

A large, thick black L-shaped frame surrounds the central text. The top bar extends to the right, the left bar extends downwards, and the bottom bar extends to the right from the bottom of the left bar.

QUEL SUIVI SOUS BIOTHÉRAPIE

Quoi de neuf en rhumato
Dr GRAVIÈRE Aline

Bilan pré biothérapie et suivi

AVANT	PENDANT
Biologie standard	Régulièrement
Sérologies VIH, VHB, VHC, quantiféron	Sur point d'appel
PSA	Sur point d'appel
Vaccins : DTP, Pneumocoque	DTP/10 ans, Pneumo/5 ans
Radio/TDM thorax	Sur point d'appel
Consultation dermatologie	1 à 2 ans
Consultation gynécologique avec mammographie et FCV	1 an, examens tous les 2 ans
Consultation dentaire	1 an

Conduite à tenir

■ En cas d'infection :

- Suspension de la biothérapie
- Consultation rapide
- ATB si nécessaire
- Reprise de la biothérapie à la fin de l'antibiothérapie

■ En cas de **chirurgie programmée** :

- Si possible, intervenir quand rhumatisme contrôlé
- Distinction chirurgie « propre » (dont genou et hanche) / non stérile
- 2 à 5 demi vies d'arrêt selon biothérapie
- Reprise de la biothérapie après cicatrisation complète

- **Pour les chirurgies à faible risque infectieux, incluant la chirurgie programmée orthopédique du genou et de la hanche**, on proposera d'appliquer les recommandations de l'American College of Rheumatology et de l'American Association of Hip and Knee Surgeons ⁽⁸⁾ :

Molécules	Programmation de la chirurgie à partir de la :
Adalimumab	3 ^{ème} semaine après la dernière injection
Certolizumab - 200 mg - 400 mg	3 ^{ème} semaine après la dernière injection 5 ^{ème} semaine après la dernière injection
Etanercept	2 ^{ème} semaine après la dernière injection
Golimumab	5 ^{ème} semaine après la dernière injection
Infliximab IV	9 ^{ème} semaine après la dernière injection
Infliximab SC	3 ^{ème} semaine après la dernière injection

- **Pour les chirurgies en milieu non stérile** (digestive, uro-génitale, thoracique...), le délai sera discuté au cas par cas entre le rhumatologue, le chirurgien et l'anesthésiste en fonction du type de chirurgie et de l'urgence à la réaliser, des comorbidités, de la sévérité du rhumatisme inflammatoire et du risque de poussée, et des traitements associés notamment la corticothérapie.

On se rapprochera des recommandations de l'American Academy of Dermatology et de la British Society for Rheumatology, en proposant un arrêt entre 3 et 5 demi-vies.

Molécules	Demi-vies	3 demi-vies	4 demi-vies	5 demi-vies
Adalimumab	15 jours	6 semaines	8 semaines	10 semaines
Certolizumab	10 - 15 jours	6 semaines	8 semaines	10 semaines
Etanercept	70 heures	9 jours	12 jours	2 semaines
Golimumab	10 - 15 jours	6 semaines	8 semaines	10 semaines
Infliximab IV	8 - 10 jours	4 semaines	6 semaines	8 semaines
Infliximab SC	11 - 14 jours	5 semaines	8 semaines	10 semaines

■ Soins dentaires :

- Actes non invasifs (soin conservateur, pose de prothèse amovible...) : Pas d'arrêt de l'anti-TNF ni antibiothérapie prophylactique
- Actes invasifs (petite chirurgie, avulsion dentaire,...) : arrêt de l'anti-TNF et antibioprophylaxie
- Détartrage : antibioprophylaxie sans arrêt de l'anti-TNF

