



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Article original

## Critères de classification versus opinion du médecin pour retenir le diagnostic de spondyloarthrite chez les patients atteints de rachialgies inflammatoires<sup>☆</sup>

Pierre Gazeau<sup>a</sup>, Divi Cornec<sup>a</sup>, Marie-Agnes Timsit<sup>a</sup>, Maxime Dougados<sup>b</sup>, Alain Saraux<sup>a,\*</sup>,<sup>c</sup>



<sup>a</sup> Service de rhumatologie, hôpital de la Cavale-Blanche, boulevard Tanguy-Prigent, BP 824, 29609 Brest cedex, France

<sup>b</sup> Service de rhumatologie, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 75014 Paris, France

<sup>c</sup> INSERM 1227, LabEx IGO, université de Brest, 29609 Brest, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 19 janvier 2017

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Spondyloarthrite ankylosante

Spondyloarthrite axiale

Sacro-iliite

### R É S U M É

**Objectif.** – Évaluer la concordance entre les différentes méthodes de classification des patients atteints de rachialgies inflammatoires, après 2 ans de suivi.

**Méthodes.** – Les patients de la cohorte française prospective longitudinale DESIR souffrant de rachialgies inflammatoires ont été classés après 2 ans de suivi selon les résultats de l'imagerie, le degré de certitude diagnostique du rhumatologue pour la spondyloarthrite, trois critères de classification (critères Assessment of SpA international Society [ASAS], critères de l'European Spondyloarthropathy Study Group [ESSG] et critères d'Amor) et le traitement utilisé (anti-TNF $\alpha$ ). La concordance entre ces différentes méthodes a été évaluée en calculant le pourcentage de classifications concordantes et le coefficient Kappa de Cohen. À partir d'un modèle de régression logistique, nous avons identifié les items les plus fortement associés à la certitude diagnostique du rhumatologue.

**Résultats.** – La concordance entre les différents systèmes de critères était faible ( $\kappa < 0,6$ ) y compris dans le groupe avec mise en évidence de signes inflammatoires à l'IRM. Pour 541 des 708 patients initiaux, les données sur la certitude diagnostique du rhumatologue à 2 ans de suivi étaient disponibles : le degré de certitude diagnostique était de 0/10 pour 31 (5,7 %) patients, 1/10 à 7/10 pour 158 (29,2 %), 8/10 ou 9/10 pour 167 (30,9 %), et 10/10 pour 185 (34,2 %). Des anti-TNF $\alpha$  ont été prescrits à 156/356 (43,8 %) patients appartenant aux deux groupes bénéficiant de la certitude diagnostique la plus élevée contre 53/188 (28,2 %) patients appartenant aux deux groupes pour lesquels la certitude diagnostique était la plus faible. La réponse aux critères ASAS, ESSG et Amor était le facteur associé de manière indépendante à un degré de certitude diagnostique  $\geq 8/10$ .

**Conclusion.** – Le degré de certitude d'un rhumatologue pour le diagnostic d'une spondyloarthrite chez des patients souffrant de rachialgies inflammatoires récentes montre une concordance modeste avec les critères de classification validés. La méthode qui semble actuellement la plus pertinente pour étiqueter la spondyloarthrite repose sur l'association d'au moins un critère de classification ajouté au diagnostic de spondyloarthrite retenu par le rhumatologue.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

Les critères de classification permettant de différencier les maladies rhumatismales ont été développés pour aider les chercheurs

à établir des populations uniformes dans les études épidémiologiques et de recherche clinique. Ces critères n'ont pas été créés pour servir d'outils diagnostiques. Cependant, en raison de l'absence de critères de diagnostic pour la spondyloarthrite, ces critères de classification sont utilisés à des fins diagnostiques par les rhumatologues [1].

Les critères de New York (NY), premiers critères de classification de la spondyloarthrite [2], ont été élaborés dans le but de sélectionner des patients pour des études thérapeutiques portant sur la spondyloarthrite ankylosante. Toutefois, ces critères de classification ne sont pas performants en pratique clinique compte tenu du

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.01.010>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [alain.saraux@chu-brest.fr](mailto:alain.saraux@chu-brest.fr) (A. Saraux).

