



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Fait clinique

Efficacité de l'anakinra dans le traitement d'une myosite et d'une spondyloarthrite chez un patient atteint de maladie périodique[☆]

Charline Estublier^{a,*}, Katia Stankovic Stojanovic^b, Jean-François Bergerot^c,
 Christiane Broussolle^a, Pascal Sève^a

^a Service de médecine interne, hôpital de la Croix-Rousse, 93, grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

^b Service de médecine interne, hôpital Tenon, centre de référence de la fièvre méditerranéenne familiale, université Paris 6 Pierre et Marie-Curie (UPMC), Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 4, rue de la Chine, 75970 Paris cedex 20, France

^c Service de radiologie, hôpital de la Croix-Rousse, 93, grande rue de la Croix-Rousse, 69317 Lyon cedex 04, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 5 mars 2013

Disponible sur Internet le 4 octobre 2013

Mots clés :

Maladie périodique

Spondyloarthrite

Myosite

Myalgies

Anakinra

RÉSUMÉ

La maladie périodique est une maladie auto-inflammatoire autosomique récessive fréquemment rencontrée dans les populations du bassin méditerranéen. Elle est caractérisée par des accès récidivants de fièvre, sérîtes, myalgies et arthrites. L'association avec une spondyloarthrite est rare. La complication à long terme la plus fréquente de la maladie périodique est l'amylose systémique progressive de type AA. Le traitement par la colchicine est efficace pour réduire la fréquence des crises et prévenir le développement de l'amylose. Néanmoins, on estime que 5 % des patients résistent à la colchicine. Nous rapportons ici l'observation d'un homme âgé de 39 ans, ayant des antécédents d'arthrites, d'arthralgies et de sacro-iliite au cours de l'évolution d'une maladie périodique. Il était homozygote pour la mutation M694I du gène *MEFV*. Il développa une myosite focale du quadriceps droit confirmée par IRM, électromyographie et histologie. Il souffrait de fréquentes arthralgies malgré la colchicine, puis l'étanercept ou l'adalimumab, altérant sa qualité de vie. Il fut traité avec succès par anakinra, un antagoniste du récepteur à l'IL-1, avec une amélioration spectaculaire des symptômes articulaires et musculaires. À notre connaissance, notre cas constitue le premier associant une maladie périodique, une spondyloarthrite et une myosite, répondant au traitement par anakinra. De plus, il s'agit du second cas rapporté dans la littérature qui associe une myosite et une maladie périodique.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

La maladie périodique (fièvre familiale méditerranéenne) est une maladie auto-inflammatoire autosomique récessive, caractérisée par des accès récidivants constitués d'une fièvre, de sérîtes, de myalgies et d'arthrites, ainsi que par le développement tardif d'une amylose rénale de type AA chez les patients non traités. Elle survient principalement dans les populations d'origine arménienne, arabe, juive et turque, avec une prévalence mondiale estimée entre 100 000 et 150 000 patients [1,2].

Les crises articulaires constituent un signe habituel de la maladie périodique, survenant chez environ 75 % des patients. Elles se présentent le plus souvent sous la forme d'une monoarthrite touchant le plus souvent une grosse articulation des membres inférieurs et

elles sont généralement résolutive en une semaine. Des arthrites d'évolution prolongée, durant plus d'un mois, surviennent chez environ 5 % des patients, touchant le plus souvent le genou ou la hanche [1,3]. Certains patients atteints de maladie périodique et d'arthrite chronique répondent aux critères de spondyloarthrite (SpA) : ils ont une sacro-iliite, des enthésites, des lombalgies inflammatoires avec une atteinte rachidienne peu sévère et ils ne sont presque jamais porteurs de HLA-B27 [3].

Le traitement par la colchicine est efficace pour réduire la fréquence des crises chez la plupart des patients et prévenir le développement de l'amylose chez presque tous les patients. Néanmoins, dans 30 à 40 % des cas, l'efficacité de la colchicine n'est que partielle et on considère qu'elle est inefficace dans 5 % des cas. À l'heure actuelle, il n'existe pas d'alternative thérapeutique à la colchicine, qui soit démontrée efficace et bien tolérée [1,2].

