

eular

fighting rheumatic & musculoskeletal
diseases together



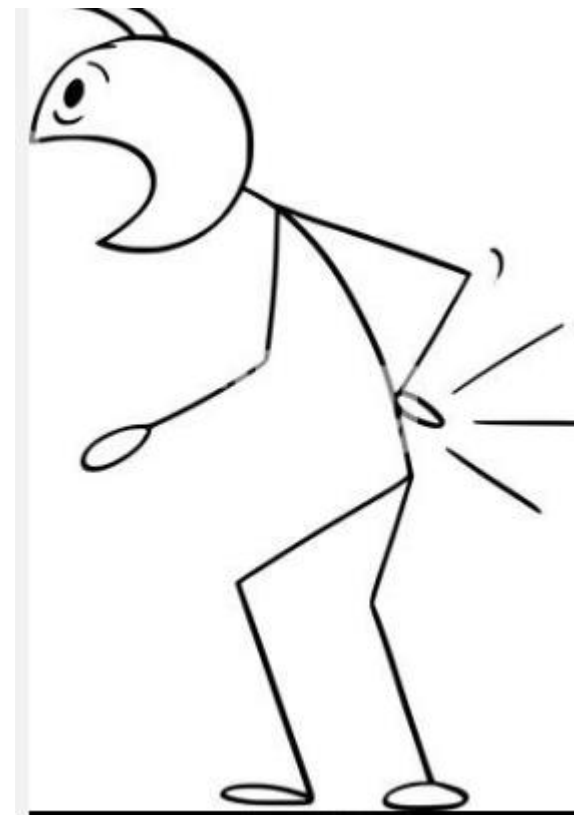
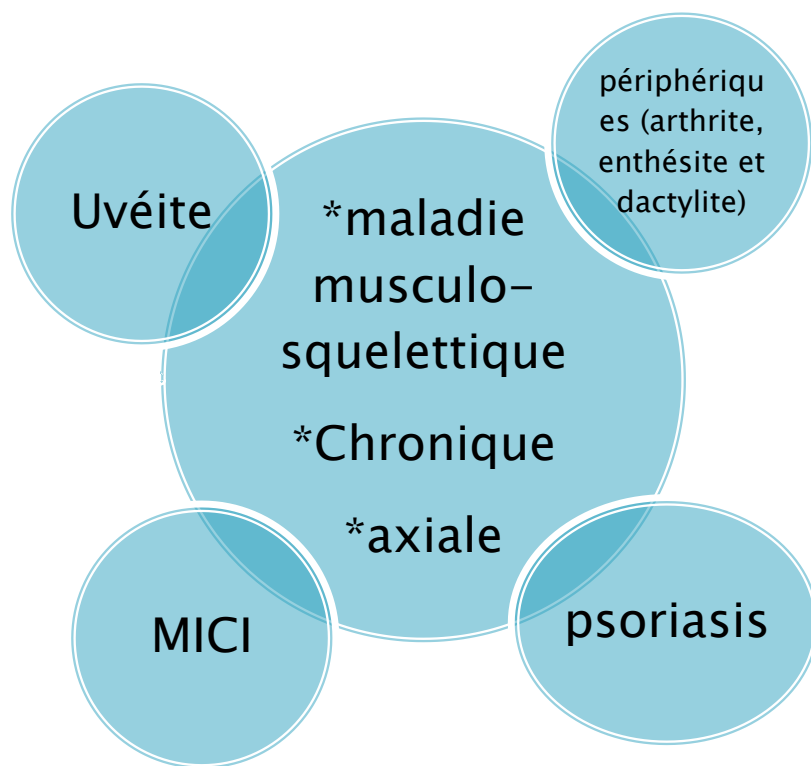
5TH SÉMINARY OF LAREDIAB
11TH CONGRESS OF AMIWIT
11TH CONGRESS OF AMIWIT

ASAS–EULAR recommendations for the management for axial SpondyloArthritis: 2022 Update

مختبر بحث سكري
« LAREDIAB »

Dr L.Boudalia

Introduction



axSpA

Introduction

Interventions non pharmacologiques
et pharmacologiques

Disponibilité du TNFi, ainsi que des inhibiteurs
de l'interleukine-17
et des inhibiteurs de Janus kinases (JAK)

Données sur les différentes options
thérapeutique proviennent principalement
d'essais contrôlés

Recommandations

2006 → 2010 → 2016 → 2022

Existing recommendations

Recommendation

2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis

Désirée van der Heijde,¹ Sofia Ramiro,¹ Robert Landewé,^{2,3} Xenofon Baraliakos,⁴
Filip Van den Bosch,⁵ Alexandre Sepriano,^{1,6} Andrea Regel,⁴ Adrian Ciurea,⁷
Hanne Dagfinrud,⁸ Maxime Dougados,^{9,10} Floris van Gaalen,¹ Pál Gábor,¹¹
Irene van der Horst-Bruinsma,¹² Robert D Inman,¹³ M...
Tore K Kvien,¹⁵ Pedro M Machado,¹⁶ ...
Victoria Navarro-Compán,¹⁷ ...
John ...

- 33 task force members, 16 countries
- Rheumatologists, epidemiologists, HP, PARE, EMEUNET, Y-ASAS, members proposed by national societies
- 52% new members vs 2016 recommendations

Principes généraux

- ▶ **A.** axSpA est une maladie potentiellement grave aux manifestations diverses, nécessitant le plus souvent une prise en charge **multidisciplinaire** coordonnée par le rhumatologue.
- ▶ **B.** L'objectif principal du traitement du patient atteint d'axSpA est de
 - maximiser la qualité de vie liée à la santé grâce au contrôle des symptômes et de l'inflammation,
 - prévention des dommages structurels progressifs,
 - préservation/normalisation de la fonction et à la participation sociale.

