

EULAR 2013 : pleins feux sur la PR



En juin de cette année, plus de 14 000 personnes dans plus de 110 pays se sont rassemblées à Madrid, en Espagne, pour participer à la réunion annuelle de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR 2013), le plus grand événement de rhumatologie en Europe.

Pendant cet événement, plus de 320 causeries et 1 800 présentations révélaient les dernières avancées de la recherche en rhumatologie. Mettant l'accent sur la polyarthrite rhumatoïde (PR), le comité ACE souligne quelques-unes des nouvelles conclusions de la recherche dans ce numéro du Mensuel JointHealthTM.

Relations avec les proches

Selon les résultats de deux enquêtes britanniques présentées à la réunion EULAR 2013, la polyarthrite rhumatoïde entraîne un lourd fardeau pour les membres de la famille proche de la personne atteinte de la maladie.

La *National Rheumatoid Arthritis Society* (NRAS) du Royaume-Uni a effectué l'analyse de l'impact de la maladie sur les liens familiaux rapprochés après avoir constaté qu'il y avait peu de données sur le sujet et que ce thème ressortait régulièrement chez les groupes de discussion formés de personnes atteintes de PR et de leurs proches.

La première enquête, menée au printemps 2012, interrogeait les membres de la famille. Plus tard la même année, les personnes atteintes de PR étaient également interrogées. Voici les principales constatations ressortant des 392 répondants de l'enquête menée auprès de la famille et des 1 343 répondants de l'enquête menée auprès des patients :

- La « frustration » à propos de leur maladie est un sentiment presque unanimement partagé (94 pour cent) par les personnes atteintes alors que 80 pour cent d'entre elles avouent être ou avoir été angoissées par leur maladie.
- Leurs partenaires ont indiqué à 41 pour cent avoir des difficultés dans leurs relations de couple et 67 pour cent d'entre eux indiquent que la maladie de



L'importance de prendre vos médicaments

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde cessent de prendre leurs médicaments. L'examen d'une importante base de données américaine regroupant des patients atteints de PR a révélé pourquoi les patients cessent de prendre leur médicament biologique, plus précisément, le tiers des patients cessent dans la première année du traitement et la moitié des patients dans les deux premières années du traitement.

L'étude, présentée à la réunion EULAR 2013, portait sur 6 209 adultes atteints de PR et inscrits à la base de données américaine CORRONA (*Consortium of Rheumatology Researchers of North America*), un consortium de recherche en rhumatologie pour l'Amérique du Nord. Selon les résultats obtenus, parmi les 82 pour cent des patients prenant toujours leurs médicaments après six mois de traitement, la moitié de ceux à qui on avait prescrit des médicaments biologiques anti-TNF avaient cessé de prendre le médicament après 26,5 mois et la moitié de ceux à qui on avait prescrit d'autres médicaments biologiques avaient cessé la médication après 20,5 mois.

La base de données permettait aux personnes inscrites d'entrer jusqu'à trois motifs d'abandon de la médication. La perte d'efficacité (36 pour cent)



Une étude, la première en son genre, compare deux biologiques pour le traitement de la PR

« Plusieurs de nos essais sont réalisés en comparaison avec un placebo. Toutefois, au bureau ou à la clinique, les patients veulent savoir comment fonctionne le médicament, pas le placebo. »

Voilà comment Dr Michael H. Schiff de l'université du Colorado a présenté en conférence de presse de la réunion EULAR 2013 les résultats de la première étude de comparaison directe, pendant deux ans, de deux médicaments biologiques dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde.

L'étude multinationale appelée AMPLE a suivi 646 personnes atteintes de PR et qui n'avaient jamais pris d'autres médicaments biologiques pour traiter leur maladie. Les sujets ont été répartis en deux groupes de manière aléatoire, un groupe recevant une formulation d'abatacept (Orencia®) et l'autre, une formulation d'adalimumab (Humira®), en injection sous-cutanée (sous la peau) et en association avec la méthotrexate, comme dans le cadre de soins respectant la norme. Ni le patient ni le médecin ne savait quel médicament biologique les patients recevaient pendant les deux années qu'ils furent suivis pour l'étude.

