

Actualités thérapeutiques dans l'ACG

V. Devauchelle-Pensec

CHU Brest

Service de rhumatologie

Centre de référence des maladies auto-immunes rares de l'adulte



CeRAiNOM

Centre de référence des maladies auto-immunes et
auto-inflammatoires systémiques rares de l'adulte
du Nord, Nord-Ouest, Méditerranée et Guadeloupe



Université
de Bretagne
Occidentale

LBAI
U1227



Le Concept GPSD:GCA-PMR Spectrum Disease

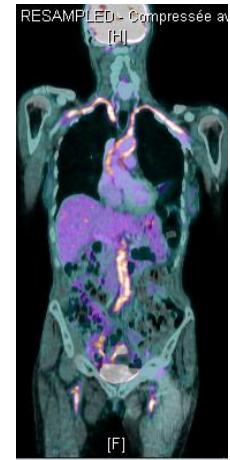
C'est dans les vieux pots

PPR



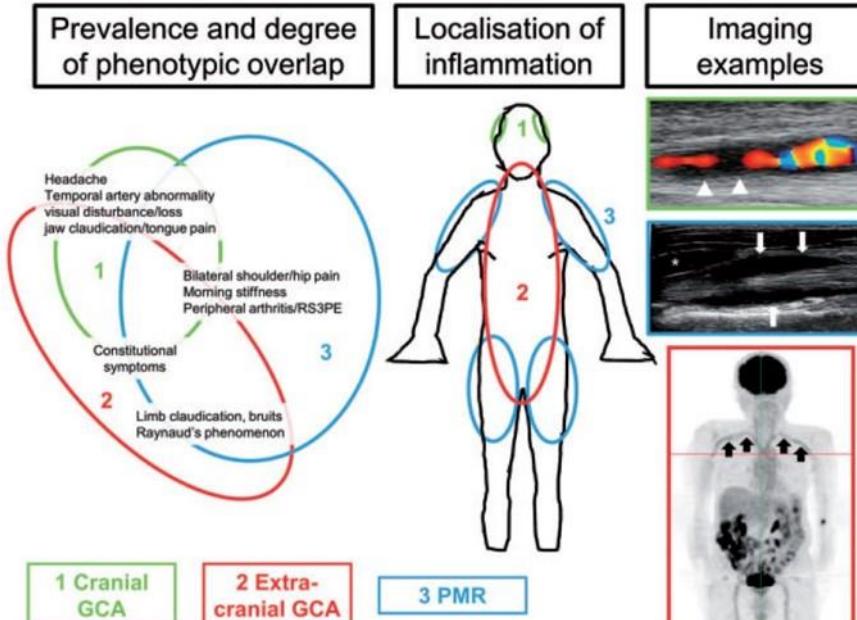
Polymyalgia arteritica

ACG



Gilmour JR. Giant-cell chronic arteritis. J Path Bact 1941;53:263-77. 8. Horton BT, Magath TB, Brown GE. An undescribed form of arteritis of the temporal vessels. Proc Sta Meet Mayo Clinic 1932;7:700-1

Le Concept GPSD*:GCA-PMR Spectrum Disease



PPR



IN MEMORIAM

Dr. Jacques Forestier
July 27, 1890—March 15, 1978

THERAPEUTIQUE
Dose et GP

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS
CRP

SARCOPENIE

Quelle cible thérapeutique ?

🇰🇷 Kim Yeji 🤝 Yusuf Dikeç 🇹🇷



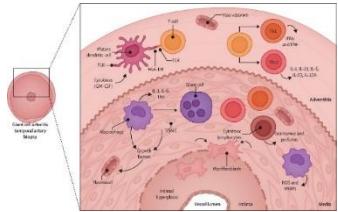
>Last edited 9:19 AM · Aug 1, 2024



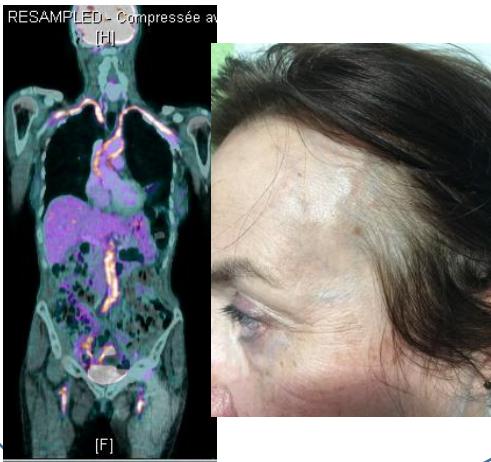
Quelle cible thérapeutique ?



L'inflammation systémique

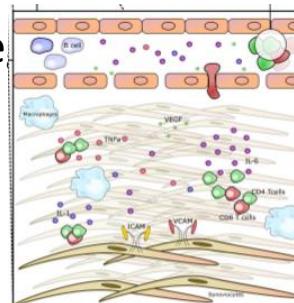


Les vaisseaux



La signature moléculaire ?

Voie de l'IL17, IL-6, Treg, TSAP, Macrophages, Mutation clonales ?



- Innate immunity
- Adaptative immunity
- Immunosenescence

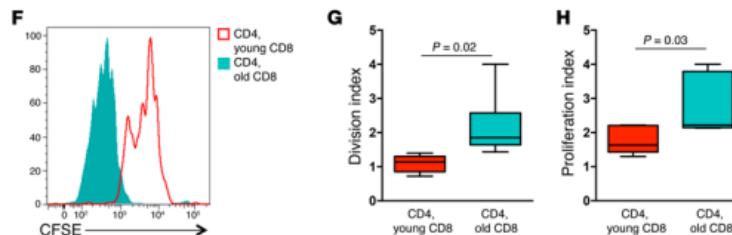


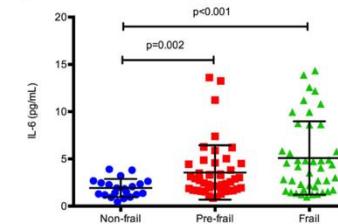
Figure 3. The suppressive function of CD8 Tregs is deficient in older individuals. (A) CD8 Tregs induced from young (red) and old (cyan) CD4 Tregs were added to young (red) and old (cyan) CD8 T cells. (B) CD8 Tregs induced from young (red) and old (cyan) CD4 Tregs were added to young (red) and old (cyan) CD4 T cells.

Le patient

Fragilité/comorbidités



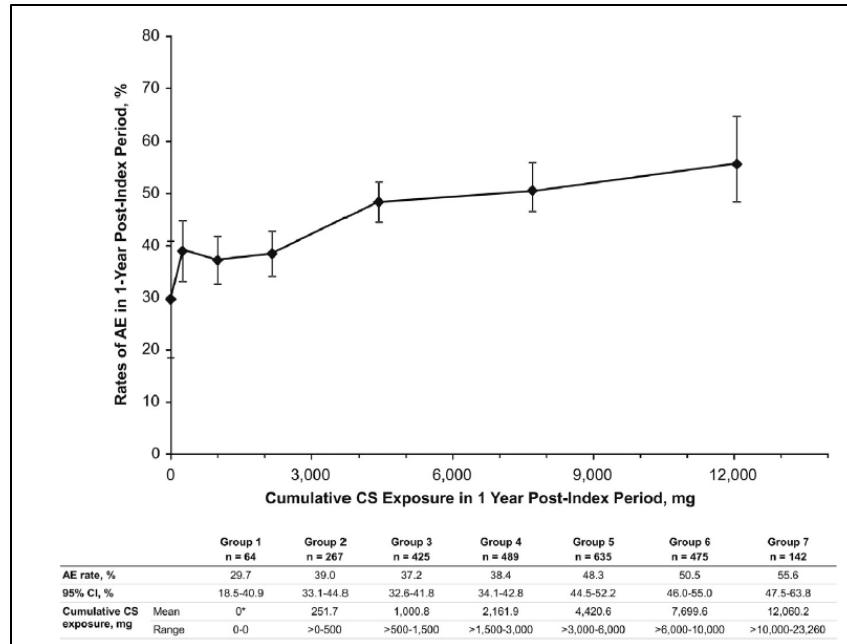
Fenêtre d'opportunité



- PPR naïve
- PPR chronique/cortico-dépendante

PPR-ACG: Efficacité et toxicité de la corticothérapie

Pour chaque augmentation de 1000 mg des doses cumulées, le HR des effets indésirables augmente de 3 %



Objectifs d'arrêt non tenus

- Objectifs d'arrêt 12 à 18 mois
- Données rétrospectives:
 - 40% des patients sont sous corticoïdes à 4 ans
- ARTEMIS
 - 306 ACG
 - A 13 mois en moyenne, 89% étaient toujours sous corticoides
 - 40% avaient fait des rechutes

Artérite à Cellules Géantes (Horton)

Joint Bone Spine 91 (2024) 105730

Ce PNDS a été rédigé sous l'égide du :

Groupe d'Etude Français des Artérites des gros vaisseaux (GEFA)

Et de la

Filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares FAPIR

Liste des personnes ayant collaboré à la rédaction du PNDS « Artérite à Cellules Géantes (Horton) »

Le PNDS a été coordonné par le Pr Hubert de BOYSSON, le Pr Valérie DEVAUCHELLE-PENSEC et le Pr Maxime SAMSON.

La Revue de médecine interne 46 (2025) 12–31

Disponible en ligne sur [ScienceDirect](#) [www.sciencedirect.com](#)

Elsevier Masson France [EM|consulte](#) [www.em-consulte.com](#)

Review article

French protocol for the diagnosis and management of giant cell arteritis

Protocole national de diagnostic et de soins – Artérite à cellules géantes (Horton)

Hubert de Boysson^a, Valérie Devauchelle-Pensec^b, Christian Agard^{c,d}, Marc André^{e,f}, Boris Bienvenu^g, Bernard Bonnotte^{h,i}, Guillermo Carvajal Alegria^j, Olivier Espitia^{c,d}, Eric Hachulla^k, Emmanuel Heron^g, Marc Lambert^k, Jean-Christophe Legal^l, Kim Heang Ly^m, Arsène Mekinianⁿ, Jacques Morel^o, Alexis Regent^p, Christophe Richez^q, Laurent Säller^r, Raphaële Seror^s, Anne Tournadre^t, Maxime Samson^{h,i,*}, Collaborators

Recommandations SFR concernant la PPR



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Joint Bone Spine

journal homepage: [www.elsevier.com](#)



Recommendations and metaanalyses

Recommendations of the French Society of Rheumatology for the management in current practice of patients with polymyalgia rheumatica



Daniel Wendling^{a,*}, Omar Al Tabaa^{b,c,1}, Baptiste Chevet^{d,1}, Olivier Fakih^{a,1}, Roba Ghossan^{b,1}, Sophie Hecquet^{b,1}, Emmanuelle Dernis^e, Emmanuel Maheu^f, Alain Saraux^d, Florent L. Besson^g, Guillermo Carvajal Alegria^h, Bernard Cortetⁱ, Bruno Fautrel^j, Renaud Felten^k, Jacques Morel^l, Sébastien Ottaviani^m, Solène Querellou-Lefrancⁿ, André Ramon^o, Adeline Ruyssen-Witrand^p, Raphaële Seror^q, Anne Tournadre^r, Nathan Foulquier^s, Bernard Verlhac^t, Frank Verhoeven^a, Valérie Devauchelle-Pensec^{d,**}

Wendling D et al. 2024;91(4):105730. doi: 10.1016/j.jbspin.2024.105730.