Principes généraux

- ▶ **C.** La prise en charge optimale des patients atteints d'axSpA nécessite une combinaison de modalités de traitement **non pharmacologiques** et **pharmacologiques**
- ▶ **D.** Le traitement de l'axSpA doit viser les meilleurs soins et doit être basé sur une **décision partagée** entre le patient et le rhumatologue
- ▶ **E.** axSpA entraîne des **coûts** individuels, médicaux et sociétaux **élevés**, qui doivent tous être pris en compte dans sa prise en charge par le rhumatologue traitant.

Recommandations

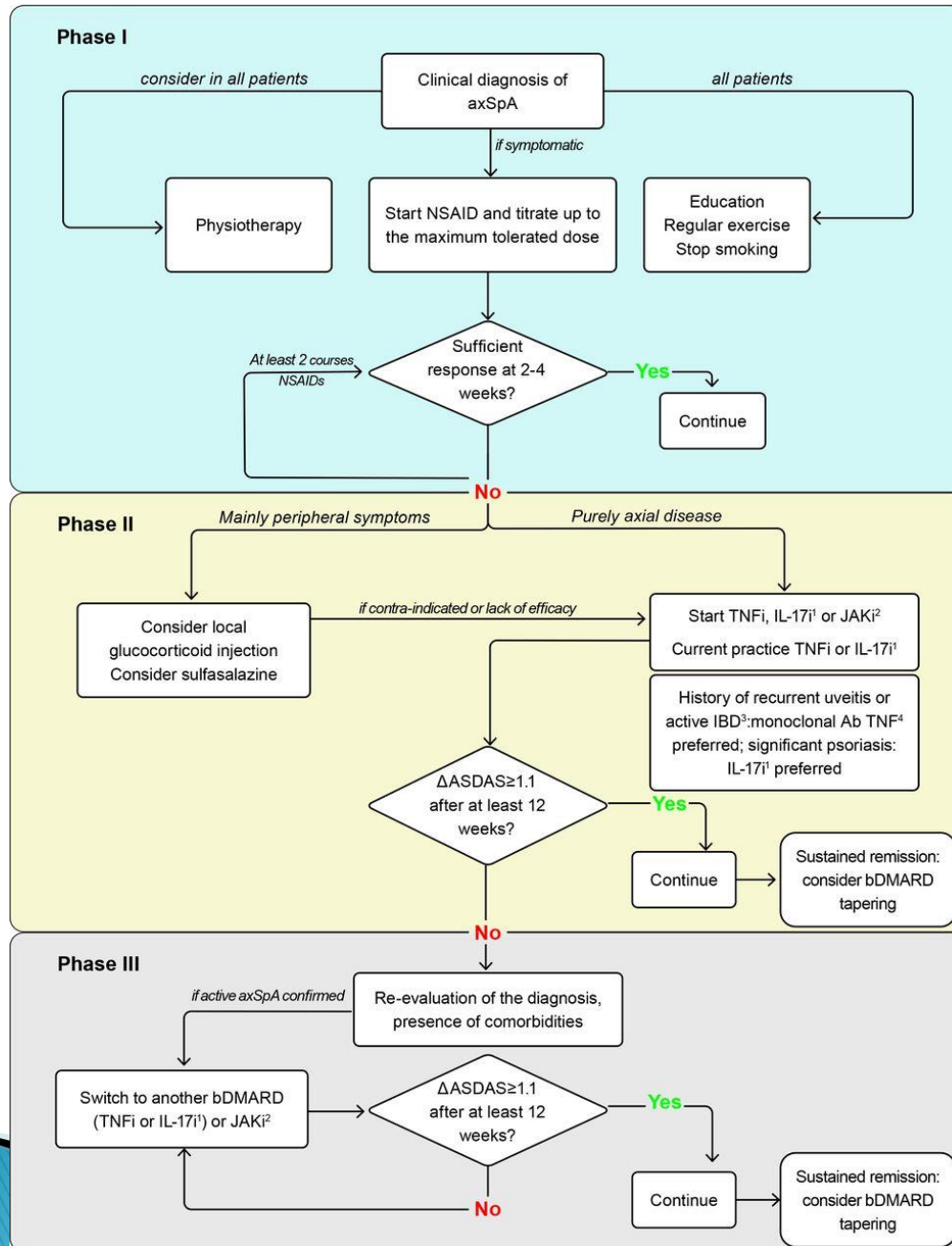
15 ont été acceptées :

–8 sont restées inchangées par rapport aux recommandations précédentes (#2, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 15),

–3 ont reçu des modifications mineures, principalement sur la nomenclature (#1, 4, 5),

–2 ont été significativement mis à jour (#9, 12),

–2 ont été nouvellement formulés (#10, 11)

