



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](mailto:all.jounici@univ-tlemcen.dz)



AMIWIT



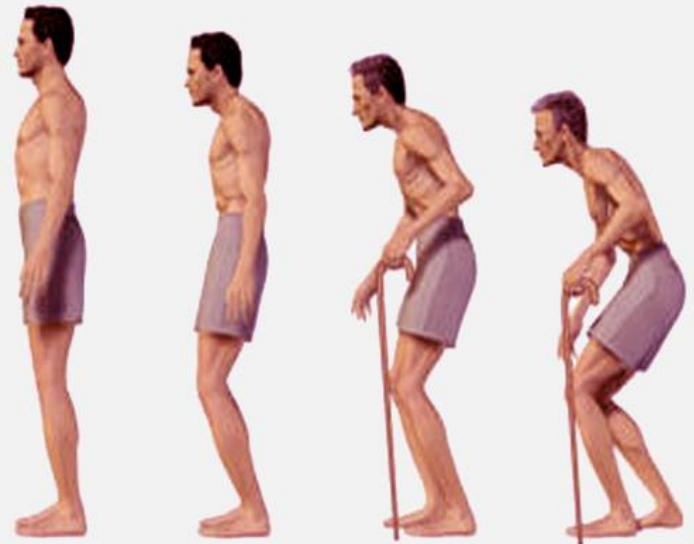
ACADEMIC HOSPITAL  
TIJANI DAMERDJI

جمعية الطب الداخلي الجامعي لولاية تلمسان

2<sup>d</sup> SEMINARY OF LAREDIAB

8<sup>th</sup> CONGRESS OF AMIWIT

# Spondylart hritis Up To Date



# Spondylarthritis



# Le concept de spondylarthropathie (SpA)

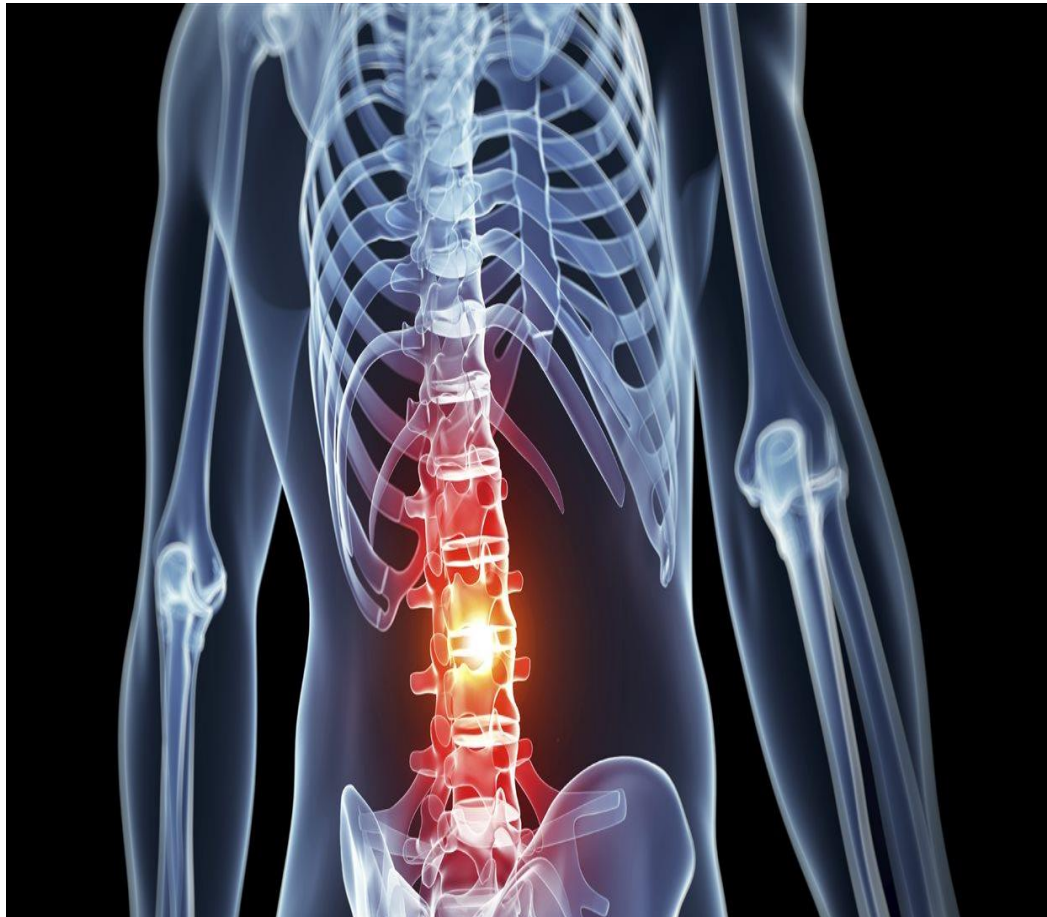


# Spondylarthropathies

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  $\geq 6$  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  $\geq 2$  ou unilatérale  $\geq 3$

**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

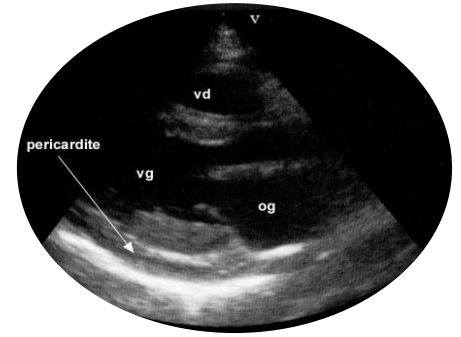
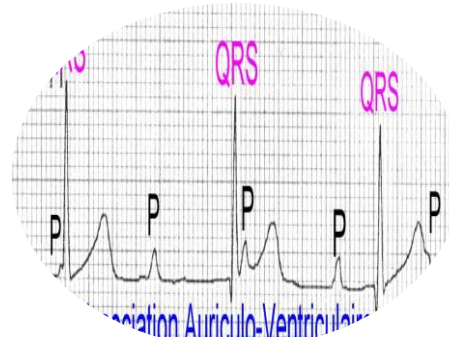
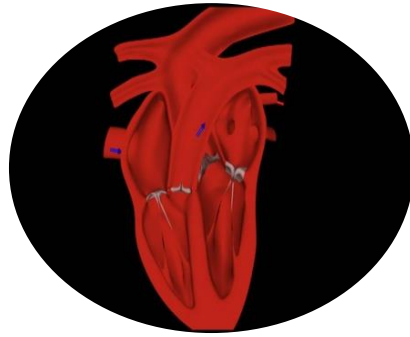
<p style="text-align: center;"><b>Arthrite ou enthésite ou dactylite + ≥ 1 autre signe de SPA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Arthrite ou enthésite ou dactylite + ≥ 2 autres signes de SPA</b></p>	<p><b>Critères A : autres signes de SPA parmi :</b>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

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

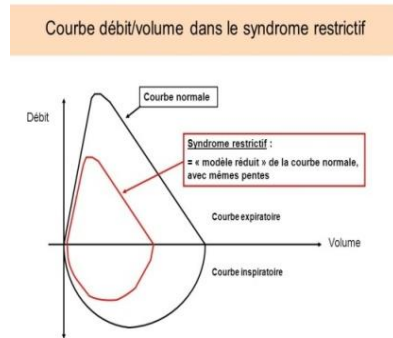
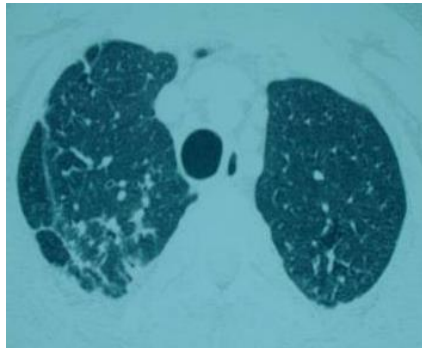
# Manifestations extra articulaires



