



UNIVERSITY
ABOUBEKR
BELKAID



LABORATORY OF RESEARCH ON DIABETES

مخبر بحث سكري

« LAREDIAB »

Code ATRSS/DGRST N° W0417700

FACULTY OF MEDICINE BENAOUA BENZERDJEB

<https://larediab.univ-tlemcen.dz>

Mobile : 0770 218 100/ E-mail: all.jounici@univ-tlemcen.dz



AMIWIT



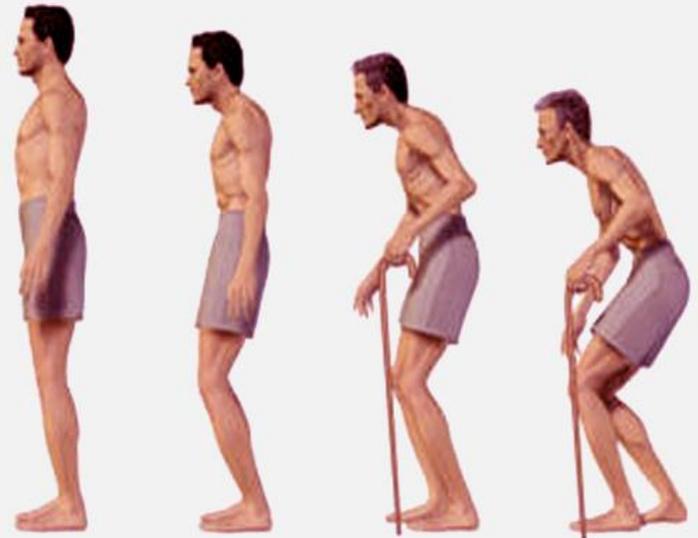
ACADEMIC HOSPITAL
TIJANI DAMERDJI

جمعية الطب الداخلي الجامعي لولاية تلمسان

2^d SEMINARY OF LAREDIAB

8th CONGRESS OF AMIWIT

Spondylart hritis Up To Date



Spondylarthritis



Le concept de spondylarthropathie (SpA)

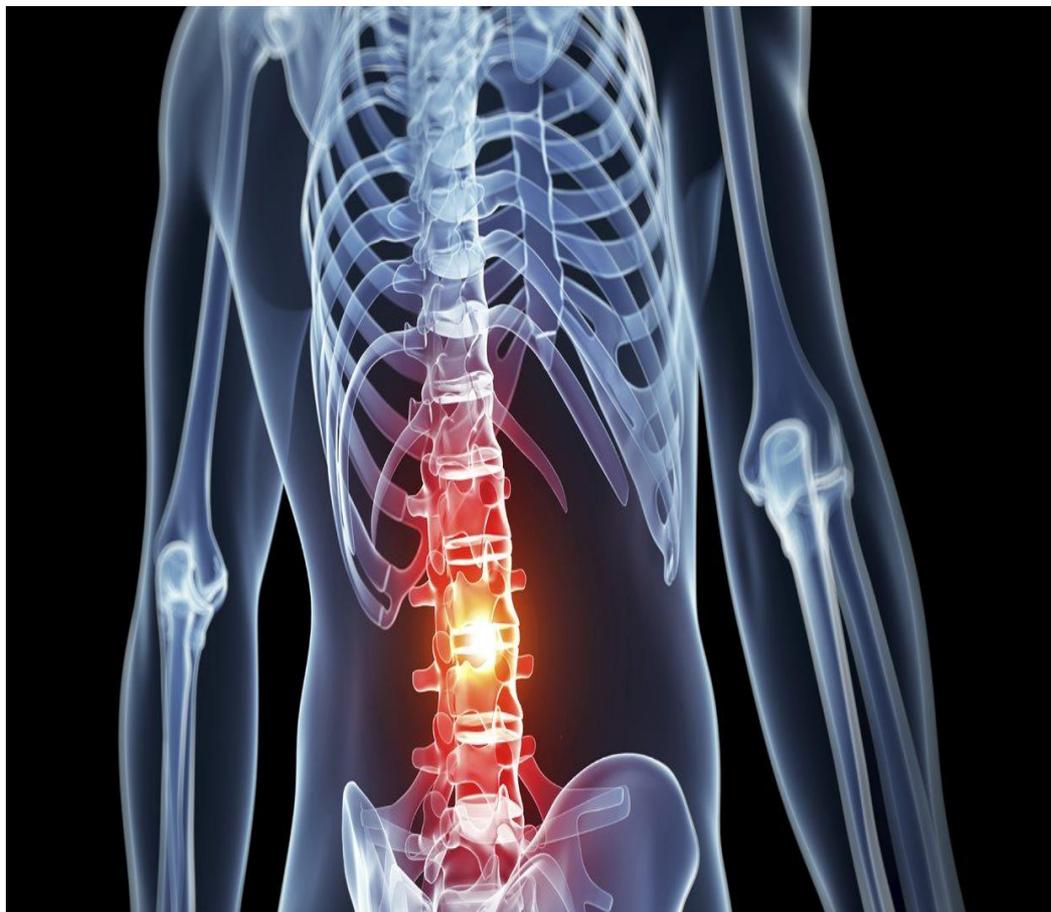


Spondylarthropathies

Ce groupe se caractérise par l'association à des degrés divers :

- Atteinte art: pelvi-rachidienne et périphérique
- Enthésopathie
- Atteinte extra-articulaire : uvéite, atteinte cutanée,
- Cardiaque, digestive.
- Terrain génétique (HLA B27, atcds familiaux).
- Absence de facteur rhumatoïde.

Spondylarthrite ankylosante



Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

Intérêt :

– Diagnostique :

- Dg précoce +++
- Meilleure prise en charge
- Meilleur pronostic

– Thérapeutique : mode de présentation (axial vs périphérique ou extra-articulaire)



Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

1- Evoquer une SA devant :

- Rachialgies cervicales, dorsales ou lombaires, inflammatoires.
- Sciatique atypique ou à bascule.
- Talalgies.
- Monoarthrite ou oligoarthrite asymétrique.
- Uvéite, conjonctivite.
- VS accélérée.



Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

2- Confirmer la SA : par des radiographies

- **Sacro-iliite.**
- **Syndesmophytes.**
- **Enthésopathies.**

Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

3- Eliminer un dg différentiel

1/ Formes débutantes :

autres rhumatismes inflammatoires

intérêt de la scintigraphie, la TDM ou l'IRM (SI) et de l'Ag HLA B27

2/ Devant une sacro-iliite :

- Unilatérale :

Sacro-iliite infectieuse: tuberculose, brucellose, autres.

⇒ ponction et biopsie de la SI.

- Bilatérale :

- Ostéose iliaque condensante : condensation triangulaire du versant iliaque
- Sacro-iliaques normales : chez l'adolescent
- Arthrose des SI: sujets âgés, Rx : ostéophytes

Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

3- Eliminer un dg différentiel

3- Devant l'atteinte vertébrale :

Sujet jeune :

- **Maladie de Scheuerman** (épiphysite de croissance).

Sujet âgé :

- **Discarthrose étagée** (ostéophytes)
- **Forestier** : atteinte latérale droite, ostéophytes exubérants.
- **Spondylodiscite infectieuse** : un seul étage ; abcès.

4- Devant l'atteinte périphérique :

- **PR** : surtout chez la femme.
- **Monoarthrite** : arthrites septiques et microcristallines.

1- Critères de l'ESSG :

- European spondylarthropathy study group.
- Sensibilité = 87% ; spécificité = 96%.

Critères majeurs :

- rachialgies inflammatoires
- synovite asymétrique ou prédominant aux membres inférieurs

Critères mineurs :

- histoire familiale de spondylarthropathie ou d'uvéïte ou d'entérocolopathie
- psoriasis
- entérocolopathie inflammatoire
- enthésopathie
- sacro-iliite radiologique

Spondylarthropathie si : 1 critère majeur + au moins un critère mineur.

2- Critères d'Amor:

- Sensibilité = 92% ; spécificité = 98%.
- Spondylarthropathie si ≥ 6 points.

1. Douleurs nocturnes ou raideur matinale de siège lombaire ou dorsal	1
2. Oligoarthrite asymétrique	2
3. Douleurs fessières sans précision Douleurs fessières à bascule	1 ou 2
4. Doigt ou orteil en saucisse	2
5. Talalgies ou autre enthésopathie	2
6. Iritis	2
7. Urétrite non gonococcique ou cervicite (< 1 mois avant arthrite)	1
8. Diarrhée moins d'un mois avant une arthrite	1
9. Présence ou antécédents : psoriasis et/ou balanite et/ou entérocolopathie	2
10. Sacro-iliite radiologique unilatérale (stade 3) ou bilatérale (stade 2)	3
11. Présence de l'antigène HLA B27 et/ou antécédent familial : SPA, Reiter, psoriasis, uvéite, entérocolopathie	2
12. Efficacité rapide (48 h) des AINS ou rechute rapide (48 h) après arrêt	2

Spondylarthrite ankylosante: diagnostic positif

4- Critères dg

Critères de New York (1966 modifiés en 1984)

Critères cliniques :

- Lombalgies avec raideur > 3 mois, améliorée par l'effort, ne cédant pas au repos.
- Limitation des mouvements du rachis lombaire dans le plan frontal et sagittal.
- Limitation de l'ampliation thoracique.

Critère radiologique

Sacro-iliite bilatérale stade ≥ 2 ou unilatérale ≥ 3

SA définie : critère radiologique + au moins 1 critère clinique.

SA probable : 3 critères cliniques seuls, ou critère radiologique seul

Critères ASAS 2009 SPA axiale chez les patients avec rachialgies > 3 mois dont l'âge du diagnostic est < 45 ans

Sacro-iliite à l'imagerie*
+
≥ 1 signe de SPA**

OU

HLA-B27 positif
+
≥ 2 autres signes de SPA**

*** Sacro-iliite à l'imagerie**

- inflammation fortement évocatrice de sacro-iliite à l'IRM
ou
- une sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New-York modifiés

**** Signes de spondylarthrite**

- rachialgie inflammatoire
- arthrite
- enthésite (talon)
- uvéite
- dactylite
- psoriasis
- maladie de Crohn/rectocolite hémorragique
- bonne réponse aux AINS
- antécédent familial de SPA
- HLA-B27 positif
- CRP augmentée

Sensibilité 82,9% et spécificité 84,4% chez 649 patients rachialgiques

Tableau IV : Critères ASAS 2009 SPA périphérique chez les patients avec symptômes périphériques dont l'âge du diagnostic est < 45 ans

