

1. Recommandations de l'EULAR 2024 sur l'initiation des thérapies ciblées chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire et ayant des antécédents de cancer ard-2024-225982.full

Contexte :

Biologique et antécédent de cancer suscite : préoccupations en raison du risque potentiel de récurrence tumorale. Ces recommandations visent à fournir un cadre d'aide à la décision pour les rhumatologues.

Méthodologie :

Un groupe de travail de l'EULAR comprenant 27 experts (rhumatologues, oncologues, épidémiologistes, méthodologistes et représentants de patients) a élaboré ces recommandations en se basant sur une revue systématique de la littérature et sur l'avis d'experts.

Principes généraux :

1. **Évaluation individuelle du risque de récurrence cancéreuse** basée sur le patient, le type de cancer et la maladie inflammatoire sous-jacente.
2. **Collaboration étroite avec l'oncologue** et décision partagée entre le patient et le rhumatologue.
3. **Pas de délai minimum imposé avant l'initiation d'un traitement ciblé**, tant que le cancer est en rémission.
4. **Les inhibiteurs de TNF peuvent être privilégiés** pour les patients ayant eu un cancer solide, mais pas pour les mélanomes (précaution nécessaire).
5. **Utilisation prudente des inhibiteurs de JAK et de l'abatacept**, qui peuvent présenter un risque accru de cancers.

Points spécifiques concernant les traitements :

- **Patients en rémission cancéreuse :**
 - La thérapie ciblée peut être initiée sans délai si nécessaire.
 - Les anti-TNF sont préférés aux autres options en cas d'antécédent de cancer solide, **sauf pour le mélanome** (manque de données).
 - Pour les patients ayant eu un **lymphome**, le **rituximab** est recommandé.
 - **L'abatacept et les inhibiteurs de JAK doivent être utilisés en dernier recours**, uniquement si aucune autre option thérapeutique n'est possible.
- **Patients dont le cancer n'est pas en rémission :**
 - La décision doit être prise en concertation entre le patient, l'oncologue et le rhumatologue, au cas par cas.

2. Points à considérer pour l'initiation ou la reprise d'un traitement ciblé chez un patient atteint de rhumatisme inflammatoire chronique ayant un antécédent de cancer Points considérer de IEU...

Introduction :

Les patients atteints de rhumatismes inflammatoires et ayant un antécédent de cancer représentent un défi thérapeutique, car il n'existe pas de directives strictes pour guider le choix des traitements ciblés dans cette situation.

Méthodologie :

Un groupe de travail de l'EULAR, composé de 25 experts et de 2 représentants de patients, a identifié les questions de recherche et réalisé une revue systématique de la littérature afin d'émettre des recommandations.

Résultats et recommandations :

- 1. Évaluation individualisée du risque de récurrence du cancer** avant d'initier une biothérapie.
- 2. Collaboration étroite entre rhumatologue et oncologue** pour co-décider du traitement optimal.
- 3. Possibilité d'initier une biothérapie sans délai minimal**, une fois que le patient est en rémission.
- 4. Choix des traitements recommandés :**
 - **Patients ayant eu un cancer solide (hors mélanome) :**
→ **Anti-TNF ou anti-IL6R (ex : tocilizumab) sont préférés.**
 - **Patients ayant eu un lymphome :**
→ **Le rituximab est recommandé.**
 - **Mélanome :**
→ Aucune recommandation claire en raison d'un **manque de données**, prudence nécessaire.
 - **Inhibiteurs de JAK (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib) et abatacept :**
→ À utiliser **en dernier recours**, car une augmentation du risque de cancer a été observée dans certaines études.

Conclusion :

Ces recommandations fournissent un cadre décisionnel pour les rhumatologues confrontés à la gestion des traitements ciblés chez les patients ayant un antécédent de cancer. Elles insistent sur l'importance d'une approche individualisée et multidisciplinaire. Les experts soulignent également la nécessité de nouvelles études pour mieux comprendre les effets des différentes biothérapies sur le risque de récurrence cancéreuse, en particulier pour les **mélanomes et les lymphomes**.

Résumé Global des Recommandations EULAR :

Type de Cancer	Traitement Recommandé	À Éviter ou à Utiliser avec Prudence
Cancer solide (hors mélanome)	Anti-TNF, Anti-IL6R	JAKi, abatacept (si alternatives disponibles)
Lymphome	Rituximab	Autres biothérapies (manque de données)
Mélanome	Aucune recommandation claire (prudence)	Anti-TNF (données insuffisantes)

Cancer actif (non en rémission)	Décision au cas par cas avec oncologue	-
--	--	---

Conclusion Générale :

- **L'initiation d'une biothérapie est possible après un cancer, mais le choix doit être individualisé.**
- **Les anti-TNF sont souvent privilégiés, sauf en cas de mélanome.**
- **Les inhibiteurs de JAK et l'abatacept doivent être utilisés avec prudence.**
- **La décision doit être prise avec un oncologue et patient pour évaluer le risque de récurrence.**

Ces recommandations permettent une approche plus sécurisée pour traiter les rhumatismes inflammatoires chez des patients ayant un passé oncologique. Il est consensuel que le délai de 5 ans n'a plus lieu d'être et une décision partagée, patients/ médecins en tenant compte de ces données rassurantes qui laissent d'avantages d'options que par le passé.

A propos de notre cas

Analyse du cas clinique et décision thérapeutique concernant l'anti-TNF

Résumé du dossier :

- **Antécédents oncologiques :**
 - Mélanome lentigineux du sujet âgé (2021)
 - Niveau 2 de Clark, Breslow 0,3 mm → **pT1aNxR0**
 - Exérèse complète, **sans récurrence**
 - Carcinome basocellulaire (CBC) en 2024
- **Problématique :**
 - Reprise d'un **anti-TNF** pour une pathologie inflammatoire chronique.

Analyse basée sur les recommandations EULAR 2024 :

1. Risque de récurrence du mélanome :

- **Facteurs pronostiques rassurants :**
 - Mélanome **superficiel (Breslow < 0,8 mm)**
 - Pas d'ulcération
 - Pas d'envahissement ganglionnaire détecté (Nx)
 - Exérèse complète sans récurrence (R0)
- Selon les recommandations EULAR, l'utilisation d'anti-TNF est **prudente** après un cancer solide, mais les données sur le mélanome restent limitées.

2. Nouveau cancer cutané (CBC 2024) :

- Le carcinome basocellulaire est un cancer cutané **de bon pronostic**.
- Il ne contre-indique **pas** directement les biothérapies.

3. **Position des anti-TNF après un mélanome :**

- **Les données manquent sur le lien entre anti-TNF et récurrence de mélanome.**
- **Aucune contre-indication absolue n'est posée, mais une prudence est recommandée.**
- Il est préférable de **privilégier une autre biothérapie (ex : anti-IL6R) si disponible.**

Décision thérapeutique :

- **Option 1** : Discuter avec l'oncologue du risque de récurrence et envisager une alternative aux anti-TNF (ex. **anti-IL6R** ou **rituximab** si maladie adaptée).
- **Option 2 (si pas d'alternative disponible)** : reprise **anti-TNF** avec surveillance dermatologique étroite et suivi oncologique. et **info & accord patiente et onco/dermato et surveillance rapprochée.**