

*République algérienne démocratique populaire*

*Université abou bekr belkaid-Tlemcen*

*Faculté de médecine*

*Mémoire de fin étude :*

*Spondylarthrite rhumatoïde ankylosante*

*Présenter par : Abdelmalek soumia*

*Chef de service : PR lounici*

*Encadrer par : DR boubkeur*

*Année universitaire : 2014/2015*

**INTRODUCTION**

La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique touchant avec prédilection les structures axiales, rachis et sacro-iliaques, à tendance ankylosante par ossification sous – ligamentaire et des enthèses, affectant principalement les sujets masculins. La maladie débute le plus souvent chez l'adulte jeune, évolue par poussées et peut s'exprimer par des manifestations systémiques. Un terrain génétique particulier, matérialisé par la présence de l'antigèneHLAB27, favorise la survenue de la maladie.. Notre étude est une étude rétrospective observationnelle, menée dans le service de medecine interne au CHU de tlemcen analysant les dossiers des patients spondyloarthritiques diagnostiqués durant la période s'étalant du Janvier 2002 à 2014. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques réelles de notre population atteinte de spondyloarthrite (SpA) au CHU: Délai diagnostique, manifestations cliniques et paracliniques, activité, retentissement fonctionnel, sévérité et prise en charge thérapeutique.

Nous nous sommes également intéressés aux facteurs associés à une maladie sévère.

## **I. Concept des spondyloarthrites:**

Les spondyloarthrites forment un ensemble d'entités rhumatologiques, maladies inflammatoires chroniques regroupant autour de la spondylarthrite ankylosante (SA), les arthrites réactionnelles ; les formes de rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale et enthésitique, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires chroniques, et les SpA indifférenciées Actuellement, il est recommandé d'utiliser la classification des spondyloarthrites en sous-groupes selon la présentation clinique prédominante :

- Forme axiale ;
- Forme périphérique articulaire ;
- Forme périphérique enthesitique.

Ces 3 formes sont fréquemment associées et peuvent se succéder chez un même patient [2]. Les spondyloarthrites ont également un terrain génétique commun comme l'atteste l'existence de cas familiaux et la forte liaison avec l'antigène d'histocompatibilité de classe I, HLA-B27et des caractéristiques épidémiologiques et physiopathologiques originales communes

## **Dix caractéristiques épidémiologiques et physiopathologiques essentielles des spondyloarthrites**

Dix caractéristiques épidémiologiques et physiopathologiques essentielles des spondylarthropathies

. L'âge de début est de 20 à 30 ans mais il existe des formes juvéniles et des formes à révélation tardive (> 50 ans) L'homme est plus souvent touché que la femme mais les formes

féminines sont fréquentes même dans la spondylarthrite ankylosante (2 à 3 hommes/1 femme) La prévalence globale des spondylarthropathies est de 0,2 à 0,5 % dans la population générale. Cette prévalence est directement liée au terrain génétique (HLA B27) L'évolution des spondylarthropathies est marquée par de fréquentes rémissions spontanées et l'évolution possible vers une forme chronique Différentes formes de spondylarthropathie peuvent s'associer simultanément ou successivement chez un même individu La pathogénie des spondylarthropathies se caractérise par l'interaction entre un terrain immunogénétique prédisposant, particulièrement lié à HLA B27, et des micro-organismes arthritogènes . Des modèles animaux des spondylarthropathies (rats transgéniques pour le gène HLA B27 humain) confirment les données cliniques et pathogéniques humaines La lésion élémentaire est une atteinte des ankyloses axiales (syndrome pelvi rachidien) et/ou périphériques (talalgies et autres enthésopathies) Les lésions inflammatoires des spondylarthropathies sont faites de polynucléaires neutrophiles, contrairement aux autres rhumatismes inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde La sensibilité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens est un bon critère Diagnostique

## II. Épidémiologie :

### 1. Age de début :

La spondyloarthrite débute souvent à la fin de la croissance entre 16 et 30 ans. Récemment, le démantèlement des arthrites chroniques juvéniles a montré qu'il existe aussi chez l'enfant d'authentiques SP. Ces formes à début juvénile sont plus fréquentes dans certaines régions : 10 à 15 % des SpA débutent avant l'âge de 15 ans en Europe alors que ce pourcentage est de 30% dans les pays du Maghreb. Plus rarement, certaines formes débutent tardivement (après 50 ans). [3]

### 2. Sex-ratio :

La prédominance masculine est confirmée par la plupart des études, avec un ratio hommes/femmes variant de 3 à 8 pour 1. Cette prédominance a tendance à diminuer dans les études les plus récentes, peut-être du fait d'une meilleure connaissance de la maladie chez la femme. Les formes féminines auraient été sous-estimées antérieurement. Il semble que le sex-ratio varie en fonction de l'âge de début ; augmentant dans l'enfance jusqu'à 30-39 ans, puis diminuant pour les formes de début après 40 ans [15].

### 3. Prévalence :

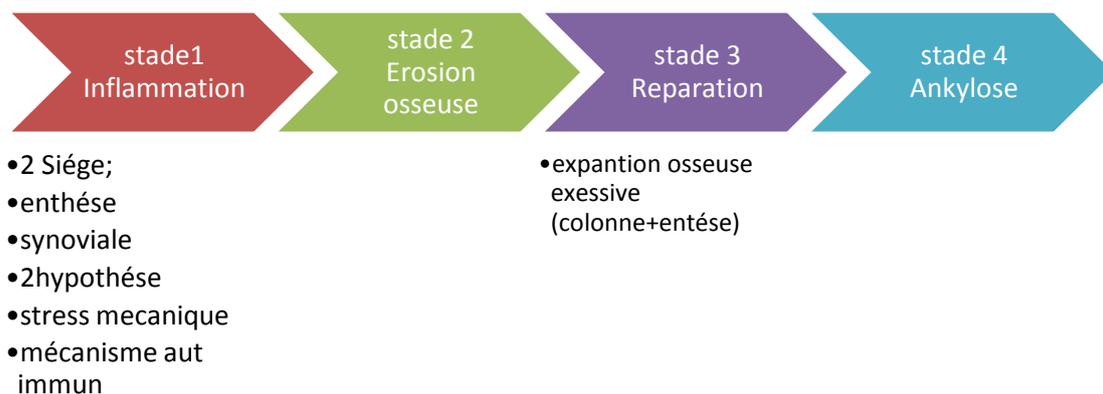
Cette prévalence dépend de nombreux facteurs : la population étudiée, les critères diagnostiques utilisés, et la méthode de l'enquête. Globalement, la prévalence de l'ensemble des SPA a été estimée par plusieurs Études donnant des résultats assez proches, de l'ordre de 0,2 à 0,5 % dans la Population générale La prévalence de la SPA serait en étroite corrélation avec la fréquence du HLA-B27 dans les différentes populations, ce qui se traduit ; au niveau mondial par l'existence d'un gradient décroissant Nord/Sud. En France, la prévalence du HLA-B27 est de 7 à 8 % dans la population générale

### III. Physiopathologie :

Faisant intervenir à la fois des mécanismes qui gouvernent les régulations de la réponse immunitaire et des facteurs bactériologiques propres à certains microorganismes, cette physiopathologie reste encore mal connue malgré la progression rapide des connaissances.

