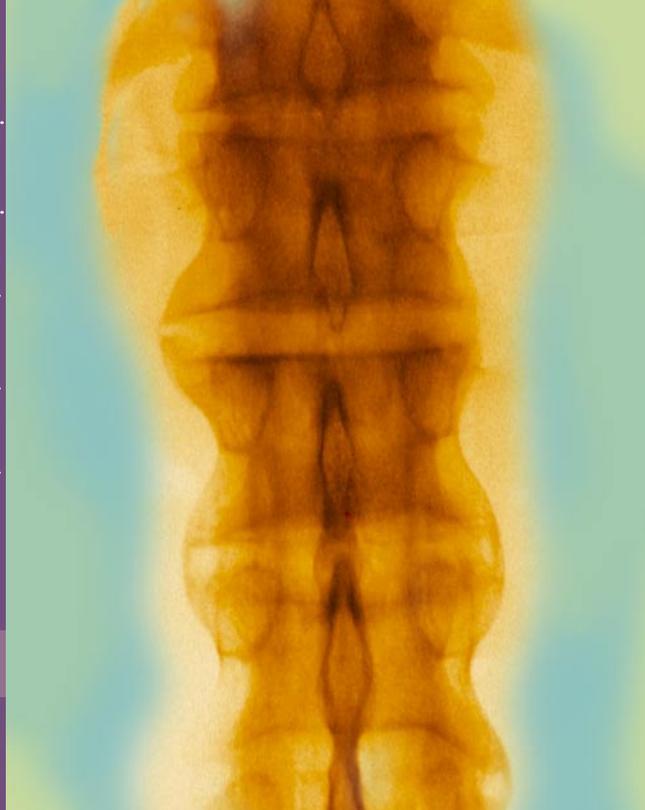


Recommandations pour l'utilisation des anti-TNF α dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique

DECEMBRE 2005



Critères diagnostiques

Critères de New York modifiés de spondylarthrite ankylosante

1. Critère radiologique

- a. Sacroiliite de grade \geq 2 si sacroiliite bilatérale ou
- b. Sacro-iliite de grade \geq 3 si sacroiliite unilatérale

2. Critères cliniques (au moins 1)

- a. Lombalgies et raideur lombaire de plus de trois mois améliorées par l'activité physique et non soulagées par le repos.
- b. Limitation de la mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et frontal.
- c. Limitation de l'expansion thoracique par rapport aux valeurs de sujets de même âge et même sexe.

Référence : van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 1984;27(4):361-8.

Critères de Moll & Wright de rhumatisme psoriasique

- a. Présence explicite de psoriasis à l'examen ou dans les antécédents
- b. Présence explicite de polyarthrite* et/ou de sacro-iliite
- c. Négativité du facteur rhumatoïde

*La polyarthrite est définie par :

- Atteinte de type gonflement, limitation des mouvements, subluxation ou ankylose.
- Atteinte d'au moins 3 articulations, touchant au moins la main, le poignet ou le pied et à l'exclusion des 1ères MCP, 1ères MTP et des hanches.

Référence : Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum 1973;3(1):55-78.

Auteurs : Thao Pham, Francis Guillemin, Pascal Claudepierre, Mathieu Luc, Corinne Miceli-Richard, Bruno Fautrel, et al. pour le Club Rhumatismes et Inflammation et la Société Française de Rhumatologie.

**Maladie active depuis au moins 4 semaines à 2 visites d'intervalle.
L'activité de la maladie sera définie selon la forme clinique prédominante.**

Spondylarthrite Ankylosante

en se référant aux critères de *New York modifiés*

Rhumatisme Psoriasique

en se référant aux critères de *Moll & Wright*

Certains patients ne répondant pas à ces critères mais présentant une atteinte inflammatoire clinique des sacro-iliaques ou du rachis objectivée par une imagerie (radiographie, IRM ou scanner selon la localisation) pourront aussi être considérés comme candidats potentiels aux anti-TNF α .

Formes à prédominance axiale.

Formes à prédominance périphérique.

BASDAI ≥ 4

NAD* ≥ 3 et NAG* ≥ 3

ET

ET

Jugement global de l'activité par le médecin EN (0-10) >4

Le jugement global de l'activité par le médecin sera fondé particulièrement sur la présence

- ⊙ Coxite active
- ⊙ Synovites et/ou enthésites actives
- ⊙ Uvéite active ou récidivante
- ⊙ VS ou CRP élevée
- ⊙ Inflammation du rachis ou des sacro-iliaques en IRM
- ⊙ Progression radiologique articulaire périphérique

ET

ET

Echec à au moins 3 AINS,

incluant ou non la butazolidine,
à dose maximale recommandée ou tolérée sauf
contre-indication, pendant une période de 3 mois.

**Echec à au moins
1 traitement de fond**

parmi MTX, LEF, SLZ à dose optimale**, pendant au moins 4 mois.
Si indiquées, **échec à au moins 2 injections locales
de corticoïdes retard*****

*NAD: nombre d'articulations douloureuses; NAG : nombre d'articulations gonflées; compte sur 66/68 articulations

** Méthotrexate (MTX) ≥ 15 mg/sem, léflunomide (LEF) 20 mg/j, salazopyrine (SLZ) ≥ 2 g/j *** mono- ou oligo-arthrites, enthésites.

