



## Exemple de lettre d'information du rhumatologue traitant

....., le .....

Cher Confrère,

Nous vous remercions de nous avoir adressé votre patient(e), M. (Mme) ..... né(e) le .....

Chez ce(tte) patient(e), nous avons décidé d'instaurer un traitement par abatacept dans le cadre de la prise en charge de sa polyarthrite rhumatoïde.

● Ce traitement par abatacept s'effectuera par :

- Perfusions IV mensuelles
- Injections SC hebdomadaires

● Ce(tte) patient(e)

- n'a jamais reçu de biothérapie
- a reçu une ou plusieurs biothérapies et la dernière a été arrêtée en (mois/année) pour  inefficacité ou  intolérance : .....

● Les éléments suivants nous ont permis d'évaluer l'activité du rhumatisme et nous ont amené à proposer ce traitement :

- Nombre de synovites cliniques : .../.../...  non évalué
- Nombre d'articulations douloureuses : .../.../...  non évalué
- HAQ (*Health Assessment Questionnaire*) : .../.../...  non évalué
- Evolution des radiographies articulaires  oui  non
- Appréciation globale de l'activité du rhumatisme par le/la patient(e) : .../.../... 100  non évalué
- VS : .../.../...mm  non évalué
- CRP : .../.../... /.../ mg/l  non évalué
- DAS 28 (*Disease Activity Score*) : .../.../... /.../  non évalué

Autres éléments pris en compte : .....

● **Avant de prescrire le traitement par abatacept, nous avons vérifié l'absence de contre-indication à ce traitement en collectant les éléments suivants :**

- Absence d'allergie, infection active, lésions préneoplasiques ou néoplasiques (de moins de 5 ans) contre-indiquant l'utilisation de l'abatacept.
- Absence de risque infectieux majeur, évalué en tenant compte des facteurs classiques (âge, diabète, corticoïdes, comorbidités...) et de facteurs iatrogènes liés à un traitement par une biothérapie préalable. Si le patient a été préalablement traité par rituximab, le taux d'Ig et de LB circulants est pris en compte pour l'évaluation de ce risque.

**⚠** Risque infectieux à surveiller : .....

Nous avons vérifié les vaccinations (en particulier antitétanique, antipoliomyélitique, antigrippe et anti-pneumococcique) du patient. Les vaccins non vivants, notamment saisonniers, peuvent être réalisés après la perfusion d'abatacept sans risque, et même si leur efficacité est peut-être moindre dans ce contexte, la vaccination annuelle antigrippale est conseillée. Pour la vaccination pneumococcique, le nouveau schéma comporte le vaccin Prevenar13® suivi deux mois plus tard du Pneumo23®, schéma à réaliser selon les données actuelles une seule fois. Si cela se présente, la vaccination contre le pneumocoque peut être réalisée en même temps que celle contre la grippe saisonnière, mais pas au même point d'injection.

**⚠** Les vaccins à virus vivant (= fièvre jaune, varicelle, polio oral, ROR) sont contre-indiqués.

patient(e) à jour pour ses vaccinations

Ou  prescription des vaccins suivants : .....

Le/la patient(e) a eu une recherche de tuberculose latente

oui

non car ce bilan avait été fait précédemment

Ces mesures sont proposées même si le risque de tuberculose sous abatacept n'est pas documenté. En effet ce risque ne peut pas être évalué précisément car les patients participant aux études initiales ont bénéficié d'un dépistage suivi d'une exclusion ou d'une antibioprofylaxie.

Si la recherche de tuberculose latente a été faite, elle a montré :

l'absence d'antécédent de tuberculose à l'interrogatoire

Ou  une tuberculose antérieure correctement traitée

Ou

un antécédent de tuberculose non ou mal traitée

IDR à la tuberculine dont le résultat était /\_\_/\_/ mm date : .....

Ou

IDR non faite

Recherche de tests sanguins de tuberculose (QuantiFERON® ou T.SpotTB®) qui était  négative  positive  indéterminée  ou non faite

Radiographie de thorax qui était

normale  anormale  non faite date : .....

Contage tuberculeux  absent  présent

A l'issue de ce bilan nous avons

considéré qu'il n'y avait pas de risque particulier de tuberculose

introduit un traitement antibioprofylaxique.

Traitement par : ..... Date J1 : ..... Durée conseillée : .....

→ La première administration d'abatacept pourra avoir lieu trois semaines après le début du traitement antibiotique, en poursuivant l'antibioprofylaxie pour un total de trois mois (en cas de prescription d'association isoniazide + rifampicine) (voir fiche téléchargeable sur le site du CRI [www.cri-net.com](http://www.cri-net.com)).

