ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES

LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN.

MEMOIRE

Présenté par:
Docteur BERRADA KHADIJA
Née le 08 Décembre 1980 à Fès.

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
Option :
RHUMATOLOGIE

Sous la direction de :
Professeur HARZY Taoufik

Mai 2014

Sommaire

I- Introduction 9
II- Patients et méthodes 12
1- Patients 12
1.1- Nature de l'étude 12
1.2- But de l'étude 12
1.3- Population de l'étude 12
2- Méthodes 12
2.1- Fiche d'exploitation 13
2.2- Analyse statistique 13
III- Résultats 17
III.1- Partie 1 : étude descriptive 17
A- Caractères sociodémographiques 17
1. Sexe 17
2. Age 17
3. Répartition géographique 17
4. Situation professionnelle 18
5. Niveau d'instruction 18
B- Antécédents des patients 18
1. Antécédents personnels 18
2. Antécédents familiaux 20
C- Les caractéristiques cliniques des MICI 20
1. Profil de MICI 20
2. Topographie des lésions 21
2.1- Maladie de Crohn 21
2.2- RCH 22
3. Age de diagnostic 22
4. Motifs d'admission 22
5. Formes cliniques 23
D- Manifestations articulaires 24
1. Fréquence de l'atteinte articulaire 24
1.1. Fréquence selon l'âge 24
1.2. Fréquence selon le sexe 25
1.3. Fréquence selon le type de MICI 25

2. Délai d'apparition 26
3. Forme d'atteinte articulaire 26
4. Manifestations axiales 27
4.1. Rachialgies inflammatoires 27
4.2. Fessalgies 27
4.3. Enthésopathies 28
5. Manifestations périphériques 28
5.5. Arthralgies 28
5.6. Arthrites 28
5.7. Dactylites 29
E- Caractéristiques biologiques 29
1. Bilan inflammatoire 29
2. Analyse du liquide articulaire 30
3. Profil sérologique 30
F- Caractéristiques radiologiques 30
1. Radiographie du bassin 30
2. Radiographie du rachis 31
3. Radiographie des articulations symptomatiques 31
G- Spondylarthropathies et MICI 32
H- Traitement 32
1. Traitement médical 32
1.1. Traitement symptomatique 32
1.1.1. Antalgiques 32
1.1.2. AINS 32
1.1.3. Corticoïdes 32
1.2. Traitement de fond 32
1.2.1. Dérivés 5-amino-salicylés 32
1.2.2. Immunosuppresseurs 34
1.2.3. Biothérapie 34
1.3. Autres 34
2. Traitement chirurgical 35
I- Evolution 35
III.2- Partie 2 : étude analytique 37

IV- Discussion 41
IV.1 Epidémiologie 41
IV.1.1 fréquence des MICI 41
a. Variation selon le sexe 42
b. Variation selon l'âge 43
IV.1.2 fréquence des manifestations articulaires 44
IV.1.3 facteurs de risque d'atteinte articulaire 44
IV.2 Manifestations articulaires 45
IV.2.1. Rhumatismes axiaux 45
a. Spondylarthropathies liées aux MICI 46
b. Sacroiliite isolée 46
IV.2.1. Manifestations articulaires périphériques 48
IV.3 Traitement et évolution 50
IV.3.1. Atteinte articulaire axiale 50
IV.3.2. Atteinte articulaire périphérique 51
V- Conclusion 53
Résumé 54
Bibliographie 57
Annexes 64

ABREVIATIONS

- Â : Âge
- ACR : American college of rheumatology
- 5-ASA : Dérivés 5 aminosalicylés
- AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ATCD : Antécédents
- AZA : azathioprine
- CARD15 : Caspase recruitement domain-containing protein 15
- CD : Crohn's disease
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- COX2 : Cyclo-oxygénase 2
- CRP : protéine C réactive
- DCI : Dénomination commerciale internationale
- ESR : Erythrocyte Sedimentation Rate
- ESSG : European Spondylarthropathy Study Group
- F : Femme
- F° : Fièvre
- Fr : Fracture
- FR : Facteur Rhumatoïde
- GB : Globules blancs
- IBD : Inflammatory bowel disease
- IV : Intraveineuse
- IR : Intra-rectale
- MC : Maladie de Crohn
- MICI :Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- MP : Méthylprednisolone
- MTX : Méthotrexate
- N : Effectif
- Nbr : Nombre
- NFS : Numération formule sanguine
- NOD2 : Nucleotide-binding oligomerization domain-containing protein 2
- NSAD : Non steroidal anti-inflammatory drugs

- **v** NYM : Critères de New York modifiés
- **v** OR : Odds ratio
- **v** PR : Polyarthrite rhumatoïde
- **v** RCH : Rectocolite hémorragique
- **v** RIC : Rhumatisme inflammatoire chronique
- **v** ROC : Receiver Operating Characteristics
- **v** Sd : Syndrome
- **v** SI : Sacroiliite
- **v** SP : Spondylarthropathies
- **v** SpA : Spondylarthrite ankylosante
- **v** Sx : Signe
- **v** TNFα : Tumor necrosis factor alpha
- **v** UC : Ulcerative colitis
- **v** VO : Voie orale
- **v** VS : Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

I. Introduction :

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, plus connues sous l'acronyme MICI, regroupent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). Leur origine est inconnue, mais dans certain nombre de cas une prédisposition génétique peut être retrouvée.

Les manifestations extra-digestives des maladies inflammatoires chroniques sont fréquentes et multiples, plus de 130 manifestations systémiques ont été rapportées. [1,2]

Les manifestations articulaires représentent les atteintes extradigestives les plus fréquentes qui ont, ces dernières années, attiré l'attention des praticiens qui prennent en charge les patients porteurs de ces enterocolopathies, elles se répartissent en deux groupes : l'atteinte axiale et l'atteinte périphérique.

Elles sont parfois plus préoccupantes que l'entérocolite elle-même et nécessitent une prise en charge plus précoce et adéquate, afin d'éviter les complications redoutables qu'elles peuvent donner. En effet, les thérapeutiques nouvelles permettent à présent une remarquable efficacité de ces nouvelles molécules, ainsi de modifier la prise en charge et de diminuer le recours aux corticoïdes à forte dose dont la tolérance et l'acceptabilité par les malades sont mauvaises.

Notre étude est une étude transversale menée dans les services de rhumatologie et de gastroentérologie au sein du CHU Hassan II de Fès.

L'objectif de notre travail est de préciser chez un groupe de MICI la fréquence des manifestations articulaires, décrire le profil clinique et radiologique de ces atteintes, déterminer les facteurs de risque de survenue de ces atteintes, préciser les particularités de la population marocaine et de comparer nos résultats avec ceux des différentes séries publiées, à fin d'en tirer des conclusions pouvant aider à l'amélioration de la prise en charge de nos malades.

PATIENTS

ET METHODES

II. Patients et méthodes :

1. Patients :

1.1. Nature de l'étude :

Notre étude est une étude transversale menée dans les services de rhumatologie et de gastroentérologie au sein du CHU Hassan II de Fès sur une période de 3ans allant d'Avril 2009 à Octobre 2012.

1.2. But de l'étude :

Préciser chez un groupe de MICI la fréquence des manifestations articulaires, décrire le profil clinique, biologique et radiologique de ces atteintes et déterminer les facteurs de risque de survenue de ces manifestations articulaires.

1.3. Population d'étude :

Nous avons inclus dans notre étude tous les cas de colites inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn : MC ou rectocolite hémorragique: RCH) dont le diagnostic était retenu sur des arguments cliniques, endoscopiques, histologiques et évolutifs.

2. Méthodes :

Cent quarante neuf patients ont été inclus dans l'étude. Des consultations spécialisées de rhumatologie ont été réalisées systématiquement à la recherche de manifestations rhumatologiques. Tous les patients ont bénéficiés d'un interrogatoire minutieux, d'un examen ostéo-articulaire, d'un bilan radiologique comportant une radiographie des sacro-iliaques de face, une radiographie de la charnière dorso-lombaire face et profil, une radiographie du rachis lombaire, une radiographie du rachis cervical et une radiographie de l'articulation atteinte selon la plainte fonctionnelle. Le bilan biologique a comporté une numération formule sanguine (NFS) et une vitesse de sédimentation (VS), le dosage de C-réactive protéine (CRP), facteur rhumatoïde (FR) et la recherche d'HLA B27. Le recueil des données a été

réalisé grâce à une fiche analytique relevant les caractéristiques démographiques des patients : âge et sexe, les caractéristiques de l'entérocolopathie inflammatoire: type, ancienneté de la maladie chiffrée en ans, siège et étendue de l'atteinte, nombre de poussées et les caractéristiques de l'atteinte articulaire : signes fonctionnels axiaux et périphériques, examen physique et résultats des examens radiologiques et biologiques.

Les facteurs de risque étudiés étaient l'âge, le sexe, le type de MICI, l'ancienneté de la maladie, la topographie de l'atteinte intestinale et son étendue, le nombre de poussées, la VS et la CRP.

2.1. Fiche d'exploitation :

2.2. Analyse statistique :

Les données ont été saisies au moyen du logiciel Excel puis analysées à l'aide du logiciel Epi info 2007 en deux étapes :

- la première étape consistant en une description globale de la population étudiée et des différentes données.

- la deuxième étape : une analyse bi variée.

Les comparaisons de 2 moyennes sur séries indépendantes ont été effectuées au moyen du test de Student pour séries indépendantes. La comparaison de pourcentages sur séries indépendantes ont été effectuées par le test du chi- deux de Pearson, et en cas de non validité de ce test par le test exact bilatéral de Fisher.

Les liaisons entre 2 variables quantitatives ont été étudiées par le coefficient de corrélation de Pearson, et en cas de non validité par le coefficient de corrélation des rangs de Spearman. La recherche des facteurs de risque a été effectuée en calculant l'Odds ratio. Pour la détermination du seuil auquel il faut « couper » la variable quantitative, nous avons établi des courbes ROC (Receiver Operating Characteristics). Après avoir vérifié que l'aire sous la courbe est significativement

>0,500, nous avons choisi comme seuil la valeur de la variable qui correspond au meilleur couple « sensibilité - spécificité». Afin d'identifier les facteurs de risque directement liés à l'événement, nous avons conduit une analyse multi variée en régression logistique. La régression logistique a permis de calculer pour chaque facteur directement lié à l'événement un Odds ratio ajusté, faisant ressortir le rôle propre du facteur. Dans tous les tests statistiques, le seuil de signification a été fixé à 0,05.

RESULTATS

PARTIE 1 :

ETUDE DESCRIPTIVE

III. Résultat :

III.1- Partie 1 : étude descriptive

A. Caractères sociodémographiques :

1. Le sexe :

Cette étude a concerné 149 patients atteints de MICI, dont 90 femmes (60,4%) et 59 hommes (39,6%) avec un sexe ratio F/ H de 1,5.

2. L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans avec des extrêmes allant de 15 à 75 ans.

Nous avons étudié la répartition de nos patients selon 3 tranches d'âge. Dans 67,11% des cas (n= 100), les patients étaient entre 20ans et 49 ans.

Tableau 1 : Répartition du nombre de cas selon la tranche d'âge.

Age	Effectif	Homme	Femme	Pourcentage (n=149)
Age< 20ans	11	6	5	7,4%
20≤âge≤49ans	100	36	64	67,11%
Age≥50ans	38	17	21	25,5%

3. Répartition géographique :

Nous avons pu, grâce aux données de l'anamnèse, déterminer le milieu d'origine et le lieu de résidence actuel de nos patients afin de décrire leur profil démographique.

Nous avons recensé une majorité de 87,2% de cas originaires de milieu urbain (n=130) et 12,8% de nos patients étaient de milieu rural (n=19).

