Brèves de l'EULAR 2014

Spondyloarthrites

Assia Haddouche (Blida – Algérie)

Correspondance à :
Assia HADDOUCHE
haddouche_assia@yahoo.fr

Vous pouvez accéder à la vidéo correspondant à ce sujet, tournée durant le congrès en suivant le lien :

<http://www.youtube.com/watch?v=3RiG0mhRKZA>

Points forts

- Découverte de l'implication d'anticorps anti-CD74 et anti-CLIP dans la pathogénie des SpA ainsi que la confirmation du rôle élémentaire du complexe synovio-enthésique par des études expérimentales chez l'homme et l'animal.
- Publication des recommandations EULAR sur l'utilisation de l'imagerie dans les SpA en pratique quotidienne.
- L'échographie en mode B et surtout en mode Doppler des enthèses périphériques peut être utile pour départager le RP et le psoriasis de la fibromyalgie (FM).
- Les critères ASAS pour les SpA ont une capacité de discrimination entre les patients atteints de SpA et de FM.
- Un seul bolus de corticoïdes pourrait être une alternative intéressante pour le traitement de la spondyloarthrite ankylosante dans les cas où les traitements par AINS ou par anti-TNF ne sont plus possibles.
- Comme pour la polyarthrite rhumatoïde, l'utilisation du MTX associé aux biothérapies aurait un effet préventif sur le développement des anticorps antidrogues mais ce dernier ne serait pas MTX dose-dépendant.
- La stratégie de *treat to target* avec le MTX seul permettrait d'avoir de bons résultats dans le RP actif et récent.
- Peu de différences objectivées entre les r-axSpA et les nr-axSpA sur les nombreuses études présentées lors du congrès.

Pathogénie

Les Spondylarthrites (SpA) sont habituellement classées d'un point de vue pathogénique entre les maladies auto-immunes et les maladies auto-inflammatoires mais la découverte récente d'auto-anticorps anti-CD74 et anti-CLIP risque de modifier cette classification ; c'est un des éléments marquant de la conférence présenté par *Dominique Beaten* dans la rubrique **quoi de neuf (WIN session 1)**.

L'autre élément pathogénique important est le fameux complexe synovio-enthésique (CSE) qui a été récemment appuyé par des études expérimentales que S. Z. Aydin a bien exposé lors de sa communication orale [SP0042] : d'abord chez l'animal, Jacques *et al* ont montré que le stress biomécanique est un élément clé pour déclencher l'enthésite chez des souris prédisposées à la SpA, qui se propage ensuite à la synoviale adjacente pour former le pannus puis les érosions alors que la mise en décharge de l'enthèse supprime l'inflammation. Sherlock *et al.* ont montré que le déclenchement de l'enthésite était dépendant d'une population de cellules enthèses résidentes (RORYt + CD3 + CD4-CD8) qui étaient sensibles à l'IL-23 et à l'origine l'élaboration de médiateurs

inflammatoires tels que l'IL-17. Des travaux antérieurs ont également montré que la surexpression du TNF était également associée à l'arthrite qui commence à l'enthèse avant de s'étendre à la synoviale adjacente.

En ce qui concerne le CSE chez l'homme, des études d'imagerie dans la SpA ont montré que les signes inflammatoires pouvaient ne pas être évidents à l'insertion de l'enthèse, mais pouvaient être présents au niveau des bourses adjacentes dans certains cas, ce qui appuie l'idée d'une atteinte d'un CSE plutôt que d'une inflammation de la partie proximale de l'enthèse qui diffuse aux parties les plus distales de l'enthèse. Enfin, toujours grâce à l'échographie, il a été démontré qu'en plus de l'association bien connue du psoriasis unguéal à l'arthrite de l'interphalangienne distale (IPD) l'inflammation peut également toucher la peau et l'enthèse de l'extenseur du tendon soutenant l'idée d'un organe CSE élaboré autour de l'IPD. La présence d'un signal Doppler au niveau des enthèses asymptomatiques de patients atteints de rhumatisme psoriasique (RP) par rapport à des patients avec psoriasis seul ou des sujets sains a conduit à l'hypothèse que le signal Doppler au niveau de l'enthèse pouvait être une étape importante pour passer au RP.