Objectifs de la prise en charge de la PPR et de l'ACG

- **Faire de l'épargne cortisonique +++**

- **Limiter les comorbidités associées**

- ACG :Comorbidité cardiovaskulaire (ACG X 1,7)

- Risques vasculaires et systémiques (ischémiques, précoce et tardif)

- précoce: 3 semaines, conséquences directes de la vascularite (ophtalmo, AVC, syndrome coronarien aigu, dissection aortique)

- Tardives: mois-années, ischémiques (aorte, dilatation) ou sténosantes (claudication)

- Surveillance de l'aorte

- PPR: ostéoporose, fragilité, sarcopénie

- **Identifier des facteurs de pronostic**

588

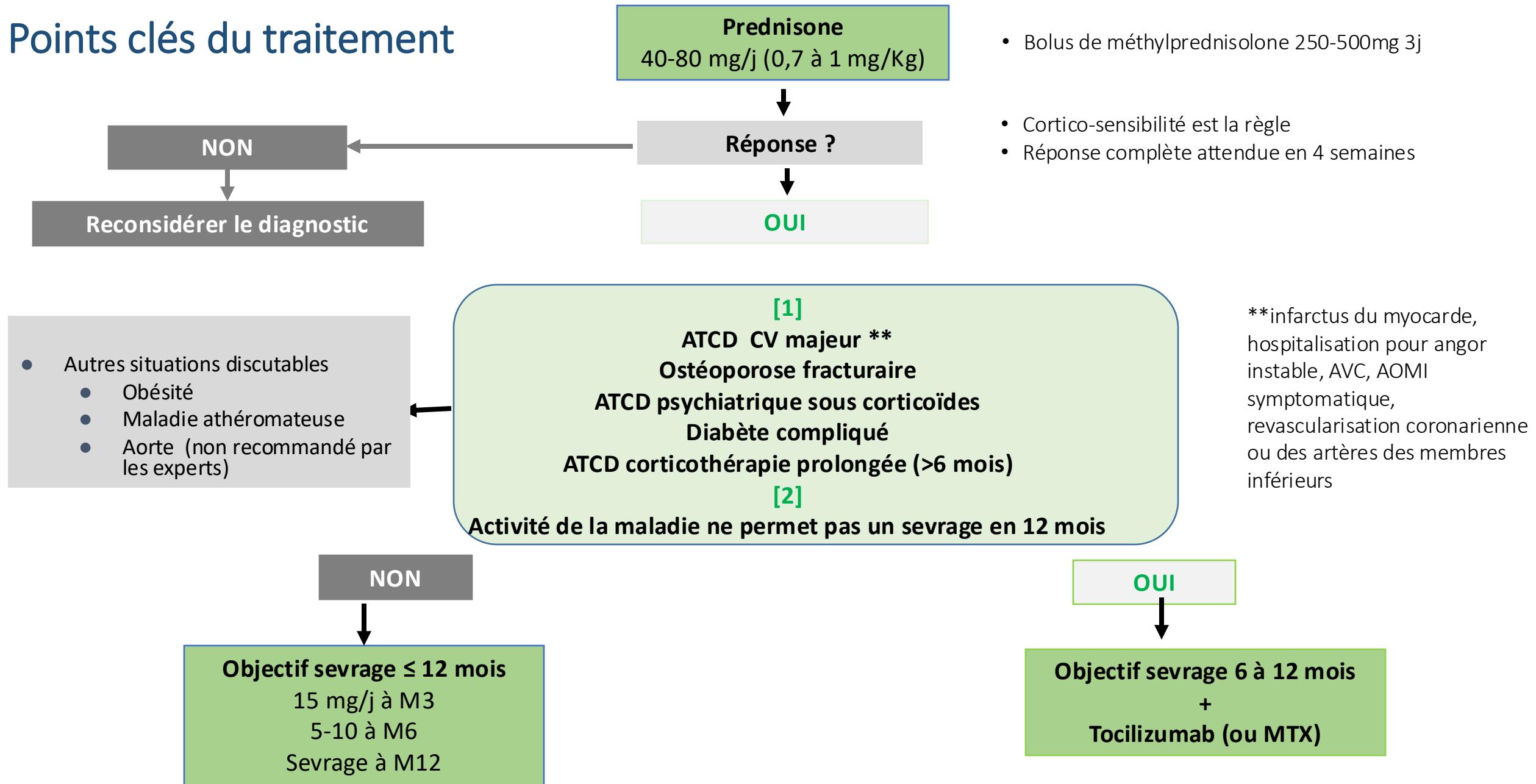
B. S. CARDELL AND T. HANLEY

TABLE

Summary of 27 fatal cases of giant-cell arteritis

Authors	Sex and age	P.M.	Cause of death	Arteries affected (histologically confirmed)
1. Barnard (1935) .	F. 63	+	Erysipelas	Anterior descending and posterior coronary; internal and intra-cranial carotid
2. Sproul and Hawthorne (1937) Case 1	M. 76	+	Septic kidney	Aorta; both common iliacs
3. Sproul and Hawthorne (1937) Case 2	M. 50	+	Cardiac infarct	Aorta; iliac; carotid
4. Gilnour (1941) Case 1	F. 23	+	Ruptured subclavian aneurysm	Aorta; both subclavians and internal carotids
5. " Case 2	F. 59	+	Cerebral infarct	Aorta; both internal carotids
6. " Case 3	M. 63	+	Cerebral infarct	Aorta; both internal carotids; left external carotid
7. " Case 4	F. 64	+	Post operative	Aorta; innominate; subclavian; common carotid; common iliac
8. Sproul (1942) .	M. 68	+	Cardiac infarct	Carotid; innominate; subclavian; pulmonary; celiac; mesenteric; renal; iliac
9. Post and Sanders * (1943)	F. 66	-	Cerebrovascular accident	Both temporals (biopsy)
10. Chasnow and Vorzimer (1944)	F. 63	+	Coma	Temporal and internal carotid arteries. No post-mortem details published
11. Broch and Ytrehus (1946) Case 1	M. 69	-	Hæmatemesis	...
12. Cooke <i>et al.</i> (1946) Case 1	M. 66	-	Cerebrovascular accident	Both temporals (biopsy)
13. Cooke <i>et al.</i> (1946) Case 3	F. 69	+	Multiple cerebral thromboses	Both temporals; aorta; both femoral; subclavians
14. Cooke <i>et al.</i> (1946) Case 6	F. 73	+	Cerebral death	Both temporals; aorta; radial; superior mesenteric; femoral; both retinal
15. Curtis (1946)	F. 71	-	Cerebral death	Both temporals (biopsy)
16. Kilbourne and Wolff (1946)	M. 68	-	Cardiac infarct	Both temporals (biopsy)

Points clés du traitement



PPR : Points clés du traitement [2]

Prednisone
15-35mg/j (0,2-0,3mg/kg/j)

Si nécessité d'une **épargne cortisonique initiale**
(intolérance aux corticoïdes, ATCD psychiatrique
sous corticoïdes, ostéoporose fracturaire, dose
cumulée, IDM de moins de 6 mois, diabète
compliqué)



Avis d'expert



Hors AMM

Tocilizumab ou autre anti-IL6 en courte association
avec des CTC
ou
Tocilizumab en monothérapie (ou MTX) 1 an

Objectif sevrage CTC 1-3 mois
+
Tocilizumab (ou MTX)
6 à 12 mois

Pas de corticoïdes dans la PPR récente: preuve de concept

Clinical and epidemiological research

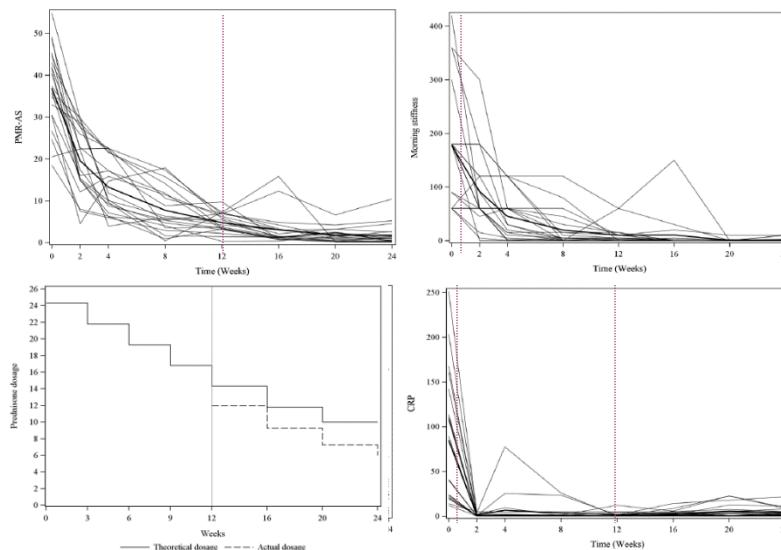


CONCISE REPORT

Efficacy of first-line tocilizumab therapy in early polymyalgia rheumatica: a prospective longitudinal study

doi:10.1136/annrheumdis-2015-208742

Valérie Devauchelle-Pensec^{1,3}, Jean Marie Berthelot², Divi Corneç^{1,3}, Yves Renaudineau³, Thierry Marhadour¹, Sandrine Jousse-Joulin^{1,3}, Solène Querello⁴, Florent Garrigues⁵, Michel De Bandt⁶, Maelenn Gouillou⁷, Alain Saraux^{1,3}

