



الجمعية التونسية لمقاومة داء المفاصل

Ligue Tunisienne Anti-Rhumatismale
Tunisian League Against Rheumatism

Guide de Poche de Pratique Clinique

LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE & THERAPEUTIQUE DES SPONDYLOARTHRISES

Avril 2021



INEAS
الهيئة الوطنية للتقييم و الاعتماد في المجال الصحي
Instance Nationale de l'Evaluation
& de l'Accréditation en Santé

COORDINATEUR

KCHIR Med Montacer Professeur en rhumatologie- Institut MT Kassab

GROUPE DE TRAVAIL

BACCOUCHE Khadija Professeur agrégée de rhumatologie- Hôpital Farhat Hached- Sousse

BEN TEKAYA Aicha Professeur agrégée en rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle- Tunis

FAZAA Alia Professeur agrégée en rhumatologie- Hôpital MongiSlim- La Marsa

GHARSALLAH Imen Professeur en rhumatologie- Hôpital Militaire – Tunis

HAMDI Wafa Professeur en rhumatologie - Institut MT Kassab – Manouba

LAATAR Ahmed Professeur en rhumatologie- Hôpital MongiSlim- La Marsa

MAATALLAH Kaouther Professeur agrégée en rhumatologie - Institut MT Kassab -Manouba

MAHMOUD Inès Professeur en rhumatologie - Hôpital Charles Nicolle – Tunis

MANAA Mohamed AHU en rhumatologie. Hôpital des FSI, La Marsa

MILADI Sawsen AHU en rhumatologie - Hôpital MongiSlim - La Marsa

TEKAYA Rawdha Professeur en rhumatologie - Hôpital Charles Nicolle – Tunis

TESTOURI Nadia Médecin spécialiste de la santé publique-CHU Habib Thameur – Tunis

YOUNES Mohamed Professeur en rhumatologie - Hôpital Tahar Sfar- Mahdia

ZROUR Saoussen Professeur en rhumatologie- Hôpital Fattouma Bourguiba – Monastir

GROUPE DE LECTURE

BAKLOUTI Sofien	Professeur en rhumatologie – CHU HédiChaker – Sfax
BEN ABDELGHANI Khaoula	Professeur en médecine interne- Hôpital Charles Nicolle
BEN HAMIDA Abdelmajid	Professeur en épidémiologie - Faculté de médecine-Tunis
BERGAOUI Naceur	Professeur en rhumatologie – CHU FattoumaBourguiba - Monastir
BOUJINA Elyès	Professeur en rhumatologie – CHU FarhatHached – Sousse
BOUSSETTA Sabiha	Médecin généraliste de la santé publique – Manouba
CHARFI-ZBIBA Rim	Professeur en pharmacologie- Centre National de Pharmcovigilance
CHELLI-BOUAZIZ Mouna	Professeur en radiologie -Institut MT Kassab – Manouba
DAGHFOUS Samir	Professeur en orthopédie -Institut MT Kassab – Manouba
EL EUCH Mohamed	Professeur en rhumatologie – CHU La Rabta – Tunis
GAUDIN Philippe	Professeur en rhumatologie – CHU de Grenoble – France
GUERFALI Myriam	Pharmacienne spécialiste major- CHU La Rabta – Tunis Association tunisienne de la pharmacie hospitalière
HAJRI Rim	Professeur agrégée en rhumatologie Association tunisienne des Rhumatisants
KCHIR Héla	Professeur agrégé en gastro-entérologie – CHU La Rabta – Tunis
LABIADH Amel	Kinésithérapeute -Institut MT Kassab – Manouba
MIRI Imen	Professeur en médecine physique –Société tunisienne de médecine physique et de réadaptation
MRAD Skander	Professeur en médecine interne - CHU Mongi Slim – La Marsa
SIBILIA Jean	Professeur en immuno- rhumatologie – Centre national de référence des maladies auto-immunes systémiques rares - HopitalHautepierre – Strasbourg – France
ZAKRAOUI Leith	Professeur en rhumatologie - CHU Mongi Slim – La Marsa

COMITÉ DE LABELLISATION DE L'INEAS

Héla SAHLI	Professeur en rhumatologie - CHU La Rabta – Tunis
Kaouther BEN ABDELGHANI	Professeur en rhumatologie - CHU MongiSlim- La Marsa
Imene BOUKHRIS	Professeur agrégé en médecine interne- Hôpital Charles Nicolle - Tunis
Mohamed BEN HAMOUDA	Chef de service guide de pratique clinique
Hella OUERTATANI	Chef de service parcours de soins
Asma BEN BRAHEM	Directrice qualité des soins et sécurité des patients
Chokri HAMOUDA	Directeur Général de l'INEAS

INTRODUCTION

Ce guide a été réalisé sous l'égide de la Ligue Tunisienne Anti Rhumatismale (LITAR) et labellisé par l'Instance Nationale de L'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS).

Il a pour objectif principal d'aider le praticien à dépister précocement la maladie, harmoniser la stratégie de prise en charge en réduisant les actes et les thérapeutiques inutiles ou à risque, améliorer la qualité de vie des patients et réduire la morbi-mortalité.

Les thèmes traités ont été choisis en fonction des formes de présentation clinique des spondyloarthrites (SpA) définies par l'Assessment of Spondylarthritis international Society (ASAS) : SpA axiales (radiographiques et non radiographiques), SpA périphériques articulaires (érosives et non érosives), SpA périphériques enthésitiques, SpA associée au psoriasis, SpA associée aux MICI.

Les recommandations de bonne pratique ont été élaborées selon une méthodologie rigoureuse et adaptées au contexte tunisien.

La force de la recommandation est fondée sur le niveau de preuve, l'expérience des experts et le bon sens clinique. Ainsi, nous avons adopté la terminologie suivante :

- « **recommandé** » et « **non recommandé** » quand la recommandation est forte
- « **suggéré** » et « **non suggéré** » quand la recommandation est faible ou conditionnelle.

Ce guide est mis à la disposition des différents acteurs du système de santé impliqués dans la prise en charge des SpA (professionnels, décideurs..).