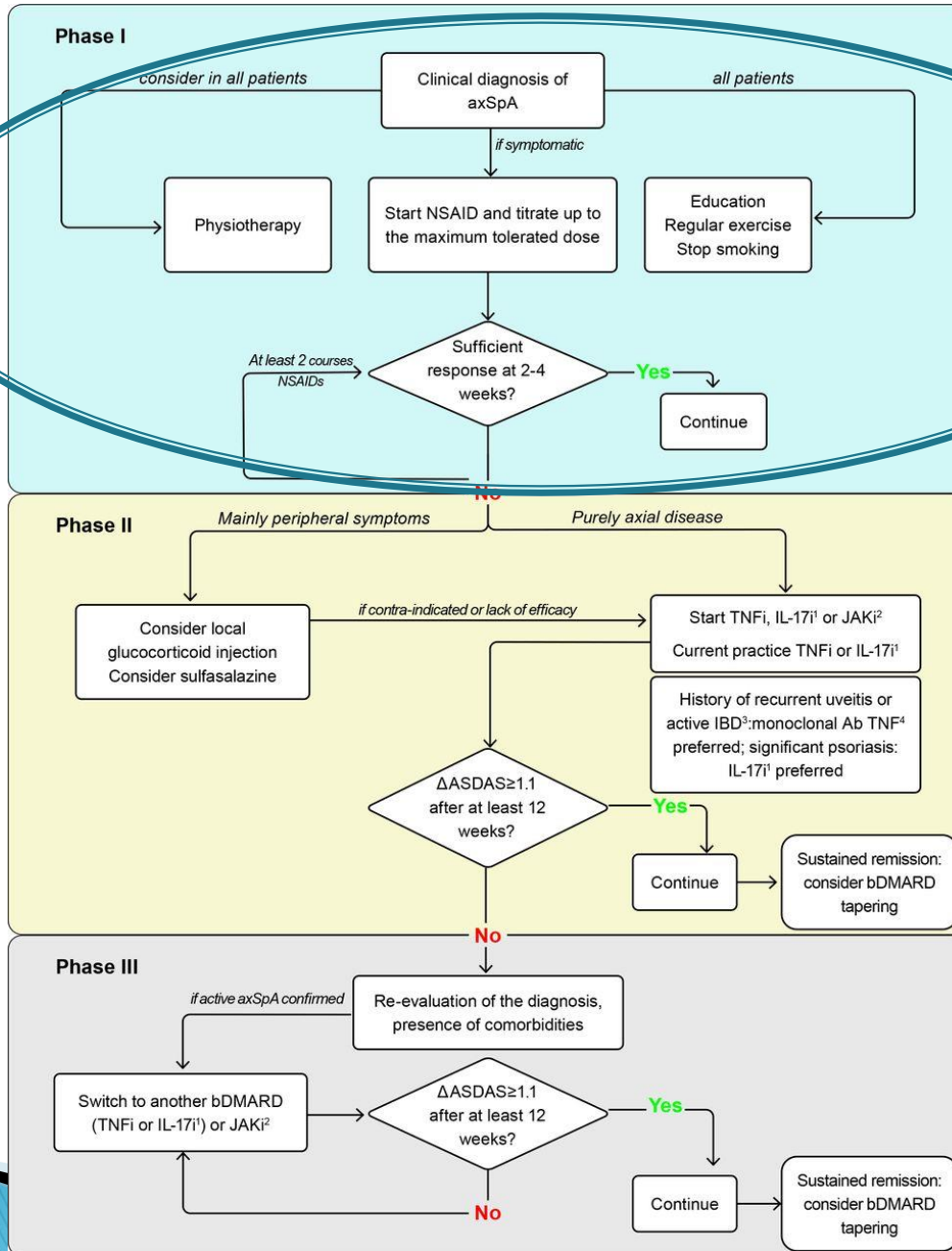


Algorithme basé sur les recommandations ASAS–EULAR pour la prise en charge de la spondyloarthrite axiale (axSpA)

