

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 27 octobre 2020

Hôpital Cantonal de Genève

[Prednisone Tapering in Rheumatoid Arthritis \(The SEMIRA Clinical Trial\)](#)

Prof. C. Gabay

Kendall, Reichstein et Hench reçurent en 1950 le prix Nobel de Médecine pour la découverte de la cortisone et son utilisation en médecine, en particulier pour son effet miraculeux dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR).



**Edward Calvin
Kendall
(1886 - 1972)**

**Tadeus Reichstein
(1897 - 1996)**

**Philip Showalter
Hench
(1896 - 1965)**

Actuellement, on recommande l'utilisation de la cortisone au début du traitement de la PR mais vu ses effets secondaires nombreux, on recommande de la diminuer voire de l'arrêter au plus vite, si possible après 3 mois.

L'étude dont on parle aujourd'hui compare chez des patients avec PR peu active (DAS28=2) sous Tocilizumab et 5 mg de Prednisone par jour la poursuite de la corticothérapie à petites doses (soit 5 mg/j) à l'arrêt progressif de la cortisone en la baissant de 1 mg/j tous les mois, donc en 5 mois.

"A Randomized Controlled 24-Week Trial Evaluating the Safety and Efficacy of Blinded Tapering Versus Continuation of Long-Term Prednisone (5 mg/day) in Patients with Rheumatoid Arthritis Who Achieved Low Disease Activity or Remission on Tocilizumab Gerd R. Burmester, Arthritis Rheumatol. 2018; 70 (suppl 10)".

Le DAS28 est un indice composite d'activité de la PR combinant de multiples paramètres en une mesure unique d'interprétation standardisée et qui est bien corrélé avec la sévérité de l'activité. Il est couramment utilisé dans les études cliniques, mais surtout sa simplicité en fait un outil d'évaluation extrêmement utile et facile à appliquer en pratique quotidienne. Il reflète en une valeur unique l'activité de la maladie à un moment donné ; il donne une sorte d'«instantané» de la maladie. Les valeurs seuils sont M 5,1 pour une activité forte, de 5,1 à 3,2 pour une activité moyenne et M 3,2 pour une activité faible, le seuil de rémission ayant été défini comme une valeur M 2,6.

En ce qui concerne justement ce DAS28, il augmente de 0.5 points dans le groupe qui a interrompu progressivement la cortisone et il diminue de 0.075 point dans le groupe qui continue à la prendre ; cependant 65% des patients dans le groupe « stop prednisone progressivement » restent stable contre 77% dans le groupe qui continue la prednisone à 5 mg/j.

On retiendra donc que :

- cliniquement, la poursuite de la corticothérapie à 5 mg/j est légèrement supérieure à son interruption progressive
- mais que 2/3 des patients qui arrêtent la cortisone vont cependant bien
- pour ce qui est de la sécurité du traitement, il n'y a pas de différence entre les 2 protocoles.
- mais...l'étude a été sponsorisée par Roche qui fabrique le Tocilizumab...
- et l'étude a été interrompue après 28 semaines... après on ne sait pas ce qui se passe....

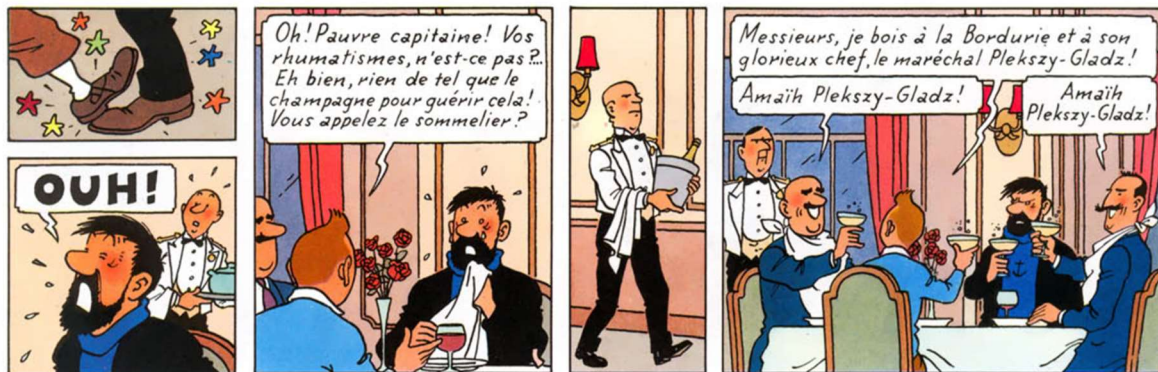
Cependant en comparant 3 séries de patients sous anti-TNF, Tocilizumab et Abatacept (soit en tout plus de 17'000 patients) dans la vraie vie, on remarque que l'arrêt de la cortisone se fait beaucoup plus lentement et progressivement que dans l'étude ci-dessus (parfois des années).

La moitié des patients ne voit pas d'aggravation de leur maladie, 1/3 s'améliore et 12-24% s'aggrave.

(Comparison of oral glucocorticoid tapering inpatients with rheumatoid arthritis initiating TNF inhibitors, Tocilizumab ou Abatacept: a population based observational study: Lauper K et al).

On retient que :

- l'arrêt de la cortisone, dans la vraie vie, est beaucoup plus lent et progressif que ce qui est recommandé et varie beaucoup d'un pays à l'autre
- que les différents traitements biologiques utilisés ne modifient pas les conséquences de l'arrêt de la cortisone
- l'activité de la maladie reste stable après l'arrêt de la cortisone.



(L'image est un peu « tirée par les cheveux »...mais j'ai rien trouvé de mieux !)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch