



Brèves de l'EULAR 2015

Les spondyloarthrites

Assia Haddouche (Blida- Algérie)



Correspondance à :
Assia HADDOUCHE
haddouche_assia@yahoo.fr

Points forts

- Présentation des recommandations EULAR 2015 pour la prise en charge du Rhumatisme Psoriasique (RPso) ;
- Intérêt du dépistage et de l'évaluation des comorbidités dans la prise en charge des spondyloarthrites ;
- Les critères ASAS sont au dessus de tout soupçon, ils ont prouvé leurs efficacités dans plusieurs études : Existence d'un très grand chevauchement entre les critères AMOR, ESSG et ASAS SpA dans l'étude ASAS-CoMoSPA ; grande sensibilité des critères de classification ASAS chez les patients B27+ atteint de spondyloarthrite indifférenciée même à début tardif > 45ans ; les patients atteints de fibromyalgie (FM) ne remplissent pas critères de classification pour la spondyloarthrite axiale (axSpA) même si les axSpA remplissent les critères de classification pour la FM ;
- La coexistence de FM pourrait influencer sur le score de l'outil utilisé pour évaluer l'activité de la SpA et également sur le taux de maintien des anti-TNF ;
- Les fumeurs actifs ont des formes plus sévères de la maladie, un faible taux de maintien thérapeutique et une moins bonne réponse aux anti-TNF par rapport à ceux n'ayant jamais fumé ;
- La faible influence de l'exercice sur les SpA axiales à début récent ;
- L'incidence oblique des sacro-iliaques est meilleure pour le diagnostic de la sacro-iliite ;
- Une faible sensibilité et une grande spécificité du Doppler puissance pour le diagnostic de l'axSpA chez les patients souffrant de rachialgies inflammatoires récentes ;
- L'inflammation de la SI en IRM est liée à l'activité de maladie seulement chez les hommes atteints de spondyloarthrite axiale ;
- Les AINS à dose et à durée optimales peuvent réduire les lésions inflammatoires en l'IRM des sacro-iliaques dans les spondyloarthrites axiales
- la formation de nouvelles lésions graisseuses serait un mécanisme pathogénique éventuellement universel dans les axSpA et non un effet direct de la thérapie anti-TNF

Recommandations EULAR 2015 pour la prise en charge du Rhumatisme Psoriasique (RPso) [SP0035]

En 2012, les recommandations EULAR pour le traitement pharmacologique du RPso ont été publiées. Depuis, de nouvelles stratégies thérapeutiques et surtout de nouvelles molécules avec de nouveaux modes d'action ont été approuvés et/ou évalués dans le RPso. Les recommandations mises à jour, présentées par Laure Gaussec comprennent 5 principes généraux et 10 recommandations, couvrant la prise en charge du RPso en tenant compte des manifestations articulaires et extra-articulaires de ce dernier.

Les principes généraux :

- A. Le RPso est une maladie hétérogène et potentiellement sévère qui peut nécessiter une prise en charge multidisciplinaire.
- B. Le traitement des patients atteints de RPso devrait avoir comme but la meilleure prise en charge et doit être fondé sur une décision partagée entre le patient et le rhumatologue, en prenant en compte l'efficacité, l'innocuité et les coûts.
- C. Les rhumatologues sont les spécialistes qui

devraient principalement prendre en charge les manifestations musculo-squelettiques des patients atteints de RPso; En cas d'atteinte cliniquement significative de la peau, le rhumatologue et le dermatologue devraient collaborer pour le diagnostic et la prise en charge.

- D. l'objectif principal du traitement des patients atteints de RPso est de maximiser la qualité de vie, par le contrôle des symptômes, la prévention des dommages structuraux, la normalisation de la fonction et de la participation sociale ; L'abrogation de l'inflammation est un élément important pour atteindre ces objectifs
- E. Lors de la prise en charge des patients atteints de RPso, les manifestations extra-articulaires, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires et les autres comorbidités devraient être pris en compte.

Les recommandations :

1. le traitement doit viser à atteindre l'objectif de la rémission ou alternativement une faible activité de la maladie, par un suivi régulier et un ajustement thérapeutique approprié.

Pour citer l'article :

Haddouche A. Brèves de l'EULAR 2015. Les spondyloarthrites. *Batna J Med Sci* 2015;2:S10-S15.

