

## Atelier 1

### Prise en charge de première ligne



Prof Pierre-André Guerne

Service de rhumatologie

Dr Yves Jackson

Service de médecine de premier recours

### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- **Anamnèse**
  - Depuis 1 an, douleurs des genoux, chaque fois qu'elle essaie de faire du sport (badminton-course à pied) de manière plus intensive.
  - « Sciatiques » (partent de la fesse g et touchent la cheville g; partent parfois du dos).
- **Anamnèse systématique**
  - Rachialgies le matin, et le soir après le sport.
  - Augmentation des douleurs quand se sent stressée.
  - Talalgies pénibles quand reste longtemps debout.
  - Douleurs maintenant globalement à 6-8/10 malgré des AINS, avec fatigue invalidante.

### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- **Status**
  - Excellent EG
  - Douleurs à la palpation antérieure des genoux, sans épanchement
  - Lasègue négatif
  - Mobilité du rachis conservée (Schober normal 15-25)
  - Lasègue négatif
- **Examens de laboratoire**
  - CRP à 4 mg/l
  - HLA-B27 négatif

### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- **Hypothèses diagnostiques ?**

### Cas 1: Mille I, 26 ans

- Hypothèses diagnostiques
- Spondylarthrite ?
- Douleurs de surcharge (physique et psychique) ?

### Cas 1: Mille I, 26 ans

- Hypothèses diagnostiques
- Spondylarthrite ?
  - Douleurs
    - Talons !
    - Gonalgies antérieures ?
  - Rachialgies, inflammatoires ?
  - Sciatalgies, inflammatoires ?
  - Élévation de la CRP à 7 mg/l ?
- Douleurs de surcharge (physique et psychique) ?

### Cas 1: Mille I, 26 ans

- Hypothèses diagnostiques
- Spondylarthrite ?
  - Douleurs
    - Talons !
    - Gonalgies antérieures ?
  - Rachialgies, inflammatoires ?
  - Sciatalgies, inflammatoires ?
  - Élévation de la CRP à 7 mg/l ?
- Douleurs de surcharge (physique et psychique) ?
  - Beaucoup de sport
  - Augmentation des douleurs par le sport et le stress

### Cas 1: Mille I, 26 ans

- Rachialgies le matin, et le soir après le sport: inflammatoires ?

## Rachialgies inflammatoires

- Matin > que 2-3 h plus tard (recrudescence vespérale fréquente)
- Dérouillage matinal (>30')
- Réveils nocturnes (2<sup>ème</sup> partie de nuit)
- Pousent le patient à sortir du lit

## Pathogénie des spondylarthrites ?

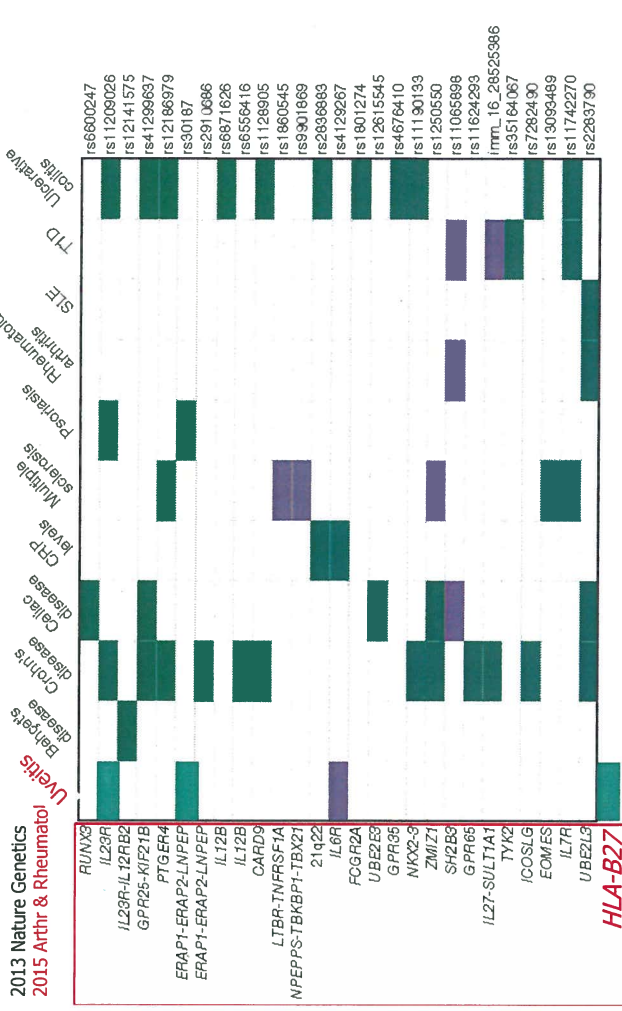
## Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Douleurs augmentées par le sport et le stress !

## Spondylarthrite ?

## Multiple risk gene variants for AS

2013 Nature Genetics  
2015 Arthr & Rheumato



## Enthésites

Favorisées par

- Les stress mécaniques
  - Traumatismes
  - Microtraumatisme
- Les stress biologiques
  - Infections
    - Chlamydiae
    - Salmonella, Shigella, Yersinia, campylobacter
    - Autres !!!
  - Vaccins
- Les stress psychiques



Mc Gonagle, Arthr & Rheum, 2007

## Cas 1: Mlle I, 26 ans

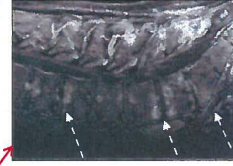
- Gonalgies antérieures

## Spondylarthrites = Enthésites

**Enthésite = Inflammation d'une enthèse**

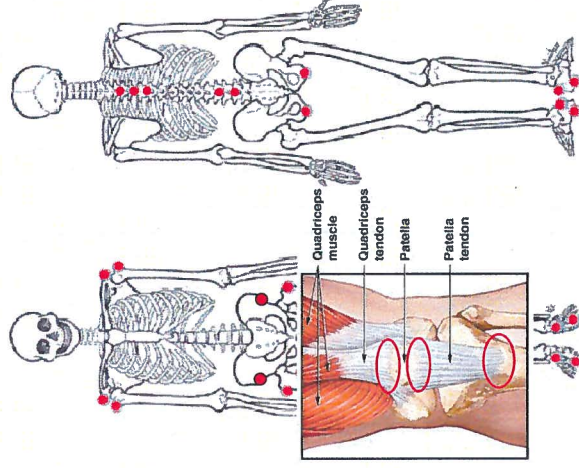
**Insertion sur l'os**

- D'un tendon
- D'un ligament
- De cartilage
- D'un ongle

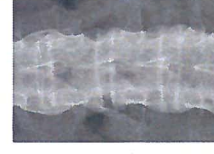


## Enthésites - enthésopathies

**Spondylarthrites**  
DISH  
Chondrocalcinose  
Arthrose (digitale)



DISH



Spondylarthrite

Slobodin, Semin Arthritis and Rheum, 2007

### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Sciatalgies fesse g, cheville-pied latéral g, +/- dos

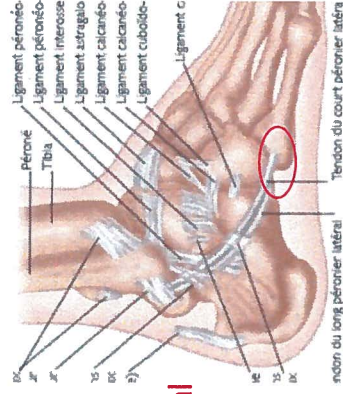
### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Sciatalgies fesse g, cheville-pied latéral g, +/- dos
- Lombalgies inflammatoires
- Douleur sacroiliaque g
  - FABER +
- Douleurs du pied latéral g
  - Sx d'enthésite du c péronier latéral g



### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Sciatalgies fesse g, cheville-pied latéral g, +/- dos
- Lombalgies inflammatoires
- Douleur sacroiliaque g
  - FABER +
- Douleurs du pied latéral g
  - Sx d'enthésite du c péronier latéral



### Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Examens de laboratoire
    - HLA-B27 négatif
    - CRP à 4 mg/l
- Compatible avec une spondylarthrite ?



## SpA: Signes biologiques

- HLA-B27 (inconstant)

SpA ankylosante	~90 %
SpA Périphériques	30-70 %
Population Générale	~8 %
Acute anterior uveitis	~50 %

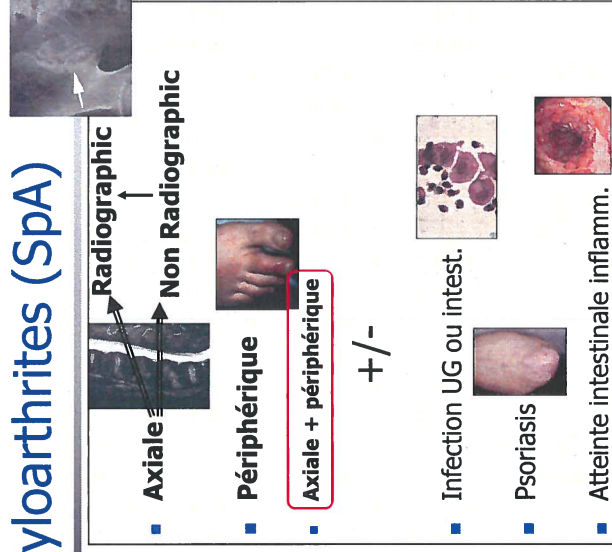
- Augmentations de VS-CRP: (inconstantes!)
  - Chez 2/3 des patients, la CRP classique est normale (<5mg/l)
  - Meilleures sensibilité de la CRP ultrasensible (1-5 mg/l) !

Turina - Baeten, Arthritis Research & Therapy 2014

## Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Hypothèse
- Probable SpA !!!
- Laquelle ?

## Spondyloarthrites (SpA)

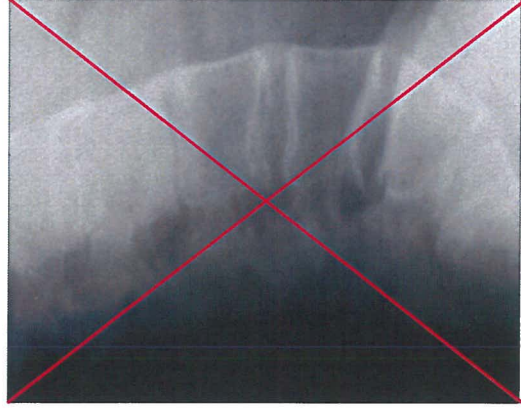
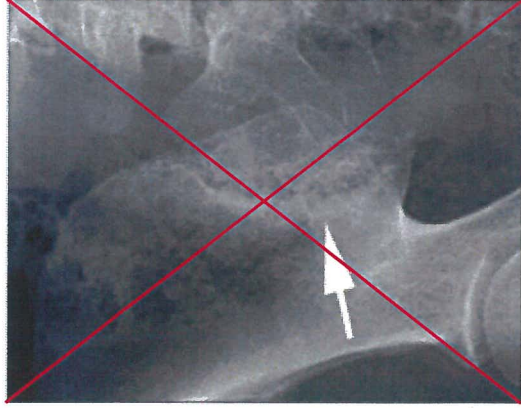


Poddubnyy-Sieper, Curr Opin Rheum, 2014

## Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Probable SpA axiale et périphérique !!!
- Comment confirmer le diagnostic ?

## RX sacro-iliaque et rachis



## Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Probable SpA axiale et périphérique !!!
- Comment confirmer le diagnostic ?

## SpA: Calcaneum US-power doppler



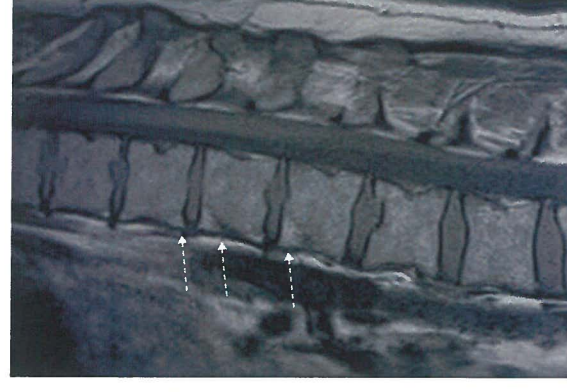
Aponeurosis thickening with loss of fibrillar pattern and **Doppler signal** (arrow head) are shown associated with **bone erosion** (arrow)

## IRM

Bassin - Colonne lombaire



STIR (saturation de graisse)



## Cas 1: Mlle I, 26 ans

- Signes IRM de sacroiliite et de spondylite !







## ASAS criteria for classification of axial spondyloarthritis

Pour information

<p><u>Sacroiliitis on imaging*</u> plus ≥ 1 SpA feature#</p>	or	<p>HLA-B27 plus ≥2 other SpA features#</p>
<p>#SpA features</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>inflammatory back pain</u></li> <li>• arthritis</li> <li>• <u>enthesitis (heel)</u></li> <li>• uveitis</li> <li>• dactylitis</li> <li>• psoriasis</li> <li>• Crohn's/colitis</li> <li>• good response to NSAIDs</li> <li>• family history for SpA</li> <li>• HLA-B27</li> <li>• elevated CRP</li> </ul>		<p>*Sacroiliitis on imaging</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• active (acute) inflammation on MRI highly suggestive of sacroiliitis associated with SpA</li> <li>• definite radiographic sacroiliitis according to mod NY criteria</li> </ul>

Rudwaleit, Ann Rheum Dis 2009; 68;777-83  
Sieper, Ann Rheum Dis 2009;68;ii1-ii44

## Cas 1: Mlle I, 26 ans

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Axiale</b> </li> <li>■ <b>Périphérique</b> </li> <li>■ <b>Axiale + périphérique</b> </li> </ul>	<p><b>Radiographic</b></p> <p><b>Non Radiographic</b></p>	<p>+/-</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Infection UG ou intest. </li> <li>■ Psoriasis </li> <li>■ Atteinte intestinale inflamm. </li> </ul>
---	---	--

## SpAs : Prise en charge - traitement

- Explications
  - Enseignement
    - Éviction des stress !!!
  - Physiothérapie ?
  - Ergothérapie ?
  - Chirurgie ?
  - Antidouleurs ?
- Phases avancées





## SpAs : Traitement pharmacologique

### ■ Atteinte axiale

#### 1. AINS + Physiothérapie

- AINS = tests thérapeutiques
- 2. Anti-TNFs
  - Anti-TNFs = tests thérapeutiques

### ■ Atteintes périphériques

#### 1. AINS

- AINS = tests thérapeutiques
- 2. Salazopyrine +/- Méthotrexate ?
- 3. Anti-TNFs
  - Anti-TNFs = tests thérapeutiques

## Spondylarthrites - addendum - conclusions

- Fréquentes Prévalence globalement à ~2% !
- Enthésites +/- manifestations extra-articulaires
- Parfois sévères et invalidantes
- Diagnostics
  - Clinique, (HLA B27)
  - IRM souvent utile
  - Test thérapeutiques (Anti-TNFs) parfois nécessaires
- Traitement
  - En fonction de l'atteinte axiale ou périphérique
  - En fonction d'une éventuelle origine réactive à une infection

## Cas 3: Mme A. 64 ans

### Anamnèse

- Douleurs progressives des genoux, chevilles, poignets, et mains, nocturnes et matinales depuis 6 mois.
- Pas de gonflement articulaire.
- Réponse partielle au paracétamol et à l'ibuprofène 200 mg 2x/j. Douleurs actuellement à 6/10.

### Status

- Douleurs à la palpation de toutes les MCP, IPPs, poignets, chevilles, mains, et genoux, sans signes d'épanchements ni tuméfactions.

## Cas 3: Mme A. 64 ans

- Hypothèse diagnostique ?

### Cas 3: Mme A. 64 ans

- Hypothèse diagnostique
- Polyarthrite rhumatoïde

### Cas 3: Mme A. 64 ans

- Attitude ?

### Cas 3: Mme A. 64 ans

- Attitude
- Bilan!
    - Marqueurs de l'inflammation
      - Vitesse de sédimentation (VS)
      - Protéine C réactive (CRP)
    - Anticorps anti-peptide citruliné (anti-CCP)
      - Très spécifiques (spécificité supérieure à 95 %)
      - Prédicteur pour une maladie plus sévère
    - Facteurs rhumatoïdes (FR)
      - Faible spécificité (60-70%)
      - Sensibilité pour la PR: ~70 %
      - Associés à une évolution de la maladie plus sévère
    - Radiographies des mains

### Cas 3: Mme A. 64 ans

- Attitude
- Traitement provisoire
    - Augmentation de l'ibuprofène (800 retard 2x/j avec IPP en R)

Cas 3: Mme A. 64 ans

■ Résultats

- CRP 43 mg/l
- ACPA +++
- Facteur rhumatoïde ++
- Radiographies des mains sp
- Avec ibuprofène 2x800, quasi disparition des douleurs à 1-2 /10, mais épigastralgies discrètes (sans IPP).
- Status: Persistance des douleurs à la palpation.

Cas 3: Mme A. 64 ans

Diagnostic ?

