

## ACTUALITES SCIENTIFIQUES 2023 EN RHUMATOLOGIE

### Coordination

Pr Daniel Wendling

### Rédaction

Pr Valérie Devauchelle-Pensec

Pr Cécile Gaujoux-Viala

Pr Thierry Lequerré

Pr Cédric Lukas

Dr Marc Scherlinger

**Directeur de la publication:** Claudie Damour-Terrasson - **Rédacteur en chef:** Pr Bernard Combe

Ce diaporama a été réalisé en toute indépendance et sous la seule responsabilité des auteurs, du coordonnateur et du directeur de la publication, qui sont garants de l'objectivité de l'information délivrée. Attention : l'objectif de ce document (compte-rendu de congrès) est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche.

Sous l'égide de



Avec le soutien institutionnel de





# SOMMAIRE

## Les rhumatismes inflammatoires chroniques

I.	Polyarthrite rhumatoïde .....	6
II.	Spondyloarthrites .....	80
III.	Connectivites .....	105
IV.	Pédiatrie : arthrite juvénile idiopathique	130

# Chapitre I

## Polyarthrite rhumatoïde

Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Valérie Devauchelle-Pensec, Pr Cécile Gaujoux-Viala, Pr Thierry Lequerré**





## Question 1

La pneumopathie interstitielle dans la polyarthrite rhumatoïde en 2023 :  
que sait-on de plus ?

Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Thierry Lequerré**

## Comparaison du risque de survenue d'une pneumopathie interstitielle (PI) chez des patients atteints de PR ou de RhPso commençant un traitement de fond ciblé

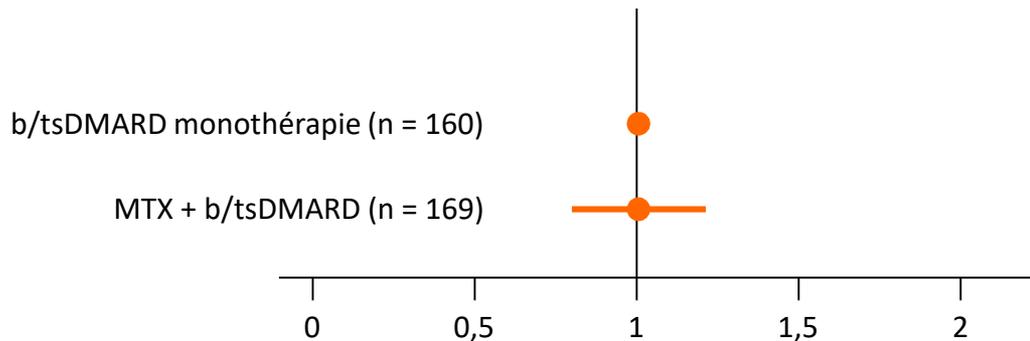
- Étude prospective à partir de registres (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède)
- Calcul d'incidence de survenue d'une PI par rapport à la population générale dans les 5 ans suivant l'introduction du traitement ciblé

Variable	PR (n = 37 010)	RhPso (n = 12 341)	Population générale (n = 569 451)
Patients-années à risque	153 090	47 586	2 443 426
Nombre de PI, n (%)	300 (0,8)	30 (0,2)	400 (0,1)
Incidence des PI/1 000 PA à risque	2,0 (1,8-2,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,2 (0,1-0,2)
Hazard ratio/population générale	10,1 (8,6-11,9)	5 (3,4-7,4)	Référence

➔ Le risque de survenue d'une PI est 2 fois plus élevé dans la PR que dans le RhPso

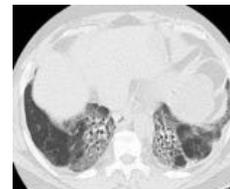
### Comparaison du risque de survenue d'une pneumopathie interstitielle (PI) chez des patients atteints de PR ou de RhPso commençant un traitement de fond ciblé avec ou sans MTX

- 49,3 % des patients avaient du MTX
- 169 PI chez des patients traités par MTX
- 160 PI chez des patients sans MTX



➔ **Le risque de survenue d'une PI n'est pas modifié par le MTX**

## Évaluation de l'impact de l'abatacept sur les PI communes (PIC)



PINS



PIC

- Étude observationnelle multicentrique espagnole incluant 392 PI, dont 172 PIC
- Suivi régulier de la CVF, de la DLCO, du scanner, de la dyspnée et de l'activité de la maladie

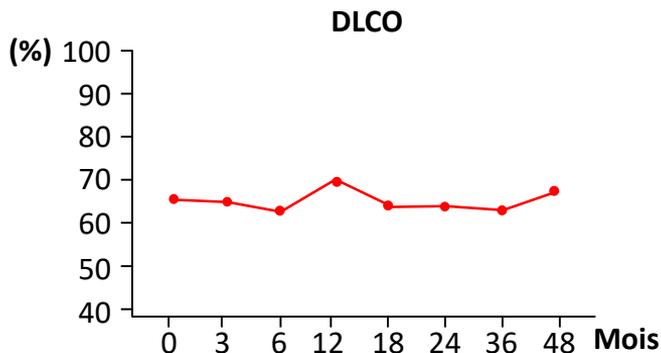
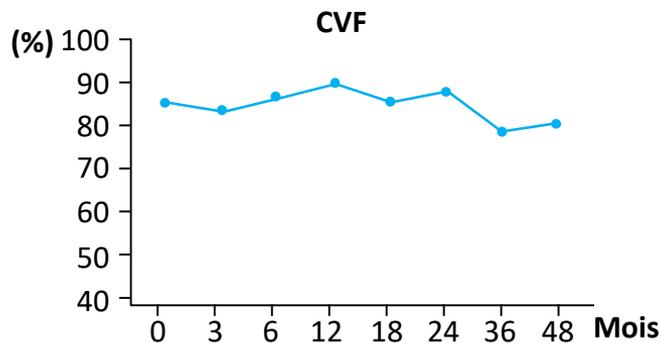
Variable	À l'inclusion
Âge*	67 ± 10 ans
FR+/ACPA+	93 %/89 %
DAS28 VS*	4,3 ± 1,5
ABA monothérapie	45 %
ABA + MTX	55 %
Dose de prednisone*	5 (5-10) mg/j

\* Moyenne.

Variable	À l'inclusion
Tabagisme	51 %
Durée de la PI	11 (3-39) mois
CVF* (% témoin)	85 ± 22 %
DLCO* (% témoin)	65 ± 19 %

### Évaluation de l'impact de l'abatacept sur les PIC

- Résultats après un suivi de 24 (10-44) mois
    - 70,2 % des patients ont amélioré ou stabilisé leur CVF
    - 66,9 % des patients ont amélioré ou stabilisé leur DLCO
    - 64,5 % des patients ont amélioré ou stabilisé leurs images de scanner
    - 78,6 % des patients ont amélioré ou stabilisé leur dyspnée
    - DAS28 VS final =  $2,5 \pm 1,5$
  - Arrêt de l'abatacept chez 39 patients (22,6 %)
    - 2 décès (étiologie non indiquée)
    - 17 aggravations de la PI
  - L'ABA semble stabiliser l'évolution de la PI, qu'elle soit débutante ou ancienne
- ➔ **Cette étude observationnelle confirme la stabilisation ou l'amélioration des PIC chez environ 60 à 70 % des patients sous abatacept avec un recul de 10 à 44 mois**





## Question 2- Cancers

Que faut-il savoir des cancers dans la polyarthrite rhumatoïde ?