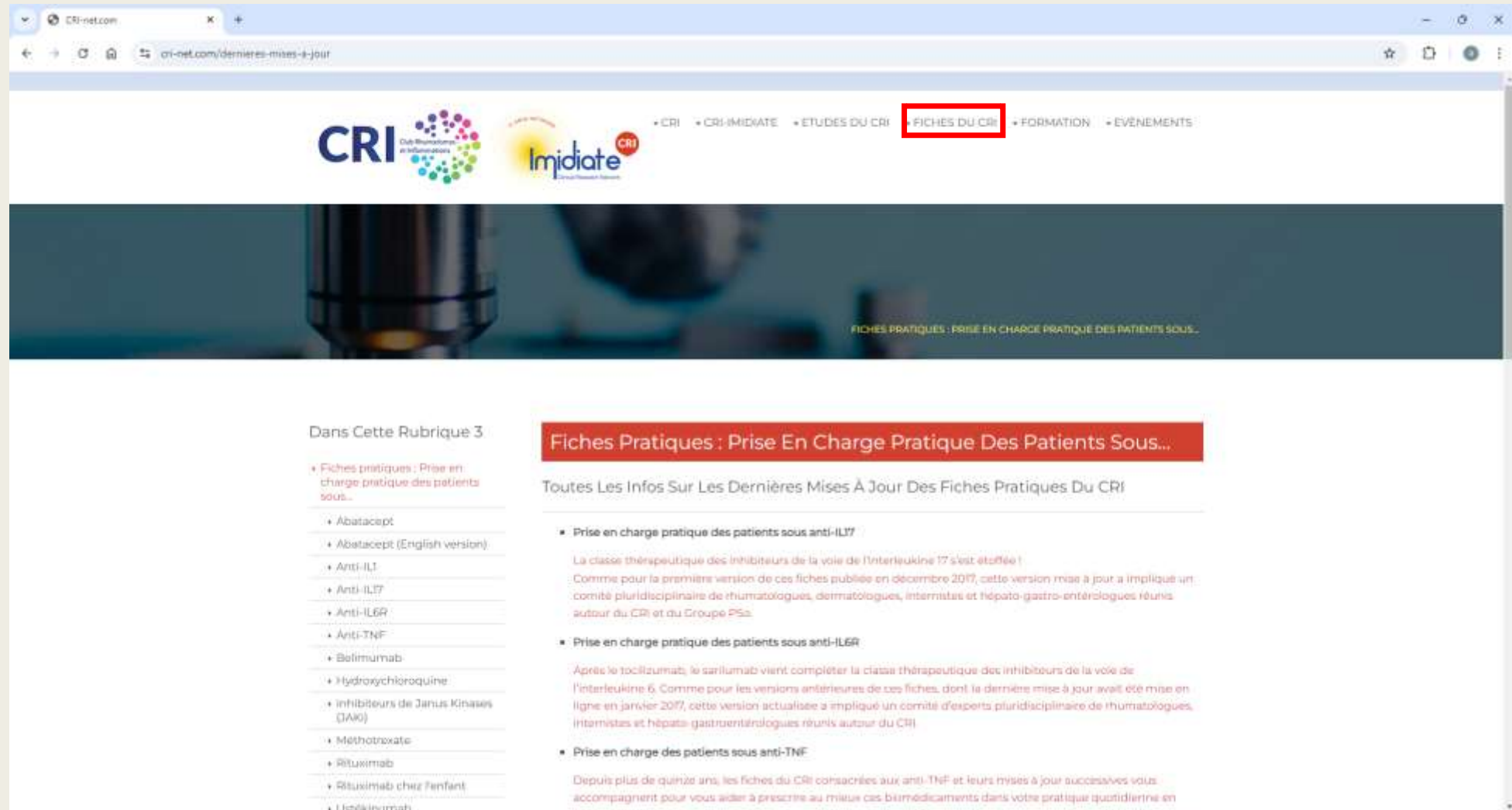
- En cas de **tatouage/piercing** :

- Suspendre la biothérapie comme pour une chirurgie à faible risque infectieux

- **Vaccinations** :

- Contre-indication des vaccins vivants, tous les autres vaccins sont autorisés et même recommandés

CRI



The screenshot shows the website cri-net.com with the URL cri-net.com/dernieres-mises-a-jour in the address bar. The navigation menu includes: CRI, CRI-IMMEDIATE, ETUDES DU CRI, **FICHES DU CRI** (highlighted with a red box), FORMATION, and EVENEMENTS. The main banner features a microscope and the text "FICHES PRATIQUES : PRISE EN CHARGE PRATIQUE DES PATIENTS SOUS...".

