

Utilité des scores pour le suivi de la polyarthrite rhumatoïde et autres arthropathies inflammatoires

Dre ALINE SCHLÄPFER-PESSINA^a et Dr ALEXANDRE DUMUSC^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 462-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.773.462

De nombreux scores cliniques ont été développés en recherche pour mesurer l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR), de la spondylarthrite (SpA) et de l'arthrite psoriasique (PsA). Ils peuvent être utilisés en pratique dans l'application de la stratégie « Treat to Target » (T2T) consistant en une évaluation systématique de l'activité de la maladie suivie d'une adaptation du traitement afin d'atteindre un objectif thérapeutique prédéfini, généralement la rémission. Les bénéfices de cette stratégie étant démontrés dans la PR, son utilisation est recommandée pour cette pathologie. L'apport de la stratégie T2T pour la SpA et la PsA reste débattu, nécessitant des études complémentaires. L'utilisation d'un score dans le suivi individuel d'un patient peut être utile mais doit se faire avec discernement en connaissance des limites du score.

Use of clinical scores for rheumatoid arthritis and inflammatory rheumatic diseases in routine care

Many clinical scores have been developed in research to measure rheumatoid arthritis (RA), spondyloarthritis (SpA) and psoriatic arthritis (PsA) activity. In routine care, they may be used as part of a treat to target (T2T) strategy consisting of a systematic evaluation of disease activity followed by an adaptation of the treatment in order to reach a predefined therapeutic target, generally remission. The benefits of this strategy have been showed in RA and its use is recommended for this condition. The added value of the T2T strategy for SpA and PsA remains debated, requiring further studies. Scores may be used for the follow-up of patients, but their limitations should be taken in consideration.

INTRODUCTION

Initialement développés pour la recherche clinique comme instruments de mesure, les scores cliniques sont désormais fréquemment utilisés dans la pratique courante en rhumatologie pour le suivi des patients souffrant de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) représentés principalement par la polyarthrite rhumatoïde (PR), les spondylarthropathies (SpA) et l'arthrite psoriasique (PsA). Ils sont utilisés dans certains pays pour poser l'indication à un biomédicament.

Les RIC sont des pathologies fréquentes (prévalence > 1%) avec des présentations cliniques variables pouvant toucher

plusieurs systèmes. Il est important pour le rhumatologue de pouvoir évaluer l'activité d'un RIC afin d'aboutir à une décision thérapeutique adéquate, pouvant consister en une modification de l'intensité de l'immunosuppression ou un changement de classe thérapeutique.

De nombreux scores cliniques ont été développés en rhumatologie, pouvant être généraux ou spécifiques à une pathologie. Certains ne mesurent qu'une dimension de la maladie (par exemple, nombre de synovites), d'autres sont multidimensionnels (par exemple, atteintes articulaire et cutanée dans la PsA). Les données utilisées peuvent être paracliniques (laboratoire) ou cliniques (rapportées par le patient lui-même ou le soignant). Ces scores peuvent mesurer l'activité de la maladie ou les dommages causés par cette dernière. Les scores composés, incluant plusieurs mesures et dimensions dans un index unique, sont de plus en plus populaires permettant une prise en charge holistique des patients souffrant de RIC.¹

Les scores cliniques ont des caractéristiques qui leur sont propres comme la fiabilité, la précision, la sensibilité au changement ou la différence minimale cliniquement pertinente (DMCP). Leur développement est un processus long et séquentiel, comprenant des étapes de validation et de calibration.

En pratique courante, leur utilisation se heurte toutefois à certaines difficultés. Par exemple, un score peut être performant au niveau populationnel mais moins dans le suivi d'un individu car ne mesurant pas tous les signes d'activité de la maladie qu'il présente. Cela peut exposer le patient à un risque de sous-traitement si l'activité inflammatoire résiduelle se situe dans une dimension non mesurée par l'indice. C'est particulièrement le cas pour les patients avec une présentation clinique atypique. À l'opposé, il existe un risque de surtraitement si le score inclut des variables représentant la perte de fonction ou les dommages, représentatifs des séquelles du RIC mais pas de l'activité actuelle.