Le Coordinateur
Pr Mohamed Montacer KCHIR

RECOMMANDATIONS

Diagnostic & Investigations

Evaluation & Suivi

Prise en Charge Thérapeutique

Algorithmes

Diagnostic & Investigations

Dépistage et Orientation des patients

- R1**
- Il est recommandé de référer au rhumatologue tout patient ayant une rachialgie évoluant depuis au moins 3 mois et ayant débuté avant l'âge de 45 ans si elle est d'horaire inflammatoire (critères de Calin) ou associée à au moins 2 des critères suivants:
- Douleur fessière à bascule
 - Antécédents familiaux de psoriasis, d'uvéite, de MICI ou de SpA
 - Manifestations périphériques (enthésite, arthrite, ou dactylite)
 - Manifestations extra-articulaires (psoriasis, MICI, uvéite)
 - Syndrome inflammatoire biologique
 - Réponse aux AINS en moins de 48 heures

IIB

- R2**
- Il est suggéré de référer au rhumatologue tout patient ayant une arthralgie inflammatoire, une arthrite, une dactylite ou une enthésite (*talalgie inflammatoire++*) en particulier si elle(s) est (sont) associée(s) à l'un des éléments suivants :
- Antécédent personnel ou familial de MICI, de psoriasis ou d'uvéite
 - Antécédent personnel d'infection récente uro-génitale ou digestive
 - Antécédent familial de SpA

CE

- R3**
- Il est suggéré de référer au rhumatologue tout patient présentant une uvéite, une MICI ou un psoriasis, en association à des manifestations articulaires périphériques (*arthralgie, arthrite*) ou à une lombalgie évoluant depuis au moins 3 mois et ayant débuté avant l'âge de 45 ans.

CE

Imagerie

R4	<p>Devant une suspicion de SpA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une radiographie du bassin en incidence antéropostérieure est recommandée de première intention à la recherche d'une sacro-iliite. <p>Pour l'interprétation des articulations sacro-iliaques, il est recommandé de se référer à la classification de New York modifiée.</p> <p>Cette interprétation devra être réalisée de préférence par un rhumatologue ou un radiologue expérimenté en imagerie ostéo-articulaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est suggéré de demander des radiographies du rachis lombaire (F+P) en cas de lombalgie inflammatoire. 	<p>IIB</p> <p>IIB</p> <p>IIB</p> <p>CE</p>
R5	<p>En l'absence d'anomalies sur les radiographies, l'IRM des sacro-iliaques est recommandée à la recherche d'un œdème de l'os sous chondral et/ou de lésions structurales (<i>lésions graisseuses, érosions, sclérose, ankylose</i>)).</p> <p>L'IRM du rachis ne doit pas être systématique. Elle est recommandée dans certaines situations (rachialgies inflammatoires et absence de sacro-iliite).</p>	<p>IIB</p> <p>IIB</p>
R6	<p>La TDM des sacro-iliaques est recommandée lorsque les radiographies standard ne sont pas contributives et que l'IRM est non disponible ou non concluante.</p>	<p>IIB</p>
R7	<p>L'échographie des enthèses aux sites calcanéens et aux genoux est recommandée chez les patients symptomatiques. Elle peut contribuer au diagnostic de SpA.</p> <p>L'échographie des articulations sacro-iliaques n'est pas recommandée.</p>	<p>IIA</p> <p>IIB</p>
R8	<p>La scintigraphie osseuse, le PET-CT et le SPECT ne sont pas recommandés pour le diagnostic de SpA (IIIC)</p>	<p>IIIC</p>

Biologie & Immunologie

- R9** | Il est recommandé de demander les paramètres biologiques de l'inflammation (VS, CRP), tout en sachant qu'ils ne constituent pas des marqueurs spécifiques mais peuvent être contributifs au diagnostic. **IIB**
- R10** | Il est recommandé de demander une recherche de l'antigène HLA B27* devant des arguments cliniques et/ou radiologiques insuffisants pour le diagnostic de SpA. Sa négativité n'élimine pas le diagnostic. **IIB**
- R11** | Devant une suspicion de SpA périphérique articulaire, il est suggéré de demander les tests immunologiques (FR, ACPA, AAN) et l'étude du liquide articulaire car ils peuvent être contributifs au diagnostic différentiel. **CE**

Manifestations extra-articulaires et comorbidités

- R12** | Il est recommandé de dépister les manifestations extra-articulaires et les comorbidités Au moment du diagnostic et au cours du suivi, en particulier les plus fréquentes (uvéite, risque cardio-vasculaire et ostéoporose). **IB**

Critères diagnostiques

- R13** | Il est recommandé d'utiliser des critères de classification et de diagnostic validés pour les SpA, en particulier les critères ASAS. **IIB**
Les critères CASPAR sont recommandés de préférence en cas de psoriasis associé. **IIB**

Evaluation & Suivi

R14	<p>Devant une SpA axiale, les paramètres d'évaluation métrologiques cliniques recommandés sont : l'indice de Schöber et le BASMI, ainsi que la latéroflexion du rachis lombaire, l'ampliation thoracique, la distance tragus-mur et la distance inter-malléolaire.</p> <p>Il est suggéré d'évaluer l'atteinte périphérique articulaire par le compte articulaire (NAD, NAG) et l'atteinte enthésitique par un score validé (MASES, LEI, SPARCC).</p>	<p>IA IIB CE</p>
R15	<p>Il est recommandé d'évaluer l'activité des SpA par un score composite comme l'ASDAS ou bien le BASDAI associé à la CRP.</p> <p>En cas de psoriasis associé, il est recommandé d'utiliser d'autres scores spécifiques comme le PASDAS, le CPDAI ou le DAPSA sont préférés.</p>	<p>IA IIB</p>
R16	<p>Il est recommandé d'évaluer la gêne fonctionnelle et la qualité de vie par des indices validés : BASFI , HAQ ASQoL , PsAQoL ...</p>	<p>IA IB</p>
R17	<p>Il est recommandé d'assurer le suivi des lésions structurales des SpA axiales et périphériques par la pratique de radiographies dans un délai minimal de 2 ans .</p> <p>Pour la hanche, il est suggéré un délai de suivi radiographique plus court si nécessaire.</p> <p>Il est suggéré de recourir à l'IRM dans certaines situations particulières, notamment en cas de discordance entre l'évaluation de la maladie par le patient et par le médecin ou par la CRP.</p> <p>L'échographie est recommandée pour le suivi des lésions inflammatoires (enthésite et synovite) au cours des SpA périphériques.</p>	<p>IB CE CE IIB</p>
R18	<p>Il est recommandé de réunir les facteurs prédictifs de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sévérité : début précoce, tabagisme, coxite, autres atteintes périphériques, syndrome inflammatoire et faible réponse aux AINS (IIB). • Progression structurale: sexe masculin, tabagisme, HLA B27, sacroiliïte, présence de syndesmophytes et œdème osseux ou lésion graisseuse à l'IRM (IIB). • Bonne réponse thérapeutique aux anti-TNF: CRP élevée et œdème osseux à l'IRM (IB). 	<p>IIB IIB IB</p>

