



LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

Mémoire présenté par :

Docteur MIHINDOU Juvénal

Né le 13 juin 1980 à Libreville – Gabon

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

Option : Rhumatologie

Sous la direction de :

Professeur HARZY Taoufik

Co-Rapporteur Professeur El Mezouar Imane

Dr. Imane EL MEZOUAR
Professeur Assistant
en Rhumatologie
CHU Hassan II - Fès
INPE : 141262410

PR. HARZY TAOUFIK
Chef du Service
de Rhumatologie
CHU De FES
INPE : 101 071 603

Session de Juin 2022

Dédicaces

A ceux qui me sont les plus chers au monde.

A ceux qui ont toujours cru en moi malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

A ceux qui m'ont toujours encouragé.

Je dédie ce mémoire à

A mes très chers parents Mon papa NDEMBI Stéphanie qui n'est plus de ce monde, mon oncle

BOUSSOUGOU NZIENGUI Jean Pierre et ma mère MAGANGA Sidonie.

Merci d'avoir fait de moi, une personne très courageuse et persévérante.

Vous n'avez pas cessé de m'encourager et de me soutenir.

Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

Puisse Dieu tout puissant vous procurer longue vie, santé et bonheur, vous protéger.

A mes très chers frères et sœurs

Vous avez contribué de prêt ou de très loin à ma réussite

Je vous dédie ce travail

Je ne saurais jamais exprimer mes sentiments fraternels et chers pour vous tous

Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A mon cher ami KOMBILA Donald Kévin

Je te dédie ce travail en guise de remerciement pour tes conseils et ta disponibilité

Merci d'avoir toujours répondu présent à chaque fois que j'avais besoin de toi

Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Remerciements

A notre cher Maître et rapporteur, Monsieur le Professeur Taoufik Harzy

*C'est avec une grande émotion et un profond respect et estime qu'on a l'honneur
d'écrire ce*

*Modeste mot enfin de vous rendre hommage et de vous formuler notre profonde
gratitude.*

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

*Nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui n'a jamais
épargné d'effort*

*Pour nous octroyer une formation meilleure. Vous avez montré à notre égard
beaucoup de*

*Patience et un indéfectible soutien. Vos qualités humaines et professionnelles,
votre rigueur*

et droiture nous serviront certainement d'exemple dans notre carrière.

*Nous vous restons à jamais reconnaissant, sincèrement respectueux et toujours
disciples*

Dévoués...

A notre chère Professeure Nessrine Akasbi

*De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Vous
avez*

Prodigué avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils.

*Vous étiez toujours disponible et soucieuse de nous donner la meilleure formation qui
puisse*

être. vos qualités humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué.

Nous vous remercions vivement et nous vous exprimons notre profond respect et notre

Sincère gratitude.

A notre chère Professeure Imane EL MEZOUAR,

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant ce travail. Nous vous remercions
pour*

*Votre patience, votre disponibilité et vos précieux conseils dans la réalisation de ce
Travail. Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et
Professionnelles ont suscité en nous un profond respect. Veuillez croire, Professeur, à
L'expression de notre profonde reconnaissance et notre grand respect*

A tous mes collègues résidents du service de rhumatologie

Je vous remercie pour le travail d'équipe et pour tout ce que nous avons partagé pendant la période de notre formation.

A madame Mouna, Major du service

Je vous remercie tout particulièrement pour votre aide, votre gentillesse et votre disponibilité.

A toute l'équipe paramédicale du service de rhumatologie de Fès

Je vous remercie pour votre disponibilité et aide, je vous dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus sincères et ma profonde gratitude.

A tout ce qui de près ou de loin m'ont aidé à l'élaboration de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION	13
MATERIELS ET METHODES	16
RESULTATS	18
DISCUSSION	25
CONCLUSION	29
RESUME	31

Abréviations

ASAS :	Assessment of SpondyloArthritis International Society
ASDAS :	Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score
BASDAI :	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index
CRP :	Protéine C-réactive
TNF :	Tumor Necrosis Factor
HTA :	Hypertension artérielle
SLZ :	Sulfasalazine
LOPS :	Late Onset périphéral Spondylarthritis

INTRODUCTION

LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

Les Spondylarthroses (SpA) , anciennement appelée spondylarthropathie regroupe des Pathologies dont la lésion élémentaire est l'atteinte inflammatoires des enthèses axiales et/ou périphériques . En font partie la spondylarthrose Axiale, le rhumatisme psoriasique, les arthroses réactionnelles, les arthroses associées aux entérocolopathies inflammatoires, les formes juvéniles et les SpA indifférenciées.

