

Les controverses en rhumatologie

par Sherry Rohekar, M.D., FRCPC

La pathologie, la grossesse et la marijuana figuraient parmi les sujets chauds à l'Assemblée scientifique annuelle (ASA) de la SCR en février 2015.

Le Dr Simon Carette a ouvert la séance avec le défi suivant : « Puisque la biopsie de l'artère temporale ne change rien à la direction du traitement, nous ne devrions plus perdre notre temps avec cette procédure. Vrai ou faux? » Le Dr Carette a d'abord abordé le problème de la faible sensibilité de la biopsie de l'artère temporale à l'égard de l'artérite giganto-cellulaire (AGC), généralement entre 15 % et 40 %. La faible sensibilité est multifactorielle, mais la technique et l'exposition aux stéroïdes sont des facteurs importants. Il a ensuite parlé des maladies qui pourraient être présentes chez les patients qui ont des symptômes suggestifs, mais une biopsie négative. Les critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR) n'incluent pas beaucoup des symptômes classiques de l'AGC. Le Dr Carette a également parlé de l'utilité d'autres options potentielles pouvant remplacer la biopsie de l'artère temporale, notamment l'IRM et l'échographie. Le message à retenir était de se questionner à savoir si la biopsie changera la prise en charge clinique du patient avant de procéder. Si la probabilité pré-test est élevée et que vous avez la ferme intention de traiter indépendamment des résultats de la biopsie, il propose qu'il serait alors justifié de ne pas effectuer la biopsie. Par ailleurs, si la probabilité pré-test est faible, pourquoi se donner la peine de faire une biopsie? Il suggère qu'en fait, la biopsie est véritablement utile seulement dans les cas où la probabilité pré-test est intermédiaire, puisque les résultats auront alors une influence sur la prise en charge.

Le Dr Carl Laskin a poursuivi la séance en abordant la question de l'innocuité de la pharmacothérapie associée à la maladie rhumatismale durant la grossesse. Pour les patientes qui envisagent une grossesse, il suggère d'éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de supprimer certains agents antirhumatismaux modifiant l'évolution de la maladie (ARMM) comme le méthotrexate, le léflunomide, le mofétilmycophénolate et la cyclophosphamide). Il a également mentionné qu'il conviendrait d'éviter la sulfasalazine chez les hommes qui envisagent la paternité. Les agents inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF) peuvent être utilisés jusqu'à la conception ou durant la grossesse et les inhibiteurs biologiques non anti-TNF peuvent être utilisés selon les besoins. Chez les femmes enceintes, il recommande de cesser l'utilisation des AINS à la semaine 32 au plus tard. Plusieurs des agents ARMM mentionnés ci-dessus sont fortement tératogènes et méritent une discussion approfondie

avec les patientes enceintes à propos des issues possibles. Chez les patientes qui allaitent, le Dr Laskin suggère le recours aux AINS, aux agents antipaludiques, à la sulfasalazine et à la prednisone pour contrôler les crises aiguës; les inhibiteurs TNF sont aussi probablement sûrs durant l'allaitement. Le Dr Laskin recommande d'aborder la question de la planification familiale avec les patients au moins une fois par année. Il nous a également indiqué de « faire ce avec quoi vous êtes à l'aise et soyez intellectuellement et émotionnellement honnête avec votre patient ».

Enfin, la Dre Mary-Ann Fitzcharles a conclu la séance sur les controverses en parlant des « joints pour les jointures 101 », ou le recours à la marijuana médicinale en rhumatologie. La Dre Fitzcharles a fait remarquer que la marijuana était utilisée depuis des milliers d'années dans certaines parties du monde comme excellent traitement contre la douleur. Elle a toutefois relevé la rareté des données probantes provenant d'essais cliniques en rhumatologie. Elle a passé en revue les nouveaux règlements canadiens en matière de prescription de marijuana médicinale, en vigueur depuis avril 2014, détaillant le processus d'acquisition et le mode de consommation de la marijuana avec quelques exemples humoristiques. La Dre Fitzcharles a également parlé de l'impact de la marijuana sur le système nerveux. Une récente étude a suggéré que les rhumatologues, en particulier, se trouvent en terrain inconnu pour ce qui est de l'utilisation de la marijuana médicinale dans leur pratique. Elle a mentionné que l'utilisation du cannabis médicinal est actuellement soumise à des motivations politiques et financières, sans données précises sur la molécule exacte, la dose, les propriétés pharmacocinétiques ou l'innocuité. La Dre Fitzcharles a fait remarquer « qu'aucun autre médicament n'est prescrit de cette façon » et a rappelé à l'auditoire que « si vous avez rédigé une ordonnance, vous êtes pleinement responsable du bien-être de votre patient ».

La séance des Controverses en rhumatologie a été bien accueillie et a incité à la réflexion. Les conférenciers nous ont invités à examiner notre approche à l'égard de la marijuana, de la grossesse et de la pathologie. Bravo à tous.

*Sherry Rohekar, M.D., FRCPC
Directrice de programme,
Centre de santé St. Joseph
Professeure agrégée,
Université de Western
London, Ontario*