

A-t-on optimisé la dose du méthotrexate dans la polyarthrite rhumatoïde avant l'initiation d'un traitement biologique ?

résultats d'une étude algérienne multicentrique

R. Benaziez¹, F. Mechid¹, M. Berkache¹, I. Bencharif², H. Ayad³, S. Slimani⁴, N. Bahaz⁵, F. Rahal⁶, S. Oulabsir⁷, S. Lefkir⁵, F. Hanni⁶, A. Abiayad⁷, C. Dahou- Makhoulfi¹.

Service de rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger – Algérie¹.

Service de rhumatologie, CHU de constantine – Algérie².

Service de rhumatologie, CHU de Annaba – Algérie³.

Médecin rhumatologue libéral Batna – Algérie⁴.

Service de rhumatologie, CHU Benimessous, Alger – Algérie⁵.

Service de rhumatologie, EPH Benaknoun, Alger – Algérie⁶.

Service de rhumatologie, Hôpital militaire Ain Naadja, Alger – Algérie

Introduction

- Le méthotrexate (MTX) représente le traitement de référence de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Les différentes sociétés savantes recommandent d'optimiser sa dose avant l'introduction d'un bio médicament dans les cas où il est bien toléré.

- L'objectif de cette étude est d'évaluer la dose du MTX avant l'initiation d'un traitement biologique chez des patients présentant une PR .

Patients et méthodes:

- Etude transversale, multicentrique, incluant des PR répondant aux critères ACR 1987 et/ou ACR-EULAR 2010, sur une période de 6 mois (janvier-juin 2019). Nous avons recueillie les données suivantes: sexe, âge, comorbidités (diabète, HTA), taux de FR et d'ACPA, la dose du MTX, le taux de patients sous corticoïdes, le DAS 28 et le HAQ, SHARP modifié.

Résultats:

N= 239

| | Moyenne | Extremes |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Age | 48,3 ± 12,86 | 19 - 81 |
| Durée d'évolution | 13.6 ± 8.2 | 0,6 - 40 |
| SHARP modifié | 111.67 ± 98.16 | 0 -448 |
| ACPA | 228.76 ± 287.08 | 2-1600 |
| HAQ | 1.13 ± 0.82 | 0 - 2.87 |
| DAS 28 vs | 4.77 ± 1.46 | 0.77 - 12.26 |
| | femme | homme |
| Sexe | 78,2 % | 21,8 % |

Antécédents

| | |
|----------------|---------------|
| HTA | 14,6 % |
| Diabète | 13,4 % |

Niveau socio-économique

| | |
|--------------|---------------|
| bon | 37,2 % |
| moyen | 53,3 % |
| bas | 9,4 % |

Les FR sont positifs dans 59,8%.

La valeur moyenne des ACPA est de $228,76 \pm 287,08$ UI/L, positifs dans 73 %.

86,7 % des patients étaient cortisonés.

- 18,5% des patients avaient une dose de MTX comprise entre 20 et 25 mg/semaine.
- Sur les 82 % restant la dose moyenne de MTX était de 14 mg/semaine (10-18,5).

Discussion

Recommendation

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update

Josef S Smolen ,¹ Robert B M Landewé,^{2,3} Johannes W J Bijlsma,⁴
Gerd R Burmester,⁵ Maxime Dougados,⁶ Andreas Kerschbaumer ,¹ Iain B McInnes,⁷
Alexandre Sepriano ,⁸ Ronald F van Vollenhoven,⁹ Maarten de Wit ,¹⁰

Ann Rheum Dis: first published as 1

MTX : TRT de première intention (PR)
Dose optimale : 20-25 mg /semaine .