Les Spondylarthroses touchent 0,3 à 1,90 % des individus de la population générale. Le sexe ratio est de 1,5 (Hommes / Femmes). Les études récentes montrent que les femmes sont aussi fréquemment atteintes que les hommes mais avec des formes moins sévères. Dans la majorité des cas, la maladie débute chez l'adulte jeune (avant 35 ans).

Les formes à début tardif (après 45 ans) sont rares. L'âge moyen du début des symptômes est environ 26 ans.

C'est un rhumatisme inflammatoire chronique évoluant par poussées entrecoupées des rémissions de durée variable et caractérisée par une atteinte inflammatoire de l'enthèse. L'enthèse désigne la zone d'ancrage de l'os de différentes structures fibreuses (Les ligaments, les tendons, les capsules articulaires et les fascias).

La physiopathologie de la maladie reste actuellement mal connue, elle fait intervenir un mécanisme complexe et multifactoriel : des facteurs génétiques (HLA-B27), environnementaux (infectieux) et immunologique (innée et adaptative).

Les spondylarthroses peuvent être à l'origine d'un handicap parfois important avec des conséquences psychologiques sociales et professionnelles.

LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

La forme à début tardif est peu fréquente, l'objectif de cette étude est de rapporter les caractéristiques cliniques et paracliniques des spondylarthroses du sujet âgé.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle rétrospective qui porte sur les patients atteints de spondylarthrite (SpA), colligés au sein du service de rhumatologie du CHU HASSAN II de Fès.

Cette étude s'est étalée entre janvier 2009 et janvier 2020.

A. Critères d'inclusion :

Tout patient atteint de spondylarthrite (SpA) avec un diagnostic établi selon les critères de l'ASAS 2009 (Assessment of SpondyloArthritis international Society). Cette inclusion était faite lors d'une hospitalisation au service de rhumatologie chez les patients avec un âge supérieur à 55 ans.

B. Critères d'exclusion :

Les patients dont l'âge était inférieur à 55 ans ont été exclus de l'étude, de même pour les patients qui avaient d'autres maladies inflammatoires concomitantes, des tumeurs malignes, des maladies du système nerveux central, des maladies rénales et hépatiques chroniques, une pathologie thyroïdienne en plus d'une spondylarthrite (SpA).

RESULTATS

I. Description de la population étudiée.

Nous avons recruté 82 patients atteints de spondylarthrite (SpA) sur les 410 cas de spondyloarthrites.

1. Données sociodémographiques :

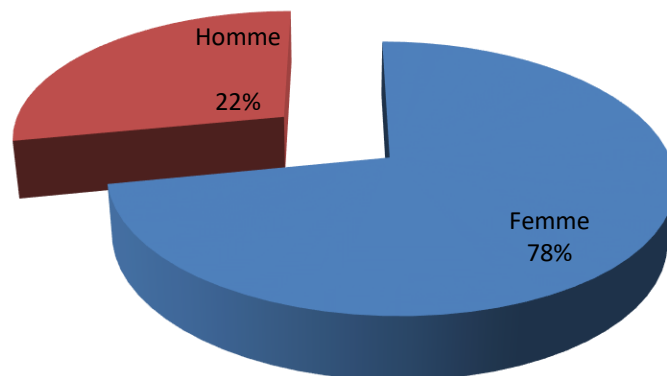
1.1. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen des patients était de 60.98 ± 5.69 années.

1.2. Répartition selon le sexe :

Dans la population étudiée, 64 patients (soit 78,0%) des malades étaient de sexe féminin, 18 patients (soit 22,0%) étaient de sexe masculin le sex-ratio (H/F) était de quatre femmes sur un homme 4F/H.

Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe



2. Durée d'évolution de la maladie :

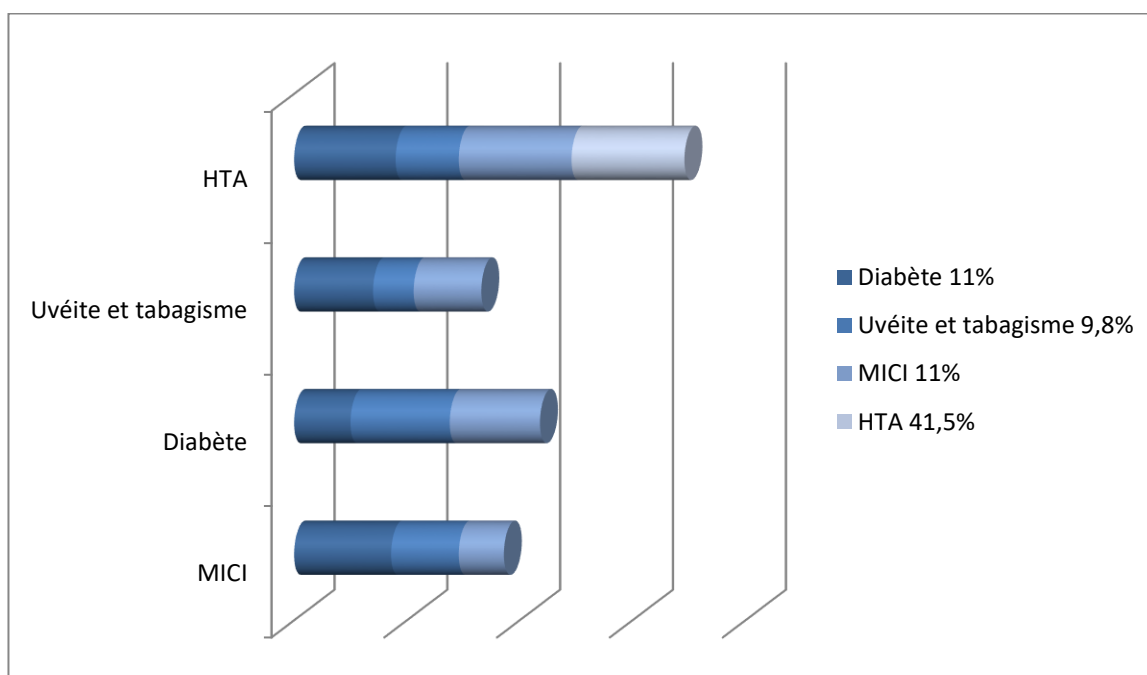
La durée d'évolution de la spondylarthrose était de 8.77 ± 8.30 années.

3. Les manifestations extra-articulaires des patients :

La majorité de nos patients présentait comme manifestations extra-articulaires ; les uvéites, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ; l'hypertension artérielle (HTA) le diabète et le tabagisme.

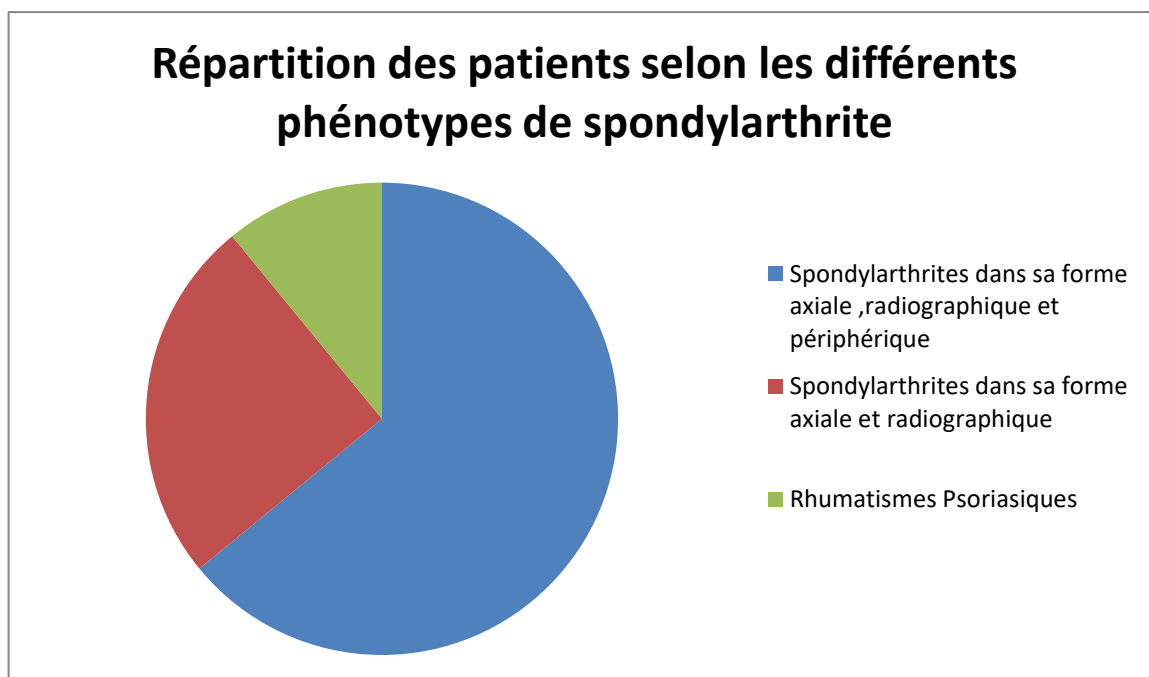
La manifestation extra-articulaire la plus rencontrée était l'hypertension artérielle l' HTA, ensuite le diabète suivie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les uvéites et enfin le tabagisme.

