

EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise - Agrément provisoire DPC

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA RÉGION DE MONTMORENCY

Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ézanville www.EPU95-montmorency.org

COMMENT ET POURQUOI DIAGNOSTIQUER TOT UN RHUMATISME INFLAMMATOIRE ?

DPC du 6 février 2014

D'après un exposé du Pr Géraldine Falgarone
Rhumatologue Hôpital Avicenne Bobigny

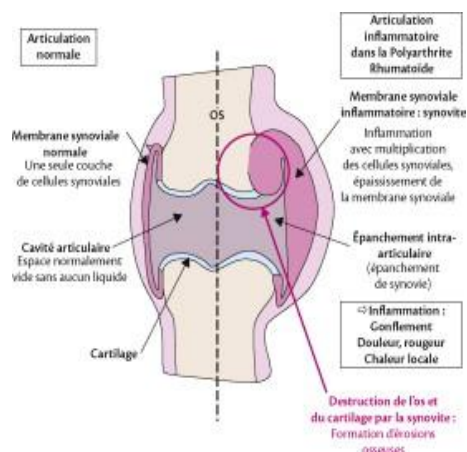
1. POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

1.1. GENERALITES

C'est la maladie auto-immune la plus fréquente et se caractérise par une inflammation chronique des articulations pouvant conduire à leur destruction.

L'inflammation de la synoviale entraîne progressivement une déformation articulaire, puis une destruction de l'os et du cartilage.

La PR est également une maladie systémique pouvant s'accompagner de manifestations extra-articulaires (cardiaques, pulmonaires, vasculaires, nerveuses, oculaires...) ayant des répercussions sur le pronostic vital.



1.2. ÉPIDÉMIOLOGIE

Elle est présente dans tous les pays et toutes les ethnies et touche environ 0,5 % de la population.

Sa cause est inconnue, mais il existe un lien avec une prédisposition génétique (HLA-DR4, sexe féminin), des facteurs environnementaux (toxiques comme le tabac et/ou infectieux) et des facteurs hormonaux.

1.3. FORMES CLINIQUES DE LA PR

Elles sont multiples. Il existe des formes bénignes et des formes sévères. Il s'agit souvent d'une femme de la cinquantaine présentant un tableau d'oligo- ou polyarthrite d'horaires inflammatoires affectant, en particulier, les mains mais respectant les interphalangiennes distales. Parfois, il peut s'agir d'une monoarthrite, ou d'un rhumatisme palindromique (intermittent). Des manifestations extra-articulaires sont possibles.

L'évolution habituelle se fait par poussées inflammatoires plus ou moins intenses, pouvant conduire à une aggravation des lésions, avec atteinte d'autres articulations jusque-là indemnes.

Les formes sévères se manifestent par une évolution rapide et des destructions articulaires importantes, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et la mise en route le plus tôt possible d'un traitement adapté dans le but d'éviter des complications parfois irréversibles et le handicap.

1.4. LE PRONOSTIC

Les patients atteints de PR ont une mortalité accrue. La réduction de l'espérance de vie de l'ordre de 5-15 ans. Cette surmortalité est avant tout d'origine CV. Les autres causes sont

- Causes infectieuses
- Affections néoplasiques (fréquence augmentée des lymphomes malins non hodgkiniens)
- Causes spécifiques :
 - Amylose

- Vascularite
- Atteinte neurologique (diastasis C1*C2, impression basilaire)
- Causes iatrogènes :
 - Mortalité secondaire aux complications digestives graves des AINS et
- Complications graves des traitements de fond.

1.5. LE DIAGNOSTIC

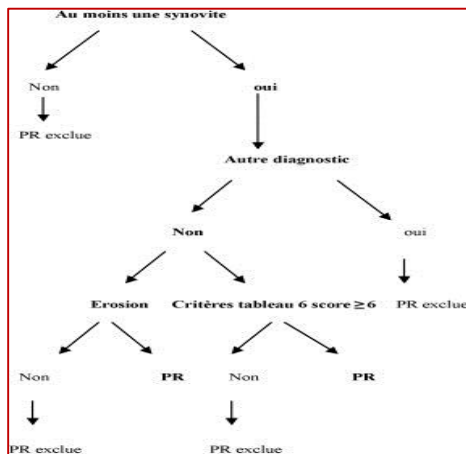
Pour traiter tôt, il faut diagnostiquer tôt. Les progrès réalisés en imagerie, en biologie, et en thérapeutique ont considérablement changé l'approche diagnostique et la prise en charge des patients et finalement le pronostic de la maladie.