Coordination

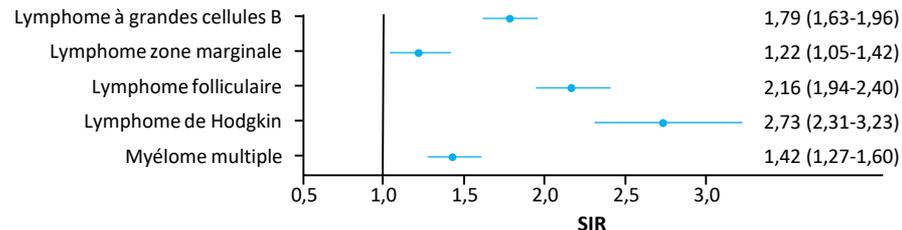
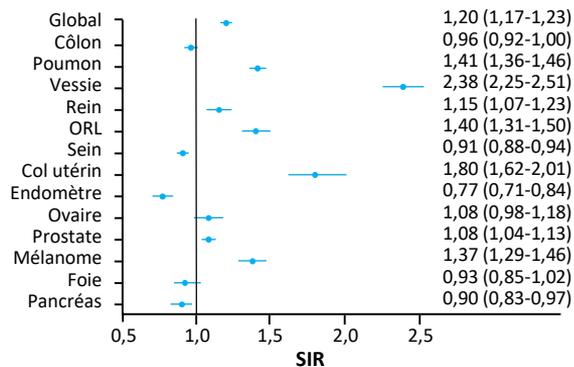
**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Thierry Lequerré**

## Évaluation des différents cancers à partir des données du SNDS (2010-2020) et du réseau français des registres de cancers

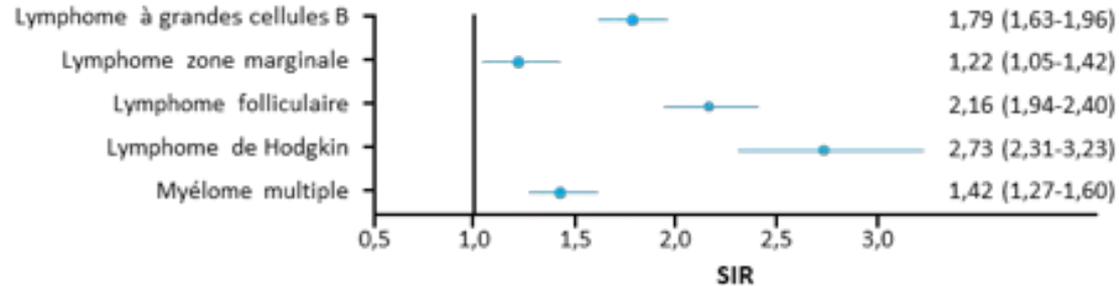
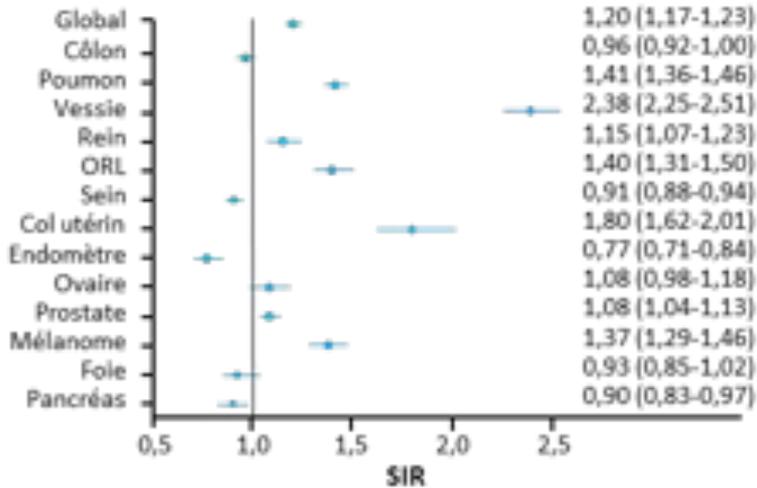
- 257 074 PR : 73,7 % de femmes ; âge = 58,3 (48-68,7) ans
- Durée de suivi = 8,7 (4,8-11,9) ans
- 19 682 patients avec 1 seul cancer (7,7 %) et 2 342 patients ≥ 2 cancers



- ➔ Le risque de cancer (lymphome, prostate, poumon, vessie, rein, col utérin et mélanome) est augmenté dans la PR par rapport à la population générale
- ➔ Le risque de cancer du sein, du pancréas et de l'endomètre serait moindre dans la PR par rapport à la population générale

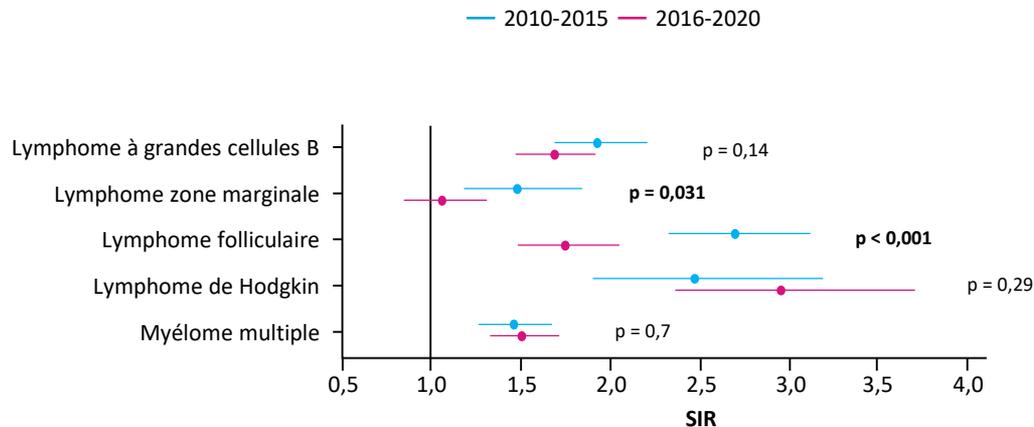
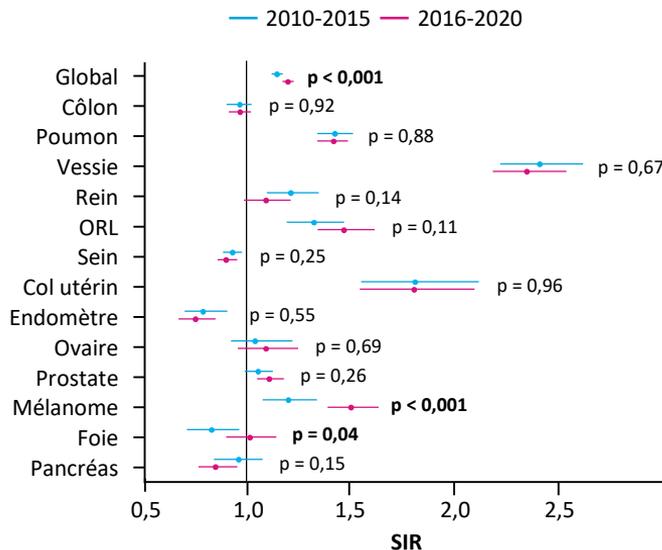
## Évaluation des différents cancers à partir des données du SNDS (2010-2020) et du réseau français des registres de cancers

- 257 074 PR : 73,7 % de femmes ; 58,3 (48-68,7) ans; Durée de suivi = 8,7 (4,8-11,9) ans



- ➔ Le risque de cancer (lymphome, prostate, poumon, vessie, rein, col utérin et mélanome) est augmenté dans la PR par rapport à la population générale
- ➔ Le risque de cancer du sein, du pancréas et de l'endomètre serait moindre dans la PR par rapport à la population générale

## Évolution du risque de survenue de cancers entre 2 périodes : 2010-2015 et 2016-2020



→ L'incidence des cancers a globalement diminué au fil du temps, surtout celle des lymphomes

→ L'incidence des mélanomes a augmenté au fil du temps

## Évaluation des différents cancers à partir des données du SNDS (2010-2020) et du réseau français des registres de cancers

- Traitements = 236 265 csDMARD, anti-TNF = 65 997, anti-IL-6 = 14 985, anti-CD20 = 13 398, ABA = 14 532, JAKi = 7 062.
- csDMARD (SIR 1.15 [1.13-1.17]), TNFi (SIR 1.11, [1.07-1.15]), abatacept (SIR 1.27 [1.16-1.39]), RTX (SIR 1.43 [1.31-1.55]) versus the general population
- Pas d'association anti-IL6 (SIR 1.00 [0.90-1.10]) et JAKi (SIR 0.97 [0.77-1.21]).