41.5% de patients étaient hypertendus, 34.1% des patients présentaient un diabète, 11 % d'entre eux rapportaient une notion de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, 9.8% des patients présentaient une uvéite et 9.8% d'entre eux avaient un tabagisme actif.



4. Répartition des patients selon les différents phénotypes de spondylarthrite.

On notait dans notre étude, trois (3) cas de rhumatisme psoriasique, dix (10) cas de spondylarthrite dans sa forme axiale et radiographique et soixante-neuf (69) cas de spondylarthrite dans sa forme axiale, radiographique et périphérique.



5. Les signes articulaires , péri-articulaires et généraux :

5.1. Les signes articulaires péri-articulaires :

Les patients rapportaient 48,8% de lombalgies inflammatoires, 43,9% d'entre eux présentaient de cervicalgies inflammatoires, les dorsalgies inflammatoires représentaient 37,8%, fessalgies inflammatoires et les talalgies inflammatoires représentaient respectivement 35,4% et 51,2%. Les arthralgies étaient présentes dans 84,1% dont 41,5% des arthrites cliniques.

LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

Pourcentage	
Cervicalgies inflammatoires	43,9%
Dorsalgies inflammatoires	37,8%
Lombalgies inflammatoires	48,8%
Fessalgies inflammatoires	35,4%
Talalgies inflammatoires	51,2%
Arthralgies	84,1%
Arthrites	41,5%

5.2. Les signes généraux :

Chez 6,1% des patients, on retrouvait une altération de l'état général et 6,1% d'entre eux étaient fébriles.

6. Bilan radiographique :

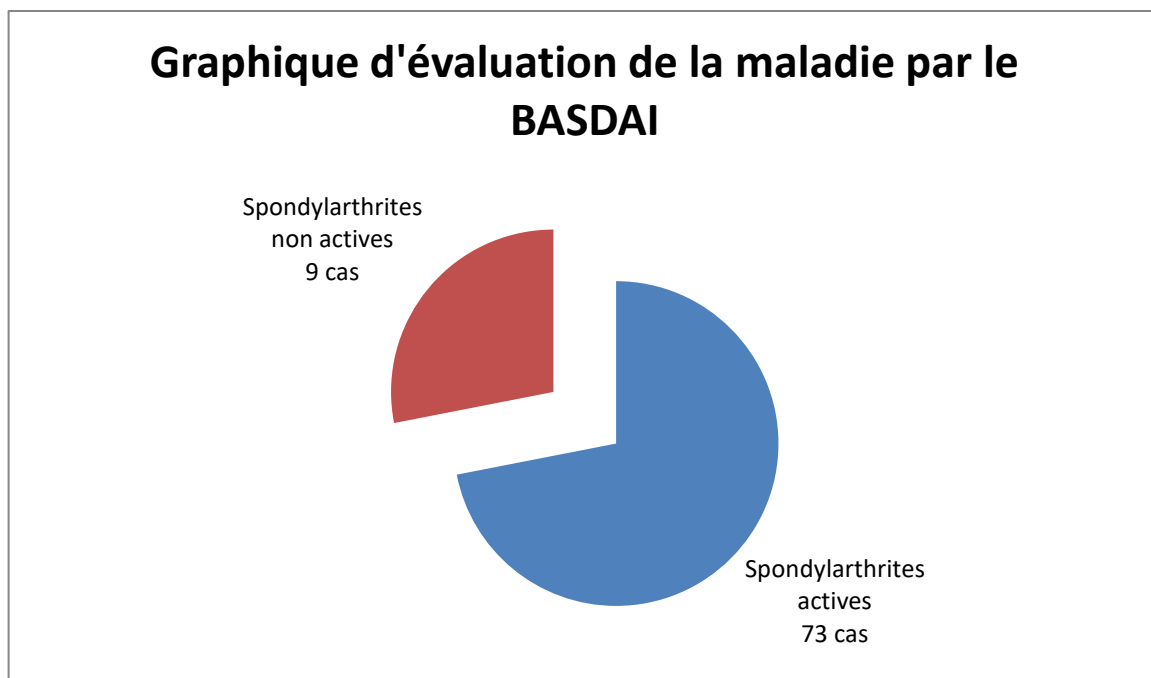
Dans la population étudiée, sur le plan radiographique, on retrouvait 49.4% de sacro-iliite radiographique et 20% des patients étudiés avaient une coxite.

