



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

Evidence Based Medicine

Recommandations officielles

Avis des experts

La réalisation d'une intervention chirurgicale chez un patient ou une patiente souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) justifiant un traitement par anti-IL1 peut, théoriquement, conduire à une complication infectieuse et/ou un retard de cicatrisation. Toutefois, ce risque n'est pas clairement évalué dans la littérature : aucune recommandation précise dans le Résumé des Caractéristiques des produits anakinra et canakinumab (1, 2) et les recommandations présentées ici sont basées sur des avis d'experts prenant en compte, en particulier, le risque septique du geste chirurgical et les différentes situations de biothérapie déjà évaluées.

Chirurgie

Données disponibles

● Propriétés pharmacocinétiques

Les concentrations plasmatiques maximales d'anakinra ont été observées 3 à 7 heures après administration sous-cutanée de doses cliniquement appropriées (1 à 2 mg/kg). La demi-vie terminale moyenne de l'anakinra est comprise entre 4 et 6 heures (1). Pour le canakinumab, les concentrations plasmatiques maximales ont été observées 7 jours après injection SC d'une dose unique de 150 mg. La demi-vie terminale moyenne était de 26 jours (2).

● Cas publiés dans la littérature

Aucune donnée n'est disponible chez des patients souffrant de PR et opérés après réalisation d'un traitement soit par anakinra (3, 4), soit par canakinumab (2).

● Conduite à tenir en cas de chirurgie

À partir des mécanismes d'action des anti-IL1, des données de tolérance de la littérature, de la situation d'un patient ou d'une patiente qui souffre d'une PR, et qui a en règle générale d'autres médicaments, les deux risques à redouter sont :

- la survenue d'une infection per- ou post-opératoire (des cas de cellulite et d'ostéomyélite ont été rapportés en dehors d'un contexte chirurgical) ;
- un retard de cicatrisation. Il n'y a pas à ce jour de données disponibles relatives au délai de cicatrisation sous anakinra.

Recommandations des Sociétés de Rhumatologie

Aucune recommandation précise n'existe en matière de chirurgie sous anti-IL1 ou de soins dentaires.

Recommandations dans la littérature

Il est recommandé d'arrêter l'anakinra la semaine qui précède le geste chirurgical et de le reprendre 1 à 2 semaines après le geste (4, 5).

Situations cliniques

- **Délai entre la dernière injection de l'anti-IL1 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)
- Terrain et risque infectieux propres au patient : antécédents infectieux, prothèses articulaires, diabète, corticothérapie associée
- Sévérité de l'affection rhumatologique et de son contrôle par le traitement.

- **Schématiquement, deux situations cliniques peuvent être rencontrées chez les patients traités par un anti-IL1 :**

- Réponse inadéquate au traitement : l'absence de contrôle de la maladie rhumatismale incite à recourir à une autre thérapeutique imposant, le plus souvent, un report du geste chirurgical
- Contrôle satisfaisant de la maladie rhumatismale : par prudence, compte tenu de l'absence de données cliniques disponibles à ce jour (pharmacocinétiques), le délai proposé entre la dernière injection d'anakinra et l'acte chirurgical programmable pourrait être d'une semaine (5). La reprise de l'anakinra peut être envisagée après cicatrisation (5).

- **Chirurgie en urgence**

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

- arrêter l'anti-IL1 dès que possible
- 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.

Soins dentaires

Aucune infection dentaire n'a été rapportée dans la littérature.

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 débiter un traitement par anti-IL1 :

- soins usuels (caries, détartrage) : on peut proposer une antibioprofylaxie.

- soins à risque infectieux (extraction, granulome apical, abcès...) : il est recommandé d'interrompre la traitement par anti-IL1 une semaine avant le geste et de proposer une antibioprofylaxie.

- Implants : aucune recommandation n'existe dans la littérature.

Brûlures et traumatismes

1. En cas de brûlure sévère et étendue, en raison du risque infectieux potentiel, il est recommandé d'arrêter l'anti-IL1 jusqu'à la cicatrisation.
2. En cas de fracture, il n'y a pas de recommandation d'arrêt de l'anti-IL1, sauf si un geste chirurgical est nécessaire (fracture fermée ou ouverte).
3. En cas de traumatisme important, notamment en cas d'effraction cutanée, il peut être proposé d'arrêter l'anti-IL1.

Références

1. http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR__Product_Information/human/000363/WC500042310.pdf
2. Résumé des Caractéristiques du Produit canakinumab.
3. Fleischmann RM, Tesser J, Schiff MH, et al. Safety of extended treatment with anakinra in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006;65:1006-12.
4. Schiff MH, DiVittorio G, Tesser J, et al. The safety of anakinra in high-risk patients with active rheumatoid arthritis: six-month observations of patients with comorbid conditions. *Arthritis Rheum* 2004;50:1752-60.
5. Rosandich PA, Kelley JT 3rd, Conn DL. Perioperative management of patients with rheumatoid arthritis in the era of biologic response modifiers. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:192-8.
6. Fiche d'information thérapeutique JO 16 avril 2003.