



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Posters électroniques / Discussion avec l'auteur

PE. Di-001

Maintien à long terme de la réponse chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par le certolizumab pégol

A. Saraux* (1) ; RM. Flipo (2) ; F. Fagnani (3) ; G. Cukierman (4) ; I. Bru (4) ; JM. Joubert (5) ; S. Jan-Christof (6) ; J. Massol (7) ; B. Combe (8)

(1) Rhumatologie, CHRU La Cavale Blanche, Brest ; (2) Service de Rhumatologie, Hôpital Roger Salengro, Lille ; (3) Économie de la santé, Cemka Eval, Bourg-la-Reine ; (4) Medical, UCB Pharma, Colombes ; (5) Accès au marché, UCB Pharma, Colombes ; (6) Ss spas & pso biostatistician, UCB Pharma, Bruxelles, Belgique ; (7) Cardiologue spécialiste des maladies vasculaires, CHU de Besançon, Besançon ; (8) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier

*Auteur correspondant : alain.saraux@chu-brest.fr (A. Saraux)

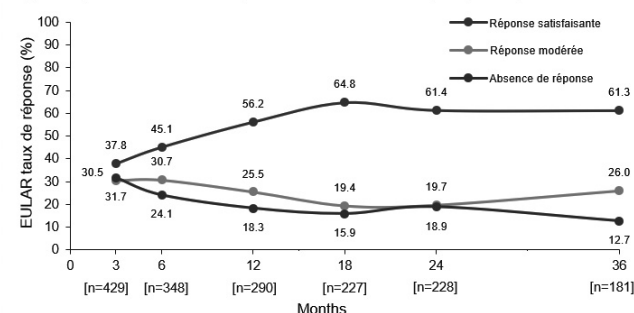
Introduction. – L'efficacité et le profil de tolérance du certolizumab pégol (CZP) dans le traitement des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), sont bien documentés dans le cadre d'un essai clinique?. Le présent travail détaille les données d'efficacité et de tolérance collectées jusqu'à 36 mois après l'initiation du CZP dans l'étude ÉCLAIR, dans la pratique clinique courante.

Matériels et méthodes. – ÉCLAIR est une étude observationnelle, multicentrique, non interventionnelle d'une durée de trois ans (2014-2017) menée en France, chez des patients adultes atteints de PR active, d'intensité modérée à sévère, et traités pour la première fois par CZP dans des conditions de vie réelle. Au total, 792 patients ont été inclus, parmi lesquels 776 constituaient « la population pour l'évaluation de la tolérance » (i.e. ont reçu ≥ 1 dose de CZP), et 733 constituaient « la population d'analyse » pour les critères de jugement principal et secondaires (i.e. ont reçu ≥ 1 dose de CZP et n'ont pas présenté de déviation au protocole). Le critère de jugement principal de l'étude ÉCLAIR était le critère de réponse EULAR (*European League Against Rheumatism*) à 12 mois (basée sur le DAS28(VS)). Les résultats correspondants ont déjà été rapportés dans une précédente publication?. Les autres indices mesurés comprenaient l'indice d'activité clinique de la maladie (CDAI), l'échelle d'évaluation de la fatigue, l'indice évaluant la capacité fonctionnelle et la qualité de vie en matière de santé (HAQ-DI), le score de douleur articulaire (PtAAP) et l'évaluation globale de l'activité de la maladie par le médecin et le patient (Pt/PhGADA). Dans ce document, sont résumées les données disponibles jusqu'à la date de fin d'étude à 36 mois.

Résultats. – À l'inclusion, la majorité des patients de la population d'analyse étaient des femmes (78,0%) et l'âge moyen était de 55,1 ans. De plus, 41,0% (265/647) des patients avaient une activité de la maladie d'intensité élevée (DAS28[VS] > 5,1), 49,5% (320/647) d'intensité modérée (3,2 < DAS28[VS] \leq 5,1) et 9,6% (62/647) d'intensité faible (DAS28[VS] \leq 3,2). La proportion de patients présentant une réponse EULAR a augmenté jusqu'à la visite à 12 mois et

s'est maintenue jusqu'au mois 36 (Figure). La proportion de patients non répondeurs est également restée stable à partir du mois 12. Ces améliorations ont été confirmées par d'autres mesures de l'efficacité clinique (Tableau). Au sein de la population pour l'évaluation de la tolérance, 55,5% (431/776) des patients ont présenté un total de 1 184 EI et 26,5% (206/776) patients ont présenté un total de 358 d'EIG. Parmi ces EI et EIG, 776 EI (survenus chez 350 patients) et 242 EIG (survenus chez 151 patients) étaient considérés comme liés au CZP. Les EI jugés liés au CZP les plus fréquents appartenaient aux SOC (Système Organe Classe) des infections et les infestations (chez 179 [23,1%] patients).