Dans Cette Rubrique 3

- Fiches pratiques : Prise en charge pratique des patients sous...
 - Abatacept
 - Abatacept (English version)
 - Anti-IL1
 - Anti-IL17
 - Anti-IL6R
 - Anti-TNF
 - Belimumab
 - Hydroxychloroquine
 - Inhibiteurs de Janus Kinases (JAK)
 - Méthotrexate
 - Rituximab
 - Rituximab chez l'enfant
 - Ustekinumab

Fiches Pratiques : Prise En Charge Pratique Des Patients Sous...

Toutes Les Infos Sur Les Dernières Mises À Jour Des Fiches Pratiques Du CRI

- Prise en charge pratique des patients sous anti-IL17**

La classe thérapeutique des inhibiteurs de la voie de l'interleukine 17 s'est étoffée ! Comme pour la première version de ces fiches publiée en décembre 2017, cette version mise à jour a impliqué un comité pluridisciplinaire de rhumatologues, dermatologues, internistes et hépato-gastro-entérologues réunis autour du CRI et du Groupe PS.
- Prise en charge pratique des patients sous anti-IL6R**

Après le tocilizumab, le sarilumab vient compléter la classe thérapeutique des inhibiteurs de la voie de l'interleukine 6. Comme pour les versions antérieures de ces fiches, dont la dernière mise à jour avait été mise en ligne en janvier 2017, cette version actualisée a impliqué un comité d'experts pluridisciplinaire de rhumatologues, internistes et hépato-gastroentérologues réunis autour du CRI.
- Prise en charge des patients sous anti-TNF**

Depuis plus de quinze ans, les fiches du CRI consacrées aux anti-TNF et leurs mises à jour successives vous accompagnent pour vous aider à prescrire au mieux ces bi-médicaments dans votre pratique quotidienne en

Anti-TNF

- Belimumab
- Hydroxychloroquine
- Inhibiteurs de Janus Kinases (JAK)
- Méthotrexate
- Rituximab
- Rituximab chez l'enfant
- Ustekinumab

Adhérer Au CRI

Vous pouvez adhérer en nous contactant.

Email: yannick@aef.fr

Autres Rubriques À Consulter

- Les Fiches Pratiques

Retrouvez aussi régulièrement mises à jour les listes d'études promues ou soutenues par le CRI

[En savoir plus >](#)

<https://www.sciencedirect.com/journal/joint-bone-spine/vol/98/issue2/suppl/S1>

Prise en charge des patients sous anti-TNF

Dernière mise à jour : Novembre 2020

- **Que faire avant d'initier un anti-TNF ?**
- **Comment suivre et optimiser le traitement d'un patient sous anti-TNF ?**
- **Que faire en cas d'antécédent ou d'apparition :**
 - d'affections cardiovasculaires ?
 - de néoplasies solides ?
 - d'affections hématologiques et lymphomes ?
 - d'affections auto-immunes ou d'intolérance systémique ?
 - **d'anomalies hépatiques ?**

- **Conduite à tenir en cas :**

- de tuberculose, d'infection opportuniste ou fongique
- d'infection virale ou bactérienne
- de chirurgie, de soins dentaires ou de brûlure
- de vaccination
- de voyage
- de grossesse
- d'associations médicamenteuses
- de situations particulières (dialyse, hémoglobinopathie, splénectomie)
- de pathologie pulmonaire (BPCO, bronchite chronique, asthme, emphysème, rétrécissement des bronches (DOB) ou pri
- de tatouage ou de pier

- **Comment utiliser les anti-TN**
- **Les anti-TNF biosimilaires da**

En pratique :

- **Il n'y a pas de contre-indication à la prescription d'anti-TNF chez les patients porteurs d'une insuffisance hépatique.**

• Une élévation chronique des enzymes hépatiques avant traitement est à explorer et **un anti-TNF peut tout de même se discuter en cas de bilan non contributif ou si l'étiologie retrouvée ne contre-indique pas son introduction** après avis auprès d'un hépatologue et surveillance biologique rapprochée.

