

PE.Ma-001

### Fréquence de la polyarthrose chez les patients atteints de gonarthrose: étude de 100 observations au Sénégal

S. Diallo\* (1); C. Diouf (1); R. Diallo (1); CAB. Diaw (1); M. Niasse (1)

(1) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: docsdiallo@yahoo.fr (S. Diallo)

**Introduction.** – L'arthrose, conséquence de la dégénérescence du cartilage et de l'os sous-chondral est la plus fréquente des affections rhumatismales. La plupart des études sur l'arthrose en Afrique concerne une articulation particulière, principalement le genou. Le degré de diffusion de la maladie au cours de la gonarthrose a été décrit surtout en Occident. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de la polyarthrose au cours de la gonarthrose.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agissait d'une étude prospective transversale réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, entre janvier 2013 et juillet 2017, portant sur des patients atteints de gonarthrose de diagnostic établi en accord avec les critères de l'ACR de 1986. Pour chaque observation avaient été analysées les données épidémiologiques: sexe, âge, profession, antécédents familiaux d'arthrose chez les parents (grand parents, parents, fratrie), syndrome métabolique, intoxication alcool-tabagique, comorbidités; les données cliniques: délai au diagnostic, douleurs des genoux, raideur, gonflement, retentissement fonctionnel (indice de Lequesne, Womac) et qualité de vie liée à l'état de santé (AMIQAL), signes radiographiques: ostéophyte, pincement de l'interligne, condensation osseuse, aspects évolutifs sous traitement. La recherche d'autres atteintes arthrosiques avait été effectuée.

**Résultats.** – Ainsi, 100 observations avaient été colligées chez 29 hommes et 71 femmes, d'âge moyen 62 ans avec entre 37 ans et 84 ans. Les facteurs de risque étaient: profession de contrainte: tous les cas, antécédents familiaux d'arthrose (21 cas), syndrome métabolique (40 cas), des comorbidités dominées par les affections systémiques (98 cas). Il n'y avait pas d'intoxication alcool-tabagique. Le début de la maladie était brutal dans 5 cas et progressif ou insidieux dans 95 cas. Les principaux symptômes étaient la douleur modérée ou sévère (78 %), la raideur (88 %) et l'impotence fonctionnelle (86%). Les signes radiographiques étaient: ostéophytose dans 60 cas (78,9 %), un pincement localisé dans 65 cas (85,5 %), un pincement global dans 12 cas (15,7 %), une ostéocondensation dans 10 cas (13,1 %) et des géodes d'hyperpression dans 3 cas (3,9 %). Les autres sites arthrosiques étaient par ordre de fréquence décroissante: le rachis (100 %), les mains (70 %), la hanche (23 %), le pied (8 %), l'épaule (4%), la cheville (2 %), le coude (2 %).

**Conclusion.** – Tous nos patients atteints de gonarthrose avaient en fait une arthrose généralisée dont les atteintes les plus fréquentes après le genou sont le rachis et les mains. Ainsi devant toute gonarthrose, le clinicien doit être attentif à l'éventualité d'une autre atteinte parfois latente.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Altman R et al. Arthritis rhum 1986; 29: 1039-49. (2). Forestier R et al. Joint Bone Spine 2011; 78: 275-8.

PE.Ma-002

### Statut pondéral et comorbidité au cours de l'arthrose: étude portant sur 114 cas

AC. Ndao\* (1); M. Diakhate (2); BS. Kane (1); B. Djiba (1); N. Diagne (1); B. Fall (3); A. Faye (1); M. Dieng (1); AR. Ndiaye (4); S. Diallo (5); S. Ndongo (6); A. Pouye (6)

(1) Médecine Interne, Hôpital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal;

(2) Médecine interne, Hôpital Principal de Dakar, Dakar, Sénégal;

(3) Médecine interne, Hôpital Dalal Jamm, Dakar, Sénégal;

(4) Médecine de rhumatologie, Hôpital Principal de Dakar, Dakar,

Sénégal; (5) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (6) Service de médecine interne Chu le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: ndaoawacheikh@gmail.com (AC. Ndao)

**Introduction.** – L'arthrose ou chondropathie dégénérative est d'origine multifactorielle. Le processus d'initiation relève de plusieurs facteurs parmi lesquels l'obésité occupe une place importante. Le lien entre l'obésité et l'arthrose a suscité un grand intérêt avec l'individualisation récente du concept d'arthrose métabolique. L'objectif de cette présente étude a été d'évaluer le statut pondéral des patients arthrosiques toutes localisations confondues, et d'analyser les comorbidités associées.

**Patients et Méthodes.** – Une étude transversale, descriptive et multicentrique, de juin 2016 à février 2017 soit une durée de 291 jours, a inclus les patients suivis pour une arthrose primitive quel qu'en soit la localisation et reçus au service de Médecine Interne de l'Hôpital Aristide Le Dantec et à la clinique Brévié de l'hôpital principal de Dakar. Les données sociodémographiques, les aspects de l'arthrose, les mesures anthropométriques et les comorbidités ont été recueillis et analysés à l'aide du logiciel Sphinx Plus2 Excel.

**Résultats.** – Cent quatorze (114) patients ont été interrogés. L'âge moyen était de 60,16 ans (extrêmes: 39-94 ans). Notre population d'étude était composée de 98 femmes (86%) soit un sex-ratio de 0,16. Sur le plan professionnel, 36,8 % exerçaient des activités ménagères tandis que 22,8 % étaient des bureaucrates. Soixante-huit virgule deux pour cent (68,2 %) des patients habitaient Dakar et sa banlieue et 50,1 % des patients étaient originaires de la région du bassin arachidier. L'arthrose du genou était présente chez 71,9 % des patients, celle du rachis retrouvée chez 50 % des patients dont 39,5 % de lombarthrose. Les autres localisations étaient l'épaule (5 %), la hanche (4 %), les pieds (3 %) et les mains (3 %). La durée moyenne d'évolution de la maladie arthrosique était de 3,78 ans avec un écart type de 3,17. Les traitements institués étaient à base d'antalgiques (92,1 %), d'anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (54,4 %) et d'anti-inflammatoires (41,2 %). Le poids moyen des patients était de 81,81 kg avec un écart-type de 17,92. La moyenne des IMC était de 28,97 kg/m<sup>2</sup>; 30,7 % étaient en surpoids et 33,1 % étaient obèses. Cette obésité concernait 72,4 % des femmes et 75 % des hommes. Elle était retrouvée chez 47 % des patients porteurs de gonarthrose et 35,5 % des patients atteints de lombarthrose. Le tour de taille moyen était de 90,84 cm chez les femmes et 86,8 cm chez les hommes. L'obésité abdominale concernait 64 % des femmes et 30 % des hommes. L'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie étaient observées chez respectivement 42 %, 10 % et 6 % de nos patients.

**Discussion.** – L'obésité est un facteur de risque classique et important de survenue d'arthrose. L'étude des comorbidités dans notre travail montre une importante corrélation entre l'arthrose, l'HTA et le diabète. Le diabète est un facteur prédictif indépendant d'arthrose sévère selon les résultats de Schett G. et al.

**Conclusion.** – L'arthrose est fréquente en milieu hospitalier sénégalais. Son lien avec l'obésité est établi, d'où l'importance des mesures hygiéno-diététiques dans la prise en charge et la prévention de l'arthrose.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Anne-Christine R. Rev. rhum. 2016; 83 13-17.

[2] Dillon CF et al. J Rheumatol. 2006; 33: 2271-9.

[3] Zeng QY et al. Chin Med J 2006; 119: 1522-7.

[4] Schett G et al. Diabetes Care 2013; 36: 403-9.

PE.Ma-003

### Rôle de ShcA dans le contrôle de la différenciation hypertrophique du chondrocyte et la physiopathologie de l'arthrose

A. Abou Jaoude (1); M. Courtes (1); C. Abboud (1); S. Awan (1); J. Terrand (1); A. Barbero (2); P. Boucher (1); R. Matz-Westphal\* (1)  
 (1) Faculté de pharmacie, UMR CNRS 7213, ILLKIRCH; (2) Department of biomedicine -tissue engineering group, Université de Bâle, Bâle, Suisse  
 \*Auteur correspondant: rachel.matz-westphal@unistra.fr (R. Matz-Westphal)

**Introduction.** – La différenciation hypertrophique des chondrocytes articulaires est un des mécanismes impliqués dans la dégradation du cartilage articulaire (CA) observé au cours de la progression de l'arthrose. Elle représente également une cause majeure d'échec des thérapies utilisant l'ingénierie tissulaire du cartilage. Afin d'améliorer nos connaissances des mécanismes physiopathologiques impliqués dans l'arthrose et également de développer de nouvelles options pour l'ingénierie tissulaire du cartilage, nous étudions le rôle de la protéine adaptatrice ShcA (Src homology and collagen) dans la différenciation chondrocytaire.

**Matériels et méthodes.** – Nous avons générés des souris chez lesquelles l'expression de ShcA est altérée spécifiquement dans les chondrocytes grâce au système de recombinaison Cre-lox sous la dépendance du promoteur Twist2: souris Tw ShcA KO. Des souris âgées d'1 mois, un an ou 2 ans ont été étudiées (histologie, immunohistologie, western-blot). Nous avons également travaillé sur des chondrocytes isolés à partir de cartilage de ces souris et mis en culture en trois dimensions sur matrice puis soumis à des protocoles de différenciation hypertrophique.

**Résultats.** – Les souris Tw ShcA KO présentent un phénotype de nanisme très marqué caractérisé par une diminution de la croissance en longueur des vertèbres et des os longs et associé à une diminution du rapport os-cartilage. Ce phénotype traduit une altération du processus d'ossification endochondrale. Précisément, le nanisme observé est associé à une désorganisation de la zone de croissance au niveau du cartilage de conjugaison, associée à une diminution de la différenciation hypertrophique des chondrocytes dans les tibias des souris âgées d'un mois. Au niveau du CA, nous observons chez la souris Tw ShcA KO dès l'âge d'1 mois et jusqu'à 2 ans une augmentation de l'épaisseur du CA associé à une augmentation du marquage au collagène II, qui est un marqueur de stabilité du cartilage ( $0,6 \pm 0,09$  vs  $1,1 \pm 0,12$ , contrôles vs KO,  $p < 0,05$ ). Au cours du vieillissement les souris contrôles développent des lésions sévères d'arthrose au niveau du CA (score de Mankin  $5,5 \pm 0,5$  et score OARSI  $17,8 \pm 1,4$ , souris âgées de 2 ans). En revanche, les souris Tw ShcA KO développent des lésions nettement moins sévères (score de Mankin  $2 \pm 1$  et score OARSI  $6,8 \pm 1,8$ ). L'expression de collagène X est significativement diminuée dans les chondrocytes articulaires de souris Tw ShcA KO ( $1,2 \pm 0,08$  vs  $0,6 \pm 0,05$ , contrôles vs KO,  $p < 0,0001$ ). Lorsque les chondrocytes sont isolés du cartilage de ces souris et soumis à un protocole de culture en trois dimensions sur matrice, nous retrouvons une diminution du marquage au collagène X en absence de ShcA.

**Conclusion.** – La suppression de l'expression de ShcA dans les chondrocytes semble donc freiner la différenciation hypertrophique et protéger contre le développement de l'arthrose chez la souris. ShcA est impliqué dans le contrôle de l'expression du collagène X. Ces résultats permettent d'envisager la production par ingénierie tissulaire d'un cartilage sain, n'évoluant pas vers l'hypertrophie grâce à la suppression de l'expression de ShcA au sein de cellules souches mésenchymateuses, et laissent entrevoir une potentielle nouvelle option thérapeutique pour la réparation du cartilage.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-004

### Le domaine «Netrin-Like» de la protéine sFRP3 module les effets Wnts-dépendants dans les cellules et tissus articulaires

A. Chayem (1); G. Toussaint (1); M. Claudel (1); P. Reboul (1); JY. Jouzeau (1); F. Cailotto\* (1)  
 (1) Biopôle de l'université de lorraine, UMR 7365 Université de Lorraine-CNRS IMoPA, Vandoeuvre-lès-Nancy  
 \*Auteur correspondant: frederic.cailotto@univ-lorraine.fr (F. Cailotto)

**Introduction.** – L'arthrose est une pathologie caractérisée par une dégradation progressive du cartilage articulaire, dont le coût socio-économique croît avec l'allongement de l'espérance de vie. Les signaux Wnts sont dérégulés au cours de l'arthrose, provoquant une suractivation de la voie canonique  $\beta$ -caténine, au détriment de la voie Calmoduline Kinase (CamK) II, ce qui contribue fortement à la perte du phénotype du chondrocyte articulaire. La signalisation Wnt est complexe, et dépend des antagonistes purs Dickkopf-related protein (DKKs), des récepteurs Frizzled (FZDs) et des modulateurs secreted frizzled-related proteins (sFRPs). Au sein de cette famille, sFRP3 semble avoir un rôle intéressant de modulation de la voie Wnt. En effet, le domaine «netrin-like» (NTN) de sFRP3 bovine (sFRP3b), est capable de réduire l'activité  $\beta$ -caténine et de stimuler la CamKII. Fait intéressant, l'expression de sFRP3 diminue au cours de l'arthrose.

Notre premier objectif a été de confirmer la capacité du domaine NTN de la protéine sFRP3 murine (NTN-sFRP3m) à moduler les voies Wnts, en comparaison aux résultats obtenus avec sFRP3b. Notre deuxième objectif a été de tester si le domaine NTN-sFRP3m était capable de moduler l'expression génique des Frizzled, DKKs et sFRPs, ou des marqueurs du phénotype du chondrocyte articulaire.

**Matériels et méthodes.** – Dans le but de valider l'effet de NTN-sFRP3m, nous avons utilisé le modèle MC3T3-E1, pour lequel l'activation des voies Wnts est indispensable au processus de la différenciation ostéogénique. Nous avons également utilisé un modèle de culture d'explants de cartilage humain. Afin de simuler les conditions arthrosiques, les explants ont été stimulés ou non avec un activateur sélectif de  $\beta$ -caténine (CHIR99021, 3  $\mu$ M), en présence ou non de surnageants de cellules surexprimant NTN-sFRP3m.

**Résultats.** – Les résultats obtenus avec sFRP3m et NTN-sFRP3m sont comparables à ceux obtenus avec les protéines bovines dans le modèle MC3T3-E1. L'activation forcée de la voie  $\beta$ -caténine provoque une altération du phénotype du chondrocyte articulaire, et induit principalement un changement d'expression des récepteurs FZD, avec notamment une réduction de l'expression de FZD8. NTN-sFRP3m est capable de s'opposer aux effets de l'activation de la voie  $\beta$ -caténine de manière efficace, notamment sur l'expression du récepteur FZD8, et favorise ainsi la voie CamKII.

**Discussion.** – Il a été démontré que certains récepteurs FZDs, dont FZD8, sont responsables de l'activation de la CamKII plutôt que de la voie  $\beta$ -caténine. NTN-sFRP3m pourrait maintenir une activation de la CamKII en limitant la diminution d'expression de FZD8 induite par la  $\beta$ -caténine.

**Conclusion.** – Nous démontrons que NTN-sFRP3m est capable de s'opposer à l'activation de la voie Wnt canonique et favorise l'activation de la voie non canonique CamKII. Nos résultats suggèrent un rôle potentiel de FZD8 dans la médiation de ces effets.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-005

### Fièvre Q chronique: à propos de 2 cas de spondylodiscites à *Coxiella burnetii*

A. Michaut (1); C. Cozic (1); T. Guimard, (2); V. André (1);

G.Cormier\* (1)

(1) Rhumatologie, CHD vendée, La Roche-sur-Yon; (2) Médecine infectieuse, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr (G.Cormier)

**Introduction.** – Les spondylodiscites infectieuses représentent 30 % des infections ostéo-articulaires et sont en constante augmentation. Parmi elles, une entité bien particulière, est la spondylodiscite à *Coxiella burnetii*, bactérie Gram négative intra-cellulaire stricte. Celle-ci est due à une zoonose ubiquitaire dont l'évolution à bas bruit conduit à un diagnostic souvent tardif pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les atteintes de fièvres Q chroniques se traduisent par des endocardites, des infections vasculaires, des pneumopathies ou des hépatites. L'atteinte ostéo-articulaire est une manifestation exceptionnelle, environ 0,2 % lors de fièvre Q, qui est parfois précédée d'un épisode de fièvre Q aiguë aspécifique plusieurs mois voire plusieurs années auparavant. Elle est probablement sous-estimée du fait de son tableau atypique mais reste grave.

**Observation.** – Un patient électricien de 44 ans est pris en charge pour des lombalgies inflammatoires qui évoluent depuis 6 mois faisant diagnostiquer une spondylodiscite L4-L5 avec abcès pré-vertébral. L'enquête infectieuse de première intention ne retrouve pas d'étiologie. La PCR *Coxiella burnetii* est positive sur la biopsie vertébrale et l'interrogatoire retrouve des travaux réguliers dans des élevages de chèvres. L'atteinte ostéo-articulaire est isolée et l'évolution est favorable sous traitement.

Un second patient de 68 ans est pris en charge pour des douleurs lombaires d'horaires inflammatoires évoluant depuis 2 mois faisant découvrir une lyse osseuse de L1 avec envahissement de sa prothèse de l'aorte thoracique ascendante nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence. L'infection chronique à *Coxiella burnetii* est retrouvée sur les prélèvements péri-opératoires. L'interrogatoire retrouve un voyage au Sénégal chez l'habitant 6 mois auparavant.

La prise en charge thérapeutique des patients repose sur un traitement par Doxycycline et Hydroxychloroquine pendant 18 mois permettant une amélioration des symptômes. L'exposition aux vèlages de chèvre est retrouvée chez les 2 patients après interrogatoire orienté.

**Discussion.** – La spondylodiscite à fièvre Q est une infection chronique à *Coxiella burnetii* rare évoluant à bas bruit qui peut être suspectée devant des lésions osseuses parfois spectaculaires avec des signes cliniques et biologiques d'inflammation très pauvres et dont les bilans bactériologiques conventionnels sont négatifs. L'évolution est favorable sous traitement antibiotique au long cours mais la difficulté en est le diagnostic initial. Il est donc primordial d'y penser et de rechercher les autres atteintes chroniques notamment l'atteinte vasculaire.

**Conclusion.** – Ces 2 cas de spondylodiscites à *Coxiella burnetii* permettent de représenter leurs caractéristiques et de pointer les points clés de cette atteinte exceptionnelle.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Chronic Q Fever in Alberta: A Case of *Coxiella burnetii* Mycotic aneurysm and Cocomitant Vertebral Osteomyelitis. William Stokes, Jack Janvier, Stephan Vaughan. Can J Infect Dis Med Microbiol 2016 May 11.

[2] Q fever osteoarticular infection: four new cases and a review of the literature C. Landais, D Raoult, Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2007) 26:341-347

PE.Ma-006

### Les cas de spondylodiscite isolée à *Tropheryma whipplei*

P. Preuss (1); G. Cormier\* (1); V. André (1); C. Bossenmeyer (2);

M. Caulier (1); S. Varin (1)

(1) Rhumatologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon;

(2) Anatomopathologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr

(G.Cormier)

**Introduction.** – La maladie de Whipple est une infection systémique à *Tropheryma Whipplei*. L'atteinte rachidienne est rare et n'a été que très peu décrite dans la littérature. Nous décrivons un cas de spondylodiscite isolée à *Tropheryma Whipplei* et analysons les cas précédemment décrits dans la littérature.

**Patients et Méthodes.** – Un homme de 79 ans est hospitalisé en octobre 2015 pour aggravation de lombalgies chroniques et apparition d'une composante inflammatoire. Il existe une altération de l'état général, sans autre symptomatologie notamment articulaire ou digestive.

La biologie montrait un syndrome inflammatoire.

L'IRM objectivait en L4-L5 un hypersignal T1 avec hypersignal T2 en miroir et prise de gadolinium évoquant une spondylodiscite avec atteinte zygapophysaire gauche sans collection constituée.

La biopsie disco-vertébrale scanno-guidée ne retrouvait aucun germe à la culture.

La recherche de *Tropheryma Whipplei* par PCR universelle était fortement positive sur la biopsie.

La PCR était positive à *Tropheryma Whipplei* sur les selles mais négative sur sang et salive.

La biopsie duodénale ne retrouvait pas d'atteinte histologique de Maladie de Whipple, la PCR Whipple était négative, de même que l'immunohistochimie spécifique.

Le diagnostic de spondylodiscite isolée à *Tropheryma Whipplei* est retenu.

Le traitement par Doxycycline et Hydroxychloroquine a été efficace avec disparition des signes cliniques et biologiques à 3 mois de traitement.

Une IRM réalisée à 11 mois de traitement montre une disparition des anomalies de signal osseux et discal à l'étage L4-L5.

En recherchant dans PubMed avec les termes whipple AND spondylodiscitis, nous obtenons 8 articles rapportant une spondylodiscite à *Tropheryma Whipplei*.

**Résultats.** – Les 9 patients sont des hommes entre 52 et 82 ans. Parmi ceux-ci, 5 n'ont pour symptômes que ceux en rapport avec la spondylodiscite dont seulement 3 avec une atteinte isolée (biopsie digestive négative). Les 4 autres ont une atteinte systémique symptomatique sur d'autres organes que le rachis.

Un seul cas décrit une spondylodiscite à multiples localisations.

Dans tous les cas, la PCR whipple sur la biopsie vertébrale était positive. L'atteinte digestive est présente sur les prélèvements de 6 patients (4 atteintes histologiques et 5 PCR).

Les patients sont tous traités par antibiotiques pour une durée  $\geq 1$  an, majoritairement par l'association Doxycycline + Hydroxychloroquine sinon par Bactrim.

2 patients avaient initialement été traités par immuno-modulateurs pour diagnostic de rhumatisme inflammatoire et l'aggravation clinique a permis de redresser le diagnostic.

**Discussion.** – Contrairement à une atteinte systémique « Maladie de Whipple », une atteinte isolée à *Tropheryma Whipplei* est définie par l'absence d'atteinte digestive histologique. L'atteinte articulaire est retrouvée dans 80 % des cas et précède le diagnostic d'environ 6 ans. L'atteinte axiale est beaucoup plus rare que l'atteinte périphérique.

**Conclusion.** – Ainsi devant une spondylodiscite à culture négative, il apparaît important de réaliser une recherche de *Tropheryma Whipplei* par PCR, même en cas de négativité de la PCR ARN 16S. En effet, cette dernière se révèle moins sensible que la PCR Whipple pour



mettre en évidence le germe dans les manifestations isolées ostéo-articulaires.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

*Références*

[1] Puéchal, X. Whipple's disease. *Ann. Rheum. Dis.* 72, 797-803 (2013).

[2] Puéchal, X. Whipple's arthritis. *Jt. Bone Spine Rev. Rhum.* 83, 631-635 (2016).

PE.Ma-007

### Importance des tests sérologiques dans le diagnostic des spondylodiscites brucelliennes

O. Saidane (1); I. Oueslati\* (1); I. Mahmoud (1); A. Ben Tekaya (1); R. Tekaya (1); L. Abdelmoula (1)

(1) *Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

\*Auteur correspondant: oueslati.insaf1290@gmail.com (I. Oueslati)

*Introduction.* – le diagnostic de spondylodiscite brucellienne nécessite des arguments bactériologiques et/ou sérologiques associés aux arguments anamnestiques, cliniques et radiologiques. Le but de ce travail est de déterminer la place des tests sérologiques dans le diagnostic positif de l'étiologie brucellienne

*Patients et Méthodes.* – Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 27 cas de spondylodiscites brucelliennes recensés au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis entre 2000 et 2016. Le test au rose Bengale a été pratiqué dans 15 cas, la séro-agglutination de Wright dans 25 cas et l'IFI chez 2 patients.

*Résultats.* – Notre étude portait sur 17 hommes et 10 femmes d'âge moyen de 54 ans [33-75 ans]. La consommation de lait cru était relevée dans 70,4 % des cas et l'élevage de bétail dans 51,9 % des patients. La douleur rachidienne était essentiellement de type inflammatoire (96,3 %) et de siège lombaire (59,3 %). La lombosciatique était observée chez 29,6 % des patients. Les signes généraux étaient dominés par la fièvre (96,3 %), les sueurs nocturnes (77,8 %) et l'altération de l'état général (70,4 %). L'enquête bactériologique n'avait pas permis d'isoler le germe *Brucella*. Le dépistage par le test au rose Bengale était positif à chaque fois où il a été fait (15 cas). La séro-agglutination de Wright était positive dans les 25 cas avec une valeur moyenne de 1010 U/ml [60-3840 U/ml]. Toutefois cette valeur n'était significative (> 120 U/ml) que chez 23/25 patients. Le résultat était de 60 U/ml chez les deux autres patients. Le délai diagnostique dans ces cas était de 2,5 et 8 mois. Par ailleurs il n'y avait pas de corrélation entre la valeur de la sérologie de Wright et le nombre d'étages rachidiens atteints ni la durée du traitement (respectivement  $p = 0,15$  et  $p = 0,94$ ).

*Conclusion.* – Devant la négativité de l'enquête bactériologique, la sérologie de Wright associée à des facteurs de risques et particulièrement en zone d'endémie est considérée suffisante pour entamer l'antibiothérapie.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-008

### Apport de l'intradermo-réaction à la tuberculine au cours de la spondylodiscite tuberculeuse

M. Sellami\* (1); O. Saidane (2); I. Mahmoud (2); A. Ben Tekaya (2); R. Tekaya (2); L. Abdelmoula (2)

(1) *Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie;*

(2) *Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

\*Auteur correspondant: meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

*Introduction.* – La spondylodiscite tuberculeuse est une affection grave, fréquente dans les pays où la tuberculose est toujours endémique. Les tests immunologiques peuvent constituer un outil diagnostique dans plusieurs situations. Le but de notre étude était d'évaluer la contribution de l'intradermo-réaction

(IDR) à la tuberculine dans la démarche diagnostique au cours du mal de Pott.

*Matériels et méthodes.* – Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée entre 1996 et 2016 incluant les patients atteints d'une spondylodiscite tuberculeuse. L'IDR à la tuberculine consiste en l'injection d'une dose standard de 5 unités de tuberculine (0,1 mL) en sous cutané (face interne de l'avant bras). La lecture du résultat se fait 48 à 72 heures plus tard.

*Résultats.* – Durant la période de l'étude [1996-2016], 82 patients ont été admis au service de rhumatologie pour une suspicion de spondylodiscite tuberculeuse, parmi lesquels 60 ont vu leur diagnostic confirmé. L'IDR à la tuberculine a été pratiquée chez 50/60 patients: 20 tests seulement (40 %) se sont révélés positifs. Les faux négatifs étaient notés dans 60 % des cas (30 patients). Chez ces patients, nous avons noté des facteurs d'immunodépression dans 16 cas à type de: corticothérapie au long cours (5 cas), antécédents de néoplasie (1 cas) et âge avancé > 65 ans (10 cas). Aucun cas d'infection par le VIH n'a été noté. Toutefois, la positivité de l'IDR a permis de raccourcir le délai diagnostique de façon significative ( $p = 0,021$ ) permettant d'instaurer rapidement le traitement antituberculeux. Par ailleurs, l'importance de la positivité de l'IDR (mesurée en mm) n'était pas significativement associée à une atteinte multifocale, extensive, ou à la présence d'un syndrome inflammatoire biologique ( $p = 0,064$ ,  $p = 0,071$  et  $p = 0,061$  respectivement).

*Conclusion.* – L'IDR à la tuberculine était le plus souvent négative dans notre étude: 60 % versus 30 à 40 % d'IDR négatives chez des patients porteurs de tuberculose ostéoarticulaire dans la littérature, et ceci malgré un taux élevé de vaccination BCG dans notre population. Ce test garde néanmoins son intérêt pour raccourcir le délai diagnostique.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-009

### L'absence d'identification bactérienne est-elle un facteur de mauvais pronostic au cours des spondylodiscites tuberculeuses?

O. Saidane (1); M. Sellami\* (2); R. Tekaya (1); A. Ben Tekaya (1);

I. Mahmoud (1); L. Abdelmoula (1)

(1) *Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie;*

(2) *Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie*

\*Auteur correspondant: meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

*Introduction.* – Devant une suspicion de spondylodiscite tuberculeuse, l'identification du *Mycobacterium tuberculosis* dans les échantillons biologiques ou histologiques n'est pas toujours réalisable. Le diagnostic est alors souvent porté sur un faisceau d'arguments clinicobiologiques et radiologiques. Notre objectif était de définir l'impact de l'identification bactérienne sur le cours évolutif et le pronostic des spondylodiscites tuberculeuses.

*Matériels et méthodes.* – Étude rétrospective comparative incluant les patients traités pour une spondylodiscite tuberculeuse, colligés en milieu rhumatologique entre 1996 et 2016. La recherche de bacille de Koch (BK) était réalisée dans les crachats et les urines chez tous nos patients, et dans les prélèvements des ponctions biopsie disco vertébrale et/ou ponction-drainage des abcès lorsque ceux-ci étaient réalisés. L'étude histologique à la recherche de granulome épithélioïde et géantocellulaire caractéristique avec ou sans nécrose caséuse était également réalisée sur les prélèvements biopsiques quand ils étaient disponibles.

*Résultats.* – Durant cette période, 60 patients (31 femmes et 29 hommes) ont été hospitalisés pour une prise en charge de spondylodiscite tuberculeuse. L'âge moyen était de 54 ans [16-86 ans]. L'argument bactériologique confirmant l'origine tuberculeuse était présent dans 10 cas (6 %). La recherche de BK dans les crachats était positive dans 6 situations: 4 cas à l'examen direct et 2 cas à la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen. L'identification de BK dans les urines était positive dans 4 cas, dont 2 à l'examen direct. Dans

2 cas l'identification de BK était positive dans les crachats et les urines simultanément. La recherche bactériologique faite sur le prélèvement de la ponction biopsie disco vertébrale (pratiquée dans 44 cas) ou sur liquide de drainage des abcès (6 cas) n'a isolé dans aucun cas un bacille acidoalcoolo résistant. L'étude histologique a permis de confirmer l'origine tuberculeuse dans 17 cas /44 (39 %). Ainsi pour 33 cas (55 %), le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse a été retenu sans preuve bactériologique ni histologique. En comparant le groupe des patients sans preuve bactériologique (groupe 1) à celui chez qui la tuberculose avait fait ses preuves (groupe 2), nous avons trouvé que le délai diagnostic moyen était significativement plus long: 8,4 versus 5,2 mois respectivement ( $p=0,021$ ). L'évolution était favorable par la disparition totale des douleurs et du syndrome inflammatoire biologique et l'absence de complications neurologiques dans 17 cas sur 33 dans le groupe 1 (51%) et dans 20 cas parmi 27 (74 %) dans le groupe 2. Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative ( $p=0,05$ ). La moyenne de la durée totale du traitement antituberculeux était plus longue dans le groupe 1 sans différence significative: 14,2 mois versus 12,8 mois dans le groupe 2 ( $p = 0,32$ ).

**Conclusion.** – Notre étude a trouvé que l'absence d'identification bactériologique retardait le diagnostic des spondylodiscites tuberculeuses sans que cela n'affecte le cours évolutif et le pronostic de la maladie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-010

### **Tuberculose osseuse: quand faut-il l'évoquer?**

S. Parenton, (1); V. André (1); M. Caulier (1); S. Varin (1); C. Cozic (1); T. Guimard, (2); G. Cormier\* (1)  
(1) Rhumatologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon; (2) Médecine infectieuse, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr (G.Cormier)

**Introduction.** – La France, où la morbi-mortalité due à la tuberculose a considérablement baissé, est considérée comme un pays de faible endémie. En 2015, le nombre de cas de tuberculose maladie déclaré en France est de 4741. La tuberculose osseuse représente 10 à 15 % des cas de tuberculose extra pulmonaire.

**Patients et Méthodes.** – Patiente de 49 ans présentant depuis 18 mois des douleurs du tarse droit d'allure mécanique avec à la scintigraphie osseuse une hyperfixation du tarse droit avec aspect lytique chez une patiente ayant eu la vaccination BCG pendant l'enfance. L'examen anatomopathologique de la biopsie osseuse révèle une inflammation granulomateuse nécrosante évoquant une mycobactériose. Le diagnostic de tuberculose est confirmé par la positivité des cultures à la coloration de Ziehl montrant des BAAR.

Patiente de 42 ans fibromyalgique ayant vécu à Calcutta jusqu'à l'âge de 2 ans hospitalisée pour le bilan de douleurs diffuses articulaires avec arthrite du genou gauche. La ponction du genou ramène un liquide inflammatoire avec absence de BAAR à l'examen direct. La scintigraphie osseuse objective une atteinte inflammatoire articulaire du genou gauche, une atteinte rachidienne aux étages T8-T9, L4-L5 avec érosions des plateaux supérieur de T9 et inférieur de L4. Le scanner thoracique montre un syndrome interstitiel diffus avec des adénopathies médiastinales. Une fibroscopie bronchique est alors réalisée avec absence de BAAR au direct dans le LBA. Les BK crachats sont négatifs. Les semaines suivantes, les cultures du liquide articulaire du genou et du LBA reviendront positives au BAAR.

Patiente de 84 ans qui présente des douleurs d'horaires mécaniques au niveau de la hanche droite depuis l'âge de 13 ans avec des abcès péri trochantériens droit fistulisés de l'âge de 20 ans à 56 ans. Le scanner du bassin conclue à une ostéomyélite chronique du grand trochanter droit. À la radiographie thoracique nous trouvons une image au niveau de l'apex pulmonaire gauche, le dosage du quantiféron est

positif. La biopsie osseuse retrouve un tissu fibreux avec réaction inflammatoire histiocyttaire avec cellules épithélioïdes et cellules géantes. La culture revient positive à BAAR.

**Résultats.** – Dans les tuberculoses osseuses, la localisation rachidienne est la plus fréquente mais toutes les structures osseuses peuvent être touchées comme le montre le cas rapporté par Hachimi et al d'une tuberculose du médio pied. L'aspect radiologique des lésions est non spécifique et peut donc être confondu avec d'autres pathologies. Salama et al ont ainsi rapporté le cas d'un enfant de deux ans chez qui une lésion de l'extrémité inférieure du fémur avait été initialement diagnostiquée comme tumeur maligne. De même Emir et al ont rapporté le cas d'un mal de Pott traité comme une tumeur maligne para vertébrale. Le diagnostic avait alors été redressé grâce à une biopsie osseuse.

**Conclusion.** – La tuberculose ostéo-articulaire n'est pas exceptionnelle dans les pays développés, il peut s'agir d'une réactivation du bacille de Koch qui s'est logé dans les os lors de la mycobactériémie initiale. L'évolution sournoise et une expression clinique atypique font que le diagnostic est souvent difficile à poser et nécessite des investigations multiples par imagerie, analyse anatomopathologiques et bactériologiques. L'IRM reste l'examen de choix mais c'est l'étude anatomopathologique de la biopsie osseuse qui pose avec certitude le diagnostic. Tout tableau clinique trainant ou toute lésion osseuse suspecte et de présentation atypique doit donc faire évoquer le diagnostic de tuberculose.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-011

### **Rachialgies post spondylodiscite infectieuse: facteurs prédictifs?**

S. Rahmouni\* (1); R. Dhahri (1); L. Metoui (1); M. Slouma (1); H.Naija (2); M. Ben Moussa (2); N. Boussetta (1); F. Ajili (1); L.Bassem (1); I. Gharsallah (1); S. Othmani (1)  
(1) Médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie; (2) Microbiologie, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: safarahmouni2015@gmail.com (S.Rahmouni)

**Introduction.** – Les spondylodiscites infectieuses (SDI) demeurent un problème d'actualité et occupent une place non négligeable en pratique courante. Elles représentent une urgence diagnostique et thérapeutique mettant en jeu le pronostic vital à court terme et le pronostic fonctionnel au long terme. À travers cette étude nous cherchons à identifier les facteurs prédictifs de persistante de douleur rachidienne.

**Résultats.** – Nos 44 cas de SDI se répartissaient en 22 cas de spondylodiscites tuberculeuses (SDT) et 22 cas de spondylodiscites à germes pyogènes (SDP). L'âge moyen était de 52,5 ans. La douleur rachidienne a motivé la consultation dans 86,4 % des cas. Le syndrome rachidien était le signe le plus rapporté (65,9 %) et la douleur exquise à la pression des apophyses épineuses (DPE) était notée chez 29 patients (65,9 %). L'examen neurologique était anormal dans 54,5 % des cas. Quarante patients avaient bénéficié d'une immobilisation du segment rachidien atteint. La durée d'immobilisation était moyenne de 149 jours. Tous nos patients ont bénéficiés d'une rééducation motrice passive. Dans le groupe de SDP, les quinolones et les aminosides suivis par les betalactamines étaient les molécules les plus souvent prescrites avec une durée totale moyenne de 18 semaines. La durée moyenne de la quadrithérapie dans le groupe de SPT était de 66 jours et la durée totale moyenne était aux environs de 13 mois [9- 19]. Le suivi était régulier pour 37 patients (SDP=17 cas, SDT = 20 cas) avec une durée moyenne de 20 mois [5-48]. L'évolution était bonne dans 30 cas (SDP = 13, SDT = 17). Cependant des douleurs séquellaires de type mécanique ont été observées chez 20 patients (SDP = 4 (25 %), SDT = 12 (44,45 %)). Trois

patients avaient gardé des séquelles à type de déformation rachidienne dans les 2 groupes.

Les facteurs associés positivement à une rachialgie séquellaire sont résumés dans le tableau ci dessous.

Il existe une association négative statistiquement significative entre la présence de douleur exquise à la pression des apophyses épineuses et la présence de signes de compression médullaire à l'examen physique initial avec la persistance de douleur à la fin du traitement (p = 0,026). D'autre part, on a objectivé une association entre la notion de douleur résiduelle et l'étiologie tuberculeuse (p=0,003)

	Douleur séquellaire		P
	Oui	Non	
Douleur initiale	Oui	4	0,026
	Non	20	
Signes neurologiques de compression	Oui	7	0,049
	Non	17	
Infection cutanée	Oui	10	0,03
	Non	9	
Germe identifié	Oui	1	0,008
	Non	23	
SDI	SDT	9	0,003
	SDP	15	
Signes IRM de compression	Oui	11	0,048
	Non	5	

**Conclusion.** – La pathologie infectieuse rachidienne est une affection fréquente et grave pouvant être responsable de lourdes séquelles fonctionnelles, d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge adéquate et d'un suivi post-thérapeutique régulier  
**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-012

### Tuberculose ostéoarticulaire extra-rachidienne: à propos de 14 cas

R. Abid (1); R. Dhahri\* (1); L. Metoui (1); B. Najeh (2); R. Battikh (1); I. Gharsallah (1); S. Othmani (1)  
(1) Médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: rimdhahri@ymail.com (R. Dhahri)

**Introduction.** – La tuberculose dans sa forme ostéoarticulaire est une localisation de tuberculose extrapulmonaire de plus en plus fréquente. Nous rapportons les particularités cliniques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette localisation tuberculeuse.

**Patients et Méthodes.** – Etude rétrospective, menée dans le service de Médecine Interne de Hôpital Militaire de Tunis de janvier 2000 à janvier 2015. Nous avons inclus les patients présentant une tuberculose ostéoarticulaires extrarachidienne confirmée ou retenue sur des arguments présomptifs.

**Résultats.** – Nous avons colligé 14 malades qui se répartissent en 5 hommes et 9 femmes. L'âge moyen était de 42 ans [15-77 ans]. Huit patients étaient diabétiques avec un contage tuberculeux dans 6 cas et des antécédents personnels de tuberculose dans 3 cas. La majorité des patients (78 %) était d'origine rurale. Le délai moyen de consultation était de 5 mois. Le début était progressif dans presque tous les cas (96,3 %). Les signes d'imprégnation tuberculeuse étaient notés dans 65 % des cas. Les signes cliniques étaient dominés par une

douleur localisatrice d'horaire inflammatoire ou mixte dans 96% des cas. Les localisations tuberculeuses étaient: sacroiliaque = 9 cas, os iliaque = 1 cas, sacrum = 2 cas, cheville = 2 cas, clavicule = 1 cas, sternum = 1 cas et épaule = 1 cas. Six patients avaient une atteinte extra osseuse associée. L'IDR à la tuberculine était pratiquée chez tous les patients et positive uniquement dans 54 % des cas. L'imagerie TDM et/ou l'IRM était pathologique dans tous les cas. Le diagnostic a été confirmé chez 7 patients par l'examen histologique et chez 2 patients par la bactériologie (isolement de BK à l'examen direct dans 1 cas et à la culture dans 1 cas). Tous les malades ont reçu un traitement antituberculeux pendant une durée moyenne de 11 mois. L'évolution était toujours favorable.

**Conclusion.** – La tuberculose ostéoarticulaire est une pathologie insidieuse. Un diagnostic et une prise en charge précoces sont nécessaires afin de prévenir les complications graves. Le traitement médical reste efficace.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-013

### Guérir de sa spondylodiscite infectieuse: quand s'y attendre?

S. Rahmouni\* (1); M. Slouma (1); L. Metoui (1); R. Dhahri (1); H. Naija (2); M. Ben Moussa (2); N. Boussetta (1); F. Ajili (1); B. Louzir (1); I. Gharsallah (1); S. Othmani (1)  
(1) Médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie; (2) Microbiologie, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: safarahmouni2015@gmail.com (S. Rahmouni)

**Introduction.** – La spondylodiscite infectieuse (SDI) reste une maladie d'actualité dans les pays en voie de développement où elle continue à sévir sur le mode épidémique.

On se propose de préciser le profil évolutif des SDI et de d'identifier les facteurs associés à une évolution favorable.

**Patients et Méthodes.** – Quarante-quatre patients atteints de spondylodiscite bactérienne ont été hospitalisés au service de médecine interne sur une période de 20 ans: 22 pour spondylodiscite tuberculeuse (SDT) et 22 pour spondylodiscite à pyogène (SDP).

**Résultats.** – Il s'agissait de 24 hommes et 20 femmes, âgés en moyenne de 52,5 ans. Une affection immunosuppressive était retrouvée chez 8 patients (18,2 %): hépatite C: 3, hépatite B: 1, insuffisance rénale chronique: 3, antécédent de néoplasie du sein: 1.

Le délai moyen du diagnostic positif était de 152 jours par rapport à l'apparition des symptômes cliniques (SDT = 256, SDP = 46,3)

La durée totale moyenne du traitement était de 18 semaines [5-32] dans le groupe de SDP et aux environ de 13 mois [9- 19] dans le groupe de SDT.

Le suivi était régulier pour 37 patients (SDP = 17 cas, SDT = 20 cas) avec une durée moyenne de 20 mois [5-48]. L'évolution était favorable dans 30 cas (SDP = 13, SDT = 17), 2 patients avaient gardé des séquelles neurologiques, l'un à type de paraplégie avec incontinence urinaire et fécale dans le groupe SDP et l'autre à type de paresthésie du membre inférieur dans le groupe SDT, 6 patients avaient gardé une déformation rachidienne (SDP = 3, SDT = 3) et 3 patients étaient décédés (SDP = 2, SDT = 1).

Le délai pour la normalisation du bilan biologique était en moyenne de 115 jours pour la SDP et de 138 en moyenne pour la SDT.

L'aspect radiologique était en faveur d'une amélioration chez 27 patients (SDP = 1, SDT = 17) et il était stationnaire pour 6 patients (SDP = 4, SDT = 2).

Le sexe féminin était significativement associé à une bonne évolution (p = 0,038). On a objectivé une association statistiquement significative entre la notion d'affection immunosuppressive et l'évolution clinique finale défavorable, en effet 71,4 % des patients présentant une affection immunosuppressive avaient mal évolué (p=0,038)



Les patients n'ayant pas présenté de complications orthopédiques à l'admission ou en cours de traitement avaient le plus souvent une évolution clinique favorable à la fin du traitement ( $p < 0,001$ ).

Par ailleurs, on n'avait pas relevé d'association significative avec l'âge, le délai diagnostique, la durée totale du traitement, l'identification du germe, la présence d'une épидурite ou abcès ou infiltration parties molles à l'imagerie, la survenue de complications neurologiques ainsi qu'avec l'évolution radiologique.

**Conclusion.** – La spondylodiscite infectieuse est une affection fréquente et grave, pouvant être responsable de lourdes séquelles fonctionnelles, il est donc fondamental de disposer dès le diagnostic de critères qui permettent d'évaluer le profil évolutif.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-014

### **Spondylodiscites Infectieuses cervicales: à propos de 7 cas**

S. Hmila\* (1); K. Baccouche (1); S. Belghali (1); N. Elamri (1); Z. Alaya (1); S. Lataoui (1); H. Zaglaoui (1); E. Bouajina (1)  
(1) Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
\*Auteur correspondant: hmilasalma@gmail.com (S. Hmila)

**Introduction.** – L'atteinte des vertèbres cervicales au cours des spondylodiscites constitue une entité peu fréquente mais plus grave par sa localisation anatomique et par ses complications propres.

L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques radio-cliniques et biologiques, les modalités de prise en charge et l'évolution après traitement des spondylodiscites

**Patients et Méthodes.** – il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au service de rhumatologie portant sur 7 cas de spondylodiscites cervicales de 2002 à 2017

**Résultats.** – Parmi 93 cas de spondylodiscites, 7 étaient de localisation cervicale. L'âge moyen des patients était 47 ans (23 et 69 ans) d'origine urbaine pour la majorité (6/7). Des facteurs favorisants ont été retrouvés chez seulement 2 patients. Le mode de début des symptômes était progressif dans 71,4 % des cas. Le délai moyen de consultation était de 55 jours, le motif principal de consultation était dans tous les cas des cervicalgies intenses associées dans 6 cas des douleurs radiculaires, seulement 4 patients avaient présenté le tableau typique de torticolis fébrile, avec des signes de sepsis et une altération marquée de l'état général, chez les 3 autres patients la fièvre manquait. Un seul patient avait une masse compressive bombant dans l'oropharynx mais n'avait pas présenté de dysphonie ni de dysphagie. L'examen neurologique avait objectivé des troubles neurologiques chez 6 des 7 patients. Le SIB n'était présent que pour 3 cas. Une IRM du rachis était pratiquée dans 6 cas et avait permis de mettre en évidence une épидурite (4/6), une collection purulente (3/6), un cas de compression médullaire et un cas de compression radiculaire. L'évolution sous traitement était favorable dans tous les cas au prix de séquelles neurologiques pour un patient. On a noté également 2 cas de déformation séquellaires malgré une immobilisation précoce. Les germes spécifiques constituent 57,1 %.

**Discussion.** – Les infections disco-vertébrales cervicales semblent affecter aléatoirement la population générale, certains patients présentent des facteurs prédisposant à l'infection: diabète, immunodépression (biothérapie, corticothérapies prolongées) tandis que d'autres en sont indemnes. Les comorbidités bien qu'elles favorisent l'infection, ne semblent pas associées à un pronostic plus sombre [1]. Au cours des spondylodiscites, le syndrome inflammatoire biologique peut manquer. L'absence des marqueurs de l'inflammation n'élimine donc pas le diagnostic. Les symptômes les plus fréquents étaient la douleur, la fièvre, les sueurs nocturnes, et les signes neurologiques déficitaires (compression mécanique par un abcès). Le diagnostic était basé sur les radiographies standards associés dans la majorité des cas à l'IRM qui montre toujours une anomalie sous jacente [2]. Le délai moyen

entre l'apparition des symptômes et la première consultation était en moyenne de 55 jours, plus ce délai est long, plus le risque de survenue de complications est important [3,4]. Contrairement à ce qui a été décrits dans la littérature où le Staph Aureus est le germe le plus incriminé, les germes les plus fréquemment impliqués étaient respectivement le bacille de Koch suivi par le Staph Aureus et la Brucellose.[5]

La majorité des cas ont été jugulées par un traitement médical conservateur seul (> 85 %). Dans le cas le plus sévère, la guérison était obtenue au prix de lourdes morbidités (séquelles neurologiques, douleurs chroniques, déformations)

**Conclusion.** – la localisation cervicale des spondylodiscites est rare mais grave dont le diagnostic peut être parfois difficile et le tableau clinique souvent incomplet.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Kowalski TJ, Layton KF, Berbari EF, Steckelberg JM, Huddleston PM, Wald JT, Osmon DR: Follow-up MR imaging in patients with pyogenic spine infections: lack of correlation with clinical features. Am J Neuroradiol 2007; 28: 693–699.  
[2] D'Agostino C, Scorzoloni L, Massetti AP, Carnevalini M, d'Ettorre G, Venditti M, et al. A seven-year prospective study on spondylodiscitis: epidemiological and microbiological features. Infection. avr 2010;38 (2):102–7.

PE.Ma-015

### **Les abcès du psoas: à propos de 16 cas**

S. Boussaid\* (1); S. Kochbati (2); I. Rachdi (3); DB. Ben (3); Z. Aidi (3); D. Fatma (3); F. Boussema (3)

(1) Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie; (2) Service de Médecine Interne – Rhumatologie, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie; (3) Médecine Interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: soumayaboussaid@hotmail.com (S. Boussaid)

**Introduction.** – Les abcès du psoas peuvent être primitifs ou secondaires. Les primitifs restent rares. L'objectif de cette étude est de rapporter les principales caractéristiques cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des abcès primitifs du psoas

**Patients et Méthodes.** – Étude rétrospective colligeant 16 observations réunies en 10 ans, et confrontées aux données de la littérature

**Résultats.** – 11 s'agit de 14 hommes et 2 femmes, d'âge moyen 36 ans [17–57]. L'atteinte est droite 9 fois, gauche 6 fois et bilatérale une fois. Le tableau clinique associe un syndrome fébrile et un psoTtis. La biologie note un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. L'échographie trouve une collection au niveau du psoas chez 13 patients. Le scanner réalisé 14 fois retrouve un abcès collecté (n1 1), ou en phase pré-suppurative (n3). L'IRM n'a pas été pratiquée. Le germe est retrouvé chez 9 malades: Staphylocoque aureus (n7), Escherichia coli (n- 1), Pseudomonas aeruginosa (n 1). La sérologie de Wright est franchement positive chez 2 patients. La recherche d'une étiologie (spondylodiscite, infection urinaire, Crohn, RCH <, néoplasie et infection de voisinage) est restée négative. Le traitement a consisté en une antibiothérapie dans tous les cas, associée à un drainage percutané chez 6 patients et à une laparotomie chez 10 patients. L'évolution est favorable chez tous les malades.

**Conclusion.** – Les abcès primitifs sont rares. On connaît plus régulièrement les abcès du psoas tuberculeux et les abcès secondaires. La présentation clinique non spécifique et l'évolution parfois insidieuse rendent le diagnostic difficile. L'échographie et la TDM sont très contributives au diagnostic (sensibilité et spécificité d'environ 90 %). Le traitement comporte une association d'antibiotiques, adaptée à l'antibiogramme, associée à un drainage percutané ou chirurgical

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-016

### Formes atypiques de tuberculose extrapulmonaire en milieu tropical, dont le rhumatisme de Poncet: à propos de 18 cas

B. Fall\* (1); AC. Ndao (2); B. Djiba (2); BS. Kane (2); S. Ndong (2); A. Pouye (2)

(1) Médecine interne, Hôpital Dalal Jamm, Dakar, Sénégal;  
(2) Médecine Interne, Hopital Aristide Le Dantec, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: biramfall86@gmail.com (BC. Fall)

**Introduction.** – La tuberculose extra-pulmonaire inclut toute infection à Mycobactérium tuberculosis touchant un organe autre que le poumon. Selon la plus grande étude dakaraise confirmée par les données occidentales; les présentations fréquemment rencontrées en médecine interne sont les localisations ganglionnaires, séreuses, vertébrales et méningées (1). Nous rapportons les formes inhabituelles de tuberculose extra pulmonaire rencontrées dans notre pratique courante au service de médecine interne du CHU LE DANTEC.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale, descriptive qui est menée du 1er janvier 2015 au 1er juillet 2016 soit 16mois. Nous avons inclus tous les cas de tuberculose extra pulmonaire de présentation inhabituelle au service de médecine interne du CHU Dantec durant cette période. Le diagnostic de tuberculose a été retenu soit devant une preuve bactériologique et/ou histologique, soit devant des arguments cliniques, paracliniques et évolutifs.

**Résultats.** – 18 cas de formes atypiques de tuberculose extrapulmonaire sont notés. Il existait une prédominance masculine avec un sexe ratio F/H de 0,3. L'âge moyen était de 34 ans. Tous les patients sont suivis au service de médecine interne du CHU DANTEC. Le délai diagnostique moyen était de 13 mois. Les présentations cliniques sont dominées par les atteintes rhumatologiques (8cas) et digestives (3 cas). Parmi les manifestations ostéoarticulaires on notait 5 formes polyarticulaires sous forme de rhumatisme de poncet dont les localisations initiales étaient pulmonaires dans 3 cas et ganglionnaires dans 2 cas; 2 formes monoarticulaires à type de coxalgie et d'une atteinte sternoclaviculaire; une forme osseuse sternale. La localisation intestinale notamment iléocœcale était la seule topographie dans les 3 cas d'atteinte digestive. Les 2 cas de vascularites tuberculeuses sont survenus dans un contexte de miliare pulmonaire. L'un est confirmé par une culture d'une pièce opératoire après traitement chirurgical d'une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominal; l'autre localisé au niveau des membres inférieurs est diagnostiqué sur la base d'arguments présomptifs. On notait 2 cas de tuberculose gynécologique à localisation mammaire et ovarienne confirmés à l'histologie. Les 3 autres malades présentaient un tuberculome, une tuberculose urogénitale et une tuberculose mandibulaire. Un terrain favorisant n'était retrouvé que chez ces derniers. Le traitement anti-bacillaire préconisé était le régime 2RHZE/4RH dans 16 cas et 2RHZE/10RH dans 2 cas. L'évolution fut favorable chez 16 patients. On notait 2 décès.

**Discussion.** – Le rhumatisme de poncet doit être évoqué devant tout contexte de polyarthrite débutante surtout en milieu tropical. Les patients présentaient une crise de type réaction de Herxheimer au début du traitement antituberculeux. D'autres formes de mycobactéries pourraient être en cause.

**Conclusion.** – Les localisations rares et inhabituelles de la tuberculose extra pulmonaire posent souvent un problème de diagnostic différentiel avec d'autres affections, notamment granulomateuses; systémiques et tumorales métastatiques, d'où le retard diagnostique constaté.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-017

### Évolution des spondylodiscites selon le germe

H. Ben Abl\* (1); I. Mahmoud (1); O. Saidane (1); A. Tekaya (1); R. Tekaya (1); L. Abdelmoula (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: ben\_3abla\_hedia@hotmail.com (H. Ben Abl)

**Introduction.** – La spondylodiscite infectieuse est une infection disco-vertébrale causé le plus souvent par des bactéries. Les plus fréquents sont les pyogènes on peut trouvé aussi le bacille de koch, les salmonelles et les brucelles.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les patients hospitalisés pour spondylodiscite infectieuse au service de rhumatologie à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Les dossiers des patients ont été revus. Ont été relevés: le mode de début selon le germe, l'évolution sous traitement ainsi que la modification de l'antibiothérapie et son motif.

**Résultats.** – 78 patients ont été colligés. devant les 50 cas de spondylodiscite tuberculeuse, 15 patients ont présenté des rachialgies fébriles de façon aiguës, 35 ont présenté un tableau insidieux avec une symptomatologie trainante résistante au traitement symptomatique, l'évolution sous traitement HRZE était favorable pour 36 patients pour les 14 autres patients l'évolution malgré la tbthérapie était émaillée de plusieurs complications: 4 ont présenté une cholestase, 4 à type de compression médullaire, 2 hyperuricémie, 2 extension vers d'autres étages sous antibiotique, 2 insuffisance rénale, 1 prurit, 1 cytolyse, 1 hemothorax gauche. Le décès était observé dans 1 cas. 14 patients de notre série ont présenté une spondylodiscite à pyogènes avec 10 installation aigue de la symptomatologie et 4 à début insidieux. L'évolution était favorable avec guérison pour 12 de ces patients. Pour les 2 autres la complication était une endocardite infectieuse (lactococcus cremoris) et un décès a été noté suite à une compression médullaire (s aureus). Pour les brucelles 12 de nos patients ont été diagnostiqués d'une spondylodiscite brucellienne 7 ont présenté un tableau d'installation aiguë 5 ont eu un tableau clinique insidieux. 5 cas de spondylodiscite brucellienne ont été compliqués au cours de leurs évolutions on a noté 1 cas embolie pulmonaire et septicémie à staphylocoque 1 dyspnée paroxystique induite par l'héparine 1 algodystrophie de l'épaule droite 1 thrombophlébite 1 insuffisance rénale et décès. Les 7 autres patients ont évolué favorablement sous rifampycine et doxycycline.

**Conclusion.** – On en arrive donc à conclure que la spondylodiscite tuberculeuse est la forme la plus à risque de complications inhérentes soit au germe lui même soit au traitement par quadrithérapie, elle présente deux modes d'installation avec une fréquence plus élevée pour le tableau insidieux. Les pyogènes sont les plus pourvoyeurs d'un cortège clinique aiguë. la spondylodiscite à brucelles reste la moins fréquente avec un mode d'installation aigue majoritaire dans notre série.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-018

### Lymphome osseux primitif multifocal

L. Louisy (1); G. Cormier\* (1); M. Caulier (1); B. Villemagne (2); S. Varin (1)

(1) Rhumatologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon;

(2) Hémato-oncologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr (G. Cormier)

**Introduction.** – Les lymphomes osseux primitifs (défini par l'absence d'autre localisation dans les 6 mois suivant le diagnostic) représentent 3 % des tumeurs osseuses primitives. Ils sont plus fréquemment unifocaux mais des atteintes multifocales sont plus rarement rapportées.

**Observation.** – Un homme de 46 ans, sans antécédent particulier, consultait pour une douleur permanente du tibia droit, récidivante à 15 jours d'intervalle. L'examen clinique ne retrouvait pas de d'alté-



ration de l'état général ni de tuméfaction mais une plaie superficielle en regard de la zone douloureuse. Dans l'hypothèse d'une ostéite, nous avons réalisé une radiographie du tibia droit qui objectivait une lésion lacunaire diaphysaire à l'emporte-pièce avec une apposition périostée. L'IRM retrouvait une lésion intra-médullaire inhomogène à la limite supérieure et inférieure un peu floue, avec un phénomène d'érosion corticale, rehaussée par le gadolinium, remontant jusqu'à l'extrémité supérieure du tibia, sans diffusions dans les parties molles. Le TEP-scan montrait des atteintes osseuses plurifocales : tête humérale droite ; cotyloïdienne bilatérale, centro-médullaire et centrodiaphysaire tibiale et fémorale droite, intensément hypermétabolique, sans argument pour des atteintes viscérales, thoracique ou abdomino-pelvienne. L'histologie de la biopsie tibiale concluait un lymphome B diffus à grandes cellules, de phénotype non GC après expertise dans le cadre du Réseau Lymphopath. Le bilan biologique retrouvait un hémogramme normal, une absence de syndrome inflammatoire, un bilan phosphocalcique et hépatique normal, une électrophorèse des protéines sériques normale. Le patient a reçu une chimiothérapie, après inclusion dans le protocole de soin GAINED, de type CHOP GA-101. L'évolution était marquée par une stabilité de son état général et une réponse métabolique satisfaisante aux cures de chimiothérapie.

**Discussion.** – Le lymphome osseux primitif est défini comme une lésion osseuse unique avec ou sans atteinte ganglionnaire régionale ou par de multiples lésions osseuses sans atteinte viscérale ou ganglionnaire à distance. Ils représentent 1 à 3 % des lymphomes non hodgkiniens et 5 % des lymphomes extraganglionnaires, prédominant chez l'homme entre 40 et 60 ans. Le diagnostic repose sur la biopsie osseuse avec étude anatomopathologique et immuno-histochimique. Ce sont des lymphomes non hodgkiniens B à grandes cellules dans 80 % des cas. La chimiothérapie de type CHOP est le traitement standard de première ligne. Le pronostic des lymphomes osseux primitifs reste favorable par rapport aux lymphomes osseux secondaires.

**Conclusion.** – Le lymphome osseux primitif est une tumeur rare de prédominance masculine avec un sex ratio de 1,3 à 2. Il siège préférentiellement dans les os longs, au niveau métaphysaire des membres inférieurs, mais peut atteindre tout os. La symptomatologie clinique et l'imagerie médicale sont aspécifiques. Le diagnostic est histologique. La thérapeutique doit être la plus précoce possible et efficace au vu du plutôt bon pronostic de ce lymphome avec une survie à 5 ans supérieure de 60 % à 80 %.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Ben Salah H., Fourati N., Elloumi M., Boudawara T., Frikha M., Daoud J. Lymphome osseux primitif localisé : à propos de quatre cas *Cancer/Radiothérapie* 2014; 18; 23-27.
- [2] Cai L., Stauder M.C., Zhang Y.J., Poortmans P., Li Y.X., Constantinou N., et al. Early-stage primary bone lymphoma: a retrospective, multi-center Rare Cancer Network (RCN) Study *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012; 83: 284-291

PE.Ma-019

**Ostéome ostéoïde et bisphosphonate : à propos d'un cas**

S. Valayer\* (1); E. Zing (1); L. Valbousquet (2); S. Lecoules (1); C. Jacquier (1)

(1) *Médecine interne et rhumatologie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart*; (2) *Radiologie, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart*

\*Auteur correspondant : simon.valayer@hotmail.fr (S. Valayer)

**Introduction.** – L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne touchant préférentiellement les os longs des sujets jeunes de sexe masculin. Il peut cependant atteindre tous les os rendant parfois le diagnostic et la prise en charge complexes. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une localisation atypique d'ostéome ostéoïde, amenant à considérer une nouvelle approche thérapeutique.

**Observation.** – Un patient de 28 ans, sans antécédents médicaux, consultait pour des cervicalgies d'horaire inflammatoire depuis deux ans avec des accès douloureux fugaces sans facteur déclenchant évident. L'examen clinique retrouvait une limitation douloureuse des mouvements cervicaux dans les trois plans de l'espace sans autre anomalie notable.

L'IRM du rachis cervical montrait une lésion du corps vertébral de C2 en hyposignal T1 et hypersignal T2 avec une zone d'hyposignal T2. Le scanner cervical objectivait une lésion osseuse hypodense corporelle antérieure droite de 10 mm, d'aspect ovalaire avec centre hyperdense. Enfin, le caractère hyperfixant retenu à la scintigraphie osseuse, confirmait le diagnostic d'ostéome ostéoïde du corps vertébral de C2. Dans ce contexte, nous débutons un traitement par acide acétylsalicylique avec un effet bénéfique sur la symptomatologie. Néanmoins, la localisation de la tumeur osseuse limitait l'accès au traitement radical : exérèse chirurgicale et radiofréquence.

Après concertation avec le patient sur le bénéfice/risque du traitement radical, une alternative thérapeutique lui était proposée consistant en des perfusions mensuelles de biphosphonates (acide zolédronique 4 mg) pour une durée de trois mois. L'évolution était favorable en quelques semaines avec un amendement des douleurs permettant l'arrêt de l'acide acétylsalicylique. La réévaluation radiologique à 4 mois (IRM et TDM) montrait une minéralisation du nidus avec stabilité de l'œdème osseux périlésionnel. Une nouvelle IRM à 16 mois devra compléter la surveillance.

**Discussion.** – L'ostéome ostéoïde touche le rachis dans approximativement 10 % des cas, avec une répartition inégale : lombaire (56 %), cervical (27 %), thoracique (16 %) et sacrée (1 %) (1). L'atteinte de l'arc postérieur de la vertèbre est la plus fréquente. En raison de douleurs habituellement intenses et du risque de déformation rachidienne, un traitement radical par exérèse chirurgicale ou radiofréquence est souvent nécessaire. La localisation difficilement accessible augmente les risques d'échec et de complication de ces techniques. Une perfusion mensuelle de biphosphonates est une alternative intéressante (2). D'avantages d'explorations seront nécessaires pour préciser son intérêt dans cette indication. Un essai de phase 3 comparant l'efficacité de l'acide zolédronique à la radiofréquence percutanée est en cours.

**Conclusion.** – L'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse classique du sujet jeune. La localisation de la lésion et les préférences du patient peuvent parfois amener à reconsidérer la prise en charge traditionnelle. Dans ce contexte, la perfusion de biphosphonate pourrait être une alternative envisageable.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Raskas DS, Graziano GP, Herzenberg JE, Heidelberger KP, Hensinger RN. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *J Spinal Disord.* 1992 Jun;5 (2):204-11.
- [2] Leturcq T. et al. (2013) Efficacité des biphosphonates dans 17 cas d'ostéome ostéoïde. Communication orale au 26<sup>e</sup> congrès français de rhumatologie, 01 déc-03 déc 2013, Paris

PE.Ma-020

**Angiosarcome cardiaque révélé par une douleur sternoclaviculaire**

M. De Saint Riquier\* (1); G. Coiffier (1); B. Lelong (2); M. Harmouche (3); A. Perdriger (1); M. Faccin (1); Y. Mbaki Mampuya (3); V. Bridonneau (2); P. Guggenbuhl (1)

(1) *Rhumatologie, Hôpital Sud, Rennes*; (2) *Cardiologie, CHU de Rennes, Rennes*; (3) *Chirurgie cardiaque, CHU de Rennes, Rennes*

\*Auteur correspondant : marine.dsr@hotmail.fr (M. De Saint Riquier)

**Introduction.** – Les tumeurs primitives cardiaques sont rares. Les séries d'autopsies rapportent une incidence de 0,001 % à 0,003 % dans la population générale. Parmi celles-ci, 25 % sont des tumeurs malignes, majoritairement des sarcomes (95%), dont 25 à 37 % d'angiosarcomes. 1,2

**Observation.** – Une femme de 54 ans était hospitalisée pour bilan étiologique de douleur sterno-claviculaire droite, mécanique, évoluant depuis 1 mois, reproduite à la palpation. Ces douleurs ont dans un premier temps été soulagées par les AINS. En raison d'une recrudescence douloureuse associée à une hyperthermie à 40°C, un syndrome inflammatoire (CRP à 100 mg/l) sans altération de l'état général, la patiente était référée dans le service. Devant la suspicion d'une arthrite septique de la sterno-claviculaire droite, il a été réalisé une échographie articulaire qui montrait une discrète synovite, non ponctionnable. La radiographie standard ne montrait pas de lésion sternale ni d'arthropathie sterno-claviculaire. Dans l'hypothèse d'une ostéite ou d'un abcès, un scanner du sternum était demandé. Il révélait des lésions lytiques osseuses sternales; le scanner thoraco-abdomino-pelvien complémentaire mettait en évidence des lésions métastatiques vertébrales et du bassin (aile iliaque droite) associées à de multiples lésions pulmonaires, une lésion surrenalienne, et un épanchement péricardique. À l'échocardiographie, il y avait un épanchement péricardique de moyenne abondance associé à une tumeur de la paroi latérale de l'oreille droite mesurée à 15 × 30 mm. L'IRM cardiaque confirmait cette lésion tumorale. La ponction biopsie osseuse de l'aile iliaque droite s'est avérée non contributive. Devant une majoration de l'épanchement péricardique, la patiente était transférée en chirurgie cardiaque pour un drainage péricardique par sternotomie. Les biopsies per opératoire (cytologie et biopsie du péricarde) n'étaient pas contributives. C'est l'analyse histologique d'une métastase pulmonaire qui a permis de poser le diagnostic d'angiosarcome. Une résection tumorale n'étant pas envisageable, la patiente a été traitée par chimiothérapie palliative (taxol) et radiothérapie.

**Discussion.** – Les métastases osseuses après 50 ans font évoquer les cancers ostéophiles classiques (sein, prostate, poumon, rein et thyroïde). Les angiosarcomes cardiaques sont rares. Ils sont localisés préférentiellement à l'oreillette droite (75 % des cas) et sont fréquemment associés à un épanchement péricardique, pouvant aboutir à une tamponnade. Les symptômes cardiaques (insuffisance cardiaque congestive, douleur thoracique, dyspnée) sont classiquement le mode de révélation. Les métastases sont fréquentes au moment du diagnostic (56 à 80 % des patients) mais rarement symptomatiques. Elles sont majoritairement pulmonaires (61 à 75 % des cas), et osseuses (17 %). Son pronostic est péjoratif, avec une survie de moins de 6 mois en absence de résection chirurgicale. La chirurgie offre les meilleurs taux de survie, quand le diagnostic est précoce, associée à une radio-chimiothérapie.

