

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple- Un But- Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO

Année universitaire : 2013-2014

N°/...../

Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie

THESE

LES SPONDYLARTHROPATHIES
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
RADIOGRAPHIQUES DANS LE SERVICE DE RHUMATOLOGIE
AU CHU DU POINT G-BAMAKO

[DU 1^{er} JANVIER 2008 AU 31 DECEMBRE 2013]

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2014 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie

Par : *Mr CYRILLE EFANG MBASSI Ebéni-Junior*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (*DIPLÔME D'ÉTAT*)

Jury

Président : Pr. FONGORO Saharé
Membres : Pr. DAO Sounkalo
Pr. TOURE Mahamadou
Directeur : Pr. CISSE Idrissa Ahmadou

DEDICACES

Dédicaces

A Dieu le père tout puissant

Sans toi je n'aurais pu arriver où je suis. Toi qui a toujours été présent, toi qui m'a gratifié d'une relation privilégiée avec toi, toi qui m'a guidé, aidé à me relever toutes ces fois où je suis tombé et ai pensé que tout n'allait pas, toi qui m'a préservé de tant de choses dangereuses, je ne saurais prétendre trouver les mots ou alors savoir quoi faire pour te montrer ce que je ressens mais toi tu sais ce qu'il y a au fond de mon être et j'aimerais que tu acceptes ce travail comme le fruit du labeur que tu m'as permis d'effectuer et en gage de l'amour que je te porte.

A ma petite, douce et fragile mère chérie Mme **EFANG née EYINDO Ange-Marthe** et à mon robuste père adoré Mr. **EFANG N. Aaron**

Je vous ai connu débordants d'énergie, ne ménageant aucun effort, papa entre trois voire quatre emplois et toi maman devant jumeler femme au foyer, commerçante et élève, devant affronter les dures réalités de la vie et un entourage sceptique afin que nous, vos enfants, ne manquions de rien. J'aimerais que vous sachiez aujourd'hui que ce travail est le vôtre, car vous vous êtes battus et vous êtes parvenus à faire ressortir du fond de quelque chose d'incertain un être accompli et fier, non seulement de vous, mais aussi de la personne qu'il est devenu. Je vous dédie ce travail afin de vous remercier et en guise de l'amour profond que je ressens pour vous. Alors, soyez heureux et fiers car vous pourrez vous taper sur la poitrine et dire : « Nous avons réussi !!! ». Vous me manquez et je vous aime.

A mes frères et complices **DENIS C. Préféré, ARMAND G.-Isaac** et **AIME S. Adrien**

Voilà presque une décennie que « je suis allé au front » en espérant vous rendre fiers à mon retour. Même si le contact n'était pas permanent, je sais à quel point vous tenez à moi et je sais que vous étiez là, peut-être pas physiquement, mais moralement et spirituellement. Aujourd'hui sonne la cloche des retrouvailles, je reviens à vous en tant que médecin certes, mais aussi en tant qu'homme accompli. J'espère que nous rattraperons le temps passé loin les uns des autres. Je vous aime tellement.

A mes grands-parents paternels et maternels **NDEMA M. Denis, EDIMO F. Régine** « **Aunti** », **N. NSIA Idelette Lucienne** « **Doudou** » et **NJEMBELE Richard**

Vous n'êtes plus de ce monde mais je sais que vous veillez sur moi depuis le royaume des cieux. J'ai tenu la promesse que je vous avais faites à savoir celle de devenir « meilleur » et j'espère que vous en êtes fiers. Vous me manquez.

A vous, êtres chers qui ne sont plus

Je ne saurais vous citer car j'ai peur d'oublier certains d'entre vous mais je sais à quel point vous avez œuvré pour l'accomplissement de ce travail. Alors il est aussi le vôtre.

REMERCIEMENTS

Remerciements

A ma terre d'accueil le **Mali** et au peuple Malien

La chaleur humaine, l'entraide, ce caractère social et cette simplicité qui caractérisent ce pays et ses habitants. Ce pays qui inspire et nous pousse à reconsidérer notre façon d'être, je ne peux que dire merci de m'avoir non seulement adopté mais aussi rendu meilleur et accompli.

Au **village du Point G** à Bamako et ses habitants

Lieu de mon épanouissement durant la totalité de mon séjour en terre Malienne. L'adaptation n'aurait pas été évidente si je n'étais tombé sur des personnes aussi simples et accueillantes que vous. Merci car je me suis senti chez moi et que le tout puissant veille sur vous.

A l'**AEESCM** (Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali) et à toutes ses promotions : **Famille plus, LSE, ASPRO, PREMIUM, SOSERE, ASTRA, SATRES, SEGALIN, PRADIER, CESAR*, DEGAULLE, SPARTE, ASTURIE, STATE, TROIE, ROME, PARIS, ALSACE**

En ton sein j'ai grandi, muri, partagé tant de choses et acquis de l'expérience dans tous les domaines. Tu as toujours été belle, a aidé tellement de personnes à rester concentrées sur des objectifs bien précis et nous a permis, nous qui avons laissé nos famille, de ne jamais se sentir seuls. Actuellement tu traverses une période difficile, mais j'espère que tu renaîtras tel un phœnix et que tu seras encore plus forte. Un grand merci !!

A ma promotion **CESAR**

Nos rapports n'ont pas toujours été aisés et je sais que je n'ai pas pu faire tout ce que je voulais pour te mener encore plus haut car j'ai dû voir mes capacités s'amoinrir avec le temps, raison pour laquelle je me suis un peu éclipsé. Mais je sais que nous, tes membres, sommes une famille, c'est ainsi que je te demande pardon et suis conscient que nous resterons soudés quelques soient les ciëux sous lesquels nous nous retrouverons. Merci !!

A la **5^{ème} promotion du Numéris Clausus « promotion Professeur SIDIBE Assa TRAORE »**

Merci pour tous les moments de partage, de détente et aussi pour le soutien. Puisse le tout puissant veiller sur chacun d'entre nous.

Au Docteur **OUANE Nouhoum** et sa famille

C'est grâce à vous que j'ai pu fouler le sol de ce merveilleux pays, donc c'est aussi grâce à vous que je suis médecin. Que le tout puissant vous bénisse et veille sur vous.

Aux familles **SOUMARE** et **SACKO**

Au sein desquelles j'ai pu trouver refuge, qui m'ont toujours traité comme un enfant de la famille. Grâce à vous je ne me suis jamais senti en terre étrangère, et n'ai subi aucune pression quant au logement. Que le tout puissant vous accorde longue vie et prospérité.

A toute **ma famille**, aussi bien paternelle que maternelle, tantes, oncles, cousines, cousins, nièces, neveux, petits fils et petites filles

Je vous remercie pour le soutien et j'espère que vous êtes fiers de moi.

Au Docteur **TAGNE L. Steve**, mon père de Bamako

Toi qui m'a hébergé durant plusieurs années à mon arrivée en terre Malienne sans m'avoir connu au préalable, qui a toujours été présent quand j'avais besoin de conseils et qui m'as permis de m'adapter à la vie loin des parents. Grand merci et que Dieu te bénisse toi, ton foyer et toutes tes entreprises.

Au Docteur **FOTSO Michèle**

Voilà bientôt sept années que nous ne nous sommes pas vus. Plus qu'une amie, tu es la sœur que ma mère n'a mise au monde. Tu m'as vu dans les pires comme les meilleurs moments, et grâce à toi j'ai eu l'honneur de savoir ce que ça fait d'avoir une sœur. Je te dis merci pour tout et que le Seigneur t'accorde sa grâce.

A la famille **HACKO**

Merci car vous m'avez adopté alors que vous ne saviez qui j'étais, encore moins d'où je venais. Mais vous m'avez tellement apporté et grâce à vous j'ai compris qu'on n'a pas besoin de lien de sang pour être une famille. Vraiment merci pour tout !!!

Au Professeur **CISSE Idrissa Ah.**

Plus qu'un père, vous avez été pour moi un modèle et je suis honoré de faire partie de vos élèves. Que le seigneur vous bénisse vous et votre famille, vous accorde un foyer prospère et longue vie car le Mali, l'Afrique et le monde entier ont besoin d'hommes comme vous. Merci pour tout !!!

Au Docteur **DEMBELE AK.**

Je ne saurais trouver une expression qui exprimerait toute la gratitude que je ressens à votre égard. Vous m'avez formé, inculqué l'esprit et l'honnêteté scientifiques, soigné quand j'étais malade et tenu ma main dans les moments difficiles afin de ne pas me laisser sombrer dans le désespoir. Grâce au Mali, j'ai trouvé un « grand frère ». Je vous souhaite le meilleur. Sincèrement merci !!!

A tous mes amis du **Cameroun** et du **Mali**

Nous avons tout traversé ensemble, aussi bien les bons que les mauvais moments, mais j'ai toujours pu compter sur vous, ou du moins pour la plupart. Je sais que j'ai un caractère et une façon de voir les choses un peu complexes, et je sais que j'ai dû vous offenser, pour cela je vous demande pardon. Et merci pour tout car grâce à vous j'ai découvert le monde et j'ai « grandi ».

A **DZIEWOUO RACHEL « ma Pretta »**

Aucun mot, aucune expression, aucun moyen de langage, aucun geste ni cadeau ne saurait exprimer tout ce que je ressens à ton égard. Tu es entrée dans ma vie à un moment où elle était un champ de ruines, car dévastée par un ouragan de désillusions et je pensais ne plus jamais être capable de me relever. Voilà bientôt quatre années que tu me soutiens et supporte car je sais que je suis très compliqué parfois, et grâce à toi j'ai découvert une partie de moi que je n'avais imaginée, moi qui pensais me connaître à la perfection ! Je te demande pardon car je sais que je t'ai énormément heurtée et te remercie pour tout ce que tu m'as apporté. Puisse le tout puissant te protéger, te bénir et guider tes pas.

Aux membres du « **CREW** »

Rassemblés de façon anodine, nous avons néanmoins développé un esprit fraternel très intense. Nommé « chef » par le fait du hasard, j'ai toujours essayé de faire de mon mieux pour préserver ce lien qui nous unie. Je sais que ça n'a pas toujours été facile, mais nous avons pu aller au-delà de toutes les difficultés. Je ne saurais tout dire car il y a tellement à dire. Je vous dis juste merci et sachez que « si c'était à refaire, je le referais sans hésiter ».

Aux Docteurs **MODI Yannick Emmanuel, TCHOMTCHOUA Ariel Stéphane, TCHOANG Nina, MBASSI Cédric, NGO ITALEN HI NGOCK, YOUNG Tracie Joyner, NDICHOUT Aïcha, ZOUNA Eric, TCHEYEP GUY-MERLIN, TAMEU T. Steve Georgies, AMOUNA Pulchérie, WAFFO T. Ange Christelle,...**

Merci pour les conseils, le soutien et la protection.

A mon groupe d'étude spécial **Dr. MOLO B. Inès Aurélie, Dr. MANEMEZA M. Natacha Stone, Dr. AKOUA T. Jean-Jacques Cyrille, Dr. MFUPA T. Yannick**

Vous m'avez certes adopté en fin de cycle, mais vous avez fait de moi un membre à part entière du groupe et m'avez toujours poussé à chercher et ne pas baisser les bras. Merci pour tout et que Dieu nous accompagne tous.

Au **personnel du Service de Rhumatologie du CHU du Point G**

Merci pour le bon esprit de travail, le soutien, les conseils et l'assistance.

Aux internes du service de Rhumatologie du CHU du Point G

La solidarité, l'entraide, la bonne humeur et l'ambiance « choco » qui prévalaient au sein du groupe nous a permis de nous épanouir. J'espère que nous pourrons de nouveau travailler ensemble. Puisse le tout puissant nous accorder sa grâce.

Aux Docteurs FOPOSSI D. Eliane Aurélie et KONE Lassina

Merci d'avoir pris soin de moi et d'avoir guidé mes pas en tant qu'interne dans le service. J'ai beaucoup appris grâce à vous et j'ai toujours voulu être au même niveau que vous. J'espère que nous aurons la chance de nous retrouver sous d'autres cieux et travailler en synergie comme vous me l'avez appris. Que Dieu vous accorde réussite et prospérité.

A EBONGUE L. Reine Sandrine « la légitime »

Je sais que ça n'a pas toujours été facile entre nous et que j'ai souvent été absent. J'espère que tu n'es pas trop en colère car je sais que tu sais combien tu comptes pour moi. Alors je te dis merci pour tous les moments passés ensemble et j'espère qu'ils pourront continuer.

A WANGARA Nana Ahmed

Un merci spécial pour toi car je sais que je t'ai fait voir de toutes les couleurs avec mon caractère difficile et c'est toi qui subissais toutes mes frustrations. Mais tu as toujours été là pour moi, pour ça je te remercie de tout mon cœur.

A MLIEGO S. Liliane S.

Tu as toujours été une source d'inspiration, un modèle de courage et de persévérance pour moi. Grâce à toi, tes conseils et tes encouragements, je n'ai jamais cessé de croire en moi. Le destin a voulu que tu ne sois pas à mes côtés en ce jour, mais je sais que tu es là, près de moi. Merci pour tout et puisse le Seigneur te protéger et te combler de ses bienfaits.

A la grande et prestigieuse famille « TCHOMTCHOUA-MODI »

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et tout ce que nous avons traversé. J'espère que nous resterons aussi soudés dans le futur.

A mes voisins, anciens et nouveaux

Je sais que ne suis pas très présent ces derniers temps (les responsabilités l'exigent). Mais vous avez toujours fait preuve d'un grand respect à mon égard et nous avons vécu dans un esprit de famille. Merci pour tout et puisse le seigneur veiller sur chacun d'entre vous.

A mes filles, fils, protégé(e)s, bon(ne)s petit(e)s **TCHANQUE Ornella, DICHI Hermann, CHAWA Adhémar, SAMIZA Pamela, NGOMO Yvette, DJAOUWE Samson, NYANKE Romuald, MANFO Hermann, FEUPI Andréa, EKOUNE Michel, ENONE César, NGO M. Marie-Marcelle, NITCHEU Tatiana, DJONGOUE Richie, GOMTSE Ibrahim, SONKWE Anicet, NKAMEN Van Jules, FOGUE Ernest, NGAMO Désiré, TIENTCHEU Dorette, EYIKE Emmanuelle, KUETE Noëlle, DJUILOKE Joël, WEMBE Cindy**, et tous ceux que je n'ai pas cité ici

J'espère avoir été à la hauteur de vos attentes et je voudrais que vous sachiez que je serai toujours là pour vous. Merci pour tout !

A **NGOUAKA M. Steve Dani, TCHINDA K. Edgar Brice** et leurs familles

Avant de vous connaître je ne savais pas vraiment ce que c'est de pouvoir compter sur des personnes autres que sa famille biologique. Mais grâce à vous, j'ai appris ce qu'est l'amitié véritable et j'ai eu de nouveaux frères aînés. Je prie le bon Dieu afin qu'il puisse veiller sur vous, qu'il vous accorde le meilleur. J'espère que nous nous reverrons bientôt. Merci !!!

A tous ceux que je n'ai pas cités

Vous n'êtes peut être pas dans ce document, mais vous êtes à jamais dans mon cœur. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Président du jury

Professeur FONGORO Saharé

- Maître de conférences en Néphrologie à la FMOS,
- Chef du service de Néphrologie au CHU du Point G,
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé,
- Praticien hospitalier au CHU du Point G,
- Détenteur du diplôme d'honneur de l'ordre des médecins.

Cher maître,

C'est un honneur immense que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre simplicité, votre abord facile ainsi que votre rigueur, votre culture et vos qualités de pédagogue en tant qu'homme de sciences font de vous un homme respecté de tous.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Professeur TOURE Mahamadou

- Maître de conférences en radiologie à la FMOS,
- Praticien hospitalier au Service de Radiologie et de Médecine nucléaire au Centre Hospitalier «Mère-Enfant» LE LUXEMBOURG,
- Médecin Colonel des forces armées du Mali.

Cher maître,

Homme de science émérite et une des références de l'imagerie médicale du Mali, c'est un privilège que vous nous faites en acceptant de juger ce travail en dépit de votre emploi de temps serré. Votre humilité et vos qualités scientifiques forcent le respect.

Veuillez accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge

Professeur DAO Sounkalo

- Professeur de maladies infectieuses et tropicales,
- Chef de département d'étude et de recherche de médecine et spécialités médicales,
- Coordinateur du DES de maladies infectieuses et tropicales,
- Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMOS,
- Chef du Service de Maladies Infectieuses et Tropicales au CHU du Point G,
- Chercheur au centre de recherche et de formation sur la Tuberculose/VIH,
- Président de la Société Malienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale,
- Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse,
- Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française,

Cher maître,

C'est un honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre charisme, votre éloquence, votre rigueur scientifique et cette recherche permanente de l'amélioration du savoir font de vous un maître admiré de tous.

Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur CISSE Idrissa Ahmadou

- Maître de conférences en Rhumatologie à la FMOS,
- Ancien Maître Assistant en Dermatologie,
- Diplômé en Médecine Tropicale et Parasitaire,
- Diplômé en Endoscopie Digestive et en Maladies Systémiques,
- Chef du Service de Rhumatologie au CHU du Point G,
- Membre international de la Société Française de Rhumatologie,
- Membre de l'African League of Associations for Rheumatology,
- Ancien Secrétaire Principal à la FMPOS, FMOS,
- Vice-président à la SOAGG,
- Secrétaire général du ROAMY.

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous avez fait en acceptant de nous confier ce travail. La rigueur, l'honnêteté, la simplicité, l'humilité, l'acharnement, la perpétuelle recherche du bien être des patients dont vous faites preuve ont forcé notre admiration. Vos connaissances multidisciplinaires, ainsi que vos qualités scientifiques, sociales et humaines font de vous un être exceptionnel. Nous espérons, après le temps passé sous votre houlette, que nous pourrions refléter une infime partie de ces qualités.

Acceptez, cher maître, les remerciements et la reconnaissance éternelle d'un être ayant eu le privilège d'être compté parmi vos élèves.