4. Situation professionnelle :

Nous nous sommes intéressés au profil professionnel de nos patients. La majorité est sans profession 50,3% (n=75). Par contre, 54 patients (36,2 %) sont actifs (deux agriculteurs, six journaliers, six cadres, vingt-huit employés et douze pratiquant une fonction libérale). Un patient retraité (0,7%) et dix neuf patients sont étudiants (12,8%) se trouvent dans notre série.

5. Niveau d'instruction :

Nous avons recensé une majorité de 75,8% (n=113) qui sont scolarisés : 19,5% avaient fait des études primaires, 27,5% avaient suivi des études secondaires et 28,9% avaient suivi un cursus universitaire. Par ailleurs 36 patients de notre série (24,2%) sont analphabètes.

B. Antécédents des patients :

1. Antécédents personnels :

Grâce aux données anamnestiques, nous avons déterminé des antécédents personnels chez 81 patients (54,4%) et 68 malades (45,6%) n'avaient aucun ATCD pathologiques.

1.1. Gastro-intestinaux :

Vingt neuf malades de notre série avaient des antécédents gastro-intestinaux dont 16 avaient un antécédent d'ulcère gastrique, 8 patients ont eu une maladie hémorroïdaire, un patient était traité pour une occlusion intestinale, un autre avait un antécédent de maladie coeliaque et 3 malades ont la notion de tuberculose intestinale.

1.2. Cardio-vasculaires :

Des antécédents cardiovasculaires sont notés chez 2,7% de nos patients, dont quatre cas d'hypertension artérielle (HTA), sans aucun cas de cardiopathie.

1.3. Endocriniens :

Dans notre série, deux patients étaient diabétiques (DID), deux avaient une dysthyroïdie et un autre qui a une dyslipidémie.

1.4. Antécédents infectieux :

Nous avons retrouvé la notion de la tuberculose chez 6 malades dont 2 de type intestinale, 2 pleuro-pulmonaire, 1 cutané et un autre malade ayant une tuberculose bifocale (intestinale et pleuro-pulmonaire).

Notre série comporte aussi un patient suivi pour une hépatite infectieuse de type HVB, 3 patients avaient l'antécédent de syphilis et un autre la leishmaniose viscérale.

1.5. Chirurgicaux :

Nous avons pu, grâce aux données anamnestiques, de préciser les antécédents chirurgicaux de nos patients, qui sont essentiellement dominés par les pathologies digestives (20 patient soit 13,4% dont 10 cas d'appendicectomie, deux cas de résection iléo-colique, un cas de résection intestinale, de fistule anale, de chirurgie hémorroïdaire, de cholécystectomie....), Deux cas de chirurgie ostéoarticulaire et 11 cas de chirurgie diverse (ORL, gynécologique, urologique...).

1.6. Ménopause :

Vingt sept patientes ayant une MICI étaient ménopausées avant l'apparition de la maladie, soit 30% des femmes.

1.7. Habitudes toxiques :

a. Tabac :

129 malades de notre série étaient non fumeurs soit 86,6 %.

Tableau 2 : Répartition des cas selon la prise du tabac.

	Effectif	%
Fumeurs	20	13,4
Non fumeurs	129	86,6
Total	149	100

b. Alcool :

Seulement 3 cas de notre étude étaient alcooliques soit 2%.

c. Prise médicamenteuse :

Dans notre série, on a constaté que 7 cas de nos patients ont été mis sous antidépresseurs dans leurs antécédents.

2. Antécédents familiaux :

Dans notre étude, l'antécédent familial de MICI est noté dans 8,1 % des cas (n=12), 9 malades avaient un antécédent familial de rhumatisme inflammatoire chronique (RCH) (soit 6 %) et 2 patients avaient un antécédent familial de MICI + RIC (soit 1,3%).

C. Les caractéristiques cliniques des MICI :

1. Profil de MICI :

Cette étude a concerné 149 patients atteints de MICI, 79 patients avaient une maladie de Crohn (53,02%) dont 52 sont des femmes (57,78%) et 27 sont des hommes (45,76%). 70 patients avaient une RCH (46,98%) dont 38 sont des femmes (42,22%) et 32 sont des hommes (54,24%).

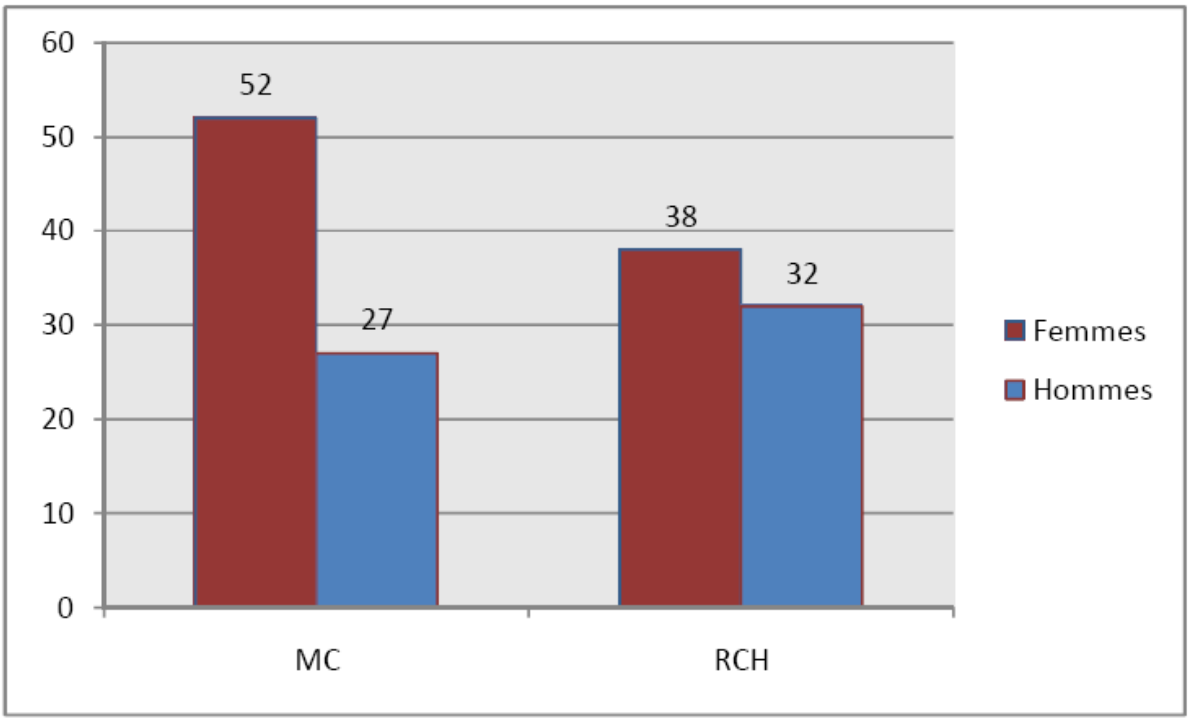

Figure 1 : Répartition des cas selon le type de MICI et selon le sexe.

Environ la moitié des patients qui ont un âge entre 20ans et 49ans (n=51) sont porteurs de maladie de Crohn et l'autre moitié (n=49) représente la RCH.

2. Topographie des lésions :

2.1. Maladie de Crohn :

La localisation iléo-colique est prédominante avec une fréquence de 56,96 % (n= 45), la localisation colique pure est trouvée dans 25,31% des cas de MC (n=20), puis la localisation grêlique 7,59% (n=6), la forme étendue dans 3 cas (3,79%) et en dernier lieu la localisation gastrique et anopérinéale.

La localisation anopérinéale est associée à la localisation grêlique chez un patient (1,27%) et à la localisation colique chez un autre (soit 1,27%).

Un seul patient atteint de maladie de Crohn, l'étendue de sa maladie est indéterminée.

Parmi les 10 cas qui ont un ATCD d'appendicectomie, 9 cas sont porteurs de maladie de Crohn, présentant dans leur majorité des localisations iléo-colique (7cas), colique pure (1 cas) et la forme étendue chez un autre cas.

2.2. RCH :

Dans notre série de RCH, la localisation pancolique vient en premier avec une fréquence de 47,1 % (n=33), puis la localisation rectale par 15cas (21,43 %), ensuite la localisation recto-sigmoïdienne est trouvée dans 10 cas (soit 14,28%) et en dernier lieu la localisation colique gauche par 9 cas (soit 12,86 %).

La localisation de la maladie est restée indéterminée chez 3 patients porteurs d'une RCH (soit 4,29%).

Ainsi, un seul patient porteur de RCH ayant un ATCD d'appendicectomie, a une localisation recto-sigmoïdienne de sa colite.

3. Age de diagnostic :

L'âge moyen de nos patients était de 39 ans avec des extrêmes allant de 11 à 75 ans et un Ecart type de 13,882.

4. Motifs d'admission :

Sur le plan symptomatique, les tableaux cliniques de ces colites étaient très variés en fonction du type de MICI, de la gravité de la poussée et l'étendue de l'atteinte intestinale. Les principaux signes cliniques sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Répartition des cas selon le motif d'admission.

Symptômes	Nombre			Pourcentage (%)		
	Total	MC	RCH	Total	MC	RCH
Diarrhée	41	30	11	27,51	20,13	7,38
Rectorragie	24	10	14	16,11	6,71	9,4
Douleur abdominale	32	23	9	21,48	15,44	6,04
Sd dysentérique	74	26	48	49,66	17,45	32,21
Vomissement	1	1	0	0,67	0,67	0
Sx généraux (F°, AEG)	34	20	14	22,82	13,42	9,4
constipation	2	1	1	1,34	0,67	0,67
Sx extra-intestinaux	14	14	0	9,4	9,41	0
Complications	18	18	0	12,2	12,2	0

Dans notre série, les signes extra- intestinaux n'étaient révélateurs de la maladie que chez 14 patients atteints de maladie de Crohn réparties comme suit :

11 malades avaient des signes rhumatologiques, 2 cas présentaient des signes oculaires et un malade avait des signes cutanés.

Les complications étaient révélatrices de MICI chez 18 patients porteurs de maladie de Crohn.

5. Formes cliniques :

La majorité de nos patients, soit 77,2% (n=115) étaient en rémission, 6% (n=9) présentant une colite aigue grave, 10,7% (n=16) ayant une colite chronique active, deux malades (soit 1,3%) avaient une forme cortico-dépendante et 4% des cas (n=6) étaient dans une forme quiescente.

Pour une patiente, ayant une maladie de Crohn, la forme clinique n'a pas pu être identifiée lors de l'entretien.

D. Manifestations articulaires :

1. Fréquence de l'atteinte articulaire :

Dans notre série, la fréquence des manifestations articulaires est estimée à 71,8% (n=107).

1.1. Fréquence selon l'âge :

Dans notre série, la fréquence de l'atteinte articulaire est d'environ 63,64% (n=7) chez les patients de la première tranche d'âge (Â <20ans), de l'ordre de 71% (n=71) chez la deuxième tranche d'âge (20ans ≤ Â ≤ 49ans). Elle atteint 76,31% (n=29) chez la troisième tranche d'âge (Â ≥ 50ans).