Les points à considérer chez un patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer avant d'introduire un ts/bDMARD: *task force* européenne composée de 25 experts (2 méthodologistes, 2 jeunes rhumatologues, 1 oncologue et 20 rhumatologues)

N°	Principes généraux	Niveau d'accord (moyenne ± DS)
1	Ces points à considérer ont été développés en respectant les recommandations EULAR pour la prise en charge des rhumatismes inflammatoires	9,6 ± 0,7
2	Un nouveau cancer ou une récurrence de cancer peut survenir chez un patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer	9,9 ± 0,2
3	Le risque individuel de récurrence de cancer doit être évalué sur la base des caractéristiques du patient, du cancer et du rhumatisme inflammatoire sous-jacent	9,8 ± 0,6
4	Le rhumatologue est responsable de la prise en charge du patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer	9,7 ± 0,7
5	Le traitement du patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer devrait viser à optimiser l'objectif thérapeutique et doit être choisi sur la base d'une discussion partagée entre le patient et le rhumatologue	9,7 ± 0,8

N°	Points à considérer	Niveau d'accord (moyenne ± DS)
1	Traiter un rhumatisme inflammatoire efficacement chez un patient ayant un antécédent de cancer est important pour réduire le risque de nouveau cancer	8,9 ± 2,1
2	<b>Le risque de complication d'un rhumatisme inflammatoire sous-traité doit être évalué par rapport au risque de récurrence potentiel de cancer avec un traitement ciblé</b>	9,8 ± 0,5
3	Le rhumatologue devrait s'impliquer avec les autres spécialistes du cancer dans la prise en charge d'un patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer	9,5 ± 1,1
4	<b>Le traitement de fond ciblé (ts/bDMARD) approprié peut être instauré sans délai chez un patient ayant un antécédent de cancer en rémission</b>	9,4 ± 0,9
5	Chez un patient ayant un rhumatisme inflammatoire et un antécédent de cancer, <b>les JAKi et l'abatacept doivent être utilisés avec prudence, et seulement en l'absence d'alternative thérapeutique</b>	8,9 ± 1,1
6	Quand un traitement de fond ciblé est indiqué chez un patient ayant un <b>antécédent de cancer solide</b> , les <b>biomédicaments anticytokiniques</b> peuvent être préférés aux autres options thérapeutiques	9,3 ± 1,0
7	Quand un traitement de fond ciblé est indiqué chez un patient ayant un <b>antécédent de lymphome</b> , les traitements ciblant le lymphocyte B peuvent être préférés aux autres options thérapeutiques	9,3 ± 1,1
8	Chez un patient ayant un antécédent de cancer non en rémission et un rhumatisme inflammatoire actif, la décision d'instaurer un traitement ciblé devrait être fondée sur une <b>décision partagée entre le patient, le rhumatologue et l'oncologue</b>	9,8 ± 0,5



## Question 2- Cancers

L'incidence des cancers avec les JAKi est-elle plus élevée qu'avec les autres classes thérapeutiques ?

Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Thierry Lequerré**

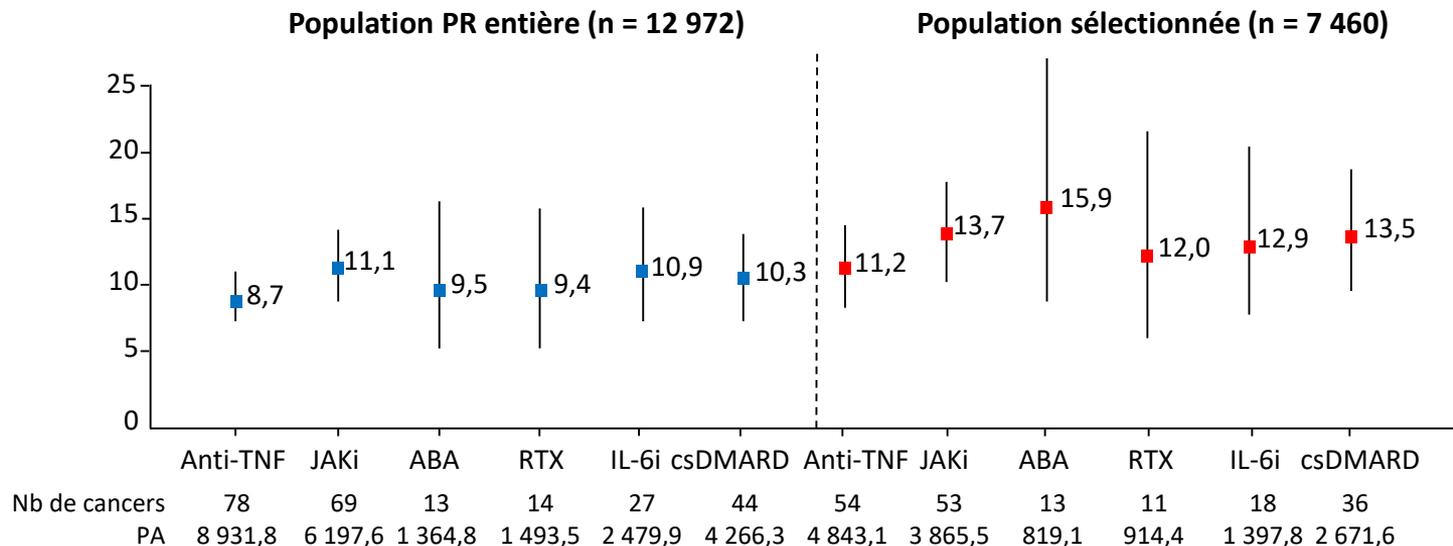
## Évaluation de l'incidence des cancers dans la PR entre 2017 et 2022

- Population totale du registre : 12 972 PR sans antécédents de cancer
- Population sélectionnée sur les critères d'ORAL Surveillance ( $\geq 50$  ans,  $\geq 1$  facteur de risque CV) : 7 460/12 972PR
- 221 cancers incidents

### Caractéristiques cliniques des patients PR à l'instauration du traitement

	TOTALITÉ DES PATIENTS						PATIENTS SÉLECTIONNÉS					
	JAKi (n = 3 071)	Anti-TNF (n = 3 780)	ABA (n = 789)	RTX (n = 852)	IL-6i (n = 1 198)	csDMARD (n = 3 282)	JAKi (n = 1 841)	Anti-TNF (n = 2 014)	ABA (n = 469)	RTX (n = 496)	IL-6i (n = 661)	csDMARD (n = 1 979)
Âge (années)	60,0	57,3	59,7	61,2	58,6	60,8	64,5	63,8	65,0	65,7	63,5	65,8
Hommes (%)	23,0	26,0	25,0	30,0	25,0	26,0	26,0	29,0	29,0	35,0	28,0	28,0
Durée de la maladie (ans)	12,6	9,4	11,9	15,4	11,0	11,3	13,5	10,2	13,0	15,8	11,8	12,0
FR+/ACPA+	79,0	74,0	82,0	92,0	79,0	74,0	79,0	74,0	82,0	90,0	78,0	74,0
DAS28 VS	4,1	4,3	4,4	3,7	4,2	3,7	4,3	4,5	4,5	3,8	4,4	3,8
Nbre de comorbidités	2,5	2,1	2,8	2,8	2,2	2,4	3,2	2,9	3,7	3,8	3,1	3,3
Fumeur actif (%)	26,0	26,0	27,0	22,0	27,0	26,0	35,0	37,0	36,0	29,0	36,0	33,0

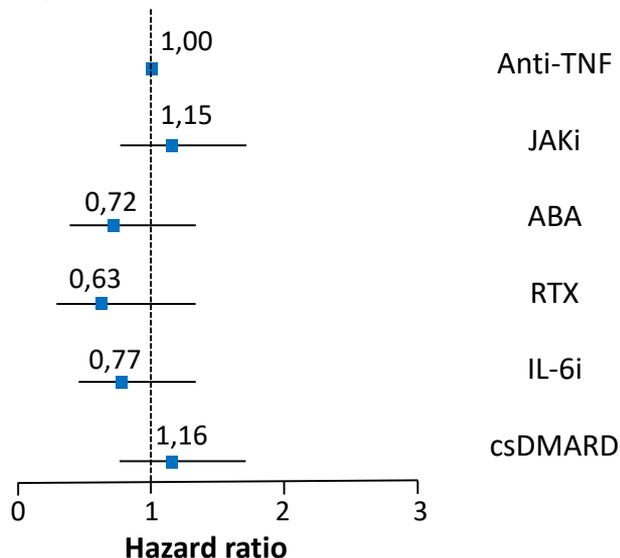
## Comparaison des taux d'incidence (pour 1 000 PA) des cancers pour chaque classe thérapeutique