La stratégie « Treat to Target » (T2T) est l'exemple principal de l'utilisation en routine des scores en rhumatologie. Elle comprend l'évaluation systématique et répétée de l'activité du RIC à l'aide de scores validés et la modification du traitement en conséquence pour atteindre un objectif prédéfini, généralement la rémission clinique.

Dans cet article, nous passons en revue les principaux scores cliniques utilisés pour le suivi de la PR, de la SpA et de la PsA,

^aService de rhumatologie, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
aline.schlapfer@chuv.ch | alexandre.dumusc@chuv.ch

ainsi que les données qui soutiennent leur utilisation dans une stratégie T2T.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Stratégie T2T

Plusieurs études (BEST, TICORA, CAMERA)² ont démontré que l'utilisation d'une stratégie T2T dans la prise en charge de la PR permet d'obtenir un meilleur contrôle de l'activité de la maladie et de meilleurs scores fonctionnels par rapport à une prise en charge standard, indépendamment de l'utilisation de biomédicaments ou de corticostéroïdes. Ainsi, les recommandations de l'European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) 2019 et de l'American College of Rheumatology (ACR) 2021 soutiennent l'utilisation d'une stratégie T2T pour la PR avec un objectif thérapeutique de rémission ou, à défaut, de faible activité de la PR et recommandent l'utilisation de scores validés comprenant le nombre d'articulations atteintes.^{3,4} Cependant, l'utilisation de la stratégie T2T en pratique clinique est débattue car l'acquisition des données pour le calcul du score d'activité peut être chronophage et l'évaluation du nombre d'articulations douloureuses et de synovites sur lesquelles se basent la plupart des scores reste difficile et subjective.

Score DAS28

Le score DAS28 (Disease Activity Score), le plus fréquemment utilisé, est un indice composite d'activité de la PR combinant l'évaluation du nombre d'articulations douloureuses et de synovites à l'examen clinique sur 28 articulations (figure 1), un paramètre inflammatoire biologique (VS ou CRP) et l'évaluation globale par le patient de l'activité de sa maladie. Le DAS28 nécessite l'utilisation d'un algorithme et se calcule facilement en ligne (www.das-score.nl/en/). Des niveaux d'activité ont été définis ainsi que la DMCP (tableau 1).

Parmi les limites de ce score, il est à relever qu'il n'évalue pas les articulations des pieds. Ainsi, l'activité de la PR risque d'être sous-estimée si l'atteinte est prédominante aux pieds. Pour y remédier, le score DAS44 a été développé, évaluant 44 articulations dont les pieds (figure 1). Cependant, l'utilisa-

tion de ce score est chronophage et il est rarement utilisé en dehors de la recherche.

Scores CDAI et SDAI

Les scores CDAI (Clinical Disease Activity Index) et SDAI (Simplified Disease Activity Index) sont des scores composites se basant sur les mêmes variables que le DAS28, mais ils sont plus simples d'utilisation, pouvant être établis sans l'aide d'un calculateur (tableau 1). Le SDAI se différencie du CDAI car il inclut la valeur de la CRP. Tout comme le DAS28, ils évaluent 28 articulations sans inclure les pieds et peuvent être utilisés dans une stratégie T2T.

Utilisation des scores en télémedecine

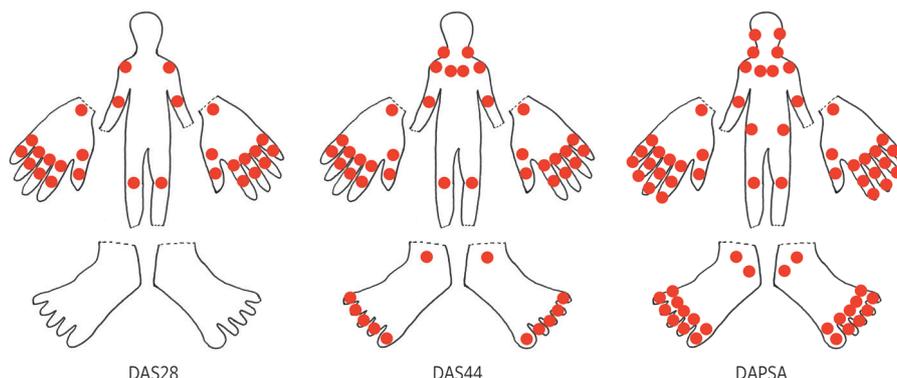
En raison de la pandémie en cours liée au coronavirus, de nombreuses consultations en rhumatologie ont été effectuées en télémedecine, ne permettant pas au médecin d'examiner directement son patient, ni d'effectuer facilement des examens de laboratoire. L'ACR a ainsi publié des recommandations concernant l'emploi des scores d'activité de la PR dans le cadre d'une téléconsultation.⁵ Pour les DAS28, CDAI et SDAI, il est proposé de remplacer les décomptes des articulations douloureuses et tuméfiées, effectués habituellement par le médecin par ceux fournis par le patient. Il est recommandé d'utiliser le CDAI à la place du SDAI car il ne contient pas de paramètre inflammatoire. Pour le DAS28, il est proposé une formule de calcul adaptée ne nécessitant pas de fournir de valeur de laboratoire.

SPONDYLARTHROPATHIES

Scores cliniques

Le score d'activité le plus utilisé dans le suivi de la SpA en recherche et en pratique est le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) qui contient des items rapportés par le patient évaluant les symptômes rachidiens, articulaires et enthésitiques. Pour diminuer la subjectivité du BASDAI, l'ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), un score composite, a été développé. Il reprend des éléments du BASDAI mais inclut aussi la CRP ou la VS

FIG 1 Schémas des articulations évaluées pour les scores DAS28, DAS44 et DAPSA



DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis; DAS: Disease Activity Score.

TABLEAU 1 Scores d'activité pour la polyarthrite rhumatoïde

CDAI: Clinical Disease Activity Index; DAS: Disease Activity Score; SDAI: Simplified Disease Activity Index.

	DAS28	CDAI	SDAI
Composants du score			
Nombre d'articulations douloureuses	0 à 28	0 à 28	0 à 28
Nombre d'articulations tuméfiées	0 à 28	0 à 28	0 à 28
Paramètres inflammatoires	VS ou CRP	-	CRP
Évaluation globale par le patient de l'activité de sa maladie	0 à 10	0 à 10	0 à 10
Évaluation globale par le médecin de l'activité de la maladie	-	0 à 10	0 à 10
Calcul du score			
	Calculateur en ligne: www.das-score.nl/en/	Somme	Somme
Caractéristiques du score et niveaux d'activité			
Intervalle des valeurs	0 à 9,4	0 à 76	0 à 86
Différence minimale cliniquement pertinente	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2 (DAS28-VS) • 1,0 (DAS28-CRP) 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 (forte activité) • 6 (moyenne activité) • 1 (faible activité) 	13
Rémission	≤ 2,6	≤ 2,8	≤ 3,3
Activité faible	2,6 à ≤ 3,2	2,8 à ≤ 10	3,3 à ≤ 11
Activité moyenne	3,2 à ≤ 5,1	10 à ≤ 22	11 à ≤ 26
Activité élevée	> 5,1	> 22	> 26

(tableau 2).⁶ Les conséquences de la maladie sont évaluées par le BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) qui mesure l'impact fonctionnel, et par le BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) qui évalue le degré d'ankylose mesurée sur différentes localisations.

Stratégie T2T

Il n'existe actuellement pas de consensus quant à l'utilisation d'une stratégie T2T pour la prise en charge de la SpA. L'EULAR et l'Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) le recommandent mais l'ACR se prononce contre.^{7,8}

Une première étude randomisée (TICOSPA) évaluant une stratégie T2T dans la SpA axiale a été publiée récemment.⁹ Elle n'est pas parvenue à démontrer la supériorité de la stratégie T2T par rapport aux soins conventionnels concernant le critère de jugement principal. Cependant, plusieurs critères de jugement secondaires parlent en faveur de la stratégie T2T. Il a été par exemple constaté une diminution de l'absentéisme et des soins de réadaptation dans la stratégie T2T, au prix d'une augmentation de l'utilisation des biomédicaments. Le profil de tolérance était similaire dans les 2 groupes. Des études complémentaires sont encore nécessaires pour démontrer l'apport d'une stratégie T2T dans la SpA.