Figure: Réponse EULAR sur une période de suivi de 36 mois (Groupe FAS)



Données observées chez les patients qui ont terminé leur traitement par le CZP à chaque période d'évaluation. EULAR : Ligue européenne contre le rhumatisme (*European League Against Rheumatism*) ; FAS : groupe d'analyse intégral (*Full Analysis Set*).

Tableau 1 Efficacité clinique du CZP sur une période de suivi de 36 mois (groupe FAS)

Moyenne (ET) [n]	Inclusions	12 mois terminés	36 mois terminés
CDAI	25,74 (12,34) [n = 700]	8,22 (7,93) [n = 357]	5,87 (7,51) [n = 214]
Fatigue [a]	6,13 (2,22) [n = 707]	4,38 (2,47) [n = 344]	4,13 (2,60) [n = 196]
HAQ-DI	1,28 (0,69) [n = 707]	0,71 (0,65) [n = 345]	0,63 (0,66) [n = 199]
PtAAP [b]	52,92 (23,62) [n = 706]	25,41 (23,14) [n = 361]	20,01 (21,21) [n = 223]
PhGADA [c]	56,02 (18,73) [n = 727]	20,64 (19,24) [n = 372]	13,83 (15,84) [n = 228]
PtGADA [c]	56,06 (22,25) [n = 715]	27,07 (22,76) [n = 362]	20,73 (20,49) [n = 224]

Données observées chez les patients qui ont terminé leur traitement par le CZP à chaque période d'évaluation. [a] Mesurée à l'aide de l'échelle d'évaluation de la fatigue qui va de 0 (pas de fatigue) à 10 (pire fatigue possible). [b] Mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 100 mm où 0 = pas de douleur et 100 = douleur d'intensité sévère. [c] Mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique de 100 mm où 0 = très bon état, asymptomatique et aucune limitation des activités de la vie quotidienne et 100 = très mauvais état, symptômes très sévères et intolérables qui s'accompagnent d'une incapacité à accomplir l'ensemble des activités de la vie quotidienne. FAS : groupe d'analyse intégrale (*Full Analysis Set*)

Conclusion. – ÉCLAIR est la seule étude menée en vie réelle sur l'utilisation d'un anti-TNF en France. Les patients atteints de PR traités par le certolizumab pégol dans le cadre de cette étude, ont présenté des améliorations en terme d'évolution de la maladie observées à 12 mois de traitement et qui se maintenaient jusqu'à 36 mois chez les patients qui recevaient encore du CZP. Le profil de tolérance du

certolizumab pegol observé dans l'étude ÉCLAIR est en cohérence avec le profil déjà connu du produit, notamment dans le cadre des essais cliniques.

Conflit d'intérêts. – AS : Consultant pour UCB Pharma. RMF : Consultant pour UCB Pharma. FF : Consultant pour UCB Pharma. IB : Employé de UCB Pharma. JMJ : Employé de UCB Pharma. JCS : Employé de UCB Pharma. JM : Pas de conflits d'intérêts. BC : Consultant, Bureau des Conférenciers et Bourse/soutien de Recherche de Merck, Pfizer et Roche-Chugai ; Consultant et Bureau des Conférenciers Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly, Novartis et UCB Pharma. GC : Employé de UCB Pharma.

Références

[1] 1. Keystone E. Arthritis Rheum 2008 ; 58 : 3319-29 ; 2. Smolen J. Ann Rheum Dis 2009 ; 68 : 797-804 ; 3. Saraux A. Ann Rheum Dis 2017 ; 76 : 786-7.

