



Suivi thérapeutique

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

- **Le suivi thérapeutique** des patients traités par abatacept est clinique et biologique, concernant l'efficacité et la tolérance.

Si le patient est traité par voie intraveineuse, le rythme mensuel d'administration, après les trois premières perfusions, permet un suivi clinique régulier à l'occasion de la perfusion (voir fiches « Exemple de lettre d'information du rhumatologue libéral » et/ou « Exemple de lettre d'information du médecin traitant »). À court terme, il faut surveiller la possibilité de réactions à la perfusion certes rares (voir fiche « Réaction à la perfusion ») pouvant survenir dès les premières minutes (1). Si le patient est traité par voie sous-cutanée, le contrôle clinique et biologique de la tolérance du traitement est adapté, en s'assurant que la technique d'injection est correcte si le patient effectue lui-même ses injections.

- **Le suivi clinique et structural** évalue la réponse thérapeutique. Celle-ci est évaluée par le DAS 28. Elle est définie par une amélioration du DAS 28 :
 - d'au moins 0,6 à la semaine 16 (si cet objectif n'est pas atteint, le traitement peut être arrêté)
 - et d'au moins 1,2 (avec si possible un DAS 28 inférieur ou égal à 3,2) à la semaine 24.

La surveillance justifie ensuite une évaluation minimum tous les 3 mois de l'activité clinique (DAS 28 ou SDAI), de la qualité de vie et une mesure trimestrielle de l'activité biologique inflammatoire (VS et/ou CRP) (voir fiche « Exemple de lettre d'information du rhumatologue libéral »). Le suivi structural (radiographies des mains et des pieds, échographie) est conseillé après un an de traitement.

Le profil de réponse d'après les données des études AIM, ATTEST, ATTAIN et ARRIVE a été évalué sur une période de 6 mois. Chez les patients ayant une réponse inadéquate aux anti-TNF et au méthotrexate (MTX), l'abatacept a permis une réduction significative de l'activité de la maladie. La diminution du DAS 28 d'au moins 1,2 a été observée de façon significative dès le 1^{er} mois dans les études AIM et ATTEST. Ce taux de réponse est en moyenne de 70% des patients traités par l'abatacept au 3^{ème} mois dans l'ensemble des 4 études. La réponse thérapeutique progressant sur les 6 mois, le moment le plus approprié pour faire une évaluation est compris entre le 3^{ème} et le 6^{ème} mois (2-4).

- **Le suivi clinique et biologique de la tolérance**

Le suivi clinique de la tolérance est adapté selon la modalité d'injection et à tout moment en cas d'événement inattendu. Comme pour tout traitement biologique, il convient d'être attentif aux problèmes infectieux bactériens, en particulier chez les patients atteints de BPCO, ou viraux, ou aux symptômes susceptibles d'évoquer une néoplasie ou une hémopathie (voir fiches « Infections bactériennes et virales » et « Néoplasies »).

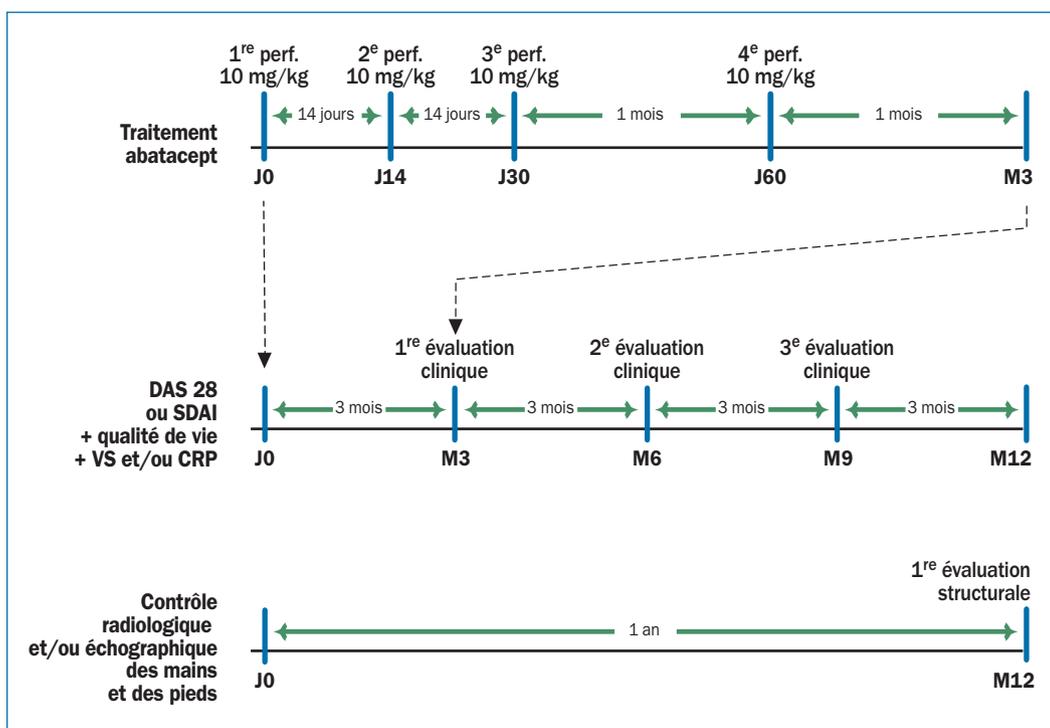
Il n'y a pas de surveillance biologique ou immunologique spécifique à l'abatacept. Il convient d'évaluer le syndrome biologique inflammatoire pour calculer le DAS, et assurer le suivi biologique du traitement associé (méthotrexate par exemple), selon les recommandations habituelles.

Ne pas oublier les bilans liés aux traitements associés (méthotrexate par exemple). Un hémogramme (risque de leucopénie, de thrombocytopénie, peu fréquent) et une évaluation des transaminases sont conseillés au moins tous les 3 mois en l'absence de problèmes particuliers.

Chez les femmes en âge de procréer, une contraception est indiquée pendant la durée du traitement et jusqu'à 14 semaines après la dernière administration.

Compte tenu de la demi-vie d'élimination d'abatacept, le délai qui pourrait être proposé entre la dernière perfusion/injection et la conception est de 14 semaines (délai permettant d'éliminer 97% d'un produit en cinétique linéaire) (voir fiche « Grossesse »).

Les situations pratiques : grossesse, vaccination, voyage, chirurgie, interactions médicamenteuses, sont envisagées dans les fiches spécifiques (voir fiches « Grossesse », « Vaccination », « Voyage », « Chirurgie », « Interactions médicamenteuses »).



Références

1. Nüsslein HG, Alten R, Galeazzi M, et al. Real-world effectiveness of abatacept for rheumatoid arthritis treatment in European and Canadian populations: a 6-month interim analysis of the 2-year, observational, prospective ACTION study. *BMC Musculoskelet Disord* 2014;15:14.
2. Kremer JM, Westhovens R, Le Bars M, et al. Time to treatment response with abatacept in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate. *Arthritis Rheum* 2008;58(Suppl 9):378.
3. Schiff M, Dougados M, Le Bars M, et al. Time to treatment response with abatacept in patients with RA and an inadequate response to anti-TNF therapy. *Arthritis Rheum* 2008;58(Suppl 9):377.
4. Genovese M, Becker JC, Schiff M, et al. Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor inhibition. *N Engl J Med* 2005;353:1114-23.