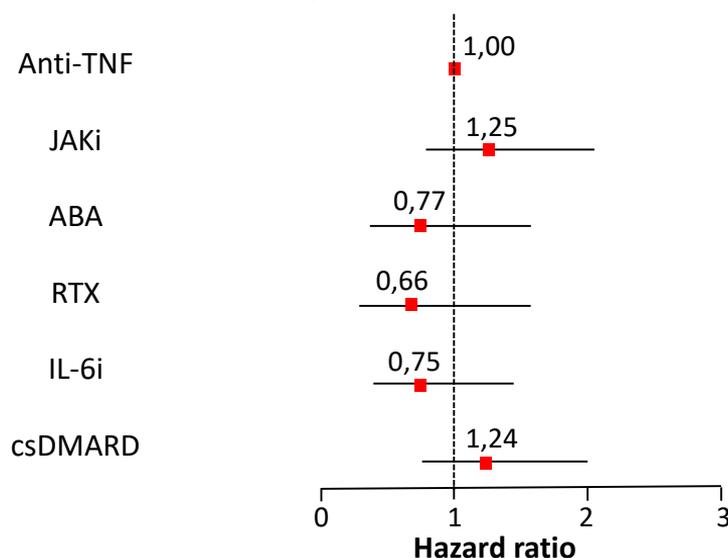
- ➔ Les taux d'incidence des cancers étaient globalement comparables, quelle que soient les classes thérapeutiques, dans la population générale et dans la population sélectionnée
- ➔ L'incidence des cancers reste cependant numériquement plus élevée avec les JAKi qu'avec les autres classes thérapeutiques

## Comparaison des taux d'incidence ajustée des cancers pour chaque classe thérapeutique par rapport aux anti-TNF

Population PR entière (n = 12 972)



Population sélectionnée (n = 7 460)



➔ Le risque de survenue d'un cancer avec les autres classes thérapeutiques, y compris les JAKi, est comparable à celui des anti-TNF



## Question 3- Rémission

Comment définir la rémission dans la polyarthrite rhumatoïde ?

Coordination

**Pr Daniel Wendling**

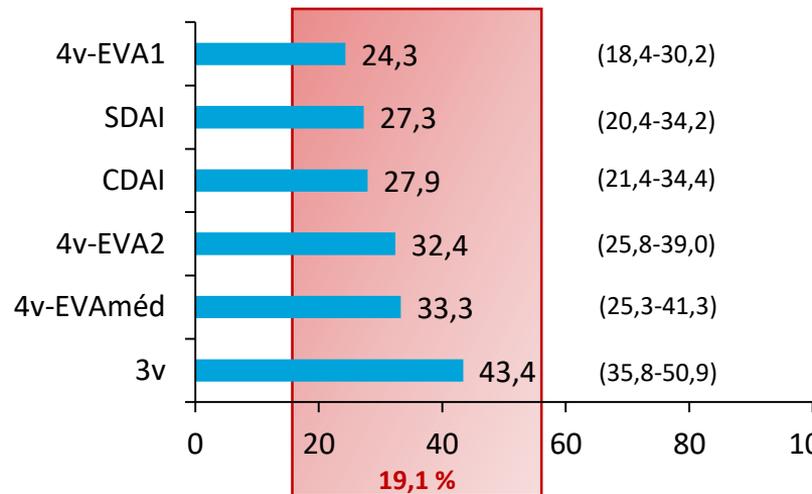
Rédaction

**Pr Thierry Lequerré**

## Faut-il garder l'EVA activité pour prédire la rémission afin d'éviter la progression structurale ?

- 4 423 PR issus de 8 essais randomisés contrôlés (DE019, TEMPO, LITHE, FUNCTION, RAPID 1 et 2, DE013, COMET) de 2 ans
  - Âge moyen : 53,2 (50,7-53,6) ans
  - Durée de la maladie : 5,7 (4,6-7,1)
  - DAS28 CRP : 5,1 (4,6-7,1)
- Critères de jugement : absence de progression structurale (mTSS  $\leq$  0,5) à 2 ans
- 6 définitions de la rémission évaluées à 6 et 12 mois
  - Rémission booléenne 4v=NAD, NAG, CRP et EVA activité patient  $\leq$  1 (4v-EVA1)
  - Rémission booléenne 4v avec EVA activité  $\leq$  2 (4v-EVA2)
  - SDAI  $\leq$  3,3 (NAD, NAG, EVA activité patient et médecin, CRP)
  - CDAI  $\leq$  2,8 (NAD, NAG, EVA activité patient et médecin, CRP)
  - Rémission avec 4v en remplaçant l'EVA activité patient par l'EVA médecin (4v-EVAméd)
  - Rémission 3v sans EVA activité patient (3v)

Pourcentages de rémission selon les 6 définitions



## Faut-il garder l'EVA activité pour prédire la rémission afin d'éviter la progression structurale ?

Performance des différentes définitions de la rémission pour prédire l'absence de progression radiographique mTSS  $\leq 0,5$

Définition de la rémission	Vrais positifs	Vrais négatifs	Performance diagnostique
Rémission booléenne 4v avec l'EVA globale $\leq 1$	20,3 (14,7-25,9)	18,4 (12,4-24,1)	38,8 (34,1-43,5)
Rémission booléenne 4v avec l'EVA globale $\leq 2$	27,0 (20,6-33,5)	17,0 (11,6-22,3)	44,1 (39,9-48,5)
CDAI	23,2 (17,1-29,4)	17,7 (12,0-23,4)	41,1 (36,5-45,6)
SDAI	23,0 (16,5-29,5)	18,3 (12,3-24,3)	41,5 (37,1-48,5)
Rémission 4v avec l'EVA médecin à la place de l'EVA globale patient	27,8 (20,5-35,1)	16,9 (11,3-22,4)	44,8 (40,1-49,4)
Rémission 3v = NAD $\leq 1$ + NAG $\leq 1$ + CRP $\leq 1$ mg/dL.	36,0 (28,3-43,7)	15,0 (9,9-20,0)	51,1 (46,7-55,6)

➔ La rémission 3v reste la meilleure définition pour prédire l'absence de progression structurale à 2 ans  
Cette nouvelle définition de la rémission devrait permettre de limiter le risque de surtraitement



## Question 3 - Rémission à l'espacement

Quels sont les résultats à 10 ans d'une stratégie d'espacement des anti-TNF ?

Coordination

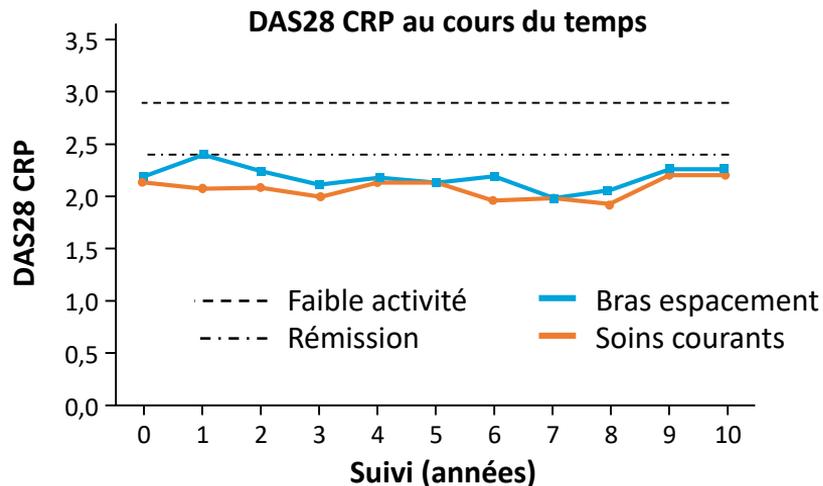
**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Cécile Gaujoux-Viala**

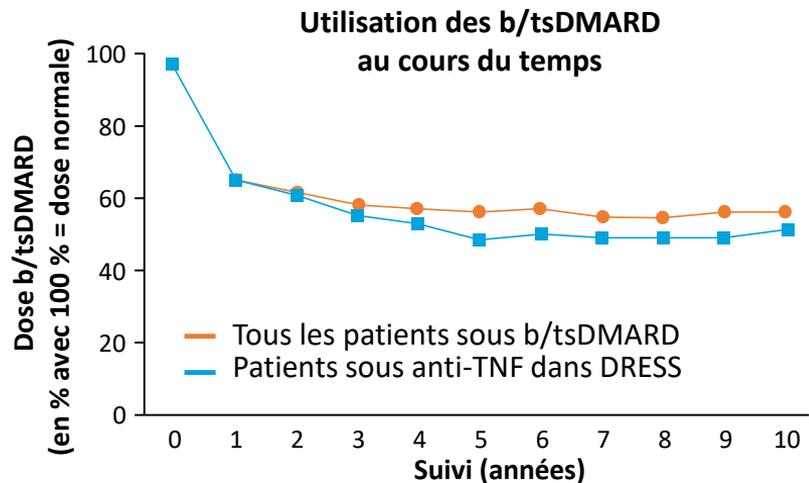
## Essai contrôlé en ouvert de non-infériorité sur 18 mois (étude DRESS)