Recommandations

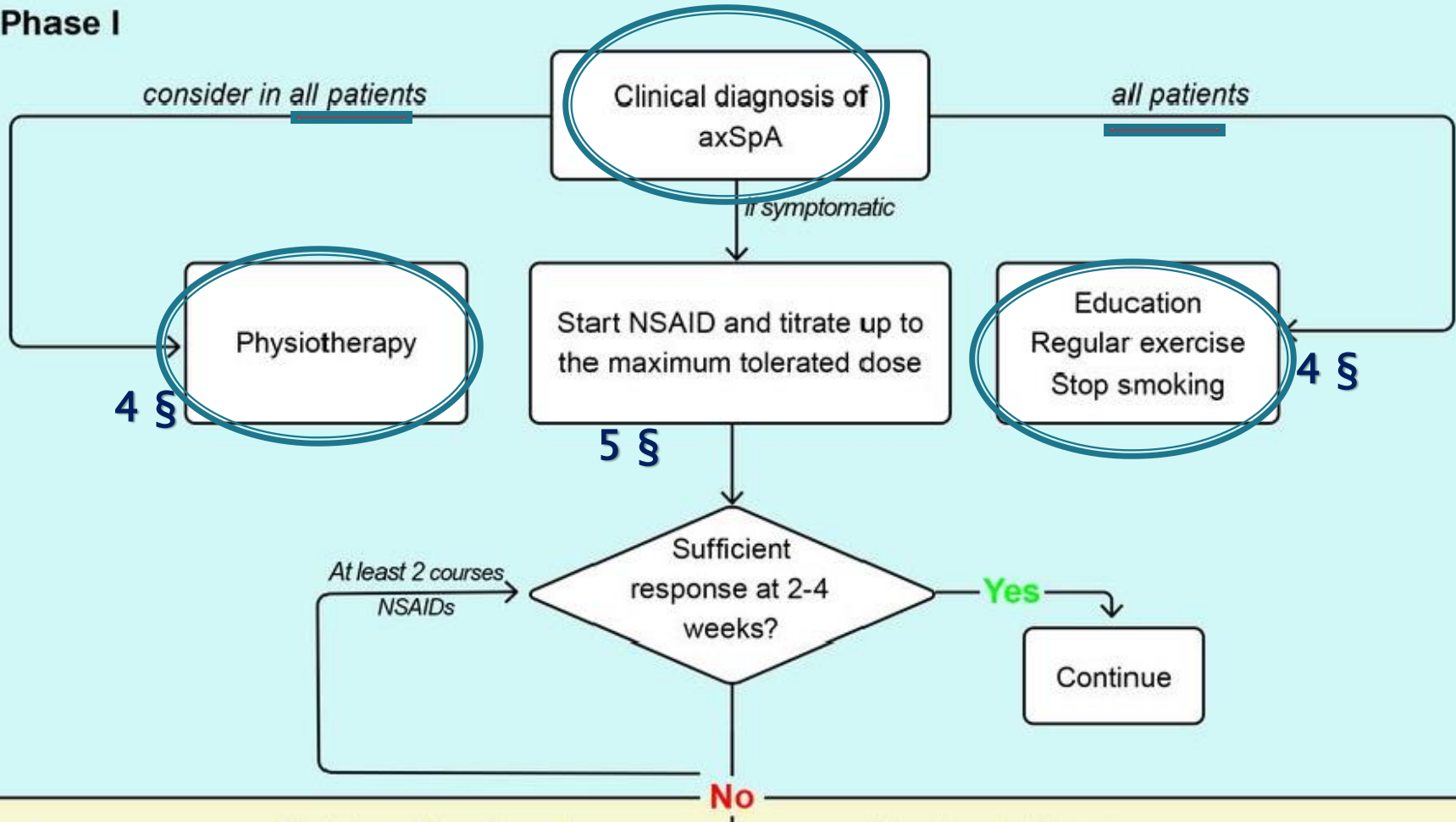
		LoE/ GoR	LoA (0–10) Score \geq 8%	
1 §	Le traitement des patients atteints d'axSpA doit être individualisé en fonction des signes et symptômes actuels de la maladie (axiaux, périphériques, EMM) et des caractéristiques du patient, y compris les comorbidités et les facteurs psychosociaux.	5/D	9.6 (0.8)	97%
2	La surveillance de la maladie des patients atteints d'axSpA doit inclure les résultats rapportés par les patients, les résultats cliniques, les tests de laboratoire et l'imagerie, le tout avec les instruments appropriés et pertinents pour la présentation clinique. La fréquence de la surveillance doit être décidée au cas par cas en fonction des symptômes, de la gravité et du traitement .	5/D	9.5 (1.1)	97%
3	Le traitement doit être guidé selon une cible thérapeutique prédéfinie	5/D	9.0 (1.1)	85%

§ Changement mineur de la nomenclature

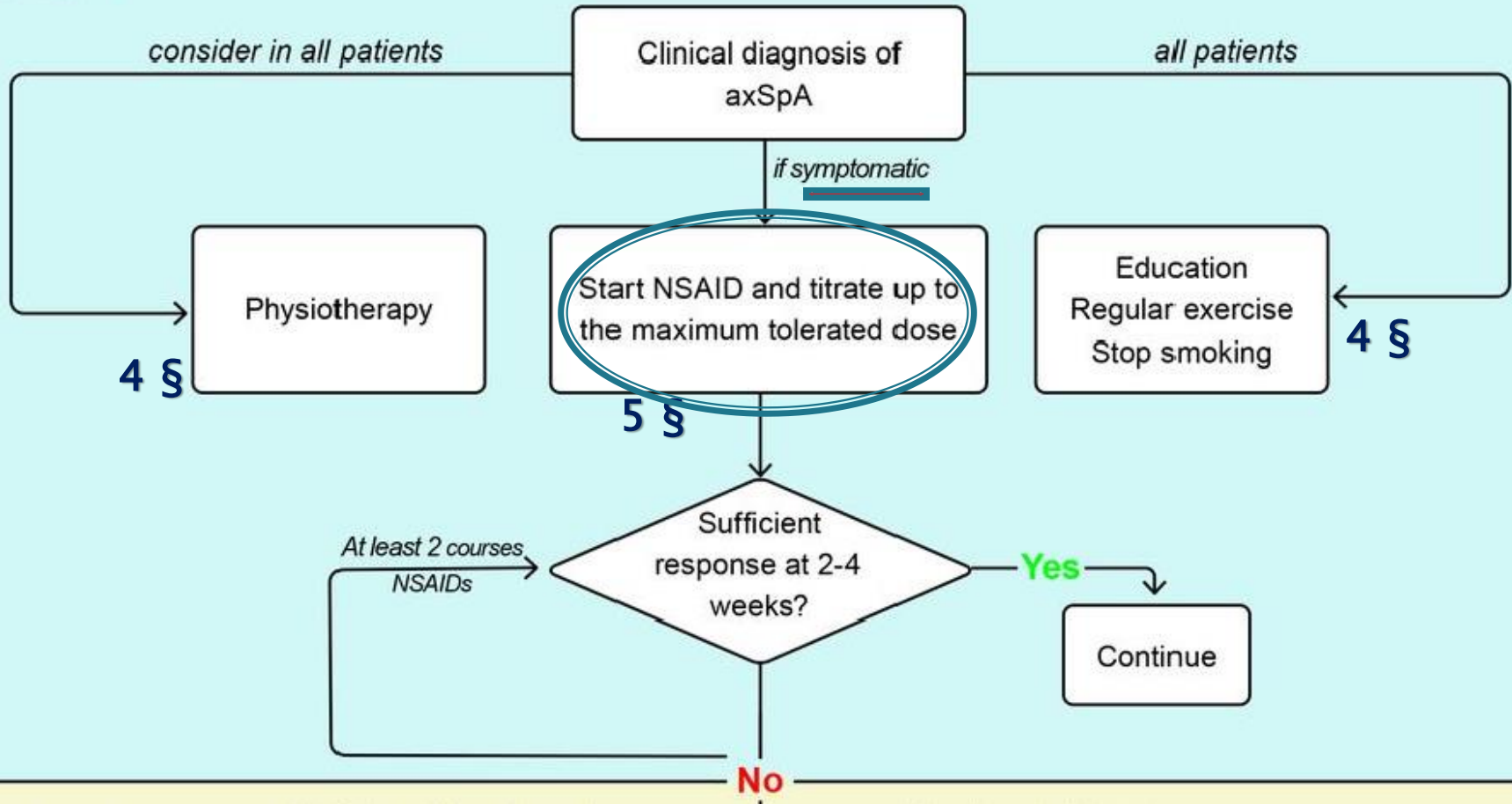


Algorithme basé sur les recommandations ASAS-EULAR pour la prise en charge de la spondyloarthrite axiale (axSpA)

Phase I



Phase I



		LoE/ GoR	LoA (0–10) % ≥ 8	
4 §	Les patients doivent être informés sur l'axSpA et encouragés à faire de l'exercice régulièrement, arrêter de fumer, la kinésithérapie doit être envisagée.	2b/B 5D/ 1a/A	9.8 (0.5)	100 %
5 §	Les patients souffrant de douleurs et de raideurs doivent utiliser un AINS en traitement médicamenteux de première intention jusqu'à la dose maximale, en tenant compte des risques et des bénéfices. Pour les patients qui répondent bien aux AINS, une utilisation continue est préférable si nécessaire pour contrôler les symptômes.	1a/A	9.5 (0.8)	97%

§ minor édits

4 Nomenclature (physiothérapie)

5 Clearer formulation, same content

		LoE/ GoR	LoA (0-10) % ≥ 8
6	Les analgésiques, tels que le paracétamol et les médicaments de type opioïde, peuvent être envisagés pour la douleur résiduelle après l'échec, la contre-indication et/ou la mauvaise tolérance des traitements précédemment recommandés.	5/D	8.9 79% (1.4)
7	Des injections de glucocorticoïdes dirigées vers le site local de l'inflammation musculo-squelettique peuvent être envisagées.	2/B	9.6 100% (0.8)
	Les patients atteints d'une maladie axiale ne doivent pas recevoir de traitement à long terme avec des glucocorticoïdes systémiques.	5/D	
8	Les patients atteints d'une maladie purement axiale ne doivent normalement pas être traités avec des csDMARD ;	1a/A (sulpha, metho) 1b/A (leflunomide) 4/A (other csDMARDs)	9.6 94% (0.9)
	La sulfasalazine peut être envisagée chez les patients souffrant d'arthrite périphérique.	1a/A	

patients
infl-

Rheumatologist's diagnosis of axial SpA

and

**Elevated CRP or positive MRI-SIJ or
Radiographic sacroiliitis***

and

Failure of standard treatment

All patients

At least 2 NSAIDs over
4 weeks (in total)

**Patients with predominant
peripheral manifestations**

One local steroid injection if appropriate
Normally a therapeutic trial of
sulfasalazine

