



Revue du rhumatisme

24^e CONGRÈS FRANÇAIS DE RHUMATOLOGIE CNIT,
PARIS - LA DÉFENSE, 11-14 DÉCEMBRE 2011

Joint Bone Spine

Conférences d'actualité

**Approche thérapeutique
de la vascularite à cellules géantes
(Maladie de Horton)**

Charles Masson A15

**Rotation des traitements
anti-ostéoporotiques**

Karine Briot A23

Colloques de recherche

**Approches métagénomiques
pour l'étude de la microflore du sol
et implications dans le domaine
de la santé**

Pascal Simonet A29

**Microbiote et maladies
inflammatoires chroniques
intestinales**

Philippe Seksik A31

**Polyarthrite rhumatoïde (PR)
et infections : quels liens ?
quelles conséquences
thérapeutiques ?**

Thierry Schaevebeke A33

**Microbiote intestinal et
spondylarthrites :
quelles perspectives ?**

Maxime Breban et al. A35

Résumés

Séances plénières A37

Communications orales A43

Communications affichées A125

Index des mots clés A319

Index des auteurs A325

dans 90 % des cas. La durée médiane de la maladie est de 4 ans (0,1-50). Les principaux facteurs de risque et comorbidités sont : ATCD familiaux de goutte (23 %), obésité (47 %), hyperlipidémie (57,6 %), diabète de type 2 (22 %), HTA (65 %, avec prise de diurétiques dans 56 % des cas). L'uricémie moyenne lors du diagnostic initial était de 85 ± 12 mg/L (entre 70 et 90 mg dans 63 % des cas et > 90 mg/L dans 33 % des cas). Au moment de l'étude, 11 % des patients présentaient des tophus, 7 % d'entre eux avaient un ATCD de lithiase urinaire. Au cours des 12 derniers mois, les patients ont présenté 2 ± 2 crises d'arthrites goutteuses. La dernière crise de goutte a été traitée par colchicine dans 92 % des cas, AINS dans 36 % des cas ou corticoïdes dans 1 % des cas et sur une durée médiane de 15 jours (2-432). Les patients avaient déjà reçu au moins un traitement hypouricémiant antérieur dans 80 % des cas (allopurinol dans 99 % des cas) et 79 % d'entre eux avaient soit arrêté, soit changé de traitement hypouricémiant au moins une fois depuis le diagnostic. Les raisons sont l'inefficacité clinique (33 %), inefficacité biologique (45 %), survenue d'effets indésirables (7 %) ou mauvaise observance (26 %). Au moment de l'étude, 86 % des patients étaient toujours sous traitement hypouricémiant avec une uricémie moyenne de 72 ± 17 mg/L ($\bar{\delta}$ 60 : 21 %, entre 60 et 70 mg/L : 16 %, entre 70 et 90 mg/L : 48 % et > 90 mg/L : 14 %).

Conclusion. – Sur un effectif très important de patients, l'étude CACTUS permet d'actualiser les données épidémiologiques françaises sur la goutte et son traitement. 21 % seulement des patients ont une uricémie $\bar{\delta}$ 60 mg/L correspondant à l'objectif thérapeutique actuel de la maladie. Des efforts en termes d'éducation et d'amélioration de la prise en charge de ces patients doivent être développés.

O.18

Efficacité de l'anakinra dans les arthrites à pyrophosphates de calcium

S Ottaviani (1) ; L Brunier (2) ; E Quintin (2) ; K Dawidowicz (2) ; E Palazzo (1) ; G Hayem (1) ; O Meyer (1) ; P Dieudé (1)

(1) Service de Rhumatologie, C.H.U. Bichat Claude Bernard, Paris ;
(2) Service de Rhumatologie, C.H.U Bichat, Paris.

Introduction. – Le traitement des arthrites à pyrophosphates de calcium (PPCa) repose sur les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS), les corticoïdes (locaux ou par voie générale) ou la colchicine. Cependant, chez certains patients, ces thérapeutiques sont contre-indiquées ou inefficaces. L'IL-1b ayant un rôle clef dans les mécanismes qui sous-tendent l'inflammation microcristalline. Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité de l'anakinra, récepteur antagoniste de l'IL-1b, dans les arthrites à PPCa au cours desquelles les traitements conventionnels étaient contre-indiqués.

Patients et Méthodes. – Dans cette étude rétrospective, les critères d'inclusion étaient : 1) échec ou contre-indication d'au moins deux traitements parmi les corticoïdes, colchicine ou AINS, 2) arthrite à PPCa prouvée par la présence de cristaux de PPCa dans le liquide synovial, 3) oligo ou polyarthrite. Les patients étaient traités par 100 mg/j en SC pendant 3j d'anakinra. Les données cliniques (EVA douleur) et biologiques (CRP) étaient évaluées à J0 et J4.

Résultats. – 12 patients (2/3 de femmes) ont été inclus. L'âge moyen était $82,75 \pm 10,8$ ans et les symptômes évoluaient depuis $2,2 \pm 2,1$ mois. Entre J0 et J4, le traitement par anakinra a permis une baisse significative de l'EVA douleur ($76,7 \pm 11,2$ à $28,7 \pm 6,4$ mm ; $P = 0,00015$) et de la CRP ($113 \pm 56,6$ à $21,5 \pm 10,6$ mg/l ; $P = 0,00016$). La consommation de corticoïdes a pu être réduite de $25,7 \pm 5,3$ mg/j à $5,6 \text{ mg} \pm 4,2 \text{ mg/j}$ ($P = 0,008$). Un patient n'a pas eu d'efficacité et un autre a fait une rechute 3 semaines après le traitement par anakinra et aucun effet secondaire n'a été relevé.

Conclusion. – L'anakinra est un traitement efficace et bien toléré des arthrites à PPCa, notamment dans les formes aiguës et constitue

donc une alternative intéressante quand les traitements conventionnels sont contre indiqués ou inefficaces.

O.19

Étude des qualités métrologiques d'un nouvel outil d'évaluation des peurs-évitement du lombalgique chronique

C Demoulin (1) ; PR Somville (2) ; N Wuinant (2) ; S Grosdent (3) ; I Salamun (4) ; S Volders (5) ; JM Crielaard (3) ; M. Vanderthommen (1) ; Belgian Back Society / Section Rachis de la SFR

(1) Sciences de la Motricité, Université de Liège - CHU Liège, Liège, Belgique ; (2) Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, CHU Liège, Liège, Belgique ; (3) Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle, CHU Liège - Université de Liège, Liège, Belgique ; (4) Centre de la Douleur, CHU Liège, Liège, Belgique ; (5) Psychologie de la Santé, K.U.Leuven, Leuven, Belgique.

Introduction. – Les peurs liées à la douleur et l'évitement qui en résulte semblent constituer un facteur de risque du développement et du maintien d'une lombalgie chronique (LBC) [1]. L'évaluation des différentes composantes du « modèle de peur-évitement » (MPE) apparaît dès lors primordiale chez ces patients. Le DAFABI (Daily Activities Fear Assessment Based on Images) ayant été mis au point récemment [2] puis ensuite modifié, l'objectif de ce travail était d'examiner la validité et la reproductibilité du « DAFABI modifié ».

Patients et Méthodes. – 34 patients souffrant de LBC non-spécifique ont participé à cette étude. À l'entame d'un programme de réévaluation multidisciplinaire (T1), les patients ont été soumis à des questionnaires algo-fonctionnels (échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur, EIFEL), et à plusieurs questionnaires portant sur les composantes du MPE : le PCS, le TSK, le FABQ, le PASS-40 et le DAFABI modifié. Cette version du DAFABI comporte 23 photographies commentées illustrant des situations représentant diverses activités de la vie quotidienne dans lesquelles doit se projeter le répondant. Pour chaque situation, il s'agit d'indiquer dans quelle mesure l'activité est/serait évitée : a) en raison des douleurs lombaires qu'elle pourrait occasionner ou accentuer (DAFABId) ; b) en raison de sa nocivité pour le dos (DAFABIn). Le répondant indique une croix sur une EVA (0 = je réaliserais cette activité ; 100 = je ne réaliserais jamais cette activité) pour chacune des 23 activités. Les patients ont également été soumis à ces questionnaires 2 à 5 jours plus tard (T2) afin d'examiner la reproductibilité de l'outil.

Résultats. – Les scores moyens pour les 23 activités atteignaient respectivement $39,4 \pm 15,7$ % pour le DAFABId et $35 \pm 16,8$ % pour le DAFABIn, ces scores étant corrélés significativement ($r = 0,52$, $p < 0,05$). Le score DAFABId était en outre corrélé significativement d'une part aux scores algofonctionnels et d'autre part aux scores des autres questionnaires du MPE ($0,39 < r < 0,57$; $p < 0,05$). Inversement, le score DAFABIn n'était corrélé significativement qu'aux scores EVA de la douleur et PCS. L'étude de reproductibilité n'a pas mis en évidence de différence significative ($p > 0,05$) entre les scores DAFABI à T1 et T2 (coefficients de corrélation $r = 0,7$, $p < 0,05$) et a révélé des SEM (Standard Error of Measurement) de 4,4 et 5,6 respectivement pour les scores DAFABId et DAFABIn.