**Conclusion.** – L'angiosarcome cardiaque est rare. Il existe une atteinte métastatique osseuse dans 17 % des cas. Aucun cas d'angiosarcome cardiaque révélé par des métastases osseuses de présentation rhumatologique n'avait été décrit à ce jour.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Burke A, Virmani R. Tumors of the Heart and Great Vessels (Atlas of Tumor Pathology, 3rd series, vol 16). Wash DC Armed Forces Inst Pathol 1996;
- [2] Look Hong NJ, Pandalai PK, Hornick JL, et al. Cardiac angiosarcoma management and outcomes: 20-year single-institution experience. Ann Surg Oncol 2012;19 (8):2707–15.

PE.Ma-021

**La synovite villo-nodulaire: une pathologie rare mais à ne pas négliger!**

A. Feki\* (1); R. Fakhfakh (1); D. Khalifa (1); S. Bendjemaa (1); R. Akrouf (1); M. Ezzeddine (1); H. Fourati (1); S. baklouti (1)  
(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

\*Auteur correspondant: feki.afef@yahoo.fr (A. Feki)

**Introduction.** – La synovite villo-nodulaire (SVN) est une affection rare et bénigne qui appartient au groupe de dystrophie synoviale.

Elle peut être localisée ou diffuse et toucher toutes les articulations, avec une forte préférence pour le genou. Le but de notre étude est de décrire les particularités épidémiologiques et thérapeutiques de la SVN.

**Patients et Méthodes.** – Étude rétrospective de 10 cas de SVN colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 21 ans.

**Résultats.** – L'âge moyen de nos patients était de 31 ans 4 mois avec des extrêmes (17-70). Le sexe ratio F/H = 1,5 (6 femmes et 4 hommes). La SVN est révélée par une mono arthrite chronique dans la totalité des cas et a séjé exclusivement au niveau du genou. Une tuméfaction avec raideur de l'articulation sont toujours trouvés tandis que des douleurs de type mécanique, modérées et intermittentes sont objectivées dans quatre sur cinq des cas. Le liquide de ponction articulaire réalisé dans la moitié des cas a montré un aspect séro-hématique sans notion de traumatisme ni anomalie du bilan d'hémostase. On a noté une augmentation modérée de la VS dans 3 cas. Une radiographie standard du genou pratiquée chez tous les patients a montré une augmentation du volume des parties molles sans calcification décelable. Le diagnostic de SVN dans sa forme diffuse a été évoqué à l'IRM pour 7 patients et à l'arthroscopie pour les autres. Le diagnostic de certitude était histologique dans tous les cas. La biopsie synoviale diagnostique a été arthroscopique dans 3 cas et chirurgicale dans les autres cas. Le délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic histologique a été de 3 ans. La synovite était agressive dans un cas avec érosion osseuse faisant évoquer un synovialo-sarcome. Le traitement consistait en une synovectomie chirurgicale subtotalaire dans tous les cas. L'évolution était favorable dans la moitié des cas. Pour l'autre cas; les résultats étaient décevants avec récurrence clinique et sur l'IRM de contrôle après une période de rémission moyenne de 11 mois. Ainsi le recours à un deuxième geste chirurgical s'est avéré nécessaire dans 4 cas complété par synoviorthèse dans 3 cas (l'une isotopique et les 2 autres à l'acide osmique).

**Discussion.** – Le premier cas de SVN a été décrit en 1882 par Chassaignac à propos d'une forme nodulaire d'un doigt. Elle se caractérise par une prolifération cellulaire pseudo-tumorale se développant aux dépens de la membrane synoviale d'une articulation. Le genou est atteint dans plus de deux tiers des cas suivi par la hanche, la cheville, le poignet, l'épaule et le coude. Elle est presque toujours mono articulaire. Dans notre série le genou est atteint dans 100 % des cas.

**Conclusion.** – La SVN est une tumeur bénigne rare qui mérite d'être connue compte tenu de son agressivité locale. La clinique, la biologie et l'imagerie ne sont pas spécifiques et seule l'histologie permet un diagnostic de certitude. Ce manque de spécificité associé à la rareté de la maladie rend compte du fréquent retard au diagnostic et de la difficulté de prise en charge. En effet, le traitement de la SVN reste mal codifié en particulier dans les formes diffuses où les récurrences sont fréquentes.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-022

**Maladie des exostoses multiples: étude de 2 familles multiplex sénégalaises**

S. Diallo\* (1); M. Niasse (1); C. Diouf (1); CAB. Diaw (1); R. Diallo (1); M. Mbengue (2)

(1) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (2) Service de gastro-entérologie Hoggy, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: docsdiallo@yahoo.fr (S. Diallo)

**Introduction.** – La maladie des exostoses multiples (MEM), appelée également ostéochondromatose multiple, décrite la première fois en 1814 par Boyer, est une maladie rare dont la prévalence est estimée entre 1/50 000 à 1/100 000 dans la littérature. La complication la plus redoutable est la transformation maligne dans 1 à 5 % des cas en chondrosarcome. Elle est peu décrite en Afrique. Nous en rapportons des formes familiales sénégalaises.

**Patients et Méthodes.** – Etude menée dans le service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, où avaient été colligées les familles de patients atteints d'exostoses, entre décembre 2015 et mars 2016. À partir de cas-index atteints de MEM avérée, un dépistage familial systématique avait été effectué à partir de l'arbre familial. Après recueil du consentement, le dépistage était réalisé chez les apparentés de premier degré (parents, frères, sœurs ou enfants), de deuxième degré (oncles, tantes, grands-parents), et de troisième degré (cousins germains). Le diagnostic avait été établi après confrontation d'arguments épidémiologiques, cliniques, radiographiques et histologique de pièces opératoires.

**Résultats.** – Les cas-index des 2 familles étaient des hommes âgés respectivement de 28 ans et 42 ans, atteints tous deux de MEM avérée confirmée histologiquement. L'étude des familles avait porté sur un total de 88 membres, dont 10 membres atteints de MEM, tous des apparentés de premier degré, soit une prévalence de 11,36 % des cas. Les patients étaient 8 hommes et 2 femmes, d'âge moyen au début de la maladie de 6 ans et de 21 ans au moment du diagnostic. Le taux de consanguinité était de 57 %. Tous avaient des exostoses multiples dont le nombre par patient variait de 4 à 17, localisées par ordre de fréquence décroissante aux métaphyses des os longs dans 86,2 % des cas (membres supérieurs: 27,5 % et membres inférieurs: 58,61 %) et en dehors des membres dans 13,8 % des cas. L'évolution était marquée par des complications orthopédiques (2 cas) et compressions artério-veineuses (2 cas). Aucun cas de dégénérescence maligne n'était observé. Une surveillance régulière est instaurée.

**Conclusion.** – L'agrégation familiale de la MEM dans notre étude suggère en accord avec les données de la littérature l'implication de facteurs génétiques. La symptomatologie est similaire à celle de la littérature avec cependant une survenue plus précoce. Nous insistons sur le dépistage familial systématique devant tout cas de MEM.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Cook A et al. Am. J. Hum. Genet 1993;53:71-79. (2). Stieber J. R et al. J Am Acad Orthop Surg. 2005;13:110-20.

PE.Ma-023

### Les pathologies ostéocondensantes: étude de 36 observations au Sénégal

S. Diallo\* (1); M. Niasse (1); C. Diouf (1); CAB. Diaw (1); R. Diallo (1); M. Mbengue (2)

(1) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (2) Service de gastro-entérologie Hoggy, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: docsdiallo@yahoo.fr (S. Diallo)

**Introduction.** – Les ostéocondensations se définissent par une diminution de la transparence osseuse aux rayons X et une densité minérale osseuse mesurée par DEXA supérieure à +2,5. Elles peuvent être généralisées ou localisées, congénitales ou acquises. Elles sont peu décrites dans la littérature africaine. L'objet de cette étude était de déterminer le profil étiologique des ostéocondensations dans un service de rhumatologie au Sénégal.

**Patients et Méthodes.** – Étude menée dans le service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, où avaient été colligées les observations de patients atteints de pathologies osseuses condensantes entre janvier 2002 et juillet 2017. Le diagnostic évoqué sur des arguments épidémiologiques et cliniques (douleurs ostéo-articulaires, gêne fonctionnelle et limitation des mouvements) avait été confirmé sur la radiographie complétée dans certains cas par le scanner (augmentation très importante de la densité osseuse) et dans certains cas par l'examen histologique. Pour chaque observation, ont été analysées les données épidémiologiques, cliniques, radiographiques, la forme étiologique (congénitale ou acquise) et l'évolution sous traitement.

**Résultats.** – Ainsi, 36 observations ont été colligées chez 32 hommes et 4 femmes, d'âge moyen de 48 ans (extrêmes: 21 ans et 85 ans).

Les principales manifestations étaient osseuses à type de douleurs du squelette axial surtout lombaire (36 ans) associée à une atteinte des membres (12 cas), de tuméfactions osseuses (10 cas), de fractures pathologiques, de signes articulaires (8 cas), compressions médullaires (8 cas) et vasculaires (10 cas). Le bilan radiographique objectivait des images condensantes denses, homogènes (36 cas) associées à des images pseudokystiques (1 cas), du squelette axial et notamment rachidien et périphérique (12 cas). Les étiologies étaient acquises dans 24 cas et génétiques dans 12 cas. Les causes acquises étaient des métastases d'adénocarcinome prostatique (23 cas) et une fluorose (1 cas). Celles génétiques étaient dues à une maladie des exostoses multiples: 10 cas, une ostéopoeilie: 1 cas et une dysplasie craniodiaphysaire: 1 cas. Le traitement était surtout symptomatique (antalgiques, AINS, corticoïdes, bisphosphonates) et chirurgical (5 cas d'exostoses). L'évolution fut dramatique chez 21 patients atteints de métastases ostéocondensantes.

**Conclusion.** – Notre série est restreinte. Elle objective cependant une prédominance des causes acquises notamment tumorales par rapport à celles génétiques. Le clinicien devra être attentif à cette éventualité devant toute douleur du squelette. La radiographie systématique devra faire évoquer le diagnostic.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] De Vernejoul MCBest Pract Research Clin Rheum 2008; 22: 71-83. (2)Cook A et al. Am. J. Hum. Genet 1993;53:71-79

PE.Ma-024

### Lymphome osseux primitif à localisation rachidien: à propos d'un cas

MA. Bouenba (1); S. Ben Jemaa (1); D. Khalifa\* (1); B. Hiba (1); R. Akrouf (1); M. Ezzeddine (1); MH. Kallel (1); H. Fourati (1); S. baklouti (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

\*Auteur correspondant: dhouha.khalifa@hotmail.fr (D. Khalifa)

**Introduction.** – Le lymphome osseux primitif (LOP) est une entité rare qui représente 5 % des tumeurs osseuses malignes primitives et moins de 1 % de l'ensemble des lymphomes. Les formes multifocales sont rares et peuvent se confondre avec des localisations osseuses secondaires.

**Observation.** – Mr M.A, âgé de 75 ans, présentait depuis un an des cervicalgies et des lombalgies, d'horaire mixte, sans signes associés. L'examen clinique trouvait un bon état général. Le patient était apyrétique, présentant des douleurs à la percussion des processus épineux dorsaux, sans adénopathies périphériques. La biologie était normale. La radiologie du rachis n'avait objectivé qu'une ostéophytose marginale. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation hétérogène et intense en regard des corps vertébraux de T3 et T5. Un complément par une IRM médullaire a montré un tassement vertébral de T3 et T5 avec des anomalies de signal hétérogène de T2 à T6 à type d'hypo signal T1 et hyper signal T2. Une biopsie osseuse vertébrale (D5) scanno-guidée a été réalisée. L'étude histologique et immuno-histochimique était en faveur d'un lymphome B à petites cellules avec CD20 positif, dans sa forme sclérosante. Le diagnostic de LOP ou lymphome de Parker et Jackson a été alors retenu.

**Discussion.** – Le LOP est une pathologie rare. Il touche plus fréquemment l'homme que la femme avec un sexe ratio de 1,3 à 2. Il survient à tout âge avec un pic de fréquence autour de 45 ans. La topographie des lésions intéresse les os longs, en particulier le fémur, rarement le squelette axial. Les signes cliniques révélateurs sont dominés par la douleur chronique insidieuse, mais il peut être révélé par une fracture pathologique ou par l'apparition de radicualgies en cas d'atteinte rachidienne compressive. L'aspect radiologique est souvent celui d'une lésion lytique, métaphysaire, allongée, à limites floues de type perméatif ou moucheté. La scannographie permet une analyse plus précise des lésions et de l'extension dans les parties molles ainsi que dans la moelle osseuse. Cependant, l'IRM reste la



technique d'imagerie la plus performante: le LOP apparait en hypo signal en T1 et en hyper signal variable en T2 rehaussé de façon plus ou moins variable après injection de Gadolinium. Le diagnostic de LOP requiert des critères diagnostiques précis (critères de Coley incluant 3 critères), il est basé sur la biopsie osseuse avec étude immuno-histochimique qui précise le degré d'agressivité et le phénotype tumoral: B ou T. Le traitement n'est pas consensuel, les meilleurs résultats sont obtenus par l'association d'une radiochimiothérapie, avec un taux de rémission de 88 %. L'utilisation de la chimiothérapie seule constitue une nouvelle approche thérapeutique dans le LOP.

**Conclusion.** – Le lymphome osseux primitif est une tumeur osseuse rare mais avec un pronostic meilleur que les autres lésions osseuses malignes, d'où l'intérêt d'un diagnostic et une prise en charge précoce.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-025

**Myosite induite par un phénomène de recrudescence des réactions radiques après administration de gemcitabine pour un cancer pulmonaire: à propos d'un cas**

L. Pina Vegas\* (1); G. Jelin (1); V. Gounant (2); C. Naltet (2); M. Forien (1); S. Ottaviani (1); E. Palazzo (1); P. Dieudé (1)  
(1) Rhumatologie, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris;  
(2) Oncologie thoracique, Hôpital Bichat-Claude-Bernard (AP-HP), Paris  
\*Auteur correspondant: laurapinavegas@live.fr (L. Pina Vegas)

**Introduction.** – Le phénomène de recrudescence des réactions radiques (encore appelé « radiation recall ») est un phénomène rare, peu décrit dans la littérature, dans lequel l'administration d'une chimiothérapie induit des réactions inflammatoires aiguës, plusieurs semaines à mois après la radiothérapie, au niveau des tissus préalablement irradiés.

La gemcitabine, analogue nucléosidique utilisé dans les cancers pulmonaires non à petites cellules métastatiques, est une molécule fréquemment décrite dans ces phénomènes post radiothérapie, en particulier au niveau pulmonaire. Cependant, l'atteinte musculaire après introduction de ce traitement a été décrite moins d'une dizaine de fois.

Nous présentons ici un cas de myosite induite par « radiation recall » après gemcitabine ainsi que sa première description au TEP-scanner dans la littérature.

**Observation:** Un homme âgé de 52 ans atteint d'un carcinome épidermoïde pulmonaire avec métastase lytique du fémur gauche a été traité initialement, devant le risque fracturaire, par chirurgie (pose d'une prothèse totale de hanche) et radiothérapie puis chimiothérapie: première ligne par paclitaxel-carboplatine, deuxième ligne par nivolumab et troisième ligne par gemcitabine, débutée 5 mois après la fin de la radiothérapie.

Deux semaines après le 3<sup>e</sup> cycle de gemcitabine, il apparaît une douleur inguinale gauche avec impotence fonctionnelle et œdème de la racine de la cuisse.

Le TEP-scanner retrouvait un hypermétabolisme diffus, inflammatoire de l'ensemble de la loge musculaire de la cuisse à la localisation exacte du centrage de la radiothérapie, sans atteinte osseuse associée.

L'IRM retrouvait une infiltration œdémateuse du fascia superficiel de la racine de la cuisse associée à une myosite typique. En échographie on notait une hypo-échogénéité et une perte du caractère fibrillaire des muscles. Il existait un syndrome inflammatoire biologique de novo sans augmentation des CPK.

Il a alors été introduit une dose de 1 mg/kg/jour de prednisone avec une résolution de la symptomatologie en une semaine.

La chimiothérapie par gemcitabine a été reprise, devant l'absence d'alternative thérapeutique, provoquant une récurrence du tableau à

48 heures malgré le maintien de la corticothérapie. L'imputabilité de la gemcitabine a été validée et le traitement définitivement stoppé.

**Discussion.** – Les modifications tissulaires après radiothérapie (notamment de l'ADN et des tissus vasculaires), les rendent sensibles à une future chimiothérapie. La localisation précise au TEP-scanner des lésions de myosite sur le centrage de la radiothérapie est un élément important à prendre en compte pour le diagnostic.

**Conclusion.** – L'administration de chimiothérapie, notamment de gemcitabine, après radiothérapie peut être associée à des réactions inflammatoires dans le champ d'irradiation, par un phénomène de recrudescence des réactions radiques. L'IRM reste le gold standard dans le diagnostic des atteintes musculaires mais le TEP-scanner semble être un examen prometteur, permettant d'affirmer le diagnostic chez des patients ayant une contre-indication à l'IRM.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-026

**Le myélome multiple à IgD kappa: un nouveau cas**

A. Feki\* (1); R. Fakhfakh (1); D. Khalifa (1); S. Bendjemaa (1); R. Akrouf (1); M. Ezzeddine (1); H. Fourati (1); S. Baklouti (1)  
(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie  
\*Auteur correspondant: feki.afef@yahoo.fr (A. Feki)

**Introduction.** – Le myélome multiple à IgD est une entité rare, il représente moins de 2 % de tous les myélomes. Il est caractérisé par sa sévérité clinique. Le sous-type à IgD kappa n'en représente que 10 à 30 %. Nous en rapportons une observation

**Observation.** – Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, sans antécédent pathologique particulier, qui a été hospitalisée pour lombalgies et dorsalgies inflammatoires avec irradiation intercostale dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen clinique retrouve un syndrome rachidien lombaire avec douleur exquise à la percussion des épineuses dorsales. La biologie a montré une vitesse de sédimentation à 100 mm à la première heure, une CRP à 4, une anémie normochrome normocytaire arégénérative, une hypercalcémie à 2,95 mmol/L, une créatinémie à 67,41 umol/l. L'électrophorèse des protéines plasmatiques a objectivé un discret pic monoclonal en zone Gamma à 7,3 g/l sans hypergammaglobulinémie. L'immunoélectrophorèse sérique a montré une gammopathie monoclonale et à chaînes légères kappa avec une baisse importante des autres classes d'immunoglobulines. À la ponction sternale, il y avait 50 % de plasmocytes dystrophiques. Le taux de B2 micro globuline est élevé à 2,87 mg/l. La radiologie a montré des lésions ostéolytiques à l'emporte pièce au niveau du crane et des 2 humérus et des tassements vertébraux de D8 à L1 avec à l'IRM rachidienne une infiltration myélomateuse de l'ensemble du rachis dorsolombaire sans signes de compression médullaire. Le traitement a consisté en une correction de l'hypercalcémie et une poly chimiothérapie pré- autogreffe.

**Conclusion.** – Le MM à IgD est caractérisé par sa sévérité clinique, la fréquence des localisations extra- osseuses, de l'insuffisance rénale et de l'amylose. La discrétion ou l'absence de pic monoclonal à l'électrophorèse des protéines plasmatiques rend sa détection difficile. Sa pathogénie reste ma élucidée. Le pronostic de MM à IgD est sévère.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-027

**Syndrome vasculaire d'acral paranéoplasique: 2 cas cliniques d'une entité inhabituelle**

F. Costa\* (1); JP. Freitas (1); ML. Marques (1); S. Serra (1); M. Coutinho (1); A. Malcata (1)  
(1) Département de rhumatologie, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal  
\*Auteur correspondant: flavioaccosta@gmail.com (F. Costa)

**Introduction.** – Le syndrome vasculaire d'acral paranéoplasique est une entité rare, caractérisée par l'association entre le néoplasie et

le phénomène de Raynaud, la gangrène ou l'acrocyanoase numérique. Les adénocarcinomes du poumon, de l'ovaire et de l'estomac représentent environ 60 % des néoplasmes sous-jacents, qui sont habituellement à un stade avancé. Les néoplasmes restants comprennent ceux d'origine hématologique, les sarcomes et les tumeurs d'origine inconnue. Plusieurs mécanismes étiopathogènes potentiels ont été suggérés, à savoir l'invasion tumorale des nerfs sympathiques, l'hyperviscosité, l'hypercoagulabilité, la production de substances vasoactives par la tumeur et les mécanismes immunologiques.

**Observation.** – **Cas 1:** Une femme de 54 ans avec une histoire de polyarthralgies avec un rythme mixte des petites articulations des mains et un phénomène biphasique de Raynaud, avec une évolution de 3 ans. Associativement, il y avait des plaintes de xérostomie et de xérophtalmie, en refusant d'autres plaintes systémiques. Une histoire de tumeur carcinoïde du poumon 5 ans auparavant (soumise à la lobectomie droite) et de l'adénome tubulo-villositaire du côlon avec une dysplasie épithéliale de haute qualité 3 ans auparavant (soumise à l'hémicolectomie gauche). Elle avait aussi des antécédents de dépression et était soumise à une thérapie antidépresseur. La présence du phénomène des mains de Raynaud (absence d'arthrite périphérique ou toute autre altération) a été observée à l'examen rhumatologique. L'étude complémentaire accomplie a révélé des paramètres de phase aiguë, une étude de coagulation, des thrombophiles et un dosage de facteurs de complément C3 et C4 normaux, d'anticorps anti-nucléaires, d'antiphospholipides, de cryoglobulines et de sérologie virale. La capillaroscopie a démontré des changements non spécifiques. La patiente subit actuellement un traitement par pentoxifylline 400 mg (3id) et nifedipine 60 mg (id), avec peu d'amélioration clinique du phénomène de Raynaud.

**Cas 2:** Une femme de 68 ans, avec des épisodes récurrents d'ischémie des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main gauche, avec 2 ans d'évolution. Elle a nié toute plainte systémique. Elle avait une histoire de leucémie lymphocytaire chronique de type B depuis 2007 et était régulièrement surveillée. L'examen rhumatologique a montré des zones de nécrose de la pulpe des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main gauche (sans autres altérations). L'étude complémentaire accomplie a révélé des marqueurs de phase aiguë, une étude de coagulation, une étude sur les thrombocytes et un dosage des facteurs de complément C3 et C4 normaux, des cryoglobulines et une sérologie du virus négatif et un titre d'anticorps anti-nucléaire positif (titre 1/160, norme granulaire fine dense, sans précision). La capillaroscopie a révélé des altérations rares et suggestives d'une lésion vasculaire aiguë (sans altération suggérant une pathologie rhumatismale). L'étude de l'écodoppler du membre supérieur gauche a exclu l'athérosclérose sévère des grands vaisseaux. Une biopsie cutanée d'une lésion numérique a été réalisée, ce qui a révélé une néovascularisation secondaire à une ischémie tissulaire. Le patient a été traité avec du nifedipine 30 mg (id), sans amélioration clinique. Par la suite, elle a subi un traitement intraveineux de prostacycline avec une résolution des lésions.

**Conclusion.** – Le diagnostic des SP est difficile, en fonction de la relation temporelle entre l'apparition de la néoplasie et l'apparition d'une certaine manifestation qui, en soi, ne permet pas d'établir un diagnostic rhumatologique. Ces manifestations présentent souvent un cours rapide et agressif, ainsi qu'une mauvaise réponse aux thérapies conventionnelles. Sa reconnaissance est fondamentale et peut être la clé du diagnostic et du traitement précoce de divers néoplasmes.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

#### Références

- [1] Gambichler et al. Paraneoplastic acral vascular syndrome in a patient with metastatic melanoma under immune checkpoint blockade. *BMC Cancer* (2017) 17:327
- [2] Pereira J, Eugénio G, Calteras S, Santos R, Carvalho A. More than just a case of polymyalgia rheumatica. *EJCRIM*2016;3:

PE.Ma-028

### Les facteurs biologiques et thérapeutiques déterminant la densité minérale osseuse dans le myélome multiple

S. Zrour (1); H. Mouanaa\* (2); H. Hachfi (2); J. Mahbouba (1); I. Bèjia (1); M. Touzi (1); N. Bergaoui (1)

(1) Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie; (2) Service de rhumatologie, CHU Tahar Sfar de Mahdia, Mahdia, Tunisie

\*Auteur correspondant: mouanaa.hamza@gmail.com (H. Mouanaa)

**Introduction.** – Au cours de Myélome Multiple (MM), l'ostéolyse affecte plus que 80 % des patients. Ce qui conduit à des douleurs osseuses, des fractures pathologiques et une hypercalcémie... L'impact réel de cette ostéolyse sur la densité osseuse est rarement étudié. L'objectif de notre travail est de déterminer le profil des patients, atteints d'un myélome multiple (MM), ayant une baisse de la densité osseuse.

**Matériels et méthodes.** – C'est une étude transversale des patients atteints d'un myélome multiple retenu selon les critères diagnostiques (IMWG: International Myeloma Working Group 2014) entre 2011-2016. Chaque patient a eu une mesure de la densitométrie osseuse (DMO), par Lunar Prodigy DEXA au niveau du rachis et le col du fémur, durant une période de 5 ans (2011-2016).

**Résultats.** – Trente-neuf malades ont été colligés. L'âge moyen était de 63 ± 10 ans [50 ans, 86 ans]. Il s'agit de 26 hommes et 13 femmes. Selon la classification de Durie et Salmon, les patients étaient au stade III dans 84 % des cas et au stade II dans 10 % des cas. L'atteinte rénale au diagnostic est notée dans 10 % des cas. La moyenne du pic monoclonal était de 34 g/L [2,5 - 88 g/L]. Les chaînes lourdes étaient de type IgG dans 19 cas (64 %) et IgA dans 7 cas (24%). Les chaînes légères étaient du type Kappa dans 19 cas (64 %) et type Lambda dans 11 cas (36 %).

La masse osseuse moyenne au niveau du rachis était de 0,998 ± 0,254 g/cm<sup>2</sup> [0,632 g/cm<sup>2</sup>; 1,892 g/cm<sup>2</sup>] et au niveau du col du fémur 0,869 ± 0,254 g/cm<sup>2</sup> [0,632 g/cm<sup>2</sup>; 1,892 g/cm<sup>2</sup>]. Le T-Score moyen au niveau du rachis était de -1,626 ± 2,025 [-4,9; 5,6] et au niveau du fémur -1,567 ± 1,178 [-3,7; 1]. Le T-Score inférieur à -2,5 SD a été observé chez 15 patients (39 %).

Dix-sept patients (58 %) étaient candidats à un greffon osseux autogène. D'autres ont été traités par le protocole Prednisone-Thalidomide-Dexaméthasone dans 28 % des cas, le protocole Cyclophosphamide-Thalidomide-Dexaméthasone dans 4 % des cas et le protocole Melphalan -Prednisone pour le reste.

La dose cumulée moyenne de corticoïdes reçue par malade était 1292 mg équivalent Dexaméthasone ± 442 mg [693 mg; 2 240 mg]. Elle était significativement associée au T-score rachis (p < 0,013) et le T-score col du fémur (p < 0,015). La baisse de T-score rachis était significativement associée à l'augmentation de la protéinurie de 24h (p < 0,001) Le baisse de T-score fémur était significativement associée à des stades avancés selon la classification de Durie et Salmon (p < 0,005), au type des chaînes lourdes (IgA (p < 0,04)), une infiltration plasmocytaire élevée (p < 0,004) et à la présence de double pic monoclonal à l'EPP (p < 0,05).

**Conclusion.** – Un patient atteint d'un MM, avec une infiltration plasmocytaire élevée OU stade III selon Durie et Salmon OU à chaîne lourde type Ig A OU à double pic monoclonal OU ayant une protéinurie de 24h élevée OU traité par une forte dose de corticoïde, aurait une baisse de la densité osseuse.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-029

### Les plasmocytomes en médecine interne

I. Rachdi\* (1); H. Zoubeydi (1); W. Bani (1); F. Daoud (1); Z. Aydi (1); S. Kochbati (1); B. Ben Dhaou (1); F. Boussema (1)  
(1) Médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: rachdi.imene14@gmail.com (I. Rachdi)

**Introduction.** – Le plasmocytome est une prolifération plasmocytaire monoclonale, solitaire ou accompagné d'un myélome multiple, de siège osseux ou extra-osseux. Il peut engager le pronostic fonctionnel ou vital de part ses complications. L'objectif de notre étude est de déterminer les particularités cliniques, topographiques, thérapeutiques et évolutives des plasmocytomes dans un service de médecine interne.

**Patients et Méthodes.** – Etude rétrospective colligeant 11 cas de plasmocytomes de localisations différentes. Le diagnostic était confirmé histologiquement dans tous les cas.

**Résultats.** – Onze dossiers de patients ont été retenus. La moyenne d'âge était de 64,09 ans [49-79] et le sex ratio H/F = 1,2. Tous nos patients avaient un myélome multiple (MM). Le plasmocytome révélait le MM dans deux cas. Ailleurs, il était diagnostiqué de façon concomitante au myélome multiple dans 7 cas. Dans 2 cas, il compliquait l'évolution ultérieure du MM. Le siège était: orbitaire (n=2), rétroperitonéal (n = 1), rénal (n = 1), axillaire (n = 1), costal (n=1), sternocostal (n = 1), vertébral (n = 1), iliaque (n = 2), et médullaire (n = 1). Une insuffisance rénale était notée dans 5 cas. Le MM était classé stade III selon la classification de Salmon et Durie dans 5 cas. Le traitement était basé sur une chimiothérapie associée ou non à une radiothérapie décompressive prescrite chez 7 patients. L'évolution était favorable dans 5 cas. Chez deux patients, on notait une progression de la masse malgré la radiothérapie. Deux cas de décès étaient rapportés dans un tableau de coagulation intravasculaire disséminée. Un malade était perdu de vue et une autre patiente était adressée en oncologie.

**Discussion.** – Dans notre série, tous les plasmocytomes étaient associés à MM. Les plasmocytomes peuvent être la circonstance de découverte du MM comme ils peuvent être diagnostiqués de façon concomitante ou émailler le cours évolutif de cette hémopathie maligne. La survenue des plasmocytomes extra-médullaires au moment du diagnostic du MM témoigne d'une maladie très agressive, d'une faible chimiosensibilité, d'un pronostic sombre et d'une survie très faible. D'ailleurs, certaines publications tendent à considérer le MM avec plasmocytome comme une entité particulière du fait de ses caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Conclusion.** – Les plasmocytomes peuvent rester solitaires. Cependant, l'évolution fréquente vers le MM justifie la détermination précise des facteurs prédictifs et la discussion des nouvelles combinaisons thérapeutiques associant la chimiothérapie à la radiothérapie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-030

### Degré de satisfaction de patients souffrant de lombalgie chronique à la lecture d'un livre éducatif sur le mal de dos

C. Demoulin\* (1); L. Pauly (2); E. Martin (3); S. Grosdent (1); M.Tomasella (1); PR. Somville (1); I. Salamun (4); JF. Kaux (1); M.Vanderthommen (1)

(1) Département des sciences de la motricité et service de médecine de l'appareil locomoteur, Université de Liège et CHU de Liège, Liège, Belgique; (2) Département des sciences de la motricité, Université de Liège, Liège, Belgique; (3) Clinique du dos (service de l'appareil locomoteur), CHU de Liège – Site Ourthe-Ambève, Esneux, Belgique; (4) Service d'algologie, CHU de Liège, Liège, Belgique

\*Auteur correspondant: christophe.demoulin@ulg.ac.be (C. Demoulin)

**Introduction.** – Les recommandations relatives à la prise en charge de la lombalgie chronique (LBC) soulignent l'importance de rassurer les

patients, de les informer et de les éduquer dans le contexte d'une approche bio-psycho-sociale. Un livre a récemment été développé par un groupe d'experts pour répondre aux questions que pouvaient se poser les patients souffrant de LBC et leur prodiguer des messages rassurants, de façon à corriger les croyances délétères fréquemment présentes chez ces patients. L'objectif de cette étude préliminaire a consisté à examiner le degré de satisfaction et le ressenti de patients souffrant de LBC vis-à-vis de ce livre éducatif.

**Patients et Méthodes.** – Vingt et un patients souffrant de LBC adressés à un centre de révalidation multidisciplinaire du rachis ont reçu gratuitement le livre éducatif au début du programme et ont été invités à le consulter. Un mois plus tard, ils ont été soumis à un questionnaire de satisfaction portant sur le livre.

**Résultats.** – Les patients de cette étude présentaient des scores algofonctionnels modérés (scores médians de la douleur et d'incapacité (EIFEL) de respectivement 6/10 et 12/24). La majorité des sujets considère que le livre est d'une longueur adaptée, compréhensible, agréable à parcourir et qu'il permet de mieux comprendre les mécanismes d'apparition et de persistance des douleurs rachidiennes. Sa lecture a induit chez les patients une réduction des craintes/appréhensions liées à leurs LBC; ils conseilleraient d'ailleurs la lecture de ce livre à tout le monde (et pas seulement aux patients lombalgiques). La note globale médiane attribuée au livre était de 9/10 (min: 7, max 10). La plupart des participants n'ont pas consulté les sites internet évoqués dans le livre et un quart des patients aurait préféré lire ce livre en version électronique.

**Discussion.** – Compte tenu des effets délétères démontrés de certaines croyances relatives à la lombalgie [1], l'éducation des patients LBC constitue un élément crucial de la prise en charge de ces patients. L'intérêt de supports didactiques en complément d'une séance d'éducation dispensée par un professionnel de la santé est dès lors évident. Cette étude révèle un haut degré de satisfaction de la majorité des patients LBC vis-à-vis du livre; ils conseilleraient par ailleurs sa lecture à la population générale, suggérant qu'il est adapté à différentes populations de participants. Une étude à plus grande échelle devra néanmoins être menée pour confirmer ces résultats, examiner les effets spécifiques de la lecture de ce livre sur les croyances des patients et leurs scores algofonctionnels ainsi que pour analyser son intérêt au sein d'autres populations (sujets asymptomatiques avec/sans antécédent, lombalgie aiguë, etc.). La proportion non négligeable de notre population ayant indiqué sa préférence pour une version électronique confirme la nécessité de proposer également une telle version.

**Conclusion.** – Le livre éducatif développé par un groupe d'experts et basé sur une approche bio-psycho-sociale semble constituer un outil apprécié et adapté pour les patients LBC adressés à un centre de révalidation multidisciplinaire.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Demoulin et al. Les croyances délétères des patients lombalgiques: revue narrative de la littérature. Rev Med Liege. 2016; 71(1):40-6.

PE.Ma-031

### Coccygodynie: état de l'art en 1770 selon une thèse médicale traduite du latin

JY. Maigne\* (1)  
(1) Cabinet Médical, Paris

\*Auteur correspondant: jy.maigne@aphp.fr (JY. Maigne)

**Introduction.** – La traduction d'une thèse de médecine sur la luxation du coccyx, écrite en latin en 1770 par Jean-Cosme d'Angerville, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, nous permet de connaître l'état de l'art sur ce sujet à cette époque.

**Matériels et méthodes.** – Cette thèse de 20 pages intitulée «De Coccygis Luxatione» fut trouvée sur Google Books. Les outils de traduction furent un traité de grammaire latine et un dictionnaire Gaffiot.



**Résultats.** – L'anatomie du coccyx est correctement décrite avec un angle sacro-coccygien plus ouvert chez la femme, le deuxième os étant le plus petit et le troisième étant porteur d'excroissances osseuses. Les moyens d'union sont des ligaments d'une part et une substance qualifiée de «ligamenteuse», similaire à celle qui remplit les disques intervertébraux lombaires d'autre part. Trois fonctions sont reconnues au coccyx: donner attache au muscle Levator ani, soutenir le rectum et obstruer le canal sacré afin de prévenir tout dommage à la moelle épinière par l'air ambiant.

Les causes de la coccygodynie sont les luxations vers l'extérieur (LE) et vers l'intérieur (LI). La LE est causée par un accouchement difficile, la LI par une chute ou un coup porté, qui font qu'elle est considérée comme plus sévère que la LE en raison de la contusion associée qui peut mener, selon la thèse, à une abcédation voire à la mort, comme dans un cas rapporté.

Les signes cliniques du déplacement sont considérés comme non fiables, car les mêmes anomalies se rencontrent chez des sujets sains. Les symptômes sont de meilleure valeur: pesanteur anale, douleur atroce quand le patient mobilise sa cuisse, touse ou éternue. Aucune mention n'est faite du déclenchement par la station assise (du fait de l'inexistence, à cette époque, du travail de bureau?) Le traitement de la LE comporte une réduction manuelle en pressant sur le coccyx vers l'avant et un bandage pour maintenir cette réduction en place. La LI est traitée au moyen d'une réduction manuelle endo-rectale avec l'index huilé puis l'insertion d'une pâte dans l'anus pour maintenir la réduction; on y associe saignées, lavements et topiques pour traiter la contusion associée et prévenir toute collection. Dans les deux cas, on recommande le repos pour éviter que le patient s'assoit, jusqu'à guérison, des narcotiques, une diète et l'utilisation d'un siège percé.

**Discussion.** – Cette thèse reprend l'enseignement de Jean-Louis Petit exprimé dans son magistral «Traité des maladies des os» (1705). Il fut le premier à ne plus considérer les fractures du coccyx comme cause première de coccygodynie et à envisager la luxation comme cause principale.

**Conclusion.** – Cette thèse nous offre un aperçu des balbutiements de la médecine moderne: recours à une langue scientifique internationale, le latin, symptômes expliqués par l'anatomie, allusion à la sensibilité des signes cliniques, et mise en route d'un traitement logique en accord avec le mécanisme supposé de la lésion.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-032

### **Devenir professionnel à 10 ans des travailleurs lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action de maintien en emploi**

MJ. Le Gall (1); V. Dubus (2); G. Roche-Leboucher (2); I. Richard (2); Y. Roquelaure (1); A. Petit\* (1)  
(1) Inserm, u1085, irset, équipe ester, UFR Santé, Angers;  
(2) Les capucins, Centre de réadaptation fonctionnelle, Angers

\*Auteur correspondant: aupetit@chu-angers.fr (A. Petit)

**Introduction.** – La lombalgie chronique est un problème majeur de santé publique et de santé au travail, notamment du fait de l'incapacité au travail qu'elle génère. L'objectif principal était d'évaluer, à 10ans, l'impact d'un programme associant reconditionnement à l'effort et action de maintien en emploi sur le devenir professionnel des travailleurs lombalgiques chroniques. L'objectif secondaire était de dégager des facteurs prédictifs de retour et maintien en emploi à long terme.

**Patients et Méthodes.** – Etude descriptive, rétrospective et monocentrique, menée à Angers entre janvier et avril 2017. Les patients inclus présentaient une lombalgie commune chronique susceptible d'impacter le maintien en emploi. La prise en charge comprenait un programme de réentraînement à l'effort en centre de réadaptation fonctionnelle ou en kinésithérapie libérale sur 5 semaines associé à

des mesures de maintien en emploi. Les données ont été recueillies en deux temps: 1) paramètres sociodémographiques, médicaux, physiques, psychologiques et professionnels avant et après la prise en charge sur dossier; 2) données concernant la situation professionnelle actuelle (à 10 ans) par questionnaire téléphonique. Les analyses statistiques ont étudié la relation entre les paramètres de début et de fin de prise en charge et la situation professionnelle actuelle.

**Résultats.** – Parmi les 140 patients éligibles, 116 ont répondu (taux de réponse = 82,9 %), dont 44,8 % d'hommes et 55,2 % de femmes (âge moyen = 42,2 ± 7,4 ans). À l'inclusion, 38,8 % étaient au travail et 55,2 % en arrêt de travail (durée moyenne = 182 ± 140 jours/an). À 10ans de la prise en charge, 64,7 % des patients étaient au travail, dont 1/3 au même poste, contre 9,4 % en arrêt de travail pour lombalgie. Un âge compris entre 30 et 45 ans, un statut d'employé, un IMC normal à l'inclusion et une amélioration de l'endurance physique pendant le programme étaient associés à la présence au travail à 10 ans (p < 0,05). L'importance du retentissement psychosocial de la lombalgie était inversement associé à la présence au travail à 10ans (p < 0,05). La situation professionnelle n'était pas impactée par le type de rééducation proposée ni le niveau de douleur perçue avant et après la prise en charge. Des analyses concernant la pénibilité physique du poste de travail sont en cours et seront présentées lors du congrès.

**Discussion.** – L'originalité de cette étude réside dans le suivi à long terme d'une cohorte de patients lombalgiques chroniques avec un taux de réponse très satisfaisant. Le taux élevé de présence au travail à 10 ans confirme l'impact positif d'un programme associant reconditionnement à l'effort et action de maintien en emploi sur l'activité professionnelle des travailleurs lombalgiques chroniques à long terme. Les facteurs psychosociaux semblent être des facteurs de mauvais pronostic pour le maintien en emploi à 10 ans.

**Conclusion.** – Ces résultats devraient permettre de mieux identifier les sujets les plus à risque d'évoluer vers l'incapacité prolongée au travail.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-033

### **Traitement de la polyarthrite rhumatoïde par le méthotrexate: quid du passage de la voie orale à la voie sous-cutanée? Résultats de l'étude APRiM**

RM. Flipo (1); E. Senbel (2); S. Tropé (3); E. Zinovieva\* (4); H.Herman-Demars (5)  
(1) Service de Rhumatologie, C.H.U. Roger Salengro, Lille;  
(2) Rhumatologie, Cabinet Médical, Marseille; (3) Directeur, ANDAR, Paris; (4) Direction médicale, Nordic Pharma, Paris;  
(5) Médical, Laboratoire Nordic Pharma, Paris

\*Auteur correspondant: elena.zinovieva@nordicpharma.com (E.Zinovieva)

**Introduction.** – Dans le traitement de la PR par MTX, il existe aujourd'hui de nombreux arguments en faveur de son administration par voie parentérale, en particulier pour des posologies ≥ 15mg/sem. En règle, le MTX reste initié le plus souvent par voie orale. Ainsi nous avons souhaité observer en pratique quotidienne les conditions du passage du MTX oral à l'injectable.

**Patients et Méthodes.** – APRiM est une étude observationnelle prospective, multicentrique longitudinale et conduite en France depuis juin 2016 ayant inclus des patients présentant une PR (ACR/EULAR 2010) et traités soit par MTX oral et justifiant l'instauration d'un changement de voie d'administration, soit par MTX en seringue pré-remplie et éligibles pour un changement de dispositif d'injection. Les dispositifs d'injection considérés dans cette étude devaient être présents sur le marché en juin 2016. L'objectif principal de l'étude APRiM est l'estimation à 6 mois du taux de patients dont l'adhésion au traitement par MTX se sera améliorée (autoquestionnaire

patient). Les résultats reposent sur les données de la visite d'inclusion concernant les patients ayant changé de voie d'administration. **Résultats.** – Entre juin 2016 et juin 2017, 110 rhumatologues d'activité essentiellement libérale ou mixte ont inclus 421 patients, dont 270 traités par MTX per os. L'âge moyen de ces patients était 59,2 ans ( $\pm 12,6$ ) et l'ancienneté moyenne de leur PR de 6,6 ans ( $\pm 8,1$ ); médiane: 3,0 [0,0; 40,0], le DAS28 (CRP) moyen était 3,9 ( $\pm 0,9$ ). La dose moyenne de MTX était de 15,0 mg/s ( $\pm 4,0$ ); médiane 15,0 [5,0; 25,0]. À l'issue de la consultation d'inclusion, tous les patients passaient au MTX parentéral et la posologie moyenne de MTX passait à 16,3 mg/s ( $\pm 3,8$ ). Dans 62,2 % des cas, la dose de MTX restait inchangée au moment du passage au parentéral, dans 34,1 % des cas, elle était augmentée. La première des motivations de changement mentionnée par les rhumatologues était la non obtention d'une réponse thérapeutique optimale (73,7 %), la deuxième était l'aggravation clinico-biologique de la PR (43,7 %). Le changement était motivé par un problème de tolérance pour seulement 5,9 % des patients. Dans 10,8% des cas, le traitement par MTX s'accompagnait d'une biothérapie. **Conclusion.** – Les résultats de la large étude nationale APRiM révèlent que pour les patients atteints de PR le passage à la voie parentérale de MTX survient en moyenne à la posologie de 15 mg/s et que dans 2/3 des cas la posologie reste inchangée au moment de cette modification. La raison majeure de changement de voie est la non-obtention de l'objectif thérapeutique, les motivations de tolérance étant minoritaires. Les données à 6 mois permettront d'évaluer l'impact de ce changement sur l'adhésion au traitement.

**Conflit d'intérêt.** – RMF étude observationnelle: en qualité de coordinateur de l'étude APRiM sponsorisée par Nordic Pharma; ES et ST étude observationnelle: en qualité de membres du comité scientifique de l'étude APRiM sponsorisée par Nordic Pharma; EZ et HHD employées de Nordic Pharma

PE.Ma-034

### **Tolérance du rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde en pratique courante: étude monocentrique**

F. Martins (1); T. Bejan-Angoulvant (2); A. L'hommas (1); J. Mélet (3); S. Mammou Mraghni (1); G. Thibault (4); P. Goupille (3); D. Mulleman\* (3)

(1) Rhumatologie, CHRU de Tours, Université François-Rabelais de Tours, Tours; (2) Pharmacologie clinique, Université François Rabelais de Tours, CNRS 7292, CHRU de Tours, Tours;

(3) Rhumatologie, Université François Rabelais de Tours, CNRS 7292, CHRU de Tours, Tours; (4) Immunologie, Université François Rabelais de Tours, CNRS 7292, CHRU de Tours, Tours

\*Auteur correspondant: mulleman@univ-tours.fr (D. Mulleman)

**Introduction.** – Les données issues des essais cliniques et du registre AIR-PR\* sont en faveur d'une bonne tolérance du Rituximab dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Peu d'études ont été menées en condition de pratique courante.

**Patients et Méthodes.** – étudier la tolérance du Rituximab au long cours chez les patients issus de la pratique courante sur le long terme et rechercher les facteurs explicatifs de survenue d'événements indésirables, notamment infectieux.

**Résultats.** – L'étude monocentrique a été menée rétrospectivement, sur l'ensemble des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, traités du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 janvier 2015. Pour chaque patient étaient relevées à l'initiation les données démographiques, les caractéristiques de la maladie, les comorbidités et les traitements de fonds associés. Les données biologiques, en particulier le dosage pondéral des immunoglobulines et le phénotypage lymphocytaire B, T et NK, étaient relevées à l'initiation et au cours du suivi. Les événements indésirables étaient classés par catégories selon la System Organ Class et par ordre de gravité selon le Common Terminology Criteria for Adverse Events du National Cancer Institute. L'analyse statistique reposait sur le test de student pour la comparaison de

variables continues et le test du Chi2 ou le test de Fisher pour les variables dichotomiques, selon les effectifs.

**Discussion.** – 94 patients ont reçu un nombre médian de 2 cycles, totalisant 182 patients-années. Le délai médian entre 2 cycles était de 10 mois. Cent vingt événements infectieux sont survenus au cours du suivi, dont seulement 12 graves (scores CTCAE III et IV, aucun décès), avec des incidences respectives de 67 pour 100patients-années (tout infection) et 6,7 pour 100 patients-années (infections graves). 96 % des premiers épisodes infectieux sont survenus au cours des 3 premiers cycles. Au-delà du 3<sup>e</sup> cycle, il s'agissait essentiellement des récurrences. Les facteurs associés au risque d'infection étaient l'indice de masse corporelle, la durée d'évolution de la maladie, la co-médication par Methotrexate, et une concentration faible de gammaglobulines, en particulier d'IgM, à l'initiation du traitement. Les autres événements indésirables étaient dominés par les réactions cliniques observées le plus souvent immédiatement après la perfusion chez 28 patients (30 %) au cours des premiers cycles.

**Conclusion.** – Nous montrons par cette étude une bonne tolérance à long terme du rituximab, sur une population non sélectionnée, issue de la pratique courante. Nous confirmons qu'une concentration faible de gammaglobulines M à l'initiation, est un facteur prédictif du risque infectieux, quel qu'en soit la gravité. Aucun des marqueurs phénotypiques lymphocytaires n'était associé au risque d'infection. Les réactions cliniques aux perfusions sont fréquemment rapportées.

**Conflit d'intérêt.** – DM: Participation au bénéfice de son institution à des essais cliniques industriels: Abbvie, Roche, BMS, Pfizer, UCB et MSD; subvention recherche perçue par son institution: Abbvie en 2004 et Nordic Pharma en 2012; conférences et expertises au bénéfice de son institution: MSD, Novartis, UCB and Pfizer; Invitation à titre personnel à des congrès: MSD, Roche, BMS, Abbvie et Janssen-Cilag

PE.Ma-035

### **Évaluation de l'impact du niveau d'inflammation à l'inclusion, détecté par IRM, sur la réponse au traitement chez des patients atteints de PR précoce, séropositive, naïfs de MTX: résultats issus de l'étude AVERT**

B. Combe\* (1); HA. Ahmad (2); JF. Baker (3); M. Østergaard (4); P. Emery (5); P. Durez (6); J. Ye (7); S. Banerjee (8); P. Conaghan (5)

(1) Service d'Immuno-Rhumatologie, C.H.U. Lapeyronie, Montpellier;

(2) Immunoscience, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis;

(3) Perelman school of medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, États-Unis;

(4) Department de rhumatologie, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Danemark;

(5) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni;

(6) Rhumatologie, Cabinet Médical, Oisquercq, Belgique;

(7) Biostatistiques, Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison;

(8) Tbd, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis

\*Auteur correspondant: b-combe@chu-montpellier.fr (B. Combe)

**Introduction.** – AVERT (Assessing Very Early Rheumatoid arthritis Treatment) est une étude phase IIIb, randomisée, de 24 mois (M) avec une période de traitement en double aveugle de 12M, et comprenait une IRM de contraste de la main dominante et du poignet. L'IRM peut fournir une preuve directe de l'inflammation articulaire, permettant une stratification des données du patient (pt) en fonction du niveau d'inflammation de l'IRM, par exemple faible vs élevé. Cette stratification permettait de prédire la réponse au traitement clinique.

**Patients et Méthodes.** – Dans AVERT, les pts ayant une PR précoce ont reçu abatacept (ABA) + méthotrexate (MTX), ABA en monothérapie ou MTX. Le niveau d'inflammation par IRM a été défini par deux lecteurs à BL et M12. Dans cette analyse post hoc, les pts ont été stratifiés dans des groupes «faibles» et «élevés» fonction du BL IRM.

Faible:  $\leq 3$  pour la synovite,  $\leq 3$  pour l'ostéite et  $\leq 9$  lorsqu'elles sont combinées (ostéite à double pondération); 2 haute:  $> 3$ ,  $> 3$  ou  $> 9$ , respectivement. La proportion de pts atteignant CDAI ( $\leq 2,8$ ), DAS28 (CRP;  $< 2,6$ ), SDAI ( $\leq 3,3$ ) et Boolean (TJC  $\leq 1$ , SJC  $\leq 1$ , CRP  $\leq 1$  mg/dL et évaluation globale de l'activité de la maladie par le pt  $\leq 1$  [échelle de 0 à 10 cm]), la rémission à M12 a été évaluée en fonction du niveau d'inflammation BL à l'IRM et du groupe de traitement.

**Résultats.** – Sur 351 pts randomisés et traités, 337 (96,0 %) avaient des données IRM à BL (ABA + MTX, n = 114, ABA en monothérapie, n = 112, MTX, n = 111). La moyenne à BL (SD) de la synovite, l'ostéite et les scores totaux, respectivement, pour les pts du groupe inflammation faible à l'IRM recevant ABA + MTX vs MTX seul était: 2,6 (2,0) vs 3,1 (2,4), 0,3 (0,6) vs 0,2 (0,5) et 3,1 (2,4) vs 3,5 (2,7); Inflammation élevée à l'IRM: 9,2 (3,6) vs 9,3 (3,6), 10,0 (9,7) contre 10,7 (9,8) et 29,3 (21,3) par rapport à 30,7 (21,3). Les scores BL DAS28 (CRP), CDAI et SDAI, respectivement, pour les pts inflammation faible à l'IRM recevant ABA + MTX vs MTX seul étaient: 5,1 (1,1) vs 5,0 (1,3), 34,0 (14,7) vs 32,1 (15,0) et 39,9 (17,4) vs 43,5 (24,6); Inflammation élevée à l'IRM: 6,2 (1,2) vs 5,6 (1,4), 43,4 (16,2) vs 37,7 (18,1) et 76,9 (44,9) contre 61,1 (35,2). La proportion de pts avec une faible inflammation à BL à l'IRM atteignant la rémission à M12 était similaire quel que soit le traitement. Chez les pts ayant une inflammation élevée à l'IRM, les taux de rémission étaient significativement plus élevés chez les pts traités par ABA + MTX vs MTX

Proportion de Pts en rémission à M12 en fonction du traitement et du niveau d'inflammation à l'IRM\*

Critères de rémission	inflammation faible à l'IRM		Inflammation élevée à l'IRM	
	ABA+MTX (n = 63)	MTX (n = 62)	ABA+MTX (n = 51)	MTX (n = 49)
DAS28 (CRP)				
CDAI	39 (61,9)	31 (50,0)	31 (60,8)†	20 (40,8)
SDAI	24 (38,1)	20 (32,3)	24 (47,1)†	10 (20,4)
Booléen	25 (39,7)	20 (32,3)	23 (45,1)†	8 (16,3)
	22 (34,9)	18 (29,0)	20 (39,2)†	8 (16,3)

Data sont en n (%); \* Faible:  $\leq 3$  pour la synovite,  $\leq 3$  pour l'ostéite et  $\leq 9$  lorsqu'elles sont combinées (ostéite à double pondération); haute:  $> 3$ ,  $> 3$  ou  $> 9$ ; † p < 0,05 vs MTX seul.

**Conclusion.** – Les Pts ayant une inflammation élevée à l'IRM peuvent tirer un meilleur bénéfice de l'abatacept + MTX vs MTX seul. L'inflammation BL à l'IRM est un prédicteur de la réponse clinique au traitement par abatacept dans la PR. L'IRM peut avoir une utilité dans les décisions de traitement au-delà des informations obtenues à partir des évaluations cliniques seules.

**Conflit d'intérêt.** – B.C.: a reçu des honoraires de Abbvie, BMS, Lilly, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, Sanofi, UCB

H. A. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb

J. B.: Aucun conflit d'intérêt déclaré

M. Ø. Subvention pour la recherche: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Janssen, Merck, Speakers bureau: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Celgene, Eli Lilly, Centocor, GSK, Hospira, Janssen, Merck, Mundipharma, Novartis, Novo Nordisk, Orion, Pfizer, Regeneron, Schering-Plough, Roche, Takeda, UCB, Wyeth,

P. E. Subvention pour la recherche: AbbVie, Merck, Pfizer, Roche, Frais de consultation ou toute autre rémunération: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Merck, Pfizer, Roche, Lilly, Novartis, Samsung Bioepis, P. D. Speaker: Bristol-Myers Squibb, Lilly, Janssen, Sanofi, Roche, Pfizer,

J.Y. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb

S.B. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb

P. C. Subvention pour la recherche: Bristol-Myers Squibb, Frais de consultation ou toute autre rémunération: AbbVie, Lilly, Novartis, Pfizer, Speakers: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Roche.

**Références**

- [1] Gandjbakhch F, et al. J Rheumatol 2014;41:398–406.
- [2] Abstract original © par EULAR/BMJ. Présenté pour la première fois à la conférence «EULAR 2017» et publié dans Ann Rheu Dis 2017; 75 (supl. 2), p. 174. Toute reproduction, utilisation commerciale ou éducative doit faire référence à la publication d'origine (ARD/BMJ)

PE.Ma-036

**Maintien thérapeutique d'abatacept à 2 ans en fonction du statut sérologique et de l'IMC à l'inclusion chez des patients atteints de PR en France: analyse à partir de l'étude ACTION, en conditions réelles d'utilisation**

X. Mariette\* (1); R. Alten (2); A. Cantagrel (3); M. Chartier (4); Y. Elbez (5); C. Rauch (6); S. Connolly (7)

- (1) Département de rhumatologie, Université Paris-Sud, Paris;
- (2) Département de médecine interne, rhumatologie, immunologie clinique, ostéologie, École de médecine de l'hôpital Schlosspark-Klinik, Berlin, Allemagne;
- (3) Département de rhumatologie, Hôpital Purpan, Toulouse;
- (4) Medical data operations, Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison;
- (5) Biostatistics, Excelya, Boulogne-Billancourt;
- (6) Medical department, immunosciences, Bristol-Myers Squibb, Munich, Allemagne;
- (7) U.S. medical, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis

\*Auteur correspondant: lindsay.north@caudex.com (X. Mariette)

**Introduction.** – L'étude ACTION (NCT02109666) est une étude observationnelle, internationale conduite chez des patients (pts,  $\geq 18$  ans) atteints de PR modérée à sévère chez qui un traitement par abatacept IV (ABA) a été initié en pratique clinique courante, sur une période de 2 ans. ACTION a montré qu'une double séropositivité FR/anticorps anti-protéine citrullinée (ACPA) mais pas l'IMC, était prédictif du maintien thérapeutique d'ABA IV [1]. Le maintien thérapeutique à 2 ans et les résultats cliniques ont été comparés en fonction du statut sérologique FR/ACPA et de l'IMC à l'inclusion, dans la cohorte de pts français de cette étude.

**Patients et Méthodes.** – Trois périodes d'inclusion ont été réalisées pour l'étude ACTION: mai 2008 – Déc 2010 (naïfs de biologiques ou après échec de biologiques), Sept 2010 – Déc 2013 (naïfs de biologiques) et Oct 2011 – Déc 2013 (après échec de biologiques). Les taux de maintien thérapeutique et les résultats cliniques d'ABA ont été évalués à 2 ans et comparés en fonction du statut sérologique FR/ACPA à l'inclusion et des sous-groupes d'IMC:  $< 25$ ,  $25 - < 30$  et  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. La durée sous traitement avant arrêt de l'ABA a été estimée à l'aide des courbes de Kaplan – Meier et comparée en fonction du statut FR/ACPA et des sous-groupes d'IMC (test du log-rank). La réponse EULAR a été établie à partir des composantes individuelles du DAS28 (VS ou CRP) et les comparaisons inter-groupes par un test exact de Fisher.

**Résultats.** – Au total 2364 pts ont été inclus, dont 456 pts dans la cohorte française. Parmi les 390 pts dont le statut FR/ACPA était connu, 277 (71 %) étaient RF+/ACPA+, 46 (12 %) étaient RF+ ou ACPA+ seulement, et 67 (17 %) étaient RF-/ACPA-. L'IMC était disponible pour 444 pts: 200 (45 %) avait un IMC  $< 25$  kg/m<sup>2</sup>, 142 (32 %)  $25 - < 30$  kg/m<sup>2</sup> et 102 (23 %)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Les taux de maintien thérapeutique (IC95 %) à 2 ans étaient numériquement supérieurs mais non statistiquement supérieurs en cas de simple ou double séropositivité vs séronégativité: RF+/ACPA+: 45,7 % (39,5, 51,8); RF+ ou ACPA+ seulement: 43,8 % (28,3, 58,3); RF-/ACPA-: 39,1 % (26,8, 51,2; p = 0,418) (Figure). L'IMC n'a pas impacté le maintien thérapeutique à 2 ans (IC95 %): IMC  $< 25$  kg/m<sup>2</sup>: 45,5 % (38,1, 52,6);  $25 - < 30$  kg/m<sup>2</sup>: 48,9 % (39,9, 57,2);  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>: 36,3 % (26,7, 46,0; p = 0,147). Parmi les pts toujours sous ABA à 2 ans, il



n'y a pas eu de différence significative sur la réponse EULAR (bonne ou modérée) en fonction de la séropositivité ( $p = 0,306$ ) et l'IMC ( $p = 0,185$ ).

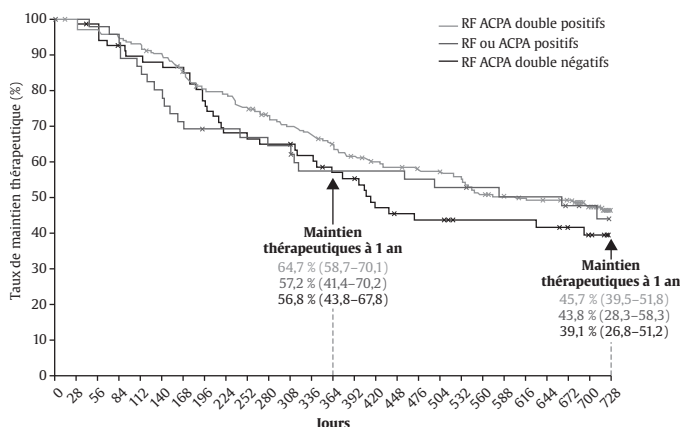


Figure: Maintien thérapeutique dans la cohorte française de l'étude ACTION, suivi à 2ans en fonction du statut sérologique à l'inclusion

**Conclusion.** – Dans cette cohorte française, la séropositivité ACPA/RF à l'inclusion est numériquement associée à un meilleur maintien thérapeutique et à des meilleurs résultats cliniques à 2 ans, mais cette association n'est pas significative contrairement aux résultats globaux de l'étude ACTION [1]. Dans cette analyse, l'IMC à l'inclusion n'est pas associé à un meilleur maintien thérapeutique, de façon similaire aux résultats de l'étude ACTION chez les pts en échec de biologiques [2].

**Conflit d'intérêt.** – S.C.: stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi: Bristol-Myers Squibb.

C. R.: stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi: Bristol-Myers Squibb.

Y.E.: aucun conflit d'intérêt.

M. C.: emploi: Bristol-Myers Squibb.

A. C.: subventions pour la recherche: UCB, Pfizer; frais de consultation ou tout autre rémunération: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Chugai, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche.

R.A.: subventions pour la recherche; bureau des conférenciers: Bristol-Myers Squibb.

X.M.: frais de consultation ou tout autre rémunération: Bristol-Myers Squibb, LFB, Pfizer, GSK, UCB; subventions pour la recherche: Biogen, Pfizer, UCB.

**Références**

[1] Alten R, et al. Ann Rheum Dis 2017;76 (Suppl 2):577–8.

[2] Nüßlein HG, et al. Clin Exp Rheum 2016;34:489–99.

PE.Ma-037

**Éducation thérapeutique chez les patients lombalgiques chroniques au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire**

I. Tavares\* (1); E. Mercier (1)

(1) Médecine Physique, CHU Lapeyronie, Montpellier

\*Auteur correspondant: i-tavaresfigueiredo@chu-montpellier.fr

(I.Tavares)

**Introduction.** – Évaluation d'une prise en charge éducative pour des patients lombalgiques en médecine générale dans le cadre de maison de santé pluriprofessionnelle. Le questionnaire HEIQ est utilisé dans l'évaluation du suivi des pathologies chroniques dans le but d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge éducative du patient sur

les modifications de comportement vis à vis de leur pathologie, sur l'amélioration de leurs capacités d'autogestion.

**Patients et Méthodes.** – 41 patients souffrant de lombalgies chroniques communes ont été recrutés auprès de différents médecins généralistes en milieu rural. 21 patients (12 femmes et 9 hommes, âgés en moyenne de 48,6 ans) ont bénéficié d'une prise en charge éducative spécifique comportant une séance de groupe de deux heures puis à 3 mois et à 6 mois d'un entretien motivationnel individuel. Chacune de ces trois séances (séance de groupe: M0; 1<sup>er</sup> entretien individuel M3; 2<sup>e</sup> entretien individuel M6) comprenait plusieurs auto-questionnaires: l'HEIQ, le DALLAS, le EIFEL ainsi que le FABQ. Le groupe contrôle (20 patients, 9 femmes et 11 hommes, âgés en moyenne de 50,8 ans) bénéficiait d'une prise en charge laissée au libre choix du médecin généraliste et répondait aux différents questionnaires à M0 (visite chez le généraliste), M3 et M6.

**Résultats.** – À 6 mois lors de l'évaluation finale, le score de HEIQ était significativement différent entre les deux groupes avec  $p = 0,025$ , les résultats du FABQ ainsi que ceux du DALLAS également avec  $p = 0,03$  et  $p = 0,018$  respectivement. L'évaluation met également en évidence une réduction de la consommation d'antalgiques, une pratique plus importante d'exercices d'auto rééducation. Concernant le score de EIFEL, les résultats n'ont pas montré de différence significative ( $p = 0,073$ ) entre les deux groupes.

**Conclusion.** – La prise en charge éducative de patients lombalgiques s'avère bénéfique à 6 mois. Celle-ci permet une diminution des peurs et croyances, du retentissement de la lombalgie ainsi qu'une augmentation de la capacité d'autogestion du patient par rapport à une prise en charge classique. Cependant, il serait intéressant d'effectuer un nouveau bilan à un an pour évaluer la pérennité des bénéfices du programme.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-038

**Les facteurs de risque de lombalgie commune chronique chez la population ouvrière**

M. Sellami\* (1); O. Saidane (2); I. Mahmoud (2); A. Ben Tekaya (2); R. Tekaya (2); L. Abdelmoula (2)

(1) Service de rhumatologie hôpital Charles Nicolle de Tunis, Ministère de la santé, Tunis, Tunisie; (2) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

**Introduction.** – La lombalgie commune chronique est fréquente en milieu professionnel technique, notamment chez les ouvriers journaliers. Leur origine est le plus souvent multifactorielle avec un impact socioéconomique considérable. Notre objectif était de déterminer les facteurs de risques des lombalgies communes chroniques chez les ouvriers journaliers, leur répercussion socioprofessionnelle, ainsi que la part des contraintes biomécaniques, physiques et psychosociales dans leur survenue.

**Patients et Méthodes.** – Étude transversale monocentrique menée sur deux mois, incluant des patients suivis à la consultation externe de rhumatologie pour lombalgie commune et actifs professionnellement. L'étude a été basée sur un questionnaire multidisciplinaire, un examen physique complet, et un bilan complémentaire (biologique et radiologique).

**Résultats.** – Il s'agit d'une population exclusivement masculine constituée de 38 ouvriers journaliers (dans le domaine de l'agricole et le bâtiment), âgés en moyenne de 48,4 ans. L'ancienneté au travail, supérieure à 10 ans, était notée chez 25 patients (66 %). La majorité avait un excès pondéral soit 85 %. Des mauvaises conditions socioéconomiques étaient rapportées chez 18 patients (47%). Le bilan radiologique a objectivé une discopathie dégénérative dans 23 cas (61 %), une arthrose interapophysaire postérieure isolée dans 8 cas (21 %), un spondylolisthésis dans 1 cas (3 %) et un canal lombaire étroit dans 6 cas (15 %). Une arthrose associée extra rachidienne était notée dans 18 % des cas. Ces lombalgies étaient

responsables d'arrêts du travail dont la moyenne était estimée à 16 jours par an. Les facteurs liés aux conditions de travail tels que la position debout prolongée pendant plus de 8 heures/jour sans respecter le temps de pause, longues périodes de manutention, une durée prolongée de port de charge lourde (> 6 heures/jour), le froid et la chaleur et l'exposition aux vibrations continues, étaient identifiés comme les principaux facteurs de risque des lombalgies (Tableau 1). Près de la moitié des ouvriers (47 %) était exposé à une forte sollicitation psychologique en disposant d'une faible latitude décisionnelle pour y faire face. Les facteurs psychosociaux et économiques (conflits familiaux, absence d'indemnisation, mauvaises conditions socioéconomiques, faible revenu et l'absence de couverture sociale) ainsi que les comorbidités (diabète, hypertension artérielle, insuffisance coronarienne) et le tabagisme semblent aussi constituer, dans un 2<sup>e</sup> plan, des facteurs de risque des lombalgies chroniques (Tableau 1).