PE. Di-002

Baisse du recours aux soins et services de santé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active sévère à modérée débutant un traitement par le certolizumab pégol en France (étude observationnelle ÉCLAIR)

A. Saraux* (1) ; RM. Flipo (2) ; F. Fagnani (3) ; G. Cukierman (4) ; JM. Joubert (4) ; JC. Schuller (5) ; J. Massol (6) ; B. Combe (7) (1) Rhumatologie, CHRU La Cavale Blanche, Brest ; (2) Service de rhumatologie, Hôpital Roger Salengro, Lille ; (3) Économie de la santé, Cemka Eval, Bourg-la-Reine ; (4) Accès au marché, UCB Pharma, Colombes ; (5) Ss spas & pso biostatistician, UCB Pharma, Bruxelles, Belgique ; (6) Cardiologue spécialiste des maladies vasculaires, CHU de Besançon, Besançon ; (7) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier

*Auteur correspondant : alain.saraux@chu-brest.fr (A. Saraux)

Introduction. – Estimer le recours aux soins et services de santé chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) qui sont traités pour la première fois par le certolizumab pegol (CZP), dans le cadre de la pratique clinique courante en France.

Matériels et méthodes. – ÉCLAIR est une étude observationnelle, multicentrique, non interventionnelle d'une durée de trois ans (2014-2017) menée en France, chez des patients adultes atteints de PR active, d'intensité modérée à sévère, et traités pour la première fois par CZP dans des conditions de vie réelle.

Cette étude a impliqué 170 rhumatologues et 6 spécialistes en médecine interne. Au total, 792 patients ont été inclus, parmi lesquels 733 constituaient la population d'analyse (Full Analysis Set, FAS). Dans ce travail, les données d'utilisation des soins et services de santé sont décrites à 12 mois, 24 mois et 36 mois pour les patients de la population d'analyse qui ont effectué entièrement un suivi de 12 mois, 24 mois ou 36 mois, soit 545 patients à 12 mois, 457 patients à 24 mois et 219 patients à 36 mois. Plus particulièrement, nous décrivons pour cette population, la fréquence des consultations chez un professionnel de santé, des séjours à l'hôpital/admission dans un service d'urgence et des procédures médicales.

Résultats. – Pour les patients de la population d'analyse (N = 733), la fréquence des consultations chez un professionnel de santé en lien avec leur PR a diminué au cours du temps ; elles ont été renseignées chez 44,6 % (243/545), 40,3 % (184/457) et 37,4 % (82/219) des patients respectivement aux visites à 12 mois, 24 mois et 36 mois. Les consultations (en lien ou non avec la PR) étaient principalement réalisées par un rhumatologue (32,0 % (70/219) à 3 ans) ; les consultations étaient réalisées par un médecin généraliste dans 6,4 % (14/219) des cas à 3 ans.

Les hospitalisations d'une durée > 1 jour et les admissions dans un service d'urgence ont également baissé avec le temps pour cette population. Au total, 20,0 % (109/545), 14,7 % (67/457) et 16,4 % (20/219) des patients ont eu au moins une hospitalisation (toutes causes

confondues) de plus d'un jour, respectivement à 12 mois, 24 mois et 36 mois après l'inclusion. De plus, 7,5 % (41/545), 2,4 % (11/457) et 2,7 % (6/219) des patients ont été admis dans un service d'urgence à 1, 2 et 3 ans, respectivement.

Le recours aux actes médicaux a lui aussi diminué au cours du temps ; 47,3 % (258/545), 46,0 % (210/457) et 32,9 % (72/219) des patients de la population d'analyse qui avaient rapporté cette information ont reçu un acte médical à 12 mois, 24 mois et 36 mois, respectivement. Ces procédures étaient principalement des Imagerie par Résonance Magnétique, des scanners, des scintigraphies ou encore des échographies.

Conclusion. – ÉCLAIR est la seule étude menée en vie réelle sur l'utilisation d'un anti-TNF en France. Elle a permis de mieux connaître le recours, en pratique courante, aux soins et services de santé chez les patients atteints PR active modérée à sévère, traités pour la première fois par le certolizumab pegol. Les résultats montrent une baisse du recours aux soins et services de santé au cours du temps, notamment la fréquence des consultations chez un professionnel de santé, des séjours à l'hôpital/ admissions dans un service d'urgence et des actes médicaux.

Conflit d'intérêts. – Bernard Combe : Consultant, Bureau des Conférenciers et Bourse/soutien de Recherche de Merck, Pfizer et Roche-Chugai ; Consultant et Bureau des Conférenciers Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly, Novartis et UCB Pharma.

