



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+٠٢٤٧٠١١ + ٠١٤١١٤٤٤ + ٨ + ٠٥٠٥٠٥٠
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

LE RHUMATISME PSORIASIQUE : EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES SELON LE SEXE ?

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur BEATINGAR Néradiou
Né le 05 novembre 1983 A San-Pedro Côte d'Ivoire

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : RHUMATOLOGIE

Sous la direction de :

Professeur Taoufik HARZY

Rapporteur Professeur EL MEZOUAR Imane

Session de Février 2022

Dr. EL MEZOUAR
Professeur Assistant
Rhumatologie
CHU de Fes
Tél : 0535 2410

PR. HARZY TAOUFIK
Chef du Service
de Rhumatologie
CHU de FES
INPE : 101071 603

TABLE DES MATIERES

Table des matières

<u>Liste des abréviations</u>	5
<u>Liste des figures</u>	6
<u>Liste des tableaux</u>	7
<u>Liste des annexes</u>	8
<u>REMERCIEMENTS</u>	9
<u>RESUMES</u>	15
<u>MATERIELS ET METHODES</u>	23
1. <u>Patients</u> :	24
1.1. <u>Nature de l'étude</u> :	24
1.2. <u>Population d'étude</u> :	24
1.2.1. <u>Critères d'inclusion</u> :	24
1.2.2. <u>Critères d'exclusion</u> :	24
2. <u>Méthode d'étude</u>	24
2.1. <u>Les variables</u> :	24
2.1.1. <u>Variables dépendantes</u> :	24
2.1.2. <u>Variables indépendantes</u> :	24
2.2. <u>Echantillonnage</u> :	26
2.2.1. <u>Type d'échantillon</u>	26
2.2.2. <u>Taille de l'échantillon</u>	26
2.3. <u>Analyse des données</u> :	26
2.3.1. <u>Matériel de collecte de données</u> :	26
2.4. <u>Difficultés rencontrées</u> :	27
<u>RESULTATS</u>	28

1.	<u>Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.</u>	29
1.1.	<u>Données sociodémographiques :</u>	29
1.1.1.	<u>Répartition des patients selon l'âge :</u>	29
1.1.2	<u>Répartition des patients selon le sexe :</u>	29
1.2.	<u>Répartition des patients selon les antécédents de psoriasis :</u>	31
1.3.	<u>Répartition des patients selon les manifestations extra articulaires :</u>	32
1.4.	<u>Répartition des patients selon la durée du psoriasis cutané</u>	33
1.5.	<u>Répartition des patients selon la durée d'évolution du Rhumatisme psoriasique</u>	33
1.6.	<u>Répartition des patients selon les manifestations cliniques</u>	33
1.7.	<u>Aspects radiographiques</u>	34
1.8.	<u>Répartition des patients selon les caractéristiques biologiques</u>	35
1.9.	<u>Répartition des patients selon l'évaluation de la maladie</u>	36
1.9.1.	<u>Répartition des patients selon l'activité de la maladie :</u>	36
1.9.2.	<u>Répartition des patients selon le retentissement fonctionnel quotidien</u>	36
1.10.	<u>Traitement :</u>	36
1.11.	<u>Répartition selon la fréquence de la sacro-iliite</u>	37
2.	<u>Corrélation entre le sexe et les caractéristiques sociodémographiques des patients :</u>	38
2.1.	<u>Lien entre les caractéristiques des patients et le sexe</u>	38
2.2.	<u>Corrélation entre les caractéristiques cliniques et sexuel</u>	39
2.3.	<u>Lien entre les lésions à l'imagerie et le sexe des patients</u>	40
2.4.	<u>Corrélation entre le sexe et les paramètres biologiques</u>	41
2.5.	<u>Lien entre l'évaluation de la maladie et le sexe</u>	42
	<u>Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de l'évaluation</u>	42
3.	<u>Analyse multivariée</u>	42

<u>DISCUSSION</u>	43
<u>CONCLUSION</u>	48
<u>RÉFÉRENCES</u>	50
<u>ANNEXES</u>	54

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	: anti inflammatoires non stéroïdiens
ASDAS	: ASAS endorsed disease activity score
BASDAI	: bath ankylosing spondylitis disease activity index
BASFI	: bath ankylosing spondylitis functional index
CASPAR	: classification criteria for psoriatic arthritis
CHU	: centre hospitalier universitaire
CRDO	: Critères radiologiques des doigts et orteils
CRP	: protéine C réactive
HLA B 27	: human leucocyte antigen B 27
HTA	: hypertension artérielle
IRM	: imagerie par résonnance magnétique
MICI	: maladie inflammatoire chronique de l'intestin
PsA	: psoriatic arthritis
RP	: rhumatisme psoriasique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe	29
Figure 2 : Répartition des comorbidités	30
Figure 3 : Répartition selon les antécédents de psoriasis	31
Figure 4 : Répartition des manifestations cliniques	33
Figure 5 : Répartition des patients selon les atteintes radiographiques.....	34
Figure 6 : Répartition des données biologiques	35
Figure 7 : Répartition des prescriptions thérapeutiques	36
Figure 8 : Répartition de la sacro-iliite à l'imagerie	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1 : Comparaison des antécédents en fonction du sexe.....	38
Tableau 2 : lien entre les manifestations cliniques et le sexe.....	39
Tableau 3 : Répartition en fonction des lésions radiographiques	40
Tableau 4 : Répartition en fonction de la biologie	41
Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de l'évaluation	42
Tableau 6: Analyse multi variée	42

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : critères CASPAR	55
Annexe 2 : CRDO de Fournié	56
Annexe 3 : BASDAI	57
Annexe 4 : BASFI	58
Annexe 5 : ASDAS	59
Annexe 6 : fiche de recueil	60

REMERCIEMENTS

Merci à L'ÉTERNEL DIEU TOUT-PUISSANT,

LE MEDECIN PAR EXCELLENCE

*Le Maître des temps et des circonstances, le Dieu de grâce qui m'a donné la
force et l'opportunité d'être jusqu'ici.*

*Le chemin a été long et parsemé d'embûches mais comme toujours Tu as
répondu présent de Ta Droite victorieuse.*

GLOIRE A TOI !!!

A Monsieur le Professeur Taoufik HARZY :

Le privilège que vous nous faites en acceptant de nous former nous offre l'opportunité de vous exprimer notre gratitude. Avec une spontanéité régulière, vous nous avez ouvert vos portes. Votre esprit de vérité, de justice, d'humilité et du respect des valeurs est un sublime modèle pour nous. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre modestie forcent le respect et incitent à l'admiration. Veuillez trouver ici cher maître le témoignage de notre profonde gratitude

A notre Professeur Nessrine AKASBI :

*Nous avons appris à vos côtés ce qu'est la rigueur scientifique et la
détermination dans le travail. Pour ce don inestimable, nous vous restons à
jamais reconnaissants*

*Merci pour la formation et votre instruction, votre souci de transmettre les
connaissances nous ont beaucoup marqué.*

Profonde gratitude.

*A notre rapporteur le Professeur **EL MEZOUAR Imane** :*

Votre compétence, votre modestie et votre disponibilité sont au-dessus de toute admiration. Nous ne vous remercierons jamais assez pour votre contribution importante dans ce travail. Vous n'avez pas ménagé vos efforts pour apporter votre pierre à notre formation.

Profonde gratitude.

A tout le Personnel du service :

Nous nous sommes retrouvés sans repères mais grâce à vous nous avons eu un environnement de travail idéal. Merci.

A mes amis et camarades Résidents du service :

Un groupe mémorable, une ambiance familiale remarquable dans les bons comme dans les mauvais jours. Puissions-nous garder toujours cet esprit d'équipe qui a toujours régner. Nous avons fini par avoir raison de toutes ces « conférences » et nuits blanches.

Brillante carrière à tous !!!

A Mme Rosine BEATINGAR épouse PATIENTE, AIMANTE, TENDRE, TRAVAILLEUSE... bref, FEMME VERTUEUSE !!! Tu as toujours cru en moi-même quand je n'y croyait pas. Merci pour toutes ces années passées à attendre, ce travail achève cette attente.

A Mme Agnès BEATINGAR, première femme de ma vie, tu as tout été présente pour moi. Tu m'as littéralement portée et soutenu dans le bonheur comme dans le malheur. Tu n'as jamais baissé le bras pour moi. Puisse ce travail qui est l'aboutissement de plusieurs années de tes souffrances te rendront toujours fière.

RESUMES

RESUME

Le rhumatisme psoriasique : existe-t-il des différences selon le sexe ?

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique faisant parti du groupe des spondylarthrites dont il partage des caractéristiques génétiques et cliniques. Bien qu'il touche équitablement les deux sexes, plusieurs études tendent vers le fait qu'il existe des différences sur le plan clinique et paraclinique entre les deux sexes.

Notre objectif : Déterminer les particularités du rhumatisme psoriasique selon le sexe sur le plan clinique, biologique et radiographique

Résultats :

Nous avons inclus 88 patients.

L'âge moyen était de $49,23 \pm 14,53$ ans et le Sex-ratio H/F 0,34.

Les patients ayant un rhumatisme psoriasique de sexe masculin avaient plus d'images radiographiques compatibles avec les critères radiographiques doigts et orteils de Fournié ($p=0,01$).

Les femmes atteintes de rhumatisme psoriasique avaient plus de facteur rhumatoïde positif ($p=0,001$), plus d'anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP) ($p=0,043$) et faisait plus de coxite ($p=0,025$). Il n'existait aucune spécificité liée au sexe pour les atteintes périphériques, les manifestations extra articulaires, le HLAB27 ($p=0,662$), l'activité de la maladie ($p=0,222$) et le retentissement fonctionnel ($p=0,385$).

