



Actualités de la SPA: du diagnostic à l'optimisation des traitements

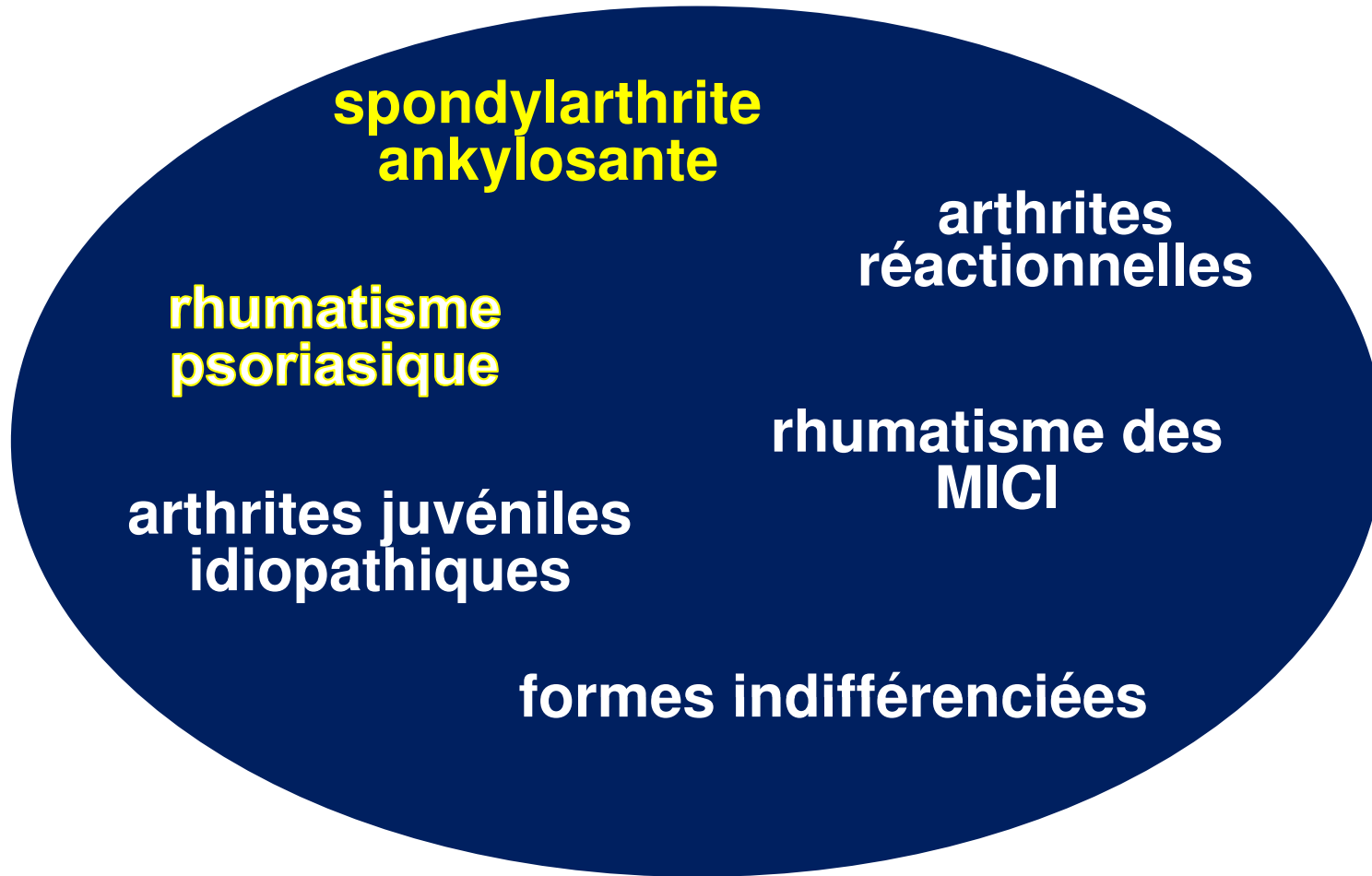
Olivier Vittecoq

Service de Rhumatologie, CHU de Rouen, Inserm U905

Centre de Compétences Maladies Autoimmunes et Systémiques rares

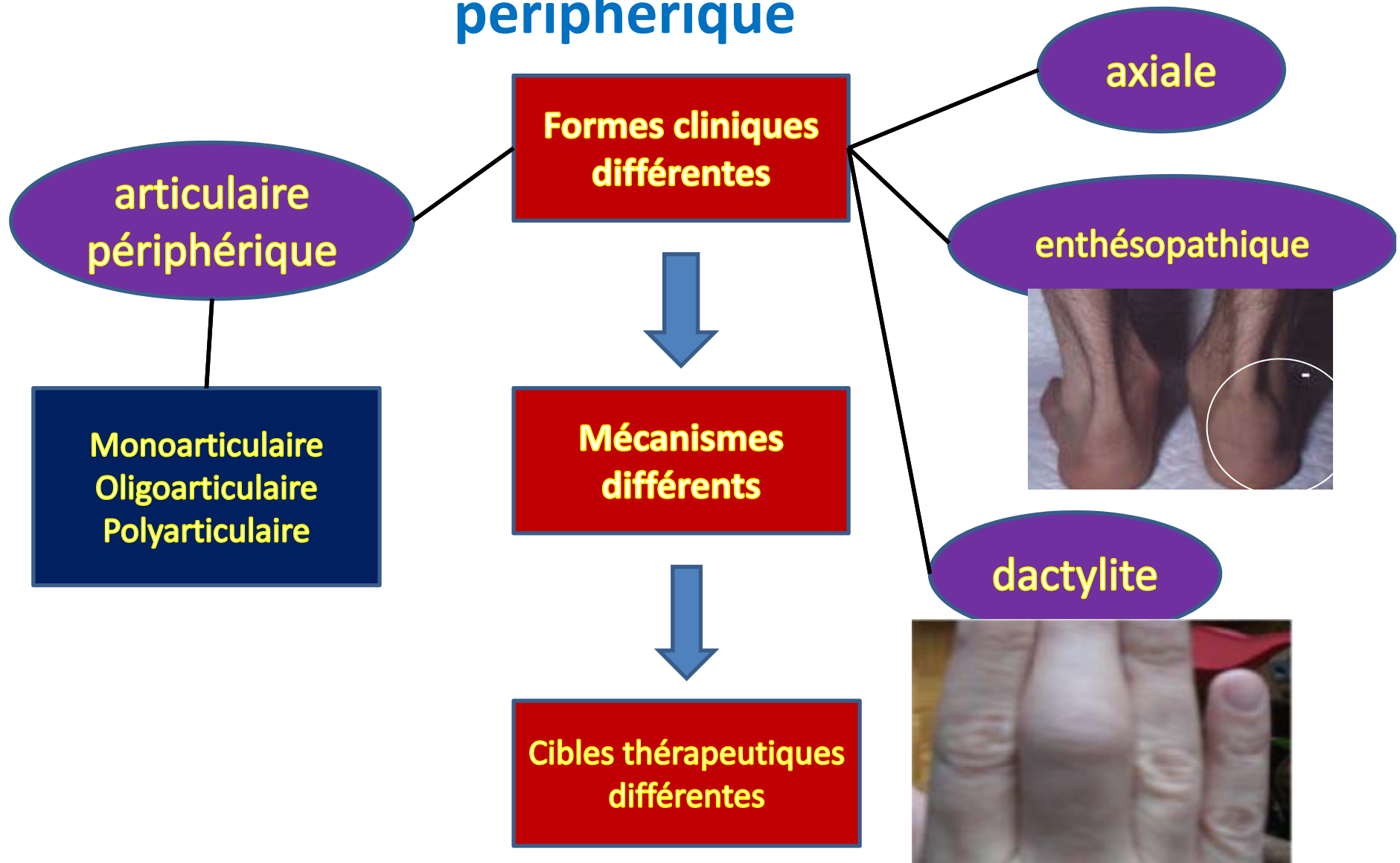
Le Havre, 22 mai 2014

Concept de spondyloarthropathie

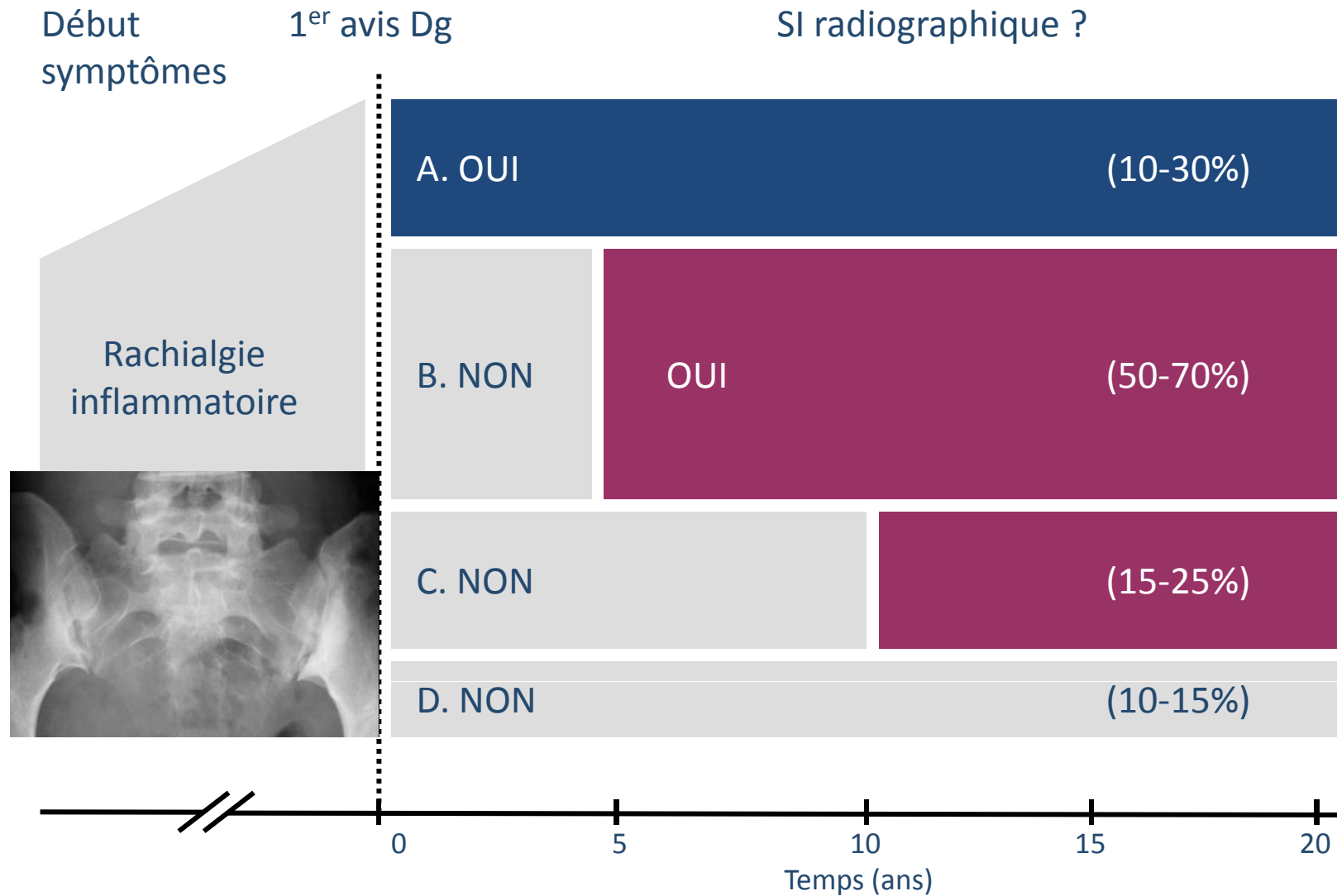


Désormais les spondyloarthrites

Plusieurs formes cliniques: avant tout axiale et périphérique



Forme axiale: retard diagnostique de 5 à 10 ans



Observation

- Homme de 41 ans, mécanicien
- Mère: psoriasis cutané
- lombalgies et douleurs du bassin depuis 6 mois