En général quatre stades de la spondylarthrite ankylosante peuvent être distingués

1. Les quatre stades de la spondylarthrite an



#### 1. Les faits :

##### a. Gènes :

La prévalence de la SA serait en étroite corrélation avec la fréquence du HLA-B27 dans les différentes populations. Le HLA-B27 est une molécule appartenant au complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) de classe I, région génétique localisée sur le bras court du chromosome 6 (6p) qui code pour des molécules intervenant dans les réponses immunitaires innées et adaptatives. Cette molécule est organisée en hétéro dimère, ce qui signifie qu'elle est composée de deux sous-unités différentes : une chaîne lourde  $\alpha$  divisée en trois domaines ( $\alpha 1$ ,  $\alpha 2$ ,  $\alpha 3$ ), associée de manière non covalente à une chaîne légère appelée  $\beta 2$ -microglobuline. Son rôle habituel est de présenter aux lymphocytes TCD8+ (LTCD8+) des peptides antigéniques d'origine endogène. Le système HLA est très polymorphe, et ceci se traduit par un nombre important d'allèles pour chaque locus, chaque allèle pouvant également posséder divers variant alléliques. En ce qui concerne l'allèle HLA-B\*27, plus de 80 variant alléliques ont été découverts à travers le monde et tous dérivent d'un variant allélique ancestral : le HLA-B\*2705. De plus, deux sous-types (B\*2706 et B\*2709) retrouvés dans les populations du Sud-Est asiatique et en Sardaigne, ne semblent pas être liés au développement de la maladie. Les raisons de cette non-association avec la maladie restent encore méconnues [4].

## **b. Micro-organismes :**

Le rôle des micro-organismes a été souligné dans la physio pathogénie des Spondylarthrites. Ainsi, les arthrites réactionnelles sont déclenchées par une Infection bactérienne muqueuse, essentiellement urogénitale ou digestive. Or, un certain nombre de ces arthrites réactionnelles évoluent vers une SpA vraie ou vers une autre forme chronique de spondylarthrites. Il est donc possible qu'une stimulation bactérienne, survenant à distance de l'appareil locomoteur, intervienne à bas bruit dans la physio pathogénie de toute Spondyloarthrite . Dans la SA, le rôle de *Klebsiella pneumoniae* a été évoqué sans pouvoir démontrer le rôle direct de cette bactérie. Dans les manifestations inflammatoires des entéropathies, le rôle des entérobactéries, dont le passage pourrait être facilité par les lésions de la muqueuse digestive, a été évoqué sans pouvoir être formellement confirmé. Dans le RP, le rôle des streptocoques cutanés dans le déclenchement des manifestations articulaires est une hypothèse défendue par certains

## **2. Les lésions :**

La cible anatomique principale du processus inflammatoire des SpA est constituée par l'enthèse. L'enthèse constitue la jonction entre, d'une part, les ligaments, les tendons, les capsules et, d'autre part l'os.

Le premier moyen de ce processus inflammatoire semble se situer dans la plaque osseuse sous-chondrale. L'infiltrat inflammatoire à cet endroit provoque tout d'abord une érosion de cette plaque osseuse. Cette érosion, précoce dont le processus physio pathogénique, constitue également les premiers signes radiologiques discrets du foyer inflammatoire. Le processus inflammatoire gagne les espaces osteo-medullaires sous-jacents, où l'on observe un infiltrat lymphocytaire et macrophagique (ostéite). Cette ostéite est visualisée par la scintigraphie et se traduit en IRM par un oedème osseux, diffusant souvent très à distance de l'enthèse. Le processus de cicatrisation de cette érosion inflammatoire conduit à une fibrose, dont la grande caractéristique est son génie évolutif ossifiant. C'est à cette phase que se développent les enthésophytes, si caractéristiques de cette maladie (syndesmophytose vertébrale, « épine » calcanéenne, etc.), l'ensemble constituant la triade érosion-ostéite-ossification. Les mécanismes qui attirent particulièrement les cellules inflammatoires dans l'enthèse ne sont actuellement pas connus. Il en est même du pouvoir ossifiant de la phase de réparation. L'enthèse n'est bien évidemment pas la seule cible anatomique du processus Inflammatoire des spondylarthrites. En effet, on observe également chez environ un tiers à la moitié des patients de véritables synovites, certains discutent néanmoins le caractère primaire de ces synovites en envisageant une extension du processus inflammatoire depuis l'enthèse de la capsule articulaire, à la membrane synoviale elle même. Enfin, il existe également bien entendu des atteintes inflammatoires de la Chambre antérieure de l'oeil, des valves cardiaques, de la paroi aortique initiale et d'autres tissus. Là encore, seules des hypothèses sont émises pour expliquer l'atteinte de ces tissus extra rhumatologiques, en particulier celle d'une communauté antigénique entre ces tissus et l'enthèse

## **IV. Diagnostic positif :**

## 1. Diagnostic clinique de la spondylarthrite ankylosante

### a. Syndrome pelvi rachidien :

☒ **Des douleurs rachidiennes:** elles prédominent au rachis lombaire ou à la charnière dorsolombaire de rythme inflammatoire. Elles s'associent à une raideur lombaire, la raideur s'atténuant après un dérouillage matinal plus ou moins long.

L'examen confirme la raideur par l'indice de Schober, la distance doigts-sol, la distance occiput-mur ou menton-sternum.

☒ **Des douleurs sacro-iliaques:** elles peuvent se traduire par des douleurs fessières ou par des pseudo-sciatiques tronques. Ces douleurs peuvent être

unilatérales, plus souvent bilatérales ou à bascule. L'examen cherche à reproduire la douleur à la pression directe de la sacro-iliaque, ou à l'appui force du sacrum, malade en décubitus ventral (signe du trépied).

☒ **Des douleurs thoraciques inflammatoires:** intercostales, sternoclaviculaires ou manubriosternales. Elles peuvent s'accompagner d'une limitation de l'ampliation thoracique [2].

### b. Atteintes articulaires périphériques :

L'atteinte la plus évocatrice est une oligoarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs :

- **Atteinte des hanches** : est un signe de sévérité douleur et/ou limitation des articulations coxo-fémorales, très fréquente dans notre pays mettant en jeu rapidement le pronostic fonctionnel.

- **au genou**, les arthrites se manifestent sous forme d'hydarthrose chronique mais évoluent rarement vers l'ankylose.

- **les chevilles et les articulations de l'arrière pied** peuvent aussi être touchées et parfois les métatarso-phalangiennes.

### c. Syndrome enthesopathique:

- **Talalgie** : face postérieure ou inférieure, survenant dès le lever, s'améliorant habituellement au cours de la journée.

- **Dactylite** : aspect de doigt ou d'orteil en saucisse.

- **Enthésopathies** touchant la tubérosité tibiale antérieure, le grand trochanter et le pubis

- **Poly-enthésites persistantes.**

\_ Autres enthesites : particulièrement aux membres inférieurs [2].

#### d. Manifestations extra rhumatologiques :

☒ **Uvéite aigue antérieure** : Il s'agit d'une uvéite aigue antérieure, non granulomateuse dans la plupart des cas, souvent pauci-symptomatique mais parfois sévère. Cette uvéite est uni-ou bilatérale, voire a bascule. Elle s'associe rarement à une atteinte postérieure mais sa répétition peut conduire à des synéchies [6].

#### ☒ **Enter colopathie inflammatoire :**

Elle se traduit le plus souvent par des diarrhées, d'allure banale mais aussi parfois glairo-sanglantes. Toute diarrhée ou amaigrissement inexpliqué chez un patient suspect des pondylarthropathie doit faire rechercher une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique. Les autres signes des entéro-colopathies sont à rechercher : fissurations anales, pan colite inflammatoire, sténoses inflammatoires [6].

#### ☒ **Atteintes cardiaques :**

L'atteinte valvulaire est la plus fréquente, touchant avec prédilections l'orifice aortique ; sous forme d'insuffisance ; les troubles de conduction sont notés avec des fréquences très variables

#### ☒ **Atteinte rénale :**

L'amylose représente l'atteinte rénale la plus classique, s'exprimant par une protéinurie ou un syndrome néphrotique [5].

#### ☒ **Atteinte pulmonaire :**

Insuffisance ventilatoire restrictive, liée à la rigidité de la paroi thoracique: elle sera chiffrée lors d'épreuves fonctionnelles respiratoires; beaucoup plus rarement on peut voir survenir une fibrose pulmonaire radiologique, prédominant aux deux sommets, imposant d'éliminer une surinfection, notamment tuberculeuse

#### ☒ **Autres :**

Atteinte neurologique ; atteinte osseuse .....

#### e. Autres éléments clinique

Les critères comme la réponse aux AINS ou l'existence de fessalgies facilitent le diagnostic de spondyloarthrite axiale car ils sont plus fréquents dans ce groupe de patients que chez des témoins. Ainsi, une bonne à excellente réponse aux anti-inflammatoires (AINS) non stéroïdiens à dose optimale en 48 heures peut être utilisée comme paramètre clinique de référence avec une sensibilité de 75%. Ce critère doit être testé avec trois AINS de classes différentes. L'antécédent familial de SPA, l'enthésite, la dactylite, l'uvéite et l'oligo-arthrite

périphérique asymétrique sont également utiles pour le diagnostic précoce. Nous ne détaillerons pas ces éléments

## 2. Autres formes cliniques

### a. Rhumatisme psoriasique :

Le rhumatisme psoriasique est une affection particulièrement polymorphe, notamment dans sa présentation clinique et son mode évolutif. Retenir ce diagnostic avec certitude n'est pas forcément facile. En effet, tous les rhumatismes inflammatoires avec psoriasis cutané ne sont pas des RP, et il existe d'authentiques

RP sans psoriasis évident. C'est donc bien sur des arguments rhumatologiques et non sur la simple constatation d'un psoriasis que doit se poser le diagnostic de RP. Faisant partie du groupe des spondylarthrites, le RP peut répondre de ce fait aux critères caractéristiques de cette entité que sont les critères d'AMOR ou d'ESSG. Il pourrait concerner 5% à 7% des sujets atteints de psoriasis cutané. Toutefois, la fréquence du Psoriasis dans une population générale doit rendre prudent dans les conclusions diagnostiques face à une quelconque atteinte articulaire. Il peut s'agir d'une arthropathie dégénérative ou de lombalgie mécanique banales, associées à un psoriasis cutané avec syndrome de surcharge capitométatarsienne et enthésopathie mécanique responsable de talalgies. Il peut parfois s'agir d'une authentique polyarthrite rhumatoïde (PR) associée à un psoriasis vulgaire. La chronologie de survenue des deux atteintes est une première difficulté diagnostique. Le RP fait suite à un psoriasis connu depuis 10 ans en moyenne dans plus de 50% des cas, apparaît de façon synchrone dans 15% à 20% des cas, mais peut être révélateur dans un petit pourcentage de cas (10% de RP sans psoriasis). Dans cette dernière situation, le diagnostic s'aide de la recherche d'antécédents familiaux de psoriasis, de l'examen complet des téguments et de phanères (scalp, ongles) et des présentations radio cliniques particulières. Il ne faut pas manquer une petite plaque de psoriasis cachée sur le scalp, à l'ombilic, dans le pli inter fessier ou les creux axillaires. Plusieurs critères de classification du RP ont été proposés

### b. Arthrites réactionnelles :

Les arthrites réactionnelles (AR) font partie du groupe des SP et sont associées dans environ 60% à 80% des cas au HLA-B27. Ce sont des SP avec arthrites stériles survenant après une infection déclenchant (le délai entre l'épisode infectieux et les

manifestations inflammatoires articulaires réactionnelles ne doit pas dépasser 1 mois pour qu'un lien entre les deux événements soit retenu). Il s'agit d'infections bactériennes, à chlamydia trachomatis touchant la muqueuse urétrale, ou avec des bactéries entéro-invasives (yersinia, salmonella, shigella et campylobacter jejuni). Elles surviennent en général entre 20 et 30 ans, mais restent possibles à tout âge. Le syndrome de Fieissinger-Leroy-Reiter est la forme la plus complète des AR avec atteinte inflammatoire rhumatismale (oligoarthrite asymétrique prédominant sur les grosses articulations des membres inférieurs, enthésopathies axiales et périphériques), atteinte extra-articulaire (diarrhée, urétrite, conjonctivite, lésions cutanéomuqueuses) et syndrome inflammatoire biologique. Le liquide

articulaire est inflammatoire et stérile. Les formes incomplètes d'AR sont fréquentes. L'évolution immédiate de l'arthrite réactionnelle ne se fait pas habituellement vers la rémission spontanée. Il s'agit d'une guérison définitive pour la plupart des patients. Des récurrences sont possibles avec parfois passage à la chronicité et développement d'une spondylarthrite axiale dans 10% à 20% des cas [5].

#### **c. Formes associées aux maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) :**

Dans 10% à 20% des maladies de Crohn et des rectocolites hémorragiques, des arthrites périphériques ou une sacro-illite radiologique, le plus souvent asymptomatique, peuvent survenir. Une forme axiale complète remplissant les critères des SpA serait plus rare : moins de 5%. Classiquement, l'atteinte périphérique évolue parallèlement à l'atteinte digestive, contrairement à l'atteinte axiale qui évolue pour son propre compte

L'évolution est dominée par les difficultés thérapeutiques, car ces malades sont souvent intolérants aux AINS au niveau digestif avec des poussées d'entérites déclenchées par le traitement [49].

#### **d. Spondylarthrites indifférenciées :**

Les spondylarthrites indifférenciées correspondent à des arthropathies inflammatoires répondant aux critères diagnostiques des spondylarthrites, mais à aucune définition des formes précédemment décrites. Leur prévalence est mal connue, mais elles pourraient constituer l'une des formes cliniques les plus fréquentes des spondylarthrites. Il s'agit pour l'essentiel d'oligoarthrites des membres inférieurs associées ou non à des enthesopathies inflammatoires. Le diagnostic repose sur l'emploi des critères diagnostiques des spondylarthrites : critères d'AMOR ou critères de l'ESSG

### **3. Diagnostic paraclinique**

#### **A. Données biologiques :**

Deux paramètres peuvent être utiles : la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique par la vitesse de sédimentation (VS) et/ou la C réactive protéine (CRP) et le typage HLA-B27 [

##### **a. VS/CRP :**

La présence d'un syndrome biologique inflammatoire n'est pas constante au cours des spondylarthrites. Il s'agit d'un signe d'activité de la maladie, mais il n'a pas de valeur diagnostique. La sensibilité de la VS/CRP chez les patients avec une spondylarthrite isolée est estimée entre 38% et 45%, dans les spondylarthrites récentes cette sensibilité ne dépasse pas 50%

##### **b. HLA-B27 :**

L'utilisation de ce paramètre pour le diagnostic au stade de spondylarthrite récente est très pertinente. Le pourcentage dans la population générale de HLA-B27 est de 5 à 10 %, en revanche, le pourcentage de ce marqueur tissulaire dans la spondylarthrite est de 80 à 95 % et de 70 % dans les spondylarthrites indifférenciées. L'utilisation de ce marqueur seul chez

les lombalgies chroniques n'a pas de valeur clinique diagnostique puisque la probabilité post-test n'excède pas 30 % ; ce marqueur n'a de valeur que s'il est combiné aux autres paramètres cliniques et d'imagerie