Les données ont été analysées avec SPSS

Discussion :

Notre étude démontre des dommages structuraux importants chez les hommes sans différences concernant l'activité de la maladie. Des auteurs vont dans le même sens que nous mais retrouvent une prédominance des atteintes axiales chez les hommes. Ceci pourrait s'expliquer par notre sexe ratio et notre faible échantillon comme cela pourrait résulter de la participation des paramètres multifactoriels non encore complètement élucidés (différences génétiques, des activités de chaque type de population et la durée d'évolution de la maladie).

Le facteur rhumatoïde, les anticorps anti-CCP et la coxite étaient plus présents dans la population féminine de notre étude. D'après les données de la littérature, les anticorps anti-CCP peuvent être présents, bien que de faible fréquence (1 à 16%) chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique, en particulier chez les patients avec atteinte polyarticulaire et avec plus de dommages structuraux.

Conclusion :

La population féminine se caractérise par la présence de facteur rhumatoïde et des anticorps anti-peptides citrullinés au cours du rhumatisme psoriasique, ceci pourrait conduire à un retard diagnostic. Il existe néanmoins plusieurs similitudes dans les deux sexes en ce qui concerne l'activité et le retentissement fonctionnel allant dans le même sens que la littérature.

Abstract :

Psoriatic arthritis : are there gender differences?

Introduction:

Psoriatic arthritis is a chronic inflammatory rheumatic disease that belongs to the group of spondyloarthritides and shares genetic and clinical features. Although it affects both sexes equally, several studies suggest that there are clinical and paraclinical differences between the sexes.

Our objective: To determine the clinical, biological, and radiographic gender differences in Psoriatic arthritis.

Results:

We included 88 patients.

The mean age was 49.23 ± 14.53 years and the sex ratio M/F 0.34.

Male patients with Psoriatic arthritis had more radiographic images consistent with Fournié's finger and toe radiographic criteria ($p=0.01$).

Female Psoriatic arthritis patients had more positive rheumatoid factor ($p=0.001$), more anti-citrullinated peptide (anti-CCP) antibodies ($p=0.043$) and had more coxitis ($p=0.025$).

There was no gender specificity for peripheral involvement, extra-articular manifestations, HLAB27 ($p=0.662$), disease activity ($p=0.222$) and functional impact ($p=0.385$).

Data were analyzed with SPSS

Discussion:

Our study demonstrates significant structural damage in men with no differences regarding disease activity. Some authors agree with us but find a predominance of axial damage in men. This could be explained by our sex ratio, our

small sample size, and the involvement of multifactorial parameters not yet fully elucidated (genetic differences, activities of each type of population and duration of disease progression).

Rheumatoid factor, anti-CCP antibodies and coxitis were more present in the female population of our study. According to the data in the literature, anti-CCP antibodies may be present, although with low frequency (1–16%) in patients with Psoriatic arthritis, especially in patients with polyarticular involvement and with more structural damage.

Conclusion:

The female population is characterized by the presence of rheumatoid factor and anti-citrullinated peptide antibodies during Psoriatic arthritis, this could lead to a diagnostic delay. Nevertheless, there are several similarities in both sexes regarding activity and functional impact, which are consistent with the literature.

INTRODUCTION

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique appartenant au groupe des spondyloarthrites dont la cible pathologique est l'enthèse (1). Il revêt parfois différents aspects même s'il partage des caractéristiques génétiques et cliniques des spondyloarthrites (2-4).

Le rhumatisme psoriasique touche entre 10 à 40% des patients présentant un psoriasis cutané (5,6). Le psoriasis est une maladie cutanée relativement commune dont la pathogenèse est sous l'influence de facteurs environnementaux et génétiques (1).

La description classique des caractéristiques cliniques du rhumatisme psoriasique a été publiée en 1973; cependant, du reste du squelette découverts en 1983 dans un monastère byzantin en Judée, datant du V siècle avant notre ère, a montré des signes visuels et radiographiques caractéristiques compatibles avec le rhumatisme psoriasique témoignant ainsi de l'ancienneté de cette pathologie (7,8). Ainsi, le rhumatisme psoriasique se caractérise globalement par une atteinte rachidienne à prédominance cervico dorsale, une sacro-iliite généralement pauvre asymptomatique et unilatérale, une calcanéite exubérante lorsqu'elle est typique et une atteinte des doigts et des orteils qui frappe en priorité les articulations distales [9].

Il existe des critères de classification pour le rhumatisme psoriasique (critères CASPAR : Classification for Psoriatic Arthritis (annexe 1)) qui ont été publiés en 2006, permettant de définir le rhumatisme psoriasique dans le but de mieux orienter les cliniciens (10).

Dans certaines études, il semble que le rhumatisme psoriasique touche vraisemblablement de manière équitable aussi bien les hommes que les femmes (11,12). D'autres travaux tendent vers le fait qu'il existe des différences tant sur le

Le rhumatisme psoriasique : existe-t-il des différences selon le sexe ?

plan clinique que thérapeutique entre les hommes et les femmes atteints de rhumatisme psoriasique (13-15).

L'objectif de notre travail est de faire la comparaison entre les hommes et les femmes dans le rhumatisme psoriasique dans la population marocaine de Fès afin de déterminer l'existence de spécificités cliniques éventuelles.

MATERIELS ET METHODES

1. Patients :

1.1. Nature de l'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique.

1.2. Population d'étude :

Ce sont les patients suivis au service de rhumatologie du CHU Hassan II de Fès au Maroc de janvier 2009 à décembre 2019.

1.2.1. Critères d'inclusion :

Sont retenus pour l'étude des dossiers des patients ayant un diagnostic de rhumatisme psoriasique retenu selon les critères CASPAR.

1.2.2. Critères d'exclusion :

Les patients ne répondant pas aux critères CASPAR.

2. Méthode d'étude

2.1. Les variables :

2.1.1. Variables dépendantes :

Notre étude étant descriptive, la variable dépendante est le sexe.

2.1.2. Variables indépendantes :

➤ Variables sociodémographiques :

- L'âge au moment de la symptomatologie.
- Tabagisme

➤ Variables cliniques :

- Les antécédents familiaux de rhumatisme psoriasique
- Les antécédents personnels de psoriasis cutané

Le rhumatisme psoriasique : existe-t-il des différences selon le sexe ?

- Les comorbidités associées (HTA, diabète, dyslipidémie, goutte)
- La présence d'un psoriasis cutané et sa durée d'évolution
- La durée d'évolution du rhumatisme psoriasique,
- Les rachialgies, les arthralgies ou arthrites, l'enthésite, la dactylite
- Manifestations extra articulaires : Uvéite, MICI.

➤ Variables relatives à l'évaluation du rhumatisme psoriasique

- L'activité Selon le Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) annexe 4
- Retentissement de la maladie : Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) ; un score ≥ 4 signifie qu'il existe un retentissement fonctionnel (annexe 4)

➤ Variables relatives à l'apport de l'imagerie :

- La sacro-iliite radiographique ;
- La sacro-iliite sur l'IRM
- L'existence de syndesmophytes cervico-dorso-lombaire
- L'existence d'érosions périphériques.
- La présence des critères CRDO de Fournier ;
- L'existence de coxite

➤ Variables relatives à l'apport de la biologie :

- Le syndrome inflammatoire
- HLA B27

- Variables relatives au traitement reçu
 - AINS
 - Corticoïdes
 - DMARDs (méthotrexate, sulfasalazine)
 - Biothérapie

2.2. Echantillonnage :

2.2.1. Type d'échantillon

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif. Tous les patients admis dans le service et répondant aux critères d'inclusion sus définis ont été systématiquement retenus.

2.2.2. Taille de l'échantillon

Au total, cent quatre (104) dossiers ont été retenus pour l'étude.

2.3. Analyse des données :

Le traitement des données a été réalisé grâce au logiciel Excel et SPSS 17.0. Le calcul des fréquences simples a été utilisé pour la description de l'échantillon.

L'association entre les variables a été déterminée par leur croisement à l'aide du test de Khi carré de Pearson. Tous les tests ont été interprétés avec un seuil de signification de 5% et les intervalles de confiance ont été calculés à 95%.

2.3.1. Matériel de collecte de données :

- Le registre d'hospitalisation
- Les dossiers des patients hospitalisés
- Une fiche de collecte de données préalablement établie et remplie

➤ Technique de collecte des données :

- Utilisation du registre d'hospitalisation du service de rhumatologie en vue d'identifier les malades
- Recherche des dossiers des malades et dépouillement
- Interprétation des clichés.

2.4. Difficultés rencontrées :

Nous avons rencontré plusieurs difficultés, notamment :

- Certains dossiers retrouvés incomplets notamment le HLA B27 ;
- Des clichés de radiographie de mauvaise qualité.

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

Sur l'ensemble des dossiers exploités, seul 88 patients ont été sélectionnés pour l'étude.

1.1. Données sociodémographiques :

1.1.1. Répartition des patients selon l'âge :

L'âge moyen des patients était de 49.23 ± 14.53 avec des extrêmes entre 15 ans et 77 ans.

1.1.2 Répartition des patients selon le sexe :

L'effectif des hommes était de 23 pour 65 femmes soit un sex ratio H/F était de 0,35. Ceci est illustré dans la figure ci-après.

