

Les **10**^{èmes} rendez-vous
avenir
EN RHUMATOLOGIE


Résumé des ateliers

« Imagerie dans la spondyloarthrite »

&

« TEP scanner et rhumatismes
inflammatoires »

Imagerie dans la spondyloarthrite

Pr P. Claudepierre

Hôpital Henri-Mondor, Créteil

L'atelier s'est focalisé sur **l'intérêt de l'I.R.M. dans le diagnostic et le suivi des spondyloarthrites axiales.**

Le premier cas clinique illustre avant tout le fait que lorsqu'un faisceau très large d'arguments cliniques forts est réuni chez un jeune patient, avec une normalité des examens biologiques et de radiographie usuels, il n'est pas nécessaire de recourir à l'I.R.M. pour retenir le diagnostic. Néanmoins, en cas d'échec, voire de contre-indication, aux AINS, cette I.R.M. peut être nécessaire pour « entrer dans l'AMM » des anti-TNF alpha. Il faut alors prévenir le patient du manque de sensibilité connu de l'I.R.M., examen qui peut donc revenir normal, sans pour autant remettre en cause le diagnostic. L'accès aux traitements en sera par contre plus difficile. Ce d'autant qu'il est peu probable qu'une I.R.M. renouvelée quelques mois plus tard soit devenue positive dans l'intervalle. Il faut savoir distinguer, et expliquer au patient, l'IRM prescrite pour éliminer un diagnostic différentiel, en particulier infectieux ou tumoral dans des formes récentes, de l'IRM prescrite pour « tenter » d'asseoir le diagnostic de spondyloarthrite axiale.

En ce qui concerne le caractère positif d'une I.R.M. des sacro-iliaques pour le diagnostic de spondyloarthrite axiale, la définition repose toujours sur l'existence d'œdème osseux en bonne localisation, mais l'ASAS recommande de plus en plus de contextualiser cette interprétation en tenant compte de la taille de l'œdème, de sa localisation, du contexte démographique (âge) et clinique (grossesses, activités physique au travail ou au sport...) ainsi que de la coexistence ou non d'anomalies structurales sur les sacro-iliaques.

Dans cet atelier a été discuté, en dehors du manque de sensibilité de l'I.R.M., son manque de spécificité, avec des études montrant bien la prévalence importante, parfois jusqu'à 25 %, de lésions dites de spondyloarthrite, chez des patients ayant des lombalgies mécaniques, ou chez des sportifs réguliers, voire même des sujets sans aucune douleur lombo-fessière.

Il apparaît donc que le diagnostic de spondyloarthrite axiale reste avant tout un diagnostic clinique qui s'appuie sur des items recueillis avec une grande rigueur, et sur des items qui rentrent dans le faisceau d'arguments qui sont du domaine de l'imagerie, en particulier l'I.R.M. des sacro-iliaques. La place de l'échographie des enthèses dans le diagnostic n'est actuellement pas définie. Les techniques reposant sur le TEP avec scanner voire I.R.M., très séduisantes, restent pourtant aujourd'hui dans le domaine de la recherche clinique.

TEP scanner et pseudopolyarthrite rhizomélisque

Pr D. Wendling

CHRU Jean Minjot, Besançon

Dans cette situation de syndrome de PPR, le PET-TDM offre un certain nombre d'éléments intéressants qui font que cet examen est de plus en plus prescrit dans cette situation.

C'est le 18F-FDG qui est le traceur habituellement utilisé dans ce cas, fixé par les cellules métaboliquement actives. Les résultats de cet examen ont divers avantages :

Aide au diagnostic positif de PPR :

Dans la PPR plusieurs études ont montré le caractère évocateur de certaines images lésionnelles : c'est le cas bien sûr des bursites sous acromiales et périrochantériennes, mais également des bursites ischiatiques et inter épineuses lombaires ou cervicales. L'association de ces différents sites inflammatoires de façon simultanée est particulièrement évocatrice.

Facteur pronostique

Cet examen permet la mise en évidence d'une atteinte inflammatoire artérielle infra clinique, et autorise ainsi le dépistage d'une Maladie de Horton de façon non invasive et fiable. Ceci a donc des implications dans la prise en charge thérapeutique (dose de prednisone) et dans le suivi de ces patients. Certaines études ont montré une corrélation des scores TEP avec la CRP, ou avec la réponse thérapeutique ultérieure à la corticothérapie (les bons répondeurs ayant une atteinte TEP plus marquée initialement).

Aide au diagnostic différentiel

Le tableau clinico-biologique de syndrome PPR peut être associé ou révéler des affections très variées. Ainsi l'examen TEP-TDM peut faire découvrir une lésion tumorale ou une hémopathie, faisant discuter un syndrome de PPR paranéoplasique, ou encore une infection profonde ou une lésion viscérale (adénopathie de sarcoidose, inflammation digestive..) ou une myosite.

Il s'agit donc d'un examen intéressant pouvant réaliser le « tout en un » dans la PPR, et permettant un examen corps entier.

Des contraintes sont à respecter : le patient doit être à jeun, ne doit pas avoir d'exercice physique juste avant l'examen la glycémie doit être contrôlée, en cas de traitement par metformine, celui-ci doit être interrompu.

Des limites sont à prendre en considération : le coût de l'examen (environ 800 Euros), l'irradiation liée à l'examen scannographique et l'accessibilité (cependant plus aisée actuellement).

Cet examen n'est donc pas à demander devant tout tableau de PPR, mais dans les cas difficiles avec un doute diagnostique ou en cas de non réponse au traitement habituel de la PPR.

Dans les spondyloarthrites, le TEP-TDM peut être utilisé avec le 18F-FDG pour la visualisation des lésions inflammatoires, mais également le 18F-FNa (fluorure de sodium) qui visualise l'anabolisme et le remodelage osseux (et réalise une sorte de « super scintigraphie »). Pour l'heure l'utilisation du TEP-TDM dans la spondyloarthrite ne relève pas de la pratique courante, mais est un sujet d'études et d'évaluation. L'intérêt semble résider dans la possibilité d'une analyse plus fine et d'une détection des enthésites. La supériorité par rapport à d'autres types d'imagerie (IRM en particulier) reste à démontrer.

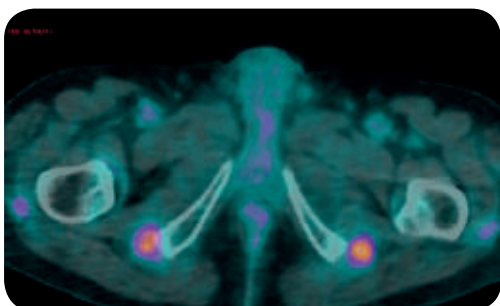


Figure 1 : bursite ischiatique 3

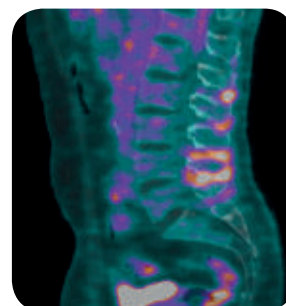


Figure 2 : bursites inter épineuses lombaires

Les **10**^{èmes} rendez-vous
avenir
EN RHUMATOLOGIE



Pour toute demande d'information médicale, toute déclaration d'événement indésirable, autre signalement sur nos médicaments MSD ou sur la qualité de l'information promotionnelle : appelez le 01 80 46 40 40 ou écrivez à information.medicale@msd.com