

Madame S. 1985

- ❑ Patiente de 33 ans, obèse, suivie au SMPR
- ❑ Plusieurs consultations aux voies ambulatoires pour péjoration de lombalgies chroniques (dernière consult dans la semaine précédente)
- ❑ Sous ttt itératif : Paracétamol + AINS + myorelaxants
- ❑ Physiothérapie

Et si ce n'était pas une cause commune ?

Présentation de cas par MAHAMAT Maryam
colloque SMPR du 10.01.2018

Comorbidités :

- ❑ Etat anxio-dépressif sous escitalopram et lorazépam en R
- ❑ Obésité avec suivi diététique (pas de perte de poids significative ...)
- ❑ Ethylo-tabagisme
- ❑ Profession : éducatrice d'enfants, au chômage en raison de plusieurs arrêts

Actuellement :

- ❑ Se plaint toujours de lombalgies continues, horaire plutôt mixte (continues, dérouillage matinale de 30 min., réveils nocturnes aux chgts de position, réponse partielle aux AINS)
- ❑ Pas de signes anamnétiques d'arthrite, anamnèse familiale négative pour rhumatisme, MICI et psoriasis

Actuellement :

Globalement algique, troubles statiques

- ❑ Syndrome lombo-vertébral (avec DDS > 30 cm), pas de signe d'irritation radiculaire
- ❑ Manœuvres sacro-iliaques douloureuses
- ❑ Pas de synovite à la palpation des articulations périphériques
- ❑ reste examen sans particularités

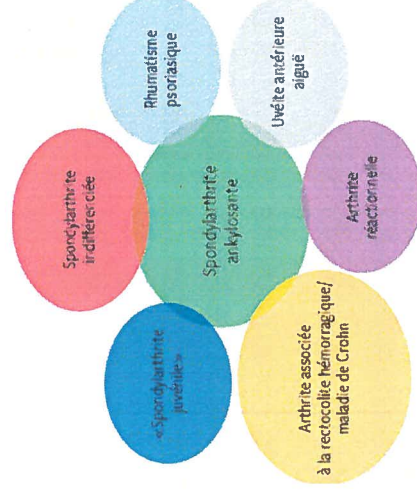
Examens complémentaires :

- ❑ Labo : pas de syndrome inflammatoire (pas de leucocytose, CRP à 11)
- ❑ Rx lombaire : troubles dégénératifs, pas de tassement,
- ❑ Rx pieds : pas de fracture de fatigue, reste non relevant

Madame S. 1985

- ❑ Conclusion : patiente présentant des lombalgies chroniques communes favorisées et exacerbées par contexte d'obésité, haut risque de chronicité (avec plusieurs Yellow flags +++)
- ❑ Diagnostic différentiel : Anamnèse douteuse, cause inflammatoire ?
- ❑ Spondylarthropathie ?

Rappels



Rappels (2)

- Plusieurs critères de classification pour les études, mais en pratique, utilisés comme aide diagnostique
- Plus récente classification ASAS (sensibilité 82%, spécificité 84 %), selon groupe critères ASAS, selon groupe experts ASAS.

Madame S. 1985

Chez des patients avec des rachalgies ≥ 3 mois et un âge de début < 45 ans

Sacro-iliite à l'imagerie*
≥ 1 critère de SpA

ou

HLA-B27
plus
≥ 2 critères de SpA

Critères de SpA:
 • Rachalgie inflammatoire
 • Arthrite
 • Entésite (talon)
 • Uvérite
 • Dactylite
 • Psoriasis
 • Maladie de Crohn/rectocolite hémorragique
 • Bonne réponse aux AINS
 • Antécédent familial de SpA
 • HLA-B27
 • CRP élevée



- Critères d'application : oui
- Critères mineurs : oui
- Critères majeurs : pas disponibles lors de la c/s

CRITERES DE CLASSIFICATION

- Sacro-iliite par imagerie plus caractéristique SpA ou HLA-B27 plus ≥ 2 autres traits caractéristiques SpA

Traits caractéristiques de spondylarthropathie

- Rachalgies inflammatoires
- Arthrites
- Entésites (talon)
- Uvérite
- Dactylite
- Psoriasis

Sacro-iliite par imagerie

- Inflammation active (aiguë) en IRM hautement suggestive d'une sacro-iliite associée aux SpA
- Sacro-iliite radiologique définitive selon les critères modifiés de New York

* Critères valables pour des patients souffrant de lombalgies 3 mois et un âge de début < 45 ans (ASAS – Assessment of spondyloarthritis international society).

Madame S. 1985

- Discrète élévation CRP à 11, VS normale
- HLA B27 négative
- IRM sacro-iliaque : sacro-iliite d'allure inflammatoire
- US des enthèses : En faveur d'une entésopathie

Madame S. 1985

- Madame S. présente une spondylarthropathie axiale et enthésopathique
- radiologique (non radiographique)
- Enthesopathique
- pas d'argument pour atteinte périphérique

Traitement médicamenteux

- Selon les recommandations EULAR (Appliquées en Suisse)
- 1^{ère} ligne : AINS à de bonnes doses et bien conduits
- 2^{ème} ligne : TTT biologique
- AntiTNF
- IL17 (si échec 2 anti-TNF)

.Traitement

Molécules	Posologie maximale quotidienne (mg)
Acémétacine	180
Acide méfénamique	2000
Célécoxib	400
Diclofénaac	150
Etoodolac	600-1200
Etoricoxib	60-90
Flurbiprofène	200-300
Ibuprofène	2400
Indométacine	150
Lornoxicam	16
Méloxicam	15
Naproxène	1000
Piroxicam	20
Ténoxican	20

Traitement médicamenteux

- 2^{ème} ligne (indiquée en cas d'échec AINS), traitement biologique
- Traitement biologique par anti-TNF
- En cas d'échec, d'un 1^{er} traitement anti-TNF, IL 17 sont le traitement de deuxième ligne des spondyloarthropathies avec atteinte axiale
- Précautions à prendre : bilan pré-thérapeutique, (sérologies, quantiféron, etc.), rattrapage vaccinal , accord assurance etc.

Traitement

Noms	Type	Modes d'administration	Posologie
Infliximab	Anticorps monoclonal humanisé	Injection veineuse	5 mg/kg semaine 0, 2, 6 puis 5 mg/kg toutes les 8 semaines
Adalimumab	Anticorps monoclonal chimérique	Soins cutané	40 mg/semaine les 2 premières
Certolizumab pegol	Fragment d'anticorps humain pegylé	Soins cutané	400 mg/semaine 0-24 puis 200 mg toutes les 2 semaines ou 400 mg toutes les 4 semaines
Etanercept	Recepteur soluble	Soins cutané	50 mg toutes les semaines ou 25 mg 2 fois/semaine
Golimumab	Anticorps monoclonal dirigé humaine	Soins cutané	50 mg toutes les 4 semaines

www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-509/Spondyloarthropathies-traitements-conventionnels-et-anti-TNF

TTT non médicamenteux

- ❑ Physiothérapie : avec exercices actifs(à sec et en piscine) + objectifs SMART à définir
- ❑ Sevrage tabac (car baisse réponse antiTNF)
- ❑ groupe personne vivant avec spondylarthropathie, PEC en psy etc.

Suivi

- Suivi au 3-6 mois
- Scores de Suivi BASDAI/BASFI

Take home messages

- ❑ Pensez aux autres causes non-communes, notamment chez le jeune de moins de 45 ans
- ❑ Classification ASAS pratique concernant les manifestations cliniques typiques de la maladie. Aide le diagnostic pour un patient donné
- ❑ IRM joue un rôle important dans le diagnostic précoce et le suivi de spA, et donc fait partie intégrante des critères ASAS (2009)
- ❑ Si besoin d'aide, ne pas hésiter à contacter le service de rhumatologie, et surtout ... profiter des consultations conjointes.

Questions ?

Bibliographie :

- D Poddubnyy H Brandt J Vahidiek The frequency of non-radiographic axial spondyloarthritis in relation to symptom duration in patients referred because of chronic back pain : Results from the Berlin early spondyloarthritis clinic. Ann Rheum Dis 2012 (71) [\[Medline\]](#)
- FP Kroon LR van der Burg S Ramiro Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis). Cochrane Database Syst Rev 2015 (7) [\[Medline\]](#)
- LJ Maxwell J Zochling A Boonen TNF-alpha inhibitors for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev 2015 (4) [\[Medline\]](#)
- M Rudwaleit D van der Heijde R Landewé The development of Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. Ann Rheum Dis 2009 (68) [\[Medline\]](#)
- EULAR guidelines: Performance of referral recommendations in patients with chronic back pain and suspected axial spondyloarthritis
- stratégies SMPR : Dr Hervé Spechbach, Lombalgies aiguës
- Uptodate; lexicomp. rheumanet