2. Chez les patients atteints de RPso, les médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pour soulager les manifestations et les symptômes musculo-squelettiques.
3. Chez les patients atteints de RPso, particulièrement ceux avec de nombreuses articulations gonflées, des dommages structuraux en présence d'inflammation, ESR/CRP élevée et/ou des manifestations extra-articulaires pertinentes, les csDMARDs doivent être considérés à un stade précoce et le méthotrexate préféré en cas d'atteinte cutanée associée.
4. Les infiltrations locales de corticoïdes doivent être considérées comme un traitement adjuvant dans le RPso ; les glucocorticoïdes par voie systémique peuvent être utilisés avec prudence à la dose efficace la plus faible.
5. Chez les patients atteints d'arthrite périphérique avec une réponse inadéquate à au moins un csDMARD, un bDMARD et généralement inhibiteur du TNF devrait être commencer.
6. Chez les patients atteints d'arthrite périphérique avec une réponse inadéquate à au moins un csDMARD, chez qui les inhibiteurs du TNF ne sont pas appropriés, les bDMARDs ciblant les voies de l'IL 12/23 ou IL 17 peuvent être envisagées.
7. Chez les patients atteints d'arthrite périphérique et une réponse inadéquate à au moins un csDMARD et chez qui les bDMARDs ne sont pas appropriés, un tsDMARD (DMARD synthétique ciblée) comme un inhibiteur de PDE4 peut être considéré.
8. Chez les patients atteints d'enthésite active et/ou dactylite et une réponse insuffisante aux AINS, aux infiltrations de corticoïdes ou aux inhibiteurs du TNF, les bDMARDs ciblant les voies l'IL12/23 ou de l'IL 17 peuvent être considérés.
9. Chez les patients avec une atteinte essentiellement axiale et active et une réponse insuffisante aux AINS, un traitement par un bDMARD devrait être considéré et selon la pratique courante par un inhibiteur du TNF.
10. Chez les patients qui ne parviennent pas à répondre de manière adéquate à un bdMAARD, un switch vers un autre bDMARD devrait être envisagé, y compris un switch entre les inhibiteurs du TNF.

Prévalence des comorbidités et évaluation de leur dépistage dans les spondyloarthrites: Résultats de l'étude internationale ASAS-CoMoSPA [SAT0236]

L'Augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires et d'ostéoporose est documentée dans la SpA. Certaines comorbidités (par exemple le risque de maladie cardio-vasculaire) font l'objet de recommandations, avec des composantes spécifiques relatives aux maladies inflammatoires rhumatismales. Toutefois, il est connu qu'il existe un écart entre les recommandations et leur mise en œuvre dans la pratique quotidienne. A. Moltó a présenté les résultats d'une étude internationale transversale de grande envergure ayant inclus 22 pays (à partir de 4 continents) ayant inclus 3984 patients spondyloarthritiques diagnostiqués par le rhumatologue. L'objectif de cette dernière était d'évaluer: 1) la prévalence des comorbidités dans la SpA et les facteurs de risque de ces comorbidités dans les différents pays à travers le monde, 2) l'écart entre les recommandations disponibles et leurs mise en œuvre en pratique quotidienne et 3) le nombre de facteurs de risque

détectés. Les données comprenaient les caractéristiques générales des SpA et celles se rapportant aux comorbidités (cardiovasculaires, infections, cancer, ostéoporose et les troubles gastro-intestinaux). Les maladies les plus fréquentes (passées ou actuelles) trouvées étaient l'ostéoporose (13%), l'ulcère gastro-duodéal (11%), les événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral) (4%), les cancers solides (3%), et l'hépatite B (3%). Les facteurs de risque les plus fréquents pour ces maladies étaient l'hypertension (34%), le tabagisme (actuel ou passé (<3 années)) :29%, la dyslipidémie (27%) et des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires et le cancer du sein (chacun 15%). Une importante variabilité inter-pays a été observée concernant le dépistage des comorbidités (par exemple LDL-cholestérol n'a été mesuré que chez (8%) des SpA en Taiwan vs (98%) en Allemagne, aussi la visite du dentiste variait de 0% en Chine à 85% dans les Pays-Bas). L'étude a retrouvé les comorbidités habituelles (élévation de la pression artérielle (14%), l'hyperglycémie (4%) et a souligné la gestion sous-optimale des comorbidités. Cette étude suggère fortement que l'application rigoureuse d'évaluation systématique des comorbidités peut permettre une détection plus précoce, ce qui finalement peut conduire à une amélioration de la prise en charge des patients atteints de SpA.

