

Spondylarthrite axiale en 2024 : imagerie et traitement

Dr Michael Nissen, Rhumatologie



L'orateur commence en nous présentant un patient de 45 ans, qu'il suit depuis 15 ans. Celui-ci a développé la maladie durant l'enfance, à une époque où les traitements actuels n'étaient pas disponibles.

Introduction

La spondylarthrite est soit à prédominance axiale, soit plutôt périphérique. Les deux s'entrecroisent fréquemment, cependant la classification permet de choisir un traitement plutôt qu'un autre.

La maladie de Bechterew est un sous-type de spondylarthrite axiale, soit la forme ankylosante, mais l'usage de cette antonomase se perd.

Pour la spondylarthrite axiale (SpA), le retard diagnostic est une problématique majeure, avec 9 ans entre les premiers symptômes et le diagnostic. Une étude de cohorte Suisse, plus récente, montre une amélioration, avec 4.3 ans de retard.

Il y a une fenêtre d'opportunité durant laquelle il est idéal de dépister de façon précoce et de commencer le traitement pour améliorer la prise en charge et de pronostic.

Le dépistage doit se faire dès l'apparition des douleurs, lorsque des marqueurs inflammatoires sont visibles à l'IRM, mais avant que les lésions typiques soient retrouvées à la radiographie.

En 2018 une [étude Suisse](#) trouve que le traitement précoce par inhibiteurs du TNF ralentit la progression de la maladie. Depuis, de nombreuses études démontrent le bénéfice d'un traitement précoce.

Physiopathologie - selon le modèle murin

Des lymphocytes T spécifiques résident uniquement dans la jonction tendon-os, l'anthèse. Leur activation par IL23 provoque une inflammation à la base de la maladie.

La production d'IL23 est médiée par 3 facteurs principaux:

- Le microbiote: explique que les troubles intestinaux soient une comorbidité fréquente.
- HLA-B27
- Stress biomécanique: lorsqu'une souris avec spondylarthrite est suspendue par la queue, elle ne développe pas d'atteinte sacrale ni axiale.

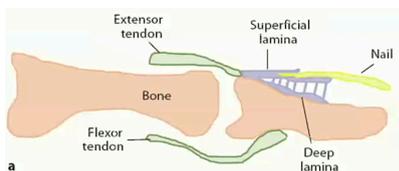
Imagerie

La radiographie standard reste utile pour détecter les altérations de la colonne vertébrale, mais ne détecte qu'une forme tardive, lorsque les syndesmophytes sont déjà présents.

D'autres modalités permettent une détection plus précoce:

- l'ultrason permet de voir l'inflammation dans les articulations, tendons et enthèses
- L'IRM est indispensable pour les lésions rachidiennes et du bassin. De plus en plus d'études recommandent une IRM corps entiers pour voir les lésions périphériques.
- Un CT pelvien: utile dans certains cas, pour voir les érosions, moins visibles à l'IRM.
- Densitométrie osseuse car le risque d'ostéoporose est augmenté

Ultrason



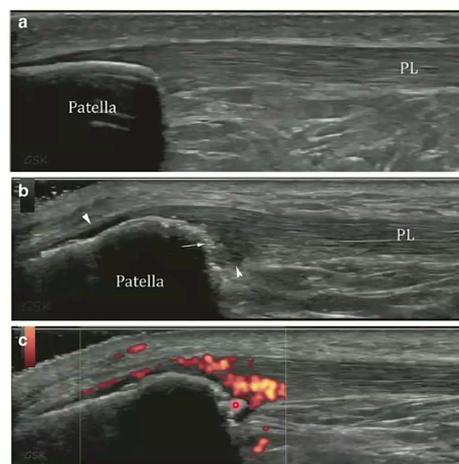
Le plateau de l'ongle est relié à l'enthèse de l'IPD. C'est pour cela que des formes de psoriasis unguéales peuvent toucher l'IPD.

Cette atteinte de l'IPD peut également être visualisée à l'ultrason lors de spondylarthrite, en particulier une vascularisation augmentée.

Lors d'enthésite, le tendon devient hypoéchogène (b, flèche droite) et la corticale devient irrégulière avec des microcalcifications. Le doppler montre une vascularisation importante là où il ne devrait pas y en avoir du tout.

D'autres pathologies font des enthésopathies: troubles rhumatologiques, métaboliques et induits par les médicaments. La cause peut être plus inflammatoire ou plus mécanique.

Facteurs de risque: âge avancé, sexe masculin, surpoids, grossesse, sport de haut niveau.



L'ultrason est également utile dans le contexte de fibromyalgie, dont 38% des patients avec une spondylarthrite souffrent. Elle permet de préciser l'examen clinique qui est faussé par les douleurs diffuses de la fibromyalgie.

IRM

Les critères de [classification ASAS](#) pour la SpA: (Sn et Sp ~82%)

Chez des patients avec ≥ 3 mois de douleurs et <45 ans au début des douleurs:

- Soit Sacroilite à l'IRM **hautement suggestive de SpA** + ≥ 1 caractéristique
- Soit HLA-B27 + ≥ 2 caractéristiques

Caractéristiques: dorsalgies inflammatoires, arthrite, enthésite, dactylite, psoriasis, MICI, répond bien aux AINS, antécédents familiaux de SpA, HLA-B27, CRP augmentée.

L'IRM fait cependant de nombreux faux-positifs, avec 17 à 23% de la population générale qui présente une imagerie sacro-iliaque hautement suggestive, sans symptomatologie. Chez les coureurs et joueurs de hockey sur glace, ce chiffre monte à 35-41%. Chez les militaires, à 41-50%, et en post-partum à 57%.

Malheureusement, la lecture du rapport d'IRM a un effet nocebo marqué, augmentant l'handicap fonctionnel à 12 mois, la durée du handicap, les d'investigation et chirurgies superflues, et les coûts de la santé. ([Pour en savoir plus](#))

Une IRM du bassin suffit généralement, mais une IRM de la colonne peut être discutée en cas de douleurs majeures dans le dos.

Une seconde lecture de l'IRM peut être demandée au colloque de rhumatologie.

Recommandations de traitement

- **Anti-TNF**: utilisés depuis > 20ans. 5 options et de plus en plus de biosimilaires, ce qui baisse les coûts. Un bon traitement de départ.
- **Anti-IL17A**: Secukinumab, Ixekizumab, pas pour les colites inflammatoires!
- **Anti-IL12/23**: Ustekinumab → efficace sur les atteintes périphériques
- **Anti-IL23**: Guselkumab, Risankizumab → efficace sur les atteintes périphériques
- **Anti-JAK**: action intracellulaire → Upadacitinib (spécifique Jak1), Tofacitinib → PO, large spectre d'efficacité, plus d'effets indésirables... (CV, cancer.. ↑ âge)

Le choix est donc complexe. L'orateur et son collègue ont sorti une revue en 2022 dans Rheuma Schweiz, prenant en compte le mode d'administration, les coûts...des différents traitements biologiques disponibles.

	csDMARD	Anti-PDE4	JAKi	TNFi	Anti-IL-17	Anti-IL-12/23	Anti-IL-23
	MTX, LEF, SSZ	Aprémilast	TOFA, UPA, BARI, Deucravacitinib	ADA, IFX, ETN, CER, GOL	SECU, IXE	UST	GUS, RZB
Administration	Voie	orale/SC	orale	orale	SC / IV	SC	SC
	Fréquence	Quotidienne ou hebdomadaire	2x/jour	1-2x/jour	Hebdomadaire à tous les 2 mois	Toutes les 2-4 semaines	Tous les 3 mois
Efficacité	Articulaire	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓
	Cutanée	✓✓ MTX ✓ LEF	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓(✓)	✓✓✓✓(✓)
	Enthésites	(✓)	✓	✓✓	✓✓(✓)	✓✓	✓✓
	Dactylites	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
	Colites (MICI)	✓	(✓)	✓ (TOFA RCUH)	✓✓ (sauf ETN)	×	✓✓
	Uvéites	✓ (MTX)	?	?	✓✓ (IFX, ADA)	✓	?
Amélioration de la progression radiologique	Axiale	×	(✓)	✓(✓)	✓✓	×	?
	Axiale	×	?	?	✓	×	?
	Périphérique	×	?	✓ (ADA)	✓	✓	(✓)
Autre	↑ Fonction (HAQ)	✓ (MTX)	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
	Effets secondaires	✓✓	✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓
	Coût^a (CHF/année)	1000-2,000	12,000	16-25,000	10-25,000	9-18,000	15,000
	Remarques	Précaution avec le MTX en cas de stéatose hépatique.	Prise avec le MTX si C/I aux AINS.	Éviter si TVP, EP, cancer, herpès, hyperlipidémie, >65 ans, ou tabagisme.	Éviter en cas de SEP ou d'ICC sévère. CER si Crohn ou grossesse. GOL si RCUH.	Risque de candidose. Éviter si colite.	Moins efficace pour l'arthrite périphérique. Meilleur pour les articulations que l'anti-IL-12/23. Pas de risque de candidose.

Ne pas oublier le traitement classique par AINS, qui est efficace pour de nombreux patients! Suivre avec un TNF ou IL17Ai de préférence. Une activité physique fréquente et un arrêt du tabac font également partie du traitement initial.

Treat to target (T2T): traiter pour arriver à une cible, en se basant sur le score [ASDAS-CRP](#), qui est plus objectif et mieux corrélé à l'évolution que le score BASDAI.

Le diagnostic devrait être ré-évalué après un échec de traitement: erreur diagnostique? comorbidité influençant l'évaluation? Douleur plus mécanique que inflammatoire? (=> IRM/Echo) Adhérence au traitement?

En cas de rémission prolongée (~1an), une diminution progressive du traitement peut être tentée.

Nouveaux traitement

[Bimekizumab](#) est un Anti-IL17, qui agit sur la voie A et la voie F.

L'étude de phase 3 montre une supériorité claire sur le placebo en termes de score ASDAS, de taux de CRP ainsi que sur l'inflammation sacro-iliaque à l'IRM.

Il semble très bien toléré, bien qu'il y ait un peu plus de nasopharyngites et de candidoses orales comparé au groupe placebo. Pas plus de colites.

Fonctionne aussi pour la polyarthrite rhumatoïde et le psoriasis.

Deucravacitinib n'est pas encore disponible en Suisse. Il fonctionne mieux que le placebo mais ne semble pas faire beaucoup mieux que d'autres traitements.

Prédicteurs de progression vers une forme radiologique: CRP augmentée, Inflammation visible sur l'IRM initiale, Anomalies sacro-iliaques sur la radiographie initiale, Tabac, HLA-B27, Sexe masculin.

A retenir

- y penser chez les < 45 ans avec dorsalgies inflammatoires
- tester HLA-B27 et IRM **si** indiqué → bonne probabilité pré-test
- L'ultrason prend de plus en plus de place pour le suivi des enthèses
- Plus de traitements, mais plus complexes...
- L'objectif est de diminuer les douleurs, la rigidité, le handicap, et les signes radiologiques.



Contact de l'orateur:
mjni@hcuge.ch

Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch

