

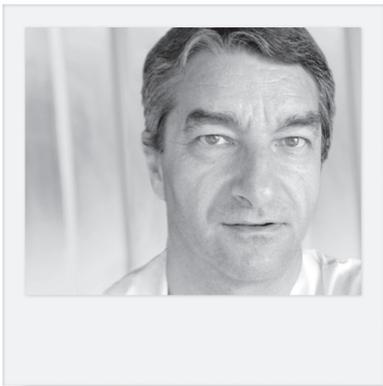
LE DOSSIER

Spondyloarthrite

Éditorial

La spondyloarthrite : quelle évolution !

Les plus anciens d'entre nous peuvent apprécier le chemin parcouru depuis l'individualisation du concept de spondylarthropathie séronégative au cadre actuel de la spondyloarthrite. La terminologie s'est en effet modifiée [1], avec également une classification plus proche de l'expression phénotypique clinique que des liens nosologiques préalables (**tableaux I et II**).



→ **D. WENDING**

Service de Rhumatologie,
CHRU de Besançon et Université
de Franche-Comté, BESANÇON.

Ces modifications se sont faites dans le prolongement de l'élaboration de nouveaux critères de classification par le groupe ASAS (*Assessment in Spondyloarthritis International Society*), avec des critères pour les formes axiales et les formes périphériques [2, 3]. Ces critères, qui reprennent les caractéristiques évocatrices de la maladie innovent essentiellement par leur prise en compte d'une définition IRM de sacro-iliite, permettant ainsi de s'affranchir de l'atteinte radiographique (indispensable dans les critères de New York modifiés) et, donc, potentiellement d'envisager des diagnostics plus précoces. Une précocité du diagnostic et de la prise en charge représentent des objectifs opérationnels louables, avec des intérêts pour les patients et le système de santé [4], mais il faut également avoir conscience des risques potentiels de diagnostic par excès auquel expose l'utilisation à des fins diagnostiques de ces nouveaux critères de classification [5].

Ces évolutions ont ainsi permis de mettre la lumière sur la phase non radiographique de la maladie axiale et d'individualiser ce concept de forme non radiographique (et non pas pré-radiographiques, car l'évolution vers la sacro-iliite radiographique n'est pas inéluctable pour tous les patients).

- Spondylarthrite ankylosante
- Rhumatisme psoriasique
- Arthrites réactionnelles
- Arthrites des MICI
- Spondylarthrite indifférenciée

TABLEAU I : Classification nosologique préalable.

- **Spondyloarthrite axiale**
 - Radiographique* (incluant la spondylarthrite ankylosante)
 - Non radiographique*
- **Spondyloarthrite périphérique articulaire**
 - Érosive*
 - Non érosive*
- **Spondyloarthrite périphérique enthésitique***

* Ajouter ici les éventuelles manifestations extra-articulaires concomitantes pour mieux caractériser le phénotype de l'atteinte (avec : psoriasis, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, uvéite antérieure).

TABLEAU II : Classification actuelle.

LE DOSSIER

Spondyloarthrite

Cet aspect sera développé par **Pascal Claudepierre** et son équipe à l'occasion de ce dossier publié dans *Réalités en Rhumatologie*.

Si la communauté rhumatologique a l'ambition de faire le diagnostic des différentes formes de spondyloarthrite plus précocement, cela peut déboucher sur la proposition également plus précoce de traitements actifs sur les signes et symptômes de la maladie. Mais, dans le cadre de la spondyloarthrite, le concept de fenêtre d'opportunité n'est pas démontré pour la spondyloarthrite. Les concepts actuellement proposent le traitement ciblé (*Treat to Target*) [6], avec l'objectif d'une rémission clinique ou d'au moins une faible activité de la maladie. Ceci suppose de disposer en pratique d'outils permettant d'évaluer de façon fiable l'activité de la maladie, ainsi qu'une définition opérationnelle de la rémission. Ces aspects seront abordés dans la synthèse de **Marie Godfrin-Valnet**.

La recherche, enfin, a permis des avancées en termes de physiopathogénie avec des perspectives immédiates d'applications thérapeutiques. Ceci est particulièrement vrai pour l'implication de la voie *IL-23/Th-17* qui est sous le feu des projecteurs de l'actualité et qui permet de faire le lien entre *HLA-B27*, son *misfolding*, l'atteinte des enthèses et de certaines lésions tissulaires (aorte, œil, intestin et peau). Les applications thérapeutiques sont déjà en cours d'évaluation avec les essais utilisant les anti-*IL-17* ou les anti-*IL-23*. Ces données seront développées, dans la **dernière partie de ce dossier thématique consacré à la spondyloarthrite**.

Bibliographie

1. CLAUDEPIERRE P, WENDLING D, BREBAN M *et al*. Ankylosing spondylitis, spondyloarthropathy, spondyloarthritis, or spondylarthritis: what's in a name? *Joint Bone Spine*, 2012;79:534-535.
2. RUDWALEIT M, VAN DER HEIJDE D, LANDEWÉ R *et al*. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*, 2009;68:777-783.
3. RUDWALEIT M, VAN DER HEIJDE D, LANDEWÉ R *et al*. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis*, 2011;70:25-31.
4. WENDLING D, CLAUDEPIERRE P, PRATI C. Early diagnosis and management are crucial in spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*, 2013 Apr 8. doi:pii: S1297-319X(13)00065-1. 10.1016/j.jbspin.2013.03.003. [Epub ahead of print].
5. BERTHELOT JM, LE GOFF B, MAUGARS Y. Overdiagnosing early spondyloarthritis: What are the risks? *Joint Bone Spine*, 2013 May 31. doi:pii:S1297-319X(13)00111-5. 10.1016/j.jbspin.2013.04.010. [Epub ahead of print].
6. SMOLEN JS, BRAUN J, DOUGADOS M *et al*. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*, 2013 Jun 8. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23749611.