

# Le Grand débat : « Qu'il soit résolu que les traitements médicamenteux doivent être diminués progressivement chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire en rémission. »

Par Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC, au nom d'Alexandra Charlton, B. Sc., Pharm. D.; Jaime Guzman, M.D., M. Sc., FRCPC; Glen Hazlewood, M.D., Ph. D., FRCPC; et Bindee Kuriya, M.D., M. Sc., FRCPC

Le Grand Débat fut une fois de plus l'un des moments forts de l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la Société canadienne de rhumatologie (SCR).

Les docteurs Glen Hazlewood et Jaime Guzman ont plaidé en faveur de la motion, tandis que les docteurs Bindee Kuriya et Alexandra Charlton ont présenté des arguments contre. La séance a su allier données rigoureuses, humour et échanges animés, reflétant ainsi la complexité et la pertinence clinique du sujet.

Les partisans de la réduction progressive de la posologie ont fondé leur argumentation sur les directives actuelles de la SCR, qui préconisent de proposer une réduction progressive à des patients soigneusement sélectionnés atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de spondylarthrite axiale (axSpA) ayant atteint une rémission durable. Ils ont souligné que la réduction progressive du traitement n'est pas synonyme d'arrêt brutal, mais qu'il s'agit plutôt d'un processus structuré et surveillé visant à déterminer la dose minimale efficace. Les données issues d'essais cliniques et d'études observationnelles suggèrent qu'une proportion significative de patients peut réduire son traitement avec succès sans rechute immédiate, en particulier lorsque la rémission est profonde et durable.

Dans une perspective centrée sur le patient, les avantages potentiels d'une réduction progressive de la posologie ont été mis en avant. Ceux-ci comprennent une exposition réduite aux effets indésirables liés à la dose, une diminution de la charge médicamenteuse et des économies potentielles tant pour les patients que pour les systèmes de santé. Concernant les populations pédiatriques, le Dr Guzman a souligné l'hétérogénéité de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI), en précisant que certains sous-types peuvent permettre d'atteindre une rémission sans traitement médicamenteux. Dans ce contexte, la réduction progressive du traitement permet d'évaluer si la poursuite du traitement est nécessaire. Les partisans de cette approche ont également souligné l'importance de la prise de décision partagée, faisant valoir que le fait d'associer les patients aux décisions relatives à la réduction progressive du traitement pouvait améliorer l'observance et renforcer la confiance, et éviter ainsi l'arrêt du traitement sans suivi médical.

En revanche, l'équipe adverse a contesté l'hypothèse selon laquelle la rémission reflète une véritable quiescence de la maladie. Elle a fait valoir que, dans de nombreux cas, la rémission est maintenue par une suppression pharmacologique continue et que la réduction progressive du traitement risque donc d'entraîner une réactivation de l'inflammation sous-jacente. Pour l'ensemble des arthrites inflammatoires – notamment la PR, l'axSpA, l'arthrite psoriasique (APs) et l'AJI –, elle a présenté des données cohérentes montrant que la réduction progressive du traitement est associée à une augmentation des taux de poussées. Dans le cas de l'axSpA, la réduction progressive du traitement biologique peut entraîner une rechute et une progression structurale conti-



nue, tandis que l'allongement des intervalles entre les doses chez les patients atteints d'uvéïte peut augmenter le risque de complications extra-articulaires. Dans le cas de la APs, la nature multidimensionnelle de la maladie rend la perte de contrôle particulièrement difficile à gérer une fois qu'elle survient.

Les données sont particulièrement solides dans le cas de la PR, où la réduction progressive ou l'arrêt du traitement biologique est associé à une perte de rémission et à une progression radiographique accrue. Tant les essais cliniques que les données issues de la pratique clinique montrent que seule une minorité de patients parvient à maintenir la maladie sous contrôle après une réduction progressive du traitement. Dans le cas de l'AJI, les conséquences d'une poussée peuvent être particulièrement graves, avec des répercussions potentielles sur la croissance, le développement et les résultats à long terme, et le retour à un état de rémission n'est pas toujours garanti.

Il est important de noter que l'équipe adverse a souligné que les poussées ne sont pas des événements bénins. Elles sont associées à des lésions structurales, à une diminution des capacités physiques et à une baisse de la qualité de vie, et nécessitent souvent la prise de corticostéroïdes, l'ajout de médicaments et un recours accru aux soins de santé. Ainsi, les économies perçues liées à la réduction progressive du traitement pourraient être contrebalancées par des conséquences cliniques et économiques en aval. Elle a en outre noté que, malgré le soutien des lignes directrices en faveur d'un sevrage individualisé, il n'existe actuellement aucun biomarqueur ni outil clinique fiable permettant de prédire quels patients peuvent réduire leur traitement en toute sécurité.

Dans l'ensemble, le débat a mis en évidence une tension clinique fondamentale : d'un côté, l'intérêt de réduire au minimum la charge thérapeutique, et de l'autre, les risques liés à une déstabilisation du contrôle de la maladie. Si la réduction progressive du traitement peut s'avérer appropriée pour certains patients dans le cadre d'une prise de décision partagée, la discussion a souligné la nécessité de faire preuve de prudence, d'assurer une surveillance étroite et de mener des recherches supplémentaires afin de mieux identifier les patients les plus susceptibles de réussir. Après l'échange d'arguments contradictoires, l'heure était venue de voter.

Les arguments des deux parties ont été présentés de manière claire et convaincante. Un vote électronique a été organisé et les résultats ont montré une nette victoire des partisans de la motion, qui a donc été adoptée!