7. Bilan biologique :

Dans notre étude, le syndrome inflammatoire biologique était modeste, on retrouvait à la biologie 69.1% des patients avec syndrome inflammatoire biologique, la moyenne de la CRP chez nos patients était de $24,88\text{mg/l} \pm 39,16$.

8. Evaluation de la maladie par le BASDAI :

Dans notre série, on retrouvait soixante-quatorze (73) cas de spondylarthroses actives, la moyenne du BASDAI chez la population étudiée était de $4,25 \pm 2,30$.



9. Evaluation de la maladie par l'indice ASDASCRP :

La moyenne de l' ASDAS_{CRP} chez la population étudiée était de $2,43 \pm 1,27$.

10. Les thérapeutiques :

10.1. Les traitements par les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Dans notre étude, 62.2% des patients avaient reçu des AINS comme traitement de première intention dont 37,8% étaient réfractaires aux AINS.

10.2. Traitement de fond :

10.3. DMARDS Classiques :

Dans notre population, 30.5% des patients étaient sous traitement à base de Méthotrexate alors que 19.5% ont reçu un traitement de fond à base de Salazopyrine.

10.4. Les biothérapies :

Dans notre série, les anti-TNF-Alpha étaient indiqués en troisième intention chez 11% des patients après échecs aux AINS et aux traitements par les DMARDS classiques.

DISCUSSION

LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

Les Spondylarthroses (SpA) , anciennement appelé spondylarthropathies regroupe des pathologies dont la lésion élémentaire est l'atteinte inflammatoire des enthèses axiales et/ou périphériques, qui partagent certaines de leurs manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun. C'est un groupe des rhumatismes inflammatoires chroniques multifactoriels qui touchent 0,3 à 1,90 % des individus de la population générale avec une prédominance masculine. Les études récentes montrent que les femmes sont aussi fréquemment atteintes que les hommes mais avec des formes moins sévères. Dans la majorité des cas, la maladie débute chez l'adulte jeune c'est-à-dire avant trente-cinq ans (35 ans).

C'est un groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques évoluant par poussées entrecoupées des rémissions de durée variable et caractérisée par une atteinte inflammatoire de l'enthèse.

L'évolution naturelle des Spondylarthroses se fait vers une ankylose des articulations et des enthèses touchées responsable d'un handicap parfois important avec des conséquences psychologiques ,sociales et professionnelles , une impotence fonctionnelle plus au moins marquée ce qui peut entraîner une altération de la qualité de vie et une diminution de l'espérance de vie des patients.

La physiopathologie des spondylarthroses (SpA) reste actuellement mal connue, elle fait intervenir un mécanisme complexe et multifactoriel : des facteurs génétiques avec l'implication du gène HLA-B27, environnementaux (infectieux) et immunologique (innée et adaptative).

La forme à début tardif ou LOPS syndrome (Late Onset Péripheral Spondyloarthritis) est peu fréquente, c'est-à-dire celle débutant après l'âge de 55 ans d'après notre étude.

Notre étude a montré que les spondylarthroses peuvent débuter de manière tardive, c'est-à-dire après l'âge de 55 ans.

Cet âge varie selon les études précédemment publiées sur le plan international. Une étude japonaise avait été publiée en février 2019 qui comparait les différences cliniques entre la Spondylarthrose précoce et tardive au Japon. Dans cette étude, ils ont défini la Spondylarthrose tardive comme étant supérieure à l'âge de 57 ans.