2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis

Liana Fraenkel,¹ Joan M. Bathon,² Bryant R. England,³ E. William St.Clair,⁴ Thurayya Arayssi,⁵ Kristine Carandang,⁶ Kevin D. Deane,⁷ Mark Genovese,⁸ Kent Kwas Huston,⁹ Gail Kerr,¹⁰ Joel Kremer,¹¹ Mary C. Nakamura,¹² Linda A. Russell,¹³ Jasvinder A. Singh,¹⁴ Benjamin J. Smith,¹⁵ Jeffrey A. Sparks,¹⁶ Shilpa Venkatachalam,¹⁷ Michael E. Weinblatt,¹⁶ Mounir Al-Gibbawi,¹⁸ Joshua F. Baker,¹⁹ Kamil E. Barbour,²⁰ Jennifer L. Barton,²¹ Laura Cappelli,²² Fatimah Chamseddine,¹⁸ Michael George,²³ Sindhu R. Johnson,²⁴ Lara Kahale,¹⁸ Basil S. Karam,¹⁸ Assem M. Khamis,¹⁸ Iris Navarro-Millán,²⁵ Reza Mirza,²⁶ Pascale Schwab,²¹ Namrata Singh,²⁷ Marat Turgunbaev,²⁸ Amy S. Turner,²⁸ Sally Yaacoub,¹⁸ and Elie A. Akl¹⁸

Le méthotrexate est fortement recommandé avant l'hydroxychloroquine ou la sulfasalazine pour les patients naïfs de traitement de fond avec activité de la maladie modérée à élevée.

Le méthotrexate en monothérapie est fortement recommandé plus que bDMARD ou tsDMARD monothérapie pour les patients naïfs de DMARD avec activité de la maladie modérée à élevée.

- La voie orale est préférée, malgré des preuves modérées suggérant une efficacité supérieure des injections sous-cutanées, en raison de la facilité d'administration orale et une biodisponibilité similaire.
- dose hebdomadaire d'au moins 15 mg.

Article original

Actualisation des Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde ☆

Claire Daien ^{a, b, 1} ✉, Charlotte Hua ^{c, d, 1}, Cécile Gaujoux-Viala ^{c, d}, Alain Cantagrel ^{e, f}, Madeleine Dubremetz ^g, Maxime Dougados ^{h, i, j}, Bruno Fautrel ^{k, l}, Xavier Mariette ^{m, n}, Nathalie Nayral ^{a, b}, Christophe Richez ^{o, p}, Alain Saraux ^{q, r}, Gérard Thibaud ^s, Daniel Wendling ^{t, u}, Laure Gossec ^{k, l, 1}, Bernard

Le méthotrexate est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR active avec une posologie initiale d'au moins 10 mg/semaine et une posologie optimale atteinte au maximum en 4 à 8 semaines (15 et 30 mg/semaine)

Underuse of Methotrexate in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A National Analysis of Prescribing Practices in the US

Melanie K Rohr ¹, Ted R Mikuls ¹, Stanley B Cohen ², J Carter Thorne ³, James R O'Dell ¹

Affiliations + expand

PMID: 27863180 DOI: [10.1002/acr.23152](https://doi.org/10.1002/acr.23152)

- étude nord-américaine : (N= 35 640). La dose moyenne du MTX per os au moment de l'initiation d'un biologique était de $15,3 \pm 5$ mg/semaine et seulement 37 % des patients prenaient > 15 mg/semaine.

Use of oral and subcutaneous methotrexate in rheumatoid arthritis patients in the United States

Jeffrey R Curtis ¹, Jie Zhang, Fenglong Xie, Tim Beukelman, Lang Chen, Joaquim Fernandes, Seth Ginsberg, Claire Spettell, Huifeng Yun, Kenneth G Saag, Michael Schiff

Affiliations + expand

PMID: 24942466 DOI: 10.1002/acr.22383

- N= 4048(assurance privée).
- Seulement 50 % des malades recevaient une dose de MTX = 20 mg/semaine.
- N= 20 431(medicare).
- Seulement 38% des malades recevaient une dose de MTX \geq 20 mg/semaine.

Limites et insuffisances

- La cause du passage a une biothérapie (toxicité, activité élevée de la maladie).
- La voie d'administration du MTX (orale ou sous-cutanée) avant de commencer le traitement biologique.

Conclusion :

A travers cette étude multicentrique on constate que la dose du MTX n'a pas été optimisée avant l'initiation d'une biothérapie chez la majorité des patients présentant une PR.