Discussion. – La validité externe du DAFABId est confirmée par les corrélations significatives mises en évidence avec les autres outils d'évaluation du MPE. La reproductibilité des DAFABI apparaît satisfaisante. Certains patients ayant présenté des difficultés à distinguer les notions de douleur et de nocivité, quelques modifications devraient encore être apportées à l'outil afin d'en permettre une utilisation plus aisée. Cette prochaine version devrait faire l'objet d'une étude multicentrique pour confirmer nos résultats.

Conclusion. – Cet outil pourrait constituer une avancée dans l'évaluation des peurs liées à la douleur et de l'évitement des patients

lombalgiques. Des études complémentaires sont nécessaires afin de poursuivre sa validation.

Références

[1] Leeuw *et al.*, J Behav Med 2007;30:77-94.

[2] Demoulin C. *et al.*, abstract book du 23ème congrès SFR, 2010.

O.20

Le COMI, un bon questionnaire pour une évaluation rapide et multidimensionnelle du patient lombalgique

S Genevay (1) ; M. Marty (2) ; D Courvoisier (3) ; V Foltz (4) ; G Mahieu (5) ; C Desmoulin (6) ; A Gierasimowicz Fontana (7) ; M. Norberg (8) ; P de Goumoëns (8) ; C Cedraschi (9) ; S Rozenberg (4) ; Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie (1) Service de Rhumatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse ; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U. Henri Mondor, Créteil ; (3) Service d'Épidémiologie Clinique, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse ; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U Pitié-Salpêtrière, Paris ; (5) Unité du Dos, C.H. de Dinant, Dinant, Belgique ; (6) Département des Sciences de la Motricité, Université de Liège, Liège, Belgique ; (7) Clinique de Médecine Physique et Réadaptation, CHU Brugmann, Bruxelles, Belgique ; (8) Dpt de l'Appareil Locomoteur, CHUV, Lausanne, Suisse ; (9) Service de Réhabilitation Médicale, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, Suisse.

Introduction. – Le COMI (core outcome measure index) est un questionnaire auto-administré multidimensionnel synthétique (7 questions ; 5 dimensions : douleur, fonction, handicap socio-professionnel, qualité de vie liée aux symptômes, qualité de vie générique ; et 1 score global qui varie de 0 (excellent) à 10 (pire état)). Il devrait permettre une évaluation rapide mais complète du patient lombalgique. Proposé en anglais, les versions allemande et espagnole ont été validées. Il est actuellement l'outil principal du registre chirurgical européen « spine tango ». Une adaptation française a été effectuée et partiellement validée (fiabilité).¹ Le but de cette étude était de compléter l'analyse des qualités métrologiques de la version française chez des patients non-chirurgicaux.

Patients et Méthodes. – 164 patients lombalgiques souffrant de douleurs depuis plus de 4 semaines ont été recrutés en France, Belgique et Suisse. La validité de construit (coefficient de Spearman) du COMI a été étudiée avec une comparaison à des questionnaires de référence (Likert douleur, EIFEL, DRAD, EQ-5D), la reproductibilité à 1 semaine (T1), à l'aide du coefficient de corrélation intra-classe (CCI) ; la plus petite différence détectable (MCD95) a également été déterminée. La sensibilité au changement à 6 mois (T2) a été évaluée à l'aide d'échelles d'ancrage externe pour déterminer l'amélioration minimale cliniquement importante (MCII) selon 2 méthodes différentes : 1) le score moyen de changement chez les patients « améliorés » et 2) le point de meilleur rapport sensibilité/spécificité déterminé par une courbe ROC. L'état symptomatique cliniquement acceptable (PASS) a été déterminé selon des méthodes similaires.

Résultats. – Tous les items ont été complétés par plus de 95 % des patients. Aucun effet seuil ou plafond n'a été observé pour le score global (< 1%). La validité de construit a été confirmée par de bonnes corrélations avec les questionnaires de référence (Rho entre 0,52 et 0,65, $p < 0,001$) sauf pour l'item « qualité de vie spécifique aux symptômes » qui n'a pas de questionnaire de référence (Rho = 0,39, $p < 0,001$ avec EQ-5D). Parmi la population « stable » à T1 ($n = 132$), la reproductibilité était très bonne pour toutes les dimensions et pour le score global (kappa pondéré et CCI : 0,66 à 0,81) et modérée pour la qualité de vie spécifique aux symptômes (0,48). L'analyse factorielle des 5 dimensions explique 64,3 % de la variance avec des facteurs ayant un poids compris entre 0,59 et 0,87. La MCD95 est de 2,1. Concernant la sensibilité au changement, l'aire sous la courbe ROC (AUC) et le MCII sont respectivement de 0,8 et 2,31. Le PASS est calculé à 3,05.