L'étude a démontré, sur le plan clinique et par radiographie, l'efficacité équivalente des deux médicaments. Dans l'un des indicateurs d'amélioration, appelé le « ACR20 », plus de 60 pour cent de chacun des deux groupes ont connu une amélioration de 20 pour cent au chapitre de la douleur, des capacités fonctionnelles et des articulations enflées et douloureuses, et ce, après un an de traitement. L'indicateur ACR20 mesure l'amélioration

selon le nombre d'articulations enflées et douloureuses et les améliorations constatées dans trois des cinq facteurs suivants : échelle de douleur, questionnaire fonctionnel, évaluation du patient, évaluation du médecin et test de gravité de l'inflammation. Les deux médicaments ont nécessité une

période similaire requise pour devenir efficace.

Après deux ans, les radiographies n'ont décelé aucune aggravation de la maladie chez 85 pour cent du groupe recevant de l'abatacept et chez 84 pour cent du groupe recevant de l'adalimumab.

De façon générale, les deux médicaments correspondent étroitement en matière d'efficacité et sont sécuritaires de façon similaire.

Bien que les deux médicaments soient disponibles au Canada depuis plusieurs années, l'abatacept est

maintenant disponible par intraveineuse et par injection. Les deux médicaments, l'abatacept et l'adalimumab, sont remboursés par les régimes publics d'assurance-médicaments si le patient atteint de PR répond aux critères d'accès spécifiques.

En fin de compte, quelles sont les conclusions ?

Grâce à la comparaison directe, l'étude démontre qu'un médicament biologique qui cible les cellules T (abatacept) est aussi efficace dans le traitement de la PR qu'un médicament biologique comme l'adalimumab ciblant le facteur de nécrose tumorale (TNF) et offre, autant au rhumatologue qu'au patient, plus d'options lorsqu'un traitement aux biologiques est envisagé.



◀◀ Relations avec les proches

- leur partenaire a un impact négatif sur leur vie sexuelle.
- Les personnes atteintes de PR ont indiqué à 46 pour cent ne pas être satisfaites de leur vie sexuelle.
 - Les répondants célibataires ont indiqué qu'ils estiment que la PR a un effet dissuasif sur les gens susceptibles de nouer des relations avec eux.

Suite aux constatations des enquêtes, le NRAS prépare une nouvelle publication et une ressource en ligne pour aider les personnes atteintes de PR et leurs proches à résoudre les problèmes relationnels causés par la maladie.

Le comité ACE suggère également les lectures suivantes :

- Le numéro de février 2013 du Mensuel JointHealth™, dont le titre est *Le cœur et ses liens* et qui comporte des conseils pour les personnes atteintes de PR désirant réduire leur stress et aplanir les obstacles à une vie sexuelle satisfaisante.
- *Rheumatoid Arthritis: Plan to Win*, livre écrit par Cheryl Koehn, Taysha Palmer et Dr John Esdaile. Il s'agit d'un guide général visant à vous aider à minimiser les effets d'une maladie chronique et à atteindre un état de santé optimal. Deux chapitres en particulier, « *Relationships and Sexuality* » et « *Work, Family, and Leisure* », peuvent être très utiles pour vous permettre d'explorer tout l'impact de la PR sur vos relations personnelles.

Pour d'autres suggestions de lectures, visitez la section ressources du site jointhealth.org.

◀◀ L'importance de prendre vos médicaments

fut la raison la plus fréquente d'abandon. Vient ensuite la préférence du médecin (28 pour cent), l'innocuité (20 pour cent), la préférence du patient (18 pour cent) et les problèmes d'accessibilité au médicament, dont l'incapacité financière de se le procurer (9 pour cent). Les motifs d'abandon des anti-TNF et autres types de médicaments étaient similaires.

Sur avis de votre médecin, il peut être nécessaire de cesser un médicament et de passer à un nouveau. Toutefois, si la crainte d'effets secondaires vous fait songer à cesser de prendre vos médicaments ou à ne pas les prendre tels que prescrits, le comité ACE vous recommande d'en parler avec votre médecin. Ensemble, il vous sera possible d'évaluer les avantages de prendre vos médicaments par rapport aux risques. La maladie non traitée ou sous-traitée entraîne des risques dont l'hospitalisation, l'aggravation des symptômes, la hausse de consultations médicales, le besoin d'augmenter la dose de médicaments ou de prendre d'autres médicaments et parfois même la mort. Les chances que votre santé s'améliore diminuent grandement lorsque vous ne prenez pas vos médicaments tels que prescrits.

