

Spondyloarthrites, rhumatisme psoriasique

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ET SUR MESURE

La spondyloarthrite est une maladie complexe et polymorphe, rendant sa prise en charge difficile. En 2014, la Société Française de Rhumatologie (SFR) a publié ses premières recommandations de prise en charge des malades atteints de spondyloarthrite dans la *Revue du Rhumatisme*, destinée aux experts de la spécialité. L'évolution permanente des concepts et des techniques d'imagerie ainsi que la mise sur le marché de nouveaux traitements ont nécessité leur actualisation en 2018 puis en 2022.



Quel est le fil conducteur des recommandations depuis 2014 ? Quels éléments nouveaux ont déclenché la dernière mise à jour ?

Nous avons interrogé **le Professeur Thao Pham, rhumatologue à l'hôpital Sainte-Marguerite à l'AP-HM (Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille)** et membre du groupe de travail sur ces recommandations.

 Propos recueillis par Irène Pico-Philippe

Pourquoi ce titre évoquant LA spondyloarthrite, incluant le rhumatisme psoriasique ?

« Parce que depuis les premières recommandations publiées en 2014, il a été admis qu'on parle d'une seule et même maladie, avec des expressions différentes. Il s'agit au départ d'un concept très français émis dans les années 1990 par le Pr Bernard Amor qui, se basant sur les liens physiopathologiques et épidémiologiques entre différentes pathologies, a considéré qu'elles étaient toutes des formes de spondylarthropathies, rassemblées depuis sous le terme de **spondyloarthrite (SpA)**.

La SpA, c'est une même maladie qui peut se présenter différemment d'un patient à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre de la vie du malade. Lors de la consultation, le rhumatologue évalue l'atteinte articulaire principale chez son patient, de manière à lui proposer la prise en charge la plus appropriée et à la faire évoluer si nécessaire au fil du temps : c'est sur cette base que sont élaborées ces recommandations, avec pour objectif de personnaliser le soin selon la présentation clinique prédominante.

Comment ces recommandations sont-elles rédigées et à qui s'adressent-elles ?

De jeunes rhumatologues ont effectué une revue de la littérature scientifique, sur la base de laquelle les experts de chaque facette de la maladie ont échangé leurs points de vue, dont les recommandations expriment le consensus.

Elles s'adressent principalement aux rhumatologues afin de les aider à prendre en charge au mieux les

patients, grâce à 5 principes généraux et 15 recommandations. Nous insistons sur le fait que la SpA doit bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire, aussi s'adressent-elles également à tous les médecins qui peuvent être impliqués (généraliste, dermatologue, ophtalmologue, gastro-entérologue).

« La SpA, incluant le rhumatisme psoriasique, est une maladie chronique potentiellement grave et handicapante, avec des manifestations rhumatologiques et extra-rhumatologiques. Le rhumatologue coordonne sa prise en charge, souvent multidisciplinaire, en collaboration avec le médecin traitant et les différents spécialistes concernés. »

Principe général B



SPONDYLOARTHRITE (SpA)

AXIALE

RADIOGRAPHIQUE

"Spondylarthrite ankylosante"

NON RADIOGRAPHIQUE

PÉRIPHÉRIQUE

ARTICULAIRE

Rhumatisme psoriasique

Arthrite associée aux MICI

Arthrite réactionnelle

DACTYLITE

ENTHÉSITIQUE

Elles s'adressent également aux patients et aux associations de patients, dans le cadre de l'information et de l'éducation, de la prise en charge holistique dont ils doivent bénéficier pour aller bien, et pas seulement pour aller mieux ! La connaissance de sa maladie par le patient est essentielle pour qu'il s'implique dans sa prise en charge, au moyen de programmes d'ETP (éducation thérapeutique du patient) en particulier.

« L'objectif est d'améliorer la qualité de vie, de contrôler les symptômes et l'inflammation, de prévenir les dommages structuraux, de préserver ou restaurer les capacités fonctionnelles, l'autonomie et l'insertion socio-professionnelle des patients. »

Principe général C

« L'information et l'éducation du patient doivent faire partie de la prise en charge dès le diagnostic puis tout au long de la maladie. »

Principe général D

Comment classe-t-on les manifestations possibles de la spondyloarthrite et où y situer le rhumatisme psoriasique ?

Les deux grandes présentations articulaires de spondyloarthrite sont axiales ou périphériques.

Les SpA axiales se manifestent par des atteintes de la colonne vertébrale (ou rachis) depuis les cervicales jusqu'aux articulations sacro-iliaques. Ces dernières sont situées de chaque côté du bas du dos et relient le sacrum (zone inférieure du rachis) au bassin.

Parmi elles, on distingue :

- la spondyloarthrite axiale radiographique, anciennement nommée spondylarthrite ankylosante ;
- la spondyloarthrite axiale non radiographique : les manifestations inflammatoires axiales se voient à

l'IRM et l'inflammation est confirmée biologiquement par la CRP (protéine C-réactive).

Les SpA périphériques, ce sont toutes les autres. Elles peuvent être articulaires (arthrites des pieds, des mains, des genoux, des chevilles, des épaules), enthésitiques (concernant les zones d'attaches des tendons ou des ligaments aux os, au niveau des talons, des genoux, des coudes...) ou se manifester sous forme de dactylite (doigts ou orteils en "saucisse").

Le rhumatisme psoriasique (Rpso) fait partie intégrante des formes périphériques de SpA. Il est tellement polymorphe qu'il peut aussi bien se manifester par une arthrite seule, parfois associée à une dactylite, mais aussi par des atteintes axiales ! Dit autrement, il est classé parmi les SpA périphériques, avec la possibilité néanmoins de manifestations axiales.

L'arthrite associée aux MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) et les arthrites réactionnelles à une infection sont également classées parmi les SpA périphériques.

Ces manifestations articulaires peuvent être associées à des **manifestations extra-rhumatologiques** : cutanées (psoriasis), oculaires (uvéites) ou digestives (MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique). Celles-ci sont également prises en compte dans les recommandations de prise en charge des malades atteints de spondyloarthrite.

Pourquoi la SFR a-t-elle actualisé en 2022 ses précédentes recommandations ?

Il y a eu quelques évolutions en termes de connaissance de la maladie et de thérapeutique, qui ont été intégrées dans les principes généraux et les recommandations proprement dites.

On sait maintenant que l'obésité joue un rôle dans le fait d'avoir une maladie plus active mais aussi moins sensible aux traitements. L'obésité a donc été intégrée ►



« 3/4 des patients vont très bien avec les AINS comme seuls traitements et/ou en pratiquant une activité physique »

aux recommandations en termes de dépistage et de prise en charge, au même titre que les maladies cardiovasculaires et l'ostéoporose. Il ne s'agit pas de culpabiliser les patients obèses, mais de les aider à comprendre que certains traitements ne fonctionnent pas bien chez eux et que nous devons essayer d'améliorer au maximum la douleur et l'inflammation.

« Les comorbidités, notamment cardiovasculaires, l'obésité et l'ostéoporose, doivent être dépistées régulièrement et prises en charge selon les recommandations en vigueur. »

Recommandation 4

Concernant la thérapeutique, de nouveaux traitements sont apparus, notamment les JAK-inhibiteurs (JAKi) qui figurent dans cette actualisation, mais en retrait des anti-TNF pour le traitement des atteintes axiales, car ils n'ont été évalués que face à un placebo. En revanche, des études face/face ayant comparé dans le rhumatisme psoriasique les anti-IL17 aux anti-TNF ont montré qu'ils ont la même efficacité sur les manifestations périphériques, c'est pourquoi ils figurent au même niveau dans les recommandations. En cela, les recommandations françaises se démarquent des recommandations européennes qui placent les JAKi au même niveau que les anti-TNF et les anti-IL17.

« En cas de manifestation axiale prédominante, après échec du traitement symptomatique, les traitements ciblés (anti-TNF, anti-IL17, JAKi), en général anti-TNF de première intention, doivent être envisagés chez les patients ayant une maladie active malgré les AINS. »

Recommandation 10 B

« En cas d'arthrite prédominante, après échec du traitement symptomatique (...) en cas de recours à un traitement ciblé, on peut privilégier en première intention un anti-TNF ou un anti-IL17. »

Recommandation 11 C

Deux schémas présentés dans ces recommandations font la synthèse de ce qui guide le rhumatologue dans le choix des traitements. Le premier schéma présente ce qui oriente le rhumatologue vers l'indication d'un traitement ciblé. Que devons-nous en retenir ?

Ce schéma place les indications d'un traitement ciblé, biomédicament ou JAKi, **après une réponse inadéquate au traitement symptomatique, à savoir les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens).**

Les AINS font partie des fondamentaux des traitements de la SpA, que ce soit pendant les poussées ou en

traitement de fond. En cas de poussée, il faut prendre son AINS très rapidement et à dose maximale pendant plusieurs jours d'affilée pour éviter que l'inflammation ne prenne de l'ampleur et pour savoir s'il fonctionne. S'il ne fonctionne pas, il ne faut pas hésiter à en changer pour que chacun trouve celui qui lui correspond en termes d'efficacité et de tolérance. **Il ne faut pas oublier que les AINS peuvent être un traitement de fond de la SpA : ¾ des patients vont très bien avec les AINS comme seuls traitements et/ou en pratiquant une activité physique.** De plus, les effets bénéfiques des AINS sur l'inflammation cardiovasculaire liée à la SpA compensent leurs effets indésirables propres.