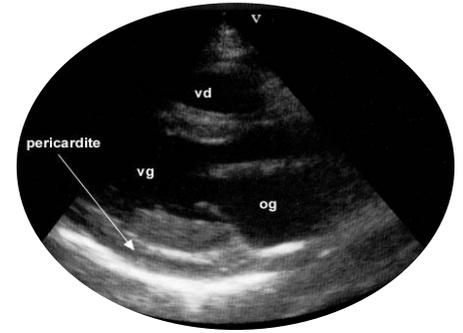
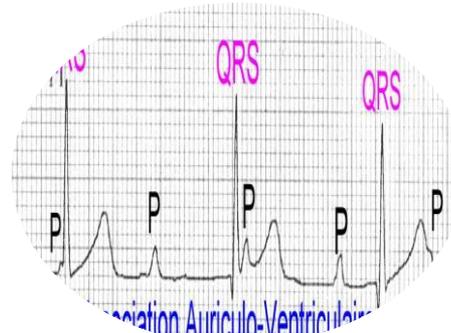
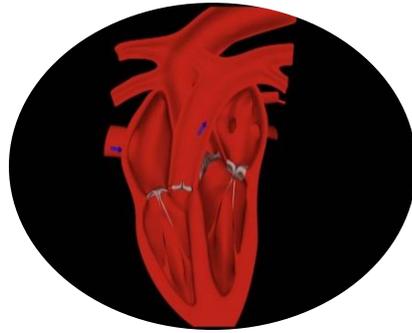
<p style="text-align: center;">Arthrite ou enthésite ou dactylite + ≥ 1 autre signe de SPA</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p style="text-align: center;">Arthrite ou enthésite ou dactylite + ≥ 2 autres signes de SPA</p>	<p>Critères A : autres signes de SPA parmi :</p> <ul style="list-style-type: none">• Psoriasis• Maladie inflammatoire intestinale chronique• Antécédent récent d'infection• HLA-B27 positif• Uvéite• Sécro-iliite à la radiographie ou à l'IRM <p>Critères B : autres signes de SPA parmi :</p> <ul style="list-style-type: none">• Arthrite• Dactylite• Enthésite• MICI• Antécédent familial de SPA
--	---

Sensibilité 75,0% et spécificité 82,2% chez 266 patients avec des syndromes périphériques

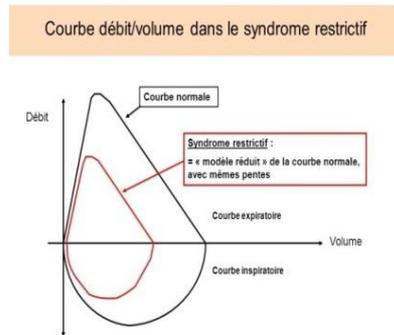
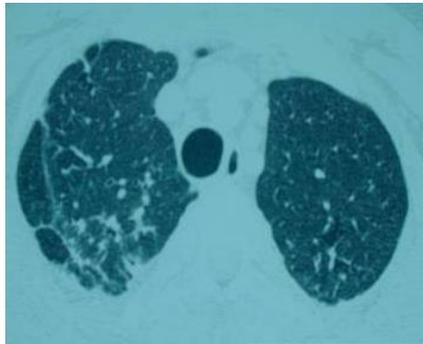
Manifestations extra articulaires



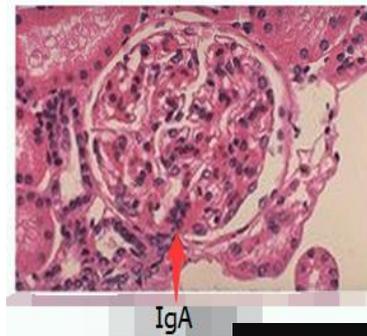
Œil



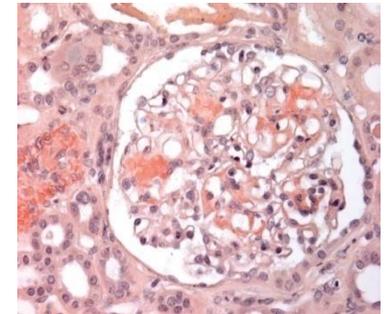
Cœur



Poumon



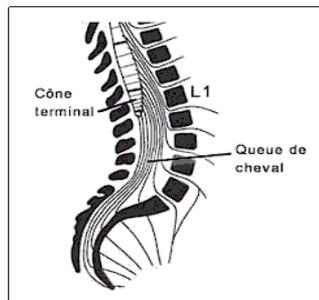
IgA



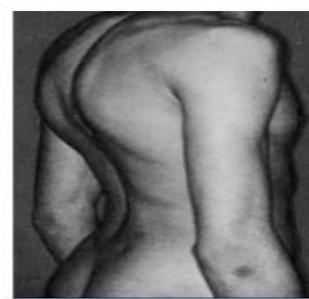
Rein



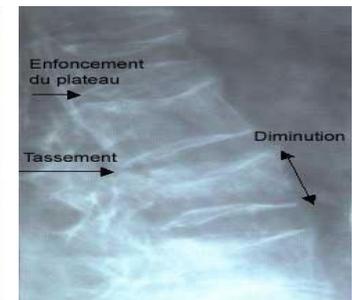
Digestive



Neurologique



Musculaire



Osseuse

Prise en charge thérapeutique



1- Evaluation

fonction	BASFI
activité	BASDAI
douleur	EVA
Mobilité rachidienne	BASMI
Biologie de l'inflammation	VS, CRP
radiographies	BASRI, SASSS

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Evaluation par le patient de 6 domaines où 0 correspond à « aucun » et 10 à « très élevé »

1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?
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 ?
3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?
4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?
5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?
6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil?

Pour chaque question, la valeur obtenue va donc de 0 à 10 sauf pour les questions 5 et 6 pour lesquelles est établie une moyenne de 0 à 10. Ainsi, le score global de ces six questions va de 0 à 50. Ce score est converti en valeur de 0 à 10 qui définit le score final du BASDAI.

Application :

Indication des biothérapies (ASAS)

- résistance à au moins 2 AINS utilisés à doses maximales
- avec BASDAI > 4.

Réponse thérapeutique BASDAI :

- évaluation du BASDAI à J₀ et à 12 semaines
- BASDAI 50 : amélioration du BASDAI de 50% par rapport à l'initial.

BASFI

Le patient répond à chaque question par une cotation sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Le score global de ces dix questions va de 0 à 100.

1. Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (exemple : petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes)?
2. Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur ?
3. Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur ?
4. Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accoudeur sans utiliser vos mains ou toute autre aide ?
5. Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos », sans aide ?
6. Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne ?
7. Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien ?
8. Pouvez-vous regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner ?
9. Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (exemple : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports) ?
10. Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail ?

BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index)

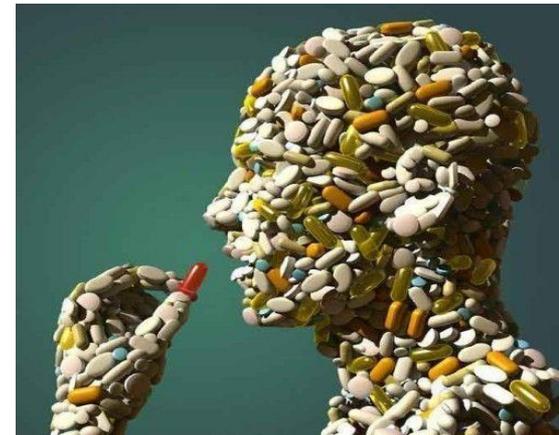
critère	0	1	2
Rotation cervicale (degré)	> 70	20 à 70	< 20
Distance tragus-mur (cm)	< 15	15 à 30	> 30
Flexion latérale du rachis (cm)	> 10	5 à 10	< 5
Flexion lombaire (cm)	> 4	2 à 4	< 2
Distance intermalléolaire (cm)	> 120	70 à 100	< 70

BASRI :

- 4 sites d'analyse : sacro-iliaques, rachis lombaire, rachis cervical, hanches.
- évaluation pour chaque site de 0 (aucune modification) à 4 (modifications importantes).
- score total : 2 à 16.

2-Moyens thérapeutiques

- **TRT pharmacologique**
 - AINS
 - DMARDS
 - Biphosphonates
 - Corticoïdes
 - Biothérapie



AINS



DCI	Spécialité	Durée d'action (h)	Posologie quotidienne moyenne/maximum	Présentations	CI	Effets Ilaire
Indométacine	Indocid	4-5h	50-100 mg /150-200mg	Gel 25mg Suppo 50-100 mg	-UG évolutif I. hptq, I.cardiaque, I.rénale sévère Grossesse Allaitement Coxib (ICC, cardiopathieischémique ,allergie au sulfamide, femmes en âge de procréer (risque tératogène)	*Dyspepsies et ulcères gastro-intestinaux (surtout avec les AINS non sélectifs) *Réactions cutanéomuqueuses allergiques *Néphrotoxicité (IRA sur hypo perfusion rénale, rétention hydro-sodée) *Accidents thrombotiques (surtout avec les coxibs) *Tocolyse avec les inhibiteurs de la COX2 *- Acouphènes, hyperventilation, acidose métabolique hyperthermie, voir coma en cas de surdosage (aspirine) -Interaction aspirine-ibuprofène
Diclofénac sodique	Voltarène	1.1h	75-100mg /150mg	Cp25-50mg Cp Lp 100mg Suppo25-100mg IM 75mg		
Ketoprofen	Profénid	1.8h	150mg/300mg	Gel 50 mg Cp100 mg CpLP 200 mg Suppo 100 mg		

DMARDS

I/ Sulfasalazine

Mode d'action	<ul style="list-style-type: none">- Dû à la molécule active qu'est la sulfapyridine qui entraîne une inhibition de l'activité natural killer.- Effet anti-inflammatoire par inhibition des prostaglandines et leucotriènes
Résultats	<ul style="list-style-type: none">- Délai d'action : 3 mois.
Présentation	<ul style="list-style-type: none">- Sulfasalazine (Salazopyrine®) : cp 500mg. <p>Semble avoir une efficacité sur les indices d'évolutivité (douleur, raideur) et les indices fonctionnels (BASDAI, BASFI).</p>
posologie	<ul style="list-style-type: none">- Dose lentement croissante.- 1cp/j pendant 1 semaine puis augmenter d'1cp/j chaque semaine jusqu'à 4cp/j voire 6cp/j en cas d'efficacité insuffisante.- Les doses sont réduites en cas d'insuffisance hépatique ou rénale
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none">- fréquents mais généralement réversibles à l'arrêt du traitement.- Cutanés : prurit, éruptions diverses, ulcères buccaux, syndrome de Lyell.- Digestifs : nausées, vomissements, vertiges, douleurs abdominales.- Rénaux : protéinurie, syndrome néphrotique.- Atteinte pulmonaire : pneumopathie grave à éosinophiles ou alvéolite fibrosante.- Hépatique : hépatite cytolytique cholestatique.- Hématologiques : leucopénie, thrombopénie, anémie.- Induction d'AAN.- Oligospermie réversible.
surveillance	<ul style="list-style-type: none">- Dosage de la G6PD avant le traitement.- NFS, transaminases, créat : hebdomadaire le 1^{er} mois puis tous les 15 jours jusqu'à 3 mois puis tous les mois
Contre indications	<ul style="list-style-type: none">- Hypersensibilité aux sulfamides et aux salicylés.- Déficit en G6PD.- Porphyrurie
Autres indications	<ul style="list-style-type: none">- Polyarthrite rhumatoïde- Rhumatisme psoriasique- RCUH, Crohn.

