Chapitre II

Spondyloarthrites

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Question 20

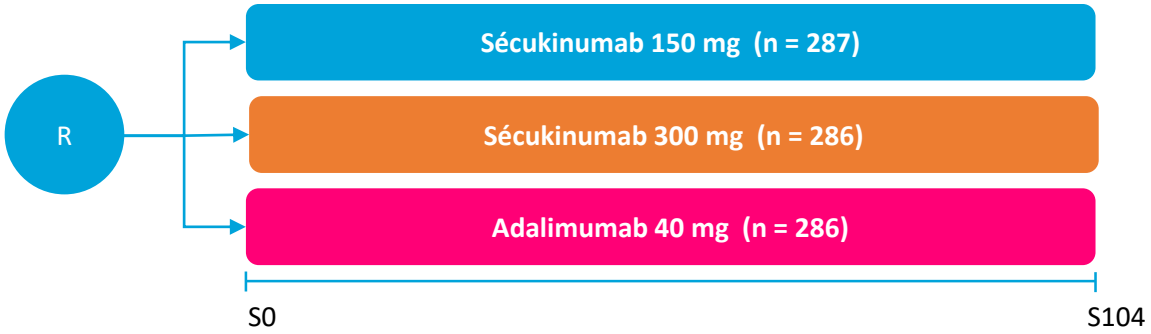
Peut-on espérer ralentir l'évolution structurale de la spondyloarthrite axiale plus efficacement avec un anti-IL-17 qu'avec un anti-TNF ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Progression structurale sous anti-TNF versus sous anti-IL-17 *(1)*

Essai thérapeutique SURPASS

- Étude face-face randomisée, contrôlée, de supériorité, menée en simple aveugle (patients connaissant leur traitement)
  - Patients avec SpA axiale radiographique, à risque élevé de progression structurale (présence de syndesmophytes et/ou CRP anormale), naïfs de bDMARD
  - Critère de jugement principal radiologique : proportion sans progression radiographique



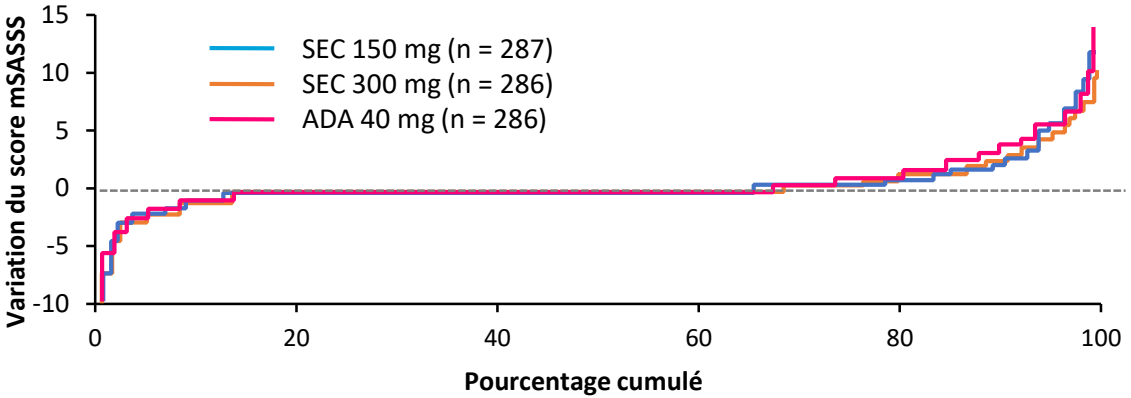
EULAR 2023 - D'après Baraliakos X et al., abstr. OP0059, actualisé

Progression structurale sous anti-TNF versus sous anti-IL-17 *(2)*

Essai thérapeutique SURPASS

- Caractéristiques des patients
  - Âge moyen : 42 ans
  - 78 % d'hommes
  - Durée de la maladie : 7 ans
  - 73 % avec au moins 1 syndesmophyte
  - CRP moyenne 20,4 mg/L

Probabilité cumulée de variation du score mSASSS à S104

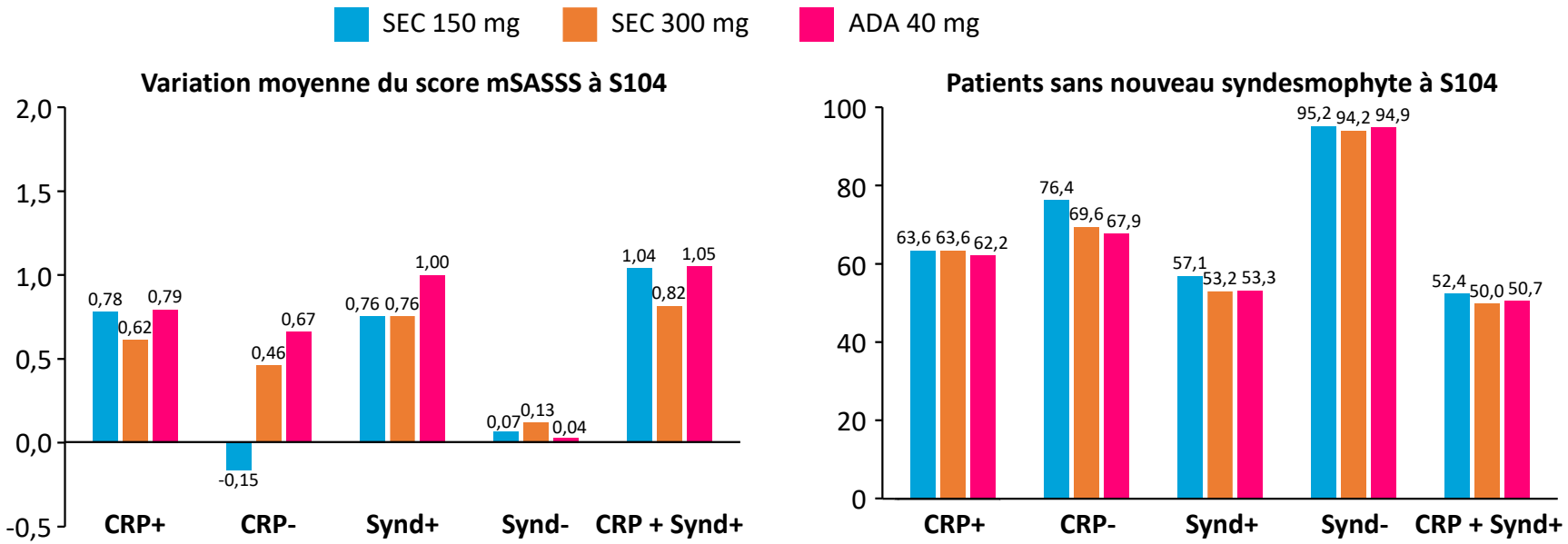


	SEC 150 mg	SEC 300 mg	ADA 40 mg
Patients sans progression radiographique, %	66,1	66,9	65,6
Patients ayant ≥ 1 syndesmophyte à l'inclusion et sans nouveau syndesmophyte à S104, %	56,9	53,8	53,3
Variation du score mSASSS entre S0 et S104	0,54	0,55	0,72

EULAR 2023 - D'après Baraliakos X et al., abstr. OP0059, actualisé

Progression structurale sous anti-TNF versus sous anti-IL-17 *(3)*

Essai thérapeutique SURPASS : analyse en sous-groupes



➔ **Aucune différence observée après 2 ans de traitement par anti-IL-17 ou anti-TNF**

EULAR 2023 - D'après Baraliakos X et al., abstr. POS1115, actualisé

Question 21

Quels sont les facteurs associés à l'obtention de la rémission dans les formes périphériques de spondyloarthrite ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Facteurs associés à la rémission dans les formes périphériques de spondyloarthrite *(1)*

Cohorte GESPIC

- Analyse de la cohorte allemande GESPIC
  - Sélection des 115 patients présentant au moins 1 atteinte périphérique et ne répondant pas aux critères de SpA axiale
    - Arthrite (65,2 %), enthésite (26,1 %), dactylite (1,7 %)
    - Âge moyen : 37 ans, 51 % d'hommes, HLA-B27 présent chez 61,7 % des patients
  - Suivi régulier standardisé, traitement laissé au libre choix du rhumatologue, avec recueil de l'évolution clinique

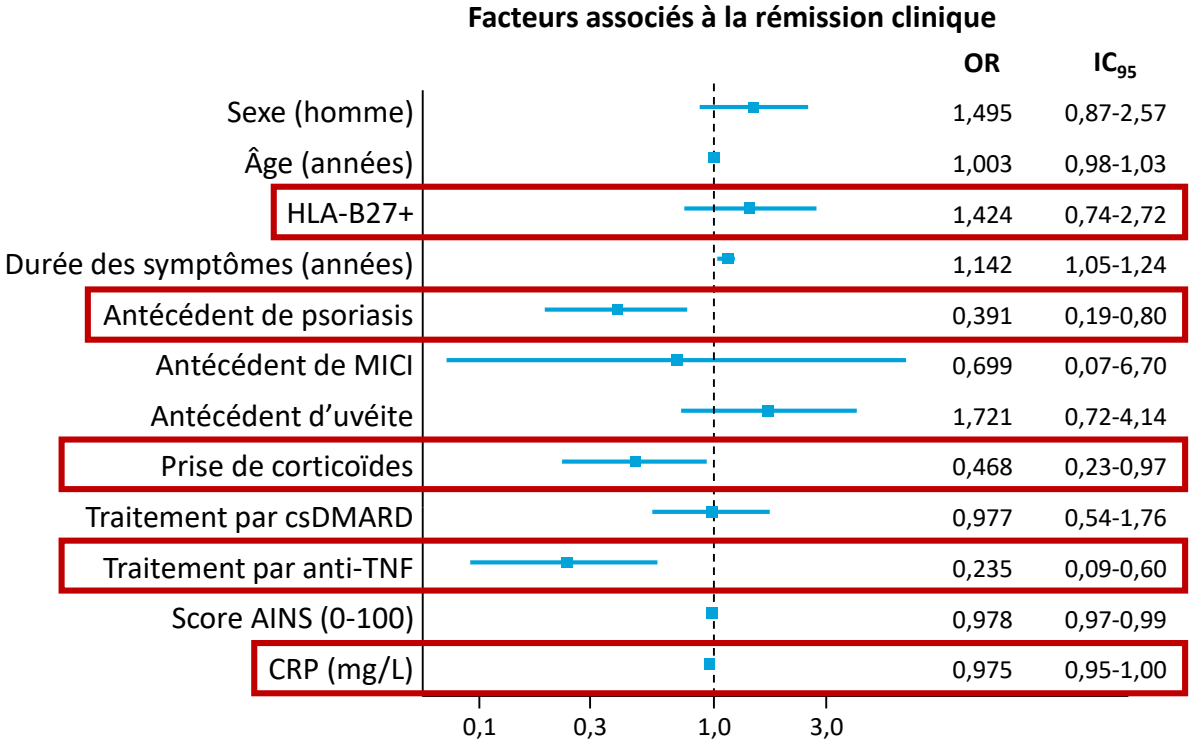
- Résultats
  - 94 (81,9 %) ont atteint au moins 1 fois la rémission clinique
  - 46 (40 %) ont atteint au moins 1 fois une maladie inactive selon l'ASDAS (score < 1,3)

EULAR 2023 - D'après Torgutalp M et al., abstr. OP0057, actualisé

Facteurs associés à la rémission dans les formes périphériques de spondyloarthrite *(2)*

Cohorte GESPIC

- Rémission moins probable
  - En l'absence de HLA-B27
  - En cas de psoriasis cutané
  - Chez les patients traités par corticoïdes ou anti-TNF



➔ **Le phénotype de patients plus à risque de ne pas atteindre la rémission correspond à la présentation habituellement dénommée "rhumatisme psoriasique périphérique"**

EULAR 2023 - D'après Torgutalp M et al., abstr. OP0057, actualisé

Question 22

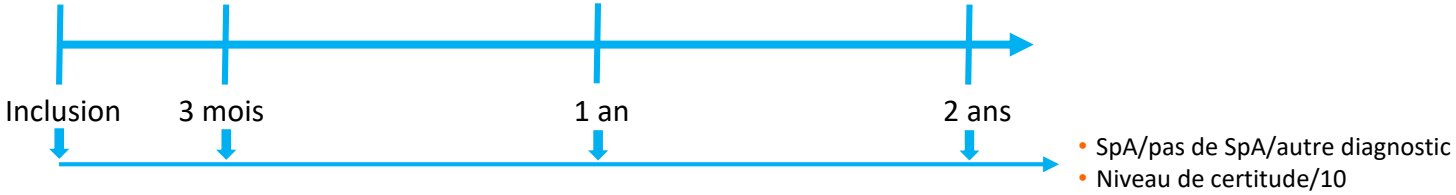
Le diagnostic de spondyloarthrite axiale peut-il varier lors des premiers mois d'évolution des symptômes ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Doute diagnostique dans les SpA axiales débutantes *(1)*

Analyse de la cohorte SPACE

- Cohorte de patients avec rachialgies récentes (3 mois à 2 ans d'évolution), âgés de 16 à 45 ans
  - Bilan diagnostique exhaustif réalisé à l'inclusion (anamnèse, examen clinique, biologique et radiologique)
    - Patients classifiés selon le degré de certitude en faveur ou défaveur du diagnostic de SpA axiale



  - Suivi systématique à 3 mois, puis annuel
    - Recueil répété du diagnostic retenu, avec le niveau de certitude correspondant

EULAR 2023 - D'après Marques ML et al., abstr. OP0054, actualisé

Doute diagnostique dans les SpA axiales débutantes *(2)*

Analyse de la cohorte SPACE

Diagnostic initial	“SpA” (certitude)	“SpA” (incertitude)	“Pas de SpA” (incertitude)	“Pas de SpA” (certitude)
(n = 552)	175 (32 %)	64 (12 %)	93 (17 %)	220 (40 %)

	133	31	0	3	1	7	16	15	8	1	6	18	11	5	4	9	23	41	5	2	1	1	57	154

Diagnostic à 2 ans	SpA certaine	SpA très probable	SpA possible	SpA plutôt exclue	SpA improbable	Pas de SpA
(n = 552)	165 (30 %)	53 (10 %)	13 (2 %)	14 (3 %)	87 (16 %)	220 (40 %)

- Parmi les nouveaux arguments pour les patients chez qui le diagnostic évoluait vers “SpA certaine” (n = 32)
  - Apparition d’une sacro-iliite IRM (n = 8)
  - Sensibilité aux AINS finalement présente (n = 9)
  - Signes périphériques (n = 7)

➔ **Diagnostic de SpA possiblement rectifié à 2 ans (dans environ 6 % des cas), en particulier chez les patients de sexe masculin et porteurs du gène HLA-B27**

EULAR 2023 - D’après Marques ML et al., abstr. OP0054, actualisé

Question 23

Les JAKi ont-ils un effet sur la survenue de manifestations extra-rhumatologiques dans la spondyloarthrite ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Manifestations extra-rhumatologiques des SpA et JAKi *(1)*

Analyse post hoc des études SELECT

- Données issues du programme de développement de l'upadacitinib dans la SpA axiale radiographique, la SpA axiale non radiographique et le rhumatisme psoriasique
  - Analyse du nombre d'uvéites, de poussées de maladie inflammatoire digestive et de psoriasis
    - Comparaison des taux d'incidence observés sous upadacitinib 15 mg et sous placebo

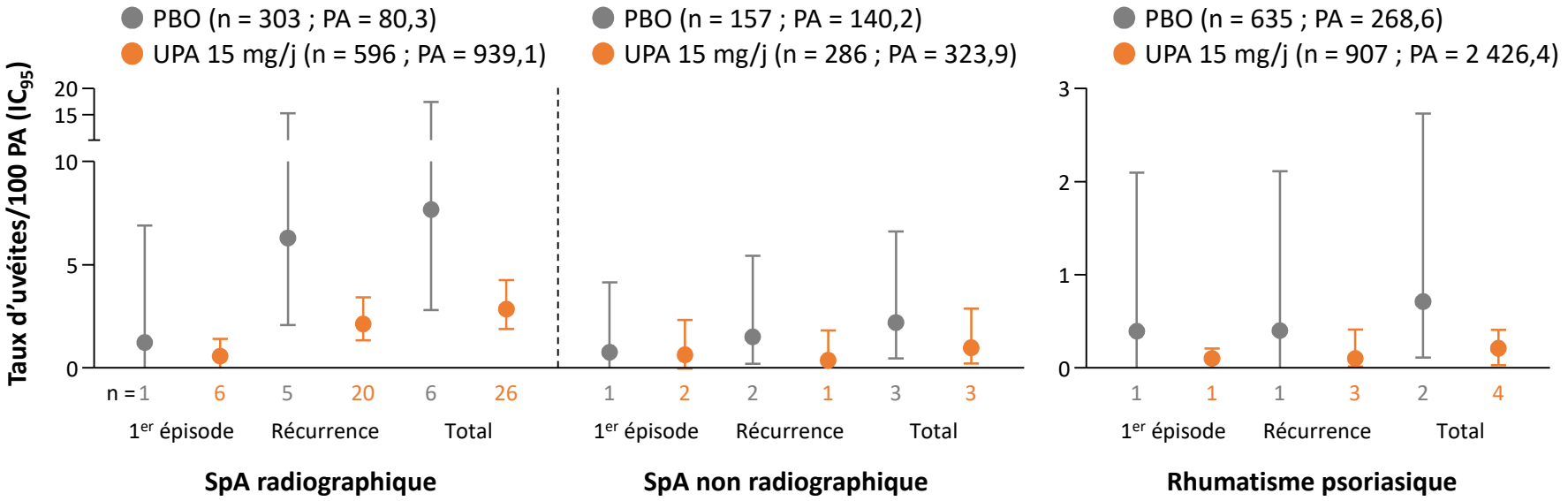
Prévalence à l'inclusion des manifestations extra-articulaires