**Tableau 1** Facteurs de risques de lombalgies communes chroniques chez les ouvriers

Facteurs de risque	Odds Ratio	p
Position debout prolongée	4,42	0,001
Manutention prolongée	2,97	0,003
Port de charge lourde	5,36	0,001
Froid et la chaleur	2,51	0,003
Vibrations continues	3,01	0,002
Facteurs psychosociaux et économiques	2,95	0,002
Comorbidités	1,95	0,03
Tabagisme	1,75	0,03

**Conclusion.** – Nos ouvriers sont particulièrement exposés aux lombalgies communes chroniques. La plupart des facteurs de risque auxquels ils sont exposés quotidiennement peuvent être modifiés. Des mesures de prévention techniques associées à une hygiène de vie sont à adopter en prévention primaire pour éviter le passage à la chronicité des lombalgies.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-039

### Rôle des facteurs professionnels dans l'entretien de la chronicité des lombalgies communes

O. Saidane (1); M. Sellami\* (2); R. Tekaya (1); A. Ben Tekaya (1); I. Mahmoud (1); L. Abdelmoula (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie;

(2) Rhumatologie, Hopital Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

**Introduction.** – En milieu professionnel, plusieurs facteurs peuvent déclencher et entretenir les lombalgies, qui à leur tour auront des conséquences graves en matière d'absentéisme et de maintien de l'activité professionnelle. Notre objectif était d'étudier la relation entre les principaux facteurs de risque professionnels et le maintien de la chronicité des lombalgies chez nos patients suivis en consultation externe de rhumatologie pour lombalgie commune

**Patients et Méthodes.** – Notre étude est une enquête transversale monocentrique menée sur deux mois, portant sur des cas de lombalgie commune chez des patients actifs professionnellement. L'étude a été basée sur un questionnaire multidisciplinaire, un examen physique complet, et un bilan complémentaire (biologique et radiologique).

**Résultats.** – Nos patients ont été répartis en 42 hommes et 10 femmes, d'âge moyen de 54 ans [26-72 ans]. Trente huit patients étaient des ouvriers journaliers (dans le domaine de l'agricole et le bâtiment), 5 patients étaient des cadres salariés, 4 étaient des pro-

fessionnels de la santé, 2 étaient instituteurs et 3 étaient des conducteurs d'engins. La majorité des patients (87 %) vivait en milieu urbain, avec de bonnes conditions socioéconomiques dans 17 cas (33 %). Vingt-deux patients (42 %) avaient une affiliation à la caisse nationale d'assurance maladie et 25 patients avaient une assistance médicale gratuite. La moyenne d'indice de masse corporelle était à 29,6 kg/m<sup>2</sup>. Il s'agissait d'une discopathie dégénérative dans 32 cas (62 %), d'une arthrose interapophysaire postérieure isolée dans 12 cas (23 %), d'un spondylolisthésis dans 4 cas (8 %) et d'un canal lombaire étroit dans 4 cas (7 %). Dans 55 % des cas, la moyenne du délai de consultation était de 18 mois. La douleur avait une intensité moyenne à 5,5/10. Les facteurs de risque professionnels significativement associés au maintien de la chronicité des lombalgies étaient: une faible qualification professionnelle (OR = 5,12, p=0,002), une mauvaise posture au travail (OR = 2,97, p = 0,01), l'absence de poste aménagé (OR = 2,84, p = 0,01) et l'insatisfaction au travail (OR = 1,53, p = 0,04) (Tableau 1).

**Tableau 1** Facteurs de risque professionnels et maintien de la lombalgie commune

Facteurs de risque	Odds Ratio	p
Insatisfaction au travail	1,53	0,04
Absence d'indemnisation	0,84	0,21
Arrêt de travail > 8 jours	1,00	0,07
Mauvaise posture au travail	2,97	0,01
Durée de port des charges	1,10	0,07
Absence de poste aménagé	2,84	0,01
Faible qualification professionnelle	5,12	0,002
Inadéquation du salaire	0,35	0,42

**Conclusion.** – Notre étude a conclu qu'une faible qualification professionnelle, une mauvaise posture au travail, l'absence de poste aménagé et l'insatisfaction au travail étaient des facteurs déterminants dans le maintien de la chronicité des lombalgies communes. D'où la nécessité d'une prise en charge globale et d'une adaptation professionnelle en collaboration avec les médecins du travail pour la prise en charge de cette pathologie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-040

### Effet à 2 ans d'un programme de restauration fonctionnelle sur les paramètres psychologiques du lombalgie chronique

R. Maaoui (1); S. Zrida\* (1); I. Ksibi (1); M. Eya (1); H. Rahali (1)  
(1) Médecine physique et réadaptation fonctionnelle, Hopital Militaire, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: sonia.zrida@gmail.com (S. Zrida)

**Introduction.** – La restauration fonctionnelle, encore appelée reconconditionnement à l'effort, a été développée aux années quatre-vingt par Tom Mayer et son équipe qui ont décrit pour la première fois l'idée d'un syndrome de déconditionnement chez les patients présentant une lombalgie chronique invalidante. Ce syndrome comprend entre autres une composante psychique sur laquelle il est important d'agir. Le but de notre travail est de montrer l'effet à moyen terme (2 ans) d'un programme de restauration fonctionnelle sur les paramètres psychologiques à savoir la dépression et l'anxiété.

**Matériels et méthodes.** – Etude prospective portant sur des patients adultes actifs souffrant de lombalgie chronique adressés au service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle à l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis pour prise en charge rééducative, ayant participé au programme de réadaptation à l'effort durant les mois de mars et avril 2009. Le retentisse-

ment psychologique est évalué par l'échelle **HAD** (Hospital Anxiety and Depression scale) afin de dépister les manifestations psychologiques les plus courantes: l'anxiété et la dépression et leur sévérité.

**Résultats.** – Notre étude a inclus 30 patients souffrant de lombalgie. La comparaison des moyennes de l'échelle HAD de l'anxiété et la dépression a trouvé une amélioration significative à la fin du programme ( $p = 0,01$  pour les deux échelles). Par contre, les résultats à 2 ans ont conclu à une perte du bénéfice ( $p = 0,168$ ) pour la sous échelle de l'anxiété et ( $p = 0,155$ ) pour la sous échelle de la dépression.

**Conclusion.** – L'exercice physique trouve une place de choix dans la prise en charge de la lombalgie. Il a une action activatrice et dynamisante en agissant sur les sphères psychiques et sociales; il n'a aucun effet secondaire et il permet d'améliorer les performances des patients et d'agir sur le déconditionnement à l'effort. La restauration fonctionnelle permet d'améliorer ces paramètres avec un fléchissement à deux ans des résultats qui restent cependant significativement meilleurs que les résultats préprogramme.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-041

### **Retentissement de la lombalgie chronique et de la lombosciatique sur la vie sexuelle**

H. Hachfi\* (1); I. Haddada (1); H. Mouanaa (1); M. Brahem (1); S. Ben Hamouda (1); M. Younes (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar de Mahdia, Mahdia, Tunisie

\*Auteur correspondant: haifahachfi@hotmail.com (H. Hachfi)

**Introduction.** – Les troubles sexuels rencontrés au cours de la lombalgie et de la lombosciatique (LS) sont multifactoriels et souvent plus gênants que la pathologie elle-même. Le but de notre travail est d'évaluer les conséquences sur la sexualité de la lombalgie et de la LS.

**Patients et Méthodes.** – Étude transversale portant sur 152 patients, colligés au Service de Rhumatologie du CHU Tahar Sfar de Mahdia, suivis pour une lombalgie et LS commune d'évolution chronique (>3 mois). Pour chaque patient, nous avons évalué la qualité de vie et du sommeil. La satisfaction sexuelle du lombalgique a été évalué par le quotient sexuel.

**Résultats.** – Il s'agit de 59 hommes (38,8 %) et 93 femmes (61,2 %) avec un âge moyen de  $53,7 \pm 11,3$ ans. Une obésité ( $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) était notée dans 45,4 % des cas. La valeur moyenne de l'EVA douleur était 46,5 mm [10-90]. Cinquante un patients consultaient pour une lombalgie (33,6 %), 53 patients avaient une LS de trajet S1 (34,9 %) alors que les autres avaient une LS de trajet L5. La moyenne du score de Québec était de 44 [32-57,7]. Le score moyen du HAQ était de 1,19 [1,25-1,62]. Le score moyen global du SF-36 était de 39,1 % [27,7-49,5]. Le score composite physique était de 31,8 % [21,7-42,7] et le score composite mental était de 45 % [2,8-59,7]. Selon le HAD, 25,7 % des patients avaient une symptomatologie dépressive certaine (score  $\geq 11$ ) et 37,5 % avaient une anxiété. Des troubles du sommeil ont été objectivés chez 42,8 % des patients selon le score d'Epworth. Le score moyen du quotient sexuel était de 43,7 [0-69,4] sachant que 5 lombalgiques chroniques ont refusé de répondre au questionnaire alors que 52 patients (34,2 %) n'étaient pas sexuellement actifs. La vie sexuelle de nos patients était estimée très épanouie dans 21 cas (13,8 %), vie sexuelle satisfaisante (19,1 %), moyenne (19,1 %), décevante (8,6 %) et catastrophique (2 % des cas). L'étude analytique a objectivé une association significative entre le quotient sexuel et l'âge ( $p < 0,001$ ), les troubles dépressifs ( $p=0,029$ ) et anxieux ( $p = 0,03$ ), la qualité de vie évaluée par le HAQ ( $p=0,007$ ) et la composante physique du SF-36 ( $p = 0,002$ ). Aucune association significative n'a été démontrée avec les autres facteurs étudiés.

**Conclusion.** – Il existe une forte prévalence des difficultés sexuelles chez les patients souffrant de lombalgie chronique et LS. Ces

troubles ne sont pas simplement liées à l'humeur ou à l'incapacité fonctionnelle ce qui requiert une prise en charge multidisciplinaire. *Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-042

### **Quelle incidence de la lombalgie commune chez les chirurgiens tunisiens?**

A. Tekaya (1); L. Rouached\* (1); R. Tekaya (1); HM. Ben (2);

O.Saidane (1); I. Mahmoud (1); L. Abdelmoula (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie; (2) Chirurgie vasculaire, Hôpital la Rabta, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: leila\_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

**Introduction.** – La lombalgie commune constitue un problème de santé publique par sa fréquence et ses conséquences en milieu professionnel. Outre les facteurs de risque généraux, les chirurgiens sont exposés à des contraintes rachidiennes lourdes (mauvaises positions de travail, statiques et prolongées, l'absence de réglage de la hauteur opératoire, les instruments non ergonomiques...)

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de la lombalgie commune chez les chirurgiens tunisiens et l'identification de facteurs de passage à la chronicité.

**Patients et Méthodes.** – Nous avons mené une étude transversale, sur une période de un mois, basée sur un questionnaire crée sur le site ([www.sondageonline.com](http://www.sondageonline.com)) et envoyé par Email. Les données socio-démographiques, professionnelles et cliniques liées à la lombalgie étaient recueillies. Les explorations ainsi que les traitements reçus ont été renseignés. Seulement les candidats ayant une lombalgie pouvaient terminer le sondage.

**Résultats.** – Cent deux chirurgiens avaient participé au sondage, avec une nette prédominance masculine (sex-ratio: 4,6). La répartition d'intervalle d'âge de notre population était: 29,4 % inférieur à 29ans, 59,8 % (30-39 ans), 9,8 % (40-49 ans) et 1 candidat avait plus que 50 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 25,7kg/m<sup>2</sup> [18,5-37,2]. Les spécialités étaient réparties comme suit: chirurgie générale (25 %), orthopédie (21,6 %), gynécologie (17,6 %), urologie (7,8%), ophtalmologie (5,9 %) et neurochirurgie (5,9 %), ORL, chirurgie plastique et maxillo-faciale (6,9 %), chirurgie thoracique et cardiovasculaire (4,9 %), chirurgie carcinologique (2,9 %), et chirurgie pédiatrique (1 %). Le nombre moyen d'heures en activité par jour était de 6 heures [3-10]; et le nombre moyen de gardes effectuées par mois était de 6 [0-10].

La prévalence de la lombalgie était de 69,6 % dont 83,8 % étaient des hommes. La lombalgie était chronique (durée > 3 mois) dans 29,6 % des cas. La durée < 1mois dans 56,9 % des cas et entre (1-3mois) dans 13,9 % des cas. L'échelle visuelle analogique (EVA) douleur moyenne était de 39 mm [9-80]. La notion de facteur déclenchant a été retrouvée dans 29,6 % des cas (le port de charge lourde: 42 %). Des radicalgies et des douleurs neuropathiques ont été mentionnées dans 26,8 %, chacune. Seulement, deux participants avaient rapporté des claudications.

Les explorations radiologiques étaient effectuées par 22chirurgiens: une radiographie standard (n = 15), une tomodensitométrie lombaire (n = 7) et une imagerie par résonance magnétique (IRM) (n=8) cas. L'arrêt de travail avec repos strict au moins un jour était rapporté par 15,4 % des participants. Les chirurgiens avaient déclaré une répercussion de leur lombalgie sur leur endurance au travail et sur leur vie personnelle dans 41,5 % et 24,6 % des cas, respectivement.

Sur le plan thérapeutique, 59 participants avaient reçus un traitement symptomatique: un antalgique palier 1 (15,4 %), un antalgique palier 2 (35,4 %), un anti-inflammatoire non stéroïdien (53,8 %), un myorelaxant (52,3 %) et une corticothérapie par voie générale (3,1%). Le traitement physique a été prescrit: une kinésithérapie (13,8%), une ceinture de soutien lombaire (13,8 %) et un lombostat rigide (3,1%).



Nous avons identifiés deux facteurs associés au passage à la chronicité: la prise de traitement médical ( $p = 0,04$ ) et la réalisation d'une IRM ( $p = 0,03$ ).

**Conclusion.** – Notre étude a montré que la prévalence de la lombalgie chez les chirurgiens tunisiens était importante. Des mesures de prévention d'un point de vue ergonomique seraient alors nécessaires.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-043

### Évaluation des lombalgies chez les chirurgiens tunisiens par l'échelle de Québec et le Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

L. Rouached\* (1); A. Tekaya (1); R. Tekaya (1); HM. Ben (2);

O.Saidane (1); I. Mahmoud (1); L. Abdelmoula (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie; (2) Chirurgie vasculaire, Hôpital la Rabta, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: leila\_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

**Introduction.** – La lombalgie commune représente une pathologie fréquente touchant les deux sexes et la plupart des tranches d'âge. Elle entraîne des coûts directs et indirects importants, tant pour les patients que pour le monde du travail et pour la société. En Tunisie, elle considérée comme une maladie professionnelle.

Notre étude vise à évaluer chez les chirurgiens tunisiens, l'incapacité fonctionnelle liée à la lombalgie et les peurs et croyances des lombalgiques.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale, sur une période de un mois, basée sur un questionnaire crée sur le site ([www.sondageonline.com](http://www.sondageonline.com)) et envoyé par Email. Les données socio-démographiques, professionnelles et cliniques liées à la lombalgie étaient recueillis. L'échelle de Québec était utilisée pour évaluer l'incapacité fonctionnelle liée à la lombalgie. Nous avons opté pour le questionnaire Fear Avoidance Belief Questionnaire à propos du travail (FABQ1) et à propos de l'activité physique (FABQ2) pour évaluer les peurs et croyances des lombalgiques.

**Résultats.** – Il s'agissait de 75 chirurgiens, avec une nette prédominance masculine (sex-ratio: 4,7). La répartition d'intervalle d'âge de notre population était: 28,9 % inférieur à 29 ans, 63,2 % entre 30 et 39 ans, 6,6 % entre 40 et 49 ans et 1,3 % plus que 50 ans. Les spécialités étaient réparties comme suit: chirurgie générale (28,9 %), orthopédie (21,1 %), gynécologie (14,5 %), urologie (9,2 %), ophtalmologie (5,3 %) et neurochirurgie (6,6 %), ORL, chirurgie plastique (5,2 %), chirurgie thoracique et cardiovasculaire (5,2 %), 2,6 % (carcinologie), et 1,3 % (pédiatrique). Le tabagisme était noté chez 38,2 % des cas. Le nombre moyen d'heures en activité par jour était de 6 heures [3-10]; et le nombre moyen de gardes effectuées par mois était de 6 [0-10]. Par ailleurs, 28 candidats (40,3 %) avaient une activité sportive.

La lombalgie était chronique (durée > 3 mois) dans 29,6 % des cas. La durée < 1 mois dans 56,9 % des cas et entre (1-3 mois) dans 13,9 % des cas. L'échelle visuelle analogique (EVA) douleur moyenne était de 39 mm [9-80]. La notion de facteur déclenchant a été retrouvée dans 29,6 % des cas. L'arrêt de travail avec repos strict au moins un jour était rapporté par 15,4 % des participants. Les chirurgiens avaient déclaré une répercussion de leur lombalgie sur leur endurance au travail et sur leur vie personnelle dans 41,5 % et 24,6 % des cas, respectivement.

Par ailleurs, l'évaluation de l'incapacité fonctionnelle par l'échelle de Québec a montré qu'il y avait pas de difficulté à la position de repos, assise, à la mobilité du corps et au déplacement de charge, et qu'il y avait une difficulté modérée à la locomotion, au penchement et au port des objets. Le score d'évaluation individuelle face à la douleur: Fear Avoidance Belief Questionnaire FABQ1 était en moyenne était élevé à 21,3 sachant que FABQ est élevé si (> 14) et le FABQ2 étaient en moyenne de 12,9 donc faible.

**Conclusion.** – Notre étude a conclu à l'importance des peurs et croyances par rapport au travail (FABQ1) et que l'incapacité fonctionnelle liée à la lombalgie se manifestait essentiellement à la locomotion, au port d'objet et au penchement.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-044

### Compression médullaire par une pseudotumeur rétro-odontoïdienne compliquant une maladie de Forestier: à propos d'un cas

D. Leguy\* (1); R. Desbarbieux (1); J. Paccou (1); RM. Flipo (2)

(1) Rhumatologie, CHRU Lille, Lille; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U. Hôpital Roger Salengro, Lille

\*Auteur correspondant: diane.leguy@gmail.com (D. Leguy)

**Introduction.** – La maladie de Forestier ou hyperostose squelettique diffuse idiopathique (DISH) correspond à une ossification et à une calcification progressive ligamentaire et enthésitique, intéressant principalement le rachis. Souvent asymptomatique, la découverte est généralement fortuite. Lorsqu'elle est symptomatique, les patients rapportent des cervicalgies, une raideur rachidienne ou une dysphagie. Les complications neurologiques y sont exceptionnelles. Nous rapportons le cas d'une compression médullaire par une pseudo-tumeur rétro-odontoïdienne compliquant une maladie de Forestier.

**Observation.** – Un patient de 78 ans aux antécédents vasculaires était hospitalisé pour des troubles de la marche avec apparition progressive d'une tétraparésie. À l'examen, il existait un déficit moteur à 3+/5 au niveau du membre supérieur gauche avec une impression de main maladroite et 4/5 au membre inférieur droit, ainsi qu'une hypopallesthésie des quatre membres prédominant au membre supérieur droit. À noter que le patient présentait des cervicalgies chroniques d'horaires mécaniques évoluant depuis de nombreuses années. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les explorations neurophysiologiques réalisées antérieurement à l'hospitalisation s'avéraient non contributives. L'IRM du rachis cervical retrouvait une compression médullaire par une pseudo tumeur rétro-odontoïdienne et une hyperostose cervicale antérieure de C2 à C5 et de C7 à T1, s'intégrant dans le cadre d'une maladie de Forestier. Il n'y avait pas de luxation rotatoire C1-C2 au scanner du rachis cervical. L'ensemble des explorations réalisées ne retrouvait pas d'argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou microcristallin, avec notamment, un TEP-scanner sans fixation au niveau de la masse rétro-odontoïdienne. On retrouvait néanmoins, sur les radiographies, une hyperostose diffuse avec des enthésophytes des petits trochanters, patellaire, des tubérosités tibiales antérieures et des insertions calcanéennes, en rapport avec la maladie de Forestier. Une décompression médullaire indirecte par laminectomie occipito-cervicale C0-C1-C2 par voie postérieure sans arthrodèse a été réalisée.

**Discussion.** – Peu de cas de compression médullaire ont été décrits dans la maladie de Forestier, parmi lesquels nous retrouvons des subluxations C1-C2, des spondylolisthésis, mais aussi la formation d'une pseudo-tumeur rétro-odontoïdienne. Pour cette dernière, il existe, dans la littérature, de rares cas. Les prises en charge chirurgicales différaient avec une décompression médullaire directe ou indirecte, par voie trans-orale ou postérieure, avec ou sans arthrodèse, mais les résultats étaient similaires avec une récupération neurologique progressive.

**Conclusion.** – Le mécanisme physiopathologique reste incomplètement élucidé. L'hyperostose favoriserait un report des charges avec un stress mécanique sur les segments sains sus et sous-jacents, amenant à la formation progressive d'une pseudo-tumeur rétro-odontoïdienne à l'origine d'une compression médullaire.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-045

### Ostéoporose et maladie de Parkinson

FZ. Haddani\* (1); H. Hassikou (1); J. Essouiri (2); Y. Tarik (1); T. Fatima (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital militaire Moulay Ismail Meknes, Meknès, Maroc; (2) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, Fès, Maroc

\*Auteur correspondant: haddanifatima76@gmail.com (FZ. Haddani)

**Introduction.** – La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. Elle peut se compliquer de troubles musculo-squelettiques tels que les fractures ostéoporotiques, aux conséquences socio-économiques majeures. Elle est reconnue actuellement comme cause d'ostéoporose secondaire. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque d'ostéoporose au cours de la maladie de Parkinson, préciser les facteurs de chutes et l'incidence des fractures et les facteurs de risque de fracture en dehors de chutes.

**Matériels et méthodes.** – 30 malades parkinsoniens (23 hommes, 7 femmes) et 30 témoins appariés pour l'âge et le sexe ont été recrutés. Ils ont été explorés sur le plan clinique, biologique, radiologique, et densitométrique par DEXA.

**Résultats.** – L'âge moyen des patients était de  $66,4 \pm 9,7$  ans [44-87]. La durée moyenne d'évolution était de  $7,7 \pm 7,6$  ans [1-40]. 8 malades avaient une ostéoporose au rachis lombaire (26,67 %) versus 3 témoins et 2 au col fémoral versus aucun témoin. L'ostéodensitométrie des patients au col fémoral était significativement plus basse que les témoins ( $p = 0,004$ ). L'ostéodensitométrie des malades était corrélée de façon très significative et négativement avec l'âge, l'âge de début de la maladie et la parathormone. Dans notre étude, les patients classés comme chuteurs représentaient 33,33 %. Ils avaient une durée d'évolution plus longue et un stade plus sévère de la maladie par rapport aux non chuteurs.

Dans notre étude, aussi bien que dans la littérature, les malades parkinsoniens constituent une population à risque pour deux facteurs fortement liés aux fractures: la baisse de l'ostéodensitométrie et les chutes récurrentes. Les radiographies du rachis dorsal et lombaire réalisés chez nos patients ont objectivé des fractures vertébrales chez 6 patients (20 %) intéressant le rachis lombaire siège d'ostéoporose. Par contre nous n'avons pas noté de fractures du col fémoral.

**Discussion.** – L'association entre maladie de Parkinson et ostéodensitométrie basse est connue et peu documentée.

Les malades parkinsoniens constituent une population à risque élevé de fracture notamment en raison des chutes récurrentes. Les fractures au cours de la maladie de Parkinson sont liées à des facteurs communs d'ostéoporose et propre à la maladie: stade évolué de la maladie, Indice de masse corporelle bas, la diminution de l'exposition solaire, et le faible taux de vit D avec hyperparathyroïdie secondaire mais peu aussi dépendre de mécanismes indirects tels: hypokinésie, les troubles de la marche, les troubles de l'alimentation. Les fractures dans la maladie de Parkinson semblent plus fréquentes que dans la population générale. Elles concernent les fractures du col de fémur essentiellement (5 fois plus fréquente dans la maladie de Parkinson que dans la population générale).

**Conclusion.** – L'ostéoporose et ses complications fracturaires notamment extrémité supérieure du fémur, résultant du risque important de chute, sont fréquentes au cours de la maladie de Parkinson. Ces constatations sont en faveur de recommandations visant à contrôler régulièrement l'ostéodensitométrie et les facteurs de risque de fracture chez les malades parkinsoniens.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-046

### Évaluation de la densité minérale osseuse et du risque fracturaire dans les maladies inflammatoires de l'intestin: revue systématique de la littérature et méta-analyse

P. Szafors\* (1); T. Barnette (2); C. Lukas (1); J. Morel (1); C. Gaujoux-Viala (3); B. Combe (1); H. Che (1)

(1) Service d'immuno-rhumatologie, C.H.U. Lapeyronie, Montpellier; (2) Rhumatologie, CHU Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (3) Rhumatologie, CHRU de Nîmes, Nîmes

\*Auteur correspondant: szafors@yahoo.fr (P. Szafors)

**Introduction.** – Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) telles que la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) sont associées à une baisse de la densité minérale osseuse (DMO) par rapport à la population générale. Cependant, l'impact de ces maladies sur la survenue des fractures reste inconnu et varie en fonction de différentes études. Notre objectif était d'évaluer le risque de fractures, et dans un deuxième temps, d'évaluer la DMO chez les adultes atteints de MICI comparés à la population générale.

**Matériels et méthodes.** – Une analyse systématique de la littérature a été réalisée jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2017 via les bases de données MEDLINE (via PUBMED), EMBASE, the Cochrane Library et les abstracts des congrès internationaux EULAR, ACR et ASBMR (2014-2016). Les données issues de cohortes contrôlées ont été recueillies si elles rapportaient l'incidence ou la prévalence des fractures et/ou la mesure de la DMO par absorptiométrie biphotonique aux rayons X (DEXA) chez les patients avec MICI comparés à des contrôles sains. Les données ont été extraites par deux investigateurs indépendants. Une méta-analyse a été menée avec le logiciel RevMan 5.3 (Cochrane Collaboration). La méthode de la variance inversée a été utilisée pour obtenir les odds-ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance (IC) à 95 %, présentés sous forme de forest plots.

**Résultats.** – 1165 articles ont été identifiés, dont 25 qui présentaient les critères d'inclusion. Neuf études concernaient le risque fracturaire et rapportaient 2065 fractures parmi 42615 patients avec MICI et 4825 fractures chez 203240 contrôles. Le risque global, toutes fractures confondues, est retrouvé augmenté chez les patients avec MICI avec un OR à 1,50 (IC 1,10- 2,05;  $p = 0,01$ ). Ce risque fracturaire est particulièrement augmenté pour les fractures vertébrales avec un OR poolé à 2,26 (CI 1,04-4,90;  $p < 0,001$ ). Il n'y a pas de changement significatif concernant les fractures du poignet, de la hanche ou de l'humérus.

L'analyse des 17 études s'intéressant à la DMO montre une baisse significative de la DMO et des Z-scores sur les 3 sites de mesure. La différence moyenne de la DMO à la tête fémorale est de -0,05 (IC -0,08 à -0,02;  $p = 0,001$ ) et de Z-score à -0,48 (IC -0,64 à -0,33;  $p < 0,00001$ ). Ces valeurs sont respectivement -0,08 (IC -0,11 à -0,05;  $p < 0,00001$ ) et -1,01 (IC -1,52 à -0,50;  $p = 0,07$ ) au fémur total, et -0,06 (IC -0,10 à -0,03;  $p = 0,0003$ ) et -0,51 (IC -0,68 à -0,34;  $p < 0,0001$ ) aux vertèbres lombaires.

**Conclusion.** – Les résultats de notre méta-analyse confirment une augmentation du risque de fractures, en particulier vertébrales, chez les patients atteints de MICI, ainsi qu'une baisse de la DMO au niveau des trois sites habituels. Ceci suggère la nécessité d'un suivi rapproché de ces patients ainsi que de la mise en place des mesures préventives sur le plan osseux.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-047

### Impact de la chirurgie bariatrique sur la densité minérale osseuse: étude observationnelle de 110 patients suivis dans un centre spécialisé pour le traitement de l'obésité en France

M. Geoffroy\* (1); I. Lambrecht (1); J. Chrusciel (2); I. Gaubil-Kaladjian (3); A. Diaz-Cives (4); JP. Eschard (1); JH. Salmon (1)  
 (1) Service de rhumatologie, CHU de Reims – Hôpital Maison Blanche, Reims; (2) Service de recherche clinique, Hopital Robert Debré, Reims; (3) Service d'endocrinologie et nutrition, Hopital Robert Debré, Reims; (4) Service de chirurgie digestive, CHU de Reims – Hôpital Robert-Debré, Reims

\*Auteur correspondant: mgeoffroy@chu-reims.fr (M. Geoffroy)

**Introduction.** – La chirurgie bariatrique est la technique de référence dans la prise en charge de l'obésité sévère. Des études ont été réalisées afin de connaître l'impact osseux de la chirurgie bariatrique; elles sont parfois contradictoires et sont essentiellement basées sur le pourcentage de variation de la densité minérale osseuse (DMO) avant et après chirurgie.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'incidence d'une perte osseuse significative (supérieure à la plus petite variation significative soit - 0,03 g/cm), à 6 et 12 mois d'une chirurgie bariatrique. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la prévalence et l'incidence de l'ostéoporose, la survenue de fractures chez les patients traités par chirurgie bariatrique ainsi que de rechercher les facteurs associés à une diminution significative de la DMO.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, réalisée dans un centre spécialisé pour le traitement de l'obésité entre janvier 2013 et décembre 2015. Les mesures de la DMO surfacique ont été obtenues par absorptiométrie biphotonique aux rayons X (DEXA). Le critère d'évaluation principal était la variation de la masse osseuse mesurée au rachis lombaire, au col fémoral et à la hanche. Une diminution de la masse osseuse > -0,03 g/cm était considérée comme significative.

**Résultats.** – Un total de 110 patients (82 femmes) avec une moyenne d'âge de 44 ± 9,9 ans ont été inclus. Soixante-quinze sleeves et 35 by-pass-gastriques ont été réalisés. Une réduction significative de la DMO a été observée dans 63,4 % des patients à 6 mois, et à 73,9 % à 12 mois après la chirurgie. Aucun cas d'ostéoporose n'a été observé. Il y avait 4 cas d'ostéopénie et une fracture post-chirurgie.

La perte de DMO était liée en analyse univariée à la réduction de l'indice de masse corporelle (IMC) ( $p < 0,01$ ), à la perte de poids ( $p < 0,01$ ), à la perte de masse grasse ( $p < 0,01$ ) et de masse maigre ( $p < 0,01$ ). L'analyse multivariée a révélé une association significative entre la réduction de la DMO et le pourcentage d'excès de perte de poids (odds ratio 1,11, intervalle de confiance de 95 % (1,05-1,18),  $p < 0,001$ ).

**Conclusion.** – Cette étude a montré une diminution significative (> -0,03 g/cm) de la DMO à 6 mois après la chirurgie chez plus de 60% des patients opérés d'une chirurgie bariatrique. La perte de DMO est persistante dans le temps et est principalement située au niveau du fémoral. La réduction de la DMO est fortement associée à la réduction pondérale.

Une supplémentation vitamino-calcique systématique et un suivi par DEXA en pré et post-opératoire de façon annuelle jusqu'à stabilisation pondérale puis tous les 3 à 5 ans apparaît souhaitable.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-048

### Profil épidémiologique des patients au sein de la «Filière Fracture» du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

A. Portier\* (1); C. Villoutreix (1); K. Camaret (1); O. Ganansia (2); G.Rajzbaum (1)  
 (1) Service de rhumatologie, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris; (2) Service des urgences, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris

\*Auteur correspondant: agnesdanre@hotmail.com (A. Portier)

**Introduction.** – La Filière Fracture (FF) du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph (GHPSJ) a été créée en décembre 2015 pour améliorer la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire. Les patients de 45 à 95ans consultant aux urgences pour une fracture ostéoporotique sont recensés par une infirmière dédiée et leur prise en charge pour l'ostéoporose est monitorée. L'objectif de ce travail est d'établir un état des lieux de l'ostéoporose fracturaire, via les données de notre filière.

**Patients et Méthodes.** – Étude observationnelle monocentrique portant sur les données des patients inclus dans notre FF depuis sa création. Le GHPSJ draine le bassin de population 75,3 de la région parisienne. Les données recueillies étaient: fréquence des fractures ostéoporotiques, caractéristiques de la population fracturée, type de fractures, particularités des fractures chez les patients déments de la filière. Les analyses étaient exprimées en valeurs absolues/ pourcentages, et en moyennes.

**Résultats.** – Du 6/12/2015 au 23/07/2017, 1191 patients ont été recensés dans la FF. L'âge moyen était de 76,3 ans, avec une majorité de femmes (78,3 %). Concernant le site fracturaire, les fractures vertébrales étaient les plus fréquentes (22,4 %), suivies des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (19,1 %), puis des fractures du poignet (18,8 %), et des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (12,9 %). Les fractures du bassin représentaient 5,2 % des fractures. Les fractures étaient classées sévères (selon les critères nationaux) chez 54,5 % des patients, soit chez 54,3 % des femmes et 50,9 % des hommes. Il existait plusieurs sites fracturés chez 20 patients (1,7 %). De plus, 59,7 % des patients étaient hospitalisés au décours de leur passage aux urgences. Un antécédent de traitement antiostéoporotique était relevé chez 74 patients (6,2%). Un antécédent de démence était retrouvé chez 179 patients (15,0 %). Chez ces patients, les fractures de l'extrémité supérieure du fémur étaient les plus fréquentes (41,2 %), suivies des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (10,9 %) et des fractures du poignet (10,4 %). La fréquence des fractures sévères était de 72,6 % chez les patients déments.

**Conclusion.** – Le recrutement de fractures ostéoporotiques par le service des urgences est important. Il existe une prédominance des fractures vertébrales et des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Les fractures sévères sont plus fréquentes que les fractures mineures. Dans la majorité des cas, il n'y avait pas de notion d'ostéoporose dans les antécédents. L'une des forces de notre FF est l'inclusion des patients déments, souvent difficiles à prendre en charge. Pourtant la fréquence des fractures sévères est plus importante dans cette sous population, en particulier les fractures de l'extrémité supérieure du fémur qui représentent près de la moitié des fractures. L'implication à temps plein d'une infirmière dédiée pour la FF permet d'assurer le recensement exhaustif des patients venant pour une fracture ostéoporotique et leur suivi. La coopération avec le service des urgences et les autres services hospitaliers est indispensable au bon fonctionnement de la filière, ainsi que la liaison avec les médecins généralistes.

**Conflit d'intérêt.** – aucun



PE.Ma-049

### Fracture Liaison Service: quelles difficultés rencontrées pour l'optimisation du management de l'ostéoporose? L'expérience de groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

A. Portier\* (1); C. Villoutreix (1); K. Camaret (1); O. Ganansia (2); G. Rajzbaum (1)

(1) Service de Rhumatologie, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris; (2) Service des urgences, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris

\*Auteur correspondant: agnesdanre@hotmail.com (A. Portier)

**Introduction.** – Les filières fractures (FF) ont fait leur apparition depuis plus de 10 ans (1) pour améliorer le management de l'ostéoporose. Nous rapportons ici les difficultés rencontrées pour la mise en place et l'entretien d'une telle organisation, via l'exemple de l'hôpital Saint Joseph, Paris (GHPSJ).

**Patients et Méthodes.** – La FF du GHPSJ a débuté en décembre 2015 et a pour but d'améliorer la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire. Les patients de 45 à 95 ans admis au service des urgences pour une fracture ostéoporotique y sont inclus. L'infirmière coordinatrice a un rôle central de recensement des patients éligibles, recueil des éléments anamnestiques sur l'ostéoporose et, le cas échéant, convocation des patients pour une ostéodensitométrie/prescription d'un traitement/éducation. La création et l'entretien de cette organisation soulèvent plusieurs difficultés que nous relevons ici.

**Résultats.** – Notre FF compte actuellement 1191 patients (déc 2015-juil 2017). L'âge moyen est de 76,3 ans avec une majorité de femmes (78,1 %). La 1<sup>re</sup> difficulté est le recensement des patients éligibles, basé sur l'analyse journalière des motifs d'admission et des conclusions médicales. Si les termes « fracture »/ « chute »/ « ostéoporose » apparaissent, les dossiers sont sélectionnés. Ceci est facilité par l'informatisation des dossiers médicaux, et sera à l'avenir favorisé par l'amélioration du codage des dossiers et une extraction automatisée des données. Le contact téléphonique avec les personnes incluses constitue une 2<sup>e</sup> difficulté, du fait des comorbidités, de troubles cognitifs éventuels, ou d'une autonomie limitée. Pour les patients institutionnalisés, le contact peut être fait via la famille ou le médecin de l'établissement. L'interrogatoire portant sur la prescription/réalisation d'une ostéodensitométrie ou le traitement de l'ostéoporose peut être compliqué également par la non compréhension respectivement de cet examen et de ce nouveau traitement. Il est également difficile de faire venir certains patients en consultation pour réaliser la DMO/introduire un traitement. Les réticences des patients, et de leur entourage pour débiter un traitement de l'ostéoporose représentent une difficulté majeure dans le travail de la FF. La complexité du parcours patient est une autre contrainte: admission au SAU, transfert dans un autre service/établissement/institution. Le contact avec les médecins traitants en ville est important pour le bon fonctionnement de la FF: il est établi via un courrier de liaison envoyé par l'infirmière coordinatrice, mais il persiste des difficultés pour évaluer la continuité des soins, dans les suites de ce courrier. Une application numérique dédiée pourrait permettre de surmonter cet obstacle.

**Conclusion.** – La création et la continuité d'une filière fracture se heurtent à plusieurs obstacles qu'il faut pouvoir anticiper et surmonter pour optimiser la prise en charge à long terme de l'ostéoporose.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] McLellan AR, Gallacher SJ, Fraser M, McQuillan C. The fracture liaison service: success of a program for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture. *Osteoporos Int.* 2003 Dec;14 (12):1028-34.

PE.Ma-050

### Étude de la prévalence et des facteurs associés à la réduction de la DMO chez des hommes infectés par le VIH, âgés de moins de 50 ans et virologiquement contrôlés sous cART

A. Shaiykova\* (1); A. Pasquet (2); T. Bayan (1); M. Lachâtre (3); P. Choisy (2); F. Ajana (2); M. Mole (4); Y. Quertainmont (4); V. Baclet (2); E. Senneville (2); C. Goujard (4); B. Cortet (5); F. Boufassa (1); A. Chéret (4)

(1) Inserm, CESP U1018, Université Paris Sud, Université Paris Saclay, Faculté de Médecine Paris-Sud, Le Kremlin-Bicêtre; (2) Service des maladies infectieuses et du voyageur, C.H. de Tourcoing, Tourcoing; (3) Service de médecine interne, chu Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt, Service des maladies infectieuses et du voyageur, C.H. de Tourcoing, Tourcoing; (4) Service de médecine interne, Hôpital Bicêtre AP-HP, Le Kremlin-Bicêtre; (5) Service de rhumatologie, CHRU Lille, Lille

\*Auteur correspondant: shaiykova.arnoo@gmail.com (A. Shaiykova)

**Introduction.** – La réduction de la densité minérale osseuse (DMO) est une comorbidité fréquemment observée chez les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). À ce jour, la plupart des études ont été conduites sur des populations mixtes comprenant des femmes ménopausées et des hommes âgés de plus de 60 ans. L'objectif de ce travail était donc d'estimer la prévalence et les facteurs associés à la réduction de la DMO chez des hommes jeunes, âgés de moins de 50 ans, présentant une infection par le VIH contrôlée virologiquement par un traitement antirétroviral (cART).

**Patients et Méthodes.** – Une étude bicentrique transversale a été menée auprès d'hommes infectés par le VIH-1, âgés de 18 à 50 ans, traités par cART depuis plus de 6 mois avec ARN-VIH < 50 copies/ml. La DMO a été mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons X au rachis lombaire et à la hanche gauche. L'ostéopénie a été définie par le plus mauvais Z-score entre la hanche et le rachis lombaire compris entre -1 et -2 et l'ostéoporose pour un Z-score ≤ -2. Des modèles de régressions logistiques polytomiques, et linéaires ont été construits.

**Résultats.** – Parmi les 230 patients, dont la médiane d'âge était de 43,0 ans (écart interquartile (EIQ), 36,0-47,0), l'indice de masse corporelle (IMC) médian de 23,5 kg/m<sup>2</sup> (EIQ, 21,3-25,3) et une durée médiane sous cART de 50,3 mois (EIQ, 21,0-101,5). La réduction de la DMO était observée chez 48,3 % patients dont 32,6 % ostéopéniques et 15,7 % ostéoporotiques. En analyse multivariée, les facteurs associés à l'ostéoporose étaient l'IMC (OR = 1,24, p = 0,01) et l'oestradiol sérique (OR = 0,76, p = 0,048). L'IMC (OR = 1,16, p = 0,01), la créatinine (OR = 0,76, p = 0,04) et la durée sous cART (OR = 0,88, p < 0,01) étaient retrouvés associés à l'ostéopénie, ainsi qu'à la DMO (g/cm<sup>2</sup>) du rachis lombaire dans un modèle linéaire.

**Discussion.** – Une diminution de la DMO avec des prévalences importantes a été observée chez les hommes jeunes, infectés par le VIH et contrôlés virologiquement par cART. Des valeurs similaires de prévalence, ainsi que certains facteurs associés (IMC, oestradiol) ont été retrouvés chez les hommes plus âgés, suggérant un vieillissement prématuré de notre population. Nos résultats renforcent le fait que les désordres osseux sont fréquemment observés lors de l'infection par le VIH même dans une population de jeunes hommes et ce malgré un contrôle virologique de leur infection.

**Conclusion.** – L'indication de la réalisation d'une ostéodensitométrie chez les sujets VIH est réservée à la population de femmes ménopausées et d'hommes âgés de plus de 60 ans. Cependant, au vu de nos résultats, se pose la question d'étendre ces recommandations pour les PVVIH âgés de moins de 50 ans. Par ailleurs, des études longitudinales devraient être mises en place afin d'étudier plus en détail les mécanismes, ainsi que les conséquences de ces anomalies osseuses (notamment les fractures) dans une population jeune infectée par le VIH.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-051

### Les états généraux de l'ostéoporose: 7 priorités pour mieux traiter les patients français

L. Grange\* (1); T. Thomas (2); B. Cortet (3); C. Roux (4); P. Niemczynski (5); JM. Féron (6); G. Chalès (7); F. Alliot-Launois (8); P. Guggenbuhl (9); H. Blain (10); F. Srouf (11); C. Roques (12); M. Vergnault (13); F. Tremollières (14); D. Buchon (15); C. Cochet (16); C. Bonnet (17); S. Tropé (18); C. Rolland (19); P. Monod (20); E. Senbel (21); J. Giraud (22); L. Carton (23); DR. Bertholon (24); Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose  
(1) Service de Rhumatologie, C.H.U.G.A Hôpital Sud, Échirolles; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U Hôpital Nord Saint-Étienne, Saint-Étienne; (3) Rhumatologie, CHU Lille, Lille; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Cochin, Paris; (5) Membre, conseils de l'ordre des pédicures podologues, Paris; (6) Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hup- saint-Antoine, Paris; (7) Rhumatologie, AFLAR, Rennes; (8) Présidente, proRhumato, Paris; (9) Service de Rhumatologie, C.H.U. Hôpital Sud, Rennes; (10) Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement Antonin Balmes, CHRU Montpellier, Montpellier; (11) Conseiller national, Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, Dijon; (12) Président, AFRETH, Paris; (13) Secrétaire, Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, Paris; (14) Service de ménopause, C.H.U. Purpan, Toulouse; (15) Médecine générale, Université de Limoges, Limoges Cedex 1; (16) Membre, conseil de l'ordre des pédicures podologues, Paris; (17) Rhumatologie, CHU Limoges, Limoges; (18) Directeur, ANDAR, Paris; (19) Présidente, Association Asthme et Allergies, Boulogne; (20) Rhumatologie, CHU H Mondor, Créteil; (21) Président, Syndicat National des Médecins Rhumatologues, Marseille; (22) Coordinatrice, empathient, Paris; (23) Secrétaire générale, AFLAR, Paris; (24) Directeur, empathient, Paris

\*Auteur correspondant: lgrange@chu-grenoble.fr (L. Grange)

**Introduction.** – L'ostéoporose représente un véritable enjeu en terme de santé publique: près de 5 millions de personnes souffrent d'ostéoporose. En 2015, la CNAMTS a tiré la sonnette d'alarme en dénonçant le faible recours à la DMO et au traitement pourtant efficaces chez les patients ayant été hospitalisés après une chirurgie liée à l'ostéoporose. Globalement, cette maladie est fortement sous estimée et sous prise en charge en France. Ces constats ont poussé les professionnels de santé et l'AFLAR à créer l'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose regroupant 15 parties prenantes différentes. Cette mobilisation inédite a permis la création des premiers états généraux contre l'ostéoporose qui se sont tenus de septembre 2016 à juin 2017 dans 10 villes différentes en France.

**Matériels et méthodes.** – Les états généraux contre l'ostéoporose reposent méthodologiquement sur deux piliers: la remontée des besoins et attentes des patients et la réalisation de rencontres de concertation entre les différentes parties prenantes de la prise en charge de l'ostéoporose lors de tables rondes régionales. L'objectif étant de réaliser un état des lieux (constats partagés) des véritables blocages concourant à la faible prise en charge de l'ostéoporose et l'écriture de propositions d'amélioration consensuelles de la prise en charge, compilées sous la forme d'un livre blanc.

**Résultats.** – Une enquête en ligne et un panel citoyen ont permis de faire remonter les difficultés, connaissances et croyances ainsi que les besoins des patients souffrant d'ostéoporose (ayant eu ou non une fracture). De novembre 2016 à juin 2017, 10 journées d'échange et de débats ont été organisées dans 10 villes différentes sur 5 thèmes différents: le parcours de soin en ville et à l'hôpital, la prévention et la sensibilisation du grand public, la prise en charge notamment en médecine thermique, le dépistage et le diagnostic et la vie quotidienne et activité physique. 173 participants ont été réunis dans ces différentes tables rondes régionales dont 30 (17 %) rhumatologues, 13 pédicures-podologues, 12 patients, 12 infirmières, 9 kinésithérapeutes, 8 médecins gé-

ralistes, 7 représentants de mairie, 6 médecins gynécologues, 6 médecins gériatres, 6 chirurgiens, 6 pharmaciens, 6 responsables de thermes et 6 représentants de CRAMTS. Le travail de concertation et de consolidation des propositions émises lors des différentes tables rondes a permis un travail de synthèse autour d'un seul appel: la création d'un véritable plan de santé publique contre les fractures liées à l'ostéoporose qui reposerait sur 7 axes clés:

- Généraliser de réels parcours de soin post 1re fracture liée à l'ostéoporose
  - Impliquer les médecins généralistes dans la prise en charge de l'ostéoporose
  - Promouvoir et soutenir un plan de recherche médico-économiques face aux enjeux du coût de la « cascade fracturaire »
  - Relayer les vrais messages sur l'ostéoporose par des campagnes d'information grand public et la formation des professionnels de santé concernés
  - Faciliter l'autonomie et agir efficacement contre les risques de chutes pour les personnes souffrant d'ostéoporose
  - Créer un registre national des fractures de l'ostéoporose
  - Développer une stratégie de prévention de l'ostéoporose dès le plus jeune âge et auprès des personnes les plus concernées
- Conclusion.** – Le rationnel médico-économique et humain face aux conséquences dramatiques engendrées par l'ostéoporose n'est plus à construire. La mobilisation des politiques par les différentes parties prenantes au travers de la publication d'un livre blanc, véritable manifeste pour un plan de santé publique contre les fractures liées à l'ostéoporose, reste un challenge important à relever. Remerciements aux patients Français souffrant d'ostéoporose issus notamment de l'AFLAR et de l'ANDAR.

**Conflit d'intérêt.** – Laboratoire UCB

Laboratoire Roche Diagnostic

laboratoire Expanscience

Laboratoire Lilly

laboratoire AMGEN

laboratoire Pierre Fabre

PE.Ma-052

### Les états généraux de l'ostéoporose: enquête nationale ostéoporose – la parole aux patients!

L. Grange\* (1); B. Cortet (2); T. Thomas (3); C. Roux (4); JM. Féron (5); F. Tremollières (6); F. Srouf (7); P. Guggenbuhl (8); H. Blain (9); C. Roques (10); G. Chalès (11); J. Giraud (12); P. Niemczynski (13); M. Vergnault (14); C. Cochet (15); D. Buchon (16); C. Bonnet (17); F. Alliot-Launois (18); C. Rolland (19); S. Tropé (20); L. Carton (21); P. Monod (22); E. Senbel (23); DR. Bertholon (24)

(1) Service de Rhumatologie, C.H.U.G.A Hôpital Sud, Échirolles; (2) Rhumatologie, CHU Lille, Lille; (3) Service de Rhumatologie, C.H.U Hôpital Nord Saint-Étienne, Saint-Étienne; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Cochin, Paris; (5) Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, hup- saint-Antoine, Paris, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (6) Service de ménopause, C.H.U. Purpan, Toulouse; (7) Conseiller national, Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes, Dijon; (8) Service de Rhumatologie, C.H.U. Hôpital Sud, Rennes; (9) Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement antonin balmes, CHRU Montpellier, Montpellier; (10) Président, AFRETH, Paris; (11) Rhumatologie, AFLAR, Rennes; (12) Coordinatrice, empathient, Paris; (13) Membre, Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues, Lille; (14) Secrétaire, Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée, Paris; (15) Membre, conseil de l'ordre des pédicures podologues, Paris; (16) Médecine générale, Université de Limoges, Limoges Cedex 1; (17) Rhumatologie, CHU Limoges, Limoges; (18) Présidente, proRhumato, Paris; (19) Présidente, Association Asthme et Allergies, Boulogne; (20) Directeur, ANDAR, Paris; (21) Secrétaire générale, AFLAR, Paris; (22) Rhumatologie, CHU H Mondor, Créteil;

(23)Président, Syndicat National des Médecins Rhumatologues, Marseille; (24) Directeur, empathient, Paris

\*Auteur correspondant: lgrange@chu-grenoble.fr (L. Grange)

**Introduction.** – Mieux rendre visibles les véritables conséquences de l'ostéoporose et optimiser sa prise en charge sont les deux enjeux principaux qui ont motivé la création de l'Alliance Nationale Contre l'Ostéoporose (ANCO). Ce groupe de réflexion informel a été à l'initiative, en août 2016, du lancement de la première enquête nationale visant à dresser un état des lieux des principales répercussions de l'ostéoporose sur la vie des personnes concernées ainsi que sur leurs besoins et leurs attentes.

**Matériels et méthodes.** – Deux questionnaires ont été élaborés par les experts de l'ANCO dans la perspective d'explorer les dimensions de la maladie jusque-là peu étudiées: un questionnaire pour les personnes ayant eu au moins une fracture liée à l'ostéoporose (85 questions) et un questionnaire pour les personnes n'ayant pas eu de fracture (73 questions). Les questionnaires ont été testés et évalués par des patients préalablement à sa mise en ligne. Les questions destinées aux personnes concernées par l'ostéoporose abordaient non seulement la maladie et ses traitements, mais aussi ses répercussions sur la qualité de vie et le moral. Les questionnaires ont été mis en ligne sur le site internet de l'AFLAR où se trouvent également des informations sur la pathologie ainsi que des espaces d'expression et de partage d'expériences.

**Résultats.** – D'août 2016 à juin 2017, plus de 420 personnes ont répondu à cette enquête (en moyenne en 16 min). 94 % des répondants étaient des femmes. 20 % des répondants ont moins de 50 ans, 31 % entre 50 et 59 ans et 49 % seulement plus de 60 ans. Seuls 61 % des répondants ayant eu une fracture ont eu une DMO (contre 95 % des patients sans fracture). Seuls 49 % des répondants prennent régulièrement un médicament contre l'ostéoporose (59 % d'entre eux un bisphosphonate). Ils sont 84 % à prendre régulièrement de la vitamine D, 49 % des suppléments en calcium et 61 % consomment de nombreux laitages. 17 % des répondants pensent que l'ostéoporose est une maladie très grave (56 % grave). Enfin, l'enquête montre que les répondants déplorent un impact négatif de l'ostéoporose sur de nombreux aspects de leur vie, notamment leur moral (54 %), leurs loisirs (47 %), leurs activités physiques (44 %), leur image de soi (44%) et leur vie familiale (30 %). La peur d'une nouvelle fracture fait partie des répercussions les plus difficiles à vivre pour 76 % des répondants, ainsi que de se sentir diminué physiquement (58 %). Ainsi 68,2 % des patients ayant eu une fracture déclarent avoir des séquelles (48,5 % d'entre eux des douleurs chroniques).

**Discussion.** – Comme toute enquête, cette étude a des limites. Un premier biais est le mode de diffusion de l'enquête: seules les personnes utilisatrices d'internet et proches de l'association pouvaient répondre au questionnaire. De plus, la participation à l'étude était basée sur le volontariat. Les répondants étaient donc principalement des personnes proactives en matière de recherche d'information sur leur santé. Cependant, les enseignements de l'enquête ont pu être corroborés par un panel citoyen et la présence de patients aux tables rondes des états généraux de l'ostéoporose. Le faible nombre de répondants en comparaison avec une enquête antérieure portant sur l'arthrose souligne la difficulté à mobiliser spontanément les patients.

**Conclusion.** – Cette enquête novatrice permet de mettre en exergue des aspects du vécu, des croyances et des comportements des patients souffrant d'une pathologie malheureusement trop sous estimée par les pouvoirs publics et les soignants de première ligne. remerciements aux patients Français souffrant d'ostéoporose notamment ceux issus de l'AFLAR et de l'ANDAR.

**Conflit d'intérêt.** – Laboratoire Roche diagnostic

Laboratoire Pierre Fabre

Laboratoire UCB

Laboratoire Expanscience

Laboratoire Lilly

Laboratoire Amgen

PE.Ma-053

## Prise en charge de l'ostéoporose induite par les inhibiteurs de l'aromatase en adjuvant dans le cancer du sein: étude des pratiques

S. Jafari\* (1); M. Michel (1); C. Marcelli (1)

(1) Service de rhumatologie, CHU, Caen

\*Auteur correspondant: sjafari.sj@gmail.com (S. Jafari)

**Introduction.** – L'ostéoporose est un effet indésirable bien connu des inhibiteurs de l'aromatase (IA), couramment utilisés dans le traitement du cancer du sein chez la femme ménopausée. Des recommandations préconisent une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) à l'initiation du traitement, et des contrôles au cours du traitement. Les bisphosphonates per os et intra-veineux, ainsi que le dénosumab ont prouvé leur efficacité pour lutter contre la perte osseuse liée au traitement. Certaines études réalisées à l'étranger montrent une prise en charge insuffisante de cette perte osseuse, mais il n'existe pas d'étude similaire française. Notre objectif était d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose induite par les IA en adjuvant dans le centre anticancer à Caen.

**Matériels et méthodes.** – Notre étude était rétrospective et observationnelle. Elle portait sur les patientes opérées d'un cancer du sein dans l'année 2013 au centre François Baclesse. Le recueil s'est effectué grâce à l'étude des dossiers informatisés. Le suivi était d'une durée de 30 mois.

**Résultats.** – Sur les 294 patientes incluses, 74,9 % ont bénéficié d'une ostéodensitométrie initiale. Les résultats ont mis en évidence 16 % d'ostéoporose, 48 % d'ostéopénie et 36 % de DMO normale. L'OMS supérieur ou égal à 2 était un facteur de moindre réalisation d'ostéodensitométries. L'antécédent de radiothérapie mammaire adjuvante était significativement associé à davantage d'ostéodensitométries. Le contrôle de la DMO était effectué chez 22,4 % des patientes. La calcémie était dosée chez 40 % des patientes, et la vitamine D chez 51 %. Quarante-trois pour cent des patientes ostéoporotiques n'ont pas bénéficié d'un traitement anti-ostéoporotique, par contre 10 % des patientes ostéopéniques en ont bénéficié. Les suppléments en calcium et en vitamine D ont été introduites respectivement chez 15% et 53,4 % des patientes. Soixante-six pour cent des patientes carencées en vitamine D ont reçu une supplémentation.

**Discussion.** – Notre étude est donc la première étude française à s'intéresser à l'application des recommandations concernant la prise en charge de l'ostéoporose induite par les IA en adjuvant, en conditions de vie réelle. Il existe un manque de données lié au caractère rétrospectif de l'étude. Le compte des DMO de contrôle auraient pu s'effectuer sur la durée totale du traitement par IA, qui est en général de 5 ans, mais nous savons que la perte osseuse est plus marquée dans les deux premières années de traitement. Nos résultats concernant l'évaluation densitométrique initiale sont meilleurs que les résultats rapportés dans la littérature. Afin d'améliorer les pratiques, une consultation rhumatologique pour les patientes ayant une ostéoporose ou chez qui la décision thérapeutique est difficile pourrait être proposée.

**Conclusion.** – La prise en charge de l'ostéoporose induite par les IA, et notamment son traitement, reste insuffisante. Elle pourrait être optimisée par un renforcement de l'information des médecins et des patientes.

**Conflit d'intérêt.** – aucun



PE.Ma-054

### Fracture de l'odontoïde du sujet âgé: une fracture sévère survenant dans 10 cas/12 chez les sujets ostéoporotiques (étude prospective)

L. Natella\* (1); N. Bronsard (2); J. Allia (2); L. Hekayem (3); L. Euller Ziegler (4); F. De Peretti (5); V. Breuil (6)  
 (1) Rhumatologie, Hôpital Pasteur, Nice; (2) Chirurgie orthopédie, Hôpital Pasteur, Nice; (3) Service d'accueil des urgences, Hôpital Pasteur, Nice; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. L'archet, Nice; (5) Traumatologie, Hôpital Pasteur, Nice; (6) Rhumatologie, CHU de Nice et CEA/UNS, Nice

\*Auteur correspondant: nutellalauren@gmail.com (L. Natella)

**Introduction.** – Actuellement, les fractures du rachis cervical sont exclues de la définition OMS de l'ostéoporose. Récemment, un lien entre fractures de l'odontoïde à faible énergie chez le sujet âgé et ostéoporose rachidienne (localisée, évaluée par scanner) a été rapporté, mais la recherche d'ostéoporose selon les critères standards (absorptiométrie biphotonique à rayons X, facteurs de risques cliniques) n'a jamais été réalisée.

L'objectif de l'étude est de décrire le statut osseux des sujets âgés ayant une fracture de l'odontoïde à faible énergie.

**Matériels et méthodes.** – Etude prospective entre janvier 2016 et avril 2017 sur les patients hospitalisés au CHU de Nice pour une fracture de l'odontoïde. Chez les patients > 65 ans ayant une fracture à faible énergie, nous avons évalué le statut osseux dans les 3 mois suivant la fracture, incluant: recueil des données démographiques, facteurs de risques d'ostéoporose, densité minérale osseuse (DMO) (rachis, hanche, poignet), morphométrie vertébrale (VFA), bilan biologique (recherche d'une ostéoporose secondaire). L'ostéoporose était définie par un T-score  $\leq -2,5$  sur au moins un des deux sites (rachidien ou fémoral) ou un antécédent de fracture par fragilité osseuse associée à un T-score  $\leq -1$  sur un des sites mesurés

**Résultats.** – 33 patients ont été hospitalisés pour fracture de l'odontoïde: 3 fractures étaient à haute énergie et 30 fractures à faible énergie: 20 femmes et 10 hommes, âge moyen  $85 \pm 10,9$  ans. 18 patients non pas été évalués: 8 décédés (6 pendant l'hospitalisation et 2 dans les 3 mois avant l'évaluation), 6 perdus de vue et 4 refus. L'évaluation du statut osseux a été réalisée chez 12 patients: 11 femmes et 1 homme d'âge moyen  $83,8 \pm 8,4$  ans. 10/12 (83,3 %) patients répondaient aux critères d'ostéoporose, dont 8 fracturaires (6 fractures sévères). 9 répondaient aux critères de traitement spécifique de l'ostéoporose, mais seulement 2 étaient traités. La durée moyenne de suivi a été de 12,2 mois (3-17 mois). Initialement 12 patients étaient autonomes à domicile, 6 sont sortis en SSR. À 3 mois, 1 décédé et 9 à domicile; à 12 mois, 9 patients évalués: 2 décès et 7 à domicile.

**Discussion.** – Notre étude est la première à décrire le statut osseux global de ces patients, incluant les facteurs de risque, la DMO par DXA selon les standards de l'évaluation de l'ostéoporose. Ces résultats encouragent à rechercher une ostéoporose chez les sujets >65ans car 83,3 % remplissent les critères diagnostiques d'ostéoporose. L'évolution apparaît très sévère. Elle est cependant limitée par le faible effectif et les patients non analysables.

**Conclusion.** – L'ensemble de ces résultats montre, pour la première fois, que la fracture de l'odontoïde du sujet âgé survient dans la majorité des cas chez des sujets ostéoporotiques et pourrait être considérée comme une nouvelle fracture ostéoporotique sévère.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

#### Références

- [1] Emohare O, Dittmer A, Morgan RA, Switzer JA, Polly DW. Osteoporosis in acute fractures of the cervical spine: the role of opportunistic CT screening. *J Neurosurg Spine*. juill 2015;23 (1):1-7.
- [2] Watanabe M, Sakai D, Yamamoto Y, Nagai T, Sato M, Mochida J. Analysis of predisposing factors in elderly people with type II odontoid fracture. *Spine J Off J North Am Spine Soc*. 1er juin 2014;14 (6):861-6.

PE.Ma-055

### Évolution des marqueurs du remodelage osseux à l'arrêt du denosumab: étude préliminaire

D. Stoll (1); B. Aubry-Rozier\* (2); E. Gonzalez-Rodriguez (1); D. Hans (1); O. Lamy (3)  
 (1) Centre des maladies osseuses, CHUV, Lausanne, Suisse;  
 (2) Rhumatologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse; (3) Département Médecine Interne, CHUV, Lausanne, Suisse

\*Auteur correspondant: berengere.aubry@chuv.ch (B. Aubry-Rozier)

**Introduction.** – L'administration sous-cutanée du denosumab (Dmab) 2 fois par année inhibe le remodelage osseux, augmente la densité minérale osseuse et diminue le risque de fracture ostéoporotique. L'arrêt du Dmab est associé à un rebond du remodelage osseux et une augmentation du risque de fractures vertébrales multiples. Ce risque de fracture dépend probablement du profil des patients et des autres traitements de l'ostéoporose prescrits. Le but de cette étude est d'évaluer l'évolution de ce rebond du remodelage osseux selon qu'un bisphosphonate (BP) a été donné avant et/ou à la fin de l'effet biologique du Dmab.

**Patients et Méthodes.** – Nous avons sélectionné au hasard un échantillon de femmes de notre consultation qui avaient reçu un traitement de Dmab pour l'ostéoporose (60 mg sous-cutané tous les 6 mois) pour au moins une année (2 injections) entre 2010 et 2016. Nous les avons séparées en quatre groupes: A: Pas de BP, ni avant, ni après Dmab, B: Pas de BP avant mais BP 6 mois après le dernier Dmab, C: BP avant mais pas après Dmab, D: BP avant et 6 mois après le dernier Dmab. Nous avons analysé rétrospectivement l'évolution des marqueurs du remodelage osseux (C-télopeptides (CTX, ng/l) jusqu'à un an après la dernière injection de Dmab (6 mois après la dernière prescription de BP si faite). Des tests statistiques appropriés ont été utilisés.

**Résultats.** – Les 38 premières femmes ont été incluses (âge moyen  $65 \pm 10$  ans avant la première injection de Dmab). 8 dans le groupe A, 13 dans le groupe B, 10 dans le groupe C et 7 dans le groupe D. À la fin du traitement de Dmab, les taux de CTX étaient significativement plus bas que les taux initiaux (avant traitement) pour tous les groupes ( $p < 0,05$ ) et étaient respectivement de, A:  $84 (\pm 54)$ , B:  $336 (\pm 266)$ , C:  $80 (\pm 60)$  et D:  $95 (\pm 63)$ . 12 mois après la dernière injection de Dmab (~ 6 mois après la dernière prescription de BP), les CTX étaient respectivement de, A:  $1075 (\pm 321)$ , B:  $241 (\pm 236)$ , C:  $677 (\pm 359)$  et D:  $370 (\pm 286)$ , avec des taux de CTX significativement plus bas dans le groupe B comparé au groupe A ( $p=0,03$ ) et dans le groupe C comparé au groupe A ( $p = 0,05$ ).

**Conclusion.** – Dans cette étude préliminaire, l'exposition aux BP avant ou après le traitement de Dmab atténue de manière significative le rebond du remodelage osseux à l'arrêt du Dmab. Toutefois la prescription de BP 6 mois après Dmab semble plus efficace qu'un pré-traitement avec BP mais sans atteindre la significativité. Nous n'avons pas pu démontrer la supériorité de l'une ou l'autre des prises en charge, probablement en raison de la petite taille de l'échantillon. Une étude plus large est en cours pour confirmer nos résultats.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-056

### Analyse d'une cohorte de patients inclus dans une filière ostéoporose

A. Vrignaud\* (1); S. Pelletier (2); E. Dernis (1); Y. Moui (2); B. Haettich (1)  
 (1) Rhumatologie, C.H. Le Mans, Le Mans; (2) Orthopédie, C.H. Le Mans, Le Mans

\*Auteur correspondant: arthur.vrignaud@wanadoo.fr (A. Vrignaud)

**Introduction.** – L'ostéoporose est un enjeu majeur de santé publique, responsable d'une morbi-mortalité non négligeable. Les filières de prise en charge, de type FLS (Fracture Liaison Service), ont démontré

leur efficacité. L'objectif de ce travail est d'analyser l'activité d'une filière ostéoporose en France.

**Matériels et méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle et descriptive, monocentrique, ayant inclus 272 patients avec une fracture de fragilité entre janvier 2012 et décembre 2016. La relecture des dossiers et l'analyse des données ont eu pour objectifs la description de la population et de sa prise en charge ainsi que la comparaison avec une étude réalisée de janvier 2010 à janvier 2011, ayant inclus 54 patients.

**Résultats.** – La population prise en charge dans la filière est comparable au plan démographique à celle concernée par l'ostéoporose, avec 92,3 % de femmes (228 sur 247) et un âge moyen de 68,7 ans. Sur les 247 dossiers qui ont pu être analysés, 6 % des femmes (14) étaient ménopausées avant l'âge de 40 ans, 34 % des sujets (83) avaient un antécédent personnel de fracture et 11 % (25) un antécédent parental au premier degré de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. 19 % des patients (44) avaient une consommation alcoolique excessive, 23 % (51) une intoxication tabagique chronique et 8 % (19) une corticothérapie prolongée. L'évaluation a révélé une ostéoporose densitométrique dans 42 % des cas (101). Le T-score lombaire moyen était de -1,76 DS et le T-score moyen au col fémoral de -1,9 DS. Une insuffisance en vitamine D était mise en évidence dans 72 % des cas (176), une gammapathie monoclonale dans 6 % des cas (15) et une hyperparathyroïdie primitive dans 0,8 % des cas (2). Des fractures vertébrales ont été découvertes dans 21 % des cas (46). Une supplémentation vitamino-calcique était introduite chez 27 % des patients (65) et une recharge en vitamine D seule chez 52 % (127). Un traitement par bisphosphonates intra-veineux était instauré chez 37 % des patients (91) et per os dans 14 % des cas (35). Le délai médian entre l'adressage et la prise en charge était de 8 semaines et 2 jours.

**Discussion.** – Comparativement à l'étude antérieure, il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant les caractéristiques démographiques et l'évaluation densitométrique. Ce travail retrouve moins de patients insuffisants en vitamine D (mais résultat non significatif car  $p = 0,08$ ), suggérant une meilleure prévention primaire. Il est détecté moins de fractures vertébrales par l'évaluation systématique ( $p = 0,0085$ ) et une tendance à la baisse du pourcentage de patients ayant un antécédent fracturaire ( $p = 0,12$ ), laissant penser que la prévention secondaire est améliorée avec une prise en charge plus précoce, dès la première fracture à basse énergie. L'étude montre des proportions de consommateurs d'alcool et de tabac plus importantes (respectivement  $p = 0,019$  et  $p = 0,16$ ), probablement en lien avec un recueil plus systématisé de ces données avec l'amélioration de la filière. Enfin, la population à l'étude étant comparable en termes démographiques à celle concernée par l'ostéoporose en France, il semble raisonnable d'étendre l'applicabilité de ces résultats à l'échelle nationale et de soutenir le développement de filières similaires dans d'autres centres.