2/ Leflunomide :

Mode d'action	<ul style="list-style-type: none">- Propriétés anti-prolifératives et antiinflammatoires.- Inhibition de la synthèse des bases pyrimidiques → blocage de la réplication des LT
Résultats	<ul style="list-style-type: none">- Délai d'action : 4-6 semaines.
Présentation	<ul style="list-style-type: none">- Arava® : cp 10 et 20mg. Cp100mg (traitement d'attaque).
posologie	<ul style="list-style-type: none">- Traitement d'attaque : 100mg/j pendant 3 j.- Traitement d'entretien : 20mg/j.- Les doses sont réduites en cas d'intolérance hépatique ou insuffisance rénale (10mg/j).
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none">- Hépatiques : élévation des transaminases.- Hématologiques : anémie.- Cutanés : alopecie, chute de poils, stomatite ulcéreuse.- HTA.
surveillance	<ul style="list-style-type: none">- Prise de la TA chaque semaine au début du traitement.- NFS, transaminases, créat : tous les 15 jours jusqu'à 3 mois puis tous les mois.
Contre indications	<ul style="list-style-type: none">- Insuffisance hépatique.- Immunodéficience grave.- Infection grave.- Insuffisance rénale sévère.- Grossesse + allaitement.- Age < 18 ans.
Wash out	<ul style="list-style-type: none">- Si désir de procréation ou intolérance.- 8g de cholestyramine (2 sachets), 3 fois /j, pendant 11 jours.- Ou bien charbon activé : 50g x 4/j.
Autres indications	<ul style="list-style-type: none">-PR-Rhumatisme psoriasique

3/Methotrexate:

Mode d'action	- Action anti-métabolite - Action anti-inflammatoire - Action sur les cytokines : - Effet anti-angiogénique - Effet immunosuppresseur modéré - Diminution de l'activité de certaines enzymes protéolytiques
Résultats	- Délai de réponse : 4-6 semaines.
Présentation	- Méthotrexate (Novatrex [®]) : cp 2.5mg, biodisponibilité 50-80%.
posologie	- Commencer par 7.5mg/semaine, augmenter progressivement jusqu'à 7.5 à 15 mg/sem selon la réponse thérapeutique. - Associer l'acide folique.
Effets secondaires	- Surviennent en général pendant la 1 ^{ère} année de traitement. C'est la première cause d'arrêt du traitement. L'efficacité ou l'échappement sont rares. - digestifs : fréquents avec l'administration orale : nausées, vomissements, dyspepsie, anorexie, diarrhée, douleur abdominale ou stomatite ne compromettant pas la poursuite du traitement. Ils sont dose-sensibles. - Hépatiques : hépatite chronique, arrêt du TRT si transaminases à 2xN - Hématologiques : cytopénies - Atteinte respiratoire : pneumopathie interstitielle hypoximante - Effets infectieux : zona, infct [°] pul cutanées - Effets cutanés : alopécie, nodulose rhumatoïde - Effets osseux : l'ostéoporose - Effets oncogènes : LMNH ont été observés. - Autres : accentuation des symptômes articulaires 24-48h après la prise. Céphalée, vertige, acouphènes, somnolence, troubles de l'humeur, syndrome dépressif. - Chez l'homme, le méthotrexate entraîne à forte dose une oligospermie régressive.
surveillance	- Bilan clinique et radiologique pulmonaire avant le traitement. - Sérologie de l'hépatite A, B, C. - NFS, transaminases, créat et albumine : bimensuel pendant 2 mois puis mensuel.
Contre indications	- Grossesse : contraception efficace indispensable pendant le traitement. Le méthotrexate n'entraîne pas de stérilité. La grossesse peut être envisagée 3 mois après l'arrêt du traitement. - Allaitement. - Insuffisance rénale chronique. - Anomalies hématologiques. - Etat infectieux chronique ou syndrome d'immunodéficience. - Contre-indications relatives : obésité, diabète, ulcère évolutif, affections respiratoires (fibrose, DDB), hypoalbuminémie.
Interactions MDCTeuses.	- Antibiotiques (Bactrim++) : risque d'agranulocytose ou d'aplasie médullaire. - Médicaments néphrotoxiques. - Certains AINS (si forte dose de métho) car ils diminuent la clearance du méthotrexate. - Folates.

Biphosphonates

- Effet anti-inflammatoire (axial)
- **Pamidronate**: 60mg en perfusion de 3 heures, mensuelle pendant 3-6mois.

Anti-TNF alpha



 Remicade[®]
INFLIXIMAB

 Enbrel[®]
etanercept

HUMIRA[®]
adalimumab

cimzia[®]
(certolizumab pegol)

Anti TNF α

Contrindications

- Femmes enceintes ou allaitement au sein >> contraception efficace.
- Infection active
- Patients à risque élevé d'infection incluant :
 - Ulcère de jambe chronique
 - TBC ancienne (suivre les recommandations locales pour la prévention ou le traitement)
 - Arthrite septique d'une articulation native dans les 12 derniers mois
 - Sepsis d'une prothèse articulaire au cours des 12 derniers mois...
 - Infections pulmonaires persistants ou récurrents
 - Sonde urinaire à demeure
- Histoire de lupus ou sclérose en plaques
- Malignité ou pré-malignité États exclusion:
 - ✓ Le carcinome basocellulaire
 - ✓ Tumeurs malignes diagnostiquées et traitées plus de 10 ans auparavant (où la probabilité du total guérison est très élevé)

BILAN PRETHERAPEUTIQUE ANTI-TNF α

- ATCD de néoplasie, Infection, Grossesse, LES
- Echocoeur (FEV)
- IDR, Tele thorax, Quantiferon
- CKD-EPI, VS, CRP, EPP, NFS
- ALAT, ASAT, PA, Gamma-GT, Bilirubine T et C
- VHB, VHC, VIH
- FAN, Si + Anti-DNA natifs

VERIFIER LES VACCINATIONS

- Antigrippal, Anti-Pneumococcique, Hépatite B

Infliximab



Infliximab (Remicade®)

- Ac monoclonal chimerique
- Demi-vie : 8 jours.
- Forme lyophilisée (100mg).
- 5mg/kg/j sous forme de perfusion IV de 2 heures aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.
- Utilisé en association au méthotrexate (pour prévenir l'apparition d'Ac contre l'Ac monoclonal)
- Coût d'une cure de 12S : **5210 Euro** (1 ampoule= 434,403euro, poids moyen pris est de 60kg)
- Coût d'une cure complète de 02ans : **10.000euro**.

