



Les traitements de la PR

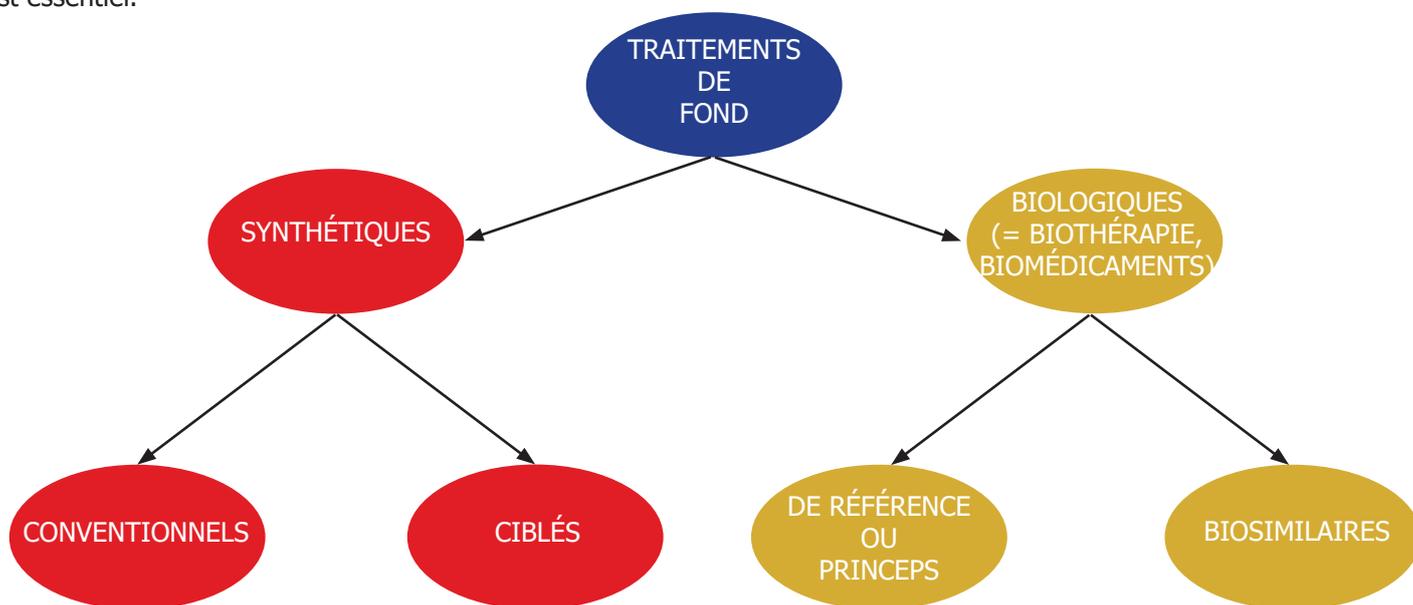


Aujourd'hui, on recommande de traiter la polyarthrite au plus tôt après les premiers symptômes, parfois même avant d'avoir les résultats de tous les examens nécessaires au diagnostic. En effet, il ne faut pas attendre que la maladie évolue, car les atteintes articulaires risqueraient d'être irréversibles.

Les traitements actuels ont pour but de soulager la douleur mais surtout d'arrêter l'évolution de la polyarthrite afin d'éviter le handicap et de maintenir l'autonomie dans la vie quotidienne.

LES MÉDICAMENTS

Comprendre l'importance du traitement par les médicaments et savoir le rôle que chacun joue dans l'évolution de la maladie est essentiel.



LES TRAITEMENTS DE FONDS

leur objectif est de freiner, voire arrêter l'évolution de la maladie. Leur action est lente à se manifester (1 à 3 mois). Lorsqu'ils deviennent efficaces, ils agissent sur l'inflammation, sur la douleur et peuvent prévenir ou limiter les destructions et déformations articulaires.

LES TRAITEMENTS SYNTHÉTIQUES (issue de la chimie)

Les médicaments de fond conventionnels :

- le méthotrexate (Novatrex®, Méthotrexate®, Imeth®, Metoject®, Nordimet®, ledertrexate®) ;
- le léflunomide (Arava®) ;
- la sulfasalazine (Salazopyrine®) ;
- l'hydroxychloroquine (Plaquénil®).

Les traitements de fond ciblés

Les inhibiteurs de Jak (ou anti-Jak): les médicaments par voie orale les plus récents mis sur le marché

- Olumiant® (Baricitinib)
- Xeljanz® (Tofacitinib).