La performance des différents critères de classification de la spondyloarthrite dans l'étude ASAS-CoMoSPA

La spondyloarthrite (SpA) inclut les patients souffrant d'une atteinte principalement axiale (axSpA) et les patients souffrant principalement d'une atteinte périphérique (pSpA), y compris le rhumatisme psoriasique (PsA). Au fil du temps, plusieurs critères de classification ont été développés pour couvrir l'ensemble du spectre des SpA. Une communication orale [OP0037] avait comme objectif de comparer la performance des différents critères de classifications des SpA suivants : ESSG, AMOR, mESSG (ajout d'IRM), mAmor (ajout d'IRM), CASPAR et ASAS pour axSpA et pSpA sur la cohorte CoMoSPA. Les patients ayant plus de 7 variables communes manquantes ont été écartés de l'analyse. La plupart des variables communes manquantes étaient: l'IRM des articulations sacro-iliaques (définition ASAS; IRM-SI) (n = 1951), la formation osseuse juxta-articulaire (n = 999), HLA-B27 (n = 907), une bonne réponse aux AINS (n = 803), le FR (n = 613) et la sacro-iliite radiographique (n = 341). Les patients ont été classés selon les différents critères de classification (tableau 1). Le chevauchement entre les différents critères a été évalué chez les patients souffrant de lombalgies (Figure1) et les patients souffrant de plaintes périphériques (Figure 2).

Tableau 1 : patients satisfaisant aux différents critères

Results	
Classification criteria	Patients that fulfil n (%)
AMOR	3282 (83.3)
mAMOR	3454 (87.6)
ESSG	3485 (88.4)
mESSG	3652 (92.6)
ASAS SpA (axial and peripheral)	3558 (90.3)
CASPAR	852 (21.6)

Dans cette étude ASAS-CoMoSPA, la plupart des patients répondaient à plusieurs critères de classification; le plus grand chevauchement existaient entre les critères AMOR, ESSG et ASAS SpA. Ailleurs, les caractéristiques de la maladie étaient comparables entre les patients du bras imagerie et ceux du bras clinique.

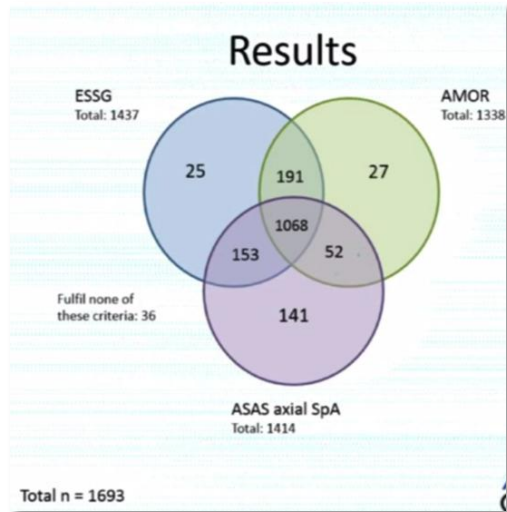


Figure 1 : chevauchement des différents critères concernant les lombalgies.

La grande sensibilité des critères de classification ASAS chez les patients B27+ atteints de spondyloarthrite indifférenciée à début tardif > 45ans

Dans les critères ASAS pour la forme axiale, le critère d'entrée est la lombalgie chronique chez un patient âgé de moins de 45 ans. Afin d'évaluer la sensibilité des ces critères dans une cohorte de patients atteints de SpA indifférenciées (iSpA) B27+ avec un début tardif (>45ans), M. Gilio [AB0781] les a comparé à des iSpA B27+ à début ordinaire. Sur une période de recrutement prospectif de 12 ans, 93 patients ont été examinés à intervalles de 6 mois (35 H, 58 F; 58,4 ± 9,8 ans) avec apparition tardive iSpA, ont été vus. Les 93 premiers patients consécutifs (54 M, 39 F; 29,6 ± 8,6 ans) avec apparition ordinaire iSpA vus dans la même période ont été évalués pour la comparaison. Comparés aux 93 patients présentant un début ordinaire iSpA, les 93 patients avec apparition tardive iSpA étaient plus fréquemment des femmes (62,4% vs 41,9%, p <0,05) avec un délai de diagnostic significativement plus court (24,2 ± 45,6 vs 65,1 ± 97 mois, p <0,05) et des niveaux de VS (vitesse de sédimentation) (57% de vs 33,3%, p <0,05) et de CRP (protéine C-réactive) plus fréquemment augmentés (62,4% vs 48,4%, p = 0,07). En outre, les patients avec apparition tardive iSpA ont développé plus fréquemment des arthrites périphériques (25,8% vs 4,3%, p <0,01) et des enthésites périphériques (48,4% vs 31,2%, p <0,05). En revanche, l'uvéite antérieure aiguë (20,4% vs 7,5%, p <0,05) était plus fréquente chez les iSpA à début ordinaire. La sensibilité des critères ASAS a été similaire dans la forme d'apparition ordinaire (90,3%) et tardive (91,4%) des iSpA. Les critères de classification ASAS des SpA ont montré une sensibilité similaire chez les iSpA ordinaire et d'apparition tardive. Par contre, certaines caractéristiques cliniques et biologiques peuvent différer avec l'âge d'apparition de la maladie.