Pour citer l'article :

Haddouche A. Brèves de l'EULAR 2014. Spondyloarthrites. *Batna J Med Sci* 2014;1:S12-S15.

Imagerie : recommandations de l'EULAR 2014 dans l'utilisation de l'imagerie dans la SA

Des recommandations fondées sur les preuves sur l'utilisation de l'imagerie dans la prise en charge clinique de la spondylarthrite axiale et périphérique ont été dévoilées lors du congrès [FRI0127]. Il s'agit d'un travail colossal réalisé par un groupe de 21 experts originaires de 11 pays différents composé de rhumatologues, de radiologues et de méthodologistes. Les modalités d'imagerie incluses étaient la radiographie conventionnelle (RC), les ultrasons (US), l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomodensitométrie (TDM), l'ostéodensitométrie (DEXA) et la scintigraphie. Les experts ont utilisé les résultats de recherche obtenus à partir d'une revue systématique de la littérature sur MEDLINE et EMBASE pour développer

l'ensemble de 10 recommandations. La force de chaque recommandation (FR) a été évaluée par les membres du groupe en utilisant une échelle visuelle analogique. L'évaluation de la qualité des études incluses a été effectuée à l'aide de l'outil QUADAS-2. Cent cinquante sept études sur 7550 ont été considérées dans la revue systématique de la littérature pour aboutir à l'élaboration des dix recommandations pour l'utilisation de l'imagerie d'abord pour établir le diagnostic de SpA axiale ou périphérique, pour le suivi des lésions inflammatoires et structurales, pour évaluer le pronostic et la réponse aux traitements et enfin pour la détection des fractures vertébrales et de l'ostéoporose (OP). La force des recommandations étaient variables d'une recommandation à une autre mais étaient généralement très élevée (moyenne 8.9 à 9.5). L'ensemble des 10 recommandations est illustré dans le tableau1.

Tableau 1 : Recommandations de l'EULAR 2014 dans l'utilisation des examens d'imagerie dans les SpA

Recommandation 1 Diagnostic de la SpA Axiale (AxSpA)	La RC des SI est recommandée comme premier procédé d'imagerie pour diagnostiquer une sacroiliite dans le cadre de AxSpA. Dans certains cas, tels que les jeunes patients et ceux qui ont des symptômes de courte durée, l'IRM des SI est le premier procédé d'imagerie alternative. Si le diagnostic de SpA axiale ne peut pas être établi sur la base des caractéristiques cliniques et radiologiques et que SpA axiale est toujours soupçonnée, l'IRM des SI est recommandée. Sur les IRM, deux lésions inflammatoires actives (principalement l'œdème de la moelle osseuse) et des lésions structurales (telles que des érosions osseuses, des ostéoformations, la sclérose et l'infiltration de la graisse) devraient être envisagées. L'IRM de la colonne vertébrale n'est généralement pas recommandée pour diagnostiquer la SpA axiale car elle ne fournit pas plus de valeur diagnostique que l'IRM des SI. D'autres modalités d'imagerie ne sont généralement pas recommandées comme premier choix de l'imagerie. La TDM peut fournir des informations supplémentaires sur les lésions structurales si la RC est négative et que l'IRM ne peut pas être effectuée. La Scintigraphie et l'échographie ne sont pas recommandées pour le diagnostic de SI dans le cadre de l'Ax-SpA.
Recommandation 2 Diagnostic de la SpA périphérique	Lorsque la SpA est soupçonnée, l'US ou l'IRM peuvent être utilisées pour détecter l'enthésite périphérique, qui peut étayer le diagnostic de SpA. En outre, l'US ou l'IRM peuvent être utilisées pour détecter l'arthrite périphérique, la ténosynovite et la bursite.
Recommandation 3 Surveillance de l'activité de la SpA axiale	L'IRM des SI et/ou de la colonne vertébrale peuvent être utilisées pour évaluer et surveiller l'activité de la maladie chez les SpA axiales et fournir des informations supplémentaires aux évaluations clinique et biologique. La décision concernant le moment de répéter l'IRM dépend de la clinique. En général, des séquences STIR sont suffisantes pour détecter l'inflammation et l'utilisation de produit de contraste n'est pas nécessaire.
Recommandation 4 Suivi des changements des lésions structurales des SpA axiales	Les RC des SI et/ou de la colonne vertébrale peuvent être utilisées pour la surveillance à long terme des lésions structurales, en particulier l'ostéoformation dans la SpA axiale. Elles ne devraient pas être répétées plus souvent que tous les 2 ans. L'IRM peut fournir des informations supplémentaires.
Recommandation 5 Suivi de l'activité de la SpA périphérique	L'US et l'IRM peuvent être utilisées pour surveiller l'activité de la maladie (en particulier la synovite et l'enthésite) de la SpA périphérique, fournissant des informations supplémentaires aux évaluations cliniques et biologiques. La décision concernant le moment pour répéter l'US et l'IRM dépend des circonstances cliniques. L'US avec une sonde à fréquence élevée et un Doppler couleur ou puissance est suffisante pour détecter l'inflammation et l'utilisation de produit de contraste n'est pas nécessaire.
Recommandation 6 Surveillance des changements structuraux de la SpA périphérique	Dans SpA périphérique, si le scénario clinique nécessite une surveillance des lésions structurales alors la RC est recommandée. L'IRM et/ou l'US peuvent fournir des informations supplémentaires.
Recommandation 7 Prédiction du pronostic / gravité dans la SpA axiale	Chez les patients atteints de SA (pas les nr-Ax SpA) les radiographies initiales de la colonne lombaire et cervicale sont recommandées pour détecter les syndesmophytes prédictifs du développement de nouveaux syndesmophytes. L'IRM (lésions inflammatoires ou graisseuse aux coins vertébraux) peut également être utilisée pour prédire le développement de nouveaux syndesmophytes radiographiques.
Recommandation 8 Prédiction de l'effet du traitement dans la SpA axiale	Une Activité inflammatoire étendue à l'IRM (œdème de la moelle osseuse), en particulier au niveau de la colonne vertébrale chez les patients atteints de SA peut être un indicateur de bonne réponse clinique au traitement anti-TNF dans la SpA axiale. Ainsi l'IRM peut aider à la prise de la décision d'entamer une thérapie par anti-TNF en plus des données de l'examen clinique et de la CRP.
Recommandation 9 Fracture vertébrale	Lorsqu'une fracture vertébrale est suspectée dans une SpA axiale, la RC est le procédé d'imagerie initial recommandé. Si la RC est négative, la TDM doit être effectuée. L'IRM est une technique d'imagerie supplémentaire, qui peut également fournir des informations sur les lésions des tissus mous.
Recommandation 10 L'ostéoporose	Chez les patients atteints de SpA axiales sans syndesmophytes au niveau de la colonne vertébrale lombaire à la radiographie, l'ostéoporose doit être évaluée par la DXA de la hanche et la colonne vertébrale en projection antéro-postérieure et complétée par des DXA de la colonne vertébrale en projection latérale ou éventuellement, une TDM totale de la colonne vertébrale.

Abréviations : SpA, spondylarthrite ; Ax-SpA, spondylarthrite axiale, RC, radiographie conventionnelle ; IRM, imagerie par résonance magnétique ; SI, sacro-iliaques ; TDM, tomodensitométrie, US, ultrasonographie ; nr-Ax SpA, spondylarthrite axiale non radiographique ; DXA, dual energy x-ray absorptiometry.

Intérêt de l'échographie [SAT0387]

Un travail italien s'est intéressé à l'évaluation de la prévalence clinique et échographique de l'enthésite périphérique chez des patients italiens souffrant d'un rhumatisme psoriasique (RP), d'un psoriasis (Ps) ou bien d'une fibromyalgie (FM). Il s'agit d'une étude réalisée chez 243 patients consécutifs (âge > 18 ans et ≤ 65), 140 avec un diagnostic de RP (critères CASPAR), 51 avec Ps, et 51 avec FM. Des échographies en mode B et Doppler ont été réalisées de façon bilatérale au niveau des insertions de l'extenseur commun des doigts sur l'épicondyle de l'humérus, du tendon du quadriceps, du tendon rotulien, du ligament collatéral médial, du tendon d'Achille et du fascia plantaire. Les lésions élémentaires recherchées en mode B étaient : l'épaississement enthésique, l'hypoéchogénéité enthésique, l'hypoéchogénéité du péri-tendon, des érosions osseuses, des enthésophytes et bursites. Le signal doppler a été recherché dans les zones suivantes : l'insertion à l'os cortical, le corps du tendon, la bourse, la jonction entre le tendon et enthèse. Il a été quantifié selon le nombre de spots (0 = aucun 1 = 1-3; 2 = 4-5; 3 ≥ 5). L'âge moyen était de 48,6 ± 10,7 années et le pourcentage des femmes était respectivement de 50%, 54,9% dans le Ps et de 92,2% dans la FM. Au moins une enthésite clinique était présente chez 66,4% des RP, 58,8% des Ps et 92,2% des FM. L'atteinte clinique de tous les sites enthésiques sus cités était retrouvée chez 23,1% des RP, 18,1% des Ps et 45,6% des FM. Les anomalies échographiques des enthèses étaient présentes chez 92,1% des RP, 92,2% des Ps et 74,5% des FM. Des anomalies échographiques au niveau de tous les sites enthésiques étaient présents dans 53,7% de PSA, 41,2% du Ps et 27,4% des FM. Un signal Doppler dans au moins une zone était retrouvé chez 59,3% de RP, 47,16% des Ps et 35,3% des FM. Un signal Doppler présent dans toutes les zones était présent chez 19,2% de RP, 12,7% des Ps et 7,8% des FM. Les auteurs ont conclu que l'examen clinique pouvait surestimer l'enthésite active dans le RP, Ps, et la FM. Par contre l'échographie et le Doppler pouvaient être utiles pour différencier les douleurs dues à l'enthésite (avec inflammation) du RP et de la douleur enthésique raison de FM.

Diagnostic différentiel

Les enthésalgies et les lombalgies sont fréquentes aussi bien au cours des SpA que de la FM ; les critères ASAS des SpA ont une spécificité dépassant les 90%. Mais ces derniers sont-ils aussi spécifiques s'ils étaient appliqués chez des FM ? La FM étant souvent associée à la SpA. A. Khan, dans son étude [THU0060], avait appliqué les critères ASAS (SpA axiale, SpA périphérique) chez 84 (M: F = 5:79) patients souffrant de FM répondant aux critères 1990 et 2011. Les caractéristiques dermatologiques étaient comme suit : âge moyen = 47,3 ans ± 11,2 ; âge d'apparition des symptômes = 33 ans ± 11,8 et âge au diagnostic = 41,9 ans ± 10. CRP moyenne = 6,7 ± 4. Lorsque les critères ASAS ont été appliqués aux patients atteints de FM, 6 patients (toutes femmes) avaient plus d'1 élément des critères ASAS (7,1%). De ces patients, 3 patients satisfaisaient aux critères de la SpA axiale, 3 aux critères de la SpA périphérique et 1 patient aux deux. Après réévaluation clinique de ces patients, 2 patients ont été reclassés comme SpA tandis que les 4 autres ont gardé le diagnostic FM avec un suivi particulier. La spécificité et la sensibilité pour les critères ASAS chez les patients FM étaient respectivement de

2% et de 91,7%. La valeur prédictive positive était de 25% tandis que la valeur prédictive négative était de 48%. Donc, Les critères ASAS pour les SpA ont une capacité de discrimination entre les patients atteints de SpA et de FM.