1.5.1. GLOBALEMENT

La démarche diagnostique initiale implique de reconnaître la polyarthrite, devant un tableau de :

- Synovite clinique
- Synovite échographique

Il faut évoquer un autre diagnostic, devant la présence de manifestations extra-articulaires



Enfin, il faut rechercher les facteurs de mauvais pronostic devant les lésions radiographiques et les taux des auto-anticorps notamment.

1.5.2. CRITERES DE CLASSIFICATION DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Depuis 2010, de nouveaux critères de classification ont été proposés par l'ACR et l'EULAR qui introduisent deux critères de biologie distincts : des examens sérologiques (dosages des FR et dosage des anticorps anti-protéines citrullinées), et des marqueurs sériques d'inflammation aiguë (CRP et VS).

Critères de classification de l'ACR/EULAR 2010	Scores
A. Atteinte articulaire (0-5)	
● 1 grosse articulation	0
● 2 – 10 grosses articulations	1
● 1 – 3 petites articulations	2
● 4 – 10 petites articulations	3
● Plus de 10 articulations (avec au moins une petite articulation)	5
B. Sérologie (0-3n)	
● FR et APPC négatifs	0
● FR ou anti-ACPA faiblement positifs (< 3 N)	2
● FR ou anti-ACPA fortement positifs (> 3 N)	3
C. Marqueur d'inflammation aiguë (0-1)	
● CRP et VS normales	0
● CRP ou VS anormale	1
D. Durée des symptômes (0-1)	
● < 6 semaines	0
● ≥ 6 semaines	1

Le DAS28 « Disease Activity Score » est le critère de mesure d'activité de la PR qui tient compte de l'évaluation de la douleur et du nombre de synovites sur 28 sites articulaires, de la valeur de la VS (ou de la CRP) et de l'appréciation globale du patient sur une échelle visuelle analogique de 100 mm.

1.5.3. EXAMENS DE BIOLOGIE UTILES AU DIAGNOSTIC DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Les examens de biologie comprennent, d'une part, des tests de biologie générale et, d'autre part, des tests de biologie spécialisée utiles au diagnostic positif de la maladie mais également au diagnostic différentiel

avec d'autres maladies auto-immunes, notamment le lupus érythémateux systémique, ou d'autres maladies infectieuses (arthrites virales, bactériennes...).

EXAMENS DE BIOLOGIE GENERALE

S'agissant d'une maladie inflammatoire chronique, un bilan sanguin simple à la recherche de marqueurs de l'inflammation est nécessaire. Ce sont au minimum une NFS (anémie souvent discrète), la VS à la première heure, et un dosage de la CRP.

EXAMENS DE BIOLOGIE SPECIALISEE

Aux facteurs rhumatoïdes se sont ajoutés les anticorps anti-protéines citrullinées (anti-CCP*) ainsi que d'autres anticorps.

Anti-CCP	Sensibilité (%)	Spécificité (%)
Phase initiale « pré-polyarthrite rhumatoïde »	34	98
Phase d'état – de 6 mois	58	94
Phase d'état + de 12 mois	88	93

1.6. LE TRAITEMENT DE LA PR

1.6.1. GLOBALEMENT

Dès que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est certain, il faut débuter le plus tôt possible un traitement de fond efficace.