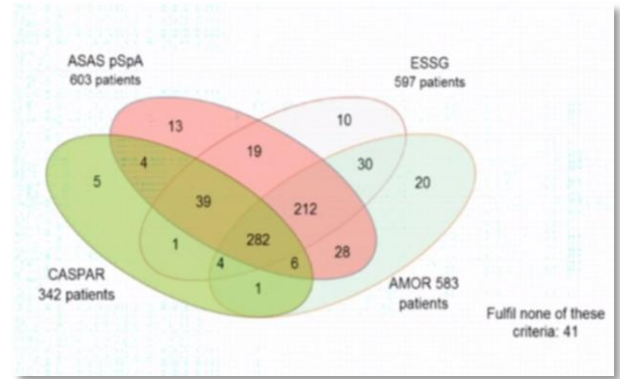


Figure 3 : chevauchement des différents critères concernant les atteintes périphériques.

Les patients atteints de fibromyalgie (FM) ne remplissent pas critères de classification pour la spondylarthrite axiale (axSpA) mais les axSpA remplissent les critères de classification pour la FM

La douleur est le dénominateur commun de l'axSpA et de la FM. Les nouveaux critères de classification ASAS pour l'axSpA ont été récemment contestés sur la base que les patients FM pourraient facilement remplir les critères du bras clinique, ce qui pourrait conduire à un sur-diagnostic des axSpA et à un sur-traitement. La communication orale OP0038 avait pour objectif d'étudier les similitudes et les différences entre l'axSpA et la FM et d'évaluer la gravité de la douleur dans les deux maladies. Dans cette étude prospective, les patients ont été inclus consécutivement s'ils ont été diagnostiqués souffrant d'une axSpA ou d'une FM par un rhumatologue. Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont également été inclus dans un groupe de contrôle inflammatoire. Ont été exclus ceux traités par un anti-TNF. Des IRM ont été réalisées chez tous les axSpA et les 20 patients FM.

Un total de 214 patients a été inclus: 93 FM (7,5% HLA B27 +), 91 axSpA (79,1% HLA-B27 +) et 30 PR (53,3% séropositifs). L'âge moyen était de 50,7 ± 9,1, 43,0 ± 12 et 58,4 ± 11,9 années, respectivement, et la durée moyenne des symptômes était comparable entre les groupes: 6,6 ± 6,9, 6,4 ± 7,8 et 6,2 ± 11,3, respectivement. Comme prévu, le rapport entre les sexes différait: les patients FM et PR étaient en majorité des femmes (93,4% et 76,7%, respectivement), comparativement aux patients axSpA (28,3%). Les critères de classification ASAS ne sont pas remplis par tous les patients FM. En revanche, les critères 1990 et 2010 ont été remplis par 98,3% et 100%, mais également de 14,3% et 34,1% de axSpA (pas de différences entre AS et nr-axSpA) et 30% et 46,7%, respectivement. Les valeurs du questionnaire d'impact de fibromyalgie (FIQ) étaient de 69,5 ± 13,0, 45,4 ± 19,3 (p <0,001) et de 49,9 ± 22,8, respectivement, tandis que les valeurs du Health Assessment Questionnaire (HAQ) ont été de 1,7 ± 0,5, 1,2 ± 0,5 (p <0,001) et 1,6 ± 0,8, pour la FM, axSpA et PR, respectivement. Les patients FM ont rapporté des scores de douleur plus élevés sur une échelle de notation numérique 0-10: 7,0 ± 1,7 vs 6,0 ± 1,9 et 6,1 ± 1,9 dans l'axSpA et la PR, respectivement; tandis que les valeurs moyennes de la CRP (mg/dl) étaient plus élevées dans l'axSpA (1,1 ± 1,3) et la PR (0,6 ± 0,9) par rapport aux patients FM (0,4 ± 0,4) (les deux p <0,001). Ce qu'il faut retenir c'est qu'aucun patient FM n'avait rempli les critères ASAS et que seule une petite proportion de patients ayant une axSpA remplissaient les critères de classification de la FM. Il y avait

moins de chevauchement entre les patients atteints de FM, d'axSpA et de PR avec les critères de 1990 de la FM comparés à ceux de 2010. Les patients FM ont rapporté des scores plus élevés sur un plan douleur et déficit fonctionnel mais des valeurs de CRP moins élevées.

