

Y a-t-il un risque de surtraitement dans la spondyloarthrite axiale ?

Is there a risk of overtreatment in spondyloarthritis ?



Pr Daniel Wendling



Professeur de rhumatologie ;
service de rhumatologie, CHRU de Besançon ;
université de Franche-Comté (EA 4266),
Besançon.

L'élargissement de l'éventail thérapeutique dans la spondyloarthrite axiale (nouvelles cibles, nouveaux médicaments) offre la tentation de traiter plus de patients et de "dégainer" plus rapidement l'arsenal thérapeutique, parfois lourd chez nos patients. Cela peut aboutir à une situation de surtraitement qui peut être préjudiciable pour le patient et pour le système de santé.

Les causes potentielles d'un tel surtraitement paraissent multiples (*figure*).

1. Il peut tout d'abord s'agir d'un diagnostic erroné de spondyloarthrite axiale. De nombreuses situations peuvent faire évoquer, à tort, le diagnostic, sur le plan clinique ou de l'imagerie ; il faut établir le diagnostic différentiel.
2. Le diagnostic peut être porté par excès, en particulier par l'utilisation sans discernement des critères de classification à des fins de diagnostic ; c'est le cas, notamment, pour les formes non radiographiques de spondyloarthrite axiale.
3. Il peut s'agir également d'une mauvaise appréciation des symptômes en cas de spondyloarthrite avérée : douleur et gêne fonctionnelle peuvent relever d'autres mécanismes que l'inflammation de la spondyloarthrite.
4. L'application (trop) stricte de certains concepts thérapeutiques, tels que le "treat to target", peut conduire à intensifier le traitement ou à effectuer des rotations de biomédicaments pas forcément indispensables.

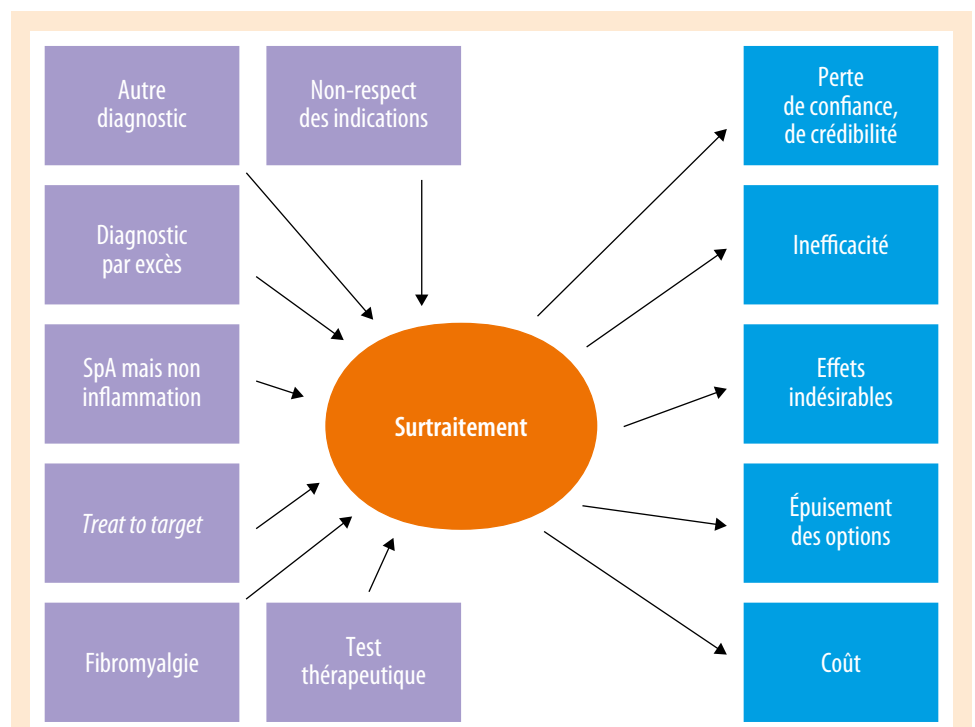


Figure. Les causes et conséquences potentielles d'un surtraitement dans les spondyloarthrites.

5. L'interférence de l'évaluation des symptômes avec l'existence d'un syndrome fibromyalgique (qui peut représenter un diagnostic différentiel d'une atteinte polyarthritique, mais qui peut également être associé ou consécutif à un rhumatisme inflammatoire chronique) perturbe l'évaluation de l'activité de la maladie (majoration du BASDAI) et peut conduire à la prescription d'un biomédicament.

6. Le non-respect des indications et des recommandations peut également aboutir à des prescriptions indues : dans les formes axiales non radiographiques, l'efficacité des anti-TNF n'est pas supérieure à celle du placebo en l'absence de signes objectifs d'inflammation (CRP élevée, ou inflammation en IRM).

7. En cas de diagnostic incertain, recourir à un "test thérapeutique" peut être tentant. Cependant, celui-ci n'est pas légitime si le rhumatologue n'a pas la conviction suffisante du diagnostic de spondyloarthrite.

Un tel surtraitement a bien évidemment des conséquences sur la qualité de la prise en charge des patients.

Si l'on traite avec un biomédicament un symptôme qui n'est pas en rapport avec l'inflammation de la spondyloarthrite, l'inefficacité est garantie, et les effets indésirables éventuels totalement "immérités" du fait d'une exposition indue à ce biomédicament. Une rotation rapide des biomédicaments, à la poursuite effrénée de la rémission à tout prix, va conduire à l'épuisement des options thérapeutiques, et donc à une impasse. Ces situations d'échec thérapeutique sont source de perte de confiance du patient. Compte tenu du coût des nouvelles thérapeutiques, un surtraitement, quelle qu'en soit la cause, représente une source de dépenses de santé non justifiées et de perte de crédibilité des prescripteurs auprès des autorités de tutelle.

Il est cependant possible de se prémunir contre le risque de surtraitement dans la spondyloarthrite axiale. Il faut revenir aux fondamentaux, avec un diagnostic fondé sur la conviction du rhumatologue à partir d'un faisceau concordant d'arguments anamnestiques, cliniques et, si nécessaire, paracliniques. Il n'y a pas lieu de se précipiter : quelques semaines de délai supplémentaire pour conforter l'efficacité d'un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien ne sont pas préjudiciables, et la fenêtre d'opportunité thérapeutique (si elle existe) n'est pas aussi étroite. La décision d'introduction d'un traitement (en particulier s'il est coûteux et potentiellement inducteur d'effets indésirables) se fonde sur l'analyse des causes de l'échec de la stratégie thérapeutique antérieure, la connaissance des facteurs prédictifs de la réponse (lorsqu'ils sont connus), et la recherche d'un syndrome fibromyalgique associé, dans le respect des indications et des recommandations.

D. Wendling déclare avoir les liens d'intérêts suivants :

- intérêts financiers : aucun ;

- liens durables ou permanents : aucun ;

- interventions ponctuelles :

AbbVie, BMS, MSD, Pfizer, Roche Chugai, Amgen, Nordic Pharma, UCB, Novartis, Janssen, Celgene, Hospira, Lilly, Sandoz, Grünenthal ;

- intérêts indirects : Abbvie, Pfizer, Roche Chugai, MSD, UCB, Mylan, Fresenius Kabi.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction-révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors), partenariat avec le GRIIO (Groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses) et lien privilégié avec le CRI (Club Rhumatismes et Inflammations),
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publiédactionnels en marge des articles scientifiques.