and

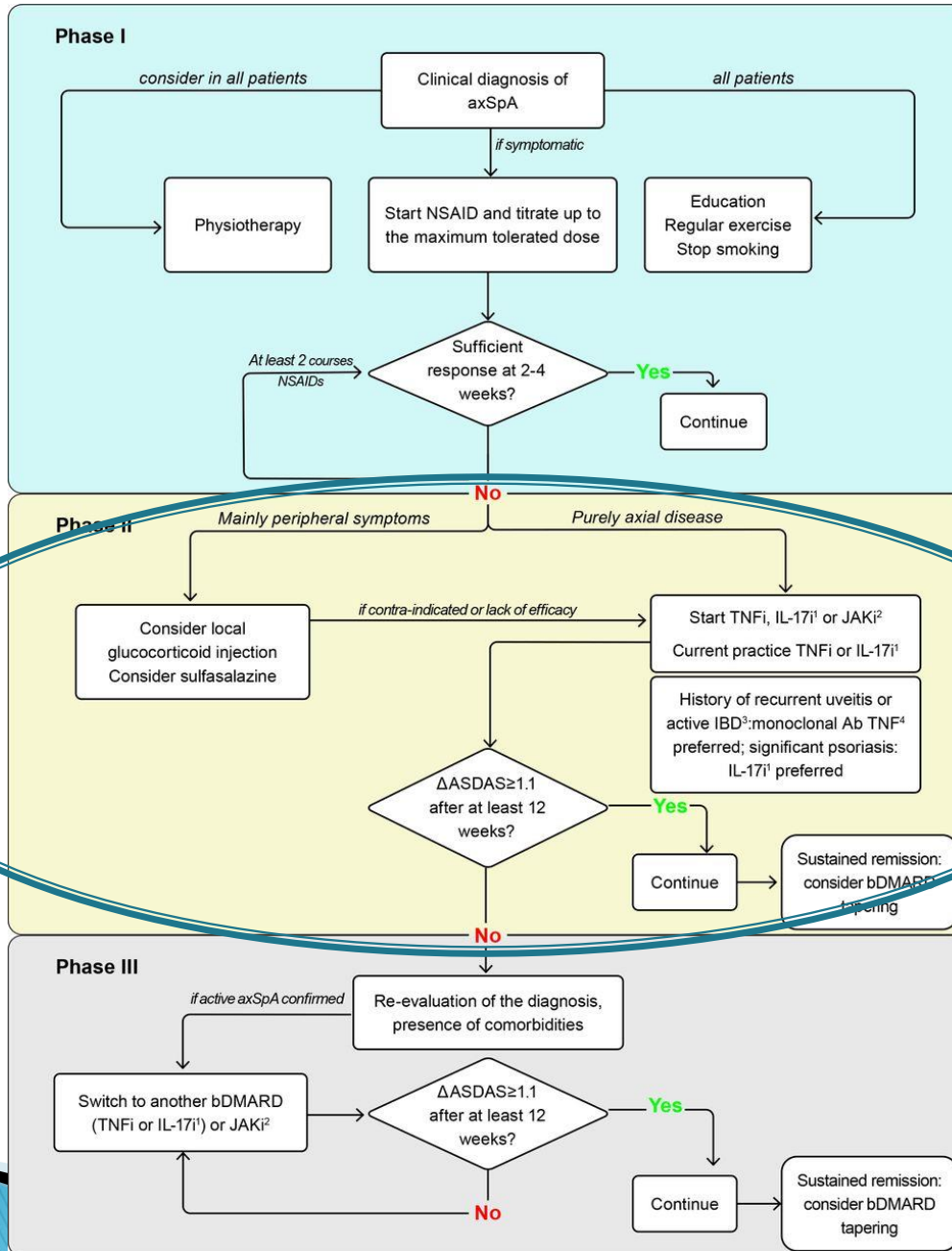
High disease activity: ASDAS \geq 2.1

and

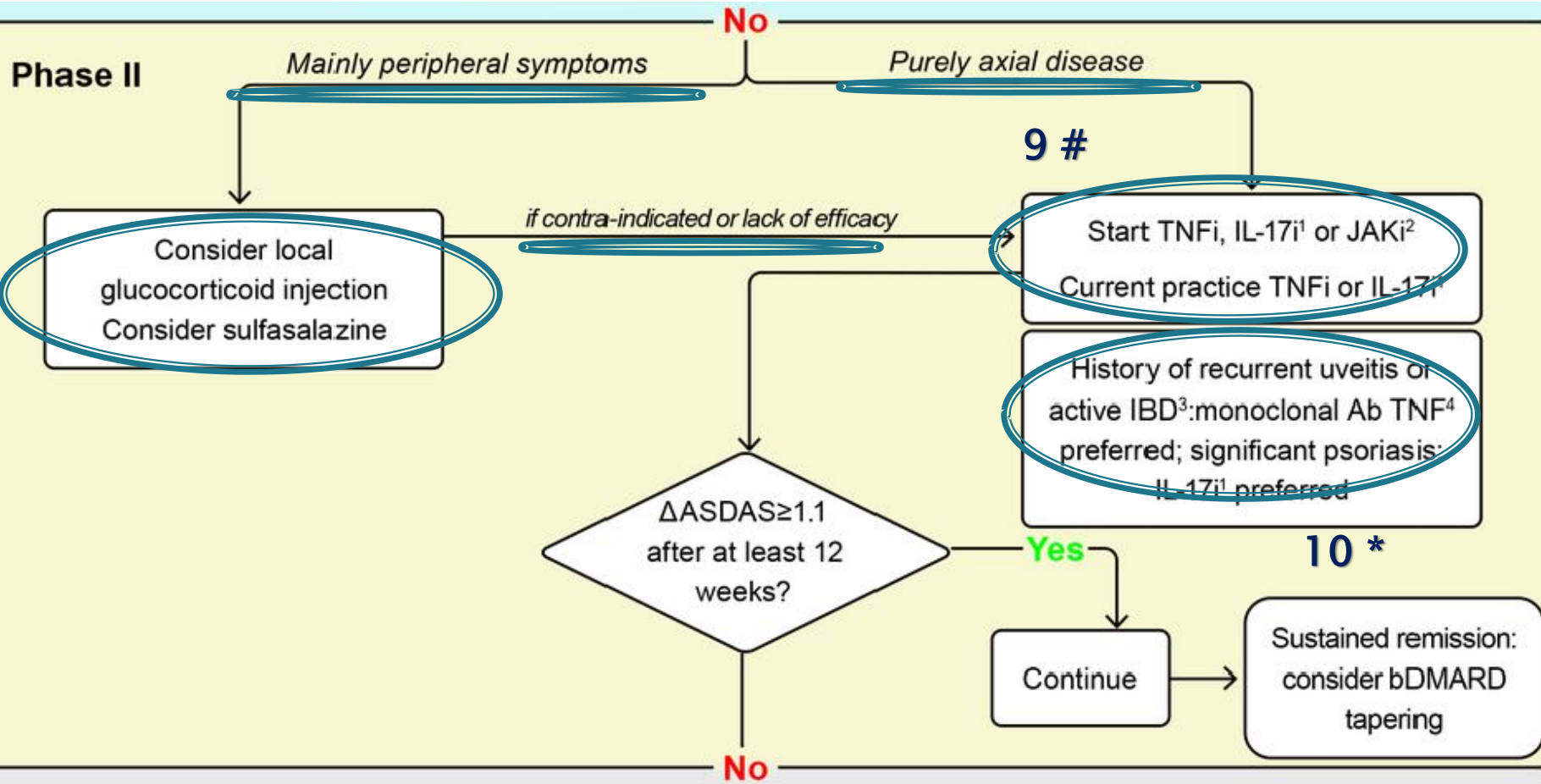
Positive rheumatologist's opinion

e activité
stante

**Recommandations
ASAS-EULAR pour
le traitement des
patients atteints
de SpA axiale avec
b/tsDMARDs**



Algorithme basé sur les recommandations ASAS-EULAR pour la prise en charge de la spondyloarthrite axiale (axSpA)



		LoE/ GoR	LoA (0–10) % ≥ 8	
9 #	TNFi, IL–17i ou JAKi doivent être envisagés chez les patients présentant une activité de la maladie élevée et persistante malgré les traitements conventionnels) ; la pratique actuelle consiste à démarrer un TNFi ou IL–17i.	1a/A	9.2 (1.2)	94%
10 *	En cas d'antécédents d'uvéite récidivante ou de MII active, la préférence doit être donnée à un anticorps monoclonal anti–TNF.	2b/B	9.1 (1.8)	97%
	Chez les patients atteints de psoriasis important, une IL–17i peut être préférée.	1a/B		

Significant updates

* New

ASAS-EULAR Recommendations for the continuation of b/tsDMARDs

Consider to continue b/tsDMARDs if after at least 12 weeks of treatment

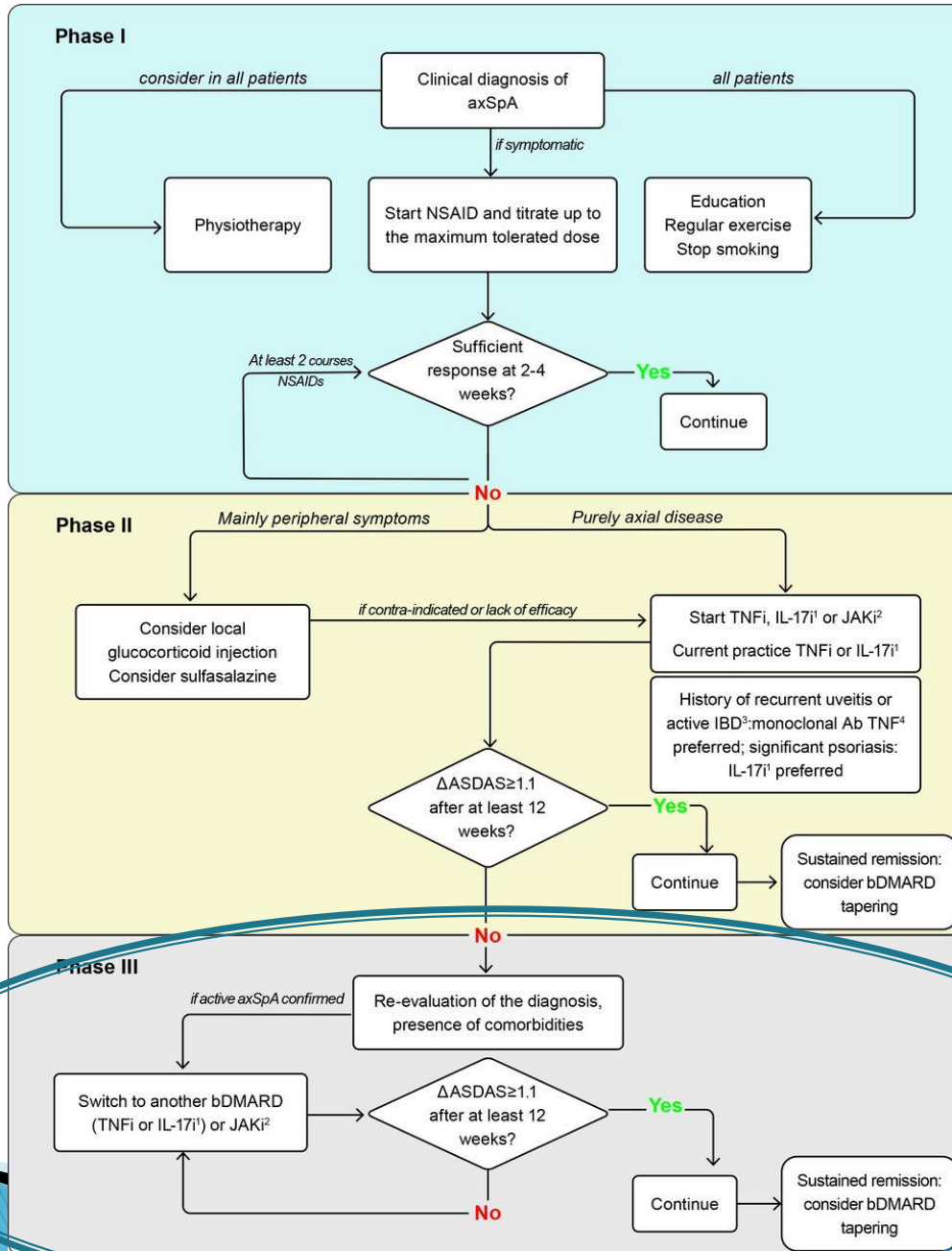
**ASDAS
improvement ≥ 1.1**

and

**Positive
rheumatologist's
opinion to continue**

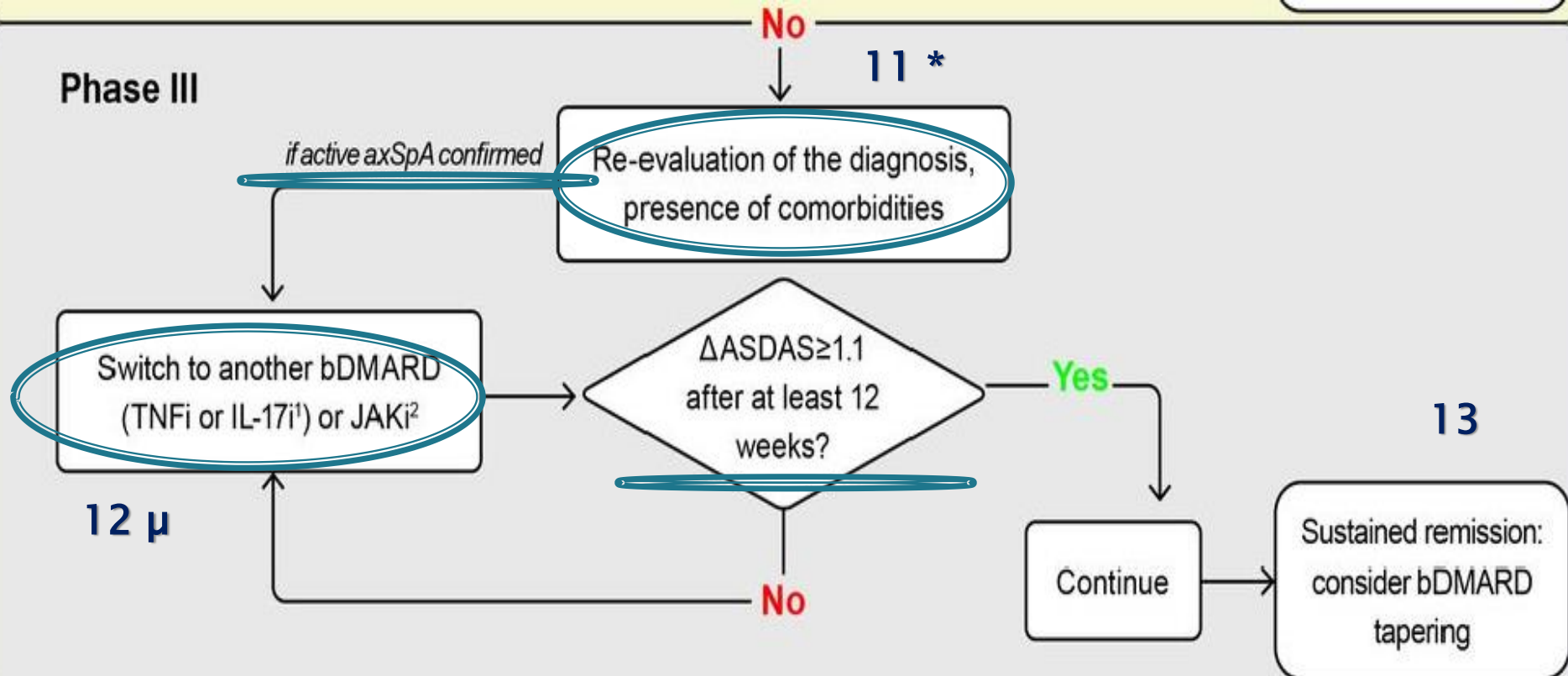
		LoE/ GoR	LoA (0–10) % ≥ 8
11 *	L'absence de réponse au traitement doit inciter à réévaluer le diagnostic et à envisager la présence de comorbidités.	5/D	9.5(0. 97% 8)

* New



Algorithme basé sur les recommandations ASAS-EULAR pour la prise en charge de la spondyloarthrite axiale (axSpA)

Phase III



		LoE/ GoR	LoA (0–10) % ≥ 8	
12 μ	Suite à un premier échec du b/tsDMARD, le passage à un autre bDMARD :TNFi ou IL-17i ou un JAKi doit être envisagé.	2b/B 1b/A 5/D	9.3 (1.1)	88 %
13	Si un patient est en rémission prolongée, la réduction progressive d'un bDMARD peut être envisagée.	1a/B(TNFi). 5/D(IL-17i)	9.1 (1.2)	82 %

μ Significant updates

		LoE/ GoR	LoA (0–10) % ≥ 8	
14	L'arthroplastie totale de la hanche doit être envisagée chez les patients présentant une douleur ou une incapacité réfractaire et des signes radiographiques de lésions structurelles, indépendamment de l'âge ; une ostéotomie correctrice vertébrale dans des centres spécialisés peut être envisagée chez les patients présentant une déformation invalidante sévère.	4/C	9.5 (0.8)	97%
15	Si un changement significatif dans l'évolution de la maladie se produit, des causes autres que l'inflammation, telles qu'une fracture vertébrale, doivent être envisagées et une évaluation appropriée, y compris une imagerie, doit être effectuée.	5/D	9.6 (0.9)	97%

Conclusion

- ▶ mises à jour en un ensemble de 5 OAP et de 15 recommandations.
- ▶ incluant les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques.
- ▶ Importance du traitement non pharmacologique
- ▶ AINS reste en première ligne de traitement pharmacologique dans la prise en charge de la AxSpa.
- ▶ Critères de passage au b/ts DMARDs.
- ▶ ASDAS \geq 2.1 sélectionné comme étant critère d'activité élevé de la maladie.

Conclusion

- ▶ indication pour b/tsDMARD : pratique courante, commencer avec un TNFi ou IL-17i
- ▶ La décision thérapeutique pour les EMMs:
uvéite récidivante → TNF monoclonal est préféré
Psoriasis → IL-17i
- ▶ Réévaluer le diagnostic et considéré les comorbidité si échec au traitement
- ▶ Si axSpA active confirmé : switcher entre b/ts DMARD
- ▶ Dégression des b/DIMARDs envisagé si rémission, non recommandé pour les ts/DMARDs



Merci!

5TH SÉMINARY OF LAREDIAB
11TH CONGRESS OF AMIWIT

11TH CONGRESS OF AMIWIT