[FRI0226] Quel est l'impact de la fibromyalgie sur les aspects clinique et thérapeutique des patients spondyloarthritiques: Résultats de l'étude FISPA

La FM peut coexister avec la SpA conduisant à des dilemmes diagnostiques et thérapeutiques, en particulier en présence d'enthésite. Le *Fibromyalgia Rapid Screening Tool* (FIRST) est un questionnaire d'auto-évaluation qui peut être utilisé pour le dépistage de la FM. Afin d'estimer la prévalence de la FM dans une cohorte de SpA selon le questionnaire FIRST et de comparer les caractéristiques cliniques et thérapeutiques chez les patients FM+/FM-; les patients diagnostiqués comme SpA par leurs rhumatologue ont été recrutés. Sur les 222 patients qui ont répondu au questionnaire, 195 ont été inclus pour l'analyse, parmi eux 42 (21,5%) étaient des FM+. 185 (94,8%) répondaient aux critères ASAS avec un pourcentage de FM+ semblable dans les différents sous-groupes [bras imagerie (21,5%) et bras clinique (18,7%), p = NS]. Les patients FM + présentaient plus d'enthésite (59,5% vs.39.5%, p = 0,02), de dépression (41,0% vs.18.4%, p <0,01), un BASDAI plus élevé [4.6 (± 2,3) vs 2,6 (± 2,0), p <0,01] et un BASFI plus élevé [4,8 (± 3,7) vs 2,0 (± 1,5), p <0,01]. Aussi, ces patients ont rapporté une prise plus fréquente d'analgésiques (92,7% vs.72%, p <0,01) et de psychotropes (66,7% vs.35.9%, p <0,01). Les anti-TNF ont été prescrits chez 79% des FM+ vs 70% chez FM- (p = NS). Le taux de maintien du premier anti-TNF était significativement plus court dans le groupe FM +. Après 1 et 2 ans, 55% vs 50% et 28,1% vs 41.2% des patients étaient encore sous anti-TNF dans le groupe FM + vs FM-, (Cox p = 0,03). Cette étude suggère ce qui suit: 1) le pourcentage similaire de FM dans le bras imagerie et clinique des critères ASAS est un argument en faveur de la validité de ces critères; 2) la coexistence de FM pourrait influencer sur le score de l'outil utilisé pour évaluer l'activité de la maladie et également sur le taux de maintien des anti-TNF.

L'impact du tabac sur la réponse aux anti-TNF dans la spondylarthrite ankylosante: Résultat du registre national Danois DANBIO

Afin d'étudier l'influence du tabagisme sur l'activité de la maladie et sur l'observance et la réponse thérapeutiques au premier anti-TNF chez les SA dans la vraie vie, les données du registre DANBIO sur une période allant de l'an 2000 jusqu'au 1^{er} janvier 2014 ont été étudiées. Le statut tabagique était connu chez 1425 (90%) parmi les 1576 SA inclus: 43% de fumeurs actifs, 40% n'ayant jamais fumé et 16% de fumeurs sevrés. La durée médiane de suivi était de 2,02 années (IC: 0,69 à 5,01). Au départ, les fumeurs actifs avaient une plus longue durée de la maladie (4 ans (1-12) / 2 ans (0-10)), des scores BASDAI (61 mm (47-73) / 58 mm (44-70)), BASFI (53 mm (35-69) / 46 mm (31-66)) et BASMI (40 mm (20-60) / 30 mm (10-50)) plus élevés que ceux n'ayant jamais fumé (les p <0,01). Les fumeurs (actuels et précédents) avaient une plus courte observance du traitement que les non-fumeurs (actuels: 2,30 années (1,81-2,79), précédent: 2,48 années (1,56 à 3,40), jamais: 4,12 années (3,29 à 4,95), log rank p

<0,0001) (figure 3). Des résultats similaires ont été trouvés en analyses multivariées et les fumeurs actuels étaient moins bon répondeurs que les non-fumeurs globale (OR 0,48 (IC à 95% 0,35 à 0,65), p <0,0001), même après ajustement selon le sexe et type d'anti-TNF (adalimumab 0,45 (de 0,27 à 0,76), etanercept 0,24 (0,10 à 0,61), infliximab 0,57 (0,34 à 0,95)) (les deux p <0,001). Donc les fumeurs actifs avaient des formes plus sévères de la maladie, un faible taux de maintien thérapeutique et une moins bonne réponse aux anti-TNF par rapport à ceux n'ayant jamais fumé.

