



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Rémission et poussée dans la spondyloarthrite



Remission and flare in spondyloarthritis

Daniel Wendling*, Marie Godfrin-Valnet

Service de rhumatologie, université de Franche-Comté, CHRU de Besançon, boulevard Fleming, 25030 Besançon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Accepté le 3 juillet 2014
 Disponible sur Internet le 2 septembre 2014

Mots clés :
 Spondyloarthrite
 Rémission
 Poussée
 Évaluation
 Activité

Keywords:
 Spondyloarthritis
 Remission
 Flare
 Evaluation
 Activity

RÉSUMÉ

Rémission et poussée sont des notions importantes dans l'évolution et l'évaluation de la spondyloarthrite. Elles ne reconnaissent pas de définition consensuelle actuelle, et doivent prendre en compte les différents aspects phénotypiques de la maladie, mais également la présence des manifestations extrarhumatologiques éventuelles. La rémission représente un objectif idéal de la stratégie thérapeutique, actuellement appréhendée essentiellement par l'évaluation des niveaux d'activité inflammatoire de la composante rhumatologique. La poussée est un élément important du suivi et de l'adaptation thérapeutique. Sa définition et les outils de son évaluation sont un sujet de réflexion et d'étude actuel.

© 2014 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Remission and flare are important concepts in the evolution and evaluation of spondyloarthritis. Currently, they have no consensual definition, and should take into account the phenotypic presentation of the disease as well as extra-rheumatologic features. Remission represents the therapeutic target, currently assessed mainly by disease activity evaluation of the rheumatologic involvement. Flare is an important component of follow up and therapeutic adaptation. The definition of flare and the tools for its assessment represent a matter of investigation in spondyloarthritis.

© 2014 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La spondyloarthrite (SpA) est une maladie chronique, avec des présentations phénotypiques variables et la fréquente association à des manifestations extra-articulaires. Comme nombre de maladies chroniques, la SpA évolue volontiers de façon intermittente, avec des phases peu actives séparées par des poussées. L'arrivée de nouvelles thérapies actives a modifié la stratégie thérapeutique, avec une révision à la hausse des objectifs. Même si l'on ne peut extrapoler les concepts reconnus dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) à la SpA, la tendance actuelle est tout de même de traiter plus précocement [1] avec un objectif ciblé (T2T) [2] et un meilleur contrôle des phases évolutives de la maladie. Ceci suppose donc de pouvoir disposer de définitions précises et opérationnelles de la rémission, d'une part, et de la poussée de la maladie, d'autre part.

1. Rémission et SpA

1.1. Les recommandations successives des sociétés savantes

Les recommandations successives des sociétés savantes illustrent l'évolution progressive des concepts et la prise en compte de l'état de rémission dans la stratégie globale. Ainsi, les recommandations ASAS/EULAR [3] proposent en 2010 pour la prise en charge de la spondyloarthrite ankylosante (SA) : l'objectif primaire du traitement de la SA est de maximiser à long terme la qualité de vie liée à la santé à travers le contrôle des symptômes et de l'inflammation, la prévention de la progression des dégâts structuraux, la préservation/normalisation de la fonction et de la participation sociale.

Plus récemment, des recommandations internationales pour un traitement ciblé de la SpA (*treat to target*) [2] préconise : la cible majeure du traitement devrait être la rémission clinique/maladie inactive de l'atteinte musculosquelettique (arthrite, dactylite, enthésite, atteinte axiale), prenant en compte les manifestations extra-articulaires.

* Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : dwendling@chu-besancon.fr (D. Wendling).

Dans les recommandations de la Société française de rhumatologie [4] concernant la prise en charge des patients atteints de SpA, il est mentionné dans les principes généraux : l'objectif est d'améliorer la qualité de vie, de contrôler les symptômes et l'inflammation, de prévenir les dommages structuraux en particulier dans les atteintes périphériques, de préserver ou restaurer les capacités fonctionnelles, l'autonomie et la participation sociale des patients atteints de SpA. Par ailleurs, la recommandation 6 précise : l'objectif de la prise en charge devrait être la rémission clinique ou à défaut un faible niveau d'activité, en tenant compte des différents aspects de la maladie (manifestations axiales, périphériques, extra-articulaires) et des comorbidités.

1.2. Outils d'évaluation de la rémission

En 2001, le groupe Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) a proposé une définition de la rémission partielle dans le cadre d'une étude d'élaboration d'outils d'évaluation de la réponse thérapeutique, permettant de quantifier la réponse à court terme à un traitement (calculé à partir de données issues d'études contrôlées d'AINS dans la SA) [5].

La rémission partielle est définie par une valeur ≤ 2 sur une échelle visuelle analogique (EVA) (0–10) pour chacun des 4 domaines suivants : évaluation globale de l'activité par le patient, douleur rachidienne, fonction (BASFI), inflammation (moyenne des questions 5 et 6 du BASDAI).

Cette définition inclut un paramètre de fonction (l'indice BASFI), or la récupération d'une fonction normale est plus difficile dans les formes avancées de la maladie du fait des atteintes structurales ; ceci peut plaider en faveur d'un traitement précoce.

Le groupe ASAS a plus récemment élaboré un score composite d'activité de la SpA [6,7] qui intègre, avec des pondérations, différents items cliniques et d'évaluation, ainsi que la CRP, dans une formule :

$ASDAS_{CRP} = 0,121 \times \text{douleur axiale (question 2 du BASDAI)} + 0,073 \times \text{atteinte périphérique (question 3 du BASDAI)} + 0,058 \times \text{durée raideur matinale (question 6 du BASDAI)} + 0,110 \times \text{évaluation globale du patient} + 0,579 \times \ln(\text{CRP} + 1)$. Des seuils d'activité, ainsi que des niveaux de réponse thérapeutique ont été calculés à partir de données d'études randomisées [8]. Une maladie inactive est ainsi définie par un score ASDAS CRP inférieur à 1,3.