## B. Données radiologiques :

En raison d'un diagnostic clinique souvent difficile, l'imagerie a toujours occupé une place de choix dans les spondylarthrites. La radiographie standard représentait jusqu'alors le fondement du diagnostic de certitude de SPA. Elle est cependant, à l'origine d'un retard diagnostique d'au moins cinq ans par rapport aux premières manifestations cliniques

### a. Méthodes d'imagerie traditionnelle : radiographies

La sacro-illite radiologique et les syndesmophytes vertébraux ne sont pas des signes précoces de la SPA et le délai dans la détection des signes radiographiques de la SPA contribue au retard diagnostique de la SPA

Le grand cliché lombo-pelvien de Sèze est le plus adapté, car il permet une bonne visualisation des SI. Mais les radiographies des SI sont indispensables, même à un stade précoce, car 20–30 % des patients développent une sacro-illite radiographique dans les deux premières années suivant le début des symptômes. De plus, la radiographie reste la méthode la plus performante pour détecter l'évolution structurale des lésions chroniques des SI et du Rachis



Figure 3 : Sacro-iliite bilatérale avec aspect flou, irrégulier des berges des articulations sacro-iliaques, prédominant à leur tiers inférieur (« pied » des articulations) (flèches). Il s'y associe une discrète ostéo-condensation sous-chondrale, notamment du côté droit. La partie postérieure de l'interligne (têtes de flèches) est, chez ce patient, moins affectée que l'antérieure [9].

Figure 4 : « Mise au carré » de plusieurs corps vertébraux thoraco-lombaires (flèches)[9].



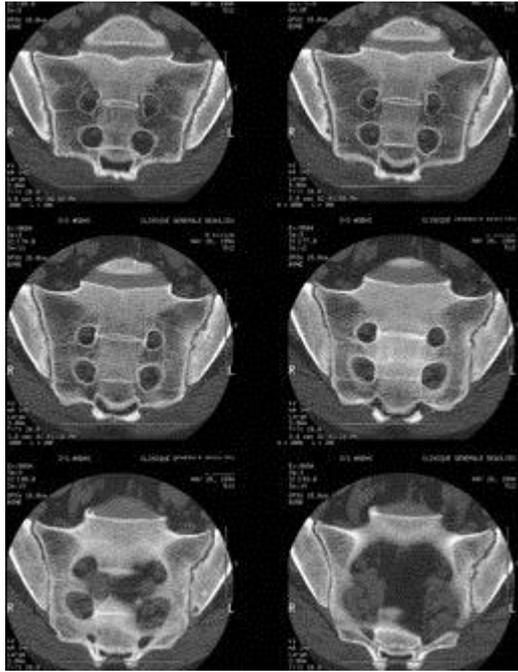
Figures 5,6 : Radiographie du rachis lombaire profil syndesmophytes en pont



b. Scanner :

Il objective mieux les lésions structurales des articulations sacro-iliaques que les radiographies mais il ne montre pas l'inflammation, ce qui en limite l'intérêt. Il n'est donc pas recommandé pour le suivi de ces lésions dans le temps. Il peut être indiqué en cas de doute entre une sacroiliite rhumatismale et des phénomènes de surcharge mécanique lorsque des anomalies radiographiques sont présentes [9].

Sacroileite bilatérale chez un patient atteint de SPA



### c. IRM

C'est le seul examen qui met en évidence les lésions inflammatoires à types D'ostéite qui caractérisent les SpA [10]. Selon des recommandations d'experts français, l'IRM des SI est indiquée quand les radiographies des SI sont normales ou douteuses.

L'IRM rachidienne peut aussi être indiquée dans l'évaluation diagnostique chez un patient ayant des lombalgies inflammatoires. D'autres auteurs pensent qu'il n'est pas certain que l'IRM des SI puisse vraiment améliorer le diagnostic précoce de la SpA

Les limites de l'IRM restent son manque de disponibilité et d'accessibilité pour les patients : l'examen souvent restreint à une région anatomique et la durée d'acquisition souvent longue des différentes séquences [10].

Figure7, 8 :. lésion Modic 2 en L5-S1 et coins graisseux en T12-L1, faisant évoquer une maladie mixte mécanique et inflammatoire (SpA).



*Rachis dorsal: coupes sagittales en pondération T1 et STIR montrant une enthésite au niveau thoracique bas: hypersignal STIR des épineuses (flèches rouges). Le ligament*

*supra-épineux est normal au niveau throacique haut (flèches vertes) et épaissi mais peu inflammatoire au niveau thoracique bas (flèches roses). Involution adipeuse d'un coin vertébral antéro-supérieur (flèche jaune) pouvant rentrer dans le cadre d'une séquelle de spondylite*

#### d. L'échographie :

L'échographie est plus sensible que l'examen physique pour diagnostiquer les enthésites des membres inférieurs qui sont caractéristiques des SPA [9]. Comme pour l'IRM, la standardisation de l'examen et la réalisation de grandes études prospectives devraient permettre, dans un avenir proche, aux experts de l'OMERACT-EULAR ultra Sound task force, de valider cet examen et de déterminer sa place dans la stratégie de diagnostic précoce et de suivi des SP axiales et/ou périphériques [10].

## 4. Critères de diagnostic :

### a. Critères d'AMOR :

Ils permettent d'envisager divers modes d'entrée dans la maladie et sont élaborés à partir de l'expérience de l'auteur. Ils comprennent 11 critères cliniques et un critère radiologique, affectés chacun d'une pondération (Tableau2). Un score total supérieur ou égal à six permet de déclarer le patient comme ayant une spondylarthrite [11].

Tableau 2 : critères d'AMOR.

Catégorie	Critère	Points
Signes cliniques ou histoire clinique	Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale	1 point
	Douleurs fessières uni- ou bilatérales	1 point
	Douleurs fessières à bascule	2 points
	Oligoarthritis asymétrique	2 points
	Doigt ou orteil « en saucisse »	2 points
	Talalgie ou autre enthésopathie	2 points
	Iritis	2 points
	Urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début d'une arthrite.	1 point
	Diarrhée moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1 point
	Présence ou antécédent de psoriasis et/ou de balanite et/ou d'entérocolopathie chronique	2 points
Signes radiologiques	Sacro-iliite radiologique ≥ stade 2 si bilatérale ou stade 3 si unilatérale	3 points
Terrain génétique	Présence de l'antigène HLA-B27 ou antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entérocolopathies chroniques	2 points
Sensibilité au traitement	Amélioration en 48 heures des douleurs par AINS et/ou rechute rapide (48 heures) des douleurs à leur arrêt	2 points

#### b. Critères de New York modifiés :

Ils prennent en compte trois critères cliniques et un critère radiologique (Tableau3). Il s'agit de critères de classification de spondylarthrite ankylosante. La spondylarthrite est définie en présence du critère radiologique associé à au moins un critère clinique. La spondylarthrite Ankylosante est probable en présence de trois critères cliniques ou en cas de présence du critère radiologique isolé. Ces critères sont largement utilisés dans les études cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques. Mais ils sont peu performants dans les formes précoces de la maladie, essentiellement du fait du poids du critère radiologique ; les modifications caractéristiques des articulations sacro iliaques apparaissant tardivement dans

l'histoire naturelle de la maladie. Ces critères de classification ne sont donc pas performants pour un diagnostic précoce

#### Critères cliniques

Douleur lombaire et raideur depuis plus de 3 mois, améliorées par l'exercice, mais non calmées par le repos  
 Limitation de mobilité du rachis lombaire dans le plan sagittal et frontal  
 Limitation de l'expansion thoracique comparée aux valeurs normales corrigées pour l'âge et le sexe  
 Critère radiologique Sacro-illite grade  $\geq 2$  bilatérale ou sacro-illite grade 3-4 unilatérale  
 La spondylarthrite est définie en présence du critère radiologique associé à au moins un critère clinique. La spondylarthrite ankylosante est probable en présence de trois critères cliniques ou en cas de présence du critère radiologique isolé

Tableau3 : Critères de New York modifiés pour la classification de spondylarthrite ankylosante [11].

