



Editorial

Chère Madame, Chère Mademoiselle, Cher Monsieur,

Ce numéro de novembre signe le 5^{ème} anniversaire de la participation pour les premiers d'entre vous, volontaires de la cohorte ESPOIR, déjà reconnue au plan international. Votre contribution à la cohorte ESPOIR dès le début de votre maladie offre à la communauté des chercheurs une opportunité précieuse de mieux en connaître les conséquences précoces. Voici les premiers résultats significatifs :

- les caractéristiques de votre maladie sont décrites principalement en fonction de son activité inflammatoire et de votre capacité fonctionnelle moyenne pour la période 2002-2005 ;
- des résultats nouveaux concernent la performance de la radiographie des pieds pour le diagnostic au début ;
- l'analyse du délai de prise en charge par un rhumatologue indique des voies d'amélioration possibles, mais complexes, pour la prise en charge précoce des futurs malades.

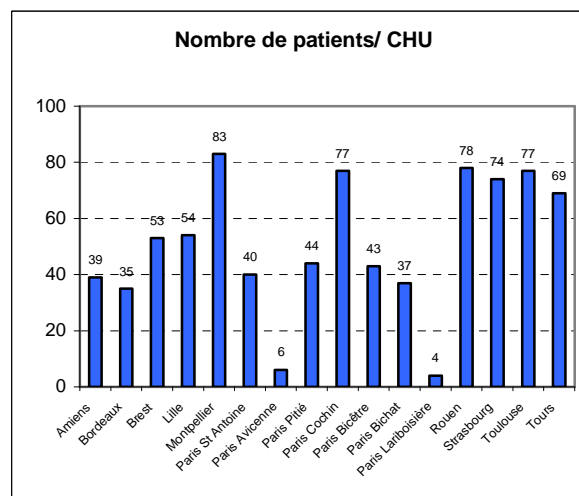
Ces résultats ont été portés devant la communauté internationale au congrès américain de rhumatologie (Boston, novembre 2007) et le seront devant la communauté francophone lors du congrès français de rhumatologie (Paris, décembre 2007). Ils sont le début prometteur des connaissances nouvelles qu'ESPOIR peut ainsi apporter aux chercheurs, aux malades, aux médecins et aux responsables de santé publique.

Merci et bonne lecture

Pr Francis Guillemin

Bilan des inclusions et description des patients de la cohorte

En quelques chiffres ESPOIR c'est : 813 patients, 16 CHU et un réseau de 655 rhumatologues.



Le 1er patient a été inclus en novembre 2002 et le 813ième en avril 2005. Les CHU ont recruté pendant 2 ans et demi; les 1ères visites à 5 ans vont débiter prochainement.

La moyenne d'âge est de 48 ans et la cohorte est majoritairement représentée par des femmes (624 pour 189 hommes).

16 % d'entre vous ont des antécédents familiaux de rhumatisme inflammatoire chronique.

A l'entrée dans l'étude, vous présentiez en moyenne 8.5 articulations douloureuses et 7 articulations gonflées. Le dérouillage matinal de vos articulations était en moyenne de 1h30. L'activité de la maladie mesurée par le DAS28 (score établi à partir des données de l'examen clinique articulaire et de la vitesse de sédimentation) décroît en moyenne au cours des visites ce qui est normal puisque vos traitements limitent l'activité de votre maladie.

Visites	Inclusion	6 mois	1 an
Moyenne DAS28	5.11	3.39	3.14
Activité correspondante au DAS28	Elevée	Moyenne	Basse

597 d'entre vous ont effectivement débuté un traitement de fond après la 1^{ère} visite, 335 une corticothérapie orale (121 ont reçu des infiltrations), 538 sont sous anti-inflammatoires et 393 sous antalgiques.

Le HAQ est l'indice le plus utilisé en pratique courante dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), il mesure la capacité à effectuer les gestes de la vie courante (1er questionnaire rempli le jour des visites). A la 1ère visite, l'indice était compris entre 0 et 2.8. A 2.8, les personnes sont limitées dans les gestes de la vie courante et ont généralement une PR très active. En moyenne, le score décroît de 0.98 à 0.52 sur la 1ère année.

45.8 % d'entre vous ont un facteur rhumatoïde positif, 38.8 % ont des anticorps antiCCP qui sont les plus caractéristiques de la maladie et 53.7 % présente un gène HLA associé à la PR.

Grâce à vous, les 1ères études scientifiques permettant d'améliorer les connaissances sur la PR et la prise en charge thérapeutique ont pu débiter.