Prise en Charge Thérapeutique

Principes généraux

R19

Il est suggéré d'assurer une prise en charge multidisciplinaire des SpA, reposant sur des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques, visant à:

- lutter contre la douleur et la raideur
- améliorer la qualité de vie
- prévenir ou limiter les déformations et les dommages structuraux
- obtenir une rémission ou à défaut un faible niveau d'activité

CE

Education des patients

R20

Il est suggéré de proposer des séances d'éducation thérapeutique au cours des SpA reposant essentiellement sur l'information et les programmes personnalisés.

Il est suggéré de prendre en charge le retentissement psychologique de la SpA et d'adresser, si nécessaire, le patient à un psychologue et/ou psychiatre.

Pour une prise en charge optimale, il est recommandé que la décision médicale soit partagée entre le rhumatologue et le patient.

CE

CE

IB

Traitement pharmacologique

AINS

- R21** Les AINS sélectifs sont recommandés de 1ère intention au cours des **SpA symptomatiques**, et ceci en l'absence de contre-indications. IA
Ils sont efficaces sur les **SpA axiales**. Ils peuvent l'être dans les formes périphériques articulaires et enthésitiques, en particulier en cas de psoriasis associé. IA
- R22**
 - Les différentes molécules d'AINS (sélectifs et non sélectifs) peuvent être recommandées au cours des SpA axiales avec une **efficacité comparable**.
 - Il est recommandé d'utiliser la **dose minimale efficace** sur les symptômes cliniques.
 - Il est suggéré de tenir compte du score d'équivalence des AINS (annexe II) avant de conclure à un échec.
 - Une prise d'AINS **à la demande** est suggérée. Toutefois, en cas de CRP élevée l'utilisation en continu est recommandée car elle pourrait avoir un bénéfice sur la progression radiographique mais au prix d'une majoration des effets indésirables.
 IA
IA
IIID
IA
- R23** Les AINS ne sont pas recommandés chez les patients atteints de MICI (IA). Toutefois, en cas de nécessité, les coxibs à faibles doses sont recommandés pour une **courte durée** chez les patients en **rémission intestinale**. IA

Antalgiques

- R24** Il est suggéré d'associer au besoin les antalgiques aux AINS au cours des SpA. IIC

Corticothérapie

- R25** La **corticothérapie systémique à court terme** est suggérée au cours des SpA périphériques symptomatiques, de préférence en association aux DMARDS et/ou aux AINS. IIC
Son emploi dans les SpA axiales n'est pas recommandé. IIB
Les infiltrations locales aux corticoïdes sont suggérées en cas d'arthrite, de sacroiliite ou d'enthésite (IIB). IIB

Synoviorthèse isotopique

- R26** | La **synoviorthèse aux radio-isotopes** est suggérée en l'absence de contre-indication en cas d'arthrite réfractaire des hanches et des genoux.

CE

csDMARDs

- R27** | Les csDMARDs ne sont pas recommandés dans les SpA axiales, enthésitiques et avec dactylite. Toutefois, ils peuvent être envisagés dans les formes articulaires insuffisamment contrôlées par les traitements symptomatiques.
- En cas de psoriasis associé, les csDMARDs (en particulier le MTX) sont recommandés de 1^{ère} intention en présence de facteurs de mauvais pronostic.
 - L'Apremilast* est recommandé dans certaines situations.
 - En cas de MICI associée, il est suggéré de discuter l'indication conjointement avec le gastro-entérologue).
- *Non encore commercialisé en Tunisie*

IA

IIIC

IIB
IA

CE

tsDMARDs

- R28** | Les **inhibiteurs de JAKs (tsDMARDs)** sont recommandés dans les SpA axiales et dans les atteintes articulaires et cutanées au cours du rhumatisme psoriasique en échec au traitement symptomatique ou aux csDMARDs.
- Ils sont également recommandés en cas d'échec aux bDMARDs.

IA

IA

bDMARDs

R29	<p>Un bilan pré-thérapeutique approprié est recommandé avant toute biothérapie (<i>annexe III</i>).</p> <p>Mentions particulières pour:</p> <p>La tuberculose :</p> <p>Le dépistage d'une tuberculose active ou latente est obligatoire avant d'instaurer un traitement par anti TNFα et doit comporter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recherche de facteurs de risque de réactivation tuberculeuse. • La Rx thoracique (complétée par la recherche de BK dans les crachats en cas anomalies) • Les tests IGRA ou à défaut l'IDR à la tuberculine. L'IDR est considérée positive au delà de 10mm. <p>En cas de tuberculose latente, l'anti TNFα ne peut être initié qu'après au moins 3 semaines d'une chimiothérapie prophylactique antituberculeuse.</p> <p>L'hépatite B et C :</p> <p>Le dépistage est obligatoire par la recherche de l'Ag HBs, de l'Ac anti-HBc (pour l'hépatite B) et des Ac anti HVC (pour l'hépatite C) (IIIC). (<i>annexes IV et V</i>).</p> <p>En cas d'hépatite, la prise en charge sera réalisée en concertation avec les spécialités concernées.</p>	<p>IA</p> <p>IB</p> <p>IIB</p> <p>IIB</p> <p>IIIC</p>
R30	<p>Il est recommandé de vérifier le statut vaccinal et d'effectuer les mises à jour selon le calendrier vaccinal en vigueur.</p> <p>Chez les patients traités par immunosuppresseurs (biothérapie, méthotrexate, ou corticothérapie générale), il est recommandé de vacciner contre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la grippe: tous les ans • le pneumocoque: vaccin pneumococcique polysidique (13-valent) suivi à 8 semaines et à 5 ans par le vaccin pneumococcique polysidique (23-valent) • l'hépatite B : avant l'instauration du traitement <p>Contrairement aux vaccins inactivés, les vaccins atténués ne peuvent être utilisés qu'après un délai d'arrêt des immunosuppresseurs d'au moins 3 mois. La reprise du traitement ne pourra se faire que 3 semaines après la vaccination.</p>	<p>CE</p> <p>CE</p> <p>CE</p> <p>CE</p>