- 170 PR sous anti-TNF  $\geq$  6 mois, en faible activité, randomisées
  - 113 dans le bras espacement (tous les 3 mois selon le DAS28 : 100 %-66 %-50 %-(33 %)-0 %)
  - 57 dans le bras standard/soins courants
  - Population
    - $\approx$  59 ans, 64 % de femmes
    - 80 % FR+, 73 % ACPA+
    - 61 % érosive
    - 66 % sous csDMARD
- Dans l'étude d'extension, tous les patients avaient la stratégie d'espacement
- Résultats à 10 ans à partir des données des dossiers médicaux



## Essai contrôlé en ouvert de non-infériorité sur 18 mois (étude DRESS)

- Résultats à 10 ans à partir des données des dossiers médicaux
  - 161/170 patients ont pu espacer leur anti-TNF
  - 119/161 patients ont pu arrêter leur anti-TNF
    - Pendant en moyenne 7 mois
  - Données structurales à 3 et 10 ans disponibles chez 86 patients
    - La progression structurale est associée à l'activité, pas à la dose de ttt ciblé



Tous b/tsDMARD	97 %	65 %	62 %	58 %	57 %	56 %	57 %	55 %	55 %	56 %	56 %
n b/tsDMARD	170	170	170	170	163	158	154	147	142	132	130
DRESS anti-TNF	97 %	65 %	61 %	55 %	53 %	49 %	50 %	49 %	49 %	49 %	51 %
n DRESS anti-TNF	170	170	167	159	145	129	121	110	104	92	85

➔ La stratégie d'espacement des traitements ciblés est possible chez beaucoup de patients PR, sans impact délétère sur la progression structurale sous réserve d'une stratégie de contrôle serré



## Question 4- D2T PR Nouveaux TT

Le nouveau médicament TLL-018 pourra-t-il résoudre le problème des polyarthrites rhumatoïdes difficiles à traiter ?

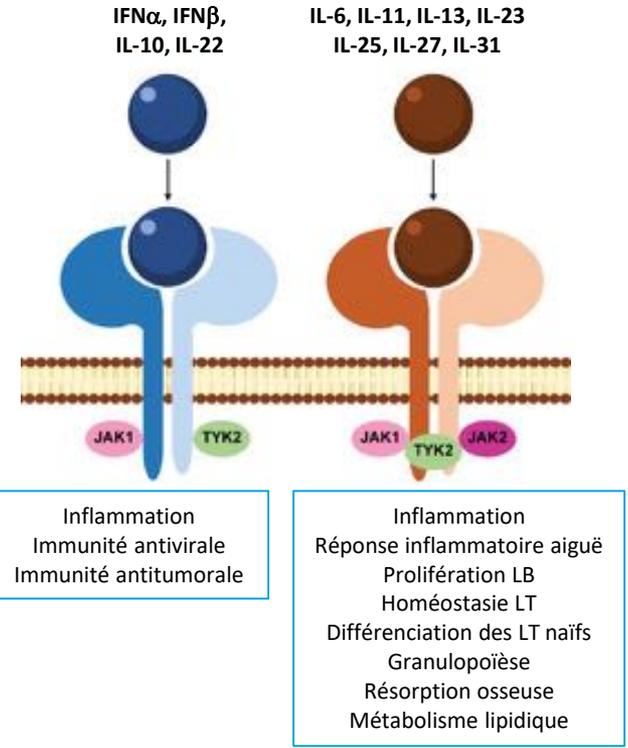
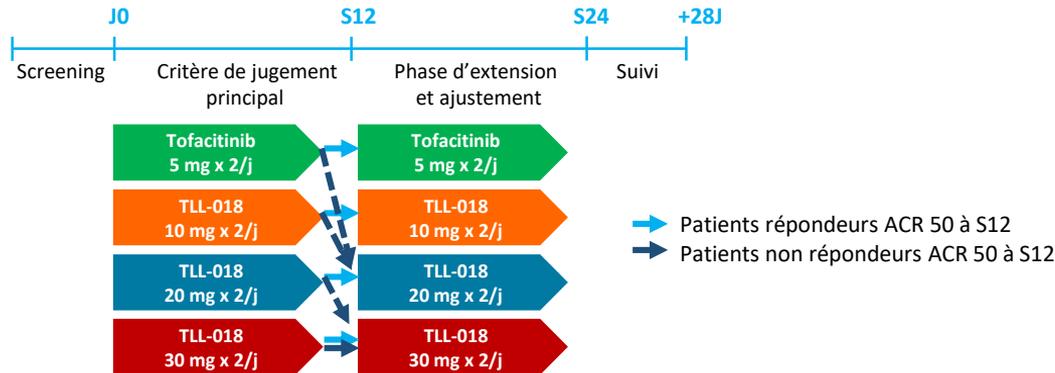
Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

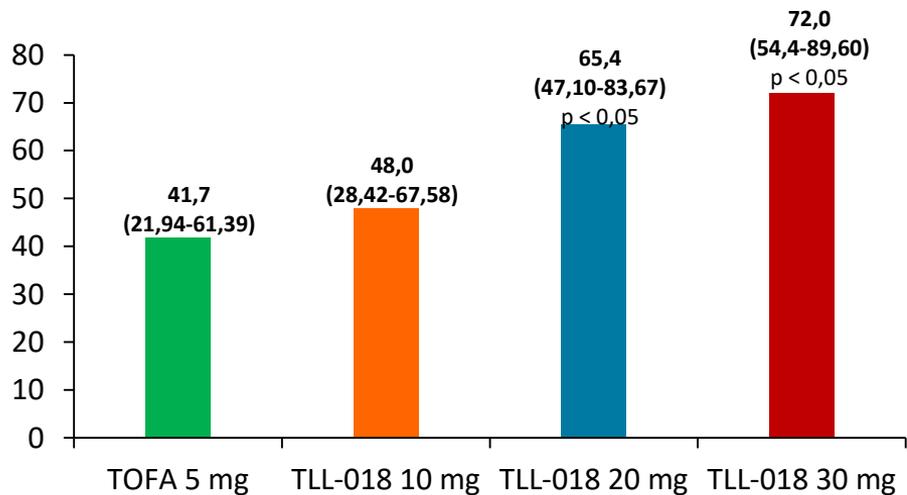
**Pr Thierry Lequerré**

- TLL-018 : JAKi ciblant JAK1/TYK2
- Étude “head to head” de phase II comparant le TLL-018 10, 20 ou 30 mg et le tofacitinib 5 mg × 2/j
  - 101 PR actives : 49 % exposés à un bDMARD et 27 % à un tsDMARD, tous sevrés en corticoïdes
  - Âge moyen = 51,9 ± 10,2 ans ; 81,3 % de femmes
  - Critère de jugement principal = ACR 50 à 12 semaines

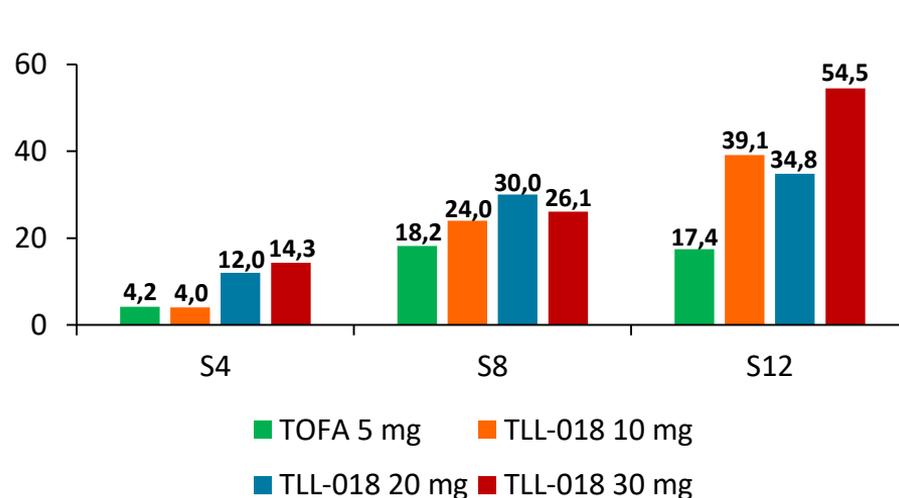


## Étude *head to head* de phase II comparant le tofacitinib et le TLL-018

Répondeurs ACR 50 après 12 semaines (%)