**Conclusion.** – À la lumière de ces résultats, la communication auprès des patients et des professionnels de santé autour de cette filière ostéoporose semble avoir eu des effets bénéfiques en termes de prévention.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-057

### Étude de la densité minérale osseuse chez les femmes tunisiennes diabétiques

S. Bouden\* (1); A. Fazaa (1); S. Miladi (1); K. Ouenniche (1); S. Kassab (1); S. Chekili (1); K. Ben Abdelghani (1); A. Laatar (1)  
(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: selma.bouden@gmail.com (S. Bouden)

**Introduction.** – Le diabète constitue de part le monde un véritable problème de santé publique. Cette endocrinopathie paraît avoir une influence sur le métabolisme osseux et sur la masse osseuse,

variable en fonction du type de diabète. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'influence du diabète sur la densité minérale osseuse. **Matériels et méthodes.** – Une étude transversale comparative a été menée, incluant des femmes tunisiennes qui ont été divisées en 3 groupes: groupe des diabétiques de type 1 (DT1), groupe des diabétiques de type 2 (DT2) et groupe des non diabétiques (ND). La densité minérale osseuse (DMO) a été étudiée aux sites vertébral et fémoral. L'étude de liaison entre 2 variables qualitatives a été effectuée par le test du  $\chi^2$  et entre une variable qualitative et quantitative par le test de Student. Le seuil de signification  $p$  a été fixé à 0,05. **Résultats.** – Mille cent vingt trois femmes ont été incluses dont 146 étaient diabétiques. Parmi ces dernières 128 avaient un DT2 (87,7 %) et 18 avaient un DT1 (12,3 %). L'âge moyen chez les ND était de  $59 \pm 10$  ans, chez les DT1 de  $57 \pm 14$  ans et chez les DT2 de  $61 \pm 9$  ans. La durée d'évolution du diabète était de  $11,8 \pm 6$  ans chez les DT1 et  $6,3 \pm 5$  ans chez les DT2. Pour le profil densitométrique, il était normal chez 36,6 % des ND, 38,5 % des DT1 et 35,2 % des DT2. Une ostéopénie a été retrouvée chez 39,1 % des ND, 43,2 % des DT1 et 44,5 % des DT2 et une ostéoporose a été retrouvée chez 24,2 % des ND, 27,8 % des DT1 et 20,3 % des DT2. Le T-score était corrélé négativement à l'ancienneté du diabète chez les DT1 ( $p = 0,02$ ), mais non chez les DT2. En comparant le groupe des DT1 et le groupe des ND, aucune différence significative des valeurs de DMO n'a été retrouvée. Cependant, en comparant les DT2 aux ND, la DMO au site fémoral était significativement plus élevée chez les DT2 ( $p < 0,02$ ). En comparant la DMO chez les DT1 et les DT2, aucune différence significative n'a été retrouvée.

**Conclusion.** – Dans notre étude, les DT2 avaient une DMO plus élevée que les ND, contrairement aux DT1. Nos résultats rejoignent ceux d'autres études qui soutiennent que la majorité des DT2 ont une DMO plus élevée en partie du fait d'un effet anabolisant de l'hyperinsulinisme et à l'excès pondéral.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-058

### Rôle du TBS dans la prédiction du risque fracturaire chez des femmes ostéopéniques: enquête cas-témoins

M. Djennane\* (1); G. Chabane (2); F. Bouzar (2); A. Tibiche (3)  
(1) Rhumatologie, CHU de Tizi Ouzou, Tizi Ouzou, Algérie;  
(2) Rhumatologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie;  
(3) Epidémiologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie

\*Auteur correspondant: djennane.malik@yahoo.com (M. Djennane)

**Introduction.** – L'ostéoporose (OP) pose un problème majeur de santé publique dans le monde. Elle se caractérise par une faible masse osseuse associée à des altérations de la microarchitecture osseuse qui augmentent la fragilité osseuse ainsi que le risque accru de fracture. Le trabecularbone score (TBS) est un indice de texture osseuse dérivé à partir d'une image de densitométrie osseuse (DMO) de la colonne lombaire. Il est corrélé avec des paramètres de microarchitecture osseuse et donne des informations complémentaires à la DMO. Les études cliniques montrent que le TBS est plus bas chez les femmes post-ménopausées avec une fracture par rapport à celles sans fracture, et ceci indépendamment des résultats de DMO et des principaux facteurs de risque cliniques.

**Patients et Méthodes.** – C'est une étude rétrospective type cas-témoins menée au niveau de l'unité d'ostéodensitométrie osseuse du CHU de Tizi-ouzou (Algérie) ayant concernée 174 femmes ménopausées âgées entre 50 et 80 ans. Les patientes sont toutes ostéopéniques ( $-2,5 \leq T \text{ score} \leq -1,0$ ) au niveau de la colonne lombaire.

Les patientes ont été classées selon la présence ou l'absence de fracture vertébrale (FV) ainsi que l'âge. Pour chaque patiente avec FV (cas), des cas-contrôles ont été adaptés selon l'âge. Les cas éligibles devraient avoir une FV de faible énergie confirmée par radiographie standard.

Les critères d'exclusion étaient la présence d'une maladie ou une prise médicamenteuse qui pouvait interférer avec le métabolisme osseux, des patientes présentant une pathologie rachidienne lombaire d'origine inflammatoire ou dégénérative ou ayant des antécédents de chirurgie au niveau de la colonne lombaire.

Pour chaque patiente, ont été notés les paramètres cliniques suivants: Âge, poids, taille, calcul de l'IMC et radiographiques: recherche de FV à la radiographie standard, une DMO lombaire ainsi que le TBS dans la même région utilisée pour la mesure de la DMO en utilisant le TBS iNsign V 1.0 (Med-imaps). Toutes les patientes ayant consenties à l'étude.

**Résultats.** – Sur les 174 femmes recrutées, on a identifié 62 patientes avec FV (cas) et 122 sans FV (contrôles). Il n'y avait pas de différence entre les cas et les contrôles par rapport à l'âge (65,5 versus 64,3 ans,  $p = 0,26$ ). Les femmes avec FV avaient un IMC plus élevé que celles sans FV (25,9 vs 23,8,  $p = < 0,001$ ). La BMD ainsi que le TBS étaient plus bas dans le groupe avec FV ( $-1,89$  vs  $-1,62$ ,  $p = 0,001$ ) et ( $0,87$  vs  $1,20$ ,  $p = < 0,001$ ).

En comparant le TBS et la BMD, il en ressort qu'à chaque diminution d'une déviation standard (DS) dans la BMD était associé à un Odds Ratio ( $OR = 1,78$ ;  $1,13$ - $2,23$ ) de fracture vertébrale et l'aire sous la courbe  $AUC = 0,54$  ( $0,46$ - $0,64$ ). À chaque diminution d'une DS du TBS était associé à un  $OR = 2,42$ ;  $1,64$ - $3,73$ ) de FV avec une  $AUC = 0,82$  ( $0,76$ - $0,87$ ). La différence entre les AUC du TBS et de la BMD était statistiquement significative ( $P < 0,001$ ).

En comparant le TBS plus la BMD versus la BMD seule selon un modèle de régression logistique, il en ressort que l'AUC du TBS+BMD  $= 0,69$  ( $0,61$ - $0,77$ ) vs AUC de la BMD seule ( $AUC = 0,54$  ( $0,46$ - $0,64$ )) avec un  $OR = 2,72$  ( $1,85$ - $3,59$ ). Une détermination de la valeur seuil diagnostique du TBS par l'index de Youden correspondant à la valeur du TBS ayant la meilleure sensibilité ( $82,1\%$ ) et spécificité ( $71\%$ ), il est de  $0,531$  et la valeur seuil du TBS correspondant est de  $1,138$ .

**Conclusion.** – Les résultats obtenus ne permettent pas de faire le lien direct entre un TBS bas et le risque fracturaire néanmoins, le TBS est un outil clinique pratique non négligeable dans la détermination de ce risque chez les femmes ménopausées ostéopéniques.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] R. Winzenrieh et al, A Retrospective Case – Control Study Assessing the Role of Trabecular Bone Score in Postmenopausal Caucasian Women with Osteopenia: Analyzing the Odds of Vertebral Fracture, *Calcif Tissue Int* (2010) 86:104–109
- [2] D. Krueger et al, Spine Trabecular Bone Score Subsequent to Bone Mineral Density Improves Fracture Discrimination in Women; *Journal of Clinical Densitometry*, 2013

PE.Ma-059

**Le profil étiologique de l'ostéomalacie: expérience de 28 ans d'un service de rhumatologie**

A. Feki\* (1); S. Bendjemaa (1); D. Khalifa (1); R. Fakhfakh (1); M. Ezzeddine (1); R. Akrouf (1); H. Fourati (1); S. Baklouti (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

\*Auteur correspondant: feki.afef@yahoo.fr (A. Feki)

**Introduction.** – L'ostéomalacie est une ostéopathie déminéralisante diffuse de l'adulte et du sujet âgé, caractérisée par un défaut de minéralisation du tissu osseux. Elle doit systématiquement être évoquée en cas de syndrome douloureux diffus mal étiqueté.

**Patients et Méthodes.** – Nous rapportons 54 cas d'ostéomalacie colligés durant une période de 28 ans (mars 1989 – mars 2017). Le diagnostic d'ostéomalacie est retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

**Résultats.** – Il s'agit de 46 femmes et 8 hommes dont l'âge moyen est de 48 ans (extrêmes: 16–83 ans). Dix patients ont présenté des antécédents particuliers: 1 cas de lymphome digestif, 1 cas de spondylarthrite ankylosante associée au syndrome de Fanconi, 1 cas de vitiligo, 1 cas de gastrectomie deux tiers pour ulcère gastrique, 1 cas

de nanisme constitutionnel, 1 cas de polykystose rénale, 2 cas de cirrhose biliaire primitive, 2 cas de polyarthrite rhumatoïde et 2 cas de neurofibromatose de type 1.

Sur le plan clinique, les troubles de la marche (dandinante) sont observés dans 33 cas ( $61,1\%$ ), les douleurs osseuses dans 49 cas ( $90,7\%$ ), les myalgies dans 36 cas ( $66,6\%$ ) et des fractures de siège variable sont observées dans 19 cas. Sur le plan biologique, l'hypocalcémie est retrouvée chez 40 malades ( $25,9\%$ ), l'hypophosphorémie dans 37 cas ( $68,5\%$ ), les phosphatases alcalines sont élevées dans tous les cas avec un taux variable de 2 à 10 fois la valeur normale, une hypocalciurie était retrouvée dans 50 cas ( $92,6\%$ ), une insuffisance en 25OH-vitD était présente dans 9 cas et une carence en 25OH-vitD ( $< 10$  ng/mL) était présente dans 15 cas ( $27,8\%$ ). De même une élévation de la parathormone était associée dans 15 cas ( $27,8\%$ ). La radiologie trouve une déminéralisation osseuse diffuse dans 50 cas ( $92,6\%$ ), des stries de looser Milkman dans 32 cas ( $59,2\%$ ), un tassement vertébral bénin dans 9 cas ( $16,6\%$ ), un aspect de cœur à carte à jouer du bassin dans 6 cas ( $22\%$ ), un aspect de vertèbre en sandwich dans 2 cas, un aspect de vertèbre biconcave dans 5 cas, une protrusion acétabulaire dans 6 cas, une coxa vara dans 2 cas, une incurvation des os longs dans 3 cas et 6 cas de thorax en cloche. La biopsie osseuse était faite dans 16 cas avec double marquage dans 12 cas et avec étude histomorphométrique dans 3 cas. Elle a confirmé le diagnostic d'ostéomalacie dans 10 cas. Le profil étiologique de l'ostéopathie était comme suit: un syndrome de Fanconi (1 cas), un diabète phosphorée de cause non déterminée (3 cas), une ostéomalacie oncogénique par augmentation de FGF23 associée au neurofibromatose de type 1 (2 cas), la prise d'antiépileptique (2 cas), une insuffisance rénale chronique (14 cas), une malabsorption digestive de la vitamine D (cas) et ceci secondaire à une maladie coeliaque dans 5 cas, à une cirrhose biliaire primitive dans 2 cas et secondaire au lymphome digestif dans un cas. Une carence d'apport de la vitamine D était retenue dans 16 cas. La cause a resté indéterminée dans 7 cas. Sur le plan thérapeutique, tous nos patients sont traités par supplémentation vitamino-calcique en plus du traitement étiologique.

**Conclusion.** – L'ostéomalacie est une ostéopathie déminéralisante rare. Elle est 20 fois moins fréquente que l'ostéoporose. À travers notre série, nous essayons de déterminer les modalités de présentation de l'ostéomalacie et de préciser les diverses causes de cette ostéopathie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-060

**Il existe une association entre dermatoporse et fracture majeure ostéoporotique: résultats d'une étude prospective observationnelle en cabinet de médecine générale en Île de France**

D. Villeneuve (1); T. Sené\* (1); O. Lidove (1); R. Touitou (2); P. Chazerain (1); JM. Ziza (1)

(1) Médecine interne – Rhumatologie, Groupe Hospitalier Diaconesses-Croix Saint-Simon – Hôpital de la Croix Saint-Simon, Paris;

(2) Médecine générale, sous l'égide de l'association EFGH, PARIS

\*Auteur correspondant: tsene@hopital-dccs.org (T. Sené)

**Introduction.** – La dermatoporse, dont le concept a été défini en 2007 (1), correspond aux manifestations cliniques et aux complications fonctionnelles liées à une insuffisance cutanée chronique. Les facteurs de risque connus comprennent l'âge, la corticothérapie locale ou systémique, et l'exposition solaire. Le diagnostic positif repose sur l'association de 3 signes cliniques: l'atrophie cutanée, le purpura de Bateman, et les pseudocicatrices. La prise en charge thérapeutique n'est pas encore codifiée.

Si la physiopathologie de ce syndrome est mieux appréhendée, l'épidémiologie de la dermatoporse est encore peu connue, notamment chez les patients ambulatoires. Il a pu être mis en évidence une association entre dermatoporse et insuffisance rénale chronique (2),



sous-tendant un lien physiopathologique éventuel entre pathologies liées au vieillissement. À l'heure actuelle, le lien éventuel entre dermatoporose et ostéoporose n'a pas été étudié. En plus de déterminer la prévalence de la dermatoporose en cabinet de médecine générale, l'objectif de cette étude était de rechercher une éventuelle association entre dermatoporose et fracture majeure ostéoporotique.

**Patients et Méthodes.** – Étude prospective, observationnelle, multicentrique, sur la période mars 2016-mai 2017. Inclusion des patients de plus de 50 ans consultant en cabinet de médecine générale en Île-de-France, après accord oral. Recueil des données de l'interrogatoire (sexe, âge, antécédent de fracture majeure ostéoporotique selon la définition du GRIO) et de l'examen physique (présence de signes de dermatoporose). Analyse statistique (régression logistique) par le logiciel R.

**Résultats.** – Quatre-cent-trente-quatre patients (F: 273, H: 161; âge moyen 69 ans ± 12) ont été inclus.

Vingt-quatre patients (F:17, H:17; âge moyen 82 ans, ± 9), soit 5,53% de la population globale, présentaient une dermatoporose. En analyse multivariée, il existait une association entre un âge supérieur à 80 ans et la présence d'une dermatoporose (OR 27,6; 3,6-210,9). Il n'est par contre pas mis en évidence d'association avec le sexe.

Vingt-cinq patients (5,76 %; F: 20, H: 5; âge moyen 76 ± 12) présentaient un antécédent de fracture majeure ostéoporotique. Neuf patients (2,07 %; F: 6, H: 3; âge médian 84) présentaient une dermatoporose et une fracture majeure ostéoporotique. En analyse multivariée (âge, sexe), la dermatoporose est significativement associée à une fracture ostéoporotique (OR 10,1; 3,5-29,1). La présence d'un purpura de Bateman (isolé ou associé à d'autres signes) était également associée à un antécédent de fracture majeure ostéoporotique (OR 6,1; 1,9-19).

**Discussion.** – Il s'agit de la 1<sup>re</sup> étude épidémiologique réalisée chez des patients ambulatoires. Il est mis en évidence une prévalence significative de la dermatoporose (5,53 %), avec une augmentation de la prévalence à partir de l'âge de 80 ans. La prévalence dans la population générale est très inférieure à celle rapportée (32 %) en milieu gériatrique (2).

Nous montrons également pour la première fois une association statistique entre dermatoporose et fracture majeure ostéoporotique. Ces résultats préliminaires, reposant uniquement sur les données de l'examen physique, devront bien sûr être confirmés par des études complémentaires avec recueil exhaustif des facteurs de risque d'ostéoporose et de dermatoporose, mesure échographique de l'épaisseur cutanée, ostéodensitométrie. Des études complémentaires sont également nécessaires pour mieux appréhender la prise en charge de la dermatoporose et son association à d'autres insuffisances d'organe.

**Conclusion.** – La dermatoporose constitue un marqueur d'insuffisance d'autres organes (reins, os). Sa présence doit inciter le praticien à rechercher et traiter le cas échéant une ostéoporose. La formation des praticiens à sa reconnaissance est nécessaire.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Mengeaud V et al. Br J Dermatol 2012;166 (2):442-3  
[2] Kaya G, Saurat JH. Dermatology 2007;215 (4):284-94

PE.Ma-061

**Le traitement par dénosumab (DMAb) jusqu'à 10ans chez les femmes ménopausées ostéoporotiques est associé à une incidence de fracture substantiellement plus faible que celle prédite par le calcul du score FRAX à l'inclusion**

R. Chapurlat\* (1); E. Siris (2); N. Pannacciulli (3); P. Miller (4); E. Lewiecki (5); E. Jódar Gimeno (6); R. Wagman (3); JA. Kanis (7) (1) Hôpital Edouard Herriot, Lyon; (2) Columbia University Medical Center, New York, États-Unis; (3) Amgen Inc, Thousand Oaks, États-Unis; (4) Colorado Center for Bone Research, Lakewood, CO, États-Unis; (5) New Mexico Clinical Research & Osteoporosis Center,

Albuquerque, NM, États-Unis; (6) Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Madrid, Espagne; (7) University of Sheffield, Sheffield, Royaume Uni

\*Auteur correspondant: roland.chapurlat@inserm.fr (R. Chapurlat)

**Introduction.** – L'objectif de ce travail était de comparer l'incidence cumulée à 10 ans des fractures ostéoporotiques majeures (FOM; hanche, rachis, avant-bras, humérus) et des fractures de hanche (FH) chez les sujets ayant terminé l'extension de FREEDOM (EXT) avec: 1) la probabilité de fracture à 10 ans estimée à l'aide du FRAX, 2) celle estimée pour une cohorte hypothétique de contrôles sous placebo à 10 ans.

**Patients et Méthodes.** – Les sujets inclus dans cette analyse ont reçu 10ans de DMAB (60 mg/6 mois durant 3 ans dans FREEDOM, 7 ans dans l'EXT), passé la visite à 10 ans, manqué ≤ 1 dose dans FREEDOM et ≤ 1 dose dans l'EXT (n = 1278). L'incidence cumulée à 10 ans des FOM et des FH a été calculée à partir des estimations de Kaplan-Meier, la probabilité de fracture à 10 ans a également été estimée à l'aide du score FRAX (incluant la DMO au col fémoral) à l'inclusion dans FREEDOM. Le taux de FOM dans une cohorte hypothétique de contrôles sous placebo à 10 ans (placebo virtuel) a été estimé par l'utilisation d'une simulation et de caractéristiques à l'inclusion identiques à celles des sujets du groupe DMAB à long terme ayant terminé l'étude.

**Résultats.** – L'incidence cumulée de fractures observée à 10 ans (IC95%) a été plus faible que la probabilité moyenne estimée à l'aide du score FRAX (DS) à la fois pour les FOM (10,75 % [9,05 %–12,46 %] versus 16,42 % [9,06 %]) et les FH (1,17 % [0,58 %–1,76 %] versus 6,14 % [6,52 %]).

L'incidence cumulée de fractures observée à 10 ans a été significativement plus faible que la celle estimée pour le groupe placebo virtuel (10,75 % [9,05 %–12,46 %] versus 23,13 % [17,76 %–28,87 %]; RR=0,49 [0,36–0,64]).

**Conclusion.** – L'incidence de fractures après 10 ans de traitement par DMAB a été plus faible que la probabilité à 10 ans estimée à l'aide du score FRAX, à la fois pour les FOM et les FH. L'incidence des FOM à 10ans a également été plus faible que le taux de fracture estimé pour le groupe placebo virtuel. Ces données soutiennent l'efficacité à long terme du DMAB sur la réduction de FOM et de FH.

**Conflit d'intérêt.** – Amgen a financé cette étude et fourni une assistance à la préparation de cette présentation

JA Kanis: subvention de recherche de Amgen, GSK, Pfizer; consultant pour AgNovos, Eli Lilly, Medimaps, Radius Health.

E Jódar Gimeno: Subvention de recherche de Amgen, MSD; consultant pour Amgen; bureau des conférenciers de Eli Lilly.

EM Lewiecki: subvention de recherche de Amgen, Eli Lilly, Merck; consultant pour Amgen, Eli Lilly, Merck, Radius; bureau des conférenciers de Shire.

PD Miller: subvention de recherche de Amgen, Alexion, Boehringer Ingelheim, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Immunodiagnosics, Merck, Merck Serrano, National Bone Health Alliance, Novartis, Radius, Roche Diagnostics, Regeneron, Ultragenyx; consultant pour Amgen, AgNovos, Eli Lilly, Merck, Radius Pharma, Roche, Ultragenyx.

E Siris: consultant pour Amgen, Merck, Radius.

R Chapurlat: subvention de recherche de Amgen, Merck, Pfizer, Roche-Chugai; consultant pour Amgen, Bioiberica, Pfizer; autres soutiens financiers de AbbVie, Amgen, Biogen, BMS, Eli Lilly, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, UCB, Radius.

N Pannacciulli, RB Wagman: Employés et actions ou stock options de Amgen Inc

PE.Ma-062

**Variabilité de la réponse densimétrique sous dénosumab dans l'ostéoporose densimétrique**

M. Laroche\* (1); C. Baradat (2); A. Ruyssen-Witrand (1); A.Constantin (3); A. Cantagrel (1); Y. Degboe (4)

(1) Service de Rhumatologie, C.H.U. Purpan, Toulouse;

(2) Rhumatologie, C.H.U Toulouse – Casselardit Ancely, Toulouse;

(3) *Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Toulouse, Toulouse;*  
(4) *Centre de rhumatologie, centre hospitalier universitaire de toulouse, Toulouse*

\*Auteur correspondant: laroche.m@chu-toulouse.fr (M. Laroche)

**Introduction.** – Le gain densitométrique sous Denosumab est corrélé à son efficacité anti-fracturaire. Lorsque nous avons traité nos premiers malades ostéoporotiques avec ce produit, nous avons remarqué une évolution très variable de la densité minérale osseuse sous traitement. L'objectif de notre étude est de préciser cette variabilité de réponse densitométrique et d'essayer d'en comprendre les raisons.

**Patients et Méthodes.** – Toutes les malades ménopausées, ayant une ostéoporose primitive, traitées par Denosumab (60 mg, sous cutané, une injection tous les 6 mois) dans notre centre de rhumatologie, de 2014 à 2015, ont été incluses dans ce travail prospectif ouvert. À T0, avant le début de traitement par Denosumab, étaient colligés: l'âge de la patiente, le type de fracture, les traitements antérieurs. À T0 et T1, après un an de traitement, étaient effectués: une DXA du rachis et de la hanche, un dosage des CTX et du 25OHD.

**Résultats.** – 63 malades de  $68,8 \pm 8,3$  ans ont été incluses. La médiane du nombre de traitements prescrits pour l'ostéoporose avant le switch par Denosumab était de 2,4. La durée médiane de traitement était de 7,2 ans. Le CTX avant le switch était à 219 pg/ml (131-379), le 25OHD à 25 ng/mL (18-42). Après un an de traitement, Le CTX était inférieur à 33 pg/ml (seuil minimal de notre trousse de dosage (IBS, Elisa)) chez toutes les malades. Le taux de 25OHD était de 36ng/mL (29-52). Le BMD médian au rachis augmentait de +5,44 % par rapport à T0. Le BMD médian à la hanche augmentait de +3,21 %. 14 malades du quartile supérieur (bons répondeurs) avaient un gain médian de BMD au rachis de + 11,07 % et de + 6,71 % à la hanche. 14 malades du quartile inférieur (non répondeurs) avaient un gain médian de BMD au rachis de + 0,6 % et de + 0,07 % à la hanche. Seule la durée des traitements antérieurs, plus importante dans le groupe non répondeur, différait entre ces deux groupes. Dans la cohorte totale, Le gain densitométrique au rachis était négativement corrélé à l'âge à l'inclusion ( $p = 0,04$ ), à la durée de traitement antérieur ( $p=0,02$ ) et positivement au taux de CTX ( $p = 0,05$ ).

**Discussion.** – Le gain densitométrique moyen obtenu chez nos patients est équivalent à celui objectivé par les études précédentes évaluant l'effet du Dénosumab administré après traitements par bisphosphonates (1,2). Mais, dans notre cohorte, un quart des malades ne répondent pas après un an de traitement. Il s'agit des malades dont la durée des traitements antérieurs était la plus importante. On sait, qu'avec le Dénosumab, l'efficacité anti fracturaire est fortement corrélée à l'effet densitométrique. Des études concernant des cohortes plus importantes pourraient permettre de savoir si le Dénosumab conserve une efficacité anti fracturaire chez les malades non répondeurs en DXA.

**Conclusion.** – La différence de gain densitométrique après un an de Denosumab est très importante. Elle en partie liée à la durée des traitements antérieurs et au niveau de résorption avant traitement.

**Conflit d'intérêt.** – Action ponctuelles de FMC pour AMGEN

#### Références

[1] Roux, C. et al. Denosumab compared with risedronate in postmenopausal women suboptimally adherent to alendronate therapy: efficacy and safety results from a randomized open-label study. *Bone* 58, 48–54 (2014).

[2] Kendler, D. L. et al. Effects of denosumab on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal women transitioning from alendronate therapy. *J. Bone Miner. Res.* 25, 72-81 (2010).

PE.Ma-063

### Prescription d'un traitement anti-ostéoporotique par le médecin généraliste au décours d'une fracture sévère dans une population gériatrique: étude observationnelle

MB. Douzille\* (1); R. Mahamdia (1); JL. Le Quintrec (1);

M. Herr (2)

(1) *Médecine Gériatrique 3, Hôpital Sainte-Périne, Paris;*

(2) *Département hospitalier d'épidémiologie et de santé publique, Hôpital Sainte Périne, Paris*

\*Auteur correspondant: mbdouzille@gmail.com

(MB. Douzille)

**Introduction.** – L'ostéoporose fracturaire augmente avec le vieillissement de la population mais est insuffisamment traitée. Même après fracture sévère, les prérequis au traitement anti-ostéoporotique ne permettent pas toujours de l'instaurer avant le retour au domicile. Cette étude observationnelle avait pour but d'évaluer la prescription d'un traitement anti-ostéoporotique par le médecin généraliste (MG) après la sortie d'un SSR ortho-gériatrique. Les caractéristiques des patients traités et non traités ont été comparées, les obstacles au traitement et les autres stratégies de prise en charge entreprises recueillis auprès du MG.

**Patients et Méthodes.** – Parmi les 387 patients hospitalisés pour fracture sévère entre janvier 2013 et septembre 2016 dans un SSR ortho-gériatrique, nous avons exclu 28 patients traités avant la fracture, 104 traités pendant l'hospitalisation et 130 ayant des critères d'exclusion (fracture pathologique, DFG < 30 mL/min, contre-indication au traitement). Nous avons inclus les 125 patients éligibles au traitement anti-ostéoporotique, contacté leur MG pour leur proposer l'envoi d'un questionnaire listant les obstacles au traitement et les autres stratégies de prise en charge.

**Résultats.** – Parmi les 125 patients, nous avons eu une réponse des MG de 92 patients et seulement 8 (8,7 %) d'entre eux étaient traités dont 7 (87,5 %) par bisphosphonates per os. Tous les patients traités étaient des femmes, d'âge moyen 84,9 ans (*versus* 86,6 ans pour les non traités) et aucune n'avaient de démence sévère. Elles prenaient en moyenne 10,4 médicaments *versus* 8,5 chez les non traités. Ces différences et celles des autres caractéristiques étudiées n'étaient pas significatives. Les principaux obstacles au traitement évoqués par les MG étaient pour 42 % de leurs patients les craintes des effets secondaires; pour 33 %: l'âge, la polymédication, les contre-indications au traitement; pour 25 %: la polyopathie, les troubles cognitifs, le refus du patient, la réalisation des soins dentaires, les difficultés de déplacement des patients et une pathologie ostéoporotique passant au second plan. Les autres stratégies de prise en charge (hygiéno-diététique, environnementales, des pathologies et facteurs pharmacologiques favorisant les chutes) étaient globalement moins entreprises dans le groupe non traité.

**Discussion.** – Il existe une insuffisance de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de l'ostéoporose fracturaire par les MG qui évoquent une balance bénéfico-risque en défaveur du traitement dans cette population âgée polypathologique.

**Conclusion.** – Cette étude incite à mettre en place un suivi type filière-fracture pour les patients non traités à la sortie d'hospitalisation, à privilégier les traitements injectables pour favoriser l'observance, à favoriser la diffusion des dernières recommandations sur le traitement de l'ostéoporose aux MG, pour améliorer leur perception du rapport bénéfico/risque des traitements anti-ostéoporotiques.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-064

### Évaluation de la composition corporelle post-chirurgie bariatrique à 6 mois, 12 mois et 24 mois

C. Ergand\* (1); JM. Laurent (2); P. Coquerelle (1); R. Degremont (3) (1) Rhumatologie, Centre Hospitalier de Béthune, Beuvry; (2) Nutrition, Centre Hospitalier de Béthune, Beuvry; (3) Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier de Béthune, Beuvry

\*Auteur correspondant: bourdon.camille@gmail.com (C. Ergand)

**Introduction.** – La chirurgie bariatrique est maintenant un traitement validé de l'obésité morbide. Les changements de la composition corporelle suite à ce genre de chirurgie ont été peu étudiés. Notre travail évalue les variations de la masse grasse, de la masse maigre et de la masse osseuse par DEXA scan à la suite d'une chirurgie bariatrique à 6 mois (T6), 12 mois (T12) et 24 mois (T24) de l'intervention.

**Matériels et méthodes.** – Etude observationnelle descriptive rétrospective monocentrique chez 66 patients opérés entre juillet 2014 et février 2017. 22 patients ont été exclus: 5 patients pour un poids >150 kg incompatible à l'évaluation par DEXA, 15 patients pour l'absence de DEXA pré-chirurgicale ou l'absence de DEXA comparative, 2 patients dont la DEXA a été réalisée après TOGD. Chaque patient inclus a bénéficié d'une DEXA (appareil Lunar Prodigy) avant l'intervention. 44 patients ont bénéficié d'une DEXA à T6; 32 ont bénéficié d'une DEXA à T6 et T12; 11 à T6, T12 et T24 avec calcul de la variation de la masse totale, masse maigre, masse grasse et masse osseuse par rapport à la DEXA précédente.

**Résultats.** – 44 patients (14 hommes, 30 femmes), opérés d'une sleeve gastrectomie (33 patients), d'un anneau gastrique (9 patients) ou d'un bypass (2 patients), d'une moyenne d'âge de 41,50 (± 8,20) ans, de poids moyen avant la chirurgie de 120,18 (± 12,44) kg et d'IMC moyen avant chirurgie à 41,73 kg/m<sup>2</sup> ont été inclus. Observation d'une perte de masse totale de T0 à T6 (-20,15 ± 7,55 kg), de T6 à T12 (-4,32 ± 5,15 kg), gain de masse totale de T12 à T24 (0,80 ± 2,04). Il existe une perte de masse grasse (respectivement -13,48 ± 5,40 kg de T0 à T6, -2,68 ± 4,70 kg de T6 à T12 et -1,81 ± 4,36 kg de T12 à T24). On observe une perte de masse maigre (-6,90 ± 2,83 kg de T0 à T6, -0,47 ± 2,14 kg de T6 à T12 et de -0,15 kg ± 1,90 kg de T12 à T24). On note initialement un gain de masse osseuse (+0,18 ± 0,13 kg de T0 à T6), ayant tendance à se stabiliser par la suite. Pour mémoire, on objective une tendance à la diminution de la densité minérale osseuse (-0,01 ± 0,03 g/cm<sup>2</sup> de T0 à T6, -0,18 ± 0,30 g/cm<sup>2</sup> de T12 à T24).

**Discussion.** – La perte de masse grasse et de masse maigre semble maximale à T6 puis paraît s'épuiser à partir de T12. La perte de masse grasse est environ deux fois supérieure à la perte de masse maigre. La perte de masse maigre dans les suites de la chirurgie est inévitable et pose la question des conséquences en termes de morbi-mortalité. D'allure contradictoire, notre étude met en évidence une tendance à la diminution de la densité minérale osseuse associée à un gain de masse osseuse initialement dont l'explication en première hypothèse serait une meilleure acquisition osseuse par la DEXA après la perte de poids.

**Conclusion.** – Notre évaluation de la composition corporelle par DEXA en post chirurgie bariatrique à T6, T12 et T24 objective une perte de masse grasse et de masse maigre maximale à T6 puis se stabilisant jusqu'à T24 associée à un retentissement osseux beaucoup plus modéré.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-065

### Tolérance du dénosumab dans une population de patients transplantés rénaux

S. Doddoli\* (1); P. Lafforgue (1); T. Pham (1) (1) Rhumatologie, Hôpital Public (Hôpital Sainte-Marguerite), Marseille

\*Auteur correspondant: sonia.doddoli@wanadoo.fr (S. Doddoli)

**Introduction.** – La tolérance du Denosumab, un anticorps anti RANKL développé en traitement de l'ostéoporose et prévention des frac-

tures reste encore mal connue chez les patients transplantés rénaux. Notre objectif était d'évaluer sa tolérance clinique et biologique. **Matériels et méthodes.** – Étude monocentrique observationnelle prospective.

Les critères d'inclusion étaient: transplanté rénal âgé <sup>3</sup> 18 ans ayant reçu au moins une injection sous-cutanée de 60 mg de Denosumab. Un recueil a été réalisé tous les 6 mois des données de tolérance clinique et biologique: infection, réaction au site d'injection, dosage de la créatininémie, de la calcémie, de la 1-25 [OH] vitamine et de la parathormone (PTH).

**Résultats.** – Quarante-six patients ont été inclus entre avril 2014 et juin 2017. La médiane de suivi était de 7 mois (0-30mois).

À l'inclusion, les principales caractéristiques étaient: sexe masculin: 41 %, âge: 60,5 ans, IMC: 24 kg/m<sup>2</sup>, durée de transplantation: 7,6 ans, données ostéodensitométriques avec T-score moyen (en DS) au rachis lombaire: -2,4, à la hanche totale: -2,33, au col fémoral: -2,63, taux de créatininémie: 132,9 mmol/L, DFG (CKD<sub>epi</sub>): 48,04 mL/min, calcémie: 2,33 mmol/L, vitamine D: 89,8nmol/L, PTH: 104,6 ng/l.

Quatre patients avaient au moins 1 fracture vertébrale. Tous recevaient la prednisolone entre 5 et 7,5 mg/j et une supplémentation en vitamine D.

Au cours du suivi, il n'y a eu ni défaillance du greffon, ni décès, ni effet indésirable inattendu. Une patiente a eu une fracture d'un métatarsien pendant le suivi. Une autre patiente a présenté un effet indésirable infectieux: kyste abcédé en regard de la cicatrice du greffon, 4 ans après la greffe, ayant bien évolué sous antibiotique et évacuation chirurgicale. Augun germe n'a été identifié.

On n'observe pas de variation de la créatininémie entre l'inclusion et un an pour la majorité des patients (DFG moyen à la fin du suivi: 45,6 mL/min). Cependant, 11 patients ont eu une aggravation de leur fonction rénale, dont la plus sévère: 244 vs 344mmol/L. Il s'agissait d'un patient greffé à l'âge de 21 ans et ayant des antécédents coronariens.

Les chiffres de DFG varient de -25 mL/min à + 13 mL/min avec une variation moyenne de -2,3 mL/min à un an.

Aucune hypocalcémie n'a été observée.

Trois patients ayant une PTH initiale normale ont présenté une hyperparathyroïdisme à un an.

Parmi 16 patients avec une hyperparathyroïdisme initiale (moyenne de 116,4 ng/L), 10 patients se sont aggravés à un an (PTH moyenne: 178 ng/mL). Parmi eux, 5 patients ont doublé leur taux initial.

Le taux moyen de 1-25OH vitD à un an est de 88,2 nmol/L.

Treize patients avaient un taux final < 75 nmol/L. Parmi les patients ayant une hyperparathormonémie (HPT) à un an, 7 cas ne s'associent pas à une hypovitaminose D.

**Conclusion.** – Nos résultats suggèrent que le Denosumab est bien toléré chez les transplantés rénaux. Nous n'avons pas observé une augmentation des taux d'infection ni hypocalcémie. En revanche, nous rapportons des hyperparathormonémies (de novo ou aggravations d'HPT pré-traitement).

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-066

### Statut phosphocalcique en hémodialyse chronique: évaluation de l'adhésion aux recommandations K/DOQI ET KDIGO

Y. Ben Ariba\* (1); Z. Elloumi (2); N. Boussetta (1); R. Dhahri (1); B. Arfaoui (1); B. Louzir (1); J. Labidi (1); S. Othmani (1) (1) Médecine Interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Néphrologie, Hôpital Régional El Kef, El Kef, Tunisie

\*Auteur correspondant: yosrabenariba@yahoo.fr (Y. Ben Ariba)

**Introduction.** – En hémodialyse chronique, les troubles du métabolisme minéral et osseux sont associés aux risques de fractures, calcifications vasculaires et une morbi-mortalité élevée. Ces troubles débutent précocement au cours de l'insuffisance rénale chronique et



justifient une prévention et un traitement adaptés aux recommandations des sociétés savantes.

L'objectif de notre étude était de déterminer le statut phosphocalcique, d'évaluer le taux d'adhésion aux recommandations K/DOQI et KDIGO.

*Patients et Méthodes.* – Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur 62 malades hémodialysés chroniques durant une période allant de Mai à août 2014.

*Résultats.* – Dans notre étude, l'âge moyen était de 55 ans et le sexe ratio H/F de 1,69. Les pourcentages des patients ayant des données phosphocalciques conformes aux cibles K/DOQI étaient de 33,8 %, 51,6 %, 82,2 %, et 21 % des cas respectivement pour la calcémie, la phosphorémie, le produit phosphocalcique et la PTH 1-84. La conformité des indicateurs du bilan phosphocalcique chez nos patients hémodialysés chroniques par rapport aux recommandations KDIGO était de l'ordre de 58,1 % pour la calcémie, 43,5 % pour la phosphorémie et 54,3 % pour le PTH 1-84. Les patients répondant simultanément aux quatre critères recommandés par les K/DOQI n'étaient que 5 patients (8,1 %). À l'inverse, 9 patients (14,5 %) répondaient aux recommandations KDIGO.

*Conclusion.* – Cette étude a confirmé que l'adhésion aux recommandations K/DOQI et KDIGO n'est que partiel et limité. L'amélioration du taux d'adhésion permet d'éviter en partie la formation de calcifications vasculaires et lutter contre le risque de survenue d'incidents cardiovasculaires.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-067

### Particularités de l'atteinte rhumatologiques chez les hémodialysés chroniques

Y. Ben Ariba\* (1); Z. Elloumi (2); N. Boussetta (1); B. Arfaoui (1); R. Dhahri (1); B. Louzir (1); J. Labidi (1); S. Othmani (1)  
(1) Médecine Interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Néphrologie, Hôpital Régional El Kef, El Kef, Tunisie  
\*Auteur correspondant: yosrabenariba@yahoo.fr (Y. Ben Ariba)

*Introduction.* – L'atteinte rhumatologique est fréquente chez les hémodialysés chroniques variant de 42 à 72 %. L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence de ces manifestations rhumatologiques et ses caractéristiques cliniques et paracliniques au cours de l'hémodialyse chronique.

*Patients et Méthodes.* – Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive portant sur 62 malades en insuffisance rénale chronique terminale traités par hémodialyse chronique durant la période Mai et août 2014.

*Résultats.* – Il s'agissait de 62 dialysés chroniques âgés en moyenne de 55 ans, 39 hommes et 23 femmes. Trente-deux patients étaient tabagiques et 16 éthyliques. Dix patients étaient sous corticoïdes au long cours et 21 patientes étaient ménopausées. Les principaux antécédents relevés dans notre étude étaient l'hypertension artérielle, le diabète et la dyslipidémie dans respectivement 74 %, 19 % et 6 %. L'ancienneté en hémodialyse variait de 7 à 429 mois avec une moyenne de 100,6 mois. Le poids moyen de nos malades était de 65,6 kg, la taille moyenne était de 1,62 m. La valeur moyenne de l'IMC 2 était de 24,9 kg/m<sup>2</sup>. Les principales manifestations ostéo-articulaires de nos patients étaient comme suit: arthralgies (16 cas), douleurs osseuses (21 cas), douleurs vertébrales (18 cas), douleurs radiculaires (5 cas). Un patient avait des déformations des membres inférieurs et 3 avaient une impotence fonctionnelle dont 2 aux antécédents d'accident vasculaire cérébral ischémique. Les autres manifestations étaient des acroparesthésies chez 19 patients, des myalgies dans 8 cas et des calcifications tissulaires dans 2 cas. Des talalgies et des tendinites étaient notées dans 3 cas chacune. Sur le plan biologique, la calcémie, la phosphorémie et la PTH moyennes étaient respectivement de 2,15 mmol/l, 1,54 mmol/l et 414,6 pg/ml. Les données radiologiques montraient que 36 patients avaient une déminéralisation osseuse, 3 des résorptions sous périostées, 2 des

résorptions de des houppes phalangiennes et un seul patient avait un aspect sel et poivre à la radiographie du crâne. Quinze patients avaient des calcifications vasculaires, 13 des tassements vertébraux, 3 des fractures pathologiques et 5 des tumeurs brunes. L'échographie cervicale était réalisée chez 29 patients, elle était normale dans 24 cas, et montrait une hyperplasie des glandes parathyroïdes et des nodules dans respectivement 3 et 2 cas.

*Conclusion.* – Les manifestations ostéo-articulaires constituent l'une des principales causes de limitation du pronostic fonctionnel chez les hémodialysés. Une prise en charge multidisciplinaire entre le néphrologue, le rhumatologue, le chirurgien orthopédiste et le kinésithérapeute s'avère nécessaire.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-068

### Ostéoporose en hémodialyse: quels facteurs derisque?

Y. Ben Ariba\* (1); Z. Elloumi (2); N. Boussetta (1); R. Dhahri (1); B. Louzir (1); J. Labidi (1); S. Othmani (1)  
(1) Médecine Interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Néphrologie, Hôpital Régional El Kef, El Kef, Tunisie  
\*Auteur correspondant: yosrabenariba@yahoo.fr (Y. Ben Ariba)

*Introduction.* – L'os de l'hémodialyse chronique est un os fragile. L'ostéoporose (OP) représente un important enjeu de santé des dialysés chroniques du fait de sa morbidité et sa mortalité relative au risque fracturaire. Le but de notre étude était d'étudier la prévalence de l'OP et de préciser les facteurs de risque de survenue d'un OP trabéculaire.

*Patients et Méthodes.* – Étude transversale monocentrique entre Mai et août 2014 réalisée chez 65 patients hémodialysés. Les mesures de la densité osseuse ont été effectuées une fois au cours de l'étude au moment de l'inclusion des patients. Les sites examinés sont le rachis, les 2 hanches et l'avant-bras. Les valeurs absolues de mesure de la DMO sont converties pour chaque site en T-score utilisé pour la définition de l'ostéopénie (T-score entre -1 et -2,5) et l'ostéoporose (T-score inférieur à -2,5) selon la définition de l'OMS.

*Résultats.* – La DMO a été pratiquée chez 45 patients. La DMO moyenne était de 1,33 ± 0,2 g/cm<sup>2</sup> au rachis lombaire, de 0,92 ± 0,2 g/cm<sup>2</sup> au col fémoral gauche et de 0,93 ± 0,2 g/cm<sup>2</sup> au col fémoral droit avec un T-score moyen respectif de -0,79 ± 1,9 DS, -1,16 ± 1,6 DS et -1,09 ± 1,7 DS. Nous avons noté une ostéoporose dans 33,3 % et une ostéopénie dans 37,8 % des cas. Les facteurs corrélés au risque de survenue d'une ostéoporose trabéculaire chez nos patients étaient le sexe féminin, le faible poids, la petite taille et les valeurs de parathormone et de CRP élevées.

*Conclusion.* – L'hémodialysé chronique est plus exposé au risque d'ostéoporose. Plusieurs facteurs de survenue d'OP ont été décrits dans la littérature. Notre étude a confirmé que le sexe féminin, un indice de masse corporelle bas, une hyperparathyroïdie sont des facteurs de risque de survenue d'OP.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-069

### Évaluation du ressenti de la filière fracture et de la prise en charge de l'ostéoporose fracturaire par les médecins généralistes

B. Narala (1); A. Portier\* (1); G. Rajzbaum (1)  
(1) Service de rhumatologie, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris

\*Auteur correspondant: agnesdanre@hotmail.com (A. Portier)

*Introduction.* – La prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'ostéoporose reste insuffisante actuellement. Une filière fracture a été mise en place depuis fin 2015 par le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (GHPSJ) pour améliorer le management des patients

consultant pour fracture ostéoporotique. L'objectif est ici de comprendre la prise en charge actuelle de l'ostéoporose fracturaire en médecine générale libérale en vue d'optimiser le lien hôpital-ville.

**Patients et Méthodes.** – Étude qualitative monocentrique menée par le biais d'un questionnaire en ligne destiné aux médecins généralistes (MG) des patients ayant bénéficié d'une prise en charge par la filière fracture du GHPSJ de décembre 2015 à décembre 2016 et ayant reçu un traitement anti ostéoporotique. Après un premier contact téléphonique avec les MG, le questionnaire était envoyé par courrier électronique. En cas de non-réponse, deux courriers électroniques de relance étaient envoyés à 14 jours d'intervalle.

**Résultats.** – Cinquante-deux médecins généralistes ont participé à l'étude. Parmi les MG interrogés, 92,3 % considéraient l'ostéoporose fracturaire comme une maladie et 65,4 % la considéraient comme une pathologie grave ou sévère. Seulement 23,1 % des MG interrogés déclaraient connaître les dernières recommandations du GRIO concernant l'ostéoporose. Quarante pour cent des MG interrogés demandaient un avis rhumatologique avant de débuter un traitement anti ostéoporotique. La majorité des MG interrogés estimait avoir été l'initiateur d'un traitement antiostéoporotique pour moins de 50 % de leurs patients. Seulement 26,9 % des MG interrogés connaissaient la filière fracture du GHPSJ et 88,5 % déclaraient que le rôle de la filière fracture est utile essentiellement car l'ostéoporose est une pathologie sous traitée. À l'opposé, 11,5 % des MG interrogés considéraient la filière comme étant inutile, principalement du fait d'un fonctionnement centré sur l'ostéoporose et non sur la globalité du patient avec ses comorbidités et médications associées. Soixante neuf pour cent des MG interrogés étaient demandeurs d'un lien de communication direct avec la filière fracture ou d'un numéro téléphonique direct pour un avis rhumatologique hospitalier, dans le but de favoriser une meilleure prise en charge.

**Discussion.** – L'ostéoporose est globalement considérée comme une maladie sévère. Cependant, les dernières recommandations du GRIO ne sont pas acquises et l'introduction d'un traitement anti ostéoporotique est dans la majorité des cas effectuée via un avis rhumatologique au préalable. Malgré les efforts mis en place, la filière fracture du GHPSJ reste peu connue par les MG correspondants. Son rôle est bien perçu dans la majorité des cas, mais reste incompris ou critiqué par certains.

**Conclusion.** – L'ostéoporose est une pathologie complexe, encore sous diagnostiquée et sous traitée. Une meilleure communication ville-hôpital autour de la filière fracture du GHPSJ est requise pour en améliorer la prise en charge.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-070

### **L'analyse protéomique du sécrétome des ostéoblastes fournis de nouvelles indications sur les mécanismes de la sclérose sous-chondrale dans l'arthrose**

C. Sanchez\* (1); G. Mazzucchelli (2); C. Lambert (1); F. Comblain (1); E. De Pauw (2); Y. Henrotin (1)

(1) Unité de recherche sur l'os et le cartilage, Université de Liège, Liège, Belgique; (2) Laboratoire de spectrométrie de masse, Université de Liège, Liège, Belgique

\*Auteur correspondant: christelle.sanchez@ulg.ac.be (C. Sanchez)

**Introduction.** – L'arthrose est caractérisée par la dégradation du cartilage mais également par la modification des autres tissus de l'articulation, comme la sclérose de l'os sous-chondral. Dans cette étude, nous avons utilisé une approche protéomique pour comparer le sécrétome des ostéoblastes provenant des zones non sclérosées (NSC) et sclérosées (SC) de l'os sous-chondral arthrosique.

**Matériels et méthodes.** – Les sécrétomes ont été analysés en utilisant l'analyse différentielle quantitative et relative sans marquage sur le système nanoUPLC G2 HDMS (Waters, Manchester, Angleterre). Les ARNm exprimés différemment entre NSC et SC ont été quantifiés par

RT-PCR et les protéines analysées par western-blot et immunodosages.

**Résultats.** – Cent soixante-quinze protéines ont été identifiées dans le sécrétome des ostéoblastes NSC. Treize protéines étaient significativement moins sécrétées (l'ostéomoduline, le CSF-1, l'IGFBP5, le VCAM-1, l'IGF2, le 78 kDa glucose-regulated protein, le versicane, la calumenine, l'IGFBP2, la thrombospondine-4, la périostine, le reticulocalbin 1 et l'ostéonectine), et 12 plus sécrétées (CHI3L1, la fibuline-3, la SERPIN E2, l'IGFBP6, le SH3BGRL3, la SERPIN E1, le reticulocalbin3, l'alpha-2-HS-glycoprotéine, le TIMP-2, l'IGFBP3, le TIMP-1, la SERPIN F1) par les ostéoblastes SC que ceux NSC. Des changements similaires dans les taux d'ARNm ont été observés pour la périostine, l'ostéomoduline, la SERPIN E1, l'IGFBP6, la fibuline-3 et la CHI3L1. Enfin, pour l'ostéomoduline et des séquences spécifiques de la fibuline-3, ces modifications ont été confirmées par western blot et par immunodosages dans des séra et des milieux de culture conditionnés par les ostéoblastes.

**Discussion.** – Nous avons observé des différences de sécrétion pour de nombreuses protéines entre les ostéoblastes des zones sclérosées et non sclérosées de l'os sous-chondral arthrosique. Ces changements contribuent à expliquer certaines modifications structurales telles que l'augmentation du remodelage osseux ou une minéralisation anormale observées dans ces zones. Parmi les protéines identifiées, l'ostéomoduline est diminuée et la fibuline-3 augmentée dans les séra de patients arthrosiques en comparaison aux personnes non-arthrosiques.

**Conclusion.** – Ces résultats suggèrent que l'ostéomoduline et les fragments de fibuline-3 pourraient être des biomarqueurs de détection précoce des changements métaboliques observés au niveau de l'os sous-chondral arthrosique.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-071

### **Devenir du traitement à un an chez les patientes traitées dans le cadre d'une filière primaire et secondaire d'ostéoporose**

P. Boussard (1); G. Cormier\* (1); M. Caulier (1); S. Varin (1); V. André (1); G. Tanguy (1); J. Dimet (2); C. Cozic (1)

(1) Rhumatologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon; (2) Unité de recherche clinique, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr (G.Cormier)

**Introduction.** – La filière ADOV a été mise en place à partir de mars 2013 au CHD Vendée. Il s'agit d'une filière originale car réalisant à la fois un dépistage primaire et secondaire. Les patientes sont donc dépistées quelque soit leur statut fracturaire sur la base d'un questionnaire de facteurs de risque d'ostéoporose réalisée par une IDE. Une amélioration du dépistage a été notée dans le cadre de cette filière mais qu'en est-il de l'observance thérapeutique? Notre étude consistait donc à évaluer le devenir du traitement à 1 an.

**Patients et Méthodes.** – Les patientes chez qui un traitement a été initié entre mars 2013 et mars 2014 ont été recontacté pour la réalisation d'un questionnaire téléphonique.

**Résultats.** – 123 femmes âgées de 50 à 80 ans ont eu une indication à être traitées sur cette période. Elles ont soit reçu une ordonnance en main propre, soit un courrier a été envoyé au médecin traitant afin qu'il initie le traitement. Sur les 123 patientes, nous avons pu obtenir 82 réponses. Parmi ces 82 patientes, 60 patientes avaient reçu une ordonnance en main propre lors de la consultation avec le rhumatologue. 49 patientes ont initiées le traitement et 35 patientes prenaient encore leur traitement à 1 an. L'observance dans notre filière rapportée sur les 82 patientes est donc de 42,7 %. Lorsque l'observance est calculée à partir des patientes ayant reçu en main propre leur ordonnance l'observance est de 58,3 %. La persistance du traitement à un an est meilleure évaluée à 71,4 %. La première cause d'arrêt rapportée est le non renouvellement par le médecin traitant.

Aucun paramètre prédictif d'une bonne observance n'a pu être retrouvé, y compris les antécédents fracturaires. L'observance des règles hygiéno-diététiques est également faible puisque seulement 38 % réalisent une activité physique et 48 % ont majoré leurs apports calciques initialement insuffisants.

**Discussion.** – L'observance dans les filières est rapportée comme plus élevée qu'hors filière. Pour autant nos résultats sont décevants et inférieurs aux chiffres rapportés par d'autres filières dans la littérature. Pourtant les patientes ont été vues à la fois par une IDE qui a débuté une éducation puis en consultation rhumatologique. La non remise en main propre du traitement, souvent lié à la nécessité d'un bilan biologique complémentaire préalable et d'une consultation dentaire est un frein au commencement du traitement. Outre les difficultés de prise en charge par les médecins généralistes, la crainte des effets secondaires et la mauvaise perception du risque ostéoporotique jouent un rôle majeur dans la non observance chez nos patientes. Pour beaucoup de patientes, la supplémentation calcique reste le seul traitement de l'ostéoporose.

**Conclusion.** – Notre filière a donc permis d'augmenter le dépistage, mais n'a pas permis d'améliorer l'observance. L'évaluation de l'observance thérapeutique même au cours d'une filière reste donc indispensable. Des améliorations seront donc à apporter telle que la création d'un HDJ avec une ETP plus approfondie, un meilleur suivi des patientes ostéoporotiques, une meilleure interaction avec la médecine de ville. Ceci pourrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-072

### **Spondylodiscite tuberculeuse après BCGthérapie**

CD. NGUYEN\* (1); T. Pascart (1); V. Ducoulombier (2);

E.Houvenagel (2)

(1) Rhumatologie, Hôpital Roger Salengro, Lille; (2) Service de Rhumatologie, Hôpital Saint Philibert, Lomme

\*Auteur correspondant: chiduc.nguyen@free.fr (CD. NGUYEN)

**Introduction.** – L'instillation endo-vésicale de bacilles de Calmette et Guérin (BCG) est un traitement fréquemment utilisé dans les carcinomes superficiels de vessie. Les complications locales sont fréquentes, alors que les complications systémiques restent rares. [1] Nous rapportons le cas d'un patient présentant un antécédent de carcinome vésical, traité par BCG-thérapie, ayant présenté une spondylodiscite tuberculeuse.

**Observation.** – Il s'agit d'un patient de 77 ans, aux antécédents d'adénocarcinome gastrique et d'éthylisme chronique. Il a présenté un carcinome urothélial papillaire de vessie (stade pTa de haut grade) en 2011, traité par résection endo-urétrale en juillet 2011, suivie d'une BCG-thérapie de 2011 à 2014. Il rapportait un tableau de lombalgies d'horaires inflammatoires évoluant depuis 2016, sans radiculalgie. Il n'y avait pas d'altération de l'état général. On notait une fièvre à 38,2 °C, associée à un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 126 mg/l). L'IRM du rachis mettait en évidence une spondylodiscite L4-L5 avec une collection développée dans l'espace épidual, engainant les racines L5 et S1 droites. Les hémocultures étaient stériles et le quantiféron était négatif. Une biopsie disco-vertébrale a été réalisée, mettant en évidence des bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct, la PCR mycobactéries du complexe tuberculosis était positive. La recherche d'un terrain d'immunodépression était sans particularité (sérologie VIH négative, immunophénotypage lymphocytaire sans particularité, pas d'hypogammaglobulinémie, pas d'hypocomplémentémie). Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne retrouvait pas d'autre localisation tuberculeuse. Nous avons introduit une antibiothérapie par ISONIAZIDE, RIFAMPICINE et ETHAMBUTOL. L'évolution a été favorable avec une diminution des douleurs, régression de la fièvre et du syndrome inflammatoire biologique.

**Discussion.** – Le diagnostic de spondylodiscite tuberculeuse L4-L5 avec abcès a été retenu devant les résultats de l'examen direct et de la PCR sur les prélèvements de la biopsie disco-vertébrale. On retrouvait comme porte d'entrée la BCG-thérapie réalisée de 2011 à 2014 pour un carcinome urothélial de vessie pTa. Devant l'existence d'une résistance naturelle du BCG au PYRAZINAMIDE, nous avons traité le patient par trithérapie (ISONIAZIDE, RIFAMPICINE, ETHAMBUTOL) pendant 3 mois, suivie d'une bithérapie pour une durée totale de 12 mois. On retrouve, dans la littérature, 17 cas de spondylodiscites tuberculeuses survenues dans les suites d'une BCG-thérapie [2]. L'évolution était favorable avec l'antibiothérapie, sans recours à la chirurgie, dans 9 cas sur 17. On retrouve dans la plupart des cas, une notion de brèche de la de la muqueuse vésicale. Tous les cas sont survenues chez des hommes, possiblement en rapport avec l'existence d'un plexus veineux prostatique, favorisant la dissémination hématogène [2].

**Conclusion.** – Les spondylodiscites tuberculeuses survenant après BCG-thérapie par instillation intra-vésicale sont rares, mais leur existence doit être connue. La particularité de ces spondylodiscites réside dans la résistance naturelle du BCG au pyrazinamide. Le sexe masculin et l'existence de brèches muqueuses sont des facteurs favorisant l'infection. D'autres études sont nécessaires pour identifier les autres facteurs de risques, afin d'optimiser la surveillance des patients ayant bénéficié d'une BCG-thérapie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Mackel CE, Burke SM, Huhta T, Riesenburger R, Weller SJ. Mycobacterial Osteomyelitis of the Spine Following Intravesical BCG Therapy for Bladder Cancer. *Cureus* 2016;8:e545.
- [2] Asín MAPJ, Fernández-Ruiz M, López-Medrano F, Lumbreras C, Tejido Á, Juan RS, et al. Bacillus Calmette-Guérin (BCG) Infection Following Intravesical BCG Administration as Adjunctive Therapy For Bladder Cancer: Incidence, Risk Factors, and Outcome in a Single-Institution Series and Review of the Literature. *Medicine* 2014;93.

PE.Ma-073

### **Prédiction des rechutes par l'IRM et également par le score HAQ-DI, suite à l'arrêt de tous les traitements chez les patients naïfs de méthotrexate présentant une PR en rémission après 12 mois de traitement par abatacept, pour l'étude AVERT**

B. Combe\* (1); HA. Ahmad (2); JF. Baker (3); M. Østergaard (4); P. Emery (5); TW. Huizinga (6); J. Ye (7); S. Banerjee (8); P. Conaghan (5)

(1) Service d'Immuno-Rhumatologie, C.H.U. Lapeyronie, Montpellier;

(2) Immunoscience, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis;

(3) Perelman school of medicine, University of Pennsylvania,

Philadelphia, États-Unis; (4) Department de rhumatologie,

Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Danemark;

(5) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique,

Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni; (6) Département de

rhumatologie, Centre Médical Universitaire de Leiden, Leiden, Pays-

Bas; (7) Biostatistiques, Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison;

(8) Tbd, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis

\*Auteur correspondant: b-combe@chu-montpellier.fr (B. Combe)

**Introduction.** – Les facteurs prédictifs d'une rechute ont besoin d'être identifiés pour guider la décision d'un arrêt de traitement chez les patients (PTS) avec une PR ayant atteint le stade de rémission sous traitement. L'étude AVERT était un essai de phase IIIb, randomisé, contrôlé, portant sur des PTS présentant une PR récente. Après 12 mois de traitement en double aveugle avec Abatacept (ABA) +MTX ou ABA ou MTX en monothérapie, les PTS ayant un DAS28 [CRP] < 3,2 pouvaient arrêter tous les traitements pendant une période de 12 mois.

**Patients et Méthodes.** – La synovite, l'érosion, l'œdème osseux de la main dominante ont été mesurés au mois 12 par IRM, via le score



RAMRIS. Les caractéristiques des PTS (douleur, âge, poids, HAQ-DI) étaient enregistrées au mois 12. L'influence de ces facteurs sur la proportion de PTS ayant rechuté au mois 18 et 24 a été évalué (doublement du TJC28 et SJC 28, et une augmentation du DAS28 [CRP]  $\geq 1,2$  par rapport au mois 12).

**Résultats.** – Un total de 172 PTS en rémission DAS28 (DAS28 [CRP] <2,6) au mois 12 dans n'importe quel groupe de traitement était inclus dans l'analyse. Le nombre de PTS ayant rechuté au mois 18 et au mois 24 était de 100 et 113, respectivement. Sur l'ensemble des caractéristiques des PTS, des facteurs de l'activité de la maladie et d'imagerie analysés au mois 12, seuls les scores de synovite, de l'érosion et des œdèmes à l'IRM, ainsi que le score HAQ-DI étaient significativement associés à la rechute ( $p < 0,05$ ) au mois 18 et 24 (Tableau).

Score	PTS avec vs sans rechute à 18 mois		PTS avec vs sans rechute à 24 mois	
	Différence estimée des scores à 12 mois (95 % IC)	p	Différence estimée des scores à 12 mois (95 % IC)	p
Synovite IRM	1,051 (0,291, 1,810)	0,0070	1,088 (0,256, 1,920)	0,0107
Erosion IRM	3,244 (1,694, 4,795)	< 0,0001	3,076 (1,550, 4,601)	0,0001
Œdème IRM	1,503 (0,650, 2,356)	0,0007	1,423 (0,644, 2,202)	0,0004
HAQ-DI	0,194 (0,050, 0,338)	0,0088	0,201 (0,050, 0,353)	0,0095

\*18 mois: 92 avec rechute, 63 sans rechute; 24 mois: 103 avec rechute, 52 sans rechute

**Conclusion.** – Les scores HAQ-DI et IRM chez les PTS en rémission DAS 28 pourraient prédire une rechute clinique aux mois 6 et 12 après arrêt complet des traitements lors de l'étude AVERT. La décision clinique d'arrêter les traitements chez les PTS naïfs au MTX ayant une PR en rémission pourrait nécessiter une évaluation de l'imagerie et de la fonction physique avant l'arrêt du médicament.

**Conflit d'intérêt.** – B.C.: a reçu des honoraires de Abbvie, BMS, Lilly, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, Sanofi, UCB

H. A. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb,

J. B.: Aucun conflit d'intérêt

M. Ø. Subvention pour la recherche: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Janssen, Merck, Speakers bureau: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Celgene, Eli Lilly, Centocor, GSK, Hospira, Janssen, Merck, Mundipharma, Novartis, Novo Nordisk, Orion, Pfizer, Regeneron, Schering-Plough, Roche, Takeda, UCB, Wyeth

P. E. Subvention pour la recherche: AbbVie, Merck, Pfizer, Roche, Frais de consultation ou toute autre rémunération: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Merck, Pfizer, Roche, Lilly, Novartis, Samsung Bioepis,

T. H. Subvention pour la recherche: EU & Dutch Arthritis Foundation, Frais de consultation ou toute autre rémunération: Abbott Laboratories, Biotest AG, Bristol-Myers Squibb, Crescendo Biosciences, Inc, Novartis Pharmaceuticals Corporation, Pfizer Inc, Roche, sanofi-aventis, Schering-Plough, UCB, Inc., Eli Lilly, Speakers: Abbott Laboratories, Biotest AG, Bristol-Myers Squibb, Novartis Pharmaceuticals Corporation, Pfizer Inc, Roche, sanofi-aventis, Schering-Plough,

J. Y. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi: Bristol-Myers Squibb,

P. C. Subvention pour la recherche: Bristol-Myers Squibb, Frais de

consultation ou toute autre rémunération: AbbVie, Lilly, Novartis, Pfizer, Speakers: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Roche.

**Références**

[1] Emery P, et al. Ann Rheum Dis 2015;74:19–26.

[2] Abstract original © par EULAR/BMJ. Présenté pour la première fois à la conférence «EULAR 2017» et publié dans Ann Rheu Dis 2017; 75 (suppl. 2), p. 240. Toute reproduction, utilisation commerciale ou éducative doit faire référence à la publication d'origine (ARD/BMJ).

PE.Ma-074

**Résultats d'efficacité et de tolérance à 52 semaines de SPIRIT-P1: une étude de phase 3 d'ixekizumab chez des patients atteints de rhumatisme psoriasique actif**

A. Cantagrel\* (1); P. Mease (2); M. Okada (3); M. Kishimoto (3); CL.Schuler (4); H. Carlier (5); CY. Lin (4); J. Mou (6); SR. Moriarty (7); CH. Lee (4); D. Gladman (8)

(1) (non auteur, présentateur seulement), Hôpital Purpan, Toulouse; (2) Rhumatologie, Swedish Medical Center et University of Washington, Seattle, États-Unis; (3) Immuno-rheumatology center, Hôpital International St Luke, Tokyo, Japon; (4) Department of rheumatology, Eli Lilly & Company, Indianapolis, États-Unis; (5) Emergency medical care, emergency medicine, traumatology, Eli Lilly & Company, Indianapolis, États-Unis; (6) Statistics department, Eli Lilly & Company, Indianapolis, États-Unis; (7) Global patient safety, Eli Lilly & Company, Indianapolis, États-Unis; (8) Division of health care & outcomes research, Institut de recherche Toronto Western, Toronto, Canada

\*Auteur correspondant: cantagrel.a@chu-toulouse.fr (A. Cantagrel)

**Introduction.** – Ixekizumab est un anticorps monoclonal à haute affinité qui cible sélectivement l'interleukine-17A. Dans cette étude de phase 3 (SPIRIT-P1), ixekizumab était supérieur au placebo sur l'amélioration de critères articulaires et cutanés à la semaine 24 chez des patients naïfs de traitements de fond biologiques présentant un rhumatisme psoriasique actif. Les analyses rapportées ont eu pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance d'ixekizumab sur une période de 52 semaines chez des patients atteints de rhumatisme psoriasique actif.

**Patients et Méthodes.** – Au total, 417 patients naïfs de traitements de fond biologiques atteints de rhumatisme psoriasique actif ont été randomisés 1:1:1:1 pour recevoir ixekizumab 80 mg une fois toutes les 4 semaines (Q4W) ou 2 semaines (Q2W) après une dose initiale de 160 mg, adalimumab 40 mg Q2W, ou un placebo (tous en injection sous-cutanée) pendant la période de traitement en double aveugle (semaines 0 à 24). Parmi eux, 381 patients ont complété la période de traitement en double aveugle et sont entrés dans la période d'extension (semaines 24 à 52) où ils ont reçu ixekizumab Q4W ou ixekizumab Q2W 80 mg. Les données d'efficacité et de tolérance sont présentées pour les patients de la population de la période d'extension qui ont reçu ixekizumab Q4W ou ixekizumab Q2W dès l'inclusion. Les valeurs manquantes ont été imputées en «non-réponse» pour les données catégorielles et en «donnée remplacée par la valeur à l'inclusion» (modified baseline observation carried forward) pour les variables continues.

**Résultats.** – Un total de 304 patients a complété la période d'extension. À la semaine 52, pour les groupes ixekizumab Q4W/ixekizumab Q4W et ixekizumab Q2W/ixekizumab Q2W traités par ixekizumab pendant 52 semaines, les taux de réponse ACR (American College of Rheumatology) 20/50/70 étaient respectivement de 69,1/54,6/39,2 % et de 68,8/53,1/39,6 %, les scores Psoriasis Area and Severity Index 75/90/100 étaient de 78,8/66,7/56,1 % et de 81,8/78,2/67,3 %, et le score d'évaluation clinique du patient par le médecin à 0 (sPGA, 0 ou 1) (0) était de 81,3/60,4 % et de 78,4/62,2 %. Pour les groupes ixekizumab Q4W/ixekizumab Q4W et ixekizumab Q2W/ixekizumab Q2W, de l'inclusion à la semaine 52, l'évolution du pour-

centage de la surface corporelle (BSA) affectée par le psoriasis, était de -13,5 et -9,3, et pour l'indice de gravité de l'atteinte unguéale (NAPSI) de -16,5 et -21,6. La fréquence des événements indésirables liés au traitement durant la période d'extension était similaire à celle de la période de traitement en double aveugle; la majorité était d'intensité légère ou modérée. Durant la période d'extension, des événements indésirables graves sont survenus chez 4 patients traités par ixekizumab pendant 52 semaines, et aucun décès n'est survenu.

**Conclusion.** – À la semaine 52, ixekizumab a démontré des améliorations cliniquement significatives pour les signes et symptômes du rhumatisme psoriasique, ainsi que pour les symptômes unguéaux et cutanés chez les patients traités par ixekizumab depuis l'inclusion. Le profil de tolérance d'ixekizumab observé durant la période d'extension était similaire à celui observé durant la période de traitement en double aveugle et durant les études de phase 3 chez les patients atteints de psoriasis en plaques (études UNCOVER).

**Conflit d'intérêt.** – Chin H. Lee. Employé de: Eli Lilly and Company  
Susan R. Moriarty. Employée de: Eli Lilly and Company  
Jiani Mou. Employée de: Eli Lilly and Company  
C-Y. Lin. Employé de: Eli Lilly and Company  
Hilde Carlier. Employée de: Eli Lilly and Company  
Catherine L. Shuler. Employée de: Eli Lilly and Company  
Mitsumasa Kishimoto. Consultant: Eli Lilly and Company  
Masato Okada. Consultant: Eli Lilly and Company; conférencier: Santen Pharmaceutical, Mitsubishi Tanabe Pharma, Pfizer et Abbott Japan

Dafna D. Gladman. Subvention de recherche: AbbVie, Amgen, Celgene, Janssen, Novartis, UCB Pharma; consultante: Abbvie, Amgen, BMS, Celgene, Eli Lilly, Novartis, Pfizer, UCB; Millie Hollandbeck, ClinGenuity, aide à la rédaction médicale; LaShanda Gordon, ClinGenuity, soutien rédactionnel

Philip J. Mease. Subvention de recherche: AbbVie, Amgen, Biogen Idec, Bristol Myers Squibb, Celgene, Crescendo, Genentech, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, UCB Pharma; Consultant: AbbVie, Amgen, Biogen Idec, Bristol Myers Squibb, Celgene, Covagen, Crescendo, Genentech, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, UCB Pharma; conférencier: AbbVie, Amgen, Biogen Idec, Bristol Myers Squibb, Celgene, Crescendo, Genentech, Janssen, Lilly, Pfizer, UCB Pharma

Alain Cantagrel. Membre d'un groupe d'experts: Laboratoires BMS, Chugai, Janssen, Lilly, Médac, MSD France, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, Sanofi, UCB; essais cliniques, actions de formation: Laboratoires Abbvie, Biogen, BMS, Celgene, Chugai, Janssen, MSD France, Nordic-Pharma, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB; subventions de recherche: Abbvie, Chugai, MSD, Pfizer, UCB

PE.Ma-075

### **Intérêt de la «Vertebral Fracture assessment» (VFA) dans la détection des fractures vertébrales chez les patients atteints de spondyloarthrite**

M. Djennane\* (1); G. Chabane (2); N. Djennane (3)  
(1) Rhumatologie, CHU de Tizi ouzou, Tizi Ouzou, Algérie;  
(2) Rhumatologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie;  
(3) Laboratoire central de biochimie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie

\*Auteur correspondant: djennane.malik@yahoo.com (M. Djennane)

**Introduction.** – La spondyloarthrite (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui conduit avec le temps à des formations osseuses sur les enthèses et les structures para vertébrales. L'os est la cible de pas mal de rhumatismes inflammatoires. L'interaction entre l'inflammation et l'os est caractérisée par un éventail de changements du remodelage osseux à l'origine d'un risque accru de fracture.

L'ostéoporose est considérée maintenant comme une caractéristique commune de l'AS, même dans les premiers stades de la maladie.

Cependant, les études sur les fractures vertébrales sont conflictuelles.

La VFA (vertebral fracture Assessment) a montré son utilité pour la visualisation des FV, un outil important pour la détection de fracture chez les femmes et les hommes.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence des fractures vertébrales (FV) en s'aidant de la VFA dans la SA.

**Patients et Méthodes.** – Quatre vingt six patients atteints de SA ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques clinico- biologiques et radiologiques ont été évalués par le Bath AS Disease Activity Index (BASDAI), Bath Indice fonctionnels (BASFI), La vitesse de sédimentation, la C réactive protéine (CRP), la 25OHD Totale et le Bath AS Index de radiologie (BASRI).

La densitométrie osseuse (BMD) a été mesurée par DXA (Hologic) au niveau du rachis et du col fémoral.

La VFA (vertebral fracture Assessment), de T4-L4. L'évaluation a été effectuée qualitativement et semi-quantitativement selon la classification de Genant.

**Résultats.** – L'âge moyen est de 36,7 ± 10,6 ans. La durée moyenne de la maladie est de 9,7 ± 5,3 années. L'IMC moyen est de 21,4±5,3kg/m<sup>2</sup>. Le BASDAI moyen est de 49,4 ± 22,7. La CRP moyenne est de 33,7 ± 42,5 mg/l.

L'ostéoporose a été retrouvée dans **21 %**. Les fractures vertébrales étaient présentes chez **15 %** des patients. En analyse multi variée, Les facteurs de risque associés à l'ostéoporose étaient la durée de la maladie, un taux bas de 25OHD ainsi qu'un indice de BASDAI élevé. Les fractures vertébrales étaient associées à la durée de la maladie et à une BMD basse au niveau lombaire.

**Conclusion.** – L'ostéoporose est fréquente chez les patients atteints de SA et semble être liée à l'activité de la maladie alors que les fractures vertébrales semblent être liées à la durée et de la gravité de la maladie structurale plutôt que la DMO

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-076

### **Les cellules dendritiques (DC) dérivées de monocytes (MDDCs) des patients atteints de spondyloarthrite (SpA) ont une sous-expression coordonnée de la voie de biosynthèse du cholestérol en rapport avec une surcharge lipidique**

M. Breban\* (1); C. Desjardin (2); E. Chaplais (2); A. Talpin (2); F. Costantino (1); C. Hue, (2); A. Jobart-Malfait, (3); B. Maury, (4); S. Grassyn-Delyle, (5); N. Bonilla (6); A. Leboime (1); R. Said-Nahal (1); F. Letourneur (6); J. Sébastien (7); A. Boland, (8); JF. Deleuze, (9); G. Chiocchia (10); HJ. Garchon (2)  
(1) Rhumatologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt;  
(2) Inflammation Chronique et Système Immunitaire (G. Chiocchia et M. Breban), INSERM, Montigny-le-Bretonneux; (3) Infection et inflammation, INSERM-U1173, Université de Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines; (4) Université de Versailles-st-quentin, Plateforme Imagerie-Cytometry, Montigny-le-Bretonneux; (5) Plateforme spectrométrie de masse, INSERM-U1173, University de Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines; (6) U1016, INSERM, Paris; (7) U1016, Institut Cochin, Paris; (8) Service de séquençage, Centre National de Recherche en Génomique Humaine (CNRGH), Évry; (9) Direction, Centre National de Recherche en Génomique Humaine (CNRGH), Évry; (10) Chronic inflammation and immune system, labex inflamex, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Guyancourt

\*Auteur correspondant: maxime.breban@aphp.fr (M. Breban)

**Introduction.** – L'étude de l'expression de gènes est utile à la compréhension physiopathologique des pathologies complexes. Le rôle des cellules présentatrices d'antigène telles que les DCs étant suspecté au cours des SpA, notre objectif était d'approfondir les particularités

biologiques de ces cellules au cours de cette pathologie, à l'aide d'une étude transcriptionnelle sans *a priori*.

**Patients et Méthodes.** – Les MDDCs ont été obtenues après 7 jours de culture en présence de GMCSF + IL-4 à partir des monocytes CD14+ circulants purifiés. Le transcriptome des MDDCs a été caractérisé à l'aide de microarrays Affymetrix (HuGene 1.0 ST) puis confirmé par RNA-seq (78 millions de séquences (2 × 100 nt) par échantillon). Les gènes différentiellement exprimés (DE) entre SpA (critères ASAS) et témoins sains (TS) ont été listés avec LIMMA. Leur annotation fonctionnelle a été réalisée avec DAVID et InnateDB. La reproductibilité de la signature dans le temps a été testée par RT-qPCR. Le volume et le nombre des gouttelettes lipidiques (LD) intra-cellulaires ont été quantifiés par microscopie confocale après marquage fluorescent Bodipy®. Le contenu des MDDCs en métabolites de la voie du cholestérol a été quantifié par spectrométrie de masse (MS).

**Résultats.** – Pour l'analyse transcriptomique, nous avons généré 3 listes de gènes DE ( $p$  nominale < 0,01) comparant (A) les SpA HLA-B27+ ( $n = 40$ ) aux TS B27-neg ( $n = 30$ ), (B) les TS B27+ ( $n = 44$ ) aux TS B27-neg et (C) les SpA B27+ aux TS B27+. La soustraction (A – B) puis son intersection avec C a fourni une liste stringente de 68 gènes associés à la SpA en contrôlant l'effet indépendant du HLA-B27. L'analyse fonctionnelle a révélé une surreprésentation significative de gènes impliqués dans la biosynthèse du cholestérol et sa régulation ( $p < 1 \times 10^{-4}$ ). Cinq des 6 gènes de cette voie (SQLE, MSMO1, LDLR, INSIG1, SREBF2) étaient sous-exprimés chez les SpA. Ces résultats ont été confirmés par RNA-seq sur les mêmes échantillons et par qPCR sur une nouvelle série d'échantillons prélevés dans le même groupe d'individus (11 SpA, 10 TS). La MS, a montré une augmentation significative du cholestérol et du 27-OH-cholestérol dans les MDDC d'un groupe de SpA ( $n = 14$ ) comparés à des TS ( $n = 8$ ) ( $p < 0,05$ ), suggérant que la sous-expression des gènes de la synthèse du cholestérol est secondaire à une surcharge en cholestérol. De façon cohérente avec cette interprétation, nous avons observé une augmentation très significative de la taille ( $p = 5 \times 10^{-4}$ ) et du volume global ( $p < 2 \times 10^{-4}$ ) des LD dans les MDDCs chez les SpA ( $n = 12$ ) en comparaison avec les TS ( $n = 11$ ). Nous n'avons pas par ailleurs observé de différence entre SpA et TS des taux plasmatiques du cholestérol circulant total ni de ses fractions.

**Conclusion.** – Notre étude a identifié une sous-expression de la voie de synthèse du cholestérol dans les MDDCs de SpA qui semble secondaire à une surcharge lipidique de ces cellules. Ces résultats s'accordent avec un état de pré-activation de ces cellules qui pourrait conduire à une réponse inflammatoire exagérée en réaction à des stimulations endogènes ou environnementales.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-077

### Clefs de Dos: un programme vidéo original créé par et pour les patients atteints de spondyloarthrite axiale pour les aider à mieux appréhender leur maladie

C. Beauvais\* (1); C. Sordet (2); A. Leboime (3); D. Vandame (4); C. Saadoun (4); G. Genin (5); F. Gerald (6)  
 (1) Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris; (2) Rhumatologie, CHU de Strasbourg, Strasbourg; (3) Rhumatologie, Hôpital Amboise-Paré, Paris; (4) Medical, UCB Pharma, Colombes; (5) Directrice associée, Agence Catalpa, Paris; (6) Président, Association Action contre les Spondylarthropathies – ACS, Nice

\*Auteur correspondant: catherine.beauvais@aphp.fr (C. Beauvais)

**Introduction.** – Le retard au diagnostic est important dans la spondyloarthrite axiale (axSpA), avec un délai moyen estimé à 6 ans, [1] source d'anxiété et de difficultés dans la vie quotidienne des patients (pts). De nombreuses craintes et croyances ont été identifiées [2] notamment l'imprévisibilité de la maladie et son évolution. Une

enquête a révélé que 61 % des pts souhaitent partager leurs expériences avec d'autres pts. [3]

**Objectifs.** – Les objectifs étaient: 1) créer un programme vidéo pour aider les pts à partager leurs expériences et promouvoir leurs stratégies d'adaptation; 2) déployer le programme sur internet et les réseaux sociaux; 3) évaluer l'impact du programme pour les pts et les professionnels de santé (PS).

**Matériels et méthodes.** – Clefs de dos est un programme vidéo français lancé en 2015, mené par une association de pts, ACS-France (Action Contre les Spondylarthropathies), Catalpa (co-création du programme et réalisation) et UCB Pharma (co-création et promotion). Des pts atteints d'axSpA ont été recrutés par ACS sur la base du volontariat pour participer à différents focus groupes; les pts ont été sélectionnés selon leur niveau d'acceptation de la maladie (dénier [Gp1] ou acceptation [Gp2]). 4 étapes étaient prévues: 1) des entretiens avec les pts Gp1 pour recueillir leurs sentiments, leurs mots et leur voix; 2) des entretiens avec les pts Gp2 pour décrire leur parcours et les différentes étapes d'acceptation de la maladie; 3) des rencontres en face à face entre les pts Gp1 et Gp2 pour leur permettre de partager leurs expériences; 4) des entretiens avec des rhumatologues, infirmières et kinésithérapeutes pour évaluer l'impact des témoignages des pts sur leurs propres pratiques.

**Résultats.** – 13 pts atteints d'axSpA (10xGp1, 3xGp2) ont participé au programme, âgés de 25 à 65 ans, dont 10 femmes, durée de l'évolution de la maladie de 5 à 17 ans. 4 types de documents vidéo ont été créés: 1) Un visuel animé à partir des entretiens menés avec les pts Gp1; l'analyse thématique a révélé des sentiments de désarroi précédant le diagnostic. 2) 3 portraits documentaires des pts Gp2 incluant leurs photographies et témoignages audio et illustrant le processus d'acceptation de la maladie et d'acquisition des capacités d'adaptation (Fig); 3) vidéos des rencontres entre les pts Gp1 et Gp2 mettant l'accent sur l'entraide et la relation d'aide entre patients. 4) 8 PS ont participé à l'étape 4. Ils ont identifié l'utilité de l'interaction entre les patients permettant le développement de stratégies positives et l'importance de prendre en compte le point de vue des patients pour lever les barrières dans la relation médecin-pt. Les vidéos pourraient aussi être utilisées dans les programmes d'éducation thérapeutique. En juillet 2016, > 6 500 personnes avaient visité le site web ([www.clefsdedos.com](http://www.clefsdedos.com)), avec ~550 followers sur Facebook entre mars et juillet 2016 ([www.facebook.com/Clefsdedos/](http://www.facebook.com/Clefsdedos/)), atteignant ~57 000 personnes via le partage du lien. Un compte Instagram a été ouvert en avril 2017.



**Conclusion.** – Clefs de dos a été développé par et pour les pts atteints d'axSpA. Ce programme répond à des besoins de partage d'expériences de la part des pts, en particulier dans les situations de retard de diagnostic et de non-acceptation de la maladie. L'accès en ligne reflète une très bonne acceptabilité du programme, qui peut également être utilisé comme un outil pédagogique dans les interventions éducatives.



**Conflit d'intérêt.** – F. Gerald: Aucune déclaration

G. Genin: Aucune déclaration

C. Saadoun Employé de: UCB Pharma

D. Vandame Employé de: UCB Pharma

A. Leboime: Aucune déclaration

C. Sordet: Aucune déclaration

C. Beauvais: Aucune déclaration: UCB Pharma

**Références**

- [1] Wendling D. Joint Bone Spine 2014;81 (1):6-14;
- 2. Berenbaum F. PLoS One 2014;9 (12):e114350;
- 3. Bolla G. Presentation O13, SFR 2014; Paris, France.

PE.Ma-078

**La mise au carré des vertèbres est la seule lésion radiographique du rachis discriminante pour le diagnostic de spondyloarthrite axiale récente**

A. Molto\* (1); L. Gossec (2); MM. Lefevre-Colau (3); V. Foltz (2); R. Beaufort (4); JD. Laredo (5); P. Richette (6); P. Dieudé (7); P. Goupille (8); A. Feydy (9); M. Dougados (1)  
 (1) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris; (2) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (3) Service de Rééducation et Réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, C.H.U. Cochin, Paris; (4) Rhumatologie, Cabinet Libéral, Paris; (5) Service de Radiologie Ostéo-Articulaire, C.H.U. Lariboisière, Paris; (6) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris; (7) Service de Rhumatologie, C.H.U. Bichat Claude Bernard, Paris; (8) Rhumatologie, CHRU de Tours, Tours; (9) Radiologie b, Hôpital Cochin, Paris

\*Auteur correspondant: anna.molto@aphp.fr (A. Molto)

**Introduction.** – Il n'existe que très peu de données disponibles sur la prévalence de lésions radiographiques suggestives de Spondyloarthrite axiale (axSpA) au rachis chez les patients atteints de lombalgies mécaniques (LM) récentes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence de lésions radiographiques du rachis suggestives de Spondyloarthrite axiale (axSpA) chez les patients atteints de LM (non-axSpA) et de la comparer à celle d'une cohorte de axSpA récente.

**Patients et Méthodes.** – Étude observationnelle transversale multicentrique. **Patients:** a) AxSpA récente: un échantillon de 100 patients représentatifs de la cohorte DESIR de axSpA récentes (<3ans) en termes d'anomalies à l'imagerie fut sélectionné, basé sur les résultats de données de lecture centralisée déjà publiés (par exemple, 35 % des patients présentaient une sacroiliite IRM). b) LM récente: patients consécutifs consultant pour LM récente (< 5 ans) et débutant avant 45 ans, dans 4 CHU parisiens. **Imagerie:** réalisation de radiographies du bassin de face dans les deux groupes avec protocole identique. **Lecture centralisée:** lecture des radiographies du rachis cervical et lombaire par un lecteur expérimenté (AM) en aveugle du diagnostic. **Analyse statistique:** le nombre de lésions suggestives de axSpA au rachis fut comparé entre les deux groupes.

**Résultats.** – Quatre-vingt dix-huit patients LM étaient inclus, et comparés à l'échantillon de 100 patients axSpA. L'âge et sexe étaient comparables (moyenne (DS) 36,2 (9,9) vs 32,2 (8,7) ans, et 41,8 % et 45 % hommes, pour les LM et axSpA, respectivement).

La prévalence des lésions radiographiques du rachis était globalement très faible, et seulement la mise au carré des vertèbres était plus fréquente dans le groupe axSpA.

	LM (N = 95)	SpA (N = 100)	p
<b>Nombre d'érosions</b>	0,4 (0,8)	0,3 (0,5)	NS
<b>Nombre de lésions de sclérose</b>	0,4 (1,6)	0,5 (1,4)	NS
<b>Nombre de mises au carré</b>	0,01 (0,1)	0,2 (0,8)	0,037
<b>mSASSS*</b>	2,0 (14,5) n = 89	2,2 (15,1) n = 91	NS
<b>Nombre de patients avec au moins un pont osseux</b>	2 (2,1 %)	5 (5,0 %)	NS

\*exclusion des patients avec > 75 % de coins vertébraux manquants par section (cervicale et lombaire)

**Conclusion.** – Les lésions radiographiques suggestives de axSpA au rachis chez les patients avec LM récente sont rares, mais même dans ce contexte, la mise au carré des vertèbres était significativement plus fréquente chez les patients avec axSpA récente.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] van den Berg R et al. Agreement between clinical practice and trained central reading in reading of sacroiliac joints on plain pelvic radiographs. Results from the DESIR cohort. Arthritis Rheumatol. 2014 Sep;66 (9):2403-11.
- [2] Dougados M, et al. Clinical presentation of patients suffering from recent onset chronic inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis: The DESIR cohort. Joint Bone Spine. 2015 Oct;82 (5):345-51.

PE.Ma-079

**Prévalence et facteurs de risque de fracture vertébrale dans la spondylarthrite ankylosante: revue systématique et méta-analyse**

J. Sahuguet\* (1); J. Mancini (2); P. Lafforgue (1); T. Pham (1)  
 (1) Service de rhumatologie, CHU Sainte Marguerite, Marseille; (2) Chu Timone, SSPIM, Marseille

\*Auteur correspondant: sahuget-j@hotmail.com (J. Sahuguet)

**Introduction.** – L'association spondylarthrite ankylosante (SA) et ostéoporose est connue. En revanche, les données de prévalence de fractures vertébrales (FV) dans la SA sont extrêmement variables allant de 4 % à 42,5 %. Diagnostiquer ces FV reste un problème majeur, car souvent asymptomatiques et parfois difficiles à différencier de déformations vertébrales non fracturaires. L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence des FV dans la SA et les facteurs pouvant l'influencer.

**Matériels et méthodes.** – La recherche des bases de données Medline, Cochrane a été faite par deux investigateurs indépendants incluant toutes les études longitudinales, transversales de cohorte et cas-témoins évaluant la prévalence des FV dans la SA publiées entre 1984 (date de publication des critères New York modifiés) et le 31 juillet 2017. Les données suivantes ont été collectées: design de l'étude, données démographiques (sexe, âge, IMC), les caractéristiques de la maladie (HLA B27, durée évolution, critères d'activité et de sévérité de la maladie BASDAI, ASDAS, mSASSS, BASMI, BASFI, CRP, VS, historique des traitements), les valeurs densitométriques, méthode d'évaluation des FV (type de radiographies, méthodes de lecture (qualitative, semi-quantitative, automatisée), nombre de lecteurs), description des FV (nombre, prévalence, grades).

Afin d'estimer la prévalence des FV, une méta-analyse à effets aléatoires a été réalisée. Des méta-régressions ont été utilisées pour explorer l'impact de différentes variables (modérateurs) en tant que sources potentielles d'hétérogénéité. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du package *metafor* pour R 3,4 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria).

**Résultats.** – À partir d'une sélection initiale de 434 résumés, 51 articles ont été retenus pour lecture détaillée et 17 études ont été retenues pour la méta-analyse. Les patients atteints de SA avaient un risque élevé de FV avec une prévalence de 19 %. En analyse univariée, les seuls facteurs significativement associés à un risque augmenté de FV chez les patients atteints de SA étaient le mSASSS (p=0,046) et la CRP (p < 0,001). Les autres facteurs de risque testés, en particulier la méthode d'évaluation des fractures, n'étaient pas significativement associés au risque de FV.

**Conclusion.** – Malgré une grande hétérogénéité des études, la prévalence des FV dans la spondylarthrite est élevée avec comme facteurs de risques associés une CRP augmentée et un mSASSS élevé. Étonnamment, certains facteurs classiquement associés à une fragilité osseuse, tel que l'âge, le sexe féminin ou la densité minérale osseuse basse n'étaient pas significativement associés au risque de FV.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-080

### Intérêt du TNF bioactif guidant la désescalade thérapeutique de l'infliximab dans la spondylarthrite axiale

E. How Shing Koy\* (1); A. Jentzer (2); P. Collet (1); B. Pallot Prades (1); D. Denarie (1); SA. Amouzougan (1); T. Thomas (1); S. Paul (3); H. Marotte (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez; (2) Laboratoire de biochimie, C.H.U de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez; (3) Immunologie, Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, Saint-Priest-en-Jarez

\*Auteur correspondant: elsa.hsk@gmail.com (E. How Shing Koy)

**Introduction.** – Évaluer l'intérêt des dosages sanguins de TNF bioactif, d'infliximab (IFX) et d'anticorps anti-infliximab (ATI) au cours de la désescalade thérapeutique chez des patients atteints de spondylarthrite axiale traités par IFX.

**Matériels et méthodes.** – Une étude transversale monocentrique de patients atteints de spondylarthrite axiale (axSpA) traités par IFX a inclus 3 groupes. Le groupe 1 «activité élevée non espacé» (n = 13) avait une maladie active avec un BASDAI > 4 et recevaient des perfusions d'IFX toutes les 6 semaines. Le groupe 2 «en rémission espacé» (n = 17) était en rémission clinique depuis au moins 6 mois et avait des perfusions d'IFX espacées de 11 semaines. Dans le groupe 3 «en rémission non espacé» (n = 12) les patients étaient en rémission clinique et avaient des perfusions d'IFX toutes les 6 semaines. Avant la perfusion, un prélèvement sanguin a été réalisé pour déterminer la concentration sérique d'IFX résiduel et d'ATI (méthode ELISA par le kit infliximab LISA-TRACKER) ainsi que le dosage du TNF bioactif (utilisation d'une lignée cellulaire HEK sensible au TNF (InvivoGen)). Les résultats sont présentés en médiane et quartiles [25-75]. Les analyses statistiques ont été faites par des tests non-paramétriques.

**Résultats.** – Comme prévue, l'activité de la maladie était plus faible dans le groupe 2 et 3 que dans le groupe 1 (respectivement BASDAI 0,7 [0,25-1,15]; 2,95 [2,1-2,95]; 6,34 [5,8-7,1] p < 0,001 et ASDAS 1,1 [0,75-1,39]; 1,93 [1,4-2,3]; 3,31 [2,51-3,5] p < 0,001). Dans le groupe 2, la concentration d'IFX était plus basse 0,4 µg/mL [0,09-1,56] que dans les groupes 1 et 3 (8 µg/mL [0,77-13,99]; 8,42 µg/mL [2,73-16] p = 0,003). Les ATI étaient positifs chez 3 patients (23,1 %) du groupe 1, 5 patients (29,4 %) du groupe 2 et 2 patients (16,7 %) du groupe 3. Le TNF bioactif était élevé seulement dans le groupe 3. Dans le groupe 1, le TNF bioactif corrélait positivement avec les ATI et avec l'ASDAS. Dans les groupes 1 et 2, le TNF bioactif corrélait positivement avec les ATI et négativement avec l'IFX.

**Discussion.** – Dans les groupes 1 et 2, le TNF bioactif était bas mais pour des raisons différentes: il était bas dans le groupe 2 puisque l'activité résiduelle de la maladie était faible alors que dans le groupe 1, le TNF bioactif bas était lié à la concentration élevée d'IFX. L'élévation du TNF bioactif dans le groupe 3 est le reflet d'une maladie mal contrôlée par l'IFX. Un TNF bioactif élevé chez des patients en rémission n'inciterait pas à espacer les perfusions d'IFX. Chez les patients dont la maladie est active, avec un TNF bioactif bas, se pose la question d'inhiber une autre voie que le TNF, en particulier l'inhibition de la voie IL-17/23.

**Conclusion.** – Le dosage du TNF bioactif pourrait avoir un intérêt lors de la désescalade thérapeutique voire dans l'utilisation d'autres voies thérapeutiques. Il semblerait judicieux d'espacer les perfusions uniquement chez les patients avec un TNF bioactif bas. Des données prospectives permettraient de confirmer cette étude.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-081

### Efficacité des bDMARDs dans le rhumatisme psoriasique: analyse systématique et méta-analyse sur les critères ACR, les scores d'enthésite, de dactylite et le PASI

N. Simons\* (1); Y. Degboe (1); T. Barnetche (2); A. Cantagrel (1); A. Ruysen-Witrand (1); A. Constantin (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Purpan, Université Toulouse III, Toulouse; (2) Rhumatologie, FHU ACRONIM, Hôpital Pellegrin, Université de Bordeaux, Bordeaux

\*Auteur correspondant: numa.simons@gmail.com (N. Simons)

**Introduction.** – Nous sommes confrontés à une diversification des biothérapies (bDMARDs) disponibles dans le traitement du rhumatisme psoriasique. Les recommandations concernant la hiérarchisation de leur prescription ne sont pas consensuelles et nous ne disposons d'aucune étude de comparaison face-face. Notre méta-analyse a pour objectif de quantifier l'efficacité des anti-TNF, anti-IL-12/23 (ustékinumab), anti-IL-17 (sécukinumab) et du CTLA4-Ig (abatacept) sur les critères de jugement principal (ACR20) et secondaires des études contrôlées dans le rhumatisme psoriasique.

**Matériels et méthodes.** – Les essais randomisés évaluant les anti-TNF, l'ustékinumab, le sécukinumab et l'abatacept versus placebo dans le rhumatisme psoriasique ont été identifiés via la base de données MedLine, ainsi que les archives de l'ACR et l'EULAR. Les taux de réponse ACR20, ACR50, ACR70, les taux de patients ayant une dactylite ou une enthésite, les taux de réponse PASI75 et PASI90 ont été extraits au temps d'évaluation du critère de jugement principal. Les risques relatifs combinés (RR) d'atteindre le critère de réponse étudié et les intervalles de confiance à 95 % (IC95 %) ont été quantifiés pour les doses usuelles de bDMARDs comparativement au placebo. Une méta-analyse a été réalisée avec la méthode de l'inverse de la variance, et l'hétérogénéité a été évaluée via le test Q de Cochrane et l'indice I<sup>2</sup>.

**Résultats.** – La recherche a permis d'identifier 119 articles, parmi lesquels 13 essais ont été sélectionnés pour la méta-analyse. Les anti-TNF, l'ustékinumab, le sécukinumab, et l'abatacept ont des taux de réponse ACR20 supérieurs au placebo, avec des RR (IC95 %) allant de 3,51 (2,92, 4,22) à 1,77 (1,31, 2,39). Les anti-TNF, l'ustékinumab et le sécukinumab ont des taux de réponse ACR50 et ACR70 supérieurs au placebo, avec des RR (IC95 %) allant respectivement de 6,85 (4,49, 10,45) à 2,78 (1,81, 4,27) et de 11,10 (6,36, 19,36) à 3,90 (1,81, 8,39). Les anti-TNF et le sécukinumab (absence de données pour l'abatacept) induisent une diminution significative de l'incidence d'enthésites par rapport au placebo, avec des réductions de risque (IC95 %) allant de -0,18 (-0,26, -0,11) à -0,17 (-0,24, -0,10). Seuls les anti-TNF (absence de données pour l'abatacept) ont démontré une réduction de risque (IC95 %) de l'incidence de dactylites significative versus placebo, de -0,20 (-0,37, -0,03). Les anti-TNF, l'ustékinumab et le sécukinumab ont des taux de réponse PASI75 et PASI90 supérieurs au placebo, avec des RR (IC95 %) allant respectivement de 16,16 (5,96, 43,82) à 4,76 (1,94, 11,66) et de 12,73 (4,13, 39,23) à 6,63 (1,94, 22,68).

**Conclusion.** – Cette méta-analyse met en évidence de meilleurs taux de réponse ACR20/50/70 et PASI75/90 et une diminution du taux d'enthésites et dactylites sous bDMARDs comparativement au placebo. Cependant, il semble exister des différences d'amplitude de l'effet thérapeutique entre les différentes classes de bDMARDs, notamment pour ce qui concerne les dactylites et enthésites et les scores cutanés. Des études face-face seront nécessaires pour tirer des conclusions définitives sur de potentielles différences d'efficacité entre les bDMARDs dans le traitement du rhumatisme psoriasique.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-082

**Impact du délai au diagnostic, de l'âge et du nombre d'AINS préalables sur la réponse clinique à l'adalimumab à 52 semaines chez les patients souffrant de spondylarthrite ankylosante**

J. Sieper (1); A. Deodhar (2); M. Hojnik (3); Y. Zhang (4); M. Dougados\* (5)

(1) Rhumatologie, Univ Hospital Charité, Berlin, Allemagne; (2) Rhumatologie, OHSU: Oregon Health & Science University, Portland, États-Unis; (3) Affaires médicales, AbbVie, Ljubljana, Slovénie; (4) Statistics, États-Unis; (5) Rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris  
\*Auteur correspondant: maxime.dougados@aphp.fr (M. Dougados)

**Introduction.** – Il a été observé que les patients souffrant de spondylarthrite ankylosante (SA) ont une meilleure réponse aux anti-TNF quand le traitement est instauré tôt dans l'histoire de la maladie. Le déclenchement de la maladie et sa durée d'évolution, ne sont pas toujours connus. Ceci nous a incité à évaluer l'impact du délai au diagnostic, de l'âge; du nombre de traitements AINS préalables sur la durée de la maladie sur la réponse au traitement par adalimumab lors de l'essai thérapeutique contre placebo ATLAS

**Matériels et méthodes.** – ATLAS était un essai randomisé, en double aveugle et contrôlé versus placebo de phase 3 dont l'objectif était d'évaluer la tolérance et l'efficacité de l'ADA chez les patients souffrant de SA active et dont le traitement aux AINS a échoué. Durant cette analyse post-hoc, les patients ayant reçu au moins une dose d'ADA pendant la période contrôlée versus placebo ou l'extension ouverte et pour lesquels des AINS avaient déjà été administrés au moment de l'inclusion ont été stratifiés selon l'inclusion: 1 – délai diagnostic (< 2 vs ≥ 2; < 5 vs ≥ 5; < 10 vs ≥ 10 ans), 2 – âge (< 35, 35-45 et > 45 ans) et 3-nombre d'AINS préalablement administrés (≤ 2 vs > 2). L'effet du délai diagnostic, de l'âge et du nombre d'AINS précédemment administrés sur les mesures des résultats de la SA après 52 semaines de traitement à l'ADA ont été analysés.

**Objectifs.** – L'objectif de cette analyse post-hoc était d'évaluer l'impact du délai diagnostic, de l'âge et du nombre d'AINS préalablement administrés comme marqueurs pendant la durée de la maladie sur les résultats cliniques chez les patients souffrant de SA ayant participé à l'essai ATLAS et traités à l'ADA pendant 52 semaines.

**Résultats.** – À la 52<sup>e</sup> semaine, 274 patients ayant suivi au moins un traitement aux AINS avant l'inclusion ont reçu au moins une dose d'ADA. La majorité des patients avaient été diagnostiqués SA moins de 5 ans auparavant (188 [68,6 %]), étaient âgés de moins de 45 ans (163 [59,5 %]), étaient positifs à l'antigène HLA-B27 (213 [77,7 %]) et avaient suivi au maximum 2 traitements aux AINS (158 [57,7 %]). Les patients chez lesquels le délai diagnostic était le plus court étaient généralement plus jeunes (fin de la trentaine). Toutes sous-catégories confondues, > 70 % des patients étaient de sexe masculin. Les mesures de l'activité de la maladie lors de l'inclusion étaient numériquement similaires dans la plupart des catégories. Après 52 semaines de traitement à l'ADA, la proportion de patients présentant des réponses ASAS20 et ASAS40 était numériquement supérieure, et la baisse moyenne des scores BASDAI et BASFI par rapport à ceux obtenus lors de l'inclusion était plus importante dans les sous-catégories correspondant à un délai diagnostic plus court, à un jeune âge et à un faible nombre de traitements précédents aux AINS. Des variations significatives ont été constatées au niveau des scores ASAS40, BASDAI et BASFI entre les différentes sous-catégories du délai diagnostic (< 2 vs ≥ 2 et < 5 vs ≥ 5 ans) et d'âge (< 35 vs > 45 ans).

**Conclusion.** – Après 52 semaines de traitement avec ADA, un délai diagnostic moins long et un jeune âge ont été associés à de meilleures réponses cliniques et à des améliorations plus importantes au niveau de l'activité et du retentissement fonctionnel de la maladie. Le jeune âge (< 35 vs > 45 ans) a eu un impact positif significatif sur les résultats cliniques à 12 semaines, mais un délai diagnostic plus court (< 2 vs ≥ 2 et < 5 vs ≥ 5 ans) est également associé à de meilleurs

leurs résultats cliniques à 52 semaines. Ces résultats suggèrent qu'une intervention thérapeutique précoce et efficace pourrait améliorer les résultats cliniques sur le long terme chez les patients souffrant de SA.

**Conflit d'intérêt.** – MD: subvention/soutien des recherches par: AbbVie, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, Sanofi et UCB, consultant pour: AbbVie, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, Sanofi et UCB, Bureau des conférenciers: AbbVie, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, Sanofi et UCB  
YZ: actionnaire de AbbVie, employé de AbbVie

MH: actionnaire de: AbbVie, employé de AbbVie  
AD: subvention/soutien des recherches par: AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Glaxo-Smith-Kline, Merck-Sharp-Dohme, Novartis, Pfizer, Sun Pharma et UCB, consultant pour: AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Glaxo-Smith-Kline, Merck-Sharp-Dohme, Novartis, Pfizer, Sun Pharma et UCB, Bureau des conférenciers: AbbVie, Amgen, Eli Lilly, Glaxo-Smith-Kline, Merck-Sharp-Dohme, Novartis, Pfizer, Sun Pharma et UCB

JS: subvention/soutien des recherches par: AbbVie, Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sun Pharma et UCB, consultant pour: AbbVie, Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sun Pharma et UCB, Bureau des conférenciers: AbbVie, Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sun Pharma et UCB,

PE.Ma-083

**Facteurs influençant la perte osseuse au cours des spondylarthrites du jeune militaire: une série de 50 cas**

S. Rahmouni\* (1); R. Dhahri (1); L. Metoui (1); M. Slouma (1); N. Boussetta (1); F. Ajili (1); B. Louzir (1); I. Gharsallah (1); S. Othmani (1)

(1) Médecine interne, Hopital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Gouvernorat de Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: safarahmouni2015@gmail.com (S. Rahmouni)

**Introduction.** – La perte osseuse au cours de la spondylarthrite (SA) est maintenant bien connue, elle est présente à un stade précoce de la maladie. Plusieurs facteurs ont été incriminés, l'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques de la maladie chez l'homme jeune afin de trouver d'éventuelles corrélations avec la baisse de la densité minérale osseuse (DMO).

**Patients et Méthodes.** – On a colligé 50 patients de sexe masculin atteints de SA répondant aux critères: Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) ou New-York modifiés. Une mesure de la DMO fémorale et lombaire a été réalisée par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DEXA) au moment du diagnostic. Les résultats ont été interprétés selon la définition de l'OMS de l'ostéoporose, et corrélés aux différents paramètres d'évolutivité de la maladie et au terrain.

**Résultats.** – Il s'agit de 50 hommes, d'âge moyen au moment du diagnostic de 35 ans [20,58]. Le délai diagnostic était en moyenne 44 mois [1,180]. Quarante-vingt pour cent étaient suivis pour spondylarthrite axiale radiographique primitive, 10 % pour rhumatisme des entérocolopathies, 8 % pour rhumatisme psoriasique et 2 % pour d'arthrite réactionnelle. Soixante – six pour cent des patients avaient une atteinte axiale isolée et 34 % avaient une atteinte axiale et périphérique. Une coxite était présente chez 53,1 % des cas. La présence de syndrome inflammatoire biologique (SIB) a été notée chez 72 % des patients. Les bilans phosphocalcique et thyroïdien étaient sans anomalies. Aucun de nos patients n'a reçu une corticothérapie antérieure. La DMO était normale dans 55,6 % des cas, 26,1 % des patients avaient une ostéoporose et 17,4 % étaient ostéopéniques. L'ostéoporose était lombaire dans 70 % des cas et fémorale dans 30 % des cas. L'ostéopénie était fémorale dans 50 % des cas et lombaire dans 50 %.

Aucune association significative n'a été mise en évidence entre la diminution de la densité osseuse et les données relatives aux



patients et la maladie (l'âge:  $p = 0,644$ , l'indice de masse corporelle (IMC):  $p = 0,281$ , le délai diagnostique:  $p = 0,504$ , l'atteinte axiale ou périphérique:  $p = 0,685$ , la forme de la SA:  $p = 0,291$ ). La présence de coxite et d'un syndrome inflammatoire biologique n'influençaient pas le profil ostéodensitométrique de nos malades, respectivement  $p = 0,122$  et  $p = 0,159$

**Conclusion.** – La baisse de la densité minérale osseuse est fréquente chez l'homme au cours des SP. Elle touche 44,4 % de nos patients et elle est surtout trabéculaire. L'âge, l'IMC, la durée d'évolution, la présence d'un SIB, d'une atteinte axiale ou périphérique ou d'une coxite ne semblent pas influencer le profil densitométrique dans notre série restreinte de patients.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-084

### Comorbidités cardiovasculaires au cours des spondyloarthrites: résultats d'une étude algérienne monocentrique

R. Benaziez\* (1); F. Ifri (1); MA. Ifticene (1); C. Dahou-Makhloufi (1)  
(1) Rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

\*Auteur correspondant: rbenaziez.boutaleb@gmail.com  
(R.Benaziez)

**Introduction.** – Il a été décrit une augmentation de certaines comorbidités au cours des spondyloarthrites (SpA).

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence des différentes comorbidités (cardiovasculaires) et de rechercher une relation entre l'activité de la maladie (BASDAI, BASFI) et ces comorbidités.

**Patients et Méthodes.** – Etude prospective concernant les patients hospitalisés pour SpA au service de rhumatologie du CHU BAB EL OUED entre janvier 2009 et avril 2016. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique, et d'un bilan biologique comportant au minimum une vitesse de sédimentation, une C réactive protéine.

Ont été analysés les éléments suivants: les données démographiques, les comorbidités cardiovasculaires (diabète, HTA, dyslipidémie, tabac et IMC), la durée d'évolution de la maladie, la forme clinique, l'activité de la maladie, le syndrome inflammatoire biologique, les traitements reçus.

**Résultats.** – Nombre de patients: 139 patients (36 femmes/103 hommes); âge moyen: 39,85 ans (19 - 74); durée moyenne de la maladie:  $12,02 \pm 8,31$  ans. Type de la SpA: Spondylarthrite Ankylosante (SA: 113 cas), rhumatisme psoriasique (17 cas), rhumatisme lié aux entérocolopathies (5 cas), arthrite réactionnelle (4 cas). Les traitements en cours: méthotrexate (51,8 %), léflunomide (0,7 %), sulfasalazine (21,6 %), biothérapie (69,1 %). La VS moyenne est de  $41,99$  mm à la 1re heure  $\pm 31,25$ , la CRP moyenne est de  $17,46$  mg/l  $\pm 19,53$ . Le BASDAI moyen:  $3,97 \pm 1,97$ . L'ASDAS moyen:  $2,51 \pm 1,30$ . Le BASFI moyen:  $4,67 \pm 2,2$ . Les comorbidités cardiovasculaires notées: diabète type II 7,9 %, HTA 14,4 %, dyslipidémie 15,8 %, IMC: moyen  $24,68 \pm 3,74$ . 22,3 % des patients sont en surpoids et 8,6 % sont obèses, tabac: 23,7 %.

Les patients hypertendus ont un BASDAI plus élevé ( $5,22$  vs  $3,69$ ,  $p = 0,002$ ), un ASDAS plus élevé ( $3,19$  vs  $2,3$ ,  $p = 0,003$ ) et un BASFI plus important ( $6,42$  vs  $4,35$ ,  $P = 0,000$ ). L'ASDAS des patients diabétiques et dyslipidémiques est plus élevé que les patients qui ne présentent pas ces deux maladies ( $3,27$  vs  $2,41$ ;  $p = 0,03$ ).

**Conclusion.** – les comorbidités associées aux SPA sont représentées principalement par le tabagisme l'excès pondéral et la dyslipidémie. L'activité de la maladie et le handicap fonctionnel semblent avoir une relation avec l'HTA; le diabète et la dyslipidémie

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-085

### Formes cliniques des spondyloarthrites: profil épidémiologique de 521 observations au Sénégal

S. Diallo\* (1); A. POUYE (2); M. Mbengue (3); S. Ndongo (2); C. Diouf (1); CAB. Diaw (1); R. Diallo (1); AR. Ndiaye (4); M. Niassé (1)

(1) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (2) Service de médecine interne Chu le dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (3) Service de gastro-entérologie Hoggy, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (4) Rhumatologie, Hôpital Bégin, Saint-Mandé

\*Auteur correspondant: docsdiallo@yahoo.fr (S. Diallo)

**Introduction.** – Les spondyloarthrites (SpA) regroupe nt différentes entités ou formes cliniques, regroupant autour de la spondylarthrite ankylosante (qui en représente le chef de file et la forme la plus accomplie), les arthrites réactionnelles (AR), le rhumatisme psoriasique (RhPSO), les arthrites des entérocolopathies (RCH, maladie de Crohn), le SAPHO, certaines formes d'arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) et les SpA indifférenciées. Ces différentes formes cliniques partagent un certain nombre de points communs, justifiant leur regroupement: prépondérance de l'atteinte axiale (rachis et articulations sacro-iliaques), atteinte de l'enthèse, possibilité de manifestations extra-articulaires, l'absence de stigmates d'autoimmunité, l'existence d'un terrain génétique attesté par la liaison avec l'Ag HLA-B27 et des formes de passage. L'objectif de cette étude est de déterminer le profil des différentes formes cliniques des SpA en milieu hospitalier Sénégalais.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique menée dans le CHU Aristide Le Dantec (services de rhumatologie et de médecine interne), l'hôpital Principal (service de médecine interne) et le CHU Grand Yoff (service de gastroentérologie), où nous avons colligé les observations de SpA, entre janvier 1992 et juillet 2017. Le diagnostic avait été retenu après confrontation d'arguments épidémiologiques, cliniques, paracliniques, évolutifs sous traitement, en accord avec les critères d'Amor, de l'ESSG, d'ASAS et de New York. Pour chaque observation avaient été analysées les données démographiques et le type de SpA.

**Résultats.** – Ainsi, avaient été colligées 521 observations chez 211 patients de sexe masculin (40,5 % des cas) et 310 patients de sexe féminin (59,5 % des cas), d'âge moyen de 28,5 ans, extrêmes entre 2ans et 84 ans. Les différentes formes symptomatiques étaient dominées par celles axiales (381: 73 % des cas) suivies des formes mixtes (140 cas: 27 % des cas), systémiques avec manifestation extra-articulaires dont: uvéites (60 cas: 11,5 % des cas), insuffisance aortique (33 cas) et maladie fibrobulleuse des poumons (21cas). Les formes étiologiques étaient: la SPA (382 cas), les SpA indifférenciées (42 cas), les AR (30 cas), le rhPSO (24 cas), rhumatisme des entérocolopathie (11 cas), les SpA de l'enfant (formes d'AJI) (29 cas) et le SAPHO (3 cas). L'Ag HLA-B27 recherché chez 368 patients était positif chez 224 (60,8 % des cas). Le sous-typage HLA-B27 réalisé chez 46 patients montrait: HLA-B\*2707 (29 cas), B\*2703 (11 cas), B\*2701 (4cas) et B\*2709 (2 cas).

**Conclusion.** – Les SpA semblent plutôt fréquentes en milieu hospitalier Sénégalais. Dans notre étude comme dans la littérature, prédomine la SPA. L'Ag HLA B27 est positif chez 60 % des cas avec une prédominance du sous-type B\*2707.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Jeandel P et al Rev Rhum 2002; 69: 764-76 (2). Hill AVS et al. Lancet 1991; 337: 640-642

PE.Ma-086

### Intérêt du Doppler puissance au cours des spondyloarthrite: étude de cohorte

K. Baccouche (1); L. Mani\* (1); S. Belghali (1); N. Elamri (1); Z. Alaya (1); H. Zeglaoui (1); E. Bouajina (1)  
(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
\*Auteur correspondant: linda86mani@gmail.com (L. Mani)

**Introduction.** – L'objectif de cette étude est souligner l'intérêt de l'échographie en mode power Doppler (DP) dans la détection des enthésites qui font distinguer des patients spondyloarthrite (SpA) des patients témoins.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale comparative entre 40 patients atteints d'une SpA répondant aux critères d'Amor et New York modifié pour la spondyloarthrite ankylosante (SA) et les critères de CASPAR pour le rhumatisme psoriasique (RP) et un groupe contrôle de 20 patients suivis pour lombalgie commune. Chaque patient a bénéficié d'une échographie de l'enthèse du tendon d'Achille (TA) et de l'aponévrose plantaire (AP), utilisant le mode B et le doppler puissance (DP).

**Résultats.** – Pour le groupe SpA, l'âge moyen était de 44,48±14,27 ans [22-83] et pour le groupe contrôle, il était de 51,05± 11,45 ans avec un sex ratio H/F de 4. L'ancienneté de la maladie était de 8,04±5,81 ans. Le type de SpA était: une SA dans 30 cas (soit 75 % des cas), un RP dans 8 cas et une association à une maladie de Crohn dans 2 cas. La valeur moyenne du BASFI était de 5,35±2,38. En comparant les résultats de l'échographie par rapport à l'examen clinique, des signes d'enthésites inflammatoires dont l'hypoéchogénéicité, l'épaississement du tendon, les érosions, les enthésophytes et l'hyperhémie au DP ont été retrouvés chez les patients asymptomatiques respectivement dans 8,5 %, 2,5 %, 25 %, 14,37 %, et 14,37 % des cas et ils étaient plus retrouvés au site enthésique du TA. La présence d'une érosion associée à une hypervascularisation corticale était retrouvée dans le groupe SpA dans 21,8 % des cas versus 2,5 % dans le groupe contrôle. En comparaison avec le groupe contrôle, une différence significative est retrouvée pour l'hypoéchogénéicité (p = 0,006) et l'érosion osseuse (p = 0,005) seulement pour le TA et pour l'hypervascularisation corticale pour les deux enthèses (TA avec p = 0,000 et AP avec p = 0,035). Pour l'association des deux anomalies échographique (érosion et doppler positif), une différence positive est retrouvée pour les deux tendons (TA p = 0,001 et AP p = 0,047).

**Conclusion.** – Plusieurs anomalies échographiques peuvent plaider en faveur d'une enthésopathie sans pouvoir faire la part entre sujet SpA et non SpA, mais il paraît que la présence d'un signal doppler au sein de la jonction corticale de l'enthèse avec ou sans érosion osseuse associée est plutôt en faveur de la SpA.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-087

### Prévalence et facteurs associés aux manifestations extra-articulaires dans la spondyloarthrite axiale

N. Siar\* (1); N. Akasbi (1); G. Hilal (1); S. Zoukal (2); T. Harzy (1)  
(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc; (2) Epidémiologie, Faculté de Médecine et de pharmacie – Fès, Fès, Maroc  
\*Auteur correspondant: nouhad.siar94@gmail.com (N. Siar)

**Introduction.** – La spondyloarthrite s'associe à une fréquence élevée de manifestations extra-articulaires dont les principales sont les uvéites antérieures aiguës, le psoriasis et les maladies inflammatoires chroniques intestinales. Elles constituent d'une part des éléments susceptibles de concourir au diagnostic positif de spondyloarthrite et, d'autre part, peuvent intervenir dans la stratégie thérapeutique et le choix du biomédicament.

Le but de notre étude est d'identifier leur prévalence et déterminer leurs facteurs associés.

**Patients et Méthodes.** – Etude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de FES entre 2012-2017 portant sur

277 patients suivis pour spondyloarthrite axiale remplissant les critères ASAS 2010.

**Résultats.** – L'âge moyen de nos patients est de 41 ans ± 12,5 avec une prédominance féminine le sexe ratio F/H = 1,1.

La prévalence totale de manifestations extra-articulaires est de 66 % représentés par l'uvéite dans 13 %, MICI dans 41 %, et psoriasis dans 12 %.

Le groupe spondyloarthrite avec manifestations extra-articulaires avait une prédominance féminine (51,7 % vs 48,3 %, p < 0,001) avec durée d'évolution plus longue (p < 0,001). La composante enthésique et la raideur était plus importante dans ce groupe (p = 0,005, P=0,052). Il avait aussi une résistance importante au AINS avec un recours plus fréquent au anti-TNF (p < 0,001). Une analyse par régression logistique multiple a permis d'identifier 3 facteurs significativement associés avec la fréquence des manifestations articulaires: le sexe féminin (OR: 1,03; p = 0,02), le traitement anti-TNF (OR: 1,45; p = 0,001) et surtout la durée de la maladie de plus de 8 ans (OR 2,35; p < 0,001).

**Conclusion.** – Les manifestations extra-articulaires sont fréquentes au cours de la spondyloarthrite axiale. Leur prévalence augmente avec la durée d'évolution de la maladie et nécessite un recours plus important aux anti-TNFα.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-088

### Corrélation clinico-radio-échographique des enthésites du talon aux cours des spondyloarthrites

L. Mani\* (1); K. Baccouche (1); S. Belghali (1); N. Elamri (1); Z. Alaya (1); H. Zeglaoui (1); E. Bouajina (1)  
(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie  
\*Auteur correspondant: linda86mani@gmail.com (L. Mani)

**Introduction.** – L'objectif de notre étude est de comparer l'apport de l'examen clinique, de la radiographie standard et de l'échographie dans le diagnostic de l'enthésite périphérique.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale faite sur 27 patients dont 19 atteints d'une spondyloarthrite ankylosante, six atteints d'un rhumatisme inflammatoire et deux d'une SpA associée à une maladie de Crohn. Chaque patient a bénéficié d'un examen clinique à la recherche d'une enthésite, d'une radiographie du talon et d'une échographie de l'enthèse du tendon d'Achille (TA) et de l'aponévrose plantaire (AP), utilisant le mode B et le doppler puissance (DP).

**Résultats.** – L'âge moyen de nos patients était de 44,48 ans [22-83]. Il s'agissait de 11 femmes et de 16 hommes (sexe ratio H/F = 1,45). L'ancienneté de la maladie était de 8,83 ans. L'atteinte était axiale dans 88,9 % des cas et périphérique dans 11,1 %, on n'a pas retrouvé de forme enthésopathique. La moyenne de la VS et de la CRP étaient respectivement à 30,52 mm/h et à 24,85 mg/l. à l'examen clinique, une talalgie était retrouvée dans 55,55 % des cas. La valeur moyenne du BADAI était de 5,15 ± 1,72. La valeur moyenne du BASFI était de 5,05 ± 2,41. Les radiographies du talon ont révélé une enthésopathie du TA dans 7,4 % des cas (soit 4/54 enthèses étudiées) et une enthésopathie de l'AP dans 22,22 % des cas (soit 12/54 enthèses étudiées). En comparant les résultats de l'échographie par rapport à l'examen clinique, des signes d'enthésite dont l'hypoéchogénéicité, l'épaississement du tendon, les érosions, les enthésophytes et l'hyperhémie au DP ont été retrouvés chez les patients asymptomatiques respectivement dans 22,2 %, 7,4 %, 37 %, 29,6 %, et 37 % des cas. Une atteinte au niveau du TA était retrouvée dans 96,3 % des cas et au niveau de l'AP dans 55,6 % des cas. Aucune corrélation n'a été trouvée entre la talalgie, l'enthésite radiologique et l'enthésite échographique.

**Conclusion.** – L'échographie des enthèses a montré sa supériorité par rapport à l'examen clinique et à la radiographie standard, vu qu'elle est plus sensible pour la détection des enthésites sub-cliniques.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-089

### Sensibilité et spécificité de l'échographie des enthèses au cours des spondyloarthrites

K. Baccouche (1); L. Mani\* (1); S. Belghali (1); N. Elamri (1); Z. Alaya (1); H. Zeglaoui (1); E. Bouajina (1)  
(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

\*Auteur correspondant: linda86mani@gmail.com (L. Mani)

**Introduction.** – Actuellement, l'échographie ostéo-articulaire occupe une place grandissante en rhumatologie. L'objectif de notre étude est de déterminer la sensibilité et la spécificité de l'échographie dans la détection de l'enthésite inflammatoire au cours des Spondyloarthrites (SpA).

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale comparative entre 40 patients atteints d'une SpA et un groupe contrôle de 20 patients suivis pour lombalgie commune. Chaque patient a bénéficié d'une échographie de l'enthèse du tendon d'Achille (TA) et de l'aponévrose plantaire (AP), utilisant le mode B et le doppler puissance (DP). Etude menée au service de rhumatologie de l'Hôpital Farhat Hached de Sousse, en 2015.

**Résultats.** – L'âge moyen de nos patients était de 41, 85 ans [22-83]. Pour le groupe SpA, les anomalies retrouvées étaient: l'hypoéchogénéicité au niveau de l'insertion tendineuse dans 20 % des cas, les enthésophytes dans 33,75 % des cas, les érosions osseuses dans 52,5 % des cas, une hypervascularisation au niveau de la jonction corticale dans 29,37 % des cas. En comparaison avec le groupes contrôle, une différence significative est retrouvée pour l'hypoéchogénéicité ( $p = 0,006$ ) et l'érosion osseuse ( $p = 0,005$ ) seulement pour le TA et pour l'hypervascularisation corticale pour les deux enthèses (TA :  $p = 0,000$ / AP :  $p = 0,035$ ). La sensibilité pour les cinq anomalies échographiques étudiées était: 70 % pour l'hypervascularisation au DP, 65 % pour l'enthésophytes, 85 % pour l'érosion osseuse, 22,5 % pour l'épaississement du tendon et 55 % pour l'hypoéchogénéicité. La spécificité retrouvée était: 90 % pour l'hypervascularisation au DP, 50 % pour l'enthésophytes, 50 % pour l'érosion osseuse, 85 % pour l'épaississement du tendon et 90 % pour l'hypoéchogénéicité.

**Conclusion.** – L'échographie a prouvé une sensibilité élevée pour la détection de l'enthésite, lésion caractéristique de la SpA, ce qui constitue de cet outil une étape incontournable pour le diagnostic précoce et même pour le suivi.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-090

### Valeur pronostique de l'atteinte de la hanche dans la spondyloarthrite ankylosante au Maroc

VY. Anaba Melingui\* (1); F. Same Bebey (2); K. Nassar (2); W. Rachidi (2); S. Janani (2); O. Mkinsi (2)  
(1) Hôpital militaire de Yaoundé, Ministère de la défense, Yaounde, Cameroun; (2) Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

\*Auteur correspondant: yvesanaba50@gmail.com (VY. Anaba Melingui)

**Introduction.** – La spondyloarthrite ankylosante (spa) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche en priorité le squelette axial. La coxite est retrouvée dans 25 à 50 % des spa. Cette atteinte fait partie des critères de mauvais pronostic de la maladie. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs liés à la coxite dans la spa au Maroc.

**Matériels et méthodes.** – Etude-cas témoins concernant 61 patients suivis au CHU Ibn Rochd de Casablanca pour spa selon les critères de New-York modifiés. Les patients sont divisés en 2 groupes, groupe coxite et groupe pas de coxite, selon qu'ils ont ou non une coxite. On a comparé les caractéristiques cliniques, biologiques et structurales des 2 groupes. L'analyse statistique est faite par logiciel stata 11.

**Résultats.** – Dans notre échantillonnage, le groupe coxite comprends 41 patients (67,22 %), alors que le groupe pas de coxite a 20 patients. La coxite est bilatérale chez 35 patients (85,37 %); Le BASRI moyen

est 2,63 (1,61). L'indice de Lequesne moyen 6,73 (7,6). 14 (34,15 %) des patients ont eu au moins une infiltration de la hanche. La PTH a été posé à 11 (14,47 %) reprises. Le groupe coxite comprend 33 (80,49 %) hommes Contre 11 (55 %) pour le groupe pas de coxite. L'âge moyen dans le groupe coxite est 36,46 (13,79) ans contre 46,7 (14,03) ans dans le groupe pas de coxite. L'IMC moyen est 23,64 (5,3) kg/m<sup>2</sup> dans le groupe coxite contre 23,85 (4,78) kg/m<sup>2</sup> dans le groupe pas de coxite. L'âge moyen de début de la maladie est 23,34 (11,81) ans contre 31 (13,16) ans. La durée moyenne de la maladie est de 13,07 (8,09) ans contre 14,58 (11,28) ans. Le BASDAI moyen est 2,47 (1,93) contre 2,67 (2,15). Le sexe masculin est plus fréquent dans le groupe coxite que dans le groupe pas de coxite (80,49 % contre 55 %,  $P = 0,037$ ). L'âge moyen et l'âge moyen de début de la maladie sont plus précoces dans le groupe coxite (respectivement  $p = 0,0127$  et  $p = 0,0145$ ). L'ASDAS VS et l'ASDAS CRP sont plus élevés dans le groupe coxite (respectivement  $p = 0,0356$  et  $p = 0,044$ )

**Conclusion.** – Dans notre étude, l'atteinte de la hanche est fréquente et est associée à un âge et une début de la maladie plus précoce ainsi qu'à des indices d'activité ASDAS élevés chez les patients spa ayant une coxite, par rapport au patients spa sans coxite.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Mingqiang Guan, Jian Wang & Liang Zhao, Jun Xiao & Zhihan Li, Zhanjun Shi. Management of hip involvement in ankylosing spondylitis. ClinRheumatol. 2013

PE.Ma-091

### Efficacité précoce avec l'apremilast en monothérapie chez des patients naïfs de biologiques avec rhumatisme psoriasique actif: étude de phase IIIB, randomisée et contrôlée

P. Nash (1); K. Ohson (2); J. Walsh (3); N. Delev (4); J. Gomez-Reino (5); L. Teng (6); JB. Quiniou\* (7); J. Aelion (8); D. Nguyen (9)  
(1) Rheumatology, University of Queensland, Brisbane, Australie; (2) Faculty of medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's, Canada; (3) Rheumatology, University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, États-Unis; (4) Clinical r&d management, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (5) Rheumatology, Hospital clinico universitario, Santiago de Compostela, Espagne; (6) Biostats, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (7) Affaires Médicales, Celgène, Paris; (8) Rheumatology, west tennessee research institute, Jackson, États-Unis; (9) Rhumatologie, Celgene Corporation, Warren, États-Unis

\*Auteur correspondant: jbquiniou@celgene.com (JB. Quiniou)

**Introduction.** – Résultats à la semaine 52 de l'étude ACTIVE qui a évalué le délai de réponse chez des patients avec rhumatisme psoriasique actif (RhPsO) naïfs de biologiques et pouvant avoir été préalablement exposés à un DMARD conventionnel.

**Patients et Méthodes.** – Les patients ont été randomisés (1:1) dans le bras placebo ( $n = 109$ ) ou dans le bras Apremilast (APR) 30 mg deux fois par jour ( $n = 110$ ). Les patients pouvaient bénéficier d'un traitement de secours à la semaine 16 (à discrétion de l'investigateur). À partir de la semaine 24 jusqu'à la semaine 52, tous les patients recevaient APR.

**Résultats.** – À la semaine 2, une réponse précoce à l'APR a été observée avec une amélioration de  $\geq 20\%$  du critère de réponse de l'American College of Rheumatology (ACR20) versus placebo (16,4 % vs 6,4%;  $P = 0,0252$ ), ainsi qu'une amélioration du score DAS-28 (protéine C réactive), du nombre d'articulations gonflées, du résultat du questionnaire HAQ-DI, des enthésites et de la sévérité des raideurs matinales. À la semaine 16, une réponse ACR20 (critère principal) significativement plus importante a été observée versus placebo (38,2 % vs 20,2 %;  $P < 0,005$ ) avec des taux similaires dans la sous-population de patients ayant reçu un DMARD conventionnel (69 % des patients) (39,2 % vs 20,5 %;  $P < 0,05$ ). Une réduction de l'activité du RhPsO et de ses manifestations versus placebo a également été



observée par l'amélioration du score DAS-28 ( $P < 0,0001$ ), du nombre d'articulations gonflées ( $P = 0,0001$ ), du résultat du questionnaire HAQ-DI ( $P = 0,0229$ ), de la sévérité des raideurs matinales ( $P = 0,0015$ ) et du score GEI (Gladman Enthesitis Index) ( $P = 0,0014$ ). À la semaine 52, les taux de réponse ACR20/ACR50/ACR70 ont été de 63,3%/32,4%/14,0%; le nombre d'articulations gonflées a baissé de 74,5%. Parmi les patients APR qui présentaient des enthésites à l'inclusion, 62,8% ont atteint un score GEI de 0. Durant la période contrôlée, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés ( $\geq 5\%$  des patients) ont été: rhinopharyngites, nausées, céphalées, hypertension et diarrhées; l'incidence globale des diarrhées telles que définies dans le protocole ( $\geq 2$  selles liquides/ aqueuses/jour) étaient plus faible que celles rapportées sans tenir compte de cette définition. Les taux d'effets indésirables graves étaient faibles dans le bras APR (2,8%) versus placebo (4,6%). Aucune infection opportuniste, réactivation de tuberculose ou dépression marqué n'a été observée. L'incidence et la sévérité des AE n'ont pas augmenté avec une exposition à plus long terme à l'APR.

**Conclusion.** – Chez les patients naïfs de biologiques traités par APR, la survenue de l'efficacité étaient observée dès la semaine 2 sur les différentes manifestations du RhPsO avec maintien jusqu'à la semaine 52. La tolérance et la sécurité étaient cohérentes avec le profil connu de l'APR.

**Conflit d'intérêt.** – N. Delev, L. Teng sont employés de Celgene

PE.Ma-092

### Comparaison du risque de survenue des manifestations extra-articulaires, en particulier des uvéites, et du maintien thérapeutique chez les patients atteints de spondyloarthrites et traités par anti-TNFa

G. Khoury\* (1); J. Morel (1); P. Valérie (1); B. Combe (1);

C. Lukas (1)

(1) Service d'immuno-rhumatologie, C.H.U. Lapeyronie, Montpellier

\*Auteur correspondant: giskhoury@gmail.com (G. Khoury)

**Introduction.** – Contrairement aux autres atteintes extra-articulaires, la question de la différence d'action des anti-TNF dans les uvéites associées aux spondyloarthrites (SPA) et au rhumatisme psoriasique (RP) reste non résolue. Pour certains auteurs, l'ensemble des anti-TNF réduisent le risque d'uvéites associées aux RP et SPA, alors que pour d'autres l'etanercept apparaît moins efficace que les Ac. Afin de mieux orienter les choix thérapeutiques, notre étude avait comme objectif principal de comparer le Rc aux Ac quant au risque de survenue d'uvéite dans l'année qui suit l'introduction du traitement. Pour les objectifs secondaires, la comparaison entre Ac et Rc concernait l'anti-TNF alpha de première ligne ainsi que l'ensemble des lignes thérapeutiques pour le risque de survenue d'uvéite, de poussées de MICI et de psoriasis. Enfin le maintien thérapeutique des anti-TNF a été évalué en fonction des caractéristiques de la population et de la molécule.

**Patients et Méthodes.** – Notre étude était observationnelle, rétrospective et monocentrique. Les patients suivis dans le service de rhumatologie du CHU de Montpellier pour une SPA ou un RP et qui ont eu un traitement anti-TNF entre l'année 2000 et 2014 ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. Le risque d'uvéite a été interprété de façon qualitative (nombre de sujets ayant eu au moins une uvéite) et quantitative (nombre d'épisodes d'uvéites pour chaque individu). Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour les analyses qualitatives, des modèles de Poisson pour les analyses quantitatives et le test du logrank et le modèle de Cox pour le maintien thérapeutique.

**Résultats.** – 429 patients ont été inclus (203 traités par Ac en première ligne et 226 par Rc). Aucune différence entre Ac et Rc n'a été mise en évidence par rapport au risque de survenue d'uvéite pendant la première année de traitement (OR = 0,94 [0,35; 2,54],  $p = 0,90$  en qualitatif et RR = 0,62 [0,26; 1,46],  $p = 0,27$  en quantitatif). Sous

anti-TNF alpha de première ligne, ainsi que pour toutes les lignes thérapeutiques, le risque d'uvéite était plus important sous Rc, sans que la différence ne soit significative ( $p = 0,09$  pour le traitement de première ligne et  $p = 0,08$  pour toutes les lignes thérapeutiques en quantitatif  $p = 0,68$  pour le traitement de première ligne et  $p = 0,53$  pour l'ensemble des lignes thérapeutiques en analyse quantitatif). La survenue de poussées de MICI était plus importante sous Rc ( $p = 0,02$ ), alors qu'aucune différence n'a été démontrée entre Ac et Rc sur les poussées de psoriasis ( $p = 0,44$ ). Le maintien thérapeutique des anti-TNF était meilleur chez les hommes ( $p < 0,001$ ), les porteurs de l'allèle HLA B27 ( $p < 0,001$ ), pour les anti-TNF prescrits en première ligne par rapport aux suivantes ( $p < 0,001$ ) et pour les Ac par rapport au Rc ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion.** – Le risque d'uvéite ne semble pas significativement plus élevé sous Rc que sous Ac dans le RP et les SPA, pour que l'éviction de l'etanercept soit systématiquement recommandée chez les sujets à risque modéré. Et bien que le maintien thérapeutique apparaisse plus important pour les Ac, le choix de l'anti-TNF alpha doit demeurer la conséquence d'une évaluation personnalisée, prenant en compte les antécédents, les atteintes extra-articulaires, les facteurs de risques et les préférences du patient.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-093

### Amélioration à long terme (156 semaines) des dactylites et enthésites avec l'aprémilast dans le rhumatisme psoriasique: analyse de la base de données combinées PALACE 1-3

D. Gladman (1); A. Kavanaugh (2); J. Gomez-Reino (3); J. Wollenhaupt (4); M. Cutolo (5); G. Schett (6); E. Lespessailles\* (7); B. Guerette (8); H. Chiachi (9); C. J. Edwards (10); C. Birbara (11); P. Mease (12)

(1) Division of health care & outcomes research, Institut de recherche Toronto Western, Toronto, Canada; (2) Rhumatologie, University of California San Diego, La Jolla, États-Unis; (3) Rhumatologie, Hôpital Clinique Universitaire, Santiago, Espagne; (4) Rhumatologie, Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Allemagne; (5) Research laboratories and clinical academic unit of rheumatology, University of Genova, Genova, Italie; (6) Rhumatologie, Université d'Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Allemagne; (7) Rhumatologie, Université d'Orléans, Orléans; (8) Medical affairs, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (9) Clinical research, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (10) University hospital, Southampton Hospital, Southampton, États-Unis; (11) Rhumatologie, University of Massachusetts Medical School, Worcester, États-Unis; (12) Rhumatologie, Centre Médical Suédois et Faculté de Médecine de l'Université de Washington, Seattle, États-Unis  
\*Auteur correspondant: eric.lespessailles@chr-orleans.fr (E. Lespessailles)

**Introduction.** – PALACE 1,2 et 3 ont évalué l'efficacité et la sécurité de l'aprémilast (APR) chez des patients qui présentaient un rhumatisme psoriasique (RhPsO) actif malgré l'utilisation préalable de DMARDs conventionnels et/ ou de biologiques. Nous rapportons l'effet d'un traitement à long terme avec l'APR 30 mg deux fois par jour sur les dactylites et enthésites pré-existantes dans ces études.