- R31** Il est recommandé de choisir l'agent biologique selon une décision médicale en concertation avec le patient et en tenant compte de certains facteurs, notamment la forme clinique de la SpA, les manifestations extra-articulaires, les comorbidités, la tolérance et le risque de progression structurale. **IA**
- R32** Il est recommandé de prescrire un **traitement biologique** anti TNF (original ou biosimilaire) ou un anti IL17 ou un anti JAK dans les SA axiales radiographiques actives (ASDAS-CRP \geq 2.1 ou BASDAI \geq 4) en échec à au moins 3 classes d'AINS prescrits pour une durée totale minimale de 12 semaines et pris chacun à des doses optimales. **IA**
 Pour les SA axiales non radiographiques, une biothérapie est recommandée en présence d'une preuve d'inflammation à la biologie (CRP élevée) ou à l'IRM en échec au traitement symptomatique. **IA**
- R33** Il est recommandé de prescrire un agent biologique anti TNF (original ou biosimilaire) ou un anti IL17 dans:
 • Les formes enthésitiques actives (EVA douleur \geq 4, CRP élevée ou inflammation à l'imagerie), en échec au traitement symptomatique **IA**
 • Les formes articulaires actives (NAD et NAG \geq 3) en échec aux traitements symptomatiques et à un csDMARD. **IA**
 • Les formes associées à une coxite active et réfractaire (indication d'un anti TNF α). **IIB**
 Dans les formes associées aux MICI, seuls les anti TNF α monoclonaux sont suggérés **IIC**
 et les anti IL 17 ne sont pas recommandés. **IA**
- R34** Il est recommandé d'évaluer la réponse thérapeutique au cours des SpA par un score adapté à la présentation clinique:
 • Atteinte axiale: ASDAS (le plus utilisé), BASDAI, ASAS (de préférence l'ASDAS). **IA**
 • Atteinte périphérique articulaire: DAS28, SDAI.... **CE**
 • Psoriasis associé: MDA, DAPSA, PASDAS.... **IIA**

- R35** | En cas d'intolérance ou d'inefficacité d'un 1er agent biologique, il est recommandé de prescrire un 2ème biologique de même classe ou de classe différente après analyse des causes de l'échec (IIB).
- R36** | En cas de **rémission** (ou à défaut de faible niveau d'activité) durable, il est recommandé d'effectuer un espacement progressif des prises ou une réduction des doses d'un anti TNF alpha (IIB)
- R37** | En cas de conception d'une grossesse au cours des SpA, il est suggéré de tenir compte des contre-indications propres à chaque traitement médicamenteux.
Il est suggéré de poursuivre un traitement par un anti-TNF ou par un anti-IL17 lors de la conception ou de la gestation (IV) en tenant compte du rapport bénéfice/risque et dans le cadre d'une décision partagée entre le patient et le médecin.
- R38** | En cas de survenue de néoplasie chez un patient suivi pour une SpA, les csDMARDS et les bDMARDS ne sont pas recommandés et devraient être arrêtés. La possibilité et le moment de leur reprise pourraient être envisagés en concertation avec les oncologues.

IIB

IIB

CE

CE

CE

Traitement non pharmacologique

Traitement Physique

- R39** | L'exercice et la prise en charge rééducative sont recommandés d'emblée. Les moyens et les objectifs seront adaptés en fonction de l'état du patient. Ils ont un effet bénéfique sur la douleur, la fonction, la qualité de vie et l'activité de la maladie.
- Il est recommandé de poursuivre la prise en charge rééducative par une auto-rééducation contrôlée.
- Il est suggéré de prescrire des orthèses et des corsets dans certaines situations.