Adalimumab



Adalimumab (Humira®)

- Ac monoclonal humain
- Ac anti-TNF α totalement humain, monoclonal
- Il se lie spécifiquement au TNF α dont il neutralise la fonction biologique.
- Présentation : dose de 40mg.
- Demi-vie : 14 jours.
- Posologie : 1 inj en s/c, 40mg/2 semaines.
- Coût d'une cure de 12S : **5645.4 euro** (940.90 euro /flacon)
- Coût d'une cure complète de 02ans : **22.580 euro** (si les cures ttes les 04s) // 16.936 euro (si les cures ttes les 08S)

**40 mg en sous cutané toutes
les 2 sem jusqu'a S12**

**Si réponse 40 mg par
mois pdt 24 mois**

Etanercept



Etanercept (Enbrel®)

- Récepteur soluble du TNF α
- La seule biothérapie utilisée actuellement chez l'enfant (arthrite juvénile idiopathique à 0.4mg/kg).
- Protéine de fusion associant le récepteur soluble P75 du TNF α et le fragment Fc d'une IgG humanisée.
- Amp 25mg, 2 fois / sem en s/c ou 50mg/sem (ce qui est disponible en Algérie).
- Coût d'une cure de 12S : **10.102 euro** (1ampoule= 420.92euro)
- Coût d'une cure complète de 02ans : **80.000 EUR**

**50 mg en sous cutané 1 fois
par sem jusqu'a S12**

**Si réponse 50 mg/sem
pdt 24 mois**

GOLUMIMAB (Simponi)



**GOLUMIMAB
(Simponi)**

50 mg en sous cutané 1 fois
par mois jusqu'à S14

Si réponse 50 mg/mois
pdt ?

2-Moyens thérapeutiques

- TRT non pharmacologique



TRT non pharmacologiq

In adults with active AS:

- We strongly recommend treatment with physical therapy over no treatment with physical therapy.
- We conditionally recommend active physical therapy interventions (supervised exercise) over passive physical therapy interventions.
- We conditionally recommend land-based physical therapy interventions over aquatic therapy interventions

3- Algorithme de PEC

Determine AS Activity

1st Line Therapy

Stable AS: See Figure 1B

Active AS (axial disease)

NSAIDs [1]

- Continuous [2]
- No preferred NSAID [3]

Physical Therapy [20]

- Active over passive [21]
- Land-based over aquatic [22]

Against systemic glucocorticoids [16]

Determine additional disease manifestations

Peripheral-predominant arthritis despite NSAIDs

Local GC if ≤ 2 joints [19]

SSZ [7]

- SSZ over MTX [4]

Against LEF, APR, THL, and PAM [4]

Isolated sacroiliitis or enthesitis

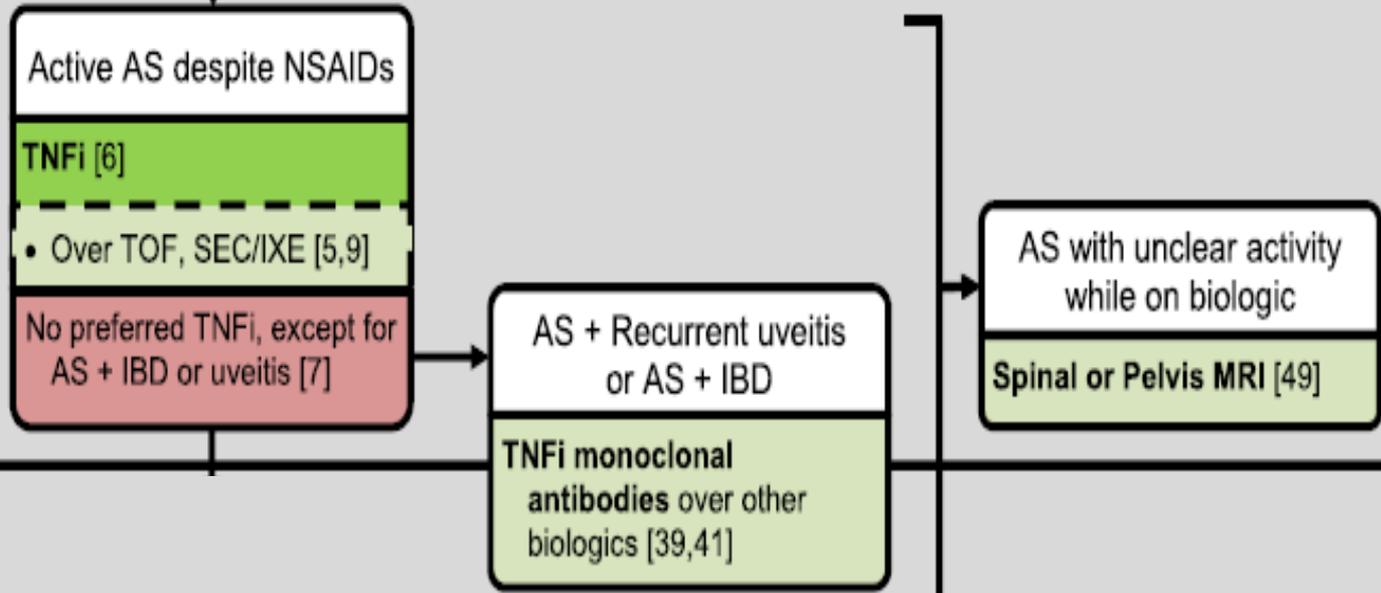
NSAIDs [17,18]

Isolated sacroiliitis or enthesitis despite NSAIDs

Local GC [17,18]

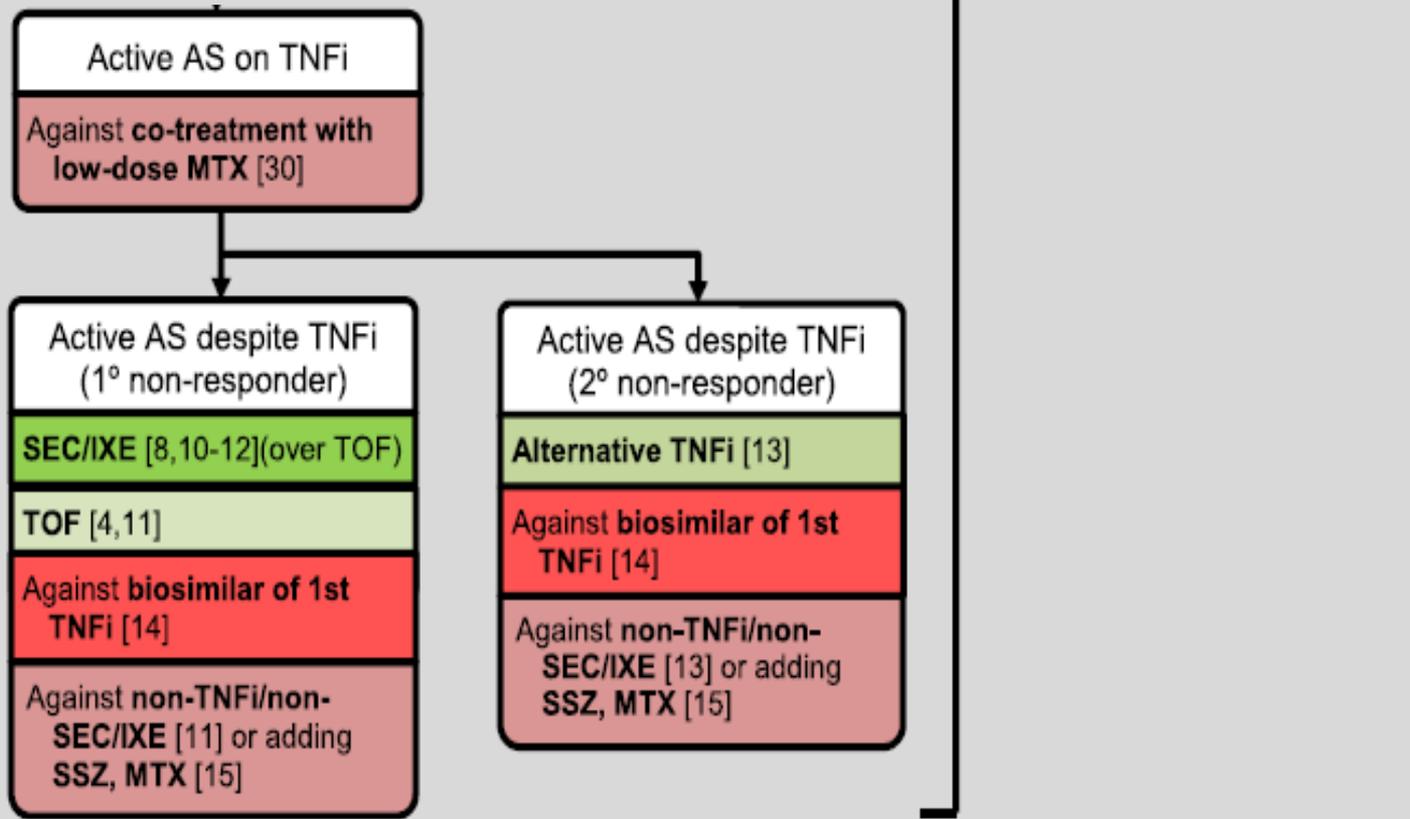
Avoid Achilles, patellar, and quadriceps entheses GC injections [18]

