



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Critères de réponse dans les spondylarthropathies : définition d'un répondeur

Response criteria in spondylarthropathies: Definition of a responder

Fernando Kemta Lekpa, Valérie Farrenq, Pascal Claudepierre*

Service de rhumatologie, CHU Albert-Chenevier-Henri-Mondor, UFR médecine Paris XII, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 8 décembre 2009

Disponible sur Internet le 8 février 2010

Mots clés :

Spondylarthropathies
 Réponse thérapeutique
 Répondeur
 BASDAI
 ASAS-IC
 ASDAS

Keywords:

Spondylarthropathies
 Therapeutic response
 Responder
 BASDAI
 ASAS-IC
 ASDAS

RÉSUMÉ

Les bouleversements thérapeutiques de ces dix dernières années dans le domaine des spondylarthropathies (SpA) ont amené notre communauté à une évolution de la démarche diagnostique et de l'évaluation. Avec l'irruption des agents anti-TNF α , sont devenues majeures l'évaluation de l'activité de la maladie, ainsi que, dans la vraie vie comme dans les essais thérapeutiques, celle de la réponse thérapeutique. Le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) s'est imposé ces 15 dernières années comme l'outil de référence dans l'évaluation de l'activité de la maladie ; les recommandations nationales et internationales se sont appuyées sur cet indice pour définir l'activité minimale requise pour l'introduction d'un traitement anti-TNF. De plus, la réponse au traitement, en pratique ou dans les essais, s'appuie principalement sur la variation de ce BASDAI, d'au moins 20 mm sur 100 ou d'au moins 50% de sa valeur initiale. D'autres critères de réponse ont été introduits, les critères ASAS 20 ; mais, développés à partir des essais AINS initialement, ils ne correspondent pas bien à la fréquence et l'amplitude de réponse observées sous agents anti-TNF α ; c'est pourquoi les critères de réponse ASAS 40, ASAS 70, plus exigeants, sont également utilisés. Avec ces médicaments la notion de rémission partielle, telle que définie par l'Assessment of SpondylArthritis international Society (ASAS), prend de plus en plus de sens et d'intérêt. Tout dernièrement a été développé un indice d'activité, l'ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS), en utilisant la même méthodologie que celle ayant conduit au Disease Activity Score (DAS) dans la polyarthrite rhumatoïde. Contrairement au BASDAI, l'ASDAS tient compte de paramètres biologiques d'inflammation. Il devrait permettre prochainement de définir de façon fiable des niveaux d'activité de la maladie, puis, à partir de variation de ces niveaux d'activité, des critères de réponse à l'instar des réponses European League Against Rheumatism (EULAR) dans la polyarthrite rhumatoïde.

© 2010 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Therapy upsets of the ten last years have made necessary a better assessment of spondylarthropathies. Since the appearance of anti-TNF α drugs, it became determinant to assess disease activity and therapeutic response, both in real life and studies. Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) is considered as the gold standard to assess disease activity for fifteen years. National and international recommendations use it to define the minimal disease activity required before the beginning of anti-TNF α drugs. Moreover, therapeutic response is defined by a variation of at least 20 mm by 100 or at least 50% of its initial value. Other response criteria as Assessment of SpondylArthritis international Society (ASAS) criteria have been created; initially ASAS 20 have been developed from NSAID studies, but ASAS 40 and 70 are more conformed to the frequency and the amplitude of response observed with anti-TNF α . Partial remission, as defined by ASAS group, charge even more and more interest and signification with these new treatments. Recently, a new disease activity score called ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) have been developed, with the same process than the Disease Activity Score (DAS) in rheumatoid arthritis. Contrary to BASDAI, it takes into account the biological inflammatory parameters. It should shortly permit to define reliable disease activity levels, and then, from variation of these levels, response criteria in the manner of European League Against Rheumatism (EULAR) response in rheumatoid arthritis.

© 2010 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pascal.claudepierre@hmn.aphp.fr (P. Claudepierre).

Les spondylarthropathies (SpA) désignent un groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques, dominé par la spondylarthrite ankylosante (SPA) et le rhumatisme psoriasique, pouvant toucher le squelette axial, le squelette périphérique et les enthèses. À ces atteintes, s'associent parfois des manifestations extra-articulaires (uvéites, psoriasis, manifestations intestinales, insuffisance aortique, troubles du rythme et de la conduction, amylose rénale. . .). La multiplicité des formes cliniques (axiales, périphériques, ou mixte, avec ou sans signes extra-articulaires) et des aspects évolutifs des SpA rendent compte de leur hétérogénéité en pratique clinique. Les critères diagnostiques les plus couramment utilisés sont ceux d'Amor [1] et de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) [2].

