Dr. Maria Bacchus
President

Western Region Representative | Calgary, AB

Dr. Benjamin Chen
President-Elect

Ontario Region Representative | Napanee, ON

Dr. Stephen Hwang
Secretary-Treasurer

2013 Co-chair, Annual Meeting Committee
Ontario Region Representative | Toronto, ON

Dr. Neil Gibson

Western Region Representative | St. Albert, AB

Dr. Patrick Bergin

Eastern Region Representative | Charlottetown, PEI

Dr. Nadine Lahoud

Quebec Region Representative | LaSalle, QC

Dr. Donald Echenberg

Chair, CPD Subcommittee
Quebec Region Representative
CMA Representative | Sherbrooke, QC

Dr. Bert Govig

Quebec Region Representative
Vice-President, Health Promotion Committee | Amos, QC

Dr. Tom Maniatis

Quebec Region Representative | Montreal, QC

Dr. William Coke

Ontario Region Representative | Toronto, ON

Dr. Ameen Patel

Ontario Region Representative | Hamilton, ON

Dr. Anne Marie PausJenssen

Western Region Representative | Saskatoon, SK

Dr. Amy Hendricks

Western Region Representative | Yellowknife, NT

Dr. David Simpson

Eastern Region Representative | Halifax, NS

Dr. Pearl Behl

Resident Representative | Markham, ON

Other CSIM Positions

Dr. Gary Victor

Vice-President, Membership Affairs | Kelowna, BC

Dr. Bill Ghali

Vice-President, Research and Awards Committee
Calgary, AB

Dr. Jim Nishikawa

Vice-President, Education Committee
Representative on the RCPSC Specialty Committee
in Internal Medicine | Ottawa, ON

Dr. Don Farquhar

CJGIM Editor-in-Chief | London, ON

Dr. Brian Wong

2013 Co-chair, Annual Meeting Committee | Toronto, ON

Guest Editor's Message

The treatment landscape for rheumatoid arthritis (RA) has been transformed over the past decade with the introduction of biologic agents. Together with changes in treatment, earlier diagnosis and targeting low disease activity or remission have improved outcomes for patients with chronic inflammatory arthritis. The four articles in this supplement provide the background to better understand the merits and pitfalls in the use of biologic agents in inflammatory arthritis.

The first article highlights the management of RA. Key elements include early diagnosis and treatment. Drs. Mitch Uh and David Collins review the approach to treatment and monitoring of disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs), including biologic agents. The recommendations of the Canadian Rheumatology Association on the treatment of RA are discussed.

Dr. Gina Rohekar discusses the assessment of the risks and benefits of using biologic agents in inflammatory arthritis. The key reasons for treatment are many swollen joints, erosive disease, and worsening damage. The literature demonstrates that, with the exception of anakinra, biologic agents can achieve at least a 50% reduction in signs and symptoms, while inhibiting radiographic progression over background DMARDs. The caveats are risks of infection, malignancy, congestive heart failure, and neurological disease.

The spondyloarthropathies constitute a heterogeneous group of disorders encompassing ankylosing spondylitis, peripheral arthritis, uveitis, conjunctivitis, enthesitis, and psoriasis. In her article, Drs. Isabelle Hébert and Isabelle Fortin highlight the key elements of the clinical evaluation, laboratory assessment, diagnosis, and treatment of spondyloarthropathies. Earlier diagnosis requires an index of suspicion, combined with recognition of the clinical presentation. New diagnostic criteria are helpful.

The final article in this special supplement outlines the currently available biologic agents. There are key points to remember in using these agents and monitoring treated patients. The risk of infection is greater with biologic agents than with DMARDs alone, though co-morbid conditions and the use of corticosteroids play a role. Biologic agents should be held in the case of infection. Tumour necrosis factor (TNF) inhibitors and other biologic drugs should be withheld when surgery is considered; the duration depends on the half-life of the agents and time for wound healing.

The risk of lymphoma in general is not increased with the use of TNF inhibitors, though rare cases of hepatosplenic lymphoma have been reported in patients with Crohn's disease. Screening for latent tuberculosis infection is recommended in all patients prior to treatment.

Ideally, all routine vaccinations should be updated prior to treatment with biologic agents. Consider vaccination for herpes zoster. Live vaccines are to be avoided in patients on treatment.

Biologic agents are a major advancement in the therapeutic treatment of inflammatory arthritis. With appropriate monitoring and awareness, optimization of patient outcomes is achievable.

Alfred A. Cividino MD FRCPC FACP
Professor and Division Director
Division of Rheumatology, Department of Medicine
McMaster University, Hamilton, Ontario

Mot du rédacteur invité

Dans la dernière décennie, l'entrée en jeu des biomédicaments a transformé l'arsenal thérapeutique destiné à combattre la polyarthrite rhumatoïde. Outre ces nouveautés dans le traitement, le diagnostic précoce et la thérapeutique axée sur la baisse d'activité de la maladie ou la rémission ont amélioré les perspectives pour les patients atteints d'une arthropathie inflammatoire chronique. Les quatre articles du présent supplément offrent une vue d'ensemble des tenants et aboutissants de l'utilisation de biomédicaments dans le traitement de la polyarthrite inflammatoire.

Le premier passe en revue la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, plus particulièrement le diagnostic et le traitement hâtifs. Les D^{rs} Mitch Uh et David Collins examinent la démarche thérapeutique, la surveillance du traitement par les antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM), y compris les biomédicaments, et les recommandations de la Société canadienne de rhumatologie sur le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

La D^{re} Gina Rohekar aborde la question de l'évaluation des risques et des avantages des biomédicaments dans le traitement de la polyarthrite inflammatoire. Les nombreuses articulations enflées, la nature érosive de la maladie et l'aggravation des lésions constituent les principaux motifs du traitement. La documentation démontre que les biomédicaments, à l'exception de l'anakinra, peuvent amener une diminution minimale de 50 % des signes et des symptômes et freiner la progression de la maladie comme en fait foi la radiographie, quand ils s'ajoutent aux ARMM employés en traitement de fond. Les désavantages, ce sont les risques d'infection, de tumeur maligne, d'insuffisance cardiaque congestive et de maladie neurologique.

Les spondylarthropathies forment un groupe d'affections hétérogènes englobant la spondylarthrite ankylosante, l'arthrite périphérique, l'uvéite, la conjonctivite, l'enthésopathie et le psoriasis. Dans son article, la D^{re} Isabelle Hébert souligne les aspects majeurs de l'évaluation clinique, des analyses biomédicales, du diagnostic et du traitement de ce groupe

d'arthropathies. Le diagnostic précoce repose sur le dépistage des signes évocateurs et la connaissance de la présentation clinique. Les nouveaux critères diagnostiques sont utiles.

Le dernier article du supplément porte sur les biomédicaments offerts sur le marché. Certains éléments sont à prendre en considération dans l'utilisation de ces médicaments et dans la surveillance du traitement. Le risque d'infection est plus grand avec les biomédicaments qu'avec les ARMM employés seuls, quoique les maladies concomitantes et la corticothérapie le cas échéant y soient pour quelque chose également. En présence d'une infection, il convient de s'abstenir d'utiliser un biomédicament. De même, les inhibiteurs du facteur onconécrosant (TNF) et d'autres médicaments biologiques devraient être écartés en prévision d'une intervention chirurgicale, durant une période qui varie selon la demi-vie des médicaments en question et le délai de guérison de la plaie.

Même si de rares cas de lymphome hépatosplénique chez des patients atteints de la maladie de Crohn ont été rapportés, l'emploi des inhibiteurs du TNF n'est pas associé à un risque de lymphome accru en général. Le dépistage d'une tuberculose latente est une mesure générale recommandée avant d'instaurer le traitement.

En théorie, il est conseillé de mettre à jour les vaccins courants avant d'amorcer le traitement par un biomédicament. La vaccination contre le zona est à envisager. Durant le traitement, le vaccin vivant est à éviter.

Les biomédicaments représentent une avancée majeure dans la thérapeutique de la polyarthrite inflammatoire. Pour autant que l'on surveille le traitement de manière appropriée et que l'on connaisse ces médicaments, il est possible d'optimiser les résultats cliniques.

Alfred A. Cividino MD FRCPC FACP

Professeur et directeur de la division de rhumatologie au département de médecine
Université McMaster, Hamilton (Ontario)