Prévenir la PR dans les familles

Ne serait-ce pas merveilleux si l'on pouvait prévoir la polyarthrite rhumatoïde et mettre en place un plan de traitement avant que la maladie n'ait l'occasion de s'implanter ? C'est peut-être pour bientôt. La prévention de la PR chez les personnes génétiquement prédisposées pourrait bien être le sujet d'une prochaine étude passionnante. « Nous devons vraiment traiter la PR de façon précoce et de manière agressive. Si nous pouvons prédire la maladie avant même que la personne en souffre ou encore si la probabilité d'en souffrir est suffisamment élevée, alors notre objectif est de traiter cette personne avant que la maladie ne se déclare », indique Dr Ed Keystone, chercheur principal.

Le comité ACE partagera l'information supplémentaire une fois l'étude pilote en cours, ce qui se fera dans les prochains mois.

Méthotrexate : une pièce maîtresse de l'arsenal du traitement de la PR

La prise de méthotrexate (MTX) au stade précoce de la polyarthrite rhumatoïde augmente les chances d'atteindre une rémission de la maladie, un objectif important de la stratégie de traitement. C'est pourquoi le comité ACE partage deux études sur des médicaments, présentées à la réunion EULAR 2013.

Médicament modificateur de la maladie de préférence comme thérapie initiale pour le traitement de la PR, la méthotrexate peut être administrée de deux façons : oralement ou par injection sous-cutanée (sous la peau). La voie d'administration a-t-elle un impact ? C'est à cette question précise qu'une étude canadienne, menée par Dr Glen Hazlewood de l'université de Calgary, a tenté de répondre.

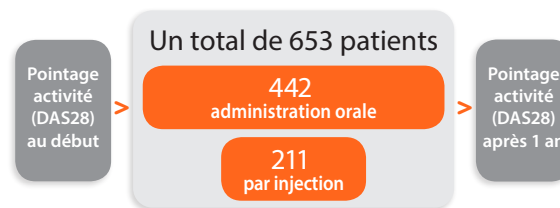
L'étude a suivi des patients de CATCH (Canadian Early Arthritis Cohort) ayant reçu un diagnostic de PR mais dont les symptômes étaient récents (moins d'un an) et qui jusqu'ici n'avaient pas eu recours à la méthotrexate.

Un total de 653 patients ont été suivis. De ce nombre, 442 ont pris de la méthotrexate par voie orale et 211 par injection. Les patients ont été évalués selon le pointage de l'indicateur DAS28 (mesure de l'activité de la maladie) au début du

traitement et après un an de traitement.

Après les ajustements pour tenir compte des différences entre les deux groupes de patients, autres que la dose de départ, l'étude a révélé qu'après un an, le DAS28 était beaucoup plus bas, de 0,23 en fait, chez le groupe dont la voie d'administration est l'injection, comparativement au groupe qui la prenait par voie orale.

Toutefois, on avait donné au groupe prenant le médicament par injection une dose de départ moyenne plus élevée (25 mg contre 15 mg). En tenant compte de cette dose plus élevée chez un des groupes, l'étude concluait qu'il n'y avait pas



de différence marquée entre la voie orale et la voie par injection. La différence dans le pointage était plutôt due à la dose plus élevée. Les responsables de l'étude ont constaté que chaque mg additionnel de la dose de méthotrexate avait une

incidence à la baisse, soit de 0,02, sur le pointage médian de l'indicateur DAS28, après un an.

Autre découverte parmi les notes de l'étude, qui comprenait des centres de partout au Canada, la « variabilité importante » d'un centre à l'autre dans l'utilisation de la méthotrexate en injection sous-cutanée.

