

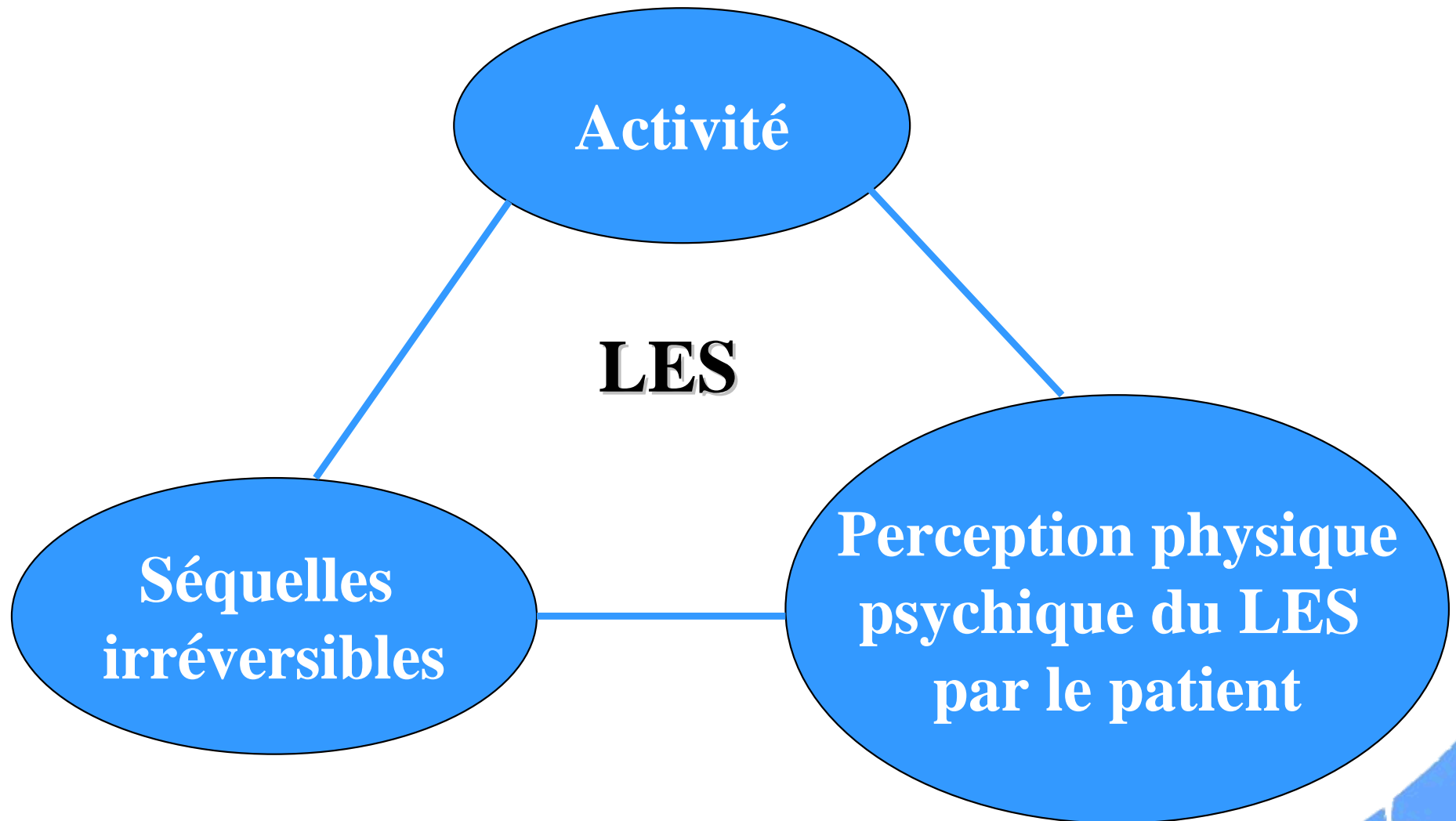
Comment évaluer l'activité d'un lupus systémique en pratique quotidienne ?