#### C. Les critères de l'ESSG :

Ces critères offrent deux modes d'entrée : soit une lombalgie inflammatoire, soit une arthrite périphérique. La présence d'un critère majeur et d'au moins un critère mineur permet de classer le patient comme ayant une spondylarthropathie avec une sensibilité de 87 % et une spécificité de 87 %. Ces deux systèmes de critères sont des critères de classification et non de diagnostic, même si dans la pratique, ils sont souvent utilisés pour le diagnostic

Critères majeurs	Douleurs rachidiennes inflammatoires (début avant 45 ans, amélioration par l'exercice, avec raideur matinale et durée > 3 mois)
	Synovites asymétriques ou prédominantes aux membres inférieurs
Critères mineurs	Antécédents familiaux de spondylarthropathie ou d'uvéïte ou d'entérocologie
	Psoriasis
	Maladie inflammatoire intestinale (entérocologie)
	Urétrite, cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
	Diarrhée aiguë
	Douleurs fessières à bascule
	Enthésopathie
	Sacro-iliite radiologique (bilatérale si grade $\geq 2$ , unilatérale si grade > 3)

Tableau 4 : Critères de classification des spondylarthropathies de l'ESSG [7]. La présence d'un critère majeur et d'au moins un critère mineur permet de classer le patient comme ayant une spondylarthropathie.

#### D. Critères du groupe d'experts ASAS :

Un nouveau système de critères de classification de spondylarthrite axiale chez des patients souffrant de rachialgie chronique (depuis plus de trois mois, ayant débuté avant 45 ans) a été publié récemment (Fig.3). La sensibilité de ces critères est de 82,9 % et la spécificité de 84,4 %

Figure 9: critères du groupe d'experts ASAS

Sacro-iliite radiologique ou en IRM* + 1 critère spécifique de SpA**	HLA-B27+ + autres critères spécifiques de SpA**
<ul style="list-style-type: none"> <li>- *activité inflammatoire en IRM hautement évocatrice de sacro-iliite associée à une SpA</li> <li>- présence d'une sacro-iliite radiologique définie selon les critères de New York</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>**Critère de SpA</li> <li>- Lombalgie inflammatoire (selon les experts)</li> <li>- Arthrite</li> <li>- Enthésite</li> <li>- Dactylite</li> <li>- Uvéite</li> <li>- Psoriasis</li> <li>- Maladie de Crohn/rectocolite hémorragique</li> <li>- Présence du HLA-B27</li> <li>- PCR élevée</li> <li>- Antécédent familial de SpA</li> <li>- Bonne réponse aux AINS</li> </ul>

FIGURE 1 – Les nouveaux critères ASAS des formes axiales de SpA

#### V. Evaluation de la spondylarthrite ankylosante :

##### 1. L'activité de la maladie :

L'activité de la maladie va s'apprécier à l'interrogatoire du patient en évaluant l'importance des caractéristiques de sa maladie dont on sait qu'elles sont liées à une évolutivité actuelle du rhumatisme chronique.

En particulier, la présence et l'importance de la douleur en période nocturne, de réveils en deuxième partie de nuit, ainsi que la présence et la durée de la raideur

matinale du rachis au lever vont représenter les principaux indices en faveur d'une activité au niveau axial dans les jours qui ont précédé l'évaluation. Par ailleurs, la grande variabilité de ce groupe de maladies va nécessiter une appréciation plus générale des autres atteintes potentielles telles que l'éventuelle présence de signes articulaires distaux, de douleurs ou

aspects inflammatoires enthésitiques périphériques, de manifestations digestives, oculaires ou encore cutanées

#### **a. La douleur :**

Au quotidien les principaux symptômes de la maladie (la douleur) demeurent peu visibles sur le plan individuel. Leur quantification est recommandée (EVA) pour une meilleure prise en compte de leurs répercussions sur la qualité de vie. Pour évaluer la douleur au niveau du rachis une semaine avant la consultation, le calcul se fait à partir d'une échelle visuelle analogique

#### **b. Réveil nocturne et dérouillage matinal :**

Evaluer le nombre des RN et la durée du DM une semaine qui a précédé la Consultation la consultation [12]

#### **c. VS et CRP :**

La présence d'un syndrome biologique inflammatoire n'est pas constante au cours des spondylarthrites. Il s'agit d'un signe d'activité de la maladie [5].

#### **d. Le BASDAI le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index :**

L'indice habituellement employé pour évaluer cette activité clinique de la maladie est le BASDAI, décrit en 1994 par Garret et al, qui est calculé à partir des réponses données par le patient à six questions portant sur sa fatigue, ses manifestations axiales et périphériques ainsi que sa raideur matinale, et fournit une appréciation globale en calculant la moyenne des réponses données sur une échelle visuelle analogique (deux questions étant dédiées à l'appréciation de la raideur matinale, mais regroupées en une valeur avant le calcul final) (Tableau 4). On comprend donc que malgré ses propriétés métrologiques démontrées dans la spondylarthrite axiale, des faiblesses et autres reproches qu'on a pu faire à cet indice découlent directement de son mode de calcul : en effet, il s'agit là d'une mesure strictement subjective, entièrement basée sur les déclarations du patient et dans laquelle il n'est pas fait appel à l'appréciation du médecin ou à des mesures objectives telles que l'importance éventuelle de la biologie inflammatoire. De plus, la présence d'une pathologie associée comme une arthrose des membres inférieurs, un syndrome dépressif ou une fibromyalgie vont inévitablement parasiter l'évaluation. Cependant, c'est encore l'indice qui est utilisé dans la plupart des essais cliniques portant sur le domaine, aussi bien lorsqu'il est important en pratique clinique quotidienne de juger de l'utilité du recours à certaines thérapeutiques comme les biothérapies, qu'à l'évaluation de leur efficacité. Ainsi, la valeur de 4/10 est celle retenue pour considérer une SpA comme active cliniquement, et justifiant en particulier l'introduction d'un agent anti-TNF\_ si les traitements de première intention se sont avérés insuffisants, alors qu'une diminution d'au moins 50 % – ou de deux points en valeur absolue – est requise après environ trois mois de traitement pour conclure à un bénéfice thérapeutique significatif

Tableau 4: BASDAI

Please tick the box which represents your answer. All questions refer to last week. (i.e. )

**Fatigue**  
1. How would you describe the overall level of fatigue/tiredness you have experienced?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
none very severe

**Spinal pain**  
2. How would you describe the overall level of AS neck, back or hip pain you have had?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
none very severe

**Peripheral arthritis**  
3. How would you describe the overall level of pain/swelling in joints other than neck, back or hips you have had?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
none very severe

**Enthesitis**  
4. How would you describe the overall level of discomfort you have had from any areas tender to touch or pressure?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
none very severe

**Intensity of morning stiffness**  
5. How would you describe the overall level of morning stiffness you have had from the time you wake up?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
none very severe

**Duration of morning stiffness**  
6. How long does your morning stiffness last from the time you wake up?  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
0 hr 1 hr 2 or more hrs

**Bath AS Disease Activity Index (BASDAI)**  
On a Numeric Rating Scale of 0 to 10 where 0 = none & 10 = very severe

Total of first 4 Qs = 5+7+1+2 = 15

Mean of these 2 Qs = (7+5)/2 = 6

BASDAI = (15 + 6) / 5 = 21/5 = 4.2

Garrett S, et al. J Rheumatol. 1994;21(2):285-291.