Discussion. – La version française du COMI apparaît valide et reproductible dans cette population de patients. Le COMI présente également une bonne sensibilité au changement avec une AUC supérieure à 0,7 et un MCII supérieur au MCD95. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans d'autres populations.

Conclusion. – Le COMI est un bon outil permettant une évaluation rapide et multidimensionnelle du patient lombalgique subaigu ou chronique. Il apparaît parfaitement approprié pour les patients francophones non-chirurgicaux. En outre, il est facilement utilisable dans une consultation ambulatoire.

Référence

[1] Genevay S *et al.* Euro Spine J.2011;Sep 1. [Epub ahead of print]

O.21

Caractéristiques cliniques associées au Modic 1 chez des lombalgiques chroniques : résultats d'une étude cas – témoins

F Bailly (1) ; JY Maigne (2) ; S Genevay (3) ; M. Marty (4) ; F Gandjbakhch (1) ; S Rozenberg (1) ; V Foltz (1) ; Section Rachis de la SFR

(1) Service de Rhumatologie, C.H.U Pitié-Salpêtrière, Paris ; (2) Service de Rééducation, Hôpital Hôtel Dieu, Paris ; (3) Service de Rhumatologie, Hôpital Beau-Séjour, Genève, Suisse ; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Henri Mondor, Créteil.

Introduction. – Le signal inflammatoire des plateaux vertébraux de type Modic 1 en IRM, a souvent été associé à un tableau de douleur rachidienne, mais aucun profil clinique particulier n'a encore été clairement associé à ce type de lésion. Objectifs : Comparer les caractéristiques socio-démographiques et cliniques de patients lombalgiques chroniques avec ou sans anomalies Modic 1.

Patients et Méthodes. – Étude prospective, cas témoins. Ont été inclus des patients ayant une lombalgie chronique et possédant une IRM du rachis lombaire de moins de 6 mois. Les patients présentant une lombalgie spécifique et/ou une radiculalgie prédominante ont été exclus. Selon les résultats de l'IRM, les patients ont été classés en 2 groupes, présence ou non d'un signal Modic 1 et ont été appariés sur l'âge et le sexe. Les caractéristiques démographiques (travail sédentaire, arrêt de travail), cliniques (localisation de la douleur, horaire, facteurs modifiant la douleur, examen physique, Dallas Pain Questionnaire) ainsi que les traitements (AINS et corticoïdes) ont été collectés. Une douleur de type inflammatoire a été définie par la présence d'au moins une des trois caractéristiques suivantes : douleur diurne pire le matin, présence de réveils nocturnes, raideur matinale supérieure à 60 minutes. Le nombre de sujets nécessaires pour montrer une différence entre les 2 groupes a été calculé à 60 par groupe. Les tests de Wilcoxon et Fisher ont été réalisés pour les variables qualitatives et quantitatives respectivement. Les facteurs démographiques et cliniques associés à la présence d'un signal MODIC en IRM ont été recherchés par régression logistique avec analyse multivariée.

Résultats. – 60 patients ont été inclus dans chaque groupe. L'analyse univariée a retrouvé une différence significative chez le groupe Modic 1 pour l'aggravation de la douleur en hyperextension (80 % vs 46 % ; $p < 0,005$), la plus forte présence de douleur de type inflammatoire (80 vs 55 % ; $p = 0,006$) ainsi qu'une plus longue durée depuis le 1^{er} épisode de lombalgie (6 ans vs 4 ans ; $p = 0,03$). Les corticoïdes ont été prescrits plus souvent dans le groupe Modic 1 (59 % vs 30 % ; $p = 0,0037$) avec une meilleure efficacité (50 % vs 7 % ; $p = 0,0039$). L'analyse multivariée a retrouvé une association significative entre la présence d'un signal MODIC1 en IRM et : le travail sédentaire (OR = 0,22 [IC_{95%} 0,05-0,93]), la douleur en hyperextension du rachis (OR = 11,2 [IC_{95%} 3,1-40,4]) et la douleur de type inflammatoire (OR = 4,5 [IC_{95%} 1,2-16,9]).

Conclusion. – L'exacerbation de la douleur lombaire en hyperextension ou la présence d'une douleur de type inflammatoires dans le cadre d'une lombalgie chronique doivent faire évoquer le diagnostic