IB

IB

CE

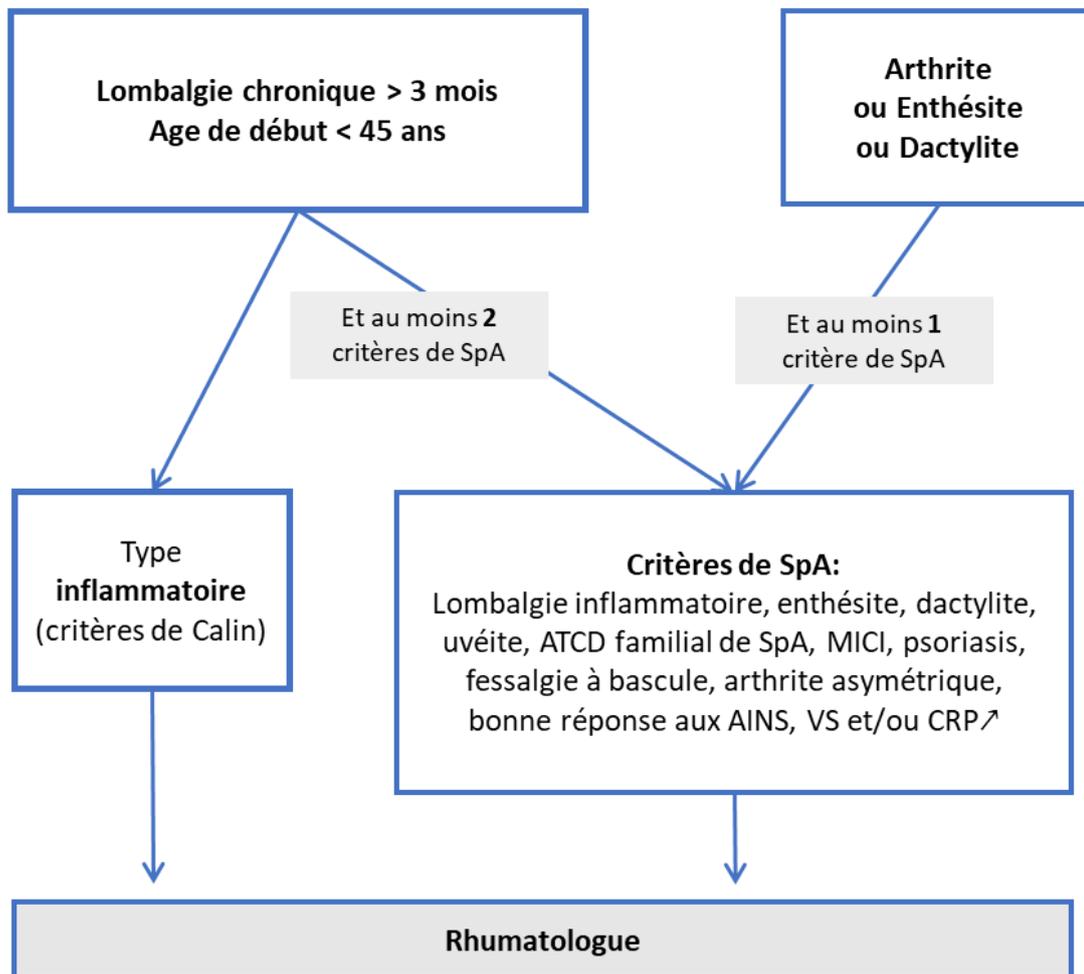
Chirurgie

- R40** | Une **chirurgie** est suggérée en cas de déformations rachidiennes majeures, de fracture vertébrale (IIIC) ou d'arthropathie périphérique destructrice invalidante.