Nathalie Rincheval

Détection des érosions lors du bilan initial d'un rhumatisme inflammatoire débutant

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (PR) débutante reste parfois difficile à poser et amène le médecin à réaliser de nombreux examens complémentaires. Les radiographies des mains et des pieds de face font toujours partie de ce bilan initial car elles permettent souvent de détecter des destructions articulaires même en l'absence de symptômes. Parmi les lésions articulaires recherchées par le clinicien, la présence d'érosion est très fortement associée au diagnostic de PR. La cinquième articulation métatarso-phalangienne, en particulier est souvent pathologique. L'objectif de ce travail était de déterminer si la réalisation d'un cliché des avant-pieds en oblique en plus des pieds et des mains et poignets de face permettrait de détecter un plus grand nombre d'érosions. Toutes ces radiographies réalisées aux patients de la cohorte ESPOIR ont été relues par des médecins expérimentés dans la lecture des clichés radiologiques. Ces médecins ne connaissaient aucune

des données concernant les patients. Ils devaient déterminer s'il existait des lésions typiques de PR et leur attribuer un score de destruction (score de Sharp modifié). La reproductibilité de lecture a été vérifiée au préalable ainsi que la bonne qualité des clichés réalisés dans chaque centre. Au total, les clichés de 715 patients ont été lus, soit 2145 radiographies lues par deux lecteurs. Les radiographies ont été considérées comme de bonne qualité dans 96.5%. Globalement, 22% (160/715) des patients avaient une érosion typique de PR à l'entrée dans la cohorte. Ces érosions étaient présentes au moins aux mains chez 54% (86/160) des patients, aux pieds chez 73% (116/160) des patients. Parmi les patients, 10 % (16/160) n'avaient une atteinte détectée QUE sur la radiographie de pieds en oblique. En conclusion, devant une suspicion de PR débutante, ne pas faire la radiographie des mains exclu 28% des patients avec des érosions, 14% des patients si l'on ne fait pas la radiographie des pieds de face et 10% des patients si l'on ne fait pas celle des pieds en oblique. Ce cliché supplémentaire, simple à réaliser, aide donc à poser le diagnostic de PR érosive et ainsi à débiter un traitement.

Dr Valérie Devauchelle

Délai de prise en charge en milieu rhumatologique des personnes consultant pour une polyarthrite débutante.

Le recours rapide à un spécialiste rhumatologue, si possible au cours des 6 premières semaines suivant le début des symptômes fait partie des recommandations européennes de bonne prise en charge des polyarthrites débutantes. Nous avons donc regardé le délai de prise en charge en milieu rhumatologique des personnes de la cohorte ESPOIR. Le nombre de jours entre la date d'apparition du 1^{er} symptôme attribuable au rhumatisme et la date de 1^{ère} consultation en rhumatologie a été calculé pour les 813 personnes de la cohorte. Les déterminants de la rapidité de la prise en charge spécialisée ont ensuite été étudiés.

Le délai moyen pour consulter un médecin généraliste était de 26 jours et pour un rhumatologue de 76 jours. Les facteurs associés à un délai de prise en charge en

rhumatologie plus court étaient le mode de début explosif des symptômes, le caractère fixe des atteintes articulaires, un handicap important selon le HAQ (autoquestionnaire rempli par tous les patients), la région d'habitation (est ou sud-ouest), une densité élevée de rhumatologues et un accès direct au rhumatologue (avant la réforme de l'assurance maladie). 46% (375) des patients de la cohorte ont consulté en rhumatologie au cours des 6 premières semaines suivant l'apparition des premiers symptômes. Les facteurs significativement associés au respect de ce délai recommandé étaient également la densité régionale en médecins généralistes, le passage par le médecin généraliste, un handicap plus important, un début explosif, des atteintes articulaires fixes et la présence d'une fièvre.

	Probabilité de respect des 6 semaines multipliée par :
Mode de début explosif	1,8
Atteintes articulaires fixes	1,4
Présence d'une fièvre	2,8
Indice HAQ	1,3
Densité régionale en médecins généralistes (150 000/100 000)	0,7
Passage par le généraliste	0,6

Le délai moyen pour accéder au rhumatologue est globalement assez faible par comparaison à d'autres pays mais reste néanmoins supérieur à celui que recommande l'EULAR. A côté des caractéristiques de la maladie (début insidieux, intensité modérée ou faible des symptômes), certains facteurs sont liés à l'organisation des soins. Il existe des disparités régionales dues à des variations de démographie médicale et des différences dans le parcours de soins.

Pr Bruno Fautrel

Coordination Générale

B. Combe, JP. Daurès

Comité de Pilotage

A. Cantagrel, B. Combe, JP. Daurès, M. Dougados, B. Fautrel, F. Guillemin, X. Le Loët, I. Logeart, Ph. Ravaut, A. Saraux, J. Sibilia

Centres Régionaux

Amiens : P. Fardellone

Brest : A. Saraux

Bordeaux : Th. Schaefferbeke

Lille : RM. Flipo

Montpellier : B. Combe

Paris : F. Berenbaum, P. Bourgeois, M. Dougados,

X. Mariette, O. Meyer

Tours : Ph. Goupille

Rouen : X. Le Loët, O. Vittecoq

Strasbourg : J. Sibilia

Toulouse : A. Cantagrel

Coordination des Examens Biologiques

J. Benessiano, *Paris Bichat*

Coordination des Examens Radiologiques

V. Devauchelle, A. Saraux, *Brest*

ESPOIR

- **Promoteur** : Société Française de Rhumatologie
- **Soutien institutionnel** :
 - Société Française de Rhumatologie
 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm)
- **Soutien financier** :
 - **Laboratoire Merck-Sharp & Dohme-Chibret**
 - Laboratoires Abbott et Amgen