

Compte rendu de la réunion RhumatoDPC du 6 mars 2025 :

1. RIC/Mélanome/ Methotrexate/ Biothérapie par anti TNF (article joint)

EULAR Points to Consider on the initiation of targeted therapies in patients with inflammatory arthritis and a history of cancer.

Sebbag E, et al. (dont Kostine Marie) Ann Rheum Dis 2024;0:1–9. doi:10.1136/ard-2024-225982

EULAR 2023 a réalisé un travail de revue bibliographique pour répondre à une question très fréquente posée par les rhumatologues : la gestion des biothérapies et DMARDs chez les patients suivis pour des rhumatismes inflammatoires chroniques (=RIC) et qui présentent un cancer.

On sait que :

- les RIC sont associés à une augmentation du risque de cancer.
- la prise de corticoïdes au long cours, le methotrexate et l'azathioprine est associée à une augmentation du risque de carcinome cutané non mélanique

Est-ce qu'il faut stopper les traitements par DMARD et biothérapies chez un patient qui présente un cancer ?

Ce qu'on sait (= mise au point de l'EULAR) :

1. Il est important que le RIC soit en rémission car la persistance d'un RIC actif augmente le risque d'apparition ou de récurrence d'un cancer.
La rémission du RIC sous méthotrexate, diminue le risque d'apparition du lymphome
2. Il faut réaliser la balance bénéfique / risque d'un RIC qui reste actif
 - a. Si RIC actif : augmentation des lésions structurales, perte d'autonomie et augmentation des comorbidités et du risque de mortalité cardiovasculaire
 - b. Par conséquent, il faut réaliser la balance bénéfique / risque entre les risques induits par un RIC actif et le risque d'induire une potentielle récurrence du cancer
3. Importance du dialogue et de la collaboration entre le rhumatologue et l'oncologue pour cette évaluation
4. Il n'est pas utile de retarder la mise en place du traitement par bDMARD chez les patients qui présentent un cancer
5. Chez les patients qui ont un cancer, si possible, il faut privilégier un traitement autre que l'abatacept ou l'inhibiteur de Jak (pas encore assez de preuve dans la littérature)
6. Quand un traitement ciblé doit être mis en place chez un patient suivi pour un cancer solide, il est préférable de privilégier un anti TNF

7. Quand un patient doit bénéficier d'une thérapeutique ciblée alors qu'il présente un lymphome, on recommande le rituximab.
8. Chez un patient qui présente un cancer évolutif et un RIC actif, on recommande de réaliser une décision partagée avec le patient +oncologue+rhumatologue pour discuter du traitement immunosuppresseur du RIC

2. Quelle est la CAT devant des Ac anti CCP + isolés ?

- **Patiente 45 ans**
- **1 épisode arthralgie**
- **Pas d'élément clinique perso ou familial**
- **Anti CCP 170Ui/ml (Nle <5) contrôlé – FR neg, ACAN neg.**
- **En accord avec patiente pas de ttt de fond en l'absence de nlls manif cliniques**

Est-ce une pré PR ?

Etude réalisée chez des donneurs du sang :

-Ac anti noyaux : 7 à 9 % de la population

-Facteurs rhumatoïdes : 3 % de la popul

-Ac anti CCP : 1,8 % de la population

On sait que le conflit immunologique précède l'apparition de la PR

Enquête auprès de 5000 PR -> 79 donneurs de sang

1188 sérums - m = 13 sérums/patient - médiane : 8 ans [0,4 - 14,5]

Ref : Nielen MM et al. Arthritis Rheum 2004;50:380-6

