

4

Comment suivre un patient traité par hydroxychloroquine ?

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

Le suivi comportera essentiellement un dosage sanguin pour s'assurer de la prise du traitement, et un dépistage des complications (essentiellement ophtalmologiques). Les principales complications sont la survenue d'une coloration ardoisée (sans gravité autre qu'esthétique), d'une rétinopathie, voire exceptionnellement d'une toxicité cardiaque ou neuromusculaire. Ces complications sont rares et surviennent après une exposition prolongée.

La prévention des complications ophtalmologiques cliniques justifie un suivi ophtalmologique régulier. La rétinopathie clinique est potentiellement grave et permanente, mais son incidence en pratique clinique est très faible : des études sur plusieurs grandes séries de patients atteints de maladies rhumatologiques rapportent une absence ou une très faible toxicité sur des milliers de patients. L'objectif du suivi est de dépister les rétinopathies infra-cliniques (plus fréquentes) et ainsi d'éviter la rétinopathie clinique.

Il n'existe pas de méthode universellement reconnue de dépistage mais il existe des recommandations de l'Académie américaine d'ophtalmologie mises à jour en 2016 [1.].

Schématiquement, tous les patients chez lesquels un traitement par hydroxychloroquine (HCQ) est initié, doivent bénéficier d'un bilan ophtalmologique au cours de la première année de traitement. Ce bilan doit comporter un examen ophtalmologique avec fond d'œil associé à un champ visuel automatisé des dix degrés centraux et, si possible, un examen complémentaire objectif de la zone maculaire : électrorétinogramme multifocal et/ou clichés en auto-fluorescence du fond d'œil et/ou tomographie de cohérence optique en domaine spectral (OCT-SD). Notons que le CV doit être plus large (24-2 ou 30-2°) chez les patients asiatiques.

Ce bilan complet doit être répété tous les ans après 5 années de traitement (voire plus tôt en cas de situation à risque : posologie élevée, insuffisance rénale, utilisation chez les sujets âgés, utilisation concomitante de Tamoxifène et rétinopathie voire maculopathie préexistante).

Notons enfin que les diagnostics de toxicité rétinienne sont souvent faits par excès et qu'il est nécessaire de confirmer un éventuel diagnostic de rétinopathie à l'HCQ auprès d'un centre ophtalmologique expert avant de contre-indiquer inutilement et définitivement ce traitement.

Tableau : planification de la surveillance ophtalmologique sous hydroxychloroquine

	Bilan de référence*	1 à 5 ans	≥ 5 ans
Examen ophtalmologique avec FO	OUI	1 fois / an si facteurs de risque**	1 fois /an
CV central automatisé	OUI	1 fois / an si facteurs de risque**	1 fois /an
ERG multifocal/Examen OCT	OUI	1 fois / an si facteurs de risque**	1 fois /an (si possible)

FO : fond d’œil, CV : champ visuel, ERG : électrorétinogramme

* A réaliser dans l’année qui suit l’initiation d’un traitement prolongée (sauf antécédent de rétinopathie car dans ce cas l’examen doit être préalable à l’initiation du traitement)

**Facteurs de risque : posologie élevée, insuffisance rénale, utilisation chez les sujets âgés, utilisation concomitante de Tamoxifène et rétinopathie voire maculopathie préexistante).

Il n’y a pas de recommandations concernant le dépistage des atteintes cardiaques.

- La survenue d’un trouble conducteur ou d’une insuffisance cardiaque chez un patient sous HCQ doit conduire à se poser la question d’un lien éventuel avec l’HCQ et arrêter le traitement le cas échéant.
- Un ECG et une échographie cardiaque peuvent être proposés lors d’un traitement prolongé par HCQ.
- Parce que la toxicité cardiaque est moins exceptionnelle chez les patients ayant également reçu de la chloroquine, ou chez ceux ayant une toxicité rétinienne, la surveillance doit probablement être renforcée dans ces 2 situations.

Référence

1. Murray JJ, Lee MS. Re: Marmor et al.: American Academy of Ophthalmology Statement: Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy (2016 Revision). (Ophthalmology 2016;123:1386-1394). Ophthalmology. mars 2017;124(3):e28- 9.