Le traitement de la PR, en 2014 fait appel :

- Traitement de fond, le MTX
- Corticothérapie < 7,5 mg/j
- Antalgie classe I et II
- Mesures adjuvantes
- Surveillance biologique
- Traitements locaux
- Ergothérapie, la kinésithérapie
- Éducation et le soutien psychologique
- Mesures sociales

1.6.2. EN PREMIERE INTENTION : LE METHOTREXATE

LES INDICATIONS

En l'absence de contre-indication (néphropathie, hépatopathie, leucopénie, désir de grossesse, infection...), le traitement de fond est le méthotrexate. Il inhibe la dihydrofolate-réductase (DRH), l'enzyme qui réduit l'acide folique en acide tétrahydrofolique (THF). L'inhibition de la DRH provoque, une baisse de la synthèse d'acides nucléiques et par conséquent la réplication cellulaire. L'efficacité du traitement est démontrée sur la prévention des destructions ostéoarticulaires, le handicap et sur l'amélioration de l'espérance de vie:

LE SCHEMA POSOLOGIQUE

Différentes formes galéniques sont utilisables, voie orale, IM ou SC. Les modalités d'administration identiques pour les formes injectables ou orales :

- 1 fois par semaine
- Une supplémentation en acide folique, à dose équivalente un autre jour que le méthotrexate.

La posologie initiale recommandée est de 10 -15mg/semaine. Les paliers sont de 2,5 mg. La posologie maximale proposée est de 25 mg/semaine, mais doit être adaptée au contexte clinique et à la tolérance au traitement.

LE SUIVI

Le méthotrexate présente des effets indésirables, pneumopathie immunoallergique, PID, fibrose hépatique. Le traitement doit faire l'objet d'une surveillance assez étroite en prévention de complications potentiellement graves.

Bilan standard

- Rx thorax initiale (programmer des EFR)
- Sérologies virales (HBV, HCV)
- Contrôle mensuel
 - NFS + plaquettes
 - Transaminases
 - VS et CRP
 - créatinine

1.6.3. LES ALTERNATIVES

En cas d'intolérance ou d'inefficacité, d'autres choix thérapeutiques sont possibles avec l'emploi du leflunomide à la posologie de 20 mg/jour, ou dans les formes bénignes la sulfasalazine à la posologie initiale de 1 g/jour, en augmentant par palier hebdomadaire jusqu'à 2 à 3 g/jour.

1.6.4. LES BIOLOGIQUES

LE CONTEXTE

L'emploi de biomédicaments, tels que les anti-TNF- α , anti-cytokines (IL6), anti-lymphocytes B CD20+ et anti-CTLA4-Ig, bloque ou freine les détériorations structurales radiographiques articulaires et induit une rémission prolongée dans 30 % des cas.

L'efficacité clinique est jugée sur des critères d'activité cliniques (nombre d'articulations gonflées, nombre d'articulations douloureuses, durée de la raideur matinale, niveau global d'activité évalué par le patient, niveau global d'activité jugé par le médecin) ; des critères biologiques (VS et CRP) et le calcul du DAS28.

EFFICACITE

	Voie	Schémas thérapeutiques	Mécanismes d'actions
Étanercept Enbrel™	SC	50 mg /semaine en SC	Récepteur soluble du TNF α , liaison avec le TNF α
Infliximab Remicade™	IV	3 mg/kg en IV 2 h ; perf identiques à S2 et S6, puis toutes les 8 semaines	Ac monoclonal chimérique anti-TNF α
Adalimumab Humira®	SC	40 mg toutes les 2 semaines	Ac monoclonal humain anti-TNF α
Certolizumab Cimzia™	SC	Attaque : 400 mg S0, puis S2 et S4 ; dose d'entretien : 200 mg toutes les 2 semaines	Ac anti-TNF α
Rituximab Mabthéra™	IV	Pas en première intention Perfusion IV lente de 1 000 mg	Ac monoclonal chimérique anti-CD20 des lymphocytes B
Tocilizumab Ro-Actemra™	IV	8 mg/kg, administrée une fois toutes les 4 semaines	Ac anti-récepteur de l'IL-6
Abatacept Orienca™	IV	Perf 30 min ; S2, puis toutes les 4 semaines	Protéine de fusion (CTLA4-Ig)

TOLERANCE'