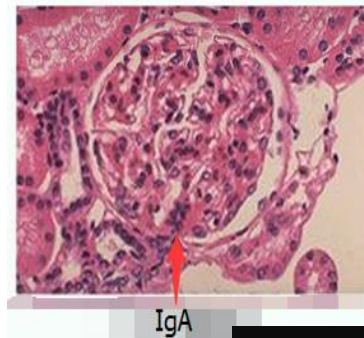
**Œil**



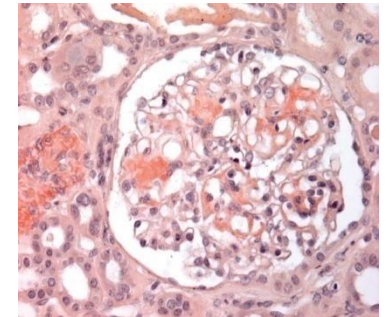
**Cœur**



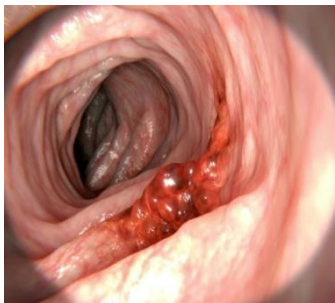
**Poumon**



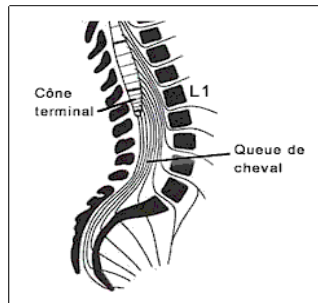
**IgA**



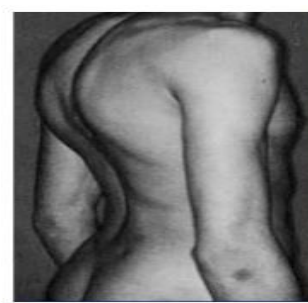
**Rein**



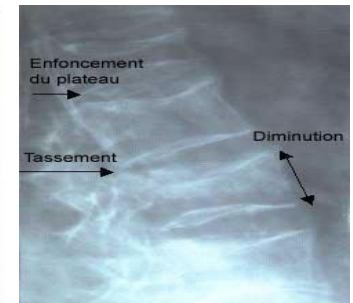
**Digestive**



**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 J<sub>0</sub> 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)

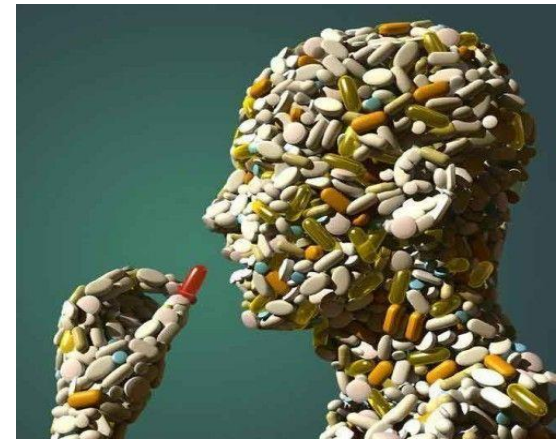
critère	0	1	2
Rotation cervicale (degré)	> 70	20 à 70	< 20
Distance tragus-mur (cm)	< 15	15 à 30	> 30
Flexion latérale du rachis (cm)	> 10	5 à 10	< 5
Flexion lombaire (cm)	> 4	2 à 4	< 2
Distance intermalléolaire (cm)	> 120	70 à 100	< 70

### **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
<b>Indométacine</b>	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
<b>Diclofénac sodique</b>	Voltarène	1.1h	75-100mg /150mg	Cp25-50mg  Cp Lp 100mg  Suppo25-100mg  IM 75mg		
<b>Ketoprofen</b>	Profénid	1.8h	150mg/300mg	Gel 50 mg  Cp 100 mg  Cp LP 200 mg  Suppo 100 mg		



**DMARDS**

## I/ Sulfasalazine

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

## 2/ Leflunomide :

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

### 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 <sup>®</sup> ) : 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 <sup>ère</sup> année de traitement. C'est la première cause d'arrêt du traitement. L'efficacité ou l'échappement sont rares. - <b>digestifs</b> : 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. - <b>Hépatiques</b> : hépatite chronique, arrêt du TRT si transaminases à 2xN - <b>Hématologiques</b> : cytopénies - <b>Atteinte respiratoire</b> : pneumopathie interstitielle hypoximante - <b>Effets infectieux</b> : zona, infct <sup>°</sup> pul cutanées - <b>Effets cutanés</b> : alopécie, nodulose rhumatoïde - <b>Effets osseux</b> : l'ostéoporose - <b>Effets oncogènes</b> : LMNH ont été observés. - <b>Autres</b> : 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<sup>®</sup>  
INFLIXIMAB

 Enbrel<sup>®</sup>  
etanercept

HUMIRA<sup>®</sup>  
adalimumab

cimzia<sup>®</sup>  
(certolizumab pegol)

# Anti TNF $\alpha$

## 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 $\alpha$

- 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 $\alpha$  totalement humain, monoclonal
- Il se lie spécifiquement au TNF $\alpha$  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 $\alpha$
- 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 $\alpha$  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'à 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**

1<sup>st</sup> 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]**

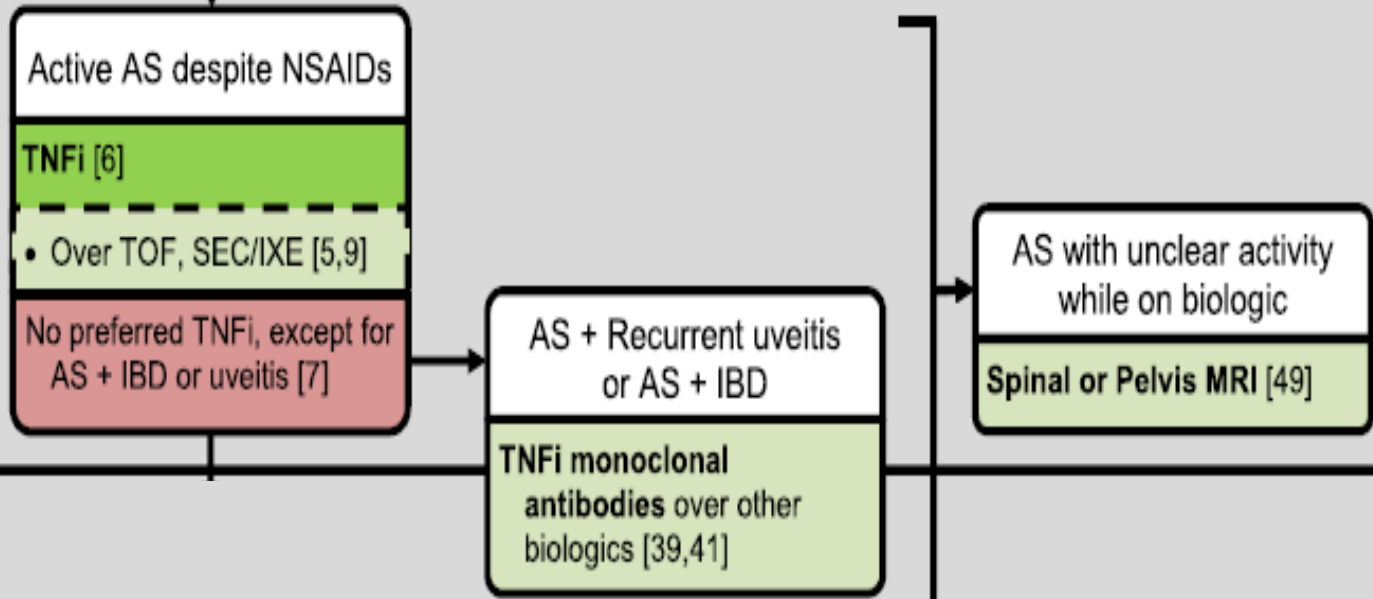
Isolated sacroiliitis or enthesitis despite NSAIDs

**Local GC [17,18]**

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

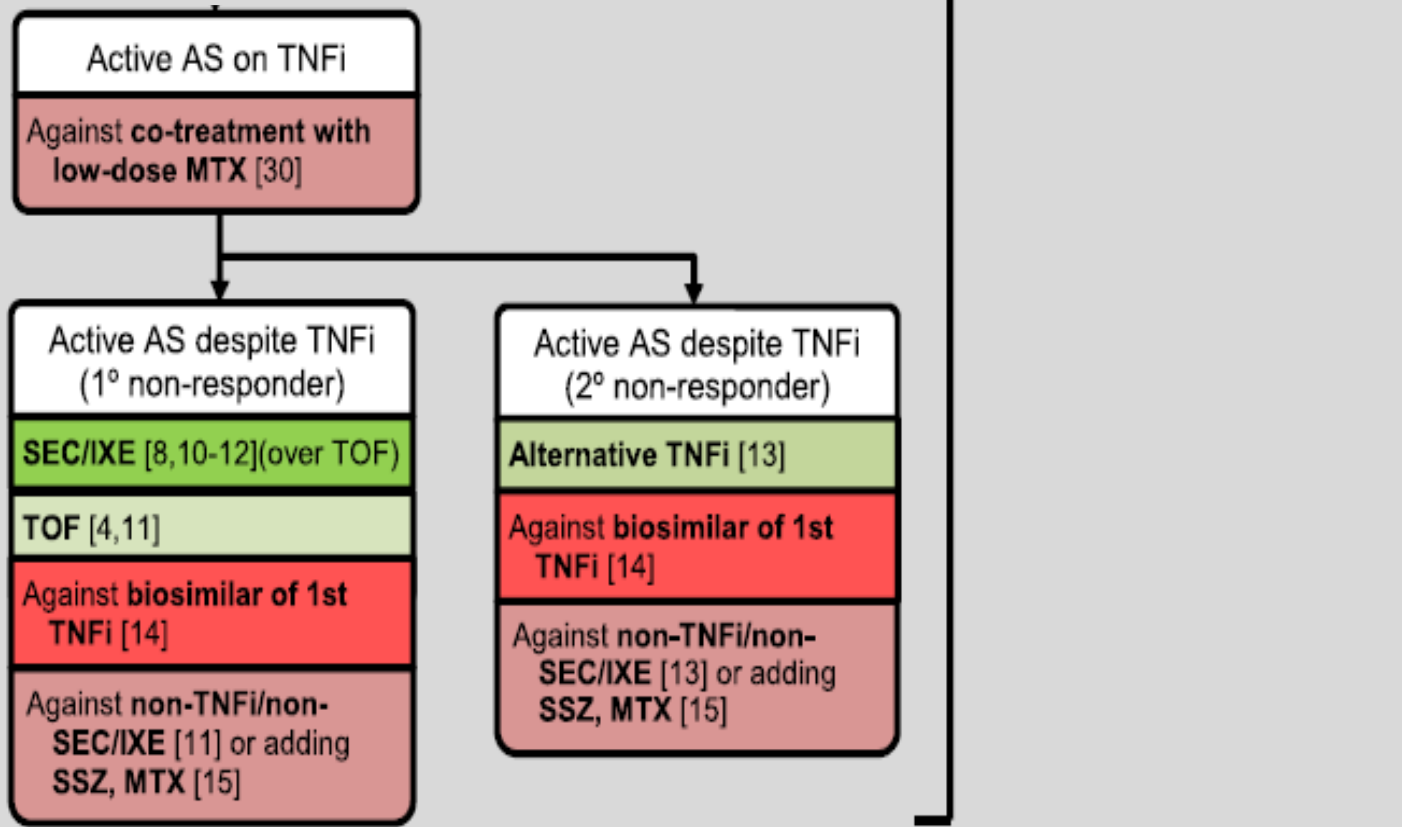


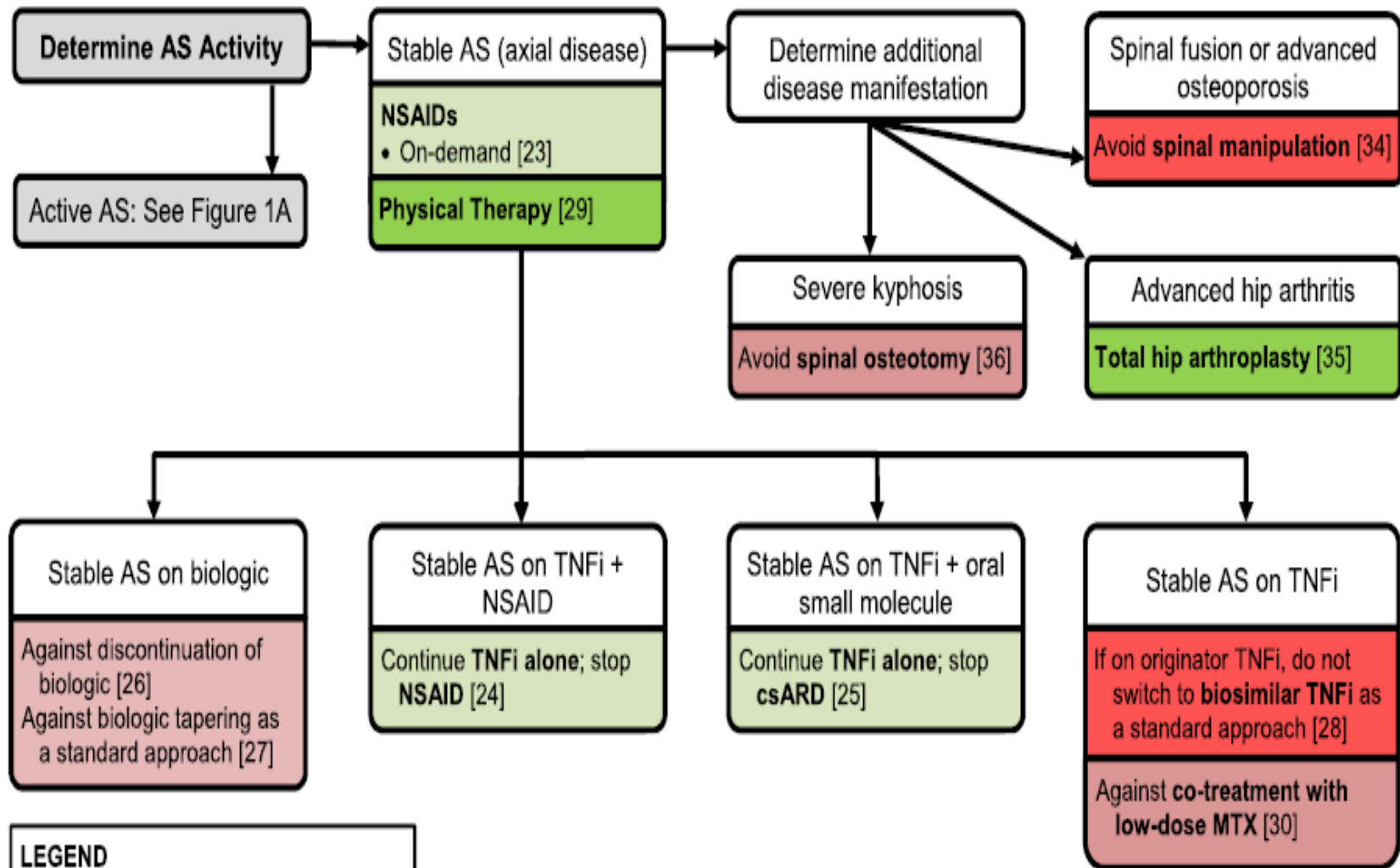
2<sup>nd</sup> Line Therapy



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

3<sup>rd</sup> Line Therapy



**B**

**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]

**LEGEND**

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

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

# 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  $\geq 4$  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  $\geq 4$  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