LES BIOMÉDICAMENTS (BIOTHÉRAPIES) ET LES

BIOSIMILAIRES (DES MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES IDENTIQUES AUX BIOMÉDICAMENTS DÉJÀ EXISTANTS ET DONT LES BREVETS SONT TOMBÉS DANS LE DOMAINE PUBLIC)

Les biomédicaments qui ont pour cible des cytokines (protéines médiatrices de l'inflammation) :

- TNFα

- infliximab (Rémicade®) et ses biosimilaires (Remsima®, Inflectra® et Flixabi®)
- etanercept (Enbrel®) et ses biosimilaires (Bénépali® et Erelzi®)
- adalimumab (Humira®) et bientôt ses biosimilaires
- golimumab (Simponi®)
- certolizumab (Cimzia®)

- IL-6

- Tocilizumab (RoActemra®)
- Sarilumab (Kevzara®)

- IL-1

- Anakinra (Kineret®)



Des biomédicaments qui ont pour cibles, des cellules impliquées dans la réponse immunitaire inflammatoire :

-Lymphocyte B

Rituximab (MabThéra®) et ses biosimilaires (Truxima® et Rixathon®)

- Lymphocyte T

Abatacept (Orencia®)

LES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Les anti-inflammatoires :

Ce sont des médicaments diminuant rapidement les douleurs inflammatoires. Il est donc facile de déterminer leur efficacité à court terme. Ils sont de deux types :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne contenant pas de cortisone. Ils sont nombreux, généralement efficaces mais leur efficacité est brève (quelques heures) pouvant donc nécessiter des prises répétées. Ils ont parfois des effets secondaires, en particulier digestifs, dont les risques ont été très diminués par les inhibiteurs de pompes à protons qui sont en général prescrits en même temps, ou encore cardio-vasculaires.

- Les dérivés de synthèse de la cortisone ou anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS) (Cortancyl®, Solupred®) ont des effets souvent spectaculaires à court et moyen terme permettant d'attendre les effets d'un traitement de fond. Mais en raison de leurs effets secondaires, ils doivent être prescrits à la plus petite dose efficace et sur la plus courte durée possible.

Les antalgiques :

Ce sont des médicaments anti-douleurs. Ils sont très nombreux. La prise en charge de la douleur chronique s'est considérablement améliorée depuis quelques années. Il faut établir un dialogue avec le médecin pour une juste évaluation et parvenir à une bonne prise en charge de la douleur (voir la plaquette sur la douleur).

Les traitements locaux

Ils sont très utiles pour lutter contre une inflammation locale et éviter le recours ou l'augmentation des doses des traitements généraux.

- Les infiltrations : c'est l'injection, à l'intérieur ou autour de l'articulation, d'un dérivé cortisonique. L'effet bénéfique est immédiat.

- Les synoviorthèses : c'est l'injection dans l'articulation d'un produit capable de détruire les cellules synoviales malades. Elles sont généralement pratiquées pour prolonger durablement l'effet des corticoïdes

LA CHIRURGIE

Les progrès de la chirurgie orthopédique ont permis de pallier les difficultés fonctionnelles qui résultaient des articulations abîmées par la maladie quand les traitements médicaux se sont révélés insuffisants. Elle a deux fonctions :

- **La chirurgie préventive** : les synovectomies permettent d'enlever la membrane synoviale anormalement épaissie. Dans certains cas, les synovectomies arthroscopiques évitent d'ouvrir l'articulation.

- **La chirurgie réparatrice ou anti-douleur** : la pose de prothèses qui remplacent les articulations détruites permet de récupérer une fonction proche de la normale (hanche, genou, épaule, coude). L'arthrodèse bloque une articulation détruite et douloureuse dans une position indolore et lui redonne sa fonction (rachis cervical, cheville, médio-poignet, poignet).

La décision du patient, après avis médico-chirurgicaux, sera prise « ni trop tôt, ni trop tard ». Le patient doit bien s'informer, ce n'est pas une chirurgie d'urgence.

- Grâce à l'efficacité des biomédicaments, la chirurgie est de moins en moins souvent nécessaire.

CE QU'IL FAUT RETENIR



L'objectif du traitement est d'obtenir la rémission ou une activité faible de la maladie



L'optimisation du traitement, c'est le bon traitement, à la bonne dose, pour chaque patient

CE QUE FAIT L'AFPric:

La brochure Methotrexate :



POUR EN SAVOIR PLUS :