Traitement des spondyloarthrites

Corticoïdes

Les options thérapeutiques pour les patients atteints de SA sont limitées aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et aux anti-Tumor Necrosis Factor (TNF α). En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'absence de réponse aux AINS et/ou aux anti-TNF α, il est impératif de pouvoir recourir à de nouvelles approches thérapeutiques. Un travail bicentrique, binational « allemand + russe » [AB0664] a fait le pari de tester l'efficacité et l'innocuité, à court terme, d'un bolus de 500 mg de méthylprednisolone (MP) administré par voie intraveineuse pour le traitement des patients souffrant de SA active. Un total de 20 patients répondant aux critères de New York avec un Bath Disease Activity Index (BASDAI) ≥ 4 qui ont eu une réponse inadéquate à ≥ 2 AINS ou une contre-indication ou une intolérance aux AINS ont été inclus (l'âge moyen de 35,35 ± 8,19 ans, la durée de la maladie de 10,2 ± 9,2 ans). Le critère de jugement principal était le taux de réponse ASAS40 à la semaine 2. Les critères secondaires étaient le taux de réponse BASDAI50, ASAS20, ASAS rémission partielle, le score (ASDAS), le taux des améliorations cliniques importantes et majeures, de maladie inactive (ASDAS), les changements dans les niveaux de la vitesse de la sédimentation (VS) et de la CRP jusqu'à la semaine 12. À la semaine 2, le taux de réponse ASAS40 était de 45% (9 pts). Les taux des réponses ASAS20, ASAS rémission partielle et BASDAI50 étaient respectivement de 55% (11 pts), 15% (15pts) et 35% (7 pts). Le taux d'améliorations ASDAS cliniquement importante était de 55% (11 pts), tandis que celui de maladie inactive était de 25% (5 pts). À la semaine 12, le taux de réponse ASAS40 était de 60% (12 pts), ceux des réponses ASAS20, ASAS rémission partielle et BASDAI50 étaient respectivement de 65% (13 pts), 25% (5 pts) et 40% (8 pts) (tableau 2). Les taux d'amélioration ASDAS cliniquement importante, d'améliorations ASDAS majeures et de maladie inactive à la semaine 12 étaient de 55% (11 pts), 30% (6 pts) et 15% (3 pts), respectivement. Treize événements indésirables (EI) ont été notés sans aucun EI grave. Les auteurs concluent qu'un bolus de MP pourrait être efficace et sûr dans le traitement à court terme des SA actives.

Tableau 2 : Evolution des paramètres d'activité de la SA sous traitement par méthylprednisolone

AS activity	Baseline	Week 2	Week 4	Week 12
BASDAI	6.6 [6.6; 7.65]	3.7 [2.35; 5.52]***	3.5 [2.18; 5.33]***	3.2 [0.75; 4.57]***
ASDAS	3.48 [3.06; 3.85]	2.21 [1.64; 3.44]***	2.18 [1.23; 3.34]***	2.3 [1.3; 3.08]***
C-RP, mg/l	6.1 [4.82; 11.63]*	3.15 [2.1; 9.13]*	2.85 [1.83; 5.45]***	4.6 [3.05; 4.8]*
ESR, mm/h	6.5 [5.0; 17.25]	5.5 [4.0; 11]*	6.0 [3.0; 10.0]	7.0 [4.0; 13.5]

*p<0.05, ***p<0.001 as compared to baseline (Wilcoxon's test).

Méthotrexate

les patients SpA traités par anti-TNF développent souvent des anticorps anti-drogues détectables (ADA) responsables d'une perte d'efficacité. Un traitement concomitant avec le méthotrexate (MTX) semble réduire le l'immunogénicité des médicaments biologiques. L'objectif d'une étude espagnole [SAT0331] était d'évaluer l'effet de la combinaison anti-TNF + MTX sur le développement des ADA d'une part et s'il était MTX dose dépendant d'autre part chez des SpA actives. Il

s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective menée chez 162 patients SpA, ces derniers étaient traités par l'infliximab (Ifx : 85) ou l'adalimumab (Ada : 77). La présence d'ADA a été mesurée au départ et avant chaque administration des traitements par méthode ELISA et ce durant 3 ans. Les patients étaient divisés en deux groupes [MTX-15 (dose <15 mg / semaine) et MTX + 15 (≥15 mg / semaine)] pour étudier l'influence de la dose du MTX sur l'immunogénicité. Vingt-neuf (17,9%) patients avaient développé des ADA, le taux d'ADA était significativement plus élevée chez SpA sous Ifx [21/85 (24,7%) vs 8/77 (10,4%) sous Ada, $p = 0,018$]. La présence d'ADA était moins fréquente chez les SpA recevant du MTX [3/162 (1,8%) que sans MTX 26/162 (16%) ; $p = 0,021$]. Par contre, aucune différence statistique n'était retrouvée concernant l'influence de la dose du MTX sur l'apparition des ADA (Ifx: 18,2 (11,1%) à 15 + MTX vs 09,1 (11,1%) de MTX-15, $p = 1,0$; Ada: 1/17 (5,9%) sous MTX + 15 vs 0/4 (0,0%) sous MTX-15, $p = 1,0$). Donc, l'utilisation du MTX associé aux biothérapies avait un effet préventif sur le développement des ADA mais n'était pas dose MTX dépendant.

Treat to Target (T2T)

A l'instar de la polyarthrite rhumatoïde, les SpA sont actuellement concernées par la stratégie de T2T avec comme cible thérapeutique l'obtention d'une rémission, d'une faible activité (FA) ou une activité minimale (AM) de la maladie. Une équipe russe [AB0765] a testé cette stratégie sur 23 patients (M/F - 8/15) naïfs de traitement et souffrant d'un RP (critères CASPAR) récent et actif. La stratégie consistait en l'administration du MTX en sous-cutané à la dose de 10 mg/semaine qui était augmenté par palier de 5 mg toutes les deux semaines jusqu'à la dose de 20 mg/sem. Si les patients n'atteignaient pas l'AM, la FA ou la rémission après 3 mois, l'adalimumab (Ada) à la dose de 40 mg toutes les deux semaines était associé au MTX en sous cutané. La réponse au traitement était définie par le pourcentage de patients ayant obtenu une rémission, une FA, une AM, une réponse ACR20/50/70. Après 3 mois de traitement par le MTX, Les taux de rémission DAS/DAS 28 observés étaient de 13%/22,7%, de FA DAS/DAS de 28 à 21,7%/ 27,3% et d'AM de 26,1%. Les taux des réponses ACR 20/50/70 étaient de 65,2%/26,15/8,7%. Après 3 mois. Seulement, 4 patients gardait une activité élevée de la maladie et ont reçu la combinaison MTX + Ada. A 6 mois, les taux de remissions DAS/DAS 28 étaient de 34,8%/39,1%, de la FA DAS/DAS 28 à 26,1%/39,1% et AM de 47,8%. Les pourcentages de réponse ACR 20/50/70 étaient de 73,9%/60,9%/47,8%. Toujours à 6 mois, les taux des réponses dans le groupe MTX seul ($n = 19$) étaient comme suit : la rémission DAS/DAS 28 de 36,8%/36,8%, la FA de 15,8%/36,8%, de AM de 47,4%, d'ACR 20/50/70 de 68,4%/52,6%/42,1%. Dans le groupe MTX + Ada, les taux des réponses ($n = 4$) ACR 20/50/70 et de AM étaient respectivement de 100%/100%/75% et 50%. Les résultats des paramètres étudiés et leur évolution sont résumés sur le tableau 3. Les auteurs concluent que la stratégie de T2T dans le RP actif et récent avec le MTX seul était intéressante car elle a permis à 6 mois d'obtenir une AM chez la moitié des patients.