Jacques Massol : Pas de conflits d'intérêts. Jan-Christof Schuller : Employé de UCB Pharma. Jean-Michel Joubert : Employé de UCB Pharma. Gabrielle Cukierman : Employé de UCB Pharma. Francis Fagnani : Consultant pour UCB Pharma. Réne-Marc Flipo : Consultant pour UCB Pharma. Alain Saraux : Consultant pour UCB Pharma.

PE. Di-003

Stress et développement de la polyarthrite rhumatoïde : étude cas-témoins sur le rôle des événements de vie, l'évaluation du stress et les stratégies de coping

V. Germain* (1) ; M. Scherlinger (1) ; T. Barnetche (1) ; C. Pichon (2) ; A. Balageas (2) ; L. Lequen (2) ; E. Shipley (3) ; J. Foret (3) ; S. Dublanc (4) ; L. Capuron (5) ; T. Schaefferbeke (1) (1) Rhumatologie, Chu pellegrin, Place Amélie Raba Léon, Bordeaux ; (2) Rhumatologie, Centre hospitalier François Mitterrand, Pau ; (3) Rhumatologie, Centre hospitalier Côte d'Argent, Dax ; (4) Rhumatologie, Centre hospitalier de Libourne, Libourne ; (5) Laboratoire de nutrition et neurobiologie intégrée (nutrineuro), umr 1286, inra, Université de Bordeaux, Bordeaux

*Auteur correspondant : vincent.germain6@gmail.com (V. Germain)

Introduction. – Les patients débutant une polyarthrite rhumatoïde (PR) rapportent souvent un événement de vie stressant dans les semaines ayant précédé le début des symptômes. Cependant, le rôle du stress comme facteur précipitant de la maladie reste peu connu. L'objectif principal de cette étude était d'étudier les événements de vie précédant le début des symptômes chez des patients récemment diagnostiqués PR. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la manière dont les patients atteints de PR évaluent le stress et les stratégies d'ajustement déployées pour y faire face, et les spécificités liées au sexe et à l'âge.

Patients et méthodes. – Une étude cas-témoins multicentrique a été réalisée. Le groupe des cas était composé de patients atteints de PR avec un diagnostic récent inférieur à deux ans. Les témoins, des patients opérés d'une chirurgie non influencée par le stress il y a moins de deux ans, étaient appariés individuellement sur l'âge et le sexe. Le stress cumulé induit par les événements de vie ayant eu lieu dans l'année précédant le début des symptômes était évalué par le SRRS (Social Readjustment Rating Scale : échelle de réajustement social). Les stratégies d'ajustement, le stress et les symptômes d'anxiété étaient évalués par les échelles validées suivantes : Ways of Coping Checklist

(liste des stratégies de coping), Perceived Stress Scale (échelle de stress perçu), Multidimensional Health Locus of Control Scale (échelle multidimensionnelle de contrôle de la santé), Social Support Questionnaire (échelle de soutien social) et State-Trait Anxiety Inventory (inventaire d'anxiété-état).

Résultats. – Soixante-seize sujets ont été inclus dans chaque groupe. Les patients atteints de PR présentaient un score SRRS deux fois plus élevé que les contrôles ($167,0 \pm 172,5$ versus $83,3 \pm 124,4$, $p < 0,001$), indiquant un stress cumulé induit par les événements de vie plus important dans l'année précédant le début des symptômes. Un effet dose des événements de vie sur la PR a été retrouvé, avec un odd ratio de 11,05 (intervalle de confiance à 95 % : 2,24 – 54,62) en cas de score SRRS > 300. Ces résultats étaient plus prononcés chez les femmes que chez les hommes. Le début des symptômes de PR était attribué à un stress psychologique par 54,8 % des patients. Les événements de vie les plus fréquemment rapportés étaient le décès d'un proche, des difficultés professionnelles, un conflit familial ou conjugal.

Les patients atteints de PR présentaient un score de stress perçu plus élevé ($p = 0,04$) et des stratégies de coping basées sur les émotions plus importantes ($p = 0,001$) par rapport aux témoins.

Les femmes attribuaient plus souvent que les hommes le début des symptômes de PR à un événement de vie stressant (70,2 % versus 26,9 %, $p < 0,001$), et avaient un score d'anxiété-état plus élevé ($p = 0,03$). Les patients âgés de moins de 60 ans rapportaient plus d'événements de vie que les patients plus âgés ($p = 0,02$), et présentaient des scores plus élevés de stress perçu ($p < 0,01$) et de disponibilité dans le soutien social ($p = 0,001$).