D'autres outils sont envisageables, combinant certaines évaluations classiques. Ainsi par exemple, dans le cas d'une étude rétrospective monocentrique de 189 cas de SA traitée par traitements anti-TNF [9], la rémission est définie par l'association du BASDAI inférieur ou égal à 20/100 et de l'absence d'atteinte articulaire périphérique et d'une CRP normale.

L'état de rémission peut aussi se baser sur la perception du patient et du rhumatologue. Nous avons ainsi évalué sur une cohorte de 150 patients (SpA axiale pure dans 82%), en pratique courante, les valeurs des seuils des scores BASDAI et ASDAS associées à une rémission selon l'avis du patient et l'avis du médecin. Ainsi des niveaux d'ASDAS – CRP $\leq 1,6$ et de BASDAI $\leq 3,6$ sont associés, dans cette étude et sur la population considérée, à un état de rémission reconnu par le patient et par le médecin [10]. Le coefficient kappa de concordance entre patient et rhumatologue pour la perception d'une rémission est 0,55.

Le *Patient Acceptable Symptom State* (PASS) représente une autre approche, mais correspond à une notion différente de la rémission. Il s'agit de la réponse à la question : « considérant les différentes manières dont la maladie vous affecte, si vous deviez rester dans cet état durant les prochains mois, considèreriez-vous votre état actuel comme satisfaisant ? » [11,12]. Différentes études ont proposé des seuils d'activité de la maladie (évaluée par le BASDAI ou l'ASDAS) associés à un état PASS [13–17] (Tableau 1).

On remarque que ces outils utilisent essentiellement les évaluations de l'atteinte axiale prédominante, même si l'atteinte rhumatologique périphérique est impliquée partiellement dans le BASDAI et l'ASDAS. Pour les atteintes articulaires périphériques prédominantes, il peut être fait appel aux outils classiques de la PR, avec les différentes définitions de rémission selon l'outil (DAS 28, DAS 44, CDAI, définition EULAR/ACR).

Pour le rhumatisme psoriasique, un outil de mesure a été proposé : l'état de *Minimal Disease Activity* (MDA) [18]. Celui-ci comporte différentes valeurs d'items : articulation douloureuse (sur 68) ≤ 1 ; articulation gonflée (sur 66) ≤ 1 ; PASI ≤ 1 ou BSA ≤ 3 ; douleur sur EVA patient ≤ 15 ; activité globale par le patient ≤ 20 ; HAQ $\leq 0,5$; points d'enthèse douloureuse ≤ 1 . Un état de MDA est retenu si cinq items sur sept sont remplis. On voit que ce score composite intègre les éléments rhumatologiques (atteinte articulaire, atteinte de l'enthèse), la composante cutanée et le retentissement global.

1.3. La rémission comme marqueur d'évaluation thérapeutique

Quelques exemples de la littérature permettent d'entrevoir l'utilisation de la rémission comme critère d'efficacité thérapeutique.

En utilisant les définitions de rémission partielle ASAS, un état de rémission est obtenu dans la SA dans 12 à 15% avec les AINS, environ 25% avec les agents anti-TNF, et près de 50% dans les formes récentes (moins de 3 ans ou moins de 5 ans) de SpA axiales [19]. Spadaro et al. [20] trouvent sur une cohorte de 283 SA traitées par agents anti-TNF, une rémission partielle dans 57% des cas avec le premier agent anti-TNF, et dans 40% avec le second médicament anti-TNF.

Dans les formes radiographiques, à partir de l'étude ATLAS concernant des patients atteints de SA (critères de New York modifiés), le suivi de 125 patients traités pendant 5 ans par un anticorps anti-TNF révèle que 51% sont en état de rémission partielle, et 61% en score ASDAS de maladie inactive. Le meilleur facteur de prédiction de rémission à 1 an et 5 ans de traitement par adalimumab est la rémission à 12 semaines de traitement [21].

Dans l'étude Ability-1 [22] concernant des SpA axiales non radiographiques traitées par anti-TNF versus placebo, les résultats à la semaine 12 sont significativement meilleurs dans le groupe anti-TNF comparativement au groupe placebo : rémission partielle ASAS : 16% versus 5% et ASDAS inférieur à 1,3 : 24% versus 4%.

1.4. Quels outils utiliser ?

Les différentes recommandations proposent :

- dans les recommandations de traitement ciblé [2] : « la rémission (qui est appelée maladie inactive dans la SA) est définie par l'absence de preuve clinique ou biologique d'une activité significative de la maladie inflammatoire » ;
- dans les recommandations SFR [4] : « il n'y a, actuellement pas de définition ni de critères opérationnels et consensuels de rémission pour la SpA et ses différentes formes phénotypiques. À défaut, il peut être fait appel à la définition de rémission partielle proposée par l'ASAS dans les essais thérapeutiques des AINS, ou encore aux seuils d'activités du score ASDAS (un score inférieur à 1,3 définissant une maladie inactive). L'évaluation par imagerie (IRM en particulier) dans le suivi du malade n'est en revanche pas justifiée à ce jour, dans la mesure où la pertinence de cet examen dans ce but est inconnue ».

On voit donc que les propositions de définition d'un état de rémission clinique restent peu précises, et le plus souvent assimilées à une maladie inactive. Mais une maladie inactive n'est pas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389852>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389852>

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