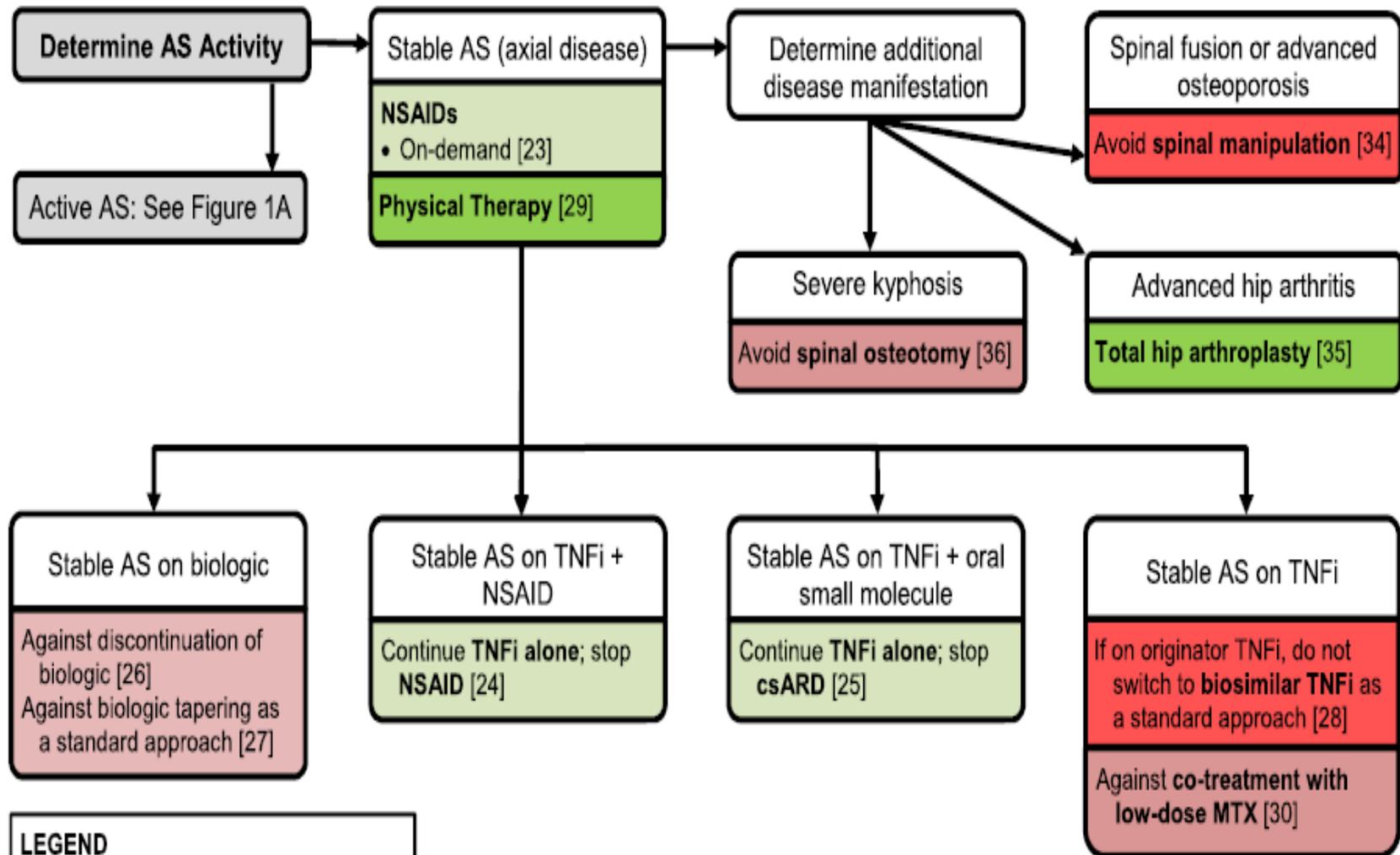
2nd Line Therapy



In adults with AS and inflammatory bowel disease, we strongly recommend treatment with TNFi monoclonal antibodies over treatment with etanercept.

3rd Line Therapy



B

LEGEND

- Strongly recommend
- Conditionally recommend
- Conditionally recommend against
- Strongly recommend against

Bracketed #'s refer to Recommendation # (See Table 2), not PICO #

General Adjunctive Management: unsupervised back exercises[31], formal group or individual self-management education[33], fall evaluation/counseling[32]. Monitor using validated AS disease activity measures, & CRP or ESR[42,43] regularly

Against obtaining spinal or pelvis MRI to confirm inactivity [68]

Against obtaining repeat spine radiographs at a scheduled interval [51]

TRAITEMENTS DES FORMES AXIALES :

- Traitement de 1ère intention : AINS à dose minimale efficace

INDICATION DES ANTI-TNF ALPHA

- Echec aux traitements de 1ère intention (2 AINS, pendant 2 mois consécutifs à dose maximale recommandée ou tolérée, sauf contre-indication)

ET

- **Maladie sévère active** constatée à 2 visites réalisées à ≥ 4 semaines d'intervalle avec :

BASDAI > 4

ET

Jugement global de l'activité par le médecin > 4 (sur une échelle numérique de 0 à 10). Evaluation fondée sur la présence de

- Coxite active
- Synovites et/ou enthésites actives
- Uvéite active ou récidivante
- VS ou CRP élevée
- Inflammation du rachis ou des sacro-iliaques en IRM
- Progression radiologique articulaire périphérique

TRAITEMENTS DES FORMES PERIPHERIQUES :

1. AINS à dose minimale efficace et traitement de fond conventionnel à dose optimale au moins 1 DMARDS,

Si indiquées, injections locales de corticoïdes retard en cas de : monoarthrite, oligoarthritis

- INDICATION DES ANTI-TNF ALPHA

- Quand échec à au moins 1 trt fond conventionnel dose optimale, pdt au moins 4 mois
 - Si indiquées, échec à au moins 2 injections locales de corticoïdes retard
- ET
- Maladie sévère active constatée à 2 visites réalisées à ≥ 4 semaines d'intervalle avec : $NAD^* > 3$ et $NAG^* > 3^*$
 - ET
 - Jugement global de l'activité par le médecin > 4 (sur une échelle numérique de 0 à 10).
Evaluation fondée sur la présence de :
 - Coxite active
 - Synovites et/ou enthésites actives
 - Uvéite active ou récidivante
 - VS ou CRP élevée
 - Inflammation du rachis ou des sacro-iliaques en IRM
 - Progression radiologique articulaire périphérique

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Synoviorthèses chirurgicales.
- Au niveau vertébral : correction des cyphoses dorsales (indication exceptionnelle, intervention lourde).
- Coxite : PTH (si douleur réfractaire ou invalidité, preuve radiographique de dégâts structurels, indépendants d'âge.)
- Genoux : arthroplasties si délabrement articulaire ou flessum irréductible.
- Epaulles : prothèses.

CONCLUSION : PRINCIPES DE LA PEC

- Traitement de la SPA devrait être adapté selon les manifestations actuelles, l'activité, douleur, fonction, l'invalidité, dégâts structurels, état général, les vœux et les espérances du patient.
- Le contrôle de la SPA devrait inclure l'histoire du patient, des essais en laboratoire.
- La fréquence de contrôle devrait être décidée au cas par cas selon des symptômes, la gravité (sévérité) et le traitement médicamenteux.
- La gestion optimale de la SPA exige une combinaison de traitements non-pharmacologiques et pharmacologiques