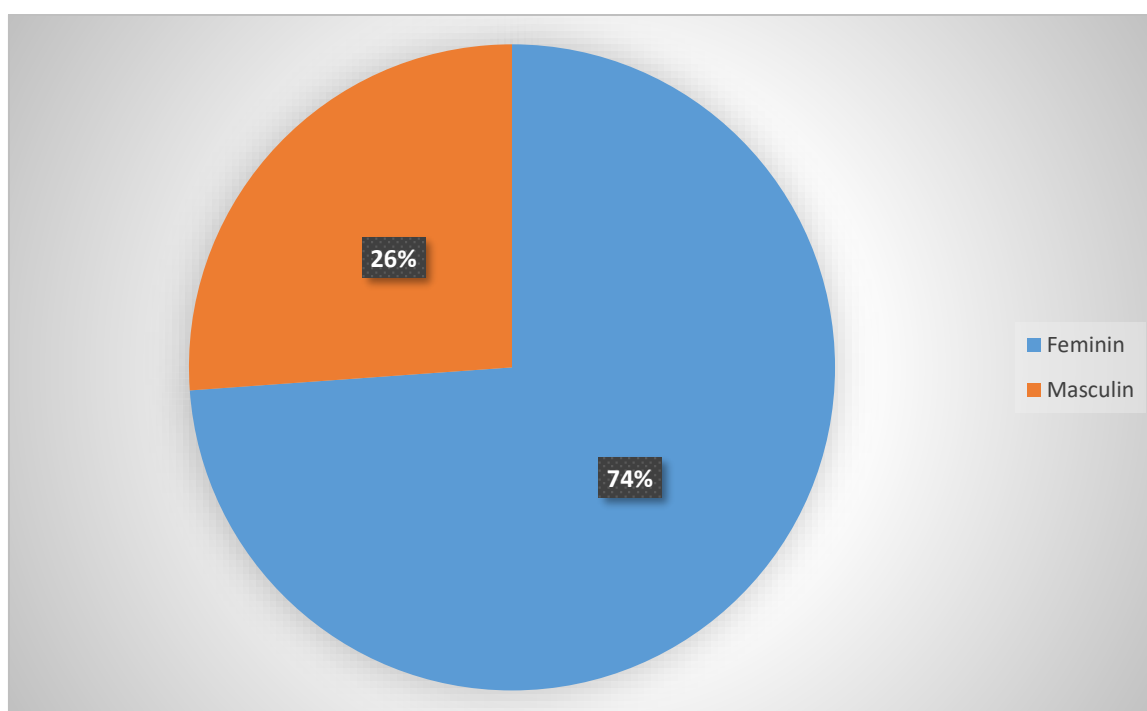


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

1.1.3. Répartition des patients selon les comorbidités

La figure 2 représente cette répartition.

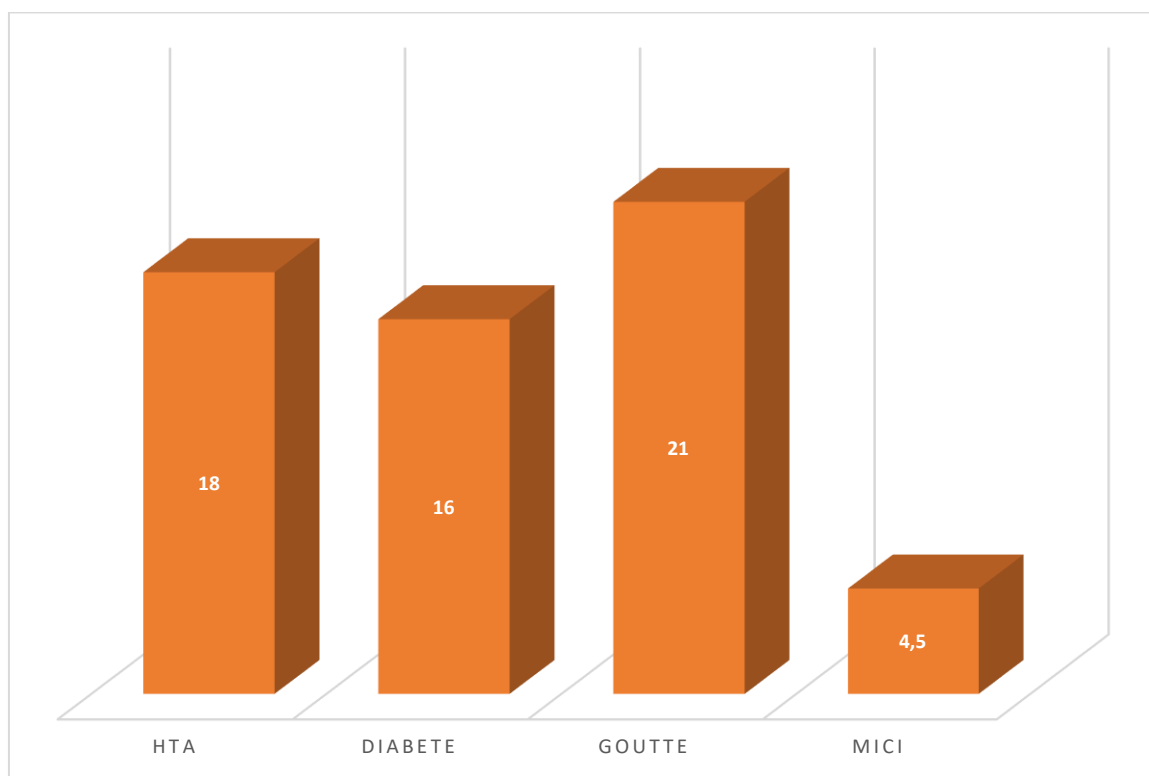


Figure 2 : Répartition des comorbidités

1.2. Répartition des patients selon les antécédents de psoriasis :

Trente-deux patients avaient un antécédent personnel de psoriasis cutané, et 9 avaient antécédent familial de psoriasis cutané comme le montre la figure ci-dessous.

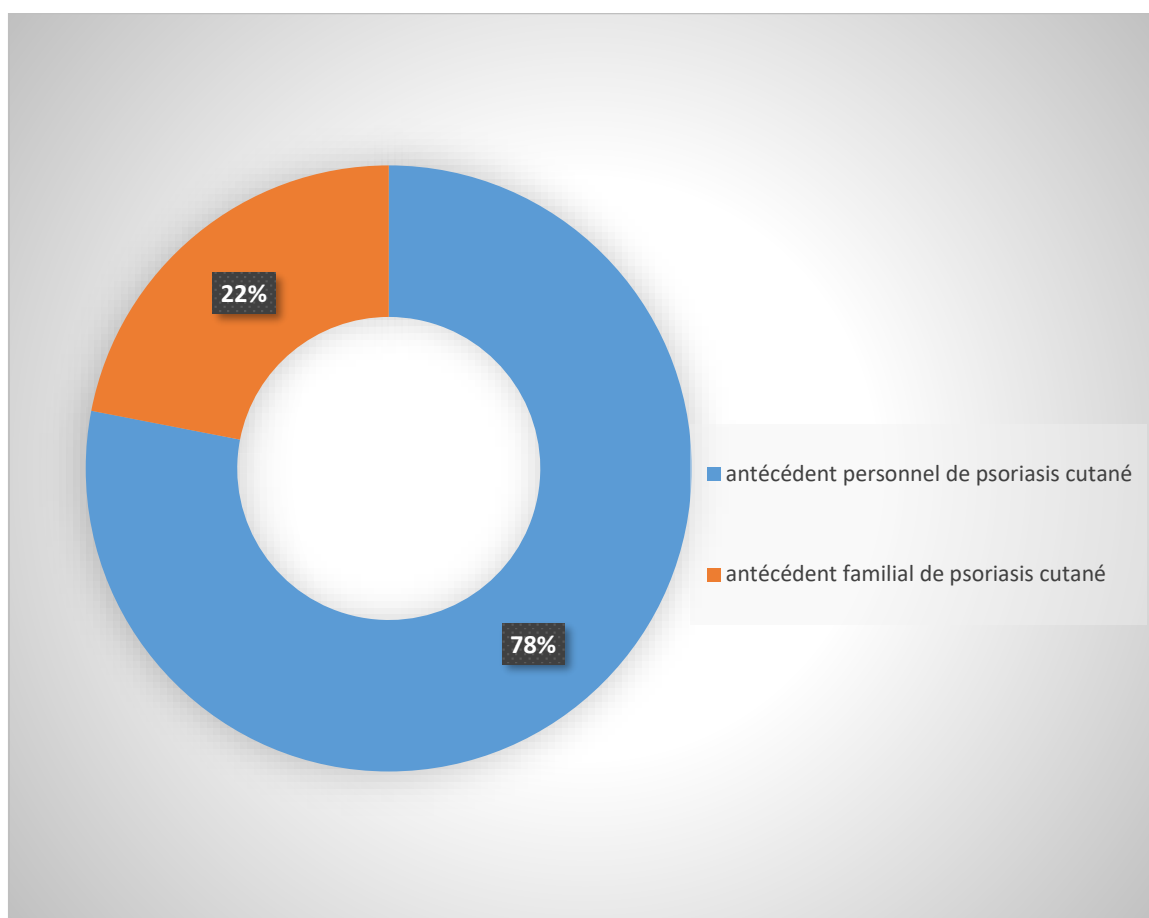


Figure 3 : Répartition selon les antécédents de psoriasis

1.3. Répartition des patients selon les manifestations extra articulaires :

Sur le plan extra articulaire, 6 patients avaient présenté une uvéite soit 6,8% et 1 patient était suivi pour MICI soit 1.1%.