ARTHRITE PSORIASIQUE

Il existe de nombreux scores évaluant l'activité de la PsA combinant, selon le score concerné, des mesures de l'activité articulaire périphérique, enthésitique, rachidienne et cutanée parfois associées à une mesure de l'inflammation et de la qualité de vie du patient. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation d'un score spécifique en pratique clinique et il s'agit d'un sujet de recherche actuel.¹⁰

L'équivalent du score DAS28 pour l'évaluation de l'activité articulaire périphérique de la PsA est le DAPSA (Disease

TABLEAU 2 Score d'activité ASDAS pour le suivi de la spondylarthrite

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score.

Composants du score	
Où situeriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante?	0 à 10
Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches?	0 à 10
Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil?	0 à 10
Évaluation globale par le patient de l'activité de sa maladie	0 à 10
Paramètre inflammatoire	VS ou CRP
Calcul du score: Calculateur en ligne: www.asas-group.org/instruments/asdas-calculator/	
Caractéristiques du score et niveaux d'activité	
Maladie inactive	< 1,3
Activité de la maladie faible	1,3 à < 2,1
Activité de la maladie élevée	2,1 à ≤ 3,5
Activité de la maladie très élevée	> 3,5
Amélioration cliniquement pertinente	≥ 1,1
Aggravation cliniquement pertinente	≥ 0,9

TABLEAU 3

Score d'activité DAPSA pour le suivi de l'arthrite psoriasique

DAPSA: Disease Activity in Psoriatic Arthritis.

Composants du score	
Nombre d'articulations douloureuses	0 à 68
Nombre d'articulations tuméfiées	0 à 68
Évaluation de la douleur	0 à 10
Évaluation globale par le patient de l'activité de sa maladie	0 à 10
Paramètre inflammatoire	CRP (mg/dl)
Calcul du score	Somme
Niveaux d'activité	
Rémission	≤ 4
Activité faible	≥ 5 à ≤ 14
Activité modérée	≥ 15 à ≤ 28
Activité élevée	> 28

Activity in Psoriatic Arthritis) qui inclut le décompte du nombre d'articulations douloureuses et tuméfiées, évaluées sur 68 articulations (figure 1), et la CRP (tableau 3).¹¹ Ce score n'évalue cependant pas l'activité enthésitique, rachidienne ou cutanée de la PsA.

La stratégie T2T dans la PsA a été évaluée dans l'étude randomisée TICOPA qui a montré un meilleur contrôle de l'activité de la maladie à une année dans le groupe suivant la stratégie T2T, qui comprenait l'utilisation d'anti-TNF si nécessaire, par rapport à la prise en charge conventionnelle. Il a été constaté dans le groupe suivant la stratégie T2T plus d'effets indésirables et une utilisation plus importante de biomédicaments.¹² Il n'existe actuellement pas de consensus concernant l'utilisation de la stratégie T2T dans le traitement de la PsA en routine clinique.

LIMITES DES SCORES DANS DES SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES

Fibromyalgie

Les patients souffrant de RIC présentent parfois un syndrome douloureux chronique ou une fibromyalgie (FM) associée, complexifiant leur prise en charge et l'évaluation de l'activité du RIC. Dans la PR, il a été observé une augmentation du DAS28 de 1,3 point chez les patients souffrant de PR et de FM comparés à ceux souffrant de PR uniquement, les exposant à un risque de surtraitement si le DAS28 est utilisé sans discernement pour guider le traitement.¹³ De manière analogue, les patients souffrant de SpA ou de PsA et d'une FM associée

présentent des scores cliniques supérieurs aux patients sans FM associée.¹⁴

Obésité

Il a été constaté une augmentation des paramètres inflammatoires (VS et CRP) chez les femmes obèses souffrant de PR indépendamment de l'activité inflammatoire de la PR. Une étude a observé que chez les patientes présentant une PR et une obésité sévère, le DAS28-CRP est surévalué de 0,15 à 0,3 point. Ainsi, si le DAS28-CRP était ajusté au poids, environ 10% des patientes seraient classées dans une catégorie inférieure d'activité de la PR conduisant potentiellement à une diminution de l'intensité de leur traitement immunosuppresseur.¹⁵

CONCLUSION

L'utilisation d'un score clinique pour le suivi d'un patient souffrant de RIC doit se faire avec discernement, en connaissant ses limites, particulièrement pour les patients avec une présentation clinique atypique. L'utilisation d'un score clinique devrait être associée à une décision thérapeutique pour avoir un impact sur sa prise en charge, par exemple dans le cadre d'une stratégie T2T. Celle-ci est recommandée dans la prise en charge de la PR, mais il n'existe pas encore de consensus pour la recommander dans le suivi de la SpA et de la PsA.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'utilisation de scores cliniques pour le suivi des patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) doit se faire avec discernement, en tenant compte des limites de chaque score
- La stratégie Treat to Target (T2T) implique l'évaluation systématique du RIC à l'aide de scores validés puis la modification du traitement en conséquence afin d'atteindre un objectif thérapeutique prédéfini
- La stratégie T2T est recommandée dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde et reste débattue pour la spondylarthropathie et l'arthrite psoriasique

1 Landewé RBM, van der Heijde D. Use of Multidimensional Composite Scores in Rheumatology: Parsimony Versus Subtlety. *Ann Rheum Dis* 2020;216999. DOI: 10.1136/annrheumdis-2020-216999.

2 Grigor C, et al. Effect of a Treatment Strategy of Tight Control for Rheumatoid Arthritis (The TICORA Study): a

Single-Blind Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2004;364:263-9.

3 Smolen JS, et al. EULAR Recommendations for the Management of Rheumatoid Arthritis with Synthetic and Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs: 2019 Update. *Ann Rheum Dis* 2020;79:685-99. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216655.

4 *Fraenkel L, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 2021;73:924-39.

5 England BR, Barber CEH, Bergman M, et al. Brief Report: Adaptation of American College of Rheumatology Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Functional Status Measures for Telehealth

Visits. *Arthritis Care Res* 2021;73:1809-14.

6 Machado P, Landewé R, Lie E, et al. Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS): Defining Cut-Off Values for Disease Activity States and Improvement Scores. *Ann Rheum Dis* 2011;70:47-53.

7 *van der Heijde D, et al. 2016 Update of the ASAS-EULAR Management

Recommendations for Axial Spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76:978-91.
 8 *Ward MM, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol* 2019;71:1599-613.
 9 Molto A, et al. Efficacy of a Tight-Control And Treat-To-Target Strategy in Axial Spondyloarthritis: Results of the

Open-Label, Pragmatic, Cluster-Randomised TICOSPA Trial. *Ann Rheum Dis* 2021;80:1436-44.
 10 Coates LC, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis/Outcome Measures in Rheumatology Consensus-Based Recommendations and Research Agenda for Use of Composite Measures and Treatment Targets in Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2018;70:345-55.
 11 Schoels MM, Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease Activity in Psoriatic Arthritis (Psa): Defining Remission and

Treatment Success Using the DAPSA Score. *Ann Rheum Dis* 2016;75:811-8.
 12 Coates LC, et al. Effect of Tight Control of Inflammation in Early Psoriatic Arthritis (TICOPA): a UK Multicentre, Open-Label, Randomised Controlled Trial. *Lancet* 2015;386:2489-98.
 13 Ranzolin A, et al. Association of Concomitant Fibromyalgia with Worse Disease Activity Score in 28 Joints, Health Assessment Questionnaire, and Short Form 36 Scores in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2009;61:794-800.

14 Baraliakos X, Tsiami S, Gkelaki M, et al. Performance of Standardized Scores for Disease Assessment and Pain in Patients With spondyloarthritis and Fibromyalgia [abstract]. *Arthritis Rheumatol* 2021;73(Suppl.10).
 15 George MD, et al. Impact of Obesity and Adiposity on Inflammatory Markers in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res* 2017;69:1789-98.

* à lire