	Rhumatisme psoriasique		SpA axiale radiographique		SpA axiale non radiographique	
	Placebo (n = 635)	UPA 15 mg (n = 907)	Placebo (n = 303)	UPA 15 mg (n = 596)	Placebo (n = 157)	UPA 15 mg (n = 286)
Uvéites, n (%)	5 (0,8)	8 (0,9)	39 (12,9)	76 (12,8)	11 (7,0)	21 (7,3)
MICI, n (%)	10 (1,6)	13 (1,4)	7 (2,3)	16 (2,7)	6 (3,8)	8 (2,8)
Psoriasis, n (%)	ND	ND	10 (3,3)	19 (3,2)	4 (2,5)	7 (2,4)

EULAR 2023 - D'après Poddubnyy D et al., abstr. OP0061, actualisé

Manifestations extra-rhumatologiques des SpA et JAKi *(2)*

Analyse post hoc des études SELECT



➔ **L'upadacitinib semble diminuer le risque de survenue d'une uvéite**

EULAR 2023 - D'après Poddubnyy D et al., abstr. OP0061, actualisé

Question 24

La prise prolongée d'AINS dans la spondyloarthrite est-elle associée à une augmentation du risque cardiovasculaire ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Prise prolongée d'AINS et risque cardiovasculaire *(1)*

Analyse du système de santé sud-coréen

- Paradoxe des AINS dans les maladies inflammatoires chroniques ?
  - Effet défavorable de la prise d'AINS sur le risque cardiovasculaire dans la population générale
  - Mais potentiellement contrebalancé par le contrôle de l'inflammation systémique dans la SpA
- Comparaison du risque d'événements cardiovasculaires observés parmi les malades SpA du système de santé national coréen avec celui de sujets contrôles appariés

	SpA (n = 19 775)	Contrôles (n = 59 325)
Âge (années)	36,1 (12,8)	36,1 (12,8)
Sexe (hommes)	14 836 (75)	44 508 (75)
Tabagisme actif, n (%)	4 775 (35,6)	14 948 (36,4)
Hypertension, n (%)	2 711 (13,7)	6 600 (11,1)
Diabète, n (%)	1 540 (7,8)	2 550 (4,3)
Dose cumulée d'AINS, moyenne (DS)	1 194,2 (4 803)	87,3 (640,9)
Dose cumulée d'AINS ≥ 28, n (%)	19 471 (98,5)	34 933 (58,9)
Dose cumulée d'AINS ≥ 365, n (%)	15 242 (77,1)	1 643 (2,8)

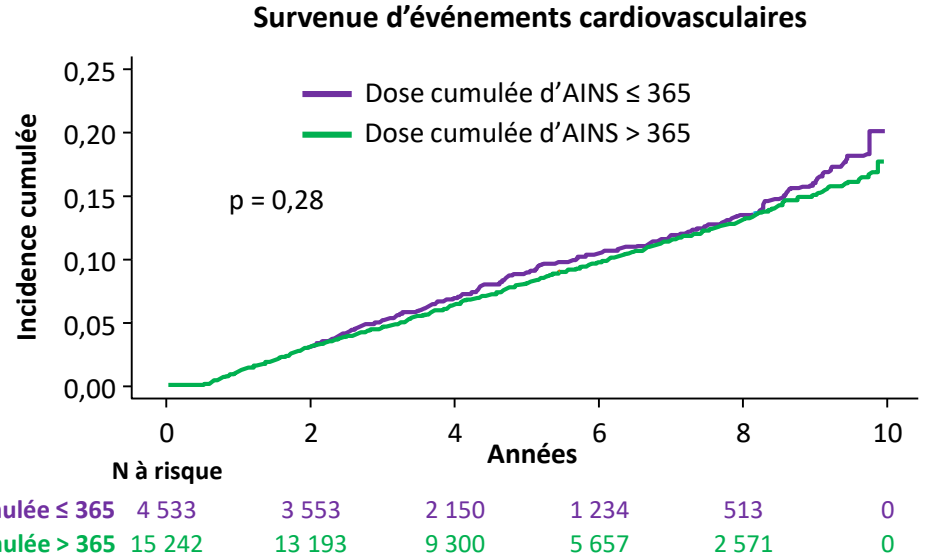
EULAR 2023 - D'après Kim JW et al., abstr. POS0251, actualisé

Prise prolongée d'AINS et risque cardiovasculaire *(2)*

Analyse du système de santé sud-coréen

- Risque d'événement cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC ou insuffisance cardiaque)

	SpA	Contrôles
	Risque ajusté, HR (IC_{95})	
Dose cumulée d'AINS ≤ 365	1	1
Dose cumulée d'AINS > 365	1,06 (0,94-1,20)	1,64 (1,48-1,82)



➔ **L'augmentation du risque cardiovasculaire par la prise d'AINS au long cours est confirmée dans la population générale, mais elle n'est pas retrouvée dans le groupe de patients SpA**

EULAR 2023 - D'après Kim JW et al., abstr. POS0251, actualisé

Prise prolongée d'AINS et risque cardiovasculaire *(3)*

Analyse du Système national des données de santé (SNDS) français

- Patients avec diagnostic de "spondylarthrite ankylosante" porté entre 2010 et 2013 (reconnaissance en ALD), suivis jusqu'en 2018

- Analyse de la survenue d'événements cardiovasculaires (infarctus du myocarde et AVC) au cours du temps
  - Ajustement sur les facteurs de risque cardiovasculaires disponibles dans le SNDS
  - Caractéristiques initiales des 22 929 patients
    - Âge moyen : 43 (± 13,9) ans
    - 44,9 % d'hommes
    - Diabète : 4,2 %
    - Hypertension : 17,0 %
    - Prise d'AINS : 85,6 % (dont inhibiteurs sélectifs de COX2 : 15,3 %)

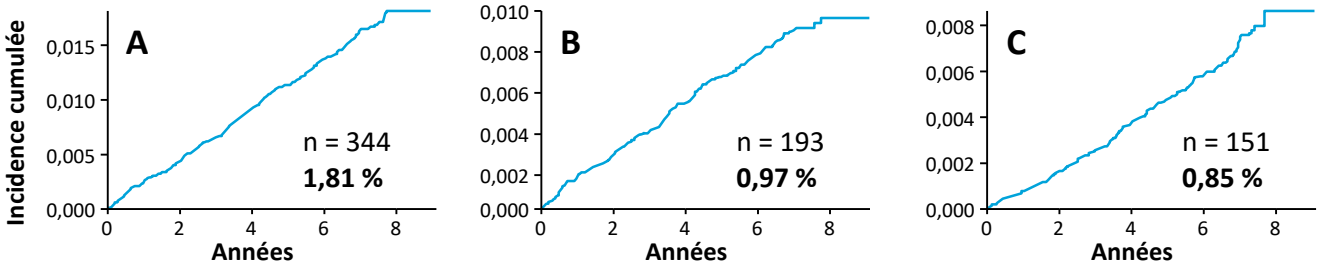
EULAR 2023 - D'après Fakih O et al., abstr. POS0301, actualisé

Prise prolongée d'AINS et risque cardiovasculaire *(4)*

Analyse du Système national des données de santé (SNDS) français

- Résultats

Incidence cumulée des événements cardiovasculaires (A), dont AVC (B) et (C) infarctus du myocarde



	Risque relatif global ajusté (IC_{95})	Risque relatif ajusté chez les patients recevant des AINS (IC_{95})	Risque relatif ajusté chez les patients ne recevant pas d'AINS (IC_{95})
AINS	0,39*** (0,32-0,50)	ND	ND
csDMARD	0,89 (0,63-1,24)	0,91 (0,58-1,43)	1,02 (0,61-1,71)
Anti-TNF	0,61*** (0,46-0,80)	0,68* (0,47-0,99)	0,57** (0,38-0,85)

* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001

➔ **Pas de conséquence délétère, et même effet potentiellement protecteur des AINS mis en évidence dans cette population de patients avec "SpA sévère"**

EULAR 2023 - D'après Fakih O et al., abstr. POS0301, actualisé

Question 25

Le monitoring systématique de l'infliximab améliore-t-il le contrôle des maladies inflammatoires ?