Tableau 3 : Evolution des paramètres dans le temps.

	Baseline (n=23)	3 mo. (n=23)	6 mo. (n=23)	Friedman ANOVA
DAS 28	4.33 [3.68; 4.73]	3.56 [2.91; 4.35]	2.94 [1.3; 3.55]	0.001
DAS	3.97 [3.07; 4.67]	2.76 [2.17; 3.65]	2.06 [1.22; 3.3]	<0.001
C-RP	15 [8.6; 25.1]	5.7 [2.3; 10.7]	4.9 [0.9; 38]	<0.001
SJC/76	8 [7; 11]	4 [2; 8]	2 [0; 6]	<0.001
TJC/78	9 [6; 15]	5 [3; 10]	3 [1; 7]	<0.001
HAQ	0.75 [0.63; 1.25]	0.38 [0; 0.87]	0.13 [0; 0.63]	<0.001
PASI	6 [3.1; 9.7]	7.1 [0; 32.5]	0 [0; 3.6]	0.148
BSA	1 [0.5; 3.65]	1 [0.3; 2.3]	0.35 [0; 1.6]	<0.001

En bref

Selon la nouvelle classification ASAS, les SpA sont classées en SpA périphérique (enthésitique et articulaire périphérique) et en SpA axiale (r- axSpA et nr- axSpA, radiographique et non radiographique). Cette dernière a fait l'objet de plusieurs travaux comparant les deux formes de la SpA axiale :

De la cohorte Esperanza [THU0066] réalisée chez 194 axSpA (85 nr-axSpA et 109 r-axSpA) recrutées au niveau de 25 centres différents d'Espagne, il en ai ressorti qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux entités pour les éléments suivants : les moyennes d'âge, de durée des symptômes, du dérouillage matinal ; le taux des IBP, le nombre d'arthrites périphériques, le nombre d'enthésites, le taux des signes extra-articulaires (psoriasis, Dactylite, maladie inflammatoire de l'intestin, uvéite), la fréquence d'une histoire familiale, le taux de HLAB27, le taux de CRP moyenne, les moyennes de l'évaluation globale de la maladie par le patient, du BASDAI et du BASFI. Les seules différences étaient une fréquence plus élevée des diarrhées, des cervicites et des urétrites et des moyennes plus basses de l'évaluation globale de la maladie par le médecin et du BASMI chez les nr-SpA.

Des résultats similaires étaient retrouvés dans l'étude Berlinoise [THU0071] réalisée chez 210 axSpA (95 nr-axSpA et 115 r-axSpA) suivies pendant 2 ans a montré qu'il n'y avait pas de différence significative concernant l'activité de la maladie, l'état fonctionnel des patients et la consommation des AINS (figure 1). Les seules différences étaient une CRP moyenne et un BASMI moyen plus élevés chez les r-axSpA, contrairement aux données de l'étude suédoise [THU0096], réalisée chez 197 axSpA (125 r-SpA et 72 nr-axSpA) qui étaient en faveur d'une activité statistiquement plus élevée chez les nr-axSpA.

Figure 1 : Evolution des paramètres d'activité dans le temps dans les 2 cohortes, nr-axSpA et r-axSpA.

L'étude Tchèque [AB0708] quant à elle s'est intéressée aux différences échographiques concernant les sites enthésiques périphériques atteints et les signes inflammatoires US retrouvés chez 34 SpA (26 nr-axSpA, 8 r-axSpA). Les résultats n'avaient pas objectivé de différence significative entre le nombre d'enthésites actives (Doppler +) entre les deux entités, par contre le nombre d'enthésites inactives était plus élevé dans le groupe r-axSpA.

Pour X. Baraliakos [SAT0374], les nr-axSpA ($n=50$) et les r-ax-SpA ($n=50$) montraient des taux de réponse similaires au traitement par AINS. D'un autre côté, l'œdème osseux de la moelle à l'IRM et la CRP n'étaient pas influencés par un traitement continu par les AINS.