Liste des abréviations

AINS : Anti inflammatoires non stéroïdiens

AMM : Autorisation de mise sur le marché

Anti CCP: Anticorps anti peptide C citrulliné

Anti TNF α : Anti-Tumor Necrosis Factor alpha

Anti TNF: Anti-Tumor Necrosis Factor

APS : Anti paludéens de synthèse

ARN messenger : Acide ribonucléique messenger

ASAS: Assessment of Ankylosing Spondylarthritis international Society

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Indice

BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Fonctionnal Indice

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMH : Complexe majeur d'histocompatibilité

CRP: C Reactiv Protein

DES : Diplôme d'études spécialisées

ECG : Electrocardiogramme

EFR : Explorations fonctionnelles respiratoires

ESSG: European Spondylarthropathy Study Group

EULAR: European League Against Rheumatism

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HAS: Haute Autorité de Santé

HLA : Human leukocyte antigen

HLA-B27 : Human leukocyte antigen-B27

IL2: Interleukine 2

IPD : Inter phalangiennes distales

IPP : Inter phalangiennes proximales

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LOPS syndrom : Late Onset Peripheral Spondylarthropathy syndrom

LT cytotoxiques : Lymphocytes T cytotoxiques

LT4 helpers : Lymphocytes T4 helpers

MCP : Métacarpo-phalangiennes

MICI : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

MTP : Métatarso-phalangiennes

PAC : Polyarthrite Asymétrique Chronique

PR : Polyarthrite rhumatoïde

PSC : Polyarthrite Symétrique chronique

RIC : Rhumatisme inflammatoire chronique

ROAMY : Réseau Ouest-Africain des Myopathies

RP : Rhumatisme psoriasique

SA : Spondylarthrite ankylosante

SAPHO: Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose, Ostéite

SC : Sous cutanée

SOAGG : Société Ouest-Africaine de Gériatrie et de Gérologie

SpA : Spondylarthropathies

SpAI: Spondylarthropathies indifférenciées

TDM : Tomodensitométrie

TNF α : Tumor Necrosis Factor alpha

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VS: Vitesse de sédimentation

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

OBJECTIFS

1. Généralités

1.1. Concept de Spondylarthropathie

1.2. Physiopathologie

1.2.1 La lésion élémentaire : l'enthésite

1.2.2 Une nouvelle vision : l'organe enthésique

1.2.3 Rôle du terrain génétique

1.3. Manifestations cliniques communes des spondylarthropathies

1.3.1 Manifestations articulaires précoces

1.3.2 Manifestations articulaires tardives

1.3.3 Manifestations extra-articulaires

1.3.4 Evolution

1.4. Les différents types de spondylarthropathies

1.4.1 La spondylarthrite ankylosante (SA)

1.4.2 Le rhumatisme psoriasique (RP)

1.4.3 Les arthrites réactionnelles

1.4.4 Les spondylarthrites des entérocolopathies (MICI)

1.4.5 Les spondylarthropathies indifférenciées (SpAI)

- 1.4.6 Le syndrome SAPHO
- 1.5. Manifestations biologiques des spondylarthropathies
 - 1.5.1 Syndrome inflammatoire biologique
 - 1.5.2 Immunologie
 - 1.5.3 Autres examens
- 1.6. Aspects radiologiques
 - 1.6.1 Atteinte périphérique
 - 1.6.2 Atteinte axiale rachidienne
 - 1.6.3 Atteinte axiale pelvienne
 - 1.6.3 Autres techniques d'imagerie
- 1.7. Autres examens complémentaires
- 1.8. Critères de classification des spondylarthropathies
- 1.9. Principes généraux du traitement d'une Spondylarthropathie
 - 1.9.1 Education et information
 - 1.9.2 Traitement médicamenteux
 - 1.9.2.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - 1.9.2.2 Antalgiques et myorelaxants
 - 1.9.3 Traitements locaux
 - 1.9.4 Traitements dits « de fond »
 - 1.9.5 Traitements non pharmacologiques
 - 1.9.6 Chirurgie
- 1.10. Moyens d'évaluation et de suivi des spondylarthropathies

1.10.1 Moyens cliniques

1.10.2 Moyens biologiques

1.10.3 Imagerie

1.10.4 Pronostic à long terme

1.10.4.1 Pronostic fonctionnel

1.10.4.2 Complications propres

1.10.4.3 Complications des traitements

2. Méthodologie

2.1. Type d'étude

2.2. Cadre d'étude

2.3. Période d'étude

2.4. Population d'étude

2.5. Critères d'inclusion

2.6. Critères de non inclusion

2.7. Variables

2.8. Collecte des données

2.9. Considérations éthiques

3. Résultats

4. Commentaires et discussion

5. Conclusion et recommandations

6. Références bibliographiques

7. Annexes

INTRODUCTION

Introduction

Les spondylarthropathies sont un groupe d'affections peu communes appartenant au groupe des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Elles ont en commun l'atteinte du squelette axial et/ou l'inflammation asymétrique des articulations périphériques grandes et moyennes, des membres inférieurs surtout, et des manifestations inflammatoires au niveau des jonctions tendons-os, ou enthésiopathies [3], ceci pouvant évoluer vers des lésions structurales définitives. Les patients atteints sont généralement jeunes et les conséquences de ces rhumatismes peuvent être sévères, sur le plan fonctionnel, personnel et socioprofessionnel.

Elles ont aussi en commun la présence du marqueur génétique HLA-B27; cette association de la constellation HLA à une maladie de l'être humain est la plus forte, 96% dans la spondylarthrite ankylosante [4,5]. Des recoupements entre les différentes spondylarthropathies sont fréquents. La spondylarthrite ankylosante par exemple remplit les critères de l'arthrite psoriasique dans 10%, et ceux d'une pathologie intestinale inflammatoire chronique dans 12% des cas [2].

L'apparition de nouveaux traitements de fond, d'une grande efficacité sur les symptômes et possédant une probable action sur l'apparition des lésions structurales, a accru la nécessité d'un diagnostic précoce et d'une évaluation précise de l'activité de la maladie, nécessaires pour une prise en charge optimale des spondylarthropathies.

L'évaluation de l'activité des spondylarthropathies peut également poser problème car cliniquement les tests sont peu reproductibles et peu discriminants, biologiquement, l'inflammation est inconstante, et radiologiquement peu d'examen permettent la mise en évidence des phénomènes inflammatoires aigus [6] expliquant ainsi le retard diagnostique de plusieurs années constaté dans ces affections.

Les spondylarthropathies ont été très peu étudiées en Afrique, exception faite de quelques publications à l'instar de celles de **MISSOUNGA L et al.** [56] et de **PRENAM HOUZOU et al.** [57].

C'est ainsi que nous nous sommes proposés de réaliser une étude portant sur ce groupe d'affection au Mali, afin de décrire ses aspects généraux dans la population.

OBJECTIFS

Objectifs

1. Objectif général

- Décrire les caractères généraux des spondylarthropathies observées et leur fréquence dans notre contexte

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects sociodémographiques des patients atteints de spondylarthropathies dans le service de Rhumatologie au CHU du Point G
- Décrire les principaux aspects cliniques des spondylarthropathies
- Décrire les principaux aspects radiographiques des spondylarthropathies

GENERALITES

1. GENERALITES

1.1 Concept de Spondylarthropathie

Ce concept regroupe des rhumatismes inflammatoires chroniques qui partagent certaines de leurs manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun. La prévalence globale de l'ensemble des spondylarthropathies (SpA) est de 0,35% en France, le sex-ratio étant de 1,5 (hommes/femmes) [1]. La spondylarthrite ankylosante (SA) est considérée comme le chef de file de ce groupe notamment en raison de sa plus grande prévalence, de 0,1 à 0,3% [7,8]. Le rhumatisme psoriasique (RP), le rhumatisme associé aux entérocopathies inflammatoires chroniques ou maladies inflammatoires intestinales (MICI), le syndrome SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose, Ostéite), les arthrites réactionnelles (après infections intestinales et urogénitales) et les spondylarthropathies indifférenciées (SpAI) - *ne présentant pas suffisamment de caractéristiques permettant de les classer dans l'un ou l'autre de ces groupes*- s'y associent pour compléter l'ensemble des spondylarthropathies [9]. Il s'agit là de probables variantes d'une même affection qui reste en cours de définition et dont la physiopathologie exacte est encore un sujet de recherche et de débat (figure 1).

Les composantes communes des SpA sont :

- *Un terrain*: Elles débutent souvent chez des patients jeunes. L'influence du sexe est plus variable. Si la prédominance est masculine dans la SA, le RP atteint un taux d'hommes et de femmes grossièrement équivalent et des variations apparaissent en fonction des formes cliniques ;
- *Un facteur génétique reconnu*: elles sont fréquemment associées à la présence de l'antigène HLA-B27. Celui-ci est retrouvé chez 90% des patients présentant une spondylarthrite ankylosante ainsi que chez 20 à 80% des patients présentant les autres SpA. Ce gène a, par ailleurs, une fréquence de 6 à 8% dans une population saine de type caucasien ;
- L'atteinte articulaire des sacro-iliaques : seule atteinte commune à tous les types de SpA, elle est constante dans la SA, présente dans 30 à 50% des RP et dans 20% environ des MICI [10] ;
- Des manifestations extra-articulaires, notamment l'uvéite antérieure aiguë qui peut survenir au cours de toutes les SpA;
- La classique sensibilité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qui constitue par ailleurs un test diagnostique [6].

Figure 1. Le groupe des spondylarthropathies [1]



1.2 Physiopathologie

On admet que l'étiologie des SpA est plurifactorielle, associant des facteurs de susceptibilité génétique - *qui ne se résument pas à la seule présence de l'HLA-B27* (11)- à des facteurs environnementaux. Ceux-ci, évidents pour les arthrites réactionnelles où l'infection bactérienne est l'événement déclencheur, n'ont pas été identifiés pour les autres spondylarthropathies.

1.2.1 La lésion élémentaire : l'enthésite[12]

L'enthèse est définie comme la zone d'ancrage dans l'os des tendons, des ligaments et des capsules articulaires. Sur le plan histologique, il s'agit d'une zone de transition entre un tissu osseux et un tissu fibreux qui peut être subdivisé en trois zones :

- *Superficielle*: faite de fibres collagènes, de fibres élastiques et de fibroblastes ;
- *Intermédiaire*: faite de fibrocartilage et de chondrocytes, traversée par les fibres collagènes du tendon avant que celles-ci ne se mêlent à celle de l'os ; cette zone peut être divisée en deux parties, l'une dont la matrice extracellulaire est riche en protéoglycannes, l'autre correspondant à la minéralisation progressive du fibrocartilage;
- *Profonde*: constituée d'os lamellaire et d'ostéocytes.

Le mécanisme de constitution des lésions peut être divisé en trois phases :

- *Une phase d'inflammation*: l'enthésite. Source de douleur, elle peut avoir une traduction clinique observable (inflammation locale) si la région articulaire atteinte est superficielle ;
- *Une phase d'érosion osseuse* traduisant l'ostéite associée à l'enthésite;
- *Une phase de cicatrisation* correspondant à une ossification progressive de l'enthèse en un éperon osseux aux contours spiculés, responsable du caractère ankylosant et fixé des lésions.

1.2.2 Une nouvelle vision : l'organe enthésique

Les données actuelles tendent à élargir le concept de l'enthèse à celui d'organe enthésique [13] en plaçant le fibrocartilage au centre de la physiopathologie des SpA. Le fibrocartilage est présent aux zones de contact entre les gaines tendineuses, les poulies sur lesquelles elles se réfléchissent et les retinaculums qui les maintiennent. En assimilant ces zones de fibrocartilage à des enthèses, on explique l'inflammation de structures à distance de leur insertion sur l'os par le même phénomène physiopathologique qu'à leur insertion sur l'os.

Considérer l'inflammation de l'organe enthésique plutôt que celle de l'enthèse *stricto sensu* permet donc de mieux expliquer certaines atteintes *a priori* non enthésiques comme les ténosynovites, fréquentes dans les atteintes périphériques des spondylarthrites.

1.2.3 Le rôle du terrain génétique

On observe une agrégation familiale des SpA chez 20 à 30 % des patients (SpA, uvéite, entérocolopathie, psoriasis, présence du HLA-B27) avec une co-ségrégation des différentes manifestations cliniques, indiquant des facteurs de prédisposition communs aux différentes formes de SpA.

Le Human Leukocyte Antigen-B27 qui est un allèle normal du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) est très fortement associé à la spondylarthrite ankylosante (il s'agit de l'une des plus fortes associations actuellement connues entre un antigène du système HLA et une maladie, avec un risque relatif supérieur à 200). La prévalence du HLA-B27 dans la population générale caucasienne est de 6 à 8 %. La prévalence du HLA-B27 parmi les malades atteints de spondylarthrite ankylosante est supérieure à 90 %, de 63 à 75 % parmi les malades souffrant d'arthrite réactionnelle ou de syndrome de Reiter, de 50 à 70 % pour le rhumatisme psoriasique et les rhumatismes associés aux entérocolopathies inflammatoires [1].

Bien qu'il existe plusieurs modèles animaux permettant de les étudier, la physiopathologie précise des SpA reste actuellement mal connue. Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont évoquées : le HLA-B27 porterait des motifs analogues à certains déterminants antigéniques bactériens (mimétisme moléculaire), ce qui pourrait faciliter, à l'occasion d'une infection bactérienne, une rupture de la tolérance vis-à-vis du HLA-B27. Le rôle de présentation antigénique de la molécule HLA de classe I, ainsi que l'isolement

de bactéries ou de constituants bactériens dans le tissu synovial ou le liquide articulaire au cours des arthrites réactionnelles plaident en faveur d'une origine microbienne des SpA. Dans cette hypothèse, le HLA-B27 empêcherait l'élimination des bactéries [1].

1.3 Les manifestations cliniques communes des spondylarthropathies

1.3.1 Les manifestations articulaires précoces

Les symptômes douloureux

Il s'agit de douleurs de type inflammatoire, à prédominance nocturne et matinale, pouvant occasionner des réveils nocturnes, le plus souvent en deuxième partie de nuit. Elles sont retrouvées à la mobilisation des articulations concernées ainsi qu'à la palpation des enthèses en cause. Elles sont source de limitation fonctionnelle et d'une diminution des amplitudes articulaires en mobilisation active. Il peut s'agir ici d'atteintes dorsolombaires, de la paroi thoracique antérieure, d'arthralgies des membres inférieurs surtout touchant les grosses articulations.

On retiendra deux types de localisations douloureuses particulièrement évocatrices de SpA:

- la *talalgie plantaire inflammatoire* qui évoque fortement le diagnostic et fait partie des critères de classification ;
- les *douleurs des sacro-iliaques* décrites comme des *pygalgies* (fessalgies) sont d'autant plus évocatrices qu'elles sont « à bascule », localisées à droite et à gauche en alternance.

Ces douleurs répondent généralement au traitement par AINS dans de courts délais (48h).

La raideur

Elle prédomine le matin après l'inactivité de la nuit, mais peut également être observée après une période de repos. Souvent douloureuse, elle cède ensuite partiellement ou complètement au fur et à mesure des mobilisations. C'est le « dérouillage matinal » dont la durée peut permettre de quantifier la raideur.

Les arthrites, ténosynovites et bursites

Évoquées à l'inspection, retrouvées à la palpation, elles sont le reflet de l'inflammation synoviale des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses.

Certaines de ces atteintes réalisent des aspects cliniques particulièrement associés aux SpA tels les *dactylites- associations d'arthrites et de ténosynovites des doigts ou des orteils* - qui donnent une forme de « doigts ou d'orteils en saucisse » correspondant à une inflammation globale et diffuse de tout le segment en opposition à l'aspect d'arthrites isolées des doigts et l'absence d'atteinte de l'inter-phalangienne distale de la polyarthrite rhumatoïde [6] (figure 2).

Figure 2 : Tuméfaction et rougeur du troisième orteil : aspect « en saucisse » [1]



1.3.2 Manifestations articulaires tardives

Il s'agit surtout des séquelles évolutives : limitation des amplitudes articulaires, déformation des articulations périphériques et du rachis. Elles sont l'expression clinique de la destruction articulaire et de l'ankylose qui surviennent après les phénomènes d'inflammation.

Elles sont responsables du handicap fonctionnel définitif. L'atteinte des hanches est un marqueur de sévérité, celle du rachis est invalidante par la cyphose cervicale et le syndrome respiratoire restrictif qu'entraîne l'ankylose du rachis dorsal, des articulations costovertébrales et sterno-costales.

1.3.3 Manifestations extra-articulaires

L'une des caractéristiques des SpA est l'existence de manifestations cliniques communes, dont la fréquence varie en fonction de la forme clinique. Elles peuvent précéder les manifestations rhumatologiques, et doivent être recherchées par l'interrogatoire dans les antécédents du patient.

Manifestations ophtalmologiques [14]

- *L'uvéite*

L'uvéite est l'inflammation de la chambre antérieure de l'œil (iritis) et du corps ciliaire (cyclite) formant le segment antérieur de l'œil. Elle associe cliniquement une douleur et une rougeur oculaires avec des larmoiements à une baisse de l'acuité visuelle et une photophobie. Il s'agit d'une uvéite aiguë antérieure, non granulomateuse dans la plupart des cas, souvent pauci-symptomatique mais parfois sévère. Cette uvéite est uni- ou bilatérale, voire à bascule. Elle s'associe rarement à une atteinte postérieure mais sa répétition peut conduire à des synéchies.

Elle peut émailler l'histoire de tous les types de SpA et parfois précéder les premiers signes articulaires. Un quart des patients atteints de spondylarthrite ankylosante développe une uvéite antérieure (figure 3).

Figure 3 : L'uvéite antérieure [1]

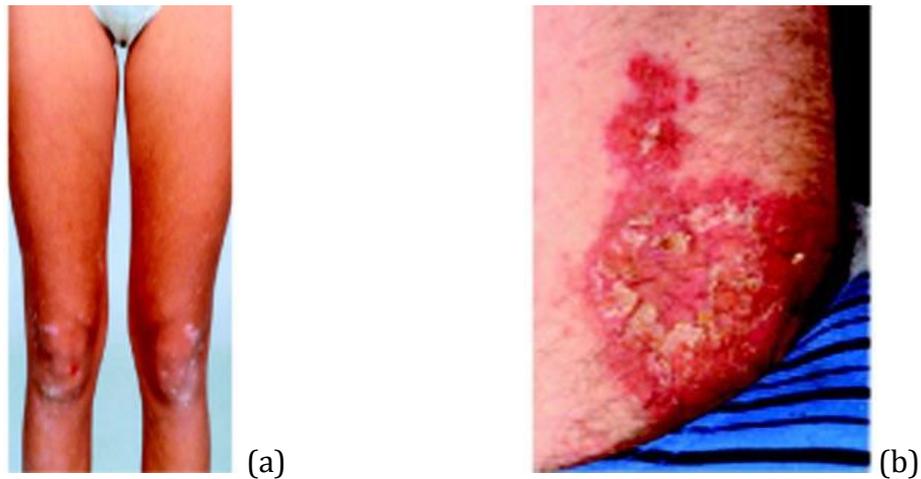


- D'autres atteintes oculaires peuvent survenir dans les SpA. Ce sont, entre autres, des conjonctivites dans les arthrites réactionnelles et des épisclérites dans les SpA associés aux MICI.

Manifestations cutanées

- *Le psoriasis* [15]
Le psoriasis est une dermatose inflammatoire chronique dont la lésion élémentaire est constituée, dans sa forme banale, par une plaque de squames blanchâtres, plus ou moins épaisse, reposant sur une zone érythémateuse. Non prurigineux, il prédomine sur les faces d'extension des membres, coudes et genoux, ainsi qu'au niveau du sacrum et du cuir chevelu.
Le psoriasis unguéal peut prendre plusieurs aspects : « ongle en dé à coudre », piqueté de multiples dépressions cupuliformes à sa surface, hyperkératose sous-unguéale avec décollement de l'ongle ou remplacement de l'ongle par un amas squamo-kératosique irrégulier.
Le psoriasis a de nombreuses formes différentes qui sont fonction de sa localisation, de son aspect (plaques, pustules, clous) et de sa gravité (figures 4a et 4b).