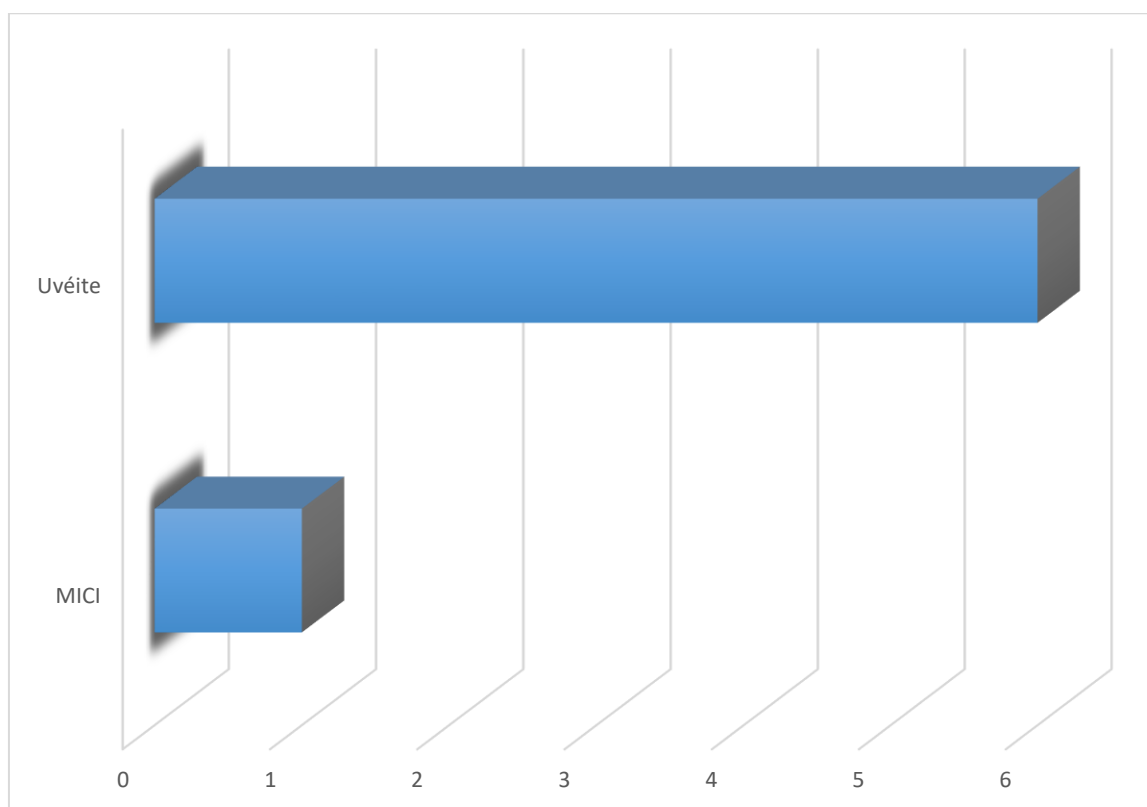


Figure 3 : Répartition des manifestations extra articulaires

1.4. Répartition des patients selon la durée du psoriasis cutané

La durée de l'atteinte cutanée psoriasique était de 10.17 ± 13.19 [0-53] années

1.5. Répartition des patients selon la durée d'évolution du Rhumatisme psoriasique

La durée moyenne d'évolution était 14.44 ± 9.35 [0-44] années.

1.6. Répartition des patients selon les manifestations cliniques

Comme illustré dans la figure 4 les manifestations rhumatologiques cliniques étaient dominées par les rachialgies, les atteintes articulaires périphériques et l'enthésite.

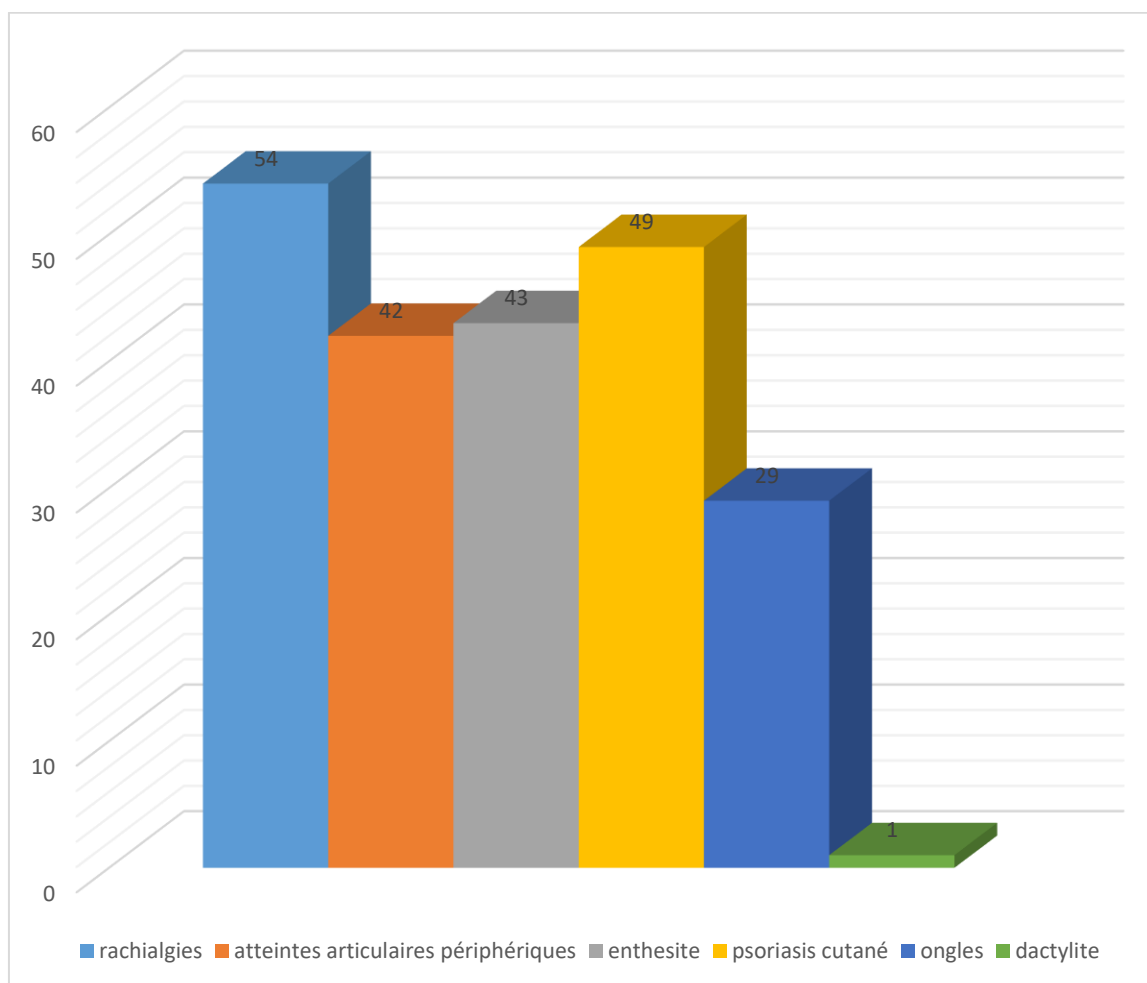


Figure 4 : Répartition des manifestations cliniques

1.7. Aspects radiographiques

Les résultats sont présentés dans la figure 5.

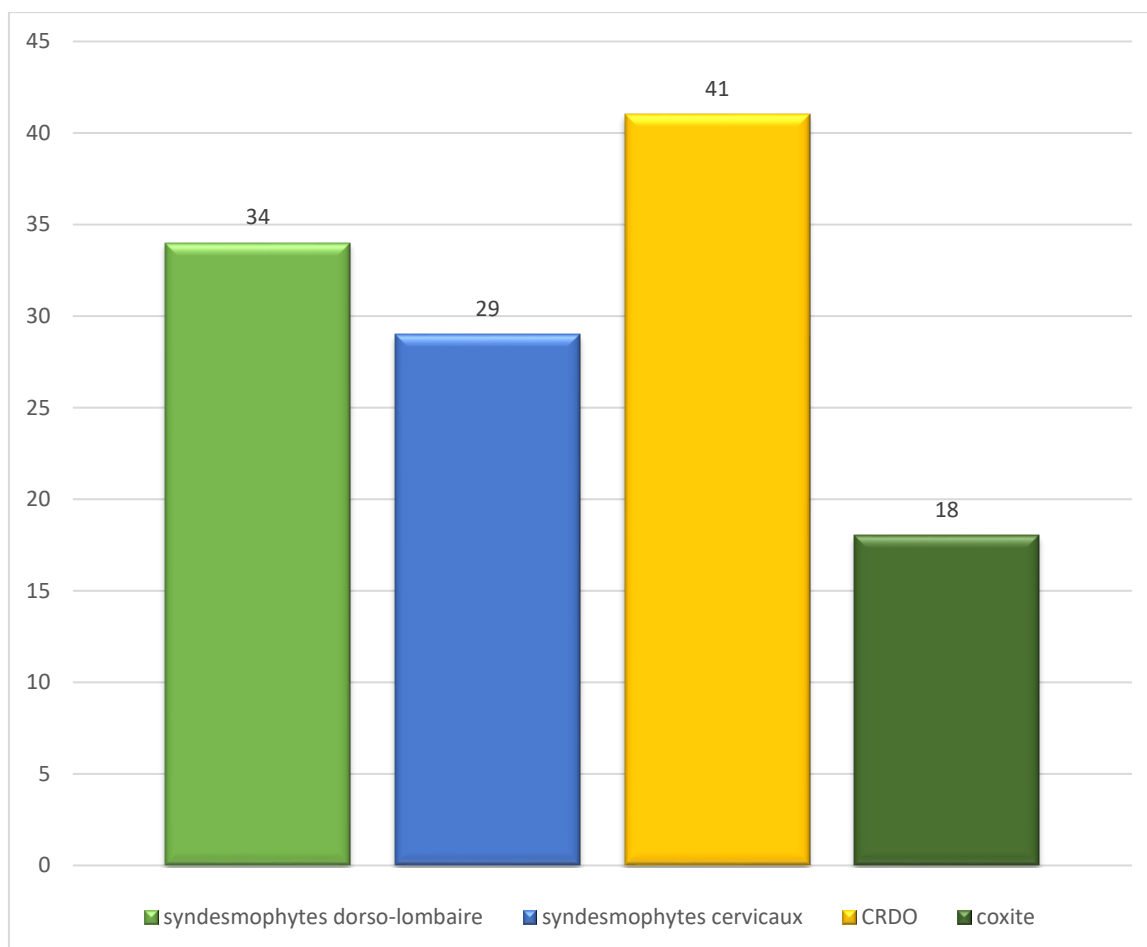


Figure 5 : Répartition des patients selon les atteintes radiographiques

1.8. Répartition des patients selon les caractéristiques biologiques

Cette répartition est représentée dans la figure 6

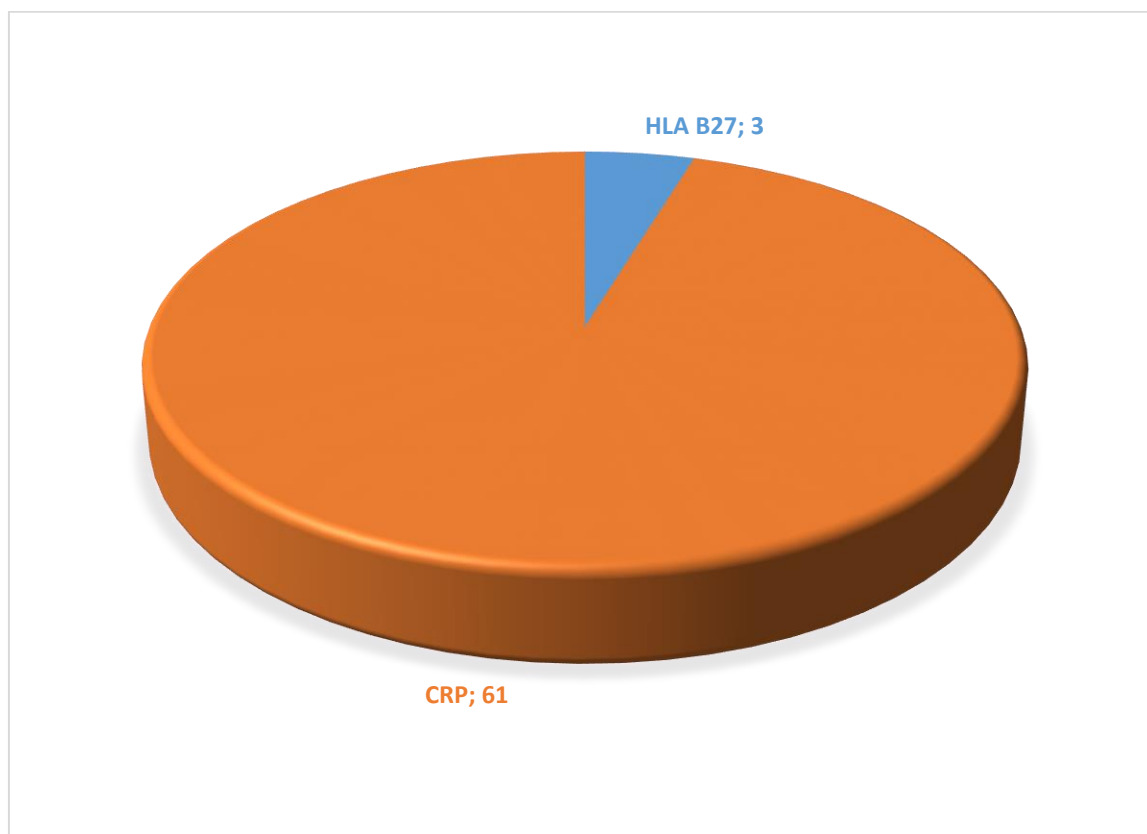


Figure 6 : Répartition des données biologiques

1.9. Répartition des patients selon l'évaluation de la maladie

1.9.1. Répartition des patients selon l'activité de la maladie :

Le BASDAI était actif chez 58 patients soit 65.9%.

1.9.2. Répartition des patients selon le retentissement fonctionnel quotidien

Il existait un retentissement fonctionnel de la maladie chez 60 patients (68.2%).

1.10. Traitement :

Il est reparti comme suit dans la figure suivante.

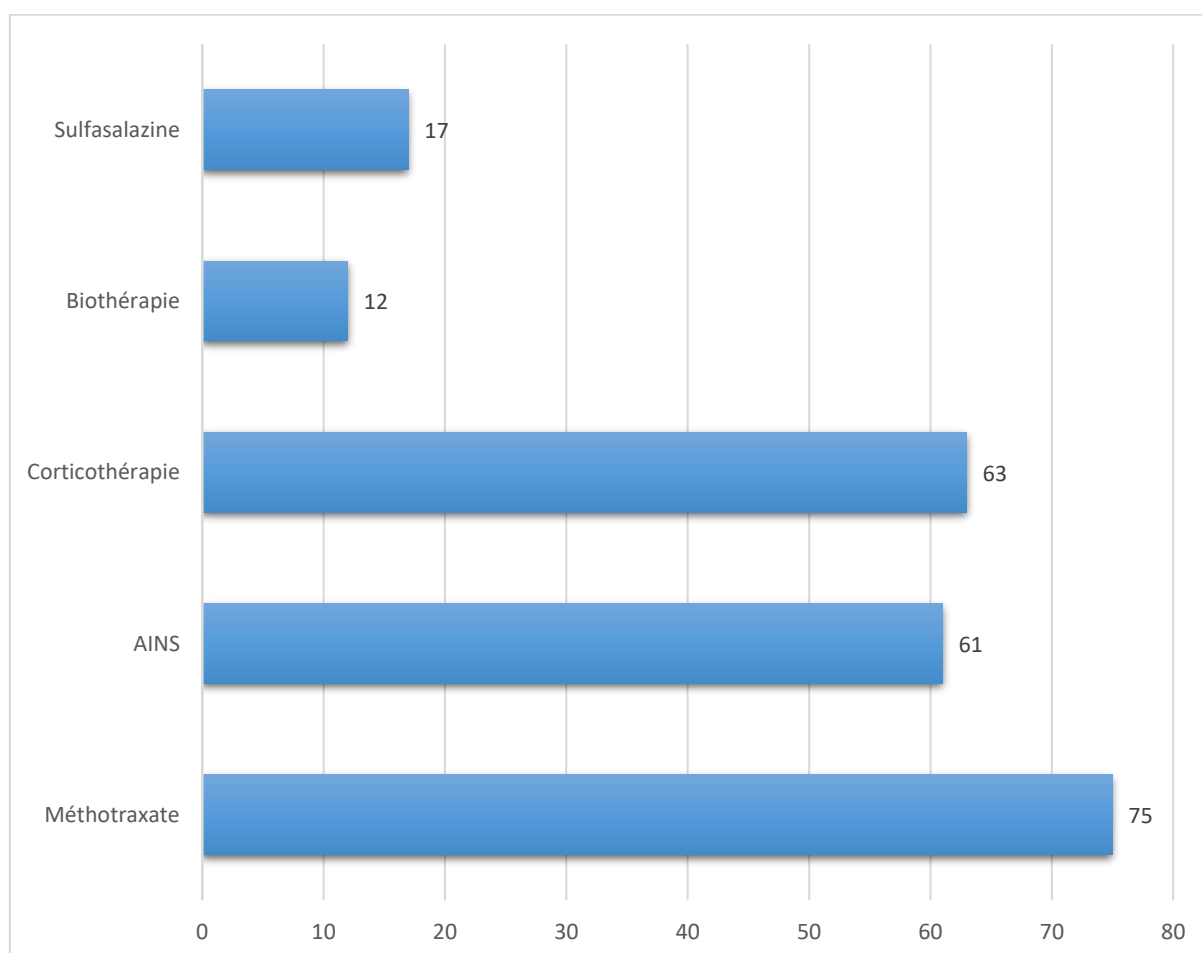


Figure 7 : Répartition des prescriptions thérapeutiques

1.11. Répartition selon la fréquence de la sacro-iliite

Cinquante-cinq pourcent de patients présentaient une sacro iliite radiographique et 19.2% patients une sacro-iliite sur l'IRM.

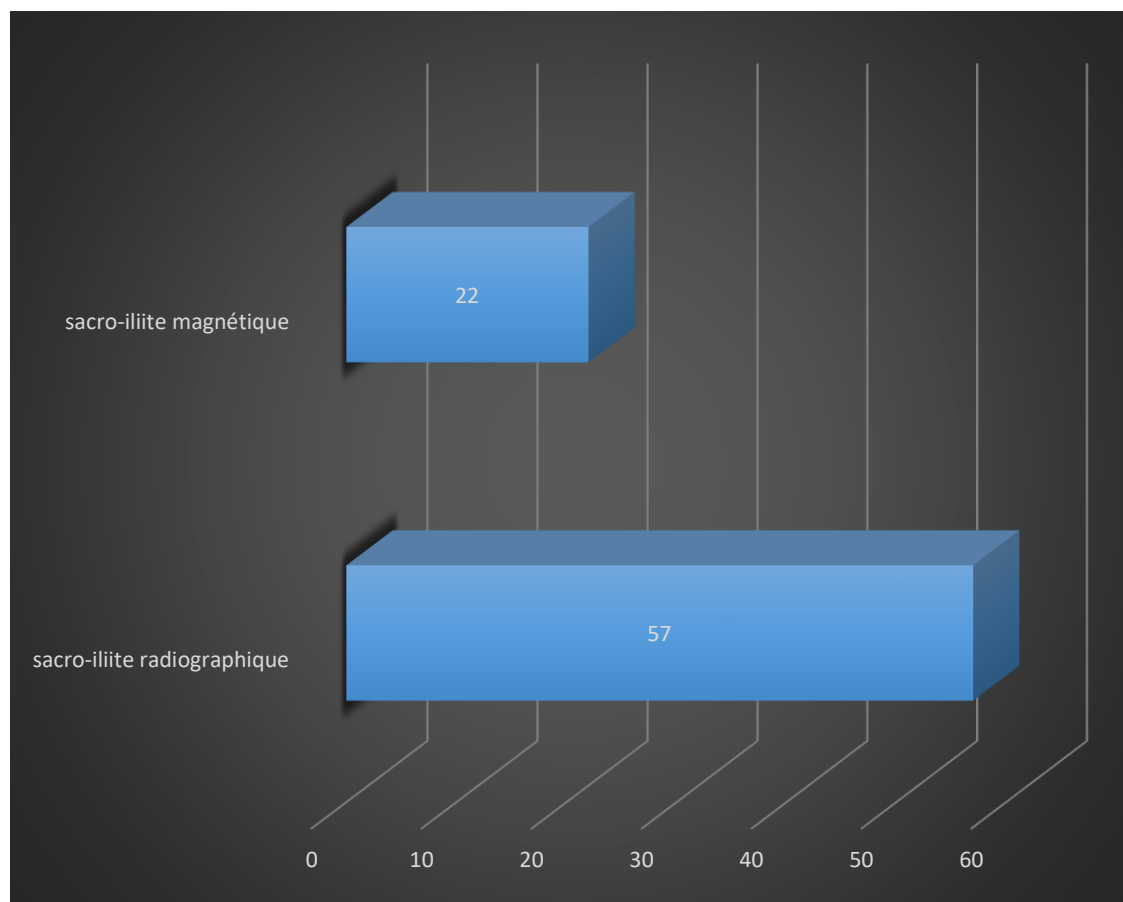


Figure 8 : Répartition de la sacro-iliite à l'imagerie

2. Corrélation entre le sexe et les caractéristiques sociodémographiques des patients :

2.1. Lien entre les caractéristiques des patients et le sexe

Le tableau 1 ne nous montre aucune prédominance

Tableau1 : Comparaison des antécédents en fonction du sexe.

Caractéristiques	Masculin 23 (100%)	Féminin 65 (100%)	p
Age moyen en années	49.09 [15–76]	49.28 [16–77]	0.062
Antécédent personnel de psoriasis	09 (39.1%)	23 (35.4%)	0.056
<i>Tabac</i>	<i>06(26.08%)</i>	<i>01(1.53%)</i>	<i>0.278</i>
<i>HTA</i>	<i>1</i>	<i>17</i>	<i>0.033</i>
Diabète	3	13	0.543
Dyslipidémie	4	17	0.571
Goutte	2	3	0.605
MICI	0	2	1

2.2. Corrélation entre les caractéristiques cliniques et sexuel

Aucune association n'était retrouvée entre les caractéristiques cliniques chez les patients des deux sexes.

Tableau 2 : lien entre les manifestations cliniques et le sexe

Caractéristiques		Masculin	Féminin	p
		23 (100%)	65 (100%)	
Atteinte articulaire	périphérique	11(47.82%)	31(47.69%)	0.11
Rachialgie		12(70,6%)	42(73,7%)	0,766
Douleur enthésique		08(47,1%)	35(61,4%)	0,29
Psoriasis cutanée		15 (65.21%)	38 (58.46%)	0.627
Uvéite		01(4.3%)	05(7.7%)	0.661
Dactylite		01 (4.3%)	00 (0)	0.264

2.3. Lien entre les lésions à l'imagerie et le sexe des patients

Les critères CRDO de Fournié étaient important chez les hommes tandis que la coxite était la lésion radiographique prédominante chez les femmes.

Tableau 3 : Répartition en fonction des lésions radiographiques

Caractéristiques	Masculin	Féminin	p
	23 (100%)	65 (100%)	
<i>CRDO de Fournié</i>	<i>11(50%)</i>	<i>30(46.15%)</i>	<i>0.01</i>
Syndesmophytes cervicaux	7(30%)	22(33%)	0.591
Syndesmophytes dorsolombaire	9(39%)	25(38.4%)	0.907
<i>Coxite</i>	<i>07(3.04%)</i>	<i>11(16.92%)</i>	<i>0.025</i>
SI radiographique	13(56.52%)	44(67.69%)	0.673
Sacro-iliite sur l'IRM	8(34.78%)	14(21.53%)	0.263

2.4. Corrélation entre le sexe et les paramètres biologiques

Nous avons retrouvé une prédominance significative avec le sexe féminin pour le facteur rhumatoïde et les anti-CCP. Le tableau 4 nous montre cette répartition.

Tableau 4 : Répartition en fonction de la biologie

Caractéristiques	Masculin	Féminin	p
	23 (100%)	65 (100%)	
Syndrome inflammatoire	18	43	0.431
HLA B 27	1	2	1
<i>Facteur rhumatoïde</i>	<i>07(3.04%)</i>	<i>21(32.30%)</i>	<i>0.002</i>
<i>Anticorps anti-CCP</i>	<i>02(8.69%)</i>	<i>07(10.76%)</i>	<i>0.043</i>

2.5. Lien entre l'évaluation de la maladie et le sexe

Comme illustre dans le tableau 5, il n'existait pas de différence entre les groupes.

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de l'évaluation

<i>Caractéristiques</i>	<i>Masculin</i>	<i>Féminin</i>	<i>p</i>
BASDAI	3.915+/-1.8960	5.449+/-1.948	0.685
BASFI	4.955+/-2.982	5.570 +/-2.555	0.498
ASDAS_{CRP}	2.584 +/-0.702	3.236 +/-1.184	0.062

3. Analyse multivariée

Tableau 6: Analyse multi variée

	OR	IC	P
FR	0.306	[0.577-5.767]	1.824
ACPA	3.314	[0.436-25.176]	0.247

Elle est représentée dans le tableau 6.

DISCUSSION

DISCUSSION :

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique faisant parti du groupe des spondylarthrites dont il partage des caractéristiques génétiques et cliniques même s'il revêt parfois différents aspects (2-4). Le rhumatisme psoriasique touche entre 10 à 40% des patients présentant un psoriasis cutané dont la pathogenèse est sous l'influence de facteurs environnementaux et génétiques (1,5,6).

Plusieurs études tendent vers le fait qu'il existe des différences tant sur le plan clinique que thérapeutique entre les hommes et les femmes (13-15). Bien qu'il semble toucher équitablement les hommes et les femmes (11,12),

Le rhumatisme psoriasique présente avec un sex-ratio a 1 en Europe et aux Etats Unis (11,12). Des auteurs retrouvent parfois une prédominance masculine (16). Dans notre étude il y avait une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0.34. Nous pensons que nos résultats sont liés au faible nombre de patients de notre étude en comparaison à celle de *Eder et al* (11).

Les résultats de l'association entre le tabagisme et le risque de rhumatisme psoriasique semblent incohérents. Le tabagisme a été trouvé à être inversement (17) ou faiblement associée au RP dans les analyses restreintes à des patients atteints de psoriasis (18). Dans notre série, la prévalence du tabagisme chez les patients recrutés était de 26.08% d'hommes contre 1.53% chez les femmes. Ceci est inférieur à la prévalence retrouvée dans la littérature (19). Contrairement à d'autres études qui montraient clairement l'impact du tabac dans les spondylarthrites notamment le rhumatisme psoriasique (17,19,20) , nous n'avons pas retrouvé un impact significatif du tabac dans le rhumatisme psoriasique. Nos résultats vont dans le même sens que *Tey et al* (21) qui n'ont trouvé aucune association entre le tabagisme et le rhumatisme psoriasique en comparant des patients atteints de RP

avec atteintes cutanées et des patients sains. Dans notre contexte, il se pourrait que cela s'explique d'une part du fait que notre étude ne tenait pas compte particulièrement des atteintes cutanées psoriasiques. Par ailleurs, il faut souligner que fumer est considéré comme un tabou pour les femmes marocaines.

Sur le plan radiographique, les hommes de notre étude avaient significativement plus de dommages structuraux ($p=0.01$). *Eder et al* (15) ont retrouvé des résultats allant dans le même sens ($p=0.007$). Cependant nos résultats diffèrent en ce qui concerne la prédominance des atteintes axiales selon le sexe. En effet, nous retrouvons des proportions similaires mais non significatives dans les deux sexes tandis que celle de *Eder et al* retrouvent une prédominance masculine significative ($p=0.003$). Aussi, *Huynh D et al* (12) rapportent des atteintes axiales prédominantes chez les hommes contrairement à notre cas. L'explication de ces différences pourraient résulter de la participation de paramètres multifactoriels non encore complètement élucidés entre les populations de différentes régions (les différences génétiques, les activités de chaque type de population, les habitudes).

En ce qui concerne la sacro-iliite radiographique, elle était globalement prédominante chez les femmes (67.69%) tandis que les hommes en avaient plus sur l'IRM (34.78%). Mais il faut mentionner que d'autres auteurs retrouvent une nette prédominance des sacro-iliites plutôt chez les hommes (15). Ainsi, *Queiro et al.* retrouvent plus de sacro-iliite (22) mais cela était en corrélation à l'âge plus jeune des patients dans leur étude. Dans notre échantillon d'étude, il n'existe pas de différence majeure entre l'âge dans les deux sexes ($p=0.062$) ce qui contribuerait probablement à l'origine de ces résultats discordants.

Nous avons retrouvé peu de données de la littérature concernant la différence quant à l'importance éventuelle de la survenue des coxites entre hommes et femmes dans le rhumatisme psoriasique. *Michet et al* ne trouvaient pas de différence particulière dans la survenue des coxites entre les sexes (23). Néanmoins, dans une étude marocaine menée par *Essouiri J et al* (24) sur les spondylarthrites, la coxite était fréquemment retrouvée ($p=0.005$) chez les hommes. Dans notre série, la coxite était plus importante chez les femmes ($p=0.025$). Il est possible que nous ayons abouti ce résultat car nous avons comme limites le fait qu'une synovite de la hanche peut toucher un groupe plus important de patients, mais elles ne seront identifiées que par des méthodes d'évaluation plus sensibles telles que l'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique. Ces examens n'ont malheureusement pas été réalisés systématiquement chez tous nos patients.

Sur le plan immunologique, le facteur rhumatoïde ($p=0.002$) et les anticorps anti-CCP ($p=0.043$) étaient plus présents dans la population féminine de notre étude. Selon les données de la littérature, des anticorps anti-CCP peuvent être présents, bien que de faible fréquence (1 à 16%) chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique, en particulier chez les patients avec atteinte polyarticulaire, forte activité de la maladie et avec plus de dommages structuraux (25).

Dans notre série, les coxites, le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-CCP étaient associées au sexe féminin. Nous pensons que des études supplémentaires à plus grande échelle seraient nécessaires afin d'essayer de retrouver s'il existait un rôle du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-CCP en tant que biomarqueur dans la survenue des coxites dans le RP.

Nous n'avons pas enregistré d'impact dans l'expression du HLA-B27 par rapport au sexe. En effet, très peu de nos patients avaient bénéficiés de ce test nécessaire du fait de son coût financier élevé. Des études ayant mieux exploré cet aspect ont montré une étroite corrélation entre le sexe masculin, la positivité HLA-B27 et d'autres gènes dans le rhumatisme psoriasique (22,26).

Il faut noter qu'il n'y avait pas de différence majeure dans le retentissement fonctionnel de la maladie entre les sexes mais plutôt une tendance à une activité plus importante de la maladie chez les hommes (73.9%). Des études suggèrent un plus grand handicap fonctionnel chez les femmes (13,15). Nous ne savons pas si les mêmes facteurs de conditionnement génétiques sont actifs chez les hommes et les femmes atteints de rhumatisme psoriasique dans notre contexte.

CONCLUSION

CONCLUSION:

Le rhumatisme psoriasique présente des différences d'expressions cliniques et paracliniques en fonction du sexe. Pendant que les hommes enregistraient plus de dommages structuraux compatibles avec les CRDO de Fournié et plus de sacro-iliites à l'IRM, les femmes présentaient plus de coxite, plus de sacro-iliite radiographique de même que la positivité du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-CCP. Ces différences d'expressions clinique surtout chez les femmes pourraient conduire à un retard diagnostic. Il existe néanmoins plusieurs similitudes dans les deux sexes en ce qui concerne l'activité et le retentissement fonctionnel allant dans le même sens que la littérature.

RÉFÉRENCES

1. Castellino M, Barton A. Genetic susceptibility factors for psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. mars 2010;22(2):152-6.
2. Moll JM, Haslock I, Macrae IF, Wright V. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet's syndrome. *Medicine (Baltimore)*. sept 1974;53(5):343-64.
3. Taurog JD, Chhabra A, Colbert RA. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. *N Engl J Med*. 30 juin 2016;374(26):2563-74.
4. Berner J, Zufferey P. Rhumatologie. Rhumatisme psoriasique [Update in psoriatic arthritis treatment]. *Rev Médicale Suisse*. 2015;11(456-457):139-42.
5. Gladman D, Antoni C, Mease P, Clegg D, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. mars 2005;64(Suppl 2):ii14-7.
6. Alenius G-M, Stenberg B, Stenlund H, Lundblad M, Dahlqvist SR. Inflammatory joint manifestations are prevalent in psoriasis: prevalence study of joint and axial involvement in psoriatic patients, and evaluation of a psoriatic and arthritic questionnaire. *J Rheumatol*. déc 2002;29(12):2577-82.
7. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. janv 1973;3(1):55-78.
8. Zias J, Mitchell P. Zias, J. and Mitchell, P.D. (1996) Psoriatic arthritis in a fifth century Judean Desert monastery *American Journal of Physical Anthropology* 101: 491–502. Vol. 101. 1996. 491 p.
9. Fournié B. EMC RHUMATOLOGIE 2020. Rhumatisme psoriasique. Elsevier Masson. p 352–363
10. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. août 2006;54(8):2665-73.

11. Eder L, Widdifield J, Rosen CF, Cook R, Lee K-A, Alhusayen R, et al. Trends in the prevalence and incidence of psoriasis and psoriatic arthritis in Ontario, Canada: A population-based study. *Arthritis Care Res.* 1 sept 2018;
12. Huynh D, Kavanaugh A. Psoriatic arthritis: current therapy and future approaches. *Rheumatol Oxf Engl.* janv 2015;54(1):20-8.
13. Queiro R, Tejón P, Coto P, Alonso S, Alperi M, Sarasqueta C, et al. Clinical Differences between Men and Women with Psoriatic Arthritis: Relevance of the Analysis of Genes and Polymorphisms in the Major Histocompatibility Complex Region and of the Age at Onset of Psoriasis. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:1-7.
14. Generali E, Scirè CA, Cantarini L, Selmi C. Sex Differences in the Treatment of Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review. 2016;18:6.
15. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Gender difference in disease expression, radiographic damage and disability among patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* avr 2013;72(4):578-82.
16. Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ. Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis, than rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* janv 2007;66(1):113-7.
17. Chen C-H, Chen H-A, Lu C-L, Liao H-T, Liu C-H, Tsai C-Y, et al. Association of cigarette smoking with Chinese ankylosing spondylitis patients in Taiwan: a poor disease outcome in systemic inflammation, functional ability, and physical mobility. *Clin Rheumatol.* mai 2013;32(5):659-63.
18. Li W, Han J, Qureshi AA. Smoking and risk of incident psoriatic arthritis in US women. *Ann Rheum Dis.* juin 2012;71(6):804-8.
19. Højgaard P, Grintborg B, Hetland ML, Hansen TH, Lage-Hansen PR, Petersen MH, et al. Association between tobacco smoking and response to tumour

- necrosis factor α inhibitor treatment in psoriatic arthritis: results from the DANBIO registry. *Ann Rheum Dis.* déc 2015;74(12):2130-6.
20. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino M-A, Dougados M. Smokers in early axial spondyloarthritis have earlier disease onset, more disease activity, inflammation and damage, and poorer function and health-related quality of life: results from the DESIR cohort. *Ann Rheum Dis.* juin 2012;71(6):809-16.
21. Tey HL, Ee HL, Tan ASL, Theng TS, Wong SN, Khoo SW. Risk factors associated with having psoriatic arthritis in patients with cutaneous psoriasis. *J Dermatol.* mai 2010;37(5):426-30.
22. Queiro R, Alperi M, Lopez A, Sarasqueta C, Riestra JL, Ballina J. Clinical expression, but not disease outcome, may vary according to age at disease onset in psoriatic spondylitis. *Jt Bone Spine Rev Rhum.* oct 2008;75(5):544-7.
23. Michet CJ, Mason TG, Mazlumzadeh M. Hip joint disease in psoriatic arthritis: risk factors and natural history. *Ann Rheum Dis.* juill 2005;64(7):1068-70.
24. Essouiri J, Abourazzak FE, Kona I, Harzy T. Profile of Patients with Spondyloarthritis in Morocco. *Curr Rheumatol Rev.* 2018;14(3):258-63.
25. Perez-Alamino R, Garcia-Valladares I, Cuchacovich R, Iglesias-Gamarra A, Espinoza LR. Are anti-CCP antibodies in psoriatic arthritis patients a biomarker of erosive disease? *Rheumatol Int.* sept 2014;34(9):1211-6.
26. Queiro R, Sarasqueta C, Belzunegui J, Gonzalez C, Figueroa M, Torre-Alonso JC. Psoriatic spondyloarthropathy: a comparative study between HLA-B27 positive and HLA-B27 negative disease. *Semin Arthritis Rheum.* Juin 2002;31(6):413-8.

