

Conduite à tenir en cas de chirurgie, soins dentaires, brûlures et traumatismes

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

CHIRURGIE

La réalisation d'une intervention chirurgicale chez un patient ou une patiente souffrant d'une spondyloarthrite, d'un rhumatisme psoriasique (RP) ou d'un psoriasis justifiant un traitement par sécukinumab peut, théoriquement, conduire à une complication infectieuse et/ou un retard de cicatrisation ^(1, 2).

Données disponibles

- Dans le RCP du sécukinumab ⁽²⁾, aucune recommandation n'est proposée en cas d'urgence chirurgicale ou de chirurgie programmée.
- **Données de la littérature**
 - Le risque d'infections ou de complications post-opératoires est plus élevé chez les patients souffrant de rhumatisme psoriasique ou de spondyloarthrite que chez les patients souffrant de coxarthrose ou de gonarthrose pour lesquels un remplacement prothétique est indiqué ^(3, 4).
 - Il n'existe pas de données spécifiques concernant le risque infectieux post-opératoire ou le retard de cicatrisation chez des patients traités par sécukinumab. Une revue systématique de la littérature avec méta-analyse a récemment montré, avec les anti-TNF, que la poursuite d'un biomédicament augmente le risque infectieux opératoire ⁽⁵⁾. *A contrario*, l'interruption de ce traitement augmente le risque de poussée ⁽⁵⁾, ce qui peut amener à prescrire des molécules (corticoïdes ou AINS par exemple) elles-mêmes associées à un risque péri-opératoire. Le délai entre l'interruption du traitement et la chirurgie est donc une question cruciale.
 - En dermatologie, un groupe canadien d'étude sur le psoriasis a défini le délai entre l'arrêt du biomédicament et l'acte chirurgical à 4 demi-vies ⁽⁶⁾. D'autres auteurs proposent un délai de 12 à 16 semaines entre la dernière injection de sécukinumab et la chirurgie pour le psoriasis et le rhumatisme psoriasique ⁽⁷⁾. Cependant, le délai doit être déterminé au cas par cas en fonction des comorbidités, des traitements associés (corticothérapie) et du type de chirurgie, *a fortiori* si le risque opératoire est élevé ⁽⁷⁾.
 - Deux sociétés savantes américaines, l'*American College of Rheumatology* et l'*American Association of Hip and Knee Surgeons* ont publié récemment, ensemble, des recommandations pour la prise en charge des malades ayant un rhumatisme inflammatoire et requérant une chirurgie de la hanche ou du genou ⁽⁸⁾.
 - Les experts recommandent de prévoir la chirurgie en fin de cycle c'est-à-dire juste après l'injection suivante théorique. Ils s'appuient sur le fait que le risque infectieux périopératoire avec les agents biologiques augmente surtout avec les doses élevées de médicament, au-dessus des doses classiques recommandées. Ils en déduisent que la demi-vie sérique n'est pas le reflet de la durée de l'immunosuppression ^(8, 9).

- En effet, la règle des 5 demi-vies n'est applicable que s'il existe une relation dose/effet linéaire. Ils ont donc choisi le rythme d'administration du biomédicament pour établir des recommandations plutôt que la demi-vie. **Le sécukinumab étant administré par voie sous-cutanée toutes les 4 semaines, les experts américains recommandent d'attendre la 5^{ème} semaine après la dernière injection de sécukinumab pour programmer le geste chirurgical** ⁽⁸⁾.
- La reprise du secukinumab peut être effectuée dès la mise en évidence d'une cicatrisation, le plus souvent 15 jours après l'intervention, en l'absence d'argument pour une infection du site opératoire (érythème, gonflement, écoulement...) ⁽⁸⁾.
- Une publication récente va dans le sens de ces recommandations. Il semble qu'il ne soit pas nécessaire d'appliquer la règle des 5 demi-vies. En effet, le risque d'infection sur prothèse est identique que l'infliximab ait été arrêté depuis moins de 4 semaines, entre 4 et 8 semaines, entre 8 et 12 semaines, entre 12 et 16 semaines, et même depuis plus de 16 semaines ⁽¹⁰⁾.

Conduite à tenir en cas de chirurgie

Les deux risques à redouter sont :

- La survenue d'une infection per- ou post-opératoire
- Un retard de cicatrisation. Il n'y a pas à ce jour de données disponibles relatives au délai de cicatrisation sous sécukinumab.