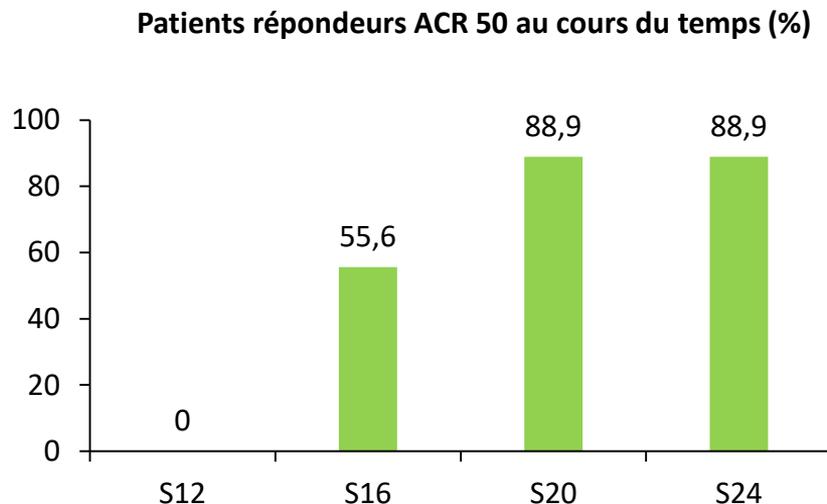


Patients en rémission DAS28 après 12 semaines (%)



➔ Le TLL-018 aux posologies de 20 mg ou 30 mg était significativement plus efficace que le tofacitinib après 12 semaines de traitement, avec une tolérance satisfaisante

### Pourcentage de réponses au fil du temps pour les patients passés du tofacitinib au TLL-018



➔ Le TLL-018 20 mg a considérablement amélioré la réponse chez les patients qui n'avaient pas atteint l'ACR 50 avec le tofacitinib à S12



## Question 4- D2T PR Douleur

Pourquoi les patients restent-ils douloureux alors qu'ils répondent aux traitements ?

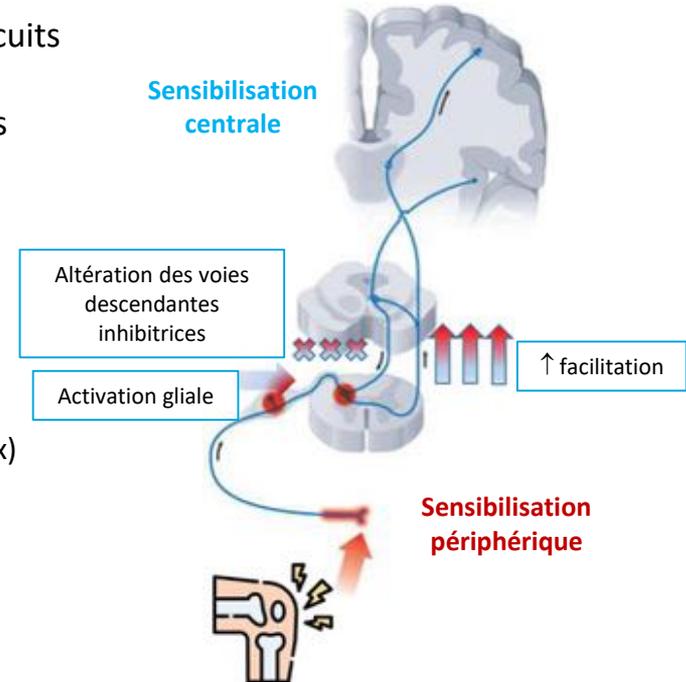
Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

**Pr Thierry Lequerré**

- La **sensibilisation centrale** (SC) correspond à une hypersensibilité des circuits de la douleur dans le système nerveux central, dont la réponse est disproportionnée par rapport au niveau des stimulations nociceptives périphériques
- C'est un processus lié à la chronicisation de la douleur induit par :
  - L'augmentation de la transmission synaptique excitatrice
  - L'altération des voies descendantes inhibitrices
  - La plasticité inadaptée de la moëlle épinière et/ou du cerveau
  - L'implication de cytokines telles que le TNF $\alpha$  (diminution du seuil douloureux)
- Elle peut être évaluée chez le patient douloureux chronique par :
  - Le score CSI (/100), qui est positif avec un seuil  $\geq 40$
  - Des tests statiques évaluant les seuils douloureux à la pression ou à la température
  - Des tests dynamiques comme la modulation de la douleur conditionnée (MDC)

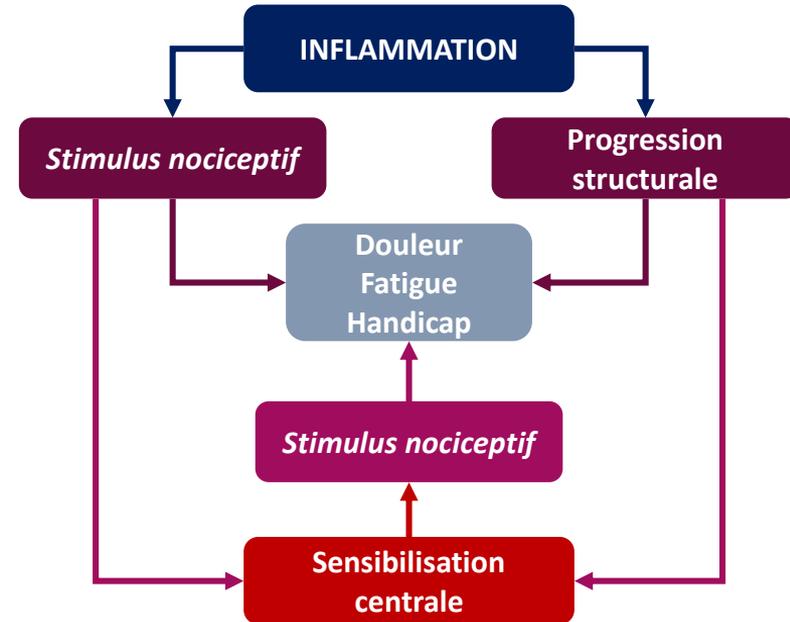


## Étude de la prévalence de la sensibilisation centrale dans la PR

- Étude multicentrique transversale italienne sur une file active de 192 PR
- Utilisation des questionnaires CSI (sensibilisation centrale), RAID (activité), ROAD (handicap fonctionnel) et Kihon (fragilité)
- **Caractéristiques des 192 PR**
  - Âge =  $58,4 \pm 12,2$  ans
  - Ancienneté de la maladie =  $71,3 \pm 16,5$  mois
  - CDAI =  $16,8 \pm 12,4$  ; 60 % érosives; RAID =  $5 \pm 2$
  - MTX : 62,5 % ; autres csDMARD : 17,2 % ; bDMARD : 40 % ; tsDMARD : 32,8 %

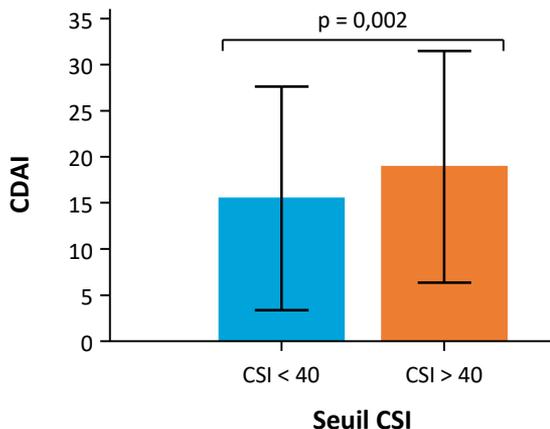
➔ **Score de sensibilisation centrale CSI =  $36,7 \pm 15,5$**