### e. L'ASDAS: l'Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score:

L'ASDAS est un nouveau score composite d'évaluation de l'activité de la SA récemment mis au point selon une méthodologie identique à celle utilisée pour le développement du DAS 28 dans la polyarthrite rhumatoïde. Il prend en compte le niveau de douleur axiale (BASDAI 2), la durée du dérouillage matinal (BASDAI 6), des critères biologiques (VS et/ou CRP), l'EVA activité patient et l'importance de l'atteinte

périphérique. IL a l'avantage d'inclure des paramètres biologiques objectifs d'activité [44].

### 2. Le retentissement fonctionnel :

#### a. Mobilités rachidienne et articulaire :

La caractéristique principale des SpA, qui en fait toute la gravité en cas d'atteinte sévère, heureusement plus rare que les formes peu évolutives, réside dans l'ankylose progressive des structures axiales (rachis et cage thoracique essentiellement), associée à des déformations causées par l'attitude antalgique spontanément prise par le malade, et à l'origine d'une gêne fonctionnelle potentiellement majeure, voire de complications graves, respiratoires en particulier. On comprend donc la nécessité absolue du suivi et de la

surveillance de l'évolutivité de ces mobilités chez un malade atteint de SpA, avec comme conséquence éventuelle l'intensification du traitement, en particulier mais pas seulement kinésithérapique, en cas d'aggravation notée sur un paramètre évalué. Dans ce domaine encore, des indices composites ont été développés afin de simplifier, et surtout standardiser l'évaluation de ces pathologies, le plus connu étant le Bath Mobility Index (BASMI ; tableau5). Il évalue la sévérité de l'atteinte du rachis cervical (apprécié par sa rotation et la distance tragus-mur, cette dernière étant aussi un reflet du degré éventuel de cyphose dorsale), lombaire (au moyen de l'indice de Schober modifié et de l'inclinaison latérale du tronc) et des plans sous-pelviens (par la mesure de la distance inter malléolaire) [9].

40

Tableau 5 : BASMI, tableau de référence et mode de calcul.

#### **b. Le BASFI :**

Dans ce cadre, l'outil le plus employé est le BASFI. Il évalue les capacités fonctionnelles et les aptitudes physiques du patient lors d'activités de la vie quotidienne. Elles sont appréciées au moyen de dix questions, avec pour chacune d'entre elles une échelle visuelle analogique évaluant la possibilité pour le malade d'effectuer la tâche en question, depuis son accomplissement sans difficultés jusqu'à la complète impossibilité de la réaliser (Tableau4). Le calcul du BASFI s'effectue alors en moyennant les valeurs obtenues aux dix questions, aboutissant à une valeur comprise entre 0 et 10. Cet indice est reconnu et validé comme ayant une bonne sensibilité au changement. En revanche, l'interférence possible d'autres pathologies (rhumatologiques comme l'arthrose des membres inférieurs ou supérieurs, les troubles neurologiques ou encore cardiovasculaires) le rend peu spécifique et ne doit par conséquent être employé que chez un patient dont le diagnostic de SpA est certain et interprété dans le contexte d'éventuelles pathologies ou comorbidités associées [12] [45].

Tableau 6 : BASFI

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 7 jours



<b>1</b>	<b>Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex : petit appareil vous aidant à mettre vos chaussettes) ?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	Évaluation par docteur <input type="checkbox"/>	
<b>2</b>	<b>Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accouder sans utiliser vos mains ou toute autre aide?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	<b>Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos » sans aide?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	<b>Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	<b>Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<b>Pouvez-vous regarder par dessus votre épaule sans vous retourner?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	<b>Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (ex :mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports)?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<b>Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail?</b> sans aucune difficulté 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible		<input type="checkbox"/>

BASFI =

BASFI = (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10) / 10

### 3. La sévérité de la maladie :

Il n'existe pas dans la littérature d'unanimité sur la définition d'une spondylarthrite sévère ni sur le(s) facteur(s) prédictif(s) d'une évolution péjorative de la spondylarthrite. A partir des données de la littérature (essais cliniques comparatifs, suivis de cohortes, revues, consensus et recommandations d'experts), un accord professionnel s'établit concernant les facteurs

associés à la gravité de la maladie. Il est recommandé de définir la gravité ou la sévérité d'une spondylarthrite par l'un des constats suivants :

a. Il existe une manifestation « sévère » évidente :

☑ Une arthrite destructrice et tout particulièrement une coxite.

☑ Une pathologie sévère extra articulaire associée :

☑ Maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) sévère.

☑ Uvéite à répétition.

☑ Atteinte cardiaque (valvulopathie aortique ou mitrale, myocardiopathie, Péricardite, bloc auriculo ventriculaire) sévère liée à la spondylarthrite.

b. Le médecin constate à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervale), malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée, l'une des manifestations suivantes :

☑ plus de 3 atteintes articulaires inflammatoires simultanées.

☑ activité de la spondylarthrite : BASDAI > 4 sur une échelle de 0 à 10.

☑ incapacité fonctionnelle importante liée à la spondylarthrite (en particulier BASFI > 4, sur une échelle de 0 à 10).

c. une prise permanente d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée

est nécessaire pour contrôler les symptômes

## **VI. Pronostic de la spondylarthrite ankylosante :**

L'évolution symptomatique des spondylarthrites est imprévisible mais demeure le plus souvent compatible avec une vie sociale et professionnelle normale chez un patient informé, éduqué, traité et accompagné.

- Au quotidien les principaux symptômes de la maladie (douleur, fatigue, etc.) demeurent peu visibles sur le plan individuel. Leur quantification est recommandée (EVA) pour une meilleure prise en compte de leurs répercussions sur la qualité de vie.

- Il existe des formes sévères qui peuvent évoluer vers une atteinte structurale invalidante.

- Une activité professionnelle normale doit être encouragée. L'adaptation du poste de travail ou la mise en invalidité sont discutées s'il existe des éléments de sévérité.

- À l'échelle individuelle, les principaux facteurs qui semblent indiquer un pronostic moins bon sont à prendre en considération lorsqu'ils surviennent au cours des deux premières années de la maladie :

☑ atteinte coxo-fémorale ;

- ☒ autre atteinte périphérique ;
- ☒ âge de début précoce de la maladie ( $\leq 16$  ans) ;
- ☒ sexe masculin ;
- ☒ faible efficacité des AINS ;
- ☒ vitesse de sédimentation supérieure à 30 mn à la première heure ;
- ☒ le tabagisme est associé à un pronostic moins bon dans plusieurs études [2].

44

## **VII. Traitement de la spondyloarthrite ankylosante :**

1. Traitement symptomatique :

### **a. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :**

Lors des phases douloureuses, il est recommandé de débiter un traitement par un AINS per os (grade A) en recherchant la dose minimale efficace, sans dépasser la dose maximale définie par l'AMM. Le traitement est limité à la période symptomatique. Les différentes molécules disponibles sont efficaces (grade A) notamment sur la douleur, la raideur, la durée du dérouillage matinal, l'incapacité fonctionnelle et l'activité de la maladie. Il n'y a pas d'argument pour privilégier une molécule par rapport aux autres, y compris au regard de leur sélectivité vis à vis de la cyclo-oxygénase 2. La tolérance de la phénylbutazone et du piroxicam étant moins bonne que celle des autres AINS, ces molécules ne sont pas recommandées en première intention. En cas d'échec (inefficacité ou mauvaise tolérance), il est recommandé de changer d'AINS car il existe des différences individuelles d'efficacité et de tolérance [13].