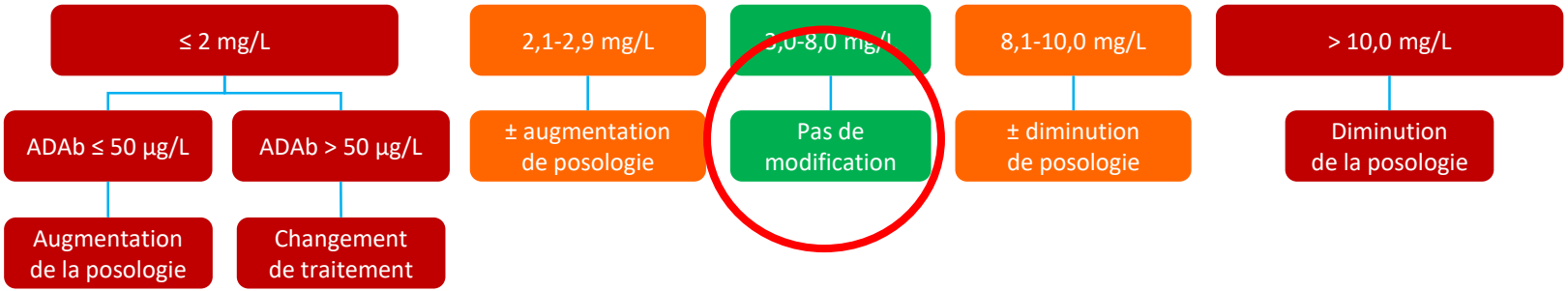
Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Monitoring sérologique de l'infliximab *(1)*

Étude NOR-DRUM

- Adaptation systématique du traitement par infliximab selon le taux sanguin de médicament et la présence d'ADAb (anticorps anti-médicament)
  - Patients avec diverses maladies inflammatoires chroniques
    - 181 SpA, 120 PR, 72 RhPso, 197 MICI et 45 psoriasis

Stratégie d'adaptation appliquée

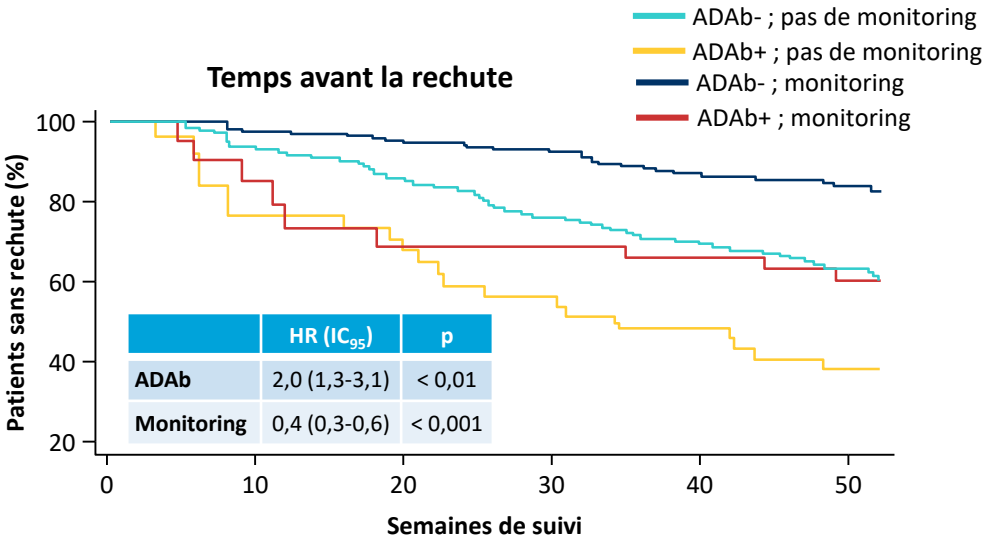


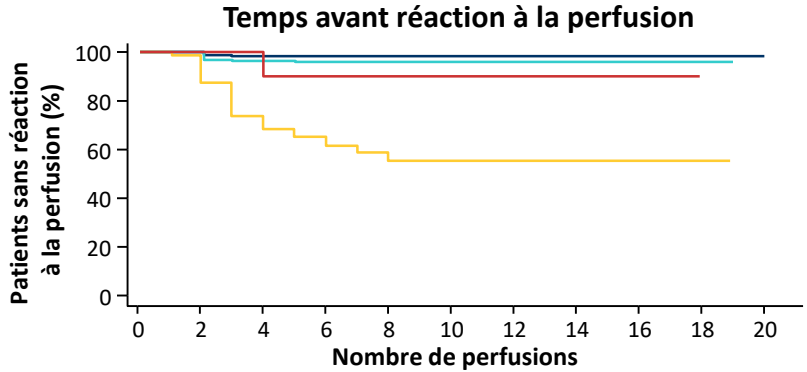
EULAR 2023 - D'après Kirkesæther Brun M et al., abstr. OP0060, actualisé

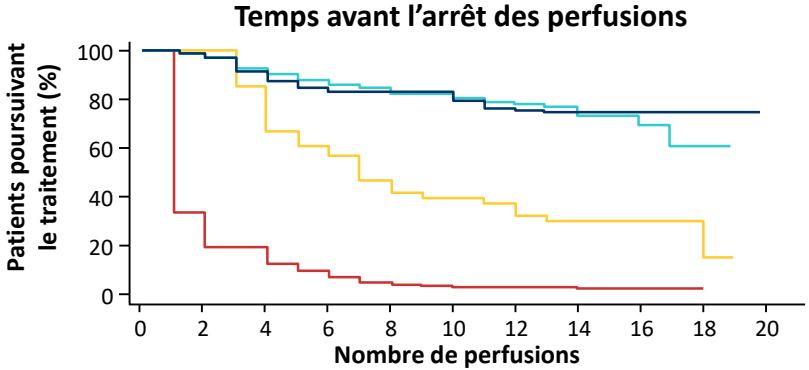
Monitoring sérologique de l'infliximab *(2)*

Étude NOR-DRUM

- Résultats
  - Détection d'ADAb chez 147/615 (24 %) patients







➔ **Diminution du risque de rechute et de réactions à la perfusion, au prix de changements plus fréquents de traitement, y compris parfois chez des patients dont la maladie était pourtant encore contrôlée**

EULAR 2023 - D'après Kirkesæther Brun M et al., abstr. OP0060, actualisé

Question 26

Est-il préférable de maintenir ou d'arrêter le traitement anti-TNF au cours de la grossesse ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Cédric Lukas

Maintien ou arrêt des anti-TNF pendant la grossesse ? *(1)*

Données du Système national des données de santé (SNDS) français

- Patientes habituellement traitées par anti-TNF (PR, SpA ou RhPso)
  - Avec début de la grossesse entre 2008 et 2017
    - Analyse de l'issue de la grossesse et des événements obstétricaux, maternels et chez l'enfant
    - Biais d'indication contrôlé par score de propension

	Anti-TNF maintenu (n = 585)	Anti-TNF arrêté (n = 1 497)
Âge > 35 ans, n (%)	124 (21,2)	286 (19,1)
MICI associée, n (%)	256 (43,8)	183 (12,2)
Corticoïdes > 10 mg/j, n (%)	18 (3,1)	35 (2,3)
ATCD d'infection grave, n (%)	22 (3,8)	26 (1,7)

EULAR 2023 - D'après Molto A et al., abstr. POS0305, actualisé

Maintien ou arrêt des anti-TNF pendant la grossesse ? *(2)*

Données du Système national des données de santé (SNDS) français

- Résultats

	Anti-TNF maintenu (n = 584)	Anti-TNF arrêté (n = 1 497)	RR
Fausse couche spontanée (< 22 SA), n (%)	11 (1,9)	50 (3,3)	0,6 (0,3-1,2)
Prématurité (22-37 SA), n (%)	37 (6,4)	108 (7,2)	0,9 (0,6-1,3)
Enfant de petite taille (< 10e percentile), n (%)	52 (8,9)	139 (9,3)	0,9 (0,7-1,4)
Césarienne, n (%)	115 (19,8)	337 (22,5)	0,9 (0,7-1,1)
Hospitalisation pour infection maternelle, n (%)	1 (0,2)	19 (1,3)	0,2 (0,1-0,6)
Malformations congénitales importantes, n (%)	12/486 (2,5)	37/1293 (2,9)	0,9 (0,4-1,7)
Hospitalisation pour infection de l'enfant dans sa 1re année de vie, n (%)	51/486 (10,6)	119/1293 (9,2)	1,2 (0,8-1,7)

➔ **Pas d'augmentation du risque d'événements indésirables maternels ou chez l'enfant, même si un arrêt de l'anti-TNF a été décidé chez presque trois quarts des femmes**

EULAR 2023 - D'après Molto A et al., abstr. POS0305, actualisé

Chapitre III

Connectivites

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Pr Valérie Devauchelle-Pensec, Dr Marc Scherlinger

Question 27

Comment la prévalence des maladies auto-immunes évolue-t-elle dans le temps ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Dr Marc Scherlinger

Évolution de l'incidence des IMID au Royaume-Uni *(1)*

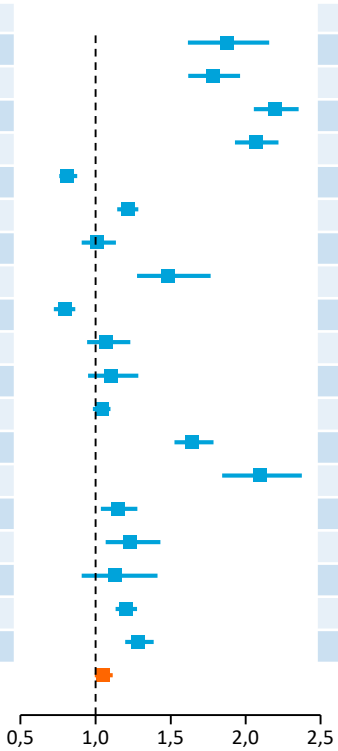
Étude rétrospective sur les données médicales (soins primaires et secondaires) britanniques

- Population étudiée : 22 millions d'assurés
  - Représentative (âge/sexe) de la population britannique
  - Durée de l'étude : de 2000 à 2019
- Étude de 19 maladies inflammatoires immunomédiées (IMID)
- Identification de 978 872 individus diagnostiqués IMID durant la période de l'étude
  - Âge moyen : 54 ans ; 64 % de femmes
- Comparaison de l'incidence des MAI entre la période 2000-2002 et la période 2017-2019

EULAR 2023 - D'après Conrad N et al., abstr. OP0007, actualisé

Évolution de l'incidence des IMID au Royaume-Uni *(2)*

	Patients (n)	Incidence standardisée par 100 000 PA		Tendance temporelle
	2000-19	2000-02	2017-19	IRR (IC_{95}), 2017-19 vs 2000-02
Maladie d'Addison	4 319	2,0	4,0	1,87 (1,61-2,16)
Spondylarthrite axiale	12 663	6,9	11,8	1,78 (1,61-1,97)
Maladie cœliaque	31 447	13,1	29,6	2,19 (2,05-2,35)
Maladie de Basedow	75 524	33,6	66,0	2,07 (1,92-2,22)
Thyroïdite de Hashimoto	284 755	216,0	161,5	0,81 (0,75-0,86)
MICI	66 173	40,7	49,0	1,21 (1,14-1,28)
Sclérose en plaques	15 634	10,6	10,4	1,01 (0,91-1,13)
Myasthenia gravis	3 655	2,1	2,8	1,49 (1,27-1,76)
Anémie de Biermer	62 582	40,6	34,9	0,79 (0,72-0,86)
Pseudopolyarthrite rhizomélique	90 853	59,9	62,5	1,07 (0,94-1,23)
Cholangite sclérosante primitive	5 683	3,0	3,6	1,10 (0,95-1,28)
Psoriasis	236 027	144,3	149,2	1,04 (0,99-1,10)
Polyarthrite rhumatoïde	107 559	58,4	94,0	1,64 (1,52-1,78)
Syndrome de Gougerot	12 292	6,0	10,7	2,09 (1,84-2,37)
Lupus érythémateux systémique	14 164	8,8	9,4	1,15 (1,03-1,28)
Sclérodermie systémique	4 880	2,6	3,3	1,23 (1,06-1,43)
Diabète de type 1	9 022	5,3	5,9	1,13 (0,90-1,41)
Vascularites	58 919	36,2	42,5	1,20 (1,13-1,28)
Vitiligo	27 638	13,6	18,4	1,28 (1,19-1,38)
Toutes IMID confondues	**978 872**	**681,6**	**700,8**	**1,04 (1,00-1,09)**



- Prévalence des MAI : 10,2 %
  - Femmes : 13,1 %
  - Hommes : 7,4 %
- Augmentation globale d'incidence modeste sur la période évaluée

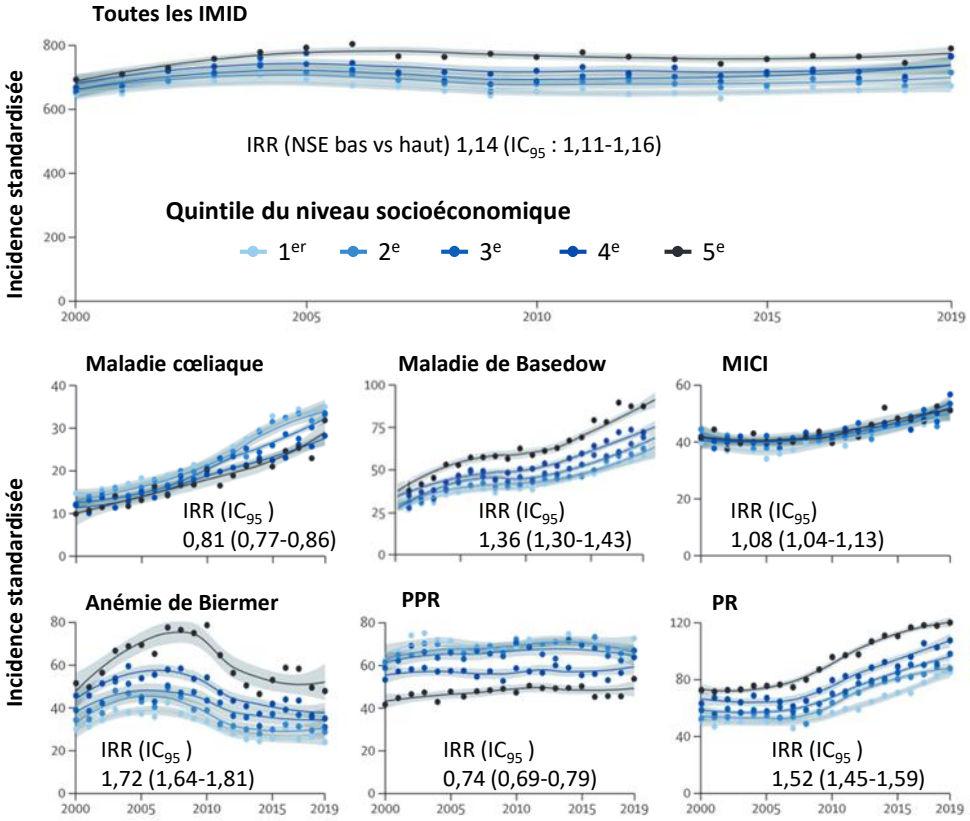
➔ **Hétérogénéité selon MAI considérée**

➔ **Augmentation (× 2) de la maladie cœliaque et du syndrome de Gougerot-Sjögren**

➔ **Baisse de 19 % des thyroïdites de Hashimoto**

EULAR 2023 - D'après Conrad N et al., abstr. OP0007, actualisé

Évolution de l'incidence des IMID au Royaume-Uni *(3)*



- Gradient socioéconomique important
  - Anémie de Biermer, PR, PPR, lupus systémique
- Gradient socioéconomique inexistant
  - MICI
- Différences régionales et saisonnières dans l'incidence des IMID

EULAR 2023 - D'après Conrad N et al., abstr. OP0007, actualisé

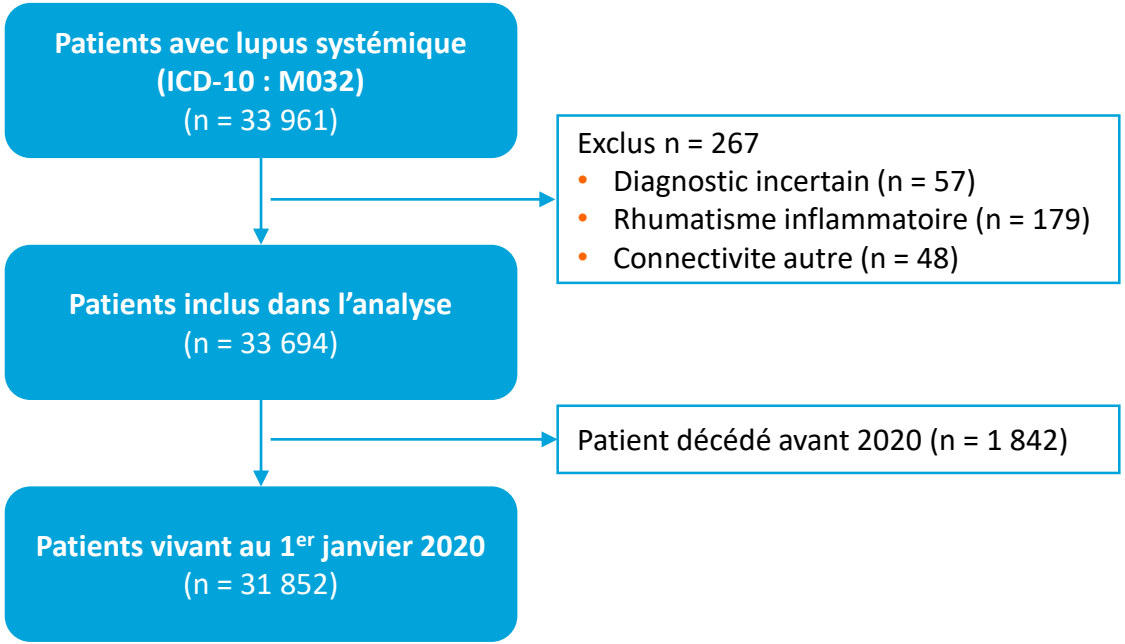
Question 28

Quel est l'état des lieux des prescriptions de glucocorticoïdes au cours du lupus systémique en France ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Dr Marc Scherlinger