**RA: ACR/EULAR classific. criteria**

**4 domains:**

<b>Joint involvement (0-5)*</b>	0
1 med/large joint	1
2-10 med/large joints	2
1-3 small joints	3
4-10 small joints	4
≥10 joints (at least 1 small)	5
<b>Serology (0-3)</b>	0
Neither RF nor ACPA positive	1
At least one test low positive titre	2
At least one test high positive titre	3
<b>Duration of Synovitis (0-1)</b>	0
< 6 weeks	1
≥ 6 weeks	
<b>Acute phase reactants (0-1)</b>	0
Neither CRP nor ESR abnormal	1
Abnormal CRP or abnormal ESR	

<http://www.eular.eu>

\* swollen or tender

**Definite RA:**

- 1. Total score of ≥ 6/10
- OR
- 1. Joint erosions on RX

Cas 3: Mme A. 64 ans

■ Attitude?

Cas 3: Mme A. 64 ans

- Attitude?
- Recherche et traitement des FRCV le cas échéant
- Mesure du DAS (calculateur sur internet)

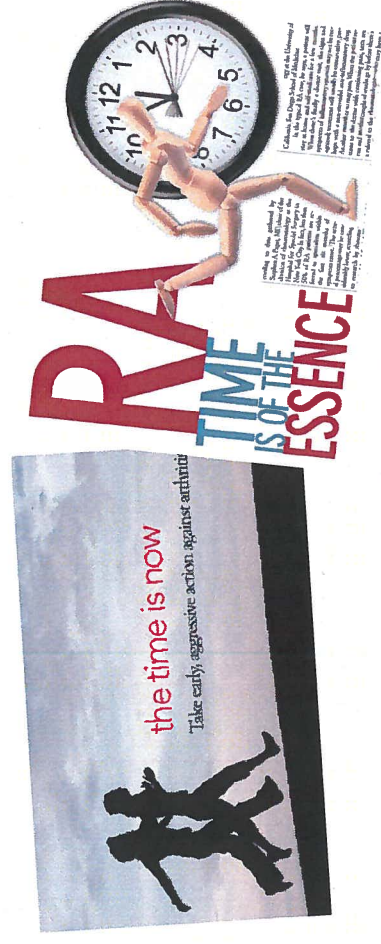
Cas 3: Mme A. 64 ans

- DAS : 4.43 (« high disease activity »)

Cas 3: Mme A. 64 ans

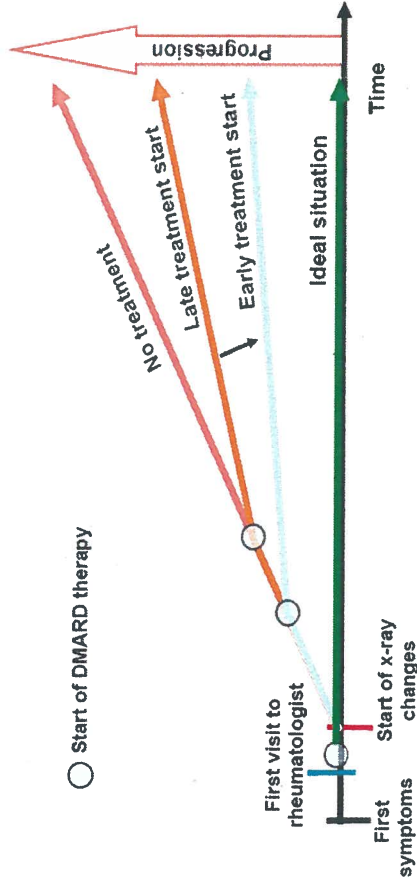
- Attitude ?

Diagnostic précoce et contrôle rapide de  
la PR





# Traitement précoce de PR



Smolen 2008

## Cas 3: Mme A. 64 ans

- Attitude
  - Traitement de fond: méthotrexate 15 mg/sem avec acide folique
  - Arrêt de l'ibuprofène
  - Pont de prednisonne (20 mg/j avec diminution sur 3 mois)
- Adaptation-intensification du traitement de fond tant que le DAS n'est pas < 2.6 (3.2)
- DAS
  - $DAS \leq 2,6 \Leftrightarrow$  PR en rémission
  - $2,6 < DAS \leq 3,2 \Leftrightarrow$  PR faiblement active
  - $3,2 < DAS \leq 5,1 \Leftrightarrow$  PR modérément active
  - $DAS > 5,1 \Leftrightarrow$  PR très active

## PR - Conclusion

- Diagnostic précoce et contrôle rapide de l'activité de la maladie !