

Recommandations CanVasc pour le traitement des vascularites à ANCA

Par Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH; Nader A. Khalidi, M.D., FRCPC; et Lillian Barra, M.D., Ph.D., FRCPC

Les vascularites sont des maladies potentiellement mortelles. Leur rareté et leur présentation clinique hétérogène rendent le traitement des patients extrêmement difficile¹. Les stratégies de traitement peuvent différer d'une région géographique à l'autre selon les particularités du système de soins de santé et l'accès aux services et aux pharmacothérapies².

La formulation de recommandations canadiennes pour le traitement des vascularites est l'un des moyens utilisés par le Canadian Vasculitis Network (CanVasc) pour optimiser et harmoniser les soins offerts aux patients atteints de vascularites au Canada et pour améliorer leurs résultats. Les premières recommandations CanVasc pour le traitement des vascularites associées aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) ont été publiées en janvier 2016³. Elles font l'objet d'une diffusion continue et atteignent des publics toujours plus vastes, notamment à l'étranger. Récemment, le docteur Jack Cush en a fait le sujet d'une capsule sur le site *RheumNow.com*⁴. En outre, la Société allemande de rhumatologie, qui a aussi rédigé récemment ses recommandations (lesquelles ont été soumises aux fins de publication), les a incluses dans un article dans lequel on comparait des initiatives semblables, comme les recommandations mises à jour de la Ligue européenne contre le rhumatisme (EULAR) et de l'Association rénale européenne-Association de dialyse et transplantation européenne (ERA-EDTA), publiées en juin 2016^{5,6}.

L'élaboration de recommandations visant les mêmes maladies par divers groupes dans le monde soulève une question importante : de telles initiatives semblables sont-elles nécessaires et utiles ou sont-elles plutôt redondantes, entraînant donc une utilisation inutile de ressources?



À noter qu'avant la parution de ces premières recommandations CanVasc, aucune ligne directrice portant particulièrement sur les cas de vascularites en Amérique du Nord n'avait été mise au point. Les recommandations qui existaient auparavant provenaient exclusivement de l'Europe, du Japon et de l'Australie⁶⁻⁹. De plus, les lignes directrices sur les pratiques cliniques pour le traitement de la glomérulonéphrite rédigées par l'organisation internationale Kidney Disease: Improving Global Outcomes comportaient une section sur la glomérulonéphrite pauci-immune qui, bien qu'elle soit une manifestation fréquente, ne représente qu'un seul aspect des AAV, lesquelles peuvent toucher de nombreux systèmes organiques¹⁰.

Dans l'ensemble, les recommandations CanVasc et celles formulées par la EULAR/ERA-EDTA sont semblables, ce qui est rassurant. Il convient toutefois de souligner quelques différences subtiles. Les recommandations CanVasc abordent des problèmes relatifs aux soins de santé propres au Canada. À titre d'exemple, les recommandations CanVasc comprennent des énoncés portant sur la grossesse et les vascularites pédiatriques, aspects qui ne sont pas abordés dans les lignes directrices de la EULAR/ERA-EDTA. En revanche, ces dernières mentionnent le mofétilmycophénolate (MMF) comme substitut au méthotrexate dans le traitement de granulomatose avec polyangéite (GPA) non grave. Or, CanVasc ne dispose d'aucune donnée pour appuyer une telle recommandation. Les résultats non publiés d'une seule étude européenne à répartition aléatoire comparant le MMF et la cyclophosphamide sont peu convaincants.

Par ailleurs, à la lumière de l'étude intitulée *Maintenance of Remission in ANCA-vasculitis* (MAINRITSAN)¹¹ récemment publiée, CanVasc a fait mention du rituximab comme « substitut à l'azathioprine dans le maintien de la rémis-

sion des [AAV], particulièrement pour les patients atteints de protéinase 3 à ANCA et de GPA »³. La EULAR/ERA-EDTA suggère plutôt l'azathioprine, le méthotrexate, le rituximab et le MMF comme options dans les traitements d'entretien⁶. Cependant, le rituximab n'est pas encore approuvé pour les traitements d'entretien au Canada et la couverture varie selon les fournisseurs et les provinces. Les résultats d'un autre essai international en cours (RITAZAREM, *Clinical-Trials.gov* NCT01697267; dernière inclusion en novembre 2016) pourraient confirmer le rôle du rituximab dans le traitement d'entretien, mais ceux-ci ne seront accessibles qu'à la fin 2018.

Le fait que davantage d'études ont été réalisées et que plusieurs recommandations ont été rédigées au cours de la dernière décennie est un signe encourageant pour les patients atteints de vascularites ainsi que pour les médecins et les chercheurs. Ces réalisations pourraient faire en sorte que les vascularites gagnent en visibilité auprès des acteurs canadiens en rhumatologie, particulièrement les régimes d'assurance provinciaux et les organismes de financement de la recherche.

Comme de nouvelles options thérapeutiques sont actuellement à l'étude, une mise à jour des recommandations CanVasc sera nécessaire lorsque d'importantes avancées surviendront. D'ici là, la communauté médicale doit être au fait des recommandations CanVasc et s'en servir comme lignes directrices dans le traitement des patients atteints d'AAV. Plusieurs outils sont en cours d'élaboration pour promouvoir encore plus l'utilisation et l'inclusion de ces recommandations dans la formation et l'apprentissage continu des médecins traitant des patients atteints de vascularites, incluant le livre *Canadian Vasculitis Learning Initiative (CaVALI): An Approach to Vasculitis*

Through Interactive Clinical Cases, à paraître bientôt. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site www.canvasc.ca.

Références :

1. Baldwin C, Carrette S, Pagnoux C. Linking classification and therapeutic management of vasculitides. *Arthritis Res Ther* 2015; 17:138.
2. Famera L, Twilt M, Barra L, et coll. Development of Canadian recommendations for the management of ANCA-associated vasculitides: Results of the national needs assessment questionnaire. *Open Rheumatol J* 2015; 9:16-20.
3. McGeoch L, Twilt M, Famera L, et coll. CanVasc recommendations for the management of antineutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitides. *J Rheumatol* 2016; 43:97-120.
4. CanVasc Recommendations for ANCA-Associated Vasculitis. 2016. (Consulté le 19/01/2017 au <http://rheumnow.com/content/canvasc-recommendations-anca-associated-vasculitis>).
5. Csernok E, Kempiners N, Hellmich B. Paradigm shift in ANCA diagnostics: New international consensus recommendations. *Z Rheumatol* 2017 [publication en ligne avant impression].
6. Yates M, Watts RA, Bajema IM, et coll. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2016 [publication en ligne avant impression].
7. Guerry MJ, Brogan P, Bruce IN, et coll. Recommendations for the use of rituximab in anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis. *Rheumatology (Oxford)* 2011; 51:634-43.
8. Guideline for management of vasculitis syndrome (JCS 2008). Japanese Circulation Society. *Circ J* 2008; 75:474-503.
9. Menahem S, Hiremagalur B, Mudge et coll. The CARL guidelines. Induction and maintenance therapy in ANCA-associated systemic vasculitis. *Nephrology (Carlton)* 2008; 13 Suppl 2:S24-36.
10. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO Clinical practice guideline for glomerulonephritis. *Kidney inter* 2012; 139-274.
11. Guillevin L, Pagnoux C, Karras A, et coll. Rituximab versus azathioprine for maintenance in ANCA-Associated vasculitis. *N Engl J Med* 2014; 371:1771-80.

Christian Pagnoux, M.D., M.Sc., MPH
Clinique de traitement des vascularites, Division de rhumatologie,
Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)

Nader Khalidi, M.D., FRCP(C)
Division de rhumatologie,
Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Lillian Barra, M.D., Ph.D., FRCPC
Division de rhumatologie, St. Joseph's Health Care,
Université Western Ontario, London (Ontario)

Journée de pratique clinique en rhumatologie (suite de la page 18)

Les commentaires ont été extrêmement positifs. Les allocations ont été très bien notées (aussi bien notées que la nourriture, et probablement mieux que les cannolis!). Les séances sur les compétences cliniques ont également été très bien évaluées. De nombreuses personnes interrogées ont aussi indiqué que la conférence leur a permis d'améliorer leurs compétences pour établir les antécédents rhumatologiques, leur confiance en ce qui concerne les examens physiques musculosquelettiques, leur capacité à faire les bons choix en ce qui concerne les demandes d'examen et leur assurance au moment d'interpréter les résultats des tests. De nombreuses suggestions de sujets à venir ont été reçues, ainsi que des demandes de faire de cet événement une conférence annuelle.

Sous tous les aspects, la première « Journée de pratique clinique en rhumatologie de l'Université McMaster » a été un succès retentissant. D'après les commentaires reçus, nous croyons avoir atteint notre objectif principal, soit préparer les professionnels en soins primaires à mieux prendre en charge les patients atteints de maladies rhumatismales. La planification de l'édition 2017 va déjà bon train (fhs.mcmaster.ca/conted).

Raj Carmona, MBBS, FRCPC
Professeur agrégé de médecine, Division de rhumatologie
Directeur, Fondation médicale 5, Programme d'études en médecine
Université McMaster
Hamilton (Ontario)