● **Nous avons évalué le risque néoplasique, lié à la présence d'une lésion connue (néoplasie ou préneoplasie) ou à des facteurs de risque personnels ou familiaux.**

Les éléments importants à signaler chez votre patient(e) sont :

- Des facteurs de risque néoplasique.  oui  non  
Si oui, lesquels ? .....
- Nécessité de faire un dépistage gynécologique pour les femmes  oui  non
- Pas de mesure à prendre particulière  oui  non

● **Nous vous décrivons comment s'est déroulé le traitement :**

- Le traitement par abatacept a été débuté :
  - par une perfusion IV à la dose de ..... mg sans prémédication le (date : .....).
  - par une injection SC
  - précédée d'une perfusion IV unique le même jour
- Ce traitement par abatacept est :
  - associé au méthotrexate à la dose de .....mg/semaine
  - associé au traitement suivant : .....

- Ce traitement :
  - s'est bien déroulé sans intolérance à la perfusion ou au point d'injection
  - s'est compliqué d'un événement : .....

⚠ Une intolérance (réaction à la molécule) est possible pendant ou après la perfusion ou l'injection. Ce risque est rare.

- Ce traitement a été poursuivi par :
  - Perfusion : **La 2<sup>e</sup> injection IV** est prévue 14 jours après la 1<sup>ère</sup> perfusion à la même dose, puis une 3<sup>ème</sup> perfusion 14 jours après la 2<sup>ème</sup>, puis une perfusion IV mensuelle toujours à la même dose, en l'absence de survenue d'une contre-indication (infections sévères, tuberculose, intervention chirurgicale...).
  - Traitement SC : Les injections SC sont réalisées une fois par semaine, en l'absence de survenue d'une contre-indication (infections sévères, tuberculose, intervention chirurgicale...).

● **Comment évaluer la réponse clinique et biologique à l'abatacept ?**

- La réponse thérapeutique est évaluée comme habituellement, par exemple avec le SDAI ou bien le DAS28, en se donnant pour ce dernier comme cible une diminution d'au moins 0,6 du DAS28 à la 16<sup>ème</sup> semaine, et d'au moins 1,2 et si possible un DAS28  $\leq 3,2$  à la 24<sup>ème</sup> semaine.
- La surveillance de la réponse à l'abatacept justifie une évaluation par exemple tous les deux à trois mois de l'activité clinique (DAS28 ou SDAI) et de la qualité de vie, et une mesure trimestrielle de l'activité biologique inflammatoire [VS (vitesse de sédimentation) et/ou CRP (C Reactive Protein)].
- Le suivi en imagerie comportera des examens échographiques et ou des radiographies standard des mains et des avant-pieds, selon un rythme adapté en fonction de l'évolution clinique apparente.

### ● Comment évaluer la tolérance de l'abatacept ?

- Le patient a été prévenu des risques iatrogènes en particulier infectieux, bronchiques, pulmonaires, ORL, urinaires...et de la nécessité du suivi des prises de sang.
- Il n'y a pas de risque d'induction de maladies auto-immunes systémiques ou localisées, en dehors d'un possible excès de psoriasis. La synthèse est fournie sur les fiches du CRI, téléchargeables sur le site [www.cri-net.com](http://www.cri-net.com). Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'augmentation du risque d'affection maligne sous abatacept dans la polyarthrite rhumatoïde, mais une surveillance rigoureuse est nécessaire.
- Les seuls éléments du suivi biologique justifiés par l'abatacept sont un hémogramme (risque de leucopénie, de thrombocytopénie, peu fréquent) et un bilan hépatique (transaminases) tous les trois mois. Ce suivi biologique doit également tenir compte des traitements associés, en particulier le méthotrexate.
- Il n'y a pas de tests immunologiques de routine permettant de suivre et de juger l'efficacité de l'abatacept.

### ● Comment poursuivre le traitement ?

- Si le patient n'a pas répondu à l'abatacept à 16 semaines (amélioration DAS 28 <0,6), le traitement peut être arrêté.
  - Si le patient a une réponse partielle avec une amélioration du DAS 28 d'au moins 0,6 à la 16<sup>ème</sup> semaine (mais <1,2), le traitement peut être continué jusqu'à la 24<sup>ème</sup> semaine.
  - Si le patient n'a pas répondu avec une amélioration du DAS 28 de moins de 1,2 à la 24<sup>ème</sup> semaine, la stratégie thérapeutique doit être revue.
- ⚠ La situation particulière du patient répondeur (amélioration du DAS 28 >1,2 à la 24<sup>ème</sup> semaine) gardant une activité résiduelle de la maladie avec un DAS 28 >3,2 doit faire envisager une discussion thérapeutique qui tiendra compte des alternatives thérapeutiques.
- ⚠ Selon le parcours de soins actuel, une nouvelle consultation hospitalière est nécessaire au maximum un an après l'instauration du traitement.

### Quelles sont les modalités pratiques du suivi quotidien des patients ?

- Différentes modalités pratiques concernant les vaccinations, la chirurgie, les voyages, les grossesses, l'allaitement sont disponibles sous forme de fiches pratiques téléchargeables sur le site du CRI ([www.cri-net.com](http://www.cri-net.com)).
- Le patient a bénéficié :
  - d'une information
  - et d'une éducation thérapeutique.

Restant à votre entière disposition pour de plus amples renseignements, veuillez agréer, Cher Confrère, nos salutations confraternelles.

Médecin responsable :  
 Dr.....  
 Téléphone : .....

cachet du médecin