Jusqu'aux années 2000, les possibilités thérapeutiques étaient très restreintes dans ces affections, reposant avant tout sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'irruption des médicaments inhibiteurs du TNF α (anti-TNF α) a bouleversé la prise en charge de nombreux patients, tout particulièrement ceux qui ne sont pas « répondeurs » aux AINS. Sous la « pression positive » de ces médicaments est donc apparu le besoin aigu d'une « définition » d'un patient « répondeur ». Cette nécessité a également surgi dans la prise en charge des patients sous traitement anti-TNF α eux-mêmes : en effet, même si beaucoup de patients sont de façon évidente pour tous de « très bons répondeurs » à ces molécules, d'autres le sont un peu moins, voire beaucoup moins, voire pas. Il est donc nécessaire de définir ce qui peut être considéré comme une réponse suffisante pour justifier la poursuite du traitement. En effet, il ne faut pas oublier que dans la balance bénéfico-risques de ces médicaments entrent du côté des « risques » les effets secondaires possibles, rarement, mais potentiellement graves ; le coût direct collectif de ces médicaments peut également être considéré.

Ce besoin d'évaluation a motivé de nombreux travaux durant ces dernières années, la plupart sous la houlette du groupe international d'experts de l'ASAS (initialement : ASAssessment in Ankylosing Spondylitis ; actuellement, Assessment of SpondylArthritis international Society). Une publication récente de l'ASAS vient d'apporter une synthèse pratique de ces outils développés et utilisables [3].

1. Outils d'évaluation

Plusieurs outils d'évaluation des SpA sont actuellement disponibles. Ils ont en fait été essentiellement développés pour la SPA, chef de file des SpA [4].

1.1. Indices d'activité

1.1.1. BASDAI

Le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [5] est un indice composite d'activité de la maladie qui évalue la douleur axiale, périphérique et enthésopathique, la fatigue et la raideur matinale (Fig. 1). Il est simple, reproductible, sensible aux changements induits par les traitements, et varie entre 0 et 10. Un score BASDAI supérieur ou égal à 4 est considéré comme caractérisant une forme active de la maladie [6,7] et représente un critère majeur d'inclusion dans la plupart des essais thérapeutiques et des recommandations françaises ou internationales pour la mise sous anti-TNF [7,8].

Malgré ses qualités, cet indice a deux limites principales. En effet les six questions du BASDAI, ne mesurant que l'opinion du patient, ont une grande subjectivité. Par ailleurs, il ne prend pas en compte les paramètres biologiques, en particulier le syndrome inflammatoire, tel qu'utilisé dans le Disease Activity Score 28 (DAS 28) dans la polyarthrite rhumatoïde [9].

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures.

1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?
Absent —————|
Extrême
2. Où situeriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?
Absent —————|
Extrême
3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur / gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?
Absent —————|
Extrême
4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?
Absent —————|
Extrême
5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?
Absent —————|
Extrême
6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?
0 heure ————|——— 1 heure ————|——— 2 heures ou plus

Mode de calcul :

- Calculer la moyenne aux réponses 5 et 6.
- Puis, calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 ajoutée à la valeur des réponses aux 4 premières questions).
- Le score va donc de 0 à 100.

Fig. 1. Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI).

1.1.2. ASDAS

L'ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) est un score d'activité récemment introduit dans la SPA combinant des données cliniques et biologiques [10,11], développé suivant une démarche statistique identique à celle qui a permis d'élaborer le DAS 28 [9]. Des quatre scores initialement en compétition [10], l'ASDAS comprenant la C-réactive protéine (CRP) comme seul marqueur biologique (ASDAS C) a été retenu [11] (Fig. 2). Ce score prend également en compte la douleur rachidienne, la durée de la raideur matinale, le nombre d'articulations périphériques douloureuses et/ou gonflées, et l'évaluation globale de l'activité de la maladie par le patient. Si la CRP n'est pas disponible, les experts de l'ASAS proposent d'utiliser le score ASDAS prenant en compte la vitesse de sédimentation (ASDAS B, Fig. 2), tout en sachant que ces différents scores ne sont pas interchangeables, et que pour le suivi d'un patient donné, le même score doit être évalué chez ce même patient [11]. L'ASDAS est bien corrélé au BASDAI, à l'appréciation globale de la maladie par le patient et le médecin. Il est pressenti comme un indice de réponse très discriminant, reproductible, sensible au changement. À l'instar du DAS 28 [9], l'ASDAS pourra permettre d'apprécier dans la pratique quotidienne le niveau d'activité de la maladie (rémission, activité faible ou élevée). Nous ne disposons pas encore des valeurs seuils qui permettront de définir des niveaux consensuels d'activité. À titre indicatif, l'ASAS a rapporté que des valeurs aux environs de 3,5 ou 4,5 sont comparables à une appréciation globale de la maladie par le médecin respectivement d'au moins 4 ou 6. En revanche, des valeurs entre 1,5 et 1,9 respectivement sont compatibles avec un faible niveau d'activité à la fois pour le patient et le médecin. À l'avenir, l'utilisation de l'ASDAS dans les essais cliniques contrôlés permettra de réduire la taille des échantillons tout en gardant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3390123>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3390123>

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