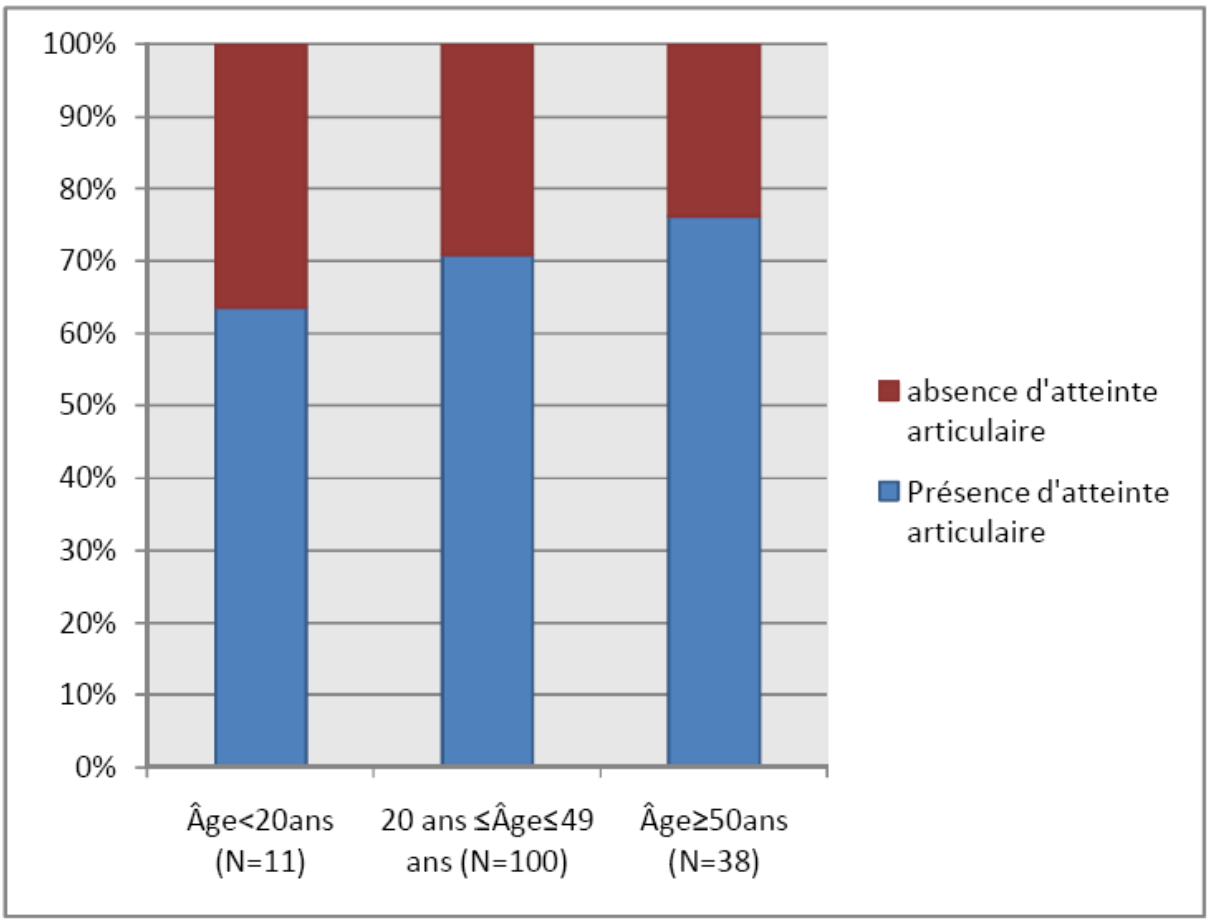

Figure 2 : Fréquence de l'atteinte articulaire selon les tranches d'âge

1.2. Fréquence selon le sexe :

Quatre vingt pour cent des femmes (n=72) porteuses d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin présentent des manifestations articulaires, versus 59,3% des hommes (n=35) qui présentent une atteinte articulaire.

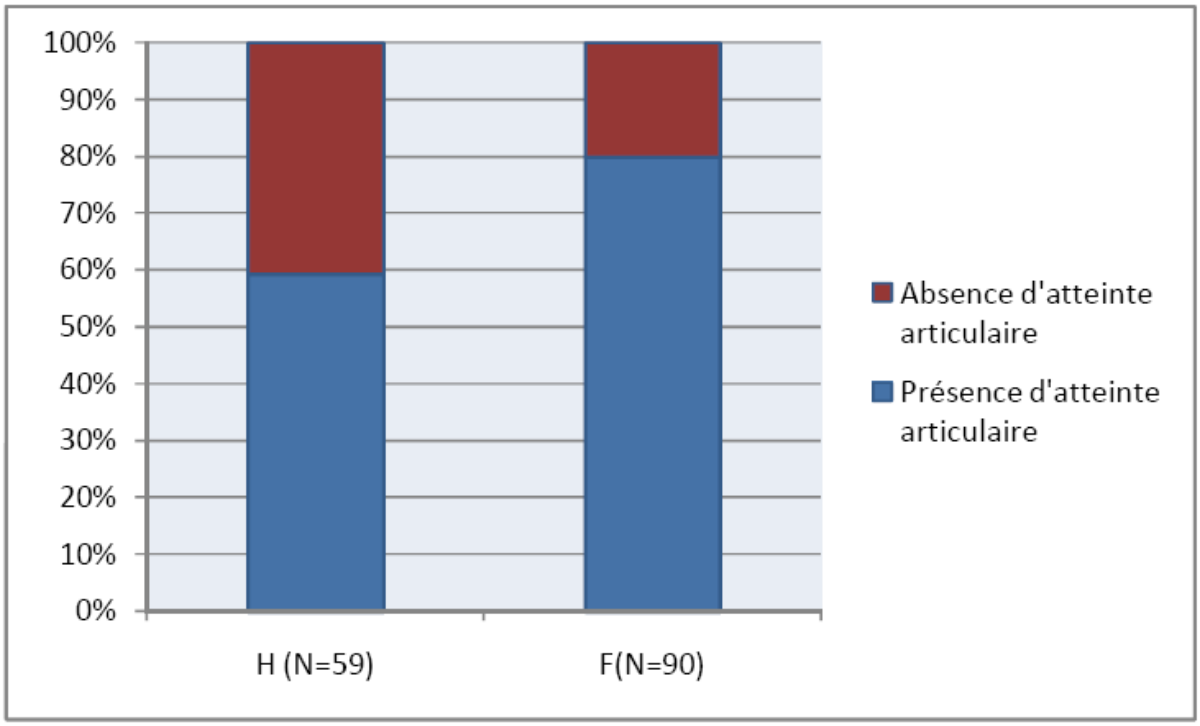

Figure 3 : Fréquence de l'atteinte articulaire selon le sexe.

1.3. Fréquence selon le type de MICI :

Environ soixante seize pour cent des patients atteints de maladie de Crohn (n=60) ont présenté des manifestations articulaires contre 59,3% des malades atteints d'une RCH (n=35).

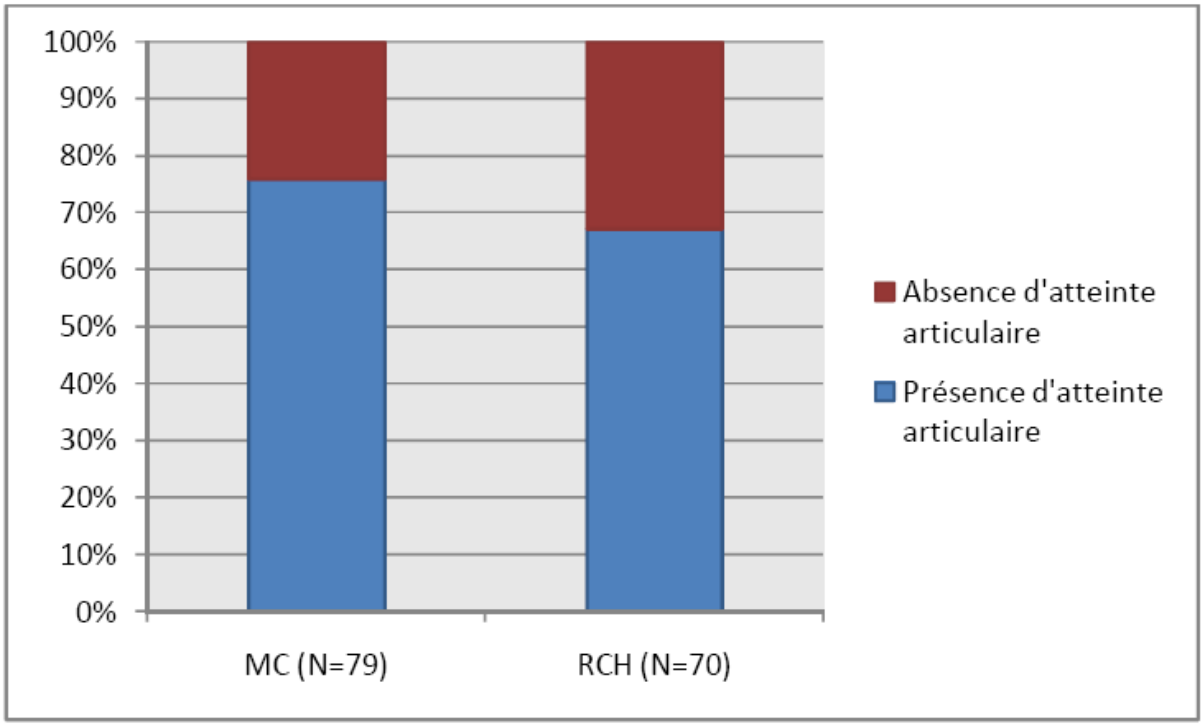

Figure 4 : Fréquence de l'atteinte articulaire selon le type de MICI

2. Délai d'apparition :

Les manifestations articulaires des colites inflammatoires chroniques sont apparues avant le diagnostic de la colite chez 30 patients (11 RCH; 19 MC), soit 28 % (10,3 % RCH; 17,75 % MC) et chez 38 patients, elles sont apparues après la colite (18 RCH ; 20 MC) soit 35,5% (16,8% RCH ; 18,7% MC). Elles étaient concomitantes de la première poussée digestive chez 39 malades (18 RCH; 21 MC), soit 36,5% (16,8 % RCH; 19,6 % MC).

Le délai moyen entre l'apparition de la manifestation articulaire et le diagnostic de la colite était de 4,14 ans avec des extrêmes allant de 20 jours à 15 ans et un Ecart type de 4,492.

3. Forme d'atteinte articulaire :

Dans notre série, la majorité de nos patients; 66 cas soit 61,68% présentaient une atteinte articulaire mixte (axiale+périphérique) dont 25 cas de RCH et 41 de MC.

L'atteinte périphérique se trouvait chez 24 patients (11 RCH, 13 MC) soit 22,43% des patients présentant des atteintes articulaires, tandis que 15,89% de ces patients (soit 17 patients) rapportaient des atteintes axiales (11 RCH, 6 MC).