<https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.10.006>

1169-8330/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

délai important entre les premiers symptômes et le diagnostic de spondyloarthrite utilisant les critères. Plus récemment, trois autres systèmes de critères ont été proposés : les critères d'Amor [3], les critères de l'European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG) [4] et pour finir, les critères du groupe ASAS pour la spondyloarthrite axiale [5]. Ces systèmes de classification utilisent des items très similaires. Ils offrent divers modes d'entrée dans la maladie : soit une rachialgie inflammatoire ou une arthrite périphérique pour les critères de l'ESSG et la présence d'anomalies à l'imagerie ou la positivité du HLA B27 pour les critères ASAS. Les critères d'Amor sont une liste de signes ou de symptômes sans mode d'entrée spécifique.

Les études épidémiologiques, quels que soient les critères de classification utilisés, rapportent une prévalence de l'ordre de 0,3 % à 0,7 % dans toutes les zones géographiques du monde [6], à l'exception de l'Afrique où la prévalence de la SpA semble bien inférieure. Cependant, le diagnostic posé par des rhumatologues expérimentés n'est pas toujours concordant avec les résultats des critères de classification [7]. Le diagnostic précoce de spondyloarthrite est particulièrement difficile à établir mais reste un enjeu majeur en raison des douleurs induites par la maladie et de la mise à disposition de biothérapies efficaces. La prescription des anti-TNF-alpha dans la spondyloarthrite est réservée dans certains pays aux patients qui répondent aux critères de NY tandis que dans d'autres, leur utilisation est justifiée en cas de diagnostic de spondyloarthrite confirmé par un rhumatologue.

Des difficultés de diagnostic sont également rencontrées dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). En 2010, de nouveaux critères de classification de la PR ont été élaborés par l'American College of Rheumatology et l'European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) dans le but d'aider au diagnostic précoce et à la classification des polyarthrites débutantes. Ces critères ont deux particularités : la présence d'une synovite objectivable comme mode d'entrée obligatoire mais également l'exclusion des patients pour lesquels d'autres pathologies peuvent être responsables de ces signes [8]. Après deux ans de suivi, un degré de concordance satisfaisant a été retrouvé entre les critères ACR/EULAR 2010 et le diagnostic de PR retenu par le rhumatologue [9].

Le diagnostic de spondyloarthrite chez les patients souffrant de rachialgies inflammatoires reste particulièrement difficile à établir et ce pour plusieurs raisons. Plutôt qu'un seul système de critères validés, quatre sont disponibles ce qui conduit parfois à des conclusions discordantes. Par ailleurs, aucun de ces quatre systèmes de classification n'intègre de critères d'exclusion. Si les études ont évalué la concordance entre les quatre systèmes de critères pour la spondyloarthrite, il n'existe aucune donnée relative à la concordance entre ces critères de classification et le diagnostic posé par le rhumatologue. Toutefois, les critères de classification pour la spondyloarthrite ont été élaborés à partir du diagnostic des rhumatologues ce qui permet d'envisager un raisonnement circulaire.

Notre objectif était d'évaluer, après deux ans de suivi, au sein d'une cohorte de patients souffrant de rachialgies inflammatoires débutantes, la concordance entre les critères de classification validés et le diagnostic posé par le rhumatologue mais également d'identifier les facteurs associés à la certitude diagnostique du rhumatologue.

