

Lignes directrices de la SCR/CanRIO pour la prise en charge de l'immunosuppression initiale chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales préexistantes qui commencent un traitement par inhibiteurs de point de contrôle immunitaire : résumé et réflexion

Par Shahin Jamal, M.D., FRCPC, M. Sc.; et Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (IPCI) ont révolutionné le traitement du cancer et ses résultats en facilitant l'activation chronique du système immunitaire pour cibler et détruire les cellules cancéreuses. Ils sont utilisés pour plusieurs types de cancers et de différentes manières, notamment à des fins curatives, palliatives et comme traitement adjuvant. Aux États-Unis, le nombre de patients atteints d'un cancer et pouvant bénéficier d'un traitement par IPCI est passé de 1,54 % en 2011 à 43,68 % en 2018¹. Avec l'utilisation croissante des IPCI (parfois en association avec d'autres IPCI, la chimiothérapie, les traitements ciblés, les hormonothérapies, les vaccins contre le cancer et d'autres traitements émergents) et le vieillissement de la population, l'utilisation des IPCI devrait continuer à se développer dans les années à venir. L'inconvénient de l'activation immunitaire chronique est le développement de réactions inflammatoires hors cible, appelées événements indésirables liés au système immunitaire (EISI), qui peuvent avoir un impact sur n'importe quel système de l'organisme.

Les patients atteints de maladies rhumatismales préexistantes (MRP) ont été largement exclus des essais cliniques portant sur les IPCI en cas de cancer. Néanmoins, il est largement reconnu que nos patients atteints de MRP devraient se voir proposer des IPCI, si cela est indiqué, pour le traitement de leur cancer. Notre rôle en tant que rhumatologues est de collaborer avec l'oncologue, le patient et les autres professionnels de la santé afin d'optimiser les résultats du traitement du cancer de manière aussi sécuritaire que possible². Dans la pratique clinique, les patients atteints de MRP sont confrontés à des défis particuliers, notamment un risque plus élevé de développer des EISI de novo, un risque de poussée de leurs

maladies rhumatismales sous-jacentes et la prise en charge de leur immunosuppression initiale afin d'optimiser les résultats en matière de cancer sans provoquer de poussée de leur maladie sous-jacente.

Il n'existe actuellement aucun essai clinique ni aucune autre ligne directrice pour aider les clinicien(ne)s à déterminer les meilleures pratiques de prise en charge des maladies rhumatismales chez les patients traités par IPCI pour leur cancer. À cette fin, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et le Groupe de recherche canadien de rhumatologie en immuno-oncologie (CanRIO) ont collaboré afin d'élaborer des lignes directrices évolutives sur la prise en charge optimale de l'immunosuppression initiale chez les patients atteints de MRP et qui commencent un traitement par IPCI. Le comité multidisciplinaire (voir photo) comprenait des experts en rhumatologie clinique de partout au Canada, ainsi qu'un oncologue, un méthodologiste et un patient partenaire. Les lignes directrices sont divisées en deux parties : la première partie étant axée sur les patients atteints d'arthrite inflammatoire préexistante (y compris la polyarthrite rhumatoïde, la polymyalgie rhumatismale, l'arthrite psoriasique et la spondylarthropathie séronégative); et la deuxième partie étant axée sur les patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques préexistantes (y compris la sclérose systémique, le lupus érythémateux disséminé, le syndrome de Sjögren, la myosite, la sarcoïdose, la vascularite et la maladie de Behçet)^{3,4}. Les recommandations générales de bonnes pratiques et les recommandations spécifiques concernant la prise en charge de l'immunosuppression initiale par maladie sont résumées dans les tableaux qui accompagnent les articles publiés. En général, nous recommandons de réduire



Les membres du comité à l'issue de deux jours de discussion et de vote.

Rangée du haut : Alexandra Ladouceur, Marie Hudson, Faiza Khokhar, Janet Roberts et Aurore Fifi-Mah.

2^e rangée : Dirk Velthuisen, Carrie Ye, Nancy Maltez, Megan Himmel et Shahin Jamal.

3^e rangée : Roko Nikolic, Jordi Pardo, Janet Pope, Ines Colmegna et Alexandra Saltman.

Rangée du bas : Sabrina Hoa, May Choi et Lourdes Gonzalez Arreola.

l'immunosuppression initiale chez les personnes souffrant d'arthrite inflammatoire préexistante, tout en recommandant de maintenir le même niveau d'immunosuppression initiale chez les personnes souffrant de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques préexistantes, bien qu'il existe des nuances pour chaque MRP spécifique. Ces lignes directrices sont disponibles en libre accès afin d'être largement diffusées et utilisées. Comme il s'agit de lignes directrices évolutives, nous serons en position de les mettre à jour au fur et à mesure que la recherche progresse.

L'élaboration de ces lignes directrices vivantes a été une expérience collaborative et enrichissante, qui nous a tous beaucoup appris. Nous tenons à remercier le comité des lignes directrices de la SCR, en particulier Jordi Pardo et Glen Hazlewood, ainsi que notre patient partenaire, Dirk Velthuisen, qui nous a fait part de ses précieuses observations. Nous espérons que ces lignes directrices seront utiles pour les soins cliniques et la défense des droits des patients, et qu'elles serviront de base à d'autres recherches. La SCR et le CanRIO travaillent actuellement à l'élaboration de deux autres lignes directrices axées sur l'arthrite inflammatoire induite par les ICI et la myosite induite par les ICI. Restez à l'affût!

Shahin Jamal, M.D., FRCPC, M. Sc.
Professeure de clinique en médecine,
Université de la Colombie-Britannique
Clinicienne-chercheuse, Arthrite-recherche Canada
Codirectrice du réseau CanRIO,
Vancouver (Colombie-Britannique)

Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH
Professeure agrégée, Université de l'Alberta,
Département de médecine, Faculté de médecine et de dentisterie,
Edmonton (Alberta)

Références :

1. Haslam A, Prasad V. Estimation of the Percentage of US Patients With Cancer Who Are Eligible for and Respond to Checkpoint Inhibitor Immunotherapy Drugs. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(5):e192535.
2. Kostine M, Finckh A, Bingham CO, Visser K, Leipe J, Schulze-Koops H, et coll. EULAR points to consider for the diagnosis and management of rheumatic immune-related adverse events due to cancer immunotherapy with checkpoint inhibitors. *Ann Rheum Dis*. 2021; 80(1):36-48.
3. Ye C, Nikolic RPA, Choi M, Fifi-Mah AV, Graham J, O'Neil LJ, et coll. Canadian Rheumatology Association/Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology Living Guidelines for Baseline Immunosuppression in Individuals With Preexisting Rheumatic Diseases Initiating Immune Checkpoint Inhibitors. Part 1: Preexisting Inflammatory Arthritides. *J Rheumatol*. 2025.
4. Ye C, Nikolic RPA, Choi M, Fifi-Mah AV, Graham J, O'Neil LJ, et coll. Canadian Rheumatology Association/Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology Living Guidelines for Baseline Immunosuppression in Individuals With Preexisting Rheumatic Diseases Initiating Immune Checkpoint Inhibitors. Part 2: Preexisting Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases. *J Rheumatol*. 2025.