Conclusion. – Les événements de vie pourraient jouer un rôle dans le déclenchement des symptômes de PR, avec des résultats plus prononcés chez les femmes que chez les hommes. Certaines spécificités ressortent chez les patients atteints de PR concernant l'évaluation du stress, les stratégies de coping, et en fonction du sexe et de l'âge. La prise en compte du stress et des stratégies d'ajustement dans la PR pourrait permettre de mieux prendre en charge la maladie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-004

Dans la PR sous biologique, le dosage répété du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-CCP n'a pas d'utilité clinique : données de l'essai ROC

R. Felten* (1) ; MA. Alyanakian (2) ; C. Lukas (3) ; J. Sibilia (1) ; F. Gandjbakhch (4) ; L. Chatenoud (2) ; JE. Gottenberg (1)
(1) Rhumatologie, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg ; (2) Immunorégulation et immunopathologie, Hôpital Necker, Paris ; (3) Service d'Immuno-Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (4) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

*Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr (R. Felten)

Introduction. – L'intérêt prédictif du dosage des facteurs rhumatoïdes (FR) et des différents isotypes d'anticorps (Ac) anti-peptides citrullinés (anti-CCP) dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la capacité des traitements biologiques à diminuer le taux de ces isotypes anti-CCP sont mal connus. Nous avons donc étudié l'effet des biologiques sur les taux de FR et des IgG, M et A anti-CCP et l'impact des variations de ces taux sur les réponses cliniques et radiologiques.

Patients et méthodes. – Nous avons effectué une analyse post hoc de l'essai randomisé ROC. Trois cents patients atteints de PR active et en réponse insuffisante au traitement anti-TNF ont été inclus dans cet essai ROC et traités soit par un second anti-TNF soit par abatacept, rituximab ou tocilizumab. Les titres des Ac ont été déterminés par ELISA à l'inclusion et à 6 mois (M6), date d'évaluation du critère principal (réponse EULAR) chez 235 patients. La séronégativité (passage d'une positivité des FR ou des anti-CCP à un statut séroné-

gatif) et son association avec la réponse clinique a été évaluée à M6 et M12. Les radiographies des mains et des pieds ont été réalisées à l'inclusion et à M12 et la variation moyenne du score total de Sharp (TSS) a été utilisée pour déterminer la progression radiographique.

Résultats. – À l'inclusion, les taux de FR et des isotypes d'anti-CCP n'étaient pas corrélés à l'activité évaluée par le DAS28. Seul, le taux de FR était corrélé au risque de progression radiographique (TSS à M12 ; $\rho = 0,18$, $p = 0,020$).

La séronégativité était rare, que ce soit pour les FR ou les sous-types d'anti-CCP. Quatre patients (1,7 %) se sont séronégativés pour les FR (3 dans le bras non-TNF : 2 sous rituximab (5,7 %), 1 sous tocilizumab (1,9 %), et 1 seul sous anti-TNF : certolizumab (5,8 %), 21 (8,7 %) pour les IgA anti-CCP (13 dans le bras non-TNF : 9 sous rituximab (24,3 %), 2 sous tocilizumab (3,7 %) et 2 sous abatacept (7,4 %), et 8 sous anti-TNF : 4 sous étanercept (8,7 %), 2 sous adalimumab (3,7 %), 1 sous infliximab (25,0 %) et 1 sous certolizumab (4,7 %), 9 (3,7 %) pour les IgG anti-CCP (5 dans le bras non-TNF : 3 sous tocilizumab (5,7 %) et 2 sous rituximab (5,4 %), et 4 sous anti-TNF : 2 sous étanercept (4,3 %) et 2 sous certolizumab (9,5 %) et 16 (6,6 %) pour les IgM anti-CCP (9 dans le bras non-TNF : 6 sous rituximab (16,2 %), 2 sous tocilizumab (3,7 %) et 1 sous abatacept (3,7 %), et 7 sous anti-TNF : 3 sous étanercept (6,5 %), 2 sous adalimumab (3,7 %) et 2 sous certolizumab (10,0 %)). Les séronégativités sont observées quel que soit le mécanisme d'action du traitement biologique mais plus fréquemment sous rituximab.

Une diminution significative à 6 mois du FR a été obtenue après le traitement (FR médian diminuant de 37,9 à 33,4 U/mL, $p < 0,0001$) dans les deux bras (2ndanti-TNF : diminution entre l'inclusion et M6 de 36,3 à 33,3 U/mL, $p = 0,0021$; non-TNF : diminution de 41,7 à 33,6, $p < 0,0001$) et était la plus marquée sous Rituximab (diminution de 29,9 à 21,2 U/mL, $p = 0,002$). Le seul traitement associé à une diminution des anti-CCP à 6 mois était le rituximab (IgG médian : diminution de 133,5 à 108,5 U/mL, $p < 0,0001$; IgA idem 10,4 à 7,1 U/mL, $p = 0,0004$; IgM idem 42,5 à 31,5 µg/L, $p = 0,0064$) mais pas sous les autres traitements. Les variations des FR, des sous-types d'anti-CCP et la séronégativité de ces anticorps n'étaient pas corrélées à l'activité de la maladie ni associées à une meilleure réponse thérapeutique. Seule la variation du titre de FR était faiblement corrélée à la progression radiographique ($\rho = 0,27$, $p = 0,0016$).

Conclusion. – Dans la PR établie, en échec à un traitement biologique, le dosage répété des FR et des isotypes d'anti-CCP ne semble pas utile pour prédire la réponse clinique aux biologiques. La séronégativité est rare (< 10 % des patients) et observée quel que soit le mécanisme d'action du biologique. L'association des FR à l'atteinte structurale confirme le rôle de l'activation lymphocytaire B et T dans la progression radiographique au cours de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-005

BENEFIT : résultats intermédiaires d'une étude d'observation européenne visant à évaluer l'efficacité de SB4 après la transition de l'étanercept de référence (ETN) chez des patients atteints de PR ou de spa

A. Cantagrel* (1) ; K. Kruger (2) ; C. Selmi (3) ; R. Mourad Farouk (4) ; A. Janet (5) ; F. Ulrich (6)

(1) Rhumatologie, Chu purpan, Toulouse ; (2) Medical Centre of Rheumatology, Munich, Allemagne ; (3) Humanitas research centre, Université de Milan, Milano, Italie ; (4) Médical, Biogen International GmbH, Baar, Suisse ; (5) Médical, Biogen UK Ltd, Maidenhead, Royaume Uni ; (6) Statistics, Biogen International GmbH, Baar, Suisse
*Auteur correspondant : cantagrel.a@chu-toulouse.fr (A. Cantagrel)

Introduction. – SB4, biosimilaire de l'ETN de référence (ETN), a reçu l'autorisation de mise sur le marché de l'UE en janvier 2016, sur la base d'études précliniques et cliniques de phases I et III.

L'objectif de ce travail est d'évaluer les effets en vie réelle de la transition de l'ETN à SB4.

Patients et méthodes. – BENEFIT est une étude observationnelle de 600 patients atteints de PR ou de SpA qui ont initié SB4 après un minimum de 6 mois de traitement avec une dose stable d'ETN en France, en Allemagne, en Italie et en Espagne. Les données sont extraites des dossiers cliniques, rétrospectivement pendant 6 mois avant le changement et de manière prospective et/ou rétrospective 6 mois après le changement. Les données recueillies comprennent le score DAS-28 pour la PR, BASDAI pour SpA, les caractéristiques cliniques et la prise en charge, ainsi que les effets indésirables. Cette analyse intermédiaire (AI) décrit les caractéristiques à l'inclusion et les résultats cliniques à 3 mois.

Résultats. – Dans cette AI, 255 sujets ont été inclus : 163 avec PR et 92 avec SpA, aucun des deux groupes n'a connu de différence cliniquement significative du score d'évaluation de la maladie entre le début et la fin de la transition (tableau 1).