➔ **36,5 % des patients avaient un score CSI > 40**

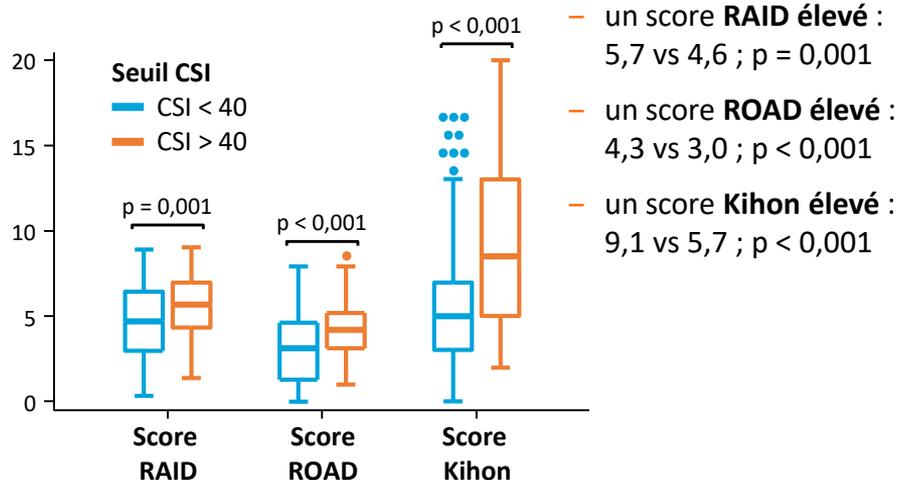


## Étude de l'association entre la sensibilisation centrale et l'activité, le handicap fonctionnel et la fragilité dans la PR

- CSI > 40 significativement associé à un CDAI élevé (20,4 vs 14,7 ;  $p = 0,002$ )



- CSI > 40 est significativement associé à :



- ➔ La sensibilisation centrale est significativement associée à l'activité de la PR (score RAID), à l'atteinte fonctionnelle (score ROAD) et à la fragilité (Kihon)

## Impact des anti-TNF $\alpha$ sur la sensibilisation centrale dans la PR et la SpA avant et après 6 mois de traitement

- 100 patients (50 PR et 50 SpA) inclus et 100 contrôles appariés sur l'âge et le sexe
- Introduction d'un anti-TNF $\alpha$  et suivi à 3 et 6 mois
  - 74 patients (36 PR et 38 SA) ont terminé l'étude
  - 54 % bonne réponse thérapeutique et 69 % rémission/LDA
  - 64 % douleur  $\leq$  3/10
- Critères de jugement à l'inclusion, 3 et 6 mois :
  - Mesure de la MDC
  - Mesure des seuils douloureux au chaud (SDC) et au froid (SDF)

**Protocole MDC**



**Seuil douloureux à la chaleur T0**  
Ex. : T0 42 °C



**1 min eau 8 °C**



**Seuil douloureux à la chaleur T1**  
Ex. : T1 45 °C

Effet MDC Ex. :  $\Delta T1 - T0 = +3$  °C

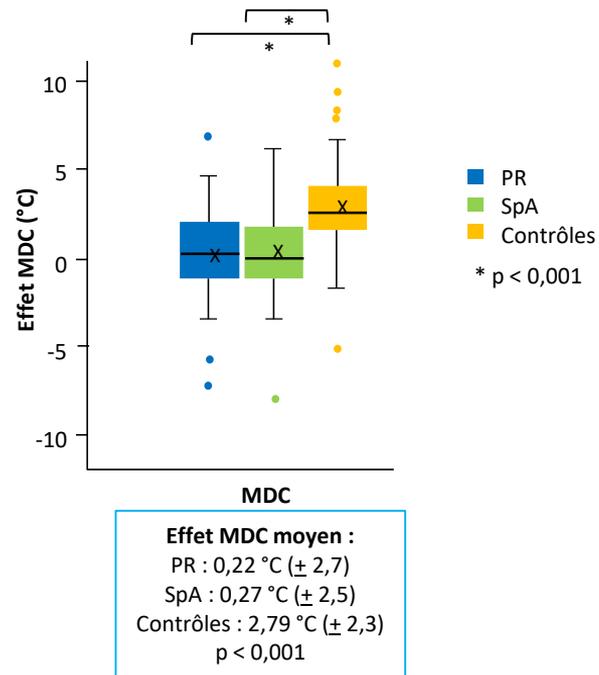
Effet MDC :  $\Delta$  seuil T1 – seuil T0

$\Delta$  positif : activation des voies descendantes inhibitrices de la douleur  
 $\Delta$  négatif ou nul : altération des voies descendantes inhibitrices de la douleur

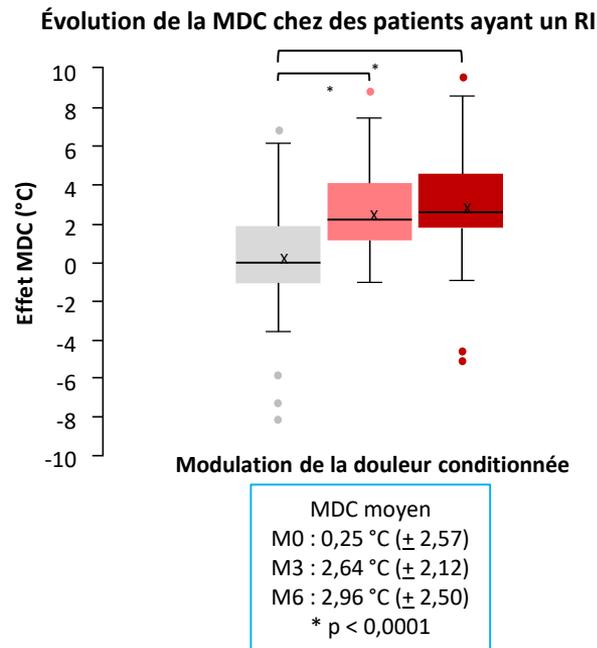
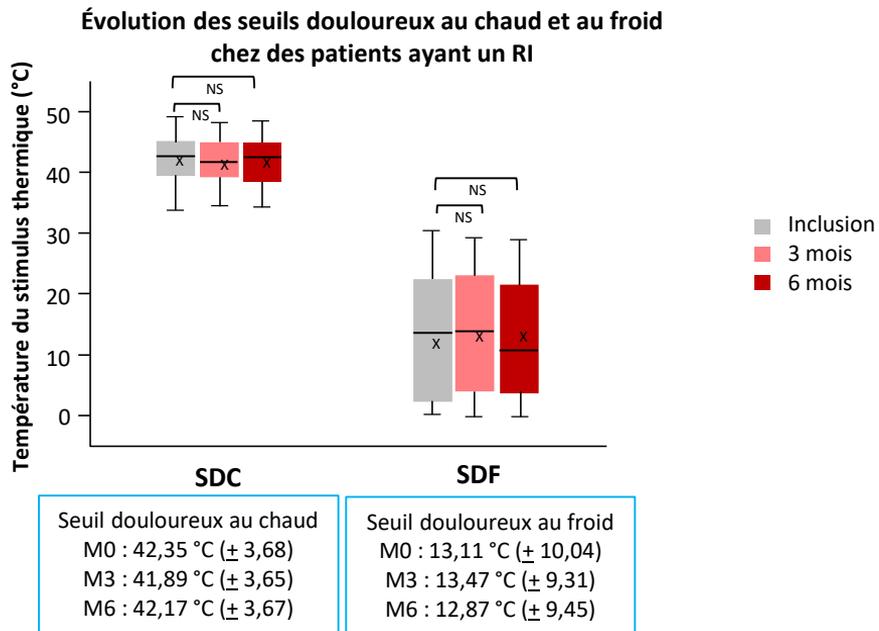
## Évaluation à l'inclusion de l'activation des voies descendantes inhibitrices de la douleur à l'aide de la modulation douloureuse conditionnée

- Les patients avec un rhumatisme inflammatoire ont une altération de l'activation des voies descendantes inhibitrices de la douleur

À l'inclusion	100 RI	100 contrôles
Sexe féminin (%)	59	59
Âge (moyenne)	45,8	45,7
Activité de la maladie (DAS28/ASDAS)	4,97/3,27	ND
Score fonctionnel (HAQ/BASFI)	1,04/4,07	ND
EVA douleur (moyenne/10)	5,7	0
Questionnaire FIRST + (%)	28	ND
HAD anxiété/21	8,2	6,05
HAD dépression /21	6,9	3,2
CSI/100	41,7	21,02
Nombre de patients avec un CSI $\geq$ 40	60	9
Échelle de dramatisation de la douleur (PCS)/52	28,8	8,2



## Impact des anti-TNF $\alpha$ sur l'activation des voies descendantes inhibitrices de la douleur reflétant la sensibilisation centrale à l'inclusion, à 3 et à 6 mois après le début du traitement



➔ Les anti-TNF $\alpha$  ne modifient pas les seuils douloureux au chaud et au froid, mais ils améliorent l'activation des voies descendantes inhibitrices de la douleur, indépendamment des questionnaires évaluant l'HAD et de l'échelle de dramatisation de la douleur



## Question 5- Pré PR

L'abatacept peut-il prévenir le développement de la polyarthrite rhumatoïde ?