Figure 4 : Psoriasis des genoux (a) et du coude (b) [1]



- *La pustulose palmo-plantaire*
Elle correspond à des pustules troubles, aseptiques, souvent douloureuses, localisées aux pulpes des doigts et des orteils, aux paumes et aux plantes des pieds. Selon les auteurs, elle est considérée comme une forme localisée de psoriasis pustuleux ou comme une entité à part entière dont l'aspect clinique en serait très poche [16] (figure 5).

Figure 5 : La pustulose palmaire (a) et plantaire (b) [1]



- *L'acné conglobata*
L'acné conglobata est une acné sévère, profonde, destructrice et très inflammatoire, elle touche préférentiellement le sujet masculin. Elle peut rentrer, tout comme la pustulose palmo-plantaire, dans le cadre du syndrome SAPHO [17] (figure 6).

Figure 6 : L'acné conglobata [1]



Manifestations digestives

- Les diarrhées infectieuses
Elles précèdent un tableau d'arthrite réactionnelle, les germes fréquemment en cause sont des *yersiniae*, *shigellae*, *salmonellae* et *campylobacter*.
- Les diarrhées inflammatoires
Elles se présentent sous formes de diarrhées chroniques ou de poussées aiguës, associant des selles glaireuses et/ou sanglantes. Elles se retrouvent classiquement dans les SpA associées aux MICI qui sont alors classées par l'atteinte intestinale mais peuvent également survenir dans d'autres SpA. La MICI peut précéder ou non le diagnostic de SpA. À cette atteinte caractéristique s'ajoutent des lésions muqueuses intestinales asymptomatiques retrouvées fréquemment chez les patients atteints de SpA [18].

Manifestations infectieuses

Elles font partie des arthrites réactionnelles qu'elles précèdent d'un mois environ. Elles sont essentiellement représentées par les diarrhées infectieuses (voir ci-dessus), et les infections génito-urinaires à *chlamydiae* et *ureaplasma* (cervicite, urétrite).

Autres manifestations extra-articulaires

On citera des manifestations cardiaques [19], vasculaires, pulmonaires et rénales [20], peu fréquentes.

1.3.4 Evolution

La maladie évolue, selon les patients, par poussées - *entrecoupées d'intervalles plus ou moins libres de symptômes* - dont le nombre et la fréquence diffèrent d'un patient à l'autre ou en une progression continue avec persistance d'un fond douloureux chronique. De

même les lésions structurales qui s'installent sont variables et tous les patients n'évoluent pas vers l'ankylose et la destruction articulaire [21].

En fonction des localisations touchées, on peut individualiser des formes purement axiales, purement périphériques ou bien encore des formes mixtes de SpA. La SA est de forme typiquement axiale tandis que le RP a plus volontiers une forme périphérique.

1.4 Les différents types de spondylarthropathies

1.4.1 La spondylarthrite ankylosante (SA)

Encore appelée **maladie de Bechterew** (2), est la forme la plus typique et la plus sévère, caractérisée par une atteinte du squelette axial (rachis et sacro-iliaques) conduisant à une ankylose. Sur le plan clinique, elle se manifeste par un syndrome pelvi-rachidien prédominant. L'atteinte sacro-iliaque radiologique, la sacro-iliite stade 2 bilatérale ou stade 3, est un critère majeur parmi les critères du groupe ASAS (tableau 3). C'est un critère indispensable pour porter le diagnostic de SA, selon les critères de classification de New York modifiés (tableau 4).

Cependant, la sacro-iliite radiologique ne survient que tardivement, en moyenne 7 ans après le début des symptômes, justifiant l'intérêt des nouvelles techniques d'imagerie telles que l'IRM.

Dans certaines formes sévères, l'évolution peut se faire vers une ankylose rachidienne complète, par ossification des enthèses.

L'atteinte rhumatismale périphérique est présente dans 50 % des cas. La manifestation extra-rhumatismale la plus fréquente est l'uvéite antérieure aiguë, présente dans 10 à 30 % des cas, parfois révélatrice et évoluant de façon indépendante de l'atteinte rhumatismale.

L'évolution chronique de la SA se fait par poussées, plus ou moins interrompues par des périodes de rémission, sur une période de 10 à 20 ans, à l'origine d'un handicap fonctionnel dans les formes sévères.

1.4.2 Le rhumatisme psoriasique (RP)

Au cours du RP, l'atteinte synoviale semble être secondaire à l'atteinte des enthèses.

L'atteinte articulaire est hétérogène et évolue par poussée. On peut distinguer cinq grands tableaux cliniques, qui sont en fait souvent intriqués ou se succèdent au cours de la vie du patient :

➤ **Atteinte interphalangienne aux doigts et aux orteils**

Elle concerne 8 % à 16 % des patients. La topographie asymétrique de l'atteinte est évocatrice, elle est souvent très inflammatoire.

➤ **Polyarthrite séronégative symétrique ou asymétrique**

Elle concerne 20 % des patients avec, au sein de cette forme, quelques cas d'atteintes diffuses très destructrices. Elle a une présentation proche de la **polyarthrite rhumatoïde (PR)**, mais l'atteinte asymétrique et prédominante des interphalangiennes distales (très rares au cours de la polyarthrite rhumatoïde), l'absence habituelle du facteur rhumatoïde, de nodules rhumatoïdes ainsi que l'aspect des lésions radiologiques permettent le plus souvent de discriminer une PR. Il existe parfois une atteinte globale « tripolaire » d'un ou plusieurs doigts (atteinte des métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales et distales).

➤ **Mono- ou oligoarthrite asymétrique**

Elle concerne 15 % à 40 % des cas. Elle touche soit les grosses articulations, soit les orteils ou les doigts (atteinte privilégiée des métacarpo-phalangiennes, métatarso-phalangiennes, interphalangiennes proximales et/ou distales). On observe également l'aspect de doigt ou orteil « en saucisse » (association d'une arthrite de l'interphalangienne distale, de l'interphalangienne proximale et d'une ténosynovite des fléchisseurs).

➤ **Forme axiale**

Elle concerne 20 % à 40 % des cas. L'atteinte sacro-iliaque est peu symptomatique et souvent asymétrique. L'atteinte rachidienne se caractérise par des rachialgies inflammatoires plus souvent cervico-dorsales. Les atteintes extra-articulaires sont rares dans cette forme. Elle est associée dans la moitié des cas environ à une atteinte périphérique.

➤ **Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds**

Elles concernent 5 % des malades, avec ostéolyse des phalanges, des métatarso-phalangiennes ou métacarpo-phalangiennes, avec aspect « en lorgnette » possible (aspect rétracté du doigt ou de l'orteil reprenant sa taille habituelle si on l'étire).

➤ **Autres tableaux**

Onycho-pachydermo-périostite

C'est une entité radio-clinique pathognomonique qui associe une **onychose psoriasique**, un **épaississement douloureux des parties molles** et une **ostéopériostite** ; elle prédomine sur l'hallux mais peut atteindre les autres orteils [1] (figure 6).

Figure 6 : L'onycho-pachydermo-périostite [1]



Orteil de Bauer

Il associe une **atteinte unguéale de l'orteil** et une **arthrite de l'interphalangienne distale**.

Formes à présentation enthésiopathique pure

Elles s'expriment par des **épicondylites**, des **tendinites achilléennes** ou des **calcanéites**. Ces formes sont fréquentes, en particulier chez le sujet jeune.

L'atteinte cutanée

La distribution des signes cutanés est très variable d'un patient à l'autre :

– 90 % ont un psoriasis :

- préexistant dans environ 75 % des cas ;
- synchrone des manifestations articulaires dans 10 % à 15 % des cas ;

– Chez 10 % à 15 % des malades, les signes articulaires précèdent les signes cutanés (il faut savoir rechercher des antécédents familiaux de psoriasis).

L'aspect habituel est le psoriasis en plaque ou « psoriasis commun » souvent évident (coudes, genoux, sacrum), mais il faut savoir rechercher les lésions psoriasiques plus discrètes autour de l'ombilic, au pli interfessier, sur le cuir chevelu et le conduit auditif externe.

L'atteinte unguéale serait l'atteinte dermatologique la plus fréquente au cours du rhumatisme psoriasique se caractérisant par une **onycholyse distale**, une **hyperkératose sous-unguéale** et un **aspect ponctué des ongles** dit en « dé à coudre ». Les patients « dermatologiques » ayant, lors de leur première consultation, une des localisations suivantes : atteinte du cuir chevelu, atteinte des plis inguinaux et interfessier, atteinte unguéale, seraient plus à risque de développer un RP.

Les manifestations extra-articulaires

En dehors de psoriasis, elles peuvent être à type d'uvéïte, d'entérocolopathies inflammatoires, etc.

1.4.3 Les arthrites réactionnelles

Elles sont des arthrites aseptiques parfois associées à une conjonctivite, une urétrite chez l'homme, une cervicite chez la femme et survenant quelques semaines après une infection génitale ou digestive. Le syndrome de **Fiessinger-Leroy-Reiter** est la forme la plus complète d'arthrite réactionnelle et est défini par la triade « **urétrite-conjonctivite-arthrite** ».

Les germes en cause dans l'urétrite ou la diarrhée sont le plus fréquemment : *Chlamydia trachomatis*, *Shigella flexnerii*, *Yersinia enterocolitica* et *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis* et *Salmonella typhimurium*, *Campylobacter jejuni*.

L'association au HLA-B27 concerne 50 à 95 % des cas.

L'évolution de l'atteinte articulaire se fait sur un mode chronique dans 10 à 20 % des cas, pouvant évoluer vers une SA.

1.4.4 Les spondylarthrites des entérocolopathies (MICI)

Dans 10 à 20 % des maladies de Crohn et des rectocolites hémorragiques, surviennent des arthrites périphériques ou une sacro-iliite radiologique le plus souvent asymptomatique.

Une forme axiale complète remplissant les critères de SA est 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.

1.4.5 Les spondylarthropathies indifférenciées (SpAI)

Elles sont des spondylarthropathies répondant aux critères de l'ESSG (tableau 2) ou de B. Amor (tableau 1). L'enthésite périphérique est la manifestation clinique la plus fréquente, présente chez 92 % des patients. Il s'agit habituellement de formes plus bénignes mais dont l'évolution peut se faire vers une forme différenciée.

1.4.6 Le syndrome SAPHO

Littéralement « **Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose, Ostéïte** », c'est une affection qui associe :

- Des manifestations articulaires : arthrite sterno-costo-claviculaire, sacro-iliite, atteinte articulaire périphérique (plus rare)

- Des manifestations cutanées : acné (conglobata surtout), pustulose palmo-plantaire
- Des manifestations osseuses : hypersotose (sterno-claviculaire), ostéite condensante (clavicule, corps vertébraux), périostite (clavicule, sternum).

- **Particularités cliniques**

- ✓ *Spondylarthropathies tardives*

Mimant le plus souvent une **pseudopolyarthrite rhizomélique**, leur présentation clinique est complexe. Elles associent de façon variable des signes axiaux, des signes articulaires périphériques (marqués), parfois des manifestations œdémateuses des extrémités et des manifestations générales (amaigrissement, fièvre, etc.). Ce sont souvent des affections sévères avec une élévation marquée des paramètres de l'inflammation faisant évoquer, en premier lieu, une néoplasie à cet âge [55].

Le **LOPS syndrom** (Late Onset Peripheral Spondylarthropathy syndrom) est une forme de SpA tardive très rencontrée. Il est marqué par :

- Une **oligoarthrite asymétrique** atteignant surtout les membres inférieurs. L'atteinte des épaules est présente dans 30% des cas
- L'**œdème** prenant le godet asymétrique localisé préférentiellement aux membres inférieurs
- Les **signes rachidiens** sont discrets (cervicalgies, dorsalgies plus fréquentes que les lombalgies)
- Les **signes généraux** : fièvre supérieure à 38°, amaigrissement
- Un **syndrome inflammatoire** marqué
- **HLA B27 +** dans 50-70% des cas
- La **mauvaise réponse** aux AINS

- ✓ *Spondylarthrites juvéniles*

Le diagnostic est surtout basé sur l'atteinte enthésique marquée et un terrain favorisant fait d'antécédents familiaux de **SpA** et la présence de l'**HLA B27** car les radiographies des sacro-iliaques ne sont pas aisément interprétables. La survenue de **SpA**, à cet âge, a surtout une valeur pronostic.

1.5 Manifestations biologiques des spondylarthropathies

1.5.1 Le syndrome inflammatoire biologique

On estime que 60 % des patients souffrant de SpA et non traités ont une CRP et/ou une VS anormales, mais le syndrome inflammatoire est habituellement plus modeste que dans les autres rhumatismes inflammatoires.

1.5.2 Immunologie

Sur le plan immunologique, les spondylarthrites ont été décrites comme « **séronégatives** ». Classiquement on ne retrouve donc pas de facteurs rhumatoïdes ou d'auto-anticorps dans les SpA.

Ceci peut être tempéré par de récentes données qui font part, dans une cohorte de patients atteints de RP, d'un taux plus important d'anticorps anti-CCP (peptide C citruliné) que celui attendu [22].

D'autres anomalies immunologiques impliquant l'immunité cellulaire et l'immunité humorale ont été décrites, mais ne rentrent pour l'instant que dans le cadre d'hypothèses étio-pathogéniques.

1.5.3 Autres examens biologiques

- **HLA-B27**

L'intérêt diagnostique de la recherche du HLA-B27 est discuté : la recherche de critères diagnostiques et d'antécédents familiaux permet souvent de poser le diagnostic de SpA. Une spondylarthrite ankylosante certaine, la recherche du HLA-B27 est inutile.

En revanche, dans certains cas douteux (tableau clinique évocateur mais ne permettant pas d'être affirmatif), on peut demander ce typage (voir tableau 3):

- absent, il ne permet pas d'écarter le diagnostic (10 % d'authentiques SA sont B27 négatif) ;
- positif, il peut conforter un cas clinique douteux mais en aucun cas il ne signe la maladie (97 % des B27 n'ont jamais de SpA). En effet, 6 à 8 % des sujets caucasiens sont HLA-B27 positif, ce qui diminue beaucoup la spécificité de ce test [1].

- **Microbiologie**

A la recherche d'une infection intercurrente.

1.6 Aspects radiologiques

1.6.1 Atteinte périphérique

Les atteintes périphériques des SpA correspondent à des enthésites périphériques, à des arthrites avec épanchement synovial, à des ténosynovites et à des bursites inflammatoires.

Atteintes enthésiques

De nombreuses localisations enthésiques peuvent être observées dans les SpA. Ces enthésites inflammatoires prennent leur origine sur le calcaneus, la tubérosité tibiale antérieure, la rotule, les trochanters, l'olécrane etc.

✚ **L'enthésite calcanéenne** est fréquente dans les SpA. Elle est représentée à la face inférieure du calcaneus par l'atteinte des fascias plantaires et à sa face postérieure par celle de l'insertion du tendon d'Achille. Sur le plan radiologique, les premières lésions peuvent être représentées par une déminéralisation ou une discrète érosion au niveau de l'enthèse, puis on observera une ossification prenant grossièrement la direction de l'enthèse touchée, l'une à départ inférieur et se dirigeant vers l'avant, l'autre à départ postérieur et se dirigeant vers le haut. L'association de ces deux localisations forme un « *blindage calcanéen* » à la face postérieure de l'os. Dans la SA, l'éperon osseux formé est plutôt fin alors que dans le RP on le décrit plus épais, moins bien limité et irrégulier [23]. Ces ossifications ne sont pas spécifiques des SpA. L'aspect « *d'épine* » calcanéenne, par exemple, peut être retrouvé dans des enthésopathies plantaires mécaniques ou, associé à d'autres localisations, dans la maladie de **Forestier**- *hyperostose vertébrale engainante* – [24].

Atteintes articulaires

Parmi les grosses articulations, la **coxite** est l'atteinte la plus fréquente dans la SA et est importante pour le pronostic fonctionnel de la maladie. Elle est volontiers bilatérale, peut-être de forme destructrice, associant un pincement circonférentiel ou interne, des érosions et l'absence de construction osseuse, ou de forme ankylosante ou engainante, associant disparition de l'interligne, ossification et hyperostose entre l'acétabulum et la tête fémorale. Elle est moins fréquente dans le RP où elle est alors associée à des formes précoces et d'évolution rapide [25].

L'atteinte des petites articulations, notamment celles des orteils, se traduit plutôt par des arthrites et des ténosynovites. Cliniquement cette inflammation globale, touchant tout le segment, est décrite comme un orteil ou un doigt « *en saucisse* ». Dans le RP, il est décrit une forme particulière associant un psoriasis unguéal à l'atteinte de l'interphalangienne distale : **le doigt ou l'orteil de Bauer**.

Dans le RP, l'atteinte des petites articulations est très caractéristique sur le plan radiologique : on y retrouve la coexistence de destruction et de reconstruction osseuses articulaires et juxta-articulaires. Elles réalisent un aspect radiologique classique, le « *pencil in the cup* », par l'amincissement en pointe d'une tête phalangienne et des additions osseuses formant une cupule à la base de la phalange avec laquelle elle s'articule. On décrit également la résorption des houppes phalangiennes comme une caractéristique radiologique du rhumatisme psoriasique [23]. L'atteinte de ces petites articulations évolue plus volontiers vers l'ankylose dans le RP que dans la SA.

1.6.2 Atteinte axiale rachidienne

L'atteinte du rachis présente des variations en fonction du type de rhumatisme. Elle est symétrique et ascendante dans la SA avec un début volontiers localisé à la charnière dorsolombaire ; dans le RP elle est plutôt asymétrique et suspendue.

Atteinte intercorporéale

Dans la SA elle débute souvent au bord antérieur des vertèbres réalisant ainsi l'aspect radiologique de mise au carré des vertèbres. Une érosion du coin antérosupérieur de la vertèbre correspond à la classique « ostéite de ROMANUS ». La phase de cicatrisation de ces lésions aboutit à la formation d'un syndesmophyte - *fine spicule osseuse à direction verticale naissant au coin antérieur de la vertèbre* - . La jonction de deux syndesmophytes touchant les vertèbres de deux étages contigus forme un véritable pont osseux. La répétition de ces ponts osseux le long du rachis aboutit progressivement à son ankylose. Lorsque ces ponts osseux sont présents de part et d'autre du rachis sur plusieurs étages, ils forment alors ensemble un aspect de « *colonne bambou* » ou donnant un aspect en « *rail de chemin de fer* » correspondant à une ankylose complète du segment touché.

Figure 7 : Atteinte caractéristique de la charnière thoraco-lombaire avec, à la phase de reconstruction, une ossification en « pont » dénommée syndesmophyte [1].