**Patients et Méthodes.** – Les patients ont été randomisés (1:1:1) dans le bras placebo, APR 30 mg ou APR 20 mg deux fois par jour avec stratification sur l'utilisation de DMARD à l'inclusion (oui/ non). Après 24 semaines de phase contrôlée versus placebo, tous les patients recevaient l'APR et pouvaient être inclus dans la phase de suivi à long terme. Les données des patients qui présentaient des dactylites ou des enthésites à l'inclusion dans PALACE 1- 3 ont été combinées. Le nombre de dactylite (0-20) était évalué. Le score MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score; intervalle: 0-13) a été utilisé pour évaluer les enthésites. Les analyses ont été conduites par report de la dernière observation (last observation

carried forward – LOCF) à la semaine 24 et selon les données observées aux semaines 52 et 156.

**Résultats.** – Parmi les patients qui présentaient des dactylites ( $n=610$ ) ou des enthésites ( $n = 915$ ) à l'inclusion et  $\geq 1$  mesure post-inclusion, le nombre moyen de dactylites et le score MASES moyen étaient compris respectivement entre 3,2 à 3,4 et 4,4 à 4,8. À la semaine 24, la variation moyenne du nombre de dactylites a été de  $-1,8$  (APR30) vs  $-1,3$  (placebo) ( $P = 0,0097$ ). D'avantage de patients APR30 vs Placebo ont atteint un nombre de dactylites égal à 0. La variation moyenne du score MASES était de  $-1,3$  (APR30) vs  $-0,9$  (placebo) ( $P = 0,0194$ ); D'avantage de patients APR30 vs placebo ont atteint un score MASES = 0. Une amélioration maintenue de la sévérité des dactylites et enthésites a été observée à la semaine 156 dans PALACE 1-3: 79,6 % des patients ont atteint un nombre de dactylites nul et la variation moyenne en pourcentage a été de  $-83,6$  %; 55,0 % des patients APR ont atteint un score MASES de 0 et la variation moyenne en pourcentage a été de  $-65,2$  %. L'effet sur les enthésites a été confirmé par l'étude ACTIVE menée chez des patients traités par APR avec  $\leq 1$  DMARD antérieur et utilisant le GEI (Gladman Enthesitis Index) s'intéressant à d'avantage de sites périphériques d'activité; un effet significatif de l'APR vs placebo a été observé dès la semaine 2; et à la semaine 24, la variation moyenne a été de  $-1,5$  vs  $-0,5$  ( $P = 0,0032$ , modèle mixte de mesures répétées).

**Conclusion.** – À l'inclusion, 63 % des patients de PALACE 1-3 présentaient des enthésites et 42 % des dactylites. APR30 a démontré un bénéfice précoce et à long terme ( $\leq 156$  semaines) dans le traitement des dactylites et des enthésites avec résolution chez un grand nombre de patients.

**Conflit d'intérêt.** – H. Chiachi et B. Guerette sont employés par Celgene

PE.Ma-094

### Prévalence de l'insuffisance rénale au cours de la spondylarthrite ankylosante: résultats d'une étude algérienne monocentrique

R. Benaziez\* (1); N. N.saidi (1); A. Benzina (1); M. Berkache (1); C. Dahou-Makhloufi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie

\*Auteur correspondant: rbenaziez.boutaleb@gmail.com (R.Benaziez)

**Introduction.** – L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence de l'insuffisance rénale au cours de la spondylarthrite ankylosante (SA) et d'identifier les principaux facteurs associés.

**Patients et Méthodes.** – Etude transversale descriptive et analytique, concernant les patients hospitalisés pour SA au service de rhumatologie du CHU BAB EL OUED entre janvier 2009 et juillet 2017. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique, et d'un bilan biologique comportant au minimum une vitesse de sédimentation, une C réactive protéine.

Ont été analysés les éléments suivants: les données démographiques, les facteurs de risque cardiovasculaire (diabète, HTA, dyslipidémie, tabac et IMC), la durée d'évolution de la maladie, la forme clinique, l'activité de la maladie, le syndrome inflammatoire biologique, la fonction rénale a été évaluée par l'équation MDRD, les traitements reçus.

**Résultats.** – Nombre de patients: 145 patients (40 femmes/105 hommes); âge moyen: 39,85 ans (19 - 74); durée moyenne de la maladie:  $13,02 \pm 9,31$  ans. Forme axiale (44,8 %), coxite (45 %), uvéite (18 %). Les traitements en cours: AINS (29,1 %), méthotrexate (51,8 %), léflunomide (0,7 %), salazopyrine (21,6 %), biothérapie (67,9%). La VS moyenne est de  $40,99$  mm à la 1<sup>re</sup> heure  $\pm 31,25$ , la CRP moyenne est de  $15,46$  mg/l  $\pm 19,53$ . 34,48 % des patients avaient une diminution de la filtration glomérulaire ( $< 60$  mL/min/m<sup>2</sup>). Le BASDAI moyen:  $3,32 \pm 1,32$ . L'ASDAS moyen:  $2,51 \pm 1,30$ . Le BASFI moyen:  $4,67 \pm 2,21$ . Les facteurs de risque cardiovasculaires notées: diabète

type II 8,2 %, HTA 13,4 %, dyslipidémie 14,8 %, IMC: moyen  $23,97 \pm 3,74$ , 22,3 % sont en surpoids et 8,6 % sont obèses, tabac: 22,7 %. HLA B27 positifs: 6 %

En analyse bi variée, l'insuffisance rénale était associée à l'âge ( $P=0,002$ ), à la forme clinique axiale ( $P = 0,02$ ), à certains facteurs de risque cardiovasculaire HTA ( $P = 0,001$ ), diabète II ( $P = 0,004$ ) et le tabac ( $P = 0,002$ ), au BASDAI et à l'ASDAS ( $P = 0,001$ ,  $P = 0,002$ ). Il n'y avait pas de relation avec la durée d'évolution de la maladie, la coxite, l'uvéite et la prise actuelle d'AINS.

**Conclusion.** – L'insuffisance rénale chez nos patients atteints de SA est associée à l'âge, à l'atteinte axiale, à l'activité de la maladie et à certains facteurs de risque cardiovasculaires (HTA, diabète II, tabac).

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-095

### Évaluation de l'utilisation dans la vraie vie d'secukinumab chez les patients présentant une spondyloarthrite: à propos de 42 patients

C. Albert (1); F. Berthier (2); J. Azulay (1); E. Acquacalda (3); E. Millasseau (4); H. Chami (5); A. Florent (3); C. Destombe (4);

G. Bolla (1); O. Brocq\* (3)

(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier de Cannes, Cannes;

(2) Département d'information médicale, Hôpital Princesse Grâce de Monaco, Monaco, Monaco;

(3) Rhumatologie, CHPG, Monaco, Monaco;

(4) Rhumatologie, Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus – Saint-Raphaël, Fréjus;

(5) Rhumatologie, cabinet médical, Nice

\*Auteur correspondant: obroccq@chpg.mc (O. Brocq)

**Introduction.** – Les véritables avancées ces dernières années dans la prise en charge des spondyloarthrite (SpA) est le ciblage de la voie IL-23/Th17, offrant de nouvelles options thérapeutiques. Le sécukinumab (SEC), agent anti IL17-A a démontré son efficacité dans le rhumatisme psoriasique (RP) et la spondylarthrite ankylosante (SA) L'objectif de notre étude était d'évaluer son utilisation en pratique courante chez des patients atteints de RP et de SA, d'évaluer la réponse clinique, la posologie initiale et la tolérance.

**Patients et Méthodes.** – Étude rétrospective multicentrique sur 6 mois, incluant des patients atteints de SA et RP, traités par SEC, suivis en consultations de rhumatologie. Recueil des données par questionnaire standardisé et anonyme: données concernant la maladie rhumatologique, ATCD de traitements de fond, posologie initiale, traitement (s) de fond associé (s). La réponse clinique était évaluée par l'EVA douleur, le BASDAI et l'ASDAS et la fonction par le BASFI.

**Résultats.** – 42 patients ont été inclus, 29 SA et 13 RP, 20 femmes et 22 hommes, d'un âge moyen de 51,21 et 54,64 ans. Le poids moyen était de 72,18 kg dans la SA et 80,42 kg pour les RP. La durée moyenne de la SA et du RP était de 8,76 ans et 6,75 ans. HLA B27 + chez 12/29 patients atteints d'une SA. Le nombre d'anti-TNF antérieur au SEC était dans le groupe RP: aucun anti TNF chez 2 patients, un anti TNF chez 6 patients, deux anti TNF chez 1 patient et trois anti TNF chez 4 patients; Chez les patients présentant une SA: un anti TNF chez 6 patients, deux anti TNF chez 7 patients, trois anti TNF chez 11 patients et quatre chez 4 patients. À baseline: dans le groupe SA: vs moy 18,20 mm, CRP moy 10,25 mg/l, EVA moy douleur 63,22, BASDAI moy 62,30, BASFI moy 64 et ASDAS CRP moy 2,89 et dans le groupe RP: vs moy 15,77 mm, CRP moy 8,85 mg/l, EVA moy douleur 64, BASDAI moy 53,7; BASFI moy 52, ASDAS CRP moy 2,81. La posologie initiale du COS était de 150 mg chez 27 patients avec une SA et 300 mg chez 2 patients. Dans le groupe RP: 4 patients sous 150 mg de SEC et 8 patients sous 300 mg. Le MTX était associé chez 6 patients présentant un RP et 19/29 patients avec une SA étaient sous AINS. À M6, l'efficacité clinique (baisse BASDAI  $> = 20$ ) était observée chez 9 patients atteints de SA et 2 patients atteints de RP. Le SEC a été stoppé dans la SA chez 8 patients et dans le RP chez 4 patients. La durée médiane d'utilisation du SEC était de 8 mois chez les patients avec une SA et de 7 mois dans le groupe RP. Tolérance:

céphalée, un érythème noueux, un herpès, amaigrissement chez 4 patients.

**Conclusion.** – Dans cette étude de la vraie vie, le SEC a montré une efficacité clinique à M6 chez la moitié des patients, pour certains patients présentant une forme sévère de leur maladie, en échec de traitements de fond et avec une bonne tolérance. Malgré les limites méthodologiques de notre étude, le secukinumab apparaît être une alternative thérapeutique intéressante chez les patients atteints de RP et de SA, y compris en cas d'échec de nombreux traitements de fond

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-096

**Aprémilast, un inhibiteur de phosphodiesterase 4, est associé à une amélioration à long terme (156 semaines) du score BASDAI chez des patients atteints de rhumatisme psoriasique: résultats cumulés de trois essais de phase 3, randomisés, contrôlés**

P. Mease (1); H. Marzo-Ortega (2); A. Poder (3); F. Van den bosch (4); J. Wollenhaupt (5); E. Lespessailles (6); B. Guerette (7); L. Teng (8); F. Lioté\* (9); S. Hall (10)

(1) Rhumatologie, Centre Médical Suédois et Faculté de Médecine de l'Université de Washington, Seattle, États-Unis; (2) Rhumatologie, Division of Rheumatic and Musculoskeletal Disease, Chapel Allerton Hospital, Leeds, Royaume Uni; (3) Rhumatologie, Clinical Research Centre Ltd, Tatu, Estonie; (4) Rhumatologie, UZ Gent, Gent, Belgique; (5) Rhumatologie, Schön Klinik Hamburg Eilbek, Hamburg, Allemagne; (6) Rhumatologie, Université d'Orléans, Orléans; (7) Medical affairs, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (8) Biostats, Celgene Corporation, Summit, États-Unis; (9) Rhumatologie, Université Paris Diderot, Hôpital Lariboisière, Paris; (10) Rhumatologie, Université Monash, Melbourne, Australie

\*Auteur correspondant: frederic.liote@aphp.fr (F. Lioté)

**Introduction.** – Dans les études PALACE 1-3, l'index BASDAI a été utilisé en tant que mesure exploratoire dans une sous-population de patients (pts) atteints de rhumatisme psoriasique (RP) considérés par les investigateurs comme présentant une forme axiale de la maladie (spondylarthrite de type RP non confirmée par imagerie). L'impact du traitement par aprémilast (APR) 30 mg deux fois par jour sur 156 semaines a été évalué à partir des données cumulées de PALACE 1-3 de pts avec un RP actif malgré csDMARDs antérieurs et/ou biologiques.

**Patients et Méthodes.** – Les bénéfices d'un traitement par APR ont été évalués sur une sous-population de pts avec un BASDAI  $\geq 4$  («sous-population») à l'inclusion (T0) durant 156 semaines.

**Résultats.** – Un BASDAI  $\geq 4$  à T0 a été rapporté pour 454/1493 (30 %) pts. L'ancienneté moyenne du RP était similaire entre la sous-population et le reste de la population (n = 1039); A T0, la moyenne de la surface cutanée atteinte (SCA) par le psoriasis et le pourcentage de pts SCA  $\geq 3$  % étaient légèrement supérieurs. La sous-population avait un taux de CRP plus élevé à T0 que le reste des pts (1,12 vs 0,93), des scores plus élevés pour la douleur (EVA; 63,6 vs 53,8 mm), des évaluations globales de la maladie par le pt (PGA; 62,2 vs 53,5mm), et par le médecin (PhGA; 59,0 vs 53,0 mm) et du HAQ-DI (1,41 vs 1,08), SF-36v2 Fonction Physique (30,6 vs 35,8), et un FACIT-F (25,7 vs 31,8) sensiblement plus dégradés. Malgré des différences d'activité de la maladie, la prise concomitante de csDMARDs à T0 était similaire entre les groupes: 1 DMARD dans 61,0 % (sous-population) vs 57,8 % (reste des pts); le méthotrexate était le DMARD le plus fréquent. Dans la sous-population, 73,6 % avaient été traité seulement par DMARDs (44,9 % par 1 seul); 25,1 % avaient déjà reçu un biologique. Les BASDAI moyens à T0 étaient de 6,6 (APR) et 6,4 (placebo [PBO]). La moyenne de la question 2 du BASDAI à T0 (douleur vertébrale et hanches), était de 6,7. APR a conduit à une meil-

leure amélioration du BASDAI moyen vs PBO à S16 (-1,53 vs -0,91; P= 0,0173) et à 24 (-1,64 vs -0,74; P = 0,0002). À S16, une diminution moyenne de 19 % à la question 2 a été observée avec APR vs une augmentation avec le PBO. À S24, HAQ-DI (-0,301 vs -0,117; P=0,0067), fatigue (4,38 vs 1,29; P = 0,0082), PhGA (-22,1 vs -7,4; P<0,0001), et mPsARC (46,2 % vs 23,8 %; P < 0,0001) ont été améliorées significativement. Une amélioration sur le long-terme a été observée sur les mesures, avec une réduction moyenne du BASDAI de 2,18 (S52) et 2,19 (S156) et une réduction à la question 2 de 1,94 et de 2,28, respectivement; le traitement s'est accompagné d'une évolution vers des valeurs plus faibles du BASDAI dans la sous-population, avec une proportion significative atteignant un BASDAI < 4. Une amélioration moyenne au long-terme de l'HAQ-DI a été observée à S52 et S156 (-0,464 et -0,448), du nombre d'articulation gonflée (-8,5 et -10,6), du SF-36v2 FP (7,06 et 8,21), de la douleur EVA (-22,1 et -21,9), du FACIT-F (6,77 et 6,31), du PGA (-19,8 et -21,2), et du PhGA (-34,3 et -40,2).

**Conclusion.** – Dans cette analyse cumulée post hoc, les pts BASDAI  $\geq 4$  à T0 ont ressenti un fardeau plus important de la maladie, dont incapacité, douleur et fatigue. L'APR a amélioré à long terme le BASDAI et d'autres mesures chez les pts suspectés d'avoir une forme axiale de la maladie.

**Conflit d'intérêt.** – B. Guerette, L. Teng sont employés par Celgene

PE.Ma-097

**Évaluation du profil lipidique et inflammatoire au cours de la spondylarthrite ankylosante selon l'activité de la maladie**

A. Ghorbel\* (1); B. B (1); A. Feki (2); M. Chtourou (1); R. Akrou (2); S. baklouti (2); F. Ayedi (1); H. Fourati (1); M. Turki (1)

(1) Laboratoire de biochimie, UR 12ES17 «Bases moléculaires de la pathologie humaine», Faculté de médecine de Sfax, Tunisie, SFAX, Tunisie; (2) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

\*Auteur correspondant: achrafghorbel@live.fr (A. Ghorbel)

**Introduction.** – La spondylarthrite ankylosante (SPA) est une maladie inflammatoire associée à un risque de morbi-mortalité cardiovasculaire (CV) important dont l'étiopathogénie est encore méconnue. Elle évolue par périodes de poussées actives pouvant être évaluées à l'aide de scores validés d'activité.

**Objectif.** – Explorer le retentissement des poussées actives sur le système CV et le profil lipidique.

**Patients et Méthodes.** – C'est une étude observationnelle type cas-témoin menée entre juillet 2015 et octobre 2016 incluant des patients atteints de SPA primitive du sud tunisien et des témoins appariés selon le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle et le tabagisme. Le diagnostic de SPA était retenu selon les critères de New York modifiés. Pour les malades, nous avons calculé l'indice d'activité BASDAI. La forme active était définie par un score BASDAI supérieur à 4. Les participants ont bénéficié de dosages de marqueurs lipidiques (cholestérol total (CT), HDL-cholestérol (HDL), triglycérides (TRG), lipoprotéine a (Lp (a)), ApoA1, ApoB), et de marqueurs inflammatoires (CRP). L'évaluation du risque CV a été faite par le calcul du score de Framingham modifié et des indices athérogènes (CT/HDL, Apo B/Apo A1).

**Résultats.** – Cette étude a porté sur 79 patients et 79 témoins âgés de 43,84  $\pm$  14,13 et 44,27  $\pm$  14 ans respectivement. La moitié des patients avaient une poussée active au moment du recrutement. L'exploration du profil lipidique et inflammatoire a montré une diminution significative de la concentration en CT et HDL chez les patients et une augmentation significative de la concentration de CRP, des indices athérogènes et du score de Framingham. Les patients ayant une forme active ont eu une concentration en HDL significativement plus basse, une concentration en CT, TRG, indice athérogène (CT/HDL) et score de Framingham significativement plus élevés par rapport à ceux ayant une forme inactive.



**Discussion.** – L'étude de l'influence des poussées actives sur le système CV permet de constater un profil lipidique et inflammatoire proathéro-gène. Van Halm et al [1] ont démontré que l'augmentation de BASDAI de 1 point s'associe de la diminution de HDL-C de 0,4 %, du CT de 0,3 % et des TRG de 0,01 %.

**Conclusion.** – La SPA augmente la fréquence de survenu d'évènement CV par rapport à la population saine par la perturbation du profil lipidique et l'accélération de l'athérosclérose. Les poussées de forme active potentialiseraient ce risque.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Van Halm VP et al. Increased disease activity is associated with a deteriorated lipid profile in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2006 Nov;65 (11):1473–7.

PE.Ma-098

### Effets des biomédicaments sur les dactylites dans le rhumatisme psoriasique: analyse systématisée de la littérature

M. Sondag\* (1); C. Prati (1); F. Verhoeven (1); X. Guillot (1); D. Wendling (1)

(1) Service de rhumatologie, C.H.U Jean Minjoz, Besançon

\*Auteur correspondant: omax17@hotmail.com (M. Sondag)

**Introduction.** – Les dactylites sont un marqueur de sévérité du rhumatisme psoriasique mais leur prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée.

**Matériels et méthodes.** – Nous avons réalisé une revue récente de la littérature de l'efficacité des traitements biologiques sur les dactylites uniquement sur les études double-aveugle randomisées contre placebo en langue anglaise publiés dans Pubmed. L'évaluation des dactylites se basait sur le nombre de dactylites ou sur le Leeds Dactylitis Index (LDI). L'efficacité était évaluée à 24 semaines, sauf précision.

**Résultats.** – L'Infliximab (IMPACT 2) était efficace avec persistance de seulement 11,8 % de dactylites vs 34 % groupe placebo ( $p < 0,001$ ) pour un pourcentage initial de 40 et 41 %.

L'Adalimumab n'a pas montré sa supériorité par rapport au placebo avec une variation du score de dactylites à 48 semaines de  $1,3 \pm 4,8$  ( $p < 0,05$ ) dans l'étude ADEPT. Dans SPIRIT-P1, l'Adalimumab permettait une résolution des dactylites (LDI-basique) dans 78 % des cas vs 25 % pour le placebo ( $p < 0,001$ ).

Le Golimumab (GO-REVEAL) ne permettait pas de variation significative du nombre de patients présentant une dactylite mais une variation significative du score de dactylites uniquement à la dose la plus forte: 100 % groupe 50 mg ( $p = 0,09$ ) et groupe 100 mg ( $p < 0,001$ ) vs 42 % groupe placebo.

Le Certolizumab pegol (RAPID-PsA) permettait une variation significative du LDI à la dose de 200 mg de  $-40,7 \pm 34$  ( $p = 0,002$ ) et de  $-53,5 \pm 69,1$  ( $p < 0,001$ ) à la dose de 400 mg comparé au placebo ( $-22,0 \pm 46,9$ ). L'Ustékinumab (PSUMMIT 1) permettait une amélioration de 64,6 % du score moyen de dactylites versus placebo ( $p > 0,05$ ). Dans PSUMMIT 2, il persistait à 24 semaines 56,2 % de patients avec des dactylites vs 76,1 % groupe placebo ( $p = 0,001$ ) avec un effet taille de 0,29 en regroupant les données des 2 études. Une étude complémentaire sur des patients avec un rhumatisme psoriasique associé à une spondylite retrouvait également une efficacité significative de l'Ustékinumab.

Le Secukinumab (FUTURE 2) est efficace avec plus de 50 % de résolution des dactylites aux doses de 150 mg et 300 mg chez les patients anti-TNF $\alpha$  naïfs ainsi qu'à la dose de 300 mg chez des patients anti-TNF $\alpha$  non naïfs comparé à 17 % dans le groupe placebo ( $p < 0,05$ ).

Le Brodalumab n'a pas montré d'efficacité supérieure au placebo à 12 semaines avec des variations du score de dactylite non significatives ( $-1,4$  [ $p = 0,28$ ] groupe 140 mg et  $-2,0$  [ $p = 0,11$ ] groupe 280 mg vs  $-0,5$  groupe placebo).

Le Clazakinumab  $\pm$  Methotrexate permettait selon les auteurs une bonne amélioration des dactylites (66,7 % de résolution des dactylites à la dose de 200 mg, 81,8 % à 100 mg, 57,1 % à 25 mg) vs 38,5 % dans le groupe placebo (pas de calcul de p).

L'Ixekizumab était efficace avec une résolution des dactylites dans 80 % des cas vs 25 % dans le groupe placebo ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion.** – Les traitements biologiques ont une efficacité variable dans le traitement des dactylites du rhumatisme psoriasique. Dans les différentes études, l'évaluation des dactylites est hétérogène et l'absence d'utilisation de cet élément en critère primaire rend l'interprétation de l'efficacité des traitements difficile.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-099

### Échec aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires chroniques: fibromyalgie associée?

S. Adjabi\* (1); D. Si Ahmed (1); F. Bouali (1)

(1) Médecine interne, CHU Khelil Amrane, Béjaïa, Algérie

\*Auteur correspondant: adjabi\_s@yahoo.fr (S. Adjabi)

**Introduction.** – La présence d'une fibromyalgie (FM) au cours d'un rhumatisme inflammatoire chronique (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrites) pose des problèmes de diagnostic, d'évaluation de l'activité de la maladie et de réponse aux traitements.

Ce travail a pour buts d'évaluer la prévalence de la FM chez les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques traités par biothérapies, d'analyser et de préciser les caractéristiques et l'évolution sous traitement avec ou sans FM associée.

**Patients et Méthodes.** – Étude observationnelle réalisée sur 40 patients suivis pour rhumatismes inflammatoires chroniques traités par biothérapie sur une période de 05mois (Janvier – Mai2016)

La FM a été diagnostiquée à l'aide de l'auto-questionnaire FiRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) qui est un outil de diagnostic rapide validé, la positivité de 5 items sur 6 permet de dépister une fibromyalgie avec une sensibilité et une spécificité proches de 90 %.

**Résultats.** – Sur les 40 patients colligés, 06 avaient une FM associée (prévalence 15 %) tous de sexe féminin avec un âge moyen de 42ans; on remarque que chez ces patients la fréquence des antécédents dépressifs est plus grande, que l'EVA douleur est plus élevée (75 Vs 57) ainsi que les critères d'activités BASDAI (6,93 Vs 3,57) et DAS 28 (6 Vs 4,50), un retentissement fonctionnel plus important, indice HAQ plus élevé (1,42 Vs 0,95), alors que les paramètres d'inflammation sont plus bas «CRP» (5,91 Vs 15,06).

**Discussion.** – Nos résultats concordent avec les données de la littérature. Les patients «ayant» une FM associée ont certaines caractéristiques cliniques différentes, comme des scores d'activité une EVA douleur et un HAQ plus élevés alors que l'activité inflammatoire est plus basse. Les scores d'activité surestiment la maladie chez les fibromyalgiques, ce qui peut conduire à renforcer de façon inappropriée les thérapeutiques avec un recours plus fréquent aux biothérapies.

L'auto-questionnaire FiRST peut être utilisé de façon très rapide, pour éviter les retards et errances diagnostiques et permettre de débiter une prise en charge adéquate car la FM associée perturbe les décisions thérapeutiques.

**Conclusion.** – Il faut arriver à différencier au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques ce qui revient à l'inflammation et l'évolution de la maladie et ce qui revient aux douleurs par sensibilisation centrale.

Il est donc devenu indispensable de penser aux FM associées au cours des douleurs des rhumatismes inflammatoires qui persistent malgré une inflammation bien contrôlée et devant tout échec à la biothérapie.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-100

**Prévalence et incidence sur 3 ans de comorbidités sélectionnées dans la polyarthrite rhumatoïde (PR): analyse du suivi à 3 ans de l'étude COMEDRA comprenant 769 patients atteints de PR établie**

L. Gossec\* (1); M. Soubrier (1); F. Frantz (1); F. Fayet (1); N. Balandraud (1); T. Bardin (1); C. Beauvais (1); G. Chalès (1); I. Chary Valckenaere (1); E. Dernis (1); L. Euler Ziegler (1); RM. Flipo (1); M. Gilson (1); T. Marhadour (1); X. Mariette (1); G. Mouterde (1); S. Pouplin (1); P. Richette (1); A. Ruysen-Witrand (1); T. Schaevebeke (1); C. Sordet (1); M. Dougados (2)  
(1) Comedra, Groupe de travail, Paris; (2) Rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris

\*Auteur correspondant: laure.gossec@aphp.fr (L. Gossec)

**Introduction.** – Les comorbidités, y compris le risque cardiovasculaire (CV), les néoplasies et l'ostéoporose sont fréquentes dans la PR [1]. **Objectifs.** – Quantifier à l'inclusion et 3 ans plus tard, la prévalence (initiale) et l'incidence (sur 3 ans) de certaines comorbidités sélectionnées.

**Patients et Méthodes.** – Extension ouverte à long terme (3 ans) de l'essai contrôlé randomisé COMEDRA de 6 mois dans lequel des patients atteints de PR établie et stable consultaient une infirmière pour des conseils sur les comorbidités [2]. Les comorbidités ont été évaluées au cours d'un entretien en face à face et les infirmières ont fourni des conseils sur le dépistage et la gestion, au départ et 3 ans plus tard. La fréquence des comorbidités a été évaluée aux deux temps et l'incidence des nouveaux cas a été évaluée en % global des patients et en % d'augmentation relative de chaque comorbidité.

**Résultats.** – Sur les 970 patients recrutés, 776 (80 %) ont été suivis à 2-4 ans (15, 1,5 %, sont décédés) et 769 (79 %) avaient des données disponibles pour les comorbidités aux deux temps. À l'inclusion, l'âge moyen (± ET) était de 58 (± 11) ans, la durée moyenne de la maladie de 14 (± 10) ans; 614 (80 %) étaient des femmes et 538 (70%) recevaient une biothérapie; le DAS28 moyen était de 3,1±1,3. À l'inclusion, les comorbidités les plus fréquentes étaient un antécédent de fracture (31,9 %) et l'hypertension (30,9 %) et à 3 ans, la comorbidité qui avait le plus augmenté (en incidence) dans cette population était l'hypertension artérielle (4 %) alors que le tabagisme avait diminué.

**Conclusion.** – Les comorbidités sont fréquentes chez les patients atteints de PR, mais le dépistage ne correspond pas toujours aux comorbidités les plus fréquentes ou les plus sévères. Les efforts doivent être poursuivis pour améliorer le dépistage et la prévention des comorbidités dans les rhumatismes inflammatoires chroniques.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Baillet A, Gossec L et al. Ann Rheum Dis. 2016;75 (6):965-73
- [2] Dougados M, Soubrier M, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74 (9):1725-33.

PE.Ma-101

**Secukinumab induit une réduction maintenue jusqu'à 3 ans de la fatigue chez les patients ayant une spondylarthrite ankylosante: résultats au long cours de 2 études de Phase 3**

L. Gossec (1); A. Deodhar (2); TK. Kvien (3); P. Conaghan (4); V.Strand (5); M. Østergaard (6); N. Williams (7); K. Gandhi (8); B.Porter (9); E. Desfleurs\* (10); S. Jugl (11)  
(1) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;  
(2) Rhumatologie, OHSU: Oregon Health & Science University, Portland, États-Unis; (3) Rhumatologie, Diakonhjemmet hospital, Oslo, Norvège;  
(4) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni; (5) Division d'immunologie et de rhumatologie, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, États-Unis; (6) Department de rhumatologie, Rigshospitalet, University

of Copenhagen, Copenhagen, Danemark; (7) Research team, RTI Health Solutions, Durham, États-Unis; (8) Global medical affairs – i&rd, Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, États-Unis; (9) Novartis Pharma ag chbs, Affaires médicales, Bâle, Suisse; (10) Novartis Pharma, Rueil Malmaison; (11) Bf i&rd gpa, Novartis Pharma AG, Bâle, Suisse

\*Auteur correspondant: emilie.desfleurs@novartis.com (E. Desfleurs)

**Introduction.** – Chez les patients (pts) présentant une spondylarthrite ankylosante (SA), la fatigue est un symptôme fréquent, qui affecte leur qualité de vie et leur vie sociale. Secukinumab (SEC), un anti-corps anti-IL17 complètement humanisé, améliore rapidement les signes et symptômes, la fonction et la qualité de vie des pts atteints de SA. 1,2 L'objectif de ce travail était d'évaluer les effets au long cours de SEC sur la fatigue chez les patients naïfs ou déjà traités par un anti-TNF (TNF-IR) dans les études MEASURE 1 et MEASURE 2. **Patients et Méthodes.** – 371 et 219 pts ont été randomisés sous SEC ou placebo (PLB) dans MEASURE 1 (10 mg/kg IV suivi de 150 ou 75 mg SC) et MEASURE 2 (150 ou 75 mg SC) respectivement. Environ 69 % des patients étaient naïfs d'anti-TNF et 31 % TNF-IR. La fatigue a été mesurée à l'inclusion (BL) et aux semaines (S) 4, 8, 12, 16, 24, 52, 104 et 156 en utilisant le FACIT-F, qui évalue la fatigue sur les 7 derniers jours à partir de 13 questions notées de 0 à 4 (score élevé = moins de fatigue). La «réponse fatigue» a été définie par une augmentation ≥ 4 points par rapport à BL du score FACIT-F (variation minimale cliniquement pertinente). Les analyses ont été réalisées sur la population totale et en sous-groupes stratifiés selon l'utilisation antérieure d'anti-TNF. Les corrélations entre les caractéristiques à l'inclusion et l'amélioration de la fatigue ont été recherchées en utilisant un modèle de régression logistique. Seules les données du groupe 150 mg, posologie de l'AMM, sont présentées ici.

**Résultats.** – Le score FACIT-F à BL était de 24,5–25,6 et 22,6–24,3 dans MEASURE 1 et 2 respectivement. L'amélioration du score FACIT-F observée sous SEC à S16 était maintenue à S156 dans MEASURE 1 et S104 dans MEASURE 2 (Tableau). Une amélioration rapide et maintenue de la fatigue était observée quel que soit le statut par rapport à l'anti-TNF, avec une augmentation toutefois plus importante du FACIT-F chez les patients naïfs d'anti-TNF. Dans la population totale, la variation moyenne des moindres carrés (± ET) du score FACIT-F était significativement plus importante sous SEC vs PLB à S16 aussi bien dans MEASURE 1 (7,60 ± 0,99 vs 3,34 ± 1,00; P=0,002) que dans MEASURE 2 (8,10 ± 1,09 vs 3,27 ± 1,09; P = 0,018). La réduction de la fatigue était maintenue pendant la durée totale de suivi dans les deux études (MEASURE 1 S156: 9,81 ± 0,95; MEASURE 2 S104: 9,27 ± 1,13). Des résultats similaires étaient observés chez les patients naïfs ou déjà traités par anti-TNF. Les analyses de corrélations menées sur les données poolées des deux études n'ont pas permis d'identifier de facteurs prédictifs à l'inclusion de la réponse fatigue à S16, S52 et S104. L'augmentation d'un point du BASDAI à BL (cad aggravation) était un facteur significatif pour l'obtention d'une réponse FACIT-F à S104 (P = 0,02).

**Tableau 1** Répondeurs FACIT-F (amélioration ≥ 4 points) dans MEASURE 1 et MEASURE 2 sous secukinumab 150 mg (Données observées)

Réponse FACIT-F, % (n/m)	S16	S52	S104	S156
<b>MEASURE 1 (N = 87)</b>	66,7 (58/87)	73,6 (64/87)	72,2 (57/79)	75,6 (65/86)
• Naïf d'anti-TNF (N = 70)	70,0 (49/70)	75,7 (53/70)	70,3 (45/64)	74,3 (52/70)
• Anti-TNF IR (N = 17)	52,9 (9/17)	64,7 (11/17)	80,0 (12/15)	81,3 (13/16)
<b>MEASURE 2 (N = 72)</b>	77,6 (52/67)	80,6 (50/62)	81,4 (48/59)	-
• Naïf d'anti-TNF (N = 44)	86,0 (37/43)	90,0 (36/40)	84,6 (33/39)	-
• Anti-TNF IR (N = 28)	62,5 (15/24)	63,6 (14/22)	75,0 (15/20)	-

**Conclusion.** – SEC améliore significativement la fatigue jusqu'à S156 chez les patients naïfs ou déjà traités par un anti-TNF dans la SA.

**Conflit d'intérêt.** – S. Jugl: actionnaire et employé de Novartis  
 E Desfleurs: actionnaire et employé de Novartis  
 K. Gandhi: actionnaire et employé de Novartis  
 B. Porter: actionnaire et employé de Novartis  
 N. Williams: employé de RTI Health Solutions  
 M. Østergaard Consultant pour: Abbvie, BMS, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Eli-Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Orion, Pfizer, Regeneron, Roche, UCB, orateur pour: Abbvie, BMS, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Eli-Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Orion, Pfizer, Regeneron, Roche, UCB.  
 Strand Consultant pour: AbbVie, Amgen, BMS, Celgene, Celltrion, CORRONA, Genentech/Roche, GSK, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, Regeneron, Samsung, Sanofi, and UCB  
 P. Conaghan: Consultant pour: Abbvie, BMS, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche, orateur pour: Abbvie, BMS, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche  
 L. Gossec: Don/Soutien recherche de la part de BMS, Lippy, Pfizer, Consultant pour: Abbvie, BMS, Celgene, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche and UCB  
 A. Deodhar: Don/Soutien recherche de la part de Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer, UCB, Abbvie, Amgen, GSK  
 T. Kvien: Consultant pour AbbVie, Biogen, BMS, Boehringer Ingelheim, Celltrion, Eli Lilly, Epirus, Janssen, Merck-Serono, MSD, Mundipharma, Novartis, Oktal, Orion Pharma, Hospira/Pfizer, Roche, Sandoz and UCB, Orateur pour: AbbVie, Biogen, BMS, Boehringer Ingelheim, Celltrion, Eli Lilly, Epirus, Janssen, Merck-Serono, MSD, Mundipharma, Novartis, Oktal, Orion Pharma, Hospira/Pfizer, Roche, Sandoz and UCB

**Références**

- [1] Baeten. NEJM 2015;373:2534-48
- [2] Kvien. ARD 2016;75 (Suppl2):823

PE.Ma-102

**Sécukinumab induit une réduction maintenue jusqu'à 3 ans de la fatigue chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique: résultats au long cours des études FUTURE 1 et FUTURE 2**

L. Gossec (1); TK. Kvien (2); P. Conaghan (3); M. Østergaard (4); D. Gladman (5); P. Mease (6); L. Rasouliyan (7); L. Pricop (8); C. Gaillez (9); L. Contreras\* (10); S. Jugl (11)  
 (1) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris;  
 (2) Rhumatologie, Diakonhjemmet hospital, Oslo, Norvège; (3) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni; (4) Department de rhumatologie, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Danemark; (5) Krembil research institute, Toronto Western Hospital, Toronto, Canada; (6) Rheumatology, swedish medical center and university of washington, Seattle, États-Unis; (7) Health solutions, RTI, Barcelone, Espagne; (8) Médical, Novartis pharmaceuticals corporation, East Hanover, N.J., États-Unis; (9) Novartis pharma, Novartis Pharma, Bâle, Suisse; (10) Affaires médicales, Novartis Pharma, Rueil-Malmaison; (11) Bf i&d gpa, Novartis Pharma AG, Bâle, Suisse  
 \*Auteur correspondant: laura.contreras\_hermite@novartis.com (L.Contreras)

**Introduction.** – Dans le Rhumatisme Psoriasique (RPso), la fatigue est un symptôme fréquent, qui peut impacter négativement la qualité de vie et la fonction des patients (pts). Secukinumab (SEC), un anticorps anti-IL17 complètement humanisé, améliore rapidement les signes et symptômes, la fonction, la qualité de vie et la fatigue des pts RPso.1,2 L'objectif de ce travail était d'évaluer les effets au long cours du SEC sur la fatigue chez les pts naïfs d'anti-TNF ou ayant eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux anti-TNFs (TNF-IR).  
**Patients et Méthodes.** – 606 et 397 pts ont été randomisés dans les groupes SEC ou placebo (PLB), respectivement dans FUTURE 1 (10mg/kg IV suivi de 150 ou 75 mg SC) et FUTURE 2 (300, 150, ou 75mg SC). Les pts de FUTURE 1 pouvaient entrer dans une phase d'extension à S104 (NCT01892436). Dans ces 2 études, environ 68 %

des pts étaient naïfs d'anti-TNF et 32 % TNF-IR. La fatigue a été évaluée à l'inclusion (BL) et aux semaines (S) 4, 8, 12, 16, 24, 52, 104, et 156 (FUTURE 1 seulement) en utilisant le score FACIT-F (score élevé = moins de fatigue). Une amélioration de la fatigue était définie par une augmentation ≥ 4 points par rapport à BL du FACIT-F (variation minimale cliniquement pertinente). Les corrélations entre les caractéristiques à BL et l'amélioration de la fatigue ont été recherchées par régression logistique. Seules les données de la posologie de l'AMM de SEC (300/150 mg) sont présentées.  
**Résultats.** – Le score FACIT-F était à l'inclusion de 27,8-28,9 et 26,6-29,2 au sein des groupes de FUTURE 1 et 2 respectivement. L'amélioration de la fatigue observée vs PLB de S4 à S24 avec toutes les doses de SEC était maintenue jusqu'à S156 dans FUTURE 1 et S104 dans FUTURE 2, que ce soit dans la population totale ou stratifiée selon l'exposition aux anti-TNFs (Tableau). Le taux de réponse numériquement meilleur observé sous SEC 150 vs 300 mg résultait d'un taux d'arrêt plus important pour inefficacité avec SEC 150 mg, ce qui augmente le taux de réponse. Dans la population totale, la variation moyenne des moindres carrés (± ET) du FACIT-F était significativement plus importante sous SEC vs PLB à S16 dans FUTURE 1 (7,25 ± 0,72 vs 4,07 ± 0,76; P = 0,002) et FUTURE 2 (300 mg: 5,89 ± 0,92 vs 1,86 ± 0,93; P = 0,002; 150 mg: 7,40 ± 0,90 vs 1,86 ± 0,93, P<0,0001). La réduction de la fatigue était maintenue pendant la durée totale de suivi dans les 2 études (FUTURE 1 S156: 6,14 ± 0,77; FUTURE 2 S104: 300 mg 7,29 ± 1,04, 150 mg 7,02 ± 1,06). L'amélioration observée était généralement plus importante chez les pts naïfs que chez les pts TNF-IR. Les analyses de corrélation n'ont pas identifié de facteurs à l'inclusion prédisant de façon consistante les variations du score fatigue à S16, S52 et S104.

Répondeurs FACIT-F (amélioration ≥ 4 points) dans FUTURE 1 [SEC IV-150 mg] jusqu'à S156 (données observées)				
Réponse FACIT-F, % (n/m)	S16	S52	S104	S156
<b>Population totale (N = 161)</b>	60,4 (96/159)	66,9 (107/160)	63,4 (90/142)	57,4 (89/155)
<b>TNF-naïf (N = 120)</b>	61,3 (73/119)	69,2 (83/120)	63,9 (69/108)	58,3 (67/115)
<b>TNF-IR (N = 41)</b>	57,5 (23/40)	60,0 (24/40)	61,8 (21/34)	55,0 (22/40)

**Conclusion.** – Les pts traités par SEC présentent une amélioration rapide, maintenue dans le temps (jusqu'à S156) et cliniquement pertinente de leur fatigue, avec une meilleure réponse observée chez les pts naïfs d'anti-TNF.

**Conflit d'intérêt.** – L. Contreras: employé de Novartis

S. Jugl: actionnaire et employé de Novartis  
 C. Gaillez: actionnaire de Novartis et BMS, employé de Novartis  
 L. Pricop: actionnaire et employé de Novartis  
 L. Rasouliyan: Consultant pour: Novartis  
 P. Mease: Soutien recherche, consultant et/ou orateur Research grants, consultancy pour: Abbvie, Amgen, BMS, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Eli-Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, SUN, UCB  
 D. Gladman: Consultant et/ou dons de part de Abbvie, Amgen, BMS, Celgene, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer, UCB  
 M Østergaard: consultant et/ou orateur pour: Abbvie, BMS, Boehringer-Ingelheim, Celgene, Eli-Lilly, Janssen, Merck, Novartis, Orion, Pfizer, Regeneron, Roche, UCB.  
 P. Conaghan: Orateur ou consultant pour Abbvie, BMS, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche  
 T. K. Kvien: consultant et/ou orateur pour AbbVie, Biogen, BMS, Boehringer Ingelheim, Celltrion, Eli Lilly, Epirus, Janssen, Merck-Serono, MSD, Mundipharma, Novartis, Oktal, Orion Pharma, Hospira/Pfizer, Roche, Sandoz and UCB  
 L. Gossec: Don/Soutien recherche de la part de: BMS, Lippy, Pfizer; Consultant pour: Abbvie, BMS, Celgene, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche and UCB



Références

- [1] McInnes et al. Lancet 2015;386:1137-46  
 [2] Mease et al. N Engl J Med 2015;373:1329-39

PE.Ma-103

**Impact des modifications des recommandations de prise en charge de l'ostéoporose**

B. Boutelet, (1); G. Cormier\* (1); J. Dimet (2); S. Varin (1); M. Caulier (1); V. André (1); G. Tanguy (1); C. Cozic (1)

(1) Rhumatologie, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon; (2) Unité de recherche clinique, CHD Vendée, La Roche-sur-Yon

\*Auteur correspondant: gregoire.cormier@chd-vendee.fr (G.Cormier)

*Introduction.* – L'ostéoporose, sous dépistée et sous diagnostiquée, constitue un enjeu majeur de santé public. Elle a fait l'objet de différentes recommandations ces dernières années qui ne facilitent pas une amélioration de la prise en charge: selon l'HAS en 2006 avec une mise à jour en 2014, selon le GRIO-SFR en 2012 incorporant l'outil FRAX avec possibilité d'ajustement au TBS avec une mise à jour en 2017. L'objectif principal de notre étude était de mesurer l'adéquation entre les pratiques des rhumatologues et les différentes recommandations entre elles concernant l'indication du traitement médicamenteux de l'ostéoporose.

*Patients et Méthodes.* – Cette étude épidémiologique observationnelle descriptive rétrospective et monocentrique réalisée au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de La Roche Sur Yon s'appuie sur les données issues de la filière de dépistage ADOV (Amélioration du Dépistage de l'Ostéoporose en Vendée) réalisée entre mars 2014 et mars 2015. Ont été retenues les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose chez qui une ostéodensitométrie a été réalisée et dont le TBS et le FRAX étaient interprétables.

Pour chacune d'elles, ont donc été définies les décisions de traiter prises par les rhumatologues, celles qui le seraient en respectant les recommandations de 2006, de 2012 sans ajustement au TBS et après ajustement, de 2014 et celles de 2017. Les concordances et les discordances entre chaque groupe ont été étudiées.

*Résultats.* – La population était constituée de 372 patientes dont l'âge moyen était de 64,8 ans ( $\pm$  8,0). 137 avaient un antécédent fracturaire, 273 présentaient au moins un facteur de risque de chute, le T-score était normal chez 127 d'entre elles.

97 patientes (26,1 %) ont été traitées par les rhumatologues; elles étaient respectivement de 148 (39,8 %), 137 (36,8 %), 187 (50,3 %), 92 (24,7 %) et 99 (26,6 %) dans les groupes correspondant aux recommandations de 2006, 2012, 2012 avec ajustement au TBS, 2014 et 2017.

Ces 6 groupes ont pris la même décision chez 212 patientes (57 %). Le taux de concordance était le plus élevé entre les groupes correspondant aux recommandations 2014 et 2017 (coefficient de kappa de 0,810); il était de 0,806 et 0,695 entre le groupe de rhumatologues et celui des recommandations 2017 et 2014.

*Discussion.* – Les modifications des recommandations ont un impact sur le nombre de patientes traitées. L'ajustement du FRAX au TBS engendre une nette augmentation du nombre de sujets traités; d'autres études ont pourtant montré que son effet était modeste avec un nombre peu important de patients reclassés. Les mises à jour des recommandations de l'HAS en 2014 et de la SFR-GRIO en 2017 entraînent une diminution de l'indication thérapeutique et amènent à traiter des patientes aux caractéristiques proches de celles traitées par les rhumatologues

*Conclusion.* – Leurs démarches décisionnelles reposent sur des valeurs seuils densitométriques certes différentes mais proches et attribuent une place plus importante à l'évaluation du risque fracturaire par le praticien: en se reposant sur l'analyse des facteurs de risque en 2014 et sur une évaluation plus globale avec recours possible à d'autres outils prédictifs de fracture comme le FRAX (associé ou non au TBS) en 2017.

Conflit d'intérêt. – aucun

PE.Ma-104

**Étude de l'acceptabilité du passage de l'étanercept princeps (Enbrel®) au SB-4 (Benepali®) pour raisons non médicales dans un contexte de consultation en CHU**

M. Scherlinger\* (1); V. Germain (1); E. Langlois (2); ME. Truchetet (1); B. Bannwarth (1); C. Richez (1); T. Schaefferbeke (1)

(1) Service de rhumatologie, C.H.U Pellegrin, Bordeaux; (2) Sociologie, Université de Bordeaux, Bordeaux

\*Auteur correspondant: m.scherlinger@gmail.com (M. Scherlinger)

*Introduction.* – L'utilisation des biosimilaires en Rhumatologie est une nécessité compte-tenu de l'impact médico-économique des biothérapies. Cependant, malgré le fait que les biosimilaires sous-cutanés constituent l'essentiel du marché des biothérapies, leur acceptabilité auprès des patients est mal connue.

L'objectif de notre travail était d'étudier l'acceptabilité du passage de l'Étanercept Princeps (Enbrel®) à son biosimilaire (SB-4, Benepali®) dans un contexte de consultation en CHU.

*Patients et Méthodes.* – Les patients traités par Etanercept vus en consultation de suivi au CHU pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) ou une Spondyloarthrite (SpA) étaient invités à participer. Les patients dont le rhumatisme inflammatoire était actif étaient exclus. Il était fourni au patient une information écrite et orale concernant les biosimilaires, les données montrant leur bio-équivalence et les économies envisagées. Il était spécifié au patient qu'il pourrait revenir au traitement princeps en cas d'inefficacité ou d'intolérance au biosimilaire. La dose et l'intervalle de prise n'étaient pas modifiés après changement pour le biosimilaire. Le critère principal étudié était le taux d'acceptation du passage au biosimilaire. Les patients refusant le biosimilaire se sont vus proposer à distance de la consultation un entretien téléphonique pour évaluer les raisons de leur refus.

*Résultats.* – Quarante patients ont été inclus dans l'étude à partir du 2 mai 2017. La population comprenait 17 hommes (43 %) âgés de 52 ( $\pm$  14,2) ans en moyenne. Il s'agissait de 16 PR et de 24 SpA, incluant 3 rhumatismes psoriasiques, 2 SAPHO et 2 arthrites réactionnelles. Après information et discussion sur les biosimilaires, 36 patients (90%) ont accepté d'interchanger pour le biosimilaire au décours immédiat de la consultation.

Les caractéristiques cliniques, biologiques ainsi que l'historique des traitements (nombre de lignes préalables de biothérapies) étaient identiques entre les sujets acceptant et refusant l'interchangeabilité. Les facteurs psychosociaux influençant l'acceptation du biosimilaire sont en cours d'analyse avec l'aide d'un sociologue de la santé (EL).

Dans les suites, il a été constaté un refus secondaire dans 2 cas: une patiente suivie pour une SpA demandant de repasser au médicament princeps en l'absence de signe objectif d'activité. Une patiente suivie pour une PR a présenté une majoration de l'activité de son rhumatisme inflammatoire (DAS28-CRP passant de 2,1 à 4,2) persistante après le passage au biosimilaire qui, après documentation objective (clinique, échographique et biologique), a mené à la reprise du traitement princeps. La reprise du princeps a été bénéfique sur l'activité inflammatoire de la patiente dès la deuxième injection.

*Conclusion.* – Notre travail montre qu'avec une information adaptée le taux d'acceptation des biosimilaires sous-cutanés en consultation de rhumatologie est très élevé. Les facteurs psychosociaux influant sur l'acceptation des biosimilaires sont en cours d'étude. Il sera proposé lors de la présentation des résultats le document-type donné lors de la consultation, des informations pratiques sur la façon de présenter les biosimilaires aux patients, ainsi que les réactions les plus fréquemment rencontrées en consultation.

Conflit d'intérêt. – TS & CR: subvention de recherche de la part de Pfizer (non lié à ce travail).

TS: Honoraires de consultant pour: Amgen, AbbVie, BMS, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche Chugai, UCB.  
 BB: honoraire de consultant pour Pfizer & Lilly; soutien de MSD pour participer à un congrès scientifique.  
 CR: honoraire de consultant pour: Abbvie, BMS, MSD, Pfizer, Roche, UCB.

PE.Ma-105

### **Biosimilaires en rhumatologie: information et opinions des rhumatologues hospitaliers français, résultats de l'étude BRIO**

JD. Cohen (1); F. Bocquet (2); F. Fayet (3); RM. Flipo (4); P. Gaertner (5); L. Grange (6); A. Munos (7); C. Lepen (5); K. Oulad Chrif (8); D. Poivret (9); S. Tropé\* (10); sous l'égide du groupe CERBER  
 (1) Département de rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier;  
 (2) Pharmacie, Université Paris Descartes, Paris; (3) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Roger Salengro, Lille; (5) Paris; (6) Service de Rhumatologie, C.H.U.G.A Hôpital Sud, Échirolles; (7) Scientifique et pédagogique, Groupe IMT, Tours; (8), ANDAR, Paris; (9) Unité ETP Rhumatologie, CHR Metz-Thionville, Metz; (10) Directeur, ANDAR, Paris

\*Auteur correspondant: sonia.trope@polyarthrite-andar.com (S.Tropé)

**Introduction.** – Les biosimilaires (BS) ont fait leur apparition dans l'arsenal thérapeutique pour traiter les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques. Dans un contexte législatif flou, associations de malades, pharmaciens et prescripteurs s'interrogent sur la conduite à tenir quant à l'information des malades et l'utilisation des BS.

**Patients et Méthodes.** – CERBER (Comité d'Etude et de Reflexion sur les Biosimilaires En rhumatologie), groupe pluridisciplinaire, a décidé d'interroger les rhumatologues hospitaliers français par un questionnaire de 60 questions (Généralités, Connaissances, Collègues, Utilisation, Information, Accord, Prix et Opinion).

**Résultats.** – Sur 1000 envois, 66 réponses ont été enregistrées à 3 mois: 54,5 % femmes; 76,9 % temps plein; 80,3 % dans un service proposant une éducation thérapeutique, auquel 59 % d'entre eux ne participent pas personnellement.

71,2 % connaissent «pas du tout» à «moyennement» la loi sur les BS. 71,2 % se considèrent «pas du tout» à «moyennement» expert sur les BS. La majorité ne se considère «pas du tout» à «moyennement» à jour sur les études d'interchangeabilité mais, 63,6 % se sentent capable d'expliquer les BS aux patients.

51,5 % et 56,1 % ne savent pas si leur position sur l'initiation et l'interchangeabilité rejoint celle des gastro-entérologues; 78,8 % et 83,3 % celles des dermatologues; 42,4 % et 43,9 % celles des pharmaciens. Au sein du service, 73,8 % déclarent qu'une décision collégiale a été prise pour l'initiation et 54,7 % pour l'interchangeabilité. L'utilisation en initiation est effective pour 87,9 %, 33,8 % systématiquement. L'interchangeabilité n'est pas pratiquée pour 60,6 %, la moitié ne prévoit pas de le faire (27 % attente de recommandations, 24,1 % manque de recul, 18,5 % attente de législation)

81,8 % déclarent donner systématiquement une information à l'initiation (64,6 % oralement). En cas d'interchangeabilité, l'information est donnée dans 94 % des cas; 60,6 % de ceux pratiquant l'interchangeabilité demandent l'accord du patient, la majorité de ceux qui ne le demandent pas, trouvent cette démarche inutile. 87,9 % ont une idée de la différence de prix et la juge à 52,5 % insuffisante.

Ce questionnaire n'influence pas les pratiques d'initiation, d'interchangeabilité, d'information pour 51,5 %, 59,1 %, 39,4 % des répondants.

Pour 69,1 % des rhumatologues ayant répondu, les patients n'ont pas à s'inquiéter mais ils ne pensent pas pour autant que les patients s'inquiètent sans raison; Une large majorité pense que les patients doivent être prévenus; 77,2 % ne sont pas d'accord pour que les

pharmaciens d'officine puissent substituer mais 48,5 % pensent que les BS devraient être prescrits en nom de molécule; 43,9 % pensent que les patients ne se soucient pas de savoir si c'est un BS tant que le traitement est efficace. Pour 66,6 %, les patients doivent accepter les économies de santé permises par les BS. 86,4 % pensent que la transparence sur la nature de leur traitement permet une meilleure adhésion du patient.

**Discussion.** – Le peu de réponse obtenu malgré les relances pourrait être un indicateur sur une gêne à répondre à une étude qui porte sur des sujets dont le consensus n'est pas encore clair.

**Conclusion.** – Le manque de législation ne permet pas à la communauté rhumatologique d'avoir une position franche sur les BS. Pour autant les lois de santé publique ne semblent pas être connues de tous, notamment concernant l'information et le consentement même si la majorité adhère à ces principes. L'interchangeabilité reste le point de divergence. Il y a peu de concertation avec les autres spécialités.

**Conflit d'intérêt.** – L'ANDAR reçoit le soutien institutionnel d'Abbvie, Biogen, Pfizer et Sandoz pour CERBER

PE.Ma-106

### **MICI, anti-TNF $\alpha$ et manifestations articulaires «paradoxaes»: analyse d'une série de 53 observations**

C. Duchemin\* (1); B. Pariente (2); P. Philippe (1); R. Leroy (3); P. Desreumaux (2); RM. Flipo (1)  
 (1) Rhumatologie, C.H.U Hôpital Roger Salengro, Lille; (2) Hépatogastro-entérologie, C.H.U. Hôpital Claude Huriez, Lille;  
 (3) Rhumatologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille  
 \*Auteur correspondant: c.dcm1@orange.fr (C. Duchemin)

**Introduction.** – Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) présentent fréquemment des atteintes articulaires dans le cadre de manifestations extraintestinales. Les anti-TNF $\alpha$  ont révolutionné la prise en charge de ces pathologies inflammatoires chroniques. Cependant, des effets indésirables peuvent survenir sous anti-TNF $\alpha$  comme l'apparition de lupus induits ou d'effets paradoxaux. (1)

**Matériels et méthodes.** – Cette étude rétrospective, descriptive, multicentrique incluait les patients vus en rhumatologie pour manifestations articulaires d'apparition de novo (ou modification de la symptomatologie articulaire pour les patients avec une spondyloarthrite déjà connue) après mise en route d'un anti-TNF $\alpha$  dans le cadre d'une MICI. L'objectif était de décrire les caractéristiques cliniques, les modifications thérapeutiques et l'évolution de la symptomatologie articulaire.

**Résultats.** – 46 patients étaient inclus pour «effet paradoxal articulaire» (12 RCH, 33 crohn, 1 colite non classée). 32 sous infliximab et 14 sous adalimumab. 2 patients avaient une spondyloarthrite associée connue. Un nouveau diagnostic de SpA (critères ASAS) était posé pour 7 patients. Les modifications thérapeutiques étaient l'introduction d'un immunosuppresseur (28,3 %), l'optimisation de l'anti-TNF $\alpha$  (26,1 %), le switch de l'anti-TNF $\alpha$  (26,1 %), l'arrêt de l'anti-TNF $\alpha$  (21,7 %) et l'introduction d'une corticothérapie (15,2 %). Dans 9 cas, une stratégie combinée était adoptée. Toutes prises en charge confondues, on notait une amélioration dans 69,6 % des cas avec un recul moyen de 23,9 mois (min 2/max 112). 7 cas de lupus induits étaient recueillis avec un temps médian d'apparition de 8 mois. Sauf pour un cas, seul l'arrêt de l'anti-TNF $\alpha$  permettait une amélioration.

**Discussion.** – Les effets paradoxaux articulaires des anti-TNF $\alpha$  sont rapportés avec une prévalence entre 1,6 et 11 %. Leur prise en charge varie selon les études avec fréquente efficacité du méthotrexate et arrêt ou non de l'anti-TNF $\alpha$ . Il paraît important que la prise en charge soit concertée: ainsi dans notre travail, la conduite à tenir était finalement prise par le gastroentérologue dans 53,3 %, conjointement

tement dans 33,3 % et uniquement par le rhumatologue dans 11,1 % des cas.

**Conclusion.** – La prise en charge des effets paradoxaux articulaires sous anti-TNF $\alpha$  dans le cadre des MICI est très diverse selon les données de la littérature. Nous rapportons ici la plus grande série avec une amélioration clinique dans 69,9 % des cas. Nos données sur la nécessité d'arrêter l'anti-TNF $\alpha$  dans le cadre des lupus induits va dans le sens des précédentes publications.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Thiebault H, Boyard-Lasselins P, Guignant C, Guillaume N, Wacrenier A, Sabbagh C, et al. Paradoxical articular manifestations in patients with inflammatory bowel diseases treated with infliximab: Eur J Gastroenterol Hepatol. 2016 Aug;28 (8):876–81.

PE.Ma-107

### Traitement du rhumatisme psoriasique par biomédicaments non anti-TNF $\alpha$ : analyse de 81 observations

JG. Letarouilly\* (1); JH. Salmon (2); P. Coquerelle (3); V. Goeb (4); MH. Guyot (5); E. Houvenagel (6); N. Lecuyer (7); L. Marguerie (8); G. Morel (9); G. Baudens (10); E. Solau-Gervais (11); RM. Flipo (1)

(1) Service de rhumatologie, C.H.U. Hôpital Roger Salengro, Lille; (2) Service de Rhumatologie, CHU Reims, Hôpital Maison Blanche, Reims; (3) Rhumatologie, Centre Hospitalier de Béthune, Beuvry; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Amiens Nord, Amiens; (5) Service de rhumatologie, Hôpital, Beauvais; (6) Service de Rhumatologie, Hôpital Saint Philibert, Lomme; (7) Rhumatologie, Cabinet libéral, Saint-Quentin; (8) Rhumatologie, Fondation Hopale, Campigneulles les Petites; (9) Rhumatologie, Centre Hospitalier De Valenciennes, Valenciennes; (10) Cabinet de rhumatologie, Cabinet médical, Valenciennes; (11) Rhumatologie, CHU de Poitiers, Poitiers

\*Auteur correspondant: jeanguillaume.letarouilly@gmail.com (JG.Letarouilly)

**Introduction.** – Dans le rhumatisme psoriasique (PSA), l'arsenal thérapeutique biologique est longtemps resté limité aux seuls agents anti-TNF alpha. Depuis peu ont été commercialisés des biologiques de mécanisme d'action différent (ustékinumab [USK] et sécukinumab [SEK]).

L'objectif était d'évaluer le recours et la persistance aux traitements biologiques non anti-TNF en vraie vie.

**Patients et Méthodes.** – Étude observationnelle, rétrospective conduite à partir du réseau RIC Nord de France, pour les patients atteints de PSA, traités par USK ou SEK et disposant d'un recul de plus de 6 mois.

**Résultats.** – Parmi les 630 patients PSA inclus dans le réseau RIC, 50 ont été traités par USK et 31 par SEK et avec un recul de plus de 6 mois: 42 % et 68 % de femmes, avec un âge moyen respectivement de 53,1 ans et 54,5 ans.

La durée d'évolution du PSA était de 13,6 ans (USK) et 10 ans (SEK). L'indice de masse corporelle (IMC) moyen de 28,5 kg/m<sup>2</sup> (USK) et 28,1 kg/m<sup>2</sup> (SEK)

Le DAS 28-VS moyen à l'initiation était de 3,57 (USK) et 4,20 (SEK), le DAS-CRP à 3,81 (USK) et 4,25 (SEK).

La survie globale à 6 mois est de 74 % (USK), et 87 % (SEK). Les molécules sont prescrites en monothérapie dans 70 % (USK) et 84 % (SEK), et la survie du traitement n'est pas supérieure en cas d'association à un csDMARD.

Au moment de l'étude, le délai moyen de survie est de 23 mois (USK) en combo ou monothérapie. Il est de 9 mois seulement pour le SEK de mise sur le marché plus récente. En cas d'arrêt le délai est comparable pour les 2 molécules: 4,7 (USK) et 4,5 mois (SEK).

L'IMC ne ressortait pas comme facteur prédictif de la maintenance thérapeutique pour l'UST deux molécules: IMC moyen 27,1 kg/m<sup>2</sup> vs 29,7 kg/m<sup>2</sup> (p = 0,41) et pour le SEK: 28 kg/m<sup>2</sup> vs 28,2 kg/m<sup>2</sup>.

Si on analyse en fonction de la ligne de traitement, en 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, ou 3<sup>o</sup> ligne ou plus, l'USK a une survie à 18 mois respectivement à 83/63/et 50 %; pour le SEK la survie est quasi stable à 83/81/ et 79 %.

Les causes d'arrêt sont exclusivement l'inefficacité primaire pour le SEK, et 85 % pour inefficacité et 11 % pour effets secondaires cutanés avec l'USK.

**Conclusion.** – Ces résultats dits en « vraie vie » confortent l'intérêt potentiel de ces nouveaux biomédicaments venus enrichir l'arsenal thérapeutique du PSA. L'absence de registre renforce l'intérêt de cette étude multicentrique.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-108

### L'utilisation en vie réelle du golimumab chez des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chronique: résultats à un an de l'étude GO-PRACTICE

RM. Flipo (1); F. Tubach (2); P. Bertin (3); N. Gouyette\* (4); J. Ouaniche (5); P. Goupille (6); E. LESPESSAILLES (7); B. Fautrel (8) (1) Service de Rhumatologie, C.H.U. Hôpital Roger Salengro, Lille; (2) Paris Diderot, Université Paris Diderot, Paris; (3) Rhumatologie, CHU Limoges; (4) Affaires Médicales, MSD France, Courbevoie; (5) Rhumatologue, rhumatologue, Toulon; (6) Rhumatologie, CHRU de Tours, Tours; (7) Rhumatologie, Université d'Orléans, Orléans;

(8) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

\*Auteur correspondant: najat.gouyette@merck.com (N. Gouyette)

**Introduction.** – L'étude GO-PRACTICE a été initiée pour décrire l'utilisation du Golimumab (GLM), un anticorps monoclonal humain anti-TNF $\alpha$ , chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), rhumatisme psoriasique (RP) ou spondylarthrite ankylosante (SpA) en pratique clinique courante en France.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude observationnelle nationale multicentrique prospective. Des patients adultes atteints de PR, RP ou SpA, inclus consécutivement lors de la prescription initiale de GLM, seront suivis pendant 2 ans. Les objectifs de cette analyse intermédiaire étaient d'évaluer le maintien du GLM un an après sa prescription initiale, les résultats cliniques et ceux rapportés par les patients. Nous présentons ici les caractéristiques à l'inclusion pour la population globale (n = 754) et les résultats pour les patients avec 1 an de suivi (n = 228).

**Résultats.** – Entre janvier 2015 et mars 2016, 754 patients ont été inclus dans 134 centres participants. La majorité était atteinte de SpA (64 %), vs 22 % (PR) et 13 % (RP). L'âge moyen était de 46 ± 13 ans et 61 % étaient des femmes. Presque 37 % avaient été antérieurement traités par biothérapie. GLM a été majoritairement prescrit à 50 mg une fois par mois (99 %), et en association à d'autres traitements antirhumatismes (84 %).

Parmi les 163 patients avec des données de suivi disponibles à un an, 56,4 % étaient toujours traités par GLM (61,9 % des patients naïfs de biothérapie); le taux de maintien du GLM était similaire dans les 3 groupes. La raison principale d'arrêt du GLM était l'échec primaire (42 %). Parmi les patients ayant poursuivi le traitement par GLM, une amélioration significative de l'activité de la maladie à 1 an, évaluée par les médecins par les questionnaires DAS28/ASDAS, a été rapportée pour 71,9 % des PR, 63,2 % des RP et 68,0 % des SPA. L'appréciation, par les patients, de la douleur, de l'activité de la maladie et de l'incapacité fonctionnelle, a également montré une amélioration (tableau 1). Les patients étaient généralement satisfaits de l'injection (> 90 %). Le recours à un soignant pour réaliser l'injection a diminué avec le temps. Le traitement par GLM a été bien toléré et les effets indésirables signalés, en accord avec son profil de tolérance connu.