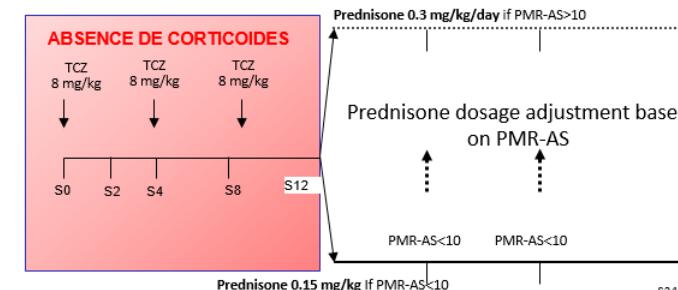


70% d'épargne cortisonique



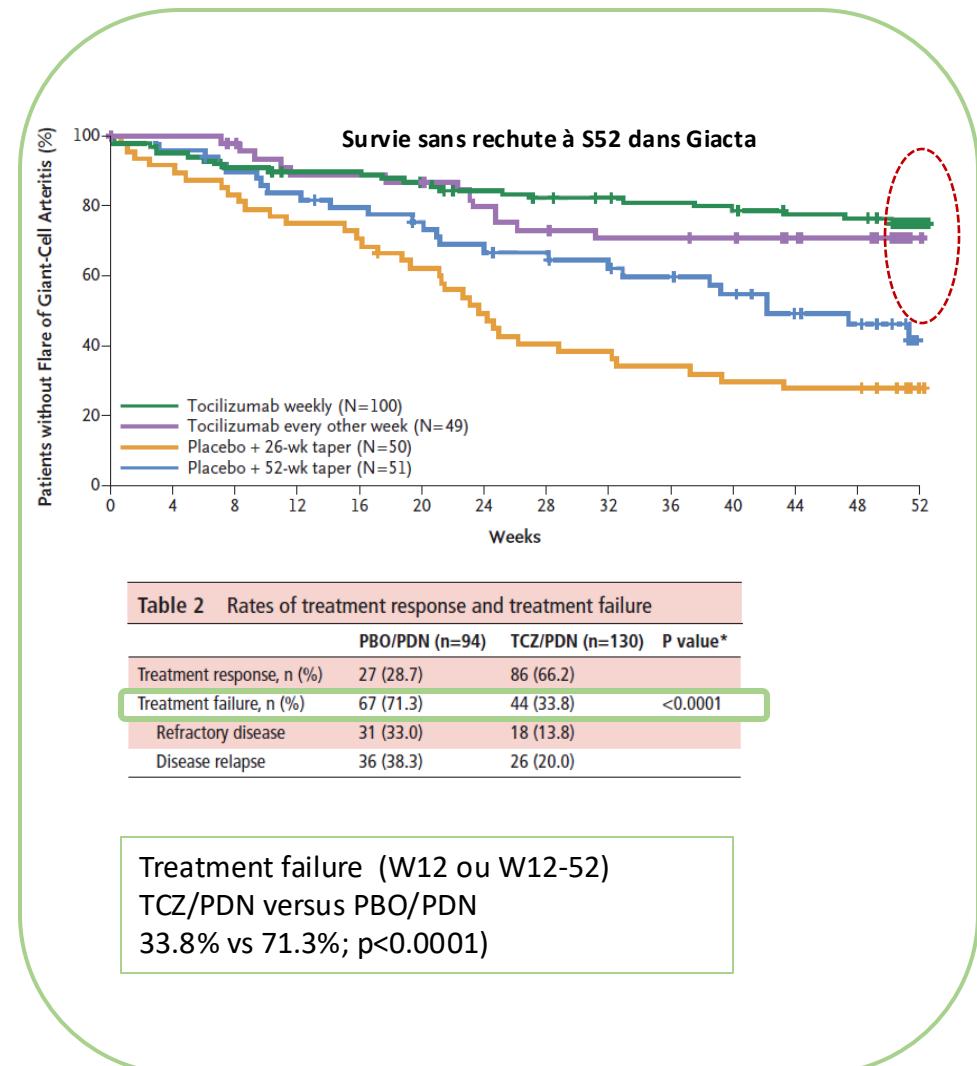
-20 patients

-Pas de groupe contrôle

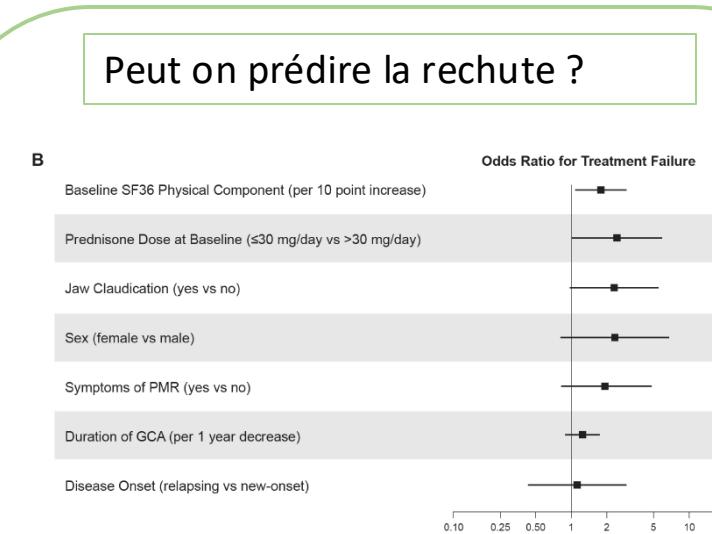


Rechutes à l'arrêt: aucune
Rechutes 1 an après : 1

Taux de rechutes sous TCZ



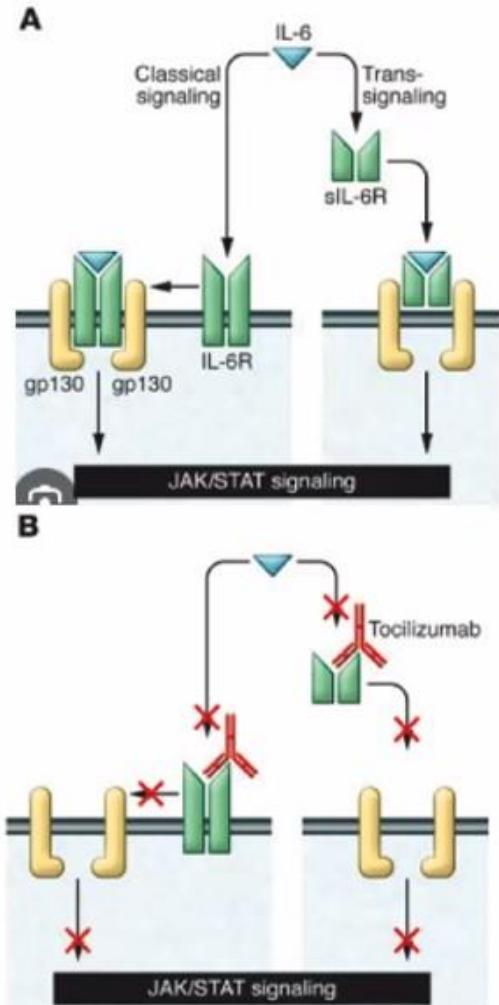
Registre anglais
336 pts traités 12mois par TCZ
Rechutes 35% à M12 et 49% à M24
FdR
Rechutes
Gros Vx



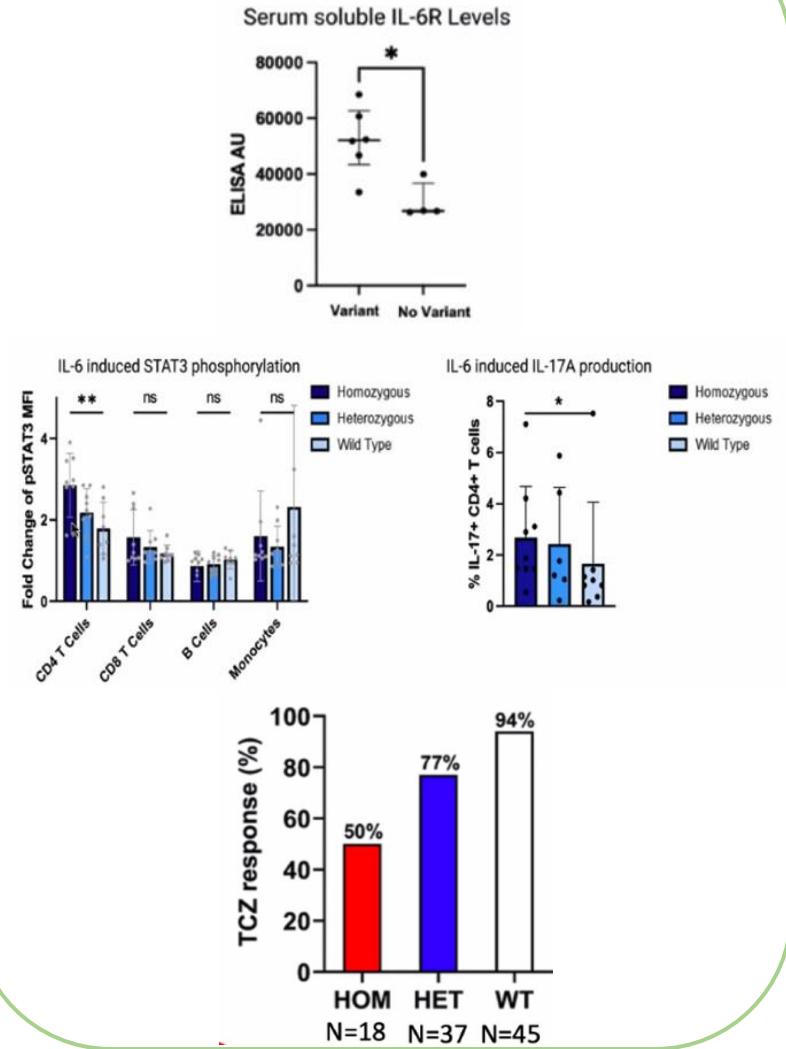
Registre espagnol
471 pts traités par TCZ
Rechutes 15% (63/405)
FdR:TCZ IV
Durée courte
DMARDs

	On TCZ (N=65)	Off TCZ (N=65)
No of relapses	22	26
Symptoms		
Symptoms of PMR	9 (40.9)	20 (76.9)
Cranial symptoms*	13 (59.1)	8 (30.8)
Visual symptoms†	1 (4.5)	1 (3.8)
Permanent vision loss	1 (4.5)	0
On prednisone	12 (54.5)	2 (7.7)
Off prednisone	10 (45.5)	24 (92.3)
Prednisone dose at time of relapse, mg/day		
Mean (SD)	6.2 (9.8)	0.5 (1.8)
ESR at time of relapse, mm/hour‡, §		
Mean (SD)	16.6 (21.5)	31.4 (25.4)
≥ 30 mm/hour	4 (18.2)	11 (42.3)
CRP at time of relapse, mg/L¶, **		
Mean (SD)	5.2 (10.6)	13.3 (22.1)
≥ 10 mg/L	2 (9.1)	7 (26.9)

Peut-on prédire une rechute sous TCZ ?



Polymorphisme Asp 358
Ala) du R de l'IL-6
↓
Augmentation de l'IL-6R
↓
Augmentation de la transignalisation



Taux de rechutes à l'arrêt du TCZ dans la PPR

Etude rétrospective française (2015-2022):

53 pts ayant une PPR, sous TCZ

Arrêt des corticoïdes à 6 et 12 mois
chez 22,5 et 58,3% des pts

Modalités d'arrêt du TCZ chez 40 pts

Espacement et diminution de doses
semblent plus efficaces (succès chez 87% et
79% des pts) comparativement à l'arrêt
brutal (succès chez 52% des pts; p=0.012 et
p=0.039)

Rheumatology, 2024, 63, 2065–2073
<https://doi.org/10.1093/rheumatology/kead426>
Advance access publication 21 August 2023
Original Article



RHEUMATOLOGY



Clinical science

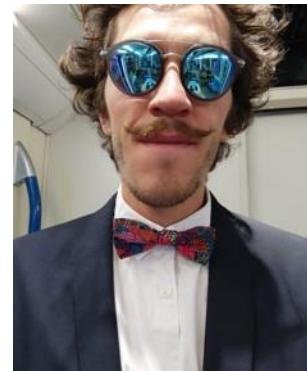
Efficacy and management of tocilizumab in polymyalgia rheumatica: results of a multicentre retrospective observational study

Morgane Assaraf^{1,*}, Baptiste Chevet^{2,3,*}, Daniel Wendling⁴, Peggy Philippe¹,
Emeline Cailliau⁵, Christian Roux⁶, Philippe Dieude⁷, Sébastien Ottaviani⁸, Jérôme Avouac⁹,
Mathilde Delacour⁹, Eric Houvenagel¹⁰, Jérémie Sellam¹¹, Bernard Cortet¹, Julien Henry¹²,
René-Marc Flipo¹, Valérie Devauchelle-Pensec^{2,3*}

Assaraf M, *Rheumatol*, 2024

Sémaphore:PPR corticodependante,
rechute l'arrêt du TCZ

101 patients dans la phase
randomisée (TTT 6 mois , IV)
33 en remission sous TCZ dans la
phase de suivi en ouvert
-90% de rechute à 15 semaines



Dear Baptiste Chevet,
We are pleased to inform you that the Abstract Selection Committee has accepted your abstract titled
"Assessment of the Remission Maintenance After Tocilizumab Withdrawal
in Polymyalgia Rheumatica Patients Receiving a 6-month Treatment"
for presentation at ACR Convergence 2024.

Chevret B et al, *Arthritis and Rheumatol*, 2025

Méthotrexate versus tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes : essai contrôlé randomisé multicentrique METOGiA

MEthotrexate versus TOcilizumab for treatment of Giant cell Arteritis (METOGiA trial): a multicenter, randomized, controlled trial.

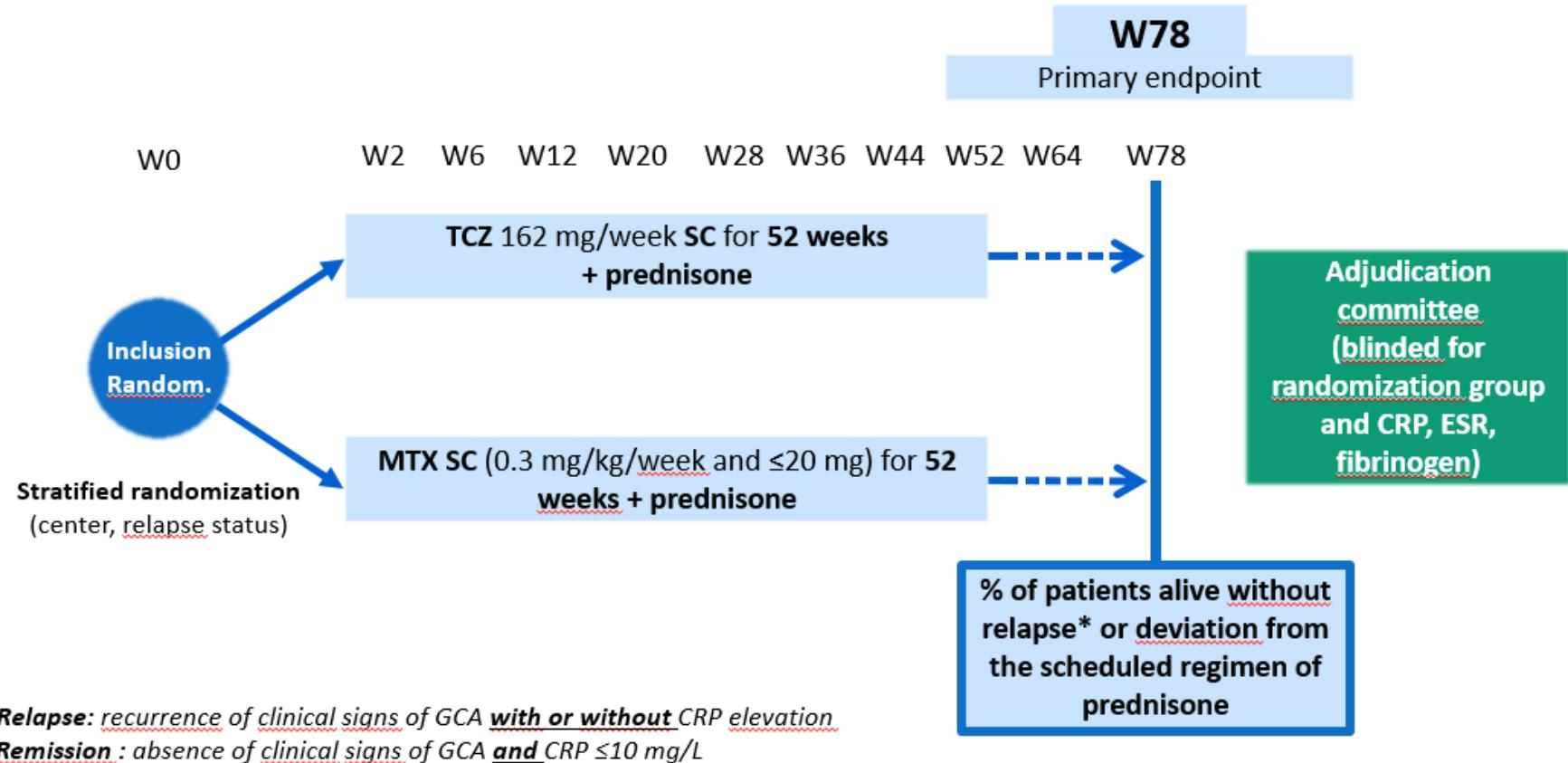
Maxime Samson, Abderrahmane Bourredjem, Rodérau Outh, Vincent Grobost, François Lifermann, Guillaume Direz, Emmanuel Ribeiro, Eric Oziol, Valérie Devauchelle-Pensec, Mikael Ebbo, Nicolas Limal, Romain Paule, Boris Bienvenu, Antoine Poulet, Sébastien Miranda, Ygal Benhamou, Thomas Quemeneur, Claire Dingremont, André Ramon, Bernard Simorre, Quitterie Reynaud, Christian Agard, Olivier Espitia, Arsène Mekinian, Jean-François Alexandra, Emilie Berthoux, Laurent Perard, Antoine Baudet, Rafik Mesbah, David Lacôte-Delarbre, Julien Stievenart, Marc André, Jean Sébastien Allain, Rolland Jaussaud, Julie Magnant, Amélie Servettaz, Hubert de Boysson, Marc Ruivid, Benjamin Terrier, Alexis Régent, Amélie Cransac, Isabelle Fournel, Hervé Devilliers, Bernard Bonnotte

ACR convergence, October 2025



- ACR Convergence 2025 — Abstract n°0891 Samson M, et al.

Méthotrexate versus tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes : essai contrôlé randomisé multicentrique METOGiA



- ACR Convergence 2025 — Abstract n°0891 Samson M, et al.

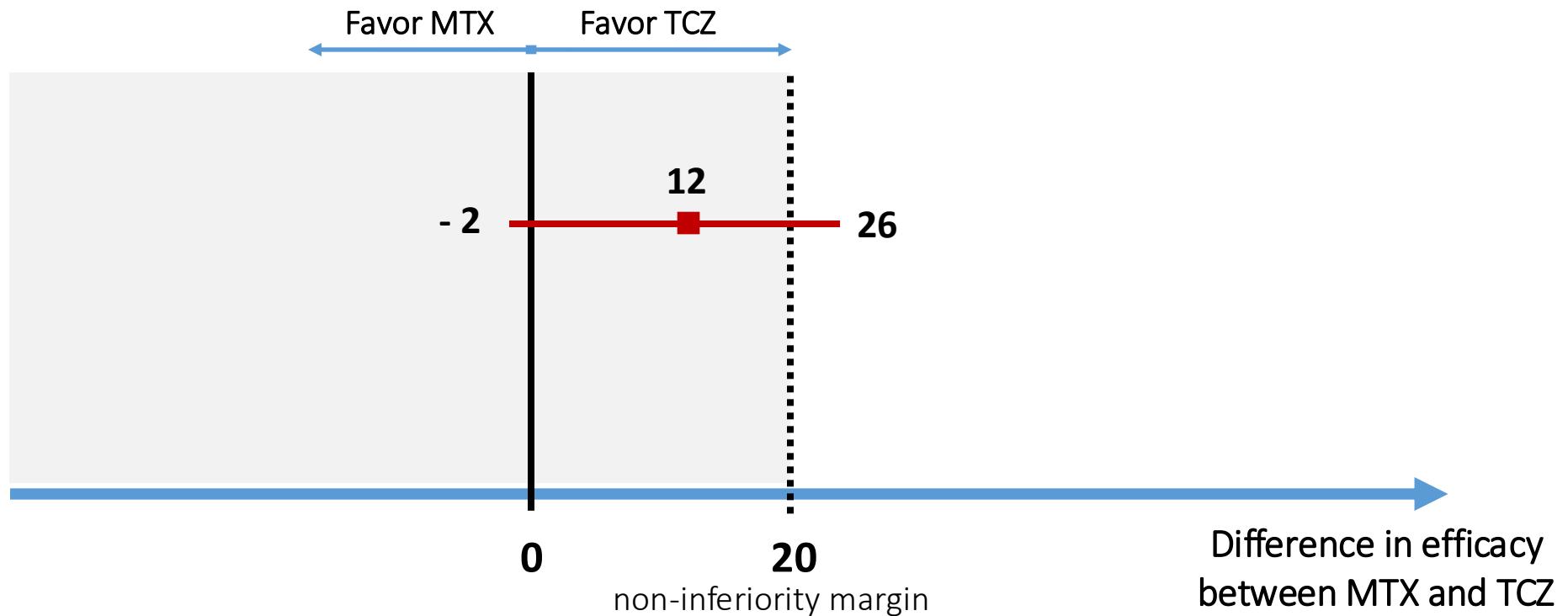
Méthotrexate versus tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes : essai contrôlé randomisé multicentrique METOGiA

PP population : 196 patients (93 MTX ; 103 TCZ)

At W78: % of patients alive without relapse or deviation from the GC tapering protocol

TCZ: 51%

MTX: 39%



Méthotrexate versus tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes : essai contrôlé randomisé multicentrique METOGiA

Difference between both groups (primary endpoint)

PP population: 12% [-2, 26%] ($P=0.12$)*

ITT population: 10% [-3, 23%] ($P=0.07$)*

*significant if $P<0.025$

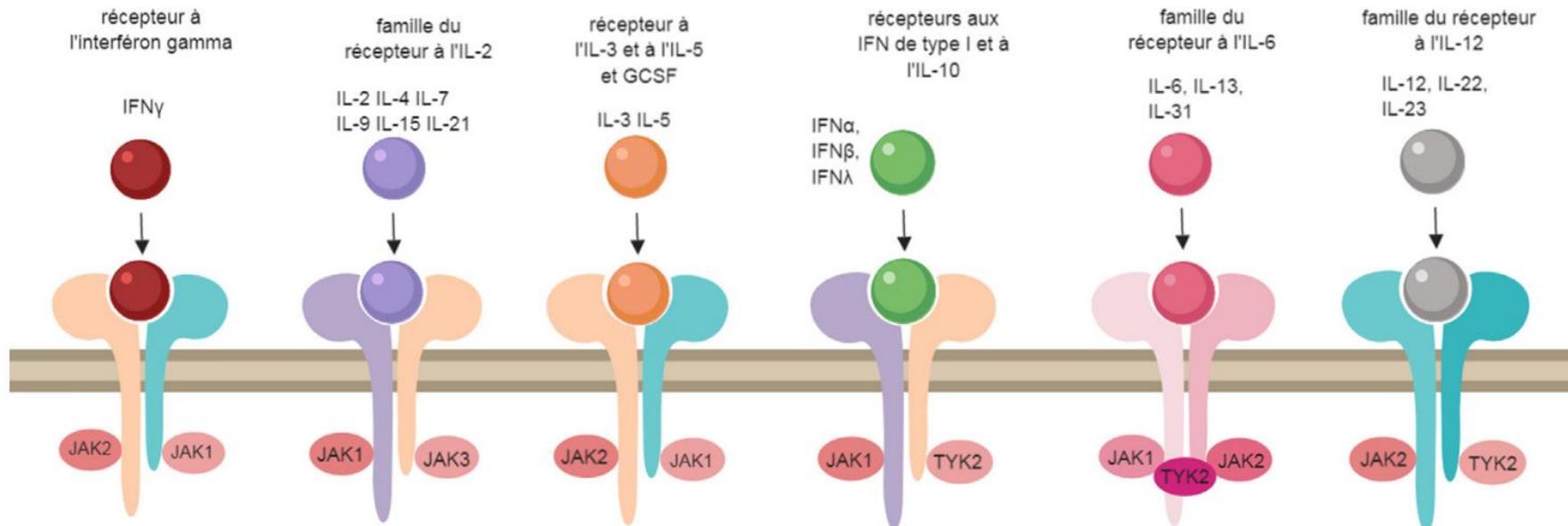
→ Non-inferiority not demonstrated

- ACR Convergence 2025 — Abstract n°0891 Samson M, et al.

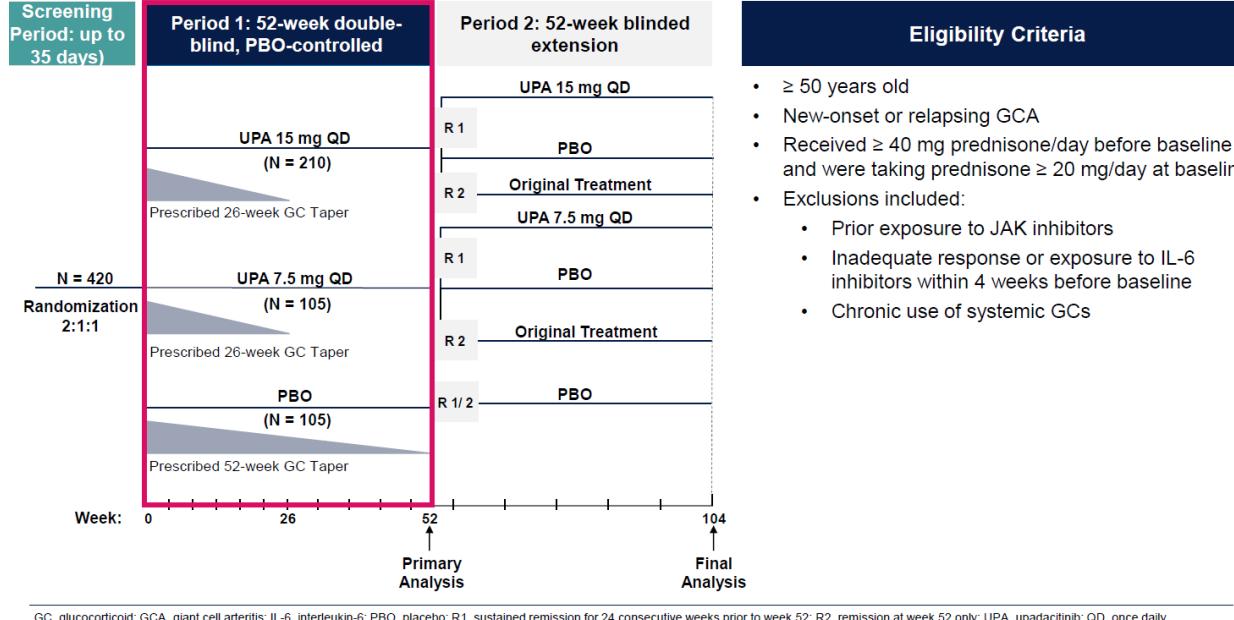
Méthotrexate versus tocilizumab dans l'artérite à cellules géantes : essai contrôlé randomisé multicentrique METOGiA

Safety (ITT population)	TCZ	MTX
Adverse events (AE)	1698	1675
Serious AE (% of AE)	86 (5%) in 49 patients	107 (6%) in 53 patients
<i>Infections (% of SAE)</i>	14 (13%)	16 (15%)
Deaths at W78	1 (1%)	6 (6%)
SAE related to TCZ or MTX (% of SAE)	6 (7%) in 5 patients	12 (11%) in 11 patients
	<ul style="list-style-type: none"> • Myocardial infarction • Septic arthritis • Perforated diverticulitis • Post-operative sepsis • Neutropenia (n=2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumocystis pneumonia (n=5) • Diarrhea • Viral gastrointestinal infection • Dental abscess • Septic shock (urinary tract infection) • Interstitial pneumonia (n=2) • Hepatitis

Blocage de la voie JAK/STAT



JAK i dans l'ACG select GCA

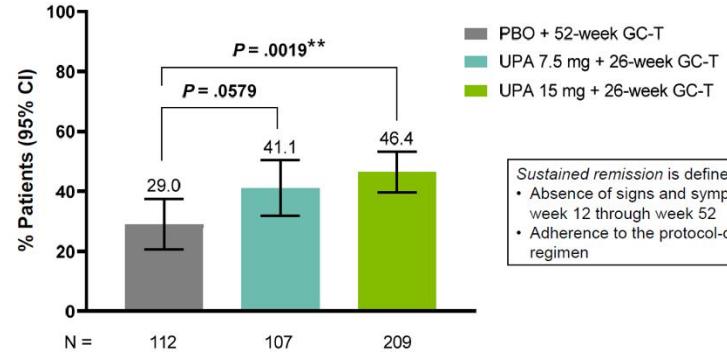


Eligibility Criteria

- ≥ 50 years old
- New-onset or relapsing GCA
- Received ≥ 40 mg prednisone/day before baseline and were taking prednisone ≥ 20 mg/day at baseline
- Exclusions included:
 - Prior exposure to JAK inhibitors
 - Inadequate response or exposure to IL-6 inhibitors within 4 weeks before baseline
 - Chronic use of systemic GCs

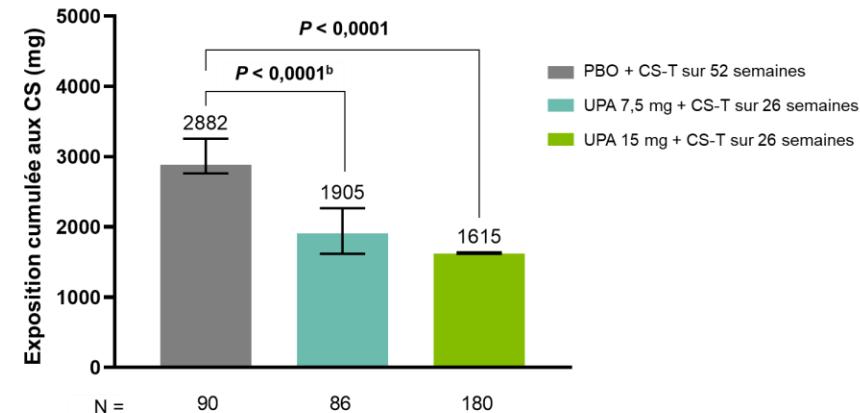
Primary Endpoint: Proportion of Patients Achieving Sustained Remission From Week 12 Through Week 52

Significantly higher proportion of patients receiving UPA 15 mg achieved sustained remission versus PBO at week 52



- Sustained remission** is defined as having achieved:
- Absence of signs and symptoms of GCA from week 12 through week 52
 - Adherence to the protocol-defined GC taper regimen

L'exposition cumulée aux corticostéroïdes était significativement inférieure chez les patients traités par UPA 15 mg comparativement au PBO pendant 52 semaines^a



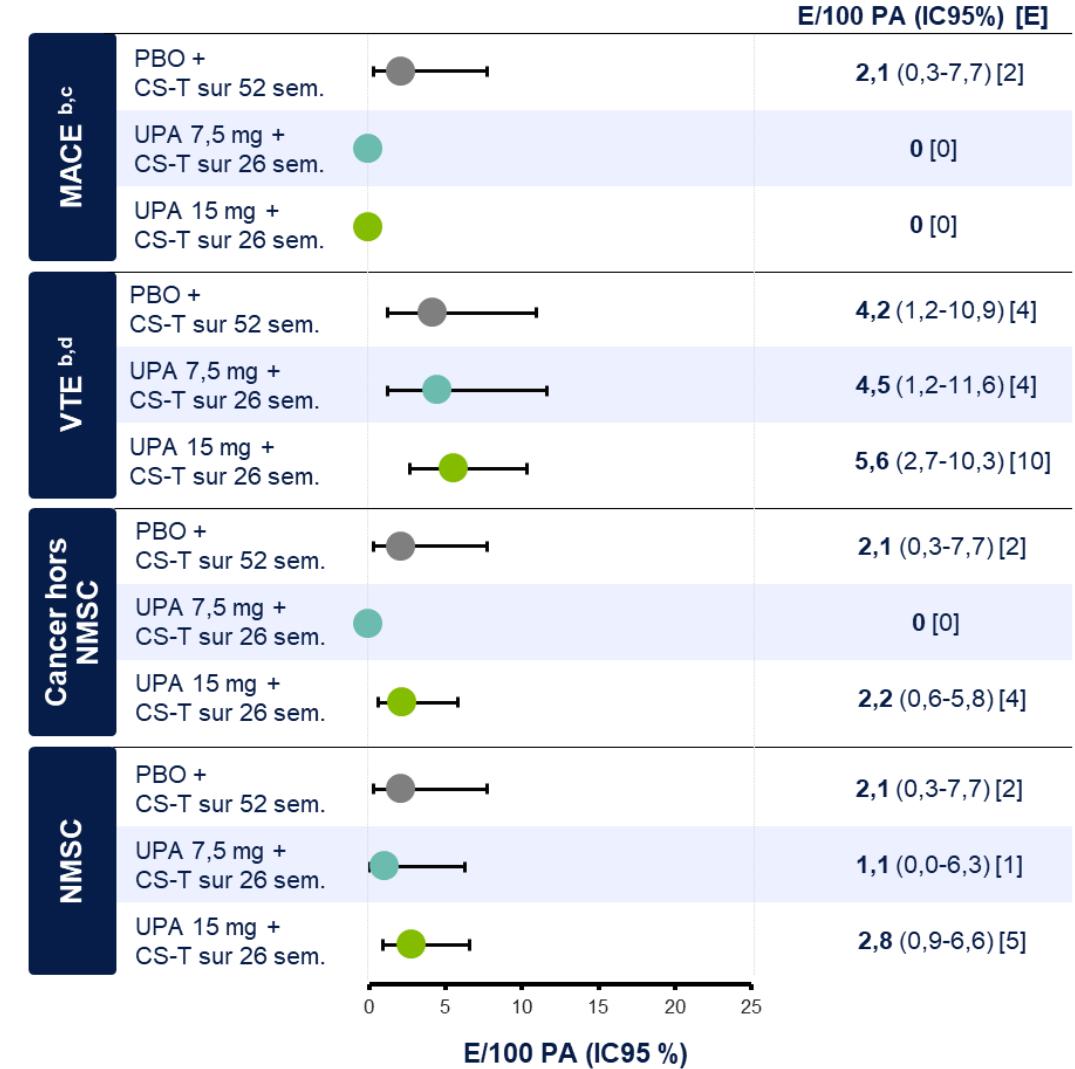
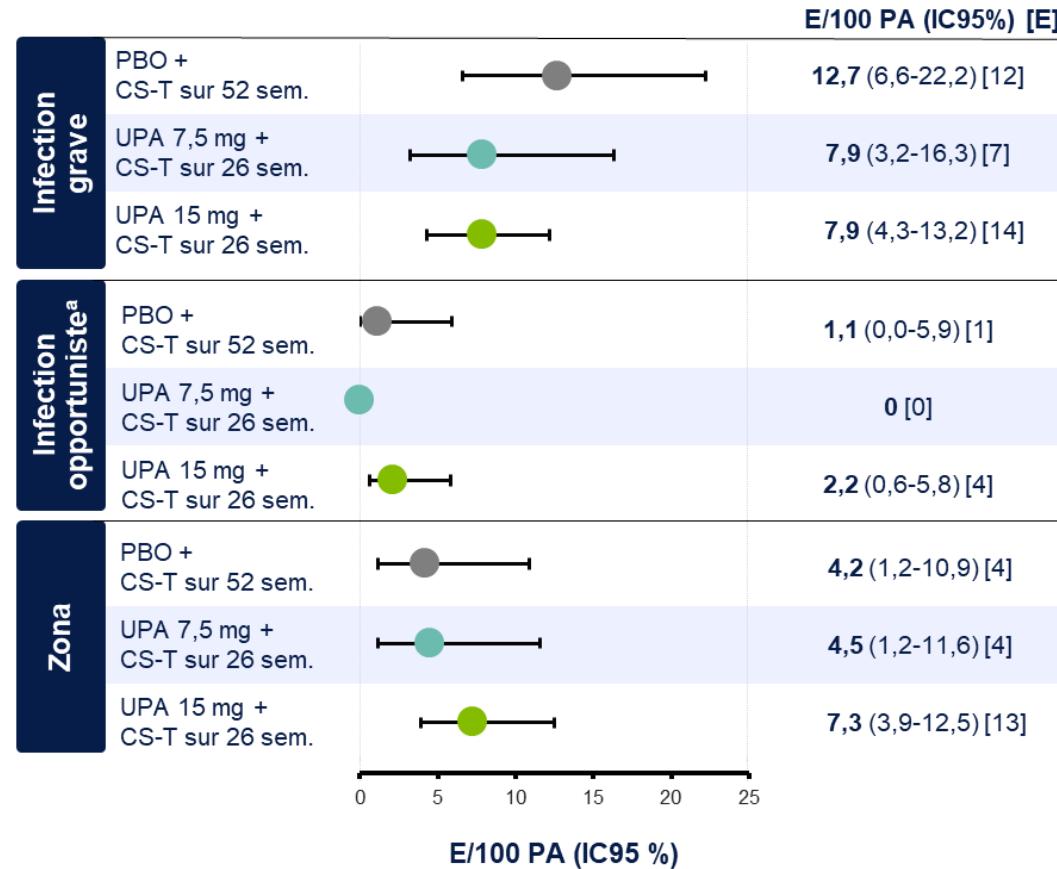
-Critere primaire:

- Proportion de patients en **rémission maintenue** à la semaine 52, définie par :
 - L'absence de signes et symptômes d'ACG entre S12 et S52
 - L'observance du schéma dégressif de CS tel que défini au protocole

SELECT-GCA : principales caractéristiques à l'inclusion

Critère	PBO + CS-T sur 52 semaines N = 112	UPA 7,5 mg + CS-T sur 26 semaines N = 107	UPA 15 mg + CS-T sur 26 semaines N = 209
Âge (années), n (%)			
Moyenne (ET)	71,6 (7,3)	71,1 (7,6)	70,8 (7,3)
< 65	17 (15,2)	19 (17,8)	42 (20,1)
≥ 65 à < 75	59 (52,7)	49 (45,8)	102 (48,8)
≥ 75	36 (32,1)	39 (36,4)	65 (31,1)
Durée de la maladie depuis le diagnostic (jours), médiane (min–max)	42,0 (15-2993)	41,0 (15-4903)	41,0 (14-2661)
Statut de la maladie à l'inclusion, n (%)			
<i>De novo</i>	76 (67,9)	75 (70,1)	148 (70,8)
Rechute	36 (32,1)	32 (29,9)	61 (29,2)
Dose de CS (mg) à l'inclusion, moyenne (ET)	34,6 (11,9)	34,5 (12,5)	34,6 (12,7)
hsCRP (mg/dL), médiane (min–max)	0,23 (0,02-5,83)	0,27 (0,02-5,8)	0,24 (0,02-10,10)
Perte visuelle liée à l'ischémie, n (%)	22 (19,6)	14 (13,1)	20 (9,6)
Antécédents de PPR, n (%)	69 (61,6)	54 (50,5)	109 (52,2)

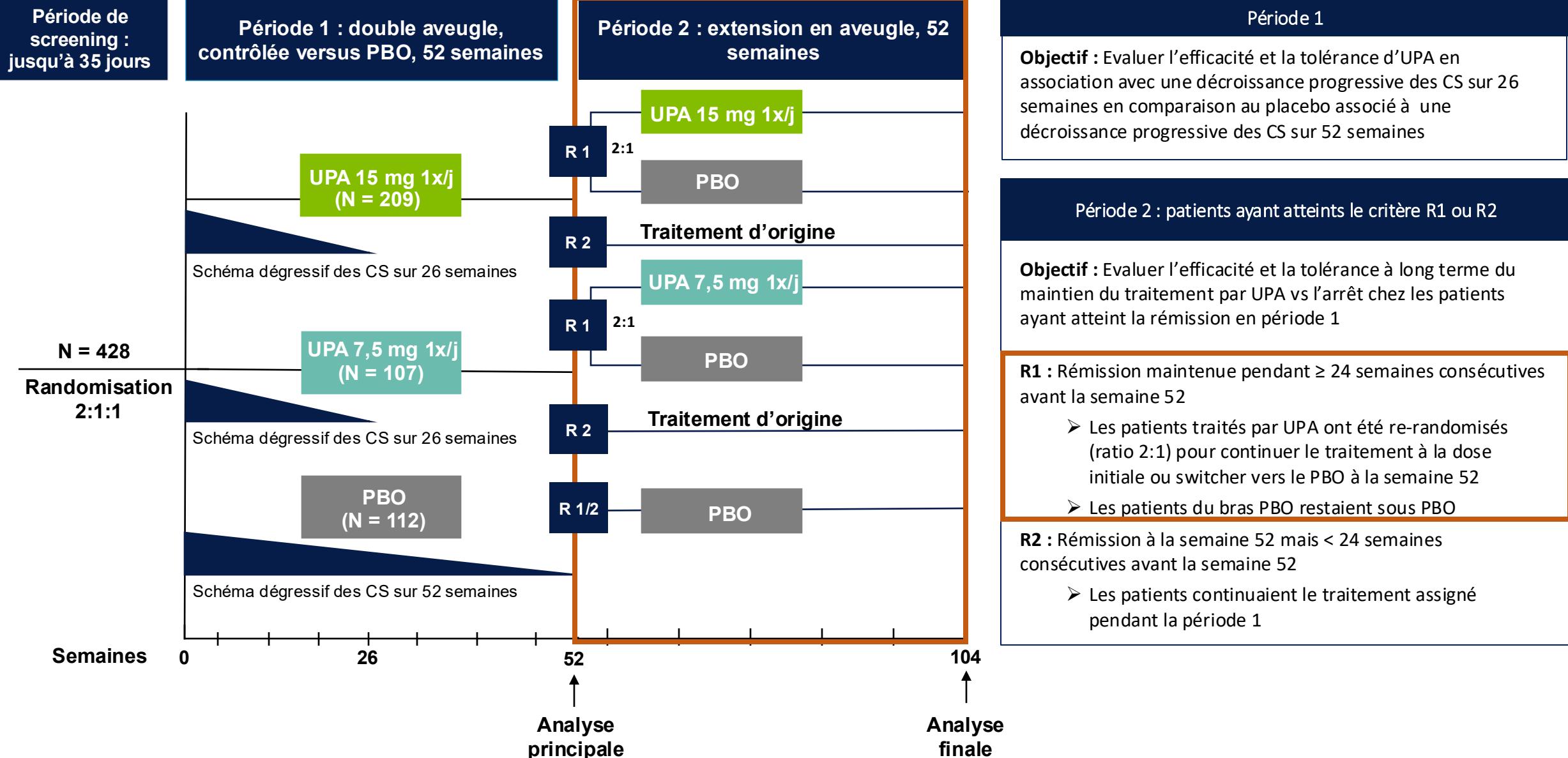
Evénements indésirables d'intérêt jusqu'à la semaine 52



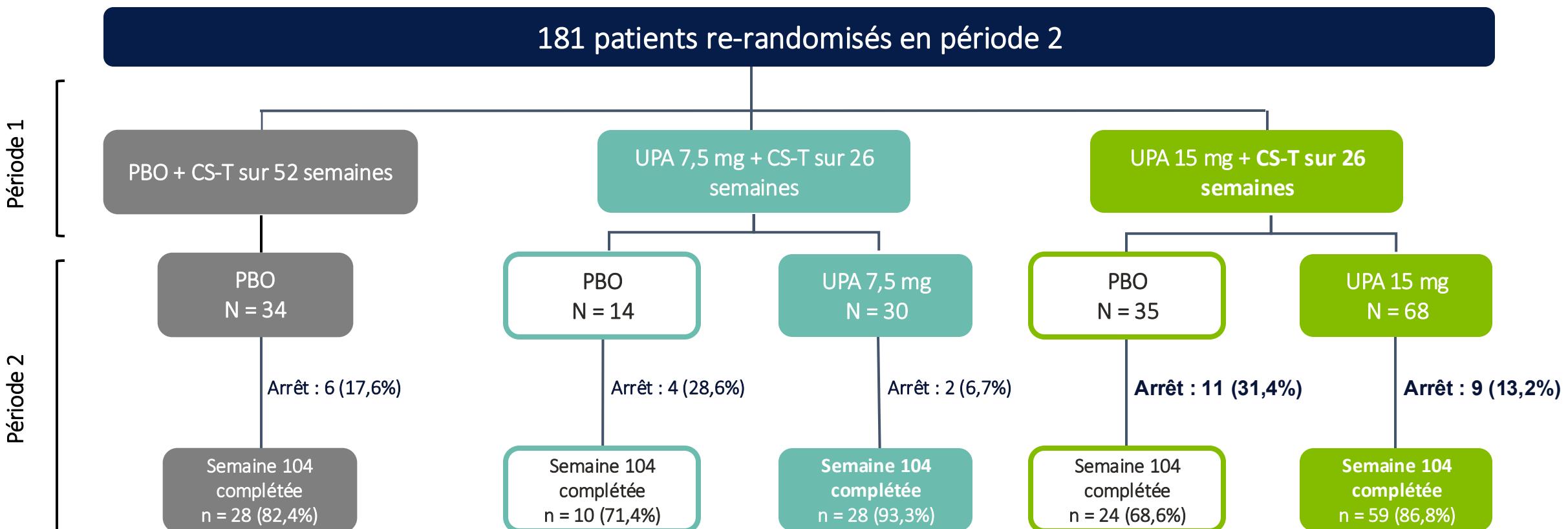
^aHors zona et tuberculose. ^bConfirmés par un comité d'adjudication. ^cDéfinis comme décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal ou accident vasculaire cérébral non fatal. ^dEmbolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde.

CS, corticostéroïdes ; CS-T, schéma dégressif des corticoïdes ; E, évènement ; E/100 PA, événement pour 100 patients-année ; MACE, événement indésirable cardiovasculaire majeur ; NMSC, cancer cutané non-mélanome ; sem., semaine ; PBO, placebo ; UPA, upadacitinib ; VTE, événement thromboembolique veineux

Efficacité confirmée de l'upadacitinib dans l'artérite à cellules géantes: résultats à 2 ans de SELECT GCA



Disposition des patients entrant en période 2^a



- La plupart des patients (91%) qui sont entrés en période 2 ont complété l'étude, dont 82% (149/181) restant sous traitement
- Aucun patient restant sous UPA 7,5 mg ou 15 mg pendant la période 2 n'a arrêté en raison d'un manque d'efficacité

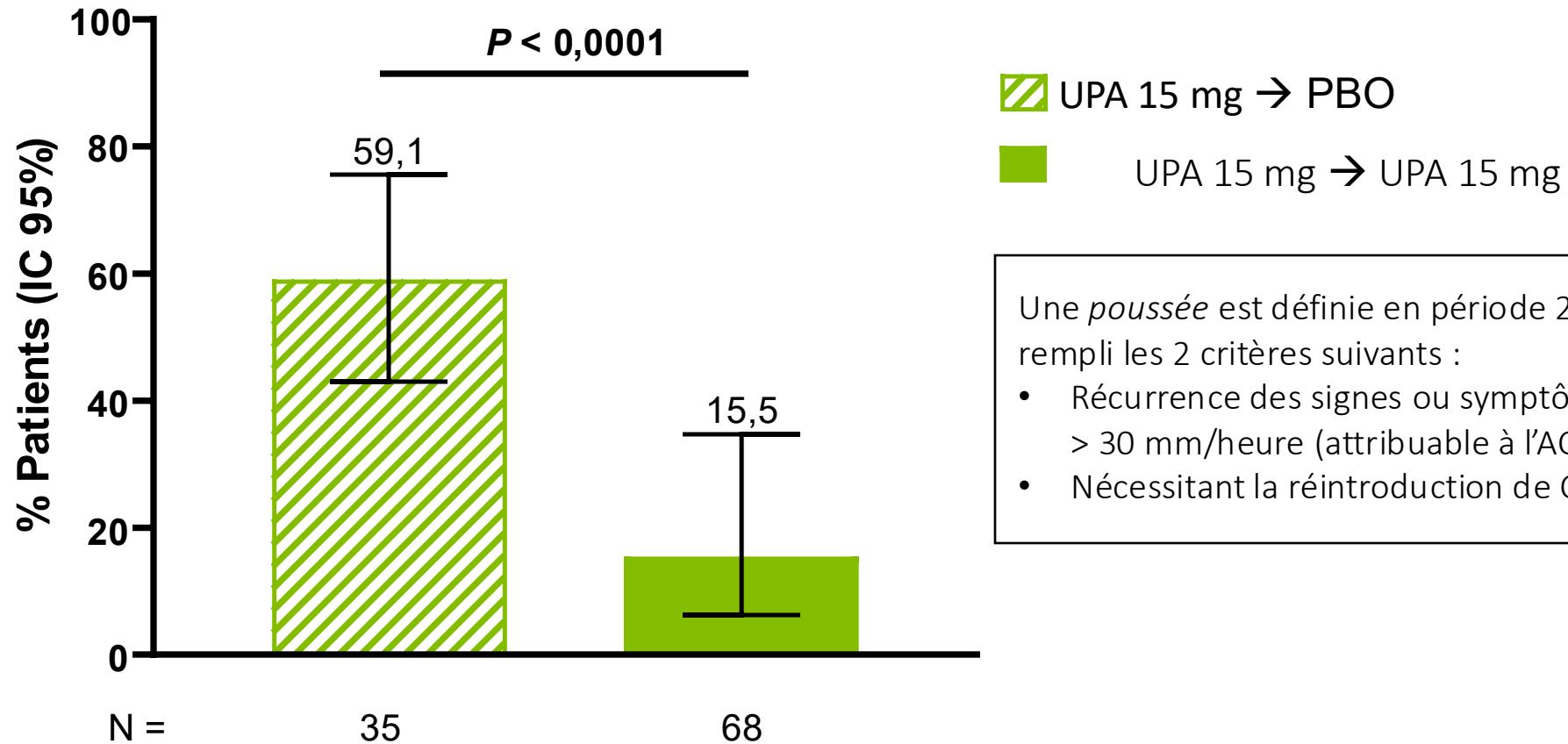
Caractéristiques à l'inclusion des patients entrant en période 2

Caractéristiques à l'inclusion, n (%) sauf si spécifié	PBO + CS-T sur 52 semaines → PBO N = 34	UPA 7,5 mg + CS-T sur 26 semaines → PBO N = 14	UPA 7,5 mg + CS-T sur 26 semaines → UPA 7,5 N = 30	UPA 15 mg + CS-T sur 26 semaines → PBO N = 35	UPA 15 mg + CS-T sur 26 semaines → UPA 15 N = 68
Sexe	Femme	21 (61,8)	11 (78,6)	21 (70,0)	27 (77,1)
	Homme	13 (38,2)	3 (21,4)	9 (30,0)	8 (22,9)
Âge (années)	Moyenne (ET)	70,2 (7,8)	71,0 (7,5)	71,8 (7,2)	69,9 (6,7)
	Min-Max	54-84	56-84	55-88	56-82
Origine ethnique	Asiatique	2 (5,9)	0	0	4 (11,4)
	Caucasien	32 (94,1)	14 (100)	30 (100)	31 (88,6)
Statut de la maladie	<i>De novo</i>	26 (76,5)	9 (64,3)	19 (63,3)	26 (74,3)
	En récidive	8 (23,5)	5 (35,7)	11 (36,7)	9 (25,7)
Durée de la maladie depuis le diagnostic (jours)	<i>De novo</i> , moyenne (ET)	33,9 (7,5)	40,4 (13,3)	31,5 (8,8)	39,9 (13,7)
	Médiane	34,5	43,0	30,0	41,0
	Rechute, moyenne (ET)	661,6 (968,5)	648,6 (254,2)	492,1 (616,8)	931,6 (769,7)
	Médiane	161,0	497,0	205,0	993,0
Dose de CS (mg)	Moyenne (ET)	33,5 (12,3)	32,9 (13,3)	32,7 (13,4)	32,3 (12,4)
	Médiane	30,0	35,0	30,0	30,0
VS (mm/heure)	Moyenne (ET)	17,5 (19,2)	25,7 (32,2) ^a	17,3 (13,4) ^a	15,9 (12,8)
hsCRP (mg/dL)	Médiane	0,17	0,28	0,24	0,24
Traitement antérieur par anti-IL6	Oui	2 (5,9)	2 (14,3)	1 (3,3)	4 (11,4)
					2 (2,9)

CS, corticoïdes ; CS-T, schéma de décroissance des corticoïdes ; ET, écart-type ; IL-6, interleukine-6 ; PBO, placebo ; VS, vitesse de sédimentation ; UPA, upadacitinib.

^an = 13.

Proportion de patients avec ≥ 1 poussée De la semaine 52 à la semaine 104 plus 30 jours de suivi



Une poussée est définie en période 2 comme ayant rempli les 2 critères suivants :

- Récurrence des signes ou symptômes de l'ACG ou VS > 30 mm/heure (attribuable à l'ACG)
- Nécessitant la réintroduction de CS

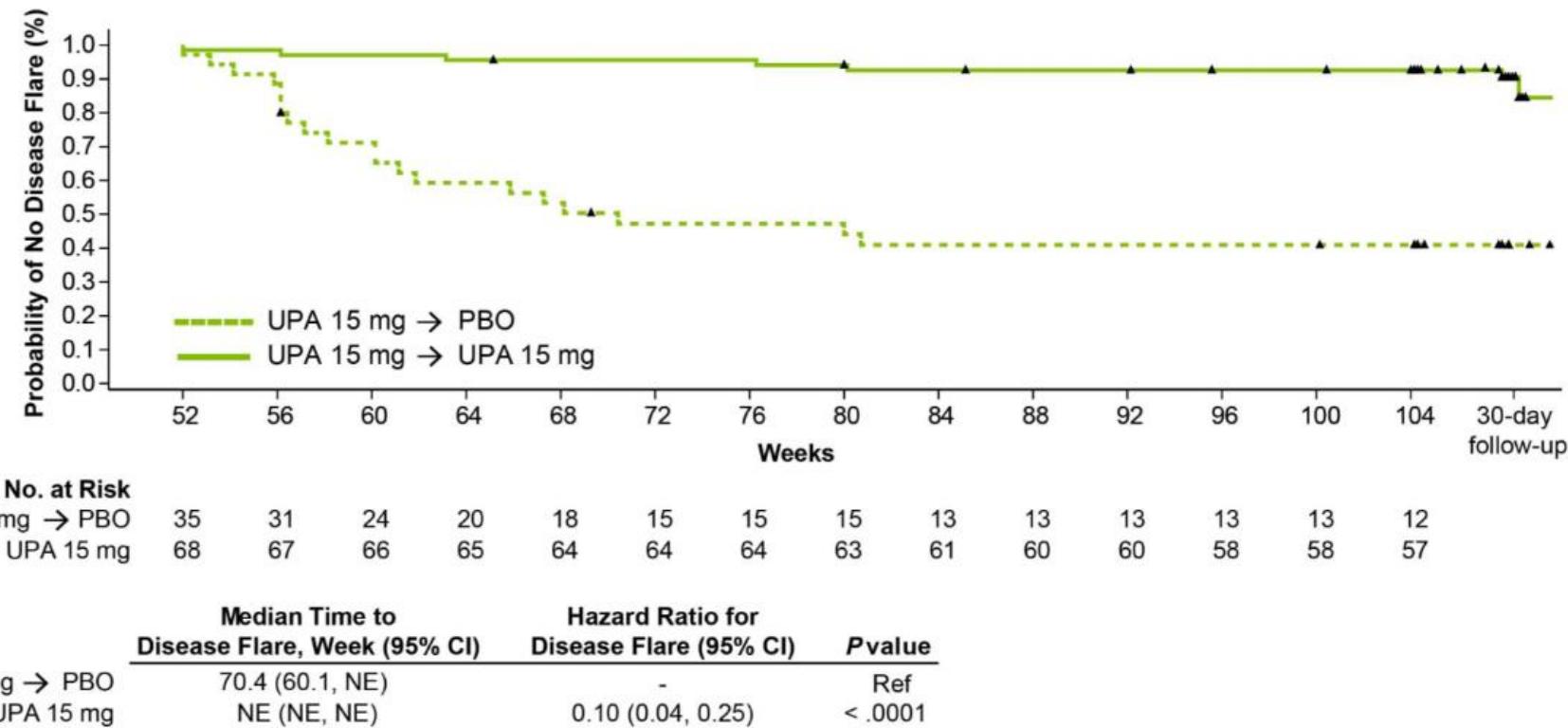
Une plus faible proportion de patient traités par UPA en continu ont eu une poussée de la maladie en comparaison à ceux ayant switché vers le PBO

Efficacité confirmée de l'upadacitinib dans l'artérite à cellules géantes: résultats à 2 ans de SELECT GCA

-Rémission soutenue à S52 : 29% (pcb) versus 46,4% (Upa 15); p< 0,002

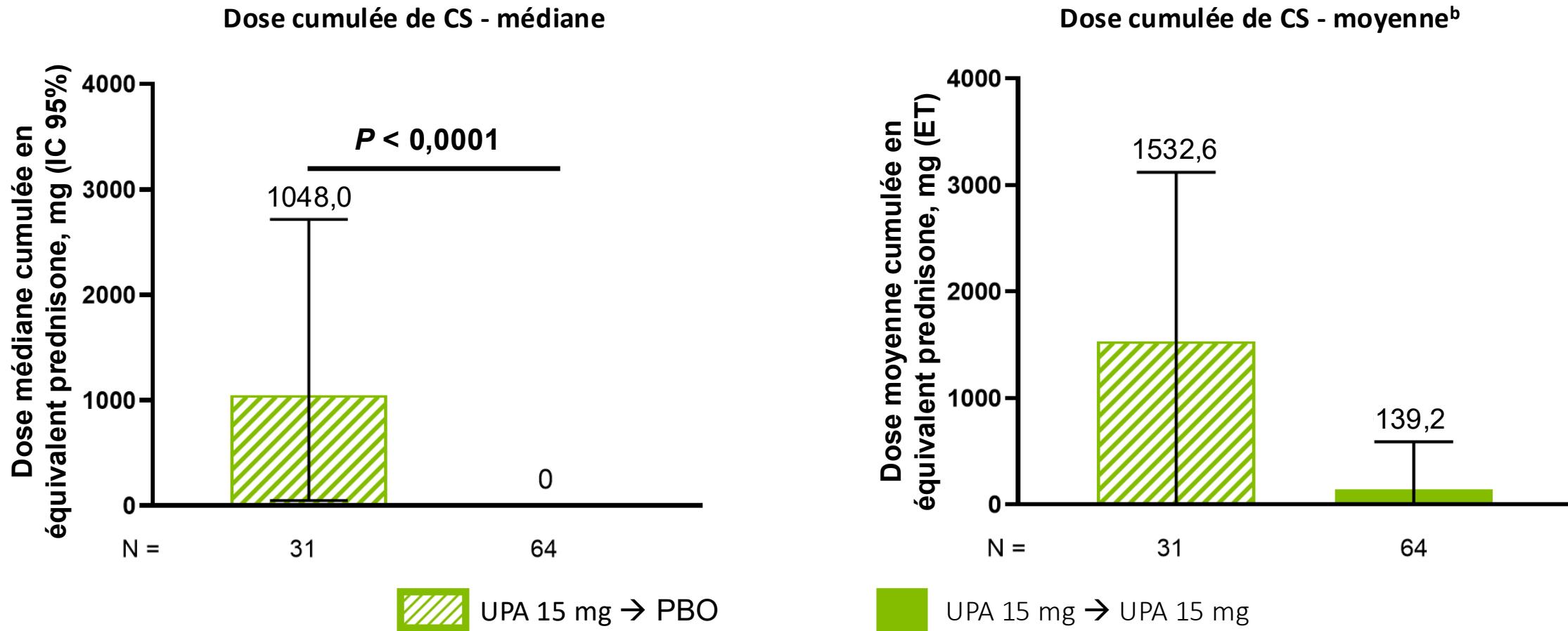
- Dose médiane cumulée de corticoïdes à S52: 2882mg (pcb) versus 1615mg (Upa 15); p< 0,001

Temps de la première poussée entre la semaine 52 et 104



- 68,6% restent en rémission sous UPA 15 poursuivi entre S52 et S104
-versus 28,6% lors du switch UPA15 vers le placebo

Dose cumulée de CS de la semaine 52 à la semaine 104



Les doses cumulées de corticoïdes de la semaine 52 à la semaine 104 étaient plus faibles chez les patients ayant continué UPA vs ceux ayant switché vers le PBO

Evénements indésirables d'intérêt jusqu'à 2 ans dans SELECT-GCA^{a,b} (1/2)

Evénements/100 PA (IC 95%) [Nb. d'événements]	Jusqu'à 1 an (Période 1)		Jusqu'à 2 ans	
	PBO + CS-T sur 52 semaines (N = 112) (PA = 94,3)	UPA 15 mg + CS-T sur 26 semaines (N = 209) (PA = 178,1)	PBO + CS-T sur 52 semaines (N = 112) (PA = 133,9)	UPA 15 mg + CS-T sur 26 semaines (N = 209) (PA = 270,3)
Infection grave	12,7 (6,6 - 22,2) [12]	7,9 (4,3 - 13,2) [14]	10,5 (5,7 - 17,5) [14]	5,9 (3,4 - 9,6) [16]
Infection opportuniste ^c	1,1 (0 - 5,9) [1]	2,2 (0,6 - 5,8) [4]	1,5 (0,2 - 5,4) [2]	1,8 (0,6 - 4,3) [5]
Zona	4,2 (1,2 - 10,9) [4]	7,3 (3,9 - 12,5) [13]	3,0 (0,8 - 7,6) [4]	5,9 (3,4 - 9,6) [16]
Elévation des CPK	0	3,4 (1,2 - 7,3) [6]	0	3,3 (1,5 - 6,3) [9]
Troubles hépatiques	6,4 (2,3 - 13,8) [6]	7,3 (3,9 - 12,5) [13]	5,2 (2,1 - 10,8) [7]	5,5 (3,1 - 9,2) [15]
CCNM ^d	2,1 (0,3 - 7,7) [2]	2,8 (0,9 - 6,6) [5]	3,8 (1,2 - 8,9) [5]	2,6 (1,1 - 5,4) [7]
Cancer hors CCNM ^d	2,1 (0,3 - 7,7) [2]	2,3 (0,6 - 5,8) [4]	1,5 (0,2 - 5,4) [2]	1,9 (0,6 - 4,4) [5]
MACE (adjudiqués) ^{d,e}	2,1 (0,3 - 7,7) [2]	0	1,5 (0,2 - 5,4) [2]	0
VTE (adjudiqués) ^{d,f}	4,3 (1,2 - 10,9) [4]	3,9 (1,6 - 8,1) [7]	3,0 (0,8 - 7,7) [4]	3,0 (1,3 - 5,8) [8]

CCNM, cancer cutané non-mélanome ; CS, corticoïdes ; CS-T, schéma de décroissance des corticoïdes ; EI, événement indésirable ; MACE, événement indésirable cardiovasculaire majeur PA, patients-année ; PBO, placebo ; UPA, upadacitinib ; VTE, événement thromboembolique veineux. ^aL'analyse de tolérance comprend tous les patients inclus dans SELECT-GCA ayant reçu ≥ 1 dose de traitement. ^bLes données tolérance ont également été évaluée et étaient similaires chez les patients initialement randomisés pour recevoir le PBO, UPA 7,5 mg ou UPA 15 mg et qui ont continué le même traitement pendant la période 2 (données non présentées). ^cHors zona. ^dRapporté en incidence ajustée à l'exposition (n/100 PA) [nb. de patients]. ^eDéfinis comme décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal ou accident vasculaire cérébral non fatal. ^fEmbolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde. Les résultats des données à 1 an sont détaillés dans Blockmans D, et al. NEJM. 2025;392:2013-2024.

Upadacitinib dans l'ACG

Demande d'AMM en cours en France à 15mg/j dans l'ACG

En association aux corticoïdes

En monothérapie à l'arrêt des corticoïdes

Recommandations de la SFR



Contents lists available at ScienceDirect

Joint Bone Spine

journal homepage: www.elsevier.com

Check for updates

Recommendations and metaanalyses

Recommendations for assessing the risk of cardiovascular disease and venous thromboembolism before the initiation of targeted therapies for chronic inflammatory rheumatic diseases

Jérôme Avouac^{a,*}, Olivier Fogel^{a,1}, Sophie Hecquet^{a,1}, Claire Daien^b, Ismail Elalamy^c, Fabien Picard^d, Clément Prati^e, Jean Hugues Salmon^f, Marie-Elise Truchetet^g, Jérémie Sellam^h, Anna Molto^a, on behalf of the French Society of Rheumatology

^a Service de Rhumatologie, Hôpital Cochin, Centre - Université Paris Cité, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 75014 Paris, France
^b Inserm U1046, CNRS UMR 9214, Montpellier University, CHU de Montpellier, Montpellier, France
^c Department Hematology and Thrombosis Center, Medicine, Sorbonne University, Paris, France
^d Service de Cardiologie, Hôpital Cochin, Centre - Université Paris Cité, AP-HP, 75014 Paris, France
^e Service de Rhumatologie, Université de Franche-Comté, CHU de Besançon, boulevard Fleming, 25030 Besançon, France
^f Department of Rheumatology, Reims University Hospital, University of Reims Champagne-Ardenne (URCA), 51100 Reims, France
^g CNRS, UMR5164 ImmunoConcept, Department of Rheumatology, Bordeaux University Hospital, Bordeaux University, Rabat Leon, place Amélie, 33076 Bordeaux cedex, France
^h Paris Inserm UMR 938, Department of Rheumatology, Centre de Recherche Saint-Antoine, Saint-Antoine Hospital, Sorbonne Université, AP-HP, Paris, France

Recommandations de la SFR pour la prise en charge du risque de cancer chez les patients atteints de RIC

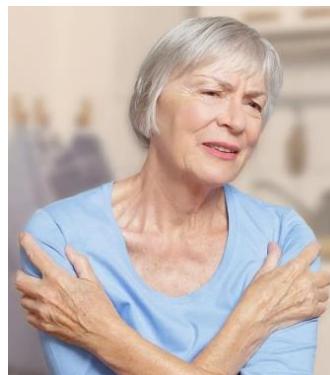
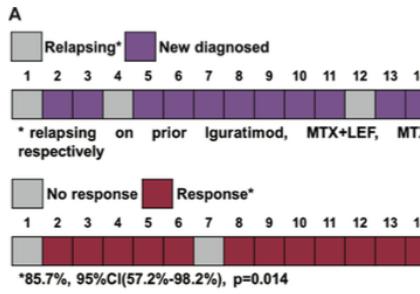
Pr Jérôme Avouac et Dr Anna Molto
au nom du groupe de travail « Cancer et RIC »



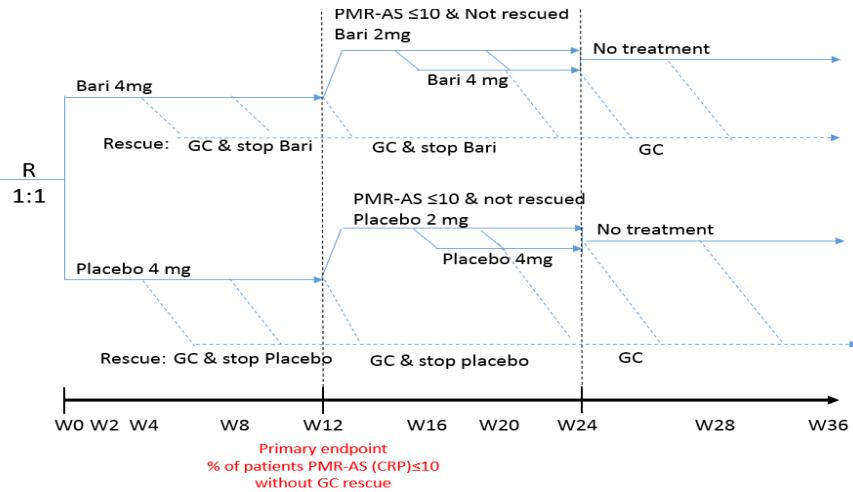
Les inhibiteurs de JAK dans la PPR

PPR: Tofacitinib Baricitinib

Le Zhang ^{1,2} Jun Li¹ Hanlin Yin ¹, Dandan Chen ¹, Yuan Li¹, Liyang Gu¹, Yakai Fu¹, Jie Chen¹, Zhiwei Chen¹, Shaoying Yang ¹, Shuang Ye ¹, Ting Li ¹, Liangjing Lu ¹



PPR: BACHELOR-Baricitinib



Main inclusion criteria:

- ≥ 50 years old
- New-onset PMR (< 6 months)
- No GC exposure for 4 weeks
- PMR-AS > 17

SAMPLE SIZE CALCULATION: we made the assumption of 20% of success in the placebo group vs 80% in the baricitinib group

BACHELOR: results, efficacy

	baricitinib 4 mg or placebo (n=34)							
	W 2		W 4		W 8		W 12	
	Bari	Pbo	Bari	Pbo			Bari	Pbo
CRP PMR-AS ≤ 10 without steroids	9 (52.9)	4 (26.7)	14 (77.8)	4 (26.7)	RR (95% CI): 5.8 (3.2; 10.6) crude p value=0.0004 adjusted p value<0.0001		14 (77.8)	2 (13.3)
CRP PMR-AS ≤ 10 with steroids	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	3 (37.5)	1 (5.6)	8 (53.3)
CRP PMR-AS > 10 without steroids	8 (47.1)	10 (66.7)	4 (22.2)	9 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (16.7)	4 (26.7)
CRP PMR-AS > 10 with steroids	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.7)
Missing data	1 (5.6)	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (6.3)	3 (16.7)	8 (50.0)	0 (0.0)	1 (6.3)

BACHELOR: results, efficacy

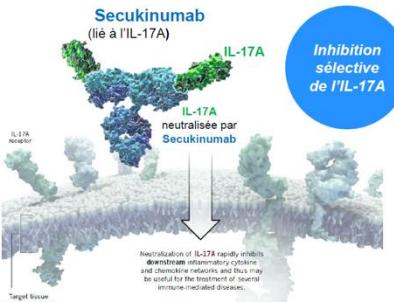
	baricitinib 2 mg or placebo						Absence of treatment			
	W 16		W 20		W 24		W 28		W 36	
	Bari	Pbo	Bari	Pbo	Bari	Pbo	Bari	Pbo	Bari	Pbo
CRP PMR-AS ≤ 10 without steroids	15 (83.3)	2 (13.3)	16 (88.9)	2 (14.3)	16 (88.9)	2 (14.3)	15 (88.2)	2 (13.3)	13 (76.5)	2 (14.3)
CRP PMR-AS ≤ 10 with steroids	1 (5.6)	10 (66.7)	0 (0.0)	10 (71.4)	2 (11.1)	10 (71.4)	1 (5.9)	11 (77.3)	1 (5.9)	10 (71.4)
CRP PMR-AS > 10 without steroids	1 (5.6)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0(0.0)	0 (0.0)	1 (5.9)	0 (0.0)	3 (17.6)	0 (0.0)
CRP PMR-AS > 10 with steroids	1 (5.6)	2 (13.3)	2 (11.1)	2 (14.3)	0 (0.0)	2 (14.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0%)	2 (14.3)
Missing data	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (12.5)	1 (5.6)	1 (6.3)	1 (5.6)	2(12.5)

Blocage voie interleukine -17



ANTI-IL-17: Secukinumab dans l'ACG et la PPR

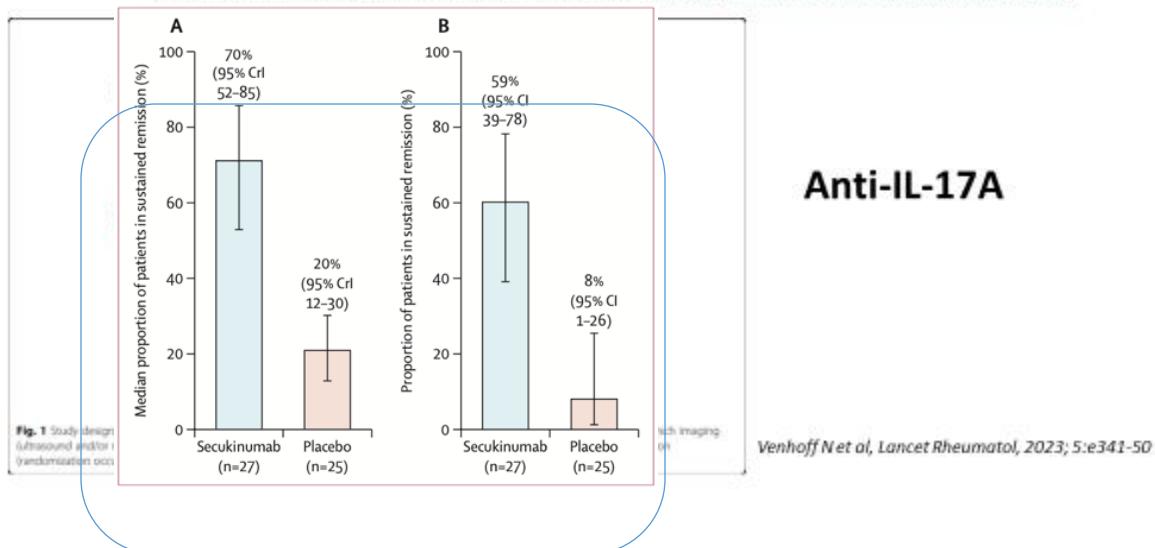
ACG:
GCaptAIN négative



THE LANCET
Rheumatology

Safety and efficacy of secukinumab in patients with giant cell arteritis (TitAIN): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial

Nils Venhoff, Wolfgang A Schmidt, Raoul Bergner, Jürgen Rech, Leonore Unger, Hans-Peter Tony, Stephanie Finzel, Ioana Andreica, David M Kofler, Stefan M Weiner, Peter Lamprecht, Hendrik Schulze-Koops, Christine App, Effie Pournara, Meryl H Mendelson, Christian Sieder, Meron Maricos, Jens Thiel



PPR:
Replenish en cours dans la PPR en rechute
CAIN457C22301

- Schéma: 3 bras et décroissance des CTC sur 24 sem
 - 300 mg (n=120)
 - 150mg
 - Pcb
- Objectifs
 - Rémission maintenue à S 52

Et la stratégie ?

- *GUSTO: pulse de CTC et TCZ en monothérapie*

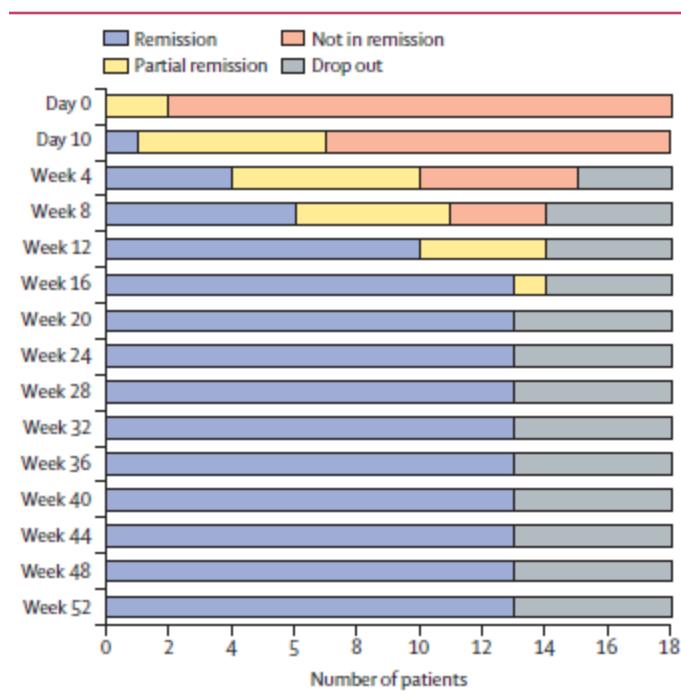


Figure 2: Remission status of patients at each visit
Day 0-week 52, n=18. Day 0 refers to the baseline visit.

Christ L, Lancet Rheumatol, 2021

- *TCZ + 8 semaines de corticoides*

30 patients

All patients (n=30)	
Primary outcome	
Sustained remission at week 52	23 (77%)
Secondary outcomes	
Relapse by week 52	7 (23%)
Time to relapse, weeks	15·8 (14·7)
Prednisone dose at relapse, mg/day	2·1 (5·2)
Clinical manifestations at relapse	
Cranial symptoms	4/7 (57%)
GCA-related visual manifestations	0/7
Polymyalgia rheumatica symptoms	4/7 (57%)
Cumulative prednisone dose, mg	1196·6 (480·3)
Cumulative prednisone dose in responders, mg	1051·5 (390·3)
Cumulative prednisone dose in non-responders, mg	1673·1 (438·1)
Annualised flare rate	0·46 (1·15)
Number of patients in remission at week 24	24 (80%)
Total number of relapses by week 24	6*
Total number of relapses by week 52	9†
Data are n (%), n/N (%), or mean (SD). GCA=giant cell arteritis. *6 relapses occurring in 6 patients. †9 relapses occurring in 7 patients.	

Table 2: Efficacy

Unizony, Lancet Rheumatol, 2023

- Actualités
 - PPR/ACG semblent le prototype de la pathologie de l'immuno-Sénescence
 - **Améliorer la gestion des traitements**
 - **Limiter les corticoïdes: 12 mois et gerer les alternatives**
- Nouvelle AMM : upadacitinib, secukinumab
- Perspectives
 - Adaptation au patient: moléculaire/phénotypes (vaisseaux)
 - Aucune étude comparative
 - Fenêtre d'opportunité dans l'ACG ?
- Evaluation des coûts: traitements, procédures