L'anakinra est un homologue recombinant non glycosylé de l'antagoniste du récepteur de l'IL-1, qui agit par compétition avec l'IL-1 α et l'IL-1 β en se fixant sur le récepteur à l'IL-1. Si la physiopathologie de la maladie périodique a été associée à une activation accrue de l'IL-1 β par dérégulation du complexe inflammasome,

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.03.004>.

[☆] 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 : charline.estublier@yahoo.fr (C. Estublier).

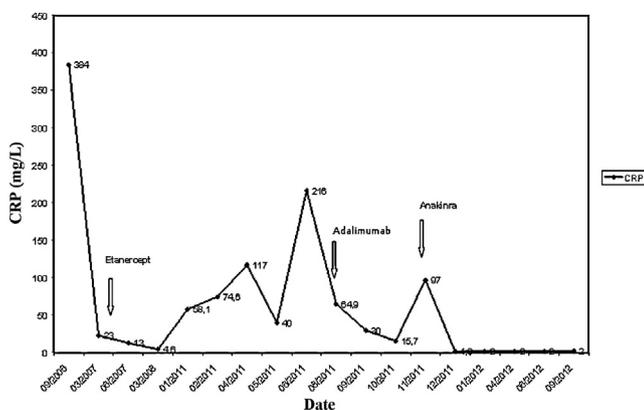


Fig. 1. Évolution des valeurs de la CRP au cours des différents traitements.

l'expérience des inhibiteurs thérapeutiques de l'IL-1 dans la maladie périodique est limitée [2]. Ce traitement biologique est utilisé dans les maladies auto-inflammatoires dépendantes de l'IL-1 β , comme les syndromes périodiques associés à la cryopyrine et la maladie de Still de l'adulte [4,5].

Nous rapportons ici l'observation d'un patient ayant une SpA et une myosite associées à une maladie périodique, et chez lequel l'anakinra s'est avérée efficace.

2. Observation

Un homme âgé de 39 ans, d'origine juive, atteint d'une maladie périodique familiale, était hospitalisé pour la première fois dans notre centre en septembre 2006. Il souffrait depuis l'âge de six ans de crises récidivantes de maladie périodique associant des douleurs abdominales intenses, des arthralgies et de la fièvre. Son frère était également atteint d'une maladie périodique. Le diagnostic avait été confirmé par l'étude génétique réalisée en 2000 : il était porteur à l'état homozygote de la mutation M694I du gène *MEFV*. Il prenait de la colchicine depuis de nombreuses années, à la posologie de 1 à 2 mg/j, mais au cours des derniers mois les crises étaient devenues beaucoup plus fréquentes, passant d'une crise tous les six mois à une crise par semaine. De plus, une atteinte articulaire chronique persistant entre les crises s'était installée, associant des lombalgies inflammatoires et des arthrites avec gonflement des genoux, des poignets et des articulations sternoclaviculaires. Les examens biologiques sanguins révélaient une augmentation de la CRP à 384 mg/L. La recherche de l'antigène HLA-B27 était négative mais l'imagerie montrait des signes de SpA avec une sacro-iliite bilatérale au scanner et à la scintigraphie. Le diagnostic de SpA était porté d'après les critères de l'ASAS. Un traitement par sulfasalazine (SSZ) 2 g/j était débuté en association avec la colchicine (2 mg/j), sans entraîner d'amélioration de la polyarthrite chronique, des lombalgies et de la fréquence de crises au cours des six mois de traitement. En juin 2007, la SSZ était remplacée par l'étaercept 50 mg toutes les deux semaines, toujours en association avec la colchicine 2 mg/j. Ce traitement entraîna une amélioration clinique en diminuant la fréquence des crises et en améliorant les signes articulaires inflammatoires. De plus, il permit une diminution du syndrome inflammatoire biologique pendant environ trois années (Fig. 1). En 2010, les douleurs articulaires et lombaires récidivèrent et le taux de la CRP augmenta. Le patient fut traité de manière intermittente par la prednisone et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien.