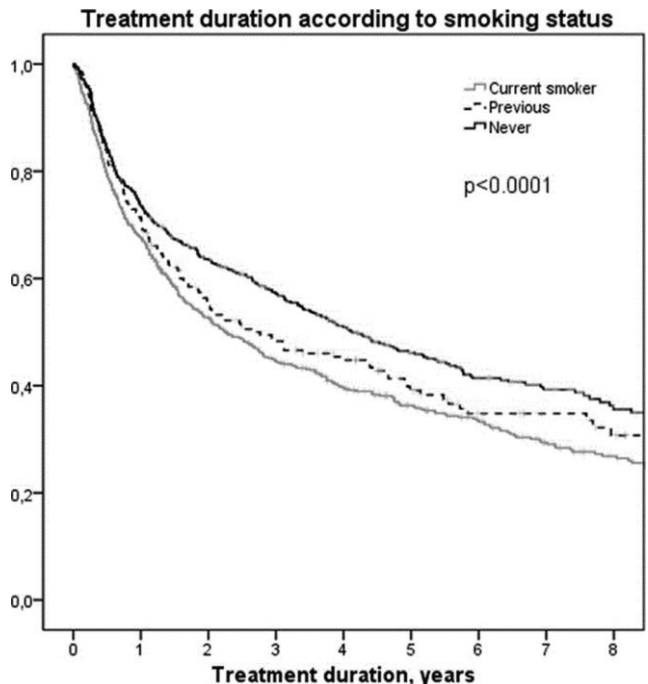


Figure 3 : observance thérapeutique chez les fumeurs et les non-fumeurs, atteints de SA, mis sous anti-TNF.

Influence de l'exercice sur les SpA axiales à début récent: Résultats de la cohorte ESPERANZA

La plupart des symptômes et des limitations de la SpA peuvent être améliorés avec l'exercice. Pour déterminer l'influence de l'exercice dans une population de SpA axiale récente, les données de la cohorte ESPERANZA (âge <45 ans, durée des symptômes de 3-24 mois et avec des lombalgies inflammatoires ou des arthrites asymétriques ou une douleur rachidienne/articulaire plus ≥1 des caractéristiques SpA) ont été utilisées pour une analyse descriptive. Les résultats ont été affichés sur le poster SAT0264. Un total de 291 SpA axiales récentes (191 hommes et 100 femmes) avec un âge moyen de 32 ± 7 ans et une durée de maladie moyenne de 13 ± 6,7 mois ont été évaluées. Chez les 127 patients atteints de SpA axiale récente pratiquant une activité physique par rapport à ceux n'en pratiquant pas, il y avait une fréquence accrue de maladies inflammatoires de l'intestin (5,5% vs 1,1%; p = 0,04) et de prise d'AINS (92% vs 73%, p <0,01). Il n'y avait pas de différences significatives dans les autres paramètres étudiés entre les deux groupes.

[FRI0216] L'incidence oblique des sacro-iliaques est meilleure pour le diagnostic de la Sacroiliite

La radiographie antéro-postérieure (RX-AP) du bassin est généralement utilisée pour le diagnostic de la sacroiliite. L'incidence oblique du bassin peut fournir des informations supplémentaires qui font qu'elle est plus proche de la conclusion de l'IRM que de celle de la RX-AP. l'objectif de cette étude chinoise était de déterminer si l'incidence oblique des SI fournissaient un avantage pour le diagnostic et l'évaluation de la sévérité de la sacroiliite par rapport à l'IRM. Des radiographies (deux bassins AP et incidence oblique) et des IRM de 392 articulations SI ont été obtenues chez 196 patients avec un diagnostic établi de SpA, et ont été classés en fonction de critères de New York par 3 lecteurs (2 radiologues et 1 rhumatologue). Les résultats contradictoires ont été réexaminés par tous les lecteurs jusqu'à ce qu'un consensus ait été obtenu, puis les données des radiographies ont été comparées avec les résultats de l'IRM. **Résultats:** Le taux de concordance entre les incidences obliques et les IRM (90,8%) était significativement plus élevée que celui entre les RX-AP et les IRM (63,3%) (p <0,05). 12 patients ont été diagnostiqués SA sur les RX-AP tandis qu'il ont été lus comme ayant une nr-SpA sur les incidences obliques ou à l'IRM. De plus, aucun patient n'a été diagnostiqué comme SA sur les incidences obliques ou à l'IRM parmi ceux lus comme ayant une nr-SpA sur les RX-AP. l'incidence oblique peut apporter un avantage à la seule RX-AP du bassin dans le diagnostic de sacroiliite.

