



CANADIAN
RHEUMATOLOGY
ASSOCIATION

SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE RHUMATOLOGIE

MISE À JOUR #1 : Lignes directrices évolutives de la Société canadienne de rhumatologie sur la prise en charge pharmacologique de la polyarthrite rhumatoïde par des antirhumatismaux modificateurs de la maladie

RECOMMANDATION :

Chez les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR) dont la réponse à un premier inhibiteur du TNF a été inadéquate, nous suggérons un traitement avec un autre inhibiteur du TNF, un agent biologique de mécanisme d'action différent ou un inhibiteur de JAK. Dans le sous-groupe de patients à risque plus élevé de morbidité cardiovasculaire, nous suggérons un traitement avec un inhibiteur du TNF différent ou un autre type d'agent biologique plutôt qu'avec un inhibiteur de JAK (recommandation conditionnelle car basée sur une preuve de niveau modéré).

Remarques :

- Une réponse inadéquate se définit par une activité modérée à sévère de la maladie qui persiste après une période d'essai adéquate de 3 à 6 mois de traitement anti-TNF pris tel que prescrit.
- Cette recommandation suppose que l'activité de la maladie a persisté malgré les ajustements appropriés faits conjointement par le rhumatologue et son patient. Cela inclue l'ajout ou la modification d'un traitement en combinaison tel un agent anti-rhumatismal synthétique conventionnel ou une corticothérapie de courte durée (intra-articulaire, intra-musculaire ou orale).
- Les traitements spécifiquement visés par cette recommandation sont les inhibiteurs du TNF (adalimumab, certolizumab, étanercept, golimumab, infliximab), les agents biologiques de mécanismes d'action différents (abatacept, rituximab, tocilizumab) et les inhibiteurs de JAK (baricitinib, tofacitinib, upadacitinib). La recommandation s'applique à la fois aux médicaments originaux et à leurs versions biosimilaires ou génériques.
- Les critères d'admissibilité de l'étude de surveillance ORAL peuvent être utilisés pour déterminer quels patients sont à risque plus élevé de morbidité cardiovasculaire, soit: ≥ 50 ans et ≥ 1 facteur de risque supplémentaire (tabagisme, hypertension, faible taux de cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité, diabète sucré, antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, manifestations extra-articulaires de la PR ou antécédents personnels de maladie coronarienne).
- Il s'agit d'une recommandation conditionnelle. Ainsi, la décision concernant le traitement doit être prise de manière partagée entre le rhumatologue et le patient, y compris chez celui à haut risque de morbidité cardiovasculaire.
- Cette recommandation est adaptée de la directive originale qui peut être consultée ici : [lien]. Les modifications apportées au cadre décisionnel original i.e. de la donnée probante à la décision, sont en rouge dans celle-ci ici : [lien].

Argumentaire:

- Le panel a jugé que, chez les personnes atteintes de PR avec réponse inadéquate à un premier inhibiteur du TNF, les données probantes, bien que de niveau modéré, indiquent que le passage à un autre traitement apportait un bénéfice net substantiel par opposition à la poursuite du traitement ayant échoué. Cependant, il y a peu de différence dans le bénéfice net moyen entre les différents traitements de remplacement disponibles. Dans le sous-groupe de patients présentant un risque plus élevé de morbidité cardiovasculaire, le panel a estimé qu'au total, la

preuve favorisait l'utilisation d'un autre inhibiteur du TNF ou d'un agent biologique non-anti-TNF plutôt que d'un inhibiteur de JAK.

- Les risques associés aux inhibiteurs de JAK sont basés sur des données concernant le tofacitinib, et ils ont été étendus à tous les inhibiteurs de JAK compte tenu de la mise en garde faite dans l'encadré noir (black box) sur l'étiquette, ce qui laisse présumer un effet de classe pharmacologique.

En Pratique:

- L'observance stricte du traitement qui a échoué, doit être validée avant de le changer. Il est possible que les personnes qui ont des difficultés d'accès aux médicaments ou des préférences pour certaines voies d'administration n'aient pas pris le médicament comme prescrit.

ÉNONCÉS DE BONNES PRATIQUES CLINIQUES

Énoncé 1 : Toute personne atteinte de PR doit avoir un accès rapide et équitable à des soins en rhumatologie.

Énoncé 2 : Le choix de traitement doit être adapté au profil de la maladie et aux comorbidités de l'individu et fondé sur la prise de décision partagée.

Énoncé 3 : Le traitement doit viser la rémission et, lorsque cela n'est pas possible, l'activité minimale de la maladie.

Énoncé 4 : Les patients recevant un traitement doivent être informés de ses effets néfastes potentiels et des mesures de suivi appropriées.

Remarques importantes :

- Les patients devraient être encouragés à consulter leurs résultats (par exemple, tests de laboratoire) et recevoir une formation pour les aider à comprendre leur signification.

Énoncé 5 : Les patients atteints de PR doivent recevoir des soins préventifs et un dépistage adaptés aux facteurs de risque individuels.

Remarques importantes :

Les stratégies en médecine préventive comprennent entre autres:

- les vaccins
- les mesures de prévention de l'ostéoporose
- l'activité physique
- l'évaluation du risque cardiovasculaire
- le dépistage de cancers selon l'âge
- l'abandon du tabac

Les stratégies en médecine préventive peuvent être adaptées le cas échéant aux lignes directrices provinciales ou nationales. Bien que les médecins de première ligne soient en principe plus impliqués dans les soins préventifs, les rhumatologues sont parfois les mieux placés pour identifier chez leur patient rhumatoïde, les zones de risque élevé qui nécessitent une attention particulière.

Énoncé 6 : Les patients atteints de PR devraient, dans la mesure du possible, pouvoir participer à la recherche, comme participants, mais également comme partenaires ou représentants potentiels, afin d'approfondir leurs connaissances et leur compréhension de la maladie.

Énoncé 7 : Les patients atteints de PR devraient avoir accès à des équipes interdisciplinaires qui incluent des rhumatologues et d'autres professionnels de la santé formés et expérimentés dans la prise en charge personnalisée de la PR.

Remarques importantes :

- Les autres professionnels de la santé comprennent, entre autres, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et le personnel infirmier. Dans les modèles de soins partagés interdisciplinaires, ces professionnels travaillent de manière coordonnée avec le patient, le rhumatologue et le médecin de première ligne pour répondre aux besoins de santé spécifiques du patient.

Bien que l'offre de soins multidisciplinaires puisse manquer selon le contexte et le territoire géographique, l'ARC préconise que de telles équipes de professionnels avec leurs ressources respectives