

**Mise à jour 2021 des
recommandations ACR dans le
traitement de la PR.**

Brahim Dahou

Rhumatologue libéral/ Blida

Introduction

- Au moins tous les 5ans, l'ACR publie de nouvelles mises à jour pour des diagnostics spécifiques telle la PR à l'aide du **PICO** (**P**opulation,**I**ntervention,**C**omposition and **R**esults) basées sur l'approche **GRADE** (**G**radings of **R**ecommandation,**A**ssessment and **E**valuation)
- Elle fait appel à un panel d'experts en impliquant l'avis des patients.

Principes généraux

- A- Le traitement des patients avec une PR doit viser **une prise en charge la meilleure possible** sur une décision partagée entre le patient et le rhumatologue.
- B- **Les rhumatologues** sont les spécialistes qui **doivent soigner en 1^{er} les sujets atteints de PR.**
- C- La PR implique des **coûts** individuels, sociétales et **médicaux élevés**, lesquels doivent être **pris en considération** par le rhumatologue traitant.

Recommandations révisées

- En début Juin 2021, l'ACR publie une mise au point sur la prise en charge thérapeutique de la PR.
- Quelques points clés sont relevés ici pour l'essentiel à notre pratique
- **1/Le traitement doit cibler la faible activité et non la rémission.**

Patients naïfs de DMARD:

- **2/ Le MTX doit être indiqué en priorité c/o les malades ayant une PR active modérée à sévère, en monothérapie initiale** qu'il faudrait optimiser par la suite avant l'HQC, SZP ou le Leflunomide.

Le MTX en monothérapie est fortement
Recommandé en cas de PR modérée à sévère
naïve de DMARD avant l'utilisation de
toute biothérapie (bDMARD/ tsDMARD ou
bithérapie/trithérapie csDMARD ou MTX+TNF.

Pour les patients à **comorbidités spécifiques**
(**IC**, atteinte pulmonaire et hépatique, nodules
rhumatoïdes) avec une **PR active modérée**, le
MTX est indiqué **en 1ere ligne**.

- **3/ L'HQC doit être considérée comme le traitement de 1ère ligne pour les PR à faible activité** en raison des effets secondaires très faibles (ce qui représente un changement majeur/au recos 2015 qui privilégiaient le MTX).
- **4/ La possibilité d'utiliser une trithérapie de DMARDS synthétiques (HQC+SZP) à la place d'une biothérapie associée au MTX n'apparaît plus dans cette mise à jour (faible tolérance à long terme) mais reste maintenue en cas de comorbidités chez les patients à faible revenu.**

- **5/Une nouvelle recommandation sur l'administration du MTX à l'initiation:**

pour la titration du MTX commencer à au moins 15 mg/s au lieu de < 15mg) en augmentant la dose par palier toutes les 4-6 s,

L'utilisation de la voie orale est préconisée au début

Du TRT.

En cas d'intolérance, il est recommandé de fractionner la dose du MTX sur 24 H ou passer à la voie s/c et/ou augmenter la dose de l'acide folique avant de switcher à un autre DMARD synthétique.

- La diminution graduelle du MTX est plutôt recommandée que celle d'un bDMARD ou ts DMARD en cas d'association chez les patients qui souhaitent arrêter le DMARDs.

- Il est recommandé de diminuer progressivement la dose de SZP plutôt que celle de l'HQC en cas de trithérapie si le patient a le désir d'alléger son TRT.
- La diminution graduelle du MTX est plutôt recommandé que celle d'un bDMARD ou ts DMARD en cas d'association chez les patients qui souhaitent arrêter le DMARD.

6/Pour les **DMARD** synthétiques:

En cas de rémission, il est recommandé de **maintenir la dose** que de la diminuer.

envisager plutôt une **diminution de la dose** qu'un **arrêt progressif** qui est préféré à l'**arrêt brutal**.

La **réduction progressive** ou l'**arrêt** d'un DMARD n'est **recommandé** que si le patient est en **faible activité** ou en **rémission depuis au moins 6 mois** et continue de prendre au moins un DMARD en cas d'association.

7/ Les corticostéroïdes à faible dose ne sont plus envisagés systématiquement dans la stratégie du traitement initial.

8/ Chez les patients naïfs de DMARD, l'utilisation des CS de n'est plus systématique à court terme en cas de PR modérée à sévère activité(< **3mois**)

La corticothérapie à long terme(>3mois) est fortement déconseillée.

- 9/ Si un patient est en **rémission prolongée**, on pourra envisager la **diminution du DMARD biologique** en particulier si celui-ci est prescrit en association au DMARD synthétique.
- 10/ En cas de **rémission prolongée au long terme**, une **réduction prudente du DMARD synthétique** doit être envisagée à l'issue d'une concertation entre le malade et son praticien.
- 11/ **Le Tofaticinib** (inhibiteur de Jak) **n'est plus envisagé en cas d'échec d'un DMARD biologique** pour intolérance CV et risque de tumeurs malignes.

Points clés

- Maintien du MTX comme thérapie de base dans les PR active modérée ou forte.
- L'HCQ est indiquée en 1ere ligne pour les PR à faible activité.
- La place des corticoïdes est minimisée en cas de PR débutante ou modérée.

Points clés

- La trithérapie des DMARD synthétiques à la place d'une biothérapie associée au MTX n'est privilégiée qu'en cas de comorbidité ou de patients à revenus faibles.
- Le Tofaticinib n'est plus envisagé en cas d'échec d'un traitement biologique pour intolérance CV notamment.
- Pour le reste de la stratégie thérapeutique de la PR, les recommandations ACR 2015 sont maintenues.

Référence article

- 2021 American College of Rheumatology
Guideline for the Treatment of Rheumatoid
Arthritis:
- **Fraenkel L. and all / Arthritis & Rheumatology
Vol.73.No. 7, July 2021, pp 1108-1123
DOI 10. 1002/art. 41752**