Une autre étude présentée à la réunion EULAR a également conclu à des avantages dans l'utilisation de doses plus élevées de méthotrexate, lorsqu'elle est administrée en association avec l'adalimumab (Humira®). Dans cette étude, 395 personnes atteintes de PR n'ayant pas encore pris de médicaments biologiques ont reçu de façon aléatoire de la méthotrexate à prendre oralement à des doses différentes, soit 2,5, 5, 10 ou 20 mg en association, dans tous les cas, avec 40 mg d'adalimumab, une semaine sur deux. Après 26 semaines, on a constaté une tendance statistiquement significative dans le groupe de patients ayant reçu la dose la plus élevée de méthotrexate : la maladie avait atteint un faible taux d'activité. Toutefois, on a également constaté que cet effet était présent pour les doses jusqu'à 10 mg, mais entre 10 et 20 mg, aucune différence significative n'a été constatée.

Les plus récents courants de pensée sur la prévention et la détection précoce de la PR



Les avantages de la détection la plus précoce possible de la polyarthrite rhumatoïde et de sa prévention ont été soulignés à la réunion EULAR 2013 dans le cadre de la présentation captivante d'une étude réalisée sur quatre nouveaux marqueurs biologiques.

« *Prevention is better than a cure : a new dawn for the management of RA?* » (Mieux vaut prévenir que guérir : un jour nouveau dans la gestion de la PR ?), tel était le titre de la présentation de la conférencière invitée, Dre Danielle M. Gerlag, experte en immunologie clinique et en rhumatologie, à l'université d'Amsterdam aux Pays-Bas.

Dre Gerlag a noté que la recherche en prévention de la PR est ciblée sur les changements les plus précoces dans l'organisme, dès l'apparition de la maladie. On parle de :

- circulation des anticorps (ce qui permet d'identifier la maladie);
- accroissement des réactants de phase aiguë (protéines trouvées dans le sang et qui indiquent le niveau de l'inflammation) et;
- synovite précoce (inflammation du liquide synovial qui lubrifie les articulations).

La recherche révèle que cinq ans, en moyenne, avant l'apparition des premiers symptômes cliniques de la maladie, on peut retrouver dans les analyses sanguines des niveaux élevés d'anticorps.

« Nous savons que tôt, dans le cours de la maladie, il existe un 'créneau' pendant lequel l'introduction d'un traitement agressif aux anti-rhumatismaux peut entraîner un changement dans l'évolution naturelle de la maladie, » affirme Dre Gerlag, indiquant que cet état de fait peut permettre de « passer

à un autre niveau maintenant que nous sommes en mesure d'identifier les personnes à risque de développer la PR et de cibler ainsi nos efforts sur la prévention de l'apparition des signes cliniques et des symptômes de l'arthrite. »

Bien qu'aucune intervention ne puisse prévenir l'apparition de la PR, Dre Gerlag mentionne que « la connaissance en matière d'immunologie a progressé à un point tel qu'une intervention de ce type pourrait peut-être réussir. »

Des chercheurs belges ont présenté les résultats d'une étude sur quatre nouveaux marqueurs biologiques pouvant contribuer à l'amélioration de la détection précoce de la PR – une recherche importante étant donné qu'un tiers des personnes atteintes de PR réagissent négativement aux tests diagnostiques existants pour les anticorps FR (facteur rhumatoïde) et les anticorps CCP (anticorps anti-peptides cycliques citrullinés), ce qui est malheureux puisque des délais sont ainsi subis par les patients qui ne pourront pas recevoir les traitements assez tôt pour augmenter leurs chances d'atteindre une rémission.

Les nouveaux marqueurs biologiques ayant fait l'objet de l'étude ont été identifiés à 85 pour cent comme spécifiques à la PR et ont produit des résultats positifs chez 36 pour cent des patients suivis par l'étude et souffrant de PR à un stade précoce et chez 24 pour cent de ceux ayant réagi négativement aux deux tests diagnostiques, soit les anticorps FR et les anticorps CCP.

Au sujet d'Arthritis Consumer Experts

Qui nous sommes

Arthritis Consumer Experts (ACE) offre aux Canadiens et Canadiennes atteints d'arthrite une formation fondée sur la recherche, une formation en sensibilisation à l'arthrite, un lobby influent et de l'information. Nous aidons les personnes vivant avec n'importe quelle forme d'arthrite à prendre en charge leur maladie et à prendre part au processus décisionnel concernant la recherche et les soins de santé. Les activités d'ACE sont orientées par les membres et dirigées par des personnes atteintes d'arthrite, d'éminents professionnels de la santé et le Conseil consultatif d'ACE. Pour en savoir plus sur ACE, rendez-vous à www.jointhehealth.org

Principes directeurs et reconnaissance de financement

Les soins de santé constituent un droit de la personne. Ceux qui oeuvrent dans le domaine des soins de santé, surtout s'ils peuvent tirer profit de la maladie d'autrui, ont la responsabilité morale d'examiner les actes qu'ils posent et leurs conséquences à long terme et de s'assurer que tous en bénéficient. Ce principe équitable devrait être adopté par le gouvernement, les citoyens et les organismes à but lucratif et à but non lucratif. Il est une quasi-nécessité et le meilleur moyen de contrebalancer l'influence d'un groupe particulier. ACE réinvestit tout profit provenant de ses activités dans ses programmes de base pour les Canadiens et Canadiennes vivant avec l'arthrite.

Pour séparer totalement son programme, ses activités et ses opinions de celles des organisations qui soutiennent financièrement son travail, ACE respecte les principes directeurs suivants :

- ACE demande uniquement des subventions sans restrictions à des organismes privés et publics pour soutenir ses programmes de base.
- Aucun employé d'ACE ne reçoit des titres participatifs d'une organisation oeuvrant dans le domaine de la santé ni ne profite d'un appui non

financier fourni par une telle organisation.

- ACE divulgue toutes les sources de financement de toutes ses activités.
- Les sources de tout le matériel et de tous les documents présentés par ACE sont fournies.
- Libre de toute préoccupation ou contrainte imposée par d'autres organisations, ACE prend position sur les politiques de santé, les produits et les services en collaboration avec les consommateurs atteints d'arthrite, le milieu universitaire, les fournisseurs de soins de santé et le gouvernement.
- Les employés d'ACE ne participent jamais à des activités sociales personnelles avec des organisations qui appuient ACE.
- ACE ne fait jamais la promotion de marques, de produits ou de programmes dans sa documentation ou son site Web ni au cours de ses programmes ou activités de formation.

Remerciement

ACE remercie Arthrite-recherche Canada (ARC) d'avoir effectué la révision scientifique de JointHealth™.



Arthritis Research Centre of Canada
Arthrite-recherche Canada

Reconnaissance de financement

Au cours des 12 derniers mois, le comité ACE a reçu des subventions sans restrictions de la part de : Bristol-Myers Squibb Canada, Centre de recherche sur l'arthrite du Canada, Corporation AbbVie, GlaxoSmithKline, Hoffman-La Roche Canada Ltée, Instituts de recherche en santé du Canada, Janssen Inc., Pfiizer Canada et Takeda Canada Inc. ACE a également reçu des dons privés provenant des membres de la collectivité arthritique (personnes souffrant d'arthrite) de partout au Canada. Le comité ACE remercie ces organismes privés et publics de même que les membres de la collectivité arthritique pour leur soutien.



1228 Hamilton Street, Bureau 200 A
Vancouver, C.-B. V6B 6L2

t: 604.974.1366

e: feedback@jointhehealth.org
www.jointhehealth.org

ACE ne fait jamais la promotion de marques, de produits ou de programmes dans sa documentation ou son site Web ni au cours de ses programmes ou activités de formation.

© ACE Planning & Consulting Inc. 2013

Décharge

Les renseignements contenus dans le présent bulletin ou toute autre publication du comité ACE ne sont fournis qu'à titre informatif. Ils ne doivent pas être invoqués pour suggérer un traitement pour un individu particulier ou pour remplacer la consultation d'un professionnel de la santé qualifié qui connaît les soins médicaux dont vous avez besoin. Si vous avez des questions sur les soins de santé, consultez votre médecin. Vous ne devez jamais vous abstenir de suivre l'avis d'un médecin ou tarder à consulter un médecin à cause de ce que vous avez lu dans toute publication du comité ACE.



1228 Hamilton Street, Bureau 200 A, Vancouver, C.-B. V6B 6L2