DCI	Effets indésirables potentiels	Contre-indications	Grossesse
Étanercept	Céphalées, réactions point d'injection Cardiaques, néoplasie ? Lupus, maladie démyélinisante, infections	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée jusqu'à 3 mois après l'arrêt
Infliximab	Céphalées, réactions au point d'injection Néoplasie ? Infections	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée
Adalimumab	Céphalées, réactions au point d'injection Néoplasie ? Infections	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée jusqu'à 5 mois après l'arrêt
Certolizumab	Céphalées, réactions au point d'injection Néoplasie ? Infections, cardiaques	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée jusqu'à 5 mois après l'arrêt
Anakinra	Céphalées, réactions au point d'injection Néoplasie ? Neutropénie, cardiaques, prurit, rash, infections	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée
Rituximab	Céphalées, réactions au point d'injection Infections, fièvre, cardiaques, prurit, rash, nausées, neutropénie, affections du SNC	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Non, jusqu'à 12 mois après l'arrêt du traitement
Tocilizumab	Céphalées, réactions au point d'injection Prurit, rash, néoplasie ? Cardiaques, infections	Infection sévère IC stade IV Immunodéprimés	Déconseillée jusqu'à 3 mois après l'arrêt
Abatacept	Céphalées, réactions au point d'injection	Infection sévère	Déconseillée jusqu'à 14 semaines après l'arrêt

EVALUATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE SOUS BIOTHERAPIES...

Avant la mise en œuvre de ces traitements, il faut rechercher une tuberculose latente :

PIT

Sujet à fort risque de réactivation tuberculeuse : tuberculose avant 1970 ou pas de traitement d'au moins 6 mois comprenant au moins 2 mois de l'association rifampicine + pyrazinamide.

IDR > 5 mm à distance du BCG (> 10 ans) ou phlycténulaire, séquelles tuberculeuses importantes

Les sujets ayant présenté une tuberculose active mais ayant été traités au moins 6 mois avec au moins 3 mois du couple rifampicine+ isoniazide ne sont, a priori, plus à risque de réactivation.

1.7. EN RESUME...

- Incidence : 0,3-0,5 %
- Polyarthrite chronique bilatérale
- Parfois agressive 10-50% des cas
- Détruit les articulations
 - Handicap
 - Changement ou perte emploi dans les 5 ans
 - Bouleversement personnel et familial
- Réduction de l'espérance de vie

2. LA SPONDYLOARTHRITE (SPA)

2.1. LES MALADIES

Les spondyloarthrites forment un ensemble nosologique rhumatologique, maladies inflammatoires chroniques regroupant autour de la spondylarthrite ankylosante (SA), les arthrites réactionnelles, les formes de rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale et enthésitique, les arthrites associées aux colites inflammatoires chroniques, et les SpA indifférenciées. Ces diverses entités partagent un certain nombre de points communs :

- Atteinte axiale (rachis et articulations sacro-iliaques)
- Atteinte de l'enthèse et articulaire
- Liaison avec le groupe HLA-B27
- Possibilité de manifestations extra-articulaires communes (uvéite, psoriasis et apparenté, atteinte inflammatoire digestive et uréthérale, atteinte cardiaque....)

Cette maladie chronique est à l'origine d'une perte des capacités fonctionnelles (le retentissement fonctionnel augmente avec la durée des symptômes, l'évolution structurale, l'absence de traitement efficace) et donc d'un retentissement professionnel et d'un coût socioéconomique.

2.2. ÉPIDEMIOLOGIE

C'est une maladie rhumatismale inflammatoire chronique qui touche, en France, de 0,5% de la population, préférentiellement des sujets jeunes.

Les premiers symptômes apparaissent dans 80 % des cas avant l'âge de 40 ans, contre seulement 5 % des cas après 45 ans. L'âge moyen de survenue de la maladie est de 26 ans. La prévalence de la maladie est identique dans les deux sexes.

En France, la prévalence du HLA-B27 est de 7 à 8 % dans la population générale. Les populations de l'hémisphère nord seraient ainsi plus touchées que celles de l'hémisphère sud et présenteraient une fréquence du HLA-B27 largement supérieure. Le HLA-B27 est une molécule appartenant au complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) de classe I, région génétique localisée sur le bras court du chromosome 6 (6p) qui code pour des molécules intervenant dans les réponses immunitaires innées et adaptatives.