ANNEXES

Annexe 1 : critères CASPAR

- Annexe 1 : Critères CASPAR

Critères de classification de CASPAR pour le rhumatisme psoriasique

Mis à jour le 20 octobre 2014

RHUMATISME PSORIASIQUE CRITERES DE CLASSIFICATION CASPAR

1. Atteinte rhumatologique inflammatoire (périphérique, axiale ou enthésitique)		
2. Présence explicite de psoriasis à l'examen ou dans les antécédents :		
• lésion psoriasique cutanée ou du scalp diagnostiquée par un médecin à l'examen physique		2
• Notion de psoriasis selon le patient ou un médecin		1
• Antécédent familial de psoriasis au 1 ^{er} ou 2 nd degré		1
3. Atteinte unguéale		
• Dystrophie unguéale psoriasique à l'examen clinique : onycholyse, ongles ponctués ou hyperkératose		1
4. Négativité du facteur rhumatoïde		
• Absence de FR sérique (ELISA ou néphélobimétrie)		1
5. Présence ou antécédent de dactylite		
• Dactylite actuelle diagnostiquée par un médecin		1
• Antécédent de dactylite constatée par un médecin		1
6. Aspect radiologique de construction osseuse		
• Présence de signes radiographiques de construction osseuse juxta-articulaire (radiographies des mains et des pieds)		1

Pour retenir le diagnostic: Il faut le critère 1 + au moins 3 points (Se:91.4%, Sp: 98.7%).

Référence:

Taylor W, Gladman D, Helliwell P et al. Arthr & Rheum 2006; 54: 2665-73

Annexe 2 : CRDO de Fournié



Annexe 3 : BASDAI

BASDAI back translation

Please encircle the number that shows well the degree of your ability to do activities in the last two days.

1- How can you describe the degree of tiredness that you feel?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

2- How can you describe your rheumatism pain in your neck, back, and your hip?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

3- How can you describe the pain or swelling that you feel in places others than your neck, back and hip?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

4- How can you describe the pain you feel if you touch or press the places that hurt you?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

5- How can you describe the degree of stiffness you feel from the time you wake up?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

6- How long do you remain stiff when you wake up in the morning?

None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Very hard

0 hour

1 hour

2 hours and more

BASDAI final version

الله بطلبك دور على القصة التي كتبت من زمان تركة د القصة دالك على هاذ الشطالات فليومين لي دزوه

1- كيفاش توصف ليما القدر دالبها ليكتش به؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

2- كيفاش توصف القدر دالحريق دزومانيز قفلك طهرلك وقمرلوك؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

3- كيفاش توصف القدر دالحريق ولا كشيح لي حسيبي به في جهات خرين من غير لعنق الطهر والنراود؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

4- كيفاش توصف القدر دالحريق لي حسيبي به ملي كتش ولا كتز على لكشي لي كهرلوك؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

5- كيفاش توصف القدر دالك تشكريف لي يكون عندك ملي كتش قفلك؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

6- شحال دلوون كتش مشكرف ملي كتش قفلك؟

وَالْو 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 وَأَعْرَبْ زَائ

2ساعة ولا أكثر

1 ساعة

0 ساعة

Annexe 4 : BASFI

BASFI back translation

BASFI final version

BASFI back translation	BASFI final version
Please encircle the number that shows well the degree of your ability to do activities in the last two days.	الله بظيكن دور على الشرة الى كمين ميزان درجة دلفرة ذلك على هاد الشغلات فيومين لي تارو
1- To wear socks or tights without help.	1- تلبس غاشرك بلا عون
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
2- To bend forward and pick up from a pen from the ground without help.	2- تحن لقدام ويز سولو من لرض بلا عون
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
3- To reach up to a high shelf without help	3- توصل لفرع عالي بلا عون
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
4- To get up from an armless chair without using your hands or helps.	4- توضع من كرسي ما فيش جناب بلا ما نخدم بيدك ولا عون
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
5- To get up from the ground without help when lying on your back.	5- توضع من لرض الا كت ناعس على ظهرك بلا عون
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
6- To stand up ten minutes without lying down at your ease.	6- توقف فسين بلا ما تكس وتقي مرتاح
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
7- To climb 12 to 15 stairs one step on every stair without using the sides of the neither stairs nor stick.	7- حط 12 حط 15 درجة رجل فكل درجة بلا ما تعاون بالجانب دال الدرع ولا بقار
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
8- To turn your head for looking up on your shoulders without turning your body.	8- تدور راسك باش تنوف فوق كفك بلا ما تدور ناك
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
9- To do things that makes your body work (e.g.kinesitherapy, gardening or sport).	9- دير الشغلات لي كطاب منك جهد (بحال رياضة د سيطار، تصوب جرد، دير الرياضة)
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش
10- To spend all day working at home or at your work.	10- دور نهار كلو ونا خدام فنرك ولا فختفك
Easy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 impossible	سهولة 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ما نقد رش

Annexe 5 : ASDAS

Score ASDAS



Renseignez chaque item. Indiquez une valeur de 0 (absent) à 10 (extrême) pour les questions concernant votre ressenti.

1. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

2. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?

- ☒ Aucune
☐ 15 minutes
☐ 30 minutes
☐ 45 minutes

Réponse : ☐ 1 heure
☐ 1 h 15
☐ 1 h 30
☐ 1 h 45
☐ 2 h ou plus

3. Comment évaluez-vous globalement de votre maladie ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

4. Où situez-vous votre degré de gonflement ou de douleur articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Réponse : (0=absent, 10=extrême)

- ☒ Utiliser CRP.
☐ Utiliser VS.

CRP : mg/l

VS : s

Calculer

Score :

Interprétation:

Le score ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) permet de quantifier l'activité d'une spondylarthrite ankylosante. Les seuils d'activité retenus sont:

- Score < 1,3 : Inactif.
- Score $\geq 1,3$ et < 2,1 : Modéré.

- Score $\geq 2,1$ et < 3,5 : Actif.
- Score $\geq 3,5$: Très actif.

Références:

Lukas C, Landewe R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2009 Jan; 68(1):18-24.

Annexe 6 : fiche de recueil

Fiche de recueil

Identité :

IPP

Age :

Sexe : M F

Comorbidités :

HTA oui non

Diabète oui non

Dyslipidémie oui non

Goutte oui non

Tabac oui non

Caractéristiques cliniques :

Durée d'évolution du psoriasis cutanée

Durée d'évolution du rhumatisme psoriasique

Antécédent personnel de psoriasis cutané oui non

Antécédent familial de psoriasis cutané oui non

Rachialgies oui non

Arthralgies / arthrites oui non

Enthésite oui non

Dactylite oui non

Psoriasis cutané oui non

Evaluation :

Le rhumatisme psoriasique : existe-t-il des différences selon le sexe ?

BASDAI	à T0	T3
--------	------	----

ASDAS CRP	à T0	T3
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74
75	75	75
76	76	76
77	77	77
78	78	78
79	79	79
80	80	80
81	81	81
82	82	82
83	83	83
84	84	84
85	85	85
86	86	86
87	87	87
88	88	88
89	89	89
90	90	90
91	91	91
92	92	92
93	93	93
94	94	94
95	95	95
96	96	96
97	97	97
98	98	98
99	99	99
100	100	100

BASFI à T0 T3

Biologie

CRP	à T0	T3
1	1	1
1	1	0
1	0	1
1	0	0
0	1	1
0	1	0
0	0	1
0	0	0

HLA B27	oui	non
---------	-----	-----

Caractéristiques radiologiques :

Coxite	oui	non
--------	-----	-----

Sacro iliite radiologique	stade 2 bilatérale	stade 3 unilatérale
	Stade 3 bilatérale	stade 4 unilatérale
	Stade 4 bilatérale	

Sacro iliite à l'IRM	oui	non
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1

Syndesmophytes rachis cervical oui non

Syndesmophytes rachis dorsal	oui	non
------------------------------	-----	-----

Syndesmophytes rachis lombaire	oui	non
--------------------------------	-----	-----

Erosions périphériques	oui	non
------------------------	-----	-----

Traitements :

AINS oui non

Corticoïdes per os	oui	non
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1

DMARD's	oui	non
DMARD's	oui	non

Méthotrexate	oui	non
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1

Sulfasalazine	oui	non
---------------	-----	-----

Leflunomide	oui	non
-------------	-----	-----

Biothérapie	oui	non
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	1
5	1	1
6	1	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	1
12	1	1
13	1	1
14	1	1
15	1	1
16	1	1
17	1	1
18	1	1
19	1	1
20	1	1
21	1	1
22	1	1
23	1	1
24	1	1
25	1	1
26	1	1
27	1	1
28	1	1
29	1	1
30	1	1
31	1	1
32	1	1
33	1	1
34	1	1
35	1	1
36	1	1
37	1	1
38	1	1
39	1	1
40	1	1
41	1	1
42	1	1
43	1	1
44	1	1
45	1	1
46	1	1
47	1	1
48	1	1
49	1	1
50	1	1
51	1	1
52	1	1
53	1	1
54	1	1
55	1	1
56	1	1
57	1	1
58	1	1
59	1	1
60	1	1
61	1	1
62	1	1
63	1	1
64	1	1
65	1	1
66	1	1
67	1	1
68	1	1
69	1	1
70	1	1
71	1	1
72	1	1
73	1	1
74	1	1
75	1	1
76	1	1
77	1	1
78	1	1
79	1	1
80	1	1
81	1	1
82	1	1
83	1	1
84	1	1
85	1	1
86	1	1
87	1	1
88	1	1
89	1	1
90	1	1
91	1	1
92	1	1
93	1	1
94	1	1
95	1	1
96	1	1
97	1	1
98	1	1
99	1	1
100	1	1