



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Mise au point

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent-ils être utilisés de manière continue dans la spondylarthrite ankylosante ?[☆]



Dewi Guellec^a, Gaëtane Nocturne^b, Zuzana Tatar^c, Thao Pham^d, Jérémie Sellam^e,
 Alain Cantagrel^f, Alain Saraux^{a,*}

^a Service de rhumatologie, CHU Cavale-Blanche, hôpital universitaire de Brest, boulevard Tanguy-Prigent, 29200 Brest, France^b Service de rhumatologie, CHU du Kremlin-Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France^c Service d'oncologie, centre Jean-Perrin, 63000 Clermont-Ferrand, France^d Service de rhumatologie, CHU Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France^e Service de rhumatologie, université Pierre-et-Marie-Curie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris 6, 75013 Paris, France^f Service de rhumatologie, hôpital Purpan, 31300 Toulouse, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 9 janvier 2014

Disponible sur Internet le 20 juin 2014

Mots clés :

Spondylarthrite ankylosante

Progression de la maladie

Schéma thérapeutique

Revue systématique

RÉSUMÉ

L'actualisation 2010 des recommandations ASAS/EULAR pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante (SA) indique qu'un traitement continu par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) devrait être utilisé en priorité chez les patients ayant une maladie symptomatique avec une activité persistante. L'objectif de notre mise au point a été d'évaluer si un traitement continu par AINS améliore le contrôle de la maladie et a un impact sur la progression radiographique en comparaison avec une utilisation à la demande. Nous avons également évalué la tolérance des deux modalités d'utilisation des AINS.

Méthodes. – Nous avons réalisé une revue systématique en recherchant dans les bases de données PubMed et Embase, en utilisant 2 combinaisons de termes MeSH, afin de comparer les traitements AINS en continu et à la demande, en ce qui concerne le contrôle de la maladie, la progression radiographique et la tolérance.

Résultats. – La seule étude évaluant l'impact d'une utilisation en continu des AINS sur le contrôle de la maladie n'a pas montré de différence significative par rapport à une utilisation à la demande. Dans quatre études, le traitement continu a été retrouvé associé à une moindre progression radiographique, évaluée par le score m-SASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score) dans 3 études. Concernant la tolérance d'un traitement continu et d'un traitement à la demande par le célécoxib, trois études, deux réalisées dans l'arthrose et une dans la SA, n'ont pas retrouvé de différence significative pour les effets indésirables habituels des coxibs.

Conclusion. – Plusieurs études mettent en évidence une moindre progression structurale grâce à l'utilisation en continu des AINS dans la SA. Aucune étude n'a démontré une supériorité du traitement continu pour le contrôle des symptômes de la maladie. Le traitement AINS en continu (au moins pour les coxibs) ne modifie pas la tolérance par rapport à un traitement à la demande.

© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont une efficacité importante et prouvée dans la spondylarthrite ankylosante (SA) et sont également recommandés dans la spondyloarthrite (SpA) axiale non radiographique, entraînant une amélioration rapide

des rachialgies inflammatoires et de la raideur [1–4]. Cependant, le mauvais profil de tolérance des AINS limite leur utilisation au long cours et les effets indésirables fréquents aboutissent à un arrêt définitif des AINS chez un pourcentage substantiel des patients. Les AINS non sélectifs sont associés à une augmentation du risque d'hémorragies et de perforations gastro-intestinales, avec des risques relatifs variant de 2 à 15 selon les AINS en comparaison avec le placebo. Si cette toxicité gastro-intestinale est plus faible avec les inhibiteurs sélectifs de la COX-2, elle reste non négligeable [5]. Les traitements prolongés par les AINS sélectifs ou non sélectifs sont également associés à une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique et de décès d'origine cardiovasculaire [6]. Les AINS constituent une cause importante d'aggravation

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2014.01.003>.

[☆] 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 (A. Saraux).<http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2014.04.002>

1169-8330/© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

de la fonction rénale chez les patients ayant une néphropathie [7]. Compte tenu de ces effets indésirables, de nombreux cliniciens sont réticents à prescrire des AINS de manière continue. En pratique clinique, la décision de prescrire un traitement AINS en continu dans la SA dépend autant de l'activité de la maladie que du terrain. De plus, quand un traitement anti-TNF α est débuté, le traitement AINS peut habituellement être réduit ou arrêté. Ainsi, il existe des raisons importantes de remettre en question l'utilisation des AINS en continu chez les patients atteints de SA, sauf quand le contrôle des symptômes est insuffisant avec l'utilisation des AINS à la demande.

L'actualisation 2010 des recommandations ASAS/EULAR pour le traitement de SA indique qu'un traitement continu par AINS devrait être utilisé en priorité chez les patients ayant une maladie symptomatique avec une activité persistante et qu'il est incertain que les AINS devraient être utilisés en continu pour prévenir la progression des syndesmophytes [8]. Néanmoins, la supériorité de l'utilisation en continu par rapport à l'utilisation à la demande des AINS n'a pas été prouvée de manière irréfutable, même chez les patients ayant une maladie symptomatique à activité persistante. Cette recommandation se justifie donc seulement si les travaux publiés démontrent une efficacité supérieure ou d'autres avantages du traitement continu par AINS, tout au moins dans les formes les plus actives de SA.