2.3. LE RETARD DIAGNOSTIQUE

2.3.1. CE QUE L'ON SAIT...

Les études ont montré l'existence d'un retard du diagnostic entre cinq et 12 ans entre les premiers symptômes de la maladie et son diagnostic ultérieur. Le délai moyen entre les premiers symptômes et le moment du diagnostic posé est estimé à sept ans...

Plusieurs études ont montré l'impact négatif d'un retard de diagnostic sur l'évolution de la maladie :

- Les patients avec un délai diagnostique supérieur à cinq ans ont de façon significative des dégâts structuraux plus marqués (évalués à l'aide du score BASRI, Bath Ankylosing Spondylitis Radiographic Index)
- Une limitation plus importante de la mobilité rachidienne
- Des index d'activité (BASDAI, Disease Activity Index) et d'altération fonctionnelle (BASFI, Functional Index) plus élevés

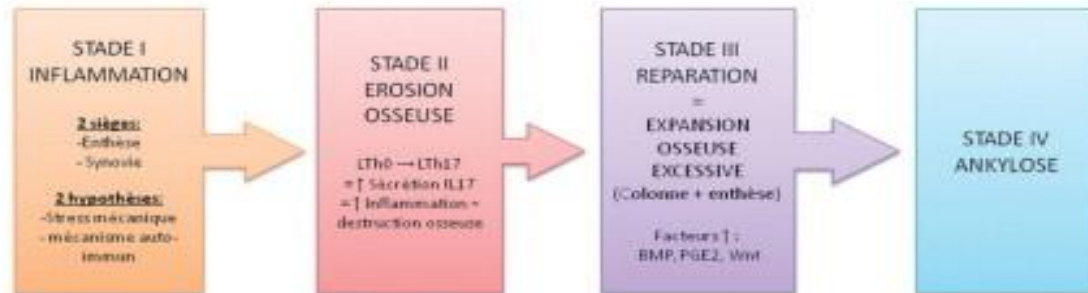
De la même manière, il a été montré que le délai de diagnostic et le délai de traitement étaient corrélés à la sévérité radiographique de la maladie.

Le retentissement sur l'activité professionnelle est un élément à prendre en compte dans cette population en âge d'activité ; dans une population de patients atteints de SA de moyenne d'âge 37 ans et d'ancienneté de 12 ans en moyenne, 20 % ne travaillent pas du fait de leur maladie ! Certains facteurs sont associés à un

risque élevé d'arrêt du travail : sexe féminin, faible niveau éducatif, vie en milieu rural, travail manuel, travail exposé au froid, durée de travail hebdomadaire élevée, de même que des scores élevés d'activité de la maladie (BASDAI) et de retentissement fonctionnel (BASFI).

Le schéma évolutif

Il est résumé sur le graphique ci-dessous



2.4. QU'EST-CE QUE L'ENTHESE ?

L'enthèse désigne la zone d'insertion dans l'os, des ligaments, des tendons et de la capsule articulaire.

L'enthèse fibreuse constitue les points d'attache métaphysaires et diaphysaires ; elle est formée d'un tissu conjonctif à base de collagène.

L'enthèse fibrocartilagineuse correspond à la zone d'insertion au niveau des épiphyses des os longs, du carpe ou du tarse (tendon d'Achille, aponévrose plantaire, disque intervertébral, listel marginal, sacro-iliaque -- 2/3 supérieurs fibrocartilagineuse). Elle est composée de quatre zones histologiques distinctes :

- Zone tendineuse (= fibre de collagène) ;
- Fibrocartilage ;
- Minéralisation du fibrocartilage ;
- Os.

2.5. SEMIOLOGIE

2.5.1. L'ATTEINTE AXIALE

Elle est dominée par la sacroiliite entraînant des fessalgies à bascule, mais aussi des lombalgies et des douleurs thoraciques antérieures.

L'examen met en exergue :

- Une perte de la lordose lombaire qui est inaugurale,
- Un syndrome rachidien : Schöber <10 ; une DMS augmentée
- Une diminution de l'ampliation thoracique
- Un enraidissement cervical avec une cyphose (C7- mur ; occiput – mur)
- Une perte de taille

2.5.2. ATTEINTE ENTHESOPATHIQUE

Ce sont la douleur des enthèses qui prédominent :

- Talalgies
- Pubalgies
- Douleurs crêtes iliaques
- Tendon rotulien
- Grand trochanter
- Patte d'oie

L'atteinte des enthèses se manifeste aussi comme la dactylite, aux doigts ou aux orteils.

2.5.3. ATTEINTES EXTRA-ARTICULAIRES

UN PSORIASIS

Il est retrouvé dans 15-20% des cas et précède le plus souvent les autres signes. Il affecte préférentiellement, le cuir chevelu, les genoux, les coudes, les plis fessiers et parfois les ongles.

LES UVEITES

Elles sont retrouvées dans la moitié des cas. Il s'agit d'une uvéite antérieure aiguë ou d'une iridocyclite. Elle se traduit par des douleurs, un œil rouge. On obtient une guérison sous corticoïdes mais les récurrences sont fréquentes.

LES AUTRES MANIFESTATIONS

Ce sont :

- Les colites inflammatoires : 5% Crohn ou RCH mais probablement plus.
- Les urétrites inflammatoires non infectieuses
- Les problèmes cardiovasculaires (moins de 10%) : BAV, bloc de branche, IA, I Mitrale
- Les atteintes rénales, glomérulonéphrites à IgA

2.6. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

2.6.1. LE BILAN BIOLOGIQUE STANDARD

Il comporte :

La mise en évidence d'un syndrome inflammatoire : VS, CRP

La recherche du HLA-B27 dans les formes douteuses

2.6.2. UN BILAN RADIOLOGIQUE

Il comprend

- Un cliché « De Sèze » et un rachis lombaire de profil
- Un rachis cervico-thoracique Face et profil

Sur les clichés peuvent mettre en évidence

- Une érosion en coin antérieur des vertèbres
- Une mise au carré des vertèbres
- Une condensation puis des enthésophytes verticaux, le long des ligaments vertébraux antérieur
- Puis des syndesmophytes réalisant des ponts osseux, commençant en général à la charnière dorso-lombaire

2.6.3. LES AUTRES EXAMENS

Un scanner peut être utile pour mieux visualiser les atteintes des sacro-iliaques avérées (Interligne, érosion).

L'IRM (STIR ou gadolinium) permet de visualiser des signaux inflammatoires articulaires (synovite) ou osseux (bordant l'atteinte sacroiliaque) dans les atteintes débutantes.

L'échographie peut mettre en évidence des anomalies tendineuses qui sont caractéristiques quand il existe des enthésophytes, inflammatoires (doppler puissance).

2.6.4. LES CRITERES DIAGNOSTIQUES

Critères diagnostiques avant 2009

NEW YORK modifiés	ESSG	AMOR
<p>1. Critère radiologique sacroiliite de grade II bilatérale ou de grade III unilatérale.</p> <p>2. Critères cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - lombalgies depuis au moins 3 mois, améliorées par l'activité physique et non soulagées par le repos, - limitation de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et frontal, - ampliation thoracique diminuée par rapport aux valeurs de sujets de même âge et même sexe 	<p>Rachialgies inflammatoires ou Synovite :</p> <ul style="list-style-type: none"> - asymétrique - ou prédominant aux membres inférieurs <p>Et au moins un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - histoire familiale de spondylarthropathie ou d'uvéïte ou d'entérocolopathie - psoriasis - entérocolopathie inflammatoire - urétrite, cervicite ou diarrhée aiguë - enthésiopathie - sacroiliite radiologique 	<p>Interrogatoire ou signes cliniques</p> <p>Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur lombaire ou dorsale : 1</p> <p>Oligoarthritis asymétrique : 2</p> <p>Douleurs fessières : 2</p> <p>Doigt ou orteil en saucisse : 2</p> <p>Talalgie, autre enthésiopathie : 2</p> <p>Uvéïte antérieure aiguë : 2</p> <p>Urétrite ... < 1 mois avant arthrite : 1</p> <p>Diarrhée < un mois avant arthrite : 1</p> <p>Antécédents personnels de psoriasis et/ou d'entérocolopathie chronique et/ou de balanite : 2</p> <p>HLA B 27 et/ou antécédents familiaux de SA, +/- syndrome de Reiter, +/- d'uvéïte : 2</p> <p>Signes radiologiques</p> <p>Sacro-iliite : stade II bilatéral ou III unilatéral : 3</p> <p>Sensibilité au traitement</p> <p>Amélioration en 48 h des douleurs sous traitement par AINS et/ou rechute rapide (48 h) des douleurs à leur arrêt : 2</p>