**Discussion:**

**Conclusion.** – En vie réelle en France, le GLM est prescrit conformément aux recommandations en termes de posologie et de stratégie



Résultats rapportés par les patients – Moyenne (Ecart type)	PR (N = 63)		RP (N = 36)		SPA (N = 156)	
	Inclusion n = 63	Suivi à 1 an n = 39	Inclusion n = 36	Suivi à 1 an n = 25	Inclusion n = 156	Suivi à 1 an n = 106
<b>Nombre de patients présents</b>						
<b>Activité de la maladie</b>						
RAPID3 score	4,49 (1,87)	2,70 (1,95)	5,37 (1,15)	3,00 (2,06)	–	–
BASDAI score	–	–	–	–	5,58 (1,69)	3,14 (1,98)
<b>Douleur (VAS)</b>	48,9 (24,9)	30,3 (21,1)	66,3 (18,4)	32,6 (23,1)	64,5 (23,2)	34,6 (25,4)
<b>Etat de santé (EQ-5D)</b>	0,48 (0,29)	0,61 (0,27)	0,38 (0,27)	0,66 (0,25)	0,38 (0,27)	0,64 (0,27)
<b>Handicap fonctionnel (HAQ)</b>	1,10 (0,69)	0,80 (0,65)	1,22 (0,57)	0,65 (0,53)	0,96 (0,55)	0,54 (0,48)
<b>Qualité de vie (SF-12)</b>						
PCS	36,6 (9,58)	42,4 (8,77)	36,5 (8,06)	44,5 (7,96)	34,6 (9,14)	42,8 (9,53)
MCS	41,3 (11,8)	45,4 (10,9)	39,2 (10,4)	45,5 (10,4)	40,8 (10,1)	44,4 (10,0)

thérapeutique. L'analyse intermédiaire à un an, réalisée chez un tiers de patients de la cohorte, suggère que le traitement par GLM est associé à une amélioration clinique donc à la poursuite du traitement.

Conflit d'intérêt. – Laboratoires pharma

PE.Ma-109

### Caractéristiques des arthrites de novo de l'adulte chez le généraliste à la première consultation

S. Lecauchois (1); S. Gentile (2); P. Champsaur (3); JP. Mattei (4); L. Dilinger (5); V. Goeb (6); S. Guis\* (4)  
 (1) Libéral, Médecin Généraliste, Marseille; (2) Ap-hm, aix-marseille université, EA 3279 – Unité de recherche Santé Publique, maladies chroniques et qualité de vie, Marseille; (3) Service de radiologie, APHM, Hôpital Sainte Marguerite, Aix Marseille Université, Marseille; (4) Rhumatologie, Aix-Marseille Université, AP-HM, CRMBM UMR CNRS 7339, Marseille; (5) Libéral, Médecin Généraliste, Aix-en-Provence; (6) Service de Rhumatologie, C.H.U Amiens Nord, Amiens  
 \*Auteur correspondant: sandrine.guis@ap-hm.fr (S. Guis)

**Introduction.** – L'objectif principal de cette étude était l'identification des modalités de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques réalisées par le médecin généraliste devant une arthrite de novo. Les objectifs secondaires étaient de définir leur prévalence en cabinet de médecine générale ainsi que entre la pratique des médecins généralistes et les recommandations de prise en charge *Patients et Méthodes.* – Il s'agit d'une étude transversale.

La population de l'étude est celle des médecins généralistes exerçant dans les BdR, inscrits sur la liste URPS et référencés dans les Pages Jaunes 2015-2016 Tirage au sort de 300 médecins généralistes. L'outil de recueil des données: questionnaire standardisé: 221 questionnaires envoyés (112 courriers et 109 mails): 59 Reçus  
 Traitement des données: Informatisation des questionnaires manuscrits, traitement par Google Drive® et Excel®, statistiques via SPSS®, tests du Chi2 et de Student, seuil de significativité fixé à 0,05

**Résultats.** – Médecins: pas de différence statistique sur le genre, le lieu d'exercice; Les médecins urbains plus âgés que les médecins ruraux ou semi-ruraux. Les femmes médecins ont répondu au questionnaire sont plus jeunes que les hommes (50,5 vs 58,5 ans).

**Age** des patients consultant pour arthrites: 40-75 ans; 14 % des médecins avaient reçu des patients de moins de 40 ans.

**Diagnostiques** les plus fréquents: Inflammatoire, Microcristallin, Arthrosique

**Diagnostiques précis:** Arthrites -Microcristallines: Goutte > Chondrocalcinose; – Inflammatoire: Polyarthrite rhumatoïde > Spondyloarthrite > Pseudopolyarthrite rhizomélitique. Pas de différence significative entre le diagnostic d'arthrite et un profil médecin (p>0,05)

**Articulations** les plus fréquemment atteintes Genou > Main

**Bilan** de 1re intention prescrits: Biologie 63,2 %, Imagerie: 29,8 %  
**Envoi** vers un spécialiste: «Oui» dans 75,4 % des cas; Rhumatologue = spécialiste référent dans 98,2 % (n = 55); Infectiologue= 1,8% (n = 1). Circonstances d'envoi la plus fréquente: Inefficacité du traitement

**Traitement** de 1re intention: AINS. Prescription dans la goutte puis la PR puis l'arthrose puis la SpA

**Prévalence** des arthrites < 5 %

**Prise en charge** est globalement en **Conformité aux recommandations**

**Conclusion.** – **Les caractéristiques** des arthrites sont conformes à d'autres études de cohorte (EAC). Néanmoins, la prévalence ici de 5 % est supérieure à celle rapportée habituellement de 1 % dans les patientèles.

Les pathologies diagnostiquées et la prise en charge globale sont globalement conforme aux recommandations.

Il est montré que les médecins généralistes adressent leurs patients atteints d'arthrite aux rhumatologues essentiellement lorsqu'il y a un échappement aux AINS.

Conflit d'intérêt. – aucun

PE.Ma-110

### Polyarthrite rhumatoïde et productivité du travail

M. Guerra\* (1); R. Vieira (1); T. Videira (1); P. Pinto (1)  
 (1) Service de rhumatologie, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

\*Auteur correspondant: mlgomesg@gmail.com (M. Guerra)

**Introduction.** – La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est une maladie systémique que se manifeste typiquement par une polyarthrite chronique périphérique. Les lésions articulaires culminent dans une incapacité fonctionnelle, avec un impact négatif sur l'emploi. Le numéro croissant d'outils thérapeutiques au cours des deux dernières décennies a permis parvenir une rémission clinique chez plus de patients, traduisant en meilleurs indices de productivité du travail. L'objectif de cette étude est évaluer l'employabilité et la productivité du travail d'un échantillon de patients atteints de PR en utilisant le *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire* (WPAI).

**Matériels et méthodes.** – Une population de patients avec le diagnostic de PR (selon les critères ACR/EULAR 2010) ont été interrogés à propos de leur statut d'emploi et ont rempli le questionnaire WPAI. À travers de celui ci, quatre paramètres ont été calculé, en considérant la dernière semaine: absentéisme, présentéisme, incapacité globale au travail et incapacité globale à l'activité quotidienne. Le *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), échelle numérique de douleur et évaluation globale du patient ont été aussi remplis et les caractéristiques démographiques et cliniques ont été aussi recueillies.

**Résultats.** – Cinquante-neuf patients (72,9 % femelle) ont été inclus, avec une âge moyenne (SD) du 52,8 année ( $\pm 11,93$ ). Vingt-trois (40,0%) étaient sous traitement biologique. Le médian temps de progression était 5 années (allant de 0 à 35 années). L'incapacité deuxième HAQ a varié entre 0 et 2,375 (médian 1,25). L'échelle de douleur et l'évaluation globale du patient ont varié entre 0 et 100 (médian 50).

Après l'analyse de WPAI, 32 patients (54,2 %) n'ont pas exercé une activité renuméroté, et il ne fut pas possible de calculer l'absentéisme, présentéisme et incapacité globale au travail. Un était un étudiant, 13 étaient au chômage et 18 (30,5 %) étaient déjà à la retraite. De ceux ci, 12 (66,7 %) ont été réformés en avance à cause de l'AR.

À propos de la population active (N = 27), 5 patients étaient absents du travail pour autres raisons et non par la PR, et encore une fois plus il ne fut pas possible de calculer l'absentéisme, présentéisme et incapacité globale au travail. Aux que restent 22, le taux d'absentéisme variait de 0 % à 100 % (médian 0 %), avec 6 patients (27,3 %) déclarant 100 % d'absentéisme. Les autres 16 avaient une taux de présentéisme qui variait de 0 à 80 % (médian 35 %) et une taux de incapacité globale au travail de 0 à 84 % (médian 40 %).

L'incapacité globale à l'activité quotidienne, dans la population de 59 patients, a varié entre 0 et 100 % (médian 50 %).

**Conclusion.** – Malgré les progrès dans le traitement de la PR, elle continue d'avoir un impact négatif sur le travail, avec une présentéisme médian de 35 %, une incapacité globale au travail médian de 40 % et une incapacité globale à l'activité quotidienne médian de 50%. Treize patients étaient au chômage et 12 ont été réformé en avance à cause de l'AR, un total de 42,4 %, près de la moitié de l'échantillon.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Kim D, Kaneko Y, Takeushi T. Importance of Obtaining Remission for Work Productivity and Activity of Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*, 2017 Aug;44 (8):1112-1117.

PE.Ma-111

### Évaluation des besoins numériques des médecins généralistes dans le domaine de la rhumatologie

A. Lapointe (1); A. Portier\* (1); G. Rajzbaum (1)  
(1) Rhumatologie, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Paris

\*Auteur correspondant: aporter@hpsj.fr (A. Portier)

**Introduction.** – Les médecins généralistes (MG) utilisent dans leur pratique quotidienne des outils numériques; et les motifs de consultation relevant de la rhumatologie sont extrêmement fréquents dans les cabinets de médecine générale. L'objectif principal est ici de définir les besoins et attentes des MG concernant les outils numériques dans le domaine de la rhumatologie.

**Patients et Méthodes.** – Étude descriptive et analytique réalisée auprès des MG correspondants du service de rhumatologie du Groupe Hospitalier Paris-Saint-Joseph. Après un premier contact téléphonique avec les MG, le questionnaire était envoyé par courrier électronique. En cas de non-réponse, deux courriers électroniques de relance étaient envoyés à 14 jours d'intervalle. Une première partie des questions faisait un état des lieux des outils numériques existants (fréquence d'utilisation, service rendu). Ensuite, les questions portaient sur les besoins des MG concernant une application dans le domaine de la rhumatologie.

**Résultats.** – Au total, 32 des 59 MG correspondants sollicités ont répondu sur la période. Tous les MG interrogés utilisent un outil numérique dans le cadre de l'exercice de leur fonction, 96,9 % privilégient l'usage d'un ordinateur. De plus, 62,6 % effectuent des recherches sur Internet plus de 3 fois par jour pendant leur exercice, et 87,5 % utilisent un logiciel informatique d'aide à la prescription. Le logiciel Vidal mobile<sup>®</sup> est l'outil numérique le plus utilisé suivi du logiciel d'aide à la prescription des antibiotiques Antibioclac<sup>®</sup>. Le

calculateur FRAX<sup>®</sup> et le logiciel d'aide à la prise en charge de l'ostéoporose Aporose<sup>®</sup> sont les plus utilisés en rhumatologie. Parmi les médecins interrogés, 93,8 % pensent qu'un outil numérique dédié aux MG spécifique à la rhumatologie serait utile pour leur exercice médical: 71,9 % seraient intéressés par une application d'aide au diagnostic pour les rhumatismes inflammatoires chroniques, 71,9 % seraient intéressés par une application dans le domaine de l'ostéoporose, 50 % par les pathologies rachidiennes, et 50 % par les urgences en rhumatologie. L'aide à la prescription des examens d'imagerie en rhumatologie a également été soulignée comme domaine pouvant concerner une application numérique. Un outil numérique pourrait également être utile pour la formation médicale continue en rhumatologie d'après 84,4 % des MG interrogés.

**Discussion.** – L'utilisation des outils numériques est largement répandue dans l'exercice de la médecine générale. Certaines applications de rhumatologie sont déjà ponctuellement utilisées. La mise en place d'un nouvel outil numérique dans le domaine de la rhumatologie pour les MG permettrait d'optimiser la prise en charge des patients, en particulier pour certaines pathologies chroniques. Certaines applications ont déjà été mises en place dans cette spécialité, comme Rhumato pro<sup>®</sup> ou Aporose<sup>®</sup>, et d'autres sont en cours de développement comme Lombaclic<sup>®</sup>.

**Conclusion.** – L'intérêt d'un outil numérique en rhumatologie destiné aux MG est ici souligné. Un projet d'étude pour monter une telle application au GHPSJ a été lancé.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-112

### Utilisation de l'analyse de trajectoires pour les critères de jugement cliniques dans l'arthrose des membres inférieurs: une revue systématique

M. Wiczorek\* (1); C. Rotonda (1); F. Guillemin (1); AC. Rat (2)  
(1) Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC, Nancy; (2) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

\*Auteur correspondant: wiczorek.maud@orange.fr (M. Wiczorek)

**Introduction.** – Les objectifs de cette revue systématique étaient de synthétiser la littérature sur les analyses de trajectoires de critères de jugement (CDJ) cliniques dans l'arthrose du genou et de la hanche, de décrire les différentes trajectoires retrouvées pour chaque CDJ et de collecter les facteurs prédictifs associés à ces trajectoires.

**Matériels et méthodes.** – Deux bases de données ont été interrogées, Medline et PsycInfo. Les critères de sélection étaient: i) une population d'étude constituée de patients âgés de plus de 18 ans, à risque, ou diagnostiqués comme atteints de gonarthrose ou de coxarthrose, ii) l'objectif devait être d'identifier des sous-groupes homogènes de patients présentant des trajectoires distinctes, iii) la méthodologie et les analyses devaient être pertinentes pour identifier des trajectoires (design longitudinal et mesures répétées).

**Résultats.** – Sur les 3 936 références extraites, 37 études ont répondu aux critères de sélection. Parmi elles, 15 décrivaient des trajectoires de CDJ cliniques sans chirurgie et les 22 autres portaient spécifiquement sur leur évolution après arthroplastie de hanche ou de genou. Le CDJ le plus fréquemment rapporté était la douleur (28 études), puis la fonction physique (19 études) suivie par la santé mentale (cinq études), la participation sociale (trois études) et la raideur (une étude). Dans les études de cohorte sans chirurgie, les trajectoires de la douleur de hanche étaient subdivisées en trajectoires stables de douleurs légère, modérée et sévère. Trois sous-groupes supplémentaires incluaient des patients avec une régression modérée de la douleur, ceux oscillant entre les niveaux de douleur modérée et sévère et ceux présentant une forte progression au fil du temps. Un faible niveau d'éducation, un indice de masse corporelle (IMC) élevé, un score WOMAC élevé pour la dimension physique, un stade élevé de Kellgren (KL) pour la hanche, une flexion et une rotation interne

de la hanche limitées ainsi que des douleurs dorsales et trochantériques étaient prédictifs de l'appartenance à une trajectoire de douleur sévère. Pour l'articulation du genou, le nombre de trajectoires identifiées dans la littérature était compris entre un et six. Des trajectoires «sans douleur», de douleur légère, de douleur modérée et de douleur sévère ont été identifiées ainsi que des trajectoires de progression (aggravation modérée ou grave) ou de régression de la douleur (amélioration majeure ou modérée). Les patients appartenant à la trajectoire de douleur sévère étaient plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'avoir un faible niveau d'études, un IMC élevé, un nombre élevé de comorbidités, un score WOMAC élevé pour la dimension physique, un stade élevé de KL, des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression, de déclarer un état de santé général moins bon et d'appartenir à une classe sociale défavorisée.

**Conclusion.** – Cette revue systématique a mis en évidence une forte hétérogénéité entre les études en termes de nombre de trajectoires identifiées, en particulier pour la douleur. Néanmoins, certains facteurs prédictifs de l'appartenance à une trajectoire de douleur sévère ont pu être identifiés et ces résultats pourraient faciliter l'identification précoce des patients à haut risque d'aggravation clinique.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-113

### La spondylodiscite tuberculeuse au nord de la Tunisie: Vingt ans d'expérience

M. Sellami\* (1); O. Saidane (2); I. Mahmoud (2); A. Ben Tekaya (2); R. Tekaya (2); L. Abdelmoula (2)

(1) Service de rhumatologie hôpital Charles Nicolle de Tunis, ministère de la santé, Tunis, Tunisie; (2) Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

\*Auteur correspondant: meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

**Introduction.** – La spondylodiscite tuberculeuse représente un problème de santé publique en Tunisie. L'atteinte neurologique et les déformations rachidiennes constituent la gravité de cette localisation. Le but de notre étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients atteints de spondylodiscite tuberculeuse et pris en charge dans notre hôpital entre 1996 et 2016.

**Patients et Méthodes.** – C'est une étude monocentrique et rétrospective concernant les dossiers de patients suivis pour une spondylodiscite tuberculeuse, menée dans un service de rhumatologie sur une période de 20 ans [1996-2016]. Le diagnostic était retenu devant des arguments bactériologiques, radiologiques et anatomopathologiques ou devant un ensemble d'arguments de présomption en cas de négativité de l'enquête étiologique.

**Résultats.** – Soixante patients atteints de spondylodiscite tuberculeuse ont été traités durant les vingt dernières années, répartis en 31 femmes et 29 hommes (sexe ratio = 0,93). L'âge moyen des patients était de 54 ans [16-86 ans]. Le délai moyen de diagnostic était de 6 mois [1-14 mois]. Un facteur favorisant a été relevé dans 39 cas (65 %): notion contagieuse tuberculeuse (7 cas), antécédents de tuberculose extra articulaire (7 cas), diabète de type 2 (9 cas), insuffisance rénale chronique (5 cas), hépatite ou cirrhose hépatique (4 cas), corticothérapie au long cours (5 cas), et antécédents de néoplasies (2 cas). La spondylodiscite tuberculeuse était associée à une atteinte articulaire périphérique dans 3 cas et viscérale dans 13 cas dont 7 étaient pulmonaires. L'étage lombaire était le plus touché (36 cas soit 60 %) suivi par l'étage dorsale (12 cas soit 20 %) puis cervical (4 cas soit 7 %). Une atteinte multifocale a été retrouvée dans 9 cas (15 %). La rachialgie, le plus souvent inflammatoire (76 %) était le signe fonctionnel le plus fréquent (92 %), associée aux signes généraux dans 75 % des cas et aux radiculalgies dans 55 % des cas. Les signes physiques étaient dominés par la raideur rachidienne dans 76 % des cas, les signes neurologiques dans 33 % des cas et les abcès palpables dans 6 % des cas. Un syndrome inflammatoire biolo-

gique était objectivé dans 43 cas (72 %). L'imagerie par résonance magnétique était effectuée de première intention dans 57 % des cas, revenant pathologique dans tous les cas où elle a été effectuée. L'étude radiologique a objectivé des images en faveur des abcès paravertébraux et du psoas ainsi qu'une épидурite chez 40 patients (67 %) respectivement dans 24, 4 et 12 cas. Le diagnostic de certitude a été porté dans 21 cas sur une preuve histologique (35 %). La ponction biopsie disco-vertébrale a permis de confirmer le diagnostic dans 14/45 cas. Tous les patients ont reçu un traitement antituberculeux d'une durée moyenne de 14 mois [12-21 mois], associé à un geste interventionnel (drainage d'abcès) dans 10 cas (17 %). L'évolution était favorable dans 37 cas (62 %), avec 11 patients perdus de vue (18 %). Aucun patient n'a gardé de séquelles neurologiques. L'hyperleucocytose initiale supérieure à 11500 éléments/mm<sup>3</sup> (p=0,031) était le seul facteur biologique de mauvais pronostic. Les autres facteurs de mauvais pronostic étaient la présence d'abcès (p=0,024), de tassements vertébraux (p = 0,018) et de déformations osseuses (p < 0,001).

**Conclusion.** – Notre étude a révélé un délai moyen de diagnostic relativement long (6 mois) expliqué, en partie, par l'évolution insidieuse de la maladie. L'atteinte multifocale ainsi que les abcès paravertébraux étaient fréquents témoignant du caractère invasif de la tuberculose.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-114

### Influence de l'échelle visuelle analogique du malade dans l'évaluation de l'activité de la maladie du rhumatisme psoriasique

N. Madeira\* (1); L. Cunha Miranda (1); H. Santos (1); F. Barcelos (1); R. Campanilho-Marques (1); S. Candida (1); M. Claudia (1);

C. Alexandra (2); R. Trinca (3); F. Augusto (1)

(1) Rhumatologie, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (2) Nutrition, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (3) Infirmier, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal

\*Auteur correspondant: nathalie.almeida.madeira@gmail.com

(N. Madeira)

**Introduction.** – Les indices d'activité de la maladie sont importants pour l'évaluation clinique et accompagner la réponse au traitement. Notre objectif a été de déterminer l'influence de l'EVA dans la réponse DAS28 au biotechnologique, dans le rhumatisme psoriasique (PsA).

**Matériels et méthodes.** – Les malades atteints de PsA suivis dans notre centre et inclus dans notre registre national ont participé. Le DAS28 a été considéré, et un DAS28 du médecin a été créé (en remplaçant l'EVA du malade par celle du médecin). Les réponses aux deux différents DAS28 ont été obtenues, ainsi que les relations avec d'autres variables cliniques, démographiques et de laboratoire. Statistique: descriptive, tests de Wilcoxon, McNemar,  $\chi^2$ , corrélation de Spearman, p < 0,05, SPSS v.17.

**Résultats.** – 41 malades ont participé, 75,6 % étant des femmes, d'âge moyen 55,1 ± 9,9 ans. La moyenne de la PCR a été de 7,4 ± 13,5 mg/dl, de la VS 24,4 ± 17,0 mm/H, des SJC28 de 0,88 ± 1,4, des TJC28 de 3,5 ± 5,7 et de l'EVA de la douleur 34,0 ± 23,1. L'EVA du malade a été supérieure à celle du médecin (33,8 ± 21,5 vs 20,6 ± 15,8, p < 0,0001). La moyenne du HAQ était de 0,91 ± 0,59, du HADS-anxiété (HADS-A) 6,6 ± 4,3, du HADS-dépression (HADS-D) 6,0 ± 4,5 et du FACIT 36,1 ± 7,4. La majorité était sous biotechnologique (82,9 %). Le tableau montre la distribution des malades selon la réponse au traitement. Nous avons identifié 3 cas avec des critères de réponse EULAR différents selon l'EVA considéré, mais aucune différence significative n'a été vérifiée dans l'ensemble de la classification du DAS28. Le DAS28 4V-VS moyen du malade, 3,40 ± 1,39, a été supérieur à celui du médecin, 3,21 ± 1,38; p < 0,0001 et un résultat semblable a été observé pour le DAS28 4V-PCR (2,82 ± 1,31 vs 2,69 ±



1,27;  $p = 0,001$ , respectivement). Nous avons vérifié une corrélation entre l'EVA du malade et ces variables: EVA du médecin ( $r = 0,618$ ;  $p < 0,0001$ ), PCR ( $r = 0,351$ ;  $p = 0,024$ ), SCJ28 ( $r = 0,435$ ;  $p = 0,004$ ), TCJ28 ( $r = 0,537$ ;  $p < 0,0001$ ), EVA de la douleur ( $r = 0,863$ ;  $p < 0,0001$ ), HAQ ( $r = 0,574$ ;  $p < 0,0001$ ), HADS-A ( $r = 0,504$ ;  $p = 0,001$ ), HADS-D ( $r = 0,350$ ;  $p = 0,025$ ) et FACIT ( $r = -0,491$ ;  $p = 0,001$ ), ainsi qu'entre l'EVA du malade et ces variables: PCR ( $r = 0,548$ ;  $p < 0,0001$ ), SCJ28 ( $r = 0,552$ ;  $p < 0,0001$ ), TCJ28 ( $r = 0,655$ ;  $p < 0,0001$ ), EVA de la douleur ( $r = 0,720$ ;  $p < 0,0001$ ), HAQ ( $r = 0,402$ ;  $p = 0,009$ ), HADS-A ( $r = 0,382$ ;  $p = 0,014$ ), HADS-D ( $r = 0,423$ ;  $p = 0,006$ ) et FACIT ( $r = -0,372$ ;  $p = 0,01$ ).

DAS28 4V – VS	Avec l'EVA du malade	Avec l'EVA du médecin
<b>Rémission</b>	12 (29,3 %)	13 (31,7 %)
<b>Activité faible</b>	9 (22,0 %)	9 (22,0 %)
<b>Activité modérée</b>	13 (31,7 %)	14 (34,2 %)
<b>Haute activité</b>	7 (17,1 %)	5 (12,2 %)
<b>DAS28 4V – PCR</b>		
<b>Rémission</b>	21 (51,2 %)	22 (53,7 %)
<b>Activité faible</b>	10 (24,4 %)	8 (19,5 %)
<b>Activité modérée</b>	7 (17,1 %)	9 (22,0 %)
<b>Haute activité</b>	3 (7,3 %)	2 (4,9 %)

**Discussion.** – Plusieurs études, portant principalement sur la polyarthrite rhumatoïde, ont démontré que l'EVA du malade peut influencer les résultats de l'activité de la maladie et la réponse aux traitements.

**Conclusion.** – Malgré les différences entre les deux EVA, ainsi qu'entre les deux DAS28-4V, les critères de réponse EULAR étaient similaires.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-115

### Prise en charge médico-sociale des personnes handicapées moteurs: à propos de 299 patients

N. Toumi\* (1)

(1) Etablissement Hospitalier Spécialisé en MPR, Faculté de Médecine d'Annaba, Annaba, Algérie

\*Auteur correspondant: touminour@gmail.com (N. Toumi)

**Introduction.** – De nos jours, la manière dont nous soignons les personnes humaines est de plus en plus remise en cause, et que la prise en charge institutionnelle seule est remise en cause d'où l'intérêt d'adopter d'autres modes de réadaptation telle que la réadaptation à base communautaire. Au niveau de la wilaya de Annaba, les personnes en situation de handicap physique (PSHP) sont stigmatisées, marginalisées et ne bénéficient pas des mêmes chances de participation à la vie socio économique que leurs concitoyens sans limitation fonctionnelle. **L'objectif de notre travail** est de vérifier la qualité de l'accompagnement des PSHP par les professionnels du secteur de la santé et du secteur social, de la collaboration intersectorielle entre les différents secteurs; la participation des membres de la famille et des membres de la communauté dans leur prise en charge et d'en faire des propositions pour une meilleure prise en charge.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale descriptive auprès d'un échantillon de 299 PSHP tiré au sort, l'enquête a été menée par nous même à l'aide d'un questionnaire comprenant plusieurs questions subdivisées en sections traitant de la qualité de l'accompagnement des PSHP par les professionnels du secteur de la santé et les professionnels du secteur social, la collaboration intersectorielle entre les différents secteurs, la participation des membres de la communauté dans la prise en charge des PSHP, et autres. le questionnaire a été testé lors d'une pré enquête.

**Résultats.** – **Pour la qualité de l'accompagnement des professionnels du secteur de la santé:** 82,3 % de nos patients ont bénéficié de soins médicaux de façon irrégulière contre 17,7 % de façon régulière; **Pour les Soins de kinésithérapie et de réadaptation:** seulement 37,1 % ont bénéficié de prise en charge physique lors de leur hospitalisation à l'EHS et/ou à titre externe à l'EHS ou en privé; **la qualité de la relation et de la communication,** elle a été jugée bonne à satisfaisante dans 26,75 % des cas; **la communication avec les professionnels de la santé,** était jugée riche dans 43,1 % des cas, peu riche voire absente dans 14,3 % des cas; **pour l'accompagnement des professionnels du secteur social,** 7,4 % étaient satisfaits de la relation entretenue avec les professionnels du secteur; 49,5 % non satisfaits et 43,1 % n'ont jamais eu de contact avec; **tous nos patients sont pris en charge par la sécurité sociale; 90,6 % estiment que l'aide financière** allouée est non satisfaisante et 9,4 % se disent non concernés car ils ne sont pas dans le besoin.

**Le degré de la collaboration intersectorielle,** est fonction de l'organisation en place;

– Pour la collaboration intersectorielle en institution a été perçue comme mauvaise dans 59,5 % des cas, bonne à moyenne dans 20,4 % des cas.

– Pour la collaboration intersectorielle en dehors des institutions, 98,7 % ont estimé qu'il n'y'a pas de collaboration entre les différents secteurs.

**9-** 96 % de nos patients estiment qu'il n'existe pas de collaboration entre le médical et le social et que le médical empiète sur le social.

**10 – Concernant les aidants auxiliaires de vie,** tous nos patients n'ont pas d'aidants auxiliaires de vie.

**Conclusion.** – Au terme de notre étude, le constat fait concernant les PSHP par nous même, par les concernés ou leur famille, est que les PSHP de la wilaya de Annaba et à l'instar des pays à revenu faible à intermédiaire, sont désavantagées et ne bénéficient pas des mêmes avantages que les personnes non handicapées malgré les efforts consentis par l'état et la richesse des lois les concernant, mais les résultats sont en deçà des attentes.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Stanmore E, Waterman H. Crossing professional and organizational boundaries: the implementation of generic rehabilitation assistants within three organizations in the northwest of England. Disability and Rehabilitation, 2007, 29:751-759.

[2] Bo W et al. The demand for rehabilitation therapists in Beijing health organizations over the next five years. Disability and Rehabilitation, 2008,30:375-380.

PE.Ma-116

### L'influence de l'échelle visuelle analogique du malade dans la réponse DAS28 au traitement biotechnologique chez les malades atteints de polyarthrite rhumatoïde

N. Madeira\* (1); L. Cunha Miranda (1); H. Santos (1); F. Barcelos (1); S. Fernandes (1); J. Borges (1); R. Campanilho-Marques (1); S. Candida (1); M. Claudia (1); C. Alexandra (2); R. Trinca (3); F. Augusto (1)

(1) Rhumatologie, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (2) Nutrition, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (3) Infirmier, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal

\*Auteur correspondant: nathalie.almeida.madeira@gmail.com (N. Madeira)

**Introduction.** – Les indices composés d'activité de la maladie qui fournissent un nombre unique sur une échelle continue dans l'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont très importants pour l'évaluation des malades et de la réponse aux traitement. Compte tenu de leur complexité et de leur contexte multifactoriel, les évaluations de la douleur et de l'activité de la maladie sont des tâches

très difficiles à effectuer. En effet, il s'agit de phénomènes subjectifs, dont l'expression et l'interprétation impliquent des éléments sensoriels, émotionnels, démographiques, économiques, environnementaux et culturels, entre autres. Nous considérons tous que l'échelle visuelle analogique (EVA) du malade influence le résultat global de ces indices composés. Notre objectif a été de déterminer l'influence de l'EVA dans la réponse DAS28 au traitement biotechnologique.

**Matériels et méthodes.** – Les malades atteints de PR ont été sélectionnés à partir de notre groupe local de malades sous traitement biotechnologique et inscrits dans notre registre national. Nous avons considéré deux évaluations: une à T0 (début du traitement biotechnologique) et une autre à T12 (un an sous biotechnologique  $\pm$  2 mois). Nous avons considéré le DAS 28 et créé un DAS 28 du médecin (en remplaçant l'EVA du malade par celle du médecin). Nous avons également obtenu des données cliniques et démographiques générales. Statistiques: descriptive, test t et test de Wilcoxon pour échantillons appariés,  $p < 0,05$ , SPSS v.17.

**Résultats.** – 152 malades ont été sélectionnés, ayant pour âge moyen  $59,9 \pm 11,6$  ans, principalement des femmes (89,6 %), la plupart avec facteur rhumatoïde et /ou anti-CCP positif (84,8 %), majoritairement sous un inhibiteur du TNF (95,5 %). À T12, le DAS28 3V-VS moyen a été de  $3,59 \pm 1,19$  ( $n = 152$ ), le DAS28 3V-PCR moyen de  $3,07 \pm 1,15$  ( $n = 152$ ), le DAS28 4V-PCR (en utilisant l'EVA du malade) moyen de  $3,17 \pm 1,28$  ( $n = 152$ ) et le DAS 28 4V-PCR (en utilisant l'EVA du médecin) moyen de  $3,04 \pm 1,24$  ( $n = 142$ ),  $p \leq 0,001$ . Le tableau nous montre la distribution des malades selon la réponse au traitement.

Réponse EULAR (VS)	DAS-28 3V	DAS28 4V			
		p-value	Malade	Médecin	p-value
Non	25 (17,4 %)		22 (16,8 %)	19 (14,5 %)	
Modérée	21 (14,6 %)		51 (38,9 %)	52 (39,7 %)	
Bonne	98 (68,1 %)		58 (44,3 %)	60 (45,8 %)	
Rémission (DAS < 2,6)	VS: 35/154 (22,7 %) PCR: 61/154 (39,6 %)		VS: 35/154 (22,7 %)	VS: 39/149 (26,2 %)	
Delta DAS28-VS	$1,81 \pm 1,32$	0,037	$2,12 \pm 1,42$	$2,14 \pm 1,41$	0,513

Test t et de Wilcoxon

**Discussion.** – Comme prévu, les malades ont tendance à rapporter une sévérité de la maladie supérieure à celle des médecins, et cela semble avoir une influence sur la réponse au traitement biotechnologique.

**Conclusion.** – Des méthodes plus objectives devraient être envisagées en association avec le "gold standard" existant afin d'assurer une meilleure évaluation des malades.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-117

### Effet des variations météorologiques sur la perception de la douleur articulaire au cours des maladies rhumatologiques chroniques

N. Ziade\* (1); M. Bouzamel (2); G. Abikaram (1); W. Farah (3)  
(1) Rhumatologie, Faculté de Médecine – Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban; (2) Médecine, Faculté de Médecine – Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban; (3) Faculté des sciences, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban

\*Auteur correspondant: nellziade@yahoo.fr (N. Ziade)

**Introduction.** – Les patients suivis pour maladies articulaires chroniques (MAC) signalent souvent que les variations météorologiques ont une influence importante sur le degré de douleur articulaire.

Plusieurs études ont étudié cette influence mais les résultats restent contradictoires. Le Liban est un pays qui bénéficie d'un climat avec quatre saisons bien distinctes et des variations météorologiques fréquentes qui en font un candidat idéal pour étudier l'influence de la météo sur les douleurs articulaires.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'association entre les variables météorologiques et la douleur articulaire perçue chez les patients suivis pour MAC fréquentes (polyarthrite rhumatoïde (PR), spondyloarthrite (SpA) et arthrose (A)).

**Patients et Méthodes.** – L'étude est prospective, observationnelle et corrélative. Les patients consécutifs suivis pour PR, SpA et Arthrose, âgés de plus de 18 ans, vivant dans une zone bien définie autour de la capitale Beyrouth sont inclus. Les données démographiques sont collectées ainsi que les marqueurs d'activité de la maladie, le score d'anxiété et de dépression (PHQ4) et les traitements en cours. Un calendrier conçu spécifiquement pour l'étude est rempli quotidiennement par le patient selon une échelle douleur de Likert allant de 0 à 10. Les données météorologiques sont enregistrées pendant la même période en utilisant des capteurs installés dans la même région d'étude (température, humidité, pression atmosphérique). L'association avec la météo est étudiée par des méthodes corrélatives. Les patients ayant une grande variabilité de la douleur sont identifiés quand le «Delta Douleur» était supérieur à 3. Les données de Janvier à juillet 2017 sont présentées.

**Résultats.** – 94 des 110 patients invités ont accepté de participer à l'étude (85,45 %): 39 PR, 27 A et 28 SpA. Le niveau moyen de douleur de base était  $3,58/10$  et celui du handicap était de  $3,36$ . Une variabilité significative était identifiée chez 78,7 % des patients et associée avec le genre féminin et une activité élevée de la maladie. Le score de douleur avait tendance à baisser entre Janvier et Juillet. L'étude corrélative a identifié une relation inverse nette avec la température pour l'arthrose et la SpA ( $p < 0,001$ ), et une relation positive avec l'humidité et la pression atmosphérique pour l'arthrose ( $p 0,03$  et  $p 0,004$ ).

**Conclusion.** – Le score de douleur avait tendance à baisser entre Janvier et Juillet avec une relation inverse avec la température. Les facteurs de risque météorologiques pourraient figurer parmi les éléments pris en compte lors de l'établissement du plan thérapeutique chez ces patients.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Cay Hm Sezer I, Firat M, Kacar C. Which is the dominant factor for perception of rheumatic pain: meteorology or psychology? *Rheumatol Int* (2011) 31:377–385.
- [2] Hawley DJ, Wolfe F, Lue FA, Moldofsky H. Seasonal symptom severity in patients with rheumatic diseases: a study of 1,424 patients. *J Rheumatol*. 2001 Aug, 28 (8):1900 9.
- [3] Smedslund G, Mowinckel W, Heiberg T, Kvien T, Hagen K. Does the Weather Really Matter? A Cohort Study of Influences of Weather and Solar Conditions on Daily Variations of Joint Pain in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 61, No. 9, September 15, 2009, pp 1243–1247.
- [4] Smedslund G, Hagen K. Does rain really cause pain? A systematic review of the associations between weather factors and severity of pain in people with rheumatoid arthritis. *European Journal of Pain* 15 (2011) 5–10.
- [5] Timmermans E et al. Self-perceived weather sensitivity and joint pain in older people with osteoarthritis in six European countries: results from the European Project on Osteoarthritis (EPOSA). *BMC Musculoskeletal Disorders* 2014, 15:66.

PE.Ma-118

**La qualité de vie est légèrement améliorée alors que l'activité de la maladie diminue au cours des 5 premières années dans la spondyloarthrite ankylosante axiale (axSpA) débutante: 646 patients de la cohorte DESIR**

D. Puyraimond-Zemmour\* (1); C. Desthieux (1); B. Granger (2); A. Molto (3); A. Ruysen-Witrand (4); B. Fautrel (1); L. Gossec (1)  
(1) Service de rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris; (2) Service de biostatistiques, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique,; hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris; (3) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP., Paris; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U. Purpan, Toulouse

\*Auteur correspondant: debozem@gmail.com (D. Puyraimond-Zemmour)

*Introduction.* – La qualité de vie (QdV) est une priorité pour les patients mais le lien avec l'activité de la maladie est incomplet. L'objectif était de décrire, pour les patients atteints d'une axSpA débutante, l'évolution de la QdV et de l'activité de la maladie au cours des 5 premières années de suivi et d'explorer les facteurs associés à la QdV, incluant l'Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score – CRP (ASDAS-CRP).

*Patients et Méthodes.* – DESIR est une cohorte française, prospective, multicentrique et observationnelle (référence). Les patients inclus avaient des douleurs rachidiennes inflammatoires depuis plus de 3 mois et moins de 3 ans suggérant une SpA. La QdV a été évaluée par le questionnaire Short Form 36 (SF36) qui est constitué de 2 sous-échelles (score de 0 à 100: avoir un score plus haut indiquant une meilleure QdV): un score composite physique (SCP) et un score composite mental (SCM). L'activité de la maladie a été évaluée par l'ASDAS-CRP. Chaque critère de jugement a été évalué tous les 6 mois pendant les 2 premières années puis 1 fois par an jusqu'à 5 ans. La moyenne et la médiane ont été calculées à chaque instant donné. L'évolution du SCM et du SCP ont été évalués par des modèles linéaires mixtes univariés et des trajectoires. Les facteurs associés au SCM et SCP ont été évalués par des modèles linéaires mixtes univariés et multivariés. Pour notre analyse, seul les patients avec au moins 3 valeurs de SCP et SCM durant les 5 premières années ont été inclus.

*Résultats.* – Au total, 646 patients ont été analysés: à l'inclusion, la moyenne d'âge était de 33,9 ± 8,7 ans; la durée moyenne de la maladie était de 1,5 ± 0,9 ans; 255 (55,0 %) étaient des femmes, 402 (62,2%) patients remplissaient les critères de classification ASAS; la moyenne du SCP, SCM et de l'ASDAS-CRP étaient respectivement de 40,2 ± 9,1, 40,4 ± 11,2 and 2,63 ± 0,93. Sur les 5 premières années, les niveaux moyens de QdV et les trajectoires s'amélioraient légèrement ( $p < 0,001$ , 2 trajectoires parallèles) alors que la moyenne de l'ASDAS-CRP s'améliorait nettement (moyenne à l'inclusion 2,63 ± 0,93 et à 5 ans 2,04 ± 0,93). En analyse multivariée, l'ASDAS-CRP étaient associés à un moins bon SCP ( $p < 0,001$ ) mais n'était pas associé au SCM.

*Conclusion.* – Dans l'axSpA débutante, la QdV était altérée mentalement et physiquement et était globalement stable sur les 5 premières années de suivi. L'activité de la maladie mesurée par l'ASDAS-CRP n'expliquait qu'une partie de la QdV. Ainsi, les facteurs prédictifs de la QdV dans les rhumatismes inflammatoires devront être davantage explorés.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

*Références*

[1] Dougados M. et al. Clinical presentation of patients suffering from recent onset chronic inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis: The DESIR cohort. *Joint Bone Spine*. 2015

PE.Ma-119

**Les urgences en rhumatologie: étude de 631 observations au Sénégal**

S. Diallo\* (1); M. Niasse (1); C. Diouf (1); CAB. Diaw (1); R. Diallo (1); M. Mbengue (2)

(1) Service de rhumatologie Chu Aristide le Dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal; (2) Service de gastro-entérologie Hoggy, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

\*Auteur correspondant: docsdiallo@yahoo.fr (S. Diallo)

*Introduction.* – Les urgences en rhumatologie sont des syndromes et maladies susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. Elles imposent de ce fait un diagnostic et une prise en charge thérapeutique immédiats. L'objet de cette étude était de déterminer le profil étiologique des urgences en rhumatologie en milieu hospitalier Sénégalais.

*Patients et Méthodes.* – Etude rétrospective menée dans le service de rhumatologie et de médecine interne du CHU Aristide le Dantec où avaient été colligées entre Janvier 2000 et juillet 2017, les observations de patients atteints de syndromes ou de maladies rhumatologiques considérés comme des urgences. Pour chaque observation, avaient été analysées les données démographiques, le type d'urgence et l'évolution sous traitement

*Résultats.* – Ainsi, nous avons colligé 631 observations, chez 267 patients de sexe masculin (42 %) et 364 de sexe féminin (58 %), d'âge moyen au diagnostic de 50,8 ans, extrêmes entre 9 ans et 96ans. Les urgences étaient: 170 cas d'urgences douloureuses dont 20 lomboradiculalgies hyperalgiques ou paralytiques par hernie discale et 150 crises d'arthrites microcristallines (b) 3 cas d'atteinte atloïdo-axoïdienne compliquée de compression médullaire; (c) 150 cas de pathologies septiques dont 22 ostéoarthrites bactériennes (10 non tuberculeuses et 12 tuberculeuses) et 128 infections au cours de maladies systémiques (95 infections virales par le VHB, VIH ou VZV; 12 infections par mycobactéries; 20 infections parasitaires à type de dysentéries aiguës amibiennes et 1 candidose systémique); (d) de 347 cas de maladies systémiques compliquées d'une atteinte viscérale grave inaugurale ou évolutive dont 140 cardiopathies, 55 pleuropneumopathies, 50 neuropathies (dont 15 neuropathies centrales), 42 hémopathies (dont 22 syndromes d'activation macrophagiques et 20 hémopathies tumorales), 39 néphropathies, 16 cas d'uvéites, 5 atteintes digestives graves; (e) 38 hypercalcémies symptomatiques; (f) et 3 cas de complications iatrogènes graves dont 2 perforations d'ulcère et 1 DRESS syndrome à l'allopurinol. Sous traitement l'évolution fût dramatique chez 37 patients. Ainsi, nous avons colligé 631 observations, chez 267 patients de sexe masculin (42 %) et 364 de sexe féminin (58 %), d'âge moyen au diagnostic de 50,8 ans, extrêmes entre 9 ans et 96 ans. Les urgences étaient: 170 cas d'urgences douloureuses dont 20 lomboradiculalgies hyperalgiques ou paralytiques par hernie discale et 150 crises d'arthrites microcristallines (b) 3 cas d'atteinte atloïdo-axoïdienne compliquée de compression médullaire; (c) 150 cas de pathologies septiques dont 22 ostéoarthrites bactériennes (10 non tuberculeuses et 12 tuberculeuses) et 128 infections au cours de maladies systémiques (95 infections virales par le VHB, VIH ou VZV; 12 infections par mycobactéries; 20 infections parasitaires à type de dysentéries aiguës amibiennes et 1 candidose systémique); (d) de 347 cas de maladies systémiques compliquées d'une atteinte viscérale grave inaugurale ou évolutive dont 140 cardiopathies, 55 pleuropneumopathies, 50 neuropathies (dont 15 neuropathies centrales), 42 hémopathies (dont 22 syndromes d'activation macrophagiques et 20 hémopathies tumorales), 39 néphropathies, 16 cas d'uvéites, 5 atteintes digestives graves; (e) 38 hypercalcémies symptomatiques; (f) et 3 cas de complications iatrogènes graves dont 2 perforations d'ulcère et 1 DRESS syndrome à l'allopurinol. Sous traitement l'évolution fût dramatique chez 37 patients.

*Conclusion.* – Les pathologies en rhumatologie sont le plus souvent chroniques. Elles peuvent toutefois comme l'illustre notre étude en accord avec les données de la littérature, générer des situations



d'urgence vitale ou fonctionnelle. D'où la nécessité de les envisager de principe en pratique quotidienne.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

*Références*

[1] Quartier P. Arch Pédiatr 2001; 2S: 230-2. 2. Denes E et al. Anti-biotiques 2008; 10: 134-141

PE.Ma-120

### **Effet des biologiques sur la fatigue dans le rhumatisme psoriasique: une revue systématique de la littérature avec méta-analyse**

T. Reygaerts\* (1); S. Mitrovic (2); B. Fautrel (2); L. Gossec (2)  
(1) Rhumatologie, Hôpital HFR Fribourg, Fribourg, Suisse; (2) Service de rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

\*Auteur correspondant: thomas.reygaerts@outlook.com (T.Reygaerts)

*Introduction.* – Le rhumatisme psoriasique (RP) est fréquemment associé à une fatigue importante. Les biologiques (anti-TNF, ustekinumab, secukinumab) et l'apremilast ont démontré une efficacité dans le RP, en particulier sur la douleur. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact des biologiques et de l'apremilast sur la fatigue par une revue systématique de la littérature (RSL) et une méta-analyse et de comparer cet effet avec l'impact sur la douleur dans les mêmes études.

*Matériels et méthodes.* – Une RSL a été réalisée jusqu'en janvier 2017 dans les bases de données PubMed, Embase et Cochrane. Nous avons inclus toutes les études randomisées contrôlées (ERCs) étudiant un biologique ou l'apremilast et évaluant la fatigue (quel que soit le score utilisé). Les caractéristiques des études, des patients, le degré de fatigue et de douleur (si mentionné) avant intervention et au moment le plus proche de 24 semaines d'intervention ont été collectés par deux lecteurs. Les différences de moyennes standardisées (DM) ont été calculées selon Mantel Heantzel sur RevMan.

*Résultats.* – Sur 295 publications, 7 ERCs ont été analysées. Elles évaluaient l'apremilast (N = 1), les anti-TNF (l'adalimumab N = 2 et le certolizumab pegol N = 1), le secukinumab (N = 2) et l'ustekinumab (N = 1) contre placebo. Les études ont inclus 2341 patients RP avec les caractéristiques suivantes (en moyenne pondérée ± déviation standard); âge: 48,7 ± 1,3 années, durée de la maladie: 7,7 ± 1,3 années, 53,3 % étaient des femmes. Les taux de fatigue initiaux étaient élevés avec un score FACIT moyen à 29,2 ± 1,5. La DM poolée de ces études était de -0,44 pour la fatigue (intervalle de confiance à 95 %: -0,35; -0,54) et de -0,62 pour la douleur (-0,52; -0,73).

*Conclusion.* – Les biologiques et l'apremilast ont un effet léger à modéré sur la fatigue à 24 semaines dans les ERCs. Il n'y avait pas de différences notables entre les traitements étudiés. L'effet sur la douleur semblait plus important. Ces résultats confirment que la cause de la fatigue est probablement multifactorielle et pas seulement liée à l'activité inflammatoire dans le RP.

*Conflit d'intérêt.* – Laure Gossec et Bruno Fautrel ont reçu des honoraires de Abbvie, BMS, Celgene, Janssen, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, UCB, pour des travaux, tous non en lien avec ce présent travail.

PE.Ma-121

### **Saviez-vous que la rhumatologie se pratique encore ailleurs de façon très différente?**

AA. Mouhamadi (1); F. Andrianjafison (1); A. Rakotozafiarison (1); MV. Ranaivoarison (1); H. Rakotomalala (1); S. Ralandison\* (1)  
(1) Rhumatologie, CHU Morafeno Toamasina, Toamasina, Madagascar

\*Auteur correspondant: stephane\_ralandison@yahoo.fr (S. Ralandison)

*Introduction.* – Dans les pays riches, l'avènement de la biothérapie a révolutionné la Rhumatologie. À travers une meilleure connaissance

de la physiopathologie et une meilleure précision des critères de diagnostic, une thérapeutique ciblée s'intègre dans un schéma thérapeutique bien codifié. La mondialisation tend à l'universalité de ces connaissances, et ce indépendamment des réalités socio-économiques, historiques et culturelles de chaque pays. Notre objectif est de partager d'autres pratiques de la Rhumatologie encore très loin des avancées diagnostiques et thérapeutiques actuelles, et ce afin de mieux définir une stratégie de formation médicale initiale et continue adaptée aux contextes locaux.

*Patients et Méthodes.* – Nous avons réalisé une étude rétrospective de tous les dossiers des patients vus en consultation et/ou hospitalisation entre janvier 2010 et janvier 2017 dans 2 services hospitaliers de Rhumatologie de deux villes différentes:

- évaluation des modalités de prise en charge en ambulatoire et du délai diagnostique de la goutte, de la polyarthrite rhumatoïde et de l'arthrose des membres inférieurs;
- étude de la séméiologie clinique des patients traités en ambulatoire pour un Rhumatisme Articulaires Aigu (RAA), comparée au diagnostic final proposé dans le service;
- analyse des traitements adjuvants adoptés chez les patients recevant une corticothérapie au long cours

*Résultats.* – Sur 2658 dossiers, nous avons retenu 89 (3,34 %) cas de goutte, 83 cas (3,12 %) de PR et 398 (15 %) d'arthrose des membres inférieurs. Le délai moyen entre le début de la maladie et le diagnostic était respectivement de 78 mois, 55 mois et de 26 mois pour ces trois pathologies.

Dans le groupe des patients goutteux, 17 (36 %) étaient traités par un hypouricémiant pour une crise de goutte, alors que seulement 30 (64 %) des goutteux chroniques étaient sous hypouricémiant. De plus, 125 patients étaient traités en ambulatoire pour goutte, mais le diagnostic n'a été retenu que chez 89 (71 %).

Parmi les patients atteints de PR, seuls 11 (13 %) avaient un diagnostic déjà posé lors des suivis pré-hospitaliers.

Dans les enquêtes diagnostiques réalisées en ambulatoire, l'anticorps anti-Streptolysine O (ASLO) a été dosé chez 49 patients, suivi d'un traitement antibiotique et/ou corticothérapie chez 37 (75 %) d'entre eux. Seuls 3 patients répondaient aux critères de diagnostic de Jones permettant le diagnostic d'un RAA.

Chez les 41 patients sous corticothérapie au long cours, seuls 2 (4,8%) suivaient un traitement anti-ostéoporotique régulier et 7 (17 %) une supplémentation vitamino-calcique.

*Conclusion.* – Empirisme, idées fixes, lacunes dans la formation initiale, manque de spécialistes, contextes socio-économiques défavorables,... tels sont les quotidiens de la Rhumatologie dans notre pratique où le diagnostic en ambulatoire se résume trop souvent en goutte et rhumatisme. Malgré la précarité et la paupérisation, de meilleures orientations diagnostiques limitant les prescriptions d'examen complémentaires et de médicaments inadaptés, voire dangereuses, constitueront une économie utile pour les patients. Le renforcement de la formation initiale et des formations médicales continues axées sur la base et les pathologies fréquentes dans notre statistique hospitalière constitue un des défis majeurs de la spécialité.

*Conflit d'intérêt.* – aucun

PE.Ma-122

### **Et si nous considérions l'échelle visuelle analogique du médecin plutôt que celle du malade pour le calcul du CDAI et du SDAI dans un groupe de malades atteints de polyarthrite rhumatoïde?**

CM. Luis\* (1); H. Santos (1); F. Barcelos (1); N. Madeira (1); S. Fernandes (1); J. Borges (1); R. Campanilho-Marques (1); S. Candida (1); M. Claudia (1); C. Alexandra (2); R. Trinca (3); F. Augusto (1)

(1) Rhumatologie, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (2) Nutrition, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne,

Portugal; (3) Infirmier, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal

\*Auteur correspondant: lcuhamiranda@hotmail.com (CM. Luis)

**Introduction.** – Au cours de ces dernières années, nous avons vérifié une tendance à considérer le CDAI et le SDAI comme un «gold standard» (avec le score DAS) dans le suivi des malades atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Ces deux échelles sont plus faciles à calculer et sont actuellement utilisées en contexte clinique ainsi que dans la recherche. Cependant, l'échelle visuelle analogique (EVA) du malade, ainsi que celle du médecin jouent un rôle important dans le score global. Dans notre pratique clinique, nous avons la claire notion que le malade tend à quantifier une EVA globale de la maladie supérieure à celle du médecin. Notre objectif a été de déterminer la différence observée dans le score du SDAI et du CDAI si l'on remplace l'EVA du malade par celle du médecin, et de déterminer la réponse CDAI et SDAI en considérant le score du malade et celui du médecin.

**Matériels et méthodes.** – Les malades atteints de PR ont été sélectionnés dans notre groupe local de malades sous traitement biotechnologique, inscrits dans notre base de données nationale. Deux évaluations ont été considérées: à T0 (début du traitement biotechnologique) et à T12 (un an sous biotechnologique ± 2 mois). Nous avons considéré le CDAI et le SDAI et avons créé une version du médecin (en remplaçant l'EVA du malade par l'EVA du médecin). Nous avons obtenu des données cliniques et démographiques générales. Des tests descriptifs et analytiques ont été effectués en utilisant SPSS v.17, incluant le test t et le test de Wilcoxon,  $p < 0,05$ .

**Résultats.** – 152 malades ont été sélectionnés, ayant pour âge moyen  $59,9 \pm 11,6$  ans, principalement des femmes (89,6 %), avec facteur rhumatoïde et/ou anti-CCP positif (84,8 %), la plupart sous un inhibiteur du TNF (95,5 %). Le tableau 1 nous montre les différents CDAI et SDAI, selon l'utilisation de l'EVA du malade ou son remplacement par celle du médecin, et le pourcentage de rémission à T12.

CDAI et SDAI selon l'EVA du malade ou du médecin et taux de rémission à T12 (Tests t et de Wilcoxon pour échantillons appariés)					
		Malade	Médecin	p-value	% de rémission
T0	CDAI	29,7 ± 12,3	28,7 ± 12,5	< 0,0001	
	SDAI	31,9 ± 13,0	30,9 ± 13,3	< 0,0001	
T12	CDAI	11,6 ± 10,1	10,4 ± 9,9	< 0,0001	Malade: 28/152 (18,4 %) Médecin: 39/152 (25,7 %)
	SDAI	12,5 ± 10,4	11,3 ± 10,2	< 0,0001	Malade: 26/144 (18,1 %) Médecin: 37/144 (25,7 %)

**Discussion.** – Lorsque nous avons remplacé l'EVA du malade par celle du médecin, à T0 et à T12, nous avons vérifié que les scores du CDAI et du SDAI sont devenus significativement inférieurs et que le taux de rémission à T12 a été supérieur. Nous avons constaté que l'EVA du malade semble influencer négativement la réponse aux biotechnologiques par rapport à l'utilisation de l'EVA du médecin.

**Conclusion.** – Ces résultats préliminaires suggèrent que l'auto-évaluation du malade devrait être formée et expliquée aux malades afin qu'elle soit moins différente de l'évaluation du médecin.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-123

### Évaluation de la prise en charge de l'ostéoporose après fracture du poignet chez les femmes de plus de 50 ans en région Centre

E. Cattelain-Lopez\* (1); D. Chu Miow Lin (1); A. Happe (2); P. Goupille (1); F. Jacquot (3); P. Tauveron (3); E. Oger (4); D. Mulleman (1)

(1) Service de rhumatologie, CHRU de Tours, Université François-Rabelais de Tours, Tours; (2) Upres-ea 7449 reперes, CHRU de Brest,

Brest; (3) Cabinet de rhumatologie, Centre de l'ostéoporose, Tours; (4) Centre régional de pharmacovigilance, pharmaco-épidémiologie et information sur le médicament, Upres-ea 7449 reперes, CHRU de Rennes, Rennes

\*Auteur correspondant: cattelain.elsa@gmail.com (E. Cattelain-Lopez)

**Introduction.** – Les fractures du poignet font partie des fractures ostéoporotiques les plus fréquentes. Malgré l'existence de traitements anti-ostéoporotiques efficaces, l'ostéoporose est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le nombre de densités minérales osseuses (DMO) réalisées dans l'année après une fracture du poignet chez les femmes de plus de 50 ans en région Centre.

**Patients et Méthodes.** – Nous avons utilisé pour ce faire la base de données médico-administratives: le système national informationnel inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui couvre la quasi-totalité de la population française. Nous avons identifié les fractures du poignet chez les femmes de 50 ans et plus en région Centre entre le 01/01/2011 et le 31/12/2012 et les remboursements de DMO dans l'année ayant suivi la fracture. Nous avons évalué le remboursement des traitements anti-ostéoporotiques après fracture et nous avons analysé les facteurs pouvant influencer la réalisation d'une DMO: âge des patientes, traitements favorisant l'ostéoporose avant la fracture (corticoïdes, anti-aromatases), accessibilité aux ostéodensitomètres en fonction du département de résidence des patientes et affection longue durée. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS.

**Résultats.** – 4120 femmes ont eu une fracture du poignet en 2011 et 2012 en région Centre et 546 (13,3 %) d'entre elles ont eu une DMO dans un délai médian de 4 mois après la fracture. Parmi ces 4120 femmes, 399 (9,7 %) ont débuté un traitement anti-ostéoporotique dans l'année suivant la fracture. Parmi les patientes ayant eu une DMO, 168/546 (30,8 %) ont reçu un traitement anti-ostéoporotique après la fracture contre 231/3574 (6,5 %) des patientes n'ayant pas eu de DMO ( $p < 0,001$ ). L'âge était significativement inférieur dans le groupe des patientes ayant eu une DMO: 67,4 vs 74,6 ans, OR = 0,94 (IC95 % 0,93-0,94). Les femmes ayant eu un remboursement d'anti-aromatases avaient significativement plus de DMO après fracture du poignet que les patientes qui n'en avaient pas eu, OR = 3,2 (IC95 % 2,0-5,3). En revanche, il n'y avait pas d'association entre la réalisation d'une DMO et la prise de corticoïdes avant la fracture,  $p=0,439$ , OR = 0,9 (IC95 % 0,6-1,2).

**Discussion.** – Le dépistage de l'ostéoporose est insuffisant en région Centre et nécessite d'être amélioré afin d'éviter de nouvelles fractures qui peuvent être grevées d'une morbi-mortalité importante.

**Conclusion.** – Dans cette large population moins de 15 % des femmes de 50 ans et plus ont eu une DMO et moins de 10 % ont reçu un traitement anti-ostéoporotique dans l'année qui a suivi une fracture du poignet.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-124

### Manifestations neuropsychiatriques associées au lupus systémique dans le service derhumatologie au CHU du Point G

S. Touré\* (1); B. Kodio (1); IS. Pamanta (1); F. Diakitè (1); F. Sangaré (1); D. Seydou (1); M. Touré (1); SDP. Coulibaly (1); M. Gbané-Koné (2); IA. Cissé (1)

(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali; (2) Rhumatologie, CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

\*Auteur correspondant: sidalhadji@yahoo.fr (S. Touré)

**Introduction.** – Le lupus érythémateux systémique (LES) a un tropisme cutané et articulaire. Les troubles neuropsychiatriques associés ne lui sont pas souvent imputés à cause de leur hétérogénéité et de la complexité du diagnostic. Cette étude initiée pour pallier à une absence de

données épidémiologiques au Mali avait pour objectifs de répertorier les manifestations neuropsychiatriques associées au lupus.

**Patients et Méthodes.** – L'étude était rétrospective sur onze ans [01/01/05-31/12/15], sur dossiers médicaux de LES avec manifestations neuropsychiatriques associées selon nomenclature de l'ACR 1999. La fiche d'enquête anonyme garantissait la confidentialité.

**Résultats.** – 185 dossiers de patients lupiques (1,07 % des consultants) ont été recensés. Les manifestations neuropsychiatriques selon nomenclature ACR 1999 (32 dossiers) constituaient 17,2 %. La classe médiane était celle 35-44 ans (11 cas). Les femmes représentaient 90,6 % (N = 29), en majorité des ménagères (40,6 %). Les manifestations neuropsychiatriques (tableau 1) étaient dominées par les céphalées (90,60 %), suivies des troubles anxieux (56,3 %), et des troubles de l'humeur (34,4 %). La psychose, le syndrome confusionnel aigu, l'épilepsie et la méningite aseptique réputés être des troubles majeurs constituaient respectivement 12,5 %; 9,4 %; 9,4 % et 3,1 %. Il n'y avait pas de manifestations neurologiques périphériques. L'hydroxychloroquine et l'Azathioprine sont les traitements de fond les plus utilisés (respectivement 71,9 et 15,6 %). La corticothérapie à forte dose est prescrite en présence de troubles neuropsychiatriques. 4 décès ont été enregistrés.

**Tableau 1** Manifestations neuropsychiatriques selon nomenclature ACR 1999 recensées au cours du lupus systémique à Bamako:

Manifestations neurologiques centrales	Nombre	Pourcentage
Céphalées	29	90,60
Troubles anxieux	18	56,3
Troubles de l'humeur	11	34,4
Psychose	4	12,5
Epilepsie	3	9,4
Syndrome confusionnel aigu	3	9,4
Méningite aseptique	1	3,1
Manifestations cérébrovasculaires	1	3,1

**Discussion.** – La fréquence des manifestations neuropsychiatriques retrouvée reflète la prévalence globale rapportée par Harboe et al [1]. Cependant, les experts de l'EULAR [2] rapportèrent une fréquence moins importante dans une récente méta-analyse. La non réalisation de l'IRM cérébrale à Bamako et le coût onéreux de la TDM ont constitué un handicap dans la précision du diagnostic lésionnel. La mortalité élevée est due à des atteintes multiviscérales et des complications infectieuses.

**Conclusion.** – Le neuro-lupus n'est pas rare en rhumatologie à Bamako. La létalité reste élevée à cause des complications infectieuses et de l'atteinte multiviscérale.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Bertias GK et al. Ann Rheum Dis 2010; 69: 2074-82
- [2] G. Lefèvre et al. La Revue de médecine interne 33 (2012) 491-502

PE.Ma-125

### Le choix du PRO (Patients Reported Outcomes) influence l'évaluation de la réponse à la viscosupplémentation dans la gonarthrose

T. Conrozier\* (1); R. Raman (2)

(1) Rhumatologie, Hôpital Nord Franche-Comté, Belfort; (2) Academic department of orthopaedics, Hull and East Yorkshire NHS Trust Castle Hill Hospital, Cottingham, Royaume Uni

\*Auteur correspondant: thierry.conrozier@hnfc.fr (T. Conrozier)

**Introduction.** – Dans l'évaluation de l'efficacité des traitements de la gonarthrose, on utilise habituellement un certain nombre de PROs

(Patients Reported Outcomes, que l'on peut traduire par Résultats Rapportés par le Patient), qui traduisent de manières différentes cette efficacité (variation de la douleur dans le temps en valeur absolue ou en pourcentage, évaluation de l'état à un instant donné...) sans que l'on sache si le choix du PRO influence significativement l'interprétation des résultats.

L'état symptomatique acceptable par le patient [PASS] (1) est un seuil pertinent, ce qui permet de classer les patients comme étant «dans un état qu'il estime acceptable» ou non, à un instant donné. Notre hypothèse de travail était que la satisfaction du patient dépendait plus de son état au moment de la consultation que du degré d'amélioration.

L'objectif de l'étude était donc de comparer, 6 mois après une viscosupplémentation du genou, le pourcentage de patients atteignant le seuil PASS (PASS +) avec celui obtenu à partir d'autres PROs et étudier la corrélation entre chaque PRO et la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement.

**Patients et Méthodes.** – Les données de 53 patients consécutifs, traités par 1 injection de 2,2 ml d'HANOX-M-XL, association d'acide hyaluronique réticulé et de mannitol (HAPPYCROSS®) et suivis à l'aide d'une procédure standardisée, ont été analysées le jour de l'injection (J1) et 6 mois plus tard (M6). Les PROs étudiés étaient l'indice de WOMAC A et C (douleur et fonction) normalisés sur une échelle 0-10, leur variation dans le temps, l'évaluation globale de sa douleur par le patient (EGP) sur une échelle numérique 0-10, l'auto-évaluation de la satisfaction par le patient (Oui/Non) ainsi que le nombre de patients «PASS +» pour le WOMAC douleur, le WOMAC fonction et l'EGP, dont les valeurs de références ont été validées et publiées dans la gonarthrose (2).

**Résultats.** – À J1, le WOMAC A, le WOMAC C et l'EGP étaient respectivement de 4,5 ± 1,2, et de 3,9 ± 1,2 et de 6,0 ± 1,1. À M6, ils étaient respectivement de 1,9 ± 1,2; 1,9 ± 1,4 et 3,1 ± 1,5 (soit une diminution respective de 58 %, 51,2 % et 48,5 %, p < 0,0001). À J0 et M6 l'EGP était significativement supérieure au WOMAC A et C (p < 0,01).

À M6, 79 % des patients se considéraient satisfaits, 73,6 % avaient une diminution de 50 % ou plus du WOMAC A, 79 % étaient «PASS + EGP», 83 % des patients étaient «PASS + douleur» et 100 % «PASS + fonction». Parmi les sujets «PASS + douleur» et «PASS + EGP» respectivement 83,3 % et 90 % étaient satisfaits du traitement.

«PASS+EGP» était mieux corrélé à la satisfaction du patient ( $\chi^2 = 8,4$  p = 0,004) que le «PASS+douleur» ( $\chi^2 = 4,2$  p = 0,04). À noter que 100% des patients rapportant une EGP < 3 à M6 étaient satisfaits du traitement.

**Conclusion.** – Le pourcentage de répondeurs, 6 mois après une viscosupplémentation, varie en fonction du PRO choisi, ce qui peut expliquer les divergences entre le ressenti du patient et du médecin en pratique courante et les essais cliniques, où la variation du WOMAC au cours du suivi est généralement choisie comme le critère principal. L'EGP, qui était significativement plus élevée que le WOMAC A, semble être un meilleur témoin de l'état du patient que les indices composites, WOMAC A et surtout que C.