État des lieux de la prescription des glucocorticoïdes au cours du LES en France *(1)*

À partir des données du Système national des données de santé (SNDS) : 66 millions d'assurés



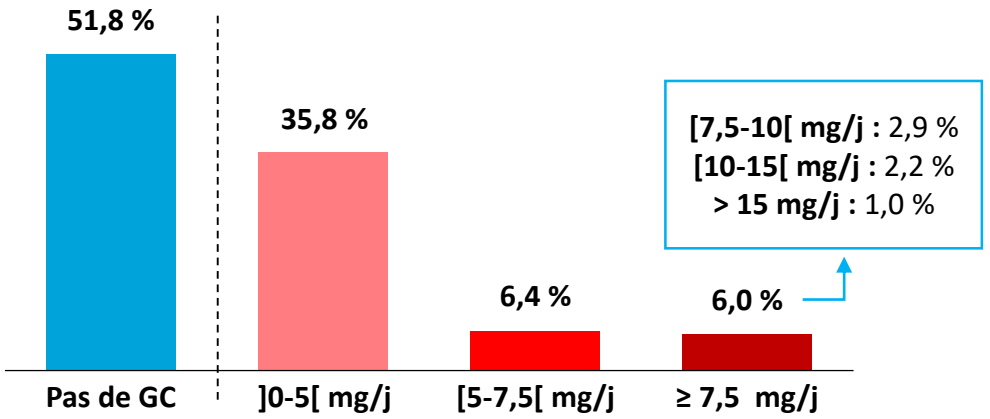
- Identification des médicaments délivrés en pharmacie sur l'année 2019
- Dose moyenne d'équivalent prednisone
- Identification des co-traitements, des comorbidités et des complications

EULAR 2023 - D'après Arnaud L et al., abstr. OP0046, actualisé

État des lieux de la prescription des glucocorticoïdes au cours du LES en France *(2)*

- Sexe féminin : 86,3 %
- Âge moyen : 49,7 ans (± 15,9)
- Durée de la maladie : 7,1 ans (± 6,2)
- La dose de corticoïdes oraux était significativement associée à un âge plus jeune, au sexe féminin et à un faible niveau socioéconomique (CMU)

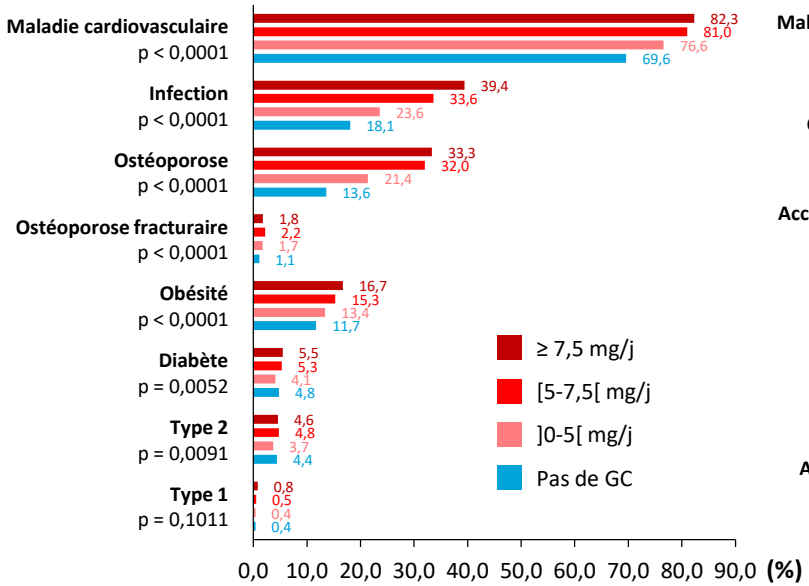
Parmi les patients LES,
48,2 % étaient traités par GC oraux

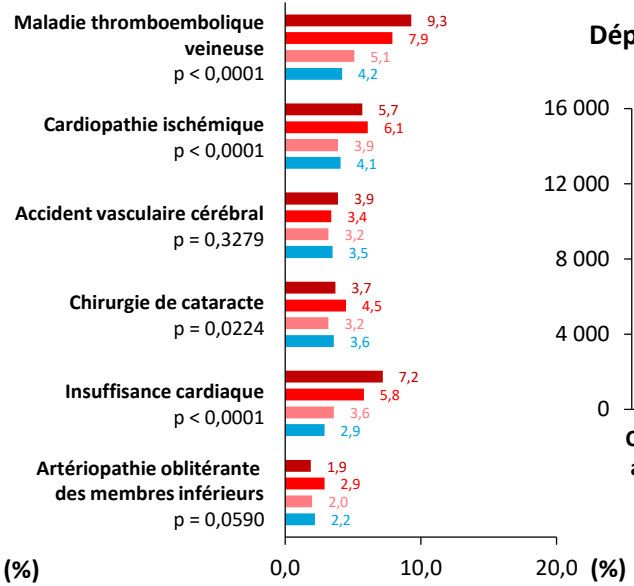


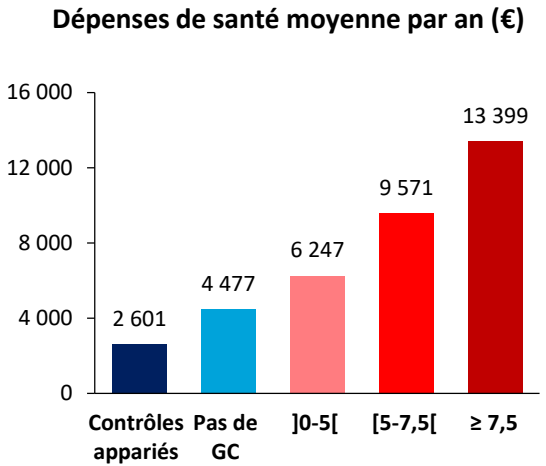
➔ **13,2 % des patients ont reçu une dose moyenne ≥ 7,5 mg/j en 2019 en l'absence d'antipaludéen ou d'immunosuppresseur associé (monothérapie) !**

EULAR 2023 - D'après Arnaud L et al., abstr. OP0046, actualisé

État des lieux de la prescription des glucocorticoïdes au cours du LES en France *(3)*







➔ **Les doses importantes de corticoïdes oraux sont associées à des complications de la corticothérapie, à des comorbidités et à de plus grandes dépenses de santé**

Limites : biais d'indication, délivrance médicamenteuse ≠ prise

EULAR 2023 - D'après Arnaud L et al., abstr. OP0046, actualisé

Question 29

Peut-on poursuivre la décroissance de corticoïdes en cas de lupus cliniquement quiescent mais sérologiquement actif ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Dr Marc Scherlinger

Risque de poussée lors du sevrage cortisoné en cas de LES cliniquement quiescent sérologiquement actif (CQSA) *(1)*

Étude rétrospective observationnelle de la cohorte prospective Asia Pacific Lupus Collaboration

- Définition du LES cliniquement quiescent sérologiquement actif (CQSA)
  - Augmentation anti-ADN et/ou hypocomplémentémie
  - Absence d'activité clinique (SLEDAI-2K)
- Critère d'inclusion
  - Lupus CQSA ET corticothérapie ≤ 7,5 mg/j (équivalent prednisone)
- Critère de jugement
  - Poussée du LES (*SLE Flare Index,* SFI)
  - Apparition de séquelle d'organe (*SLE Damage Index,* SDI)
- Analyse
  - Analyse multivariée de Cox : association entre la décroissance de prednisone et la survenue des critères de jugement
  - Durée d'observation de 2 ans. Stratification sur la dose initiale de prednisone

EULAR 2023 - D'après Katsumata Y et al., abstr. OP0048, actualisé

Risque de poussée lors du sevrage cortisoné en cas de LES cliniquement quiescent sérologiquement actif (CQSA) *(2)*