Critères diagnostiques de l'ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society)

Démarche diagnostique : chez les patients ayant des rachialgies depuis 3 mois de moins 45 ans



Démarche diagnostique : chez les patients ayant des symptômes périphériques de moins 45 ans



2.7. LE TRAITEMENT

2.7.1. LES OBJECTIFS

Il s'agit de diminuer la douleur et la raideur, et si possible la formation des syndesmophytes.

2.7.2. LES MOYENS THERAPEUTIQUES

LES AINS

Ils représentent le traitement pharmacologique de base, de référence et de première ligne dans la prise en charge des spondyloarthrites avec une efficacité clinique dans 60 à 80 % des cas qui se manifeste rapidement (en 48 heures), avec récurrence rapide des symptômes à l'arrêt des AINS.

Ce sont les AINS, au coucher pour aider au dérouillage matinal, en une ou deux prises associés ou non à un protecteur gastrique en cas de prescription prolongée.

Des antalgiques voire des myorelaxants sont possibles.

Les traitements locaux, par infiltration de corticoïdes, sont efficaces sur les douleurs des enthésites et les arthrites (sacro-iliaques ou des articulations).

EN CAS D'ECHEC

En première ligne, la salazopyrine et le méthotrexate sont possibles.

Les anti-TNF sont autorisés dans les formes sévères ou réfractaires aux AINS :

- Important syndrome inflammatoire
- Coxites
- Patients insuffisamment contrôlés par ou contre-indication des AINS

Les règles de prescription sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Consensus international : SPA et biothérapies

- Échec du traitement par AINS : réponse insuffisante à
 - >2 AINS utilisés à dose maximale (ou maximale tolérée)
 - >3 mois
 - Quelle que soit la forme clinique
 - Selon la forme clinique
 - Axiale
 - Arthrite périphérique
 - Échec de la salazopyrine (3 g/j, >4 mois)
 - Échec infiltration intra-articulaire de corticoïdes
 - Enthésites
 - Échec d'au moins 2 infiltrations locales de corticoïdes
-

Les biomédicaments ayant une AMM pour cette indication sont :

- Rémicade™ (infliximab, IV)
- Humira™ (adalimumab, SC (stylo, seringue) tous les 14j)
- Simponi™ (golimumab, SC mensuelle)
- Enbrel™ (etanercept, SC hebdomadaire)

Comme pour la PR, les risques associés à leur prescription sont :

- Une réactivation tuberculeuse
- Des infections pyogènes (plus sévères...plus fréquentes)

Ils sont contre-indiqués en cas :

- D'antécédents de cancer (sauf guéri depuis 5 ans)
- D'affections démyélinisante
- De grossesse
- D'insuffisance cardiaque non contrôlées

3. CONCLUSION

Spondyloarthrites	Polyarthrite rhumatoïde
<ul style="list-style-type: none">• Douleurs• Critères cliniques• Enjeu diagnostique• Activité professionnelle à conserver• Règles thérapeutiques<ul style="list-style-type: none">○ AINS○ Anti-TNF	<ul style="list-style-type: none">• Gonflements articulaires• Nouveaux critères EULAR/ACR 2010• Fenêtre thérapeutique au début de la maladie• Limiter la destruction• Prévenir risque cardiovasculaire• Multiples biothérapies