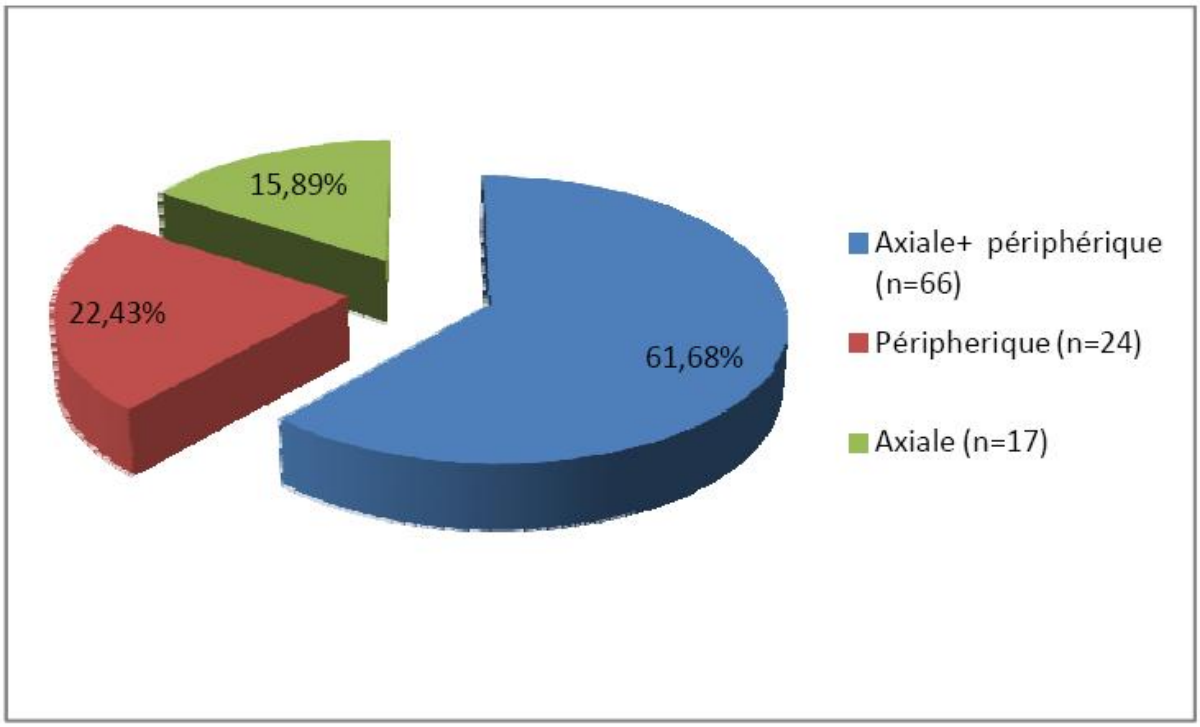

Figure 5 : Répartition des cas selon le type d'atteinte articulaire

4. Manifestations axiales :

4.1. Rachialgies inflammatoires :

A l'interrogatoire, 65 patients (43,62%) avaient des rachialgies inflammatoires dont 21 présentaient une raideur rachidienne.

Ces rachialgies étaient localisées au segment lombaire dans 58,46% des cas (n=38), au segment dorsal dans 1,54% (n=1), au segment cervicale dans 4,62% (n=3). Elles étaient multi-étagées dans 35,38% (n=23).

4.2. Fessalgies :

Des douleurs fessières ont été rapportées dans 45 cas (soit 30,20%). Elles étaient bilatérales dans 24 cas, unilatérales dans 8 cas et à bascule dans 13 cas.

4.3. Enthésopathies :

Quarante sept patients rapportaient des enthésopathies dont Quarante deux cas souffraient de douleurs enthésopathiques à type de talalgies, 3 autres associées à des douleurs de la paroi thoracique antérieure, un patient avait des enthésites au niveau du grand trochanter et autre au niveau iliaque.

5. Manifestations périphériques :

5.1. Arthralgies :

Dans notre série, on a trouvé la notion des arthralgies chez 75 patients ce qui représente 50,34% des cas. Les arthralgies étaient d'allure inflammatoire chez 54 cas et d'allure mécanique chez 21 patients.

Le siège de ces arthralgie est représenté comme suite : 58 patientes avaient des arthralgies des genoux, 30 avaient des atteintes des chevilles ,14 au niveau de la hanche, 33 au niveau des épaules, 30 au niveau du poignet, 18 au niveau du coude et 7 pour les mains.

Ces arthralgies étaient symétriques dans uniquement 18 cas (soit 24%).

5.2. Arthrites :

Vingt et un de nos patients (soit 14,1% des cas) ont présenté des arthrites. L'oligoarthrite est retrouvée chez 11 patients (soit 7,38%), ainsi 5 patients (3,36% des cas) ont présenté une monoarthrite et 5 autres une polyarthrite.

Ces arthrites étaient généralement asymétriques dans 76,2% des cas (n=16).

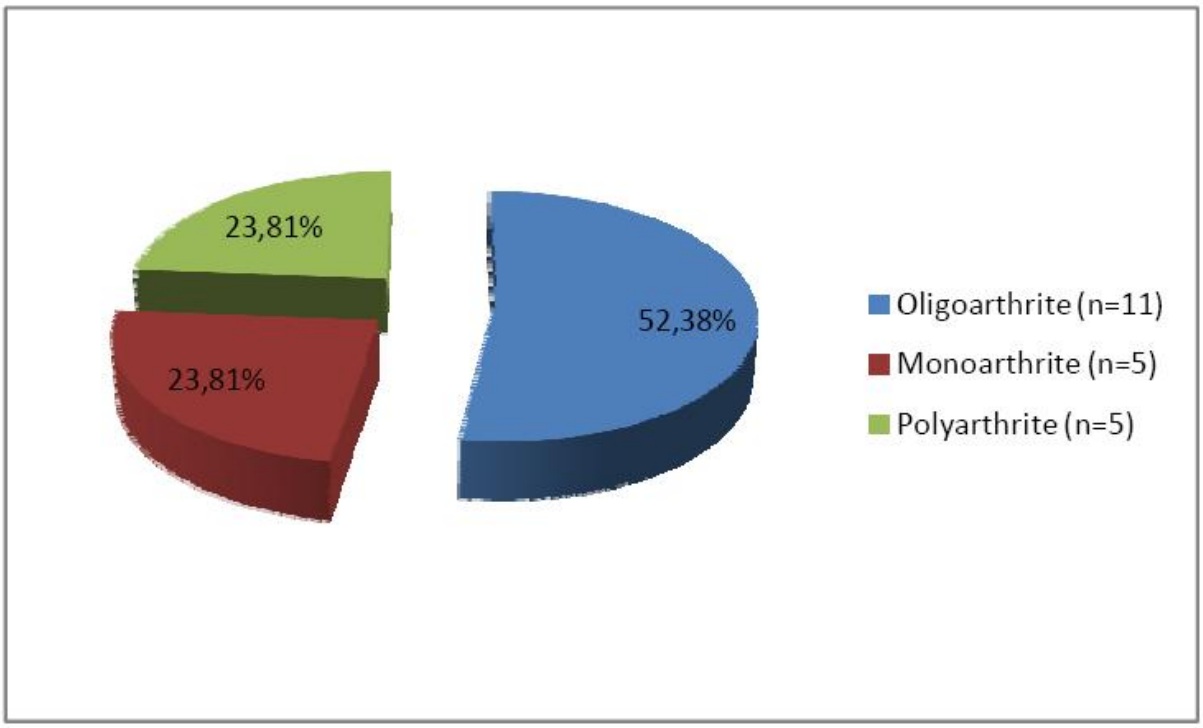

Figure 6 : Répartition des arthrites selon le type

Elles touchaient essentiellement les genoux dans 86% des cas, les chevilles dans 67%, les hanches dans29%, les poignets dans 48%, les coudes dans 52%, les épaules dans 38% et les mains dans 29%.

5.3. Dactylites :

Dans notre série, des dactylites cliniques ont été trouvé chez 7 patients avec une prévalence de 4,7% des cas. Elles sont asymétriques dans 6 cas.

E. Caractéristiques biologiques :

1. Bilan inflammatoire :

A la numération formule sanguine, une hyperleucocytose (GB>10000/mm3) est trouvée chez 18 patients (soit 12,08% des cas), ainsi une anémie hypochrome

microcytaire normo ou hyper-siderémique est trouvée chez 45 patients (30,2% des cas).

La VS moyenne était de 30,5+/-33,3 mm à la première heure chez les patients atteints de manifestations articulaires et chez l'autre groupe de patients qui n'a pas présenté ces manifestations, la VS moyenne était de 13,05+/-7,4 mm.

La CRP moyenne était de 21,12+/-35,9 mg/l chez le groupe de MICI ayant des manifestations articulaires et chez l'autre groupe, sans atteintes articulaires, la CRP moyenne était de 6,48+/-3,9 mg/l.

2. Analyse du liquide articulaire :

La ponction articulaire a été réalisée chez 5 patients atteints d'une arthrite dont le liquide articulaire était inflammatoire. Tendis que la biopsie synoviale n'a été indiquée que dans deux cas.

3. Profil sérologique :

Un seul cas de notre étude a présenté une HLA B27.

Le facteur rhumatoïde a été recherché chez 80 patients de notre étude, dont le résultat est revenu positif dans 2 cas uniquement.

F. Caractéristiques radiologiques :

1. Radiographie du bassin :

La radiographie des sacro-iliaques faites chez tous nos patients a montré la présence d'une sacro-iliite dans 59 cas (39,6% des cas). Chez 39 cas (soit 26,2% des cas) la sacro-iliite a été bilatérale conte 20 patients (soit 13,4% des cas) qui ont présenté une sacro iliite unilatérale. Cette sacro-iliite est classée selon le stade

radiologique d'EFICA en stade I dans 3 cas (2%), stade II dans 30 cas (20,1%), stade III dans 20 cas (13,4%) et stade IV dans 6 cas (4,1%).

Une sacro-iliite isolée a été retrouvée chez 9 cas (6%) dont 4 cas de MC : bilatérale chez 2 cas, unilatérale dans 2 cas et 5 cas de RCH : bilatérale dans 2 cas et unilatérale dans 3 cas.

A la radiographie du bassin, la coxite est retrouvée chez 7 patients (4,7%).

Elle a été bilatérale dans 6 cas et unilatérale dans un seul cas.

2. Radiographie du rachis :

A la radiographie du rachis (rachis dorso- lombaire face / profil et rachis cervical selon la plainte fonctionnelle) ; les syndesmophytes ont été retrouvés dans 18 cas (12,1%). Un squarring a été noté dans 10 cas (6,7%), un Romanus dans 6 cas (4%), un ankylose du rachis dans 3 cas (2%), une fracture vertébrale dans 4 cas (2,7%) et un aspect en rails de la colonne vertébrale dans un seul cas (0,7%).

3. Radiographie des articulations symptomatiques :

Des radiographies des articulations symptomatiques ont été pratiquées selon les signes d'appel chez tous les malades. Elles ont montré des signes radiologiques de destructions articulaires dans 4 cas (2,7%) : 3 cas des érosions et un cas de géodes. un pincement de l'interligne articulaire est trouvé chez 15 cas (10,1%) ainsi des enthésopaties radiologiques ont été recensées dans 65 cas (43,6%) dont la localisation calcanéenne est la plus dominante (n=62 cas), au niveau de l'ischion dans 2 cas et en dernier lieu la localisation bifocale (ischion + calcanéum) est retrouvé dans un seul cas.

G. Spondylarthropathies et MICI :

Au terme de cette visite d'inclusion et selon les données de l'anamnèse, de l'examen physique et des examens complémentaires, parmi les 149 patients atteints de MICI, 70 cas (47%) avaient une spondylarthropathie diagnostiquée selon les critères de l'ESSG (cf. Annexe 1) et 52 cas (34,9%) répondaient aux critères d'AMOR de classification des spondylarthropathies (cf. Annexe 2). Trente sept patients (24 ,8%) remplissaient aussi les critères de New York modifiés pour le diagnostic de la spondylarthrite ankylosante (SpA) (cf. Annexe 3).

H. Traitement :

1. Traitement médical :

1.1. Traitement symptomatique :

1.1.1. Antalgiques :

Dans notre série, le traitement symptomatique des manifestations articulaires fait appel aux antalgiques dans 40,3% des cas (n=60).

Aucun effet secondaire n'est mentionné au cours de la prise des antalgiques.

1.1.2. AINS :

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en dehors des poussées digestives ont été prescrits dans 26,8% des cas (n=40).

Cinq cas (3,4%) traités par des AINS ont développé des effets secondaires type diarrhée et hémorragie chez 4 cas et un cas a présenté des gastrites.

1.1.3. Corticoïdes :

La corticothérapie est administrée chez 59% de nos patients (n=88) : 38 cas ont reçu la prédnisone, 38 cas la prédnisolone et 12 cas l'association de ces deux molécules.

La voie orale est la plus utilisée dans 53% (n=79), la voie locale dans 20,8% (n=31) et la voie IV est préconisée dans 8% des cas (n=12).

La dose moyenne de corticothérapie administrée a été d'environ 40mg/j pour une durée moyenne de maintenance d'environ 8,35 mois.

La supplémentation en VIT D et le calcium n'est prescrit que dans 13 cas des patients sous une corticothérapie.

Huit cas d'ostéoporose ; comme effets secondaires ; ont été mentionnées.

1.2. Traitement de fond :

1.2.1. Dérivés 5-amino-salicylés :

* Molécules utilisées :

Dans les poussées digestives légères à modérées ou lors d'un traitement d'entretien, les amino-salicylés sont administrées par les gastrologues chez 113 patients de notre série (75,8%) dont la Mésalazine est utilisée dans 67 cas (45%), la Salazopyrine dans 37 cas (24,8%) et l'association Salazopyrine- Mésalazine (SM) dans 9 cas (6%).

* Voie d'administration :

La Salazopyrine est administrée par la Vo, par contre la Mésalazine est administrée par la VO chez 57 patients, la voie IR (forme suppositoire ou lavement) est préférée dans 6 cas et l'association des 2 voies est préconisée dans 15 cas.

*Dose :

La dose moyenne administrée pour la Salazopyrine a été chiffrée dans 2,46g [1g- 6g] et 2,2g [1g-4g] pour la Mésalazine.

*Durée :

La durée moyenne de maintenance des aminosalicylés a été de l'ordre de 3,51 ans. Pour la salazopyrine cette moyenne atteinte 3,03 ans contre 2,31ans pour la mésalazine.

*Effets secondaires :

Huit cas (5,4%) ont présenté des effets secondaires suite à l'administration des aminosalicylés dont la diarrhée est retrouvée dans 7 cas et une leuconeutropénie dans un seul cas.

1.2.2. Immunosuppresseurs :

Un traitement de fond à base d'immunosuppresseurs est associé chez 57 patients (soit 38,25% des cas) dont l'azathioprine (Imurel®) est prescrite dans 53 cas (35,57%), le 6-mercaptopurine (Purinéthol®) dans 3 cas et le méthotrexate chez un seul patient.

La dose moyenne des immunosuppresseurs prise par nos patients a été 125mg/j avec une durée moyenne du maintien du traitement de 12,66 mois.

Les effets secondaires de ce traitement ont été mentionnés chez 4 cas (soit 2,68% des cas), tels que la diarrhée –vomissement chez 1 cas, 1 cas d'allergie, 1 cas de céphalées et 1 cas de leuconeutropénie.

1.2.3. Biothérapie (Anti TNF α) :

Dans notre série, 3 patients atteints de MICI et présentant des manifestations articulaires (2cas de MC et 1 cas de RCH) ont bénéficiés de six cures en moyenne de perfusion d'infliximab.

Au terme de ces cures, on a noté une nette rémission articulaire et digestive chez les 2 cas atteints de MC et uniquement digestive chez le troisième atteint de RCH sans aucun effet secondaire mentionné.

1.3. Autres :

Le Flagyl®, un antibiotique de la famille des nitroimidazolés qui présente une action immunomodulatrice, est prescrit chez 60 patients (soit 40,3% des cas), 32 cas d'entre eux sont atteints de MC et le reste (n=28) portant une RCH.

2. Traitement chirurgical :

Dans notre série, la chirurgie digestive est envisagée dans 17,4% des cas soit 26 patients (22 de MC, 4 de RCH) suite à une complication.

Le recours à la chirurgie articulaire n'est noté que chez 2 patients de maladie de Crohn, présentant une coxite bilatérale et une sacro-iliite à la radiographie du bassin de face. L'échec du traitement médical dans l'atteinte articulaire chez les deux patients a justifié le recours à une prothèse totale de la hanche bilatérale.

I. Evolution :

L'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est souvent chronique, caractérisée par des poussées évolutives entrecoupées de rémission de durée variable. Le tableau suivant résume la moyenne du nombre de ces poussées avec et sans traitement :

Tableau 4: Evolution de l'atteinte digestive et articulaire avec et sans traitement chez les patients atteints de MICI.

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Nbr de poussées digestives avant ttt / an	0	6	2,25	1,320
Nbr de poussées articulaires avant Ttt/ an	0	5	0,93	0,994
Nbr de poussées digestives après ttt /an	0	5	0,33	0,711
Nbr de poussées articulaires après le ttt / an	0	3	0,27	0,554

PARTIE 2 :
ETUDE ANALYTIQUE

III.2- Partie 2 : étude analytique

Nous avons analysé les corrélations entre les manifestations articulaires et les facteurs de risque suivants : âge, le sexe, le type et la durée d'évolution de la MICI, siège de l'atteinte, VS et la CRP.

Au terme de cette étude analytique, on a trouvé que le sexe féminin est prédisposé à une atteinte articulaire au cours des MICI avec un p qui est significatif (p=0,009). Une VS et une CRP élevées étaient aussi associées significativement à l'atteinte articulaire (p=0,001 ; p=0,009). (Tableau suivant).

Tableau 5 : Analyse univariée des facteurs de risque de l'atteinte articulaire

Paramètres	F	Valeur de p
Sexe féminin	3,02	0,009
Valeur VS	11,239	0,001
Valeur CRP	6,913	0,009

Pour la VS, la courbe ROC a montré une valeur seuil de VS de 15mm à partir de laquelle il est relativement associé à une atteinte articulaire avec une sensibilité de 50% et une spécificité de 70%.

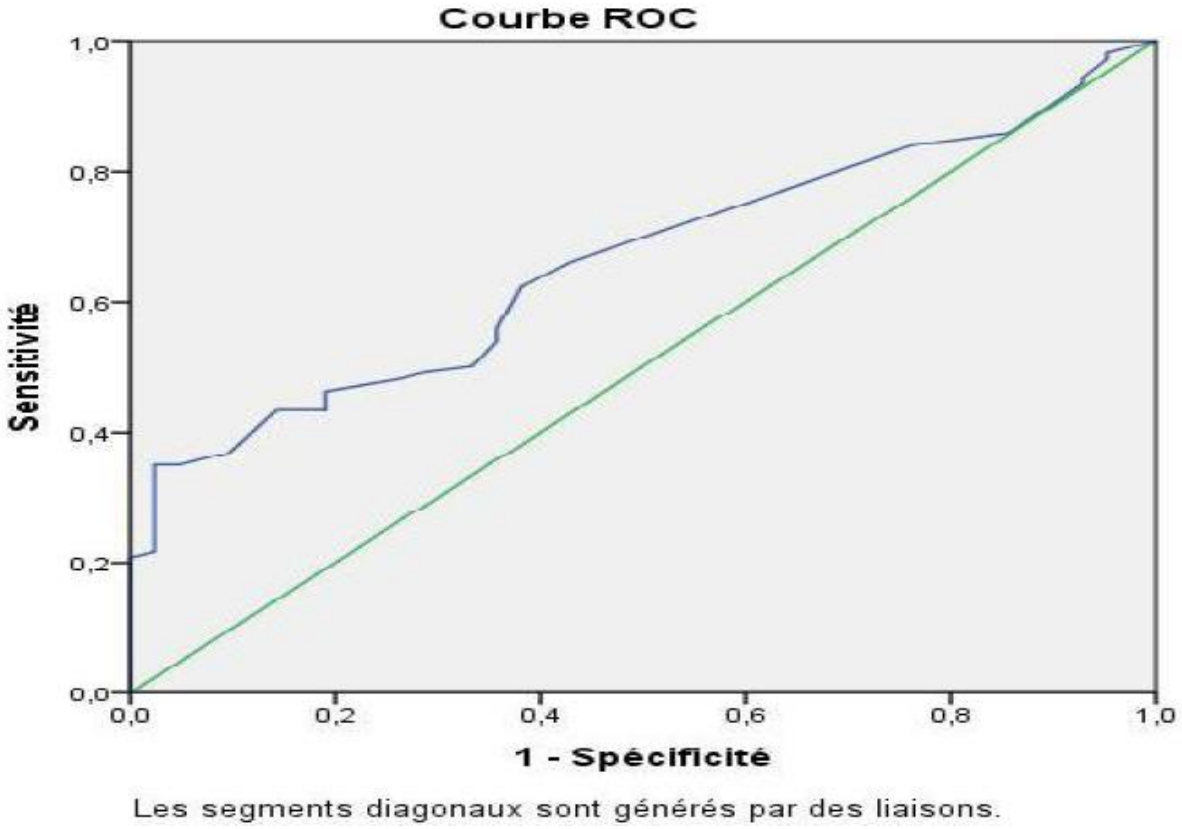

Figure 7: Courbe ROC du test de VS

Pour la CRP, cette courbe a déterminé un seuil de 12mg/l, à partir duquel, on peut prédire une atteinte articulaire avec une sensibilité de 60% et une spécificité de90%.

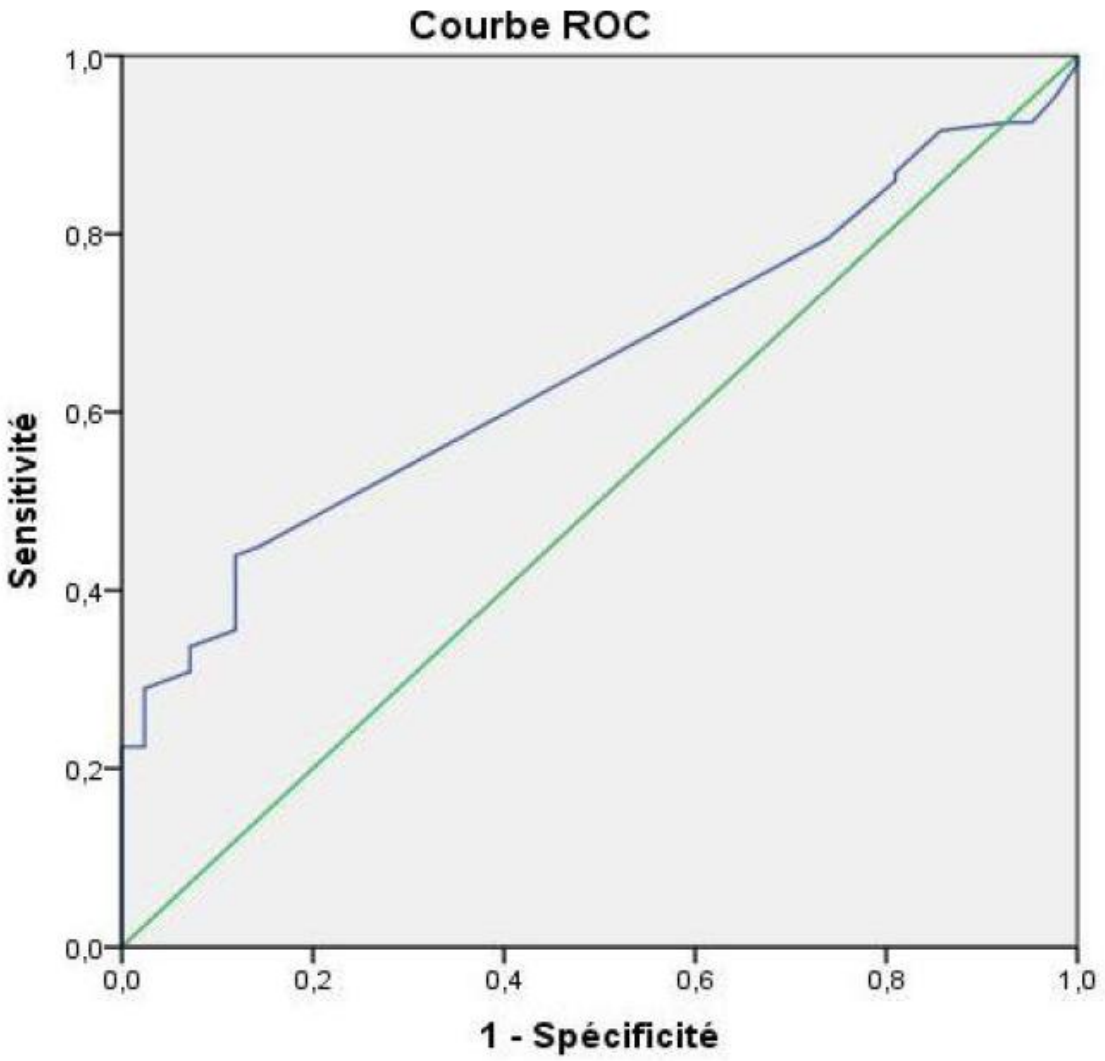

Figure 8 : Courbe ROC du test de CRP

Par ailleurs, en analyse multivariée, il n'y avait pas de corrélation entre l'âge, le type, la durée d'évolution d'une MICI, le siège de l'atteinte digestive et la présence de manifestations articulaires.

DISCUSSION

IV.Discussion

IV.1 Epidémiologie :

IV.1.1 fréquence des MICI :

La prévalence de la MC en Europe varie de 8,3 à 214 pour 100.000 habitants tandis que celle de la RCH varie de 21,4 à 294. Ces chiffres sont comparables à ceux observés en Amérique du Nord.

En général, l'incidence et la prévalence de la MC est habituellement plus faible que celle de la RCH en Europe et en Amérique de nord, à l'exception de la France et la Belgique où l'incidence de la MC est plus élevée que celle de la RCH [3].

Pour la RCH les plus fortes incidences ont été enregistrées en Scandinavie et pour la MC au Royaume Uni. Une étude multicentrique européenne prospective publiée en 1998 a identifié les plus fortes incidences de RCH en Islande et les plus faibles dans le sud du Portugal. Pour la MC, les plus fortes incidences étaient aux Pays-Bas et dans la Somme, la plus basse en Grèce [4].

Au Maroc, l'épidémiologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est mal connue en raison de nombreuses difficultés : un diagnostic difficile basé sur des critères non spécifiques, l'absence de système de sécurité sociale et l'absence d'un registre national des MICI. Le Maroc peut être considéré comme un pays de faible incidence bien qu'on ne dispose pas de statistiques globales à l'heure actuelle. Les chiffres disponibles ne concernant que des séries recrutées au niveau des 4 CHU du Royaume [5].

D'après une étude marocaine du CHU de Rabat [6], les MICI représentent une pathologie qui n'est pas rare et qui est en augmentation croissante puisque son incidence augmente ces dernières années. Cette augmentation est plus importante dans la MC et tend vers une stabilisation dans la RCH, ce qui ressemble en grande partie aux données de la France.

Globalement la majorité des études rapportent une prédominance de la RCH.

Dans notre série, à l'inverse, on note une légère prédominance de la maladie de Crohn (53,02 %).

a. Variation selon le sexe :

Dans la plupart des études, il y a une prédominance de la maladie de Crohn chez les femmes adultes (les femmes ont 20 à 30 % plus de risque d'avoir une MC que les hommes) [7,8]. Cependant, les hommes étaient plus touchés que les femmes dans des zones à faible incidence, tel que le Japon et la Chine. Ceci est expliqué en partie par l'importance du tabagisme chez les hommes [9, 10]. Dans les zones à moyenne et à haute incidence, la MC touche surtout les femmes.

La prédominance féminine concerne spécifiquement les femmes très jeunes, ce qui a suggéré l'intervention des facteurs hormonaux endogènes ou exogènes dans l'expression de la MC [7,8].

Au contraire, la RCH prédomine chez l'homme adulte, certaines études d'incidence montrent que celle-ci augmente avec l'âge chez les hommes et diminue chez les femmes [7,8].

Dans notre étude, il y a une prédominance féminine pour la maladie de Crohn avec un sex-ratio de 1,93, ce qui est concordant avec les données de la littérature (Tableau 9). Aussi les femmes étaient plus touchées dans la RCH (sexratio de 1,2). Ces résultats sont discordants avec la majorité des études, mais concordant avec les données d'une étude algérienne prospective récente [11], et deux études marocaines, l'une au CHU de Fès [12] et l'autre au CHU de Rabat [13].

Ceci peut être expliqué probablement par un taux encore faible du tabagisme chez les femmes dans notre contexte.

Auteurs	Pays	Année	Sex-ratio	RCH	MC
Hammad T. et al	Algérie	2011	F/H	1,27	1,11
Bougouma A. et al	Burkina Faso	2010	H/F	1,27	
Semnani SH. et al	Irán	2008	F/H	1,2	3
Esther A. et al	Puerto Rico	2003	F/H	1,36	1,13
Manousos ON. et al	Grèce	1996	H/F	1,8	
El yousfi M. et al	Fès	2011	F/H	1,5	1,6
Elazzaoui Z. et al	Rabat	2012	F/H	1,4	1,57
Notre série	Fès	2012	F/H	1,2	1,92

Tableau 6 : sex-ratio selon certaines séries

b. Variation selon l'âge :

Les MICI sont dans la majorité des cas diagnostiqués chez des sujets jeunes, avec un pic d'âge entre 20 et 30 ans pour la MC et entre 30 et 40 ans pour la RCH, dans notre étude le pic est compris entre 20 et 49 ans pour les deux maladies avec un âge moyen comparable à celui des autres séries (Tableau 7).

Auteurs	Pays	Année	Âge moyen (ans)
Manass M. et al	Casablanca	2005	31
Frikha F. et al	Sfax	2006	33,76
Saadallaoui K. et al	Marsa	2006	36,4
OUakaa kchaou A. et al	Tunis		34,6
El youssfi M. et al	Fès	2011	34,6
Elazzaoui Z. et al	Rabat	2012	33,7
Notre série	Fès	2012	39

Tableau 7 : L'âge moyen selon certaines séries.

IV.1.2 fréquence des manifestations articulaires :

La prévalence des atteintes articulaires au cours des MICI est estimée entre 15 et 60 % [14]. Dans notre série, elle est de 72 %(60 % RCH; 76 % MC). Ces manifestations peuvent se voir au cours de toutes les MICI. Au cours de la MC, elles se verraient en particulier dans les formes coliques, alors que dans la RCH, elles seraient surtout l'apanage des formes compliquées de suppuration ou associées à des pseudopolypes [15].

Dans notre série, cette prévalence varie avec le sexe, elle est d'environ 60% chez les hommes et atteint 80% chez les femmes porteuses de MICI.

Ce résultat majore celui de la littérature : dans une étude rétrospective menée au CHU de Casablanca, Manass et al ont montré que la prévalence d'atteinte articulaire est de 34 % (81 % RCH; 64,5 % MC) [16]. Ainsi, Frikha et al (dans une série tunisienne) ont retrouvé une prévalence d'atteinte articulaire équivalente à 56% [17]. Cette discordance tient au caractère rétrospectif de la plupart des séries, et surtout à la prise en compte ou non de certaines manifestations telles que les arthralgies.

IV.1.3 facteurs de risque d'atteinte articulaire :

Dans une étude tunisienne, prospective de 50 cas de MICI, réalisée en 2006 par Saadallaoui K. et al, ayant trouvé que l'âge de plus de 35 ans et la maladie de Crohn à localisation colique sont associées significativement à l'atteinte axiale. Par ailleurs il n'y avait pas de corrélation entre le sexe, le type, la durée d'évolution de la MICI, une VS élevée et la présence d'une spondylarthropathie [18].

De YÜksel Ilhami et al. dans une étude turque, transversale et récente portant sur 357 cas de MICI, ont rapporté que les sujets de sexe féminin, ayant la maladie de Crohn, l'érythème noueux et le pyoderma gangrenosum ont un risque élevé de développer les arthropathies périphériques [19].

Dans notre étude, le sexe féminin et les paramètres de l'inflammation : VS=15 mm à la première heure et une CRP 12mg/L, ont été retenus comme facteurs prédictifs de la survenue de l'atteinte articulaire au cours des MICI. Par ailleurs il n'y avait pas de corrélation entre l'âge, le type, la durée d'évolution de la MICI et la présence d'une atteinte articulaire.

IV.2 Manifestations articulaires :

Il est habituel de distinguer les manifestations articulaires périphériques, des rhumatismes axiaux [20].

IV.2.1. Rhumatismes axiaux :

En effet, ces manifestations axiales au cours des MICI n'ont été individualisées qu'en 1964 par le Collège Américain de Rhumatologie (ACR) et à cette même date la séparation entre rhumatisme périphérique et rhumatisme axial a été crée [21]. Cet ensemble d'arthrite a été intégré dans le groupe des spondylarthropathies en 1974 [22] et en 1998, c'est Orchard et al. qui ont proposé de subdiviser les manifestations articulaires en trois types: manifestations périphériques polyarticulaire chroniques, manifestations périphériques pauciarticulaires chroniques et manifestations axiales [23]. Ces atteintes rhumatologiques sont plus fréquentes au cours de la MC qu'au cours de la RCH [24,25] comme le cas de notre étude.

On peut schématiquement distinguer les spondylarthrites ankylosantes et les sacroiliites isolées [26].

Néanmoins, d'autres auteurs n'ont pas objectivé de différence entre les deux types de MICI [27,28]. Le rhumatisme axial se traduit soit par une spondylarthropathie ou une sacro-iliite isolée; plus souvent asymptomatique, sinon d'autres signes cliniques entrant dans le cadre des spondylarthropathies peuvent

être constatés comme des douleurs vertébrales inflammatoires, des synovites périphériques ou des enthésopathies [29].

a. Spondylarthropathies liées aux MICI :

Le diagnostic de spondylarthropathie a été basé dans la plupart des études récentes sur les critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) comme le cas de notre étude [19,22,23,30]. D'autres études comme celle de Manass ont utilisé les critères d'Amor [31].

Dans notre étude, l'examen systématique de 149 MICI ayant eu un examen radiologique systématique a trouvé que 70 patients (47%) répondaient aux critères de l'ESSG et 52 patients (34,9%) aux critères d'AMOR. 37 (24,8%) d'entre eux remplissaient aussi les critères modifiés de New York pour le diagnostic de SpA. Parmi ces 70 patients, quarante cinq avaient une MC et vingt cinq avaient une RCH.

De Vlam K. et al. dans une étude prospective portant sur 78 sujets ayant une MC évoluant depuis 10,6 ans ont rapporté que 32 % d'eux remplissaient les critères de l'ESSG contre 9% seulement ceux de New York modifiés pour le diagnostic de la spondylarthrite ankylosante après un examen systématique de ces patients [30].

Salvarini. C et al. à partir de 160 MICI ont rapporté que 18,1 % des patients remplissaient les critères de l'ESSG et 3,1% ceux de New York modifiés selon un examen rhumatologique pratiqué systématiquement et une radiographie de bassin pratiquée dans 139 cas [25].

Dans la cohorte de Palm O et al, portant sur 654 MICI avec un suivi prospectif de 5 ans ou tous les patients ont eu un bilan radiologique systématique, 19 % répondaient aux critères de l'ESSG contre 6 % aux critères de New York modifiés [24]. Ces manifestations axiales sont peu symptomatiques et une atteinte radiologique isolée a été rapportée jusqu'à 26% des cas [32]. L'atteinte axiale est identique au cours des deux entéropathies [30,33]. Elle diffère des atteintes axiales

non liées aux MICI par une fréquence moindre du sérotype HLA B27, une fréquence plus élevée des atteintes périphériques et une prédominance masculine moindre [27]. Par ailleurs, la spondylarthropathie au cours des MICI peut apparaître à n'importe quel âge [34] plus fréquente vers l'âge de 20 à 30 ans [35]. Dans notre étude, nous n'avons aucune relation entre l'âge et la survenue de spondylarthropathie chez un patient porteur de MICI.

Le tableau clinique des spondylarthropathies associés aux MICI n'est pas différent de celui d'une spondylarthropathie idiopathique. Les enthésopathies participent à l'expression clinique de la spondylarthropathie à laquelle s'ajoutent des atteintes périphériques volontiers sévères dans leur mode évolutif sans qu'elles soient destructrices. La fréquence des arthrites périphériques au cours des MICI n'est pas différente de celle qu'on observe au cours des SPA idiopathiques [27]. Certaines études ont rapporté une incidence plus élevée, 50% au cours des SPA associées aux MICI versus 20% au cours des SPA idiopathiques [30,32].

Certaines études ont rapporté que la durée d'évolution de la MICI a une influence sur la fréquence de la SP [30]. Cependant, il y avait peu de retentissement fonctionnel, même au terme d'une longue évolution, avec absence d'extension des syndesmophytes [26,30,36] . Dans notre série, nous n'avons pas trouvé de corrélations entre la durée d'évolution et la présence de SP au cours de MICI.

b. <u>Sacroiliite isolée :</u>

La sacro-iliite isolée sans atteinte périphérique et rachidienne n'a été individualisée qu'en 1964 [21]. Elle est souvent considérée comme une spondylarthrite indifférenciée [26,27]. Sa fréquence au cours des MICI varie entre 4 à 20 % des cas [23,27,28] atteignant 50% si une scintigraphie était faite de façon systématique [22,28,37,38].

Les deux études ayant utilisées la tomodensitométrie en tant qu'outil de diagnostic de la sacroiliite, ont rapporté une prévalence de 30% [27,39].

La sacroiliite isolée est plus fréquente au cours de la MC (5% à 22%) par rapport à la RCH (2% à 6%) sauf dans l'étude de Salvarani et al, où ils ont rapporté 5,1% de sacro-iliite dans la RCH versus 2% dans la MC [23]. Généralement ; elle n'évolue pas vers le tableau classique de SPA mais une ankylose complète des Sacro-iliaques a été rapportée [26,40,41]. La sacro-iliite isolée diffère de la spondylarthropathie des MICI par; d'une part ; sa survenue plus fréquente chez des femmes [26,27,42] et d'autre part par l'absence du gène HLA B27 [30,32,43].

A l'inverse, la prévalence des MICI chez des patients porteurs de spondylarthropathies est relativement faible, estimée à 0,029 [38]. Dans ce sens, une étude française a été réalisée en 2004 auprès de 305 rhumatologues portant sur 1396 cas de spondylarthropathies vu en consultation au cours de deux semaines consécutives. Ils ont rapporté que la fréquence de la MC était de 2,2 % et celle de la RCH de 2,3 % [44]. Mielants et al. ont rapporté une prévalence élevée (60% des cas) de lésions inflammatoires intestinales lors d'iléocolonoscopie systématique chez des patients atteints de SP toutes formes confondues. Ils ont trouvé des lésions macroscopiques et microscopiques prédominant au niveau de l'iléon terminal, ressemblant dans deux tiers des cas à celles observées dans la MC [45].

IV.2.1. Manifestations articulaires périphériques :

Les MICI peuvent s'accompagner de manifestations articulaires périphériques dans 10 à 15 % des cas [23]. Dans notre série, 5 patients porteurs de MC ont présenté des arthrites périphériques soit 10 %.

Elles touchent préférentiellement les femmes [46]. Dans notre série, la prédominance est féminine avec un sex-ratio égal à 4.

Il s'agit le plus souvent d'arthralgies que d'arthrites, oligo-articulaires, migratrices, touchant par ordre de fréquence décroissante les genoux, les chevilles, les coudes, les poignets et les articulations métacarpophalangiennes [24].

Dans notre série, 50,34 % des cas avaient des arthralgies. Les articulations atteintes sont par ordre de fréquence décroissante les genoux, les épaules, les coudes, les chevilles, les poignets et les mains.

Le début des poussées articulaires périphériques coïncide souvent avec la poussée intestinale et l'évolution des deux atteintes est généralement parallèle [44].

Il peut s'agir de mono-, oligo-, ou polyarthrites séronégatives pour le facteur rhumatoïde, non déformantes, non associées à HLA B 27 [47]. En plus les explorations cytologiques du liquide articulaire et histologiques de la synoviale ne sont pas contributives.

Les radiologies sont habituellement normales à part un gonflement des parties molles et une déminéralisation péri articulaire rapidement réversible, il n'y a ni déformation ni destruction cartilagineuse, les arthrites érosives et destructrices sont exceptionnelles.

Dans notre série, les radiographies des articulations atteintes ont montré des signes radiologiques de destruction articulaire chez 4 malades (3 cas des érosions osseuses et un cas de géodes).

La présentation la plus habituelle est une oligoarthrite asymétrique, migratrice. Plus rarement, les arthrites revêtent un caractère chronique, pouvant aboutir à des érosions articulaires.

IV.3 Traitement et évolution :

IV.3.1. Atteinte articulaire axiale :

Sur le plan thérapeutique, plusieurs points peuvent être soulignés :

La contre-indication classique des AINS dans les MICI, du fait de leur implication dans le déclenchement des poussées [24], car elles sont responsables d'ulcérations intestinales comme l'ont bien montré des études récentes [48]. Mais cette contre-indication est difficile à respecter lorsqu'il existe un rhumatisme axial symptomatique [24]. Dans notre série, le recours aux AINS était nécessaire chez 40 patients.

Les corticoïdes systémiques sont efficaces dans la SPA, mais à des posologies généralement plus élevées que dans la PR. Ce qui pose le problème de corticodépendance et de tolérance comparable à ceux rencontrés dans les MICI. Les infiltrations de dérivés cortisoniques ont un effet symptomatique appréciable [24] mais utilisées en dernier recours [44].

La Salazosulfapyridine, dont le principe actif est la Sulfasalazine, est efficace à la dose de 3 à 6g/j [24], mais quasi uniquement lorsqu'il existe des atteintes périphériques [44] par contre, la portion 5-aminosalicylée (5-ASA) du médicament n'est pas efficace [49].

L'Azathioprine est réputée peu efficace, alors que le Méthotrexate est plus préféré en cas de formes périphériques réfractaires.

L'efficacité de l'Infliximab dans la SPA [24] est remarquable, notamment dans les formes axiales pour lesquelles on ne dispose d'aucun traitement de fond [50].

Pour la sacroiliite, le traitement est surtout symptomatique reposant sur :

Les antalgiques à base de Paracétamol à raison de 2 à 3g/j, associés aux AINS lors des poussées inflammatoires. En cas de douleur importante insomniante, le recours aux antalgiques de niveau II est possible [51].

Les corticoïdes surtout les infiltrations locales sont indiquées en cas de sacroiliites tenaces [52].

IV.3.2. Atteinte articulaire périphérique :

La guérison des lésions intestinales, notamment après colo-proctectomie s'accompagne de la disparition de ces arthropathies périphériques. En revanche, des arthralgies peuvent réapparaître à l'occasion d'épisodes d'inflammation du réservoir d'anastomose iléo-anale (pochite) [53,54].

D'une manière générale, l'atteinte articulaire périphérique est sensible à la thérapeutique prescrite pour la maladie intestinale notamment les salicylées, surtout la Salazopyrine qui a un effet positif sur les arthrites [24,50]. D'autres médicaments peuvent être prescrits :

- Les antalgiques : Dans le cas de manifestations articulaires modérées sans modifications de l'atteinte digestive.
- Les AINS : Elles peuvent engendrer des ulcérations et des hémorragies digestives. Elles augmentent le risque de déclenchement des poussées de MICI. Leur utilisation doit donc être, s'il est nécessaire, de très courte durée.
- Les corticoïdes utilisés en cas de résistance aux AINS et en cas d'atteinte articulaire intense à raison de 20 à 40 mg /j pendant une durée plus brève qu'au cours des poussées digestives [24]. Ces atteintes mono et oligoarticulaires constituent une excellente indication aux traitements locaux par infiltration de corticoïde.
- La sulfasalazine peut être utilisée à la dose de 2 à 3g/j comme traitement de fond dans les formes articulaires chroniques [39].

CONCLUSION

V-Conclusion

Les manifestations articulaires sont les plus fréquentes des manifestations extra digestives des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) avec une prévalence de 71,8%. Elles se repartissent en deux groupes : l'atteinte axiale et l'atteinte périphérique.

La recherche systématique d'une atteinte articulaire au cours des MICI à l'aide d'un examen clinique et d'un bilan radiologique systématique doit être recommandé d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet de sexe féminin et s'il présente un syndrome inflammatoire biologique, permettant ainsi un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge.

RESUME

Introduction :

Les manifestations articulaires sont les plus fréquentes des manifestations extra digestives des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et peuvent précéder les symptômes intestinaux. Ils se repartissent en trois grands groupes : l'atteinte périphérique, l'atteinte axiale, et la sacro-iliite isolée.

Le but de ce travail est d'estimer la prévalence des manifestations articulaires (périphériques/axiales) au cours des MICI, et déterminer les facteurs de risque de leur survenue.

Matériels et Méthodes :

Nous avons mené une étude transversale portant sur 149 cas de MICI colligés dans le service de Gastro entérologie et de Rhumatologie de l'hôpital Hassan II de Fès sur une période de 3 ans allant d'Avril 2009 à octobre 2012. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info 2007 et SPSS. Une analyse multivariée par régression logistique a été utilisée. Un seuil de signification p = 0,05 a été retenu.

Résultats :

Il s'agit de 90 femmes et 59 hommes âgés en moyenne de 39 ans [±13,873]. 79 cas de maladie de Crohn et 70 cas de RCH. La prévalence des manifestations articulaires était de 71,8% (16% d'atteinte axiale, 22% d'atteinte périphérique et 62% d'atteinte mixte). L'atteinte périphérique est asymétrique dans 76%, elle contient des arthrites diagnostiquées dans 21 cas (23.8% de monoarthrite ; 52.4% d'oligoarthrite ; 23.8% de polyarthrite) et des dactylites dans 7cas. La spondylarthropathie est diagnostiquée dans 70 cas selon les critères de l'ESSG, 37 d'entre eux répondaient aux critères de New York modifiés. Sur le plan radiologique, une sacro-iliite isolée a été diagnostiquée chez 9,4% et des destructions articulaires sont observées dans 4 cas. En analyse univariée et multivariée, le sexe féminin, une

CRP≥12 et une VS≥ 15mm ont été retenu comme facteurs prédictifs de l'atteinte articulaire au cours des MICI.

Conclusion :

La recherche des manifestations articulaires au cours des MICI à l'aide d'un examen clinique et d'un bilan radiologique systématique doit être recommandée, d'autant plus chez les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique (VS et CRP élevées). Ce dépistage permettrait une prise en charge précoce et éviterait l'apparition des ankyloses.

BIBLIOGRAPHIE

1- Bouhnik Y, Benamouzig R, Rybojad M, Matuchansky C, Rambaud JC. Manifestations systémiques associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Gastroentérol:1993,17:121-129.

2- Ismail R, Nadir S, Krati K, ALAOUI R. Manifestations extradigestives des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Espérance médicale:1997,4,29:205-208.

3- Leroubours E., Savoye G., Guedon C. et al. : Epidémiologie et histoire naturelle des MICI. Gastroenterol Clin Biol (2003) ; 27;1S76-1S80.

4-Shivananda S., Lennard-Jones J., R Logan R. et al. : the EC-IBD Study Group Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD), Gut 1996; 39: 690-697.

5-El Youssfi M., Aqodad N., Benajah DA., El Abkari M., Ibrahimi A. : La recto colite hémorragique à Fès : quels aspects épidémiologiques et cliniques ? : Gastroenterol Clin Biol 2009, 33.

6-Elazzaoui Z. Les aspects épidémiologiques des MICI dans une population Marocaine (A propos de 300 cas) expérience d'un service d'Hépato-Gastro- Entérologie du CHU Ibn-Sina De Rabat "Clinique Medicale B". Thèse N° 134/2012 ;61-62.

7-Edward V. Loftus : Clinical Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease: Incidence, Prevalence, and Environmental Influences, JR.Gastroenterology. 2004;26:1504–1517.

8-Shivananda S., Lennard-Jones J., Logan R. et al.: the EC-IBD Study Group Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south, Results of the European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD), Gut 1996; 39: 690-697.

9-Rupert Wand et al: the epidemiology and phenotype of crohn's disease in the chinese population ; IBD. sep 2004, volume10.

10-Morita. N, Toki. S, Hirohashi. T, Minoda. T : Incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in Japan : nationwide epidemiological survey during the year 1991 ; J Gastroenterol. Nov 1995 ; 30 Suppl 8:1-4.

11-Hammada T., Lemdaoui M-C. Boutra F., Zoughailech D. et al : Aspects épidémiologique des maladies inflammatoire de l'intestin dans une population algérienne J.Afr .Hépatol. Gastroentérol. 2011, 5 293-302.

12-El Youssfi M., Aqodad N., Benajah DA., El Abkari M., Ibrahimi A. : La recto colite hémorragique à Fès : quels aspects épidémiologiques et cliniques ? : Gastroenterol clin et biol 2009, 33.

13-Elazzaoui Z. Les Aspects Epidemiologiques Des MICI Dans Une Population Marocaine (A Propos De 300 Cas) Experience D'un Service D'hepato-Gastro Enterologie Du Chu Ibn-Sina De Rabat "Clinique Medicale B". Thèse N° 134/2012 ; 61-62.

14-Lemann M, Bonnet J, Allez M, Gornet JM, Mariette X. Lésions ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

15-Laatar A, Hajri R, Kassab S, Chekili S, Zekraoui L.Manifestations articulaire au cours des MICI. www.afa.asso.fr. Crohn-RCH 2002, N°13.

16-Manass M, Janani S, Mkinsi O. Manifestations articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin : à propos de 265 cas. Revue du Rhumatisme 74 (2007) :531-535.

17-Frikha F., Elloumi H., Jallouli M. et al. Manifestations rhumatologiques des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Revue de Rhumatisme 74(2007) :1039-1208.

18-Saadallaoui Ben Hamida k. Hedi Dougui M. Ksontini I. et al. Prévalence des manifestations axiales au cours des maladies inflammatoires de l'intestin à propos d'une étude prospective de 50 cas ; la Tunisie médicale 2009 ; vol 87 : 386-390.

19-YÜksel I. Ataseven H. Basar O. et al. Peripheral arthritis in the course of inflammatory bowel diseases. Dig Dis Sci (2011) 56:183-187.

20-De Vos M., De Keyser F., Mielants H. et al. Bone and joint diseases in inflammatory bowel disease.

21-Ansell BM, Wigley RAD. Arthritic manifestations in regional enteritis. Ann Rheum Dis 1964; 23: 64-72.

22-Moll JMH, Haslok I, Macrae E, Wrigt V. Associations between Ankylosing spondylitis, psoriatic arthitis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies and Beçet's sydrome. Medicine 1974; 53: 343-64.

23-Orchard T R,Wordsworth B P, Jewell D P . Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. Gut 1998; 42: 387-391.

24-Palm Y, Moum B, Ongre A et al. Prevalence of Ankyosing Spondylitis and Other Spondyoarthropathies among Patients with Inflammatory B owel Disease: A Population Study. J Rheumatol 2002; 29:511-5.

25-Salvarani C, Vlaachonikolis I, Van der heijde D et al. Musculoskeletal manifestations in a population-based cohort of inflammatory bowel disease patients. Scand J Gastroenterol 2001; 36:1307-13.

26-Lemann M, Bonnet J, Allez M, Gornet JM, Mariette X Lésions ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Gastroenterol Clin Bio 2004 :28, 5 :75-82.

27-Farmer RG, Hawk WA, Turubull RB. Clinical patterns in crohn's disease: a statistical study of 615 cases. Gastroenterol 1975; 68: 627-35.

28-Gravllese EM, Kantrowitz FG. Arthitic manifestations of inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol 1988; 83: 703-9.

29-Lemann M, Bonnet J, Allez M, Gornet JM, Mariette X. Lésions ostéo-articulaires au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Gastroenterol Clin Biol 2004 ; 28 :75– 82.

30-De Vlam K, Mielants H, Cuvelier C et al. Spondylarthropathy is underestimated in inflammatory bowel disease: prevalence and HLA association. J Rheumatol 2000; 27:2860-5.

31-Manass M, Janani S, Mkinsi O. Manifestations articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin: à propos de 264 cas. Rev Rhum 2007; 74:532.

32-Toussirot E. Les manifestations articulaires des entéropathies. Réflexions Rhumatologiques 2002; 47:11-7.

33-Veloso FT, Carvalho J, Magro F. Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. J Clin Gastroenterol 1996; 23: 29-34.

34-Bonnet J, Modigliani R. Manifestations systémiques des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Flammarion 2000: 949-65.

35-Schorr-Lesnick B, Brandt LJ. Selected rheumatologic and dermatologic manifestations of inflammatory bowel disease. AmJ Gastroenterol 2000; 35:43 -7.

36-Mielants H, Veys EM, De Vos M, et al. The evolution of spondylarthropathies in relation to gut histology. J Rheumatol 1995; 22: 2266-2272.

37-Mester AR , Mako EK , Karlinger K et al. Enteropathic arthritis in the sacroiliac joint imaging and differential diagnosis . Eur J Radiol 2000; 35: 199-208.

38-Davis P, Thomson A, Lentle B. Quantitative sacroiliac scintingraphy in patients with crohn's disease . Arth Rheum 1978; 21:234-7.

39-Scott WW, Fishman EK, Kuhlman JE et al. Computed tomography evaluation of the sacroiliac joints in Crohn's disease. Radiological and clinical correlation. Skeletal Radiol 1990; 19:207-10.

40-Flipo R-M, Cortot A. Spondylarthropathies et maladie de crohn: Actualités Synoviale 2006 ; 154:21-27.

41-Mielants H,Veys E M, Cuvelier C, et al. HLA B27 related arthritis and bowel inflammation. Ileocolonoscopy and bowel histology in patients with HLA B27 related arthritis. J Rheumatol 1985 ; 12:294-8.

42-Felder J, Korelitz B, Rajapakse R et al. Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on inflammatory bowel disease : a casecontrol study .Am J Gastrenterol 2000; 95:1949-54.

43-Mielants H , Veys EM. Les manifestations articulaires des entéropathies. Rev Rhum 1993 ; 60: 775 - 9.

44-Pham T, Flipo R, Saraux A. Haw many ankylosing Spondylitis patients consulting private practice rheumatologists are candidates to TNF-blokers? The AS PRISME survey. Ann Rheum Dis 2005; 64:332-3.

45-Mielants H, Veys EM, Cuvelier C et al. Ileocolonoscopie findings in seronegative spondylarthropathies. Br J Rheumatol 1988; 27: 95-105.

46-Haddad F, Benkhaldoune L, Nadir S, Cherkaoui A. Manifestations extradigestives associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les cahiers du médecin :2004,73 ;4 :20-22 .

47-Ismail R, Nadir S, Krati K, ALAOUI R. Manifestations extradigestves des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

48-Graham DY, Qureshi WA, Willingham F, Cole RA, Opekun AR. A controlled study of NSAID- induced small bowel injury using video capsule endoscopy. Gastroenterology 2003; 124:A146. J Rheumatol 2000;27:23-6.

49-Dekker-Saeyrs BJ, Dijkmans BAC, Tytgat.Treatment of spondylarthropathy with 5-aminosalicylic acid (mesalazine):an open-trial.J Rheumatol2000;27:23-6.

50-Welch GN, Loscalso J. Homocysteine and atherothrombosis. N Engl J Med 1998;338:1042-50.

51-Colombel JF, Flipo RM, Labalette F. Comment traiter les manifestations extradigestives des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Hepato-gastro-enterol :1994,6,1 :509-516.

52-Laatar A, Hajri R, Kassab S, Chekili S, Zekraoui L. Manifestations articulaire au cours des MICI. www.afa.asso.fr. Crohn-RCH 2002, N°13.

53-Axon JMC, Hawley PR, Huskinson EC et al.Ileal poch arthritis.Br J Rheumatol 1993 ; 32 :586-8.

54-Balbir-Gurmman A, Schapira D, Nahir M.Arthritis related to pouchitis following total proctocolectomy for ulcerative. Semin Arthritis Rhum 2001;30:242-8.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau 1: Critères de classification des spondylarthropathies de l'European Spondylarthropathy Study Group

Rachialgies inflammatoires ou Synovite :

- Asymétrique
- Ou prédominant aux membres inférieurs

Et au moins un des critères suivants :

- Histoire familiale de spondylarthrite ankylosante, de psoriasis, d'uvéite antérieure, d'arthrite réactionnelle ou d'entérocolopathie.
- Psoriasis
- entérocolopathie inflammatoire
- uréthrite et/ou cervicite et/ou diarrhée aiguë survenue moins de 1 mois avant l'arthrite
- Douleurs fessières à bascule
- Enthésopathie
- Sacro-iliite radiologique

Annexe 2

Tableau 2: Critères d'Amor de classification des spondylarthropathies à entrées multiples

	points
Signes cliniques ou histoire clinique	
Oligoarthrite asymétrique	2
Douleurs fessières sans précision	1
Ou douleurs fessières à bascule	2
Doigt ou orteil en saucisse	2
Talalgie ou autre enthésopathie	2
Uvéite antérieure	2
Uréthrite non gonococcique ou cervicite moins de 1mois Avant le début d'une arthrite	1
Diarrhée moins de1 mois avant l'arthrite	1
Présence ou antécédents de psoriasis et/ou d'une balanite et/ou d'une entérocolopathie chronique	2
Signes radiologiques	
Sacro-iliite (stade=2 si bilatérale ou stade =3 si unilatérale)	3
Terrain génétique	
Présence de l'antigène HLAB27 et/ou antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'uvéite ou d'entérocolopathie chronique.	2
Sensibilité au traitement	2
Amélioration en 48h des douleurs par les AINS et/ou Rechute rapide (48h) des douleurs à leur arrêt	
Le malade est déclaré comme ayant une spondylarthropathie si la somme des points des 12 critères est égale ou supérieure à 6	

Annexe 3

Tableau 3: Critères de New York modifiés, d'après van der Linden *et al.*, 1984 (13)

A – Diagnostic
1. Critères cliniques :
a) lombalgie et raideur depuis plus de 3 mois, qui s'améliorent avec l'exercice mais ne sont pas soulagées par le repos
b) diminution de la mobilité du rachis lombaire dans les plans sagittal et frontal
c) diminution de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales ajustées à l'âge et au sexe
2. Critères radiologiques
Sacro-iliite de grade ≥ 2 bilatérale ou sacro-iliite de grades 3-4 unilatérale
B – Gradation
1. spondylarthrite ankylosante avérée si le critère radiologique est associé à au moins 1 critère clinique
2. spondylarthrite ankylosante probable si présence :
a) de 3 critères cliniques
b) du critère radiologique sans signe ou symptôme clinique (d'autres causes de sacro-iliite doivent être envisagées)

Annexe 4

Tableau : Classification radiologique de « Forestier » de la sacroiliite.

Stades	Aspect des sacro-iliaques
I	Elargissement et Flou de l'interligne de SI.
II	Irrégularité et érosions des berges articulaires «aspect en timbre de poste ».
III	Condensation des berges.
IV	Ankylose et fusion des berges de l'articulation.