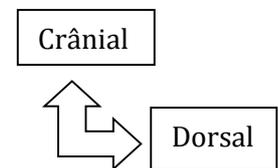


Figure 8 : Le signe de ROMANUS [1]

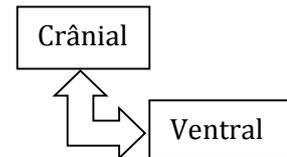
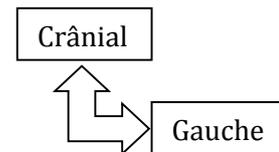
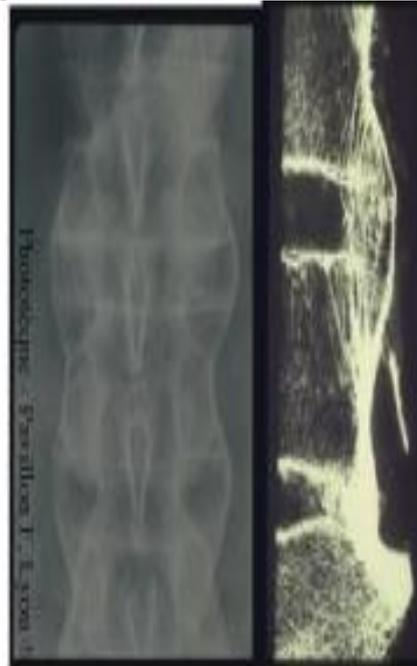


Figure 9 : Colonne en Bambou [1]



Dans le RP on peut également voir des ossifications paravertébrales, plus épaisses, suivant une direction grossièrement horizontale. La jonction de part et d'autre du disque de ces ossifications par un pont osseux prend un aspect d'« agrafe » décrit par BYWATERS [26].

Dans ces deux affections, des érosions touchant des plateaux vertébraux en regard peuvent aussi réaliser des spondylodiscites inflammatoires [27] avec diminution de la hauteur du disque intervertébral atteint et érosions des plateaux de part et d'autre. Ce type de lésions a également été rapporté dans le syndrome SAPHO [28]. Ces atteintes peuvent évoluer tardivement vers la formation de blocs vertébraux.

Atteintes costo-vertébrales et costo-transversaires

Associées aux précédentes, elles sont radiologiquement représentées par l'ossification progressive des enthèses entourant ces articulations et pouvant aboutir à la complète calcification des capsules articulaires, ligaments costo-transversaires et costo-vertébraux [29].

Cette atteinte, lorsqu'elle est évoluée, prend une grande part dans l'ankylose du rachis et, associée à l'atteinte sterno-costale, peut entraîner des conséquences respiratoires.

Atteintes de la paroi thoracique antérieure

C'est l'un des principaux signes distinctifs du syndrome SAPHO. Il s'agit souvent d'une atteinte sterno-claviculaire pouvant réaliser une tuméfaction douloureuse, entraînant d'importantes lésions érosives ainsi qu'une hypertrophie osseuse. Les atteintes manubriosternales ou chondro-sternales sont moins fréquentes.

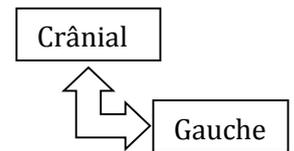
1.6.3 Atteinte axiale pelvienne

Elle correspond à l'atteinte des articulations sacro-iliaques, souvent bilatérale et quasi constante dans les SpA. Les particularités anatomiques de l'articulation sacro-iliaque expliquent que leur exploration radiographique soit imparfaite. Malgré cela, la radiographie reste l'examen de première intention, car, en cas de signes francs de sacro-iliite, elle permet d'affirmer le diagnostic de SpA dans un contexte clinique évocateur.

Le cliché habituellement réalisé est une radiographie antéro-postérieure du bassin. Il permet une évaluation suffisante des lésions radiologiquement visibles [30] avec l'avantage pour le praticien de visualiser les hanches dont l'atteinte est un marqueur de sévérité. Elle est classée en 4 stades de « **Forestier** » de sacro-iliite radiologique (encore appelée classification **EFICA**)

- ✓ **Stade 1** : Elargissement et Flou de l'interligne
- ✓ **Stade 2** : Irrégularité des berges articulaires (aspect en « *timbre-poste* »)
- ✓ **Stade 3** : Condensation des berges
- ✓ **Stade 4** : Ankylose et fusion des berges articulaires

Figure 7 : Radiographie du bassin de face (condensation des berges des deux sacro-iliaques, aspect flou de l'interligne : stade 3) [1]



1.6.4 Autres techniques d'imagerie

✚ L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

De nombreux travaux suggèrent que l'IRM du rachis thoracique et du rachis lombaire, ainsi que l'IRM des sacro-iliaques apportent des arguments importants pour le diagnostic précoce des SpA, mettant en évidence des remaniements inflammatoires, précédant les modifications radiologiques.

✚ L'échographie Doppler

Non pas des sacro-iliaques, mais des enthésopathies périphériques est également utilisée, mais des études complémentaires sont en cours.

La place exacte de l'IRM et de l'échographie dans le suivi et le diagnostic de SpA reste à préciser.

✚ La scintigraphie osseuse au ^{99m}Tc

Elle a l'avantage d'avoir une meilleure sensibilité pour le diagnostic positif d'enthésite et de permettre l'étude simultanée de l'ensemble du squelette, mais sa spécificité est, en revanche, faible.

✚ Le scanner ou la tomodensitométrie (TDM)

Il est lui aussi une imagerie permettant une bonne évaluation des lésions osseuses, dites chroniques ou structurales : érosions osseuses, calcifications des enthèses, modifications des interlignes articulaires voire fusion osseuse. Imagerie en coupe, elle en tire une supériorité par rapport à la radiographie qui produit des images

d'addition. L'analyse scannographique est plus précise et plus fine. Cependant le scanner, tout comme la radiographie, ne permet pas l'observation des phénomènes inflammatoires, parfois seuls présents au début de la maladie.

Figure 10 (a) : Atteinte sacro-iliaque caractérisée par des érosions et des lésions d'ostéocondensation irrégulières des deux berges donnant l'impression d'un « pseudo-élargissement » [1]

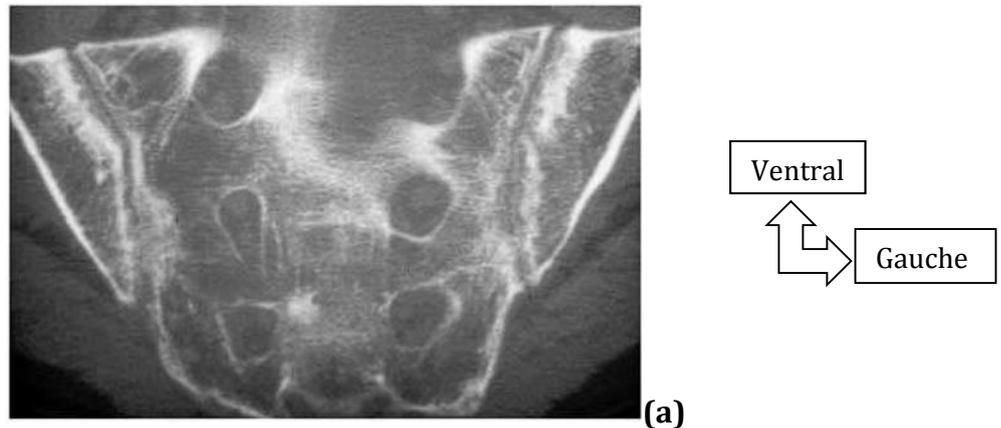
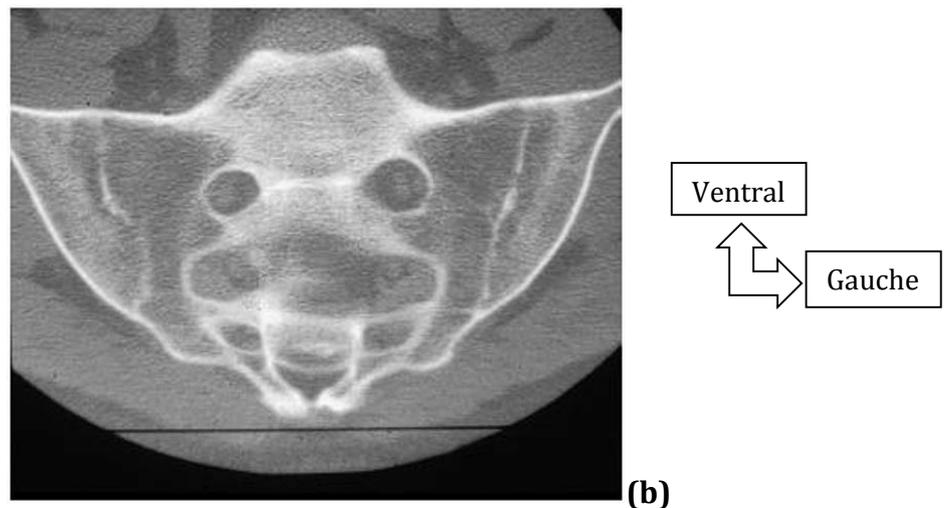


Figure 10 (b) : Atteinte sacro-iliaque plus évoluée avec une fusion des berges [1]



1.7 Autres examens complémentaires

➤ Les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

Les EFR peuvent servir à documenter l'atteinte respiratoire restrictive et la fibrose pulmonaire.

➤ **L'électrocardiogramme (ECG)**

L'ECG détecte des troubles du rythme et de la conduction.

➤ **La coloscopie**

Associée à la biopsie de la muqueuse intestinale, elle est importante lors de suspicion de MICI. Elle permet d'apprécier les lésions intestinales et orienter le diagnostic.

1.8 Critères de classification des spondylarthropathies

Ces différentes manifestations ont été utilisées pour établir des critères de classification des SpA : les critères de B. Amor (tableau 1) qui ont une sensibilité de 85% et une spécificité de 90% ; et ceux de l'ESSG (European Spondylarthropathy Study Group, tableau 2) dont la sensibilité est de 87 % et la spécificité de 87 %.

Récemment, de nouveaux critères de classification des formes axiales de SpA ont été élaborés par le groupe international d'experts ASAS (tableau 3). Ces critères ont une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 84,4 %.

Dans notre étude, nous avons utilisé les critères de B. Amor en tenant compte de leur bonne sensibilité et leur meilleure spécificité.

Tableau 1 : Critères d'Amor [31]

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 \geq 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

** Diagnostic : score supérieur à 6 points.*

Tableau 2: Critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) [32].

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'uvéite ou d'entérocolopathie
	Psoriasis
	Maladie inflammatoire intestinale (entérocolopathie)
	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)

** Diagnostic : un critère majeur + un critère mineur*

Tableau 3 : Critères du groupe d'experts ASAS [1]

En cas de lombalgie ≥ 3 mois et âge < 45 ans ≥ 1 signe de SpA + sacro-iliite* ou HLA-B27 + ≥ 2 autres signes de SpA
<ul style="list-style-type: none"> • Signes de SpA : – rachialgie inflammatoire – arthrite – enthésite – uvéite – dactylite – psoriasis – maladie de Crohn – bonne réponse aux AINS – histoire familiale de SpA – HLA-B27 – CRP augmentée <p>Critères de classification des SpA axiales.</p>
* Inflammation hautement compatible avec une sacro-iliite à l'IRM ou sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New York modifiés.

Tableau 4 : Critères de New York modifiés pour la spondylarthrite [1].

Critères cliniques	Lombalgies avec raideur de plus de trois mois, améliorées à l'effort, mais ne cédant pas au repos Limitation des mouvements du rachis lombaire à la fois dans le plan frontal et sagittal Limitation de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales corrigées pour l'âge et le sexe
Critères radiologiques	Sacro-iliite bilatérale de grade ≥ 2 , ou sacro-iliite unilatérale de grade ≥ 3
Score	La spondylarthrite est définie si le critère radiologique est associé à au moins un des critères cliniques

Les sacro-iliites radiologiques selon la **classification de New York modifiée** [33] :

Stade 0: aspect normal des sacro-iliaques.

Stade 1: suspicion de sacro-iliite, sclérose initiale, diminution focalisée de l'interligne articulaire.

Stade 2: sacro-iliite minime, atteinte cartilagineuse, déminéralisation sous-chondrale responsable d'un pseudo élargissement de l'interligne articulaire, zones de sclérose focalisée réactionnelles, érosions minimales.

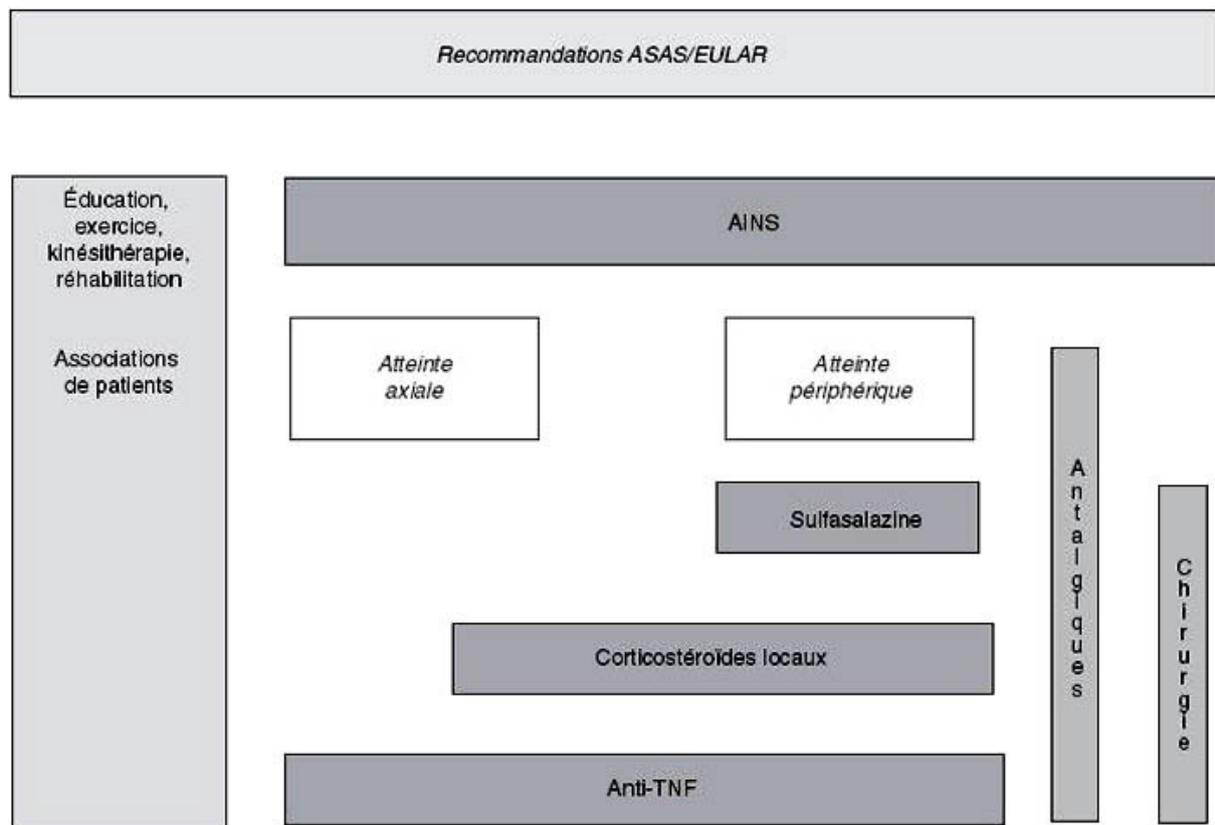
Stade 3: sacro-iliite modérée, sclérose sous-chondrale, érosions franches, bilatérales, prédominant en iliaque, diminution de l'interligne artriculaire.

Stade 4: ankylose et sclérose résiduelle tendant à disparaître.

1.9 Principes généraux du traitement des spondylarthropathies

Les recommandations de l'*Assessment of SpondyloArthritis International Society / European League Against Rheumatism* sont résumées dans la figure 5.

Figure 11 : Stratégie thérapeutique dans la spondylarthrite. Recommandations internationales (2006).



Le traitement des SpA a pour objectifs de préserver la fonction articulaire, prévenir les déformations, maintenir l'autonomie fonctionnelle et l'insertion socioprofessionnelle du patient [58].

La prise en charge des SpA est pluridisciplinaire. Elle est assurée par une équipe soignante structurée réunissant sous la houlette du rhumatologue, médecin de rééducation fonctionnelle, médecin généraliste, chirurgien orthopédiste, neuropsychiatre et des paramédicaux [58].

1.9.1 Education et information

La place de l'information et de l'éducation par l'intermédiaire de brochures, des associations de malades est importante. Elle est technique et psychologique.

Un malade bien informé est mieux armé pour lutter contre sa maladie.

1.9.2 Traitements médicamenteux

1.9.2.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont, historiquement, les premiers traitements des SpA. Ils sont également le traitement de première intention car ont souvent une bonne efficacité sur les symptômes douloureux et la limitation fonctionnelle qui l'accompagne. La bonne et rapide réponse des symptômes à ces traitements ainsi que la récurrence dans un court délai (en général 48h) après l'arrêt du traitement est un élément d'orientation diagnostique et un argument classique du diagnostic de SpA.

Malgré cela, les AINS ne sont pas toujours suffisants pour contrôler la maladie. On estime ainsi que 25% des patients ne répondent pas aux AINS et auraient donc un moins bon pronostic [34].

L'AINS doit être utilisé à dose optimale (quand bien même elle correspond à la dose maximale autorisée) avec, si possible, la prise le soir d'une forme à libération prolongée permettant de couvrir toute la phase inflammatoire nocturne et matinale. En cas d'échec, après quelques jours de traitement, il convient de faire l'essai d'un autre AINS. Au moins 3 à 5 anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être essayés successivement avant de conclure à l'échec des AINS [1].

1.9.2.2 Antalgiques et myorelaxants

Antalgiques et myorelaxants peuvent être utilisés en complément des AINS, surtout en cas de manifestations enthésiopathiques ou rachidiennes ; de plus, ils permettent de faciliter la rééducation [1].

1.9.3 Traitements locaux

Un geste local peut être réalisé en cas d'arthrite (infiltration corticoïde, synoviorthèse isotopique) ou d'enthésopathie (infiltration cortisonique) rebelle au traitement général. Les infiltrations de dérivés de cortisone ont également été proposées avec efficacité dans les sacro-iliites [35]. La physiothérapie, l'ergothérapie et les techniques d'appareillage peuvent également être utilisées en fonction des atteintes et de leur évolution sous l'effet du traitement AINS.

1.9.4 Traitements dits « de fond »

Les traitements de fond s'adressent aux patients ne répondant pas, ou répondant partiellement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux gestes locaux. La mise en place d'un traitement de fond et sa surveillance nécessitent une collaboration étroite entre le médecin généraliste et le rhumatologue. Les traitements de fond, à l'exception de la **Salazopyrine** et des **anti-TNF α** , ont été mal évalués dans les SpA.

La sulfasalazine (Salazopyrine®)

Molécule incluant dans sa structure un composé d'*acide 5-aminosalicylique* dérivé d'acide salicylique, elle possède une action anti-inflammatoire et immunosuppressive et la *sulfapyridine*, un sulfamide antibactérien.

La posologie usuelle est de **1g deux fois/jour**, atteinte par paliers hebdomadaires de **500 mg** [59]. Mais parfois on peut atteindre **3g/jour** [59].

Dans la SA, son efficacité sur les symptômes périphériques ainsi que son manque d'efficacité dans la forme axiale ont été démontrés [36]. La démonstration de son action dans le RP a également été faite au cours d'études cliniques, randomisées, contre placebo [37,38]. Elle ne semble cependant pas avoir d'action sur la formation des lésions structurales [39]. C'est par ailleurs un traitement classique des MICI et est également utilisée dans les formes avec uvéites récidivantes.

Le méthotrexate (Novatrex®)

Analogue-antagoniste de l'acide folique (vitamine B9), il agit par inhibition de la déhydrofolate réductase - enzyme catalysant la transformation de l'acide folique en acide folinique.

La posologie usuelle est de **5 à 7,5 mg/semaine**, à augmenter si besoin par palier de **2,5** ou **5 mg/semaine** jusqu'à un maximum de **25 mg/semaine**.

Ce médicament possède une toxicité hématologique et hépatique dose-dépendante, ainsi qu'un effet tératogène nécessitant la prise concomitante d'une contraception efficace. L'apparition de ces effets indésirables peut être limitée par une supplémentation en acide folique, à raison de **10 mg/semaine** administrés **48 à 72 heures** après le **méthotrexate** [59]. Actuellement, la Haute Autorité de Santé (**HAS**) conseille d'utiliser le **méthotrexate** à doses croissantes, sans dépasser **25 mg/semaine**, pendant une durée de trois mois. Si aucune amélioration n'est ressentie au-delà de ce délai, le rhumatologue peut conclure à l'inefficacité du traitement [60].

Utilisé comme immunosuppresseur dans les affections rhumatismales, il a montré son efficacité dans la PR. Dans le RP, il améliore les lésions cutanées. Si son efficacité sur l'atteinte articulaire est plus discutée [40,41], il reste très couramment employé comme traitement de fond dans les formes périphériques de RP. Il n'est pas considéré comme efficace dans les formes axiales et dans la SA.

La ciclosporine (Néoral®)

Molécule immunosuppressive, elle agit en inhibant la production d'IL2 par les LT4 helpers, en bloquant la production d'interféron par les lymphocytes. Elle bloque également l'activation des LT cytotoxiques. Des études ont montré son efficacité sur les

lésions cutanées dans le rhumatisme psoriasique. Dans l'atteinte articulaire, elle serait comparable au *Méthotrexate* [42] et supérieure à la Sulfasalazine [43]. Ses effets secondaires ont conduit à une très faible utilisation.

Le léflunomide (Arava®)

Il s'agit d'un inhibiteur de la synthèse de pyrimidine qui agit par cette voie sur la prolifération et l'activation des lymphocytes T. Après la PR son efficacité a été démontrée dans le rhumatisme psoriasique [44], à la fois sur la composante rhumatismale et sur la composante cutanée.

Il est à noter que les diverses études évoquées pour ces différents traitements font référence à une efficacité sur les symptômes (douleurs, raideur, gêne fonctionnelle, etc) et non sur la progression radiologique.

D'autres traitements de fond ont été testés dans les SpA, chez de petits nombres de patients : l'**azathioprine**, le **cyclophosphamide**, les **antipaludéens de synthèse (APS)**, les **dérivés de sels d'or**. Ces traitements ont tous été considérés comme insuffisants et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Plus récemment une équipe canadienne a testé du **pamidronate** intraveineux dans les SpA résistantes [45].

Les biothérapies : les bloqueurs du Tumor Necrosis Factor- α (anti-TNF α)

Le TNF α est une cytokine prenant une part importante dans la genèse et l'entretien des phénomènes inflammatoires de la PR. Les premières études ont montré l'efficacité de la neutralisation du TNF α dans ce rhumatisme inflammatoire.

Le rôle des cytokines pro inflammatoires en général, et du TNF α en particulier, est moins bien connu dans les SpA que dans la PR. Du TNF α , ainsi que son ARN messenger, ont été retrouvés expérimentalement dans des biopsies sacro-iliaques chez des patients atteints de SA [46]. Dans le RP, les lymphocytes circulants et les macrophages produisent plus de TNF α que ceux des témoins sains [47], les taux de TNF α synoviaux y sont également plus élevés, tout comme les taux synoviaux de récepteurs du TNF α [48].

Les anti-TNF α ont aussi montré expérimentalement leur efficacité dans la maladie de Crohn. Partant de ces constatations, les anti-TNF α ont été testés, puis démontrés efficaces dans les SPA, notamment dans les formes résistantes aux autres traitements de fond. Il apparaît que ces traitements sont efficaces dans tous les types de SpA : SA, RP, arthrite réactionnelle ou SpAI [49] ou encore associées aux MICI. Cette efficacité s'observe autant dans les formes axiales que dans les formes périphériques et quelques données récentes laissent à penser que ces traitements ont une action sur la progression des lésions structurales [50].

Les anti-TNF α font à présent partie intégrante de l'arsenal thérapeutique disponible dans les SPA et sont représentés actuellement par deux molécules :

L'infliximab (Rémicade®) [51]

Il s'agit d'un anticorps monoclonal chimérique (humain/souris) dirigé contre la cytokine qu'elle soit circulante ou déjà fixée sur son récepteur membranaire.

L'étanercept (Enbrel®) [52]

C'est le dimère d'une protéine de fusion du récepteur p75 du TNF α avec le domaine FC d'une immunoglobuline humaine. Il va donc fixer le TNF α circulant et l'empêcher d'agir sur ses sites physiologiques de fixation.

Ces molécules sont actuellement utilisées dans le cadre de leur AMM

- **Etanercept** : traitement du RP actif et évolutif de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement de fond antérieur et traitement de la SA sévère et active de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel. Il est administré par voie SC à **dose hebdomadaire de 50 mg** [61].
- **Infliximab** : traitement de la SA chez les patients qui ont des signes axiaux sévères, des marqueurs sérologiques de l'activité inflammatoire élevés et qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel. Et aussi du RP, des MICI. Il est administré en milieu hospitalier par voie intraveineuse, en perfusion de **3 à 5 mg/kg**. À l'initiation du traitement, la perfusion est répétée aux **2^{ème} et 6^{ème} semaines**, puis toutes les **six à huit semaines**. Ce délai peut être réduit lors d'une perte d'efficacité du traitement [61].
- **Adalimumab (Humira®)** : traitement de la SA, du RP et de la maladie de Crohn. Il est administré par voie **sous-cutanée** à raison de **40 mg** tous les **15 jours** [61].

Ces molécules sont de prescription initiale hospitalière.

1.9.5 Traitements non pharmacologiques

Les SpA peuvent comporter des manifestations axiales dominantes. Il s'agit tout particulièrement de la SA qui peut aboutir à une ankylose rachidienne invalidante avec perte de la lordose lombaire puis cyphose lombaire, exagération de la cyphose dorsale pouvant conduire à une atteinte vicieuse en flession des hanches. De même, l'atteinte des articulations costovertebrales peut être responsable d'un syndrome restrictif tout à fait invalidant. Il est absolument indispensable de prévenir l'ankylose rachidienne chez les patients ayant une affection évolutive.

Le travail kinésithérapique en extension rachidienne, avec travail de l'amplitude respiratoire est indispensable [1].

1.9.6 Chirurgie

La chirurgie peut être indiquée dans le cas de remplacement prothétique articulaire (coxite en particulier), plus rarement pour effectuer une ostéotomie rachidienne de correction des cyphoses dorsales majeures [1].

1.10 Moyens d'évaluation et de suivi des spondylarthropathies

1.10.1 Moyens cliniques

C'est l'évaluation régulière des différents symptômes cliniques (tous les 3 à 6 mois selon l'évolutivité de la maladie). Il permet l'évaluation de l'activité de la maladie et de son retentissement fonctionnel, et l'évaluation du traitement (efficacité, tolérance).

Evaluation de la douleur

Elle est souvent évaluée par le patient lui-même sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 0 à 10. Cette technique peut être utilisée en pratique quotidienne, elle l'est surtout dans le cadre de protocoles d'études.

Evaluation fonctionnelle

Du retentissement fonctionnel

Pour la SA, on utilise l'**indice fonctionnel de Bath** calculé à partir d'un auto-questionnaire : le **BASFI** (annexe) [53].

La souplesse globale du rachis est appréhendée par des manœuvres passives d'inclinaison latérale et d'extension. La mesure de la distance main-sol et l'indice de Schöber testent plus précisément la mobilité du rachis lombaire en flexion. La mesure de l'ampliation thoracique au 4^{ème} espace intercostal atteste de l'atteinte des articulations costo-vertébrales et sterno-costales lorsqu'elle est diminuée (< 4 cm). La raideur cervicale est évaluée à l'aide de mesure des distances, menton-sternum en flexion puis extension maximale, menton-acromion en rotation et tragus-acromion en inclinaison latérale.

Des séquelles

L'ankylose et la déformation du rachis sont évaluées par la mesure des distances occiput-mur, C7-mur, L3-mur et par la taille du patient, que toutes les déformations diminuent. Les amplitudes des articulations périphériques touchées peuvent être mesurées dans leurs différents mouvements.

Évaluation de l'activité globale de la maladie

Pour la SA, on utilise le **BASDAI** (annexe) [54]. Pour les formes plus périphériques on peut réaliser, comme dans la PR, un compte des articulations douloureuses et/ou tuméfiées. Et aussi, le nombre d'enthèses atteintes.

L'évaluation globale par le médecin et/ou le patient peut également être réalisée à l'aide d'une échelle visuelle analogique sur les douleurs, la fatigue et les limitations fonctionnelles.

1.10.2 Moyens biologiques

Chez les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique, la surveillance régulière de la VS et/ou de la CRP est une aide dans l'évaluation de l'activité de la maladie. Elle

dépend aussi du traitement instauré pour éviter d'éventuelles complications iatrogéniques.

1.10.3 Moyens radiologiques

Dans les formes évolutives, la réalisation régulière (par exemple, tous les 2 ou 3 ans) de radiographies du rachis cervical de profil, du rachis lombaire de face et de profil et du bassin peut être utile

1.10.4 Pronostic à long terme

1.10.4.1 Pronostic fonctionnel

La coxite, le début précoce (avant 16 ans), la dactylite, l'importance du syndrome inflammatoire, la résistance aux AINS sont classiquement des facteurs de mauvais pronostic.

L'ankylose rachidienne, l'atteinte des hanches peuvent être source d'un handicap important, de même que l'atteinte restrictive pulmonaire.

1.10.4.2 Complications propres

Ces différentes complications sont rares :

- Amylose AA: elle est une des complications classiques des spondylarthrites non traitées.
- Dysplasies bulleuses kystiques des apex, parfois rencontrées; fibrose pulmonaire et surtout syndrome restrictif, plus fréquents.
- Atteinte cardiaque: insuffisance aortique et troubles de la conduction (Blocs Atrio-Ventriculaires).
- Atteinte osseuse avec ostéoporose et risque fracturaire (surtout important sur une « colonne bambou » en cervicale avec fractures transcorporeales et transdiscales souvent instables pouvant entraîner des complications neurologiques).

1.10.4.3 Complications des traitements

Le patient doit être informé des effets secondaires possibles des différents traitements et leur survenue doit être régulièrement recherchée (examen clinique, surveillance biologique).

METHODOLOGIE

2. Méthodologie

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur des patients atteints de spondylarthropathie.

2.2 Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Le service de Rhumatologie du CHU point « G » est l'unique Service de Rhumatologie au Mali. Il a été créé en juillet 2005. Il occupe avec le service de Néphrologie annexe l'étage du bâtiment de la chirurgie B, à l'Est de la direction administrative et du bureau des entrées de l'hôpital. Une plaque à la montée des escaliers faisant face à la salle de consultation du Service de Chirurgie A indique l'emplacement du service. Il comporte:

- Un bureau pour le chef de Service détaché du bloc servant aussi à la consultation externe et située à l'Est du Service d'Anatomie Pathologie,
- Un bureau pour le chef de Service adjoint,
- Un bureau pour le Major (surveillant),
- Trois salles de garde: une pour les internes, une pour les infirmiers et une pour les techniciens de surface,
- Deux salles d'hospitalisation avec six lits par salle (une salle pour les femmes et l'autre pour les hommes),
- Une Unité d'ostéodensitométrie.

Le personnel du service en cette période d'étude est constitué par un chef de service et son adjoint qui est un médecin généraliste contractuel, un major, les infirmiers (4), les garçons de salle(4), les internes et des médecins bénévoles.

Les jours de visite des patients hospitalisés sont les lundi, mardi et jeudi. Les gardes sont assurées par un interne, un infirmier et un garçon de salle.

Les consultations sont organisées comme suit :

- Mercredi : elles se passent sur rendez-vous et concernent les patients suivis pour une affection donnée (20 patients/semaine). Chaque semaine les consultations sont basées sur une affection précise.
- Jeudi : elles concernent tous les patients venant en consultation (nouvellement ou ayant raté leur rendez-vous du mercredi) à condition d'être parmi les 30 premiers à

prendre le ticket de consultation au bureau des entrées étant donné qu'on consulte 30 patients chaque jeudi.

2.3 Période d'étude

Elle était transversale, s'étendant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2013.

2.4 Population d'étude

Tout patient vu en consultation et/ou hospitalisé durant la période d'étude, d'âge généralement inférieur à 50 ans, dont la principale plainte était une douleur inflammatoire chronique évoluant par poussée. Cette douleur principalement rachidienne lombaire associée à enthésite inflammatoire et/ou à une arthro-synovite avec un dérouillage matinal. La durée est variable mais rapidement améliorée par les AINS. Les manifestations extra-articulaires souvent associées, telles qu'un syndrome intestinal d'irritation, un psoriasis avec un syndrome inflammatoire biologique et des images peuvent orienter le diagnostic de SpA.

2.5 Critères d'inclusion

- Tous les patients vus en consultation et/ou hospitalisés durant la période d'étude, chez qui le diagnostic de spondylarthropathie a été retenu selon les critères de B. AMOR [Annexe 2].
- Tous ceux dont le dossier était exploitable.

2.6 Critères de non inclusion

- Tous les patients dont le dossier n'était pas exploitable.

2.7 Variables

- Age
- Sexe
- Profession
- Motif de consultation
- Attitude du patient
- La douleur (mode d'installation, horaire, périodicité)
- Manifestations articulaires et leurs caractères
- Atteinte axiale
- Signes extra-articulaires associés
- Dérouillage matinal
- Enthésite

- Vitesse de sédimentation et protéine C réactive (CRP) (les normes varient en fonction des laboratoires sollicités)
- Sacroiliite radiographique
- Radiographie rachidienne
- Fréquences respectives des SpA
- Traitement instauré

2.8 Collecte des données

Nous avons exploité les dossiers de consultation et/ou d'hospitalisation des patients du service de Rhumatologie.

Les données sociodémographiques, cliniques et radiographiques de chaque dossier de patient ont été recueillies sur une fiche individuelle établie à cet effet [annexe 1].

L'enregistrement et l'analyse des données s'est faite sur le logiciel SPSS 18.0.

La saisie a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2013.

2.9 Considérations éthiques

Les dossiers de consultation et d'hospitalisation ne sont accessibles qu'aux médecins impliqués dans la prise en charge des patients, et sont rangés dans des bureaux sécurisés à clé. Pour conserver l'anonymat, la fiche individuelle utilisée ne permet pas l'identification évidente du patient. L'étude ayant porté sur ces dossiers, le consentement éclairé des patients n'a pas été nécessaire dans la mesure où l'anonymat était garanti.

RESULTATS

3. **RESULTATS**

Fréquence des SpA

Nous avons recensés 13 cas confirmés de SpA sur un total de 10355 dossiers de patients vus en consultation durant la période de l'étude, soit une fréquence d'environ 0,13%.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Effectifs	Pourcentage
20	1	7,7
21	1	7,7
22	1	7,7
23	1	7,7
24	2	15,4
31	1	7,7
34	1	7,7
39	1	7,7
40	1	7,7
52	1	7,7
67	1	7,7
7	1	7,7
Total	13	100,0

La moyenne d'âge était de **31,07 ans** avec des extrêmes de 7 et 67 ans.

Tableau II : Répartition selon les tranches d'âge concernées

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
[5-15[	1	7,7
[15-25[	6	46,1
[25-35[	2	15,4
[35-45[	2	15,4
[45-55[	1	7,7
[65-75[	1	7,7
Total	13	100,0

La tranche d'âge la plus touchée était la tranche de [15-25[avec **46,1%**.

Tableau III : Répartition selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
MASCULIN	9	69,2
FEMININ	4	30,8
Total	13	100,0

Les hommes étaient les plus affectés avec un pourcentage de **69,2** et un ratio de **2,25**.

Tableau IV : Répartition selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
CULTIVATEUR	1	7,7
COMMERCANT	2	15,4
ELEVE	1	7,7
ETUDIANT	2	15,4
MENAGERE	2	15,4
BERGER	2	15,4
MECANICIEN	1	7,7
CHAUFFEUR	1	7,7
TRANSITAIRE	1	7,7
Total	13	100,0

Les ménagères, les commerçants et les bergers étaient les plus affectés (**15,4%** pour chaque catégorie).

Tableau V : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
PAC	3	23,1
ARTHRITE JUVENILE IDIOPATHIQUE	1	7,7
LOMBALGIE CHRONIQUE	1	7,7
LOMBO-FESSALGIES CHRONIQUES	1	7,7
LOMBORADICULALGIE BILATERALE	1	7,7
POLIRADICULONEVRITE PROBABLE	1	7,7
PSC	1	7,7
RACHIALGIE DIFFUSE	1	7,7
RIC	1	7,7
SUSPICION DE RP	1	7,7
TETRAPARESIE INFLAMMATOIRE	1	7,7
Total	13	100,0

Le motif de consultation le plus fréquent était la polyarthrite asymétrique chronique avec un pourcentage de **23,1**.

Tableau VI : Répartition selon l'attitude du patient et le type de thérapie de première intention (n=9)

		ATTITUDE DU PATIENT		
		CONSULTATION D'UN MEDECIN	AUTO- MEDICATION	Total
TYPE DE MEDICAMENTS	ANTALGIQUES	0	1	1
MODERNES DE PREMIERE INTENTION	AINS	3	5	8
Total		3	6	9

Neuf sur les treize patients (69,23%) avaient engagé une prise en charge avant d'arriver au service de Rhumatologie, parmi lesquels 6 (66,67%) ont choisi l'automédication. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient utilisés dans 88,89%.

Tableau VII : Répartition selon l'évolution des symptômes (n=9)

Evolution	Effectifs	Pourcentage
AMELIORATION	9	100,0
SANS MODIFICATION	0	00,0
AGGRAVATION	0	00,0
Total	9	100,0

La symptomatologie douloureuse était améliorée dans 100% des cas.

Tableau VIII : Répartition selon le mode d'installation de la douleur

Mode d'installation	Effectifs	Pourcentage
BRUTAL	2	15,4
PROGRESSIF	10	76,9
INSIDIEUX	1	7,7
Total	13	100,0

L'installation de la douleur était progressive dans 76,9%.

Tableau IX : Répartition selon l'horaire de la douleur

Horaire	Effectifs	Pourcentage
INFLAMMATOIRE	5	38,5
MECANIQUE	2	15,4
MIXTE	6	46,2
Total	13	100,0

La douleur à caractère mixte représentait 46,2% des cas.

Tableau X : Répartition selon l'évolutivité de la douleur

Période	Effectifs	Pourcentage
AIGUE	1	7,7
CHRONIQUE	12	92,3
Total	13	100,0

La douleur était chronique dans **92,3%** des cas.

Tableau XI : Répartition selon le type d'atteinte articulaire (n=11)

Manifestations articulaires	Effectifs	Pourcentage
ARTHRALGIES	4	36,4
ATHRALGIES ET SYNOVITES	6	54,5
ARTHRALGIES ET TENOSYNOVITES	1	9,1
Total	11	100,0

L'arthralgie a été retrouvée dans **100%** des cas, associée à une synovite dans **54,5%** des cas.

Tableau XII : Répartition selon la symétrie de l'atteinte articulaire (n=11)

Atteinte articulaire symétrique	Effectifs	Pourcentage
OUI	5	45,5
NON	6	54,5
Total	11	100

L'atteinte articulaire était asymétrique dans **54,5%** des cas.

Tableau XIII : Répartition selon le nombre d'articulations atteintes (n=11)

Nombre d'articulations atteintes	Effectifs	Pourcentage
1	1	9,1
12	1	9,1
15	1	9,1
16	1	9,1
17	1	9,1
18	1	9,1
2	1	9,1
22	1	9,1
3	2	18,1
8	1	9,1
Total	11	100,0

Sur les treize patients, onze (**84,62%**) avaient une atteinte articulaire. La moyenne d'articulations atteintes est de 11 avec des extrêmes de 1 et 22.

Tableau XIV : Répartition selon les articulations atteintes (n=11)

		ATTEINTE ARTICULAIRE	
		OUI	Total
EPAULE	OUI	4	4
	NON	7	7
COUDE	OUI	4	4
	NON	7	7
POIGNET	OUI	7	7
	NON	4	4
MCP	OUI	3	3
	NON	8	8
IPP DES MAINS	OUI	3	3
	NON	8	8
IPD DES MAINS	OUI	1	1
	NON	10	10
HANCHE	OUI	4	4
	NON	7	7
GENOU	OUI	6	6
	NON	5	5
CHEVILLE	OUI	7	7
	NON	4	4
MTP	OUI	1	1
	NON	10	10
IPP DES PIEDS	OUI	1	1
	NON	10	10
IPD DES PIEDS	NON	11	11
Total		11	11

Le poignet et la cheville étaient les articulations les plus concernées par l'affection avec un pourcentage de **63,64%** chacune.

Tableau XV : Répartition selon l'atteinte axiale et sa topographie (n=10)

		ATTEINTE AXIALE	
		OUI	Total
CERVICALGIE	OUI	3	3
	NON	7	7
DORSALGIE	OUI	5	5
	NON	5	5
LOMBALGIE	OUI	9	9
	NON	1	1
PYGALGIE	OUI	4	4
	NON	6	6
STERNO-COSTALGIE	OUI	3	3
	NON	7	7
Total		10	10

Dix patients sur treize (**76,9%**) avaient une atteinte axiale. Celle-ci était principalement faite de lombalgie (**9 patients sur 10**).

Tableau XVI : Répartition selon le caractère de la pygalgie (n=4)

Caractère de la pygalgie	Effectifs	Pourcentage
UNILATERALE	0	0,0
BILATERALE	4	100,0
A BASCULE	0	0,0
Total	4	100,0

Quatre patients sur les dix (**40,0%**) présentant une atteinte axiale avaient rapporté une pygalgie. Celle-ci était bilatérale dans tous les cas (**100,0%**).

Répartition selon la déformation rachidienne

Sur les dix patients présentant une atteinte axiale, quatre (**40,0%**) présentaient une déformation rachidienne. La rectitude lombaire, la camptocormie irréductible et l'hypercyphose dorsale constituaient les déformations rachidiennes retrouvées.

Tableau XVII : Répartition selon la durée de dérouillage matinal

		DEROUILLAGE MATINAL		
		OUI	NON	Total
DUREE DE DEROUILLAGE		0	8	8
MATINAL	<45MN	1	0	1
	>45MN	4	0	4
Total		5	8	13

Sur les treize patients, cinq, soit **38,46%**, avaient une notion de dérouillage matinal. Parmi ces derniers, quatre, soit **80,0%**, avaient un dérouillage supérieur à 45 minutes.

Tableau XVIII : Répartition selon le siège de l'enthésite (n=3)

		ENTHESITE		
		OUI		Total
SIEGE DE L'ENTHESITE	TALON	2		2
	GENOU	1		1
Total		3		3

Trois patients sur treize, soit **23,07%**, présentaient une enthésite, dont le siège le plus courant était le talon (**66,67%**).

Tableau XIX : Répartition selon la vitesse de sédimentation

Vitesse de sédimentation	Effectifs	Pourcentage
NORMALE	1	7,7
ELEVEE	12	92,3
Total	13	100,0

La vitesse de sédimentation était élevée dans **92,3%** des cas.

Tableau XX : Répartition selon la protéine C réactive

Protéine C réactive	Effectifs	Pourcentage
NEGATIVE	3	23,1
<50mg	7	53,8
[51-100] mg	1	7,7
>100mg	2	15,4
Total	13	100,0

Sur les treize patients, dix, soit **76,9%**, avaient une CRP positive. Parmi ces derniers, sept, soit **70,0%**, avaient une CRP en dessous de 50 milligrammes.

Tableau XXI : Répartition selon l'infection par le VIH (n=6)

Sérologie VIH	Effectifs	Pourcentage
POSITIVE	2	33,33
NEGATIVE	4	66,67
Total	6	100,0

La sérologie VIH avait été réalisée chez six patients sur treize (**46,15%**). Deux patients sur les six, soit **33,33%**, avaient une sérologie VIH positive, les autres n'ayant probablement pas souhaité l'examen.

Tableau XXII : Répartition selon le bilan immunologique (n=6)

Facteurs rhumatoïdes	Effectifs	Pourcentage
NEGATIF	6	100,0
POSTIF	0	00,0

Anticorps anti CCP	Effectifs	Pourcentage
NEGATIF	6	100,0
POSITIF	0	00,0

Anticorps anti nucléaires	Effectifs	Pourcentage
NEGATIF	5	83,33
POSITIF	1	16,67
Total	6	100,0

Le bilan immunologique avait été réalisé chez six patients sur treize, soit **46,15%** ; parmi lesquels 5, soit **83,33%**, avaient un bilan immunologique négatif.

Tableau XXIII : Répartition selon les manifestations extra-articulaires associées

Signes extra-articulaires		SIGNES EXTRA-ARTICULAIRES ASSOCIES		Total
		OUI	NON	
UVEITE	OUI	1	0	1
	NON	11	1	12
PSORIASIS	OUI	6	0	6
	NON	6	1	7
DIARRHEE	OUI	4	0	4
	NON	8	1	9
RECTORRAGIE	OUI	2	0	2
	NON	10	1	11
PUSTULOSE PALMOPLANTAIRE	OUI	1	0	1
	NON	11	1	12
ACNE	OUI	1	0	1
	NON	11	1	12
URETRITE	OUI	2	0	2
	NON	10	1	11
Total		12	1	13

Douze patients sur treize (**92,31%**) présentaient des signes extra-articulaires associés. Le psoriasis représentait l'atteinte extra-articulaire la plus fréquente (**50,0%**).

Répartition selon les résultats de la radiographie standard rachidienne

Dix patients sur treize avaient réalisé une radiographie rachidienne (76,92%). Parmi lesquels deux (**20,0%**) présentaient des syndesmophytes lombaires, un (**10,0%**) une colonne dorsale en bambou et deux (**20,0%**) un « squaring » des vertèbres.

Tableau XXIV : Répartition selon le stade de l'atteinte des sacro-iliaques à la radiographie standard du bassin de face (n=7)

Atteinte des sacro-iliaques	Effectifs	Pourcentage
AUCUNE	3	42,8
STADE 1 DE FORESTIER	1	14,3
STADE 3 DE FORESTIER	2	28,6
STADE 4 DE FORESTIER	1	14,3
Total	7	100,0

Sept patients avaient réalisé une radiographie de bassin de face (53,85%). L'atteinte des sacro-iliaques, quand elle était présente, était majoritairement révélée au stade 3 de FORESTIER avec un pourcentage de **28,6%**.

Répartition selon les résultats de la radiographie standard des mains et/ou des pieds

Sept patients sur treize (**53,85%**) avaient réalisé une radiographie des mains et/ou des pieds. On a noté une déminéralisation osseuse, qu'elle soit juxta-articulaire, en bande ou diffuse, chez **71,43%** (5/7).

Tableau XXV : répartition selon le diagnostic retenu

Diagnostic retenu	Effectifs	Pourcentage
ARTHRITE REACTIONNELLE	2	15,3
PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE	5	38,5
RHUMATISME DES MICI	1	7,7
RHUMATISME PSORIASIQUE	5	38,5
Total	13	100,0

La pelvispondylite rhumatismale et le rhumatisme psoriasique étaient les types de SpA les plus représentés (38,5%).

Tableau XXVI : Répartition selon la prise en charge instaurée

Prise en charge instaurée		Effectifs	Pourcentage
MEDICAL	OUI	13	100,0
	NON	0	0,0
CHIRURGICAL	OUI	0	0,0
	NON	13	100,0
KINESITHERAPIE	OUI	0	0,0
	NON	13	100,0

La totalité des patients (**100,0%**) avait bénéficié d'un traitement médical. Les médecins n'ont eu recours ni à la chirurgie, ni à la kinésithérapie.

Tableau XXVII : Répartition selon le type de traitement médical instauré

Association médicamenteuse	Effectifs	Pourcentage
AINS+ANTALGIQUES+TRAITEMENT DE FOND	4	30,7
AINS+ANTALGIQUES+TRAITEMENTS LOCAUX	1	7,7
ANTALGIQUES+TRAITEMENTS LOCAUX	1	7,7
TRAITEMENT DE FOND	1	7,7
AINS+ANTALGIQUES	2	15,4
ANTALGIQUES+TRAITEMENT DE FOND	1	7,7
AINS+TRAITEMENT DE FOND	1	7,7
AINS+ANTALGIQUES+TRAITEMENTS LOCAUX+TRAITEMENT DE FOND	2	15,4
Total	13	100,0

Traitements locaux : vaseline à l'urée, AINS en pommade, pommade antalgique, solution antiseptique, pansement, corticoïdes locaux

Autres : corticoïdes oraux, antibiotiques, myorelaxant, calcium+vitamine D3, inhibiteur de la pompe à protons, potassium, co-antalgiques.

L'association « AINS+ANTALGIQUES+TRAITEMENT DE FOND » était la plus employée (**30,7%**) et les médicaments spécifiques (autres) des affections associées.

Tableau XXVIII : Répartition selon le traitement de fond instauré (n=9)

Molécule utilisée	Effectifs	Pourcentage
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE (Immard®)	1	11,11
SULFASALAZINE (Salazopyrine®)	8	88,89
Total	9	100,0

Un traitement de fond avait été instauré chez neuf patients sur treize (69,23%).

Le traitement de fond le plus utilisé était la Sulfasalazine (**88,89%**).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

4. Commentaires et discussion

L'étude a duré six ans et avait pour but principal de décrire les caractères des spondylarthropathies observées dans notre contexte.

Nous pouvons, au terme de notre étude, énumérer les limites et difficultés suivantes :

- L'étude portait sur les patients vus en consultations et/ou hospitalisés dans le service de Rhumatologie du CHU du Point G.
- Le nombre important de dossiers incomplets et/ou en mauvais état donc inexploitable.

➤ Données sociodémographiques

- L'âge

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche [15-25[avec un pourcentage de 46,1 ; une moyenne d'âge de 31,07 ans avec des extrêmes de 7 et 67. Ce résultat est inférieur à ceux de **AWADA H. et al.** [62] et **JABBOURI R. et al.** [63] qui ont retrouvé respectivement un âge moyen de 37,3 ans et 32 ans.

- Le sexe

Les hommes étaient les plus atteints avec un pourcentage de 69,2% pour un sex-ratio de 2,25. Résultat similaire à ceux de **AWADA H.** [62] et **JABBOURI R.**[63] pour qui le sexe masculin est le plus représenté.

- La profession

Les ménagères, les commerçants et les bergers constituaient les principales classes socioprofessionnelles affectées par les spondylarthropathies avec un pourcentage d'environ 15,4% chacune. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces classes sociales sont les plus représentées dans notre contexte.

➤ Données cliniques

- Le motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent, conformément à la littérature, était la polyarthrite asymétrique chronique (23,1%).

- L'attitude du patient

Neuf sur les treize patients (69,23%) avaient engagé une prise en charge avant d'arriver au service de Rhumatologie, parmi lesquels six (66,67%) ont choisi l'automédication. La médication était à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 88,89%.

- La douleur (mode d'installation, horaire, périodicité)

L'installation de la douleur était le plus souvent progressive (76,9%), la douleur était d'horaire mixte dans 46,2% des cas et dans 92,3% des cas, la douleur était chronique.

AWADA H. [62] a retrouvé ce même caractère chronique de la douleur, mais la douleur avait plus une horaire inflammatoire.

- Manifestations articulaires

L'atteinte périphérique était présente chez 84,62% des patients et faite essentiellement d'arthralgie (100%) associée à une synovite dans 54,5%. Les articulations les plus atteintes étaient le poignet et la cheville (63,64%) et de façon asymétrique le plus souvent (54,5%). Nous avons noté la présence de coxite clinique dans 36,4% des cas. Ce résultat est supérieur à ceux de **AWADA H.** [62], **JABBOURI R.** [63] et **GERARD S.** et al. [64] qui trouvent une coxite clinique dans, respectivement, 27,55%, 31,3% et 12% des cas.

- L'atteinte axiale

L'atteinte axiale était présente chez 76,9% des patients. Elle concernait aussi bien tous les segments rachidiens, avec une prédominance lombaire (90%), que les articulations sacro-iliaques (40%) et sterno-costales (30%). Ce résultat est supérieur à ceux de **AWADA H.** [62] et **JABBOURI R.** [63] qui trouvent une atteinte lombaire dans, respectivement, 82,65% et 83,2%. **AWADA H.** [62] et **JABBOURI R.** [63] trouvent une atteinte des sacro-iliaques dans, respectivement, 56,52% et 63,8%, ce qui est supérieur à notre étude.

- Signes extra-articulaires associés

La plupart des patients (92,31%) présentait des signes extra-articulaires. Le psoriasis représentait l'atteinte extra-articulaire la plus fréquente. Ce résultat est similaire à celui de **GERARD S.** [64] pour qui le psoriasis est le signe extra-articulaire le plus présent. Alors que **AWADA H.** [62] retrouve la diarrhée et **JABBOURI R.** [63] retrouve l'uvéite.

- Le dérouillage matinal

Le dérouillage matinal était présent chez 38,46% des patients avec une durée relativement supérieure à 45 minutes. **AWADA H.** [62] trouve un dérouillage matinal dans environ 66,19% des cas.

- L'enthésite

Présente chez pratiquement 23,07% des patients, elle siégeait le plus souvent au talon (66,67%). **AWADA H.** [62] trouve une enthésite dans 54,08% des cas avec un siège prédominant au talon (42,86%). **GERARD S.** [64] par contre, trouve 12% d'enthésite active.

➤ Signes biologiques

- La vitesse de sédimentation sanguine et la CRP

La vitesse de sédimentation sanguine était augmentée dans 92,3% des cas. Résultat inférieur à celui de **AWADA H.** [62] qui trouve une Vitesse de sédimentation élevée chez 100,0% des patients, mais supérieur à celui de **GERARD S.** [64] qui trouve une vitesse de sédimentation élevée dans 66,0% des cas.

La CRP était positive dans 76,9% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de **GERARD S.** [64] qui trouve une CRP positive dans 54,0% des cas.

➤ Signes radiographiques

- L'atteinte des sacro-iliaques à la radiographie standard

Seulement 30,77% des patients présentaient une atteinte des sacro-iliaques à la radiographie, parmi lesquels 75% avaient une atteinte dont le stade était supérieur au stade 2 de **FORESTIER**. Ce résultat est inférieur à ceux de **AWADA H.** [62] et **JABBOURI R.** [63] qui trouvent respectivement 78,02% et 93,2% d'atteinte des sacro-iliaques radiologiquement, avec une atteinte supérieure au stade 2 de **FORESTIER** dans 70,32% des cas pour **AWADA H.** [62]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la radiographie standard ne constitue pas le moyen le plus efficace pour la détection des signes inflammatoires en phase débutante.

- Radiographie rachidienne

Près de soixante-dix-sept pourcent des patients avaient réalisé une radiographie rachidienne (76,92%). Les syndesmophytes et un « squaring »

des vertèbres ont été retrouvés dans 20% des cas. Résultat inférieur à celui de **AWADA H.** [62] qui trouve les syndesmophytes dans 27,66% des cas. La colonne en bambou a été retrouvée dans 10% des cas. Résultat conforme à celui de **AWADA H.** qui trouve une colonne en bambou dans 12,77% des cas.

➤ Diagnostic retenu

- Fréquences respectives de SpA

La spondylarthrite ankylosante était l'affection la plus fréquente avec un pourcentage de 38,5 dans notre étude. Résultat inférieur à ceux de **AWADA H.** [62] et **JABBOURI R.** [63] qui trouvent la spondylarthrite ankylosante comme la plus fréquente avec un pourcentage respectif de 57,14% et 72,5%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, dans notre étude, le rhumatisme psoriasique a été aussi représenté que la spondylarthrite ankylosante avec un pourcentage de 38,5. Notons que le SAPHO et les SpAI n'ont pas été retrouvés dans notre étude.

➤ Attitude thérapeutique

- Traitement instauré

La prise en charge était essentiellement médicale (100,0%) et associait le plus souvent « AINS, ANTALGIQUES, TRAITEMENT DE FOND » (30,7%). La Sulfasalazine constituait le traitement de fond le plus utilisé (88,89%).

CONCLUSION

CONCLUSION

Les spondylarthropathies sont un groupe d'affections encore mal connues au Mali et elles nécessitent une attention particulière en raison de leurs conséquences graves.

Elles concernent surtout l'adulte jeune mais peuvent survenir à tout âge, avec une prédominance masculine. Les ménagères, les bergers et les commerçants étaient les plus affectés.

Elles sont caractérisées le plus souvent par une rachialgie diffuse (lombaire de préférence) avec pygalgie bilatérale. La polyarthralgie est asymétrique chronique, d'installation progressive, d'horaire mixte avec une synovite (poignets et chevilles) dans la majorité des cas.

Les syndesmophytes rachidiennes et la sacroiliite constituent les principaux signes radiographiques.

Le diagnostic précoce et une prise en charge adéquate pourraient améliorer le pronostic des patients.

Cette étude n'a pas de bénéfice direct pour le patient vu son caractère rétrospectif. Elle améliorera la démarche diagnostique des praticiens et une meilleure information des populations concernant cette maladie.

RECOMMANDATIONS

Recommandations

Au terme de notre étude, nous pouvons formuler les recommandations suivantes :

+ Aux autorités chargées de la santé

- Mettre l'accent sur l'amélioration et l'approvisionnement des structures sanitaires en outils performants d'imagerie pour le diagnostic précoce des spondylarthropathies (IRM, scintigraphie, ...)
- Assurer la formation de personnels à l'utilisation de ces outils d'imagerie
- Assurer la subvention de certaines analyses (HLA B27) utiles pour le diagnostic des spondylarthropathies, et des nouvelles thérapies (biothérapie) permettant une meilleure prise en charge de ces affections.

+ Au personnel de santé

- Informer et sensibiliser les patients sur la nécessité d'une prise en charge adéquate précoce des spondylarthropathies afin d'éviter les complications qui peuvent être irréversibles
- Orienter les patients vers un spécialiste le plus tôt possible
- Assurer un suivi rigoureux et régulier des patients atteints de spondylarthropathies

+ Aux patients

- Consulter devant toute douleur rachidienne et/ou polyarticulaire persistante
- Respecter rigoureusement les prescriptions du médecin
- Honorer les rendez-vous des soins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

- 1- Collège Français des Enseignants en Rhumatologie**
- 2- PICOZZI M, WEBER M, FREY RA, BAUMBERGER H.** Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) diagnostic précoce et tableau polymorphe de cette maladie ; forum Med Suisse n°10 ; 06 Mars 2002 ; 232
- 3- DOUGADOS M, VAN DER LINDEN S, JUHLIN R, HUITFELDT B, AMOR B, CALIN A, et al.** The European spondylarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1218–27.
- 4- GRAN JT, HUSBY G, HORDVIK M.** Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromso, northern Norway. *Ann Rheum Dis* 1985; 44:359–67.
- 5- BRAUN J, BOLLOW M, REMLINGER G, EGGENS U, RUDWALEIT M, DISTLER A, et al.** Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum* 1998; 41:58–67.
- 6- HOENEN-CLAVERT V.** Détermination des critères IRM de sacro-iliite pour le diagnostic précoce et l'évaluation de l'activité dans les spondylarthropathies. Thèse Med, Fac Med de Nancy, 2005
- 7- GRAN JT, HUSBY G.** The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Semin Arthritis Rheum* 1993; 22(5) :319-334
- 8- SARAUX A, GUEDES C, ALLAIN J, DEVAUCHELLE V, VALLS I, LAMOUR A, GUILLEMIN F, YOUINOU P and LE GOFF P.** Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthropathy in Brittany, France. *Société de Rhumatologie de l'Ouest. J Rheumatol* 1999; 26 : 2622-2627
- 9- AMOR B, DOUGADOS M, MIJIYAWA M.** Critères de classifications des spondylarthropathies. *Rev Rhum* 1990; 57 :87-89
- 10- PALM O, MOUM B, JAHNSEN J, GRAN JT.** Prevalence of ankylosing spondylitis and other spondyloarthropathies among patients with inflammatory bowel disease: a population study (the IBSEN study). *J Rheumatol* 2002; 29:511-515
- 11- MICELI-RICHARD C, ZOUALI H, SAID-NAHAL R, LESAGE S, MERLIN F, DETOMA C, BLANCHE H, SAHBATOU M, DOUGADOS M, THOMAS G, BREBAN M, HUGOT JP;** Groupe Français d'Etude Génétique des Spondylarthropathies. Significant linkage to spondyloarthropathy on 9q 31-34. *Hum Mol Genet.* 2004 1;13: 1641-1648
- 12- GAUCHER A, PERE P, REGENT D, GRANDHAYE P, AUSSÉDAT R, VIVARDT.** Spondylarthropathies ou polyarthroses ossifiantes. Arguments scintigraphiques et scanographiques. *Rev Rhum* 1987; 54 :243-248
- 13- MCGONAGLE D, MARZO-ORTEGA H, BENJAMIN M, EMERY P.** Report on the second international Enthesitis workshop. *Arthritis Rheum* 2003; 48 : 896-905
- 14- BADELON I.** Oeil et spondylarthropathies. *La Revue du Praticien* 1999; 49 : 1995-1998
- 15- GUILLOT B.** Psoriasis. *La Revue du Praticien* 1999 ; 49 : 1473-1 479

- 16- **ASUMALAHTI K, AMEEN M, SUOMELA S, HAGFORSEN E, MICHAELSSON G, EVANSJ, MUNRO M, VEAL C, ALLEN M, LEMAN J, DAVID BURDEN A, KIRBY B, CONNOLLYM, GRIFFITHS CE, TREINBATH RC, KERE J, SAARIALHO-KERE U, BARKER JN.** Genetic analysis of PSORS 1 distinguishes guttate psoriasis and palmoplantar pustulosis. *J Invest Dermatol.* 2003 ; 120 : 627-632
- 17- **CHAMOT AM, BENHAMOU CL, KAHN MF, BERANECK L, KAPLANG, PROST A.** Le syndrome pustulose hyperostose osteite (SAPHO). Résultats d'une enquête nationale: 85 observations. *Rev Rhum* 1987;54 : 187-196
- 18- **LEIRISALO-REPO M, TURUNEN U, STENMAN S, HELENIUS P, SEPPALA K.** High frequency of silent inflammatory bowel disease in spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1994; 37 :23-31
- 19- **O'NEILL TW, BRESNIHAN B.** The heart in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 1992; 5 1 :705-706
- 20- **STROBEL ES, FRITSCHKA E.** Renal diseases in ankylosing spondylitis: review of the literature illustrated by case reports. *Clin Rheumatol.* 1998; 17:524-530
- 21- **CLAUDEPIERRE P.** Evolution et pronostic In : La spondylarthrite/coord.par M. Breban. Paris : John Libbey Eurotext, 2004 ; 85-92
- 22- **DE KAYSER F, KRUIHOF E, BAETEN D.** Abstract inv 2.2 Fourth International Congress on Spondylarthropathies Clinical and Experimental Rheumatology 2004 ; 22 (5) : 658
- 23- **PERE P, TOUSSAINT F, LOEUILLE D.** Imagerie du Rhumatisme Psoriasique. *Rev Rhum* 2002; 69 : 661 -672
- 24- **GAUCHER A, PERE P, GILLET P.** Calcifications et ossifications tendineuses multiples. *Rev Prat* 1991 ; 18 :1637-1643
- 25- **MICHET CJ, MASON TG, MAZLUMZADEH M.** Hip joint disease in psoriatic arthritis: risk factors and natural history. *Ann Rheum Dis.* 2005 Ju1;64(7) : 1068-1070
- 26- **BYWATERS EG, DIXON AS.** Paravertebral ossification in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1965; 24 : 313-331
- 27- **CHARDON-OIZEL Lise Marie.** Les Lésions destructrices disco-vertébrales des spondylarthropathies: apport de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire. *Th. Méd. Nancy* 1 : 1990.
- 28- **TOUSSIROT E, DUPOND JL, WENDLING D.** Spondylodiscitis in SAPHO syndrome. A series of eight cases. *Ann. Rheum. Dis* 1997; 56:52-58
- 29- **PERE P, CLEMENT-MARTIG V, REGENT D, JAN C, GILLET P, GAUCHER A.** Arthropathies costovertébrales et costotransversaires au cours des enthésiopathies ossifiantes. *Rachis* 1994 ; 6 : 9-16
- 30- **BATTISTONE MJ, MANASTER BJ, REDA DJ, CLEGG DO.** Radiographic diagnosis of sacroiliitis--are sacroiliac views really better? *J Rheumatol.* 1998; 25 :2395-401
- 31- **AMOR B.** Le concept des Spondylarthropathies. *Revue du Praticien (Paris)* 1989; 39 : 1465-1556

- 32- DOUGADOS M, VAN DER LINDEN S, JUHLIN R, HUITFELDT B, AMOR B, CALIN A, CATS A, DIJKMANS B, OLIVIERI I, PASERO G, et AL.** The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum.* 1991; 34 :1218-1227.
- 33- VAN DER LINDEN S, VALKENBURG HA, CATS A.** Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984; 27:361-368.
- 34- AMOR B, DOUGADOS M, KHAN MA.** Management of refractory ankylosing spondylitis and related spondylarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1995 ; 21 : 117-128
- 35- BOLLOW M, BRAUN J, TAUPITZ M, HABERLE J, REIBHAUER BH, PARIS S, MUTZE S, SEYREKBASAN F, WOLF KJ, HAMM B.** CT-guided intra articular corticosteroid injection into the sacroiliac joints in patients with spondyloarthropathy: indication and follow-up with contrast-enhanced MRI. *J Comput Assist Tomogr.* 1996; 20: 512-521.
- 36- CLEGG DO, REDA DJ, ABDELLATIF M.** Comparison of Sulfasalazine and placebo for the treatment of axial and peripheral articular manifestations of seronegatives spondylarthropathies. *Arthritis and Rheumatism* 1999 ; 42 : 2325-2329
- 37- CLEGG DO.** Comparison of Sulfasalazine and placebo for the treatment of psoriatic arthritis and cutaneous psoriasis. *Arthritis and Rheumatism* 1994 ; 37 (suppl9) : S206
- 38- COMBE B, GOUPILLE P, KUNTZ JL, TEBIB J, LIOTE F, BREGEONC.** Sulfasalazine in psoriatic arthritis : a randomized, multicentre, placebo-controlled study. *British Jour Rheumatol* 1996 ; 35 : 664-668
- 39- TOUSSIROT E, WENDLING D.** Current guidelines for the drug treatment of ankylosing spondylitis. *Drugs.* 1998; 56: 225-40.
- 40- WILLKENS RF, WILLIAMS HJ, WARD JR, EGGER MJ, READINGJC, CLEMENTS PJ, CATHCART ES, SAMUELSON CO JR, SOLSKY MA, KAPLAN SB et al.** Randomized, double-blind, placebo controlled trial of low-dose pulse methotrexate in psoriatic arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 1984 ; 27 : 376-381
- 41- ESPINOZA LR, ZAKRAOUI L, ESPINOZA CG, GUTIERREZ F, JARALJ, SILVEIRA LH, CUELLAR ML, MARTINEZ-OSUNA P.** Psoriatic arthritis : clinical response and side effects to methotrexate therapy. *J Rheumtol* 1992 ; 19 : 872-877
- 42- SPADARO A, RICCIERI V, SILI-SCAVALLI A, SENSI F, TACCARI E, ZOPPINI A.** Comparison of cyclosporine A and methotrexate in the treatment of psoriatic arthritis :a one-year prospectives study. *Clin Exp Rheumatol* 1995 ; 13 (5) : 589-593
- 43- SALVARANI C, MACCHIONI P, OLIVIERI I, MARCHESONI A, CUTOLO M, FERRACCIOLI G, CANTINI F, SALAFFI F, PADULA A, LOVINO C, DOVIGO L, BORDIN G, DAVOLI C, PASERO G, ALBERIGHI OD.** A comparison of cyclosporine, sulfasalazine and symptomatic therapy in the treatment of psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001 ; (28) : 2274-82
- 44- KALTWASSER JP, NASH P, GLADMAN D, ROSEN CF, BEHRENS F, JONESP, WOLLENHAUPT J, FALK FG, MEASE P; TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS STUDY GROUP.** Efficacy and safety of leflunomide in the treatment of Psoriatic arthritis and psoriasis. *Arthritis and Rheumatism* 2004 ; 50 (6) : 1939-1950

- 45- **MAKSYMOWYCH WP, LAMBERT R, JHANGRI GS, LECLERCQ S, CHIU P, WONG B, AARON S, RUSSELL AS.** Clinical and radiological amelioration of refractory peripheral spondyloarthritis by pulse intravenous pamidronate therapy. *J Rheumatol.* 2001 Jan;28(1) : 144-155
- 46- **BRAUN J, BOLLOW M, NEURE L, SEIPELT E, SEYREKBASAN F, HERBST H, EGGENS U, DISTLER A, SIEPER J.** Use of immuno histologic and in situ hybridization techniques in the examination of sacro iliac joint biopsy specimens from patients from ankylosing spondylitis. *Arthritis and Rheumatism* 1995 ; 38 : 499-405
- 47- **AUSTIN LM, OZAWA M, KIKUCHI T, WALTERS IB, KRUEGER JG.** The majority of epidemal T Cells in psoriasis vulgaris lesions can produce type 1 cytokines, IF γ , IL2, TNF α defining TC1 and TH1 effector populations: a type 1 differentiation bias is also measured in circulating blood T cells in psoriatic patients. *Journal of Investi of Dermatol* 1999 ; 113 : 752-759
- 48- **RITCHLIN C, HAAS-SMITH SA, HICKS D, CAPPUCCIO J, OSTERLAND CK, LOONEY RJ.** Patterns of cytokine production in psoriatic synovium. *J Rheumatol* 1998 ; 25 : 1544-1552
- 49- **BRANDT J, KHARIOUZOV A, LISTING J, HAIBEL H, SORENSEN H, RUDWALEIT M, SIEPER J, BRAUN J.** Successful short term treatment of patients with severe undifferentiated spondyloarthritis with the anti-tumor necrosis factor-alpha fusion receptor protein etanercept. *The Journal of Rheumatology* 2004 ; 31 (3) : 531-538
- 50- **BARALIAKOS X, LISTING J, RUDWALEIT M, BRANDT J, SIEPER J, BRAUN J.** Radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis after 2 years of treatment with the tumor necrosis factor {alpha} antibody infliximab. *Ann Rheum Dis.* 2005 ; 64 : 1462-1466
- 51- **BRAUN J, BRANDT J, LISTING J, ZINK A, ALTEN R, GOLDER W, GROMNICA-IHLE E, KELLNER H, KRAUSE A, SCHNEIDER M, SORENSEN H, ZEIDLER H, THRIENE W, SIEPER J.** Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab :a randomised controlled multicentre trial. *Lancet* 2002; 359: 1187-1193
- 52- **MEASE PJ, GOFFE BS, METZ J, VANDERSTOEP A, FINCK B, BURGE DJ.** Etanercept in the treatment of psoriatic arthritis and psoriasis :a randomised trial. *Lancet* 2000; 29; 356:385-390.
- 53- **CALIN A, GARRETT S, WHITELOCK H, KENNEDY LG, O'HEA J, MALLORIEP, JENKINSON T.** A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis :the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol.* 1994; 21:2281-2285.
- 54- **GARRETT S, JENKINSON S, KENNEDY LG, WHITELOCK H, GAISFORD P, CALIN A.** A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis :the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol.* 1994; 21 :2286-2291.
- 55- **KOUASSI DJAHA J-M, et AL.** Spondyloarthropathies tardives se présentant sous le masque d'une pseudopolyarthrite rhizomélique. *Rev Med Interne* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2013.01.002>
- 56- **MISSOUNGA L, IBA BAJ, BIGNOUMBA IBOUILIR, NZIENGUI MADJINOUM, MOUSSAVOU KOMBILA J.Y** a-t-il une association entre l'antigène d'histocompatibilité HLA B27 et les spondylarthropathies (SpA) vues à Libreville (Gabon) ?© SFR - Soumission Congrès 2009

- 57- HOUZOU P, ONIANKITAN O, KAKPOVI K, KOFFI-TESSIO V. ES, TAGBOR K. C, FIANYO E, MIJIYAWA M.** [Profil des affections rhumatismales chez 13517 patients ouest africains](#) ; La Tunisie Médicale - 2013 ; Vol 91 (n°01) : 16 – 20
- 58- TRAORE Z.** Prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques chez l'adulte dans le service de Rhumatologie au CHU du Point G. Thèse Med ; FMPOS Bamako ; 2009
- 59- VITAL DURAND D.** Guide pratique des médicaments: DOROSZ. Paris: Maloine; 2010.
- 60- Haute Autorité de santé(HAS).** Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites. Recommandations, 2008.Mise à jour en décembre 2008.Recommandations suspendues en attente d'actualisation.[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/spondylarthrites - recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-11/spondylarthrites_-_recommandations.pdf).
- 61- LANFANT-WEYBEL K, LEQUERRE T, VITTECOQ O.** Anti-TNF alpha in the treatment of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.Presse Med. 2009;38:774-87.
- 62- AWADA H, ABI-KARAM G, BADDOURAL R, OKAISL J, ATTOUI S.** Clinical, radiological, and laboratory findings in Lebanese spondylarthropathy patients according to HLA-B27 status - Joint Bone Spine 2000 ; 67 (in press). Rev Rhum2000 ; 67 : 203-7
- 63- JABBOURI R, MOUDATIR M, LAMRANIF, ECHCHILALIK, ALAOUIF Z, ELKABLI H.** Les spondylarthropathies (étude de 542 cas). Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc. doi:10.1016/j.revmed.2012.03.247
- 64- GERARD S, LE GOFF B, MAUGARS Y, BERTHELOT J-M.** Six-month response to anti-TNF drugs in axial spondylarthropathy according to the fulfilment or not of New-York criteria for ankylosing spondylitis or French recommendations for anti-TNF use. A "real life" retrospective study on 175 patients. Rev Rhum 75 (2008) 1220–1228. doi:10.1016/j.rhum.2008.03.006

ANNEXES

Annexe 1

Fiche de recueil de données

N°.....

A/ DONNÉES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

- 1- Age /...../ ans
- 2- sexe /...../ 1= masculin 2= féminin
- 3- Profession /...../ (.....)
1=cultivateur ; 2=fonctionnaire ; 3=retraité(e) ; 4=commerçant ; 5=profession libérale ; 6=artisan ; 7=élève ; 8=étudiant ; 9=ménagère ; 10=berger ; 11=vétérinaire ; 12=autres (à préciser) ; 13= non précisée
- 4- Résidence /...../ (.....)
1=Bamako; 2=Kayes; 3=Koulikoro; 4=Sikasso; 5=Ségou; 6= Mopti ; 7=Tombouctou 8=Gao 9=Kidal 10= étranger (à préciser) ; 11= non précisée
- 5- Nationalité /...../ (.....) 1=Malienne ; 2= autres (à préciser) ; 3=non précisée
- 6- Référé /...../ 1=oui ; 2=non (venu de lui-même)
- 7- Si oui, par /...../ (.....) 1=médecin ; 2=technicien supérieur de santé ; 3=autres (à préciser) ; 4= non précisé

B/REFERENCES DU MALADE

- 1- Motif de consultation ou d'hospitalisation /...../
- 2- Date d'admission (si patient hospitalisé) /...../
- 3- Date de sortie (si patient hospitalisé) /...../
- 4- Durée d'hospitalisation /...../ semaines

C/DEMARCHE DIAGNOSTIQUE:

I-Antécédents :

1. Médicaux :
 - a. Diarrhée récente (<1mois) /...../ 1= oui ; 2= non
 - b. Balanite récente (<1mois) /...../ 1= oui ; 2= non
 - c. Cervicite récente (<1mois) /...../ 1= oui ; 2= non
 - d. Urétrite récente (<1mois) /...../ 1= oui ; 2= non
 - e. Rectorragie récente (<1mois) /...../ 1= oui ; 2= non
 - f. Uvéite /...../ 1= oui ; 2= non
 - g. VIH /...../ 1= oui ; 2= non
 - h. Hépatites virales /...../ 1=oui (siège à préciser) ; 2=non (.....)
 - i. Psoriasis /..... / 1=oui ; 2=non
 - j. Brucellose /...../ 1=oui ; 2=non
 - k. Entérocolopathie chronique diagnostiquée /...../ 1=oui ; 2=non
 - l. Asthme /...../ 1=oui ; 2=non
 - m. Ulcère gastroduodéal /...../ 1=oui ; 2=non
 - n. Hypertension artérielle /...../ 1=oui ; 2=non

- o. Drépanocytose /...../ 1=oui ; 2=non
 - p. Diabète /...../ 1=oui ; 2=non
 - q. Contage tuberculeux /...../ 1=oui ; 2=non
 - r. Autres/...../ (à préciser) 1=oui ; 2=non
(.....)
- 2. Chirurgicaux (à préciser)/...../
 - 3. Obstétricaux (à préciser)/...../
 - 4. Traumatiques (à préciser) /...../
 - 5. Familiaux à type de :
 - Entérocologie inflammatoire /...../ 1=oui ; 2=non
 - Uvéite /...../ 1=oui ; 2=non
 - Psoriasis /...../ 1=oui ; 2=non
 - Spondylarthropathie /...../ 1=oui ; 2=non
 - Présence de HLA-B27 /...../ 1=oui ; 2=non
 - Autres /...../ 1=oui (à préciser) ; 2=non
(.....)

II- Prise en charge du patient

- 1. Consulter un médecin /...../ 1=oui ; 2=non
- 2. Automédication /...../ 1=oui ; 2=non
- 3. Si médication /...../ 1=médicaments modernes ; 2=médicaments traditionnels ; 3=médicaments modernes et traditionnels
- 4. Si médicaments modernes, lesquels ? /...../ 1=antalgiques ; 2=AINS ; 3=corticoïdes ; 4=autres (à préciser) /...../
- 5. Evolution clinique /...../ 1=amélioration ; 2=sans modification ; 3=aggravation
- 6. Si amélioration, rechute après arrêt de ceux-ci /...../ 1=oui ; 2=non
- 7. Si rechute, combien de temps après arrêt /...../ 1=24h ; 2=48h ; 3=72h et plus

II- Habitudes alimentaires :

- 1. Lait non pasteurisé /...../ 1= oui 2= non
- 2. Alcool /...../ 1= oui 2= non
- 3. Tabac /...../ 1= oui 2= non
- 4. Thé /...../ 1= oui 2= non
- 5. Café /...../ 1= oui 2= non
- 6. Cola /...../ 1= oui 2= non
- 7. Autres (à préciser) /...../ 1=oui ; 2=non (.....)

III/EXAMEN CLINIQUE :

La douleur

- 1. Mode d'installation /...../ 1=Brutal ; 2=Progressif ; 3=Insidieux
- 2. Horaire /...../ 1=inflammatoire ; 2=mécanique ; 3=mixte
- 3. Périodicité /...../ 1=<1mois ; 2=<2mois ; 3=<3mois ; 4=3mois et plus
- 4. Intensité selon l'EVA /...../ EVA=0 à 10
- 5. Manifestations articulaires /...../ 1=Arthralgies ; 2=Synovites ; 3=ténosynovites ; 4=Autres (à préciser) (.....)

Préciser l'articulation « gâchette » (c'est-à-dire la 1^{ère} atteinte)

.....

6. Facteur(s) déclenchant(s) /...../ 1=oui (à préciser) ; 2=non
(.....)
7. Synovite /...../ 1= oui (siège) ; 2= non (.....)
8. Nombres d'articulations atteintes (siège à préciser) /...../
Grosses articulations
Epaule droite gauche
Coude droit gauche
Poignet droit gauche
Hanche droite gauche
Genou droit gauche
Cheville droite gauche
Petites articulations
Carpe droit gauche
MCP droit gauche
IPP (main) droit gauche
IPD (main) droit gauche
Tarse droit gauche
Métatarse droit gauche
MTP droit gauche
IPP droit gauche
9. Atteinte articulaire symétrique /...../ 1=oui ; 2=non
10. Impotence fonctionnelle /...../ 1=oui (siège) ; 2=non
(.....)
11. Déformation /...../ 1=oui (siège) ; 2=non
(.....)
12. Atteinte axiale /...../ 1=oui ; 2=non
Cervicalgie /...../ 1=oui ; 2=non
Dorsalgie /...../ 1=oui ; 2=non
Lombalgie /...../ 1=oui ; 2=non
Sterno-costale /...../ 1=oui ; 2=non
13. Déformation rachidienne /...../ 1=oui ; 2=non
Hyperlordose /...../ 1=oui (siège) ; 2=non (.....)
Hypercyphose /...../ 1=oui (siège) ; 2=non (.....)
Scoliose /...../ 1=oui ; 2=non
Inversion de la courbure /...../ 1=oui (siège) ; 2=non (.....)
14. Raideur rachidienne
 - a. Indice de Schöber /...../ (en cm)
 - b. Inflexion douloureuse droite/gauche /...../ 1=oui ; 2=non
 - c. Extension douloureuse /...../ 1= oui ; 2=non
 - d. Flexion douloureuse /...../ 1=oui ; 2= non
 - e. Rotation droite/gauche douloureuse /...../ 1=oui ; 2=non
15. Raideur articulaire /...../ 1= oui (à préciser) ; 2=non
(.....)
16. Dérouillage matinal /...../ 1=oui ; 2=non
17. Si oui, durée /...../ 1=<15mn ; 2=<30mn ; 3=<45mn ; 4=>45mn
18. Enthésite /...../ 1=oui ; 2=non

19. Si oui, le siège /...../ 1=talon ; 2=rachis ; 3=genou ; 4= TTA ; 5=olécrane ; 6=les trochanters ; 7=autres (à préciser)
(.....)
20. Pygalgie /...../ 1=oui ; 2=non
21. Si oui, caractéristique ? /...../ 1=unilatérale ; 2=bilatérale ; 3=à bascule
22. Ampliation thoracique /...../ 1=>4cm ; 2=<4cm
23. Signes viscéraux associés /...../ 1=oui ; 2=non
24. Si oui, lesquels ? /...../ 1=uvéite antérieure ; 2=psoriasis ; 3=balanite ; 4=diarrhées ; 5=rectorragie ; 6=pustulose palmoplantaire ; 7=acné ; 8=urétrite ; 9= cervicite ; 10=autres (à préciser)
(.....)
25. Signes généraux associés /...../ 1=oui (à préciser) ; 2=non
(.....)
26. Etat général /...../ 1= bon ; 2= altéré
27. Poids /...../ (en kg) ; Taille /...../ (en m) ; TA /...../ (en cm Hg) ; IMC /...../ (en kg/m²) ; T° /...../ (en °C)
28. Organomégalie /...../ 1= oui (siège) ; 2=non
(.....)
29. Foyer septique /...../ 1= oui (sièges) ; 2= non
(.....)

IV/EXAMENS PARACLINIQUES REALISES :

❖ Examens biologiques : (le nombre de fois sera précisé)

1. NFS
 - a- Hb /...../ 1= normal ; 2= anémie ; 3= hyperglobulie
 - b- VGM /...../ 1=normocytose ; 2= microcytose ; 3= macrocytose
 - c- CCMH /...../ 1= normochromie ; 2= hypochromie
 - d- GB /...../ 1=normal ; 2=hyperleucocytose ; 3=leucopénie
 - e- Plt /...../ 1=normal ; 2=thrombocytose ; 3=thrombopénie
2. VS : 1H /...../ 1=normale ; 2=élevée et 2H /...../ 1=normale ; 2=élevée
3. CRP /...../ 1= négative ; 2= <50mg ; 3= [51-100mg] ; 4=>100mg
4. Calcémie /...../ 1= normale ; 2= hypocalcémie ; 3= hypercalcémie
5. Uricémie /...../ 1= normale ; 2= hypo uricémie ; 3= hyper uricémie
6. Créatininémie /...../ 1= normale ; 2= élevée
7. ALAT /...../ 1= normal ; 2= moins 1fois normale mais élevé ; 3= 2fois normale ; 4= 3fois normale ; 5= sup à 3 normale
8. ASAT /...../ 1= normal ; 2= moins 1fois normale mais élevé ; 3= 2fois normale ; 4= 3fois normale ; 5= sup à 3 normale
9. PAL /...../ 1= normal ; 2= moins 1fois normale mais élevé ; 3= 2fois normale ; 4= 3fois normale ; 5= sup à 3 normale
10. Gamma GT /...../ 1= normal ; 2= élevé
11. Glycémie /...../ 1= normale ; 2= hypoglycémie ; 3= hyperglycémie
12. Hb A1c /...../ 1= normale ; 2= élevée
13. Sérologie VIH (après consentement éclairé) /...../ 1= positive ; 2= négative
14. Hémoculture /...../ 1= stérile ; 2= septicémie
15. Si septicémie, laquelle ? /...../ (.....)
1=brucellienne ; 2=autres (à préciser)
16. Goutte épaisse /...../ 1= positive ; 2= négative

17. ECBU /...../ 1= stérile ; 2= infection urinaire
18. Si infection urinaire : germe(s).....
Aspect macroscopique /...../ 1=claire ; 2=jaune citrin ; 3=trouble ; 4=autre
Leucocytes /...../ 1=<10000/ml ; 2=>10000/ml
Hématies /...../ 1=<5000/ml ; 2=>5000/ml
Cellules épithéliales /...../ 1=absence ; 2=rare ; 3=nombreuses
Cylindres /...../ 1=absence ; 2=présence
Parasites /...../ 1=absence ; 2=présence (à préciser)
Levures /...../ 1=absence ; 2=présence
Cristaux /...../ 1=absence ; 2=présence
Autres /...../ 1=RAS ; 2=oui (à préciser)
Culture /...../ 1=1colonie ; 2=2 colonies ; 3=>2 colonies
19. ECBC du liquide articulaire : articulation(s).....
 - Aspect macroscopique /...../ 1=jaune citrin ; 2=trouble ; 3=purulent ; 4=hémorragique ; 5=autre
 - Cytologie /...../ 1=<1000 éléments ; 2=>1000 éléments
 - Bactériologie /...../ 1=septique (germe à préciser) ; 2=aseptique (.....)
20. ECBC du LCR /...../ 1= stérile ; 2= infection
21. Protéinurie de 24h /..... / 1= normale ; 2= élevée
22. Facteurs rhumatoïdes
 - a- Waaler rose /...../ 1=négatif ; 2= positif
 - b- Latex /...../ 1=négatif ; 2=positif
23. Anti CCP /...../ 1= négatif ; 2= positif
24. Ac anti nucléaires /...../ 1= négatif ; 2= positif
25. TPHA ; VDRL /...../ 1= TPHA+ VDRL- ; 2= TPHA+ VDRL+ ; 3= TPHA- VDRL+ ; 4= TPHA-VDRL-
26. Protidogramme /..... / 1= normal ; 2= pic monoclonal (type à préciser) ; 3= pic polyclonal (.....)
27. Electrophorèse de l'hémoglobine /...../ 1=hémoglobinopathie (profil à préciser) ; 2=pas d'hémoglobinopathie (.....)
28. Myélogramme /...../ 1= normal ; 2= myélome
29. Autres à préciser..... /

❖ **Radiographiques :**

1. **Radiographie standard :**

- a. Rachis (siège et incidence à préciser)
(.....)
 - Pincement de l'interligne /...../ 1=oui ; 2=non
 - Déminéralisation /...../ 1=oui ; 2=non
 - Condensation sous chondrales /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ostéophytose /...../ 1=oui ; 2=non
 - Erosion /...../ 1=oui ; 2=non
 - Géodes sous chondrales /...../ 1=oui ; 2=non
 - Tassements vertébraux /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ankylose inter-apophysaire postérieure /...../ 1=oui ; 2=non
 - Images en « colonne de bambou » /...../ 1=oui ; 2=non

- Images en « rails de Tramway » /...../ 1=oui ; 2=non
 - Syndesmophytes /...../ 1=oui ; 2=non
 - Squaring /...../ 1=oui ; 2=non
 - Signe de Romanus /...../ 1=oui ; 2=non
 - Tuméfaction des parties molles /...../ 1=oui ; 2=non
 - Autres /...../
- b. Bassin de face
- Elargissement de l'interligne des SI /...../ 1=oui ; 2=non
 - Flou de l'interligne des SI /...../ 1=oui ; 2=non
 - Irrégularité des berges des SI /...../ 1=oui ; 2=non
 - Condensation des berges /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ankylose /...../ 1=oui ; 2=non
 - Pincement de l'interligne coxofémoral /...../ 1=oui ; 2=non
 - Condensation du toit acétabulaire /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ostéophytose /...../ 1=oui ; 2=non
 - Déminéralisation /...../ 1=oui ; 2=non
 - Tuméfaction des parties molles /...../ 1=oui ; 2=non
 - Géodes /...../ 1=oui ; 2=non
 - Autres /...../
- c. Thorax de face /...../
- d. Epaules /...../
- e. Mains et/ou pieds de face
- Arthrite érosive d'une IPD /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ostéolyse IP /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ankylose IP /...../ 1=oui ; 2=non
 - Périostite juxta-articulaire /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ostéopériostite de la phalangette /...../ 1=oui ; 2=non
 - Erosion du talon /...../ 1=postérieure ; 2=inférieure ; 3=non
 - Epine calcanéenne /...../ 1=oui ; 2=non
 - Apposition périostée /...../ 1=oui ; 2=non
 - Autres /...../
- f. Rx genoux F/P
- Pincement de l'interligne tibio-fémoral /...../ 1=oui ; 2=non
 - Condensation sous chondrale /...../ 1=oui ; 2=non
 - Déminéralisation /...../ 1=oui ; 2=non
 - Ostéophytose /...../ 1=oui ; 2=non
 - Géodes /...../ 1=oui ; 2=non
 - Tuméfaction des parties molles /...../ 1=oui ; 2=non
 - Autres /...../
- g. Autres à préciser /...../
2. **Echographie :**
- a. Articulaires (siège) /...../
 - b. Abdomino-pelviennes /...../
 - c. Cardiaque /...../
 - d. Parties molles (siège) /...../
3. TDM simple (siège) /...../
4. Myélo TDM (siège) /...../
5. Ostéodensitométrie /...../

6. IRM /...../

C- Explorations fonctionnelles :

1. ECG /...../

2. ERG et EOG /...../

3. EFR /...../

4. Echo Döppler (siège) /...../

D- Autres à préciser /...../

V/DIAGNOSTIC :

1. Diagnostic retenu/

2. Score selon les critères de B. Amor /...../

3. Concordance motif d'admission et diagnostic retenu /...../ 1= oui 2=non

4. Affection(s) associée(s) /...../ 1=oui ; 2=non

5. Si oui (à préciser) /...../

VI/TRAITEMENT :

1. Médicamenteux /...../ 1=oui ; 2=non

2. Si oui, lesquels /..... / 1=AINS ; 2=Antalgiques ; 3=Traitements locaux (à préciser) ; 4=Traitements de fond (à préciser) ; 5=Autres (à préciser)

(.....
.....
.....)

3. Traitement chirurgical /...../ 1=oui (à préciser) ; 2= non

(.....)

4. Kinésithérapie /...../ 1= oui (à préciser) ; 2= non

(.....)

VII/SUIVI :

1. Suivi clinique

a. Intensité de la douleur selon l'EVA /...../

b. Nombre de réveils nocturnes /...../ 1=0 ; 2=1 ; 3=2 ; 4=3 et plus

c. Indice de Schöber /...../ (en cm)

d. Ampliation thoracique /...../ (en cm)

e. Nombre d'articulations douloureuses /...../ lesquelles ?

(.....)

f. Nombre d'articulations tuméfiées /...../ lesquelles ?

(.....)

g. Nombre d'enthèses douloureuses /...../ lesquelles ?

(.....)

h. Signes extra-articulaires /...../ 1=Psoriasis ; 2=Uvéite ; 3=Maladie inflammatoire digestive ; 4=Autres ; 5=RAS

i. Score BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) /...../

j. Score BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) /...../

k. Score ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) /...../

2. Suivi biologique

- a. VS : 1H/...../ 1=normale ; 2=élevée et 2H/...../ 1=normale ; 2=élevée
CRP/...../ 1=négative ; 2=<50mg ; 3= [51-100mg] ; 4=>100mg

Annexe 2

Critères diagnostiques des Spondylarthropathies selon B. 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 \geq 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

**Diagnostic : score supérieur à 6 points*

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CYRILLE EFANG MBASSI

Prénoms : Ebéni-Junior

Adresse mail : cyrillejunior@gmail.com



Titre de la thèse : Les spondylarthropathies : aspects épidémiologiques, cliniques et radiographiques dans le service de Rhumatologie au CHU au Point G-Bamako [du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2013]

Année académique : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako (République du Mali)

Pays d'origine : République du Cameroun

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteurs d'intérêt : Rhumatologie

RESUME

L'objectif de cette étude était de décrire les caractères généraux des spondylarthropathies observées dans le service de rhumatologie du CHU du point G.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée au sein du dit service sur une période de six ans allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 décembre 2013, incluant tous les patients vus en consultation et/ou hospitalisés dans le service chez qui le diagnostic de spondylarthropathie avait été retenu selon les critères de B. AMOR. Les paramètres étudiés étaient sociodémographiques, cliniques et radiographiques

L'étude a porté sur 13 cas, le sexe masculin étant représenté avec 69,2% pour un sex-ratio de 2,25. La tranche d'âge majoritaire était de [15-25[avec 46,1%, pour une moyenne de 31,07 ans.

L'atteinte axiale était présente dans 76,9% des cas avec une prédominance lombaire (90%), associée à une atteinte périphérique (84,62%) faite essentiellement de polyarthralgie. La douleur était chronique dans 92,3% des cas et d'horaire mixte prédominante (46,2%).

Les syndesmophytes rachidiennes (20%) et la sacro-iliite (30,77%) représentaient les principales atteintes radiographiques.

La pelvispondylite rhumatismale et le rhumatisme psoriasique étaient les affections les plus fréquentes avec un pourcentage de 38,5 chacune.

Mots clés : spondylarthropathies, rhumatologie, Bamako

INFORMATIONAL SHEET

Name: CYRILLE EFANG MBASSI

First Name: Ebéni-Junior

Mail box: cyrillejunior@gmail.com



Title of the thesis: Spondylarthropathies: epidemiological, clinical and radiographic aspects in the department of rheumatology in the teaching hospital of Point G-Bamako [from the 1st January 2008 to the 31st December 2013].

Academic year: 2013-2014

Town of graduation: Bamako (Republic of Mali)

Country of chargeability: Republic of Cameroon

Place of deposit: Library of the faculty of Medecine and Odontostomatology of Bamako

Sector of interest : Rheumatology

SUMMARY

The aim of this study was to describe general characteristics of spondylarthropathies observed in the department of rheumatology of the teaching hospital of Point G.

It was a descriptive and retrospective study made in the department of rheumatology on a 6 years period, from 1st January 2008 to 31st December 2013, including all patients received in consultation and/or hospitalized in the department from who the diagnosis of spondylarthropathy was confirmed, using B. ARMOR criteria. The studied parameters were sociodemographic, clinical and radiographic.

The study was on 13 cases, the male gender was about 69.2% of the total, for a sex ratio of 2.25. The dominant age range was [15-25[with a percentage of 46.1%, for a mean age of 31.07 years.

The axillary disorder was present in 76.9% of the total cases with a lumbar predominance (90%), associated to a peripheral disorder (84.2%) essentially made of polyarthralgia. The pain was chronic in 92.3 % of the total cases, essentially made of mixed schedule pain (46.2%).

Spinal syndesmophytis (20%) and sacro-iliitis (30.77%) represented the main radiographic lesions.

The rheumatismal pelvispondylitis and the psoriatic rheumatism were the most frequent diseases, each with a percentage of 38.5%.

Key words: spondylarthropathies, rheumatology, Bamako



En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je donnerai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !