



LE PROFESSIONNEL DU MOIS : LE RHUMATOLOGUE

INTERVIEW

DU DR YANNICK ALLANORE , RHUMATOLOGUE
À L'HÔPITAL COCHIN

“ LES TRAITEMENTS DE FOND CONVENTIONNELS “

Les recommandations de la HAS préconisent le méthotrexate comme traitement de fond de première intention ; pourquoi toutes les PR débutantes ne sont-elles pas traitées ainsi ?

Le traitement par méthotrexate est sans conteste le traitement de première ligne pour les PR débutantes et peut être aussi pour les arthrites indifférenciées à risque de devenir des PR. Ce traitement est bien toléré globalement et son efficacité semble potentialisée en utilisant la voie injectable. En toute logique, tout malade avec PR devrait recevoir initialement ce traitement et il est habituellement dit qu'environ 60 à 70 % des malades seront répondeurs avec ce traitement et seront durablement améliorés.

Seuls les malades ayant une contre-indication pourraient ne pas le recevoir, mais parmi les autres traitements de fond le léflunomide (Arava®) a globalement les mêmes contre-indications et la sulfasalazine (Salazopyrine®) est plutôt moins bien tolérée ; donc une très faible minorité de malades ne recevra pas de méthotrexate. Il faut probablement continuer à diffuser ce message afin qu'il passe mieux : un traitement de fond est indispensable dès le diagnostic de PR et peut-être même dès la suspicion et le méthotrexate en est le pivot.

Pourquoi certains patients PR n'ont-ils pas de traitement de fond ?

Il peut exister des problèmes de tolérance, mais la gamme des traitements existant est tout de même assez large pour que tous les patients puissent recevoir un traitement de fond. Il faut continuer à véhiculer ce message qui est, je crois, parfaitement connu de tous les spécialistes rhumatologues mais peut être moins en médecine générale. On peut parfois croire qu'une corticothérapie initiale qui aura un effet brillant peut suffire mais sans traitement de fond, la rechute est presque certaine et ces rebonds successifs avec séquences multiples de corticothérapie à doses variables est un mauvais scénario pour les atteintes structurales qui se construisent alors à bas bruit. Il faut un contrôle inflammatoire rapide, souvent avec une corticothérapie et un traitement visant à enrayer les perturbations immunologiques pour "bloquer" durablement le problème (traitement « d'entretien » ou traitement de fond).

Parmi les patients utilisant uniquement les traitements de fond conventionnels, quelle est environ la répartition par type de médicament ? (Méthotrexate, Léflunomide,...)

90-95 % pour le méthotrexate ; peu pour le léflunomide (Arava®) qui a les mêmes problèmes de tolérance ; 5 % pour la sulfasalazine (Salazopyrine®) et 5% pour l'hydroxychloroquine (Plaquenil®).

Comment peut-on associer les traitements de fond classiques aux biothérapies ? (associations positives, incompatibilités,...)

L'association est vivement recommandée pour toutes les biothérapies ; l'association biothérapie + méthotrexate est supérieure à la biothérapie seule et la tolérance est identique.

Peut-on envisager l'arrêt du traitement de fond si tout va bien ? Par exemple pour un patient en rémission (DAS 28 < 2,6) depuis 2 ans ?

C'est un nouveau "problème" permis par les progrès ; on vise maintenant une rémission de la PR et quand, par chance, elle est durable on souhaiterait pouvoir arrêter le traitement. C'est un contexte qui est maintenant en évaluation dans des essais cliniques. Il faut tout de même rester prudent et lorsque l'on constate l'excellente tolérance sur le long cours du méthotrexate, il ne faut pas tenter de l'arrêter trop tôt, au risque de voir la maladie se réveiller. Je crois donc qu'il faut savoir attendre, alléger dans un premier temps la corticothérapie vers une dose acceptable sur le long cours (0,1 mg/kg/j), supprimer les AINS (Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens) dès que possible, puis se donner du temps en mettant en perspective la sévérité de la maladie et les dangers du traitement sur le long cours. Il arrive que malgré plusieurs années de rémission une rechute se produise à l'arrêt du méthotrexate, donc patience. Une perspective pourrait toutefois se dégager : les malades traités tôt, mis en rémission rapidement, pourraient peut être plus facilement interrompre ultérieurement leur traitement. Donc toujours la même recommandation : traiter tôt et mettre en rémission le plus vite possible, cela empêche la maladie de s'installer "définitivement" et pourra peut être permettre d'alléger le traitement par la suite.