### **b. Les antalgiques :**

Quelle que soit la présentation clinique de la spondylarthrite, et à tous les stades de la maladie, selon l'intensité de la douleur, il est recommandé de proposer un traitement antalgique à base de paracétamol ou d'opioïdes faibles (dextropropoxyphène, tramadol, codéine, dihydrocodéïne), seul ou en association avec les traitements de première ou de deuxième intention. Bien que leur efficacité n'ait pas été validée pour la spondylarthrite ankylosante, le recours aux opioïdes forts est parfois nécessaire [13].

### **c. Les corticoïdes :**

Une corticothérapie à faibles doses (inférieure ou égale à 10mg /j de prednisone) peut être proposée en cas de contre indication aux AINS, mais aucune étude contrôlée n'a évalué son efficacité. Les études ouvertes sur de faibles effectifs ont rapporté un effet bénéfique des bolus intraveineux de méthylprednisolone sur les paramètres cliniques [14].

## 2. Traitement de fond :

Les traitements de fond conventionnels (méthotrexate, leflunomide et salazopyrine) peuvent être envisagés en cas d'arthrite périphérique réfractaire au traitement symptomatique. Les arguments scientifiques sont absents ou faibles dans ce contexte, mais l'expérience clinique est en faveur d'une efficacité des traitements de fond conventionnels (méthotrexate, leflunomide et salazopyrine). Il est possible d'envisager leur usage chez les malades présentant une atteinte articulaire périphérique insuffisamment contrôlée par les AINS et/ou les injections locales de corticoïdes. Le choix de la molécule sera adapté individuellement au profil du patient, avec par exemple, un choix préférentiel en faveur du méthotrexate en cas d'atteinte Cutanée psoriasique associée. Le leflunomide et le méthotrexate ont en France l'autorisation d'utilisation dans le rhumatisme psoriasique. Il n'existe pas d'études évaluant l'effet structural sur les articulations périphériques de ces traitements de fond conventionnels. Certains traitements de fond conventionnels (salazopyrine, méthotrexate) peuvent avoir également une efficacité sur des manifestations extra articulaires (uvéïtes, atteinte intestinale). Une atteinte enthésitique isolée en revanche ne représente pas une indication en l'absence de données et selon les experts [15].

### a. Le méthotrexate :

Le méthotrexate est un traitement efficace des manifestations cutanées et articulaires du psoriasis [16]. Le méthotrexate peut également être utile dans d'autres formes de spondylarthrites lorsque la maladie articulaire périphérique prédomine. La maladie articulaire axiale n'est généralement pas sensible au méthotrexate [16].

### b. La sulfasalazine :

La sulfasalazine est efficace dans le traitement de l'arthrite périphérique des Spondylarthrites. Les effets secondaires incluent des nausées, une éruption cutanée, une réduction réversible de la numération des spermatozoïdes et, rarement, une agranulocytose. Une surveillance hématologique régulière est nécessaire, du moins aux premiers stades. Malgré les effets secondaires, si les AINS ont échoué, la sulfasalazine est un médicament utile (2 à 3 g par jour en doses fractionnées) [16].

### c. Le léflunomide :

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité du léflunomide dans les formes axiales de spondylarthrite. Dans les formes périphériques, l'efficacité est démontrée pour le rhumatisme psoriasique [17].

### d. Les anti-TNF alpha :

Les anti-TNF devraient être proposés aux patients ayant une maladie dont l'activité est persistante malgré le traitement conventionnel, en cas d'échec ou de réponse insuffisante au traitement classique avec des signes persistants d'activité de la maladie et la présence d'éléments objectifs d'inflammation. En l'absence de ces derniers, c'est l'avis des experts qui

est pris en compte. L'existence et l'évolutivité de manifestations extra-articulaires seront également prises en considération. À côté du cadre général, les indications peuvent être modulées en tenant compte de certains éléments, en particulier la consommation d'AINS nécessaire au quotidien, et en tenant compte de la balance bénéfice/risque de chaque option thérapeutique [18].

Des facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF ont été individualisés dans la spondylarthrite: la présence d'un syndrome inflammatoire initial (CRP), une activité de la maladie et un indice fonctionnel élevés, le jeune âge, la présence de HLAB27, l'existence d'une arthrite périphérique, le sexe masculin sont associés de façon indépendante à une réponse clinique ou à un maintien thérapeutique de l'anti-TNF. À l'inverse, l'obésité est un facteur d'une réponse moins bonne aux anti-TNF, dans la spondylarthrite ankylosante et dans le rhumatisme psoriasique. La présence de l'un ou plusieurs de ces éléments peut ainsi représenter un argument supplémentaire vis-à-vis de la décision d'instauration d'un traitement anti-TNF. Leur absence ne doit cependant pas faire renoncer à ce traitement si les conditions d'indication sont remplies [18]. Il n'y a pas de hiérarchie des molécules anti-TNF fondée sur l'efficacité. Il n'existe aucun essai contrôlé comparant directement les trois agents actuellement disponibles [19].

☒ infliximab (Remicade®) : est un anticorps monoclonal chimérique d'origine murine s'administrant par voie intraveineuse et dont la posologie, selon les indications et l'efficacité clinique, varie de 3 à 5 mg/kg [20].

☒ etanercept (Enbrel®) : est un récepteur soluble sous forme de dimère dont la demi-vie est de quelques jours et dont la voie d'administration est sous-cutanée à raison de 2 injections (de 25 mg) par semaine [20].

☒ adalimumab (Humira®) : est un anticorps monoclonal entièrement humain s'administrant, dans la PR, par voie sous-cutanée à raison d'une injection (de 40mg) tous les 15 jours [20].

### **3. Traitement chirurgical**

Son recours reste peu fréquent, comparé à d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques. La coxite de la spondylarthrite ankylosante peut faire envisager une arthroplastie par prothèse totale. Celle-ci permet d'obtenir régulièrement une indolence appréciable, mais le risque d'ossification péri prothétique est marqué, obérant le résultat sur la mobilité. La meilleure indication de prothèse est donc la coxite, très douloureuse et invalidante. Au rachis, la chirurgie peut être indiquée dans le traitement des luxations atloïdoaxoïdiennes, ou de certaines formes de fracture du rachis.

### **4. Rééducation, physiothérapie, et règle d'hygiène de vie.**

La rééducation fonctionnelle est indispensable dans la prise en charge thérapeutique des SP, même si peu d'études ont évalué l'intérêt réel de ces mesures. Quoiqu'il en soit, le succès de la rééducation dépend beaucoup de la motivation du patient et de son kinésithérapeute.

☒ **En période douloureuse**, il faut surtout obtenir l'antalgie et éviter les déformations grâce à l'association du repos et de techniques passives : posture, physiothérapie antalgique, massages décontractants. Les entéropathies peuvent être améliorées par la cryothérapie et les ionisations. Le port de talonnettes est particulièrement utile pour les talalgies. Des orthèses de posture et de stabilisation sont prescrites dans les formes sévères. Exceptionnellement, des corsets anti cyphotiques en plastique moulés sont utilisés mais ils sont souvent mal tolérés.

☒ **En période non douloureuse**, il faut surtout récupérer une bonne mobilité et une bonne musculature axiale et périphérique par une gymnastique médicale et une activité sportive adaptée. Les sports qui permettent des postures adaptées et un étirement harmonieux du rachis sont tout à fait indiqués. La natation, les jeux aquatiques, le ski de fond sont des sports à conseiller. La course en terrain souple avec des chaussures adaptées n'est pas déconseillée, car l'effort prolongé permet d'améliorer la capacité respiratoire en développant la capacité de la cage thoracique. La rééducation doit être obligatoirement associée à des règles d'hygiène de vie, justifiant que l'on informe et que l'on motive avec conviction son patient. Seules les formes manifestement non enraidissantes après quelques années d'évolution pourront prendre quelque distance avec ces obligations [3].

## Etude descriptive :

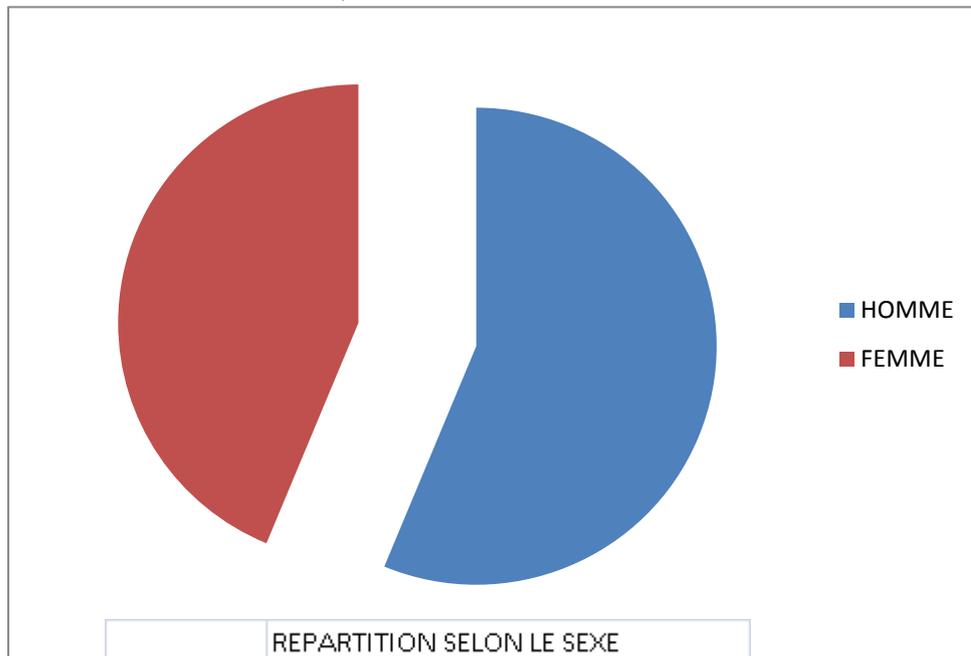
### Caractéristiques sociodémographiques de la population

#### a. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de la population était de 36.92

#### b. Répartition selon le sexe :

La population étudiée se composait en majorité d'hommes. Ils étaient au nombre de 9 soit 56.25%, et 43.75% des femmes



#### C .les antécédents des patients :

2 patients avaient des ATCD familiaux de spondyloarthropathies soit 12.5%

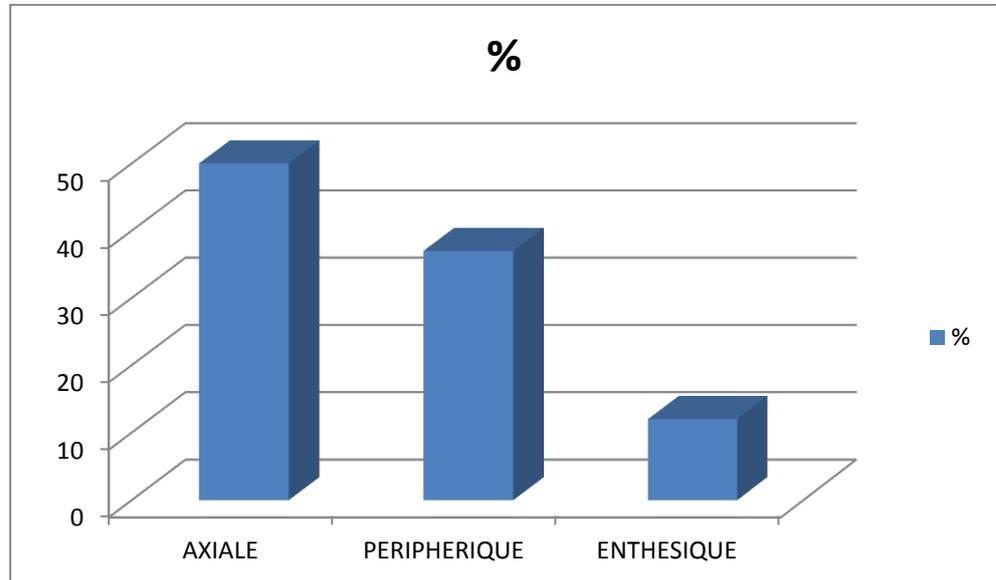
3 patients avaient des antécédents d'uvéïte environ 18.75%

Le reste des patients soit 60.75% ne présente aucune antécédents particuliers

#### d. répartition selon le diagnostique :

- dans notre série il y a 08 patients soit 50% avaient une spondylarthrite SPA à prédominance axiale et 06 patients soit 37.5% avaient une

**spondylarthrite SPA a prédominance périphérique et 02 patients avaient une SPA a prédominance entésique soit 12.5%**



#### **SYNDROME PELVIEN :**

**87.5% des patients avaient présenté des fessalgies inflammatoire**

#### **Syndrome rachidien :**

**68 ,75% des patients avaient présenté des douleurs dorso-lombaire**

#### **Syndrome enthésique :**

**43 .75% des patients avaient présenté des talalgies**

#### **Syndrome extra articulaire**

**18.75% des patients avaient présenté une uveite ,6 ,75% syndrome restrictif pulmonaire et même taux pour rectite inflammatoire**

#### **. Les critères biologiques :**

- **La moyenne de la CRP était 33.71**
- **La moyenne de la VS était 52.92**

- Dans notre population, l'antigène HLA -B27 a été réalisé uniquement chez «37.5% des patients positif chez 25% et négatif chez 12.5% des cas

### Données radiologiques :

1. Radiographie standard :

#### Radiographie du bassin

La radiographie des sacro-iliaques faite chez tous nos patients a montré l'absence de sacro- iléite chez 2 patients soit 12.5%et sa présence chez 87% des cas. Cette sacro-iliite était classée selon le stade radiologique de FORRESTIER en stade I 25% et stade II dans 50%, stade III dans 12.5% des cas

STADE 1	STADE 2	STADE 3
25%	50%	12.5%

## TRAITEMENT

### AINS :

Les anti inflammatoires non stéroïdiens ont été prescrits chez 100% des cas en 1<sup>er</sup> intention

### Les corticoïdes :

La corticothérapie par voie orale a été administrée chez 18.75%des cas

### Salazopyrine :

La salazopyrine a été administré chez 56.25% de nos patients par voie orale.

### Biothérapie (anti TNF alpha)

Les anti TNFalpha type ADALIMUMAB (HUMIRA)ont été prescrits chez18.75%des cas

AINS	CTC	SALAZOPYRINE	BIOThERAPIE
100%	18.75%	56.25%	18.75%

# Remerciements

A notre chef de service Monsieur le Professeur Iounici

Vous nous faites un grand honneur en acceptant notre mémoire,

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines sont pour nous un modèle.

*Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et notre grande estime.*

A notre maître et l'encadreur de la mémoire Madame  
boubkeur

Vous nous avez toujours accueillis avec bienveillance

Votre gentillesse, votre compréhension, votre savoir et vos conseils précieux ont été pour nous une aide estimable dans la réalisation de ce sujet

*Avec notre admiration et notre profond respect*

A tous mes maîtres, assistants et résidents avec tous mes respects et mon éternelle reconnaissance

A tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail .

