR importe-t-elle ?

Programme p.121

13h00 ⟶ 14h15 **GOETHE** *Symposium satellite*

SERVIER

L'ostéoporose : mieux la dépister et l'expliquer, pour mieux la traiter

Programme p.123

13h00 ⟶ 14h15 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

MENARINI / IPSEN

« La GOUTTE au goût du jour » - Nouvelles approches diagnostiques et prise en charge

Programme p.125

Lundi 10 décembre

13h00 → 14h15 | **BRILLAT SAVARIN 3** | *Symposium satellite*

ROCHE CHUGAI

Inhibition de l'IL6 : du mécanisme d'action à la stratégie thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde

Programme p.127

14h30 → 15h30 | **LÉONARD DE VINCI** | *Controverse*

fmc

Faut-il avoir peur des effets secondaires des traitements de l'ostéoporose ?

P. Guggenbuhl, E. Legrand (Rennes, Angers)

Modérateur : E. Lespessailles (Orléans)

Objectifs :

- Connaître la réalité, la fréquence et la gravité des effets indésirables décrits pour les traitements de l'ostéoporose
- Savoir tenir compte des effets indésirables pour définir une stratégie thérapeutique au cours de l'ostéoporose
- Bien communiquer sur les effets indésirables (vers les médecins de famille et vers les patients) afin de susciter une bonne adhésion thérapeutique

14h30 → 15h30 | **GOETHE** | *Dialogue*

fmc

Stratégie d'épargne cortisonique : de la théorie à la pratique

RM. Flipo (Lille)

Modérateur : A. Saraux (Brest)

Objectifs :

- Savoir évaluer le rapport bénéfices/risques de la corticothérapie au long cours dans le traitement d'une PR établie
- Connaître les principaux résultats des études cliniques concernant l'épargne cortisonique dans la PR
- Savoir envisager une modification de la prise en charge thérapeutique dans la PR pour obtenir une diminution voire un arrêt d'une corticothérapie au long cours

14h30 → 15h30 | **DARWIN 4 & 5** | *Mise au point*

fmc

Comment gérer la SA en rémission ?

C. Lukas, J. Paccou (Montpellier, Amiens)

Modérateur : D. Wendling (Besançon)

Objectifs :

- Connaître les critères déterminant la rémission
- Connaître l'attitude à adopter en cas de rémission
- Connaître les limites à la fois dans les critères déterminant la rémission et pour l'attitude à adopter

14h30 → 15h30 | **BRILLAT SAVARIN 1** | *Mise au point*

fmc

La rémission au cours de la PR : les critères, le rôle de l'imagerie, les moyens thérapeutiques

B. Haraoui (Montréal - Canada)

Modérateur : J. Morel (Montpellier)

Objectifs :

- Comment définir la rémission au cours de la PR. Rôle de la clinique et de l'imagerie
- Devrait-on avoir des critères différents selon la durée de la maladie ou les traitements utilisés
- Comment atteindre la rémission dans la pratique quotidienne courante ?

14h30 → 15h30 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

Infiltrations et diabète

I. Tonolli-Serabian (Salon-de-Provence)

Modérateur : MC. Guzian (Marseille)

Objectifs :

- Connaître et comprendre les complications rhumatologiques du diabète
- Connaître les conditions qui autorisent les infiltrations de corticoïde chez les diabétiques
- Indiquer la surveillance du diabète et éduquer le patient au risque d'hyperglycémie

14h30 → 15h30 **DARWIN 3** *Atelier*

fmc

Les images pathologiques les plus classiques et les plus fréquentes lors de la réalisation d'IRM du genou

A. Cotten (Lille)

Modérateur : H. Bard (Paris)

Objectifs :

- Savoir interpréter les pathologies synoviales du genou
- Savoir analyser les principales anomalies de signal de la moelle osseuse du genou en IRM
- Reconnaître les principales images « piège » du genou en IRM

14h30 → 15h30 **DARWIN 6** *Scientifique*

Pathologie rachidienne

Modérateurs : Y. Henrotin (Liège), M. Revel (Paris), S. Rozenberg (Paris)

14:30 **O.01** Réhabilitation multidisciplinaire dans la lombalgie chronique : effets à long terme sur la capacité de travail
M. Norberg, I. Norberg, C. Schindler, L. Belgrand (Lausanne - Suisse, Lavey-les-Bains - Suisse)

14:40 **O.02** Diminution des appréhensions dans la lombalgie chronique : retour au travail accéléré
M. Norberg, I. Norberg, C. Schindler (Lausanne - Suisse, Lavey-les-Bains - Suisse)

14:50 **O.03** Troubles anxio-dépressifs dans les lombalgies communes chroniques en milieu rhumatologique à Abidjan
M. Diomande, B. Ouattara, M. Gbane Kone, X. Chevalier, S. Guignard, E. Eti, RCJ. Delafosse, MN. Kouakou (Abidjan - Côte d'Ivoire, Créteil)

15:00 **O.04** Un quart des patients lombalgiques demandent directement conseil à leur pharmacien
FA. Allaert, A. Dupeyron, E. Coudeyre (Dijon, Nîmes, Clermont-Ferrand)

15:10 **O.05** Développement du VEBI (*Volitional Exercice Back Inventory*) pour augmenter la pratique d'exercices physiques chez le patient lombalgique chronique
C. Mathy, M. Marty, C. Cedraschi, S. Genevay, F. Laroche, B. Duplan, B. Savarieau, JP. Broonen, Y. Henrotin (Bruxelles - Belgique, Créteil, Genève - Suisse, Paris, Aix-les-Bains, Liège - Belgique)

15:20 **O.06** Faisabilité du repérage échographique de l'espace épidural chez des patients hospitalisés pour lombosciatique
C. Darrieutort-Laffite, P. Guillot, Y. Maugars, B. Legoff (Nantes)

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 1 & 3** *Scientifique*

Arthrose, cartilage, arthropathies microcristallines

Modérateurs : G. Chalès (Rennes), X. Chevalier (Créteil), J. Sellam (Paris)

14:30 **O.07 A**
Coût de l'hospitalisation de l'arthrose de la hanche en France en 2010
P. Bertin, F. Rannou, L. Grange, P. Bruel, C. Taieb (Limoges, Paris, Echirolles, Castres, Boulogne-Billancourt)

O.07 B
Coût de l'hospitalisation de l'arthrose du genou en France en 2010
F. Rannou, L. Grange, P. Bertin, P. Bruel, C. Taieb (Paris, Echirolles, Limoges, Castres, Boulogne-Billancourt)

14:40 **O.08**
Le fardeau de l'arthrose : validation d'un questionnaire spécifique
L. Grange, P. Bertin, F. Rannou, L. Dachicourt, S. Branchoux, T. Coudert, C. Taieb (Echirolles, Limoges, Paris, Boulogne-Billancourt)

14:50 **O.09**
Résultats cliniques après prothèse totale du genou : le concept de « genou oublié ». Étude prospective, pragmatique, monocentrique portant sur 504 patients
M. Bercovy, S. Katsahian, X. Chevalier (Paris, Créteil)

15:00 **O.10**
Prévalence des nodosités digitales (Bouchard et Heberden) et corrélation avec la masse grasse dans une population de patients souffrant d'obésité morbide : une étude prospective
L. Poiroux, N. Thelier-Deloison, JM. Oppert, C. Poitou-Bernert, S. Katsahian, X. Chevalier (Créteil, Paris)

15:10 **O.11**
La voie de signalisation Wnt/ß-caténine est activée de façon différentielle, selon les tissus, au cours de l'arthrose
T. Funck-Brentano, W. Bouaziz, V. Geoffroy, D. Hannouche, E. Haÿ, M. Cohen-Solal (Paris)

15:20 **O.12**
Les protéines du liquide synovial augmentent l'activité inflammatoire des cristaux d'urate
A. Scanu, F. Oliviero, R. Luisetto, P. Sfriso, D. Burger, L. Punzi (Padova - Italie, Genève - Suisse)

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Os tumoral

Modérateurs : I. Azais (Poitiers), M. Laroche (Toulouse), C. Marcelli (Caen)

14:30 **O.13**
L'existence d'une ostéoporose ou d'une carence en vitamine D modifie-t-elle le pronostic du cancer du sein ?
B. Bouvard, C. Leske, P. Soulie, A. Petit, E. Hoppe, D. Chappard, M. Audran, E. Legrand (Angers)

14:40 **O.14**
Estimation du risque fracturaire des métastases des os longs lors de la simulation virtuelle au scanner avant la radiothérapie antalgique
Z. Tatar, M. Soubrier, P. Verrelle, M. Lapeyre (Clermont-Ferrand)

14:50 **O.15**
Remodelage osseux au cours des gammapathies monoclonales à IgM (MGUS - Maladie de Waldenström)
D. Chappard, B. Bouvard, M. Royer, E. Hoppe, E. Legrand, N. Ifrah, M. Audran (Angers)

15:00 **O.16**
Taux sériques de TRAP5b et sclérostine dans les MGUS et dans le myélome multiple : corrélations avec les données histomorphométriques
H. Marchand-Libouban, Y. Gallois, M. Audran, N. Ifrah, D. Chappard (Angers)

15:10 **O.17**
Effets du ranélate de strontium dans un modèle murin de myélome multiple
H. Libouban, E. Fioleau, D. Chappard (Angers)

15:20 **O.18**
Angiomatose kystique diffuse : 4 nouveaux cas, dont 2 formes plutôt condensantes
E. Soltner, M. Pot-Vaucel, B. Le Goff, MS. Sequeval, J. Glémarec, P. Guillot, Y. Maugars, JM. Berthelot (Nantes)

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 7 & 8** *Mise au point*

fmc

Prise en charge du lupus en 2012

C. Richez (Bordeaux)

Modérateur : O. Meyer (Paris)

Objectifs :

- Savoir reconnaître et évaluer un lupus érythémateux systémique
- Connaître les principales complications et savoir comment les prévenir
- Gérer les traitements de fond et bientôt les nouvelles biothérapies

14h30 → 15h30 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Douleur

Modérateurs : RM. Javier (Strasbourg), S. Perrot (Paris), P. Vergne-Salle (Limoges)

14:30 **O.19** Quelles douleurs induites par les inhibiteurs de l'aromatase chez des patientes souffrant de cancer du sein ? Étude prospective multicentrique de 135 patientes
F. Laroche, J. Coste, T. Medkour, S. Rostaing, S. Perrot (Paris)

14:40 **O.20** Incidence du syndrome fibromyalgique associé à la sclérodermie et à la polyarthrite rhumatoïde : évaluation comparative du diagnostic clinique, du dépistage par le questionnaire first et des critères ACR 1990 et 2010
S. Perrot, M. Peixoto, P. Dieudé, S. Ottaviani, E. Hachulla, Y. Allanore (Paris, Lille)

14:50 **O.21** La douleur de l'arthrose du genou peut être neuropathique et s'associe à un retentissement plus marqué : étude prospective de 103 patients évalués par le questionnaire DN4
F. Teixeira, C. Afonso, D. Araujo, S. Perrot (Ponte de Lima - Portugal, Paris)

15:00 **O.22** Douleur induite en rééducation ostéo-articulaire : quel impact de la kinésiophobie sur la prise en charge médicale et la kinésithérapie ? Résultats d'une étude nationale chez 700 patients : l'étude Alto
S. Perrot, V. Rondeau, D. Kamar, R. Arnaud, JY. Milon, D. Pouchain (Paris, Bordeaux, Rueil-Malmaison, Vincennnes)

15:10 **O.23** Efficacité à 24 mois d'un programme hospitalier intensif : centre d'évaluation et de traitement de la douleur - centre de rééducation fonctionnelle, sur le retour et le maintien au travail et sur la qualité de vie de 29 patients fibromyalgiques sévères
E. Georgeton, J. Nizard, L. Paul, JM. Lanoiselee, E. de Chauvigny, M. Helbert, B. Robin, M. Letellier, F. Chatellier, JM. N'Guyen, G. Potel, JP. N'Guyen (Nantes, La Turballe)

15:20 **O.24** Observatoire national sur la prise en charge thérapeutique en médecine de ville des patients de 65 ans et plus, présentant une douleur chronique : étude S.AGES
P. Bertin, L. Becquemont, L. Benattar-Zibi, G. Berrut, E. Corruble, N. Danchin, G. Derumeaux, B. Falissard, O. Hanon, F. Pasquier, M. Pinget, R. Ourabah, F. Forette (Limoges, Paris, Puteaux, Nantes, Lyon, Lille, Strasbourg)

14h30 → 15h30 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Mise au point*

fmc

La voie TH17 en rhumatologie

P. Miossec (Lyon)

Modérateur : B. Combe (Montpellier)

Objectifs :

- Rôle respectif des lymphocytes Th1, Th2, Th17
- Formation et fonctions des lymphocytes Th17
- Balance entre les lymphocytes Th17 et les lymphocytes régulateurs

15h45 ⟶ 16h45 **LÉONARD DE VINCI** *Mise au point*

fmc

Quelles sont les infiltrations scientifiquement fondées ?

H. Lellouche, B. Moura (Herblay, Paris)

Modérateur : B. Maillet (Moulins)

Objectifs :

- Avoir une idée de *l'evidence based medecine* lors des traitements par infiltrations
- Garder un regard critique sur l'efficacité à court, moyen et long terme
- Savoir mettre en balance expérience et EBM dans des situations courantes, mais mal explorées par la littérature

15h45 ⟶ 16h45 **GOETHE** *Dialogue*

fmc

Faut-il traiter les patients ostéoporotiques au-delà de 80 ans ?

P. Fardellone (Amiens)

Modérateur : JB. Gauvain (Orléans)

Objectifs :

- Qui traiter ?
- Quoi traiter ?
- Comment traiter ?

15h45 ⟶ 16h45 **DARWIN 4 & 5** *Dialogue*

fmc

Douleurs musculaires et CPK élevées : que faire ?

S. Pavy (Le Kremlin-Bicêtre)

Modérateur : S. Guis (Marseille)

Objectifs :

- Connaître les principales causes d'élévation des CPK
- Savoir gérer une élévation des CPK sous statines
- Connaître les indications d'une biopsie musculaire en cas d'élévation des CPK

15h45 ⟶ 16h45 **BRILLAT SAVARIN 1** *Dialogue*

fmc

Traitement du rhumatisme psoriasique en 2012

E. Dernis (Le Mans)

Modérateur : P. Goupille (Tours)

Objectifs :

- Connaître les traitements médicamenteux ayant l'AMM (autorisation de mise sur le marché) dans le rhumatisme psoriasique
- Connaître les médicaments de fond (classiques et immunothérapies) ayant été étudiés au cours du rhumatisme psoriasique périphérique
- Connaître les critères de suivi proposés au cours du rhumatisme psoriasique

15h45 ⟶ 16h45 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

Biothérapies et sujet âgé

M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Modérateur : B. Verlhac (Villejuif)

Objectifs :

- Connaître les données sur l'efficacité et la tolérance des anti-TNF alpha dans la PR chez le sujet âgé à partir des essais thérapeutiques et des données des registres
- Connaître la tolérance des anti-TNF alpha dans la PR par rapport à la corticothérapie
- Connaître les données sur l'efficacité et la tolérance des autres biothérapies dans la PR

15h45 ⟶ 16h45 **DARWIN 3** *Mise au point*

fmc

Les cellules souches : perspectives en rhumatologie

C. Jorgensen (Montpellier)

Modérateur : X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Objectifs :

- Comprendre ce qu'est une cellule souche mesenchymateuse (MSC)
- Identifier les propriétés biologiques et thérapeutiques des MSC
- Connaître les différentes modalités d'application des MSC
- Identifier le potentiel thérapeutique dans les maladies articulaires

15h45 ⟶ 16h45 **DARWIN 6** *Interface*

SFR Os / SFBTM

Modérateur : G. Carle (Nice), V. Breuil (Nice), MH. Lafage Proust (Saint-Etienne)

O.25 L'ablation médullaire fémorale de souris n'exprimant pas la sialoprotéine osseuse (BSP-/-) entraîne une recolonisation hématopoïétique accélérée, avec un degré plus élevé de vascularisation
RN. Granito, W. Bouleftour, A. Vanden-Bossche, O. Sabido, L. Vico, L. Malaval (Saint-Etienne)

- Implications des protéines PIT1 et 2 dans le sensing du phosphate dans les cellules chondrocytaires et ostéoblastiques
A. Bourgine (Nantes)

O.26 Effet du FGF2 sur les BMPs et leurs récepteurs au cours de la différenciation ostéoblastique des cellules souches humaines mésenchymateuses
AS. Soubrier, E. Biver, S. Delplace, P. Hardouin, B. Cortet, O. Broux (Lille, Boulogne-sur-Mer)

- Le gène de fusion TMPRSS2-ERG et les métastases osseuses du cancer de la prostate
T. V. Tian (Lille)

15h45 ⟶ 16h45 **AMPÈRE 1 & 3** *Atelier*

fmc

Le pied traumatique délaissé, vu par le rhumatologue

B. Daum (Nancy)

Modérateur : JL. Uchan (Paris)

Objectifs :

- Les lésions traumatiques du pied entraînent des séquelles récidivantes
- L'interrogatoire minutieux et l'examen clinique restent primordiaux
- Quelles sont les conduites thérapeutiques à la disposition du rhumatologue ?

15h45 ⟶ 16h45 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Polyarthrite rhumatoïde

Modérateurs : H. Marotte (Saint-Etienne), E. Solau-Gervais (Poitiers), O. Vittecoq (Bois-Guillaume)

15:45 **O.27** Analyse des taux d'anticorps anti-Porphyromonas gingivalis (P. gingivalis) chez les patients atteints d'arthrite récente : résultats de la cohorte ESPOIR
R. Seror, S. David-Le Gall, M. Bonnaure-Mallet, T. Schaeverbeke, A. Cantagrel, J. Minet, P. Bouchard, P. Ravaud, JE. Gottenberg, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Rennes, Bordeaux, Toulouse, Paris, Strasbourg)

15:55 **O.28** La maladie parodontale et le titre des anti-Porphyromonas gingivalis sont associés à la sévérité de la polyarthrite rhumatoïde, mais ne sont pas prédictifs de la réponse clinique à l'infliximab
M. Rinaudo, P. Miossec, P. Gaudin, T. Thomas, S. Paul, H. Marotte (Saint-Etienne, Lyon, Echirolles)

16:05 **O.29** Polyarthrite rhumatoïde et maladies parodontales
C. Dahou (Alger - Algérie)

16:15 **O.30** Prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde corticodépendante en conditions pragmatiques en France : quels traitements, pour quels patients et quels résultats ? ASTEROID : étude longitudinale, observationnelle
JF. Maillefert, E. Sauvage, P. Clerson (Dijon, Paris, Roubaix)

16:25 **O.31** Immunisation active et profil de sécurité de l'administration d'un TNF-Kinoïde chez des patients souffrant de PR sévère ayant échappé au traitement d'un agent biologique anti-TNF
P. Durez, B. Fautrel, X. Mariette, G. Grouart-Vogel, O. Dhellin, S. Ouary, P. Vandepapeliere, MC. Boissier (Bruxelles - Belgique, Paris, Le Kremlin-Bicêtre, Bobigny)

16:35 **O.32** Le blocage du récepteur de l'IL-6 favorise le développement des T régulateurs CD39+ dans la polyarthrite rhumatoïde et l'arthrite expérimentale au collagène
A. Thiolat, J. Biton, L. Semerano, YM. Pers, D. Lemeiter, P. Portales, J. Quentin, C. Jorgensen, P. Decker, MC. Boissier, P. Louis Plence, N. Bessis (Bobigny, Montpellier)

15h45 ⟶ 16h45 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Infections ostéo-articulaires

Modérateurs : JJ. Dubost (Clermont-Ferrand), E. Pertuiset (Pontoise), JM. Ziza (Paris)

15:45 **O.33** Performance des signes cliniques et biologiques usuels pour le diagnostic d'arthrite septique
M. Couderc, B. Pereira, S. Mathieu, B. Glace, A. Tournadre, S. Mallochet-Guinamant, M. Soubrier, JJ. Dubost (Clermont-Ferrand)

15:55 **O.34** Facteurs prédictifs d'identification des germes et d'un mauvais pronostic des spondylodiscites infectieuses
P. Guyader, A. Bisson-Vaivre, M. Verdet, AS. Bouyeure, S. Micu, D. Alcaix, O. Vittecoq, X. Le Loet, C. Zarnitsky, V. Goeb (Rouen, Le Havre, Amiens)

16:05 **O.35** Infections ostéo-articulaires et rhumatismes inflammatoires chroniques : une complication rare sous biomédicament
D. Roquette de Christen, L. Lemeunier, P. Philippe, RM. Flipo (Lille)

16:15 **O.36** Infections de prothèse articulaire à *Mycobacterium tuberculosis* : à propos de 8 cas
S. Malbos, V. Prendki, L. Lhotelier, P. Mamoudy, S. Marmor, N. Desplaces, JM. Ziza (Paris)

16:25 **O.37** Les spondylodiscites infectieuses non tuberculeuses - analyse de l'impact des recommandations de la SPILF (2007) sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique : à propos de 274 observations
E. Minichiello, C. Faure, B. Cortet, B. Guéry, RM. Flipo (Lille)

16:35 **O.38** Spondylodiscites brucelliennes : à propos de 25 cas
S. Kourtaa, A. Ikene, M. Jilali, F. Sadouki, MF. Aiche, S. Lehtihet-Oussedik, H. Djoudi (Alger - Algérie)

15h45 → 16h45 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Scientifique*

Imagerie et analyse d'image

Modérateurs : I. Chary-Valckenaere (Vandœuvre-lès-Nancy), MA. d'Agostino (Boulogne-Billancourt), F. Gandjbakhch (Paris)

15:45 **O.39** Y a-t-il des facteurs influençant la concordance entre évaluation clinique et échographique dans la polyarthrite rhumatoïde ?
M. Le Boedec, S. Jousse-Joulin, JF. Ferlet, T. Marhadour, G. Chalès, L. Grange, C. Hacquard-Bouder, D. Loeuille, J. Sellam, JD. Albert, J. Bentin, I. Chary-Valckenaere, MA. d'Agostino, F. Etchepare, P. Gaudin, C. Hudry, M. Dougados, A. Saraux (Brest, Paris, Rennes, Echirolles, Boulogne-Billancourt, Vandœuvre-lès-Nancy, Bruxelles - Belgique)

15:55 **O.40** Étude TORPEDO : évaluation concomitante clinique et échographique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère et traités par tocilizumab
T. Schaeverbeke, P. Gaudin, A. Perdriger, C. Roux, M. Vray, S. Rouanet, G. Steinberg, F. Etchepare (Bordeaux, Echirolles, Rennes, Paris, Boulogne-Billancourt)

16:05 **O.41** Réponse précoce sous abatacept + MTX évaluée par échographie-doppler chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) présentant une réponse inadéquate au MTX : résultats d'une étude ouverte
MA. d'Agostino, R. Wakefield, H. Berner Hammer, O. Vittecoq, M. Galeazzi, P. Balint, E. Filippucci, I. Moller, A. Iagnocco, E. Naredo, M. Ostergaard, C. Gaillez, W. Kerselaers, K. Van Holder, MA. Le Bars (Boulogne-Billancourt, Leeds - Grande-Bretagne, Oslo - Norvège, Rouen, Sienne - Italie, Budapest - Hongrie, Ancone - Italie, Barcelone - Espagne, Rome - Italie, Madrid - Espagne, Copenhagen - Danemark, Rueil-Malmaison, Braine l'Alleud - Belgique)

16:15 **O.42** Apport de l'échographie de contraste pour la quantification de la vascularisation de la synovite dans la polyarthrite rhumatoïde
G. Mouterde, D. Hoa, J. Morel, B. Combe, C. Cyteval (Montpellier)

16:25 **O.43** Étude échographique des enthèses dans le psoriasis avec ou sans manifestations rhumatologiques : étude prospective sur 34 patients
C. Albert, H. Montaudie, E. Acquacalda, E. Fontas, A. Danre, C. Roux, V. Breuil, T. Passeron, L. Euller-Ziegler (Nice)

16:35 **O.44** Intérêt de l'échographie-doppler des épaules dans le diagnostic différentiel entre polyarthrite rhumatoïde et spondylarthropathie périphérique
S. Ottaviani, K. Dawidowicz, G. Gill, E. Palazzo, G. Hayem, O. Meyer, P. Dieudé (Paris)

17h00 → 18h00 **LÉONARD DE VINCI** *Mise au point*

fmc Section spécialisée SFR-OS

17:00 Hypophosphatémies dans le cadre des traitements anti-rétroviraux
RM. Javier (Strasbourg)

17:30 Le point sur les ostéonécroses maxillaires liées aux traitements de l'ostéoporose
G. Penel (Lille)

Lundi 10 décembre

08h30/19h15

17h00 → 18h00 | **GOETHE** | *Mise au point*

fmc

Actualités des traitements de l'ostéonécrose épiphysaire

X. Flecher, P. Lafforgue (Marseille)

Modérateur : B. Mazières (Toulouse)

Objectifs :

- Connaître les principes de l'évolution naturelle des ostéonécroses permettant de comprendre et situer les traitements proposés
- Connaître les traitements non chirurgicaux et leur niveau de preuve dans la prise en charge de l'ostéonécrose de la tête fémorale
- Connaître les traitements chirurgicaux et leur niveau de preuve dans la prise en charge de l'ostéonécrose de la tête fémorale

17h00 → 18h00 | **DARWIN 4 & 5** | *Mise au point*

fmc

Quinze erreurs à ne pas commettre devant un syndrome fibromyalgique

F. Laroche (Paris)

Modérateur : P. Vergne-Salle (Limoges)

Objectifs :

- Nouveaux critères de détection (questionnaire FIRST), de diagnostic et de sévérité
- Principes généraux de la prise en charge
- Nouveautés thérapeutiques (médicaments et prise en charge non médicamenteuse)

17h00 → 18h00 | **BRILLAT SAVARIN 1** | *Mise au point*

fmc

Section spécialisée ARTHROSE

17:00 Syndrome métabolique et arthrose
J. Sellam (Paris)

17:30 HOFFA : un nouvel acteur impliqué dans la gonarthrose
F. Eymard (Charenton-le-Pont)

17h00 → 18h00 | **BRILLAT SAVARIN 3** | *Mise au point*

fmc

Section spécialisée PEDIATRIE

Les traitements de l'arthrite juvénile

17:00 Quand et comment les commencer ?
A. Duquesne (Lyon)

17:30 Quand et comment les arrêter ?
C. Job-Deslandre (Paris)

17h00 → 18h00 **DARWIN 3** *Mise au point*

fmc **RACHIS**

La lombalgie : muscle coupable ou victime ?

17:00 Quel modèle « bio » dans le concept bio-psycho-social ?
S. Genevay (Genève - Suisse)

17:20 Tension musculaire : mythe ou réalité ?
JY. Maigne (Paris)

17:40 Muscle paravertébral et imagerie
R. Carlier (Garches)

17h00 → 18h00 **AMPÈRE 1 & 3** *Scientifique*

Épidémiologie

Modérateurs : C. Gaujoux-Viala (Paris), AC. Rat (Vandœuvre-lès-Nancy), R. Seror (Paris)

17:00 O.45 Une porosité corticale réduite et un degré de minéralisation augmenté permettent d'expliquer la meilleure résistance osseuse des femmes asiatiques par rapport aux caucasiennes
S. Boutroy, M. Walker, J. Udesky, D. Mcmahon, J. Bilezikian (Lyon, New York - USA)

17:10 O.46 Les biothérapies sont les principaux déterminants des coûts de la polyarthrite rhumatoïde dès la 1ère année de la maladie : une analyse économique sur les données de la cohorte ESPOIR
B. Fautrel, S. Lucier, G. Haour, H. Maoulida, S. Harvard, A. Saraux, X. Mariette, F. Guillemin, I. Durand-Zaleski (Paris, Brest, Le Kremlin-Bicêtre, Vandœuvre-lès-Nancy)

17:20 O.47 La vaccination est-elle associée au risque de survenue d'un lupus systémique ? Résultat d'une étude prospective multicentrique cas-témoins
L. Grimaldi-Bensouda, E. Aubrun, P. Leighton, O. Fain, M. Ruel, L. Machet, JF. Viallard, V. Le Guern, I. Kone-Paut, L. Abenhaim, N. Costedoat-Chalumeau (Paris, Londres - Grande-Bretagne, Nanterre, Tours, Bordeaux)

17:30 O.48 Adaptation culturelle du *Health education impact questionnaire* (heiQ) pour l'éducation thérapeutique : une étude expérimentale montre que le comité d'expert, et non la contre-traduction, est essentiel
J. Epstein, RH. Osborne, AC. Rat, GR. Elsworth, DE. Beaton, F. Guillemin (Nancy, Melbourne - Australie, Toronto - Canada)

17:40 O.49 Prédiction de la fracture vertébrale : pouvoir discrimant de l'IMC, de la DMO, du TBS, du FRAX, seuls ou combinés. L'étude OsteoLaus
O. Lamy, MA. Krieg, D. Stoll, B. Aubry-Rozier, M. Metzger, D. Hans (Lausanne - Suisse)

17:50 O.50 Le pourcentage de femmes ayant une densitométrie osseuse après fracture du poignet est insuffisant
F. Erny, D. Mulleman, A. Auvinet, D. CHU Miow Lin, K. Haguenoer, P. Tauveron, F. Jacquot, E. Rusch, P. Goupille (Tours, Saint-Laurent-du-Maroni)

17h00 → 18h10 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Pharmacologie et thérapeutiques

Modérateurs : B. Bannwarth (Bordeaux), P. Bertin (Limoges), S. Perrot (Paris)

17:00 O.51 Évaluation du risque d'ostéonécrose de mâchoire sous denosumab : analyse systématique de la littérature
E. Saule, E. Ricard, C. Bonnet, C. Dufauret-Lombard, P. Vergne-Salle, R. Trèves, P. Bertin (Limoges)

17:10 O.52 Effets cumulatifs du ranélate de strontium et de l'exercice physique à impacts sur le tissu osseux
PC. Aveline, J. Touvier, E. Lespessailles, G. Rochefort, CL. Benhamou (Orléans)

17:20 O.53 Étude de l'effet de l'infliximab sur la masse corporelle au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques
R. Didière, K. Lanfant-Weybel, X. Le Loet, F. Ziegler, M. Kozyreff-Meurice, A. Daragon, I. Dubus, O. Vittecoq, V. Goeb (Rouen, Bois-Guillaume, Amiens)

17:30 O.54 Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par méthotrexate : quelle évolution entre 2007 et 2011 ? Résultats de l'étude DARWIN-2
RM. Flipo, A. Perdriger (Lille, Rennes)

17:40 O.55 Taux de maintien de l'adalimumab (ADA), de l'étanercept (ETN) et de l'infliximab (IFX) en première et deuxième lignes chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans la pratique quotidienne
A. Frazier-Mironer, A. Cantagrel, B. Combe, V. Deschamps, M. Dougados, RM. Flipo, I. Logeart, X. Mariette, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, X. Le Loet (Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Le Kremlin-Bicêtre, Bordeaux, Strasbourg, Rouen)

17:50 O.56 Analyse rétrospective du statut pondéral chez les patients traités par tocilizumab
A. Galeano, P. Le Blay, R. Ferreira, S. Fabre, C. Jorgensen, YM. Pers (Montpellier)

18:00 Ma.156 Effet structuro-modulateur du ranélate de strontium dans la gonarthrose : l'étude SEKOIA
X. Chevalier, R. Chapurlat, C. Cooper, JY. Reginster (Créteil, Lyon, Southampton - Grande-Bretagne, Liège - Belgique)

17h00 → 18h00 **AMPÈRE 7 & 8** *Mise au point*

fmc **Section spécialisée ETP**

Internet - les patients et les rhumatologues

Modérateurs : G. Chalès (Rennes), G. Hayem (Paris)

17:00 Rôle d'internet au quotidien - résultat de 2 enquêtes SFR auprès des internautes et des rhumatologues
D. Poivret, L. Carton (Metz, Paris)

17:13 Internet : quels sites validés peut-on conseiller aux patients ?
I. Griffoul-Espitalier, S. Chirol (Tours, Clermont l'Herault)

17:26 Internet : 10 recommandations pour l'internaute
N. Legoupil, S. Rollot (Paris)

17:13 Web 2.0, réseaux et média sociaux, fiches (ou plateformes e-santé)
L. Grange, JN. Dachicourt, R. Rouet, D. Oziel (Echirolles, Paris, Corbeil-Essonnes)

17h00 ——► 18h00 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Maladies rares

Modérateurs : JM. Berthelot (Nantes), M. de Bandt (Fort-de-France), C. Masson (Angers)

17:00 **O.57**
Kawanet : registre français de la maladie de Kawasaki (MK)
I. Koné-Paut, M. Piram, M. Darce Bello, A. Djemoui, K. Brochard, E. Launay, P. Lechevalier, C. Galeotti, P. Brosse, E. Bosdure, M. Bonnet, V. Gajdos, S. Eyssette Guerreau, E. Grimpel, F. Uettwiller, A. Leblanc, L. Coutard, A. Arnoux, TA. Tran (Le Kremlin-Bicêtre, Toulouse, Nantes, Paris, Limoges, Marseille, Lille, Clamart, Pontoise, Tours, Evry)

17:10 **O.58**
Efficacité du pamidronate dans le traitement de l'ostéogenèse imparfaite infantile
M. El Rakaawi, N. Hammoumraoui, M. Abderebbi, O. Kerri, D. Acheli, H. Djoudi (Alger - Algérie)

17:20 **O.59**
Les symptômes articulaires dans le syndrome périodique associé à la cryopyrine : étude rétrospective française
L. Houx, X. Guennoc, E. Hachulla, I. Koné-Paut, P. Quartier, G. Grateau, P. Pillet, M. Hamidou, I. Lemelle, A. Pagnier, B. Neven, C. Richez, M. Fischbach, JM. Berthelot, JD. Cohen, T. Lequerré, A. Duquesne, S. Morell Dubois, V. Devauchelle-Pensec (Brest, Saint-Brieuc, Wattignies, Le Kremlin-Bicêtre, Paris, Bordeaux, Nantes, Nancy, Toulouse, Strasbourg, Montpellier, Rouen, Lyon, Lille)

17:30 **O.60**
Orphanet - Enquête auprès des utilisateurs du site Internet dédié aux maladies rares - Disparité entre les rhumatologues libéraux et hospitaliers
JS. Giraudet-Le Quintrec, D. Poivret, C. Angin, F. Mousson, O. Kremp (Paris, Metz)

17:40 **O.61 A**
Différences structurelles majeures entre hyperparathyroïdie primitive et hypoparathyroïdie
S. Boutroy, B. Silva, M. Rubin, J. Sliney, J. Udesky, D. Mcmahon, A. Zhang, N. Cusano, J. Bilezikian (Lyon, New York - USA)

O.61 B
Effet de 4 ans de traitement par la PTH(1-84) sur l'os cortical chez des patients atteints d'hypoparathyroïdisme
S. Boutroy, M. Rubin, N. Cusano, A. Costa, Z. Lenane, J. Sliney, J. Bilezikian (Lyon, New York - USA)

O.61 C
Anomalies micro-architecturales mesurées par tomodensitométrie périphérique à haute résolution chez des patientes atteintes d'hypoparathyroïdie
S. Boutroy, B. Silva, M. Rubin, J. Sliney, D. Mcmahon, A. Zhang, N. Cusano, J. Bilezikian (Lyon, New York - USA)

17:50 **O.62**
Hypophosphatémie liée à l'X chez l'adulte et manifestations rhumatologiques : enquête transversale de la SFR-OS
RM. Javier, K. Briot, M. Cohen-Solal, B. Cortet, C. Eloy, M. Laroche, P. Lafforgue, MC. de Vernejoul (Strasbourg, Paris, Lille, Toulouse, Marseille)

17h00 ⟶ 18h00 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Scientifique*

Immunologie et inflammation

Modérateurs : JE. Gottenberg (Strasbourg), C. Miceli-Richard (Le Kremlin-Bicêtre)

17:00 **O.63** Rôle des anomalies germinales ou somatiques de A20 dans la lymphomagenèse au cours du syndrome de Sjögren primitif (SSp)
G. Nocturne, S. Boudaoud, T. Lazure, JJ. Dubost, E. Hachulla, JE. Gottenberg, C. Miceli-Richard, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Clermont-Ferrand, Wattignies, Strasbourg)

17:10 **O.64** Sous-populations lymphocytaires B, taux circulants des cytokines BAFF et APRIL et expression de leurs récepteurs dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante : étude comparative
B. Gaugler, C. Laheurte, E. Bertolini, D. Wendling, P. Saas, É. Toussirot, Centre Investigation Clinique Biothérapie (Besançon)

17:20 **O.65** MiR-30* régule négativement la synthèse de BAFF dans les synoviocytes rhumatoïdes
G. Alsaleh, A. Francois, L. Philippe, A. Pichot, J. Sibilia, P. Georgel, JE. Gottenberg, D. Wachsmann (Strasbourg)

17:30 **O.66** La cytokine APRIL réduit l'inflammation, dans les modèles murins d'arthrite au collagène, par une action suppressive sur la réponse humorale
J. Morel, L. Fernandez, JP. Medema, D. Baeten, B. Combe, M. Hahne (Montpellier, Amsterdam - Pays-Bas)

17:40 **O.67** Déséquilibre de la balance histone acétyl transférase/histone déactéylase et modulation de l'activité HDAC et de la production de TNF alpha par les inhibiteurs des HDAC dans la spondylarthrite ankylosante et la polyarthrite rhumatoïde
É. Toussirot, W. Abbas, KA. Khan, M. Tissot, A. Jeudy, L. Baud, E. Bertolini, D. Wendling, G. Herbein, Centre Investigation Clinique Biothérapie (Besançon)

17:50 **O.68** Rôle de STIM1 dans l'auto-réactivité des lymphocytes B et T au cours du lupus érythémateux systémique
D. Cornec, T. Fali, O. Mignen, M. Burgos, S. Jousse-Joulin, A. Saraux, JO. Pers, Y. Renaudineau (Brest)

17h00 ⟶ 18h00 **APOLLINAIRE 9** *Mise au point*

fmc GERIATRIE

Controverse sur la chirurgie de l'épaule du sujet âgé et très âgé, le pour et le contre
O. Gagey, P. Valenti (Le Kremlin-Bicêtre, Paris)

18h15 ⟶ 19h15 **DARWIN 6** *Table ronde*

THERADIAG

Monitoring des biothérapies : place des dosages anti-TNF alpha

Modérateur : J. Sibilia (Strasbourg)

Apport du dosage du TNF alpha, de l'anti-TNF alpha et des anticorps anti-médicaments dans la PR : expérience du CHU de Saint-Etienne
H. Marotte, S. Paul (Saint-Etienne)

Dosages sériques d'Infliximabémie, d'anticorps anti-IFX et du TNF alpha chez les patients traités pour une spondylarthrite : résultats d'une étude française multicentrique
M. Breban, R. Krzysiek (Boulogne-Billancourt, Clamart)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Pathologie rachidienne

Lu.01 Fistule durale à drainage périmédullaire
M. Fort, S. Guignard, M. Meyer, C. Eymard, A. Gaston, M. Djindjian, X. Chevalier (Créteil)

Lu.02 Cervicalgies symptomatiques de varices intra et périvertébrales
L. Messer, L. Spielmann, L. Spielmann, L. Pijnenburg, P. Muszinski, P. Moreau (Colmar)

Lu.03 Place de la ceinture de soutien lombaire dans la prise en charge des lombalgies : résultats de l'étude « Palombie » conduite en pharmacie de ville
E. Coudeyre, FA. Allaert, A. Dupeyron (Clermont-Ferrand, Dijon, Nîmes)

Lu.04 Qualité de vie des lombalgiques chroniques en consultation rhumatologique à Lomé (Togo)
E. Fianyo, O. Oniankitan, P. Houzou, KC. Tagbor, VE. Koffi-Tessio, K. Kakpovi, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Lu.05 Prévalence des cervicalgies chez les chirurgiens
G. Jeddi (Casablanca - Maroc)

Lu.06 Goutte rachidienne : résultats d'une série monocentrique
D. Wendling, C. Prati, B. Hoen, J. Godard, C. Vidon, M. Godfrin-Valnet, X. Guillot (Besançon)

Lu.07 Traitement des lomboradiculalgies discales par nucléolyse au Discogel® : étude ouverte préliminaire à propos de 35 patients
J. Damiano, O. Tran, S. Touraine, B. Hamze, F. Tubach, V. Bousson, V. Simon, J. Beaudreuil, JD. Laredo (Paris)

Lu.08 Lombocruralgies révélant un volumineux pseudo-anévrysme lombaire
E. Rivière, G. Gill, P. Dieudé, G. Hayem, O. Meyer, S. Ottaviani, E. Palazzo (Paris)

Lu.09 Les radiculalgies symptomatiques
K. Maatallah, K. Ben Abdelghani, L. Souabni, KS. Kassab, MS. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Os Tumoral

Lu.10 Contribution à l'étude des métastases osseuses : à propos d'une série de 49 cas
H. Hariz, F. Frikha, R. Ben Salah, Y. Hentati, N. Saidi, N. Kaddour, Z. Mnif, Z. Bahloul (Sfax - Tunisie)

Lu.11 Les cancers secondaires des os au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville
NE. Lamini N'soundhat, E. Ndounga, A. Ekoya, H. Ntsiba (Brazzaville - Congo)

Lu.12 Aspect particulier d'un ostéoblastome cervical
F. Hanni, C. Makhloufi-Dahou, L. Djama, F. Mechid, H. Si Ahmed, S. Abtroun-Benmadi, T. Benbouzid (Alger - Algérie)

Lu.13 Rentabilité diagnostique du myélogramme : évaluation des pratiques professionnelles en rhumatologie
A. Loctin, F. Bailly, D. Laroche, JF. Maillefert, C. Tavernier, P. Ornetti (Dijon)

Lu.14 Tableau de monoarthrite de cheville révélant un lymphome non hodgkinien B de haut grade à localisation synoviale : à propos d'un cas avec étude échographique
M. Yahia, A. Letierce Vanlerberghe, F. Kemiche, I. Cerf-Payrastre, E. Pertuiset (Pontoise)

Lu.15 Angiomatose agressive multifocale : à propos d'un cas
S. Oulebsir, M. Houbi, S. Bennedjema, S. Bouakkaz, R. Boutafenouchet, D. Ait Ghezala, A. Abi Ayad (Alger - Algérie)

Lu.16 Sarcome épithélioïde mimant une monoarthrite de Lyme
T. Ansemant, C. Fortunet, E. Contant, JF. Maillefert, A. Lambert, P. Ornetti (Dijon)

Lu.17 Les métastases osseuses : intérêt et limites de la recherche de la néoplasie primitive
S. Ali Guechi, S. Boughandjioua, S. Moumani, H. Ayed, N. Boukhris, A. Chelghoum (Annaba - Algérie)

Lu.18 Les facteurs pronostiques de survie au cours du myélome multiple
M. Younes, S. Ben Hammouda, K. Younes, M. Jguirim, S. Zrour, I. Bejia, M. Touzi, N. Bergaoui (Mahdia - Tunisie, Monastir - Tunisie)

Lu.19 Manifestations ostéo-articulaires des hémopathies malignes
H. Hachfi, S. Belghali, K. Baccouche, H. Zeglaoui, H. Ben Fredj, A. Jamel, N. Bagané, E. Bouajina (Sousse - Tunisie)

Lu.20 Métastases osseuses du cancer de la prostate observées en hospitalisation rhumatologique à Lomé (Togo)
O. Oniankitan, K. Kakpovi, P. Houzou, E. Fianyo, VE. Koffi-Tessio, KC. Tagbor, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Lu.21 Myélome multiple des os en consultation rhumatologique à Lomé (Togo)
K. Kakpovi, O. Oniankitan, VE. Koffi-Tessio, P. Houzou, KC. Tagbor, E. Fianyo, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Lu.22 Les aspects déroutants de l'ostéome ostéoïde du pied : à propos de 3 cas
F. Haj Taieb (Sfax - Tunisie)

Lu.23 Profil clinique, thérapeutique et évolutif des plasmocytomes osseux
M. Jguirim, S. Zrour, I. Bejia, M. Touzi, N. Bergaoui (Monastir - Tunisie)

Lu.24 Coxite révélant un ostéome ostéoïde intra-articulaire : à propos de 2 cas
M. Jguirim, S. Zrour, I. Bejia, M. Touzi, N. Bergaoui (Monastir - Tunisie)

Lu.25 Un lymphome mimant un épanchement articulaire à l'échographie
MS. Sequeval, E. Soltner, B. Le Goff, P. Guillot, J. Glémarec, JM. Berthelot, Y. Maugars (Nantes)

Lu.26 Hémopathies associées à des pathologies rhumatologiques dans un service de rhumatologie au Sénégal
S. Diallo, M. Mbengue, S. Fall, FS. Ndiaye (Dakar - Sénégal)

Lu.27 Paticularites clinico-biologiques et radiologiques du myélome multiple : à propos de 52 cas
W. Ben Fredj, M. Zaier, H. Zaghlaoui, S. Boukhris, H. Zaghouani, H. Sannana, Y. Ben Youssef, A. Khelif (Sousse - Tunisie)

Lu.28 Stratification selon les facteurs pronostiques du myélome multiple : à propos de 52 cas
S. Boukhris, M. Zaier, W. Ben Fredj, H. Zaghlaoui, H. Zaghouani, H. Sannana, Y. Ben Youssef, K. Abderrahim (Sousse - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Douleur

Lu.29 Profil sociodémographique et clinique des douleurs chroniques avec des caractéristiques neuropathiques chez le sujet âgé au Sénégal
F. Kemta Lekpa, S. Ndongo, O. Ka, D. Zeba, C. Compaoré, A. Pouye, MM. Ka, TM. Diop (Dakar - Sénégal, Thiès - Sénégal)

Lu.30 Sciatique cyclique de la femme jeune : pensez à l'endométriose
A. Rouil, M. Ferreyra, G. Coiffier, D. Rihouey, P. Guggenbuhl (Rennes)

Lu.31 Douleur résiduelle et qualité de vie au décours d'un mal de Pott
NE. Lamini N'soundhat, B. Bandzouzi Ndamba, ADD. Mantele, H. Ntsiba, R. Bileckot (Brazzaville - Congo)

Lu.32 Efficacité des patchs de capsaïcine dans le traitement des douleurs neuropathiques
E. Ricard, E. Saule, R. Treves, P. Vergne-Salle, P. Bertin (Limoges)

Lu.33 Quantification par IRM de l'infiltrat graisseux des muscles paravertébraux chez les patients atteints de camptocormie primitive
S. Guis, JP. Mattei, Y. Le Fur, N. Cuge, E. Ghigliery-Soulier, P. Cozzone, D. Bendahan (Marseille)

Lu.34 Syndrome douloureux péri-ménopausique et syndrome douloureux post-ménopausique
A. Benmebarek (Blida - Algérie)

Lu.35 Adipokines : évolution des taux plasmatiques après réadaptation chez des patients douloureux chroniques ayant une obésité viscérale
B. Fouquet, F. Doury-Planchout, D. Mulleman (Tours)

Lu.36 La douleur neuropathique en consultation de rhumatologie
A. Nasreddine (Casablanca - Maroc)

Lu.37 La douleur au cours de la sclérodermie systémique
F. Teixeira, D. Peixoto, AE. Raposo, J. Costa, M. Bogas, C. Afonso, D. Araujo (Ponte de Lima - Portugal)

Lu.38 Syndrome douloureux régional complexe de type I ou algodystrophie et troubles factices
A. Bera Louville, M. Defontaine, B. Veys, S. Catsaros, S. Blond (Lille)

Lu.39 Taux plasmatique de vitamine D et douleurs neuropathiques
A. Bera Louville, I. Legroux Gerot, B. Veys, M. Defontaine, B. Cortet (Lille)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Infections ostéo-articulaires

Lu.40 Tuberculose sacrée, une localisation rare : à propos de 3 cas
F. Lazrak, FZ. Elouazzani, FE. Abourazzak, L. Tahiri, M. Benzagmout, M. El Faiz Chaoui, T. Harzy (Fès - Maroc)

Lu.41 Arthrite septique : la hantise des rhumatologues et où la tuberculose reste une cause fréquente
H. Rakotonirainy, M. Razakanaivo, H. Rakotoharivelo, OM. Razanaparany, DS. Ralandison (Antananarivo - Madagascar)

Lu.42 Tuberculose ostéo-articulaire : à propos de 17 cas
SEW. Ould Baba (Nouakchott - Mauritanie)

Lu.43 Pyomyosite à actinomyces
A. Hermet, S. Guignard, C. Eymard, M. Meyer, X. Chevalier (Créteil)

Lu.44 Sacro-iliite infectieuse en milieu hospitalier à Lomé (Togo)
O. Oniankitan, KC. Tagbor, K. Kakpovi, E. Fianyo, P. Houzou, VE. Koffi-Tessio, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Lu.45 Spondylodiscite brucélienne : à propos de 4 cas
S. Miladi, L. Soubni, K. Ben Abdelghani, A. Aouadi, A. Ben Tekaya, K. Maatallah, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Lu.46 Spondylodiscites infectieuses iatrogènes : à propos de 6 cas
S. Esseghir, I. Gharsallah, L. Metoui, S. Boussaid, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Lu.47 Le mal de Pott : à propos d'une série de 76 cas
S. Ali Guechi, S. Moumani, S. Boughandjioua, H. Ayed, N. Boukhris, A. Chelghoum (Annaba - Algérie)

Lu.48 Spondylodiscite brucellienne : à propos de 5 cas
W. Mekaoussi (Blida - Algérie)

Lu.49 Cause inhabituelle de fasciite palmaire : la maladie de Lyme
J. Delforge, JE. Gottenberg, E. Chatelus, J. Sibilia, A. Theulin (Strasbourg)

Lu.50 Intérêt des PCR spécifiques dans les infections ostéo-articulaires : à propos d'un cas
S. Dufour, G. Mouterde, A. Remy-Moulard, D. Morquin, H. Marchandin, B. Combe (Montpellier)

Lu.51 La syphilis : une cause curable de polyarthrite aiguë
JM. Djaha, L. Maisonneuve, M. de Bandt (Aulnay-Sous-Bois)

Lu.52 Profil des spondylodiscites infectieuses sans preuve bactériologique : expérience d'un service de rhumatologie
K. Ben Abdelghani, A. Ben Tekaya, S. Miladi, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (Ariana - Tunisie, Tunis - Tunisie)

Lu.53 Tuberculose ostéo-articulaire et expression multifocale : le nouveau visage
N. Boudersa, A. Lakehal, D. Zoughailech, M. Bouzitouna, MR. Cheriet (Constantine - Algérie)

Lu.54 Particularités des spondylodiscites infectieuses dans la polyarthrite rhumatoïde
K. Ben Abdelghani, A. Ben Tekaya, S. Miladi, L. Souabni, KS. Kassab, MS. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (Sidi Daoud la Marsa - Tunisie, Tunis - Tunisie, La Marsa - Tunisie, Ennasr - Tunisie)

Lu.55 Rémission d'un syndrome des anti-synthétases au cours d'une infection articulaire à *Mycobacterium fortuitum* : un effet immunomodulateur mycobactérien ?
C. Ronde-Oustau, A. Meyer, A. Theulin, J. Gaudias, C. Boéri, E. Chatelus, RM. Javier, C. Sordet, JE. Gottenberg, J. Sibilia (Strasbourg)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Imagerie et analyse d'images

Lu.56 Une fasciite palmaire associée à une polyarthrite mutilante paranéoplasique
C. Salmon, D. Loeuille, G. Gill, I. Chary-Valckenaere (Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy)

Lu.57 RAIVE (RhumAtologie InterVentionnelle et Echographie) : résultats d'une enquête nationale
A. Sicaud, A. Sudre, M. Gilson, L. Grange, R. Juvin, P. Gaudin (Echirolles, Grenoble)

Lu.58 Intérêt de la scintigraphie osseuse couplée au scanner (SPECT/CT) dans l'évaluation des spondylarthropathies (SpA)
O. Brocq, B. Paulmier, B. Serrano, P. Brunner, JM. Cucchi, C. Albert, G. Bolla, E. Millasseau, C. Destombe, C. Asquier, JR. Azulay Parrado, M. Farragi (Monaco - Monaco, Nice, Cannes, Fréjus)

Lu.59 Performance de l'échographie cutanée de haute fréquence comme outil de mesure de l'atteinte cutanée dans différents modèles murins de sclérodermie systémique
M. Elhaï, J. Avouac, C. Marchiol, G. Renault, B. Ruiz, M. Fréchet, G. Chiocchia, Y. Allanore (Paris)

Lu.60 Caractéristiques cliniques et radiologiques de l'amylose des dialysés
J. Sigaux, T. Bardin, JD. Laredo, M. Cohen-Solal (Paris)

Lu.61 Micro-architecture vertébrale et fracture par fragilité osseuse chez les hommes : une étude TBS
E. Leib, B. Aubry-Rozier, R. Winzenrieth, D. Hans (Burlington - USA, Lausanne - Suisse)

Lu.62 Évaluation de la concordance entre l'échographie et la radiographie standard du genou dans la gonarthrose
S. Slimani, A. Haddouche, I. Bencharif, A. Ladjouze-Rezig (Batna - Algérie, Blida - Algérie, Constantine - Algérie, Alger - Algérie)

Lu.63 Établissement de valeurs normatives chez la femme adulte jeune à partir de la DMO volumique mesurée par HR-pQCT
A. Fouilloux, S. Boutroy, T. Chevalley, T. Thomas, R. Chapurlat, R. Rizzoli, H. Marotte, H. Locrelle, M. Normand, L. Vico (Saint-Etienne, Lyon, Genève - Suisse)

Lu.64 Le TBS calculé au fémur permet la détection de la fracture de l'extrémité supérieure du fémur et ce, indépendamment de la DMO
L. Del Rio, R. Winzenrieth, C. Cormier, D. Hans, S. Di Gregorio (Barcelone - Espagne, Lausanne - Suisse, Paris)

Lu.65 Décomposition d'images par méthode variationnelle comme prétraitement à l'analyse de texture : application à l'ostéoporose
J. Touvier, E. Lespessailles, R. Jennane, M. Bergounioux (Orléans)

Lu.66 La prévalence des synovites résiduelles écho-doppler positives chez des PR en rémission clinique est élevée et prédit le risque de rechute et de progression structurale : une analyse systématique de la littérature et méta-analyse
TKH. Nguyen, A. Ruyssen-Witrand, A. Constantin, V. Foltz, F. Gandjbakhch, A. Cantagrel (Toulouse, Paris)

Lu.67 Apport de l'échographie par rapport à l'électromyographie dans le diagnostic du syndrome du canal carpien
K. Ben Abdelghani, A. Fazaa, L. Souabni, A. Gargouri, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, R. Gouider, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie, Tunis - Tunisie)

Lu.68 Intérêt de l'échographie dans le diagnostic d'une goutte atypique
K. Ben Abdelghani, L. Souabni, A. Fazaa, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Pharmacologie et thérapeutiques

Lu.69 Perception de la gêne induite par les effets indésirables de la corticothérapie au long cours : enquêtes comparatives entre patients et médecins
K. Nassar, S. Janani, W. Rachidi, N. Ettaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Lu.70 Capsulite rétractile de l'épaule : une nouvelle approche thérapeutique, l'inflitration (ou bloc) du nerf sus-scapulaire
R. Ghozlan (Paris)

Lu.71 Une nouvelle approche du traitement de l'aponévrosite plantaire - les infiltrations guidées par échographie : à propos d'une série de 55 cas
R. Ghozlan, F. Zeitoun (Paris)

Lu.72 Malformation cardiaque sévère fœtale suite à une exposition maternelle au méthotrexate
FZ. Bouzid, M. El Rakaawi, N. Hammoumraoui, H. Djoudi (Boumerdes - Algérie, Alger - Algérie)

Lu.73 Complications infectieuses chez les patients traités par immunosuppresseurs en Afrique subsaharienne
M. Doualla Bija, H. Luma Namme, F. Kemta Lekpa (Douala - Cameroun)

Lu.74 Usage des plantes médicinales en rhumatologie
A. Boujemaoui, M. El Ghazi, M. Zyani, R. Razine, R. Abouqal, S. El Hassani, R. Niamane (Marrakech - Maroc, Rabat - Maroc)

Lu.75 Rhumatismes inflammatoires chroniques : place de la corticothérapie quand l'accès aux traitements conventionnels est limité
DS. Ralandison, F. Andrianjafison, OH. Rakotonirainy, OM. Razanaparany, F. Rapelanoro Rabenja (Antananarivo - Madagascar)

Lu.76 Calcinoses tumorales urémiques : efficacité du thiosulfate de sodium chez 4 patients dialysés
S. Malbos, P. Urena, F. Lioté, H. Trout, T. Bardin, HK. Ea (Paris, Saint-Ouen)

Lu.77 Tolérance des bisphosphonates injectables au cours des ostéolyses malignes
L. Souabni, S. Miladi, K. Ben Abdelghani, A. Ben Tekaya, MS. Chekili, KS. Kassab, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Lu.78 Cinq cas d'hépatites E aiguës chez des patients ayant un rhumatisme inflammatoire traité par méthotrexate et/ou anti-TNF alpha au centre hospitalier universitaire de Toulouse
S. Borg-Santos, M. Laroche, A. Cantagrel, S. Fournier, JM. Peron (Toulouse)

Lu.79 Les modalités de surveillance des malades sous corticothérapie auprès des médecins généralistes
M. Makhchoune, S. Janani, L. Belksir, O. M'Kinsi (Casablanca - Maroc)

Lu.80 Thalidomide-dexaméthasone versus melphalan-prednisone-thalidomide versus melphalan-prednisone comme traitement d'induction du myélome multiple du sujet jeune (≤ 65 ans)
K. Zahra, I. Ben Hassen, W. Ben Fredj, H. Zaghlaoui, H. Zaghouani, M. Zaier, E. Bouajina, A. Khelif (Sousse - Tunisie)

Lu.81 Melphalan-prednisone-thalidomide (MPT) versus melphalan-prednisone (MP) dans le traitement du myélome multiple du sujet âgé de plus de 65 ans
I. Ben Hassen, K. Zahra, W. Ben Fredj, H. Zaghouani, H. Zaghlaoui, Y. Ben Youssef, M. Zaier, E. Bouajina, A. Khelif (Sousse - Tunisie)

Lu.82 Apport de l'acupuncture dans le traitement des cervicalgies et des névralgies cervicobrachiales
K. Ben Abdelghani, S. Boussaïd, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Lu.83 Faisabilité et apport de l'autogreffe des cellules souches périphériques dans le traitement du myélome multiple du sujet jeune
K. Zahra, I. Ben Hassen, H. Zaghouani, S. Boukhris, W. Ben Fredj, H. Zaghlaoui, B. Achour, Y. Ben Youssef, A. Khelif (Sousse - Tunisie)

Lu.84 Apport de l'acupuncture dans le traitement des lombalgies et des sciatiques communes
K. Ben Abdelghani, S. Boussaïd, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

09h45 ——► 11h00 **POSTERS** *Posters*

Maladies rares

Lu.85 Aspects cliniques et thérapeutiques des arthropathies liées au virus HTLV-1 : à propos de 3 cas
L. Frenzel (Paris)

Lu.86 Tableau clinique et radiologique de l'arthropathie ochronotique
J. Rovensky, M. Stancikova, M. Kratka, T. Urbanek (Piestany - Slovaquie)

Lu.87 Modalités de prise en charge de la maladie ulcéreuse de la sclérodermie systémique en Europe : résultats du registre DUO
L. Guillevin, M. Matucci Cerenic, C. Denton, B. Schwierin, D. Rosenberg, T. Krieg (Paris, Firenze - Italie, Londres - Grande-Bretagne, Allschwil - Suisse, Cologne - Allemagne)

Lu.88 Une deuxième observation de fasciite de Wells
L. Spielmann, A. Mahe, L. Messer, P. Moreau (Colmar)

Lu.89 Efficacité et tolérance de la colchicine intraveineuse hebdomadaire pendant deux ans continus chez des patients atteints de fièvre méditerranéenne familiale (FMF) et résistants initialement à la colchicine orale
M. Rozenbaum, L. Kaly, D. Rimar, G. Slobodin, N. Boulman, S. Younis, N. Jiris, I. Rosner (Haifa - Israël)

Lu.90 La prévalence de l'insuffisance surrénalienne sous corticothérapie au long cours : étude prospective de 35 cas
K. Nassar, S. Janani, I. Elarchani, W. Rachidi, N. Ettaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Lu.91 Cinq syndromes de Ribbing avec (n = 2) ou sans (n = 3) mutations de TGFß1 : réponses variables aux bisphosphonates IV et aux corticoïdes IV
A. Savoie, B. Isidor, F. Gouin, Y. Maugars, JM. Berthelot (Nantes)

Lu.92 Neuropathie périphérique et glomérulonéphrite à IgA : deux manifestations rares de la maladie de Whipple chez un même patient
OH. Rakotonirainy, P. Le Blay, R. Ferreira, C. Jorgensen, YM. Pers (Montpellier)

Lu.93 Amélioration clinique précoce chez des patients atteints de lupus systémique (LS) traités par belimumab
E. Hachulla, A. Doria, J. Sanchez-Guerrero, D. Tegzovà, EM. Ginzler, ZJ. Zhong, G. Dennis, DJ. Wallace (Lille, Padova - Italie, Mexico - Mexique, Prague - République tchèque, New York - USA, Rockville - USA, Los Angeles - USA)

Lu.94 Une gammapathie monoclonale pas banale
Y. Ronzi, V. Andre, H. Maisonneuve, F. Subiger, G. Tanguy, G. Cormier (La Roche-sur-Yon)

Lu.95 Des myalgies diffuses associées à une élévation des CPK révélant un syndrome de Sheehan
A. Salcion, M. Verdet, M. Gauthier-Prieur, L. Moreau, F. Dasilva (Rouen, Elbeuf)

Lu.96 Une cause rare de polyarthrite destructrice : le syndrome PPP
P. Fuzibet, V. Martaille, D. Mulleman, F. Daoued, C. Lamblin, S. Sunder, P. Goupille (Tours)

Lu.97 Difficultés diagnostiques de l'ostéomalacie oncogénique : discussion à propos de 2 cas
I. Machelart, L. Baronnet Cabantous, F. Sanguinet, M. Mirabel, C. Richez, B. Bannwarth, T. Schaeverbeke (Bordeaux)

Lu.98 L'alcaptonurie : une cause inhabituelle de raideur rachidienne
C. Frantz, C. Job-Deslandre, Y. Allanore, A. Kahan (Paris)

Lu.99 Acétone, acétate et formate : de nouveaux biomarqueurs de la sclérodermie systémique identifiés par la métabolomique
IJ. Namer, E. Chatelus, JE. Gottenberg, FM. Moussalieh, J. Sibilia, A. Theulin, K. Elbayed, A. Meyer, RM. Javier, JF. Kleinmann, C. Sordet (Strasbourg)

Lu.100 Au cours du syndrome des anti-synthétases, les anticorps antipeptides citrullinés sont un marqueur d'atteinte articulaire sévère
A. Meyer, G. Lefèvre, RM. Flipo, G. Falgarone, B. Le Goff, AL. Buchdahl, A. Tournadre, O. Benveniste, E. Hachulla, J. Sibilia, B. Hervier (Strasbourg, Lille, Bobigny, Nantes, Douai, Clermont-Ferrand, Paris)

Lu.101 Les myopathies nécrosantes à médiation immune ne sont pas exclusivement associées aux anti-SRP
A. Meyer, J. Goetz, B. Lannes, L. Messer, A. Theulin, E. Chatelus, B. Geny, JE. Gottenberg, J. Sibilia (Strasbourg, Colmar)

Lu.102 Efficacité du rituximab dans la leucémie à grands lymphocytes granuleux associée à la polyarthrite rhumatoïde
D. Cornec, V. Devauchelle-Pensec, S. Jousse-Joulin, T. Marhadour, V. Ugo, C. Berthou, A. Saraux (Brest)

Lu.103 Le risque élevé de fracture au cours de la sarcoïdose est mal évalué par la mesure de densité minérale osseuse : implication du taux sérique de vitamine D
N. Saidenberg-Kermanach, H. Nunes, L. Semerano, E. Avice, D. Sadoun, X. Guillot, M. Boubaya, N. Naggara, D. Valeyre, MC. Boissier (Bobigny, Besançon)

Lu.104 Les cellules épithéliales des glandes salivaires expriment OX40 ligand et induisent l'expression d'OX40 et favorisent la survie, la prolifération et l'activation des lymphocytes T au cours du syndrome de Sjögren primitif
YZ. Gong, G. Alsaleh, J. Sibilia, JE. Gottenberg (Strasbourg)

Lu.105 Anomalies micro-architecturales mesurées par tomodensitométrie périphérique à haute résolution chez des patientes atteintes d'hyperparathyroïdie primitive
S. Boutroy, B. Silva, N. Cusano, D. Mcmahon, A. Zhang, J. Udesky, J. Bilezikian (Lyon, New York - USA)

Lu.106 Vascularite granulomateuse à ANCA avec polyangéite (maladie de Wegener, GPA) et événements thromboemboliques veineux : à propos d'un cas
F. Medina, M. Nadal, H. Hennique, A. Muller, S. Rist, C. Salliot (Orléans)

Lu.107 Maladie de Horton compliquée d'une infection à mucormycose : à propos d'un cas
F. Ajili, I. Gharsallah, A. Laanani, L. Metoui, N. Boussetta, B. Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Lu.108 Cirrhose biliaire primitive associée à un lupus érythémateux systémique : à propos de 3 cas
A. El Ouni, I. Boukhris, L. Ben Hssine, E. Cherif, S. Azzebi, Z. Kaouech, C. Kooli, N. Khalfallah (Tunis - Tunisie)

Lu.109 Myalgies inflammatoires aiguës chez le sujet jeune : pensez à la myosite ossifiante circonscrite
A. Galeano, J. Fraison, R. Ferreira, P. Le Blay, C. Jorgensen, YM. Pers (Montpellier)

Lu.110 Bénéfice des bolus répétés de corticoïdes intraveineux à forte dose dans le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada : à propos d'un cas
M. Wahb (Casablanca - Maroc)

Lu.111 Hémangio-endothéliome épithélioïde, localisation au poignet et à la main : à propos d'un cas
F. Ajili, I. Gharsallah, A. Laanani, L. Metoui, N. Boussetta, B. Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 POSTERS *Posters*

Immunologie et inflammation

Lu.112 Une micro-angiopathie thrombotique compliquant un lupus érythémateux systémique chez une jeune patiente
R. Akrout, S. Bendjemaa, M. Ezzeddine, H. Fourati, I. Hachicha, S. Baklouti (Sfax - Tunisie)

Lu.113 Étude des effets de l' alpha-énolase recombinante humaine non citrullinée sur les cellules mononucléées du sang périphérique de sujets sains : possible rôle immunomodulateur via la production d'IL-10
C. Guillou, G. Avenel, C. Derambure, M. Verdet, ML. Golinski, M. Hiron, S. Adriouch, O. Boyer, T. Lequerré, O. Vittecoq (Rouen, Bois-Guillaume)

Lu.114 Effets de la forme soluble et de la forme membranaire de FasL sur les synoviocytes fibroblastiques de patients atteints de PR ou d'AO
R. Audo, F. Calmon-Hamaty, B. Combe, M. Hahne, J. Morel (Montpellier)

Lu.115 Atteinte pulmonaire au cours de la sclérodermie (expérience d'un service de rhumatologie) : à propos de 16 cas
I. El Aarchani, S. Janani, W. Rachidi, N. Ettaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Lu.116 L'association maladie cœliaque et syndrome de Sjögren : quel lien de causalité ?
N. Kadi, L. Tahiri, S. Mansouri, FE. Abourazzak, T. Harzy (Fès - Maroc)

Lu.117 Grossesse lupique : à propos de 17 cas
H. Boufettal, K. Nassar, S. Janani, W. Rachidi, N. Etaouil, O. Mkinsi, N. Samouh (Casablanca - Maroc)

Lu.118 La présence d'anticorps anti-cellules HEK-293T caractérise les patients porteurs d'une glomérulonéphrite lupique active
G. Seret, D. Cornec, F. Canas, L. Di Constanzo, Y. Renaudineau, Y. Le Meur, A. Saraux, S. Jousse-Joulin (Brest)

Lu.119 Incidence et sévérité de la sclérodermie systémique aux Antilles françaises
C. Deligny, H. Cormier, M. de Bandt, S. Arfi, G. Jean-Baptiste, N. Cordel (Fort-de-France, Bordeaux, Pointe-à-Pitre)

09h45 ——► 11h00 **POSTERS** *Posters*

Polyarthrite rhumatoïde

Lu.120 Devenir, en 2011, des patients issus d'une cohorte bretonne atteints de polyarthrite rhumatoïde après 15 ans d'évolution
P. Brun, D. Guellec, J. Morvan, V. Devauchelle-Pensec, JM. Berthelot, C. Le Henaff Bourhis, S. Hoang, JB. Thorel, A. Martin, G. Chalès, S. Jousse-Joulin, A. Saraux (Brest, Quimper, Nantes, Morlaix, Vannes, Lorient, Saint-Brieuc, Rennes)

Lu.121 Anomalies podologiques chez les patients marocains atteints de polyarthrite rhumatoïde
F. Wafki, B. Amine, A. Elhari, S. Elgueddari, R. Bahiri, R. Abouqal, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Lu.122 Développement d'un score prédictif de sévérité dans la polyarthrite rhumatoïde à partir de l'analyse ICPAH des données structurées et non-structurées du réseau Polyarthrite Rhumatoïde Languedoc-Rousillon (PR-LR)
YM. Pers, R. Van Hoof, C. Zaafouri, P. Le Blay, R. Ferreira, S. Fabre, J. Rouvière, J. Sany, V. Le Roy, F. Briand, C. Jorgensen (Montpellier, La Gaude)

Lu.123 Efficacité et tolérance de l'abatacept dans la PR en conditions réelles de prescription : analyse intermédiaire à 12 mois de l'étude ACTION
H. Nüsslein, R. Alten, M. Galeazzi, H. Lorenz, D. Boumpas, M. Nurmohamed, W. Bensen, G. Burmester, H. Peter, F. Rainer, K. Pavelka, M. Chartier, C. Poncet, C. Rauch, MA. Le Bars (Nuremberg - Allemagne, Berlin - Allemagne, Sienne - Italie, Heidelberg - Allemagne, Rethymnon - Grèce, Amsterdam - Pays-Bas, Hamilton - Canada, Fribourg - Allemagne, Graz - Autriche, Prague - République tchèque, Neuilly-sur-Seine, Sèvres, Munich - Allemagne, Rueil-Malmaison)

Lu.124 Le niveau d'instruction influence l'activité et la sévérité de la polyarthrite rhumatoïde. Données à partir de la cohorte algérienne multicentrique
S. Slimani, A. Abbas, A. Ben Ammar, D. Kebaili, EH. Ali, F. Rahal, C. Dahou, N. Brahimi, S. Abtroun-Benmadi, A. Ladjouze-Rezig (Batna - Algérie, M'sila - Algérie, Oran - Algérie, Oum-El-Bouaghi - Algérie, Alger - Algérie)

Lu.125 Évaluation de l'efficacité et de la tolérance du rituximab (RTX), traitement en première intention, dans la polyarthrite rhumatoïde (PR)
C. Haouichat, MF. Aiche, A. Ikene, N. Kechout, M. Elrakawi, EH. Djoudi (Douéra - Algérie, Alger - Algérie)

Lu.126 Concordance des indices médecins avec la perception du niveau d'activité par le patient au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR)
S. Cadart, L. Kanagaratnam, J. Corli, RM. Flipo (Lille, Reims)

Lu.127 Effets du certolizumab pegol sur l'apoptose des cellules synoviales, l'expression et l'activité cyclo-oxygénase-2, la production de cytokines et la transduction du signal via les MAP kinases sur des synoviocytes humains rhumatoïdes
Y. Limami, P. Vergne-Salle, P. Bertin, R. Trèves, JL. Charissoux, JL. Beneytout, B. Liagre (Limoges)

Lu.128 La démocratie sanitaire dans un programme d'éducation thérapeutique dédié à la polyarthrite rhumatoïde
JD. Cohen, L. Barbier, A. Gachon, D. Gasqueres, P. Marty, J. Morel, N. Nayral, AM. Pain, I. Tavares-Figueiredo, S. Chirol (Montpellier, Paris)

Lu.129 Éducation thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde : expérience montpelliéraine
JD. Cohen, D. Gasqueres, J. Morel, I. Tavares-Figueiredo, G. Mouterde, S. Chirol (Montpellier, Paris)

Lu.130 Les anticorps anti-protéines citrullinées et la polyarthrite rhumatoïde : quelles sont les caractéristiques de la PR avec Acpa chez les patients algériens ?
D. Acheli, S. Salah, W. Ouardi, M. Benidir, A. Iken, S. Metatla, R. Allat, A. Boulaaroug, MC. Abbadi, H. Djoudi (Douéra - Algérie, Alger - Algérie)

Lu.131 Les anti-TNF alpha dans la polyarthrite rhumatoïde : existe-t-il une séquence de traitement optimale ?
N. Pegoud, B. Allenet, P. Gaudin (Limoges, Grenoble, Echirolles)

Lu.132 Facteurs prédictifs d'efficacité du rituximab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) : données du registre auto-immunité et rituximab-PR
JE. Gottenberg, P. Ravaud, T. Bardin, P. Cacoub, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, B. Godeau, L. Guillevin, X. Le Loet, E. Hachulla, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, I. Pane, G. Baron, X. Mariette (Strasbourg, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Créteil, Rouen, Wattignies, Bordeaux, Le Kremlin-Bicêtre)

Lu.133 Infections opportunistes au cours du traitement de la polyarthrite rhumatoïde par rituximab : données du registre auto-immunité et rituximab-polyarthrite rhumatoïde (AIR-PR)
JE. Gottenberg, P. Ravaud, T. Bardin, P. Cacoub, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, B. Godeau, L. Guillevin, X. Le Loet, E. Hachulla, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, I. Pane, G. Baron, X. Mariette (Strasbourg, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Créteil, Rouen, Wattignies, Bordeaux, Le Kremlin-Bicêtre)

Lu.134 Évolution du taux d'immunoglobulines sériques et risque d'infections sévères sous abatacept : données du registre « *Orencia and Rheumatoid Arthritis* » (ORA)
JE. Gottenberg, P. Ravaud, A. Cantagrel, B. Combe, RM. Flipo, T. Schaeverbeke, E. Houvenagel, P. Gaudin, D. Loeuille, S. Rist, M. Dougados, J. Sibilia, X. Le Loet, C. Marcelli, T. Bardin, I. Pane, E. Perrodeau, G. Baron, X. Mariette (Strasbourg, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Bordeaux, Lomme, Echirolles, Vandœuvre-lès-Nancy, Orléans, Rouen, Caen, Le Kremlin-Bicêtre)

Lu.135 Y a-t-il une corrélation entre les scores échographiques de 6, 7 et 12 articulations avec les indices cliniques d'activité de la maladie chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ?
A. Hassani, H. Rkain, I. Hmamouchi, R. Lahlou, S. Aktaou, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Lu.136 Prévalence et facteurs associés aux comorbidités chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
A. Hassani, F. Allali, M. Ezzahri, I. Bouaddi, D. El Badri, I. Hmamouchi, R. Aboukal, H. Rkain, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Lu.137 Prévalence du syndrome métabolique au cours de la polyarthrite rhumatoïde dans la population marocaine
S. Mansouri, FE. Abourazzak, A. Najdi, L. Tahiri, C. Nejjari, T. Harzy (Fès - Maroc)

Lu.138 Absence d'expression du transcrit alternatif de CD20 dans les lymphocytes B et au niveau synovial chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
C. Gamonet, M. Deschamps, B. Gaugler, P. Saas, I. Auger, C. Ferrand, É. Toussirot, Centre Investigation Clinique Biothérapie (Besançon, Marseille)

Lu.139 Sclérite nécrosante associée à la PR : à propos d'un cas traité par tocilizumab puis rituximab, avec abcès épidural concomitant
I. Fabreguet, Y. Guex-Crosier, PA. Varisco, B. Aubry-Rozier, P. Zufferey, AKL. So (Lausanne - Suisse)

Lu.140 Aggravation de la rigidité aortique chez des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde après 6 mois et 1 an de traitement par abatacept
S. Mathieu, M. Couderc, B. Pereira, B. Glace, A. Tournadre, JJ. Dubost, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Lu.141 Évaluation du rôle fonctionnel de DNAX *accessory molecule* 1 (DNAM-1) dans un modèle murin de polyarthrite rhumatoïde
M. Elhai, G. Chiocchia, C. Marchiol, G. Renault, F. Lager, Y. Allanore, J. Avouac (Paris)

Lu.142 Les réactions à la perfusion entraînant l'arrêt du rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde sont rares : données du registre AIR-PR
JH. Salmon, P. Ravaud, T. Bardin, P. Cacoub, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, B. Godeau, L. Guillevin, X. Le Loet, E. Hachulla, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, I. Pane, G. Baron, X. Mariette, JE. Gottenberg (Reims, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Créteil, Rouen, Bordeaux, Strasbourg, Le Kremlin-Bicêtre)

Lu.143 Prévalence de la dyslipidémie au cours de la polyarthrite rhumatoïde débutante en fonction des différentes recommandations à partir des données de la cohorte ESPOIR : absence d'amélioration de la prise en charge après 4 ans de suivi
M. Margerit, P. Nguyen, B. Pereira, Y. Allanore, X. Le Loet, AC. Rat, M. Soubrier (Clermont-Ferrand, Paris, Rouen, Vandœuvre-lès-Nancy)

Lu.144 Des attentes positives des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) pour leur traitement par golimumab sont associées à une amélioration plus importante des résultats cliniques
B. Combe, B. Dasgupta, I. Louw, S. Pal, J. Wollenhaupt, C. Zerbini, AD. Beaulieu, H. Schulze-Koops, P. Durez, W. Bensen, V. Wolff, R. Yao, H. Weng, N. Vastesaeger (Montpellier, Westcliff - Grande-Bretagne, Cape Town - Afrique du Sud, Hyderabad - Inde, Hambourg - Allemagne, Sao Paulo - Brésil, Saint Louis - Canada, Munich - Allemagne, Bruxelles - Belgique, Hamilton - Canada, Santiago - Chili, Kenilworth - USA)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Arthrose, cartilage, arthropathies micro-cristallines

Lu.145 Corrélation de la combinaison de biomarqueurs sériques avec l'évolution structurale dans l'arthrose du genou
YM. Pers, AM. Dupuy, G. Mercier, S. Fabre, R. Ferreira, P. Le Blay, C. Jorgensen (Montpellier)

Lu.146 Le resveratrol, activateur de Sirtuin-1 (histone déacetylase 3), augmente la production d'IL-6 par les cellules mononuclées circulantes de patients atteints de gonarthrose
D. Wendling, C. Prati, JP. Cedoz, M. Godfrin-Valnet, K. Khan, L. Baud, W. Abbas, G. Herbein (Besançon)

Lu.147 L'analyse quantifiée de la marche, dans la coxarthrose, comme aide à l'évaluation des capacités fonctionnelles après pose de prothèse totale de hanche
P. Ornetti, P. Martz, C. Morisset, JF. Maillefert, E. Baulot, D. Laroche (Dijon)

Lu.148 Poids des arthropathies microcristallines en France à partir des données d'hospitalisation
M. Maravic, HK. Ea (Paris)

Lu.149 Tolérance des AINS en application locale dans le traitement de la gonarthrose des sujets très âgés : revue de la littérature
B. Verlhac, E. Maheu, JL. Le Quintrec, C. Cadet, P. Breville, JB. Gauvain (Villejuif, Paris, Orléans)

Lu.150 Influence des comorbidités sur le PASS chez les patients gonarthrosiques
S. Ali Ou Alla, F. Allali, G. Wariaghli, J. Hakkou, R. Abouqal, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Lu.151 Goutte tophacée secondaire à une mutation nouvellement décrite du gène HPRT, responsable d'un déficit partiel en hypoxanthine phosphoryltransférase
C. Lahaye, Z. Tatar, S. Mathieu, I. Ceballos-Picot, M. Soubrier (Clermont-Ferrand, Paris)

Lu.152 Expression de Hif-2 alpha par les ostéoblastes de patients arthrosiques
B. Bouvard, D. Lajeunesse, D. Mainard, P. Netter, JY. Jouzeau, P. Reboul (Vandœuvre-lès-Nancy, Montréal - Canada, Nancy)

Lu.153 Ingénierie d'une forme tronquée de la galectine 3 : étude de ses propriétés antagonistes vis-à-vis de la galectine 3 sur le métabolisme des chondrocytes de patients arthrosiques
M. Yéléhé Okouma, A. Bianchi, D. Moulin, P. Netter, M. Koufany, JY. Jouzeau, P. Reboul (Vandœuvre-lès-Nancy)

Lu.154 Apport de l'échographie dans la gonarthrose
I. Ben Slama, L. Traki, L. Bouazzaoui, I. Bouaddi, H. Rkain, F. Allali, N. Hajjaj-Hassouni (Fès - Maroc, Salé - Maroc)

Lu.155 Peut-on encore utiliser des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le traitement de l'arthrose des membres inférieurs chez le sujet âgé (> 65 ans) ou très âgé (> 80 ans) ? Revue de la littérature
C. Cadet, E. Maheu, P. Breville, JB. Gauvain, JL. Le Quintrec, B. Verlhac (Paris, Orléans, Villejuif)

Lu.156 Identification de 14-3-3ε comme cible thérapeutique dans l'arthrose : un nouveau médiateur de la communication os/cartilage
S. Priam, C. Bougault, X. Houard, M. Gosset, C. Salvat, F. Berenbaum, C. Jacques (Paris)

Lu.157 L'approche « STEPS WISE » de la goutte dans le service de rhumatologie au CHU du Point G
B. Kodio (Bamako - Mali)

Lu.158 Chrondrocalcinose articulaire réfractaire au cours d'un syndrome de Gitelman : traitement par tocilizumab
C. Albert, P. Flory, A. Florent, E. Acquacalda, F. Lioté, L. Euller-Ziegler (Nice, Paris)

Lu.159 Facteurs de risque de la gonarthrose chez des patients togolais
O. Oniankitan, P. Houzou, E. Fianyo, K. Kakpovi, VE. Koffi-Tessio, KC. Tagbor, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Lu.160 Enquête sur l'éducation thérapeutique des patients (ETP) dans l'arthrose des membres inférieurs (Étude ÉTAPE)
RL. Dreiser, B. Avio (Paris)

Lu.161 Les AINS et la fonction rénale dans la goutte
E. Mikhnevich (Minsk - Bélarus)

Lu.162 Coût ambulatoire d'un patient arthrosique en France en 2010
L. Grange, P. Bertin, F. Rannou, P. Bruel, C. Taieb (Echirolles, Limoges, Paris, Castres, Boulogne-Billancourt)

Lu.163 Le phorbol myristate acétate, utilisé pour induire la transcription du gène de la pro-IL-1ß, affecte fortement l'apoptose et la viabilité cellulaire dans le modèle de l'inflammation par microcristaux
F. Oliviero, A. Scanu, M. Gnoato, C. Agostini, U. Fiocco, P. Sfriso, L. Punzi (Padova - Italie)

Programme Scientifique
MARDI

08h30 → 09h30 **LÉONARD DE VINCI** *Mise au point*

fmc

Les effets paradoxaux des anti-TNF

É. Toussirot (Besançon)

Modérateur : O. Brocq (Monaco)

Objectifs :

- Décrire les effets paradoxaux les plus fréquemment observés avec les agents anti-TNF alpha : réaction granulomateuse aseptique, psoriasis, uvéite
- Identifier les mécanismes pouvant expliquer ces effets paradoxaux
- Connaître la conduite à tenir face à la survenue d'un effet paradoxal chez un patient sous anti-TNF alpha

08h30 → 09h30 **GOETHE** *Dialogue*

fmc

Stratégie d'épargne cortisonique : de la théorie à la pratique

RM. Flipo (Lille)

Objectifs :

- Savoir évaluer le rapport bénéfices/risques de la corticothérapie au long cours dans le traitement d'une PR établie
- Connaître les principaux résultats des études cliniques concernant l'épargne cortisonique dans la PR
- Savoir envisager une modification de la prise en charge thérapeutique dans la PR pour obtenir une diminution voire un arrêt d'une corticothérapie au long cours

08h30 → 09h30 **DARWIN 4 & 5** *Dialogue*

fmc

Quand arrêter le traitement de l'ostéoporose ?

V. Breuil (Nice)

Modérateur : B. Cortet (Lille)

Objectifs :

- Savoir déterminer au bout de quelle durée de traitement une réévaluation du traitement est nécessaire
- Connaître les critères cliniques permettant d'envisager une pause thérapeutique
- Connaître les critères paracliniques permettant d'envisager une pause thérapeutique

08h30 → 09h30 **BRILLAT SAVARIN 1** *Mise au point*

fmc

Le genou de l'adolescente

F. Gougeon, C. Pascaretti (Lille, Angers)

Modérateur : E. Legrand (Angers)

Objectifs :

- Identifier les étiologies les plus fréquentes des gonalgies de l'adolescente
- Déterminer selon les étiologies les indications du traitement médical et du traitement chirurgical
- Proposer une stratégie de prise en charge des gonalgies de l'adolescente

08h30 → 09h30 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

Comment gérer la PR en rémission ?

A. Constantin, B. Fautrel (Toulouse, Paris)

Modérateur : T. Pham (Marseille)

Objectifs :

- Comment définir la rémission en pratique clinique ?
- Quelle stratégie adopter vis-à-vis des traitements de fond non biologiques ?
- Quelle stratégie adopter vis-à-vis des traitements de fond biologiques ?
- Quels paramètres de suivi pour s'assurer du maintien de la rémission et quelle attitude adopter en cas de reprise évolutive ?

08h30 → 09h30 **DARWIN 3** *SFR et Recherche*

SFR Promoteur de Recherche et Cohortes

08:30 **COHORTE ESPOIR**

La cohorte ESPOIR en 2012
B. Combe (Montpellier)

Les travaux scientifiques effectués à partir de la cohorte ESPOIR
T. Schaeverbeke (Bordeaux)

08:50 **COHORTE KHOALA**
F. Guillemin (Vandœuvre-lès-Nancy)

09:10 **COHORTE DESIR**
(Devenir des Spondylo-arthropathies Indifférenciées Récentes)

Où en sommes-nous dans le recrutement et le suivi des patients ?
A. Saraux (Brest)

Qu'avons-nous déjà appris au plan scientifique grâce à la Cohorte DESIR ?
MA. d'Agostino (Boulogne-Billancourt)

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 1 & 3** *Dialogue*

fmc

Nouvelles recommandations pour le traitement de l'ostéoporose : les données scientifiques qui changent nos pratiques

B. Naveau, T. Thomas (Paris, Saint-Etienne)

Modérateur : C. Roux (Paris)

Objectifs :

- Connaître la notion de fracture sévère et son impact sur la décision thérapeutique
- Maîtriser la place respective de la densitométrie et du FRAX dans l'évaluation du niveau de risque de fracture et la décision thérapeutique
- Identifier les principaux critères de choix d'un médicament de l'ostéoporose

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Mise au point*

fmc

Evaluer la micro-architecture osseuse en 2012 : moyens, résultats, indications

E. Lespessailles (Orléans)

Modérateur : V. Bousson (Paris)

Objectifs :

- Connaître et interpréter les indices micro-architecturaux mesurés par micro-scanner périphérique à haute résolution et par micro-IRM à haute résolution
- Connaître et interpréter les indices de texture radiographique reflétant la micro-architecture : TBS, H Mean (dimension fractale...)
- Connaître les limites méthodologiques et les indications de l'évaluation de la micro-architecture osseuse

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 7 & 8** *Atelier*

fmc

Microcristaux et liquide articulaire

T. Bardin, P. Richette, HK. Ea, J. Ora, I. Silva (Paris, Lisbonne)

Objectifs :

- Recherche de microcristaux dans le liquide articulaire : un moyen simple, rapide, peu coûteux, de diagnostic des diverses arthropathies microcristallines
- Initiation au maniement du microscope à lumière polarisée

08h30 → 09h30 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Mise au point*

fmc

Traitement des SPA en échec d'anti-TNF

D. Wendling (Besançon)

Modérateur : P. Claudepierre (Créteil)

Objectifs :

- Savoir analyser un échec à un anti-TNF
- Connaître les possibilités d'optimisation d'utilisation des anti-TNF dans les spondyloarthrites
- Connaître les limites des autres biothérapies non anti-TNF dans cette indication

08h30 → 09h30 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Mise au point*

fmc

Les effets ostéo-articulaires des traitements anti-tumoraux

F. Debiais (Poitiers)

Modérateur : G. Chalès (Rennes)

Objectifs :

- Connaître et prendre en charge le retentissement osseux des traitements utilisés au cours du cancer du sein
- Préciser les effets articulaires des inhibiteurs de l'aromatase
- Connaître et prendre en charge le retentissement osseux des traitements utilisés au cours du cancer de la prostate

08h30 → 09h30 **APOLLINAIRE 9** *Atelier*

fmc

Échographie du rachis

B. Le Goff (Nantes)

Modérateur : E. Soltner (Nantes)

Objectifs :

- Comprendre l'écho-anatomie du rachis lombaire
- Connaître les différentes coupes de références
- Discuter des applications potentielles en rhumatologie

09h45 → 11h00 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

UCB PHARMA

Pour une meilleure prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde et des spondyloarthrites - de l'évaluation à la décision

Programme p.129

11h15 ⟶ 12h45 **LÉONARD DE VINCI** *Plénière*

Plénière

Modérateurs : E. Legrand (Angers), T. Schaeverbeke (Bordeaux), B. Combe (Montpellier)

11:15 **P.05** Le facteur rhumatoïde IgM amplifie la réponse inflammatoire macrophagique induite par les complexes immuns associant fibrine citrullinée et auto-anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA), associés à la polyarthrite rhumatoïde
L. Laurent, C. Clavel, F. Anquetil, JL. Pasquali, G. Serre, M. Sebbag (Toulouse, Strasbourg)

11:30 **P.06** Facteurs de risque individuels et professionnels de cervicalgies chez les hommes et les femmes salariés
A. Petit, J. Bodin, C. Ha, A. Ramond, E. Legrand, Y. Roquelaure (Angers)

11:45 Remise de prix - Subventions et bourses de recherche 2012 de la Société Française de Rhumatologie

12:00 **P.07** Le Plaquenil® est inefficace au cours du syndrome de Sjögren primitif : résultats de l'essai contrôlé randomisé versus placebo JOQUER
JE. Gottenberg, P. Ravaud, X. Puéchal, V. Le Guern, J. Sibilia, V. Goeb, C. Larroche, JJ. Dubost, S. Rist, A. Saraux, J. Morel, G. Hayem, E. Hachulla, A. Perdriger, D. Sene, C. Zarnitsky, E. Perrodeau, D. Batouche, V. Furlan, J. Benessiano, R. Seror, X. Mariette (Strasbourg, Paris, Amiens, Bobigny, Clermont-Ferrand, Orléans, Brest, Montpellier, Lille, Rennes, Montivilliers, Le Kremlin-Bicêtre)

12:15 **P.08 A** Le taux sérique de sclérostine est corrélé positivement à la micro-architecture osseuse chez l'homme : étude STRAMBO
P. Szulc, S. Boutroy, N. Vilayphiou, R. Chapurlat, L. Hofbauer (Lyon, Dresde)

P.08 B Taux sérique de sclérostine et risque de fracture chez l'homme : étude prospective MINOS
P. Szulc, C. Bertholon, O. Borel, F. Marchand, R. Chapurlat (Lyon, Montceau-les-Mines)

12:30 **P.09** Essai randomisé, multicentrique, en double aveugle, contrôlé contre placebo d'un anti-TNF alpha (adalimumab) dans l'arthrose digitale sévère : l'étude DORA
X. Chevalier, P. Ravaud, E. Maheu, G. Baron, A. Rialland, P. Vergnaud, C. Roux, Y. Maugars, D. Mulleman, B. Combe, D. Wendling, P. Lafforgue, D. Loeuille, V. Foltz, P. Richette (Créteil, Paris, Lyon, Nice, Nantes, Tours, Montpellier, Besançon, Marseille, Vandœuvre-lès-Nancy)

13h00 ⟶ 14h15 **LÉONARD DE VINCI** *Symposium satellite*

MSD FRANCE

Nouveaux horizons dans les traitements par biothérapies des rhumatismes inflammatoires chroniques

Programme p.131

13h00 ⟶ 14h15 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

PFIZER INTERNATIONAL

La pathophysiologie de la PR : Exploration des cibles thérapeutiques

Programme p.133

13h00 → 14h15 | **BRILLAT SAVARIN 3** | *Symposium satellite*

ABBOTT

Spondyloarthrite axiale : nouvelle entité ? Quelles conséquences pour votre pratique ?

Programme p.137

14h30 → 15h30 | **LÉONARD DE VINCI** | *Mise au point*

fmc

Biothérapies : le Bien ou le Mal ? Les méta-analyses

Modérateurs : L. Gossec (Paris), C. Lukas (Montpellier)

14:30 Introduction : pourquoi des méta-analyses ?
L. Gossec, C. Lukas (Paris, Montpellier)

14:35 Comment interpréter une méta-analyse ?
C. Gaujoux-Viala (Paris)

14:55 Les biothérapies sont-elles équivalentes ? Mise en perspective des méta-analyses de la Cochrane
L. Gossec, C. Lukas (Paris, Montpellier)

15:15 Le grand débat - table ronde des orateurs
C. Gaujoux-Viala, L. Gossec, C. Lukas (Paris, Montpellier)

Objectifs :
- Connaître les résultats des méta-analyses de la Cochrane sur les biothérapies
- Pouvoir mettre en perspective les méta-analyses sur les biothérapies, par rapport à la pratique
- Savoir interpréter une méta-analyse, savoir lire un forest plot, comprendre l'hétérogénéité et les biais

14h30 → 15h30 | **GOETHE** | *Dialogue*

fmc

Nouvelles recommandations pour le traitement de l'ostéoporose : les données scientifiques qui changent nos pratiques

B. Naveau, T. Thomas (Paris, Saint-Etienne)

Modérateur : C. Roux (Paris)

Objectifs :
- Connaître la notion de fracture sévère et son impact sur la décision thérapeutique
- Maîtriser la place respective de la densitométrie et du FRAX dans l'évaluation du niveau de risque de fracture et la décision thérapeutique
- Identifier les principaux critères de choix d'un médicament de l'ostéoporose

14h30 → 15h30 | **DARWIN 4 & 5** | *Mise au point*

fmc

Les opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse

B. Bannwarth (Bordeaux)

Modérateur : P. Bertin (Limoges)

Objectifs :
- Quelle est l'efficacité avérée des opioïdes forts au cours des affections rhumatismales ?
- Existe-t-il des indications et des contre-indications à l'emploi de ces médicaments en rhumatologie ?
- Le cas échéant, quels types d'opioïdes forts prescrire ou éviter ?

14h30 | ⟶ 15h30 **BRILLAT SAVARIN 1** *Controverse*

fmc

Le sevrage des glucocorticoïdes

J. Morel, A. Saraux (Montpellier, Brest)

Modérateur : G. Chalès (Rennes)

Objectifs :

- Préciser pour quelle dose cumulée de corticoïdes une insuffisance surrénalienne est possible
- Détailler les méthodes de sevrage en corticoïdes
- Préciser les indications du test au synacthène après l'arrêt de la prednisone, prise d'hydrocortisone seule pendant 3 mois, et cortisol de base normal

14h30 | ⟶ 15h30 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

PR séro-négatives et PR séro-positives : des maladies différentes ?

T. Schaeverbeke (Bordeaux)

Modérateur : A. Cantagrel (Toulouse)

Objectifs :

- Appréhender l'hétérogénéité de la PR et les limites du concept de PR séronégative
- Identifier les caractéristiques physiopathologiques, génétiques, cliniques et pronostiques différenciant les PR dites séronégatives et séropositives
- Assimiler les conséquences thérapeutiques de la distinction entre PR séronégatives et PR séropositives

14h30 | ⟶ 15h30 **DARWIN 3** *Mise au point*

fmc

Traitement de l'arthrose au lendemain de l'actualisation 2012 de l'ACR

Y. Henrotin (Liège - Belgique)

Modérateur : P. Richette (Paris)

Objectifs :

- Présentation de nouvelles cibles thérapeutiques issues de la recherche fondamentale
- Présentation des nouvelles connaissances sur les traitements existants
- Analyse critique des nouvelles approches thérapeutiques (potentiels, risques, perspectives,...)

14h30 | ⟶ 15h30 **DARWIN 6** *Mise au point*

fmc

Faut-il changer notre prise en charge thérapeutique des lombalgiques ?

F. Rannou (Paris)

Modérateur : M. Revel (Paris)

Objectifs :

- Points positifs et négatifs du modèle bio-psycho-social
- Phénotypage des patients lombalgiques
- Orienter le traitement en fonction du phénotype

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 1 & 3** *Scientifique*

Autres maladies inflammatoires

Modérateurs : E. Hachulla (Wattignies), X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre), C. Richez (Bordeaux)

14:30 **O.69** Valeur diagnostique du phénotypage des lymphocytes B sanguins et des marqueurs d'auto-immunité pour le syndrome de Sjögren anti-SSA négatif
D. Cornec, A. Saraux, JO. Pers, S. Jousse-Joulin, Y. Renaudineau, T. Marhadour, V. Devauchelle-Pensec (Brest)

14:40 **O.70** Présence de centres germinatifs, dans la biopsie des glandes salivaires accessoires, au diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren primaire : un nouveau facteur prédictif majeur de lymphome B non Hodgkinien
S. Ismael, F. Lioté, F. Charlotte, R. Kaci, P. Cacoub, PJ. Guillausseau, D. Sène (Paris)

14:50 **O.71** Étude de 44 cas de lymphome compliquant un syndrome de Sjögren primitif (SSp)
G. Nocturne, R. Seror, JJ. Dubost, V. Goeb, A. Le Quellec, B. Bienvenu, C. Roux, E. Hachulla, V. Le Guern, A. Saraux, JE. Gottenberg, C. Miceli-Richard, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Paris, Clermont-Ferrand, Amiens, Montpellier, Caen, Wattignies, Brest, Strasbourg)

15:00 **O.72** Résultats de l'étude BELISS : première étude de phase 2 évaluant le belimumab dans le syndrome de Sjögren primitif
R. Seror, F. Desmoulins, L. Quartuccio, S. Villeneuve, S. de VIta, P. Ravaud, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Udine - Italie, Paris)

15:10 **O.73** Analyse des données de 139 blocs auriculo-ventriculaires inclus dans l'observatoire français des lupus néonataux
K. Lévesque, A. Maltret, M. Hamidou, JL. Pennaforte, P. Orquevaux, JC. Piette, Z. Amoura, F. Barrière, J. Lebidois, L. Fermont, L. Cohen, O. Meyer, O. Fain, A. Theulin, H. Lucron, F. Sassolas, H. Bezanahary, G. Guettrot-Imbert, P. Sève, E. Diot, C. Deligny, N. Morel, E. Villain, N. Costedoat-Chalumeau (Paris, Nantes, Reims, Massy, Bondy, Strasbourg, Fort-de-France, Lyon, Limoges, Clermont-Ferrand, Tours)

15:20 **O.74** Rôle critique de DNAX *accessory molecule* 1 (DNAM-1) dans le développement de la fibrose dermique induite par l'inflammation dans un modèle murin de sclérodermie systémique
J. Avouac, M. Elhai, A. Kahan, G. Chiocchia, J. Distler, Y. Allanore (Paris, Erlangen - Allemagne)

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Mise au point*

fmc

L'art thérapie (musique, danse, écriture, peinture), libération des émotions, douleur et anxiété

R. Ghozlan (Paris)

Modérateur : F. Lévy-Weil (Argenteuil)

Objectifs :

- Faire savoir au rhumatologue qu'il existe souvent une composante psychologique dans l'approche et la prise en charge de la douleur
- Pour l'appréhender, il faut s'exercer à un interrogatoire et à un relationnel qui renseignent sur la « personnalité » du patient et sur les difficultés qu'il a pu rencontrer pendant la période contemporaine d'installation de la douleur
- Savoir utiliser « l'art thérapie » (musique, peinture, danse, écriture,..) pour prendre en charge cette dimension et aboutir à un épanouissement de la personne

14h30 → 15h30 **AMPÈRE 7 & 8** *Atelier*

fmc

Microcristaux et liquide articulaire

T. Bardin, HK. Ea, J. Ora, S. Ottaviani, I. Silva, A. Molto (Paris, Lisbonne - Portugal)

Objectifs :

- Recherche de microcristaux dans le liquide articulaire : un moyen simple, rapide, peu coûteux, de diagnostic des diverses arthropathies microcristallines
- Initiation au maniement du microscope à lumière polarisée

14h30 → 15h30 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent

Modérateurs : B. Bader-Meunier (Paris), C. Job-Deslandre (Paris), E. Solau-Gervais (Poitiers)

14:30 O.75 Connectivites mixtes, connectivites indifférenciées et syndromes de chevauchement associés aux connectivites à début pédiatrique - présentation et évolution : étude multicentrique française
S. Tellier, K. Brochard, C. Pajot-Audouin, B. Bader-Meunier, P. Quartier, A. Belot, C. Job-Deslandre, I. Koné-Paut, A. Faye, I. Le Moal, E. Allain-Launay, B. Ranchin, H. Reumaux, V. Guigonis, A. Carbasse, C. Dheu Bentz, G. Mestrallet, D. Rosellini, A. Garnier, F. Bandin, S. Decramer (Toulouse, Paris, Bron, Nantes, Limoges, Strasbourg, Colmar, Villefranche-sur-Saône, Perpignan)

14:40 O.76 Qu'est-ce que le syndrome PFAPA ? Résultats d'une enquête et données épidémiologiques régionales
AG. Marien, I. Pruvost, A. Martinot, M. Lagree, F. Dubos (Lille)

14:50 O.77 Rôle de TRAF1-C5 et risque d'uvéite dans une cohorte d'arthrite juvénile idiopathique : résultats d'une étude préliminaire
P. Le Blay, C. Ludwig, C. Rittore, S. Soler, G. Tejedor, V. Daien, N. Molinari, YM. Pers, S. Fabre, R. Ferreira, M. Rodiere, I. Touitou, C. Jorgensen (Montpellier)

15:00 O.78 Caractéristiques cliniques des arthrites juvéniles idiopathiques avec anticorps anti-nucléaires : analyse d'une cohorte de 113 patients
P. Le Blay, C. Ludwig, YM. Pers, V. Daien, N. Molinari, S. Fabre, M. Rodiere, C. Jorgensen (Montpellier)

15:10 O.79 Évaluation de la qualité de vie d'une cohorte d'arthrite juvénile idiopathique évoluant à l'âge adulte
L. Sparsa, C. Job-Deslandre, A. Lohse Walliser, P. Quartier, A. Kahan, J. Wipff (Paris, Belfort)

15:20 O.80 A Discordance entre l'évaluation du médecin et celle des parents dans l'arthrite juvénile idiopathique
S. Shyen, B. Amine, D. El Badri, N. Mawani, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Gueddari, M. Wabi, B. Chkirat, R. Aboukal, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

O.80 B Les perceptions des parents d'enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique concernant leurs traitements reçus
D. El Badri, B. Amine, N. Mawani, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Shayen, S. El Gueddari, W. Mouajibou, B. Chkirate, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

14h30 → 15h30 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Scientifique*

Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques

Modérateurs : T. Lequerré (Rouen), D. Wendling (Besançon)

14:30 O.81 Résultats après un an de l'étude clinique canadienne CAMEO comparant un traitement associant le méthotrexate et l'étanercept à celui par l'étanercept seul chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

B. Haraoui, J. Pope, C. Thorne, M. Poulin-Costello, A. Vieira, E. Keystone (Montréal - Canada, Londres - Canada, Newmarket - Canada, Mississauga - Canada, Toronto - Canada)

14:40 O.82 Une diminution rapide des polynucléaires neutrophiles sous tocilizumab est associée à une réponse clinique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

M. Kostine, T. Barnetche, E. Ardouin, M. Joly, E. Rabois, B. Glace, D. Nigon, T. Schaeverbeke, C. Richez (Bordeaux, Limoges, Montpellier, Clermont-Ferrand, Toulouse)

14:50 O.83 Tolérance du rituximab chez les patients ayant un antécédent de cancer : données du registre Auto-Immunité et Rituximab - Polyarthrite Rhumatoïde (AIR-PR)

JE. Gottenberg, MO. Duzanski, T. Bardin, P. Cacoub, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, B. Godeau, L. Guillevin, E. Hachulla, X. Le Loet, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, I. Pane, P. Ravaud, G. Baron, X. Mariette (Strasbourg, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Créteil, Wattignies, Rouen, Bordeaux, Le Kremlin-Bicêtre)

15:00 O.84 Tocilizumab (TCZ) en monothérapie est plus efficace que l'adalimumab (ADA) en monothérapie sur la réduction de l'activité de la maladie chez les patients traités pour polyarthrite rhumatoïde : résultats à 24 semaines de l'étude de phase IV Adacta ®

C. Gabay, P. Emery, R. Van Vollenhoven, A. Dikranian, R. Alten, M. Klearman, D. Musselman, S. Agarwal, J. Green, A. Kavanaugh (Genève - Suisse, Leeds - Grande-Bretagne, Stockholm - Suède, San Diego - USA, Berlin - Allemagne, San Francisco - USA, Welwyn - Grande-Bretagne)

15:10 O.85 L'augmentation de l'intervalle entre deux perfusions d'infliximab est associée à la présence d'anticorps anti-infliximab chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ou de spondyloarthrite

M. Verdet, C. Guillou, ML. Golinski, M. Hiron, F. Jouen, O. Boyer, T. Lequerré, O. Vittecoq (Rouen)

15:20 O.86 Comparaison des anticorps anti-interleukine-6 et anti-récepteurs de l'interleukine-6 à l'aide de systèmes fonctionnels *in vivo*

S. Shaw, D. Marshall, H. Neale, K. Kretsos, T. Bourne, M. de Longueville, A. Lawson (Slough - Grande-Bretagne, Bruxelles - Belgique)

14h30 → 15h30 **APOLLINAIRE 9** *Atelier*

fmc

Échographie du genou

S. Jousse-Joulin (Brest)

Modérateur : F. Etchepare (Arpajon)

Objectifs :

- Savoir définir les 4 compartiments du genou
- Savoir repérer les structures qui permettent d'identifier un kyste poplité en vue d'une ponction échoguidée
- Savoir différencier un épanchement mécanique de genou d'un épanchement inflammatoire

15h45 → 16h45 **GOETHE** *Mise au point*

fmc

Les pièges dans la prise en charge du canal lombaire étroit

G. Chalès (Rennes)

Modérateur : S. Rozenberg (Paris)

Objectifs :

- Discuter l'importance relative des différents éléments cliniques dans le diagnostic positif et différentiel du canal lombaire étroit (CLE)
- Evaluer la performance diagnostique des techniques d'imagerie utilisées pour confirmer un CLE
- Clarifier les relations entre données cliniques et données d'imagerie pour décider de la meilleure prise en charge d'un CLE

15h45 → 16h45 **DARWIN 4 & 5** *Dialogue*

fmc

Quand arrêter le traitement de l'ostéoporose ?

V. Breuil (Nice)

Modérateur : B. Cortet (Lille)

Objectifs :

- Savoir déterminer au bout de quelle durée de traitement une réévaluation du traitement est nécessaire
- Connaître les critères cliniques permettant d'envisager une pause thérapeutique
- Connaître les critères paracliniques permettant d'envisager une pause thérapeutique

15h45 → 16h45 **BRILLAT SAVARIN 1** *Mise au point*

fmc

L'arthrose de la cheville

P. Djian, V. Legré (Paris)

Modérateur : E. Maheu (Paris)

Objectifs :

- Savoir évaluer cliniquement une cheville arthrosique
- Savoir quels examens complémentaires demander devant une arthrose de la cheville
- Connaître les options thérapeutiques actuelles

15h45 → 16h45 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

Physiopathologie de la SA

D. Baeten (Amsterdam - Pays Bas)

Modérateur : M. Breban (Boulogne-Billancourt)

Objectifs :

- Comprendre le rôle physiopathologique du HLA-B27 dans les spondylarthrites
- Identifier les cytokines clés dans la spondylarthrite
- Comprendre les relations entre inflammation et remodelage osseux dans la spondylarthrite

15h45 → 16h45 **DARWIN 3** *Interface*

Société Française de Rhumatologie / Société Française de Radiologie - Infiltration périphérique avec ou sans guidage

Modérateurs : JL. Drapé (Paris), Y. Maugars (Nantes)

15:45 Guidage clinique
D. Baron (Trévou-Tréguignec)

15:57 Guidage scopique et TDM
O. Fantino (Lyon)

16:09 Guidage échographique membre supérieur
H. Guérini (Paris)

16:21 Guidage échographique membre inférieur
B. Le Goff (Nantes)

16:33 Synthèse et étude comparative de la littérature
H. Bard (Paris)

15h45 → 16h45 **DARWIN 6** *Scientifique*

Os métabolique

Modérateurs : M. Audran (Angers), P. Guggenbuhl (Rennes), E. Lespessailles (Orléans)

15:45 **O.87** Facteurs de risque de l'ostéoporose post-ménopausique dans une population maghrébine
N. Hammoumraoui, M. El Rakaawi, D. Acheli, S. Abrouk, M. Mokhtari, M. Jilali, C. Haouichat, S. Lehtihet-Oussedik, H. Djoudi (Alger - Algérie)

15:55 **O.88** Hospitalisations pour fractures vertébrales ostéoporotiques : caractéristiques, létalité et influence de la vertébroplastie
M. Maravic, P. Taupin, C. Roux (Paris)

16:05 **O.89** Existe-t-il un profil particulier des femmes ménopausées ostéoporotiques avec fracture humérale ?
A. Amouzougan, C. Duquesne, H. Marotte, B. Gerbay, P. Collet, L. Vico, T. Thomas (Saint-Etienne)

16:15 **O.90** La diminution de la formation osseuse contribue à l'ostéoporose dans un modèle génétique murin d'hémochromatose
M. Doyard, D. Chappard, P. Leroyer, MP. Roth, O. Loréal, P. Guggenbuhl (Rennes, Angers, Toulouse)

16:25 **O.91** Fractures de hanche chez les sujets dialysés : incidence, morbimortalité et coûts
M. Maravic, A. Ostertag, P. Urena, M. Cohen-Solal (Paris, Saint-Ouen)

16:35 **O.92** Épidémiologie et caractéristiques des fractures sous-trochantériennes et diaphysaires fémorales atypiques
Z. Mahjoub, S. Jean, JT. Leclerc, JP. Brown, D. Boulet, S. Pelet, C. Grondin, J. Dumont, EL. Belzile, L. Michou (Québec - Canada)

15h45 → 16h45 **AMPÈRE 1 & 3** *Mise au point*

fmc

Le difficile diagnostic de la PPR : à la lumière des nouveaux critères

M. de Bandt (Fort-de-France)

Modérateur : C. Masson (Angers)

Objectifs :

- Connaître et comprendre les nouveaux critères diagnostiques de la PPR
- Comment les utiliser en pratique clinique quotidienne ?
- Reconnaître leurs intérêts dans la prise en charge des PPR

15h45 → 16h45 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Polyarthrite rhumatoïde

Modérateurs : H. Marotte (Saint-Etienne), E. Solau-Gervais (Poitiers), O. Vittecoq (Bois-Guillaume)

15:45 **O.93** Performance des matrices développées pour identifier les polyarthrites rhumatoïdes débutantes à risque de progression radiographique rapide malgré un traitement par méthotrexate : une comparaison réalisée sur les données de la cohorte ESPOIR

B. Fautrel, B. Granger, B. Combe, F. Guillemin, A. Saraux, X. Le Loet (Paris, Montpellier, Vandœuvre-lès-Nancy, Brest, Rouen)

15:55 **O.94** Matrice de prédiction du risque de progression rapide en 1 an à partir des données cliniques, radiologiques et génétiques de patients souffrant de polyarthrite récente et traités par méthotrexate ou léflunomide (cohorte ESPOIR)

A. Ruyssen-Witrand, B. Fautrel, E. Garandeau, C. Lukas, B. Combe, X. Le Loet, A. Constantin (Toulouse, Paris, Montpellier, Rouen)

16:05 **O.95** Dickkopf-1 est augmenté dans la polyarthrite rhumatoïde d'apparition récente et pourrait-être un nouveau biomarqueur de la progression structurale : données de la cohorte ESPOIR

R. Seror, S. Pavy, T. Schaeverbeke, A. Saraux, X. Mariette, C. Miceli-Richard (Le Kremlin-Bicêtre, Bordeaux, Brest)

16:15 **O.96** Identification de la protéine S100A9 comme marqueur potentiel de prédiction de réponse à la combinaison MTX/étanercept dans la polyarthrite rhumatoïde

A. Obry, T. Lequerré, J. Hardouin, O. Boyer, O. Vittecoq, P. Cosette (Rouen, Bois-Guillaume)

16:25 **O.97** CCL19, une chimiokine régulant le trafic des lymphocytes B, est corrélée à la diminution des lymphocytes B mémoires sanguins et prédit la réponse au rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde : résultats de l'étude SMART

J. Sellam, S. Rouanet, H. Hendel-Chavez, K. Abbed, B. Combe, J. Sibilia, X. Le Loet, J. Tebib, R. Jourdan, M. Dougados, Y. Taoufik, X. Mariette (Paris, Boulogne-Billancourt, Le Kremlin-Bicêtre, Montpellier, Strasbourg, Rouen, Pierre-Bénite)

16:35 **O.98** Apport du dosage de la troponine cardiaque par méthode ultra-sensible et du NT-proBNP dans la polyarthrite rhumatoïde

J. Avouac, C. Meune, C. Gobeaux, D. Borderie, A. Kahan, P. Dieudé, Y. Allanore (Paris)

15h45 → 16h45 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Pathologie musculo-tendino-ligamentaire

Modérateur : P. Lafforgue (Marseille), E. Legrand (Angers)

15:45 O.99 A Valeurs diagnostiques des tests de conflit sous-acromial au cours de la pathologie de la coiffe des rotateurs à travers une confrontation clinico-échographique : à propos de 31 cas
H. Benzarti, W. Ouaness, N. Laazreg, K. Maaref, N. Rejeb (Sousse - Tunisie)

O.99 B Confrontation clinico-échographique des tendinopathies de la coiffe des rotateurs : à propos de 31 cas
H. Benzarti, W. Ouaness, K. Maaref, N. Rejeb (Sousse - Tunisie)

15:55 O.100 Syndrome du muscle piriforme - critères diagnostiques et traitement : à propos d'une série monocentrique de 250 patients
F. Michel, P. Decavel, L. Tatu, E. Aleton, G. Monnier, B. Parratte, É. Toussirot (Besançon)

16:05 O.101 Effet du travail sur ordinateur sur la survenue d'atteintes sévères du nerf médian au poignet
P. Seror, R. Seror (Paris, Le Kremlin-Bicêtre)

16:15 O.102 Effets d'un complément alimentaire associant plusieurs anti-oxydants (Cicatendon®) sur un modèle de tendinopathie humaine *in vitro*
K. Boumediene, S. Leclercq, T. Conrozier, C. Bauge (Caen, Belfort)

16:25 O.103 Traitement conservateur des ruptures complètes du LCA : étude prospective sur la cicatrisation dirigée du LCA chez des patients sélectionnés par des IRM en diffusion
C. Delin, S. Silvera, JY. Vandensteene, P. Thelen, P. Djian, P. Javoy, D. Rousseau, D. Folinais, P. Legmann (Paris)

16:35 O.104 Le pseudo-xanthome élastique s'accompagne de lésions échographiques quasi-constantes de la coiffe des rotateurs
E. Hoppe, Y. Le Corre, M. Royer, L. Martin, M. Audran, E. Legrand (Angers)

15h45 → 16h45 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Atelier*

fmc

Les vraies et les fausses fractures vertébrales

J. Fechtenbaum, S. Kolta, C. Roux (Pantin, Paris)

Modérateur : CL. Benhamou (Orléans)

Objectifs :
- Savoir reconnaître les déformations vertébrales fracturaires et arthrosiques
- Savoir quantifier les fractures vertébrales
- Connaître la technique de la VFA et savoir l'utiliser pour améliorer les indications thérapeutiques

15h45 → 16h45 **APOLLINAIRE 9** *Atelier*

fmc

Les gestes échoguidés dans la main et le poignet

P. Gaudin (Echirolles)

Modérateur : JD. Albert (Rennes)

Objectifs :
- Savoir mettre en œuvre les mesures d'asepsie adaptées
- Savoir infiltrer une articulation radio-carpienne, métacarpo-phalangienne par écho-guidage ou écho-repérage, une ténosynovite des fléchisseurs par écho-guidage
- Savoir coter les actes

17h00 → 18h00 | LÉONARD DE VINCI | Atelier

fmc

Comment bien utiliser l'IRM du rachis lombaire ?

D. Loeuille (Vandœuvre-lès-Nancy)

Modérateur : A. Blum (Nancy)

Objectifs :

- Quand pratiquer une IRM dans les rachialgies mécaniques : approche diagnostique et intérêt thérapeutique
- Quand pratiquer une IRM dans les rachialgies inflammatoires : approche diagnostique et intérêt thérapeutique

17h00 → 18h00 | GOETHE | Mise au point

fmc

Quelle sciatique opérer ?

T. Faillot, V. Foltz (Clichy, Paris)

Modérateur : S. Genevay (Genève - Suisse)

Objectifs :

- Savoir reconnaître une sciatique
- Savoir reconnaître les signes de gravité de lombosciatique
- Savoir quand proposer une intervention à un patient

17h00 → 18h00 | DARWIN 4 & 5 | Controverse

fmc

Place de la corticothérapie à faible dose dans la PR

JM. Berthelot, JF. Maillefert (Nantes, Dijon)

Modérateur : A. Saraux (Brest)

Objectifs :

- Comparer l'efficacité structurale et clinique de la prednisone à celle des autres traitements (DMARDs, biothérapies)
- Opposer la très faible toxicité de la prednisone à court terme à une toxicité à long terme déduite d'études transversales
- Souligner l'absence de données d'EBM pour les PR avérées et l'existence ou non d'une synergie avec les biothérapies

17h00 → 18h00 | BRILLAT SAVARIN 1 | Mise au point

fmc

CRI

Aspects pratiques de la prise en charge des biomédicaments

V. Goeb, X. Mariette, X. Puéchal, J. Sibilia (Amiens, Le Kremlin-Bicêtre, Paris, Strasbourg)

17h00 → 18h00 | BRILLAT SAVARIN 3 | Mise au point

fmc

Les médicaments que les rhumatologues ne peuvent plus prescrire en 2012 : Pourquoi ? Quelles alternatives ?

B. Bannwarth, G. Bouvenot (Bordeaux, Marseille)

Modérateur : P. Sichère (Paris)

Objectifs :

- Décision des autorités sanitaires suite à un usage hors AMM jugé nocif (ex : clonazépam)
- Déremboursement consécutif à la réévaluation du service médical rendu (ex : tétrazépam, Percutalgine®)
- Révisions d'AMM ayant conduit à la suppression d'indications rhumatologiques (ex : nimésulide, calcitonine)

17h00 → 18h00 **DARWIN 3** *Mise au point*

fmc **ARF (Association des Rhumatologues en Formation)**

Rééducation des tendinopathies dégénératives de la coiffe des rotateurs
J. Beaudreuil (Paris)

17h00 → 18h00 **DARWIN 6** *Mise au point*

fmc **CEDR**

Modérateurs : P. Bertin (Limoges), S. Pouplin (Rouen)

Actualités douleurs 2012
RM. Javier, F. Laroche, S. Perrot, P. Vergne-Salle (Strasbourg, Paris, Limoges)

17h00 → 18h00 **AMPÈRE 1 & 3** *Scientifique*

Os métabolique

Modérateurs : M. Audran (Angers), P. Guggenbuhl (Rennes), E. Lespessailles (Orléans)

17:00 O.105 Déterminants d'une densité osseuse basse chez les femmes jeunes avec anorexie mentale sévère
K. Briot, MR. Thiebaud, S. Paternotte, S. Kolta, N. Barthe, A. Daragon, Y. Maugars, T. Thomas, N. Godart, C. Roux (Paris, Bordeaux, Rouen, Nantes, Saint-Etienne)

17:10 O.106 Relations entre composition corporelle et statut osseux : étude en population générale féminine représentative de la population générale dans les Alpes Maritimes
V. Breuil, P. Staccini, C. Roux, A. Florent, E. Acquacalda, C. Albert, L. Euller-Ziegler (Nice)

17:20 O.107 Relations ocytocine et densité minérale osseuse : analyse de la cohorte OPUS
V. Breuil, P. Panaia-Ferrari, E. Fontas, C. Roux, S. Kolta, H. Ben Yaiha, S. Faure, CL. Benhamou, L. Euller-Ziegler, EZ. Amri (Nice, Paris, Orléans)

17:30 O.108 La délétion du récepteur au glucagon-like peptide 1 conduit à une diminution de la qualité osseuse
A. Mieczkowska, N. Irwin, P. Flatt, D. Chappard, G. Mabilleau (Angers, Coleraine - Grande-Bretagne)

17:40 O.109 La délétion du récepteur au polypeptide insulinotropique dépendant du glucose conduit à une diminution de la qualité osseuse
G. Mabilleau, A. Mieczkowska, N. Irwin, P. Flatt, D. Chappard (Angers, Coleraine - Grande-Bretagne)

17:50 O.110 Déterminants de la perte osseuse au cours de la mucoviscidose
D. Gensburger, R. Chapurlat, R. Nove Josserand, M. Rabilloud, I. Durieu (Lyon, Pierre-Bénite)

17h00 → 18h00 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Spondylarthropathies

Modérateurs : M. Breban (Boulogne-Billancourt), K. de Vlam (Leuven - Belgique), G. Falgarone (Bobigny)

17:00 **O.111** Validité de l'échographie de l'enthèse calcanéenne dans le diagnostic des spondylarthrites
A. Haddouche, S. Slimani, S. Bendali, K. Makhsoum, M. Hadj Amer, A. Benmebarek (Blida - Algérie, Batna - Algérie)

17:10 **O.112** Effet du certolizumab pegol (CZP) sur les signes et symptômes des patients atteints de rhumatisme psoriasique : étude de phase III, randomisée, en double aveugle, contrôlée *versus* placebo sur 24 semaines (RAPID-PSA)
PJ. Mease, P. Goupille, R. Fleischmann, A. Deodhar, J. Wollenhaupt, D. Kielar, F. Woltering, C. Stach, B. Hoepken, T. Arledge, D. Van Der Heijde (Seattle - USA, Tours, Dallas - USA, Portland - USA, Hambourg - Allemagne, Bruxelles - Belgique, Monheim - Allemagne, Raleigh - USA, Leiden - Pays-Bas)

17:20 **O.113** Production cytokinique *ex-vivo* au cours du rhumatisme psoriasique : variation en fonction de la forme clinique, de l'activité de la maladie et des comorbidités
E. Solau-Gervais, A. Delwail, C. Paquier, T. Dalle, JC. Lecron (Poitiers)

17:30 **O.114** Amélioration de la qualité de vie chez les patients traités par apremilast (APR) pour un rhumatisme psoriasique (RP) : résultats d'une étude randomisée contrôlée de phase II
K. de Vlam, V. Strand, A. Vassey, A. Hu (Leuven - Belgique, Portola Valley - USA, Summit - USA)

17:40 **O.115** Tomographie par émission de positrons au fluorure de sodium chez les patients répondant aux critères de spondyloarthrite de l'ASAS et avec IRM négative : étude exploratoire
C. Caoduro, H. Boulahdour, O. Angoue, É. Toussirot (Besançon)

17:50 **O.116** Atteinte de la paroi thoracique antérieure au cours des spondyloarthrites récentes : données de la cohorte DESIR
D. Wendling, C. Prati, C. Demattei, D. Loeuille, P. Richette, M. Dougados (Besançon, Nîmes, Vandœuvre-lès-Nancy, Paris)

17h00 → 18h00 **AMPÈRE 7 & 8** *Mise au point*

fmc **Section spécialisée MALADIES RARES**

Les maladies musculaires : du diagnostic fréquent à la maladie rare
J. Sibilia, T. Schaeverbeke, A. Meyer, S. Guis, A. Tournadre (Strasbourg, Bordeaux, Marseille, Clermont-Ferrand)

17h00 → 18h00 **APOLLINAIRE 1** *Mise au point*

fmc **Club REM (Club de recherche expérimentale sur les maladies articulaires) - Le pourquoi et le comment en rhumatologie**

Modérateurs : MC. Boissier (Bobigny), C. Jorgensen (Montpellier)

17:00 La découverte des ACPA et leur signification
G. Serre (Toulouse)

17:30 Qu'est-ce qu'une polyarthrite rhumatoïde « ACPA négative » ?
J. Roudier (Marseille)

17h00 ⟶ 18h00 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Scientifique*

Arthrose, cartilage, arthropathies microcristallines

Modérateurs : G. Chalès (Rennes), X. Chevalier (Créteil), J. Sellam (Paris)

17:00 Association entre l'hypertrophie du chondrocyte et l'angiogenèse du cartilage dans l'arthrose
O.117 A L. Pesesse, C. Sanchez, JP. Delcour, C. Baudouin, P. Msika, Y. Henrotin (Liège - Belgique, Seraing - Belgique, Epernon)

O.117 B La « *bone sialoprotein* » : un facteur clé de la pathogénie de l'arthrose
L. Pesesse, C. Sanchez, JP. Delcour, C. Baudouin, P. Msika, Y. Henrotin (Liège - Belgique, Seraing - Belgique, Epernon)

17:10 Quels sont les niveaux d'activité physique et leur association avec la qualité de vie des patients atteints
O.118 d'une arthrose symptomatique de hanche et / ou de genou ? : données de la cohorte KHOALA
I. Lemonnier, AC. Rat, A. Vuillemin (Vandœuvre-lès-Nancy)

17:20 Identification des facteurs associés à un mauvais contrôle de l'uricémie chez les patients traités par
O.119 hypo-uricémiant : résultats d'une étude transversale conduite auprès de 1689 patients goutteux
P. Richette, P. Clerson, G. Errieau, RM. Flipo (Paris, Roubaix, Lille)

17:30 Goutte chronique en Europe en 2010 : profil clinique de 1380 patients au Royaume-Uni, en Allemagne, en France, en Italie et en Espagne
O.120 G. Nuki, F. Perez-Ruiz, M. Cutolo, AK. Tausche, T. Bardin (Edimbourg - Grande-Bretagne, Barakaldo - Espagne, Genève - Suisse, Dresde - Allemagne, Paris)

17:40 Efficacité et tolérance, dans la vraie vie, de l'anakinra sur 30 patients avec arthrites goutteuses
O.121 S. Ottaviani, A. Molto, HK. Ea, L. Brunier, J. Ora, C. Brière, G. Gill, E. Palazzo, O. Meyer, P. Richette, T. Bardin, F. Lioté, P. Dieudé (Paris)

17:50 L'injection intra-articulaire d'un biomatériau à base de chitosane prévient la progression de
O.122 l'arthrose expérimentale induite par section du ligament croisé, chez le lapin
F. Oprenyeszk, M. Chausson, V. Maquet, JE. Dubuc, Y. Henrotin (Liège - Belgique, Herstal - Belgique, Bruxelles - Belgique)

17h00 ⟶ 18h00 **APOLLINAIRE 6 & 7** *Mise au point*

fmc Section spécialisée IMAGERIE

17:00 L'asepsie sous échographie
B. Le Goff, B. Maillet, P. Pillon (Nantes, Moulins, Fontaine)

17:30 Nouvelles recommandations sur l'environnement dédié à l'interventionnel
Y. Maugars (Nantes)

17h00 ⟶ 18h00 **APOLLINAIRE 8** *Mise au point*

fmc GREP

17:00 L'épaule du patient parkinsonien
A. Poujois (Saint-Etienne)

17:20 L'omoplate à ressaut - L'élastofibrome, une autre « omoplate à ressaut »
E. Noel (Lyon)

17:40 Place des infiltrations corticoïdes et synoviorthèses dans l'épaule rhumatoïde
H. Bard (Paris)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Autres maladies inflammatoires

Ma.01 Manifestations extra-cartilagineuses originales au cours de la polychondrite atrophiante : à propos de 2 cas
R. Ben Salah, F. Frikha, Y. Hentati, M. Snoussi, Z. Mnif, Z. Bahloul (Sfax - Tunisie)

Ma.02 L'impact des antagonistes du TNF dans les manifestations articulaires de la sarcoïdose
C. Banse, A. Bisson-Vaivre, M. Kozyreff-Meurice, S. Dominique, O. Vittecoq, X. Le Loet, V. Goeb (Rouen, Bois-Guillaume, Amiens)

Ma.03 Ostéonécrose aseptique au cours des maladies systémiques : à propos de 17 cas
H. Loukil, F. Frikha, Y. Hentati, R. Ben Salah, N. Saidi, M. Snoussi, N. Kaddour, Z. Mnif, Z. Bahloul (Sfax - Tunisie)

Ma.04 Faut-il renouveler les investigations diagnostiques en cas de syndrome sec persistant suspect d'être un syndrome de Gougerot-Sjögren ?
L. Berard, P. Courville, F. Jouen, X. Le Loet, V. Goeb (Rouen, Amiens)

Ma.05 Facteurs prédictifs de survenue de néphropathie lupique
F. Rahal, R. Chetouane, S. Bencheikh, S. Slimani, S. Haid, S. Lefkir, N. Brahimi, A. Ladjouze-Rezig (Alger - Algérie)

Ma.06 Évaluation TDM de la calcinose dans la sclérodermie systémique
V. Freire, F. Becce, A. Feydy, H. Guérini, R. Campagna, Y. Allanore, JL. Drapé (Montréal - Canada, Lausanne - Suisse, Paris)

Ma.07 Évaluation segmentaire des limitations articulaires au cours de la sclérodermie : étude prospective monocentrique
E. Ricard, C. Verdier Kessler, A. Sparsa, P. Vergne-Salle, K. Ly, S. Palat, V. Doeffoel Hantz, C. Martel, E. Vidal Cathala, AL. Fauchais (Limoges)

Ma.08 Fasciite avec éosinophilie : à propos de 4 cas cliniques
F. Araujo, I. Silva, A. Sepriano, P. Nero, JC. Branco (Lisbonne - Portugal)

Ma.09 Utilisation *off-label* du rituximab dans les maladies rhumatismales systémiques : révision des cas cliniques
F. Araujo, I. Silva, A. Sepriano, P. Nero, JC. Branco (Lisbonne - Portugal)

Ma.10 Tamponnade cardiaque compliquant un *CREST syndrome*
B. Ben Dhaou, F. Ben Dahmen, Z. Aydi, S. Kochbati, L. Baili, F. Boussema, L. Rokbani (Tunis - Tunisie)

Ma.11 Lupus érythémateux systémique (LES), myélome et néoplasie pulmonaire : rémission du LES par autogreffe de cellules souches périphériques
AS. Zampaolo, M. Soubrier, C. Lahaye, Z. Tatar, E. Berthet (Clermont-Ferrand)

Ma.12 Prévalence des maladies auto-immunes associées à la sclérodermie systémique : une revue systématique et méta-analyse des études de cohortes
M. Elhaï, J. Avouac, A. Kahan, Y. Allanore (Paris)

Ma.13 Mastocytose et pathologie inflammatoire : une association fortuite ?
B. Bader-Meunier, O. Chandesris, L. Artru, M. Del Arco, E. Toussirot, C. Bodemer, O. Lortholary, O. Hermine (Paris, Le Mans, Tarbes, Besançon)

Ma.14 Survenue de manifestations articulaires inflammatoires chez des patients présentant une hidrosadénite suppurée traités par infliximab : à propos de 3 cas
E. Acquacalda, CH. Roux, C. Albert, V. Breuil, T. Passeron, L. Euller-Ziegler (Nice)

Ma.15 Syndrome d'activation macrophagique, possiblement favorisé par le canakinumab, chez une patiente atteinte d'une maladie de Still de l'adulte
C. Banse, M. Gauthier Prieur, T. Lequerré, LF. Da Silva, Y. Benhamou, H. Lévesque, O. Vittecoq (Rouen, Elbeuf, Saint-Aubin-lès-Elbeuf, Bois-Guillaume)

Ma.16 Évaluation du niveau de connaissances, chez les patients sclérodermiques, sur les complications de leur maladie
A. Ikic, C. Beaudoin, JP. Brown, L. Bessette, C. Grondin, AL. Chetaille, K. Adams, JY. Lang, PR. Fortin, L. Michou (Québec - Canada)

Ma.17 Complications infectieuses au cours du lupus érythémateux systémique : étude de 49 patients
A. Watik (Casablanca - Maroc)

Ma.18 Évaluation de l'atteinte cardiaque au cours de la sclérodermie systémique : à propos de 15 cas
M. Makhchoune, S. Janani, M. Elouadih, W. Rachidi, O. M'Kinsi, S. Hassoune (Casablanca - Maroc)

Ma.19 Conséquences d'une mutation du gène MEFV à l'état hétérozygote
A. Savoie, T. Barnetche, T. Schaeverbeke (Nantes, Bordeaux)

Ma.20 Comment mieux définir les critères d'inclusion des études thérapeutiques randomisées dans le syndrome de Gougerot-Sjögren ?
V. Devauchelle-Pensec, X. Mariette, JE. Gottenberg, R. Seror, AL. Fauchais, O. Vittecoq, V. Le Guern, J. Morel, JJ. Dubost, P. Dieudé, E. Hachulla, PY. Hatron, C. Larroche, A. Perdriger, X. Puéchal, S. Rist, D. Sene, A. Saraux (Brest, Le Kremlin-Bicêtre, Strasbourg, Paris, Limoges, Bois-Guillaume, Montpellier, Clermont-Ferrand, Wattignies, Lille, Bobigny, Rennes, Orléans)

Ma.21 Les manifestations articulaires au cours de la maladie de Behçet
F. Saïd, C. Kôoli, I. Boukhris, S. Azzabi, E. Chérif, Z. Kaouech, L. Ben Hassine, N. Khalfallah (Tunis - Tunisie)

Ma.22 Vascularite ANCA-positive induite par le propylthiouracile, une maladie hétérogène à la présentation : rapport de 2 cas
J. Madruga Dias, J. Polido-Pereira, MM. Costa, JE. Fonseca, JA. Pereira Da Silva (Lisbonne - Portugal)

Ma.23 Les manifestations articulaires de la maladie de Behçet : à propos de 30 cas
I. Rekkab, L. Benjilali, M. Zahlane, L. Essaadouni (Marrakech - Maroc)

Ma.24 Atteinte pulmonaire grave révélatrice d'une connectivite : à propos de 8 observations
S. Esseghir, I. Gharsallah, S. Boussaid, L. Metoui, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Ma.25 La maladie de Horton : étude épidémiologique, clinique et thérapeutique de 26 cas
S. Esseghir, I. Gharsallah, S. Boussaid, L. Metoui, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Ma.26 Les manifestations rhumatologiques de la maladie de Behçet
S. Esseghir, I. Gharsallah, L. Metoui, S. Boussaid, S. Othmani (Tunis - Tunisie, Tunis - Trinité-et-Tobago)

Ma.27 Évaluation de l'atteinte cardiaque au cours du lupus érythémateux disséminé : à propos de 34 cas
L. Belaksir (Casablanca - Maroc)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Rhumatologie de l'enfant et de l'adolescent

Ma.28 Déterminants de la densité minérale osseuse apparente dans un groupe d'adolescents et de jeunes hommes
E. Rahbany, E. Moussa, R. El Hage (Kelhat-El-Koura - Liban)

Ma.29 La vitamine D et l'activité de la maladie chez des enfants marocains ayant une arthrite idiopathique juvénile
I. Bouaddi, S. Rostom, D. El Badri, A. Hassani, B. Chkirate, R. Abouqal, B. Amine, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.30 Apport calcique journalier et indice de masse corporelle chez des enfants marocains
I. Bouaddi, S. Rostom, D. El Badri, A. Hassani, B. Amine, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.31 L'énurésie chez les enfants marocains atteints d'arthrite juvénile idiopathique
D. El Badri, B. Amine, M. Ezzahri, N. Mawani, F. Moussa, S. El Gueddari, S. Shayen, W. Mouajibou, I. Bouaddi, B. Chkirate, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Ma.32 Évaluation des dimensions positives et négatives de l'expérience des parents d'enfants marocains atteints d'arthrite idiopathique juvénile
N. Mawani, B. Amine, D. Badri, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Shyen, S. Gueddari, W. Moudjibou, B. Shkirat, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Ma.33 Synovite villo-nodulaire de la cheville diagnostiquée par biopsie échoguidée
I. Ben Slama, H. Rkain, M. Rkain, S. Aktaou, H. El Alaoui, F. Allali, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.34 Arthrite juvénile idiopathique : à propos de 102 cas
A. Benmebarek (Blida - Algérie)

Ma.35 Les facteurs influençant la qualité de vie des patients marocains atteints d'arthrite juvénile idiopathique
M. Ezzahri, B. Amine, D. Badri, N. Mawani, S. Gueddari, S. Shyen, F. Moussa, M. Wabi, B. Chkirate, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.36 Panartérite noueuse, chez un enfant, compliquée d'une névrite optique : une observation rare
M. Aiche, N. Boukhadouma, F. Lacete, C. Haouichat, D. Achelli, A. Lebied, H. Djoudi (Alger - Algérie, Douéra - Algérie)

Ma.37 Densité minérale osseuse chez des enfants hémophiles : relation avec l'arthropathie hémophilique du genou
I. Bouaddi, D. El Badri, M. Rkain, H. Rkain, F. Allali, M. El Khourassani, M. Khettab, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.38 Arthropathie hémophilique et vécu scolaire : recueils des perceptions des enfants
I. Bouaddi, D. El Badri, M. Rkain, H. Rkain, F. Allali, M. El Khorassani, M. Khettab, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.39 Syndrome des anti-synthétases avec anticorps anti-Jo1 : à propos d'un cas chez une enfant de 12 ans
A. Lohse Walliser, C. Sordet, G. Daltroff, F. Duchène, J. Sibilia (Belfort, Strasbourg)

Ma.40 La relation entre le niveau de l'activité physique, la capacité fonctionnelle et l'activité de la maladie chez les enfants et adolescents atteints d'arthrite juvénile idiopathique
S. Gueddari, B. Amine, D. Badri, N. Mawani, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Shyen, W. Abimou, B. Chkirat, R. Abouqal, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.41 La relation entre l'anxiété, la dépression, la capacité fonctionnelle et l'activité de l'arthrite juvénile idiopathique
S. Gueddari, B. Amine, D. Badri, N. Mawani, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Shyen, W. Abimou, B. Chkirat, R. Abouqal, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.42 Qualité de vie chez les enfants atteints d'arthropathie hémophilique chronique : évaluation par l'EUROQOL
D. El Badri, I. Bouaddi, M. Rkain, H. Rkain, F. Allali, M. El Khorassani, M. Khettab, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.43 Le sommeil et sa relation avec la douleur, le dysfonctionnement et l'activité de la maladie dans l'arthrite juvénile idiopathique
S. Shyen, B. Amine, D. El Badri, N. Mawani, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Gueddari, M. Wabi, B. Chkirat, R. Aboukal, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.44 Traitement avec succès de l'arthrite juvénile idiopathique par rituximab : à propos de 2 cas
K. Berrada, FZ. Abourazzak, L. Tahiri, T. Harzy (Fès - Maroc)

Ma.45 Le statut fonctionnel chez les enfants souffrant d'arthropathie hémophilique évalué par la version marocaine du CHAQ
M. Rkain, D. El Badri, I. Bouaddi, H. Rkain, F. Allali, M. El Khorassani, M. Khattab, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Ma.46 Sacroiléite à *Propionibacterium acnes*
C. Galeotti, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre)

Ma.47 Anomalies coronaires et arthrite juvénile idiopathique systémique
C. Galeotti, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre)

Ma.48 Tolérance du tocilizumab chez l'enfant
L. Alhanati, C. Khouche, C. Galeotti, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre)

Ma.49 L'atteinte oculaire et son retentissement sur la qualité de vie chez les patients marocains atteints d'arthrite juvénile idiopathique
M. Ezzahri, B. Amine, Y. Rifay, D. Badri, N. Mawani, F. Moussa, S. Shyen, S. Gueddari, M. Wabi, B. Chkirate, R. Abouqal, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.50 Intérêt de l'IRM corps entier dans les fractures vertébrales
S. Tatencloux, C. Galeotti, C. Adamsbaum, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre)

Ma.51 Manifestation ostéo-articulaire révélant une leucémie aiguë chez un enfant
W. Ben Fredj, K. Zahra, H. Zaghouani, S. Boukhris, H. Zaghlaoui, Y. Ben Youssef, M. Zaier, A. Khelif (Sousse - Tunisie)

Ma.52 Évaluation de la méthode mixte dans le traiment du pied bot varus equin idiopathique
H. Belabbassi, A. Haddouche, H. Kaced (Alger - Algérie)

Ma.53 La prise en charge de l'arthropathie hémophilique en médecine physique et de réadaptation
M. Benmansour, N. Kara Zaitri, M. Mebarki, A. Tioursi (Tlemcen - Algérie)

Ma.54 Épidémiologie du Kawasaki en Alsace de 2005 à 2011 : description de cas atypiques/formes incomplètes
L. Higel (Strasbourg)

Ma.55 Épidémiologie des AJI dans la région Nord-Pas de Calais à travers l'activité du centre hospitalier régional de Lille
H. Luraschi, P. Quartier, E. Houvenagel, I. Pruvost (Lomme, Paris, Lille)

Ma.56 Une localisation rare de l'arthrogrypose : l'articulation temporo-mandibulaire
W. Kessomtini, H. Lajili, W. Said, S. Zrour, Z. Ben Salah (Mahdia - Tunisie, Monastir - Tunisie)

Ma.57 Retentissement de l'arthrite idiopathique juvénile sur la scolarité
A. Fazaa, K. Ben Abdelghani, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Ma.58 Épiphysiolyse de hanche post-traumatique chez un jeune adolescent : un cas de diagnostic manqué
S. Mansouri, L. Tahiri, FZ. El Ouazzani, FE. Abourazzak, S. Tizniti, T. Harzy (Fès - Maroc)

Ma.59 Prévalance des lombalgies chez l'enfant
A. Boujemaoui, M. Sebbani, M. Amine, I. El Bouchti (Marrakech - Maroc)

Ma.60 Prévalence de la sécheresse oculaire chez des enfants marocains atteints d'arthrite idiopathique juvénile
N. Mawani, B. Amine, D. Badri, M. Ezzahri, F. Moussa, S. Shyen, S. Geddari, S. Gueddari, W. Moujibou, Y. Rifay, B. Shkirat, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Ma.61 Évaluation de l'activité de l'arthrite juvénile idiopathique par le JADAS chez des enfants marocains
F. Moussa Elh Ibrahim, B. Amine, D. Badri, N. Mawani, M. Ezzahri, S. Shyen, S. Gueddari, W. Moudjibou, B. Shkirat, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.62 Atteinte échographique articulaire métacarpo-phalangienne et métatarso-phalangienne chez des enfants marocains souffrant d'arthrite idiopathique juvénile : comparaison à l'évaluation clinique
OM. Wabi (Rabat - Maroc)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques

Ma.63 Identification d'un algorithme génétique et sérologique de réponse aux anti-TNF alpha dans la polyarthrite rhumatoïde
YM. Pers, D. Cadart, S. Fabre, R. Ferreira, P. Le Blay, J. Rouvière, J. Sany, I. Touitou, C. Jorgensen (Montpellier)

Ma.64 Efficacité des anti-CD 20 au cours du rhupus
H. Ferjani, W. Hamdi, D. Kafel, L. Dridi, MM. Kchir (Tunis - Tunisie)

Ma.65 Sarcoïdose sous rituximab : à propos de 2 cas
J. Ferrand, J. Paccou, R. Makdassi, F. Grados, D. Chatelain, G. Choukroun, P. Fardellone (Amiens)

Ma.66 Évaluation du risque d'infection chez les patients avec polyarthrite rhumatoïde inscrits dans les bases de données portugaises : BioReportAR et RegistAR
I. Silva, F. Araujo, A. Sepriano, M. Mateus, JC. Branco (Lisbonne - Portugal)

Ma.67 Facteurs prédictifs de réponse au rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde : résulats d'un centre hospitalier universitaire francais
M. Couderc, S. Mathieu, B. Pereira, B. Glace, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Ma.68 Tolérance de l'abatacept par voie sous-cutanée (ABA SC) chez des patients atteints de PR : mise à jour à partir des données regroupées des études cliniques
R. Alten, J. Kaine, E. Keystone, P. Nash, I. Delaet, K. Qi, M. Genovese (Berlin - Allemagne, Sarasota - USA, Toronto - Canada, Brisbane - Australie, Princeton - USA, Hopewell - USA, Palo Alto - USA)

Ma.69 L'immunogénicité est peu fréquente et transitoire après traitement par abatacept intraveineux
M. Weinblatt, M. Genovese, M. Schiff, R. Westhovens, R. Alten, I. Delaet, M. Nys, J. Manning, J. Kremer (Boston - USA, Palo Alto - USA, Denver - USA, Louvain - Belgique, Berlin - Allemagne, Braine l'Alleud - Belgique, Princeton - USA, Albany - USA)

Ma.70 L'observatoire « vraie vie » du tocilizumab dans notre région, après 3 ans de prescriptions
S. Cadart, I. Lambrecht, JL. Pennaforte, J. Leone, N. Salam, O. Richard, A. Lombard, S. Duhamel, M. Omouri, JP. Eschard (Lille, Reims, Troyes, Epernay, Charleville-Mézières, Romilly-sur-Seine)

Ma.71 Lupus bulleux récidivant sous anti-TNF : quelle prise en charge ?
A. Villani, JP. Larbre, D. Jullien (Lyon, Pierre-Bénite)

Ma.72 Efficacité et tolérance du tocilizumab et de l'abatacept dans le traitement des polyarthrites et myopathies associées à la sclérodermie systémique : une étude observationnelle EUSTAR
M. Elhaï, M. Meunier, M. Matucci-Cerinic, B. Maurer, G. Riemekasten, T. Leturcq, R. Pellerito, CA. Von Mühlen, A. Vacca, P. Airo, F. Bartoli, G. Fiori, M. Bokarewa, V. Riccieri, M. Becker, J. Avouac, U. Müller-Ladner, O. Distler, Y. Allanore (Paris, Florence - Italie, Zurich - Suisse, Berlin - Allemagne, Turin - Italie, Porto Alegre - Brésil, Cagliari - Italie, Brescia - Italie, Gothenburg - Suède, Rome - Italie, Bad Nauheim - Allemagne)

Ma.73 Réactions cutanées paradoxales sous tocilizumab
L. Sparsa, N. Afif, D. Wendling, J. Sibilia, M. Ardizzone (Mulhouse, Besançon, Strasbourg)

Ma.74 Efficacité et tolérance du golimumab associé à des traitements de fond (DMARD) pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR)
B. Combe, B. Dasgupta, I. Louw, S. Pal, J. Wollenhaupt, C. Zerbini, AD. Beaulieu, H. Schulze-Koops, P. Durez, R. Yao, N. Vastesaeger, H. Weng (Montpellier, Westcliff - Grande-Bretagne, Cape Town - Afrique du Sud, Hyderabad - Inde, Hambourg - Allemagne, Sao Paulo - Brésil, Saint Louis - Canada, Munich - Allemagne, Bruxelles - Belgique, Kenilworth - USA)

Ma.75 Fréquence des évènements infectieux chez les patients traités en routine par infliximab pour un rhumatisme inflammatoire
F. Daoued, D. Mulleman, T. Bejan-Angoulvant, D. Ternant, SA. Fauconnier, S. Mammou Mraghni, E. Ducourau, G. Paintaud, P. Goupille (Tours)

Os métabolique

Ma.76 Rôle de l'autophagie dans l'ostéoblaste
V. Breuil, M. Nollet, S. Santucci-Darmanin, D. Momier, M. Topi, S. Pagnotta, P. Jurdic, D. Heymann, G. Boivin, L. Euller-Ziegler, G. Carle, V. Pierrefite-Carle (Nice, Lyon, Nantes)

Ma.77 Altérations de la microstructure et de la résistance mécanique osseuses en cas d'insuffisance rénale terminale
A. Trombetti, C. Stoermann, T. Chevalley, B. Van Rietbergen, FR. Herrmann, PY. Martin, R. Rizzoli (Genève - Suisse, Eindhoven - Pays-Bas)

Ma.78 Densité minérale osseuse chez des joueurs professionnels de football et des sujets témoins
M. Jaber, E. Moussa, R. El Hage (Kelhat-El-Koura - Liban)

Ma.79 Influence de la surcharge pondérale sur la densité minérale osseuse de la hanche et de la tête chez des jeunes femmes
R. El Hage, E. Zakhem, E. Moussa, C. Jacob (Kelhat-El-Koura - Liban)

Ma.80 Mesures corticales du tibia distal en « *high resolution peripheral computed tomography* » : comparaison avec la micro-tomographie par rayonnement synchrotron
A. Ostertag, F. Peyrin, S. Fernandez, JD. Laredo, MC. de Vernejoul, C. Chappard (Paris, Grenoble)

Ma.81 Absence de modification de l'activité de Sirtuin 1 des cellules mononuclées circulantes de patientes atteintes d'ostéoporose
D. Wendling, M. Godfrin-Valnet, JP. Cedoz, K. Khan, L. Baud, W. Abbas, E. Toussirot, C. Prati, G. Herbein (Besançon)

Ma.82 Une neurofibromatose associée à une hypophosphatémie
C. Veissier, E. Shipley, L. Cabantous, N. Mehsen, T. Schaeverbeke (Bordeaux)

Ma.83 Évaluation du « *Trabecular Bone Score* » dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante et évolution à long terme sous agent anti-TNF alpha
É. Toussirot, L. Mourot, NU. Nguyen, D. Wendling, G. Dumoulin, Centre Investigation Clinique Biothérapie (Besançon)

Ma.84 Quelles sont les caractéristiques des médicaments les plus importantes pour les patients ostéoporotiques ? Résultats d'une étude qualitative
M. Hiligsmann, C. Van Durme, P. Geusens, B. Dellaert, C. Dirksen, T. Van Der Weijden, JY. Reginster, A. Boonen (Maastricht - Pays-Bas, Rotterdam - Pays-Bas, Liège - Belgique)

Ma.85 Effets bénéfiques du ranélate de strontium comparé à l'alendronate sur le TBS chez les femmes ostéoporotiques ménopausées : une étude de 2 ans
D. Hans, MA. Krieg, O. Lamy, D. Felsenberg (Lausanne - Suisse, Berlin - Allemagne)

Ma.86 L'augmentation transitoire de la PTH après l'administration du denosumab (DMAb) est associée à une réduction de la porosité intracorticale : une caractéristique distinctive du traitement par denosumab
E. Seeman, C. Libanati, M. Austin, R. Chapurlat, SK. Boyd, R. Zebaze, DA. Hanley, JR. Zanchetta, A. Grauer, JP. Bilezikian (Melbourne - Australie, Thousand Oaks - USA, Lyon, Calgary - Canada, Buenos Aires - Argentine, New York - USA)

Ma.87 Évolution sous chimiothérapie de la densité minérale osseuse à 12 mois chez des patients atteints d'un lymphome : étude longitudinale et prospective
J. Paccou, CD. Ursu, P. Fardellone, G. Damaj (Amiens)

Ma.88 Intérêt d'une consultation rhumatologique chez 116 femmes algériennes devant recevoir un traitement par anti-aromatases pour cancer du sein
M. Djennane, R. Ferhat, A. Tibiche, F. Banal (Tizi-Ouzou - Algérie, Saint-Mandé)

Ma.89 La prévalence de l'ostéoporose est augmentée chez les patients épileptiques traités : une étude de 82 patients algériens épileptiques
M. Djennane, F. Banal (Tizi-Ouzou - Algérie, Saint-Mandé)

Ma.90 Efficacité de l'association quotidienne fixe de 2 g de ranélate de strontium et de 1 000 UI de vitamine D3 sur la correction de l'insuffisance en vitamine D
P. Fardellone, B. Vellas, R. Rizzoli (Amiens, Toulouse, Genève - Suisse)

Ma.91 Marqueurs du remodelage osseux et statut osseux chez les patients infectés par le VIH : quel intérêt en pratique clinique ?
L. Lemeunier, B. Cortet, N. Viget, M. d'Herbomez, L. Bocket, E. Biver (Lille, Tourcoing)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Polyarthrite rhumatoïde

Ma.92 Facteurs de perte de vue dans la prise en charge initiale de la polyarthrite rhumatoïde dans un pays à faible revenu
DS. Ralandison, M. Raberahona, H. Rakotoharivelo, OH. Rakotonirainy, F. Rapelanoro Rabenja (Antananarivo - Madagascar)

Ma.93 Les neutropénies induites par le rituximab (RTX) au cours des maladies auto-immunes sont rares : données des registres AIR-PR et AIR
JH. Salmon, P. Cacoub, B. Combe, J. Sibilia, B. Pallot Prades, O. Fain, A. Cantagrel, M. Dougados, O. Meyer, P. Carli, E. Pertuiset, I. Pane, P. Ravaud, X. Mariette, JE. Gottenberg (Reims, Paris, Montpellier, Strasbourg, Saint-Etienne, Bondy, Toulouse, Toulon, Pontoise, Le Kremlin-Bicêtre)

Ma.94 Étude de la morbi-mortalité cardiovasculaire de la polyarthrite rhumatoïde au cours des 10 années de suivi de la cohorte VErA (*Very Early rhumatoid Arthritis*)
J. Israel, R. Bueder, F. Grados, J. Paccou, V. Goeb, P. Boumier, P. Fardellone, X. Le Loet (Amiens, Marseille, Bois-Guillaume, Rouen)

Ma.95 L'indice de masse corporelle influence-t-il l'activité de la polyarthrite rhumatoïde : résultats de l'étude QUEST-RA Maroc
M. Ezzahri, B. Amine, D. Badri, N. Mawani, S. Gueddari, S. Shyen, F. Moussa, M. Wabi, S. Ahid, L. Benbrahim, B. Benchekroun, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.96 Le recours aux biothérapies progresse de façon linéaire au cours des 5 premières années de la maladie : étude réalisée à partir des données de la cohorte ESPOIR
S. Emilie, C. Gaujoux-Viala, B. Granger, AC. Rat, B. Combe, B. Fautrel (Paris, Vandœuvre-lès-Nancy, Montpellier)

Ma.97 Le TNF alpha régule les niveaux d'expression de RasGRP1 et de RasGRP3 dans les LB et les LT
ML. Golinski, M. Hiron, C. Guillou, C. Derambure, O. Boyer, X. Le Loet, O. Vittecoq, T. Lequerré (Rouen)

Ma.98 Surmortalité dans la polyarthrite rhumatoïde compliquée de dilatation des bronches : résultats à long terme d'une étude familiale de cohorte
X. Puéchal, E. Génin, T. Bienvenu, D. Dusser (Paris)

Ma.99 Intérêts du réseau PR-LR dans la coordination des soins des patients : avis et souhaits des médecins généralistes
C. Simeon, S. Fabre, R. Ferreira, P. Le Blay, C. Jorgensen, J. Rouvière, J. Sany, YM. Pers (Montpellier)

Ma.100 Prévalence de la pneumopathie interstitielle diffuse dans la polyarthrite rhumatoïde en tomodensitométrie à haute résolution et aux épreuves fonctionnelles respiratoires : revue systématique de la littérature
C. Veissier, T. Barnetche, M. Blettery, C. Richez, F. Laurent, T. Schaeverbeke (Bordeaux)

Ma.101 Identification d'une interaction épistatique entre BANK1 et BLK dans la polyarthrite rhumatoïde : résultats d'une méta-analyse interethnique
E. Genin, JB. Coustet, M. Teruel, A. Constantin, T. Schaeverbeke, A. Ruyssen-Witrand, A. Cantagrel, O. Vittecoq, T. Barnetche, X. Le Loet, P. Fardellone, H. Furukawa, O. Meyer, A. Balsa, G. Chiocchia, N. Tsuchiya, J. Martin, P. Dieudé (Paris, Granada - Espagne, Toulouse, Bordeaux, Bois-Guillaume, Rouen, Amiens, Kanagawa - Japon, Madrid - Espagne, Tsukuba - Japon)

Ma.102 Le poids du patient est-il prédictif de la réponse thérapeutique sous abatacept ?
V. Ducoulombier, M. Vandecandelaere, H. Luraschi, C. Haffner, E. Houvenagel (Lomme)

Ma.103 Prévalence de l'hypovitaminose D chez les patients marocains atteints de polyarthrite rhumatoïde et association avec l'activité de la maladie
N. Seknaji, W. Rachidi, S. Janani, N. Etaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Ma.104 Corrélation entre le DAS28 et les auto-questionnaires dans l'évaluation de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde : résultats d'une étude longitudinale sur 65 patients
J. Le Saux, P. Le Blay, S. Fabre, M. Maruseac, R. Ferreira, A. Galeano, C. Jorgensen, YM. Pers (Montpellier)

Ma.105 Le volume plaquettaire moyen (VPM) : quelle relation avec l'activité de la polyarthrite rhumatoïde ?
N. Seknaji, W. Rachidi, S. Janani, N. Etaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Ma.106 L'utilisation de la médecine alternative chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : à propos de 140 cas
R. Boussaadani Soubai, L. Tahiri, A. Najdi, C. Nejjari, B. Hamdaoui, K. Benbouazza, T. Harzy, N. Hajjaj-Hassouni (Fès - Maroc, Rabat - Maroc)

Ma.107 Le méthotrexate est associé à une meilleure réponse aux biothérapies au cours de la polyarthrite rhumatoïde : résultats d'une étude rétrospective monocentrique
C. Hilaire, B. Pallot Prades, P. Collet, SA. Amouzougan, H. Locrelle, T. Thomas, H. Marotte (Saint-Etienne)

Ma.108 Méta-analyse sur l'Influence du méthotrexate, des anti-TNF alpha et du rituximab sur la réponse immunitaire aux vaccins contre le pneumocoque et contre la grippe chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
C. Hua, T. Barnetche, B. Combe, J. Morel (Montpellier, Bordeaux)

Ma.109 Évaluation prospective des paramètres osseux de la main dans la polyarthrite rhumatoïde
L. Sparsa, S. Kolta, K. Briot, S. Paternotte, R. Masri, D. Loeuille, P. Geusens, C. Roux (Paris, Vandœuvre-lès-Nancy, Maastricht - Pays-Bas)

Ma.110 Évolution favorable, un nouveau concept pour l'évaluation des états de santé dans la polyarthrite rhumatoïde récente (PR) : résultats de la cohorte ESPOIR
C. Gaujoux-Viala, L. Gossec, M. Dougados, F. Guillemin, B. Fautrel (Paris, Nancy)

Ma.111 Le moment et le degré de la réponse initiale au certolizumab pegol dans une large population de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active permettent de prédire la probabilité d'avoir une activité de la maladie faible (LDA) à la semaine 28
ME. Weinblatt, R. Fleischmann, O. Davies, K. Luijtens, C. Saadoun, D. Van Der Heijde (Boston - USA, Dallas - USA, Bruxelles - Belgique, Colombes, Leiden - Pays-Bas)

Ma.112 L'initiation précoce d'une biothérapie serait un prédicteur important d'une évolution favorable persistante incluant la rémission clinique dans la polyarthrite débutante, mais pas d'une évolution favorable sur la structure et la fonction seulement
C. Gaujoux-Viala, L. Gossec, M. Dougados, F. Guillemin, B. Fautrel (Paris, Nancy)

Ma.113 Maintien de la rémission chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde présentant une activité de la maladie faible à modérée suite au retrait du traitement par certolizumab pegol : résultats à la semaine 52 de l'étude CERTAIN
J. Smolen, P. Emery, G. Ferraccioli, W. Samborski, F. Berenbaum, O. Davies, W. Koetse, B. Bennett, H. Burkhardt (Vienne - Autriche, Leeds - Grande-Bretagne, Rome - Italie, Poznan - Pologne, Paris, Bruxelles - Belgique, Raleigh - USA, Smyrna - USA, Francfort - Allemagne)

Ma.114 Les paramètres de texture osseuse sont corrélés à la présence d'œdème en imagerie par résonance magnétique sur les mains et poignets des polyarthrites rhumatoïdes actives
S. Trijau, R. Chapurlat, D. Loeuille, T. Schaeverbeke, C. Roux, CL. Benhamou, O. Vittecoq, J. Sibilia, F. Mistretta, C. Hacquard-Bouder, T. Pham (Marseille, Lyon, Vandœuvre-lès-Nancy, Bordeaux, Paris, Orléans, Bois-Guillaume, Strasbourg, Rungis)

Ma.115 Effets de différentes doses de stéroïdes sur les évènements indésirables et la progression des dommages structuraux mesurées par radiographie chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par certolizumab pegol
B. Combe, B. Haraoui, M. Champsaur, K. Luijtens, E. Keystone (Montpellier, Montréal - Canada, Bruxelles - Belgique, Toronto - Canada)

Ma.116 Étude de la délétion des gènes GSTM1 et GSTT1 dans des familles de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
MS. Ben Kilani, L. Michou, T. Bardin, F. Cornélis, V. Chaudru, E. Petit-Teixeira (Evry-Genopole, Québec - Canada, Paris, Clermont-Ferrand)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Pathologie musculo-tendino-ligamentaire

Ma.117 Une nouvelle approche thérapeutique du névrome de Morton : les infiltrations guidées par l'échographie
R. Ghozlan, F. Zeitoun (Paris)

Ma.118 Adaptation transculturelle et validation du questionnaire *Hand Function Sort* (HFS®) dans une population francophone d'accidentés du membre supérieur
C. Burrus, R. Hilfiker, M. Konzelmann (Sion - Suisse)

Ma.119 Hypertrophie neurogène musculaire secondaire à une lombosciatique : à propos de 3 cas
A. Etossé, I. Lambrecht, P. Brochot, L. Gagneux-Lemoussu, JP. Eschard (Reims)

Ma.120 Rupture complète de la coiffe des rotateurs et phénomène du geyser : rapport de 3 cas
A. Raposo, D. Peixoto, F. Teixeira, J. Costa, M. Bogas, D. Araujos (Ponte de Lima - Portugal)

Ma.121 Un trouble à la marche révélateur d'une hypoparathyroïdie primitive
M. Slouma, H. Ferjani, H. Sahli, S. Rekik, M. Euch, N. Meddeb, I. Cheour, S. Sellami (Tunis - Tunisie, El Menzah - Tunisie)

Ma.122 Traitement conservateur des ruptures partielles du LCA : étude prospective sur la cicatrisation dirigée du LCA chez des patients sélectionnés par des IRM en diffusion
C. Delin, S. Silvera, JY. Vandensteene, P. Javoy, P. Thelen, P. Djian, D. Rousseau, C. Radier, P. Legmann (Paris)

Spondylarthropathies

Ma.123 L'estime du soi chez les patients suivis pour spondylarthrite ankylosante
H. Bahouq, F. Allali, H. Rkain, J. Hakkou, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.124 Particularités de la spondylarthrite ankylosante féminine
H. Bahouq, F. Allali, J. Hakkou, N. Hajjaj Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.125 La spondylarthrite ankylosante est-elle plus active et plus sévère chez le célibataire ?
H. Bahouq, F. Allali, J. Hakkou, N. Hajjaj Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.126 Évaluation de l'apport du taïso chez les patients atteints de spondyloarthrite
A. Bisson-Vaivre, N. Grandsire, M. Verdet, M. Roudesli, V. Goëb (Rouen)

Ma.127 Évaluation de l'impact du tabagisme sur l'activité et le retentissement fonctionnel chez des malades atteints de spondyloarthropathie
I. Bouaddi, D. El Badri, A. Hassani, H. Rkain, I. Hmamouchi, F. Allali, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc)

Ma.128 L'IRM corps entier n'aide pas à diagnostiquer les spondylarthropathies périphériques et à les différencier d'une fibromyalgie : revue de 37 cas
B. Glace, M. Couderc, S. Mathieu, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Ma.129 Synoviorthèse à l'yttrium-90 dans les hydarthroses persistantes du genou au cours des spondylarthropathies
F. Hanni, C. Makhloufi-Dahou, F. Mechid, SE. Bouyoucef, EH. Ali, B. Mansouri, N. Ait Hamadouche, H. Si Ahmed, S. Abtroun-Benmadi (Alger - Algérie)

Ma.130 Évaluation de l'activité des spondylarthropathies sous biothérapie (adalimumab) : quel score utiliser ?
R. Allat (Alger - Algérie)

Ma.131 Comparaison entre ASDAS et BASDAI pour l'évaluation de l'activité de la spondylarthrite ankylosante
S. Ali Ou Alla, F. Allali, J. Hakkou, M. Mengat, S. Rostom, R. Abouqal, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc)

Ma.132 Hépatite cytolytique régressive à l'arrêt de l'infliximab chez un jeune patient traité pour une spondylarthrite ankylosante
D. Acheli, F. Kassouri, A. Iken, W. Ouardi, H. Djoudi (Douéra - Algérie)

Ma.133 Pancréatite aiguë secondaire à l'administration de pamidronate pour une spondylarthrite ankylosante : à propos de 2 cas
É. Toussirot, L. Vuitton, S. Koch, MB. Valnet-Rabier (Besançon)

Ma.134 Prévalence du syndrome métabolique au cours de la spondylarthrite axiale dans la population de Fès au Maroc
S. Mansouri, FE. Abourazzak, A. Najdi, L. Tahiri, C. Nejjari, T. Harzy (Fès - Maroc)

Ma.135 Syndrome de Sweet révélant une spondylarthrite axiale
S. Mansouri, FE. Abourazzak, N. Aradoini, A. Bettioui, L. Tahiri, FZ. Mernissi, S. Tizniti (Fès - Maroc)

Ma.136 Pas de modification de la rigidité artérielle chez les patients ayant une spondylarthrite ankylosante après 6 mois et 1 an de traitement anti-TNF alpha
S. Mathieu, B. Pereira, B. Glace, M. Couderc, A. Tournadre, JJ. Dubost, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Ma.137 L'imagerie EOS pourrait remplacer la radiographie conventionnelle pour l'évaluation de l'ankylose dans la spondyloarthrite axiale
A. Molto, V. Freire, A. Feydy, S. Paternotte, W. Maksymowych, M. Benhamou, F. Rannou, M. Dougados, L. Gossec (Paris, Montréal - Canada, Alberta - Canada)

Ma.138 Le phénotype des patients et l'impact de la maladie dans les spondyloarthrites récentes sont similaires quel que soit le « bras » (clinique ou imagerie) des critères de ASAS rempli : données de la cohorte DESIR
A. Molto, S. Paternotte, D. Van Der Heijde, M. Dougados (Paris, Leiden - Pays-Bas)

Ma.139 Performance des critères ASAS de spondyloarthrite axiale pour le diagnostic et la classification de patients atteints de lombalgie chronique qui consultent un rhumatologue : l'étude DECLIC
A. Molto, S. Paternotte, D. Comet, E. Thibout, M. Rutwaleit, P. Claudepierre, D. Van Der Heijde, M. Dougados (Paris, Berlin - Allemagne, Créteil, Leiden - Pays-Bas)

Ma.140 Spondylarthrite et uvéite : l'expérience de notre service - à propos de 169 patients
A. Watik (Casablanca - Maroc)

Ma.141 Une étude prospective de femmes enceintes atteintes de polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante : le DAS28 et l'ASDAS seront-ils des outils adéquats pour évaluer l'activité de la maladie ?
J. Madruga Dias, MM. Costa, L. Pinto, JA. Pereira Da Silva, L. Graça (Lisbonne - Portugal)

Ma.142 La kyphoplastie : une alternative aux fractures trans-corporéales dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante (SA)
J. Melchior, D. Loeuille, M. Louis, A. Blum, I. Chary-Valckenaere, A. Desvignes (Vandœuvre-lès-Nancy)

Ma.143 Prévalence des sacroiliites structurales et inflammatoires dans une population de maladies inflammatoires digestives
S. Jacob Leclerc, G. Lux, AC. Rat, V. Laurent-Croizet, A. Blum, I. Chary-Valckenaere, L. Peyrrin-Birourlet, D. Loeuille (Vandœuvre-lès-Nancy, Nancy)

Ma.144 Les spondylarthropathies en consultation de rhumatologie au Cameroun
M. Singwé - Ngandeu, FG. Abondo, G. Nguefack- Tsagué, I. Farikou, M. Doualla, H. Ntsiba (Yaoundé - Cameroun, Douala - Cameroun, Brazzaville - Congo)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Arthrose, cartilage, arthropathies micro-cristallines

Ma.145 L'analyse typologique d'une cohorte de 2762 patients goutteux permet de révéler cinq phénotypes
P. Richette, RM. Flipo, G. Errieau, L. Perissin, P. Clerson (Paris, Lille)

Ma.146 Utilisation d'une nouvelle définition de la progression radiologique pour prédire la future chirurgie du genou chez des patients arthrosiques
O. Bruyère, V. Rabenda, JY. Reginster (Liège - Belgique)

Ma.147 Effets du ranelate de strontium dans l'arthrose digitale : analyse des données de l'essai randomisé SEKOIA
E. Maheu, C. Cadet, F. Berenbaum (Paris)

Ma.148 Les minéralocorticoïdes (aldostérone) stimulent la production de leptine des fibroblastes synoviaux d'origine arthrosique : implication du récepteur aux glucocorticoïdes, mais pas du récepteur aux minéralocorticoïdes
O. Malaise, B. Relic, M. Zeddou, E. Charlier, S. Neuville, D. de Seny, M. Malaise (Liège - Belgique)

Ma.149 Étude échographique des calcifications de 80 ménisques *ex vivo* et corrélation avec la spectroscopie infrarouge
L. Bialé, F. Mafalanka, D. Bazin, M. Daudon, S. Touraine, JD. Laredo, F. Lioté, HK. Ea (Paris, Orsay)

Ma.150 Prise en charge actuelle de la goutte en Polynésie française : étude comparative avec l'étude CACTUS
T. Pascart, E. Oehler, E. Biver, L. Perrissin, RM. Flipo (Lille, Papeete, Rungis)

Ma.151 Progression radiologique dans l'arthrose digitale (AD) sur 2,6 ans : données de l'essai SEKOIA
E. Maheu, C. Cadet, F. Berenbaum (Paris)

Ma.152 Place de l'échographie dans la détection de géodes ou d'ostéophytes dans l'arthrose digitale
YM. Pers, M. Maruseac, P. Viala, C. Duflos, G. Mercier, S. Fabre, R. Ferreira, P. Le Blay, C. Cyteval, C. Jorgensen (Montpellier)

Ma.153 La synovite et l'hyperhémie Doppler sont associées à la douleur dans l'arthrose digitale
YM. Pers, C. Duflos, P. Viala, M. Maruseac, S. Fabre, P. Le Blay, R. Ferreira, G. Mercier, C. Cyteval, C. Jorgensen (Montpellier)

Ma.154 Intérêt de l'anakinra : à propos d'une goutte tophacée compliquée mettant en jeu le pronostic vital
A. Meynier de Salinelles, G. Coiffier, JD. Albert, J. Meadeb, A. Fournier, G. Chalès (Rennes)

Ma.155 Le ranélate de strontium diminue le nombre de progresseurs radiologiques ou radiocliniques chez les patients ayant une arthrose primaire du genou
X. Chevalier, R. Chapurlat, C. Cooper, JY. Reginster (Créteil, Lyon, Southampton - Grande-Bretagne, Liège - Belgique)

Ma.156 Effet structuro-modulateur du ranélate de strontium dans la gonarthrose : l'étude SEKOIA
X. Chevalier, R. Chapurlat, C. Cooper, JY. Reginster (Créteil, Lyon, Southampton - Grande-Bretagne, Liège - Belgique)

Ma.157 Gonarthrose et syndrome métabolique en consultation rhumatologique à Lomé (Togo)
O. Oniankitan, E. Fianyo, K. Kakpovi, KC. Tagbor, VE. Koffi-Tessio, P. Houzou, M. Mijiyawa (Lomé - Togo)

Ma.158 Impact de l'association de sulfate de glucosamine, de racine de gingembre et de sulfate de cuivre sur la lignée de chondrocytes C-20/A4 stimulée par l'IL-1ß
F. Rousset, B. Lardy, L. Grange, P. Gaudin, F. Morel (Grenoble, Echirolles)

Ma.159 Évolution temporelle du profil clinique des patients arthrosiques allant bénéficier d'une arthroplastie de hanche ou de genou
A. Neuprez, G. François, O. Bruyère, V. Kovats, W. Kurth, JP. Huskin, P. Gillet, JY. Reginster (Liège - Belgique)

Ma.160 Profils clinique et radiologique des patients arthrosiques allant bénéficier d'une arthroplastie de hanche ou de genou
A. Neuprez, G. François, O. Bruyère, V. Kovats, T. Thirion, H. Van Cauwenberghe, C. Daniel, P. Gillet, JY. Reginster (Liège - Belgique)

Ma.161 L'Alliance Nationale Contre l'Arthrose : groupe français de réflexion et de mobilisation sur les enjeux de l'arthrose
L. Grange, F. Berenbaum, F. Beroud, F. Blanchet, CE. Bouvier, A. Chaussier-Delboy, C. Cochet, C. Dreux, B. Morand, F. Rannou, P. Richette, CF. Roques, A. Sautet, F. Srour, JN. Dachicourt (Grenoble, Paris)

Ma.162 La posture du pied chez les patients atteints d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne
N. Kadi, FE. Abourazzak, G. Sqalli Houssaini, S. Mansouri, L. Tahiri, T. Harzy (Fès - Maroc)

Ma.163 Impact des comorbidités sur l'utilité indirecte mesurée par le questionnaire SF-6D dans l'arthrose : données de la cohorte KHOALA
K. Hosseini, C. Gaujoux-Viala, J. Coste, J. Pouchot, B. Fautrel, AC. Rat, F. Guillemin (Nancy, Paris, Vandœuvre-lès-Nancy)

Ma.164 Le statut fonctionnel et la qualité de vie sont plus altérés chez la femme obèse gonarthrosique
L. Traki, H. Rkain, I. Bouaddi, I. Benslama, L. Bouazzaoui, F. Allali, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Programme Scientifique
MERCREDI

08h30 → 09h30 **GOETHE** *Mise au point*

fmc

La colchicine en 2012

P. Richette (Paris)

Modérateur : RM. Flipo (Lille)

Objectifs :

- Rappeler le métabolisme de la colchicine et les interactions médicamenteuses
- Connaître les principales indications en rhumatologie et les doses à utiliser
- Enumérer et détailler les effets secondaires de la colchicine

08h30 → 10h00 **BRILLAT SAVARIN 1** *REGISTRES SFR*

Journée des registres

- **Actualités de REGATE**
  J. Morel (Montpellier)

- **Actualités d'AIR-PR**
  J.-E. Gottenberg (Strasbourg)

- **Actualités d'ORA**
  J.-E. Gottenberg (Strasbourg)

- **Projets d'études en cours sur les registres**

08h30 → 09h30 **BRILLAT SAVARIN 3** *Mise au point*

fmc

Les bases scientifiques de l'éducation thérapeutique sont-elles solides ?

C. Beauvais, AC. Rat (Paris, Vandœuvre-lès-Nancy)

Modérateur : S. Pouplin (Rouen)

Objectifs :

- Identifier les particularités de l'évaluation de l'éducation thérapeutique (ETP)
- Connaître les résultats de l'évaluation de l'ETP dans le domaine des maladies rhumatologiques
- Savoir interpréter les résultats et leurs conséquences sur la place de l'ETP dans la prise en charge des maladies rhumatologiques

08h30 → 10h45 **DARWIN 3** *CFMR*

CFMR

08:30 Le DPC : une obligation en 2013. État des lieux
P. Monod (Castelnaudary)

09:00 L'observatoire des infiltrations. Action DPC du CFMR
B. Gerbay, P. Lebrun (Saint-Etienne, Metz)

09:45 Les réseaux : optimisation du suivi de la PR
G. Baudens, J. Rouvière (Valenciennes, Arles)

10:15 Comment mieux évaluer le risque fracturaire pour une meilleure prise en charge de l'OP ? Action DPC du GRIO
L. Chapuis (Vitré)

08h30 → 09h30 **DARWIN 6** *Scientifique*

Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques

Modérateurs : T. Lequerré (Rouen), D. Wendling (Besançon)

08:30 O.123 Analyse de la réponse T anti-JC virus avec JC-Feron chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par rituximab ou anti-TNF
R. Seror, H. Chavez, AA. Mazet, B. Fautrel, J. Sellam, M. Dougados, L. Sparsa, Y. Taoufik, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Paris)

08:40 O.124 Chez quels patients français présentant une PR, une SA ou une AJI sont débutés un traitement par anti-TNF alpha ? Résultats de l'étude CORPUS
A. Saraux, J. Bénichou, L. Guillevin, L. Ibdrik, C. Job-Deslandre, J. Sibilia, M. Soudant, D. Wendling, F. Guillemin (Brest, Rouen, Paris, Nancy, Strasbourg, Besançon, Vandœuvre-lès-Nancy)

08:50 O.125 L'étanercept diminue significativement les facteurs métaboliques (stress oxydant et ostéoprotégérine) associés aux pathologies coronariennes dans la polyarthrite rhumatoïde
C. Daien, E. Pinot, F. Letois, T. Mura, JP. Cristol, B. Combe, J. Morel (Montpellier)

09:00 O.126 Conséquences de l'exposition au certolizumab pegol sur des cas de grossesses
M. Clowse, DC. Wolf, C. Stach, G. Kosutic, S. Williams, I. Terpstra, C. Saadoun, U. Mahadevan (Durham - USA, Atlanta - USA, Monheim - Allemagne, Raleigh - USA, Braine l'Alleud - Belgique, Colombes, San Francisco - USA)

09:10 O.127 Le traitement par biothérapie modifie-t-il le lien entre les paramètres impliqués dans la fatigue au cours de la polyarthrite rhumatoïde ? L'étude PEPS sur tocilizumab en vie réelle
L. Gossec, S. Rouanet, G. Steinberg, B. Combe (Paris, Boulogne-Billancourt, Montpellier)

09:20 O.128 Suivi prospectif de 764 patients atteints de PR traités par tocilizumab : efficacité et tolérance à partir du registre français REGATE (REGistre -roAcTEmra)
J. Morel, MO. Duzanski, T. Bardin, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, JE. Gottenberg, X. Mariette, M. Soubrier, O. Vittecoq, A. Saraux, T. Schaeverbeke, P. Ravaud, J. Sibilia (Montpellier, Strasbourg, Paris, Toulouse, Lille, Le Kremlin-Bicêtre, Clermont-Ferrand, Bois-Guillaume, Brest, Bordeaux)

08h30 → 09h10 **AMPÈRE 1 & 3** *Recommandations SFR*

Recommandations SFR

Mise à jour des recommandations d'utilisation des anti-TNF
V. Goeb, J. Sibilia (Amiens, Strasbourg)

08h30 → 09h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Spondylarthropathies

Modérateurs : M. Breban (Boulogne-Billancourt), K. de Vlam (Leuven), G. Falgarone (Bobigny)

08:30 O.129 Les facteurs associés aux lésions radiographiques précoces chez les patients atteints de spondylarthrites axiales récentes : résultats de la cohorte DESIR
M. Blachier, F. Canouï-Poitrine, M. Dougados, A. Lethuaut, B. Fautrel, S. Ferkal, P. Le Corvoisier, V. Farrenq, C. Poulain, B. Ghaleh, S. Bastugi-Garin, P. Claudepierre (Créteil, Paris, Créances)

08:40 O.130 Évaluation de l'activité de la spondyloarthrite par les patients et les médecins : ASDAS, BASDAI, PASS et poussée, à propos de 200 cas
M. Godfrin-Valnet, C. Prati, M. Puyravaud, E. Toussirot, H. Letho-Gyselink, D. Wendling (Besançon)

08:50 O.131 Échographie des épaules chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante : description des lésions et recherche des facteurs prédictifs de l'atteinte enthésique de l'épaule
S. Ali Ou Alla, R. Bahiri, H. Amine, H. El Alaoui, H. Rkain, S. Aktaou, R. Abouqal, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

09:00 O.132 Étude de l'association génétique entre ERAP1 et les spondylarthrites (SPA)
A. Kadi, B. Izac, R. Said Nahal, A. Leboime, K. de Vlam, D. Elewaut, G. Chiocchia, M. Breban (Paris, Boulogne-Billancourt, Leuven - Belgique, Ghent - Belgique)

09:10 O.133 Le polymorphisme non synonyme rs11209026 (Arg381Gln) du gène de l'IL23R est associé à l'ankylose dans la spondylarthrite
A. Kadi, F. Costantino, B. Izac, R. Said Nahal, A. Leboime, G. Chiocchia, M. Breban (Paris, Boulogne-Billancourt)

09:20 O.134 Spondyloarthrites sans sacro-iliite : caractéristiques des patients et réponse aux anti-TNF alpha
J. Girodon, E. Solau-Gervais (Poitiers)

08h30 → 09h30 **APOLLINAIRE 2 & 4** *Mise au point*

fmc

Le diagnostic des tumeurs osseuses bénignes

A. Chevrot (Paris)

Modérateur : B. Tomeno (Paris)

Objectifs :

- Connaître l'intérêt de l'imagerie moderne en matière de description et de caractérisation d'une lésion osseuse
- Reconnaître les tumeurs bénignes osseuses dont le diagnostic est certain sur les caractéristiques d'imagerie et qui n'ont pas besoin d'être confirmées par la biopsie (le diagnostic est basé sur l'âge, la topographie, les dimensions, les caractéristiques d'imagerie et le mode évolutif)
- Reconnaître les limites de diagnostic d'imagerie et sélectionner les cas justifiant d'une biopsie
- Reconnaître les lésions bénignes non tumorales et celles pour lesquelles la biopsie peut être contre-productive (hyperparathyroïdies, fracture de fatigue, dépôts inertes, goutte, amylose)
- Connaître les possibilités de la thérapeutique sous imagerie pour certaines lésions (laser, radiofréquence, cryothérapie, embolisation, cimentoplastie – ostéome ostéoïde, kyste osseux, angiome...)

11h00 ⟶ 12h30 **GOETHE** *Plénière*

Plénière

Modérateurs : E. Legrand (Angers), T. Schaeverbeke (Bordeaux), B. Haraoui (Québec - Canada)

11:00 Revue du rhumatisme
MC. Boissier (Bobigny)

11:10 **P.10** Nouvelle classification des allèles HLA-DRB1 en fonction des propriétés acido-basiques des acides aminés des positions 70 et 71 : impact sur la production d'ACPA et la progression structurale dans une cohorte de PR récentes (cohorte ESPOIR)
A. Ruyssen-Witrand, PA. Gourraud, D. Nigon, C. Lukas, C. Miceli-Richard, B. Jamard, A. Cambon-Thomsen, A. Cantagrel, P. Dieudé, A. Constantin (Toulouse, San Francisco - USA, Montpellier, Le Kremlin-Bicêtre, Paris)

11:25 **P.11** Validation des scores EULAR d'évaluation du syndrome de Sjögren primitif (SS)
R. Seror, S. Bowman, JE. Gottenberg, E. Theander, E. Hachulla, A. Saraux, M. Ramos-Casals, H. Bootsma, A. Tzioufas, T. Dorner, C. Vitali, X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre, Birmingham - Grande-Bretagne, Strasbourg, Malmo - Suède, Lille, Brest, Barcelone - Espagne, Groningen - Pays-Bas, Athènes - Grèce, Berlin - Allemagne, Pise - Italie)

11:40 **P.12** Prise en charge de l'ostéogenèse imparfaite de l'adulte
A. Aubrun, K. Briot, R. Chapurlat, M. Cohen-Solal, C. Cormier, A. Desbonnets, E. Fontanges, C. Gregoir, M. Laroche, C. Roux, MC. de Vernejoul, RM. Flipo, B. Cortet (Lille, Paris, Lyon, Berck, Toulouse)

11:55 **P.13** Évaluation radiographique des mains, pieds et du bassin chez des jeunes adultes atteints d'arthrite juvénile idiopathique de forme polyarticulaire
M. Elhaï, R. Bazeli, V. Freire, A. Feydy, A. Kahan, C. Job-Deslandre, J. Wipff (Paris)

12:10 **P.14** Le taux de DKK 1 sérique est augmenté au cours des spondyloarthrites (SpA) récentes et est associé à une prévalence augmentée de syndesmophytes : données de la cohorte DESIR
G. Nocturne, S. Pavy, D. Van Der Heijde, P. Goupille, M. Dougados, C. Roux, X. Mariette, C. Miceli-Richard (Le Kremlin-Bicêtre, Leiden - Pays-Bas, Tours, Paris)

13h30 → 14h30 **GOETHE** *Mise au point*

fmc

La dystrophie rachidienne de croissance

JD. Laredo, C. Marty (Paris, Garches)

Modérateur : JL. Tassin (Metz)

Objectifs :

- Quels sont les éléments cliniques et radiologiques vous permettant de diagnostiquer une DRC ?
- Quelles sont les conséquences de cette maladie de l'enfant et de l'adolescent à l'âge adulte ?
- Quelle est la prise en charge thérapeutique ?

13h30 → 14h30 **DARWIN 4 & 5** *Mise au point*

fmc

Le retour de la prothèse unicompartimentale du genou

R. Nizard (Paris)

Modérateur : X. Ayral (Paris)

Objectifs :

- Déterminer les indications respectives des prothèses unicompartimentaires, des prothèses totales et de l'ostéotomie
- Connaître les différences des suites opératoires et du résultat prévisible entre prothèse totale et unicompartimentaire du genou
- Connaître les résultats à long terme des prothèses unicompartimentaires comparativement aux prothèses totales

13h30 → 14h30 **BRILLAT SAVARIN 3** *Scientifique*

Pratiques professionnelles et éducation thérapeutique

Modérateurs : L. Euller-Ziegler (Nice), P. Monod (Castelnaudary), AC. Rat (Vandœuvre-lès-Nancy)

13:30 O.135 Peurs et croyances dans les rhumatismes inflammatoires chroniques en France : interviews de 50 patients

F. Berenbaum, A. Saraux, C. Hudry, F. Mathoret-Philibert, F. Russo-Marie, K. Lamiraud, JM. Joubert, P. Chauvin (Paris, Brest, Neuilly-sur-Seine, Cergy-Pontoise, Colombes)

13:40 O.136 A Quelles sont les compétences d'auto-soins et d'adaptation (de sécurité) des patients sous biothérapie en rhumatologie ?

AC. Rat, D. Orefice, B. Fautrel, E. Flipon, L. Gossec, BD. Caritey, L. Marguerie, H. Nataf, B. Pallot Prades, R. Poilverd, V. Royant, F. Sadji, C. Sordet, C. Thevenot, C. Beauvais (Vandœuvre-lès-Nancy, Paris, Berck, Mantes-la-Jolie, Saint-Etienne, Chartres, Dreux, Strasbourg, Laon)

O.136 B Quels sont les facteurs associés à des compétences de sécurité des traitements par biothérapie plus faibles ?

AC. Rat, B. Fautrel, E. Flipon, L. Gossec, BD. Caritey, L. Marguerie, H. Nataf, B. Pallot Prades, R. Poilverd, V. Royant, F. Sadji, C. Sordet, C. Thevenot, C. Beauvais (Vandœuvre-lès-Nancy, Paris, Berck, Mantes-la-Jolie, Saint-Etienne, Chartres, Dreux, Strasbourg, Laon)

13:50 O.137 Programmes d'ETP en rhumatologie : enquête nationale sur les autorisations ARS et le bilan de la 1ère année de fonctionnement selon les modalités HPST

L. Euller-Ziegler (Nice)

14:00 O.138 A Évolution de la pratique hospitalière de l'échographie rhumatologique en France : résultats de la deuxième année de l'étude SONDECHO

S. Jousse-Joulin, F. Gandjbakhch, F. Etchepare, C. Marcelli, JP. Bertola, S. Leproust, P. Bourgeois (Brest, Paris, Caen)

O.138 B L'examen échographique des rhumatismes inflammatoires est-il standardisé en France ? Résultats de l'étude SONDECHO (étude des pratiques échographiques dans 43 centres français de rhumatologie)

F. Gandjbakhch, F. Etchepare, C. Marcelli, S. Jousse-Joulin, JP. Bertola, M. Pouriel, P. Bourgeois (Paris, Caen, Brest)

14:10 O.139 A Logiciel RHUMATOb@se® : l'informatique, l'internet et la téléphonie combinés au service de l'éducation thérapeutique

DS. Ralandison, MO. Razanamparany, OH. Rakotonirainy, T. Raonivelo, T. Andriantsihoaramanana, F. Rapelanoro Rabenja (Antananarivo - Madagascar)

O.139 B Éducation thérapeutique dans un pays pauvre : comment surpasser la barrière culturelle et les difficultés économiques ?

T. Raonivelo, S. Ralandison, OM. Razanaparany, RF. Rapelanoro (Antananarivo - Madagascar)

14:20 O.140 Vécu, perceptions, besoins éducatifs des patients ostéoporotiques : résultats d'une étude qualitative par le groupe de travail SOLID'OS

C. Beauvais, E. Lespessailles, Y. Magar, C. Thevenot, L. Euller-Ziegler, E. Filaire, S. Gendarme, K. Legrand, F. Lévy-Weil, D. Aubraye, B. Cortet, D. Poivret, M. Rousière, AC. Rat (Paris, Orléans, Vanves, Laon, Nice, Vandœuvre-lès-Nancy, Argenteuil, Lille, Metz)

13h30 → 14h30 **DARWIN 3** *Scientifique*

Autres maladies inflammatoires

Modérateurs : E. Hachulla (Wattignies), X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre), C. Richez (Bordeaux)

13:30 **O.141** Apport diagnostique de la tomographie par émission de positrons dans la pseudo-polyarthrite rhizomélique
F. Colson, C. Tichyj-Pinel, JP. Valette, JG. Tebib (Lyon, Pierre-Bénite)

13:40 **O.142** Après quel délai devient-il inutile de tenter de classer un rhumatisme inflammatoire ? Cohorte VErA
G. Avenel, JF. Ménard, P. Boumier, A. Daragon, S. Pouplin, C. Zarnitsky, O. Vittecoq, P. Fardellone, X. Le Loët (Rouen, Amiens, Montivilliers)

13:50 **O.143** Une réduction du nombre de progéniteurs endothéliaux circulants et des concentrations élevées de VEGF sérique sont associées au stade tardif de capillaroscopie dans la sclérodermie systémique
J. Avouac, M. Vallucci, V. Smith, B. Ruiz, A. Sulli, C. Pizzorni, G. Chiocchia, M. Cutolo, Y. Allanore (Paris, Ghent - Belgique, Genève - Suisse)

14:00 **O.144** Association des polymorphismes de BLK au syndrome de Sjögren et études des conséquences fonctionnelles
B. Subran, J. Nititham, K. Taylor, C. Verstuyft, L. Becquemont, R. Tamouza, X. Puéchal, E. Hachulla, JE. Gottenberg, L. Criswell, X. Mariette, C. Miceli-Richard (Le Kremlin-Bicêtre, San Francisco - USA, Paris, Lille, Strasbourg)

14:10 **O.145** Réalisation d'un cathétérisme cardiaque droit en cas de suspicion d'hypertension artérielle pulmonaire associée à la sclérodermie systémique : résultats d'un consensus d'experts du groupe EPOSS par une méthode Delphi associée à une analyse en cluster
J. Avouac, D. Huscher, D. Furst, C. Opitz, O. Distler, Y. Allanore (Paris, Berlin - Allemagne, Los Angeles - USA, Zurich - Suisse)

14:20 **O.146** Analyse échographique détaillée des différentes structures musculo-squelettiques des mains et poignets touchées au cours de la sclérodermie systémique
V. Freire, H. Guérini, R. Bazeli, M. Elhaï, R. Campagna, E. Pessis, J. Avouac, Y. Allanore, JL. Drapé (Paris)

13h30 → 14h30 **DARWIN 6** *Scientifique*

Os métabolique

Modérateurs : M. Audran (Angers), P. Guggenbuhl (Rennes), E. Lespessailles (Orléans)

13:30 **O.147** Ostéonécrose des maxillaires sous bisphosphonates - l'expérience du CHU de Lille : à propos de 82 cas
A. Pham, B. Cortet, G. Penel, JM. Maes, J. Bonneterre, MH. Vieillard (Lille)

13:40 **O.148** Incidence des fractures à l'arrêt du denosumab (DMab) : analyse de l'essai FREEDOM
C. Roux, JP. Brown, JEB. Jensen, N. Gilchrist, C. Recknor, O. Törring, M. Austin, A. Wang, A. Grauer, PR. Ho, R. Wagman (Paris, Québec - Canada, Hvidovre - Danemark, Christchurch - Nouvelle-Zélande, Gainesville - USA, Stockholm - Suède, Thousand Oaks - USA)

13:50 **O.149** Le traitement par ranélate de strontium accélère le comblement d'un défaut osseux critique et améliore la qualité intrinsèque de l'os nouvellement formé
G. Zacchetti, R. Rizzoli, P. Ammann (Genève - Suisse)

14:00 **O.150** Efficacité et sécurité d'emploi du ranélate de strontium dans le traitement de l'ostéoporose masculine
M. Audran, JM. Kaufman, S. Boonen (Angers, Gand - Belgique, Louvain - Belgique)

14:10 **O.151** Effets du tocilizumab sur le remodelage osseux et la densité osseuse chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
K. Briot, T. Schaeverbeke, F. Etchepare, P. Gaudin, A. Perdriger, M. Vray, G. Steinberg, S. Rouanet, C. Roux (Paris, Bordeaux, Echirolles, Rennes, Boulogne-Billancourt)

14:20 **O.152 A** Probabilité de fracture à l'introduction d'un traitement anti-ostéoporotique : données de l'étude COSSAC
C. Roux, T. Thomas, M. Audran, CL. Benhamou, L. Chapuis, P. Guggenbuhl, P. Orcel, JP. Sanchez, P. Seret, I. Bourdeix, F. Sail, B. Cortet (Paris, Saint-Etienne, Angers, Orléans, Vitré, Rennes, Billère, Rueil-Malmaison, Lille)

O.152 B La prescription d'un traitement anti-ostéoporotique est-elle conforme aux recommandations ? L'exemple de l'acide zolédronique dans l'étude COSSAC
C. Roux, B. Cortet, M. Audran, CL. Benhamou, L. Chapuis, P. Guggenbuhl, P. Orcel, JP. Sanchez, P. Seret, I. Bourdeix, F. Sail, T. Thomas (Paris, Lille, Angers, Orléans, Vitré, Rennes, Billère, Rueil-Malmaison, Saint-Etienne)

13h30 → 14h30 **AMPÈRE 1 & 3** *Scientifique*

Rhumatologie du sujet âgé

Modérateurs : P. Bourgeois (Paris), J. Taillandier (Paris), B. Verlhac (Villejuif)

13:30 **O.153** Répartition des rhumatismes du sujet âgé : enquête auprès des rhumatologues de la région Auvergne

JJ. Dubost, B. Pereira, A. Tournadre, S. Mathieu, S. Malochet-Guinamand, M. Couderc, B. Glace, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

13:40 **O.154** Recommandations sur la place des opioïodes dans la prise en charge de la douleur chronique de l'arthrose chez le sujet très âgé : revue de la littérature

P. Breville (Issy-les-Moulineaux)

13:50 **O.155** Recommandations sur la prise en charge non pharmacologique (exercices physiques/perte de poids) de la gonarthrose des sujets très âgés : revue de la littérature

B. Verlhac, JL. Le Quintrec, C. Cadet, P. Breville, JB. Gauvain, E. Maheu (Villejuif, Paris, Orléans)

14:00 **O.156** Micro-architecture du tissu osseux vertébral au cours des ostéoporoses avérées : aspects en microtomographie X et en histologie

F. Mallard, P. Bizot, B. Bouvard, P. Mercier, D. Chappard (Angers)

14:10 **O.157** Tolérance et efficacité du rituximab chez les patients âgés traités pour un polyarthrite rhumatoïde : les données du registre français AIR

S. Payet, JE. Gottenberg, X. Mariette, P. Ravaud, E. Perrodeau, T. Bardin, P. Cacoub, A. Cantagrel, B. Combe, M. Dougados, RM. Flipo, B. Godeau, L. Guillevin, X. Le Loet, E. Hachulla, T. Schaeverbeke, J. Sibilia, I. Pane, G. Baron, M. Soubrier (Clermont-Ferrand, Strasbourg, Le Kremlin-Bicêtre, Paris, Toulouse, Montpellier, Lille, Créteil, Rouen, Bordeaux)

14:20 **O.158** Tolérance et efficacité du tocilizumab chez les sujets âgés de plus de 65 ans au cours de la polyarthrite rhumatoïde dans la vraie vie : étude rétrospective multicentrique

W. Bourichi, YM. Pers, H. Marotte, D. Wendling, P. Gaudin, JF. Maillefert, C. Jorgensen (Montpellier, Saint-Etienne, Besançon, Echirolles, Dijon)

13h30 → 14h30 **AMPÈRE 5 & 6** *Scientifique*

Polyarthrite rhumatoïde

Modérateurs : H. Marotte (Saint-Etienne), E. Solau-Gervais (Poitiers), O. Vittecoq (Bois-Guillaume)

13:30 L'initiative *Treat to Target* : enquête canadienne auprès des patients
O.159 B. Haraoui, W. Bensen, L. Bessette, S. Leclercq, C. Thorne, J. Wade, M. Deamude, J. Prince, J. Legaré (Montréal - Canada, Hamilton - Canada, Québec - Canada, Calgary - Canada, Newmarket - Canada, Vancouver - Canada, Toronto - Canada)

13:40 Évolution favorable à 5 ans des patients avec polyarthrite rhumatoïde (PR) débutante dans les années 2000 : données de la cohorte ESPOIR
O.160 B. Combe, N. Rincheval, J. Benessiano, F. Berenbaum, A. Cantagrel, JP. Daurès, M. Dougados, P. Fardellone, B. Fautrel, RM. Flipo, P. Goupille, F. Guillemin, X. Le Loet, I. Logeart, X. Mariette, O. Meyer, P. Ravaud, A. Saraux, T. Schaeverbeke, J. Sibilia (Montpellier, Paris, Toulouse, Amiens, Lille, Tours, Vandœuvre-lès-Nancy, Rouen, Le Kremlin-Bicêtre, Brest, Bordeaux, Strasbourg)

13:50 L'évaluation globale du patient et la fatigue sont-ils prédictifs de l'évolution structurale dans la polyarthrite récente, chez les patients en rémission ? Une analyse de la cohorte ESPOIR
O.161 L. Gossec, C. Gaujoux-Viala, AC. Rat, B. Fautrel, A. Saraux, F. Guillemin, S. Paternotte, M. Dougados (Paris, Vandœuvre-lès-Nancy, Brest)

14:00 Une fenêtre d'opportunité immunologique définit la possibilité d'une rémission dès la première ligne de traitement au cours de la polyarthrite rhumatoïde
O.162 V. Goeb, R. Parmar, Y. Elsayed, M. Boissinot, E. Vital, E. Hensor, S. Harrisson, P. Conaghan, P. Emery, F. Ponchel (Amiens, Rouen, Leeds - Grande-Bretagne)

14:10 PR est en rémission : peut-on suspendre le traitement anti-TNF ?
O.163 A. Cantagrel, B. Jamard, T. Schaeverbeke, P. Bertin, A. Ruyssen-Witrand, L. Zabraniecki, D. Nigon, MH. Cerato, C. Richez, A. Constantin (Toulouse, Bordeaux, Limoges)

14:20 Évaluation de deux doses de certolizumab pegol sur le maintien de la réponse clinique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active : principaux résultats de DOSEFLEX, une étude de phase IIIb
O.164 D. Furst, RM. Flipo, SA. Shaikh, M. Greenwald, B. Bennett, F. Staelens, W. Koetse, P. Bertin (Los Angeles - USA, Lille, Hamilton - Canada, Palm Desert - USA, Smyrna - USA, Bruxelles - Belgique, Raleigh - USA, Limoges)

14h45 → 16h15 **GOETHE** *Quoi de neuf ?*

fmc **Quoi de neuf ?**

Modérateurs : E. Legrand (Angers), B. Gerbay (Saint-Étienne), T. Schaeverbeke (Bordeaux)

14:45 Spondylarthropathies
M. Breban (Boulogne-Billancourt)

15:15 Arthrose
X. Chevalier (Créteil)

15:45 Pathologie abarticulaire
E. Hoppe (Angers)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Biothérapies, rhumatismes inflammatoires chroniques

Me.01 La productivité individuelle dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante : revue de la littérature sur l'impact de la maladie et l'apport de l'adalimumab
B. Fautrel, D. Granados, F. Depont, K. Chevreul (Paris, Rungis)

Me.02 Un cas de toxidermie lichénoïde survenue sous tocilizumab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde
A. Latourte, M. Viguier, A. Dallot, F. Lioté (Paris)

Me.03 Induction de la rémission chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérée à sévère, de moins de 12 mois d'évolution, traités avec étanercept (ETN) plus méthotrexate (MTX) pendant 52 semaines
B. Combe, P. Emery, M. Hamoudeh, O. Fitzgerald, S. Gaylord, T. Williams, J. Bukowski, R. Pedersen, A. Koenig, B. Vlahos (Montpellier, Leeds - Grande-Bretagne, Doha - Qatar, Dublin - Irlande, Collegeville - USA)

Me.04 Tolérance à long terme du certolizumab pegol (CZP) dans la polyarthrite rhumatoïde : résultats d'extension en ouvert sur 5 ans des études FAST4WARD et 014 (CZP : 400 mg/4 semaines)
R. Fleischmann, R. Van Vollenhoven, J. Vencovsky, R. Alten, O. Davies, C. Stach, M. de Longueville, B. Van Lunen, E. Choy (Dallas - USA, Stockholm - Suède, Prague - République tchèque, Berlin - Allemagne, Bruxelles - Belgique, Monheim - Allemagne, Raleigh - USA, Cardiff - Grande-Bretagne)

Me.05 Le certolizumab pegol n'a pas entraîné de diminution de la qualité du sperme chez les volontaires sains : résultats d'une étude de phase I
S. Perrier d'Hauterive, S. Kesseler, P. Ruggeri, M. Timmermans, O. Gaspard, T. Kumke, S. Mc Cabe, G. Parker (Liège - Belgique, Monheim - Allemagne, Braine l'Alleud - Belgique, Slough - Grande-Bretagne)

Me.06 Mise à jour des données de tolérance à long terme du certolizumab pegol chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active
X. Mariette, R. Van Vollenhoven, V. Bykerk, M. de Longueville, C. Arendt, K. Luijtens, J. Cush (Le Kremlin-Bicêtre, Stockholm - Suède, New York - USA, Bruxelles - Belgique, Dallas - USA)

Me.07 Colite infectieuse, une complication du traitement par anti-TNF alpha dans les rhumatismes inflammatoires chroniques : à propos de 7 cas
C. Moyano, M. Beldjerd, C. Le Fouille Ribeyre, T. Billey, J. Bernard, S. Lassoued (Cahors)

Me.08 MAIL1 - observatoire des traitements biologiques anti-interleukine-1 prescrits pour indication rhumatologique hors AMM en France : données à 20 mois
L. Rossi-Semerano, B. Fautrel, D. Wendling, E. Hachulla, A. Meyer, S. Ottaviani, R. Dhote, M. Fouillet-Dejonquères, O. Richer, C. Galeotti, I. Touitou, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre, Paris, Besançon, Lille, Strasbourg, Bobigny, Lyon, Bordeaux, Montpellier)

Me.09 Inhibition de la signalisation du récepteur à l'antigène par l'epratuzumab et effets de l'élimination de L'α-2,6 acide sialique
C. Daridon, N. Sieger, SJ. Fleischer, HE. Mei, K. Reiter, A. Shock, GR. Burmester, T. Dörner (Berlin - Allemagne, Slough - Grande-Bretagne)

Me.10 Adalimumab et lipomatose des membres inférieurs : appel à observations
M. Faccin, I. Ollivier, G. Coiffier, E. Niederberger, G. Chalès (Rennes)

Me.11 Intérêt de la surveillance des sous-populations lymphocytaires B pour prédire la rechute clinique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par rituximab
AP. Trouvin, S. Jacquot, S. Grigioni, H. Boulard, I. Dutot, O. Vittecoq, X. Le Loet, V. Goeb (Rouen, Amiens)

Me.12 Devenir des grossesses après exposition paternelle aux anti-TNF alpha
K. Ben Abdelghani, A. Fazaa, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Me.13 Chondrocalcinose réfractaire traitée par anakinra : à propos d'un cas
N. Diallo, M. Nang Nlome Nze, C. Thepot, LH. Juan, L. Beraneck, P. Hilliquin (Corbeil-Essonnes)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Spondylarthropathies

Me.14 Association maladie de Takayasu et spondylarthrite ankylosante
J. Fahmi, S. Guignard, P. Claudepierre, X. Chevalier (Créteil)

Me.15 Apport de l'IRM dans le diagnostic des spondylarthropathies
H. Hachfi, H. Zaghlaoui, H. Zaghouani, S. Belghali, K. Baccouche, H. Ben Fredj, A. Jamel, E. Bouajina (Sousse - Tunisie)

Me.16 Ostéoporose au cours de la spondylarthrite ankylosante
A. Knani, K. Baccouche, N. El Amri, H. Zeglaoui, S. Belghali, H. Ben Fredj, N. Amara, B. Khalfallah, E. Bouajina (Sousse - Tunisie)

Me.17 Prévalence de la thyroïdite chronique auto-immune dans les spondylarthrites
D. Peixoto, F. Teixeira, A. Raposo, J. Costa, M. Bogas, C. Afonso, D. Araujo (Ponte de Lima - Portugal)

Me.18 Influence des anticorps *anti-Saccharomyces cerevisiæ* (ASCA) sur le phénotype des spondylarthropathies
J. Maillet, S. Ottaviani, P. Nicaise-Roland, G. Gill, E. Palazzo, G. Hayem, L. de Chaisemartin, O. Meyer, S. Chollet-Martin, P. Dieudé (Paris)

Me.19 Prévalence d'une sacro-iliite inflammatoire en IRM au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales : étude rétrospective réalisée sur une population de 186 patients
S. Jacob Leclerc, G. Lux, V. Laurent-Croise, AC. Rat, A. Blum, I. Chary-Valckenaere, L. Peyrin-Biroulet, D. Loeuille (Vandœuvre-lès-Nancy, Nancy)

Me.20 Les spondylarthropathies au sud du Maroc
M. Aouial, A. Boujemaoui, I. Rekkab, N. Bendriss, FE. El Mangad, A. Belkhou, I. El Bouchti (Marrakech - Maroc)

Me.21 Fibrose rétropéritonéale et spondylarthrite ankylosante : une nouvelle observation
F. Ajili, I. Gharsallah, A. Laanani, L. Metoui, N. Boussetta, B. Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.22 Appréciation de l'index radiologique (BASRI : *Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index*) au cours des spondylarthropathies ankylosantes
A. Kesraoui, W. Hamdi, D. Kaffel, MM. Kchir (Tunis - Tunisie)

Me.23 L'ustékinumab, une alternative dans le traitement des spondylarthrites ? À propos d'une observation
S. Godet, Z. Reguiai, P. Brochot, I. Lambrecht, L. Kpodar, H. Delaplace, JP. Eschard (Reims)

Me.24 Prévalence et corrélations des troubles du sommeil dans les spondylarthropathies
O. Saidane, F. Saadi, S. Boussaid, I. Mahmoud, R. Tekaya, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie)

Me.25 Incapacité au travail chez les patients atteints de spondylarthropathies
F. Saadi, O. Saidane, A. Souayah, I. Mahmoud, R. Tekaya, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie)

Me.26 Corrélation entre les paramètres d'activité de la spondylarthrite ankylosante et la baisse de la masse osseuse
W. Hamdi, A. Kesraoui, D. Kaffel, MM. Kchir (Tunis - Tunisie)

Me.27 Prévalence de l'anxiété et de la dépression dans les spondylarthropathies
I. Mahmoud, F. Saadi, O. Saidane, R. Tekaya, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie)

Me.28 Les arthropathies sternoclaviculaires
L. Dridi, D. Kaffel, W. Hamdi, A. Kessraoui, H. Ferjani, MM. Kchir (Tunis - Tunisie)

Me.29 Délai diagnostique des spondylarthropathies et impact sur la sévérité de la maladie
O. Saidane, A. Souayah, S. Boussaid, I. Mahmoud, R. Tekaya, L. Abdelmoula Cheikhrouhou, KL. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie, Ariana - Tunisie)

Me.30 Troubles du sommeil et spondylarthrite
O. Saidane, A. Souayah, F. Mahdi, I. Mahmoud, R. Tekaya, L. Abdelmoula Cheikhrouhou, KL. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie, Ariana - Tunisie)

Me.31 Impact de la spondylarthrite ankylosante sur la qualité de vie
I. Mahmoud, S. Boussaïd, O. Saidane, R. Tekaya, L. Abdelmoula, L. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie)

Me.32 Tabagisme et spondylarthrite ankylosante
I. Mahmoud, A. Souayah, W. Bousselmi, O. Saidane, R. Tekaya, L. Abdelmoula Cheikhrouhou, KL. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie, Ariana - Tunisie)

Me.33 L'utilisation de la médecine alternative au cours de la spondylarthrite ankylosante
G. Sqalli Houssaini, L. Tahiri, R. Boussaadani Soubai, N. Kadi, F. Abourazzak, T. Harzy (Fès - Maroc)

Me.34 Profil ostéodensitométrique au cours du rhumatisme psoriasique : à propos de 18 cas
M. Slouma, H. Ferjani, A. Ben Tekaya, S. Miladi, S. Rekik, N. Meddeb, I. Cheour, M. Euch, H. Sahli, S. Sellami (Tunis - Tunisie)

Me.35 Sexualité et spondylarthrite ankylosante
I. Mahmoud, A. Souayah, F. Mahdi, O. Saidane, R. Tekaya, L. Abdelmoula Cheikhrouhou, KL. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie, Ariana - Tunisie)

Me.36 Fatigue et spondylarthrite ankylosante
I. Mahmoud, A. Souayah, F. Mahdi, O. Saidane, R. Tekaya, L. Abdelmoula Cheikhrouhou, KL. Chaabouni, R. Zouari (Tunis - Tunisie, Ariana - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Pratiques professionnelles et éducation thérapeutique

Me.37 Le patient expert dans les programmes d'éducation thérapeutique dédiés à la polyarthrite rhumatoïde
JD. Cohen, C. Beauvais, L. Grange, G. Hayem, DR. Bertholon, M. Karrer, S. Chirol (Montpellier, Paris, Echirolles)

Me.38 L'éducation et pas seulement l'information aux patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique
S. El Mahou, G. Pol, G. Morel, M. Moafo, X. Deprez (Valenciennes)

Me.39 Éducation thérapeutique, fibromyalgie et thermalisme
P. Sichère, P. Ducamp (Paris, Narrosse)

Me.40 Création et évaluation d'un jeu de loto pour l'ETP avec rhumatisme inflammatoire chronique
MH. Graul, N. Marck, P. Thomas, ME. Saint-Eve, D. Poivret (Metz-Thionville, Metz)

Me.41 Les habitudes alimentaires calciques
X. Grapton, D. Leclere, P. Lemesle, L. Poulain, P. Renard (Colombes, Paris, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, Courbevoie)

Me.42 Impact de l'art thérapie à dominante corporelle sur la qualité de vie de patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde
C. Breuil, A. Dumolard, L. Grange, P. Gaudin, R. Juvin (Grenoble, Echirolles)

Me.43 La neutralité du soignant-éducateur en éducation thérapeutique est-elle possible dans les RIC ?
P. Rigollier, J. Lambert, L. Grange, JY. Bouchet, B. Allenet, P. Gaudin, R. Juvin (Grenoble, Echirolles)

Me.44 Évaluation médico-économique d'un réseau de santé dédié à la prise en charge des patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde (réseau PR-LR)
YM. Pers, S. Lacombe, S. Fabre, R. Ferreira, P. Le Blay, C. Jorgensen, JP. Daurès, J. Rouvière, J. Sany (Montpellier)

Me.45 Étude INF'Os : évaluation de la satisfaction des patients souffrant d'ostéopathie fragilisante après une consultation pharmaceutique
J. Marcel, B. Bonnet, E. Bouscarrut, K. Briot, C. Roux, M. Dougados, E. Flipon (Paris)

Me.46 Étude INF'Os : intérêt d'une consultation pharmaceutique dédiée aux patients souffrant d'ostéopathies fragilisantes
B. Bonnet, J. Marcel, E. Bouscarrut, K. Briot, C. Roux, M. Dougados, E. Flipon (Paris)

Me.47 L'efficacité et innocuité des procédures invasives en rhumatologie : échantillons d'un service
I. Silva, F. Araujo, A. Sepriano, S. Falcao, M. Mateus, JB. Pimentao, JC. Branco (Lisbonne - Portugal)

Me.48 La rémission selon le patient au cours de la polyarthrite rhumatoïde...
S. Cadart, D. Devillers, J. Corli, RM. Flipo (Reims, Lille)

Me.49 Atelier sexologie inclus dans un programme d'éducation thérapeutique pour les rhumatismes inflammatoires chroniques : mise au point, réalisation, évaluation avec une association de patients, résultats préliminaires
D. Poivret, F. Ramseyer, ME. Saint-Eve, MH. Graul, N. Marck, L. Jadid, P. Thomas (Metz, Thionville)

Me.50 Plus d'un tiers des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SA) qui consultent leur médecin généraliste ont une forme active : résultat d'une enquête visant à mesurer le niveau d'activité de la SA chez des patients vus en médecine générale
A. Grasland, S. Arrestier, P. Chaspoux, J. Fannius, F. Gondouin, F. Goupy - le Maitre, A. Karneff, P. Le Devic, C. Marchand, M. Poulain Tellier, A. Sacchi, JF. Wirth, H. Nataf (Colombes, Houilles, Versailles, Montigny-le-Bretonneux, Asnières-sur-Seine, Le Chesnay, Voisins-le-Bretonneux, Poissy, Mantes-la-Jolie, Rungis)

Me.51 Comment aider au diagnostic de spondylarthrite à phénotype axial en médecine générale ? Résultats d'une enquête visant à former et à sensibiliser les médecins généralistes
A. Grasland, S. Arrestier, P. Chaspoux, J. Fannius, F. Gondouin, F. Goupy - le Maitre, A. Karneff, P. Le Devic, C. Marchand, M. Poulain Tellier, A. Sacchi, JF. Wirth, H. Nataf (Colombes, Houilles, Versailles, Montigny-le-Bretonneux, Asnières-sur-Seine, Le Chesnay, Voisins-le-Bretonneux, Poissy, Mantes-la-Jolie, Rungis)

Me.52 Les compétences pluridimensionnelles au service des patients suivis en rhumatologie ambulatoire pour une prise en charge des soins optimisée
L. Larue, N. Morland, M. Saunier, I. Duparc (Genève - Suisse)

Me.53 Enquête téléphonique auprès des médecins généralistes sur la prise en charge de la crise de goutte
S. Mouhib (Casablanca - Maroc)

Me.54 Développement d'un questionnaire évaluant le fardeau de l'arthrose
P. Bertin, L. Grange, F. Rannou, JN. Dachicourt, P. Bruel, T. Coudert, C. Taieb (Limoges, Echirolles, Paris, Castres, Boulogne-Billancourt)

Me.55 Sanoia : retour d'expérience sur l'utilisation du nouveau service au patient par internet dans la polyarthrite rhumatoïde
J. Fulpin, S. Steib (Hyères, Marseille)

Me.56 Qu'est-ce que nos patients ont retenu et compris des traitements anti-TNF dans le traitement des RIC ? Une enquête transversale évaluant les acquis de l'éducation thérapeutique
G. Hayem, P. Hilliquin, C. Bancaud, M. de Bandt (Paris, Corbeil-Essonnes, Fort-de-France)

Me.57 Peurs et croyances des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthrites : une revue systématique de la littérature
L. Gossec, F. Berenbaum, P. Chauvin, K. Lamiraud, F. Russo-Marie, JM. Joubert, A. Saraux (Manchester - Grande-Bretagne, Paris, Cergy-Pontoise, Neuilly-sur-Seine, Colombes, Brest)

Me.58 Fiche d'évaluation du déclenchement d'une perfusion de biothérapie en rhumatologie
D. Alcaix, S. Micu, C. Zarnitsky (Le Havre, Montivilliers)

Me.59 Volition et lombalgie chronique : ce que nous apprennent les patients. Une analyse de contenu
C. Mathy, C. Cedraschi, A. Azzi, JP. Broonen, Y. Henrotin (Bruxelles - Belgique, Genève - Suisse, Liège - Belgique)

Me.60 Quelle place pour le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient ? Étude au sein du réseau polyarthrite rhumatoïde Languedoc Roussillon
G. Fabreguettes, S. Fabre, N. Terrail, S. Hansel Esteller, H. Fenet (Montpellier)

Me.61 Diversité et répartition territoriale des programmes d'éducation thérapeutique pour les maladies ostéo-articulaires : recensement auprès des agences régionaless de santé (ARS)
C. Beauvais, A. Perdriger (Paris, Rennes)

Me.62 Les soignants associés aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, dans l'élaboration d'un référentiel d'éducation pour la santé au sein du département de rhumatologie
C. Le Loc'H (Montpellier)

Me.63 Intérêt de l'éducation thérapeutique collective dans la gestion de biothérapie par voie sous-cutanée chez des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique
L. Berard, T. Lequerré, JF. Menard, J. Benichou, O. Vittecoq, S. Pouplin (Rouen, Bois-Guillaume)

Me.64 Adhésion aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires : identifier les leviers pour mieux accompagner le patient
AL. Betegnie, A. Lehmann, M. Baudrant, M. Roustit, P. Bedouch, L. Grange, A. Gauchet, A. Golay, B. Allenet (Grenoble, Echirolles, Genève - Suisse)

Me.65 Création d'une consultation pour les « urgences » rhumatologiques : l'expérience montpelliéraine
G. Mouterde, M. Joly, P. Le Blay, J. Morel, B. Combe (Montpellier)

Me.66 Madame Sant'Os : un outil d'éducation thérapeutique au cours de l'ostéoporose
C. Schillo, L. Lenglaert, C. Sordet (Strasbourg)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Autres maladies inflammatoires

Me.67 Intérêt diagnostique de la biopsie des glandes salivaires accessoires : à propos de 103 biopsies
S. Tayfi, W. Rachidi, S. Janani, N. Etaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Me.68 Syndrome de Sjögren primitif : à propos de 61 cas
S. Tayfi, W. Rachidi, S. Janani, N. Etaouil, O. Mkinsi (Casablanca - Maroc)

Me.69 Dyspnée sous méthotrexate faible dose pour un rhumatisme psoriasique : 2 cas et revue de la littérature
C. Makarawiez, S. Mathieu, M. Hermet, M. Soubrier (Clermont-Ferrand)

Me.70 Les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés en dehors de la polyarthrite rhumatoïde : étude de 22 observations au Sénégal
S. Diallo, M. Mbengue, S. Ndongo, A. Pouye, T. Diop (Dakar - Sénégal)

Me.71 Pseudo-syndromes de Gougerot-Sjögren : étude de 6 observations
M. Mbengue, S. Diallo, A. Pouye, TM. Diop (Dakar - Sénégal)

Me.72 Déficit de l'antagoniste du récepteur de l'interleukine-36 (DITRA) : première description à l'âge néonatal
L. Rossi-Semerano, C. Chiaverini, A. Smahi, D. de Ricaud, M. Piram, P. Lacour, I. Koné-Paut (Le Kremlin-Bicêtre, Nice, Paris)

Me.73 Particularités cliniques et évolutives de la maladie de Behçet féminine
H. Hariz, L. Metoui, I. Gharsallah, F. Ajili, N. Abdelhfidh, R. Battikh, J. Laabidi, B. Louzir, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.74 Rhumatisme palindromique : étude rétrospective de 19 cas
M. Vayssade, S. Payet, J. Meloux, V. Micheau-Beaugendre, M. Soubrier, JJ. Dubost (Clermont-Ferrand)

Me.75 Profil étiologique de l'érythème noueux dans un service de médecine interne
H. Hariz, L. Metoui, I. Gharsallah, F. Ajili, N. Abdelhfidh, B. Louzir, S. Otmani (Tunis - Tunisie)

Me.76 Profil étiologique des vascularites systémiques au Sénégal
S. Diallo, M. Mbengue, S. Ndongo, M. Cissé, A. Tall, IB. Diop, A. Pouye, TM. Diop (Dakar - Sénégal)

Me.77 Atteinte articulaire au cours du lupus érythémateux systémique : étude monocentrique de 80 cas
F. Ajili, H. Hariz, L. Metoui, I. Gharsallah, J. Laabidi, B. Louzir, N. Ben Abdelhafidh, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.78 L'ostéonécrose aseptique symptomatique est un marqueur de gravité du lupus systémique dans la population afro-caribéenne de la Martinique
C. Deligny, M. de Bandt, M. Dueymes, P. Numeric, JM. Dueymes, V. Dehlinger, B. Garnery, K. Polomat, G. Jean Baptiste, S. Arfi (Fort-de-France, Le Lamentin)

Me.79 Localisations atypiques para-vertébrale et prostatique d'une maladie de Wegener sensible au rituximab
M. Maruseac, P. Le Blay, JB. Fraison, R. Ferreira, C. Jorgensen, YM. Pers (Montpellier)

Me.80 Manifestations rhumatologiques au cours du lupus érythémateux systémique
N. Bendriss, FZ. El Mangad, I. Rekkab, A. Boujemaoui, M. Aouial, A. Belkhou, I. Elbouchti, L. Essaadouni, S. Amal (Marrakech - Maroc)

Me.81 Maladie de Behçet féminine
L. Dridi, K. Ben Abdelghani, L. Souabni, S. Kassab, S. Chkili, A. Laater, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

Me.82 Positivité des anti-CCP en dehors de la polyarthrite rhumatoïde : expérience à partir de 1162 patients
J. Payet, L. Bialé, C. Goulvestre, F. Batteux, M. Dougados, A. Kahan, Y. Allanore (Paris)

Me.83 Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif et secondaire dans une population tunisienne
S. Rekik, S. Miladi, A. Ben Tekaya, M. Slouma, I. Cheour, H. Sahli, M. Eleuch, N. Meddeb, S. Sallemi (Tunis - Tunisie)

Me.84 Purpura rhumatoïde de l'adulte : à propos de 21 observations
S. Ali Guechi, S. Boughandjioua, S. Moumani, N. Boukhris, H. Ayed, A. Chelghoum (Annaba - Algérie)

Me.85 Qualité de la prière chez les musulmans après mise en place d'une prothèse totale de hanche : à propos de 80 cas
A. Khadir, D. Cherquaoui, H. Kassimi, M. El Bouchikhi, L. Riah, F. Lmidmani, A. El Fatimi (Casablanca - Maroc)

Me.86 Atteintes neurologiques au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren : à propos de 6 cas
F. Ajili, A. Laanani, N. Boussetta, I. Gharsallah, L. Metoui, N. Ben Abdelhafidh, B. Louzir, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.87 Les thromboses cave au cours de la maladie de Beçhet : à propos de 6 cas
G. Gharsallah, L. Metoui, I. Gharsallah, H. Hriz (Tunis - Tunisie, El Menzah - Tunisie)

Me.88 La production de radicaux libres : un nouveau rôle pathogène des mitochondries au cours des myopathies inflammatoires
A. Meyer, AL. Charles, J. Zoll, F. Singh, A. Schlagowski, A. Echaniz, JE. Gottenberg, J. Sibilia, B. Geny (Strasbourg)

Me.89 Prévalence des maladies auto-immunes dans les familles dont les cas-index sont atteints de connectivites : étude préliminaire de 44 familles sénégalaises
S. Diallo, S. Touré, P. Ndoye, M. Mbengue, A. Pouye, T. Diop (Dakar - Sénégal)

Me.90 Gonalgie révélatrice d'une métastase synoviale
K. Maatallah, S. Boussaid, S. Chekili, S. Kassab, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie, Tunis - Tunisie)

Me.91 Les manifestations rhumatologiques de la maladie de Behçet
I. Garsallah, S. Boussaid, S. Esseghir, L. Metoui, A. Laabidi, N. Ben Abdelhafidh, R. Battikh, B. Louzir, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.92 Atteinte oculaire au cours de la maladie de Behçet : aspects cliniques et évolution
I. Garsallah, S. Boussaid, S. Esseghir, L. Metoui, A. Laabidi, N. Ben Abdelhafidh, R. Battikh, B. Louzir, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.93 Abcès du psoas : à propos de 8 cas
I. Garsallah, S. Boussaid, S. Esseghir, L. Metoui, A. Laabidi, N. Ben Abdelhafidh, R. Battikh, B. Louzir, S. Othmani (Tunis - Tunisie)

Me.94 Impact de la sclérodermie sur le statut marital
L. Souabni, S. Boussaid, K. Ben Abdelghani, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie, Tunis - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Os métabolique

Me.95 Maladie de Cushing : amélioration de la densité minérale osseuse et de la micro-architecture osseuse évaluée par TBS après correction de l'hypercorticisme
E. Koumakis, R. Winzenrieth, L. Guignat, C. Cormier (Paris, Pessac)

Me.96 Absence de conséquences osseuses de l'insuffisance et de la carence en vitamine D chez des sujets non ostéoporotiques d'âge moyen
M. Laroche, S. Lassoued, JM. Pouilles, F. Tremollieres, I. Tack, M. Vallet, A. Cantagrel (Toulouse, Cahors)

Me.97 Ostéoporose avec hypocalciurie majeure résolutive sous fortes doses de calcitriol : résistance digestive à la vitamine D ?
M. Laroche (Toulouse)

Me.98 Diagnostic des fractures vertébrales chez l'homme : tentative d'optimisation de la concordance de lectures d'experts
J. Fechtenbaum, K. Briot, S. Paternotte, M. Audran, V. Breuil, B. Cortet, F. Debiais, F. Grados, P. Guggenbuhl, M. Laroche, E. Legrand, E. Lespessailles, C. Marcelli, P. Orcel, P. Szulc, T. Thomas, S. Kolta, C. Roux (Paris, Angers, Nice, Lille, Poitiers, Amiens, Rennes, Toulouse, Orléans, Caen, Lyon, Saint-Etienne)

Me.99 Évaluation des apports calciques quotidiens par un test court comparativement à un auto-questionnaire de référence
R. Levasseur, JM. Piot, T. Bourrée, M. Royer, E. Hoppe, C. Masson, M. Audran, E. Legrand (Angers)

Me.100 *Trabecular Bone Score*, densité minérale osseuse et fractures périphériques dans l'anorexie mentale sévère
K. Nassar, S. Kolta, J. Fechtenbaum, C. Roux, N. Godart, K. Briot (Paris)

Me.101 Comment améliorer la reproductibilité de lecture des VFA en dépistage clinique ? La cohorte OstéoLaus
B. Aubry-Rozier, MA. Krieg, O. Lamy, D. Hans, B. Burnand (Lausanne - Suisse)

Me.102 Poids de l'ostéoporose en Ile de France et en Bourgogne
M. Maravic, L. Lamarsalle, A. Bresle, S. Fodil, B. Cortet (Paris, Lyon, Rueil-Malmaison, Lille)

Me.103 Étude de la densité minérale osseuse chez les femmes tunisiennes diabétiques : à propos de 146 cas
K. Ben Abdelghani, K. Maatallah, L. Souabni, KS. Kassab, MS. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (La Marsa - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Polyarthrite rhumatoïde

Me.104 Étude génétique, dans la population française, de six gènes différentiellement exprimés dans la polyarthrite rhumatoïde
M. Fodil, VH. Teixeira, R. Olaso, P. Hilliquin, S. Lasbleiz, F. Cornélis, A. Boudjema, E. Petit-Teixeira (Evry, Londres - Grande-Bretagne, Corbeil-Essonnes, Paris, Clermont-Ferrand, Oran - Algérie)

Me.105 Les groupes d'allèles S3P et S2 de HLA-DRB1 (SE) sont associés à la production d'ACPA et/ou de FR chez les patients atteints de PR
M. Benidir, SS. Salah, D. Acheli, N Attal, EH Djoudi, MC Abbadi (Alger - Algérie, Douéra - Algérie)

Me.106 Adaptation transculturelle et validation de la version arabe des auto-questionnaires d'évaluation de l'activité de polyarthrite rhumatoïde jugée par les malades : RAPID 3 et RADAI 5
A. Hari, S. Rostom, R. Lahlou, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc)

Me.107 Comparaison des questionnaires patients et des indices composites d'évaluation d'activité dans la prise en charge quotidienne de la polyarthrite rhumatoïde
A. Hari, S. Rostom, R. Lahlou, N. Bensaoud, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc)

Me.108 Taux de maintenance thérapeutique de méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde
N. Bendriss, FZ. Elmangad, M. Aouial, I. Rekkab, A. Boujemaoui, A. Belkhou, I. El Bouchti (Marrakech - Maroc)

Me.109 Anticorps anti-Ku : prévalence et associations cliniques
T. Santiago, M. Santiago, J. Rovisco, N. Silva, J. Silva, JAP. Da Silva (Coimbra - Portugal)

Me.110 Profil médical et comportemental des patients polyarthritiques utilisateurs du service Sanoia en France
H. Servy, S. Chirol (La Ciotat, Paris)

Me.111 L'activité de la polyarthrite rhumatoïde retentit-elle sur la fonction sexuelle chez la femme marocaine atteinte de polyarthrite rhumatoïde ?
A. Hari, S. Rostom, R. Lahlou, N. Bensaoud, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc)

Me.112 Prévalence de l'anémie et son association avec les paramètres d'activité de la polyarthrite rhumatoïde : étude QUEST-RA marocaine
A. Hari, S. Rostom, R. Lahlou, T. Leila, F. Sangare, M. Mengat, L. Bouazzaoui, S. Ahid, B. Benchekroun, L. Benbrahim, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Me.113 Adaptation transculturelle et validation de la version arabe de l'auto-questionnaire d'évaluation de la fonction sexuelle : l'indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI)
R. Lahlou, S. Rostom, A. Hari, N. Bensaoud, L. Traki, M. Mengat, F. Sangaré, L. Bouazzaoui, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Me.114 Le jeûne de Ramadan a-t-il une influence sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde ?
L. Souabni, K. Maatallah, K. Ben Abdelghani, KS. Kassab, MS. Chekili, A. Laatar, L. Zakraoui (Tunis - Tunisie, La Marsa - Tunisie, Ennasr - Tunisie)

Me.115 Efficacité du traitement par rituximab *versus* un 2nd anti-TNF chez des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde en échec ou en intolérance à un 1er anti-TNF : résultats de l'étude observationnelle SWITCH-RA
JE. Gottenberg, P. Sarzi-Puttini, R. Moots, D. Choquette, A. Andriakanos, A. Finckh, L. Hinsch Gylvin, C. Chung, R. Jourdan, P. Emery (Strasbourg, Milan - Italie, Liverpool - Grande-Bretagne, Montréal - Canada, Athènes - Grèce, Genève - Suisse, Bâle - Suisse, San Francisco - USA, Boulogne-Billancourt, Leeds - Grande-Bretagne)

Me.116 Prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes marocaines atteintes de polyarthrite rhumatoïde : étude cas-témoins
R. Lahlou, S. Rostom, A. Hari, N. Bensaoud, F. Sangaré, M. Mengat, L. Bouazzaoui, L. Traki, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc, Rabat - Maroc)

Me.117 Brochure d'information ANDAR-AFLAR sur la prévention des complications liées à l'ostéoporose chez les personnes vivant avec une polyarthrite rhumatoïde : « Ensemble évitons la première fracture ! »
L. Grange, T. Thomas, F. Lévy-Weil, RM. Javier, D. Gasqueres, JN. Dachicourt, S. Chirol (Grenoble, Saint-Etienne, Argenteuil, Strasbourg, Montpellier, Paris)

Me.118 Un taux d'hémoglobine bas au cours de la polyarthrite rhumatoïde augmente le risque d'incapacité fonctionnelle : résultats de l'étude QUEST-RA Maroc
A. Hari, S. Rostom, R. Lahlou, M. Mengat, L. Bouazzaoui, L. Traki, F. Sangare, S. Ahid, L. Benbrahim, B. Benchekroun, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Salé - Maroc)

Me.119 Comparaison de l'efficacité à 6 mois de l'abatacept en monothérapie *versus* association au méthotrexate ou à un autre traitement de fond conventionnel, chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde issus du registre ORA
N. Poursac, E. Shipley, T. Barnetche, C. Richez, X. Mariette, JE. Gottenberg, T. Schaeverbeke (Bordeaux, Le Kremlin-Bicêtre, Strasbourg)

Me.120 Impact de la polyarthrite rhumatoïde sur l'activité professionnelle des patients
A. Knani, H. Zeglaoui, S. Belghali, K. Baccouche, H. Ben Fredj, B. Khalfallah, N. Bagané, E. Bouajina (Sousse - Tunisie)

Me.121 La cohorte ESPOIR Maroc (Étude et Suivi des POlyarthrites rhumatoïdes et arthrites Indifférenciées Récentes) : méthodologie et caractéristiques initiales de 200 patients
N. Hajjaj-Hassouni, L. Benbrahim, B. Benchekroun, B. Combe, M. Dougados (Rabat - Maroc, Montpellier, Paris)

Me.122 Validation française de l'indice fonctionnel du pied (FFI-F) rhumatoïde
C. Pourtier-Piotte, B. Pereira, M. Soubrier, E. Thomas, E. Coudeyre (Clermont-Ferrand)

Me.123 Efficacité et induction de la rémission par tocilizumab ou méthotrexate chez des patients présentant une polyarthrite rhumatoïde débutante
P. Durez, G. Depresseux, M. Avaux, A. Nzeusseu, B. Lauwerys, L. Meric de Bellefon, MS. Stoenoiu, F. Houssiau (Bruxelles - Belgique)

Me.124 Impact du statut matrimonial sur les caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde dans la population marocaine : résultats de l'étude QUEST-RA
N. Mawani, B. Amine, D. Badri, M. Ezzahri, S. Shyen, F. Moussa, S. Gueddari, W. Moudjibou, S. Rostom, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Me.125 L'utilisation en « vraie vie » de l'adalimumab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde : résultats du réseau RIC sur 456 patients
G. Baudens, P. Coquerelle, X. Deprez, E. Houvenagel, MH. Guyot, L. Marguerie, F. Maury, RM. Flipo (Valenciennes, Beuvry, Lomme, Roubaix, Berck, Béthune, Lille)

Me.126 Les déterminants de la discordance entre les médecins et les patients dans l'évaluation de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde : étude Quest-RA Maroc
R. Lahlou, S. Rostom, A. Hari, M. Mengat, L. Traki, L. Benbrahim, B. Benchekroun, S. Ahid, R. Bahiri, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Me.127 L'origine ethnique aurait-elle une influence sur le profil de la polyarthrite rhumatoïde chez le patient marocain ?
F. Znat, H. Rkain, S. El Kabbaj, I. Ben Slama, T. Lakhdar, L. Benbrahim, B. Benchakroun, F. Allali, N. Hajjaj-Hassouni (Rabat - Maroc, Salé - Maroc)

Me.128 Profil des infections au cours de la polyarthrite rhumatoïde
S. Kochbati, S. Boussaid, B. Ben Dhaou, F. Boussema, . Baili, S. Ben Rhouma, L. Rokbani (Tunis - Tunisie)

09h45 ⟶ 11h00 **POSTERS** *Posters*

Épidémiologie

Me.129 Prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques dans un pays pauvre : les enjeux sont ailleurs
DS. Ralandison, M. Andrianarison, H. Rakotoharivelo, OM. Razanaparany, OH. Rakotonirainy (Antananarivo - Madagascar)

Me.130 L'incapacité fonctionnelle est le déterminant majeur des différences entre l'EQ-5D et le SF-6D dans la polyarthrite débutante : résultats de la cohorte ESPOIR
C. Gaujoux-Viala, B. Fautrel, K. Hosseini, RM. Flipo, F. Guillemin, AC. Rat (Paris, Nancy, Lille)

Me.131 Évolution des déterminants de l'utilité EQ-5D, SF-6D et de la différence entre les deux au cours du temps : résultats de la cohorte ESPOIR
C. Gaujoux-Viala, AC. Rat, K. Hosseini, RM. Flipo, F. Guillemin, B. Fautrel (Paris, Nancy, Lille)

Me.132 Structure des coûts directs de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) sévère en France : une analyse des données de remboursement de l'assurance maladie
F. Fagnani, C. Laurendeau, JM. Joubert, J. Gourmelen, G. Cukierman, B. Fautrel (Bourg-la-Reine, Colombes, Villejuif, Paris)

Me.133 Barrière au recrutement d'apparentés indemnes de polyarthrite rhumatoïde
F. Cornélis (Clermont-Ferrand)

Me.134 Prévalence des lombalgies communes chez le personnel hospitalier
L. Belaksir (Casablanca - Maroc)

Me.135 Évaluation des connaissances et des *a priori* des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
F. Cornélis, N. Kambia, A. Legrand, M. Soubrier, JJ. Dubost, S. Mathieu, T. Bardin, MH. Papon, P. Wierre, I. Creveaux, J. Arnoult, RM. Flipo, B. Vennat (Clermont-Ferrand, Lille, Paris)

Programme

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

09h00 → 10h00 | **DARWIN 4 & 5** | *Conférence introductive*

Discours

E. Legrand (Angers)

Conférence introductive

Actualités médicales en rhumatologie

E. Legrand (Angers)

10h15 → 11h15 | **DARWIN 6** | *Atelier interactif*

Accueil et efficience de la prise en soins des patients en rhumatologie

C. Le Loc'h (Montpellier)

L'accueil est un moment décisif dans la prise en soins du patient en rhumatologie afin d'obtenir l'adhésion et la participation de celui-ci.
Il ne se réduit pas à l'arrivée du patient au sein de l'unité, mais commence dès la rencontre téléphonique des protagonistes.
Alors, comment optimiser ce soin avec ces patients dits « chroniques » ?

10h15 → 11h15 | **AMPÈRE 1 & 3** | *Atelier interactif*

Prévenir, dépister et traiter la dénutrition

F. Mazé, S. Ripaux (Rennes, Paris)

La dénutrition comme facteur de co-morbidité des maladies chroniques graves est aujourd'hui bien connue. La rhumatologie recouvrant de multiples pathologies affectant des patients de tous âges est une spécialité où ce risque nutritionnel de dénutrition doit être une préoccupation des soignants : savoir la définir avec les différents stades, connaître les facteurs de risques et les évaluer et en cas de diagnostic, prendre en charge de façon précoce et plurisdisciplinaire pour éviter la dénutrition sévère.

10h15 → 11h15 | **AMPÈRE 5 & 6** | *Atelier interactif*

Éducation thérapeutique de patients lombalgiques subaigus à la Pitié Salpetrière

C. Larnicol, P. Louvrier (Paris)

Prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant une lombalgie subaiguë. Le but de ce programme est d'éviter le passage à la chronicité. Réalisé sur une journée et trois matinées, ce programme comporte un diagnostic éducatif, des bilans individuels et des ateliers de groupe : thérapie cognitivo-comportementale, acquisition de compétences, ergonomie, gestion des traitements, activité physique... Une évaluation à trois mois permet de valider les acquis.

11h30 → 12h30 | **BRILLAT SAVARIN 3** | *Table ronde*

MSD FRANCE

Les ateliers « infirmières »

Partage d'expérience sur l'optimisation de la prise en charge du patient atteint de rhumatisme inflammatoire chronique : expérience comparée des centres hospitaliers d'Orléans et de Limoges

S. Rist, M. Béranger, P. Bertin, L. Fingonnet, I. Granger (Orléans, Limoges)

14h45 → 15h45 **DARWIN 3** *Plénière*

Plénière

Modérateurs : B. Gerbay (Saint-Étienne), P. Bourgeois (Paris), G. Chalès (Rennes)

14:45 Éducation thérapeutique en rééducation des lombalgiques : c'est WII

A. Lambert (Paris)

L'emploi de la console WII se généralise dans les services de médecine physique. Elle est largement utilisée dans les troubles de l'équilibre. Quelle part peut-on lui réserver pour la rééducation des lombalgiques chroniques venant pour un réentrainement à l'effort ? Une enquête est en cours pour déterminer son impact sur la motivation de ces patients à poursuivre avec son emploi une activité physique post-stage.

15:00 La méthode Feldenkrais dans la prise en charge globale des patients atteints de PR : intérêt de la conscience du mouvement chez des patients algiques et/ou atteints de déformations

MA. Calamusa (Montpellier)

Une file active qui ne cesse d'augmenter et cependant depuis mai 2012 des séances de Feldenkrais s'inscrivent sur le planning du plateau technique du CHU de Montpellier. En partageant notre réflexion sur cette expérience récente, nous aborderons certains fondamentaux de la méthode Feldenkrais. Cette réflexion s'orientera sur les enjeux des représentations suggérées par cette pathologie chronique : la polyarthrite.

15:15 Spécificités du rôle de l'aide soignante en rhumatologie

P. Auclair (Rennes)

La prise en charge soignante des patients en rhumatologie est complexe.
Dans un contexte de *turn-over* de nouveaux professionnels et l'encadrement d'étudiants, l'équipe d'aide-soignantes a ressenti le besoin de décrire, sous forme de fiches, la spécificité de leur rôle.
À partir d'une définition simple de la pathologie (avec schéma, photo), nous avons défini les besoins perturbés des patients en fonction de leurs problèmes de santé et les réponses apportées par l'aide-soignante, en collaboration et sous la responsabilité de l'IDE.

15:30 Rôle de l'infirmière de recherche clinique

C. Solon (Montpellier)

La complexité et le nombre d'essais cliniques exigent un investissement de temps et de compétences.
Par ses diverses fonctions, l'infirmière de recherche clinique est un pivot, un trait d'union entre tous les acteurs des essais, un référent pour les patients volontaires.

16h00 → 17h00 **DARWIN 6** *Atelier*

L'hypnose : un outil à usage multiple en rééducation fonctionnelle et orthopédique

M. Guillou, O. Villemin (Nancy)

- un outil préparateur de la rééducation
- un outil facilitateur des gestes de la rééducation
- un outil de gestion de la crise douloureuse
- un outil de gestion de la douleur chronique

Toutes ces utilisations de l'hypnose au quotidien avec les patients rendent cet outil de plus en plus indispensable.

16h00 → 17h00 **AMPÈRE 1 & 3** *Atelier*

Voulez-vous aider votre patient à arrêter de fumer : les méthodes efficaces

X. Guillery (Rennes)

La majorité des fumeurs arrêtent leur tabagisme par eux-même, mais parfois il peut être nécessaire de se faire accompagner dans cette démarche. Nous présenterons, dans cet atelier, les méthodes qui ont fait leurs preuves mais aussi, celles qui fonctionnent malgré leur caractère peu scientifique. Nous échangerons enfin sur nos pratiques et nos expériences et nous partagerons à la fois nos difficultés et nos réussites dans l'aventure du sevrage tabagique.

16h00 → 17h00 **AMPÈRE 5 & 6** *Atelier*

La plainte douloureuse au-delà de la douleur

D. Devillers (Lille)

La douleur est une notion difficile à décrire pour le patient qui la vit et la ressent. Comment expliquer quelque chose qui ne se voit pas ? Sous un abord psychologique, nous analyserons ce qui se cache derrière une plainte douloureuse et qui va souvent bien au-delà de la douleur elle-même !

Programme

SYMPOSIUMS SATELLITES

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI : Infections : Les patients doivent être surveillés étroitement afin de dépister des infections (y compris la tuberculose) avant, pendant et après le traitement par Humira. Le traitement par Humira ne doit pas être instauré tant que les infections évolutives, y compris les infections chroniques ou localisées, ne sont pas contrôlées. Les patients chez qui apparaît une nouvelle infection en cours de traitement par Humira doivent faire l'objet d'une surveillance soigneuse. En cas d'apparition d'une nouvelle infection grave ou d'une septicémie, l'administration d'Humira doit être interrompue jusqu'à ce que l'infection soit contrôlée. *Infections graves* : Des infections graves, incluant des septicémies dues à des infections bactériennes, mycobactériennes, fongiques invasives, parasitaires, virales ou à d'autres infections opportunistes ont été rapportées chez des patients traités par Humira. Des cas d'infections nécessitant une hospitalisation ou ayant une issue fatale ont été rapportés. *Tuberculose* : Des cas de tuberculose ont été décrits pour des patients recevant Humira. Avant l'instauration du traitement par Humira, tous les patients doivent faire l'objet d'une recherche d'infection tuberculeuse active ou non. En cas de diagnostic d'une tuberculose active, le traitement par Humira ne doit pas être instauré. En cas de diagnostic d'une tuberculose inactive, un traitement anti-tuberculeux approprié, conforme aux recommandations locales, doit être mis en œuvre avant de commencer le traitement par Humira. *Autres infections opportunistes* : Des infections opportunistes, incluant des infections fongiques invasives, ont été observées chez des patients traités par Humira. Réactivation d'hépatite B : Une réactivation d'hépatite B s'est produite chez des patients qui ont reçu un antagoniste du TNF y compris Humira et qui étaient porteurs chroniques de ce virus. Certains cas ont eu une issue fatale. Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage d'infection à VHB avant l'initiation d'un traitement par Humira. Evénements neurologiques : Les antagonistes du TNF, dont Humira, ont été associés dans de rares cas à l'apparition ou à l' exacerbation des symptômes cliniques et/ou des signes radiologiques de maladie démyélinisante du système nerveux central et de maladie démyélinisante périphérique. Réactions allergiques : Au cours de la surveillance post-marketing, des réactions allergiques graves, incluant des réactions anaphylactiques ont été très rarement rapportées, après administration d'Humira. Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs : Dans l'état actuel des connaissances, la possibilité d'un risque de développer des lymphomes, des leucémies ou d'autres maladies malignes chez les patients traités par anti-TNF ne peut être exclue. Le risque de développer des tumeurs malignes ne peut être exclu chez l'enfant et l'adolescent traités par anti-TNF. Au cours de la surveillance post-marketing, de rares cas de lymphomes hépatospléniques à lymphocytes T ont été identifiés chez des patients traités par l'adalimumab. Des précautions doivent être prises dans l'emploi d'un anti-TNF chez des patients souffrant de BPCO, et aussi chez des patients à risque de cancer à cause d'un tabagisme important. Tous les patients atteints de rectocolite hémorragique qui présentent un risque élevé de dysplasie ou de cancer du côlon ou qui ont un antécédent de dysplasie ou de cancer du côlon doivent faire l'objet d'un dépistage régulier à la recherche d'une dysplasie avant le traitement et pendant toute l'évolution de leur maladie. Réactions hématologiques : De rares cas de pancytopénie y compris d'anémie aplasique ont été rapportés avec les anti-TNF. Des effets indésirables du système sanguin comprenant des cytopénies médicalement significatives ont été observés avec Humira. L'arrêt du traitement par Humira devra être envisagé pour les patients chez qui des anomalies sanguines significatives seront confirmées. Vaccinations : Les patients sous Humira peuvent recevoir plusieurs vaccins simultanément, excepté en ce qui concerne des vaccins vivants. Chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, il est recommandé que toutes les vaccinations soient à jour. Insuffisance cardiaque congestive : Humira doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque légère (NYHA classes I/II). Humira est contre-indiqué dans l'insuffisance cardiaque modérée à sévère. Le traitement par Humira doit être arrêté chez les patients présentant de nouveaux symptômes ou une aggravation de leurs symptômes d'insuffisance cardiaque congestive. Processus auto-immuns : Le traitement par Humira peut entraîner la formation d'anticorps auto-immuns. L'impact d'un traitement à long terme par Humira sur le développement de maladies auto-immunes est inconnu. Administration simultanée d'anti-TNFα et d'anakinra / d'anti-TNFα et d'abatacept : L'association d'adalimumab et d'anakinra ainsi que l'association d'adalimumab et d'abatacept ne sont pas recommandées. Chirurgie : L'expérience concernant la tolérance au cours d'interventions chirurgicales chez les patients traités par Humira est limitée. La longue demi-vie de l'adalimumab doit être prise en compte si une intervention chirurgicale est prévue. Occlusion du grêle : Les données disponibles suggèrent qu'Humira n'aggrave pas ou ne provoque pas de sténoses. Sujets âgés : Une attention particulière concernant le risque d'infection doit être apportée lors du traitement des sujets âgés. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** L'administration d'adalimumab n'est pas recommandée pendant la grossesse. L'administration de vaccins vivants à des enfants qui ont été exposés à l'adalimumab in utero n'est pas recommandée pendant au moins 5 mois suivant la dernière injection de la mère durant la grossesse. Les femmes ne doivent pas allaiter pendant au moins 5 mois après la dernière administration d'Humira. **EFFETS INDESIRABLES :** Des infections menaçant le pronostic vital et d'issue fatale, des réactivations d'hépatite B et différents cancers ont été rapportés avec Humira. Des effets hématologiques, neurologiques et autoimmuns sévères ont également été rapportés. Les effets indésirables sont présentés par système-organe et par fréquence (très fréquent ≥ 1/10 ; fréquent ≥ 1/100 à < 1/10). *Infections et infestations* : Très fréquent : infections des voies respiratoires. Fréquent : infections systémiques, infections intestinales, infections cutanées et des tissus mous, infections de l'oreille, infections buccales, infections des organes de reproduction, infections des voies urinaires, infections fongiques. *Tumeurs bénignes, malignes et non précisées* : Fréquent : cancer de la peau à l'exclusion du mélanome, tumeur bénigne. *Affections hématologiques et du système lymphatique* : Très fréquent : leucopénie, anémie. Fréquent : leucocytose, thrombocytopénie. *Affections du système immunitaire* : Fréquent : hypersensibilité, allergies. *Troubles du métabolisme et de la nutrition* : Très fréquent : augmentation du taux de lipides. Fréquent : hypokaliémie, augmentation de l'acide urique, taux anormal de sodium dans le sang, hypocalcémie, hyperglycémie, hypophosphatémie, déshydratation. *Affections psychiatriques* : Fréquent : troubles de l'humeur, anxiété, insomnie. *Affections du système nerveux* : Très fréquent : céphalées. Fréquent : paresthésies, migraine, sciatique. *Affections oculaires* : Fréquent : troubles visuels, conjonctivite. *Affections de l'oreille et du labyrinthe* : Fréquent : vertiges. *Affections cardiaques* : Fréquent : tachycardie. *Affections vasculaires* : Fréquent : hypertension, bouffées de chaleur, hématomes. *Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales* : Fréquent : asthme, dyspnée, toux. *Affections gastro-intestinales* : Très fréquent : douleurs abdominales, nausées et vomissements. Fréquent : hémorragie gastro-intestinale, dyspepsie, reflux gastro-oesophagien, syndrome de Gougerot-Sjögren. *Affections hépatobiliaires* : Très fréquent : élévation des enzymes hépatiques. *Affections de la peau et du tissu sous-cutané* : Très fréquent : rash. Fréquent : aggravation ou apparition d'un psoriasis, urticaire, ecchymoses, dermatite, onychoclasie, hyperhidrose, alopécie, prurit. *Affections musculo-squelettiques et systémiques* : Très fréquent : douleurs musculo-squelettiques. *Fréquent* : spasmes musculaires. *Affections du rein et des voies urinaires* : Fréquent : insuffisance rénale, hématurie. *Troubles généraux et anomalies au site d'administration* : Très fréquent : réaction au site d'injection. Fréquent : douleur thoracique, œdème. *Investigations* : Fréquent : troubles de la coagulation et troubles hémorragiques, positivité aux auto-anticorps, augmentation du taux sanguin de lactate deshydrogénase. *Lésions, intoxications et complications liées aux procédures* : Fréquent : mauvaise cicatrisation. Infections : Dans les essais contrôlés pivots, la fréquence des infections a été de 1,50 par patient-année dans le groupe Humira et de 1,42 par patient-année dans le groupe placebo et le groupe contrôle. L'incidence des infections graves a été de 0,03 par patient-année dans le groupe Humira et de 0,03 par patient-année dans le groupe placebo et le groupe contrôle. Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs : En joignant les périodes contrôlées de ces essais et les essais d'extension en ouvert en cours avec une durée moyenne d'environ 3,2 ans incluant 5 331 patients et plus de 21 800 patient-années de traitement, le taux observé de cancers, autres que lymphomes et cancers de la peau non mélanomes est d'environ 8,2 pour 1000 patient-années. Le taux observé de cancers de la peau non-mélanomes est d'environ 10,2 pour 1000 patient-années et le taux de lymphomes observés est d'environ 1,3 pour 1000 patient-années. En post-marketing, essentiellement chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, le taux rapporté de cancers autres que lymphomes et cancers de la peau non-mélanomes est approximativement de 2,6 pour 1000 patient-années. Les taux rapportés pour les cancers de la peau non-mélanomes et les lymphomes sont respectivement d'environ 0,2 et 0,3 pour 1000 patient-années. Au cours de la surveillance post-marketing, de rares cas de lymphome hépatosplénique à lymphocytes T ont été rapportés chez des patients traités par l'adalimumab. Auto-anticorps : 2 patients sur les 3441 traités par Humira dans toutes les études dans la polyarthrite rhumatoïde et le rhumatisme psoriasique ont présenté des signes cliniques évoquant un syndrome pseudo-lupique d'apparition nouvelle. Evénements hépato-biliaires : Au cours de la surveillance post-marketing, des réactions hépatiques sévères, y compris des hépatites auto-immunes, ont été rapportées chez des patients recevant de l'adalimumab. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** IMMUNOSUPPRESSEURS SELECTIFS. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :** A conserver au réfrigérateur (2°C – 8°C). Ne pas congeler. Conserver la seringue, le stylo ou le flacon dans l'emballage extérieur. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Prescription initiale hospitalière annuelle. HUMIRA 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli : Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en gastro-entérologie, en chirurgie digestive, en dermatologie, en pédiatrie ou en médecine interne. HUMIRA 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique : Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en pédiatrie ou en médecine interne. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Abbott Laboratories Ltd, Abbott House, Vanwall Business Park, Vanwall Road, Maidenhead, Berkshire, SL6 4XE Royaume-Uni. Représentant local : Abbott France, 10 rue d'Arcueil, BP 90233, 94528 Rungis Cedex. Tél : 01.45.60.25.00. **NUMÉRO DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : Humira 40 mg solution injectable en seringue préremplie**, boîte de 2 seringues préremplies : EU/1/03/256/003 - CIP 3400936223059. Prix : 1041,36 euros. **Humira 40 mg solution injectable en stylo prérempli**, boîte de 2 stylos préremplis : EU/1/03/256/008 - CIP 3400937801454. Prix : 1041,36 euros. **Humira 40 mg/0,8 ml solution injectable pour usage pédiatrique**, boîte de 2 flacons : EU/1/03/256/001 ; CIP 3400941851728. Prix : 1041,36 euros. *Seringue préremplie à 40 mg et stylo prérempli à 40 mg* : Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception dans les indications de l'AMM, dans la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante. Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et un immunosuppresseur, ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Indication dans la rectocolite hémorragique non remboursable à la date du 1er juillet 2012. Demande de remboursement à l'étude.Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception chez les patients ayant un psoriasis en plaques grave chronique, en échec (non répondeurs, avec une contre-indication ou intolérants) à au moins deux traitements systémiques parmi la photothérapie, le méthotrexate et la ciclosporine. Prescription en conformité avec la fiche d'information thérapeutique. Agréé aux Collectivités. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. *Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique* : Remboursé Sécurité Sociale à 65% selon la procédure des médicaments d'exception dans l'indication de l'AMM dans l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. Prescription en conformité avec la fiche d'information thérapeutique. Agréé aux Collectivités. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. **DATE DE LA PREMIÈRE AUTORISATION :** 8 septembre 2003. **DATE DE RÉVISION DU TEXTE :** 27 juin 2012 (MLR1-JUN12). **Pour une information complète, se reporter au dictionnaire VIDAL ou à la fiche signalétique.**

*Une Promesse pour la Vie

C.BRILHAULT - RHU731a - 09/2012

Abbott
A Promise for Life*

HUMIRA®
adalimumab

PRenez les choses en main

Une décision partagée pour une autonomie conservée

Humira 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli(e). Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique. COMPOSITION : Une seringue unidose préremplie de 0,8 ml ou un stylo unidose prérempli de 0,8 ml ou un flacon à usage unique de 0,8 ml contient 40 mg d'adalimumab. Excipients q.s. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** *Seringue et stylo prérempli à 40 mg* : Polyarthrite rhumatoïde : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour : - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate est inadéquate. - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le méthotrexate. Humira peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles lorsqu'il est administré en association au méthotrexate. Spondylarthrite ankylosante : Humira est indiqué pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. Rhumatisme psoriasique : Humira est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif chez l'adulte lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par radiographie, chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie et améliore les capacités fonctionnelles. Psoriasis : Humira est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques, modéré à sévère, chez les patients adultes qui ne répondent pas à d'autres traitements systémiques comme la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés. Maladie de Crohn : Humira est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Rectocolite hémorragique : Humira est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. *Seringue et stylo prérempli à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Humira peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Humira n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 4 ans. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Le traitement par Humira doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste qualifié en matière de diagnostic et de traitement des pathologies dans lesquelles Humira est indiqué. Une carte spéciale de surveillance sera remise aux patients traités par Humira. Adultes *(seringue et stylo prérempli à 40 mg)* : Polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite ankylosante : La posologie recommandée d'Humira est une dose unique de 40 mg d'adalimumab administrée toutes les deux semaines, par voie sous-cutanée. En monothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde, certains patients chez qui l'on observe une diminution de leur réponse à Humira, peuvent bénéficier d'une augmentation de la posologie à 40 mg d'adalimumab toutes les semaines. Psoriasis : La posologie recommandée d'Humira pour débuter le traitement chez l'adulte est de 80 mg par voie sous-cutanée. La posologie se poursuivra une semaine après par 40 mg en voie sous-cutanée une semaine sur deux. La poursuite du traitement au delà de 16 semaines doit être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Maladie de Crohn : Le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 80 mg à la semaine 0, suivis de 40 mg à la semaine 2. S'il est nécessaire d'obtenir une réponse plus rapide au traitement, le schéma 160 mg à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2, peut être utilisé sachant que le risque d'événements indésirables est alors plus élevé pendant cette phase d'induction. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est une dose de 40 mg administrée toutes les 2 semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Certains patients n'ayant pas répondu au traitement à la semaine 4 peuvent poursuivre le traitement d'entretien jusqu'à la semaine 12. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Rectocolite hémorragique : Chez les patients adultes atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère, le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 160 mg à la semaine 0 et de 80 mg à la semaine 2. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est de 40 mg administrée toutes les deux semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 2 à 8 semaines de traitement. Le traitement par Humira ne doit pas être poursuivi chez les patients n'ayant pas répondu dans ces délais. Population pédiatrique *(seringue et stylo prérempli à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique)* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire *De 4 à 12 ans* : La posologie recommandée d'Humira est de 24 mg/m² de surface corporelle jusqu'à une dose unique maximale de 40 mg toutes les 2 semaines en injection sous-cutanée. Le volume d'injection est déterminé en fonction de la taille et du poids du patient (cf tableau dans la fiche signalétique ou le VIDAL). Le flacon pédiatrique de 40 mg est disponible pour les patients qui ont besoin d'une dose inférieure à une dose entière de 40 mg. *De 13 à 17 ans* : Une dose de 40 mg est administrée toutes les 2 semaines, quelle que soit la surface corporelle. Le stylo de 40 mg et la seringue préremplie de 40 mg sont disponibles pour les patients afin d'administrer une dose entière de 40 mg. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 12 semaines de traitement. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Tuberculose évolutive ou autres infections sévères telles que sepsis et infections opportunistes. Insuffisance cardiaque modérée à sévère (NYHA classes III/IV).

HUMIRA
adalimumab
PARTENAIRES CONTRE LA PR#

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

Polyarthrite Rhumatoïde

Abbott
A Promise for Life*

*Une Promesse pour la Vie

HUMIRA®
adalimumab

PRenez les choses en main

Une décision partagée pour une autonomie conservée

Humira 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli(e). Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique. COMPOSITION : Une seringue unidose préremplie de 0,8 ml ou un stylo unidose prérempli de 0,8 ml ou un flacon à usage unique de 0,8 ml contient 40 mg d'adalimumab. Excipients q.s. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** *Seringue et stylo prérempli à 40 mg* : Polyarthrite rhumatoïde : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour : - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate est inadéquate. - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le méthotrexate. Humira peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles lorsqu'il est administré en association au méthotrexate. Spondylarthrite ankylosante : Humira est indiqué pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. Rhumatisme psoriasique : Humira est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif chez l'adulte lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par radiographie, chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie et améliore les capacités fonctionnelles. Psoriasis : Humira est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques, modéré à sévère, chez les patients adultes qui ne répondent pas à d'autres traitements systémiques comme la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés. Maladie de Crohn : Humira est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Rectocolite hémorragique : Humira est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. *Seringue et stylo prérempli à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Humira peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Humira n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 4 ans. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Le traitement par Humira doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste qualifié en matière de diagnostic et de traitement des pathologies dans lesquelles Humira est indiqué. Une carte spéciale de surveillance sera remise aux patients traités par Humira. Adultes *(seringue et stylo prérempli à 40 mg)* : Polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite ankylosante : La posologie recommandée d'Humira est une dose unique de 40 mg d'adalimumab administrée toutes les deux semaines, par voie sous-cutanée. En monothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde, certains patients chez qui l'on observe une diminution de leur réponse à Humira, peuvent bénéficier d'une augmentation de la posologie à 40 mg d'adalimumab toutes les semaines. Psoriasis : La posologie recommandée d'Humira pour débuter le traitement chez l'adulte est de 80 mg par voie sous-cutanée. La posologie se poursuivra une semaine après par 40 mg en voie sous-cutanée une semaine sur deux. La poursuite du traitement au delà de 16 semaines doit être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Maladie de Crohn : Le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 80 mg à la semaine 0, suivis de 40 mg à la semaine 2. S'il est nécessaire d'obtenir une réponse plus rapide au traitement, le schéma 160 mg à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2, peut être utilisé sachant que le risque d'événements indésirables est alors plus élevé pendant cette phase d'induction. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est une dose de 40 mg administrée toutes les 2 semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Certains patients n'ayant pas répondu au traitement à la semaine 4 peuvent poursuivre le traitement d'entretien jusqu'à la semaine 12. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Rectocolite hémorragique : Chez les patients adultes atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère, le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 160 mg à la semaine 0 et de 80 mg à la semaine 2. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est de 40 mg administrée toutes les deux semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 2 à 8 semaines de traitement. Le traitement par Humira ne doit pas être poursuivi chez les patients n'ayant pas répondu dans ces délais. Population pédiatrique *(seringue et stylo prérempli à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique)* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire *De 4 à 12 ans* : La posologie recommandée d'Humira est de 24 mg/m² de surface corporelle jusqu'à une dose unique maximale de 40 mg toutes les 2 semaines en injection sous-cutanée. Le volume d'injection est déterminé en fonction de la taille et du poids du patient (cf tableau dans la fiche signalétique ou le VIDAL). Le flacon pédiatrique de 40 mg est disponible pour les patients qui ont besoin d'une dose inférieure à une dose entière de 40 mg. *De 13 à 17 ans* : Une dose de 40 mg est administrée toutes les 2 semaines, quelle que soit la surface corporelle. Le stylo de 40 mg et la seringue préremplie de 40 mg sont disponibles pour les patients afin d'administrer une dose entière de 40 mg. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 12 semaines de traitement. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Tuberculose évolutive ou autres infections sévères telles que sepsis et infections opportunistes. Insuffisance cardiaque modérée à sévère (NYHA classes III/IV).

HUMIRA
adalimumab
PARTENAIRES CONTRE LA PR#

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

Polyarthrite Rhumatoïde

Abbott
A Promise for Life*

*Une Promesse pour la Vie

13h30 → 14h45 **LÉONARD DE VINCI** *Symposium satellite*

ABBOTT

Au coeur de la PR

Modérateurs : Aleth Perdriger (Rennes), Philippe Gaudin (Grenoble)

Discussion autour de 3 cas cliniques interactifs

- Risques cardiovasculaires
  A. Saraux (Brest)
- Insulinorésistance et diabète
  RM. Flipo (Lille)
- Fertilité et désir de grossesse
  P. Goupille (Tours)

inadéquate aux traitements de fond, y compris le méthotrexate (sauf contre-indication). Enbrel peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Enbrel est également indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive de l'adulte non précédemment traité par le méthotrexate. Il a été montré qu'Enbrel, seul ou en association avec le méthotrexate, ralentit la progression des dommages structuraux articulaires tels que mesurés par la radiographie et améliore les capacités fonctionnelles. Rhumatisme psoriasique : Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement de fond antérieur. Il a été montré qu'Enbrel améliore les capacités fonctionnelles chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique, et ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par la radiographie chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie. Spondylarthrite ankylosante : Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel. Psoriasis en plaques : Traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte en cas d'échec, ou de contre-indication, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques y compris la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie (cf. Propriétés pharmacodynamiques). *Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire active de l'enfant à partir de 2 ans et de l'adolescent en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance avérée au méthotrexate. Enbrel n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 2 ans. *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Psoriasis en plaques de l'enfant : Traitement du psoriasis en plaques sévère chronique de l'enfant à partir de 6 ans et de l'adolescent en cas de contrôle inadéquat, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques ou à la photothérapie. • **Posologie et mode d'administration :** Le traitement par Enbrel doit être initié et surveillé par un médecin spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile idiopathique, du rhumatisme psoriasique, de la spondylarthrite ankylosante, du psoriasis en plaques ou du psoriasis en plaques de l'enfant. La Carte de Surveillance du Patient devra être donnée aux patients traités par Enbrel. Enbrel est disponible en dosages de 10, 25 et 50 mg. Le stylo prérempli d'Enbrel est disponible en dosage de 50 mg. **Posologie :** Polyarthrite rhumatoïde : La dose recommandée d'Enbrel est de 25 mg administré deux fois par semaine. Toutefois, l'efficacité et la sécurité d'emploi d'une administration de 50 mg une fois par semaine ont été démontrées (cf. Propriétés pharmacodynamiques). Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). Rhumatisme psoriasique et spondylarthrite ankylosante : La dose recommandée est 25 mg d'Enbrel administré deux fois par semaine ou de 50 mg administré une fois par semaine. Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). Psoriasis en plaques La dose recommandée d'Enbrel est de 25 mg administrée deux fois par semaine ou de 50 mg administrée une fois par semaine. Toutefois, une administration de 50 mg deux fois par semaine peut être utilisée jusqu'à 12 semaines, suivies, si nécessaire, par l'administration d'une dose de 25 mg deux fois par semaine ou 50 mg une fois par semaine. Le traitement par Enbrel doit être poursuivi jusqu'à l'obtention de la rémission, au maximum jusqu'à 24 semaines. Un traitement continu au-delà de 24 semaines peut être approprié pour certains patients adultes (cf. Propriétés pharmacodynamiques). Le traitement par Enbrel doit être interrompu chez les patients ne présentant pas de réponse après 12 semaines de traitement. Si la reprise du traitement par Enbrel est indiquée, le même schéma de durée de traitement doit être suivi. La dose doit être de 25 mg administrée deux fois par semaine ou 50 mg une fois par semaine. Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). **Populations particulières :** *Insuffisants rénaux et hépatiques :* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. *Sujets âgés (≥ 65 ans)* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. La posologie et l'administration sont identiques à celles de l'adulte âgé de 18 à 64 ans. *Population pédiatrique : Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Flacon de 10 mg destiné aux enfants chez qui la dose prescrite est ≤ 10 mg. Doit être utilisé à un moment et à un patient donnés, le reste du flacon doit être jeté. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique :* Flacon de 25 mg/ml doit être utilisé pour 2 doses maximum, administrées au même patient. La dose d'Enbrel dépend du poids des patients pédiatriques. Les patients pesant moins de 62,5 kg doivent recevoir une dose exacte calculée en mg/kg en utilisant Enbrel 25 mg/ml poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique (voir ci-dessous pour les doses en fonction des indications). Les patients pesant 62,5 kg ou plus peuvent recevoir une dose fixe en utilisant la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli (50 mg/semaine). Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (2 ans et plus) : *Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie :* La dose recommandée est de 0,4 mg/kg (au maximum 25 mg par injection) administrée deux fois par semaine en injection sous-cutanée, avec un intervalle de 3-4 jours entre deux injections. L'arrêt du traitement doit être envisagé chez les patients non répondeurs après 4 mois. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* La dose recommandée est de 0,4 mg/kg (au maximum 25 mg par injection) après reconstitution d'Enbrel dans 1 ml de solvant, administré deux fois par semaine en injection sous-cutanée, avec un intervalle de 3-4 jours entre deux injections. L'arrêt du traitement doit être envisagé chez les patients non répondeurs après 4 mois. Le dosage 10 mg est plus approprié à l'administration aux enfants souffrant de AJI ayant un poids inférieur à 25 kg. Aucun essai clinique n'a été réalisé chez les enfants âgés de 2 à 3 ans. Des données limitées de sécurité provenant d'un registre de patients suggèrent cependant que le profil de sécurité chez les enfants âgés de 2 à 3 ans est similaire à celui des adultes et des enfants âgés de plus de 4 ans, à une dose de 0,8 mg/kg par voie sous-cutanée chaque semaine (voir rubrique Propriétés pharmacodynamiques). Pas d'utilisation chez enfants âgés de moins de 2 ans dans l'indication arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. Coût maximum du traitement pour 50 mg par semaine : 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable ou 25 mg/ml pour usage pédiatrique). Psoriasis en plaques de l'enfant (6 ans et plus) : *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique.* La dose recommandée est de 0,8 mg/kg (au maximum 50 mg par injection) une fois par semaine jusqu'à 24 semaines. Le traitement doit être interrompu chez les patients ne présentant pas de réponse après 12 semaines de traitement. Si la reprise du traitement par Enbrel est indiquée, le schéma de durée du traitement décrit ci-dessus doit être suivi. La dose doit être de 0,8 mg/kg (au maximum 50 mg par injection) une fois par semaine. Pas d'utilisation chez enfants âgés de moins de 6 ans dans l'indication psoriasis en plaques. Coût maximum du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable ou 25 mg/ml pour usage pédiatrique). Mode d'administration : Enbrel est administré par injection sous-cutanée. Des instructions complètes pour l'administration sont données dans la notice, à la rubrique 7. • **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Septicémie ou risque de septicémie. Un traitement par Enbrel ne devrait pas être initié chez les patients ayant une infection évolutive y compris les infections chroniques ou localisées. Enbrel 25mg/ml pour usage pédiatrique ne doit pas être administré chez les prématurés ou les nouveau-nés à terme car le solvant contient de l'alcool benzylique. • **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi : Infections :** Les infections doivent être recherchées chez les patients avant, pendant, et après le traitement par Enbrel, en prenant en compte que la demi-vie d'élimination moyenne d'etanercept est approximativement de 70 heures (entre 7 et 300 heures). Des infections graves septicémies, tuberculoses, et infections opportunistes, y compris des infections fongiques invasives, ont été rapportées avec Enbrel (cf. Effets indésirables). Ces infections étaient dues à des bactéries, des mycobactéries, des champignons ou à des virus. Dans certains cas, des infections fongiques particulières et d'autres infections opportunistes n'ont pas été diagnostiquées, ce qui s'est traduit par un retard d'initiation du traitement approprié et parfois au décès. Lors de l'évaluation du risque d'infection chez un patient, son exposition à des facteurs de risque spécifiquement associés à certaines infections opportunistes (par exemple une exposition à des mycoses endémiques) doit être prise en compte. Une surveillance attentive doit être exercée chez les patients traités par Enbrel développant une nouvelle infection. **Le traitement par Enbrel doit être interrompu si le patient développe une infection grave**. La sécurité d'emploi et l'efficacité d'Enbrel chez les patients atteints d'infections chroniques n'ont pas été évaluées. Les médecins doivent prescrire Enbrel avec précaution aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou chroniques, ou ayant un terrain prédisposant aux infections comme un diabète sévère ou mal équilibré.**Tuberculose :** Des cas de tuberculose active comprenant des tuberculoses miliaires et des tuberculoses avec localisation extra-pulmonaire ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel. Avant de débuter un traitement par Enbrel, une recherche de tuberculose active ou inactive (« latente ») doit être effectuée chez tous les patients. Cette recherche doit comprendre un entretien médical détaillé portant sur les antécédents personnels de tuberculose ou sur d'éventuels contacts antérieurs avec un patient tuberculeux et sur un traitement

immunosuppresseur ancien et/ou en cours. Des tests de dépistage appropriés, par exemple un test dermique à la tuberculine et une radiographie pulmonaire, devront être effectués chez tous les patients (conformément aux recommandations locales). Il est recommandé de reporter la réalisation de ces examens sur la Carte de Surveillance du patient. Il est rappelé aux prescripteurs que le test dermique à la tuberculine peut s'avérer faussement négatif, en particulier chez un patient sévèrement malade ou immunodéprimé. Si une tuberculose active est diagnostiquée, le traitement par Enbrel ne doit pas être instauré. En cas de diagnostic d'une tuberculose inactive (« latente »), un traitement antituberculeux prophylactique approprié doit être mis en œuvre avant d'initier Enbrel, et en accord avec les recommandations locales. Dans un tel cas, le rapport bénéfice/risque du traitement par Enbrel doit être soigneusement évalué.Tous les patients devront être informés de la nécessité de consulter un médecin si des signes ou des symptômes évoquant une tuberculose (par exemple, toux persistante, amaigrissement/perte de poids, fébricule) apparaissent pendant ou après le traitement par Enbrel. **Réactivation du virus de l'hépatite B :** Une réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) a été rapportée chez des patients porteurs chroniques de ce virus qui ont reçu un antagoniste du TNF y compris Enbrel. Les patients à risque d'infection par le VHB devront faire l'objet d'un dépistage préalable d'infection à VHB avant l'initiation d'un traitement par Enbrel. Des précautions devront être prises lors de l'administration d'Enbrel à des patients identifiés comme porteurs du VHB. Si Enbrel est utilisé chez des porteurs du VHB, il faudra surveiller attentivement les signes et les symptômes d'une infection active par le VHB et, si nécessaire, un traitement approprié devra être initié. **Aggravation d'hépatite C :** Des cas d'aggravation d'hépatite C ont été rapportés chez les patients recevant Enbrel. Enbrel doit être utilisé avec précautions chez les patients présentant des antécédents d'hépatite C. **Réactions allergiques :** Des réactions allergiques associées à l'administration d'Enbrel ont été fréquemment rapportées. Ces réactions allergiques ont inclus des cas d'angiœdème et d'urticaire ; des réactions graves se sont produites. En cas de réaction allergique grave ou de réaction anaphylactique, le traitement par Enbrel doit être interrompu immédiatement et un traitement approprié doit être institué. *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Le protège aiguille de la seringue pré-remplie et le capuchon du stylo pré-rempli contiennent du latex (caoutchouc naturel) pouvant causer des réactions d'hypersensibilité lors de sa manipulation ou lorsque Enbrel est administré chez des personnes présentant une sensibilité au latex connue ou possible. **Immunosuppression :** Il est possible que les antagonistes du TNF, y compris Enbrel, altèrent les défenses immunitaires du patient à l'encontre des infections et des tumeurs malignes d'autant que le TNF est un médiateur de l'inflammation et qu'il module la réponse immunitaire des cellules. Dans une étude de 49 patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde, traités par Enbrel, aucune diminution d'hypersensibilité retardée, des taux d'immunoglobuline ou de changement dans la numération de la formule sanguine n'a été observé. Deux patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique ont développé une varicelle avec des signes et des symptômes de méningite aseptique suivie d'une guérison sans séquelle. Les patients exposés au virus de la varicelle doivent temporairement arrêter leur traitement par Enbrel et un traitement prophylactique par immunoglobulines spécifiques doit être envisagé. La tolérance et l'efficacité d'Enbrel chez des patients immunodéprimés n'ont pas été évaluées.**Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs :** Tumeurs solides et troubles hématopoïétiques (à l'exclusion des cancers cutanés). Divers cas de tumeurs malignes, (cancer du sein, du poumon, lymphome) ont été rapportés après commercialisation (cf. Effets indésirables). Dans les phases contrôlées des essais cliniques avec des anti-TNF, il a été observé plus de cas de lymphomes parmi les patients ayant reçu un anti-TNF que chez les patients contrôle. Cependant, la survenue était rare et la période de suivi des patients sous placebo était plus courte que celle des patients ayant reçu un traitement par anti-TNF. Après commercialisation, des cas de leucémie ont été rapportés chez des patients traités par anti-TNF. Il existe un risque accru de développer un lymphome ou une leucémie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde quand la maladie est ancienne, hautement active et inflammatoire, ce qui complique l'évaluation du risque. Dans l'état actuel des connaissances, la possibilité d'un risque de développer des lymphomes, des leucémies ou d'autres tumeurs malignes solides ou hématopoïétiques chez les patients traités par anti-TNF ne peut être écartée. Des précautions doivent être prises lors de l'utilisation d'un traitement par anti-TNF chez des patients présentant des antécédents de tumeur maligne ou lors de la poursuite du traitement chez des patients qui développent une tumeur maligne. Des tumeurs malignes, dont certaines d'évolution fatale, ont été rapportées après la commercialisation chez des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (jusqu'à 22 ans) traités par anti-TNF incluant Enbrel (initiation du traitement ≤ 18 ans). Environ la moitié des cas était des lymphomes. Les autres cas correspondaient à d'autres types de tumeurs malignes, incluant des tumeurs malignes rares habituellement associées à une immunosuppression. Le risque de développer des tumeurs malignes chez les enfants et les adolescents traités par anti-TNF ne peut être exclu. **Cancers cutanés :** Des cas de cancers cutanés mélanomateux et non mélanomateux ont été rapportés chez des patients traités par anti-TNF dont Enbrel. Des cas de carcinomes à cellules de Merkel ont été rarement rapportés après commercialisation chez des patients traités par Enbrel. Des examens périodiques de la peau sont recommandés pour tous les patients, particulièrement ceux qui ont un facteur de risque de cancer cutané. En combinant les résultats des essais cliniques, un plus grand nombre de cas de cancers cutanés non mélanomateux a été observé chez les patients recevant Enbrel par rapport au groupe contrôle, particulièrement chez les patients atteints de psoriasis. **Vaccinations :** Les vaccins vivants ne doivent pas être administrés à des patients traités par Enbrel. Aucune donnée n'est disponible sur la transmission infectieuse secondaire à l'administration de vaccins vivants chez des patients traités par Enbrel. Dans une étude clinique randomisée, contrôlée *versus* placebo en double aveugle chez des patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique, 184 patients ont également reçu un vaccin pneumococcique polysaccharidique multivalent à la semaine 4. Dans cette étude, la plupart des patients atteints de rhumatisme psoriasique traités par Enbrel étaient capables d'augmenter la réponse immunitaire des cellules B activées au vaccin pneumococcique polysaccharidique ; cependant les titres en agrégat étaient modérément bas et quelques patients avaient augmenté leur titre d'un facteur 2 par rapport aux patients qui n'étaient pas traités par Enbrel. La signification clinique de ces résultats est inconnue. **Formation d'auto-anticorps :** Enbrel est susceptible d'entraîner la formation d'anticorps auto-immuns (cf. Effets indésirables). **Réactions hématologiques :** De rares cas de pancytopénies et de très rares cas d'aplasies médullaires, dont certains d'évolution fatale, ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel. Une attention particulière doit être portée aux patients traités par Enbrel ayant des antécédents d'atteinte hématologique. Tous les patients et les parents/entourage doivent être informés qu'en cas d'apparition de signes ou de symptômes évoquant une atteinte hématologique ou une infection (tels que fièvre persistante, douleurs pharyngées, ecchymoses, saignement, pâleur) chez le patient sous Enbrel, ils doivent immédiatement consulter un médecin. Chez ces patients, des examens complémentaires, notamment une numération formule sanguine, doivent être pratiqués en urgence ; si une atteinte hématologique est confirmée, le traitement par Enbrel doit être arrêté. **Troubles neurologiques :** De rares cas de troubles de démyélinisation du SNC ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel (cf. Effets indésirables). De très rares cas de polyneuropathies périphériques démyélinisantes ont également été rapportés (dont le syndrome de Guillain-Barré, la polyneuropathie chronique inflammatoire démyélinisante, la polyneuropathie démyélinisante et la neuropathie motrice multifocale). Bien qu'aucun essai clinique n'ait été réalisé afin d'étudier le traitement par Enbrel chez des patients atteints de sclérose en plaques, des essais réalisés avec d'autres antagonistes du TNF chez des patients atteints de sclérose en plaques ont mis en évidence une majoration de l'activité de la maladie. Il est recommandé d'évaluer attentivement le rapport bénéfice/risque, avec une évaluation neurologique avant de prescrire Enbrel chez des patients ayant des antécédents de maladie démyélinisante ou en cas de survenue récente de maladie démyélinisante, ou chez les patients considérés comme ayant un risque accru de développement d'une maladie démyélinisante. **Traitement associé :** Dans un essai clinique contrôlé d'une durée de 2 ans chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde, l'association d'Enbrel et du méthotrexate n'a pas montré de données de tolérance inattendues, et le profil de tolérance d'Enbrel associé au méthotrexate était similaire aux profils rapportés dans les études avec Enbrel et le méthotrexate utilisés seuls. Des études à long terme évaluant la tolérance de cette association sont actuellement en cours. La tolérance à long terme d'Enbrel en association avec d'autres traitements de fond n'a pas été établie. L'utilisation d'Enbrel en association avec d'autres traitements systémiques ou la photothérapie dans le traitement du psoriasis n'a pas été étudiée. **Insuffisance cardiaque congestive :** Les médecins devront utiliser Enbrel avec précaution chez les patients présentant une insuffisance cardiaque congestive (ICC). **Hépatite alcoolique :** Enbrel ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une hépatite alcoolique modérée à sévère. **Granulomatose de Wegener :** Enbrel n'est pas recommandé dans le traitement de la granulomatose de Wegener. **Hypoglycémies chez des patients traités pour un diabète :** Des cas d'hypoglycémie ont été rapportés suite à l'initiation d'Enbrel chez des patients qui recevaient un traitement antidiabétique. Ces hypoglycémies ont nécessité une diminution du traitement antidiabétique chez certains de ces patients**.** Populations particulières : *Patients âgés (≥ 65 ans)* : Au cours des études de phase 3 dans la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite ankylosante, aucune différence globale en termes d'événements indésirables, d'événements indésirables graves et d'infections graves n'a été observée chez les patients âgés de 65 ans ou plus recevant Enbrel comparé à des patients plus jeunes. Cependant, la prudence s'impose en cas de traitement des patients âgés et une attention particulière doit être portée concernant la survenue des infections. *Population pédiatrique* : **Vaccinations :** Il est recommandé que les enfants aient si possible leurs vaccinations à jour conformément au calendrier de vaccination en vigueur avant d'initier un traitement par Enbrel (voir Vaccinations ci-dessus). **Maladie intestinale inflammatoire (MII) chez des patients atteints**

d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) : Des cas de MII ont été rapportés chez des patients atteints d'AJI traités par Enbrel (cf. Effets indésirables). **Alcool benzylique** (*uniquement pour Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique*) **:** Enbrel contient de l'alcool benzylique comme excipient, qui peut entraîner des réactions toxiques et des réactions de type anaphylactoïde chez les nourrissons et les enfants jusqu'à 3 ans et ne doit pas être administré chez les prématurés ou les nouveau-nés. • **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Anakinra, Abatacept, Sulfasalazine**.** • **Grossesse et allaitement :** *Femmes en âge de procréer :* contraception appropriée à utiliser pendant le traitement et 3 semaines après arrêt du traitement. *Grossesse :* Enbrel n'est pas recommandé pendant la grossesse. *Allaitement* : Du fait que les immunoglobulines, comme de nombreux médicaments, peuvent être excrétées dans le lait maternel, il doit être décidé soit d'interrompre l'allaitement soit de suspendre le traitement par Enbrel, en tenant compte du bénéfice de l'allaitement pour l'enfant et du bénéfice du traitement pour la femme. • **Effets indésirables :** *Population adulte :* Effets indésirables chez l'adulte : Résumé du profil de tolérance : Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les réactions au site d'injection (telles que douleur, gonflement, démangeaison, rougeur et saignement au site d'injection), les infections (telles que les infections respiratoires hautes, les bronchites, les cystites et les infections cutanées), les réactions allergiques, le développement d'auto-anticorps, les démangeaisons et la fièvre. Des effets indésirables graves ont aussi été rapportés avec Enbrel. Les antagonistes du TNF, comme Enbrel, affectent le système immunitaire et leur utilisation peut affecter les défenses de l'organisme contre l'infection et le cancer. Les infections graves touchent moins de 1 patient sur 100 traités par Enbrel. Les cas rapportés incluaient des infections fatales, des infections mettant en jeu le pronostic vital et des septicémies. Diverses tumeurs malignes ont aussi été rapportées avec l'utilisation d'Enbrel, incluant des cancers du sein, du poumon, de la peau et des ganglions lymphatiques (lymphome). Des effets indésirables hématologiques, neurologiques et auto-immuns graves ont également été rapportés. Ceux-ci incluaient de rares cas de pancytopénie et de très rares cas d'aplasie médullaire. Des épisodes de démyélinisation, centrale et périphérique, ont été observés, respectivement rarement et très rarement, au cours de l'utilisation d'Enbrel. De cas rares de lupus, de syndrome lupique et de vascularite ont été observés.Liste tabulée des effets indésirables : La liste ci-dessous des effets indésirables est issue de l'expérience des essais cliniques chez l'adulte et des données rapportées depuis la mise sur le marché. Selon le système de classification par organe, les effets indésirables sont listés ci-dessous par ordre de fréquence (nombre de patients susceptibles de présenter un effet donné), en utilisant les catégories suivantes : très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100 à <1/10) ; peu fréquent (≥1/1000 à <1/100) ; rare (≥1/10000 à <1/1000) ; très rare (<1/10000) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Infections et infestations :** Très fréquent : Infections (y compris infections des voies respiratoires supérieures, bronchites, cystites, infections cutanées)* Peu fréquent : Infections graves (y compris pneumonies, cellulite, arthrites septiques, septicémies)* ; Rare : Tuberculose, infections opportunistes (incluant infections fongiques invasives, à protozoaires, bactériennes et mycobactériennes atypiques)*. **Tumeurs bénignes, malignes et non précisées (incluant kystes et polypes)** ; Peu fréquent : Cancer cutané non mélanomateux *(cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Rare : Lymphome, mélanome (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Fréquence indéterminée : Leucémie, carcinome à cellules de Merkel (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). **Affections hématologiques et du système lymphatique :** Peu fréquent : Thrombocytopénie ; Rare : Anémie, leucopénie, neutropénie, pancytopénie* ; Très rare : Aplasie médullaire*. **Affections du système immunitaire :** Fréquent : Réactions allergiques (voir Affections de la peau et du tissu sous-cutané), formation d'autoanticorps* ; Peu fréquent : Vascularite systémique (incluant vascularite positive aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles) ; Rare : Réactions allergiques/ anaphylactiques graves (y compris angiœdème, bronchospasme), sarcoïdose ; Fréquence indéterminée: Syndrome d'activation macrophagique*. **Affections du système nerveux :** Rare : Convulsions ; Episodes de démyélinisation du SNC pouvant évoquer une sclérose en plaques ou un tableau de démyélinisation localisée telle qu'une névrite optique ou une myélite transverse (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Très rare : Episodes de démyélinisation périphérique, incluant syndrome de Guillain-Barré, polyneuropathie chronique inflammatoire démyélinisante, polyneuropathie démyélinisante et neuropathie motrice multifocale (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)**. Affections oculaires :** Peu fréquent : Uvéites. **Affections cardiaques :** Rare : Aggravation de l'insuffisance cardiaque congestive (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) : **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** Peu fréquent : Maladie interstitielle du poumon (incluant la pneumopathie et la fibrose pulmonaire)* : **Affections hépatobiliaires** : Rare : Elévation des enzymes hépatiques, hépatite autoimmune. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané :** Fréquent : Prurit, Peu fréquent : Angœdème, urticaire, éruption cutanée, éruption psoriasiforme, psoriasis, y compris une première atteinte ou aggravation et atteinte pustuleuse (principalement palmo-plantaire) : Rare : Vascularite cutanée (incluant la vascularite leucocytoclastique), syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe ; Très rare :Syndrome de Lyell. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** Rare : Lupus érythémateux cutané subaigu, lupus érythémateux discoïde, syndrome lupique. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration :** Très fréquent : Réactions au site d'injection (y compris saignement, contusion, érythème, démangeaison, douleur, gonflement)* : Fréquent : Fièvre :* Voir Description de certains effets indésirables, ci-dessous. **Description de certains effets indésirables :** Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs **:** L'apparition de cent vingt neuf nouvelles tumeurs malignes de différents types a été observée sur un total de 4114 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par Enbrel dans des essais cliniques jusqu'à 6 ans environ, incluant 231 patients traités par Enbrel associé au méthotrexate dans l'étude contrôlée versus traitement actif d'une durée de 2 ans. Les taux et incidences observés dans ces essais cliniques étaient similaires à ceux attendus dans la population étudiée. Un total de 2 tumeurs malignes a été rapporté au cours des études cliniques incluant 240 patients atteints de rhumatisme psoriasique traités par Enbrel sur une durée de 2 ans environ. Dans les études cliniques conduites pendant plus de 2 ans chez 351 patients atteints de spondylarthrite ankylosante, 6 tumeurs malignes ont été rapportées chez des patients traités par Enbrel. Dans un groupe de 2711 patients atteints de psoriasis en plaques et traités par Enbrel sur une durée maximale de 2,5 ans dans les études en double-aveugle et en ouvert, 30 tumeurs malignes et 43 cancers cutanés non mélanomateux ont été rapportés. Dans un groupe de 7416 patients traités par Enbrel au cours des essais cliniques dans la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis, 18 lymphomes ont été rapportés. Divers cas de tumeurs malignes (incluant cancer du sein, du poumon, lymphome) ont été également rapportés après commercialisation (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Réactions au site d'injection : L'incidence des réactions au site de l'injection était significativement plus élevée chez les patients atteints d'affections rhumatismales traités par Enbrel comparativement au placebo (36% vs 9%). Les réactions au site d'injection sont survenues généralement au cours du premier mois de traitement. Leur durée moyenne était approximativement de 3 à 5 jours. La majorité des réactions au site d'injection dans les groupes traités par Enbrel n'a nécessité aucun traitement. La majorité des patients ayant reçu un traitement ont reçu des préparations topiques telles que des corticostéroïdes, ou des antihistaminiques oraux. Par ailleurs, certains patients ont développé des réactions « de rappel » caractérisées par l'apparition d'une réaction cutanée au site d'injection le plus récent accompagnée de réactions cutanées aux sites d'injections précédents. Ces réactions étaient généralement transitoires et ne sont pas réapparues lors de la poursuite du traitement. Dans les essais contrôlés chez les patients atteints de psoriasis en plaques, approximativement 13,6% des patients traités par Enbrel ont développé des réactions au site d'injection comparé à 3,4% des patients traités par placebo au cours des 12 premières semaines de traitement. Infections graves : Dans les essais contre placebo, aucune augmentation de l'incidence des infections graves (fatales, mettant en jeu le pronostic vital, nécessitant une hospitalisation ou une administration intraveineuse d'antibiotiques) n'a été observée. Des infections graves sont survenues chez 6,3% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par Enbrel jusqu'à 48 mois. Ces infections incluaient des abcès (diverses localisations), bactériémie, bronchite, bursite, cellulite infectieuse, cholécystite, diarrhée, diverticulite, endocardite (suspectée), gastro-entérite, hépatite B, herpès, ulcère de la jambe, infection buccale, ostéomyélite, otite, péritonite, pneumonie, pyélonéphrite, septicémie, arthrite septique, sinusite, infection cutanée, ulcère de la peau, infection urinaire, vascularite et plaie infectée. Dans l'étude contrôlée versus traitement actif d'une durée de 2 ans, dans laquelle les patients étaient traités soit par Enbrel seul, soit par le méthotrexate seul, soit par Enbrel associé au méthotrexate, les taux d'infections graves étaient similaires parmi les groupes de traitement. Cependant, il ne peut être exclu que l'association d'Enbrel au méthotrexate puisse être associée à une augmentation du taux d'infections. Il n'y a pas eu de différence dans les taux d'infection parmi les patients traités avec Enbrel et ceux traités avec le placebo pour le psoriasis en plaques dans les essais contre placebo d'une durée allant jusqu'à 24 semaines. Les infections graves rapportées chez les patients traités par Enbrel incluaient une cellulite, gastro-entérite, pneumonie, cholécystite, ostéomyélite, gastrite, appendicite, fasciite à streptocoque, myosite, choc septique, diverticulite et abcès. Au cours des essais en double aveugle et en ouvert dans le rhumatisme psoriasique, il a été rapporté un cas d'infection grave (pneumonie). Des infections graves ou fatales ont été rapportées lors de l'utilisation d'Enbrel ; les agents pathogènes identifiés sont des bactéries, des mycobactéries (y compris le bacille de la tuberculose), des virus et des champignons. Certaines sont apparues quelques semaines après le début du traitement par Enbrel chez des patients ayant des facteurs prédisposants (par exemple diabète, insuffisance cardiaque, antécédents infectieux ou infection chronique) en plus de leur polyarthrite rhumatoïde (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Un

traitement avec Enbrel peut augmenter la mortalité chez les patients atteints de septicémie avérée. Des infections opportunistes ont été rapportées en association avec Enbrel y compris des infections fongiques invasives, à protozoaires, bactériennes (incluant *Listeria* et *Legionella*), et mycobactériennes atypiques. Selon des données combinées des essais cliniques, l'incidence globale des infections opportunistes a été de 0,09 % chez les 15 402 sujets ayant reçu Enbrel. Le taux d'évènements rapporté à l'exposition a été de 0,06 évènement pour 100 patients-année. Environ la moitié des cas d'infections opportunistes rapportés dans le monde après commercialisation étaient des infections fongiques invasives. Les infections fongiques invasives les plus fréquemment rapportées étaient dues à *Pneumocystis* et *Aspergillus*. Plus de la moitié des décès liés à des infections opportunistes était due à des infections fongiques invasives. La majorité des cas de décès concernait des patients atteints de pneumonie à *Pneumocystis*, d'infection fongique systémique non spécifiée, ou d'aspergillose (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Auto-anticorps : Des analyses sanguines à la recherche d'auto-anticorps ont été réalisées à différents moments chez les patients adultes. Parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde pour lesquels le taux d'anticorps anti-nucléaires a été mesuré (ANA), le pourcentage de patients ayant développé des nouveaux anticorps antinucléaires (≥ 1:40) était plus élevé chez les patients traités par Enbrel (11%) que chez les patients traités par placebo (5%). Le pourcentage de patients ayant développé des nouveaux anticorps anti-ADN natif était aussi plus élevé par dosage radio-immunologique (15% des patients traités par Enbrel contre 4% des patients traités par placebo) et par recherche sur *Crithidia lucilliae* (3% des patients traités par Enbrel contre 0% des patients traités par placebo). La proportion de patients traités par Enbrel ayant développé des anticorps anticardiolipines était augmentée de façon similaire comparativement aux patients traités par placebo. L'impact à long terme d'un traitement par Enbrel sur le développement de maladies auto-immunes est inconnu. Ont été rapportés de rares cas de patients (y compris ceux ayant un facteur rhumatoïde positif), ayant développé d'autres auto-anticorps associés à un syndrome lupique ou à des éruptions compatibles sur le plan clinique et après biopsie, avec un lupus cutané subaigu ou un lupus discoïde. Pancytopénie et aplasie médullaire : Après commercialisation des cas de pancytopénie et d'aplasie médullaire ont été rapportés, dont certains ont eu une issue fatale (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Maladie interstitielle du poumon : Après commercialisation, des cas de maladie interstitielle du poumon (incluant la pneumopathie et la fibrose pulmonaire) ont été rapportés, dont certains ont eu une issue fatale. Traitement concomitant avec l'anakinra : Dans les études où les patients adultes ont reçu un traitement concomitant par Enbrel et l'anakinra, un taux plus élevé d'infections graves a été observé par rapport à Enbrel seul et 2% des patients (3/139) ont présenté une neutropénie (polynucléaires neutrophiles < 1000/mm^3). Tandis qu'il présentait une neutropénie, un patient a développé une cellulite qui a guéri après hospitalisation (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi et Interactions médicamenteuses). *Population pédiatrique* : Effets indésirables chez l'enfant atteint d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : En général, les événements indésirables chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique ont été similaires en fréquence et en nature à ceux observés chez les adultes. Les différences par rapport aux adultes et les autres particularités sont décrites dans les rubriques suivantes. Les types d'infections rapportés dans les essais cliniques chez des patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique âgés de 2 à 18 ans étaient généralement peu sévères à modérés et similaires aux types d'infections communément observés chez des patients pédiatriques. Les événements indésirables sévères rapportés ont été des varicelles avec des signes et symptômes de méningite aseptique suivie d'une guérison sans séquelle (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi), appendicite, gastro-entérite, dépression / trouble de la personnalité, ulcère cutané, œsophagite / gastrite, choc septique à streptocoque du groupe A, diabète de type I et infection d'une plaie post-opératoire et du tissu mou. Dans une étude chez des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique âgés de 4 à 17 ans, 43 des 69 enfants (62%) ont présenté une infection en recevant Enbrel pendant les 3 mois de l'étude (partie 1 en ouvert) et la fréquence ainsi que la sévérité des infections étaient similaires chez les 58 patients ayant poursuivi l'étude d'extension en ouvert pendant 12 mois. Les types et la proportion de l'ensemble des événements indésirables chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique étaient similaires à ceux observés dans les essais cliniques d'Enbrel chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde et étaient en majorité d'intensité légère. Plusieurs événements indésirables ont été rapportés plus fréquemment chez les 69 patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique ayant reçu Enbrel pendant 3 mois en comparaison aux 349 patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Il s'agissait de céphalées (19% des patients, 1,7 événements par patient-année), nausées (9%, 1,0 événement par patient-année), douleurs abdominales (19%, 0,74 événement par patient-année), et vomissements (13%, 0,74 événement par patient-année). Quatre cas de syndrome d'activation macrophagique ont été rapportés au cours des essais cliniques dans l'arthrite juvénile idiopathique. Depuis la commercialisation, des cas de maladie intestinale inflammatoire ont été rapportés chez des patients atteints d'AJI traités par Enbrel ; un petit nombre de ces cas a récidivé lors de la reprise du traitement par Enbrel (cf. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi). Effets indésirables chez l'enfant atteint de psoriasis en plaques : Dans une étude sur 48 semaines réalisée chez 211 enfants âgés de 4 à 17 ans et atteints de psoriasis en plaques, les évènements indésirables rapportés ont été similaires à ceux observés dans les études antérieures réalisées chez des adultes atteints de psoriasis en plaques. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : • Propriétés pharmacodynamiques :** Classe pharmacothérapeutique : Immunosuppresseurs, Inhibiteurs du Facteur Nécrosant des Tumeurs alpha (TNFα). Code ATC : L04AB01. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES :** A conserver au réfrigérateur (+2°C - +8°C). Ne pas congeler. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli*. Enbrel peut être conservé à une température ne dépassant pas 25°C pendant une durée maximum de 4 semaines, non renouvelable ; après quoi il ne doit pas être mis à nouveau au réfrigérateur. Enbrel doit être jeté s'il n'est pas utilisé dans les 4 semaines suivant le retrait du réfrigérateur. *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Conserver les seringues pré-remplies ou les stylos pré-remplis dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. *Durée de conservation de Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* 30 mois. *Durée de conservation de Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* 3 ans. **NUMERO AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MEDICAMENTS :** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : EU/1/99/126/013. Enbrel 50 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : EU/1/99/126/017. Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : EU/1/99/126/012. Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable : EU/1/99/126/003. Enbrel 50 mg – solution injectable en stylo pré-rempli : EU/1/99/126/020. Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : EU/1/99/126/022. **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie – Boîte de 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 377 191-0 0. PRIX : 532,35 € Enbrel 50 mg – solution injectable en seringue pré-remplie – Boîte de 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 377 195-6 8. PRIX : 1023,58. Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies; CIP : 34009 376 841-1 8. PRIX : 532,35 – Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 360 649-9 7. PRIX : 532,35 €. Enbrel 50 mg - solution injectable en stylo pré-rempli – Boîte de 4 stylos pré-remplis : CIP : 34009 396 052-2 7. PRIX : 1023,58 €. Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 216 763 2 7. Demande d'inscription au remboursement en cours. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DELIVRANCE : Liste I :** Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en pédiatrie ou en dermatologie. Remb. Séc. Soc. à 65% selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique) – Collect (à l'exception des indications arthrite juvénile idiopathique entre 2 et 4 ans et psoriasis en plaques sévère chronique entre 6 et 8 ans et pour la présentation 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique pour lesquelles une demande d'inscription au remboursement est en cours). Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. Prix de vente (HT) par UCD aux établissements de santé : 113,473 € (Enbrel 25 mg et Enbrel 25 mg/ml) et 226,945 € (Enbrel 50 mg) **MEDICAMENT D'EXCEPTION :** Prescription sur une ordonnance de médicament d'exception, dans le respect des mentions de la fiche d'information thérapeutique. **EXPLOITANT :** PFIZER – 23-25 avenue du Dr Lannelongue – 75014 Paris – Tél. (information médicale : 01 58 07 34 40. ® : marque déposée. **Date d'AMM / Date de révision d'AMM** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : 26/09/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 50 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : 26/09/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : 04/08/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable : 16/09/2002 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 50 mg – solution injectable en stylo pré-rempli : 16/07/2009 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : 24/08/2011 – **Pour plus d'informations, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Agence européenne du Médicament http://www.ema.europa.eu ou à défaut sur demande auprès du laboratoire**. Version n°008-12/11.

Direction efficacité

Visa N° : 12/06/68667580/PM/ 003- Réf ENBY10155. Tous droits réservés 2012 © Pfizer SAS au capital de 38 200 euros.
RCS Paris 433 623 550 - Locataire gérant de Pfizer Holding France.

MÉDICAMENT D'EXCEPTION, prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

DÉNOMINATION : Enbrel ® 25 mg, solution injectable en seringue pré-remplie. Enbrel ® 50 mg, solution injectable en seringue pré-remplie. Enbrel ® 25 mg/ml, poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique. Enbrel ® 25 mg, poudre et solvant pour solution injectable. Enbrel ® 50 mg, solution injectable en stylo pré-rempli. Enbrel ® 10 mg, poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique. **COMPOSITION :** *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie :* Chaque seringue pré-remplie contient 25 mg (Enbrel 25 mg) ou 50 mg (Enbrel 50 mg) d'etanercept. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique :* Chaque flacon contient 25 mg d'etanercept. Après reconstitution, la solution contient 25 mg/ml d'etanercept. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable :* Chaque flacon contient 25 mg d'etanercept. *Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Chaque stylo pré-rempli contient 50 mg d'etanercept. *Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Chaque présentation contient 10 mg d'etanercept. Après reconstitution, la solution contient 10mg/ml d'etanercept. **FORME PHARMACEUTIQUE :** *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie* (cf. Nature et contenu de l'emballage extérieur): Solution injectable. La solution est limpide et incolore ou jaune pâle. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Poudre et solvant pour solution injectable (poudre pour injection). La poudre est blanche. Le solvant est un liquide limpide et incolore. *Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Solution injectable. La solution est limpide et incolore ou jaune pâle. **DONNÉES CLINIQUES :** • **Indications thérapeutiques :** *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Polyarthrite rhumatoïde : Enbrel en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte en cas de réponse

09h45 ⟶ 11h00 **GOETHE** *Symposium satellite*

PFIZER

Polyarthrite rhumatoïde et rémission : en 2012, peut-on envisager une diminution des doses ou l'arrêt des biothérapies ?

Modérateur : RM. Flipo (Lille)

Introduction
RM. Flipo (Lille)

Stratégie de diminution des doses chez les bons répondeurs aux anti-TNF

- dans les PR établies
  A. Cantagrel (Toulouse)
- dans les PR récentes
  B. Combe (Montpellier)

Table ronde : résultats de l'enquête « Quelles stratégies thérapeutiques chez les patients PR en rémission ? »
A. Cantagrel, B. Combe, RM. Flipo (Toulouse, Montpellier, Lille)

Conclusion
RM. Flipo (Lille)

09h45 ⟶ 11h00 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

GSK / HGS

Lupus systémique - approche ciblée sur l'inhibition de la voie BLYS : des essais cliniques à la pratique

Modérateur : J. Sibilia (Strasbourg)

Enjeux de la prise en charge du lupus systémique
Z. Amoura (Paris)

Inhibition du Blys : résultats cliniques d'efficacité et de tolérance
C. Richez (Bordeaux)

Quels profils de patients ? Quelle place dans la stratégie thérapeutique ?
E. Hachulla (Lille)

Je suis la plus forte.
En 1989, Nicole Dalton est clouée au lit avec une forte fièvre et des douleurs intenses. Elle souffre de polyarthrite rhumatoïde. Déterminée à vaincre la maladie, elle essaie plusieurs traitements et finit par trouver celui qui l'aidera à retrouver une vie normale. Depuis, elle s'est remise au sport et travaille dans une école maternelle. « La maladie n'a pas gagné, je suis la plus forte ».
Chez Bristol-Myers Squibb, nous sommes convaincus que la détermination du patient, associée à notre engagement à développer des traitements adaptés et innovants, fait toute la différence.
Bristol-Myers Squibb concentre ses efforts de recherche et développement sur les maladies graves comme les maladies mentales, le cancer, le sida ou les maladies cardiovasculaires.
Si vous souhaitez en savoir plus, rendez-vous sur www.bmsfrance.fr et www.bms.com.
Bristol-Myers Squibb
Ensemble, nous pouvons vaincre.
© 2007 Bristol-Myers Squibb Company. All rights reserved.
FROC-A0071 10/11

13h00 ⟶ 14h15 **LÉONARD DE VINCI** *Symposium satellite*

BRISTOL-MYERS SQUIBB

La voie d'administration des biothérapies dans la PR importe-t-elle ?

Modérateur : M. Dougados (Paris)

Introduction
M. Dougados (Paris)

L'avis du patient
A. Cantagrel (Toulouse)

L'avis de l'immunologiste
J. Sibilia (Strasbourg)

L'avis du clinicien
T. Schaeverbeke (Bordeaux)

Questions - Réponses

Conclusion
M. Dougados (Paris)

PROTELOS®

Ranélate de strontium 2g

Traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée.
Réduit le risque de fractures vertébrales et de la hanche.

Population cible : patientes ménopausées ostéoporotiques :
- ayant une contre-indication ou une intolérance aux bisphosphonates
- n'ayant pas de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent d'événement thromboembolique veineux ou autres facteurs de risque parmi lesquels l'âge supérieur à 80 ans, l'immobilisation).

Médicament de 2e intention. (Avis de transparence du 21/09/2011).

PROTELOS. Composition et forme : Ranélate de strontium : 2 g. Excipient à effet notoire : aspartame (E951). Granulés pour suspension buv. Boîte de 28 sachets. **Indications : Traitement de l'ostéoporose chez la femme ménopausée. PROTELOS réduit le risque de fractures vertébrales et de la hanche. Traitement de l'ostéoporose masculine chez les patients adultes à risque élevé de fracture. Poso. et mode d'administ.§ :** 1 sachet/j en une seule prise quotidienne par voie orale, au moment du coucher et de préférence au moins 2 h après le dîner. Supplémentation en calcium et vitamine D si nécessaire. CTJ = 1,21 €. **Contre-indications :** • Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients • Épisode actuel ou antécédents d'événements veineux thromboemboliques (EVT), incluant la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire • Immobilisation temporaire ou permanente due par exemple à une convalescence post-chirurgicale ou à un alitement prolongé. **Mises en garde et préc. d'emploi§ :** • Ins. rénale : Cl_{cr} < 30 ml/min • Ins. rénale chronique • Patient(e)s à risque d'événements veineux thromboemboliques (EVT), en particulier patient(e)s de plus de 80 ans. En cas d'immobilisation, interrompre dès que possible PROTELOS et prendre des mesures préventives adéquates. PROTELOS ne doit pas être repris avant le rétablissement et le retour à une mobilité complète du (de la) patient(e). En cas de survenue d'EVT, PROTELOS doit être arrêté. • Réactions cutanées mettant en jeu le pronostic vital : syndrome de Stevens-Johnson (SJS), nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell), DRESS syndrome *(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms).* Les patient(e)s doivent être informé(e)s des signes et symptômes de ces réactions cutanées. Risque de survenue de SJS ou de nécrolyse épidermique toxique plus important au cours des 1res semaines de traitement, apparition du DRESS syndrome entre la 3e et la 6e semaine, et évolution favorable dans la plupart des cas à l'arrêt de PROTELOS et après traitement par les corticostéroïdes si nécessaire. En cas de SJS, de nécrolyse épidermique toxique ou de DRESS syndrome, arrêter immédiatement et définitivement PROTELOS. • Interférence avec le dosage du calcium • Phénylcétonurie. **Interactions§ :** • Aliments, lait et produits dérivés, médic. contenant du calcium • Hydroxydes d'aluminium et de magnésium • Tétracyclines et quinolones. **Grossesse, Allait.§ :** contre-indiqué. **Aptitude à conduire§ :** aucun ou qu'un effet négligeable. **Effets indésirables§ :** • Fréquents : Céphalées, troubles de la conscience, perte de mémoire, nausées, diarrhées, pertes fécales, dermatite, eczéma, EVT, augmentation de la créatine phosphokinase. • Peu fréquents : convulsions. • Rares : DRESS syndrome. • Très rares : réactions cutanées sévères (SJS et nécrolyse épidermique toxique) rapportés comme rares dans les pays asiatiques. • Fréquence inconnue : paresthésie, étourdissement, vertige, vomissements, douleurs abdominales, irritations de la muqueuse buccale, reflux gastro-œsophagien, dyspepsie, constipation, flatulence, bouche sèche, hépatite, réactions d'hypersensibilité cutanée pouvant s'accompagner d'une augmentation des transaminases sériques, d'une pyrexie, d'une éosinophilie, et d'une lymphadénopathie, alopécie, douleurs musculo-squelettiques, œdème périphérique, malaise, état confusionnel, insomnie, hyperréactivité bronchique, insuffisance médullaire. **Propriétés§ :** PROTELOS augmente la formation osseuse et diminue la résorption osseuse. Il rééquilibre ainsi le métabolisme osseux en faveur de la formation. **Prescription et délivrance :** Liste I. AMM 34009 365 170 3 5, EU/1/04/288/003 (boîte de 28 sachets). Prix : 33,83 €. Collect. Remboursement Sécurité sociale à 30 % dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique pour réduire le risque de fractures vertébrales et de hanche chez les patientes à risque élevé de fractures : - ayant une contre-indication ou une intolérance aux bisphosphonates, - n'ayant pas d'antécédent d'événement thrombo-embolique veineux ou d'autres facteurs de risque d'événement thrombo-embolique veineux notamment l'âge supérieur à 80 ans. Sont considérées comme patientes à risque élevé de fracture : les patientes ayant fait une fracture par fragilité osseuse ; en l'absence de fracture, les femmes ayant une diminution importante de la densité osseuse (T-score < -3) ou ayant un T-score ⩽ -2,5 associé à d'autres facteurs de risque de fracture en particulier, un âge > 60 ans, une corticothérapie systémique ancienne ou actuelle à une posologie ⩾ 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone, un indice de masse corporelle < 19 kg/m², un antécédent de fracture de l'extrémité du col du fémur chez un parent du premier degré (mère), une ménopause précoce (avant l'âge de 40 ans). Non remboursable à la date du 01/10/2012 dans le traitement de l'ostéoporose masculine chez les patients à risque élevé de fracture. **Info. méd. :** Servier Médical - 35 rue de Verdun, 92284 Suresnes Cedex. Tél. : 01 55 72 60 00. **Titulaire/Exploitant :** Les Laboratoires Servier - 50, rue Carnot – 92284 Suresnes Cedex. **AMM du 21/09/2004, rév. Octobre 2012.** 13 RT 5017 FF V1.

§ Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site Internet de l'EMA. http://www.ema.europa.eu/.

1 prise par jour

12 RT 09 P - 09.12 - Visa n° 12/06/656/8140/PM/003.

13h00 ⟶ 14h15 **GOETHE** *Symposium satellite*

SERVIER

L'ostéoporose : mieux la dépister et l'expliquer, pour mieux la traiter

Modérateur : B. Cortet (Lille)

Introduction
B. Cortet (Lille)

L'ostéoporose fracturaire : conséquences épidémiologiques et cliniques
C. Roux (Paris)

L'ostéoporose : quelle alternative aux antirésorptifs pour une prise en charge des différents risques fracturaires au long cours ?
M. Audran (Angers)

Le malade : un acteur clé de la réussite du traitement anti-ostéoporotique
E. Lespessailles (Orléans)

Table ronde / Questions aux experts

Conclusion
B. Cortet (Lille)

Traitement de l'hyperuricémie chronique dans les cas où un dépôt d'urate s'est déjà produit (incluant des antécédents ou la présence de tophus et/ou d'arthrite goutteuse). ADENURIC® est indiqué chez l'adulte. (1) **

Objectif : l'uricémie sous contrôle

Recommandations EULAR 2006 (2)
du traitement chronique de la goutte
Uricémie
≤ 60 mg/l
≤ 6 mg/dl

60 mg/l d'uricémie

Adenuric®

Febuxostat

Un pas en avant dans le traitement chronique de la goutte

ADENURIC 80 mg comprimé pelliculé. ADENURIC 120 mg comprimé pelliculé. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE*. FORME PHARMACEUTIQUE* : comprimé pelliculé. **DONNEES CLINIQUES* : Indications thérapeutiques :** Traitement de l'hyperuricémie chronique dans les cas où un dépôt d'urate s'est déjà produit (incluant des antécédents ou la présence de tophus et/ou d'arthrite goutteuse). ADENURIC est indiqué chez l'adulte. **Posologie et mode d'administration* :** CTJ : 1,34€. La dose recommandée d'ADENURIC est de 80 mg une fois par jour, administrée par voie orale, pendant ou en dehors des repas. Si l'uricémie est > 6 mg/dl (357 µmol/l) après deux à quatre semaines de traitement, l'administration d'ADENURIC 120 mg une fois par jour peut être envisagée. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients (voir rubriques « Effets indésirables » et « Liste des excipients »). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*. Fécondité, grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Effets indésirables*. Surdosage*. PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES*. Propriétés pharmacodynamiques* :** Groupe pharmacothérapeutique : Uricosurique, inhibiteurs de la synthèse d'acide urique, code ATC : M04AA03. **Propriétés pharmacocinétiques*. Données de sécurité précliniques*. DONNEES PHARMACEUTIQUES* : Liste des excipients*. Incompatibilités*. Durée de conservation : 3 ans. Précautions particulières de conservation*. Nature et contenu de l'emballage extérieur*. Précautions particulières d'élimination*. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Menarini International Operations Luxembourg S.A. 1, Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxembourg. **EXPLOITANT :** MENARINI France - 1/7, rue du Jura - SILIC 528 - 94633 Rungis Cedex. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE : ADENURIC 80 mg :** EU/1/08/447/001, CIP 3400938572445 (B/28). **ADENURIC 120 mg :** EU/1/08/447/003, CIP 3400938572506 (B/28). Liste I. Remboursement Sec.Soc. 65% et agrément Coll. Prix : 37,66€. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION :** 21 avril 2008. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** 24/01/2012 V1A.

* Pour une information complète, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Agence européenne du médicament http://www.ema.europa.eu

** Accompagné de mesures hygiéno-diététiques

(1) RCP ADENURIC®

(2) Zhang W, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2006 Oct;65(10):1312-24.

ADENURIC® is a registered trademark of Teijin Pharma Limited, Tokyo, Japan

IPSEN
Innovation for patient care *
* Innover pour mieux soigner

MENARINI
RHUMATOLOGIE

2ADE01801/12-Document établi en février 2012-2AA01393/01-12

13h00 ⟶ 14h15 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

MENARINI / IPSEN

« La GOUTTE au goût du jour » - Nouvelles approches diagnostiques et prise en charge

Modérateurs : T. Bardin (Paris), M. Doherty (Nottingham - Grande-Bretagne)

Perception de la goutte au Royaume-Uni
M. Doherty (Nottingham - Grande-Bretagne)

De nouvelles approches diagnostiques
T. Bardin (Paris)

Réussir la prise en charge de la goutte
P. Richette (Paris)

MABTHERA®

RITUXIMAB

1er anti-lymphocyte B CD20 spécifique[1]

Une option thérapeutique ciblée [1]

[1] Résumé des Caractéristiques du Produit MabThera®.

MABTHERA® 100 mg - **MABTHERA®** 500 mg, solution à diluer pour perfusion. **COMPOSITION* :** MabThera 100 mg contient 100 mg/10 ml de rituximab et MabThera 500 mg contient 500 mg/50 ml de rituximab. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES : MabThera est indiqué chez les patients adultes dans les indications suivantes : Lymphomes non-hodgkiniens (LNH) :** MabThera est indiqué en association à une chimiothérapie pour le traitement des patients présentant un lymphome folliculaire de stade III-IV n'ayant jamais été précédemment traités. MabThera en traitement d'entretien est indiqué chez les patients présentant un lymphome folliculaire répondant à un traitement d'induction. MabThera en monothérapie est indiqué pour le traitement des patients atteints de lymphomes folliculaires de stade III-IV en cas de chimiorésistance ou à partir de la deuxième rechute après chimiothérapie. MabThera est indiqué en association à une chimiothérapie "CHOP" (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine, prednisolone) pour le traitement des patients présentant un lymphome non-hodgkinien agressif diffus à grandes cellules B, CD20 positif. **Leucémie lymphoïde chronique (LLC) :** MabThera en association à une chimiothérapie est indiqué pour le traitement des patients atteints de leucémie lymphoïde chronique, non précédemment traités et en rechute ou réfractaires. Les données disponibles sur l'efficacité et la tolérance sont limitées chez les patients précédemment traités par des anticorps monoclonaux dont MabThera, ou chez les patients réfractaires à un traitement antérieur par MabThera en association à une chimiothérapie (voir RCP). **Polyarthrite rhumatoïde (PAR) :** MabThera en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde active, sévère, chez les patients adultes qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance aux traitements de fond, dont au moins un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF). Il a été montré que MabThera, en association au méthotrexate, réduit le taux de progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION* :** Administration sous contrôle, avec moyens de réanimation immédiatement disponibles. Posologie **: LNH :** Aucune réduction de dose n'est recommandée. Lymphome folliculaire non-hodgkinien : *LNH n'ayant jamais été précédemment traités, en rechute ou réfractaires : Traitement d'induction / association* : 375 mg/m² le 1er jour de chaque cure de chimiothérapie, après administration IV du glucocorticoïde du protocole (si approprié), jusqu'à 8 cures. *Traitement d'entretien / monothérapie, lymphome folliculaire non précédemment traité* : 375 mg/m², 1 fois / 2 mois (en commençant 2 mois après la dernière dose du traitement d'induction) jusqu'à progression de la maladie ou pendant une durée maximale de deux ans. *Traitement d'entretien / monothérapie, lymphome folliculaire en rechute ou réfractaires* : 375 mg/m², 1 fois / 3 mois (en commençant 3 mois après la dernière dose du traitement d'induction) jusqu'à progression de la maladie ou pendant maximum 2 ans. *Traitement d'induction des lymphomes folliculaires de stade III-IV chimiorésistant ou à partir de la 2ème rechute après chimiothérapie, en monothérapie* : 375 mg/m², en perfusion IV 1 fois / semaine pendant 4 semaines. *Retraitement en monothérapie des patients en rechute ou réfractaires qui avaient répondu à un traitement antérieur par MabThera en monothérapie* : 375 mg/m², en perfusion IV 1 fois / semaine pendant 4 semaines. *LNH agressif diffus à grandes cellules B : Association avec une chimiothérapie « CHOP »* : 375 mg/m², le 1er jour de chaque cure de chimiothérapie, pendant 8 cures, après perfusion IV du glucocorticoïde du protocole. *Association à d'autres chimiothérapies* : tolérance et efficacité non démontrées. **LLC :** 375 mg/m² à J0 du cycle 1, 500 mg/m² à J1 des cycles 2 à 6, avant la chimiothérapie. Hydratation prophylactique et uricostatiques 48 h avant traitement. Si lymphocytes > 25 x 10^9/l, prémédication par 100 mg de prednisone/prednisolone IV. **PAR :** Les patients traités par MabThera doivent recevoir la carte de surveillance du patient lors de chaque perfusion. 1 000 mg par perfusion IV, suivie d'une 2ème perfusion IV de 1 000 mg à 2 semaines d'intervalle. La nécessité de cycles supplémentaires doit être évaluée à la 24ème semaine après le cycle précédent. Un nouveau cycle doit être instauré après ce délai s'il persiste une activité résiduelle de la maladie. Sinon, le retraitement devra être reporté et instauré dès que la maladie redevient active. Des données disponibles suggèrent que la réponse clinique est habituellement atteinte dans les 16 à 24 semaines suivant le cycle initial de traitement. La prolongation du traitement doit être reconsidérée avec précaution chez les patients pour lesquels le bénéfice thérapeutique durant cette période n'a pas été mis en évidence. Prémédication : 100 mg de méthylprednisolone IV, qui doit être terminée 30 minutes avant MabThera. Une prémédication par un analgésique/antipyrétique et un antihistaminique doit être systématiquement administrée avant chaque perfusion de MabThera. **Administration :** Prémédication avec antipyrétique et antihistaminique systématique. LNH, LLC : Prémédication par glucocorticoïde, si non prévu dans la chimiothérapie. Vitesse de perfusion : voir RCP. Perfusion IV par voie spécifique de la solution diluée. Ne pas injecter rapidement, ni en bolus. Surveillance étroite des patients, voir RCP. **CONTRE-INDICATIONS : LNH et LLC :** hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique Liste des excipients, ou aux protéines murines. Infections sévères évolutives (voir RCP). Patients ayant un déficit immunitaire sévère. **PAR :** hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique Liste des excipients, ou aux protéines murines. Infections sévères évolutives (voir RCP). Patients ayant un déficit immunitaire sévère. Insuffisance cardiaque sévère (NYHA Classe IV) ou maladie cardiaque sévère non contrôlée. **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI* :** Traçabilité. **Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) :** Surveiller les symptômes évocateurs. Suspicion : suspendre le traitement. LEMP : arrêt définitif. **LNH et LLC :** *Masse tumorale élevée ou >25.10⁹ /l cellules malignes circulantes* : prudence. *Syndrome grave de relargage de cytokines* : arrêter la perfusion et traitement symptomatique drastique. Prudence en particulier si antécédents d'insuffisance respiratoire ou d'infiltrat pulmonaire tumoral. *Réactions anaphylactoïdes ou autres réactions d'hypersensibilité* : Traitement symptomatique immédiat. *Arrêt des anti hypertenseurs* 12 h avant traitement. *Antécédents de pathologies cardiaques* : prudence. *PNN < 1,5.10⁹ /l et/ ou plaquette < 75.10⁹ /l* : prudence. *Numération formule sanguine* : à surveiller. *Antécédents d'infections chroniques ou récidivantes ou de pathologies prédisposantes aux infections graves* : prudence. *Antécédents d'hépatite B / porteurs sains VHB* : prudence. *LEMP. Vaccination.* **PAR :** *Patients naïf de methotrexate* : Utilisation de Mabthera non recommandée. *Réactions liées à la perfusion* : Diminution de la vitesse ou arrêt de la perfusion et traitement symptomatique. *Réactions anaphylactiques ou autres réactions d'hypersensibilité* : Traitement symptomatique immédiat. *Troubles cardiaques* : Antécédents de pathologies cardiaques : surveillance étroite. Arrêt des antihypertenseurs 12 h avant traitement. *Infections* : Antécédents d'infections chroniques ou récidivantes, ou de pathologies prédisposantes aux infections graves : prudence. Examen immédiat si signe d'infection après traitement. LEMP. *Infection par le virus de l'hépatite B* : avant le traitement : dépistage systématique des patients à risque. Antécédents et porteurs sains : surveillance étroite pendant le traitement. *Neutropénie tardive* : Numérations à faire. *Vaccination* : Terminer les vaccinations au moins 4 semaines avant la 1ère administration de MabThera. Après traitement : vaccins vivants déconseillés. *Utilisation avec d'autres traitements de fond. Tumeur maligne.* **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTION*. FECONDITE, GROSSESSE ET ALLAITEMENT*. EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES*. EFFETS INDESIRABLES* : LNH et LLC :** *Effets indésirables graves les plus fréquents* : réactions liées à la perfusion (dont syndrome de relargage des cytokines, et syndrome de lyse tumorale), infections, événements cardio-vasculaires. *Autres* : réactivations d'hépatite B, LEMP. *Effets indésirables très fréquents* : infections bactériennes, infections virales, bronchites, neutropénie, leucopénie, neutropénie fébrile, thrombopénie, réactions liées à la perfusion (le plus fréquent), angio-œdème, nausées, prurit, rash, alopécie, fièvre, frissons, asthénie, céphalées, diminution des taux d'IgG. *Réactions liées à la perfusion. Infections. Effets indésirables hématologiques. Réactions cardio-vasculaires. Système Respiratoire. Evénements neurologiques. Affections gastro-intestinales. Taux sériques des IgG. Populations particulières (MabThera en monothérapie / en association)* **PAR :** *Effets indésirables les plus fréquents* : réactions liées à la perfusion. *Autres effets indésirables très fréquents* : Infections des voies respiratoires hautes, infections des voies urinaires et céphalée. *Retraitement. Réactions aiguës liées à la perfusion. Infections. Evénements cardio-vasculaires.* **SURDOSAGE*. PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES* :** agent antinéoplasique, code ATC L01X C02. **PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES*. DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES*. INCOMPATIBILITES*. CONSERVATION :** 30 mois. Entre +2 °C et +8 °C dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. Solution diluée stable 24 heures entre +2 °C et +8 °C et 12 heures supplémentaires à température ambiante. **INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION, LA MANIPULATION ET L'ELIMINATION*. CONDITIONS DE DELIVRANCE* :** Liste I. Soumis à prescription hospitalière. Prescription réservée aux spécialistes en oncologie, en hématologie, aux médecins compétents en cancérologie, aux spécialistes en rhumatologie ou en médecine interne. Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. La première administration doit être effectuée en milieu hospitalier. Agréé aux collectivités. Inscrits sur la liste Rétrocession et la liste des spécialités prises en charge en sus des GHS. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Roche Registration Limited – 6 Falcon Way – Shire Park - Welwyn Garden City - AL7 1TW - Royaume-Uni. Représentant local : Roche SAS – 30, cours de l'Ile Seguin 92650 Boulogne-Billancourt cedex. Tél. : 01 47 61 40 00. **NUMÉROS AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MEDICAMENTS :** MABTHERA 100 mg : EU/1/98/067/001 – 2 flacons de 10 ml (10mg/ml) CIP : 3400956060038. MABTHERA 500 mg : EU/1/98/067/002 – 1 flacon de 50 ml (10mg/ml) CIP : 3400956060289. **DATE APPROBATION/REVISION :** Mai 2012. **V08/12**

*** Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site de l'AFSSAPS (www.afssaps.fr) ou à défaut sur le site de ROCHE (www.roche.fr).**

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. Roche est responsable de ce fichier qui a pour finalité le suivi de nos relations clients. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données recueillies à votre sujet auprès du Service Juridique de Roche, tél. du standard 0147614000.

VIVACTIS INNOVATIONS 12/06/6534/0401/PM/011 -02288/MABP/0612 établi le 08/10/2012. Photos : Getty Images.

Roche

13h00 → 14h15 **BRILLAT SAVARIN 3** *Symposium satellite*

ROCHE CHUGAI

Inhibition de l'IL6 : du mécanisme d'action à la stratégie thérapeutique dans la polyarthrite rhumatoïde

Modérateur : B. Combe (Montpellier)

Introduction
B. Combe (Montpellier)

Actualités de l'IL6 : de l'effet local à l'effet systémique dans la PR ?
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Affiner la stratégie thérapeutique en 2012 : répondre aux besoins du patient
A. Constantin (Toulouse)

Exigence thérapeutique : garder le cap en toutes circonstances, même en monothérapie
C. Gabay (Genève - Suisse)

Questions et conclusion

Allons de l'avant

cimzia®

200 mg solution injectable

certolizumab pegol

Le seul anti-TNFα pégylé indiqué dans la polyarthrite rhumatoïde

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique.

ucb

Seringue développée en partenariat avec OXO GOOD GRIPS

cimzia® certolizumab pegol

DENOMINATION DU MEDICAMENT : Cimzia 200 mg solution injectable. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Chaque seringue préremplie contient 200 mg de certolizumab pegol dans un ml. Le certolizumab pegol est un fragment Fab' d'anticorps humanisé recombinant, dirigé contre le facteur de nécrose tumorale alpha (TNFα), exprimé dans *Escherichia coli*, et conjugué à du polyéthylène glycol (PEG). Excipients*. **FORME PHARMACEUTIQUE*. DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques :** Cimzia, en association au méthotrexate (MTX), est indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) active, modérée à sévère, de l'adulte, lorsque la réponse aux traitements de fond (DMARDs), y compris le méthotrexate, est inadéquate. Cimzia peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Il a été montré que Cimzia ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles, lorsqu'il est administré en association au méthotrexate. **Posologie et mode d'administration*. Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Tuberculose évolutive ou autres infections sévères telles que sepsis ou infections opportunistes (voir rubrique « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »). Insuffisance cardiaque modérée à sévère (NYHA, classes III/IV) (voir rubrique « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi*. Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*. Fécondité, grossesse et allaitement*. Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*. Effets indésirables*. Surdosage*. PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES*. DONNEES PHARMACEUTIQUES*. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** UCB Pharma S.A., Allée de la Recherche 60, B 1070 Bruxelles (Belgique). **REPRESENTANT LOCAL :** UCB Pharma S.A., Défense Ouest, 420 rue d'Estienne d'Orves – 92705 Colombes Cedex – 01 47 29 44 35. **NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Boîte de 2 seringues préremplies + 2 tampons alcoolisés : EU/1/09/544/001 - CIP 34009 **397 320 0** 8. Prix : 867,97 €. **DATE DE PREMIERE AUTORISATION :** 01/10/2009. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie ou en médecine interne. Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique. Remb. Séc. Soc. 65 %. Agréé Coll. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** 11/2011. **Pour une information complète, consultez le RCP disponible sur demande auprès d'UCB Pharma S.A. au* 01 47 29 45 55.

D-12/0001 - Janvier 12 - CZP-PRM-007790

09h45 ⟶ 11h00 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

UCB PHARMA

Pour une meilleure prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde et des spondyloarthrites - de l'évaluation à la décision

Modérateur : A. Saraux (Brest)

Introduction
A. Saraux (Brest)

Réponse clinique précoce et adaptation des stratégies thérapeutiques dans la polyarthrite rhumatoïde
Discussion autour d'une session de questions / réponses
A. Constantin, B. Fautrel, C. Gaujoux-Viala (Toulouse, Paris)

Des frontières mieux définies pour les spondyloarthrites : diagnostic plus précoce et traitement adapté

- Les nouvelles définitions diagnostiques : critères ASAS et spondyloarthrites
  M. Breban (Boulogne-Billancourt)
- Spondyloarthrites : approches thérapeutiques, pour une meilleure prise en charge des patients
  P. Goupille (Tours)

Conclusion
A. Saraux (Brest)

13h00 ⟶ 14h15 **LÉONARD DE VINCI** *Symposium satellite*

MSD FRANCE

Nouveaux horizons dans les traitements par biothérapies des rhumatismes inflammatoires chroniques

Modérateur : A. Cantagrel (Toulouse)

Polyarthrite rhumatoïde : demi-vie et biothérapies
A. Saraux (Brest)

Prise en charge des spondyloarthrites en 2012 : quels bénéfices cliniques pour les patients ? *(avec traduction simultanée)*
J. Braun (Herne - Allemagne)

13h00 ⟶ 14h15 **BRILLAT SAVARIN 1** *Symposium satellite*

PFIZER INTERNATIONAL

La pathophysiologie de la PR : Exploration des cibles thérapeutiques

Président : X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Accueil et introduction
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Le rôle des cellules immunitaires et des cytokines dans la polyarthrite rhumatoïde
J. Sibilia (Strasbourg)

Questions et discussion
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Exploration des voies de signalisation intracellulaire dans la pathogénie de la polyarthrite rhumatoïde
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Questions et discussion
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

Conclusion
X. Mariette (Le Kremlin-Bicêtre)

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI : Infections : Les patients doivent être surveillés étroitement afin de dépister des infections (y compris la tuberculose) avant, pendant et après le traitement par Humira. Le traitement par Humira ne doit pas être instauré tant que les infections évolutives, y compris les infections chroniques ou localisées, ne sont pas contrôlées. Les patients chez qui apparaît une nouvelle infection en cours de traitement par Humira doivent faire l'objet d'une surveillance soigneuse. En cas d'apparition d'une nouvelle infection grave ou d'une septicémie, l'administration d'Humira doit être interrompue jusqu'à ce que l'infection soit contrôlée. *Infections graves* : Des infections graves, incluant des septicémies dues à des infections bactériennes, mycobactériennes, fongiques invasives, parasitaires, virales ou à d'autres infections opportunistes ont été rapportées chez des patients traités par Humira. Des cas d'infections nécessitant une hospitalisation ou ayant une issue fatale ont été rapportés. *Tuberculose* : Des cas de tuberculose ont été décrits pour des patients recevant Humira. Avant l'instauration du traitement par Humira, tous les patients doivent faire l'objet d'une recherche d'infection tuberculeuse active ou non. En cas de diagnostic d'une tuberculose active, le traitement par Humira ne doit pas être instauré. En cas de diagnostic d'une tuberculose inactive, un traitement anti-tuberculeux approprié, conforme aux recommandations locales, doit être mis en œuvre avant de commencer le traitement par Humira. *Autres infections opportunistes* : Des infections opportunistes, incluant des infections fongiques invasives, ont été observées chez des patients traités par Humira. Réactivation d'hépatite B : Une réactivation d'hépatite B s'est produite chez des patients qui ont reçu un antagoniste du TNF y compris Humira et qui étaient porteurs chroniques de ce virus. Certains cas ont eu une issue fatale. Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage d'infection à VHB avant l'initiation d'un traitement par Humira. Evénements neurologiques : Les antagonistes du TNF, dont Humira, ont été associés dans de rares cas à l'apparition ou à l' exacerbation des symptômes cliniques et/ou des signes radiologiques de maladie démyélinisante du système nerveux central et de maladie démyélinisante périphérique. Réactions allergiques : Au cours de la surveillance post-marketing, des réactions allergiques graves, incluant des réactions anaphylactiques ont été très rarement rapportées, après administration d'Humira. Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs : Dans l'état actuel des connaissances, la possibilité d'un risque de développer des lymphomes, des leucémies ou d'autres maladies malignes chez les patients traités par anti-TNF ne peut être exclue. Le risque de développer des tumeurs malignes ne peut être exclu chez l'enfant et l'adolescent traités par anti-TNF. Au cours de la surveillance post-marketing, de rares cas de lymphomes hépatospléniques à lymphocytes T ont été identifiés chez des patients traités par l'adalimumab. Des précautions doivent être prises dans l'emploi d'un anti-TNF chez des patients souffrant de BPCO, et aussi chez des patients à risque de cancer à cause d'un tabagisme important. Tous les patients atteints de rectocolite hémorragique qui présentent un risque élevé de dysplasie ou de cancer du côlon ou qui ont un antécédent de dysplasie ou de cancer du côlon doivent faire l'objet d'un dépistage régulier à la recherche d'une dysplasie avant le traitement et pendant toute l'évolution de leur maladie. Réactions hématologiques : De rares cas de pancytopénie y compris d'anémie aplasique ont été rapportés avec les anti-TNF. Des effets indésirables du système sanguin comprenant des cytopénies médicalement significatives ont été observés avec Humira. L'arrêt du traitement par Humira devra être envisagé pour les patients chez qui des anomalies sanguines significatives seront confirmées. Vaccinations : Les patients sous Humira peuvent recevoir plusieurs vaccins simultanément, excepté en ce qui concerne des vaccins vivants. Chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, il est recommandé que toutes les vaccinations soient à jour. Insuffisance cardiaque congestive : Humira doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque légère (NYHA classes I/II). Humira est contre-indiqué dans l'insuffisance cardiaque modérée à sévère. Le traitement par Humira doit être arrêté chez les patients présentant de nouveaux symptômes ou une aggravation de leurs symptômes d'insuffisance cardiaque congestive. Processus auto-immuns : Le traitement par Humira peut entraîner la formation d'anticorps auto-immuns. L'impact d'un traitement à long terme par Humira sur le développement de maladies auto-immunes est inconnu. Administration simultanée d'anti-TNFα et d'anakinra / d'anti-TNFα et d'abatacept : L'association d'adalimumab et d'anakinra ainsi que l'association d'adalimumab et d'abatacept ne sont pas recommandées. Chirurgie : L'expérience concernant la tolérance au cours d'interventions chirurgicales chez les patients traités par Humira est limitée. La longue demi-vie de l'adalimumab doit être prise en compte si une intervention chirurgicale est prévue. Occlusion du grêle : Les données disponibles suggèrent qu'Humira n'aggrave pas ou ne provoque pas de sténoses. Sujets âgés : Une attention particulière concernant le risque d'infection doit être apportée lors du traitement des sujets âgés. **GROSSESSE ET ALLAITEMENT :** L'administration d'adalimumab n'est pas recommandée pendant la grossesse. L'administration de vaccins vivants à des enfants qui ont été exposés à l'adalimumab in utero n'est pas recommandée pendant au moins 5 mois suivant la dernière injection de la mère durant la grossesse. Les femmes ne doivent pas allaiter pendant au moins 5 mois après la dernière administration d'Humira. **EFFETS INDESIRABLES :** Des infections menaçant le pronostic vital et d'issue fatale, des réactivations d'hépatite B et différents cancers ont été rapportés avec Humira. Des effets hématologiques, neurologiques et autoimmuns sévères ont également été rapportés. Les effets indésirables sont présentés par système-organe et par fréquence (très fréquent ≥ 1/10 ; fréquent ≥ 1/100 à < 1/10). *Infections et infestations* : Très fréquent : infections des voies respiratoires. Fréquent : infections systémiques, infections intestinales, infections cutanées et des tissus mous, infections de l'oreille, infections buccales, infections des organes de reproduction, infections des voies urinaires, infections fongiques. *Tumeurs bénignes, malignes et non précisées* : Fréquent : cancer de la peau à l'exclusion du mélanome, tumeur bénigne. *Affections hématologiques et du système lymphatique* : Très fréquent : leucopénie, anémie. Fréquent : leucocytose, thrombocytopénie. *Affections du système immunitaire* : Fréquent : hypersensibilité, allergies. *Troubles du métabolisme et de la nutrition* : Très fréquent : augmentation du taux de lipides. Fréquent : hypokaliémie, augmentation de l'acide urique, taux anormal de sodium dans le sang, hypocalcémie, hyperglycémie, hypophosphatémie, déshydratation. *Affections psychiatriques* : Fréquent : troubles de l'humeur, anxiété, insomnie. *Affections du système nerveux* : Très fréquent : céphalées. Fréquent : paresthésies, migraine, sciatique. *Affections oculaires* : Fréquent : troubles visuels, conjonctivite. *Affections de l'oreille et du labyrinthe* : Fréquent : vertiges. *Affections cardiaques* : Fréquent : tachycardie. *Affections vasculaires* : Fréquent : hypertension, bouffées de chaleur, hématomes. *Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales* : Fréquent : asthme, dyspnée, toux. *Affections gastro-intestinales* : Très fréquent : douleurs abdominales, nausées et vomissements. Fréquent : hémorragie gastro-intestinale, dyspepsie, reflux gastro-oesophagien, syndrome de Gougerot-Sjögren. *Affections hépatobiliaires* : Très fréquent : élévation des enzymes hépatiques. *Affections de la peau et du tissu sous-cutané* : Très fréquent : rash. Fréquent : aggravation ou apparition d'un psoriasis, urticaire, ecchymoses, dermatite, onychoclasie, hyperhidrose, alopécie, prurit. *Affections musculo-squelettiques et systémiques* : Très fréquent : douleurs musculo-squelettiques. *Fréquent* : spasmes musculaires. *Affections du rein et des voies urinaires* : Fréquent : insuffisance rénale, hématurie. *Troubles généraux et anomalies au site d'administration* : Très fréquent : réaction au site d'injection. Fréquent : douleur thoracique, œdème. *Investigations* : Fréquent : troubles de la coagulation et troubles hémorragiques, positivité aux auto-anticorps, augmentation du taux sanguin de lactate deshydrogénase. *Lésions, intoxications et complications liées aux procédures* : Fréquent : mauvaise cicatrisation. Infections : Dans les essais contrôlés pivots, la fréquence des infections a été de 1,50 par patient-année dans le groupe Humira et de 1,42 par patient-année dans le groupe placebo et le groupe contrôle. L'incidence des infections graves a été de 0,03 par patient-année dans le groupe Humira et de 0,03 par patient-année dans le groupe placebo et le groupe contrôle. Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs : En joignant les périodes contrôlées de ces essais et les essais d'extension en ouvert en cours avec une durée moyenne d'environ 3,2 ans incluant 5 331 patients et plus de 21 800 patient-années de traitement, le taux observé de cancers, autres que lymphomes et cancers de la peau non mélanomes est d'environ 8,2 pour 1000 patient-années. Le taux observé de cancers de la peau non-mélanomes est d'environ 10,2 pour 1000 patient-années et le taux de lymphomes observés est d'environ 1,3 pour 1000 patient-années. En post-marketing, essentiellement chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, le taux rapporté de cancers autres que lymphomes et cancers de la peau non-mélanomes est approximativement de 2,6 pour 1000 patient-années. Les taux rapportés pour les cancers de la peau non-mélanomes et les lymphomes sont respectivement d'environ 0,2 et 0,3 pour 1000 patient-années. Au cours de la surveillance post-marketing, de rares cas de lymphome hépatosplénique à lymphocytes T ont été rapportés chez des patients traités par l'adalimumab. Auto-anticorps : 2 patients sur les 3441 traités par Humira dans toutes les études dans la polyarthrite rhumatoïde et le rhumatisme psoriasique ont présenté des signes cliniques évoquant un syndrome pseudo-lupique d'apparition nouvelle. Evénements hépato-biliaires : Au cours de la surveillance post-marketing, des réactions hépatiques sévères, y compris des hépatites auto-immunes, ont été rapportées chez des patients recevant de l'adalimumab. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :** IMMUNOSUPPRESSEURS SELECTIFS. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :** A conserver au réfrigérateur (2°C – 8°C). Ne pas congeler. Conserver la seringue, le stylo ou le flacon dans l'emballage extérieur. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** Liste I. Prescription initiale hospitalière annuelle. HUMIRA 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli : Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en gastro-entérologie, en chirurgie digestive, en dermatologie, en pédiatrie ou en médecine interne. HUMIRA 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique : Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en pédiatrie ou en médecine interne. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Abbott Laboratories Ltd, Abbott House, Vanwall Business Park, Vanwall Road, Maidenhead, Berkshire, SL6 4XE Royaume-Uni, Représentant local : Abbott France, 10 rue d'Arcueil, BP 90233, 94528 Rungis Cedex. Tél : 01.45.60.25.00. **NUMÉRO DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : Humira 40 mg solution injectable en seringue prérempli**e, boîte de 2 seringues préremplies : EU/1/03/256/003 - CIP 3400936223059. Prix : 1041,36 euros. **Humira 40 mg solution injectable en stylo prérempli**, boîte de 2 stylos prérempli : EU/1/03/256/008 - CIP 3400937801454. Prix : 1041,36 euros. **Humira 40 mg/0,8 ml solution injectable pour usage pédiatrique**, boîte de 2 flacons : EU/1/03/256/001 ; CIP 3400941851728. Prix : 1041,36 euros. *Seringue prérempli*e *à 40 mg et stylo prérempli à 40 mg* : Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception dans les indications de l'AMM, dans la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante. Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et un immunosuppresseur, ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Indication dans la rectocolite hémorragique non remboursable à la date du 1er juillet 2012. Demande de remboursement à l'étude.Remboursé Sécurité Sociale à 65 % selon la procédure des médicaments d'exception chez les patients ayant un psoriasis en plaques grave chronique, en échec (non répondeurs, avec une contre-indication ou intolérants) à au moins deux traitements systémiques parmi la photothérapie, le méthotrexate et la ciclosporine. Prescription en conformité avec la fiche d'information thérapeutique. Agréé aux Collectivités. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. *Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique* : Remboursé Sécurité Sociale à 65% selon la procédure des médicaments d'exception dans l'indication de l'AMM dans l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. Prescription en conformité avec la fiche d'information thérapeutique. Agréé aux Collectivités. Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. **DATE DE LA PREMIÈRE AUTORISATION :** 8 septembre 2003. **DATE DE RÉVISION DU TEXTE :** 27 juin 2012 (MLR1-JUN12). **Pour une information complète, se reporter au dictionnaire VIDAL ou à la fiche signalétique.**

*Une Promesse pour la Vie

C.BRILHAULT - RHU731a - 09/2012

Abbott
A Promise for Life*

HUMIRA®
adalimumab

PRenez les choses en main

Une décision partagée pour une autonomie conservée

Humira 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli(e). Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique. COMPOSITION : Une seringue unidose préremplie de 0,8 ml ou un stylo unidose prérempli de 0,8 ml ou un flacon à usage unique de 0,8 ml contient 40 mg d'adalimumab. Excipients q.s. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** *Seringue et stylo prémplis à 40 mg* : Polyarthrite rhumatoïde : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour : - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate est inadéquate. - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le méthotrexate. Humira peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles lorsqu'il est administré en association au méthotrexate. Spondylarthrite ankylosante : Humira est indiqué pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. Rhumatisme psoriasique : Humira est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif chez l'adulte lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par radiographie, chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie et améliore les capacités fonctionnelles. Psoriasis : Humira est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques, modéré à sévère, chez les patients adultes qui ne répondent pas à d'autres traitements systémiques comme la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés. Maladie de Crohn : Humira est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Rectocolite hémorragique : Humira est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. *Seringue et stylo prémplis à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Humira peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Humira n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 4 ans. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Le traitement par Humira doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste qualifié en matière de diagnostic et de traitement des pathologies dans lesquelles Humira est indiqué. Une carte spéciale de surveillance sera remise aux patients traités par Humira. Adultes *(seringue et stylo prémplis à 40 mg)* : Polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite ankylosante : La posologie recommandée d'Humira est une dose unique de 40 mg d'adalimumab administrée toutes les deux semaines, par voie sous-cutanée. En monothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde, certains patients chez qui l'on observe une diminution de leur réponse à Humira, peuvent bénéficier d'une augmentation de la posologie à 40 mg d'adalimumab toutes les semaines. Psoriasis : La posologie recommandée d'Humira pour débuter le traitement chez l'adulte est de 80 mg par voie sous-cutanée. La posologie se poursuivra une semaine après par 40 mg en voie sous-cutanée une semaine sur deux. La poursuite du traitement au delà de 16 semaines doit être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Maladie de Crohn : Le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 80 mg à la semaine 0, suivis de 40 mg à la semaine 2. S'il est nécessaire d'obtenir une réponse plus rapide au traitement, le schéma 160 mg à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2, peut être utilisé sachant que le risque d'événements indésirables est alors plus élevé pendant cette phase d'induction. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est une dose de 40 mg administrée toutes les 2 semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Certains patients n'ayant pas répondu au traitement à la semaine 4 peuvent poursuivre le traitement d'entretien jusqu'à la semaine 12. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Rectocolite hémorragique : Chez les patients adultes atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère, le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 160 mg à la semaine 0 et de 80 mg à la semaine 2. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est de 40 mg administrée toutes les deux semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 2 à 8 semaines de traitement. Le traitement par Humira ne doit pas être poursuivi chez les patients n'ayant pas répondu dans ces délais. Population pédiatrique *(seringue et stylo prémplis à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique)* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire *De 4 à 12 ans* : La posologie recommandée d'Humira est de 24 mg/m² de surface corporelle jusqu'à une dose unique maximale de 40 mg toutes les 2 semaines en injection sous-cutanée. Le volume d'injection est déterminé en fonction de la taille et du poids du patient (cf tableau dans la fiche signalétique ou le VIDAL). Le flacon pédiatrique de 40 mg est disponible pour les patients qui ont besoin d'une dose inférieure à une dose entière de 40 mg. *De 13 à 17 ans* : Une dose de 40 mg est administrée toutes les 2 semaines, quelle que soit la surface corporelle. Le stylo de 40 mg et la seringue préremplie de 40 mg sont disponibles pour les patients afin d'administrer une dose entière de 40 mg. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 12 semaines de traitement. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Tuberculose évolutive ou autres infections sévères telles que sepsis et infections opportunistes. Insuffisance cardiaque modérée à sévère (NYHA classes III/IV).

HUMIRA
adalimumab
PARTENAIRES CONTRE LA PR#

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

#Polyarthrite Rhumatoïde

*Une Promesse pour la Vie

Abbott
A Promise for Life*

HUMIRA®
adalimumab

PRenez les choses en main

Une décision partagée pour une autonomie conservée

Humira 40 mg, solution injectable en seringue ou en stylo prérempli(e). Humira 40 mg/0,8 ml, solution injectable pour usage pédiatrique. COMPOSITION : Une seringue unidose préremplie de 0,8 ml ou un stylo unidose prérempli de 0,8 ml ou un flacon à usage unique de 0,8 ml contient 40 mg d'adalimumab. Excipients q.s. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** *Seringue et stylo prémplis à 40 mg* : Polyarthrite rhumatoïde : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour : - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte lorsque la réponse aux traitements de fond, y compris le méthotrexate est inadéquate. - le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive chez les adultes non précédemment traités par le méthotrexate. Humira peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires mesurés par radiographie et améliore les capacités fonctionnelles lorsqu'il est administré en association au méthotrexate. Spondylarthrite ankylosante : Humira est indiqué pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel. Rhumatisme psoriasique : Humira est indiqué pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif chez l'adulte lorsque la réponse à un traitement de fond antérieur a été inadéquate. Il a été montré qu'Humira ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par radiographie, chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie et améliore les capacités fonctionnelles. Psoriasis : Humira est indiqué dans le traitement du psoriasis en plaques, modéré à sévère, chez les patients adultes qui ne répondent pas à d'autres traitements systémiques comme la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie, ou chez lesquels ces traitements sont contre-indiqués ou mal tolérés. Maladie de Crohn : Humira est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active, sévère, chez les patients qui n'ont pas répondu malgré un traitement approprié et bien conduit par un corticoïde et/ou un immunosuppresseur ; ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. Rectocolite hémorragique : Humira est indiqué dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, modérée à sévère chez les patients adultes ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel, comprenant les corticoïdes et la 6-mercaptopurine (6-MP) ou l'azathioprine (AZA), ou chez lesquels ce traitement est contre-indiqué ou mal toléré. *Seringue et stylo prémplis à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Humira en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire évolutive chez l'enfant et l'adolescent de 4 à 17 ans en cas de réponse insuffisante à un ou plusieurs traitements de fond. Humira peut être administré en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement par le méthotrexate est inadaptée. Humira n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 4 ans. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** Le traitement par Humira doit être instauré et supervisé par un médecin spécialiste qualifié en matière de diagnostic et de traitement des pathologies dans lesquelles Humira est indiqué. Une carte spéciale de surveillance sera remise aux patients traités par Humira. Adultes *(seringue et stylo prémplis à 40 mg)* : Polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique, spondylarthrite ankylosante : La posologie recommandée d'Humira est une dose unique de 40 mg d'adalimumab administrée toutes les deux semaines, par voie sous-cutanée. En monothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde, certains patients chez qui l'on observe une diminution de leur réponse à Humira, peuvent bénéficier d'une augmentation de la posologie à 40 mg d'adalimumab toutes les semaines. Psoriasis : La posologie recommandée d'Humira pour débuter le traitement chez l'adulte est de 80 mg par voie sous-cutanée. La posologie se poursuivra une semaine après par 40 mg en voie sous-cutanée une semaine sur deux. La poursuite du traitement au delà de 16 semaines doit être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Maladie de Crohn : Le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 80 mg à la semaine 0, suivis de 40 mg à la semaine 2. S'il est nécessaire d'obtenir une réponse plus rapide au traitement, le schéma 160 mg à la semaine 0, 80 mg à la semaine 2, peut être utilisé sachant que le risque d'événements indésirables est alors plus élevé pendant cette phase d'induction. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est une dose de 40 mg administrée toutes les 2 semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Certains patients n'ayant pas répondu au traitement à la semaine 4 peuvent poursuivre le traitement d'entretien jusqu'à la semaine 12. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. Rectocolite hémorragique : Chez les patients adultes atteints de rectocolite hémorragique modérée à sévère, le schéma posologique d'induction recommandé d'Humira est de 160 mg à la semaine 0 et de 80 mg à la semaine 2. Après le traitement d'induction, la posologie recommandée est de 40 mg administrée toutes les deux semaines, en injection sous-cutanée. Pendant le traitement d'entretien, les corticoïdes pourront être progressivement diminués conformément aux recommandations de pratique clinique. Certains patients chez qui une diminution de la réponse au traitement est observée peuvent bénéficier d'une augmentation de la fréquence d'administration à 40 mg d'Humira toutes les semaines. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 2 à 8 semaines de traitement. Le traitement par Humira ne doit pas être poursuivi chez les patients n'ayant pas répondu dans ces délais. Population pédiatrique *(seringue et stylo prémplis à 40 mg et flacon à 40 mg/0,8 ml pour usage pédiatrique)* : Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire *De 4 à 12 ans* : La posologie recommandée d'Humira est de 24 mg/m² de surface corporelle jusqu'à une dose unique maximale de 40 mg toutes les 2 semaines en injection sous-cutanée. Le volume d'injection est déterminé en fonction de la taille et du poids du patient (cf tableau dans la fiche signalétique ou le VIDAL). Le flacon pédiatrique de 40 mg est disponible pour les patients qui ont besoin d'une dose inférieure à une dose entière de 40 mg. *De 13 à 17 ans* : Une dose de 40 mg est administrée toutes les 2 semaines, quelle que soit la surface corporelle. Le stylo de 40 mg et la seringue préremplie de 40 mg sont disponibles pour les patients afin d'administrer une dose entière de 40 mg. Les données disponibles laissent supposer que la réponse clinique est habituellement obtenue en 12 semaines de traitement. La poursuite du traitement devra être soigneusement reconsidérée chez un patient n'ayant pas répondu dans ces délais. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Tuberculose évolutive ou autres infections sévères telles que sepsis et infections opportunistes. Insuffisance cardiaque modérée à sévère (NYHA classes III/IV).

HUMIRA
adalimumab
PARTENAIRES CONTRE LA PR#

Médicament d'exception : prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

#Polyarthrite Rhumatoïde

*Une Promesse pour la Vie

Abbott
A Promise for Life*

13h00 ⟶ 14h15 **BRILLAT SAVARIN 3** *Symposium satellite*

ABBOTT

Spondyloarthrite axiale : nouvelle entité ? Quelles conséquences pour votre pratique ?

Modérateur : P. Goupille (Tours)

Introduction
P. Goupille (Tours)

Nouvelle entité ?
P. Claudepierre (Créteil)

Des recommandations à la démonstration clinique
D. Wendling (Besançon)

Quelles conséquences en pratique clinique ? Cas cliniques interactifs
C. Miceli-Richard (Le Kremlin-Bicêtre)

Discussion et conclusion
P. Goupille (Tours)

Index des
ORATEURS MODÉRATEURS

Acquacalda Emilie Page 33
Agostino (d') Maria-Antonietta Page 33, 53
Albert Jean-David Page 64
Ali Ou Alla Sanae Page 84
Allaert François-André Page 27
Alsaleh Ghada Page 38
Amoura Zahir Page 119
Amouzougan Adamah Page 62
Aubrun Aurore Page 85
Auclair Patricia Page 105
Audran Maurice Page 62, 66, 89, 123
Aveline Priscilla-Christine Page 36
Avenel Gilles Page 88
Avouac Jérôme Page 58, 63, 88
Ayral Xavier Page 86
Azais Isabelle Page 28
Bader-Meunier Brigitte Page 59
Baeten Dominique Page 61
Bandt (de) Michel Page 37, 63
Bannwarth Bernard Page 36, 56, 65
Bard Hervé Page 22, 27, 62, 68
Bardin Thomas Page 25, 54, 59, 68, 125
Baron Dominique Page 62
Baudens Guy Page 83
Bauge Catherine Page 64
Beaudreuil Johann Page 66
Beauvais Catherine Page 82, 87
Benhamou Claude-Laurent Page 64
Benzarti Houssem Page 64
Béranger Martine Page 104
Bercovy Michel Page 28
Berenbaum Francis Page 87
Bernard Louis Page 23
Berthelot Jean-Marie Page 37, 65
Bertin Philippe Page 28, 29, 36, 56, 66, 104
Bileckot Richard Page 23
Blachier Martin Page 84
Blum Alain Page 65
Boissier Marie-Christophe Page 67, 85
Bourgeois Pierre Page 90, 105
Bourichi Wafaa Page 90
Bousson Valérie Page 53
Boutroy Stephanie Page 35, 37
Bouvard Béatrice Page 28
Bouvenot Gilles Page 65
Braun Jurgen Page 131
Breban Maxime Page 38, 61, 67, 84, 91, 129
Breuil Véronique Page 31, 52, 61, 66
Breville Philippe Page 90
Briot Karine Page 66, 89
Brocq Olivier Page 52
Calamusa Marie-Ange Page 105
Cantagrel Alain Page 20, 57, 91, 117, 121, 131
Carle Georges Page 31
Carlier Robert Page 35
Carton Laurence Page 36

Chalès Gérard *Page 28, 36, 54, 57, 61, 68, 105*

Chappard Daniel *Page 28, 90*

Chapuis Laure *Page 83*

Chary-Valckenaere Isabelle *Page 33*

Chevalier Xavier *Page 28, 36, 55, 68, 91*

Chevrot Alain *Page 84*

Chiocchia Gilles *Page 23*

Chirol Sonia *Page 36*

Claudepierre Pascal *Page 24, 54, 137*

Colson Frédéric *Page 88*

Combe Bernard *Page 25, 29, 53, 55, 91, 117, 127*

Constantin Arnaud *Page 23, 52, 127, 129*

Cormier Catherine *Page 20*

Cornec Divi *Page 38, 58*

Cortet Bernard *Page 52, 61, 123*

Costantino Félicie *Page 84*

Costedoat-Chalumeau Nathalie *Page 58*

Cotten Anne *Page 27*

Couderc Marion *Page 32*

Dachicourt Jean-Noël *Page 36*

Dahou Chafia *Page 32*

Daien Claire *Page 83*

Darrieutort-Laffite Christelle *Page 27*

Daum Bernard *Page 31*

Debiais Françoise *Page 54*

Delin Cyrille *Page 64*

Dernis Emmanuelle *Page 22, 30*

Devauchelle-Pensec Valérie *Page 23, 25*

Devillers Daphné *Page 106*

Diomande Mohamed *Page 27*

Djian Patrick *Page 61*

Doherty Michael *Page 125*

Dougados Maxime *Page 121*

Doyard Mathilde *Page 62*

Drapé Jean-Luc *Page 62*

Dubost Jean-Jacques *Page 32, 90*

Duquesne Agnès *Page 34*

Durez Patrick *Page 32*

Ea Hang-Korng *Page 54, 59*

El Rakaawi Manal *Page 37*

Elhaï Muriel *Page 85, 88*

Epstein Jonathan *Page 35*

Erny Florence *Page 35*

Etchepare Fabien *Page 60*

Euller-Ziegler Liana *Page 87*

Eymard Florent *Page 34*

Faillot Thierry *Page 65*

Falgarone Géraldine *Page 67, 84*

Fantino Olivier *Page 62*

Fardellone Patrice *Page 22, 30*

Fautrel Bruno *Page 25, 35, 52, 63, 129*

Fechtenbaum Jacques *Page 64*

Fichez Olivier *Page 22*

Fingonnet Lysiane *Page 104*

Flecher Xavier *Page 34*

Flipo René-Marc Page 26, 36, 52, 82, 91, 111, 117
Foltz Violaine Page 65
Frazier-Mironer Aline Page 36
Funck-Brentano Thomas Page 28
Gabay Cem Page 60, 127
Gagey Olivier Page 38
Gandjbakhch Frédérique Page 33
Gaudin Philippe Page 64, 111
Gaujoux-Viala Cécile Page 24, 35, 56, 129
Gauvain Jean-Bernard Page 22, 30
Genevay Stéphane Page 35, 65
Gensburger Deborah Page 66
Gerbay Blandine Page 20, 25, 83, 91, 105
Ghozlan Raoul Page 58
Giraudet-Le Quintrec Janine-Sophie Page 37
Girodon Julien Page 84
Godfrin-Valnet Marie Page 84
Goeb Vincent Page 22, 36, 65, 84, 91
Gossec Laure Page 24, 56, 83, 91
Gottenberg Jacques-Eric Page 38, 55, 60, 82
Gougeon François Page 52
Goupille Philippe Page 22, 30, 67, 111, 129, 137
Grange Laurent Page 36
Granger Isabelle Page 104
Granito Renata Neves Page 31
Griffoul-Espitalier Isabelle Page 36
Grimaldi-Bensouda Lamiae Page 35
Guérini Henri Page 62
Guéry Jean-Charles Page 23
Guggenbuhl Pascal Page 26, 62, 66, 89
Guillemin Francis Page 53
Guillery Xavier Page 106
Guillou Mireille Page 106
Guis Sandrine Page 30, 67
Guyader Pauline Page 32
Guzian Marie-Caroline Page 27
Hachulla Eric Page 58, 88, 119
Haddouche Assia Page 67
Hammoumraoui Nadir Page 62
Haraoui Boulos Page 26, 60, 91
Hayem Gilles Page 36
Henrotin Yves Page 27, 57, 68
Hoppe Emmanuel Page 64, 91
Houx Laetitia Page 37
Ismael Sophie Page 58
Javier Rose-Marie Page 29, 33, 37, 66
Job-Deslandre Chantal Page 34, 59
Jorgensen Christian Page 31, 67
Jousse-Joulin Sandrine Page 60, 87
Kadi Amir Page 84
Kolta Sami Page 64
Kostine Marie Page 60
Kourtaa Sihem Page 32
Krause Luiza Page 25

Krzysiek Roman Page 38
Lafage-Proust Marie-Hélène Page 20, 31
Lafforgue Pierre Page 34, 64
Lambert Anne Page 105
Lambert Nathalie Page 23
Lamy Olivier Page 35
Laredo Jean-Denis Page 86
Larnicol Catherine Page 104
Laroche Françoise Page 29, 34, 66
Laroche Michel Page 28
Le Blay Pierre Page 36, 59
Le Boedec Marion Page 33
Le Goff Benoit Page 54, 62, 68
Le Loc'h Catherine Page 104
Lebrun Patrick Page 83
Legoupil Nathalie Page 36
Legrand Erick Page 20, 25, 26, 52, 55, 64, 85, 91, 104
Legré Virginie Page 22, 61
Lellouche Henri Page 30
Lequerré Thierry Page 60, 83
Lespessailles Eric Page 26, 53, 62, 66, 89, 123
Lévy-Weil Florence Page 58
Libouban Hélène Page 28
Loeuille Damien Page 65
Longueville (de) Marc Page 60
Louvrier Patrick Page 104
Lukas Cédric Page 26, 56
Mabilleau Guillaume Page 66
Maheu Emmanuel Page 61
Mahjoub Zeineb Page 62
Maigne Jean Yves Page 35
Maillefert Jean Francis Page 32, 65
Maillet Bernard Page 30, 68
Malbos Stephanie Page 32
Manicourt Daniel-Henri Page 25
Maravic Milka Page 62
Marcelli Christian Page 28
Marchand-Libouban Hélène Page 28
Mariette Xavier Page 31, 58, 65, 88, 127, 133
Marotte Hubert Page 32, 38, 63, 91
Marty Catherine Page 86
Marty Marc Page 20
Masson Charles Page 37, 63
Mathy Céline Page 27
Maugars Yves Page 62, 68
Mazé Françoise Page 104
Mazières Bernard Page 34
Meyer Alain Page 67
Meyer Olivier Page 29
Miceli-Richard Corinne Page 38, 137
Michel Fabrice Page 64
Mijiyawa Moustafa Page 23
Minichiello Emeline Page 32
Miossec Pierre Page 29
Molto Anna Page 59
Monod Pierre Page 83, 87

Morel Jacques Page 22, 26, 38, 57, 82, 83
Moura Bertrand Page 30
Mouterde Gaël Page 33
Naveau Bertrand Page 53, 56
Nizard Julien Page 29
Nizard Rémy Page 86
Nocturne Gaetane Page 38, 58, 85
Noel Eric Page 68
Norberg Michael Page 27
Obry Antoine Page 63
Ora Jeremy Page 54, 59
Ottaviani Sébastien Page 33, 59, 68
Oziel David Page 36
Paccou Julien Page 26
Pascaretti Christian Page 52
Paul Stéphane Page 38
Pavy Stephan Page 22, 30
Penel Guillaume Page 33
Perdriger Aleth Page 111
Perrot Serge Page 29, 36, 66
Pertuiset Edouard Page 32
Petit Audrey Page 55
Pham Thao Page 24, 52
Pillon Pascal Page 68
Piram Maryam Page 37
Poiroux Lucile Page 28
Poivret Didier Page 36
Poujois Aurélia Page 68
Pouplin Sophie Page 66, 82
Pruvost Isabelle Page 59
Puéchal Xavier Page 23, 65
Raonivelo Tsitohainandrianina Page 87
Ralandison Dimby Stéphane Page 87
Rannou François Page 57
Rat Anne-Christine Page 35, 68, 82, 87
Revel Michel Page 27, 57
Richette Pascal Page 54, 57, 68, 82, 125
Richez Christophe Page 29, 58, 88, 119
Ripaux Sophie Page 104
Rist Stéphanie Page 104
Rollot Sandrine Page 36
Roquette-de Christen Diane Page 32
Roudier Jean Page 67
Rouet Régine Page 36
Rouvière Jean Page 83
Roux Christian Page 53, 56, 64, 89, 123
Rozenberg Sylvie Page 20, 27, 61
Ruyssen-Witrand Adeline Page 63, 85
Saadoun Carine Page 83
Saraux Alain Page 24, 26, 53, 57, 65, 83, 111, 129, 131
Saule Emilie Page 36
Scanu Anna Page 28
Schaeverbeke Thierry Page 20, 33, 53, 55, 57, 67, 85, 91, 121
Sebbag Mireille Page 55
Sellam Jérémie Page 28, 34, 63, 68

Seror Paul Page 64
Seror Raphaèle Page 32, 35, 58, 63, 83, 85
Serre Guy Page 67
Shyen Siham Page 59
Sibilia Jean Page 38, 65, 67, 84, 119, 121, 133
Sichère Patrick Page 65
Silva Inês Page 54, 59
So Alexander-K.L. Page 20
Solau-Gervais Elisabeth Page 32, 59, 63, 67, 91
Solon Catherine Page 105
Soltner Elise Page 28, 54
Soubrier Anne-Sophie Page 31
Soubrier Martin Page 22, 31, 90
Sparsa Laetitia Page 59
Subran Benjamin Page 88
Szulc Pawel Page 55
Taieb Charles Page 28
Taillandier Jean Page 90
Tassin Jean-Louis Page 86
Tatar Zuzana Page 28
Teixeira Filipa Page 29
Tellier Stéphanie Page 59
Thiolat Allan Page 32
Thomas Thierry Page 53, 56
Tomeno Bernard Page 84
Tonolli-Serabian Ida Page 27
Tournadre Anne Page 67
Toussirot Éric Page 38, 52, 67
Uchan Jean-Louis Page 31
Valenti Philippe Page 38
Verdet Mathieu Page 60
Vergne-Salle Pascale Page 29, 34, 66
Verlhac Bernard Page 31, 90
Vieillard Marie-Hélène Page 89
Villemin Odile Page 106
Vittecoq Olivier Page 32, 63, 91
Vlam (de) Kurt Page 67, 84
Weitzman Jonathan Page 23
Wendling Daniel Page 26, 54, 60, 67, 83, 137
Zacchetti Giovanna Page 89
Ziza Jean-Marc Page 23, 32

inadéquate aux traitements de fond, y compris le méthotrexate (sauf contre-indication). Enbrel peut être donné en monothérapie en cas d'intolérance au méthotrexate ou lorsque la poursuite du traitement avec le méthotrexate est inadaptée. Enbrel est également indiqué dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde sévère, active et évolutive de l'adulte non précédemment traité par le méthotrexate. Il a été montré qu'Enbrel, seul ou en association avec le méthotrexate, ralentit la progression des dommages structuraux articulaires tels que mesurés par la radiographie et améliore les capacités fonctionnelles. Rhumatisme psoriasique : Traitement du rhumatisme psoriasique actif et évolutif de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement de fond antérieur. Il a été montré qu'Enbrel améliore les capacités fonctionnelles chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique, et ralentit la progression des dommages structuraux articulaires périphériques tels que mesurés par la radiographie chez les patients ayant des formes polyarticulaires symétriques de la maladie. Spondylarthrite ankylosante : Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel. Psoriasis en plaques : Traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère de l'adulte en cas d'échec, ou de contre-indication, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques y compris la ciclosporine, le méthotrexate ou la puvathérapie (cf. Propriétés pharmacodynamiques). *Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : Traitement de l'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire active de l'enfant à partir de 2 ans et de l'adolescent en cas de réponse inadéquate ou d'intolérance avérée au méthotrexate. Enbrel n'a pas été étudié chez l'enfant de moins de 2 ans. *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Psoriasis en plaques de l'enfant : Traitement du psoriasis en plaques sévère chronique de l'enfant à partir de 6 ans et de l'adolescent en cas de contrôle inadéquat, ou d'intolérance aux autres traitements systémiques ou à la photothérapie. • **Posologie et mode d'administration :** Le traitement par Enbrel doit être initié et surveillé par un médecin spécialiste ayant l'expérience du diagnostic et du traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrite juvénile idiopathique, du rhumatisme psoriasique, de la spondylarthrite ankylosante, du psoriasis en plaques ou du psoriasis en plaques de l'enfant. La Carte de Surveillance du Patient devra être donnée aux patients traités par Enbrel. Enbrel est disponible en dosages de 10, 25 et 50 mg. Le stylo prérempli d'Enbrel est disponible en dosage de 50 mg. **Posologie :** Polyarthrite rhumatoïde : La dose recommandée d'Enbrel est de 25 mg administré deux fois par semaine. Toutefois, l'efficacité et la sécurité d'emploi d'une administration de 50 mg une fois par semaine ont été démontrées (cf. Propriétés pharmacodynamiques). Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). Rhumatisme psoriasique et spondylarthrite ankylosante : La dose recommandée est 25 mg d'Enbrel administré deux fois par semaine ou de 50 mg administré une fois par semaine. Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). Psoriasis en plaques La dose recommandée d'Enbrel est de 25 mg administrée deux fois par semaine ou de 50 mg administrée une fois par semaine. Toutefois, une administration de 50 mg deux fois par semaine peut être utilisée jusqu'à 12 semaines, suivies, si nécessaire, par l'administration d'une dose de 25 mg deux fois par semaine ou 50 mg une fois par semaine. Le traitement par Enbrel doit être poursuivi jusqu'à l'obtention de la rémission, au maximum jusqu'à 24 semaines. Un traitement continu au-delà de 24 semaines peut être approprié pour certains patients adultes (cf. Propriétés pharmacodynamiques). Le traitement par Enbrel doit être interrompu chez les patients ne présentant pas de réponse après 12 semaines de traitement. Si la reprise du traitement par Enbrel est indiquée, le même schéma de durée de traitement doit être suivi. La dose doit être de 25 mg administrée deux fois par semaine ou 50 mg une fois par semaine. Coût du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable). **Populations particulières :** *Insuffisants rénaux et hépatiques :* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. *Sujets âgés (≥ 65 ans)* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. La posologie et l'administration sont identiques à celles de l'adulte âgé de 18 à 64 ans. *Population pédiatrique : Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Flacon de 10 mg destiné aux enfants chez qui la dose prescrite est ≤ 10 mg. Doit être utilisé à un moment et à un patient donnés, le reste du flacon doit être jeté. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique :* Flacon de 25 mg/ml doit être utilisé pour 2 doses maximum, administrées au même patient. La dose d'Enbrel dépend du poids des patients pédiatriques. Les patients pesant moins de 62,5 kg doivent recevoir une dose exacte calculée en mg/kg en utilisant Enbrel 25 mg/ml poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique (voir ci-dessous pour les doses en fonction des indications). Les patients pesant 62,5 kg ou plus peuvent recevoir une dose fixe en utilisant la seringue pré-remplie ou le stylo pré-rempli (50 mg/semaine). Arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire (2 ans et plus) : *Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie :* La dose recommandée est de 0,4 mg/kg (au maximum 25 mg par injection) administrée deux fois par semaine en injection sous-cutanée, avec un intervalle de 3-4 jours entre deux injections. L'arrêt du traitement doit être envisagé chez les patients non répondeurs après 4 mois. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* La dose recommandée est de 0,4 mg/kg (au maximum 25 mg par injection) après reconstitution d'Enbrel dans 1 ml de solvant, administré deux fois par semaine en injection sous-cutanée, avec un intervalle de 3-4 jours entre deux injections. L'arrêt du traitement doit être envisagé chez les patients non répondeurs après 4 mois. Le dosage 10 mg est plus approprié à l'administration aux enfants souffrant de AJI ayant un poids inférieur à 25 kg. Aucun essai clinique n'a été réalisé chez les enfants âgés de 2 à 3 ans. Des données limitées de sécurité provenant d'un registre de patients suggèrent cependant que le profil de sécurité chez les enfants âgés de 2 à 3 ans est similaire à celui des adultes et des enfants âgés de plus de 4 ans, à une dose de 0,8 mg/kg par voie sous-cutanée chaque semaine (voir rubrique Propriétés pharmacodynamiques). Pas d'utilisation chez enfants âgés de moins de 2 ans dans l'indication arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire. Coût maximum du traitement pour 50 mg par semaine : 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable ou 25 mg/ml pour usage pédiatrique). Psoriasis en plaques de l'enfant (6 ans et plus) : *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique.* La dose recommandée est de 0,8 mg/kg (au maximum 50 mg par injection) une fois par semaine jusqu'à 24 semaines. Le traitement doit être interrompu chez les patients ne présentant pas de réponse après 12 semaines de traitement. Si la reprise du traitement par Enbrel est indiquée, le schéma de durée du traitement décrit ci-dessus doit être suivi. La dose doit être de 0,8 mg/kg (au maximum 50 mg par injection) une fois par semaine. Pas d'utilisation chez enfants âgés de moins de 6 ans dans l'indication psoriasis en plaques. Coût maximum du traitement pour 50 mg par semaine : 255,90 € (Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie ou 50 mg en stylo pré-rempli) ou 266,18 € (Enbrel 25 mg en seringue pré-remplie ou 25 mg en poudre et solvant pour solution injectable ou 25 mg/ml pour usage pédiatrique). Mode d'administration : Enbrel est administré par injection sous-cutanée. Des instructions complètes pour l'administration sont données dans la notice, à la rubrique 7. • **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Septicémie ou risque de septicémie. Un traitement par Enbrel ne devrait pas être initié chez les patients ayant une infection évolutive y compris les infections chroniques ou localisées. Enbrel 25mg/ml pour usage pédiatrique ne doit pas être administré chez les prématurés ou les nouveau-nés à terme car le solvant contient de l'alcool benzylique. • **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi : Infections :** Les infections doivent être recherchées chez les patients avant, pendant, et après le traitement par Enbrel, en prenant en compte que la demi-vie d'élimination moyenne d'etanercept est approximativement de 70 heures (entre 7 et 300 heures). Des infections graves septicémies, tuberculoses, et infections opportunistes, y compris des infections fongiques invasives, ont été rapportées avec Enbrel (cf. Effets indésirables). Ces infections étaient dues à des bactéries, des mycobactéries, des champignons ou à des virus. Dans certains cas, des infections fongiques particulières et d'autres infections opportunistes n'ont pas été diagnostiquées, ce qui s'est traduit par un retard d'initiation du traitement approprié et parfois au décès. Lors de l'évaluation du risque d'infection chez un patient, son exposition à des facteurs de risque spécifiquement associés à certaines infections opportunistes (par exemple une exposition à des mycoses endémiques) doit être prise en compte. Une surveillance attentive doit être exercée chez les patients traités par Enbrel développant une nouvelle infection. **Le traitement par Enbrel doit être interrompu si le patient développe une infection grave**. La sécurité d'emploi et l'efficacité d'Enbrel chez les patients atteints d'infections chroniques n'ont pas été évaluées. Les médecins doivent prescrire Enbrel avec précaution aux patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou chroniques, ou ayant un terrain prédisposant aux infections comme un diabète sévère ou mal équilibré.**Tuberculose :** Des cas de tuberculose active comprenant des tuberculoses miliaires et des tuberculoses avec localisation extra-pulmonaire ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel. Avant de débuter un traitement par Enbrel, une recherche de tuberculose active ou inactive (« latente ») doit être effectuée chez tous les patients. Cette recherche doit comprendre un entretien médical détaillé portant sur les antécédents personnels de tuberculose ou sur d'éventuels contacts antérieurs avec un patient tuberculeux et sur un traitement

immunosuppresseur ancien et/ou en cours. Des tests de dépistage appropriés, par exemple un test dermique à la tuberculine et une radiographie pulmonaire, devront être effectués chez tous les patients (conformément aux recommandations locales). Il est recommandé de reporter la réalisation de ces examens sur la Carte de Surveillance du patient. Il est rappelé aux prescripteurs que le test dermique à la tuberculine peut s'avérer faussement négatif, en particulier chez un patient sévèrement malade ou immunodéprimé. Si une tuberculose active est diagnostiquée, le traitement par Enbrel ne doit pas être instauré. En cas de diagnostic d'une tuberculose inactive (« latente »), un traitement antituberculeux prophylactique approprié doit être mis en œuvre avant d'initier Enbrel, et en accord avec les recommandations locales. Dans un tel cas, le rapport bénéfice/risque du traitement par Enbrel doit être soigneusement évalué.Tous les patients devront être informés de la nécessité de consulter un médecin si des signes ou des symptômes évoquant une tuberculose (par exemple, toux persistante, amaigrissement/perte de poids, fébricule) apparaissent pendant ou après le traitement par Enbrel. **Réactivation du virus de l'hépatite B :** Une réactivation du virus de l'hépatite B (VHB) a été rapportée chez des patients porteurs chroniques de ce virus qui ont reçu un antagoniste du TNF y compris Enbrel. Les patients à risque d'infection par le VHB devront faire l'objet d'un dépistage préalable d'infection à VHB avant l'initiation d'un traitement par Enbrel. Des précautions devront être prises lors de l'administration d'Enbrel à des patients identifiés comme porteurs du VHB. Si Enbrel est utilisé chez des porteurs du VHB, il faudra surveiller attentivement les signes et les symptômes d'une infection active par le VHB et, si nécessaire, un traitement approprié devra être initié. **Aggravation d'hépatite C :** Des cas d'aggravation d'hépatite C ont été rapportés chez les patients recevant Enbrel. Enbrel doit être utilisé avec précautions chez les patients présentant des antécédents d'hépatite C. **Réactions allergiques :** Des réactions allergiques associées à l'administration d'Enbrel ont été fréquemment rapportées. Ces réactions allergiques ont inclus des cas d'angiœdème et d'urticaire ; des réactions graves se sont produites. En cas de réaction allergique grave ou de réaction anaphylactique, le traitement par Enbrel doit être interrompu immédiatement et un traitement approprié doit être institué. *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Le protège aiguille de la seringue pré-remplie et le capuchon du stylo pré-rempli contiennent du latex (caoutchouc naturel) pouvant causer des réactions d'hypersensibilité lors de sa manipulation ou lorsque Enbrel est administré chez des personnes présentant une sensibilité au latex connue ou possible. **Immunosuppression :** Il est possible que les antagonistes du TNF, y compris Enbrel, altèrent les défenses immunitaires du patient à l'encontre des infections et des tumeurs malignes d'autant que le TNF est un médiateur de l'inflammation et qu'il module la réponse immunitaire des cellules. Dans une étude de 49 patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde, traités par Enbrel, aucune diminution d'hypersensibilité retardée, des taux d'immunoglobuline ou de changement dans la numération de la formule sanguine n'a été observé. Deux patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique ont développé une varicelle avec des signes et des symptômes de méningite aseptique suivie d'une guérison sans séquelle. Les patients exposés au virus de la varicelle doivent temporairement arrêter leur traitement par Enbrel et un traitement prophylactique par immunoglobulines spécifiques doit être envisagé. La tolérance et l'efficacité d'Enbrel chez des patients immunodéprimés n'ont pas été évaluées.**Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs :** Tumeurs solides et troubles hématopoïétiques (à l'exclusion des cancers cutanés). Divers cas de tumeurs malignes, (cancer du sein, du poumon, lymphome) ont été rapportés après commercialisation (cf. Effets indésirables). Dans les phases contrôlées des essais cliniques avec des anti-TNF, il a été observé plus de cas de lymphomes parmi les patients ayant reçu un anti-TNF que chez les patients contrôle. Cependant, la survenue était rare et la période de suivi des patients sous placebo était plus courte que celle des patients ayant reçu un traitement par anti-TNF. Après commercialisation, des cas de leucémie ont été rapportés chez des patients traités par anti-TNF. Il existe un risque accru de développer un lymphome ou une leucémie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde quand la maladie est ancienne, hautement active et inflammatoire, ce qui complique l'évaluation du risque. Dans l'état actuel des connaissances, la possibilité d'un risque de développer des lymphomes, des leucémies ou d'autres tumeurs malignes solides ou hématopoïétiques chez les patients traités par anti-TNF ne peut être écartée. Des précautions doivent être prises lors de l'utilisation d'un traitement par anti-TNF chez des patients présentant des antécédents de tumeur maligne ou lors de la poursuite du traitement chez des patients qui développent une tumeur maligne. Des tumeurs malignes, dont certaines d'évolution fatale, ont été rapportées après la commercialisation chez des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (jusqu'à 22 ans) traités par anti-TNF incluant Enbrel (initiation du traitement ≤ 18 ans). Environ la moitié des cas était des lymphomes. Les autres cas correspondaient à d'autres types de tumeurs malignes, incluant des tumeurs malignes rares habituellement associées à une immunosuppression. Le risque de développer des tumeurs malignes chez les enfants et les adolescents traités par anti-TNF ne peut être exclu. **Cancers cutanés :** Des cas de cancers cutanés mélanomateux et non mélanomateux ont été rapportés chez des patients traités par anti-TNF dont Enbrel. Des cas de carcinomes à cellules de Merkel ont été rarement rapportés après commercialisation chez des patients traités par Enbrel. Des examens périodiques de la peau sont recommandés pour tous les patients, particulièrement ceux qui ont un facteur de risque de cancer cutané. En combinant les résultats des essais cliniques, un plus grand nombre de cas de cancers cutanés non mélanomateux a été observé chez les patients recevant Enbrel par rapport au groupe contrôle, particulièrement chez les patients atteints de psoriasis. **Vaccinations :** Les vaccins vivants ne doivent pas être administrés à des patients traités par Enbrel. Aucune donnée n'est disponible sur la transmission infectieuse secondaire à l'administration de vaccins vivants chez des patients traités par Enbrel. Dans une étude clinique randomisée, contrôlée *versus* placebo en double aveugle chez des patients adultes atteints de rhumatisme psoriasique, 184 patients ont également reçu un vaccin pneumococcique polysaccharidique multivalent à la semaine 4. Dans cette étude, la plupart des patients atteints de rhumatisme psoriasique traités par Enbrel étaient capables d'augmenter la réponse immunitaire des cellules B activées au vaccin pneumococcique polysaccharidique ; cependant les titres en agrégat étaient modérément bas et quelques patients avaient augmenté leur titre d'un facteur 2 par rapport aux patients qui n'étaient pas traités par Enbrel. La signification clinique de ces résultats est inconnue. **Formation d'auto-anticorps :** Enbrel est susceptible d'entraîner la formation d'anticorps auto-immuns (cf. Effets indésirables). **Réactions hématologiques :** De rares cas de pancytopénies et de très rares cas d'aplasies médullaires, dont certains d'évolution fatale, ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel. Une attention particulière doit être portée aux patients traités par Enbrel ayant des antécédents d'atteinte hématologique. Tous les patients et les parents/entourage doivent être informés qu'en cas d'apparition de signes ou de symptômes évoquant une atteinte hématologique ou une infection (tels que fièvre persistante, douleurs pharyngées, ecchymoses, saignement, pâleur) chez le patient sous Enbrel, ils doivent immédiatement consulter un médecin. Chez ces patients, des examens complémentaires, notamment une numération formule sanguine, doivent être pratiqués en urgence ; si une atteinte hématologique est confirmée, le traitement par Enbrel doit être arrêté. **Troubles neurologiques :** De rares cas de troubles de démyélinisation du SNC ont été rapportés chez des patients traités par Enbrel (cf. Effets indésirables). De très rares cas de polyneuropathies périphériques démyélinisantes ont également été rapportés (dont le syndrome de Guillain-Barré, la polyneuropathie chronique inflammatoire démyélinisante, la polyneuropathie démyélinisante et la neuropathie motrice multifocale). Bien qu'aucun essai clinique n'ait été réalisé afin d'étudier le traitement par Enbrel chez des patients atteints de sclérose en plaques, des essais réalisés avec d'autres antagonistes du TNF chez des patients atteints de sclérose en plaques ont mis en évidence une majoration de l'activité de la maladie. Il est recommandé d'évaluer attentivement le rapport bénéfice/risque, avec une évaluation neurologique avant de prescrire Enbrel chez des patients ayant des antécédents de maladie démyélinisante ou en cas de survenue récente de maladie démyélinisante, ou chez les patients considérés comme ayant un risque accru de développement d'une maladie démyélinisante. **Traitement associé :** Dans un essai clinique contrôlé d'une durée de 2 ans chez des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde, l'association d'Enbrel et du méthotrexate n'a pas montré de données de tolérance inattendues, et le profil de tolérance d'Enbrel associé au méthotrexate était similaire aux profils rapportés dans les études avec Enbrel et le méthotrexate utilisés seuls. Des études à long terme évaluant la tolérance de cette association sont actuellement en cours. La tolérance à long terme d'Enbrel en association avec d'autres traitements de fond n'a pas été établie. L'utilisation d'Enbrel en association avec d'autres traitements systémiques ou la photothérapie dans le traitement du psoriasis n'a pas été étudiée. **Insuffisance cardiaque congestive :** Les médecins devront utiliser Enbrel avec précaution chez les patients présentant une insuffisance cardiaque congestive (ICC). **Hépatite alcoolique :** Enbrel ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une hépatite alcoolique modérée à sévère. **Granulomatose de Wegener :** Enbrel n'est pas recommandé dans le traitement de la granulomatose de Wegener. **Hypoglycémies chez des patients traités pour un diabète :** Des cas d'hypoglycémie ont été rapportés suite à l'initiation d'Enbrel chez des patients qui recevaient un traitement antidiabétique. Ces hypoglycémies ont nécessité une diminution du traitement antidiabétique chez certains de ces patients**.** Populations particulières : *Patients âgés (≥ 65 ans) :* Au cours des études de phase 3 dans la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite ankylosante, aucune différence globale en termes d'événements indésirables, d'événements indésirables graves et d'infections graves n'a été observée chez les patients âgés de 65 ans ou plus recevant Enbrel comparé à des patients plus jeunes. Cependant, la prudence s'impose en cas de traitement des patients âgés et une attention particulière doit être portée concernant la survenue des infections. *Population pédiatrique :* **Vaccinations :** Il est recommandé que les enfants aient si possible leurs vaccinations à jour conformément au calendrier de vaccination en vigueur avant d'initier un traitement par Enbrel (voir Vaccinations ci-dessus). **Maladie intestinale inflammatoire (MII) chez des patients atteints**

d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) : Des cas de MII ont été rapportés chez des patients atteints d'AJI traités par Enbrel (cf. Effets indésirables). **Alcool benzylique** (*uniquement pour Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique*) **:** Enbrel contient de l'alcool benzylique comme excipient, qui peut entraîner des réactions toxiques et des réactions de type anaphylactoïde chez les nourrissons et les enfants jusqu'à 3 ans et ne doit pas être administré chez les prématurés ou les nouveau-nés. **• Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions :** Anakinra, Abatacept, Sulfasalazine**. • Grossesse et allaitement :** *Femmes en âge de procréer :* contraception appropriée à utiliser pendant le traitement et 3 semaines après arrêt du traitement. *Grossesse :* Enbrel n'est pas recommandé pendant la grossesse. *Allaitement :* Du fait que les immunoglobulines, comme de nombreux médicaments, peuvent être excrétées dans le lait maternel, il doit être décidé soit d'interrompre l'allaitement soit de suspendre le traitement par Enbrel, en tenant compte du bénéfice de l'allaitement pour l'enfant et du bénéfice du traitement pour la femme. **• Effets indésirables :** *Population adulte :* Effets indésirables chez l'adulte : Résumé du profil de tolérance : Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les réactions au site d'injection (telles que douleur, gonflement, démangeaison, rougeur et saignement au site d'injection), les infections (telles que les infections respiratoires hautes, les bronchites, les cystites et les infections cutanées), les réactions allergiques, le développement d'auto-anticorps, les démangeaisons et la fièvre. Des effets indésirables graves ont aussi été rapportés avec Enbrel. Les antagonistes du TNF, comme Enbrel, affectent le système immunitaire et leur utilisation peut affecter les défenses de l'organisme contre l'infection et le cancer. Les infections graves touchent moins de 1 patient sur 100 traités par Enbrel. Les cas rapportés incluaient des infections fatales, des infections mettant en jeu le pronostic vital et des septicémies. Diverses tumeurs malignes ont aussi été rapportées avec l'utilisation d'Enbrel, incluant des cancers du sein, du poumon, de la peau et des ganglions lymphatiques (lymphome). Des effets indésirables hématologiques, neurologiques et auto-immuns graves ont également été rapportés. Ceux-ci incluaient de rares cas de pancytopénie et de très rares cas d'aplasie médullaire. Des épisodes de démyélinisation, centrale et périphérique, ont été observés, respectivement rarement et très rarement, au cours de l'utilisation d'Enbrel. De cas rares de lupus, de syndrome lupique et de vascularite ont été observés.Liste tabulée des effets indésirables : La liste ci-dessous des effets indésirables est issue de l'expérience des essais cliniques chez l'adulte et des données rapportées depuis la mise sur le marché. Selon le système de classification par organe, les effets indésirables sont listés ci-dessous par ordre de fréquence (nombre de patients susceptibles de présenter un effet donné), en utilisant les catégories suivantes : très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100 à <1/10) ; peu fréquent (≥1/1000 à <1/100) ; rare (≥1/10000 à <1/1000) ; très rare (<1/10000) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Infections et infestations :** Très fréquent : Infections (y compris infections des voies respiratoires supérieures, bronchites, cystites, infections cutanées)* Peu fréquent : Infections graves (y compris pneumonies, cellulite, arthrites septiques, septicémies)* ; Rare : Tuberculose, infections opportunistes (incluant infections fongiques invasives, à protozoaires, bactériennes et mycobactériennes atypiques)*. **Tumeurs bénignes, malignes et non précisées (incluant kystes et polypes)** ; Peu fréquent : Cancer cutané non mélanomateux *(cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Rare : Lymphome, mélanome (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Fréquence indéterminée : Leucémie, carcinome à cellules de Merkel (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). **Affections hématologiques et du système lymphatique :** Peu fréquent : Thrombocytopénie ; Rare : Anémie, leucopénie, neutropénie, pancytopénie* ; Très rare : Aplasie médullaire*. **Affections du système immunitaire :** Fréquent : Réactions allergiques (voir Affections de la peau et du tissu sous-cutané), formation d'autoanticorps* ; Peu fréquent : Vascularite systémique (incluant vascularite positive aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles) ; Rare : Réactions allergiques/ anaphylactiques graves (y compris angiœdème, bronchospasme), sarcoïdose ; Fréquence indéterminée: Syndrome d'activation macrophagique*. **Affections du système nerveux :** Rare : Convulsions ; Episodes de démyélinisation du SNC pouvant évoquer une sclérose en plaques ou un tableau de démyélinisation localisée telle qu'une névrite optique ou une myélite transverse (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) ; Très rare : Episodes de démyélinisation périphérique, incluant syndrome de Guillain-Barré, polyneuropathie chronique inflammatoire démyélinisante, polyneuropathie démyélinisante et neuropathie motrice multifocale (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi)**. Affections oculaires :** Peu fréquent : Uvéites. **Affections cardiaques :** Rare : Aggravation de l'insuffisance cardiaque congestive (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi) : **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** Peu fréquent : Maladie interstitielle du poumon (incluant la pneumopathie et la fibrose pulmonaire)* : **Affections hépatobiliaires** : Rare : Elévation des enzymes hépatiques, hépatite autoimmune. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané :** Fréquent : Prurit, Peu fréquent : Angœdème, urticaire, éruption cutanée, éruption psoriasiforme, psoriasis, y compris une première atteinte ou aggravation et atteinte pustuleuse (principalement palmo-plantaire) : Rare : Vascularite cutanée (incluant la vascularite leucocytoclastique), syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe ; Très rare :Syndrome de Lyell. **Affections musculo-squelettiques et systémiques:** Rare : Lupus érythémateux cutané subaigu, lupus érythémateux discoïde, syndrome lupique. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration :** Très fréquent : Réactions au site d'injection (y compris saignement, contusion, érythème, démangeaison, douleur, gonflement)* : Fréquent : Fièvre :* Voir Description de certains effets indésirables, ci-dessous. **Description de certains effets indésirables :** Tumeurs malignes et troubles lymphoprolifératifs **:** L'apparition de cent vingt neuf nouvelles tumeurs malignes de différents types a été observée sur un total de 4114 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par Enbrel dans des essais cliniques jusqu'à 6 ans environ, incluant 231 patients traités par Enbrel associé au méthotrexate dans l'étude contrôlée versus traitement actif d'une durée de 2 ans. Les taux et incidences observés dans ces essais cliniques étaient similaires à ceux attendus dans la population étudiée. Un total de 2 tumeurs malignes a été rapporté au cours des études cliniques incluant 240 patients atteints de rhumatisme psoriasique traités par Enbrel sur une durée de 2 ans environ. Dans les études cliniques conduites pendant plus de 2 ans chez 351 patients atteints de spondylarthrite ankylosante, 6 tumeurs malignes ont été rapportées chez des patients traités par Enbrel. Dans un groupe de 2711 patients atteints de psoriasis en plaques et traités par Enbrel sur une durée maximale de 2,5 ans dans les études en double-aveugle et en ouvert, 30 tumeurs malignes et 43 cancers cutanés non mélanomateux ont été rapportés. Dans un groupe de 7416 patients traités par Enbrel au cours des essais cliniques dans la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis, 18 lymphomes ont été rapportés. Divers cas de tumeurs malignes (incluant cancer du sein, du poumon, lymphome) ont été également rapportés après commercialisation (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Réactions au site d'injection : L'incidence des réactions au site de l'injection était significativement plus élevée chez les patients atteints d'affections rhumatismales traités par Enbrel comparativement au placebo (36% vs 9%). Les réactions au site d'injection sont survenues généralement au cours du premier mois de traitement. Leur durée moyenne était approximativement de 3 à 5 jours. La majorité des réactions au site d'injection dans les groupes traités par Enbrel n'a nécessité aucun traitement. La majorité des patients ayant reçu un traitement ont reçu des préparations topiques telles que des corticostéroïdes, ou des antihistaminiques oraux. Par ailleurs, certains patients ont développé des réactions « de rappel » caractérisées par l'apparition d'une réaction cutanée au site d'injection le plus récent accompagnée de réactions cutanées aux sites d'injections précédents. Ces réactions étaient généralement transitoires et ne sont pas réapparues lors de la poursuite du traitement. Dans les essais contrôlés chez les patients atteints de psoriasis en plaques, approximativement 13,6% des patients traités par Enbrel ont développé des réactions au site d'injection comparé à 3,4% des patients traités par placebo au cours des 12 premières semaines de traitement. Infections graves : Dans les essais contre placebo, aucune augmentation de l'incidence des infections graves (fatales, mettant en jeu le pronostic vital, nécessitant une hospitalisation ou une administration intraveineuse d'antibiotiques) n'a été observée. Des infections graves sont survenues chez 6,3% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par Enbrel jusqu'à 48 mois. Ces infections incluaient des abcès (diverses localisations), bactériémie, bronchite, bursite, cellulite infectieuse, cholécystite, diarrhée, diverticulite, endocardite (suspectée), gastro-entérite, hépatite B, herpès, ulcère de la jambe, infection buccale, ostéomyélite, otite, péritonite, pneumonie, pyélonéphrite, septicémie, arthrite septique, sinusite, infection cutanée, ulcère de la peau, infection urinaire, vascularite et plaie infectée. Dans l'étude contrôlée versus traitement actif d'une durée de 2 ans, dans laquelle les patients étaient traités soit par Enbrel seul, soit par le méthotrexate seul, soit par Enbrel associé au méthotrexate, les taux d'infections graves étaient similaires parmi les groupes de traitement. Cependant, il ne peut être exclu que l'association d'Enbrel au méthotrexate puisse être associée à une augmentation du taux d'infections. Il n'y a pas eu de différence dans les taux d'infection parmi les patients traités avec Enbrel et ceux traités avec le placebo pour le psoriasis en plaques dans les essais contre placebo d'une durée allant jusqu'à 24 semaines. Les infections graves rapportées chez les patients traités par Enbrel incluaient une cellulite, gastro-entérite, pneumonie, cholécystite, ostéomyélite, gastrite, appendicite, fasciite à streptocoque, myosite, choc septique, diverticulite et abcès. Au cours des essais en double aveugle et en ouvert dans le rhumatisme psoriasique, il a été rapporté un cas d'infection grave (pneumonie). Des infections graves ou fatales ont été rapportées lors de l'utilisation d'Enbrel ; les agents pathogènes identifiés sont des bactéries, des mycobactéries (y compris le bacille de la tuberculose), des virus et des champignons. Certaines sont apparues quelques semaines après le début du traitement par Enbrel chez des patients ayant des facteurs prédisposants (par exemple diabète, insuffisance cardiaque, antécédents infectieux ou infection chronique) en plus de leur polyarthrite rhumatoïde (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Un

traitement avec Enbrel peut augmenter la mortalité chez les patients atteints de septicémie avérée. Des infections opportunistes ont été rapportées en association avec Enbrel y compris des infections fongiques invasives, à protozoaires, bactériennes (incluant *Listeria* et *Legionella*), et mycobactériennes atypiques. Selon des données combinées des essais cliniques, l'incidence globale des infections opportunistes a été de 0,09 % chez les 15 402 sujets ayant reçu Enbrel. Le taux d'évènements rapporté à l'exposition a été de 0,06 évènement pour 100 patients-année. Environ la moitié des cas d'infections opportunistes rapportés dans le monde après commercialisation étaient des infections fongiques invasives. Les infections fongiques invasives les plus fréquemment rapportées étaient dues à *Pneumocystis* et *Aspergillus*. Plus de la moitié des décès liés à des infections opportunistes était due à des infections fongiques invasives. La majorité des cas de décès concernait des patients atteints de pneumonie à *Pneumocystis,* d'infection fongique systémique non spécifiée, ou d'aspergillose (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Auto-anticorps : Des analyses sanguines à la recherche d'auto-anticorps ont été réalisées à différents moments chez les patients adultes. Parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde pour lesquels le taux d'anticorps anti-nucléaires a été mesuré (ANA), le pourcentage de patients ayant développé des nouveaux anticorps antinucléaires (≥ 1:40) était plus élevé chez les patients traités par Enbrel (11%) que chez les patients traités par placebo (5%). Le pourcentage de patients ayant développé des nouveaux anticorps anti-ADN natif était aussi plus élevé par dosage radio-immunologique (15% des patients traités par Enbrel contre 4% des patients traités par placebo) et par recherche sur *Crithidia lucilliae* (3% des patients traités par Enbrel contre 0% des patients traités par placebo). La proportion de patients traités par Enbrel ayant développé des anticorps anticardiolipines était augmentée de façon similaire comparativement aux patients traités par placebo. L'impact à long terme d'un traitement par Enbrel sur le développement de maladies auto-immunes est inconnu. Ont été rapportés de rares cas de patients (y compris ceux ayant un facteur rhumatoïde positif), ayant développé d'autres auto-anticorps associés à un syndrome lupique ou à des éruptions compatibles sur le plan clinique et après biopsie, avec un lupus cutané subaigu ou un lupus discoïde. Pancytopénie et aplasie médullaire : Après commercialisation des cas de pancytopénie et d'aplasie médullaire ont été rapportés, dont certains ont eu une issue fatale (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi). Maladie interstitielle du poumon : Après commercialisation, des cas de maladie interstitielle du poumon (incluant la pneumopathie et la fibrose pulmonaire) ont été rapportés, dont certains ont eu une issue fatale. Traitement concomitant avec l'anakinra : Dans les études où les patients adultes ont reçu un traitement concomitant par Enbrel et l'anakinra, un taux plus élevé d'infections graves a été observé par rapport à Enbrel seul et 2% des patients (3/139) ont présenté une neutropénie (polynucléaires neutrophiles < 1000/mm^3). Tandis qu'il présentait une neutropénie, un patient a développé une cellulite qui a guéri après hospitalisation (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi et Interactions médicamenteuses). *Population pédiatrique* : Effets indésirables chez l'enfant atteint d'arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire : En général, les événements indésirables chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique ont été similaires en fréquence et en nature à ceux observés chez les adultes. Les différences par rapport aux adultes et les autres particularités sont décrites dans les rubriques suivantes. Les types d'infections rapportés dans les essais cliniques chez des patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique âgés de 2 à 18 ans étaient généralement peu sévères à modérés et similaires aux types d'infections communément observés chez des patients pédiatriques. Les événements indésirables sévères rapportés ont été des varicelles avec des signes et symptômes de méningite aseptique suivie d'une guérison sans séquelle (cf. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi), appendicite, gastro-entérite, dépression / trouble de la personnalité, ulcère cutané, œsophagite / gastrite, choc septique à streptocoque du groupe A, diabète de type I et infection d'une plaie post-opératoire et du tissu mou. Dans une étude chez des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique âgés de 4 à 17 ans, 43 des 69 enfants (62%) ont présenté une infection en recevant Enbrel pendant les 3 mois de l'étude (partie 1 en ouvert) et la fréquence ainsi que la sévérité des infections étaient similaires chez les 58 patients ayant poursuivi l'étude d'extension en ouvert pendant 12 mois. Les types et la proportion de l'ensemble des événements indésirables chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique étaient similaires à ceux observés dans les essais cliniques d'Enbrel chez les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde et étaient en majorité d'intensité légère. Plusieurs événements indésirables ont été rapportés plus fréquemment chez les 69 patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique ayant reçu Enbrel pendant 3 mois en comparaison aux 349 patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Il s'agissait de céphalées (19% des patients, 1,7 événements par patient-année), nausées (9%, 1,0 événement par patient-année), douleurs abdominales (19%, 0,74 événement par patient-année), et vomissements (13%, 0,74 événement par patient-année). Quatre cas de syndrome d'activation macrophagique ont été rapportés au cours des essais cliniques dans l'arthrite juvénile idiopathique. Depuis la commercialisation, des cas de maladie intestinale inflammatoire ont été rapportés chez des patients atteints d'AJI traités par Enbrel ; un petit nombre de ces cas a récidivé lors de la reprise du traitement par Enbrel (cf. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi). Effets indésirables chez l'enfant atteint de psoriasis en plaques : Dans une étude sur 48 semaines réalisée chez 211 enfants âgés de 4 à 17 ans et atteints de psoriasis en plaques, les évènements indésirables rapportés ont été similaires à ceux observés dans les études antérieures réalisées chez des adultes atteints de psoriasis en plaques. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES : • Propriétés pharmacodynamiques :** Classe pharmacothérapeutique : Immunosuppresseurs, Inhibiteurs du Facteur Nécrosant des Tumeurs alpha (TNFα). Code ATC : L04AB01. **DONNÉES PHARMACEUTIQUES :** A conserver au réfrigérateur (+2°C - +8°C). Ne pas congeler. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli.* Enbrel peut être conservé à une température ne dépassant pas 25°C pendant une durée maximum de 4 semaines, non renouvelable ; après quoi il ne doit pas être mis à nouveau au réfrigérateur. Enbrel doit être jeté s'il n'est pas utilisé dans les 4 semaines suivant le retrait du réfrigérateur. *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Conserver les seringues pré-remplies ou les stylos pré-remplis dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. *Durée de conservation de Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* 30 mois. *Durée de conservation de Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique et Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* 3 ans. **NUMERO AU REGISTRE COMMUNAUTAIRE DES MEDICAMENTS :** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : EU/1/99/126/013. Enbrel 50 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : EU/1/99/126/017. Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : EU/1/99/126/012. Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable : EU/1/99/126/003. Enbrel 50 mg – solution injectable en stylo pré-rempli : EU/1/99/126/020. Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : EU/1/99/126/022. **PRESENTATION ET NUMERO D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie – Boîte de 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 377 191-0 0. PRIX : 532,35 € Enbrel 50 mg – solution injectable en seringue pré-remplie – Boîte de 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 377 195-6 8. PRIX : 1023,58. Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies; CIP : 34009 376 841-1 8. PRIX : 532,35 – Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 360 649-9 7. PRIX : 532,35 €. Enbrel 50 mg - solution injectable en stylo pré-rempli – Boîte de 4 stylos pré-remplis : CIP : 34009 396 052-2 7. PRIX : 1023,58 €. Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique – Boîte de 4 flacons et 4 seringues pré-remplies ; CIP : 34009 216 763 2 7. Demande d'inscription au remboursement en cours. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DELIVRANCE : Liste I :** Médicament soumis à prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en pédiatrie ou en dermatologie. Remb. Séc. Soc. à 65% selon la procédure des médicaments d'exception (prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique) – Collect (à l'exception des indications arthrite juvénile idiopathique entre 2 et 4 ans et psoriasis en plaques sévère chronique entre 6 et 8 ans et pour la présentation 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique pour lesquelles une demande d'inscription au remboursement est en cours). Inscrit sur la liste des spécialités prises en charge en sus de la T2A. Prix de vente (HT) par UCD aux établissements de santé : 113,473 € (Enbrel 25 mg et Enbrel 25 mg/ml) et 226,945 € (Enbrel 50 mg) **MEDICAMENT D'EXCEPTION :** Prescription sur une ordonnance de médicament d'exception, dans le respect des mentions de la fiche d'information thérapeutique. **EXPLOITANT :** PFIZER – 23-25 avenue du Dr Lannelongue – 75014 Paris – Tél. (information médicale : 01 58 07 34 40. ® : marque déposée. **Date d'AMM / Date de révision d'AMM** Enbrel 25 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : 26/09/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 50 mg - solution injectable en seringue pré-remplie : 26/09/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 25 mg/ml - poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : 04/08/2006 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 25 mg - poudre et solvant pour solution injectable : 16/09/2002 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 50 mg – solution injectable en stylo pré-rempli : 16/07/2009 – rév. 24/08/2011 – Enbrel 10 mg – poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique : 24/08/2011 – **Pour plus d'informations, se référer au Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'Agence européenne du Médicament http://www.ema.europa.eu ou à défaut sur demande auprès du laboratoire**. Version n°008-12/11.

Direction efficacité

Visa N° : 12/06/68667580/PM/ 003- Réf ENBY110155. Tous droits réservés 2012 © Pfizer SAS au capital de 38 200 euros.
RCS Paris 433 623 550 - Locataire gérant de Pfizer Holding France.

MÉDICAMENT D'EXCEPTION, prescription en conformité avec la Fiche d'Information Thérapeutique

DÉNOMINATION : Enbrel ® 25 mg, solution injectable en seringue pré-remplie. Enbrel ® 50 mg, solution injectable en seringue pré-remplie. Enbrel ® 25 mg/ml, poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique. Enbrel ® 25 mg, poudre et solvant pour solution injectable. Enbrel ® 50 mg, solution injectable en stylo pré-rempli. Enbrel ® 10 mg, poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique. **COMPOSITION :** *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie :* Chaque seringue pré-remplie contient 25 mg (Enbrel 25 mg) ou 50 mg (Enbrel 50 mg) d'etanercept. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique :* Chaque flacon contient 25 mg d'etanercept. Après reconstitution, la solution contient 25 mg/ml d'etanercept. *Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable :* Chaque flacon contient 25 mg d'etanercept. *Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Chaque stylo pré-rempli contient 50 mg d'etanercept. *Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Chaque présentation contient 10 mg d'etanercept. Après reconstitution, la solution contient 10mg/ml d'etanercept. **FORME PHARMACEUTIQUE :** *Enbrel 25 mg et 50 mg en seringue pré-remplie* (cf. Nature et contenu de l'emballage extérieur): Solution injectable. La solution est limpide et incolore ou jaune pâle. *Enbrel 25 mg/ml pour usage pédiatrique, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable, Enbrel 10 mg poudre et solvant pour solution injectable pour usage pédiatrique :* Poudre et solvant pour solution injectable (poudre pour injection). La poudre est blanche. Le solvant est un liquide limpide et incolore. *Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Solution injectable. La solution est limpide et incolore ou jaune pâle. **DONNÉES CLINIQUES :** • **Indications thérapeutiques :** *Enbrel 25 mg et Enbrel 50 mg en seringue pré-remplie, Enbrel 25 mg poudre et solvant pour solution injectable et Enbrel 50 mg en stylo pré-rempli :* Polyarthrite rhumatoïde : Enbrel en association au méthotrexate est indiqué pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérément à sévèrement active de l'adulte en cas de réponse