CRI décembre 2006

- 1. Position du problème**
- 2. Travaux pratiques**



Quels sont les outils pour quantifier les 3 domaines ?





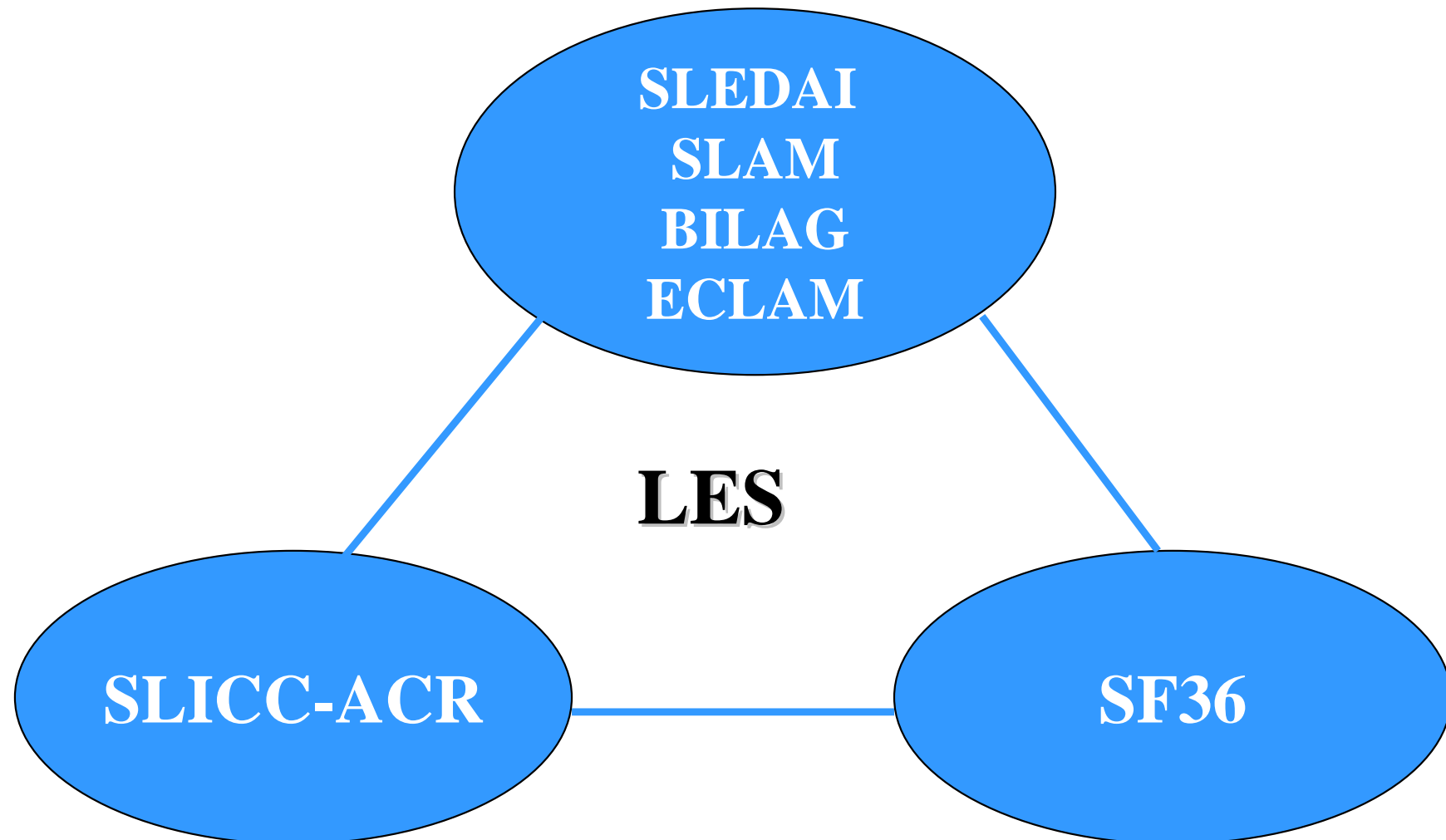
Principaux scores du suivi d'un lupus systémique

Scores composites

- **Activité : SLEDAI/BILAG**
- **Sévérité : SLAM**
- **Chronicité : SLICC/ACR**



Indices à variables continues d'évaluation du LES





Scores « composites » d'activité du lupus systémique

- 1. Reflet de l'activité actuelle**
- 2. Signes et symptômes**
 - **Cumulatifs : score total chiffré (SLEDAI)**
 - **Classés par système/organe : sévérité (SLAM), nécessité de traiter.**
- 3. Pragmatiques : intention de traiter ? (BILAG)**
- 4. Sensibilité au changement : utilité pour essais cliniques**

SLAM/SLEDAI/BILAG

Lequel choisir ? (1)

1. SLAM

- **Score de sévérité**
- **Concerne les 4 semaines précédentes**
- **32 items :**
 - 24 cliniques (+ 1 « other »)
 - 7 biologiques
- **11 systèmes/organes**
- **Score continu : 0 à 86 (échelle de 0 à 3)**
- **Avantages :**
 - mesure améliorations partielles,
 - mesure aggravations de symptômes existants
- **Inconvénients :**
 - même poids entre 2 systèmes/organes de gravité différente
 - Contient des symptômes subjectifs pas toujours liés au LES (\simeq 7-8 points)



SLAM/SLEDAI/BILAG

Lequel choisir ? (2)

2. SLEDAI

- Score d'activité
- Signes présents le jour de visite ou dans les 10 jours précédents
- 24 items
- Score continu : 0-105 (organes pondérés de 1 à 8)
- Avantages : mesure des signes objectifs – pas contraignant
- Inconvénients
 - Ne mesure pas l'aggravation d'un signe déjà existant
 - Ne mesure pas une amélioration partielle
 - Ne mesure pas symptômes subjectifs (fatigue, dysphasie, arthromyalgies).
- Modifications SELENA-SLEDAI et SLEDAI –2K



Problèmes des scores globaux (SLEDAI)

- 1. Ne se modifie pas si le LED**
 - S'améliore
 - Est stable
 - S'aggrave
- 2. On rate des manifestations traduisant un changement de sévérité au cours du temps**
- 3. Difficile de distinguer des patients ayant de multiples petites manifestations de ceux ayant 1 ou 2 manifestations sévères**
- 4. Impossible d'identifier un nouvel organe touché à partir du score global**



Exemple de difficultés avec le SLEDAI

Date	Score total	Organes touchés	
1/3/2005	15	Hématurie (4) Protéinurie (4) Leucocyturie (4)	↑ anti-DNA (2) Fièvre (1)
Institution d'un nouveau traitement			
1/4/2005	15	Convulsions (8) Protéinurie (4)	↑ anti-DNA (2) Leucopénie (1)
1/5/2005	15	Céphalées (8) Arthrites (4)	↑ anti-DNA Leucopénie (1)

SLAM/SLEDAI/BILAG

Lequel choisir ? (3)

3. BILAG 2004

- **Score d'activité**
- **Signes et symptômes présents (depuis deux semaines ou plus) le jour de la visite et absents il y a 4 semaines**
- **86 items : chaque item est côté :**

0 = absent	1 = amélioré	2 = inchangé
	3 = aggravé	4 = nouveau
- **Résultats en « intention de traiter »**
 - **A = poussée sévère (nécessitant Prednisone >20 mg/j)**
 - **B = poussée modérée (nécessitant Prednisone ≤20 mg/j)**
 - **C = maladie peu évolutive – stable**
 - **D = maladie devenue inactive**
 - **E = maladie inactive ou absence d'atteinte du système**
- **Avantages : pragmatique :**
 - **dois-je modifier mon traitement ?**
 - **Distingue la vraie poussée d'une évolutivité larvée**
- **Inconvénient : complexité de la transposition des résultats → programme informatique (BLIPS)**



Références

- **Isenberg D et al.**
Rheumatology 1999; 38: 1045-9
- **Merrill J.**
J Rheumatol 2002; 29: 2256-7
- **Bae SC et al.**
Lupus 2002; 10: 405-9
- **Gladman D et al.**
J Rheumatol 2002; 29: 288-92
- **Buyon JP et al.**
Ann Intern med 2005; 142: 953-62
- **Yee CS et al.**
Arthritis Rheum 2006; 54: 3300-05



Travaux pratiques

Comment évaluer l'activité d'un lupus systémique en pratique quotidienne ?

O. Meyer, CHU Bichat, Paris



Cas clinique n°1, visite n°1



Il s'agit d'une femme de 50 ans ayant une histoire de lupus depuis dix ans, se manifestant par des rashes photo-sensibles, une glomérulonéphrite proliférative, une anémie hémolytique, une polyarthrite, des anticorps anti-ADN natif et des anticorps antinucléaires. Depuis un an elle est équilibrée avec 10 mg par jour de Prednisone et 150 mg d'Azathioprine. Elle se présente en consultation avec une histoire de douleurs articulaires avec gonflement depuis 6 semaines. Les derniers quinze jours sont marqués par des difficultés pour les travaux ménagers liées à une limitation des mouvements des doigts, des poignets, des épaules et des douleurs des pieds à la marche. Elle est obligée de se reposer et ne peut plus effectuer les activités journalières du fait des arthrites. Depuis deux semaines, elle est extrêmement fatiguée malgré ce repos forcé. Elle est anorexique depuis deux semaines, a perdu du poids (-5kg depuis un mois). Elle n'a pas de fièvre confirmée, mais se sent fébrile.

L'examen confirme un gonflement des articulations, avec limitation des mouvements de plusieurs articulations. Elle a 2+ de protéinurie apparue cette semaine. La créatinine est stable (90 μ moles/l), les anti-DNA sont positifs à 200 unités, soit une augmentation de 75 unités depuis un mois. L'hémoglobine a chuté de 11,8 g à 9,6 g. Le test de Coombs est positif avec une réticulocytose, une augmentation de la bilirubine et une haptoglobine basse. Plaquettes et globules blancs sont normaux.



Cas clinique n°1, visite n°2



La patiente a été traitée par 3 bolus intraveineux de 1 g de méthylprednisolone et 4 semaines après elle se sent beaucoup moins fatiguée, l'appétit revient, le poids s'est stabilisé, les douleurs articulaires se sont amendées bien que les doigts restent enraidis et douloureux ; ils ne sont plus gonflés. La patiente est désormais capable d'effectuer ses activités quotidiennes au ralenti, en ménageant du repos.

A l'examen, elle a toujours des douleurs à la pression des interphalangiennes proximales. Poignets et coudes sont maintenant normaux. Les mobilités articulaires sont toutes normales. La numération est normale. Il existe toujours une protéinurie à 2+. Les thérapeutiques ne sont pas modifiées.



Cas clinique n°1, visite n°3



Quatre semaines après, elle revient en consultation, en se plaignant d'un rash cutané photosensible des avant-bras dû à une exposition solaire une semaine auparavant, sans protection par une crème écran total qu'elle n'a mise que sur le visage. Les douleurs articulaires et la raideur ont persisté avec reprise de gonflement des doigts. Elle se sent plus fatiguée, mais appétit et poids sont stables.

A l'examen, elle présente un rash maculo-papuleux sur les avant-bras, une douleur à la pression articulaire et un gonflement des interphalangiennes proximales sans perte de mobilité. Malgré la crème écran total, il existe un rash malaire sur le visage. Les analyses montrent 3+ de protéinurie, mais le HLM est normal, l'ECBU est stérile, et la créatinine stable à 92 $\mu\text{moles/l}$. L'hémoglobine est à 8,9 g, avec un test de Coombs positif, une augmentation de la bilirubine, une haptoglobine basse (normale 4 semaines auparavant). Elle prend toujours 10 mg par jour de Prednisone et 100 mg d'Azathioprine. Le rapport protéinurie/créatininurie a augmenté de 36 à 58 mg/mmoles.