[SAT0239] Évaluation échographique des enthèses par Doppler puissance (DP) chez les patients souffrant de rachialgies inflammatoires récentes : les résultats de la cohorte DESIR

Le diagnostic précoce de la spondylarthrite axiale (axSpA) reste un défi et le rôle potentiel du DP échographique (DPE) des enthèses est encore en cours d'évaluation. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer: i) le degrés de précision du DPE pour les enthèses sur 3 sites enthésitiques pour le diagnostic de la axSpA (critères ASAS) chez les patients souffrant de rachialgies inflammatoires récentes; ii) la prévalence de l'enthésite au DPE dans chaque bras des critères ASAS; et iii) la fréquence de l'enthésite au DPE en fonction de la présence de la douleur sur le même site. Les 3 sites examinés de façon bilatérale étaient : tendon d'Achille (site A), ligament rotulien (site B), tendon extenseur commun du coude (site C). L'enthésite au DPE a été définie comme toute enthésite vascularisée par PD ne dépassant pas 2 mm du cortex osseux. 402 sur 708 patients inclus ont été examinés par DPE. La sensibilité du DPE pour le diagnostic de l'axSpA était de 14% et la spécificité de 83% avec une valeur prédictive positive de 69% et une valeur prédictive négative de 27%. Le tableau 2 montre la prévalence de DPE + selon des critères ASAS. Aucun lien statistique n'a été observé entre la présence de douleur sur un site enthésitique et la présence de DPE.

L'inflammation de la sacro-iliaque à l'IRM est liée à l'activité de la maladie seulement chez hommes atteints de spondyloarthrite axiale: une analyse longitudinale de la cohorte DESIR

Chez les patients atteints de spondylarthrite axiale (axSpA), la

Tableau 2. PDUS enthésite selon les critères ASAS

DPE + 58/402 (14%)		ASAS + (40, 69%)			ASAS- (18, 31%)	
14% (40/288) de tous les patients ASAS +		16% (18/109) de tous les patients ASAS-				
Imagerie + (29, 50%) + 15% (29/189) de l'ensemble d'imagerie +		clinique + Imagerie - (10, 17%) 10% + (10/96) de tous clinique + Imagerie - (m = 1)				
Rx + IRM +	Rx + IRM-	RX - IRM+	CRP+	CRP -	CRP+	CRP -
13	8	8	1	9	3	14
22%	14%	14%	2%	15%	5%	24% (m =1)
15%*	22%*	13%*	8%*	11%*	16%*	15%*

relation entre les lésions inflammatoires à l'IRM et les mesures de l'activité clinique de la maladie (AM) est encore incertaine, en particulier dans les premiers stades de la maladie. L'étude **OP0042s** est focalisée sur l'évaluation de cette relation. Les patients souffrant de rachialgies inflammatoires < 3 ans et de SpA probables ont été inclus dans la cohorte DESIR. Les données de suivi de deux ans de 474 patients répondant aux critères ASAS de axSpA avec une IRM-SI au départ, puis à 1 et 2 ans ont été analysés. La relation entre les mesures cliniques de l'AM et IRM-SI était différente entre les hommes et les femmes. En analyse transversale: Chez les hommes, une corrélation positive significative avec l'IRM-SI a été trouvée pour l'ASDAS (r = 0,19), la VS (r = 0,31) et la CRP (r = 0,36), mais pas pour le BASDAI ou de la douleur. Chez les femmes, une corrélation positive a été trouvée pour la VS et la CRP à l'inclusion alors que des corrélations négatives ont été trouvées pour les mesures restantes. En analyse longitudinale: Chez les hommes, une relation statistiquement significative avec l'IRM-SI a été trouvée pour toutes les mesures de l'AM sauf pour le BASDAI; l'estimation du paramètre bêta (IC à 95%) était comme suit: ASDAS: 2,41 (1,13 à 3,69), la douleur nocturne: 0,50 (0,04 à 0,95) et une évaluation globale de AM: 0,45 (0,06 à 0,84), VS: 0,18 (0,01 au 0,35) et CRP: 0,15 (0,03 à 0,28). Chez les femmes, il n'y avait pas de relation significative. Les auteurs ont conclu que chez les patients atteints de axSpA, l'inflammation à l'IRM-SI est liée aux mesures de l'AM seulement les hommes.

Traitement de la spondyloarthrite axiale avec une dose optimale d'AINS: Suivi sur 6 semaines portant sur l'IRM des articulations sacro-iliaques

Contrairement à l'efficacité reconnue des anti-TNF α sur l'œdème osseux (OE) des SI (et de la colonne vertébrale), étonnamment peu de données existent sur l'impact des AINS sur ce dernier. L'objectif de la communication orale **OP0170** était d'évaluer l'impact des AINS à dose complète sur l'étendue et l'intensité de l'OE des SI en IRM dans la spondyloarthrite axiale (axSpA). Trente-six axSpA IRM+ des SI ont été inclus pour une IRM de suivi après 6 semaines de dose optimale d'AINS. La consommation d'AINS a été évaluée par l'indice ASAS-NSAID. Les critères d'évaluation principaux étaient la réponse BASDAI et l'amélioration du score *spondyloarthritis Research Consortium of Canada* (SPARCC) à l'IRM des SI à la semaine 6. **Résultats:** environ 38,5% des axSpA étaient incapable des continuer la prise des AINS à dose optimale. Seize patients avaient respecté le protocole. L'indice ASAS-NSAID médian avait atteint 97%. Seulement

18,75% des patients (3/16) avaient atteint une réponse de BASDAI50 à la semaine 6. Dans l'ensemble, une réduction de 8% était constatée dans les scores moyens SPARCC à la semaine 6 (P = 0,046). Cinquante pour cent des patients (8/16) avaient des lésions de haute intensité sur STIR au départ, qui avaient diminué de manière significative à la semaine 6 (P = 0,043).

[OP0172] Aucune différence dans les taux des nouvelles lésions graisseuses suivants la résolution de l'inflammation à l'IRM entre l'infliximab+ naproxène et le naproxène seul dans les spondyloarthrites axiales récentes: Résultats de la première partie de l'étude INFAST

Les lésions graisseuses (LG) de la moelle osseuse du squelette axial (les SI et la colonne vertébrale) en IRM sont considérées comme les premiers changements post-inflammatoires précédents la formation d'os nouveau dans la spondyloarthrite axiale (axSpA). Il a été démontré dans plusieurs études avec les anti-TNF α que la résolution de l'inflammation est associée à une augmentation du score de LG, ce qui a soulevé l'hypothèse que les anti-TNF pourraient donc promouvoir le processus de formation d'os nouveau dans les axSpA. La partie I de l'étude INFAST était un essai contrôlé randomisé en double aveugle chez les

naïves de biologiques, âgés entre 18-48 ans avec un durée des symptômes <3 ans et des signes de sacroiliite active en IRM. Un total de 158 patients ont été randomisés (2: 1) pour recevoir 28 semaines de traitement avec soit IFX 5 mg/kg (semaines 0, 2, 6, 12, 18, et 24) + NPX 1000 mg/j (n = 106) ou PBO + NPX 1000 mg/jour (n = 52). Les données IRM étaient disponibles pour 156 patients (n = 105 IFX + NPX, n = 51 NPX seul) ce qui correspondait à 3588 unités vertébrales (VU) potentiellement évaluables et 1248 quadrants de SI potentiellement évaluables. Une résolution complète de l'ostéite à la fois aux SI et à la colonne vertébrale à la semaine 28 était plus fréquente dans le groupe IFX + NPX par rapport au groupe de NPX. Au départ, la prévalence des LG ne différait pas entre les deux groupes. La majorité des nouvelles LG à la semaine 28 était apparu dans les zones touchées par l'inflammation au départ et après la résolution de celle-ci (82,7% dans les SI et 69,8% dans la colonne vertébrale) par rapport aux zones de persistance de l'inflammation (14,3% et 11,5%, respectivement) ou d'absence de l'inflammation (3,1% et 18,8%, respectivement). De plus, il n'y avait pas de différence dans les taux de nouvelles LG dans les deux groupes de traitement. Les auteurs concluent que la formation de nouvelles LG après la résolution de l'inflammation était indépendante du type de traitement, ce qui suggère que la formation LG est un mécanisme pathogénique éventuellement universel dans les axSpA et non un effet direct de la thérapie anti-TNF