- **Une sérologie hépatite B et C est nécessaire avant prescription d'un anti-TNF.**

Une positivité de l'antigène HBs nécessite un avis auprès d'un hépatologue et un traitement préemptif par antiviral. Les patients avec anticorps anti-HBc isolé (antigène HBs négatif) doivent bénéficier d'un traitement préemptif s'ils sont à haut risque de réactivation. En l'absence de traitement préemptif, une recherche régulière d'ADN du VHB et de l'antigène HBs s'impose.

- En cas de positivité de la sérologie hépatite C, un avis auprès d'une hépatologue doit être pris pour discuter d'un traitement.

• Des perturbations du bilan hépatique ont été décrites mais sont rares. Elles sont asymptomatiques et l'incidence des élévations >5x LSN est inférieure à 1% dans les études cliniques. L'association aux traitements de fond augmente ce risque. Une surveillance biologique est donc nécessaire mais une autre étiologie doit être recherchée en priorité.



Que faire en cas d'antécédent ou d'apparition de troubles digestifs et hépatiques ?

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

Que faire avant le traitement par anti-TNF en cas d'anomalie hépatique ?

- Les anti-TNF sont des anticorps monoclonaux ou des protéines recombinantes éliminées par catabolisme intracellulaire et une insuffisance hépatique ne devrait pas influencer sur leur clairance. Les études princeps n'ont pas inclus de patients avec insuffisance hépatique, donc aucune recommandation fondée sur les preuves ne peut être donnée sur une éventuelle modification de posologie⁽¹⁻³⁾. Le traitement par anti-TNF n'est cependant pas contre-indiqué dans ce contexte et peut être discuté après accord de l'hépatologue.

En cas d'anomalie hépatique avant l'initiation du traitement

- Si le bilan avant l'initiation du traitement montre une anomalie du bilan sanguin hépatique, il convient de réaliser un bilan étiologique de maladie chronique du foie. Celui-ci doit comprendre : évaluation de la consommation d'alcool et du syndrome métabolique, sérologies VHB et VHC, glycémie à jeun et bilan lipidique, électrophorèse des protéines et recherche des anticorps anti-noyau, muscle lisse, LKM-1, mitochondries. Un avis hépatologique est donc souhaitable.
- Si le bilan étiologique est non contributif ou si l'étiologie retrouvée ne contre-indique pas l'introduction de l'anti-TNF, l'anti-TNF pourra être introduit après accord de l'hépatologue avec une surveillance régulière du bilan hépatique.
- Si une maladie chronique du foie est déjà connue, il faut apprécier la sévérité de celle-ci mais l'anti-TNF pourra être introduit après accord de l'hépatologue avec une surveillance régulière du bilan hépatique.

Hépatite B

- Le statut sérologique pour le VHB doit être systématiquement vérifié avant la mise en route d'un anti-TNF. La vaccination contre le VHB est recommandée chez les patients non immunisés contre le VHB. L'hépatite B active non traitée peut être considérée comme une contre-indication à l'anti-TNF.
- L'interprétation des sérologies virales :
 - Ag HBs - ; Anti-HBc - ; anti-HBs - = patient non immunisé
 - Ag HBs - ; Anti-HBc - ; anti-HBs + = patient immunisé par vaccination
 - Ag HBs - ; Anti-HBc + ; anti-HBs + = Hépatite B guérie, pas de traitement spécifique de l'hépatite B

Anti JAK

- Biothérapie per os 2012
- Alerte en 2021 sur EI cardiovasculaires, sur-risque de cancer, TVP et décès
- A réserver uniquement au traitement des patients atteints de rhumatisme inflammatoire active modérée à sévère qui ont eu une réponse inadéquate, ou une intolérance, à un ou plusieurs DMARD dont au moins anti-TNF, c'est-à-dire en > 3ème ligne de traitement
- Utilisation uniquement en l'absence d'alternative thérapeutique chez :
 - *Patient âgé de 65 ans*
 - *Antécédent de maladie cardiovasculaire ou facteur de risque (tabagisme)*
 - *Facteurs de risque de tumeur maligne*