Quel délai entre la dernière injection de sécukinumab et la réalisation d'une chirurgie programmée ?

Le délai d'arrêt sera adapté et prolongé, au cas par cas, en fonction du :

- **Type de chirurgie** (risque infectieux post-opératoire variable) : chirurgie en « milieu stérile » (exemple : cataracte), chirurgie en « milieu septique » (exemple : sigmoïdite) ou situation à « risque septique » (exemple : prothèse articulaire)
- **Comorbidités et risque infectieux propres au patient** : antécédents infectieux, prothèses articulaires, diabète, corticothérapie associée
- Sévérité de l'affection et de son contrôle par le traitement
- Des traitements associés.

Schématiquement, deux situations cliniques peuvent être rencontrées chez les patients traités par sécukinumab

- **Chirurgie orthopédique ou à faible risque infectieux**

On proposera alors d'appliquer les recommandations de l'*American College of Rheumatology* et de l'*American Association of Hip and Knee Surgeons*, à savoir **d'attendre la 5^{ème} semaine après la dernière injection de sécukinumab pour programmer le geste chirurgical** ⁽⁸⁾.

- **Chirurgie à fort risque infectieux, notamment celles en milieu septique**

Les recommandations de l'*American College of Rheumatology* et de l'*American Association of Hip and Knee Surgeons* ne nous paraissent pas prendre en compte le risque infectieux supérieur des chirurgies en milieu septique. Aussi, nous proposons de doubler les délais proposés, et donc de programmer l'acte chirurgical **après 2 mois d'arrêt du sécukinumab**.

Chirurgie en urgence

Lorsque le geste chirurgical ne peut être différé, les recommandations d'experts sont :

- Arrêter le traitement par sécukinumab
- Discuter une antibiothérapie prophylactique de couverture en cas de chirurgie à risque septique (exemple : péritonite)
- Effectuer une surveillance rigoureuse post-opératoire - reprendre le traitement uniquement après cicatrisation (et arrêt d'une éventuelle antibiothérapie) et en l'absence d'infection. Un délai minimal d'au moins 15 jours (temps de cicatrisation) est nécessaire ⁽⁶⁾.

SOINS DENTAIRES

- Il est recommandé une hygiène bucco-dentaire et des soins réguliers.
- En cas d'état bucco-dentaire défectueux, des soins appropriés devront être effectués avant de débuter un traitement par sécukinumab.
- L'AFSSAPS a défini la liste des soins dentaires non-invasifs et invasifs ⁽¹¹⁾:
 - **Soins dentaires non invasifs :**
 - Actes de prévention non sanglants
 - Soins conservateurs
 - Soins prothétiques non sanglants
 - Dépose postopératoire de sutures
 - Pose de prothèses amovibles
 - Pose ou ajustement d'appareils orthodontiques
 - Prise de radiographies dentaires.
 - ▶ Quel que soit le niveau de risque infectieux du patient, l'antibiothérapie prophylactique n'est pas indiquée pour la réalisation d'actes non invasifs.
 - **Soins dentaires invasifs :**
 - Soins endodontiques : traitement des dents à pulpe vitale, traitement des dents à pulpe nécrosée, reprise de traitement,
 - Chirurgie périapicale : avec ou sans comblement à l'aide d'un substitut osseux,
 - Actes et soins parodontaux : détartrage avec et sans surfaçage radiculaire, sondage parodontal,
 - Chirurgie parodontale : allongement de couronne clinique, chirurgie de la poche (lambeau d'accès, comblement et greffes osseuses, membrane de régénération parodontale, protéines dérivées de la matrice amélaire...), chirurgie plastique parodontale (lambeau déplacé, greffe gingivale),

- Avulsion dentaire : dent sur arcade, alvéolectomie, séparation de racines, amputation radiculaire, dent de sagesse mandibulaire incluse, dent incluse (hors dent de sagesse mandibulaire), dent en désinclusion, germectomie, chirurgie préorthodontique des dents incluses ou enclavées,
- Autotransplantation,
- Chirurgie préimplantaire, chirurgie implantaire, chirurgie des péri-implantites.

► L'antibiothérapie prophylactique est indiquée pour la réalisation d'actes invasifs en prenant en compte le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux.