- Réveils nocturnes
- Dérouillage matinal : 20 mn
- Talalgies postérieures matinales
- Rx bassin et rachis dorsolombaire normales
- VS = 12 mm1ère heure; CRP = 8 mg/l (N < 5)
- Recherche de l'haplotype B27 négative
- Amélioration partielle sous naproxène
- Activité sportive: footing

Retenez-vous le diagnostic de
spondyloarthrite ?

Diagnostic de SPA avant tout clinique

Association à des degrés divers chez un sujet < 45 ans

- antécédents familiaux

ici psoriasis cutané

- antécédents personnels (manifestations extra-articulaires)


- tableau rhumatologique évocateur

ici lombalgies « inflammatoires » et talalgies postérieures matinales

- sensibilité aux AINS

ici partielle

Nouveaux critères de classification de l'ASAS

- HLA B27 négatif
 - Pas de sacro-iliite radiologique (pas d'IRM)
-  Aucune entrée possible dans les 2 bras

Critères de l'ASAS

(forme axiale de spondylarthropathie à appliquer chez des patients souffrant **de lombalgies chroniques apparues avant l'âge de 45 ans**)

≥ 1 élément de SpA *

ET

Sacro-iliite **

or

HLA-B27

ET

≥ 2 éléments de SpA

* Éléments de SpA

- Rachialgies inflammatoires
- Arthrite
- Enthésite
- Uvéite
- Dactylite
- Psoriasis
- MICI
- Efficacité des AINS
- Histoire familiale de SpA
- HLA B27

** Sacro-iliite

- soit radiologique
- soit IRM

HLA B27 et IRM

Examens prescrits en seconde intention



Suspicion de
spondyloarthrite axiale

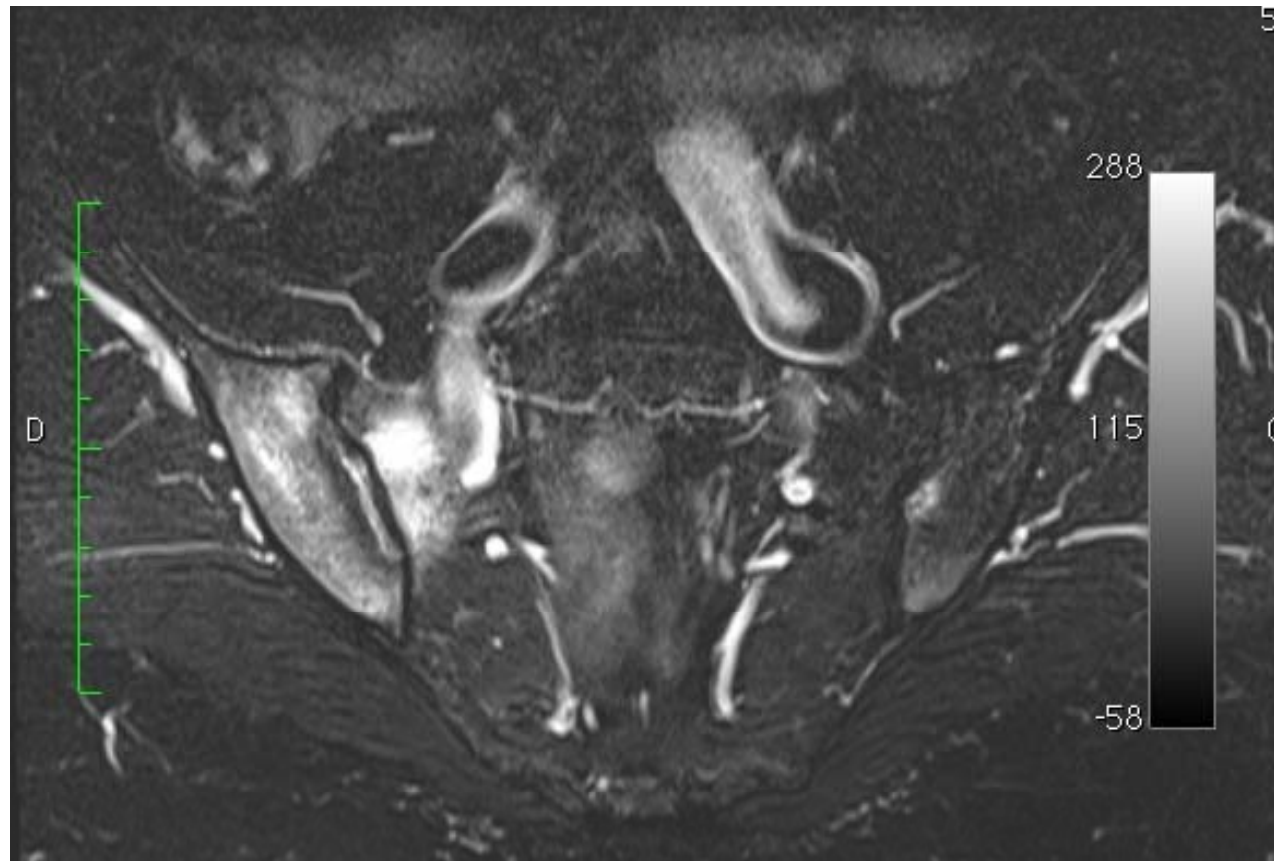
- **Examens de 1^{ère} ligne**
 - Rx standard (bassin de face et rachis dorsolombaire F + P)
 - VS/CRP (pas de Sd inflammatoire dans 50% des cas)
- **Evolution sous traitement AINS**
 - rotation d'AINS (susceptibilité inter-individuelle)

Dans l'hypothèse d'une forme atypique ou d'une évolution défavorable, vous prescrivez une IRM

- Des sacro-iliaques
- Du rachis lombaire
- Des sacro-iliaques et du rachis lombaire
- Des calcanéus
- Des sacro-iliaques puis si elle est normale du rachis lombaire

IRM des sacro-iliaques

Séquence de référence = STIR



Lésion élémentaire: œdème osseux sous chondral

En pratique, nombreuses lésions d'interprétation difficile

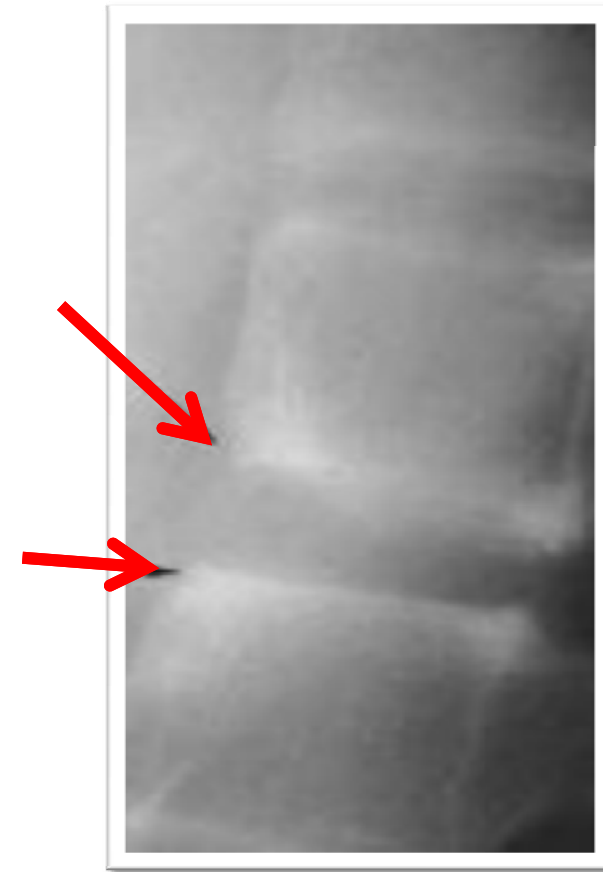
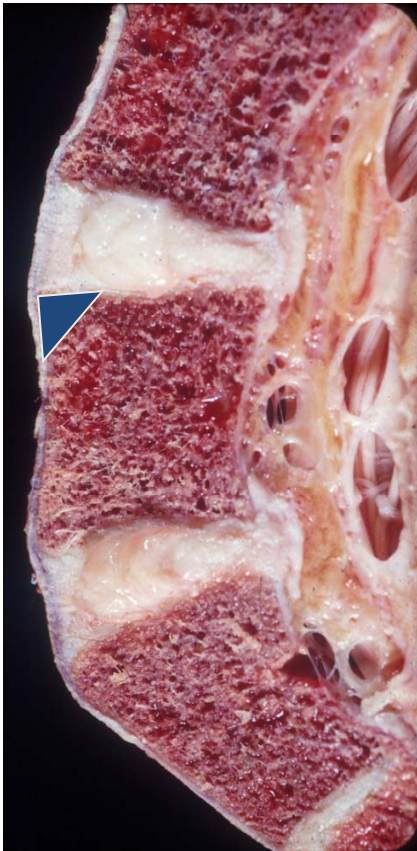
Typage HLAB27 si IRM des sacro-iliaques non contributive

Utilité controversée du typage HLAB27

- positif chez 8% des sujets n'ayant pas de spondyloarthrite
- négatif dans 30% des spondyloarthrites ankylosantes
- plutôt associé à certaines manifestations (atteinte rachidienne, uvéite)
- utilité dans les formes atypiques ?

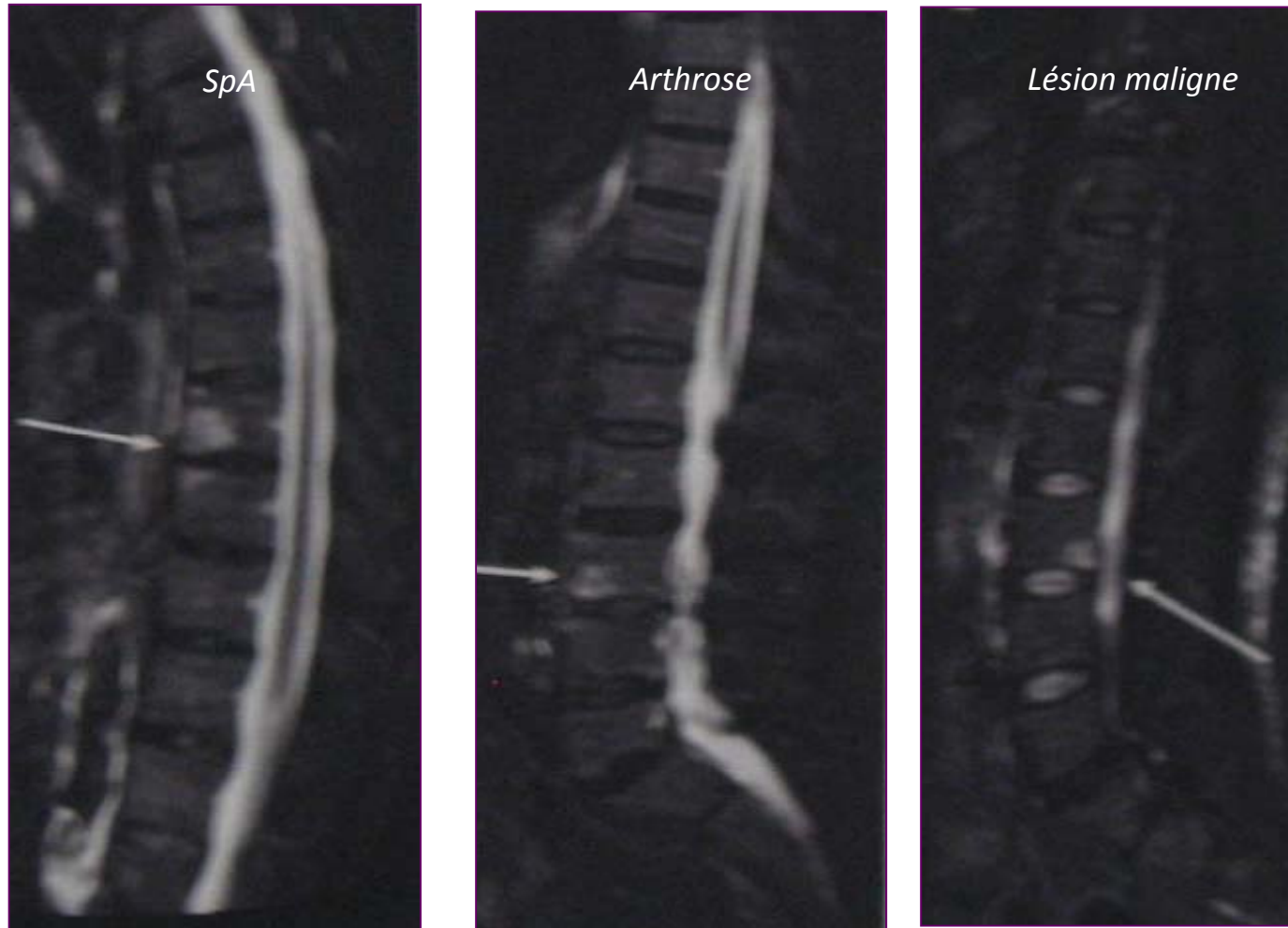
IRM du rachis lombaire

Une lésion évocatrice: ostéite de Romanus



Intérêt limité de l'IRM du rachis lombaire

Manque de spécificité des lésions inflammatoires du rachis lombaire



**Lésions IRM à confronter aux données radiographiques
en particulier au niveau du rachis lombaire**

Faible spécificité de l'IRM du rachis lombaire pour le diagnostic de SPA

Suspicion de SA (MG, Rhum)
Diagnostic d'expert

Lombalgie + uvéite
Diagnostic d'expert

	Cohorte A (n = 62)				Cohorte B (n = 88)		
IRM positive	nr-SpA (n = 19)	SA (n = 9)	RM (n = 14)	Sujets sains (n = 20)	nr-SpA (n = 31)	SA (n = 24)	RM (n = 33)
Sacro-iliaques +	76,3	100	7,1	7,5	46,0	100	15,9
Rachis +	51,3	72,2	33,9	26,3	48,4	72,9	28,0
Combinaison des 2 IRM	89,5	100	32,1	25,0	67,7	99,0	24,2

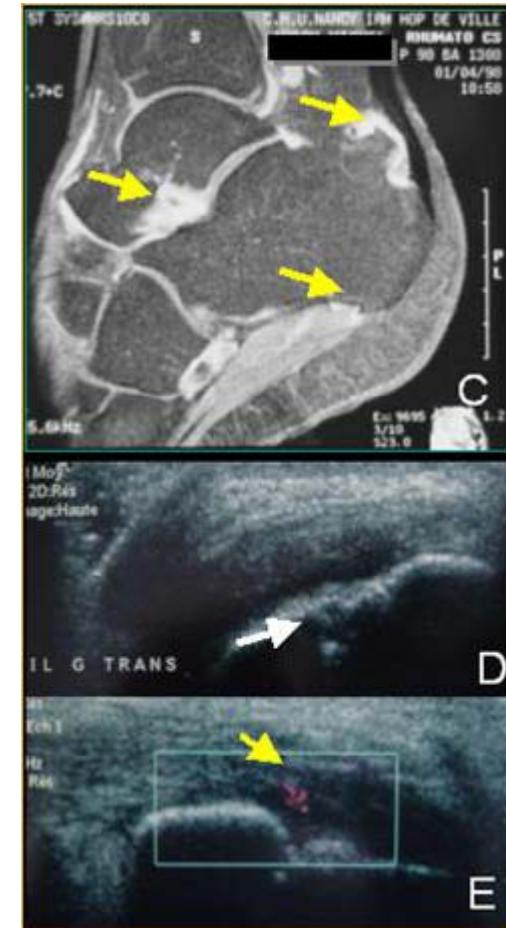
nrSPA: SPA non radiographique

SA: spondyloarthrite ankylosante

RM: rachialgies mécaniques

Apport de l'échographie ostéoarticulaire

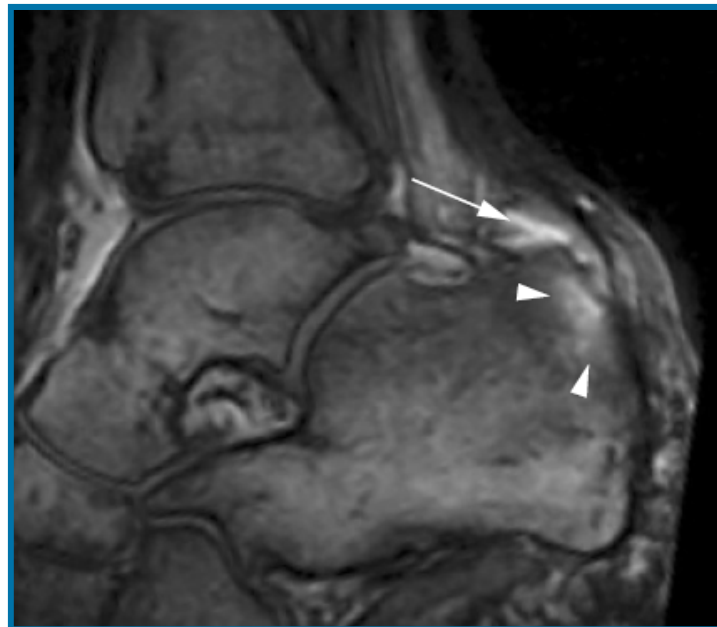
- Objectif: détection de l'inflammation des enthèses des membres > et < (talons, coudes, genoux)
- **Sensibilité en règle faible**



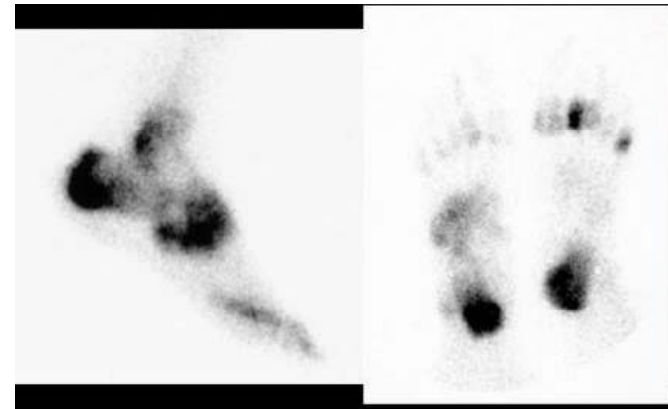
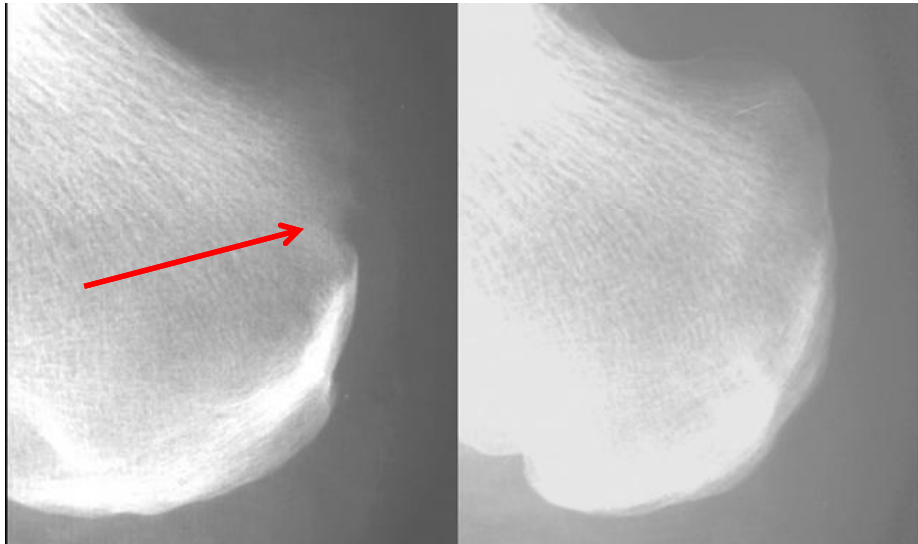
Un résultat négatif n'élimine pas le diagnostic

Intérêt de l'IRM et de l'échographie du pied

- Localisations : zones d'insertion du tendon d'Achille et du fascia plantaire sur calcanéum
- **Lésions difficiles à différencier d'une origine mécanique**



Absence d'intérêt de la scintigraphie osseuse sauf pour la mise en évidence de certaines enthésites



Enjeu

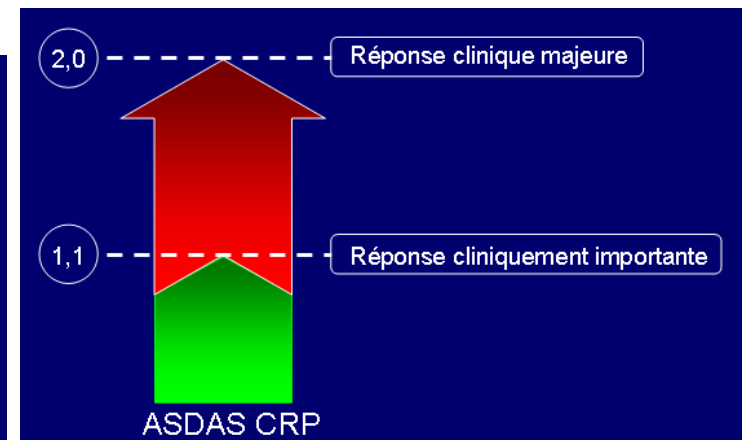
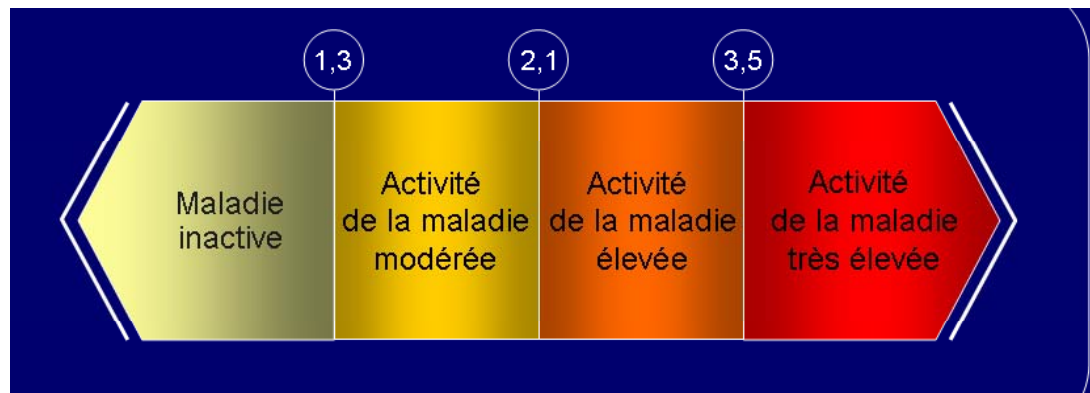
Détection précoce des formes très actives, à risque d' évoluer vers ankylose importante

Indice d'activité le plus utilisé = BASDAI

- Autoquestionnaire
- 6 items (EVA)
- Maladie active si score $> 40/100$
- Amélioration significative si diminution du score de 50%
- Discordances fréquentes entre score et avis patient et/ou praticien