## 2. Méthodes

### 2.1. Population de l'étude

La Société française de rhumatologie a constitué une cohorte nationale prospective longitudinale appelée DESIR, largement décrite dans la littérature [10], destinée à servir de base de données pour des études scientifiques d'ordre diagnostique, pronostique, épidémiologique, médicoéconomique et pathogénique concernant

les rachialgies inflammatoires et la spondyloarthrite. En résumé, des patients consécutifs âgés de plus de 18 ans et de moins de 50 ans et vus dans 25 centres investigateurs en France pour des rachialgies inflammatoires récentes localisées dans la région thoracique, lombaire et/ou fessière ont été inclus de manière prospective lorsqu'ils répondaient aux critères suivants : durée des rachialgies  $\geq 3$  mois mais  $< 3$  ans, présence de  $\geq 4/5$  critères de Calin et/ou  $\geq 2/4$  critères de Berlin [11,12], et symptomatologie susceptible à plus de 50 % d'après l'appréciation globale du rhumatologue d'être en rapport avec une spondyloarthrite axiale sur une échelle numérique [EN de 0 à 10, 0/10 indiquant l'absence de certitude et 10/10 la certitude diagnostique absolue]. Les patients inclus dès l'apparition des symptômes ont ensuite fait l'objet d'un suivi. Entre décembre 2007 et le 29 avril 2010, 708 patients ont été inclus. L'étude était conforme aux lignes directrices des Bonnes Pratiques Cliniques Françaises et a été approuvée par les comités d'éthique appropriés. Tous les participants ont donné leur consentement libre et éclairé par écrit avant l'inclusion dans l'étude. Une description détaillée du protocole de l'étude est disponible en ligne sur : <http://www.lacohortedesir.fr/desir-in-english/>. Le projet de recherche concernant la présente analyse a été approuvé par le comité scientifique de la cohorte DESIR.

### 2.2. Recueil des données

Une base de données a été mise en place à partir des informations recueillies dans les formulaires individuels standardisés incluant les données suivantes : examen physique, traitements en cours et comorbidités, examens biologiques et auto-questionnaires patients, selon le protocole DESIR. La base de données utilisée pour la présente analyse a été clôturée le 30 octobre 2012.

L'évaluation initiale comprenait un interrogatoire standard, un examen clinique général complet, des examens biologiques, des radiographies du bassin et du rachis et une imagerie par résonance magnétique (IRM) des articulations sacro-iliaques et du rachis. Chaque patient a ensuite été évalué par un rhumatologue de l'étude DESIR tous les 6 mois pendant 2 ans et une IRM des articulations sacro-iliaques et du rachis ont été réalisés à 2 ans. Le rhumatologue a utilisé une échelle numérique allant de 0 à 10 où 0 indique l'absence de certitude et 10 la certitude diagnostique absolue pour évaluer à deux ans de suivi son degré de certitude diagnostique pour la spondyloarthrite et l'absence de toute alternative diagnostique chez le patient. La démarche diagnostique des rhumatologues s'appuyait sur toutes les données disponibles comprenant l'examen clinique, les traitements en cours et l'imagerie médicale. Les clichés IRM ont fait l'objet d'une interprétation locale puis d'une relecture centralisée mais seule une lecture locale par les rhumatologues était envisagée en cas de certitude diagnostique absolue. Au suivi à 24 mois, une radiographie du bassin et une IRM des articulations sacro-iliaques ont été réalisées puis interprétées par le radiologue ou le rhumatologue du centre investigateur (une lecture centralisée a toutefois été effectuée ultérieurement). Chaque articulation sacro-iliaque était décrite comme suit : normale, sacro-iliite douteuse, sacro-iliite certaine ou fusion des sacro-iliaques ; une imagerie positive était définie par une sacro-iliite bilatérale, une fusion unilatérale ou une sacro-iliite douteuse bilatérale. À l'IRM, l'œdème osseux sous-chondral était décrit comme absent, douteux ou présent ; une imagerie positive était définie par la présence d'un œdème osseux uni- ou bilatéral. Une lecture centralisée des clichés IRM a été réalisée ultérieurement mais n'était pas envisagée lorsque le praticien était certain du diagnostic. L'objectif de cet item était de recueillir l'avis du rhumatologue sur la présence d'une sacro-iliite en pratique de routine. Le protocole de lecture locale a été rédigé en 2006 mais l'interprétation des IRM ne tenait pas compte des critères ASAS, ces derniers ayant été élaborés ultérieurement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11017012>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11017012>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)