En mai 2011, le patient était hospitalisé dans notre service pour des myalgies spontanées du muscle quadriceps droit, sans fièvre. À l'examen physique, la seule anomalie consistait en une augmentation de volume et une douleur à la palpation des muscles de la cuisse

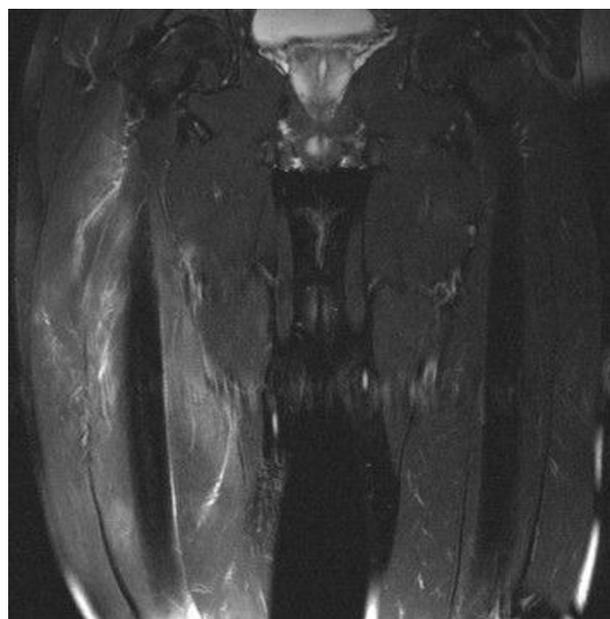


Fig. 2. IRM musculaire des quadriceps, coupe coronale en séquence T2 : augmentation du signal et du volume du quadriceps droit.

droite. Les analyses biologiques montraient une CRP augmentée à 117 mg/L et un fibrinogène à 7,4 g/L. L'électromyogramme de repos mettait en évidence, au sein du muscle quadriceps droit, des potentiels de fibrillation spontanée et des potentiels lents de dénervation. Lors de la contraction, il existait des potentiels moteurs polyphasiques et de faible amplitude.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du quadriceps droit révélait des zones focales en hypersignal sur les séquences pondérées en T2 (Fig. 2). Il était alors réalisé une biopsie musculaire du quadriceps droit qui montrait des signes d'inflammation non spécifique du muscle (myosite) et éliminait une myopathie induite par la colchicine. Devant cette manifestation sévère de la maladie périodique, il était décidé de remplacer l'étaercept par l'adalimumab 40 mg toutes les deux semaines, tout en poursuivant la colchicine (2 mg/j). Après trois mois de traitement par adalimumab, les douleurs articulaires et musculaires persistaient ainsi que le syndrome inflammatoire biologique (CRP 113 mg/L). Devant cette réponse thérapeutique médiocre et compte tenu de l'altération de la qualité de vie secondaire aux douleurs musculaires et articulaires, un traitement par anakinra était débuté en novembre 2011. Après information du patient sur les effets indésirables possibles et l'aspect empirique du traitement, l'anakinra était débuté à la posologie de 100 mg/j par voie sous-cutanée. Un mois plus tard, les symptômes avaient disparu et les paramètres biologiques de l'inflammation s'étaient presque normalisés (Fig. 1). De plus, les fluctuations du taux des enzymes musculaires s'arrêtèrent. Après 12 mois de suivi du traitement par anakinra, il n'était pas noté d'effet indésirable et le patient était toujours en état de rémission, sans crise douloureuse abdominale, sans douleur articulaire périphérique ou axiale de SpA, et sans myalgie. Il était toujours traité par colchicine 2 mg/j.

3. Discussion

Nous rapportons ici le cas inhabituel d'un patient atteint d'une maladie périodique ayant développé une myosite et des arthrites chroniques traitées efficacement par un inhibiteur de l'IL-1 (anakinra). À notre connaissance, il s'agit du second cas de myosite et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387499>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387499>

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