Cette étude avait montré que les Spondylarthroses étaient de plus en plus présentes chez les personnes âgées à mesure que l'espérance de vie augmente.

Une autre étude internationale du service de rhumatologie du CHU Gabriel-Montpied en France « les Spondylarthroses à début tardif avait été publiée en janvier 2019 dans la revue lettre du rhumatologue. L'âge du début de la maladie avait été défini comme étant supérieur à 50 ans ce qui est différent de notre étude.

Cette étude a montré que la présentation clinique des spondylarthroses à début tardif est aussi variée que chez le sujet jeune. La difficulté diagnostic tient au plus grands nombres de diagnostics différentiels et à la difficulté d'interpréter l'imagerie des sacro-iliaques et du rachis à cet âge. On retrouvait dans cette étude des spondylarthroses avec des signes généraux, marquées par des cervicalgies inflammatoires, des lombalgies inflammatoires et un syndrome inflammatoire biologique important que nous retrouvions également dans notre étude. L'âge avancé dans cette étude n'était pas en soi un argument suffisant pour récuser le diagnostic de spondylarthrose.

Dans notre étude, les patients présentaient une maladie très active, ils répondaient en majorité à un grand nombre au traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens.

CONCLUSION

Malgré l'existence de quelques limites à cette étude, le diagnostic de spondylarthroses du sujet âgé est souvent difficile à évoquer. La présentation clinique et les caractéristiques cliniques et para cliniques sont toutefois similaires à celle rencontrée chez le sujet jeune.

Certaines caractéristiques, comme l'atteinte rhizomélisque, l'importance des signes généraux et du syndrome inflammatoire biologique sont présentes dans tous les rhumatismes inflammatoires et paraissent davantage liées à l'âge qu'à l'étiologie.

La prise en charge s'est améliorée avec l'avènement des biothérapies compte tenu des effets toxiques des AINS à cet âge d'autant plus qu'ils peuvent interférer avec les autres médicaments souvent consommés en raison de la comorbidité.

RESUME

Introduction

Les spondylarthroses sont un groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques dont la forme à début tardif est peu fréquente.

Le but de notre étude est de rapporter les caractéristiques clinique et paraclinique de la spondylarthrose du sujet âgé.

Matériels et méthodes

Etude transversale de janvier 2009 à janvier 2020 au service de rhumatologie du CHU HASSAN II de Fès. Les patients retenus répondaient aux critères ASAS de 2009 avec un âge supérieur à 55 ans.

Résultats

82 patients inclus sur 410 cas de spondylarthroses. L'âge moyen était 60.98 ± 5.69 années, sex-ratio de 4F/H. Durée moyenne d'évolution de la spondylarthrose était de 8.77 ± 8.30 années.

Parmi les manifestations extra articulaires : 9.8% d'uvéites, 11 % de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. 41.5% de patients hypertendus, 34.1% diabétiques et 9.8% de patients fumaient.

On notait 3 cas de rhumatisme psoriasique, 10 cas de spondylarthrose axiale radiographique et 69 cas de spondylarthrose axiale radiographique et périphérique.

Les patients rapportaient 48,8% de lombalgies inflammatoires, 43.9% de cervicalgie inflammatoires, 37,8% de dorsalgies inflammatoires, 35,4% fessalgies inflammatoires, 51,2% de talalgies inflammatoires, 84.1% d'arthralgies dont 41.5% d'arthroses, 6.1% d'altération de l'état général et 6.1% fébriles.

LES SPONDYLARTHROSES DU SUJET AGE

Sur le plan radiologique, on retrouvait 49.4% de sacro-iliite radiographique, 20% de coxite.

A la biologie 69.1% de syndrome inflammatoire avec CRP moyenne de $24,88 \pm 39,16$.

On retrouvait 73 cas de spondylarthrite active avec BASDAI moyenne de $4,25 \pm 2,30$ et l'ASDAS_{CRP} moyenne $2,43 \pm 1,27$.

Sur le plan thérapeutique 62.2% mis sous anti-inflammatoires dont 37,8% de résistance, 30.5% sous méthotrexate, 19.5% sous sulfasalazine, 11% sous anti TNF.

Conclusion

Nos résultats retrouvent une prédominance de talalgies inflammatoires, d'arthralgies et de lombalgies inflammatoires. La majorité des patients présentaient un syndrome inflammatoire retrouvé également dans la littérature mais avec une plus grande réponse aux anti-inflammatoires.