Les objectifs de notre travail ont été d'évaluer si le traitement continu par AINS améliore le contrôle de la maladie et ralentit la progression radiographique par rapport à un traitement par AINS à la demande chez les patients atteints de SA. Nous avons également comparé le profil de tolérance de ces deux schémas thérapeutiques d'utilisation des AINS au cours de la SA et dans d'autres pathologies.

2. Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en recherchant dans les bases de données PubMed et Embase les articles publiés jusqu'à la date de juin 2012. Pour la recherche sur PubMed nous avons utilisé deux combinaisons différentes de termes MeSH (Medical Subject Headings), pour comparer le traitement AINS continu et le traitement AINS à la demande, en ce qui concerne le contrôle de la maladie, la progression radiographique et la tolérance. Pour le contrôle de la maladie et la progression radiographique, les termes étaient : *Spondylitis*, *Ankylosing* et (*Anti-inflammatory Agents*, *Non-Steroidal* OU *Cyclo-oxygenase 2 Inhibitors*) et *Drug Administration Schedule*. Pour la tolérance, nous avons utilisé *Drug Administration Schedule* et (*Anti-inflammatory Agents*, *Non-Steroidal* OU *Cyclo-oxygenase 2 Inhibitors*). Cette recherche a été étendue à d'autres populations que les patients atteints de SA mais a été limitée aux études comparatives.

Les listes des références des publications sélectionnées ont fait l'objet d'une recherche manuelle afin de détecter d'autres études pertinentes. Nous avons également effectué des recherches dans les bases de données des abstracts des congrès de l'ACR (American College of Rheumatology) et de l'EULAR (European League Against Rheumatism) qui s'étaient déroulés au cours des 3 dernières années.

Nous avons lu les résumés des publications ainsi obtenues pour sélectionner les articles pertinents par rapport à nos objectifs. Nous n'avons pas utilisé d'outil validé pour établir la qualité des publications sélectionnées. Nous avons sélectionné les études ayant comparé un traitement AINS continu et un traitement AINS à la demande (ou comparant un traitement AINS et le placebo pour l'évaluation radiographique), quelles que soient les définitions de ces deux modalités de traitement et le design de l'étude. Pour chacune des publications sélectionnées, nous avons recueilli les informations suivantes : noms des auteurs, année de publication, revue, population étudiée, caractère prospectif ou rétrospectif de l'étude, nombre de patients, âge moyen, sexe, critères du diagnostic, durée de l'étude, AINS utilisé, méthode d'évaluation de l'activité de la maladie et/ou de la progression radiographique, méthode utilisée pour évaluer le caractère continu ou à la demande de l'utilisation des AINS, effets indésirables.

3. Résultats

Les processus de sélection des publications sont présentés à la Fig. 1.

3.1. Activité de la maladie

Une seule étude, publiée en 2005, compare les effets d'un traitement AINS continu par rapport à un traitement AINS à la demande sur le contrôle de la maladie chez des patients atteints de SA, comme critère secondaire, le critère principal ayant été l'évaluation de la progression radiographique [9] (Tableau 1). Dans cette étude contrôlée, 215 patients répondant aux critères modifiés de New York pour la SA et n'ayant pas d'arthrite périphérique ni de maladie inflammatoire colo-intestinale ont été randomisés pour recevoir un traitement par AINS à la demande ou en continu. La survenue d'une poussée après arrêt de l'AINS (augmentation de la douleur d'au moins 30%) constituait un critère d'inclusion. Les patients étaient donc au moins partiellement répondeurs aux AINS et ne nécessitaient pas de traitement anti-TNF α . Le célécoxib était utilisé de première intention mais pouvait être remplacé au cours de l'étude par un AINS non sélectif en cas d'efficacité insuffisante ou d'intolérance. La comparaison à 2 ans entre les deux groupes de

Tableau 1

Données de l'étude de Wanders et al., comparant l'efficacité clinique du traitement AINS continu et du traitement AINS à la demande.

Étude	Patients	Design de l'étude	Comparaison efficacité entre schémas thérapeutiques	Paramètre	Résultats (moyenne $\pm$ DS)		Valeur de p
					Continu	À la demande	
Wanders et al. (2005) [9]	215 patients SA (critères de New York modifiés), sans arthrite périphérique, ni MICI, ni anti-TNF α	Contrôlée, randomisée, durée 2 ans, traitement AINS continu versus à la demande, célécoxib ou autre AINS si effet indésirable ou inefficacité	Critère secondaire d'analyse, valeur moyenne des paramètres	BASDAI (EVA, mm)	30 $\pm$ 18	32 $\pm$ 20	0,51
				Douleur globale (EVA, mm)	37 $\pm$ 22	40 $\pm$ 23	0,44
				Protéine C réactive (mg/L)	14,5 $\pm$ 17,8	12,3 $\pm$ 16,1	0,82
				Évaluation globale patient (EVA, mm)	37 $\pm$ 23	40 $\pm$ 22	0,94

SA : spondyloarthrite ankylosante ; MICI : maladie inflammatoire colo-intestinale ; TNF : *tumor necrosis factor* ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; BASDAI : Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index ; EVA : échelle visuelle analogique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387334>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387334>

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