- 1 850 patients inclus. Âge médian : 39 ans (IQR = 29-50), 91,6 % de femmes, durée médiane du LES : 10 ans (4-16)
- Dose médiane de prednisolone : 5 mg (1-5), hydroxychloroquine : 73,6 %, immunosuppresseur : 55,1 %
- Anti-ADN positifs : 71,9 % ; complément consommé : 61,5 %

Dose initiale de prednisone (mg/j)	Risque de poussée RR* (IC_{95})	Risque de poussée sévère RR* (IC_{95})	Risque de séquelle d'organe RR* (IC_{95})
0 ≤ prednisone ≤ 7,5	1,02 (0,99-1,05) p = 0,27	0,98 (0,96-1,00) p = 0,11	**0,97 (0,96-0,99)** **p < 0,01**
0 ≤ prednisone ≤ 5	1,02 (0,98-1,06) p = 0,41	0,98 (0,96-1,01) p = 0,28	0,98 (0,96-1,01) p = 0,25
5 ≤ prednisone ≤ 7,5	1,01 (0,96-1,06) p = 0,84	0,98 (0,92-1,03) p = 0,41	**0,96 (0,93-0,99)** **p < 0,01**

* Risque relatif par mg de décroissance de GC, modèle de Cox incluant âge, sexe, ethnicité, SLEDAI-2K, durée de la maladie, cotraitements, dose initiale de GC

EULAR 2023 - D'après Katsumata Y et al., abstr. OP0048, actualisé

Risque de poussée lors du sevrage cortisoné en cas de LES cliniquement quiescent sérologiquement actif (CQSA) *(3)*

Facteurs	Risque de poussée RR (IC_{95})	Risque de poussée sévère RR (IC_{95})	Risque de séquelle d'organe RR (IC_{95})
Dose GC initiale (mg/j)	**1,05 (1,02-1,08), p < 0,01**	**1,12 (1,07-1,17), p < 0,01**	1,06 (0,99-1,11), p = 0,11
Décroissance de GC (mg/j)	1,02 (0,99-1,05), p = 0,27	0,98 (0,96-1,00), p = 0,11	**0,97 (0,96-0,99), p < 0,01**
Antipaludéen de synthèse	**0,78 (0,66-0,91), p < 0,01**	**0,59 (0,46-0,76), p < 0,01**	1,10 (0,79-1,53), p = 0,59
Immunosuppresseur	1,12 (0,96-1,31), p = 0,14	**0,77 (0,60-0,99), p = 0,04**	1,03 (0,76-1,40), p = 0,86
Durée de la maladie (ans)	**1,01 (1,00-1,02), p = 0,05**	0,99 (0,98-1,01), p = 0,47	**1,02 (1,01-1,04), p < 0,01**
SLEDAI-2K	**1,07 (1,02-1,12), p < 0,01**	**1,18 (1,14-1,23), p < 0,01**	0,97 (0,92-1,03), p = 0,28
Âge	**0,99 (0,98-0,99), p < 0,01**	**0,99 (0,98-0,996), p < 0,01**	NC
Sexe masculin	0,89 (0,67-1,20), p = 0,46	1,16 (0,73-1,83), p = 0,53	NC
Ethnicité	0,97 (0,76-1,23), p = 0,78	1,08 (0,72-1,62), p = 0,72	NC

➔ **L'impact de la décroissance de GC semble positive dans le LES CQSA**

EULAR 2023 - D'après Katsumata Y et al., abstr. OP0048, actualisé

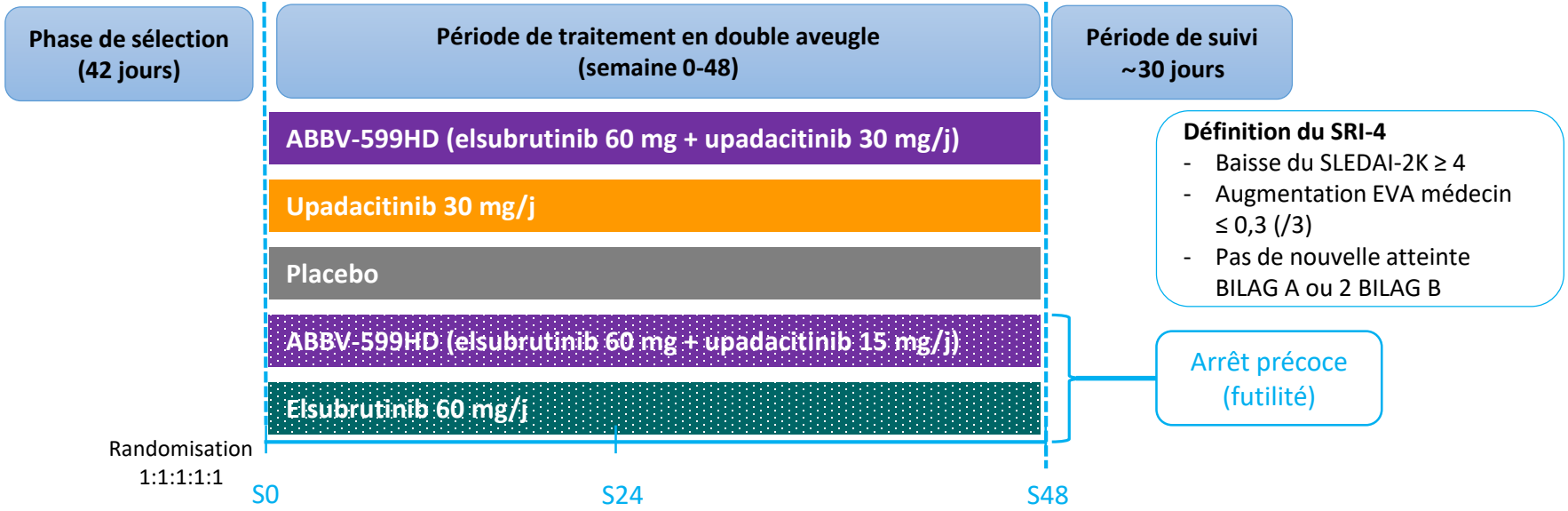
Question 30

Quelles perspectives dans le traitement du lupus systémique ?

Coordination
Pr Daniel Wendling
Rédaction
Dr Marc Scherlinger

Efficacité de l'upadacitinib ± un BTK inhibiteur dans le lupus systémique non rénal *(1)*

Étude de phase II randomisée multicentrique (étude SLEek)

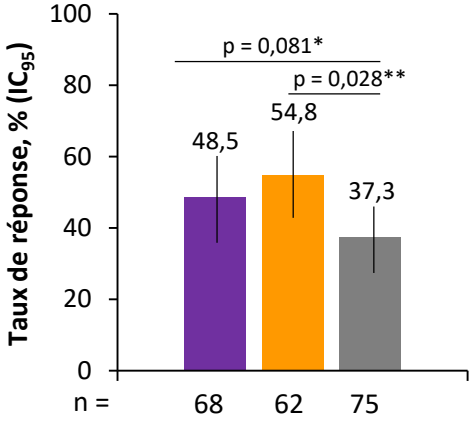


- Critère de jugement principal : SRI-4 avec corticothérapie ≤ 10 mg/j à la semaine 24
- Critères de jugement secondaires : efficacité à la semaine 48, poussées du lupus, tolérance
- Inclusion de 341 patients avec LES actif, dont 205 dans les groupes 1-2-3, aux caractéristiques similaires

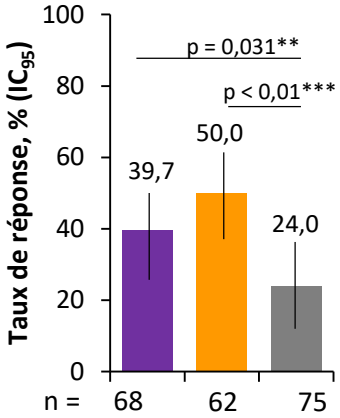
EULAR 2023 - D'après Merrill JT et al., abstr. OP0139, actualisé

Efficacité de l'upadacitinib ± un BTK inhibiteur dans le lupus systémique non rénal *(2)*