Le «PASS douleur» et le «PASS EGP» sont hautement corrélés à la satisfaction du patient, confirmant que le PASS est un outil performant, simple d'utilisation en pratique quotidienne

**Conflit d'intérêt.** – Thierry Conrozier exerce des activités de consultants auprès de LABRHA, SANOFI, APTISSEN, BIOVENTUS

**Références**

- [1] Bellamy N, Hochberg M, Tubach F et al. Development of multinational definitions of minimal clinically important improvement and patient acceptable symptomatic state in osteoarthritis. Arthritis Care Res. 2015;67 (7):972-80.
- [2] Tubach F, Ravaud P, Baron G et al. Evaluation of clinically relevant states in patient reported outcomes in knee and hip osteoarthritis: the patient acceptable symptom state. Ann Rheum Dis. 2005;64 (1):34-7



PE.Ma-126

**Facteurs prédictifs de l'observance d'un traitement anti-arthrosique symptomatique d'action lente (sulfate de glucosamine+cuivre+ gingembre): étude prospective multicentrique de 2030 patients arthrosiques**

JL. Renevier\* (1); J. Despau (2); B. Perez (3); H. Myard (4); L. Mecheri (5); J. Touba Bonset (6); MC. Gautier-Piquemal (7); JM. Parisaux (8); PREDOA study group  
 (1) Centre Médico Chirurgical du Mantois, Mantes-la-Jolie;  
 (2) Rhumatologie, Centre de rhumatologie Le Bonze, Montélimar;  
 (3) Rhumatologie, Cabinet de rhumatologie, Bordeaux;  
 (4) Rhumatologie, Cabinet de rhumatologie, Lyon; (5) Rhumatologie, Cabinet Médical, Vénissieux; (6) Rhumatologie, Cabinet de rhumatologie, Thionville; (7) Rhumatologie, Cabinet Médical, Thionville; (8) Médecine du sport, Institut Monégasque de Médecine & Chirurgie Sportive, Monaco, Monaco

\*Auteur correspondant: jl.renevier@gmail.com (JL. Renevier)

**Introduction.** – On estime que plus de 80 % des patients souffrant d'une pathologie chronique ne suivent pas suffisamment leurs thérapeutiques pour obtenir les bénéfices optimaux. C'est le cas de l'arthrose où les problèmes d'observance thérapeutique impactent l'efficacité et par conséquent la crédibilité des anti-arthrosiques d'action lente (AASAL), une étude prospective observationnelle ayant démontré une mauvaise observance aux AASAL dans 23 à 45 % au cours de la première année (1).

**Patients et Méthodes.** – Etude ouverte prospective, multicentrique (77 rhumatologues ou chirurgiens orthopédistes) d'une durée de 6 mois, ayant inclus 2030 patients présentant une arthrose symptomatique, traités par 2 gélules en 1 prise unique d'une association sulfate de glucosamine+cuivre+ gingembre [GSCG] (2) et suivis pendant 6 mois. Lors de l'inclusion ont été obtenus les données démographiques (âge, taille, poids, activité), cliniques (localisation, diffusion et ancienneté de l'arthrose; douleur de repos et à l'effort mesurées sur une échelle numérique de 0 à 10), les co-morbidités, les traitements antérieurs de l'arthrose et tous les traitements concomitants. Le critère principal était l'observance au traitement, auto-déclarée par le patient (Oui/Non à la question: avez-vous pris la totalité de votre traitement sans aucune interruption au cours des 6 derniers mois?). Les facteurs prédictifs de l'observance ont été étudiés après ajustement pour les variables confondantes (sexe, âge, IMC).

**Résultats.** – 1730 patients (85 %) ont été revus à 6 mois. La population était conforme à celle attendue avec 72 % de femmes, un âge moyen de 66 ans, un IMC à 26,3, 70 % d'inactifs, 50 % d'arthroses polyarticulaires, une prédominance de gonarthroses (66%) d'arthrose rachidienne (42 %), des mains (33 %) et de la hanche (18%). 60 % des patients présentaient des co-morbidités (HTA, dyslipidémie et diabète essentiellement), 62 % prenaient un ou plusieurs médicaments (moyenne 3,6 ± 2,8 cps/j). La douleur moyenne à l'inclusion était de 3,6 ± 2,2 au repos et 6,4 ± 1,7 à l'effort, sans différence en fonction des localisations. À M6, elle avait diminué de façon très significative, respectivement 1,8 ± 2,0 et 3,5 ± 3,2 (p < 0,001). La tolérance a été jugée bonne dans 97 % des cas (1,7 % de troubles digestifs, 0,5 % de réactions allergiques).

L'observance était auto-déclarée bonne par 80 % des patients; 5,2 % l'avaient suspendu puis repris et 14,8 % l'avaient arrêté avant son terme. L'observance était significativement moins bonne chez les patients actifs que chez les retraités (p = 0,005), chez les patients ne prenant pas de traitement concomitant (p = 0,008), chez ceux n'ayant encore jamais eu de traitement de fond (p = 0,001) et chez ceux ayant présenté un effet indésirable (p < 0,0001). En effet chez les non-observants 18 % ont rapporté un effet indésirable contre seulement 2 % chez les observants. L'observance n'était pas corrélée au sexe, à l'âge, à l'ancienneté ni à la localisation de l'arthrose. Elle était en revanche très fortement corrélée à la diminution de la douleur (p < 0,0001) mais pas à son délai d'apparition.

**Conclusion.** – Cette étude à grande échelle suggère que, pour obtenir une bonne observance thérapeutique, une information détaillée concernant les objectifs et les modalités de prise, est nécessaire chez les patients actifs n'ayant pas l'habitude de suivre un traitement et chez lesquels il s'agit d'une première prescription d'AASAL. L'efficacité et l'absence d'effet indésirable sont aussi deux facteurs essentiels de l'observance thérapeutique.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] Rousset F, Grange L, Nguyen MVU, et al. Impact of the Addition of Ginger Extract and Copper Sulphate to Glucosamine Sulphate on IL-1β-Stimulated Chondrocytes. *J Rheum Dis Treat* 2016;2:038
- [2] [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13087\\_OSA-FLEXAN\\_PIC\\_REEV\\_Avis3\\_CT13087.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13087_OSA-FLEXAN_PIC_REEV_Avis3_CT13087.pdf)

PE.Ma-127

**Viscosupplémentation du genou dans un pays à ressources limitées: étude comparative de l'injection en une dose versus l'injection en trois doses**

Z. Zomalheto\* (1); H. Dossou-Yovo (1); M. Gounongbé (1)  
 (1) Rhumatologie, Centre National Hospitalier Universitaire, Cotonou, Bénin

\*Auteur correspondant: zozaher@yahoo.fr (Z. Zomalheto)

**Introduction.** – De nombreuses données occidentales démontrent le bénéfice clinique des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique dans le traitement symptomatique de la gonarthrose à coté des autres thérapeutiques habituelles. L'objectif de ce travail a été d'étudier l'efficacité de la viscosupplémentation en une injection comparée à celle en trois injections chez les patients souffrant de gonarthrose dans un pays à ressources limitées

**Patients et Méthodes.** – Étude prospective contrôlée randomisée et ouverte menée de janvier 2016 à juin 2017. Les patients sélectionnés souffraient de gonarthrose stade I ou II selon Kellgren et Lawrence en poussée congestive et répartis en 3 groupes. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction suivie d'une infiltration de 40 mg de triamcinolone. Le premier groupe (groupe 1 composé de 31 patients) a bénéficié en plus de l'infiltration d'une séance de viscosupplémentation d'acide hyaluronique en une injection à la 2<sup>e</sup> semaine. Le deuxième groupe (groupe 2 composé de 33 patients) a reçu en plus de l'infiltration 3 injections d'acide hyaluronique à une semaine d'intervalle à partir de la 2<sup>e</sup> semaine. Le troisième groupe (groupe 3 composé de 29) qui est pris comme contrôle n'a pas reçu d'injection d'acide hyaluronique après l'infiltration de triamcinolone. Nous avons comparé l'efficacité de la visco-supplémentation par rapport au groupe contrôle. Les données démographiques, les paramètres cliniques et l'évolution à 1,3 et 6 mois ont été recueillis. Le critère d'évaluation principal a été la réduction du score analogue visuel (EVA) pour la douleur et la qualité de vie a été appréciée avec le SF 36 et l'indice de Lequesne

**Résultats.** – L'âge moyen et les sex-ratios des patients étaient superposables dans les 3 groupes. Il y a eu une diminution significative plus importante des EVA après 1 mois (p = 0,0086) et 3 mois (p < 0,0001) dans les groupes de viscosupplémentation. La qualité de vie des patients à travers le score de Lequesne s'est améliorée de façon significative dans les groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3 à 1 et 3 mois (P = 0,0197 et 0,0078 respectivement) mais cette amélioration est très peu significative après 6 mois (p = 0,0711). La proportion de patients ne nécessitant pas de prise d'antalgiques était significativement plus faible dans les groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3. La différence était significative à 1, 3 et 6 mois (p = 0,0162, 0,0106 et 0,0459 respectivement). Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes de viscosupplémentation en terme de régression de la douleur, de l'amélioration de la qualité de vie ou de réduction de la prise d'antalgiques (p = 0,84; 0,79; 0,76) au cours de l'évolution.

**Discussion.** – L'efficacité de la viscosupplémentation reste mitigée à travers les différentes. Cependant les résultats de la plupart des essais cliniques conduits avec l'acide hyaluronique ont montré une supériorité sur le placebo dans la gonarthrose, quel que soit le produit utilisé [1,2]. Notre étude a révélé que la viscosupplémentation reste et demeure efficace au sein de la population béninoise. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents types d'acide hyaluronique utilisé à l'instar des résultats de la littérature [1]. Le bénéfice clinique débute selon les auteurs entre 2 et 4 semaines après la première injection et peut se prolonger jusqu'à 6 mois ou 1 an après le début du traitement.

**Conclusion.** – Cette étude, bien qu'ouverte, a montré l'intérêt de la viscosupplémentation chez nos patients. Cependant cette efficacité tend à disparaître après le 6<sup>e</sup> mois pouvant justifier une reprise du geste. Le mode de viscosupplémentation choisi n'influe pas sur l'efficacité du produit

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

- [1] CONROZIER T. Acide hyaluronique dans la coxarthrose. In: Injection d'acide hyaluronique et arthrose. Du concept à l'application clinique. Xavier Chevalier, Monographie Masson, 2005: 81-90
- [2] COLLANGE C, WEYL-CLERC D. Que penser des injections intra-articulaires dans le traitement de la gonarthrose? (p. 422-434). In: MF Kahn, D Kuntz, O Meyer, Th Bardin, Ph Orcel, Cl Guérin. L'actualité rhumatologique 1999, Paris, Expansion Scientifique Française ed., 1999.

PE.Ma-128

**Évaluation de la masse grasse abdominale par le Body Composition Analysis (BCA) chez les femmes présentant une gonarthrose**

C. Haouichat\* (1); FZ. Bouzid (2); F. Kerri (3); C. Djouadi (1); H. Djoudi (1)

(1) Rhumatologie, EHS Douéra, Alger, Algérie; (2) Rhumatologie, EPSP De Boumerdes, Alger, Algérie; (3) Rhumatologie, EPSP Bouzarea, Alger, Algérie

\*Auteur correspondant: chaouichat@yahoo.fr (C. Haouichat)

**Introduction.** – L'arthrose du genou est un trouble musculo-squelettique fréquent et une cause majeure d'invalidité. Le surpoids ou l'obésité, généralement caractérisé par l'indice de masse corporelle (IMC), est un facteur de risque important pour l'arthrose du genou. Cependant, l'IMC ne fait pas de distinction entre la masse grasse (FM) et la masse maigre. Par conséquent, il reste peu clair si FM est plus importante dans l'arthrose du genou.

**Patients et Méthodes.** – Les données proviennent des patientes suivies en consultation (publique et libérale) issues des différentes régions du centre du pays (Alger), pour arthrose des genoux. Patientes présentant une gonarthrose clinique et radiologique (grade  $\geq 2$  de Kellgren et Lawrence) ont fait l'objet de notre analyse. Un questionnaire a été établi comprenant les antécédents médicaux, un examen clinique avec mesure du tour de taille (TT), du poids, de la taille et de la tension artérielle, ainsi qu'un examen biologique (glycémie à jeun, triglycérides et HDL cholestérol). Le syndrome métabolique (SM) était défini selon la définition de National Cholesterol Education Programme /Adult Treatment Panel (NCEP ATP III 2001)

**Résultats.** – Quatre-vingt-dix-sept (97) femmes ont été incluses, âge moyen était de 64,22  $\pm$  8,19 ans.

Durée moyenne d'évolution de l'arthrose était de 6,61  $\pm$  6,80 ans. L'âge moyen de la ménopause était de 48  $\pm$  6,71 (années), 93,8 % des femmes étaient ménopausées, 58 femmes (59,8 %) étaient issues d'un milieu rural. L'IMC moyen était de 31,34  $\pm$  5,64 kg/m<sup>2</sup>, l'indice de masse grasse (FMI) moyen était de 15,06  $\pm$  3,75 kg/m<sup>2</sup>, le pourcentage moyen de graisse corporelle était de 46,17  $\pm$  4,43d%. Android/Gynoid Ratio était de 1,053  $\pm$  0,11.

Le taux d'obésité était retrouvé chez 59 femmes (60,8 %).

Le pourcentage de graisse corporelle > 33 % a été retrouvé chez 93 femmes (95,8 %)

Le TT  $\geq 87$  cm chez 84 femmes, soit 86,6 % des cas et 37 femmes, soit 38 % ont un SM.

**Conclusion.** – L'association entre mesure de composition corporelle, du syndrome métabolique ou biologique et arthrose de genou confirme le rôle de l'obésité viscérale et du stress métabolique avec les données de la littérature

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-129

**L'évaluation de la qualité de vie chez les patients présentant une gonarthrose par le questionnaire AMIQUAL (Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie) en pratique courante**

C. Haouichat\* (1); FZ. Bouzid (2); F. Hanni (3); F. Kerri (4); SE. Kaddem (5); H. Djoudi (1)

(1) Rhumatologie, EHS Douéra, Alger, Algérie; (2) Rhumatologie, EPSP De Boumerdes, Alger, Algérie; (3) Rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie; (4) Rhumatologie, EPSP Bouzarea, Alger, Algérie; (5) Rhumatologie, Cabinet Médical, Annaba, Algérie

\*Auteur correspondant: chaouichat@yahoo.fr (C. Haouichat)

**Introduction.** – À côté de ses conséquences sociales et économiques, l'arthrose est une cause majeure de handicap et d'altération de la qualité de vie (QV). Plusieurs travaux se sont intéressés à l'impact de l'arthrose sur la QV, ces études ont été rendues possibles grâce au développement de questionnaires de mesure validés, la plupart sont génériques et utilisés dans d'autres affections ostéo-articulaires chroniques. L'AMIQUAL est le premier instrument de QV spécifique de l'arthrose des membres inférieurs.

**Patients et Méthodes.** – des patients des deux sexes, âgés de 50 ans ou plus, présentant une gonarthrose symptomatique et confirmées par imagerie (radios standards des deux genoux) répondant aux critères d'Altman (élaborés par le collègue Américain de Rhumatologie) ont été invités à participer à un entretien individuel (face à face) afin de remplir le questionnaire AMIQUAL

**Résultats.** – cent patients (100) ont été recrutés en consultation de rhumatologie (publique et libérale). L'âge moyen des patients était de 65 ans  $\pm$  8,56 ans, 94 % étaient des femmes, la durée d'évolution de la maladie en moyenne de 7 ans  $\pm$  5,31, l'IMC moyen était de 31  $\pm$  5,21 kg/m<sup>2</sup> avec un taux d'obésité estimé à 50%.

Le questionnaire mesure cinq dimensions en 43 items (« Activités-Physiques », « Santé Mentale », « Douleur », « Soutien Social », « Activités Sociales ») et trois items indépendants qui concernent « les relations de couple », « la sexualité » et « l'activité professionnelle ».

Les scores les plus altérés ont été pour les dimensions: Santé mentale, Activité physique et Douleur.

Les meilleurs scores ont été obtenus pour les dimensions: Soutien social, vie de couple et relation sexuelle.

Les scores de la dimension « Activités Physiques », « Douleur », « Activité sociale »

étaient différents selon les groupes d'âges et le sexe. Les scores de la dimension « Santé Mentale » étaient différents selon le sexe seulement. Pour les dimensions « relations de couple », « la sexualité » les scores étaient différents selon la sévérité de la maladie et comorbidités associées.

En revanche, aucune différence n'était démontrée entre les différentes dimensions et l'IMC.

**Conclusion.** – L'étude souligne l'intérêt de l'intégration des instruments de mesure de qualité de vie dans la pratique quotidienne pour l'évaluation du retentissement de la maladie sur l'état physique, psychique et social du patient mais également pour permettre une meilleure analyse clinique de la maladie, de l'utilité et du suivi des stratégies thérapeutiques

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-130

### Étude du lien entre l'incidence de la gonarthrose en France et un indice de désavantage social

M. Michel\* (1); J. Bryère (2); M. Maravic (3); C. Marcelli (4)  
 (1) Service de Rhumatologie, CHU, Caen; (2) Cancer et prévention, INSERM, Caen; (3) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris; (4) Service de rhumatologie, C.H.U. Côte de Nacre, Caen

\*Auteur correspondant: micheljean-m@hotmail.com (M. Michel)

**Introduction.** – L'incidence de la gonarthrose évolue dans le temps et l'espace, et ce dans le monde entier. De même, le statut socio-économique d'une population varie selon le lieu de résidence. C'est pourquoi nous avons évalué le lien entre l'incidence des prothèses de genou, marqueur de gonarthrose sévère, et le statut socio-économique de la population française en utilisant un indice écologique de désavantage social.

**Matériels et méthodes.** – Tous les patients âgés de 15 ans ou plus hospitalisés en France pour une prothèse de genou ont été inclus. Les données ont été obtenues à partir du PMSI pour l'année 2013. L'âge, le sexe et le code postal du domicile étaient recueillis pour chaque patient. Les patients non hospitalisés en métropole ou pour lesquels le code postal n'était pas connu ou était erroné ont été exclus. Chaque code postal étant associé à une municipalité a été relié à l'Index Européen de Déprivation de 2011, indice écologique validé de désavantage social. L'Index Européen de Déprivation était catégorisé en quintiles et les patients par groupes d'âges (15-29 ans, 30-44 ans, 45-59 ans, 60-74 ans, 75-89 ans, 90 ans ou plus) et par sexe. Une régression de Poisson a évalué l'association entre l'incidence des prothèses de genou et l'Index Européen de Déprivation, ajusté à l'âge et au sexe. La fraction étiologique du risque a évalué la part des prothèses de genou attribuable à l'indice de désavantage social.

**Résultats.** – En 2013, 86 052 patients de 15 ans ou plus ont été hospitalisés pour une prothèse de genou. Nous avons inclus 77 597 patients (90,2 %): 29 599 (38 %) hommes et 47 998 (62 %) femmes. Dans les 2 sexes, plus l'indice de désavantage social était élevé, plus l'incidence des prothèses de genou diminuait. L'Index Européen de Déprivation par quintiles était significativement associé à l'incidence des prothèses de genou ( $p < 0,0001$ ). Le risque de recevoir une prothèse de genou était 2,36 fois plus élevé pour les patients vivant dans les aires les plus favorisées par rapport à ceux vivant dans les aires les plus défavorisées. La fraction étiologique du risque était de 28,3 %.

**Conclusion.** – Il s'agit de la première étude reliant un indice écologique de désavantage social à la totalité des prothèses de genou pour gonarthrose à l'échelon populationnel. Les municipalités françaises présentant l'Index Européen de Déprivation le plus élevé ont une plus faible incidence de prothèses de genou, ajustée à l'âge et au sexe. Dans la littérature, des relations existent entre le surpoids, l'activité physique, l'incidence de la gonarthrose et le statut socioéconomique. Chacun de ces facteurs peut jouer un rôle dans les variations spatiotemporelles de l'incidence des prothèses de genou.

**Conflit d'intérêt.** – M.M.: aucun conflit d'intérêt. J.B.: aucun conflit d'intérêt. M.M.: interventions ponctuelles d'AstraZeneca France depuis le 12 novembre 2014, mais sans implication dans cette étude. C.M.: interventions ponctuelles d'Amgen, MSD, Lilly, et Novartis, mais sans implication dans cette étude.

PE.Ma-131

### Plasma Riche en Plaquettes (PRP): résultats après échec de la visco-induction par acide hyaluronique dans la gonarthrose

O. Brocq\* (1); E. Acquacalda (1); A. Florent (1); M. Ghrea (2); C. Pelegri (2); M. Challali (2); E. Rakotomalala (2); J. Benyelles (2); A. Paladino (2); T. Lascar (2)

(1) Rhumatologie, CHPG, Monaco, Monaco; (2) Orthopédie, CHPG, Monaco, Monaco

\*Auteur correspondant: obrocq@chpg.mc (O. Brocq)

**Introduction.** – Dans la gonarthrose non chirurgicale les injections de corticoïdes en cas d'épanchement ou d'acide hyaluronique ont leur place dans la stratégie thérapeutique. Depuis quelques années l'injection de Plasma Riche en Plaquettes (PRP) est venu compléter l'offre thérapeutique dans un premier temps dans les tendinopathies réfractaires puis dans l'arthrose en particuliers du genou. Nous avons ainsi souhaité évaluer l'effet du PRP en cas d'échec à la visco induction par acide hyaluronique dans la gonarthrose.

**Patients et Méthodes.** – Évaluation de manière rétrospective, mono centrique de l'effet et de la tolérance du PRP dans la gonarthrose. Seul les patients ayant été en échec d'au moins un acide hyaluronique étaient inclus dans cette étude. L'évaluation consistait à noter l'effet du traitement (EVA, évaluation du patient et du médecin: effet nul, modéré, bon ou très bon), la durée et sa tolérance. En pratique les patients étaient prélevés de 30 cc de sang, aussitôt centrifugé, puis le médecin prélevait dans le KIT PRP (novoplate) prévu à cet effet les plaquettes et du plasma afin d'injecter 6 à 8 cc de PRP dans le genou du patient selon des conditions d'asepsies rigoureuses. Il était demandé au patient de ne prendre aucun AINS dans les 7 jours suivant le geste.

**Résultats.** – De mai 2015 à avril 2017, nous avons analysé 53 patients. 29 F et 24 H d'âge moyen 73 ans (46-92). La gonarthrose était de stade II de Kellgren en interne dans 3 cas, de stade III en interne dans 34 cas et externe dans 3 cas et de stade IV en interne dans 11 cas et externe dans 2 cas. L'EVA globale avant le geste était évaluée à 6,8 (5-9). Une ponction évacuatrice avant injection a été réalisée dans 22 cas ramenant de 0,5 à 15 cc. Le résultat a été analysé par le patient et le médecin comme nul (18 fois) ou modéré (3 fois) soit 21 échecs (39 %) dont 9 stade IV sur 13 et 12 stade III sur 37;

L'effet a été considéré comme bon (19 fois) ou très bon (13 fois) soit 32 succès (61 %) dont 4 stade IV sur 13, 25 stade III sur 37 et 3 stade II sur 3. La durée du bénéfice a été constatée au-delà de 6 mois dans 22 cas. 3 patients ont constaté une douleur au-delà de 7 jours mais inférieure à 1 mois sans séquelles. Nous n'avons pas observé d'infection.

**Conclusion.** – il est possible de réaliser une injection de PRP dans une gonarthrose après échec d'injection d'acide hyaluronique. Les résultats sont défavorables en cas de stade IV (70 % d'échecs) et doivent être réservés aux patients en contre-indication chirurgicale. Pour les stades II et III cette solution semble être intéressante avec 67 % de succès en cas de stade III et bien tolérée. Elle mérite d'être intégrée dans la prise en charge médicale d'une gonarthrose afin de retarder l'échéance opératoire. Il reste bien sûr à définir s'il faut une ou plusieurs injections, à quelle périodicité et à quelle concentration car différents produits sont proposés sans que l'on sache à ce jour quel est le meilleur choix.

**Conflit d'intérêt.** – aucun



PE.Ma-132

### **Évaluation de la visco-supplémentation : un enjeu majeur. Création du réseau Viscauvergne pour une analyse en pratique courante**

J. Quilliot (1); M. Couderc (1); M. Soubrier (1); S. Mathieu\* (1);  
Investigateurs du réseau Viscauvergne  
(1) Service de Rhumatologie, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand  
\*Auteur correspondant: smathieu@chu-clermontferrand.fr (S. Mathieu)

**Introduction.** – La pathologie arthrosique est un problème de santé publique qui prend de plus en plus d'ampleur. Les possibilités thérapeutiques sont peu nombreuses et souvent insuffisantes. La visco-supplémentation dans la gonarthrose est efficace dans la littérature et selon les patients. Toutefois cette efficacité est jugée insuffisante car ce traitement est désormais non remboursé. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'effet de la viscosupplémentation dans la gonarthrose chez des patients vus en pratique courante par les rhumatologues en Auvergne.

**Matériels et méthodes.** – Les patients reçoivent un code personnel qui leur permet de se connecter sur le site internet «Viscauvergne» et d'évaluer l'efficacité et la tolérance du geste à 3 mois, 6 mois et 1 an. L'évaluation initiale puis lors du suivi comprend EVA douleur, périmètre de marche (PM), scores fonctionnels (Lequesne, KOOS) et tolérance du geste. Les patients n'ayant pas internet ou qui préfèrent une «version papier» sont aussi inclus et relancés par courrier. Un patient est jugé répondeur s'il rapporte plus de 50 % d'amélioration de la douleur.

**Résultats.** – 166 patients ont été inclus. L'âge moyen est de 63,8 ± 11,2 ans. L'IMC moyen est de 30,0 ± 6,2. 10 patients ont des radiographies normales, 35 ont un pincement important (> 50 %) et 49 un pincement inférieur à 25 %. 33 patients ont reçu une mono-injection. Les patients ont surtout reçu Sinovial (n = 54), Euflexxa (n=37) et Ostenil (n = 21).

À 3 mois, chez les 71 patients répondeurs (42,8 %), par rapport à J0, leur EVA douleur moyenne est passée de 54,4 ± 15,56 à 44,6 ± 24,7 mm (p = 0,01), le PM de 820 ± 314 à 754 ± 365 m (p = 0,07), le Lequesne de 9,9 ± 4,4 à 8,3 ± 3,8 points (p = 0,02) et le KOOS de 53,8 ± 16,9 à 60,0 ± 18,6 points (p = 0,03). 53 patients (74,6 %) ont été améliorés dont 35 répondeurs. La proportion des «répondeurs» n'est pas différente selon l'âge (p = 0,34), le sexe (p = 0,41), l'IMC (p=0,54), le nombre d'injection (p = 0,11), le stade radiologique (p=0,52). La proportion de répondeurs est plus importante sous contrôle scopique qu'avec un repérage clinique (16/23 vs 14/36, p=0,03). 14 patients rapportent des douleurs après le geste, 9 un gonflement du genou et 4 un hématome au point d'injection.

Nous avons 88 répondeurs à 6 mois. Par rapport à J0, leur EVA douleur moyenne est passée de 54,4 ± 14,4 à 44,6 ± 24,0 mm (p = 0,007), le PM de 826 ± 373 à 889 ± 272 m (p = 0,10), le Lequesne de 11,5 ± 10,8 à 8,2 ± 4,4 points (p = 0,01) et le KOOS de 55,7 ± 18,0 à 63,0 ± 19,5 points (p = 0,002). 69 patients (69/86: 80,2 %) ont été améliorés dont 48 répondeurs. La proportion des «répondeurs» n'est pas différente selon les différents paramètres (âge, sexe, IMC, nombre d'injection, stade radiologique, utilisation d'un contrôle scopique).

À 1 an, nous avons obtenu 78 réponses. Par rapport à J0, leur EVA douleur moyenne est passée de 52,7 ± 16,0 à 44,4 ± 24,3 mm (p=0,04), le PM de 856 ± 368 à 883 ± 262 m (p = 0,78), le Lequesne de 11,6 ± 13,1 à 7,0 ± 4,1 points (p < 0,001) et le KOOS de 55,6 ± 15,8 à 67,0 ± 21,4 points (p < 0,001). 63 patients (63/78: 80,7 %) ont été améliorés dont 60 répondeurs. La proportion des «répondeurs» n'est pas différente selon les mêmes paramètres déjà étudiées à 3 et 6 mois.

**Discussion.** – Il est possible que les patients soient plus susceptibles de répondre au questionnaire sur le site lorsqu'ils sont améliorés. Nos résultats seraient ainsi surestimés. Toutefois, si on émet l'hypothèse extrême que tous les non-répondeurs ont connu un échec de

la visco-supplémentation, le pourcentage de patients améliorés à 3 mois reste de 32 % (53/166), 42 % (69/166) à 6 mois et 38 % (63/166) à 1 an.

**Conclusion.** – L'inclusion de 166 patients montre que l'évaluation online des effets de la visco-supplémentation en pratique courante via le site internet «Viscauvergne» est possible. Ces résultats montrent une amélioration significative de la douleur des patients et de quasiment tous les autres paramètres cliniques 3 mois, 6 mois et 1 an après le geste. Environ 70 % des répondeurs se disent améliorés par la viscosupplémentation.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-133

### **Facteurs influençant le chirurgien dans l'indication à l'arthroplastie totale dans la gonarthrose et la coxarthrose: étude internationale sur 1905 patients**

C. Huynh\* (1); D. Puyraimond-Zemmour (1); JF. Maillefert (2); P. Conaghan (3); A. Davis (4); KP. Gunther (5); G. Hawker (6); M. Hochberg (7); M. Kloppenburg (8); K. Lim (9); S. Lohmander (10); N. Mahomed (11); L. March (12); K. Pavelka (13); L. Punzi (14); E. Roos (15); L. Sanchez-Riera (16); J. Singh (17); M. Dougados (18); L. Gossec (1)

(1) Rhumatologie, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U. Hôpital Général, Dijon; (3) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni; (4) Krembil research institute, Université de Toronto, Toronto, Canada; (5) University center of orthopaedics and traumatology, Université technologique de Dresde, Dresde, Allemagne; (6) Division of rheumatology, Université de Toronto, Toronto, Canada; (7) Division of rheumatology, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, États-Unis; (8) Department of rheumatology, Universiteit Leiden, Leiden, Pays-Bas; (9) Department of rheumatology, Université de Melbourne, Melbourne, Australie; (10) Department of orthopaedics, Archevêché de Lund, Lund, Suède; (11) Division of orthopaedic surgery, Université de Toronto, Toronto, Canada; (12) Special interest group, OMERACT, Paris; (13) Institut et clinique de rhumatologie, Université Charles, Prague, République Tchèque; (14) IRCCS Policlinico S Matteo, Unita Operativa Di Reumatologia, Pavia, Italie; (15) Institute of sports and clinical biomechanics, University Of Southern Denmark, Odense, Danemark; (16) Institute of bone and joint research, University Hospitals Bristol NHS Foundation Trust, Bristol, Royaume Uni; (17) Birmingham va medical center, Université d'Alabama de Birmingham, Birmingham, États-Unis; (18) Rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris

\*Auteur correspondant: huynhcarole@yahoo.fr (C. Huynh)

**Introduction.** – L'arthroplastie totale est le traitement chirurgical de référence dans l'arthrose du membre inférieur résistante au traitement médical. L'objectif était de déterminer les facteurs influençant le chirurgien dans l'indication à l'arthroplastie totale dans la gonarthrose et la coxarthrose.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agissait d'une étude observationnelle, à inclusion prospective, internationale couvrant onze pays. Pour chaque patient consultant un orthopédiste pour gonarthrose ou coxarthrose avérée, étaient relevés, pour le chirurgien: l'indication ou non à l'arthroplastie totale et si non, la raison pour cette non-indication, le sexe, les années d'expérience; pour le patient: l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, les comorbidités, la durée des symptômes, l'entourage social, les symptômes selon le score du Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), la qualité de vie et l'atteinte structurale selon le score Osteoarthritis Research Society International (OARSI). Des analyses univariées et multivariées ont été réalisées, ajustées sur le pays.

**Résultats.** – 1905 patients ont été inclus, d'âge moyen 66,5 ± 10,9 ans, avec 58,0 % de femmes. L'arthroplastie totale était recommandée par le chirurgien pour 561/1127 (49,8 %) gonarthroses, et pour 542/778

(69,7 %) coxarthroses. En analyse multivariée sur les patients avec données complètes (N = 506), les facteurs associés à l'indication d'arthroplastie totale du genou étaient le score radiographique OARSI (Odds Ratio, OR: 11,58, Intervalle de Confiance à 95 % [3,02;77,05]) et le score WOMAC (OR: 1,05 [1,03;1,08]), et pour la hanche, également le score radiographique OARSI (OR 11,49 [4,45;33,18]) et le score WOMAC (OR: 1,03 [1,02;1,05]). Les autres facteurs étaient non significatifs. Après exclusion du score OARSI et donc sur 1265 patients, l'âge du patient et le score WOMAC étaient associés à l'indication d'arthroplastie totale, pour le genou et la hanche. Lorsque l'arthroplastie totale n'était pas recommandée par le chirurgien, les raisons les plus fréquemment évoquées étaient une arthrose pas assez symptomatique (genou: 45,6 %; hanche: 46,5 %) et la nécessité d'essayer d'autres traitements (genou: 29,9 %; hanche: 22,8 %).

**Conclusion.** – Cette large étude internationale confirme le rôle de l'atteinte structurale et de l'intensité des symptômes dans la décision du chirurgien à recommander l'arthroplastie totale dans l'arthrose.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

**Références**

[1] Gossec L, Paternotte S, Maillefert JF et al. The role of pain and functional impairment in the decision to recommend total joint replacement in hip and knee osteoarthritis: an international cross-sectional study of 1909 patients. Report of the OARSI-OMERACT Task Force on total joint replacement. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011;19:147-54.

PE.Ma-134

**Étude la qualité de vie au cours de la gonarthrose**

H. Hachfi\* (1); M. Brahem (1); H. Mouanaa (1); S. Ben Hamouda (1); M. Younes (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar de Mahdia, Mahdia, Tunisie

\*Auteur correspondant: haifahachfi@hotmail.com (H. Hachfi)

**Introduction.** – Bien que la gonarthrose paraisse une pathologie souvent bénigne, certains ont montré que la qualité de vie (QDV) peut être profondément altérée au cours de cette maladie chronique. L'objectif de notre étude est d'évaluer le retentissement fonctionnel et la QDV au cours de cette pathologie.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale portant sur 67 patients, suivis pour une gonarthrose, colligés au service de Rhumatologie du CHU Tahar Sfar de Mahdia. Nous avons évalué pour chaque patient l'indice algofonctionnel de Lequesne, l'échelle de somnolence d'Epworth et le SF-36.

**Résultats.** – Nos patients ont été répartis en 11 hommes et 56 femmes dont l'âge moyen était de 60,3 ans (40-90 ans). Une obésité (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) était notée dans 70,1 % des cas. La gonalgie était bilatérale dans 56,7 % des cas. La moyenne de l'EVA douleur était de 5,8  $\pm$  1,7 [2-9]. L'examen a objectivé une mobilité limitée du genou dans 44,8 % et le choc rotulien était positif dans 34,3 % des cas. Selon la classification de Kellgren et Lawrence, une gonarthrose stade 1 était notée dans 4,5 %, stade 2 dans 32,8 %, stade 3 dans 55,2% et stade 4 dans 7,5 % des cas. Tous nos patients ont été traités par des antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans 94 %, infiltrations locales de corticoïdes dans 43,3 % et viscosupplémentation par de l'acide hyaluronique dans 7,5 % des cas. La moyenne de l'indice de Lequesne était de 15,2  $\pm$  3,7 [5-22,5]. Le score moyen global du SF-36 était de 41,9  $\pm$  14,8 [10,4-90,9]. Une QDV altérée (score moyen global < 66,7) était notée chez 89,6 % des patients. Les moyennes des scores des 8 dimensions à savoir la fonction physique était de 39 %, limitations liées à des problèmes physiques 26,5 % et émotionnels 37,4 %, fonction sociale 61,2 %, santé mentale 51,8 %, énergie et vitalité 46,9 %, douleur 40,2 % et perception globale de l'état de santé 43,1 %. Selon le score d'Epworth, 44,8 % des patients avaient des troubles du sommeil. L'étude statistique a

montré une association significative entre une QDV altérée, l'obésité, la limitation de la mobilité articulaire des genoux, l'indice de Lequesne et la présence des troubles du sommeil.

**Conclusion.** – La gonarthrose est responsable d'une gêne fonctionnelle importante et d'une détérioration de la QDV. D'où la nécessité d'une prise en charge adaptée et personnalisée.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-135

**Trajectoires d'évolution de la pratique d'activités physiques et de la sédentarité des patients atteints d'arthrose de hanche et/ou de genou dans la cohorte KHOALA**

S. Bitar (1); AY. Omourou (2); A. Van Hoyer (3); F. Guillemin (1); AC.Rat\* (4)

(1) Ea 4360 apemac, Université de Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy; (2) Service d'épidémiologie clinique, C.H.U. Nancy-Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy; (3) Ea 4360 apemac, Université Lorraine, Vandœuvre-lès-Nancy; (4) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

\*Auteur correspondant: ac.rat@chu-nancy.fr (AC. Rat)

**Introduction.** – La pratique régulière d'activité physique (AP) d'intensité modérée pour une durée d'environ 2,5 heures par semaine fait partie des recommandations de l'arthrose (OA) de hanche et de genou. L'objectif de l'étude était d'identifier les types d'évolution des différentes composantes de l'AP (fréquence, durée, intensité, type (en charge ou non)) et de la sédentarité sur 5 ans et de déterminer les facteurs prédictifs de chaque trajectoire dans une cohorte de patients atteints d'arthrose de hanche et/ou de genou recrutée en population générale.

**Patients et Méthodes.** – les données sont issues de la cohorte KHOALA, cohorte multicentrique de 878 patients atteints d'arthrose de hanche et/ou de genou, âgés entre 40 et 75 ans. L'AP et la sédentarité ont été mesurés par le «Modifiable Activity Questionnaire». Les types d'évolution des composantes de l'AP et de la sédentarité ont été identifiées par des analyses de trajectoire (Latent Class Growth Analyses) qui définissent des sous-groupes de trajectoires homogènes. Les associations entre caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les composantes de l'AP et de la sédentarité ont été déterminées par régressions logistiques multivariées.

**Résultats.** – Deux groupes de trajectoires ont été identifiés pour chacune des composantes de l'AP et 3 pour la sédentarité (figure 1 page suivante). Des caractéristiques sociodémographiques et cliniques à l'inclusion étaient associées aux trajectoires de fréquence et de type d'AP: les femmes étaient plus fréquemment dans le groupe AP «durée modérée et stable» et dans le groupe «fréquence faible et stable d'AP en charge» que dans les groupes durée et fréquences élevées d'AP en charge. Les patients de plus de 60 ans étaient plus souvent dans le groupe d'AP «fréquence élevée et en diminution» (OR=3,2 [1,2-8,1]). Les patients avec altération des mesures de santé perçue (WOMAC, EVA douleur, SF36 vitalité) étaient plus souvent dans le groupe AP «fréquence faible des AP en charge» que dans le groupe fréquence élevée.

Les facteurs associés aux trajectoires de sédentarité modérée et élevée étaient socio-démographiques: être une femme (OR 0,7 [0,5-1,0]), avoir moins de 60 ans (OR 0,4 [0,2-0,9]), être célibataire (OR=1,5 [1,1-2,1]), obèse (OR = 2,1 [1,4-3,1]), fumer (OR = 2,0 [1,1-3,7]), métiers moins physiques.

**Conclusion.** – les déterminants de l'évolution à 5 ans des différentes composantes de l'AP sont différents. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques étaient associées avec la fréquence et le type d'AP alors que les mesures de santé perçue n'étaient pas associées à la sédentarité. Les associations avec les facteurs sociodémographiques permettent ainsi de déterminer des populations à cibler pour les interventions de promotion de la diminution de la

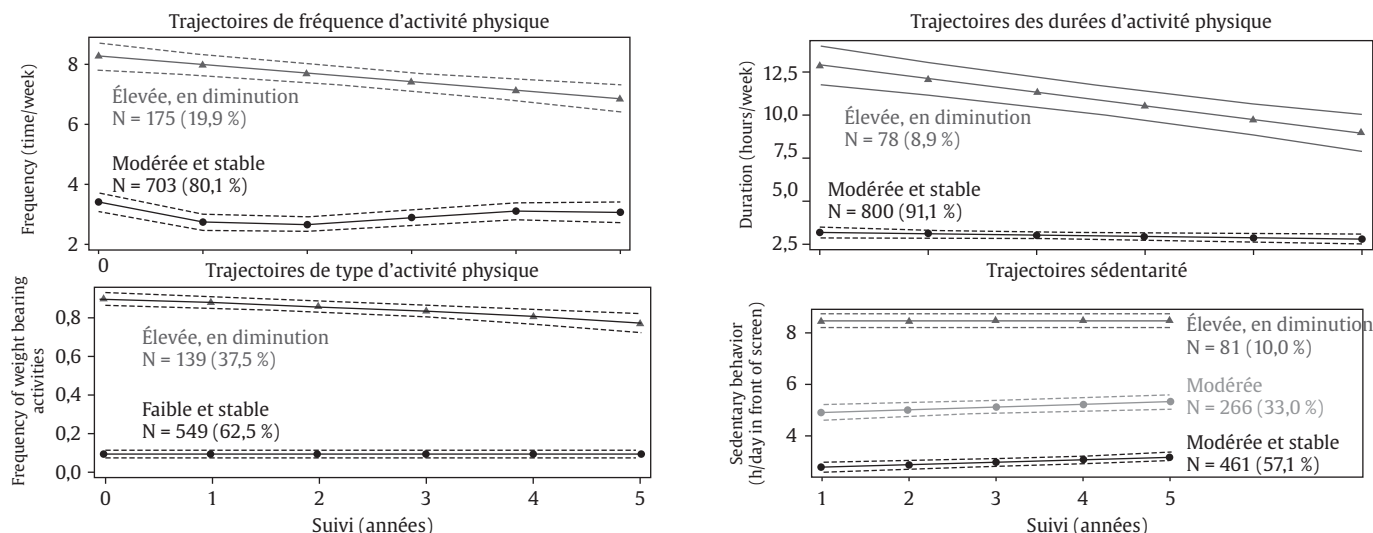


Figure 1. Trajectoires des composantes de l'activité physique et de la sédentarité

sédentarité. Les facteurs associés aux composantes de l'AP permettront d'adapter les pratiques d'AP.

Conflit d'intérêt. – aucun

PE.Ma-136

**Sarcoïdose osseuse: étude rétrospective de 27 cas**

C. Glanowski\* (1); C. Chapelon-Abric (2); R. Mestiri (1); L. Biale (1); G. Leroux (2); D. Saadoun (2); T. Carmoi (3); D. Lechevalier (1); P. Cacoub (2)

(1) Service de rhumatologie, Hôpital Bégin, Saint-Mandé; (2) Service de médecine interne, Groupe Hospitalier Universitaire Pitié Salpêtrière, Paris; (3) Service de médecine interne, Hôpital Bégin, Saint-Mandé

\*Auteur correspondant: glanowski\_camm@msn.com (C. Glanowski)

**Introduction.** – Les sarcoïdoses osseuses (SO) sont rares et les séries de plus de 20 cas exceptionnelles. Dans cette étude multicentrique, les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques de la SO ont été analysées.

**Patients et Méthodes.** – Au sein d'une cohorte de 926 patients répondant aux critères internationaux de sarcoïdose, une atteinte osseuse a été retenue dans 27 cas (2,9 %), soit en présence de granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse lors de la biopsie osseuse, soit devant une imagerie osseuse concordant avec le diagnostic, après élimination des diagnostics différentiels.

**Résultats.** – Ces 27 cas concernent une population majoritairement masculine (sex ratio = 1,5) et caucasienne (56%), avec un âge moyen au diagnostic de sarcoïdose de 39 ± 12 ans et de SO de 43 ± 11 ans. Le délai médian entre la sarcoïdose et la SO est de 5 ans. Les atteintes extra-osseuses les plus fréquentes sont: adénopathies médiastinales (93 %), atteinte pulmonaire (78 %), adénopathies périphériques (59 %) et cutanée (52 %). Cependant, des localisations graves ont été relevées: neurologiques centrales (33 %), ORL (33 %) et cardiaques (19 %). L'atteinte osseuse n'est jamais ni isolée ni révélatrice. La découverte de SO a été fortuite dans 52 % des cas. La SO a été symptomatique chez 56 % des cas (15/27): douleur osseuse (15/15), inflammation locale (5/15), déformations osseuses (3/15), arthrites (4/15). La SO est plus fréquemment symptomatique quand elle est associée à une atteinte du squelette périphérique, et surtout à une ostéite de Perthes-Jüngling (OPJ).

À l'imagerie, les lésions de SO sont uniquement axiales chez 52 % des cas (14/27), périphériques chez 37 % (10/27). Une atteinte mixte est notée chez 11 % (3/27). 22 % des patients ont une atteinte unique et 26 % ont plus de 10 lésions. Les lésions ont un aspect pseudo-métastatique (59 %), micro-kystique (OPJ, 37 %) ou

pagétoïde (4 %). La biopsie osseuse (n = 9) a toujours confirmé le diagnostic et, dans les autres cas, c'est une biopsie de sites extra-osseux.

Neuf patients ont reçu un traitement pour la SO: prednisone (n = 8, 0,25 à 1 mg/kg/j), hydroxychloroquine (n = 8) et méthotrexate (n=5). La réponse de la SO au traitement a été complète (n = 3), partielle (n = 4) ou nulle (n = 2). Par ailleurs, 21/27 patients ont reçu un immunosuppresseur (IS) soit pour une forme sévère de sarcoïdose (n = 11) ou soit pour une épargne cortisonique (n = 10). Une rechute de la SO a été notée chez 13 patients, avec un nombre médian de rechute à 2 (1-24). Après un suivi médian de 49 mois (1-395), la SO est en rémission complète chez 8/27 patients (30 %), partielle chez 16/27 (59 %), et reste active chez 3/27 (11 %).

**Conclusion.** – Cette cohorte confirme la prévalence faible de la SO. La SO est symptomatique chez 56 % des patients, particulièrement en cas d'atteinte périphérique et d'OPJ. Les atteintes extra-osseuses de sarcoïdose étaient toujours présentes au diagnostic de SO, rendant son diagnostic plus aisé. Le traitement de la SO, s'il est nécessaire, reste difficile et les rechutes sont nombreuses. Nos patients ont un moins bon pronostic global que les sarcoïdoses classiques et que les SO rapportées dans la littérature. Une plus large étude est nécessaire pour établir une stratégie thérapeutique adaptée en cas d'atteinte osseuse sévère, notamment concernant les anti-TNF alpha.

Conflit d'intérêt. – aucun

Références

- [1] Zhou, et coll. Semin Arthritis Rheum 2017
- [2] Sparks JA, et coll. Semin Arthritis Rheum 2014

PE.Ma-137

**Tocilizumab par voie sous-cutanée en association ou pas avec des traitements de fond conventionnels chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active suivis en ville et à l'hôpital: analyse intermédiaire à 6 mois d'une étude observationnelle**

T. Barnette (1); G. Baudens (2); P. Hilliquin (3); H. Nataf (4); F. Bekkouche (5); I. Idier\* (6); A. Saraux (7)  
 (1) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux; (2) Cabinet de rhumatologie, Cabinet médical, Valenciennes; (3) Service de rhumatologie, C.H. Sud Francilien, Corbeil-Essonnes; (4) Rhever, Réseau hôpital et ville en rhumatologie network, Paris; (5) Département de biométrie, Roche, Cours de l'Île Seguin, Boulogne-



Billancourt; (6) Département médical, Chugai Pharma France, Paris;  
(7) Service de Rhumatologie, C.H.U. la Cavale Blanche, Brest  
\*Auteur correspondant: idier@chugai-pharm.fr (I. Idier)

**Introduction.** – En France, la 1<sup>re</sup> prescription de tocilizumab (TCZ) sous-cutané (sc), et son renouvellement annuel sont réservés aux rhumatologues et internistes hospitaliers. Dans l'intervalle, la prescription comme le suivi peuvent se faire en ville ou à l'hôpital. L'objectif de l'étude TANDEM est d'évaluer en vie réelle le maintien thérapeutique, l'efficacité, la tolérance de TCZ ainsi que le parcours du patient (pt) entre ville et hôpital.

**Patients et Méthodes.** – Etude prospective, multicentrique, longitudinale, observationnelle, d'une durée de 18 mois, incluant des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active débutant du TCZ sc. Critère primaire: Maintien thérapeutique à 12 mois. Critères secondaires: Caractéristiques des pts, maintien thérapeutique à 6 et 18 mois, traitements concomitants, observance de TCZ sc (CQR5), parcours des patients (pts), efficacité et tolérance de TCZ. **Statistiques:** Analyse descriptive des pts répondant aux critères d'inclusion/non-inclusion avec  $\geq 1$  injection de TCZ (population d'efficacité), et de tous les pts avec  $\geq 1$  injection de TCZ (population de tolérance). Les résultats à 6 mois sont présentés ici.

**Résultats.** – 108 rhumatologues (CHU: 35 %, autres hôpitaux: 27 %, mixtes: 28 %, libéraux: 10 %) ont recruté et/ou suivi 291 pts, parmi ceux-ci, 279 sont inclus dans les populations de tolérance et d'efficacité. À l'inclusion: âge moyen 56,3  $\pm$  12,5 ans, femmes: 74,6 %, au moins 1 comorbidité: 72 %, durée moyenne de la PR 9,5  $\pm$  9,0 ans, FR/ACPA positif: 84 %, érosions: 61 %, DAS28 moyen 4,52  $\pm$  1,08. 93,5 % des pts avaient antérieurement reçu en moyenne 1,8  $\pm$  1,0 csDMARDs, méthotrexate (MTX) en très grande majorité (90 %), et 63 % avaient reçu en moyenne 1,8  $\pm$  0,9 biologiques. TCZ a été initié en monothérapie (Mono) chez 108 pts (39 %) et en association (Combo) chez 154 pts (55 %), la donnée n'est pas encore disponible pour 17 pts. MTX était utilisé chez 84 % des pts Combo (dose moy. 17,25  $\pm$  4,70 mg/sem). Les corticoïdes (GCs) étaient utilisés chez 46 % des pts Mono et 52 % des pts Combo (dose moy. globale 10,37  $\pm$  9,56 mg/jour).

178 pts ont eu une visite de suivi à M6 (hôpital/clinique: 81,5 %, ville: 18,5 %). 17,2  $\pm$  8,6 injections de TCZ ont été faites en moyenne jusqu'à M6. 30 % des pts ont eu un arrêt temporaire, 8 % un changement de fréquence et 29 % un arrêt définitif. Parmi ces derniers, les principales raisons sont: un événement indésirable (EI): 51 %, manque d'efficacité: 30 %. À M6, le maintien thérapeutique global est de 74,0 % [68,2 %-79,0 %], 70,9 % [61,1 %-78,7 %] dans le groupe Mono et 74,1 % [65,9 %-80,6 %] dans le groupe Combo. Sur les 108 pts Mono, 5 ont démarré un csDMARD; parmi les 154 pts Combo, 7 l'ont arrêté. Les GCs à M6 sont utilisés chez 52 % du groupe Mono et 57 % du groupe Combo (moy. 10,57  $\pm$  8,54 mg/jour).

Le CQR5 montre une bonne observance de TCZ sc chez 91/104 (87,5%) pts. Le DAS28-VS moyen est de 1,98  $\pm$  1,29 en Mono et de 2,26  $\pm$  1,33 en Combo avec (115) 81 % des pts en DAS28 LDA/rémission.

Parmi les 279 pts traités par TCZ sc, 190 pts (68 %) ont rapporté au moins un EI, 35 (12,5 %) au moins un EI grave (EIG), dont 19 (7 %) un EIG relié au TCZ. Aucun nouveau signal n'a été identifié.

**Conclusion.** – Dans cette analyse intermédiaire en vie réelle, environ 20 % des pts sont suivis en ville. Le maintien thérapeutique de TCZ sc à 6 mois est de 74 % associé à une bonne observance à 87,5 %.

**Conflit d'intérêt.** – A.S. Comité scientifique et investigateur

I.I. Employée de Chugai Pharma France

F.B. Employée de Roche SAS

H.N. Comité scientifique

P.H. Comité scientifique et investigateur

G.B. Comité scientifique et investigateur

T.B. Comité scientifique et activité de conseil pour Roche Chugai

PE.Ma-138

## Le statut professionnel, la sévérité de la maladie et surtout le nombre de comorbidités influencent le choix de la voie d'administration de l'abatacept (ABA) ou du tocilizumab (TCZ) dans la polyarthrite rhumatoïde (PR)

MO. Saugez Duquesne\* (1); H. Gondé (1); C. Chenailler (1);

R. Varin (1); T. Lequerré (2); O. Vittecoq (2)

(1) Pharmacie, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen; (2) Rhumatologie, CHU-Hôpitaux de Rouen, Rouen

\*Auteur correspondant: marieolivia.saugez@gmail.com (MO. Saugez Duquesne)

**Introduction.** – Deux présentations galéniques existent pour l'ABA et le TCZ: les formes SC et IV, avec la même place dans la stratégie thérapeutique. Plusieurs choix s'offrent au rhumatologue: initiation en IV puis switch vers la voie SC (SClaire), ou traitement d'emblée en SC (SClaire). Dans la mesure où le recours à la voie SC n'est pas proposé de façon systématique au patient (décision partagée), ce travail se propose d'étudier les paramètres influençant la décision de modifier la voie d'administration (IV/SC) ou d'introduire d'emblée la voie SC pour les 2 molécules.

**Patients et Méthodes.** – Il s'agit d'une étude de soins courants, monocentrique portant sur une file active de patients atteints de PR et traités par ABA ou TCZ incluant une phase de traitement d'au moins 6 mois depuis la mise à disposition des formes SC. Les données ont été recueillies de manière rétrospective et prospective. Une analyse statistique comparant les différents profils de patients selon la voie d'administration a été réalisée.

**Résultats.** – La file active rassemble 136 patients (105 femmes; âge: 60 (52-68) ans; ancienneté: 12 (6-20) ans; 79 % anti-CCP+, 75 % FR+). 74 patients sont traités en IV et 62 en SC (dont 18 SClaire). La comparaison des groupes IV et SC (laire + laire) montre une influence du statut actif du patient ( $p = 0,003$ ), de la sévérité de la PR évaluée par l'atteinte structurale ( $p = 0,01$ ), du score de Charlson ainsi que du nombre de comorbidités (respectivement  $p = 0,03$  et  $p = 0,004$ ). Les mêmes résultats sont observés dans le sous-groupe ABA: les malades peu actifs, ayant une PR plus sévère et un degré de comorbidités plus important (évalué par le nombre de comorbidités et les scores de Charlson et RDCI) sont maintenus en traitement IV. L'analyse est difficilement interprétable pour le TCZ seul (effectif faible).

**Discussion.** – La voie SC n'est pas proposée systématiquement à tous les patients traités par ABA IV ou TCZ IV. En effet, il s'agit d'une décision prise par le rhumatologue au cas par cas. Dans le contexte médico-économique actuel, la place des thérapeutiques SC est une option intéressante en raison des économies générées. La sévérité de la PR, les comorbidités, ainsi que le statut socio-professionnel du patient semblent être déterminants dans la décision thérapeutique prise par le rhumatologue. Des facteurs limitants peuvent toutefois intervenir: l'effet prescripteur, le refus du patient, etc.

**Conclusion.** – Plusieurs déterminants interviennent dans la décision de la voie d'administration de biomédicaments comme l'ABA et le TCZ. La voie IV semble privilégiée pour les patients plus fragiles, ayant notamment un nombre important de comorbidités, car elle permet un suivi régulier en HDJ. Par conséquent, la voie IV reste une option de choix pour un sous-groupe de patients atteints de PR.

**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-139

### Analyse descriptive d'une consultation rhumato/dermatologique: analyse du point de vue de la complexité individuelle

T. Meirinhos\* (1); L. Ana (2)

(1) Rhumatologie, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Aveiro, Portugal; (2) Hospital de la santa creu i sant pau, Espagne

\*Auteur correspondant: tiagomeirinhos@gmail.com (T. Meirinhos)

**Introduction.** – Le psoriasis et l'arthrite psoriasique (PA) sont des maladies systémiques inflammatoires chroniques avec un large éventail de manifestations cliniques, et leur approche et leur contrôle efficace nécessitent une évaluation multidisciplinaire. En ce sens, le Département de rhumatologie et de dermatologie de l'Hôpital de La Santa Creu I Sant Pau (Barcelone, Espagne) a créé, en mai 2012, une consultation conjointe appelée PAIDER (Derma-Rheuma Interdisciplinary Care Program). Le but de cette consultation est de collaborer au diagnostic et au traitement des patients atteints de PA suspectée et/ou diagnostiquée. Après l'évaluation par PAIDER, les patients poursuivent leur suivi chez le médecin traitant; cependant, il a été constaté qu'il y a un certain nombre de patients qui, en raison de leur complexité, ont besoin d'un suivi régulier dans la consultation PAIDER.

**Matériels et méthodes.** – **Objectif.** – Décrire et caractériser les patients régulièrement évalués dans la consultation PAIDER, appelés patients complexes.

**Méthodes:** étude descriptive des patients observée dans la consultation PAIDER entre mai 2012 et janvier 2017. Les variables incluaient: données cliniques et démographiques, renvoi, comorbidité, données de traitement et nombre de visites. Un patient complexe a été défini comme l'un des suivants: complications hépatiques, psychiatriques, antécédents néoplasiques, difficultés de communication, réaction paradoxale ou effet latéral sévère aux traitements antérieurs. Le niveau de complexité a été défini comme 1 à 6 selon la présence additive de ces caractéristiques.

**Résultats.** – Nous avons évalué 485 patients (260 femmes et 225 hommes), avec une moyenne d'âge de 53,63 ans. La majorité des patients ont été référés à des rhumatologues (228 patients); 197 patients ont été référés par des dermatologues et les 60 autres patients étaient médecins de famille et d'autres spécialités. Parmi les patients évalués, 168 (34,6 %) ont été considérés comme complexes (90 femmes et 78 hommes); 113 patients (23 %) ont été classés comme la complexité 1, 44 (9 %) avec la complexité 2, 10 (4,85 %) avec la complexité 3 et un seul patient avec 4 niveaux de complexité. Au total, 49 patients atteints de dysfonction hépatique, 49 avec une maladie psychiatrique, 25 avec une histoire néoplasique, 48 avec des réactions paradoxales à des traitements antérieurs, 48 avec des effets secondaires à des traitements antérieurs et 16 avec des problèmes de communication ont été observés. Parmi les patients complexes, 57 ont été référés à partir de dermatologie (34%), rhumatologie 87 (51,8 %) et 24 patients GP et autres spécialités. Dans ce groupe de patients, l'utilisation de DMARD conventionnels était supérieure après évaluation PAIDER: 30,36 % contre 22,62%. De plus, l'utilisation d'agents biologiques a augmenté après l'évaluation de PAIDER, 34,5 % Vs 26 %. Les patients complexes ont eu un nombre plus élevé de visites, avec une moyenne de 2,6 visites par patient (minimum 1, maximum 12), mais cette relation n'était pas statistiquement significative. Le sous-groupe de patients présentant des réactions paradoxales avait un nombre plus élevé de visites par rapport au reste ( $p = 0,038$ ); le sous-groupe des patients atteints d'antécédents néoplasiques était celui avec la visite moyenne la plus basse.

**Conclusion.** – Dans notre cohorte, un tiers des patients ont été considérés comme complexes et, dans ce groupe, un tiers des patients présentait un niveau de complexité supérieur à 2. Le nombre de consultations dans ce groupe était supérieur aux autres, bien que nous ayons vérifié une grande dispersion avec plus de patients.

consultations dans le sous-groupe de patients présentant des réactions paradoxales. Ainsi, nous concluons que la stratification des patients par niveaux de complexité peut être utile pour la gestion de la consultation rhumatologie-dermatologie, ce qui aide à subdiviser les patients en groupes à risque avec des implications de suivi.  
**Conflit d'intérêt.** – aucun

PE.Ma-140

### Association entre la séroconversion vers un statut ACPA/FR négatif et les résultats cliniques, suite à un traitement par abatacept (ABA) associé au méthotrexate (MTX) en comparaison au méthotrexate seul, dans la polyarthrite rhumatoïde

A. Cantagrel\* (1); D. Jansen (2); P. Emery (3); S. Josef (4); R. Westhovens (5); MA. Le Bars (6); S. Connolly (7); J. Ye (8); REM. Toes (9); TW. Huizinga (10)

(1) Département de rhumatologie, Hôpital Purpan, Toulouse; (2) Department of rheumatology, Leiden University Medical Center, Leiden, Pays-Bas; (3) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni; (4) Rheumatology department, University of Vienna, Wien, Autriche; (5) Rheumatology, University Hospitals, Louvain, Belgique; (6) Département Médical Immunologie Europe, Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison; (7) Tbd, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis; (8) Biostatistiques, Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison; (9) Département de rhumatologie, Centre médical universitaire de Leiden, Leyde, Pays-Bas; (10) Département de rhumatologie, Centre Médical Universitaire de Leiden, Leiden, Pays-Bas

\*Auteur correspondant: cantagrel.a@chu-toulouse.fr (A. Cantagrel)

**Introduction.** – La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est caractérisée par la production d'autoanticorps, dont les anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) et facteurs rhumatoïdes (FR), reconnus comme de mauvais pronostic. L'objectif de cette analyse post hoc a été d'évaluer l'effet de l'abatacept (ABA) associé au MTX vs MTX seul, sur la séroconversion de patients (Pts) initialement ACPA+ et RF+ et sur la relation entre la conversion séronégative et la réponse clinique.

**Patients et Méthodes.** – Dans l'étude de AGREE (NCT00122382) [1], Phase III, randomisée, en double aveugle conduite chez des Pts naïfs de MTX, avec une PR précoce ( $\leq 2$  ans) et présentant des facteurs de mauvais pronostics (ACPA+ et/ou FR+ avec présence d'érosion), les Pts étaient randomisés en 2 groupes [ABA (-10 mg/kg IV) + MTX ou placebo + MTX (MTX seul)] avec un suivi en double aveugle sur 12 mois (M), puis traités par ABA + MTX en ouvert sur 12 mois. Les taux d'autoanticorps ont été évalués par ELISA à l'inclusion, à M6 et M12. À M6, avec un taux en deçà du seuil de positivité (ACPA 5 AU/mL; RF [IgM] 15 IU/mL) à M6 ou M12 ont été considérés comme étant devenu séronégatifs. Le lien entre la séroconversion des ACPA et la réponse clinique à M6 et M12 a été analysé de façon descriptive pour les Pts dont le DAS28 (CRP) et CDAI étaient disponibles.

**Résultats.** – Au global, respectivement 435 et 461 Pts étaient ACPA+ ou FR+ à l'inclusion, avec un suivi disponible des ACPA et FR à M6 et M12. À M6, 6,6 % (15/227) et 17,0 % (39/230) des Pts du groupe ABA+MTX étaient respectivement devenus séronégatifs pour les ACPA et le FR vs 2,9 % (6/208) et 9,5 % (22/231) dans le groupe MTX. À M12, 7,1 % (15/212) et 18,5 % (41/222) des Pts ABA + MTX étaient respectivement devenus séronégatifs pour les ACPA et le FR vs 4,5 % (9/198) et 14,6 % (32/219) dans le groupe MTX. Parmi les Pts traités par ABA + MTX et devenu ACPA-, une plus grande proportion était en rémission (DAS28 [CRP] < 2,6 ou CDAI  $\leq 2,8$ ) par rapport aux Pts traités par ABA + MTX restés ACPA+ ou par rapport au groupe MTX seul, qu'il y ait eu ou non séroconversion (figure page suivante). Les Pts traités par ABA + MTX et devenus ACPA-, ont également été associés à une forte probabilité d'obtenir une rémission durable (DAS28 [CRP] < 2,6) et une progression radiographique moindre par rapport

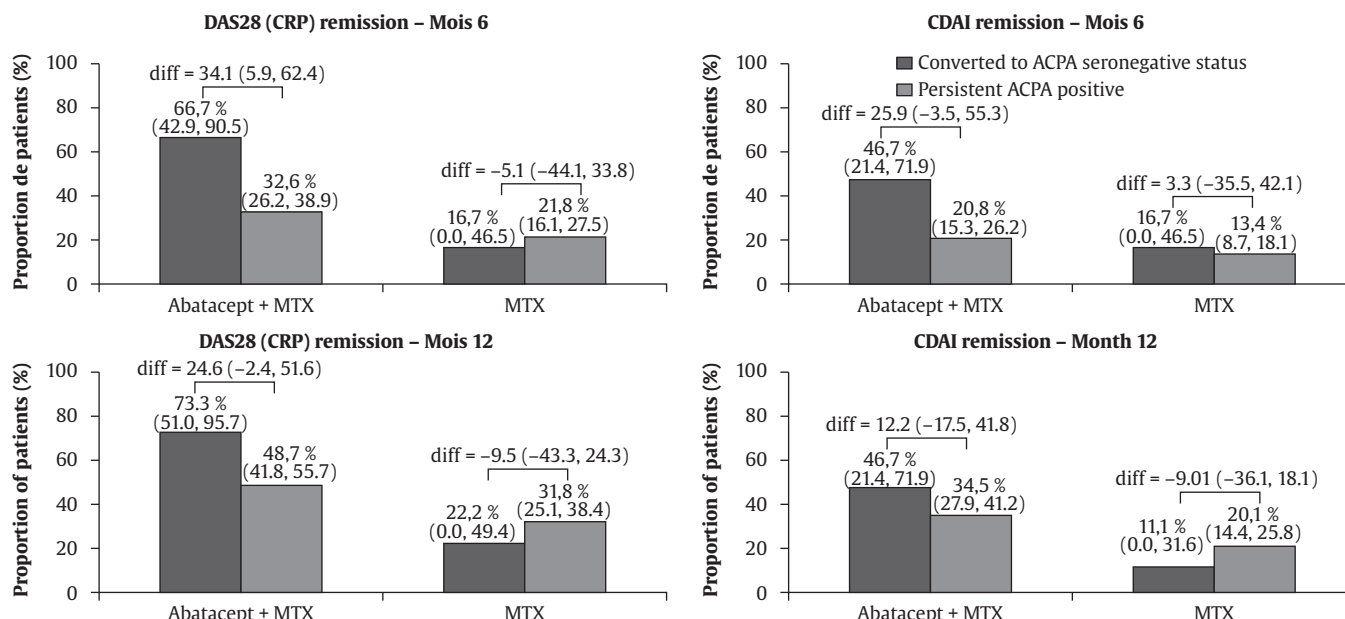


Figure. Proportion de patients en rémission selon les critères du DAS28(CRP) ou CDAI selon le statut CPA séropositif/séronégatif

aux Pts traités MTX devenus ACPA- et aux Pts restés ACPA+ quel que soit le traitement (données non présentées).

**Conclusion.** – Par rapport au MTX seul, le traitement par ABA + MTX a été davantage susceptible de conduire à une séronégativité des ACPA/FR, chez des Pts atteints de PR précoce et érosive. La séroconversion des ACPA a été associée à de meilleurs résultats cliniques et radiographiques.

**Conflit d'intérêt.** – R. T.: Aucun conflit déclaré,

T. H. Subvention pour la recherche: EU & Dutch Arthritis Foundation, Consultant for: Abbott Laboratories, Biotest AG, Bristol-Myers Squibb, Crescendo Bioscience, Inc, Novartis Pharmaceuticals Corporation, Pfizer Inc, Roche, sanofi-aventis, Schering-Plough, UCB, Inc., Eli Lilly, Speakers: Abbott Laboratories, Biotest AG, Bristol-Myers Squibb, Novartis Pharmaceuticals Corporation, Pfizer Inc, Roche, sanofi-aventis, Schering-Plough

A. C.: Aucun conflit déclaré,

D. J.: Aucun conflit déclaré,

P. E.: Subvention pour la recherche: AbbVie, Merck, Pfizer, Roche, Frais de consultation ou toute autre rémunération: AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Merck, Pfizer, Roche, Lilly, Novartis, Samsung Bioepis, J. S. Subvention pour la recherche: AbbVie, Janssen, Lilly, MSD, Pfizer, Roche, Frais de consultation ou toute autre rémunération:

AbbVie, Amgen, AstraZeneca, Astro, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Celltrion, Chugai, Gilead, GSK, ILTOO, Janssen, Lilly, MedImmune, MSD, NovartisSandoz, Pfizer, Roche, Samsung, Sanofi, UCB, R. W. Subvention pour la recherche: Roche, Frais de consultation ou toute autre rémunération: Janssen, Celltrion, Galapagos, Speaker: Bristol-Myers Squibb,

M. Le B. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb,

S. C. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb,

J. Y. Stock-options ou détention de placements dans une société à but lucratif ou régime de retraite autogéré, emploi Bristol-Myers Squibb,

Abstract original © par EULAR/BMJ. Présenté pour la première fois à la conférence «EULAR 2017» et publié dans Ann Rheu Dis 2017; 75 (supl. 2), p. 566. Toute reproduction, utilisation commerciale ou éducative doit faire référence à la publication d'origine (ARD/BMJ)

**Références**

[1] Rombouts Y, et al. Ann Rheum Dis 2016;75:578–85