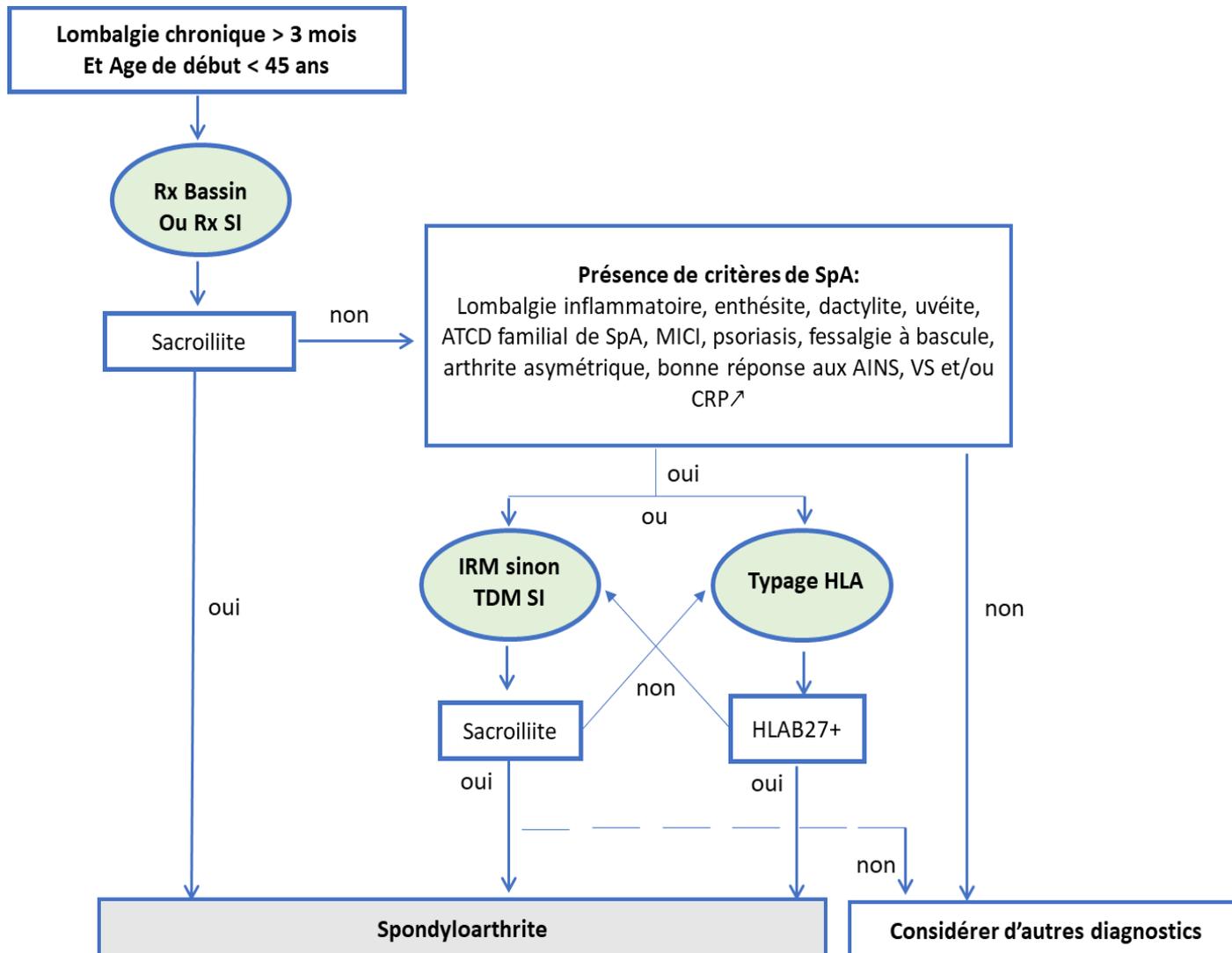
IIIC

IIB

Algorithmes

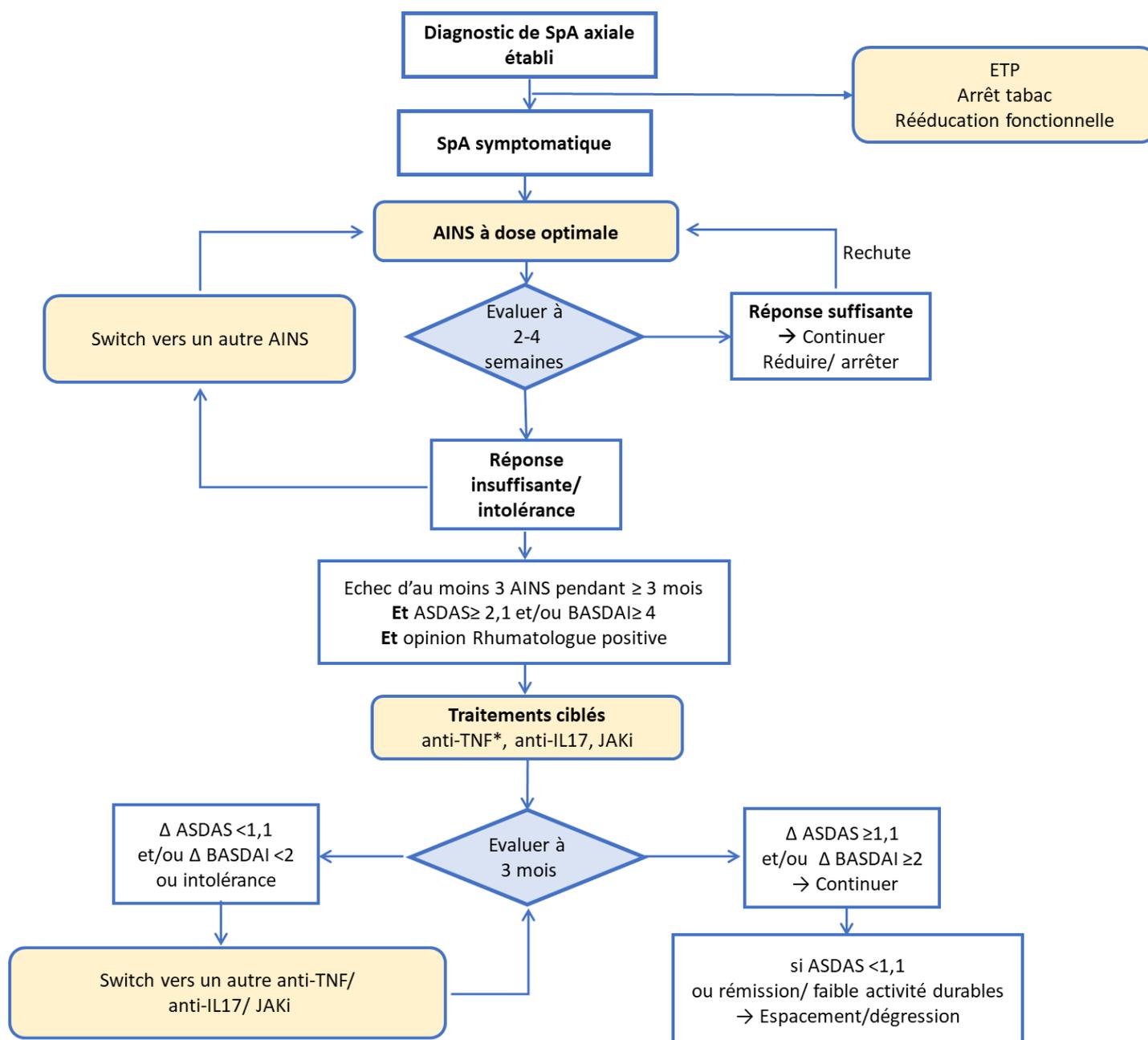


Algorithme 1: Circonstances permettant de référer un patient suspect de spondyloarthrite (SpA) au rhumatologue.



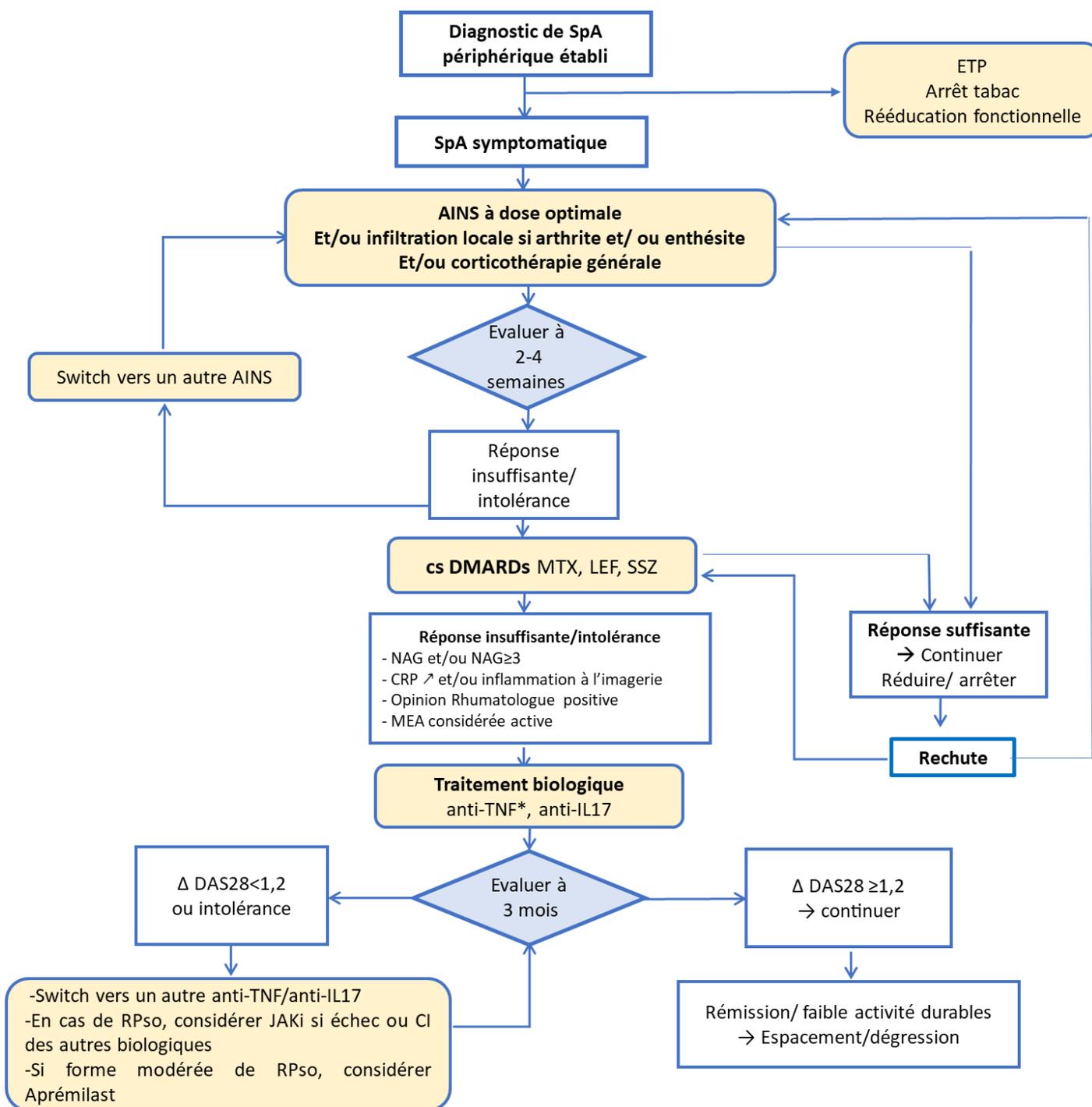
Algorithme 2: Diagnostic de spondyloarthrite axiale

**TDM des sacro-iliaques (SI) peut être proposée si IRM non disponible ou non concluante*



Algorithme 3 : Stratégie thérapeutique de la spondyloarthrite axiale

ETP: éducation thérapeutique patient, anti-TNF*: en cas d'uvéïte ou de MICI, préférer les anti-monoclonaux, anti-JAK : inhibiteurs des janus kinases.



Algorithme 4: Stratégie thérapeutique de la spondyloarthrite périphérique

ETP: éducation thérapeutique patient, MTX: méthotrexate, Lef: leflunomide, SSZ: sulfasalazine, anti-TNF*: en cas d'uvéite ou MICI préférer un anti-TNF monoclonal. MDA: minimal disease activity, RPso: rhumatisme psoriasique

Annexes

ANNEXE I- Gradation des Recommandations selon la HAS

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance. • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. • Analyse de décision basée sur des études bien menées. 	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Etudes comparatives non randomisées bien menées. • Etudes de cohorte 	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none"> • Etudes cas - témoins 	C Faible niveau de preuve
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none"> • Etudes comparatives comportant des biais importants. • Etudes rétrospectives. • Séries de cas. 	

ANNEXE II - Score d'Equivalence des AINS

Dougados M, Paternotte S, Braun J, Burgos-Vargas R, Maksymowych WP, Sieper J, et al. ASAS recommendations for collecting, analyzing and reporting NSAID intake in clinical trials/epidemiological studies in axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:249–51. doi:10.1136/ard.2010.133488

Table 2 ASAS-NSAID equivalent score

NSAID	Dose comparable to 150 mg of diclofenac	Maximum dose used in AS	Consensus
Diclofenac	/	n=60* 150 (150–200)	150
Naproxen	n=57 1000 (1000–1000)	n=59 1000 (1000–1500)	n=47/50† 1000
Aceclofenac	n=15 200 (200–200)	n=14 200 (200–200)	n=29/29 200
Celecoxib	n=61 400 (300–400)	n=60 400 (400–400)	n=47/50 400
Etodolac	n=15 600 (400–800)	n=13 600 (600–600)	n=17/20 600
Etoricoxib	n=36 90 (90–90)	n=37 120 (90–120)	n=42/46 90
Flurbiprofen	n=13 200 (200–300)	n=13 300 (200–300)	n=15/18 200
Ibuprofen	n=54 2400 (1600–2400)	n=54 2400 (2400–2400)	n=39/45 2400
Indometacin	n=57 150 (100–150)	n=58 150 (150–200)	n=42/47 150
Ketoprofen	n=26 200 (200–200)	n=25 200 (200–300)	n=21/23 200
Meloxicam	n=58 15 (15–15)	n=55 15 (15–22.5)	n=42/48 15
Nimesulide	n=8 200 (200–200)	n=9 200 (200–200)	n=16/16 200
Phenylbutazone	n=28 400 (200–500)	n=28 400 (250–600)	n=25/28 400
Piroxicam	n=51 20 (20–20)	n=50 20 (20–40)	n=46/46 20
Tenoxicam	n=17 20 (20–20)	n=16 25 (20–40)	n=18/18 20

Results of the survey evaluating the opinion of ASAS members about the comparable efficacy of each NSAID with 150 mg of diclofenac.

Values given are:

*first row, n=number of ASAS members giving an answer to the question; second row, median dose in mg (tertiles).

†first row, n=number of ASAS members who have voted in favour of such a dose/the total number of ASAS members who have voted; second row, agreed dose.

AS, ankylosing spondylitis; ASAS, Assessment of Spondyloarthritis International Society; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug.

ANNEXE III - Bilan Pré anti TNF alpha

A l'interrogatoire vérifier l'absence de :
<ul style="list-style-type: none"> • ATCD de néoplasie ≤ 5 ans, de tuberculose, de sclérose en plaques, de névrite optique, de neuropathie démyélinisante • ATCDs d'affection pré-néoplasique (polypose, BPCO, oesophagite...) • ATCDs de maladie auto immune systémique (lupus, hépatite, vascularite) • ATCD d'infections sévères ≤12mois, chroniques et/ou récidivantes (bactériennes, virales) • Insuffisance cardiaque congestive grade 3 ou 4 NHYA • Pneumopathie interstitielle, BPCO, asthme sévère • Grossesse ou désir de grossesse • Vaccination récente avec vaccin vivant (fièvre jaune, BCG)
A l'examen clinique, vérifier l'absence de :
<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Infection • Adénopathies • Signes orientant vers une néoplasie et/ou une hémopathie • Signes d'insuffisance cardiaque décompensée • Signes d'auto-immunité • Signes d'affection démyélinisante • Signes broncho-pulmonaires
Proposer une mise à jour des vaccinations
Examens complémentaires à demander en première intention :
<ul style="list-style-type: none"> • Hémogramme • Transaminases • Sérologie hépatite B (antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc) • Sérologie hépatite C • Anticorps anti-nucléaires (si positifs, faire les anticorps anti-ADN natifs) • Radiographie de thorax • IGRA (QuantIFERON ou T-SPOT.TB) ou IDR à la tuberculine à 5UI

ANNEXE IV

Les hépatites virales B : actualisation des recommandations Tunisiennes (2019)

[HTTPS://WWW.INFECTIOLOGIE.ORG.TN/PDF_PPT_DOCS/RECOMMANDATIONS/1576619564.PDF](https://www.infectiologie.org.tn/pdf_ppt_docs/recommandations/1576619564.pdf)

Traitement préemptif de la réactivation virale B avant chimiothérapie ou immunosuppression

Recommandations :

- Le dépistage de l'infection virale B est recommandé chez tout candidat à un traitement immunosuppresseur à risque modéré ou élevé de réactivation virale B
 - Le bilan initial de dépistage doit inclure la recherche de l'Ag HBs et de l'Ac anti-HBc. Les anticorps anti-HBs ne sont pas inclus dans le bilan de dépistage initial vu l'éventuel coût qu'ils peuvent engendrer
 - L'ETV ou le TDF sont recommandés en première intention pour prévenir la réactivation du VHB. Le traitement prophylactique doit être débuté une semaine avant ou au maximum au début du traitement immunosuppresseur
 - Le traitement antiviral prophylactique doit être maintenu durant la période d'immunosuppression et pour au moins 12 mois (18 mois si régime incluant Rituximab) après arrêt du traitement immunosuppresseur.
 - Le dosage des transaminases et de l'ADN VHB doit être effectué tous les 3 à 6 mois, durant la prophylaxie et au moins durant 2 ans après arrêt du traitement immunosuppresseur.
- En fonction du statut virologique et le risque lié au traitement immunosuppresseur on propose :

Groupe à risque modéré de réactivation

- Si sujet Ag HBs (-) et anti HBc (+) : une surveillance et un traitement préemptif si réactivation
- Si Ag HBs (+) : une surveillance ou un ttt prophylactique peut être discuté surtout si l'ADN est détectable

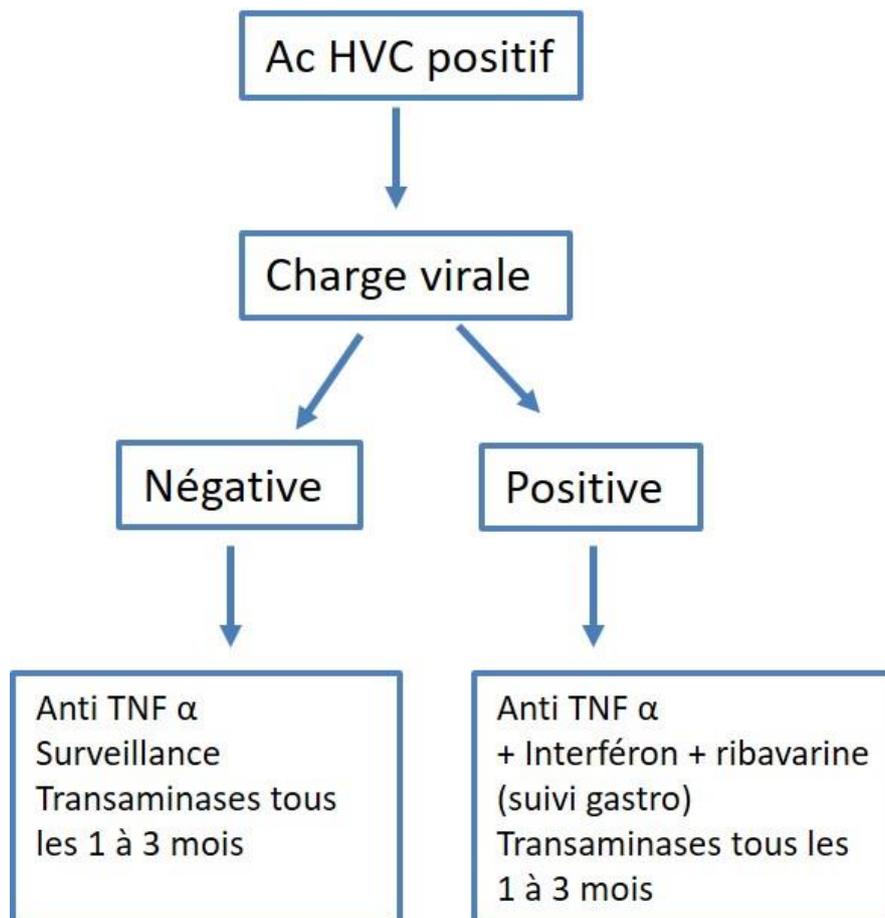
Risque de réactivation virale B selon la thérapie immunosuppressive envisagée

Risque	Thérapie Immunosuppressive
Haut risque (>10%)	Anti-Lymphocytes B : rituximab, ofatumumab, natalizumab, Corticostéroïdes à dose élevée Anthracyclines : doxorubicine, epirubicine
Risque modéré (1%-10%)	Anti-TNFα : Etanercept, adalimumab, infliximab Autres Anti-cytokines : abatacept, ustekinumab, natalizumab et vedolizumab Inhibiteurs de calcineurine : Ciclosporine Inhibiteurs de la tyrosine kinase : imatinib et nilotinib Inhibiteurs des protéasomes : bortezomib Corticostéroïdes à doses modérés
Faible risque (<1%)	Antimétabolites, azathioprine, 6-mercaptopurine et methotrexate Corticostéroïdes à doses faibles Injections intraarticulaire de corticostéroïde

ANNEXE V

Actualisation des recommandations du traitement de l'hépatite virale C (2015)

https://www.infectiologie.org.tn/pdf_ppt_docs/recommandations/1536342624.pdf





الجمعية التونسية لمقاومة داء المفاصل

Ligue Tunisienne Anti-Rhumatismale
Tunisian League Against Rheumatism