Critère principal
SRI-4 avec prednisone ≤ 10 mg/j

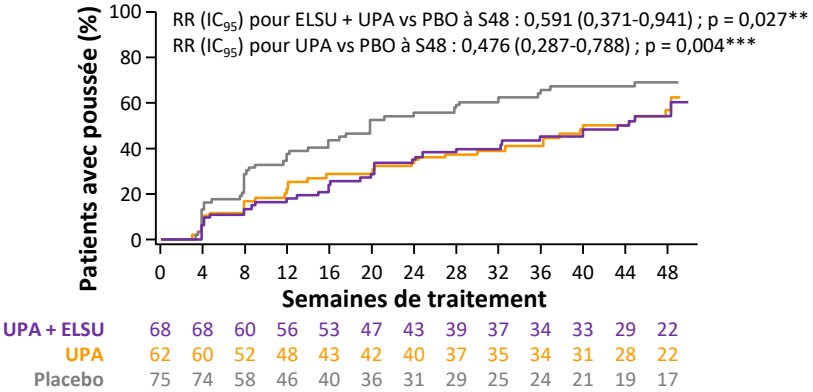


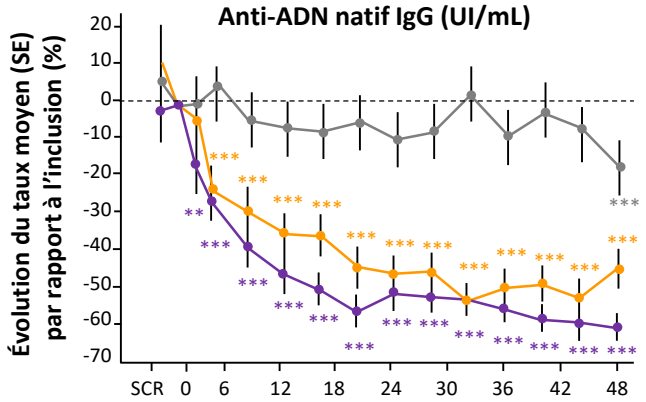
LLDAS à S48



ELSU 60 mg + UPA 30 mg
UPA 30 mg
PBO

* p < 0,1
** p < 0,05
*** p < 0,01





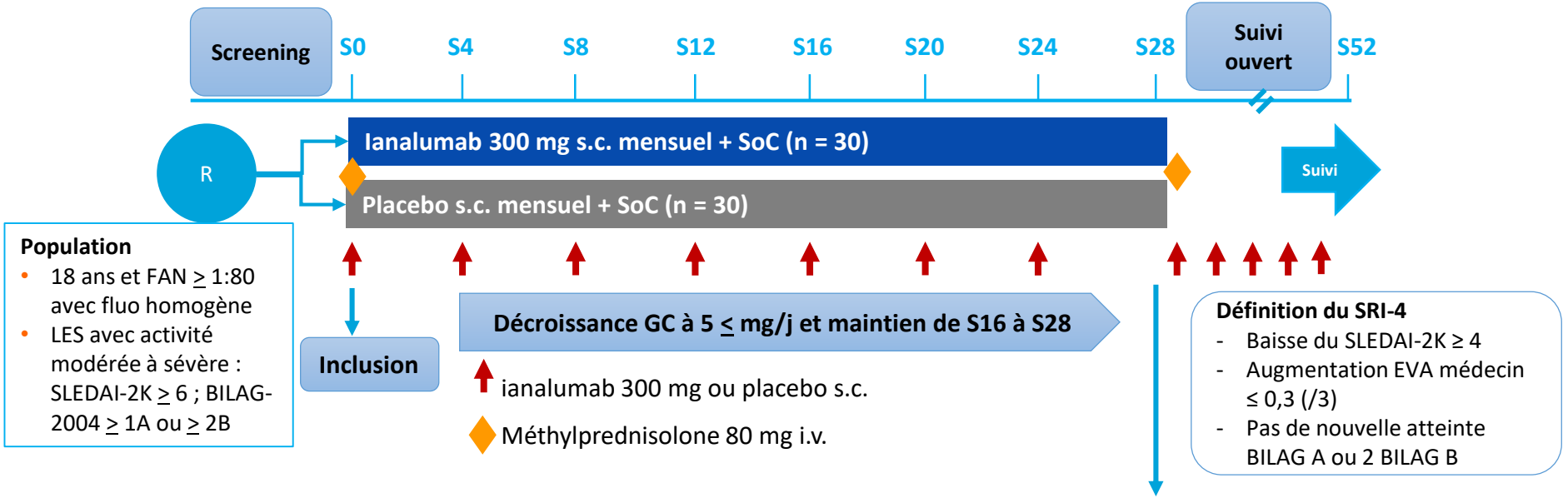
Tolérance : pas de signal particulier en dehors du zona dans le groupe bithérapie ; 1 MACE dans chaque groupe

EULAR 2023 - D'après Merrill JT et al., abstr. OP0139, actualisé

Efficacité du ianalumab, un anti-BAFF-R déplétant, dans le lupus systémique non rénal *(1)*

Étude de phase II randomisée multicentrique

- Ianalumab = anticorps anti-BAFF-récepteur déplétant ➔ déplétion B plus large qu'avec les anti-CD20 (B autoréactifs)

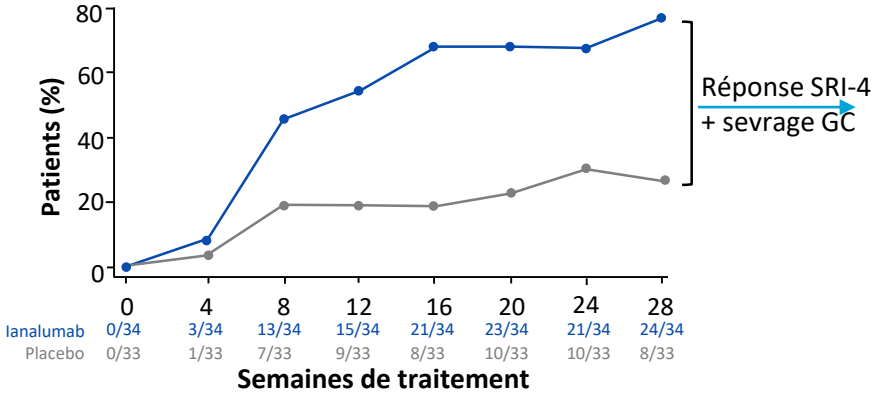


- Critère de jugement principal : SRI-4 à S28 avec corticothérapie ≤ 5 mg/j entre S16 et S28
- Critères de jugement secondaires : poussée, LLDAS, biomarqueurs, etc.

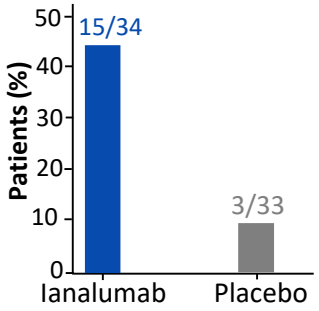
EULAR 2023 - D'après Cortès-Hernandez J et al., abstr. POS0120, actualisé

Efficacité du ianalumab, un anti-BAFF-R déplétant, dans le lupus systémique non rénal *(2)*

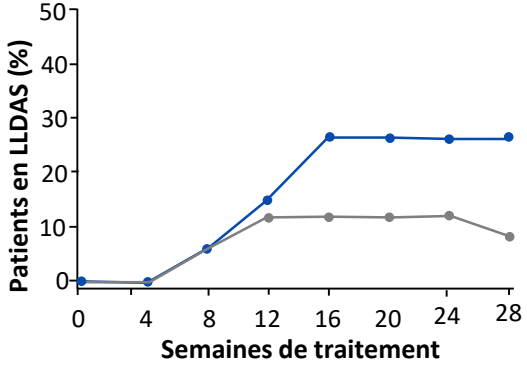
Réponse SRI-4



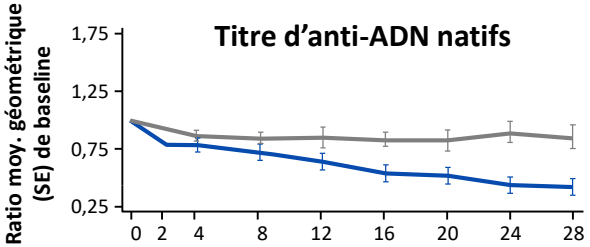
Critère principal à S28



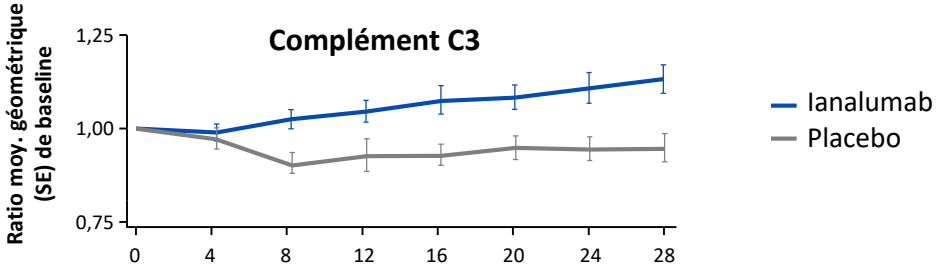
Faible activité du LES (LLDAS)



Titre d'anti-ADN natifs



Complément C3



Tolérance : pas de signal particulier. Risque d'hypogammaglobulinémie non rapporté

EULAR 2023 - D'après Cortès-Hernandez J et al., abstr. POS0120, actualisé