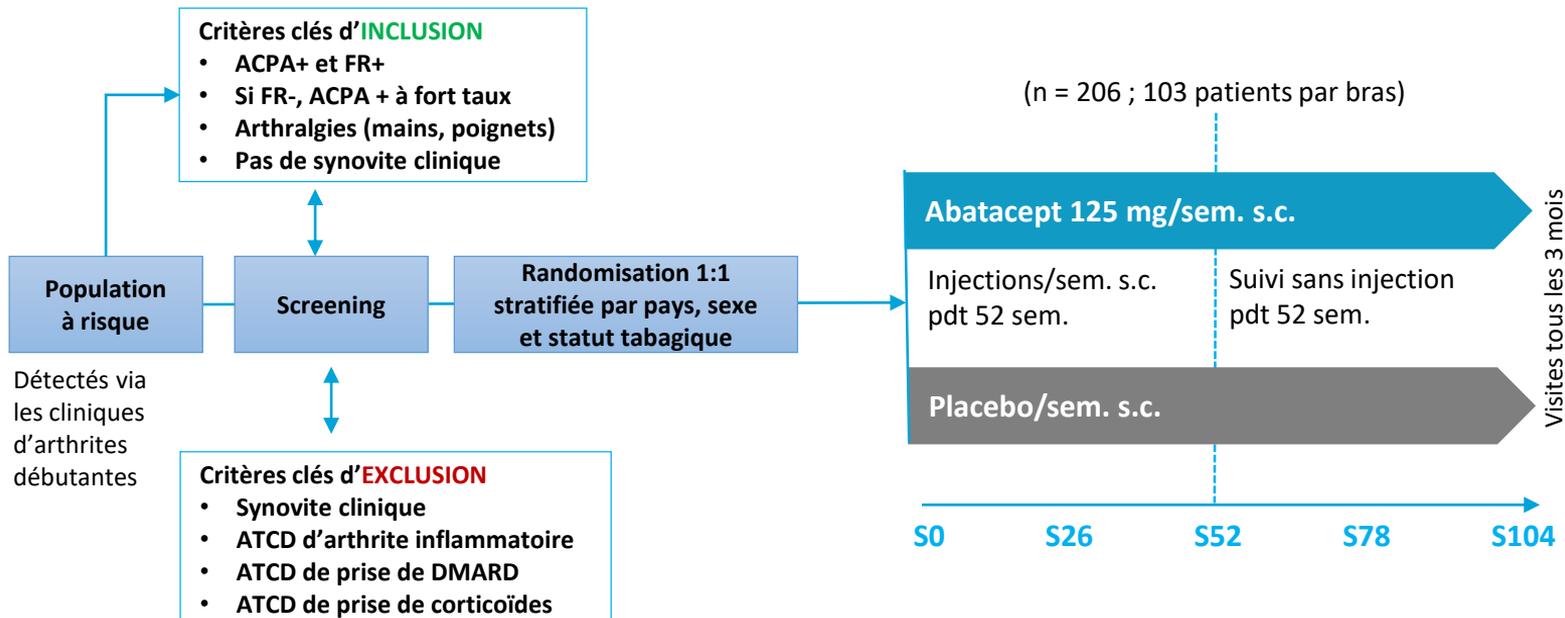
Coordination

**Pr Daniel Wendling**

Rédaction

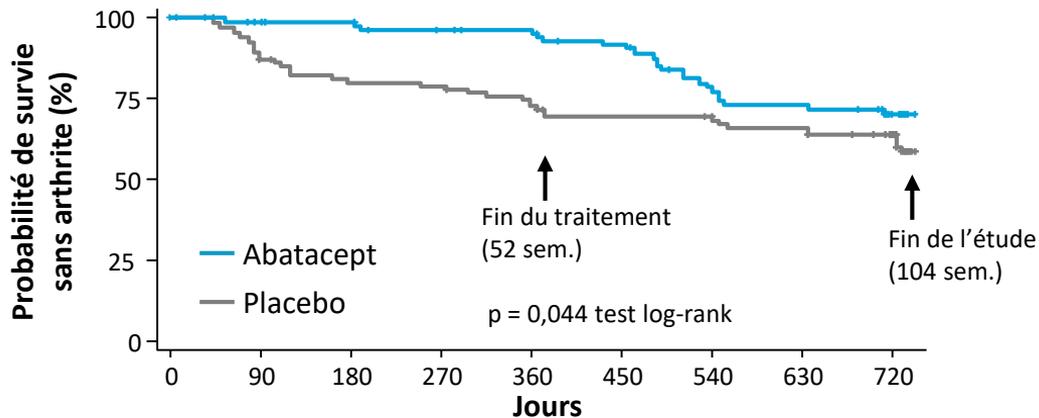
**Pr Cécile Gaujoux-Viala**

## Étude APIPPRA



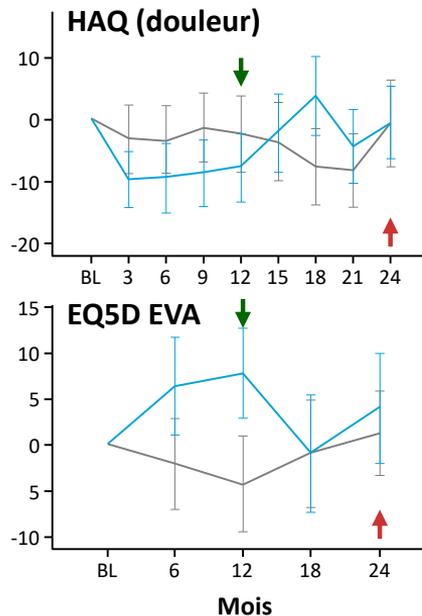
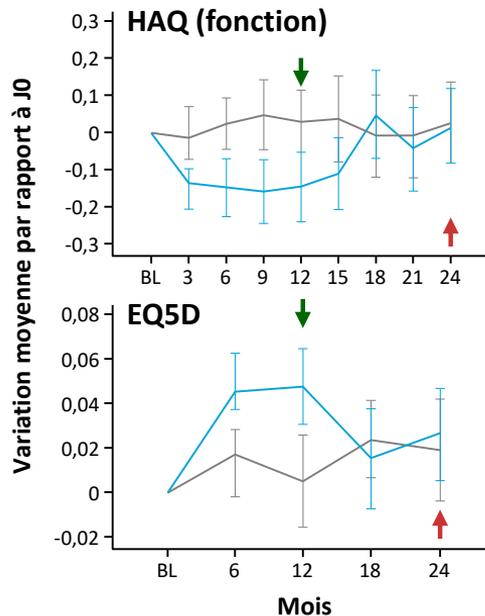
- Critère de jugement : délai avant l'apparition d'une arthrite  $\geq 3$  articulations ou d'une PR ACR/EULAR 2010, selon la première éventualité, pendant 24 mois. Confirmé par échographie

## Étude APIPPRA : critère de jugement principal



Nombre de sujets à risque	103	87	77	76	69	64	61	59	49
Evts cumulés		13	20	21	27	30	31	33	35
Observations censurées cumulées		3	6	6	7	9	11	11	19
<b>Nombre de sujets à risque</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>92</b>	<b>89</b>	<b>84</b>	<b>69</b>	<b>65</b>	<b>54</b>
<b>Evts cumulés</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>27</b>
<b>Observations censurées cumulées</b>		<b>8</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>29</b>

## Étude APIPPRA : critères de jugement secondaires



— Placebo  
— Abatacept  
↓ Fin du traitement  
↑ Fin de l'étude

- Supériorité de l'abatacept sur douleur, fonction, qualité de vie pendant la prise du traitement
- Aucune différence à l'arrêt de l'abatacept
- Très bonne tolérance de l'abatacept

La différence de moyennes ajustée était significative à 12 mois, mais pas à 24 mois (population en intention de traiter)

➔ L'abatacept diminue le risque de PR pendant la prise de traitement avec ensuite une convergence des courbes dans l'année qui suit l'arrêt du traitement