Ce schéma montre à quel moment un traitement ciblé est indiqué selon chacun des 3 grands types d'atteintes articulaires principales : après les AINS dans la SpA axiale et dans les enthésites/dactylite de la SpA périphérique, et après les AINS puis le méthotrexate (ou ses alternatives : léflunomide et sulfasalazine) dans l'arthrite de la SpA périphérique (rhumatisme psoriasique), les infiltrations locales de corticoïdes ayant également une place importante dans toutes les formes périphériques.

Mais il montre surtout avec force que cette indication relève au final de la **conviction du rhumatologue de l'intérêt de débiter le traitement ciblé**, en fonction de manifestations extra-rhumatologiques éventuelles mais aussi d'autres critères : si par exemple, mon patient risque de perdre son travail si je n'agis pas en instaurant un biomédicament plus rapidement que ce que j'aurais dû en théorie, les recommandations me donnent la souplesse de mon interprétation humaine.

Le second schéma va plus loin en exposant la stratégie globale de prise en charge de la spondyloarthrite. Que faut-il en retenir ?

Ce schéma aborde la temporalité : il faut en retenir que les AINS doivent être essayés au moins 4 semaines, selon la balance bénéfique/risque, et que le traitement de fond (qu'il soit ciblé ou non) peut mettre 3 mois pour manifester ses premiers signes d'efficacité et 6 mois pour être pleinement efficace. D'où l'importance de patienter pour le malade et de l'évaluation par le rhumatologue de l'effet de la molécule à ces deux échéances, afin d'en changer si nécessaire.

Autre élément fondamental de ce schéma, il liste tous les éléments de la prise en charge hors traitements de fond :

éducation, information, arrêt du tabac, antalgiques, physiothérapie, kinésithérapie, chirurgie et exercices, autrement dit activité physique. Cette dernière est primordiale pour les patients atteints de SpA, elle fait partie intégrante de leur traitement, au même niveau que les médicaments. Elle peut se pratiquer au quotidien sous forme d'auto-exercices et/ou d'une activité physique adaptée (APA) proche de chez eux et qui leur fait plaisir.

Le cœur de ce schéma, ce sont les médicaments qui sont à la disposition du rhumatologue et la logique selon laquelle ils doivent être prescrits pour chacun des 3 grands types d'atteintes articulaires principales (SpA axiale, arthrite de la SpA périphérique et enthésite/dactylite de la SpA périphérique), après réponse inadéquate aux AINS et aux infiltrations.

Dans la SpA axiale, le traitement ciblé de première intention reste les anti-TNF (Remicade®, Enbrel®, Humira®, Simponi®, Cimzia® et leurs biosimilaires), suivi des anti-IL17 (Cosentyx®, Taltz®, Bimzelx®) ainsi que des JAKi (traitements ciblés synthétiques par voie orale : Rinvoq® et Xeljanz®).

Dans les arthrites des formes périphériques, le traitement de fond de première ligne reste synthétique conventionnel : méthotrexate ou l'une de ses alternatives (Arava®, Salazopyrine®). Ce qui est vraiment nouveau, c'est qu'en cas d'intolérance ou de réponse insuffisante, on passe soit aux anti-IL17 soit aux anti-TNF (grâce aux études face-face entre ces deux familles). Dans des cas particuliers, l'apremilast (Otezla®), un traitement ciblé synthétique (donc par voie orale) peut être prescrit : il figure un peu à part car son effet structural n'a jamais été évalué, aussi on évite de le donner à des patients présentant des formes potentiellement destructrices.

Et pour finir, dans toutes les formes périphériques (arthrites, enthésite/dactylite), en plus des anti-TNF, des anti-IL17 et des JAKi, peuvent également être prescrits les anti IL23 (Tremfya®, Skyrizi®) et l'anti IL12/23 (Stelara®).

Travaillez-vous déjà sur les prochaines recommandations ?

Nous nous adaptons à l'actualité, généralement nous actualisons les recommandations tous les 4 à 5 ans. De nouveaux traitements vont bientôt arriver sur le marché, aussi ce sera peut-être plus tôt ! ■ 

Découvrez

l'intégralité de l'actualisation 2022 de ces recommandations en scannant ce QR Code →



Découvrez

la page de notre site Internet www.polyarthrite.org dédiée aux traitements des rhumatismes inflammatoires chroniques en scannant ce QR Code →