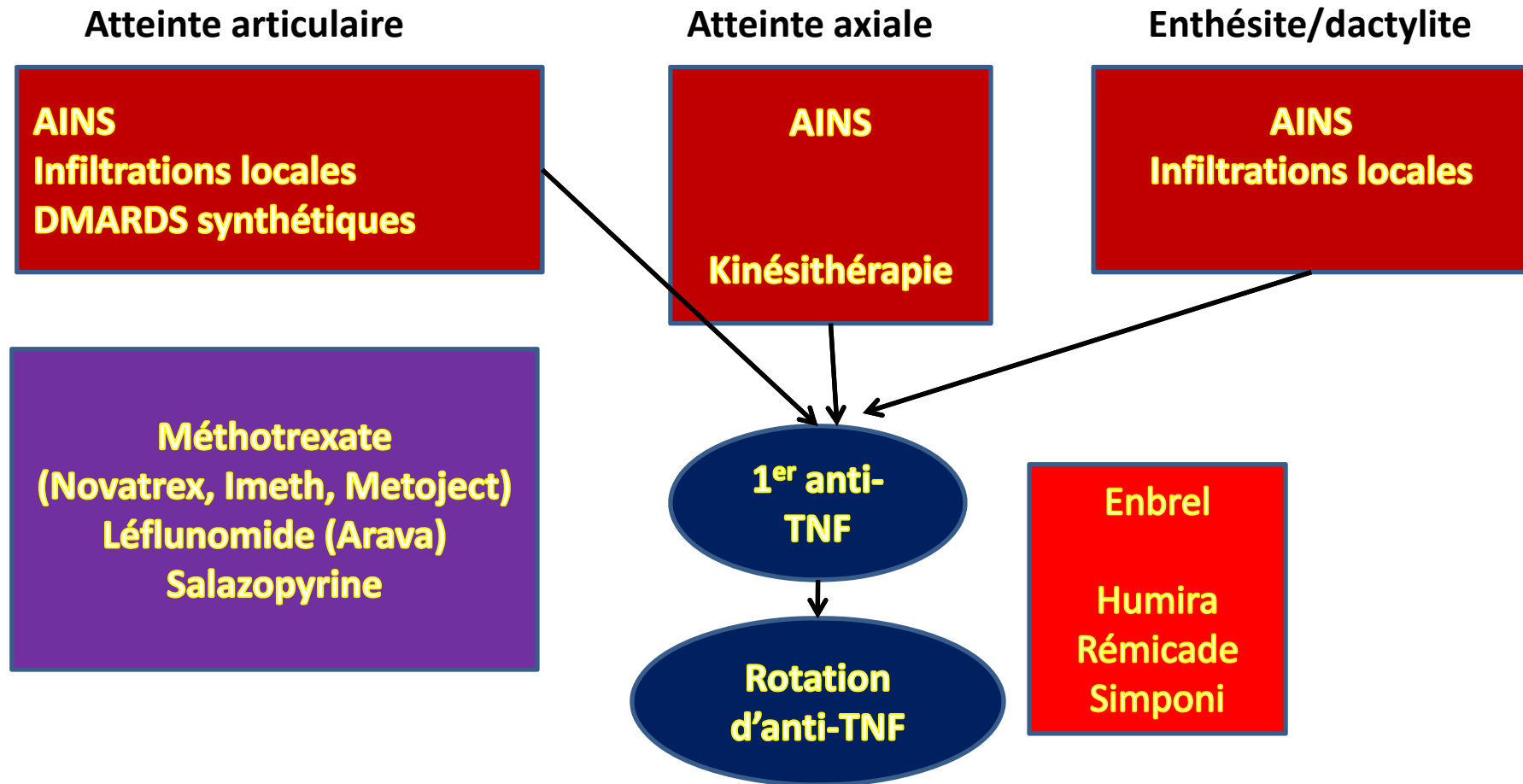
Un nouvel indice d'évaluation de l'activité = ASDAS

- Score composite
- 5 items
 - EVA douleur rachidienne
 - durée du dérouillage matinal
 - EVA globale du patient
 - EVA douleurs périphériques
 - **VS ou CRP**
- Seuils d'activité (comme pour le DAS28)



**Une prise en charge des formes
sévères bouleversée par les anti-TNF**

Approche thérapeutique selon la forme clinique



Effets des anti-TNF dans la spondyloarthrite

- **Nette amélioration des symptômes**
- **Impact sur les différentes formes de spondyloarthrite et les manifestations extra-articulaires (y compris psoriasis unguéal)**
- **Effet sur la progression des ossifications à démontrer**
 - 1 seule étude probante**
 - alors qu'il est mieux documenté pour les AINS**
- **Epargne des AINS**

Inefficacité des biomédicaments autres que les anti-TNF

- **Résultats décevants avec biomédicaments utilisés dans la PR**

- Anti-IL1 (Kineret ®)
- Anti-IL6 (RoActemra ®)
- Anti-CD20 (Mabthera ®)
- Abatacept (Orencia)

Mais résultats encourageants avec :

- Anti IL12/23 (Stelara ®)

Impact avant tout sur l'atteinte articulaire périphérique, à un moindre degré sur les enthésopathies et les dactylites

- **++++ Besoins de nouvelles molécules actives sur l'atteinte axiale**

- Apremilast ?
- 2 cibles d'intérêt: IL17 et IL23

Autres éléments à considérer

- **Tabac (surtout consommation > 10 cig/j):** facteur contribuant à l'activité du rhumatisme et à la progression des lésions radiographiques
- **SPA =** facteur de risque cardiovasculaire indépendant

Conclusion

- **Une nouvelle terminologie**
 - spondyloarthrite axiale radiographique (SA) et non-Rx
 - spondyloarthrite périphérique articulaire
 - spondyloarthrite périphérique enthésitique
- **Un diagnostic précoce des formes axiales facilité par l'IRM des sacro-iliaques**
- **De nouveaux outils d'évaluation** notamment de l'activité (ASDAS)
- **Une moindre progression des lésions structurales (ossifications):** effet probable des AINS, possible des anti-TNF (études en cours)
- **Une prise en compte du risque cardiovasculaire**
- **Tendre vers une consommation moindre d'AINS**
- **Une efficacité significative des anti-TNF dans toutes les formes de SPA**
- **4 molécules ayant l'AMM**
 - 3 Ac monoclonaux: Rémicade (IV); Humira (SC/14j); Simponi (SC/28j)
 - 1 récepteur soluble: Enbrel (SC/7j)