- En période de traitement par sécukinumab et en cas de soins dentaires, une antibiothérapie prophylactique devra être proposée pour les gestes invasifs définis précédemment.

En pratique, on proposera :

- En cas de **soins dentaires non invasifs de poursuivre le sécukinumab**,
- En cas de **soins dentaires invasifs**, d'appliquer les mêmes règles que l'*American College of Rheumatology* dans la chirurgie du genou ou de la hanche, à savoir **d'attendre la 5^{ème} semaine après la dernière injection de sécukinumab pour programmer le geste** ⁽⁸⁾.

BRÛLURES ET TRAUMATISMES

- En cas de **brûlure sévère et étendue**, en raison du risque infectieux potentiel, il est recommandé d'arrêter le sécukinumab jusqu'à la cicatrisation.
- En cas de **fracture**, il n'y a pas de recommandation d'arrêt du sécukinumab, sauf si un geste chirurgical est nécessaire (fracture fermée ou ouverte).
- En cas de **traumatisme important**, notamment en cas d'effraction cutanée, il peut être proposé d'arrêter le sécukinumab.

En pratique :

- Le sécukinumab doit être **interrompu avant un geste chirurgical programmé**.
- **Le délai d'interruption** du sécukinumab doit être discuté **au cas par cas** en fonction du risque infectieux du patient, du risque infectieux lié au geste chirurgical, des comorbidités, du niveau de contrôle de la maladie traitée par sécukinumab et des traitements associés, notamment la corticothérapie.
- Le délai d'interruption du sécukinumab et une **chirurgie orthopédique du genou ou de la hanche** pourrait être de **5 semaines**. Pour les gestes chirurgicaux à **plus haut risque infectieux notamment en milieu septique**, le délai pourrait être de **2 mois**.
- Après un geste chirurgical, la **reprise du sécukinumab** pourra être discutée **au cas par cas après totale cicatrisation** (en pratique au moins 15 jours après l'intervention) en absence de complications post-opératoires.

On rappellera que, outre le risque infectieux et de trouble de la cicatrisation, il est nécessaire d'apprécier le risque cardiaque et d'épisode thrombo-embolique en cas de prise en charge chirurgicale dans cette population.

Références

1. Baraliakos X, Kivitz AJ, Deodhar AA, Braun J, Wei JC, Delicha EM, Tallozy Z, Porter B; MEASURE 1 Study Group. Long-term effects of interleukin-17A inhibition with secukinumab in active ankylosing spondylitis: 3-year efficacy and safety results from an extension of the Phase 3 MEASURE 1 trial. *Clin Exp Rheumatol* 2017 May 15. [Epub ahead of print]
2. Résumé des Caractéristiques du Produit Cosentyx®.
3. Schnaser EA, Browne JA, Padgett DE et al. Perioperative Complications in Patients With Inflammatory Arthropathy Undergoing Total Hip Arthroplasty. *J Arthroplasty* 2016;31:2286-90.
4. Schnaser EA, Browne JA, Padgett DE et al. Perioperative Complications in Patients with Inflammatory Arthropathy Undergoing Total Knee Arthroplasty. *J Arthroplasty* 2015;30(9 Suppl):76-80.
5. Clay M, Mazouyes A, Gilson M et al. Risk of postoperative infections and the discontinuation of TNF inhibitors in patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2016;83:701-705.
6. Papp K, Gulliver W, Lynde C, Poulin Y, Ashkenas J; Canadian Psoriasis Guidelines Committee. Canadian guidelines for the management of plaque psoriasis: overview. *J Cutan Med Surg* 2011;15:210-9.
7. Choi YM, Debbaneh M, Weinberg JM et al. From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: Perioperative management of systemic immunomodulatory agents in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2016;75:798-805.e7.
8. Goodman SM, Springer B, Guyatt G et al. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. *Arthritis Rheumatol* 2017;69:1538-51.
9. Singh JA, Cameron C, Noorbaloochi S et al. Risk of serious infection in biological treatment of patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2015;386:258-65.
10. George MD, Baker JF, Yenchih Hsu J et al. Perioperative timing of infliximab and the risk of serious infection after elective hip and knee arthroplasty. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Jan 27. [Epub ahead of print]
11. Recommandations de l'AFSSAPS pour la prescription d'antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Juillet 2011. [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/\(offset\)/5](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/Odonto-Stomatologie/(offset)/5)