Tableau 1 Caractéristiques des patients à l'inclusion et résultats à 3 mois

	RA (N = 163)		AxSpA (N = 92)	
	Moyenne (SD)	Q1, Q3	Moyenne (SD)	Q1, Q3
Age	60,8 (11,09)	54,0, 69,0	50,7 (12,49)	40,0, 61,0
Femmes n (%)	112 (68,7)	–	28 (30,4)	–
Durée de la maladie, années	14,3 (9,49)	7,4, 21,0	12,8 (11,44)	5,0, 16,3
Actuel/Ex-fumeur n (%)	37 (23,6)	–	32 (34,8)	–
Actuellement au chômage n (%)	96 (58,9*)	–	24 (26,1*)	–
csDMARD** concomitant avec SB4 n %	83 (76,1****)	–	20 (47,6****)	–
	Moyenne (SD)	IC 95 %	Moyenne	IC 95 %
DAS-28 6 mois avant la transition vers SB4 (n = 146)	2,0 (0,92)	1,8, 2,1	–	–
DAS-28 à 3 mois après la transition vers SB4 (n = 85)	2,2 (1,87)	2,0, 2,4	–	–
Changement individuel du DAS-28 de l'inclusion à 3 mois après la transition vers SB4 (n = 79)	0,0 (0,84)	– 0,1, 0,2	–	–
BASDAI à 6 mois avant la transition vers SB4 (n = 76)	–	–	3,0 (2,02)	2,5, 3,4
BASDAI à 3 mois après la transition vers SB4 (n = 42)	–	–	3,4 (2,29)	2,7, 4,1
Changement individuel du BASDAI à 3 mois après la transition vers SB4 (n = 37)	–	–	0,4 (1,35)	0,0, 0,9

Conclusion. – Les données disponibles dans cette analyse, suggèrent que la transition de ETN à SB4 n'entraîne pas de modification cliniquement significative des résultats cliniques à trois mois. L'étude fournira des informations continues et pertinentes sur les résultats à 3 et 6 mois dans ces populations, contribuant à éclairer la décision thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – A. Cantagrel

E. Bourkhis est employée et détient des actions chez Biogen.

PE. Di-006

Évolutivité de la fatigue selon la MAF après un programme d'ETP chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

F. Elabed* (1) ; L. Zemour (2) ; F. Benlebna (1) ; N. Midoune (2) ; Z. Djaroud (1)

(1) Médecine physique & réadaptation, EHU 1er novembre, Oran, Algérie ; (2) Épidémiologie et médecine préventive, EHU 1er novembre, Oran, Algérie

*Auteur correspondant : elabedf@yahoo.fr (F. Elabed)

Introduction. – La fatigue est un symptôme extra articulaire subjectif de la polyarthrite rhumatoïde. Il s'agit d'une douleur constante et permanente toutefois d'évaluation délicate. La MAF en est l'une des nombreuses méthodes mais très peu utilisée. Aussi, les études sur l'ETP dans la PR se sont peu intéressées au devenir de la fatigue chez les patients. Évaluer les effets d'un programme éducatif sur l'évolution de la MAF chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) après 12 mois.

Patients et méthodes. – Étude prospective transversale, de décembre 2014 à mars 2018, portant sur 131 patients poly arthritiques bénéficiant d'un programme d'ETP et suivis durant 12 mois avec contrôles trimestriels de la MAF.

Résultats. – 131 patients avec 95,4 % de femmes. La moyenne d'âge est de 53,83 ± 11,34 ans ; 67,2 % des malades sont mariés, et 80,2 % ont des enfants ; 23,7 % ont une profession rémunérée et 61,8 % sont des femmes au foyer. Dans les antécédents, une ostéoporose est retrouvée chez 27,5 % des patients et une HTA chez 26,7 %. 40,45 % des malades ont un surpoids et 23,66 % une obésité. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 11,20 ± 9,43 ans, avec une évolution en poussée rémission chez 98,5 % des patients. 66,4 % ont une activité modérée de la PR. 87 % sont sous traitement de fond, 71 % sous méthotrexate et 46,6 % ont déjà bénéficié d'une biothérapie. La fatigue des patients 12 mois après le programme éducatif s'est significativement améliorée par rapport à l'inclusion (p = 0,0001). Le score moyen MAF de départ 31,14 a diminué progressivement pour atteindre la valeur de 24,01 au 12^e mois.

Discussion. – On note une nette baisse du score MAF comparative-ment à l'inclusion, avec une réduction de 22,5 % à 12 mois. La fatigue est moins importante mais demeure présente. Nous pouvons l'expliquer par la présence de certains paramètres à savoir l'ancienneté de la PR, la majorité des malades étant des femmes mariées avec enfants ce qui est source d'efforts supplémentaires, s'y ajoute la notion de surpoids et d'obésité qui sont pourvoyeurs de fatigue. Mais aussi la présence d'une ostéoporose et d'une HTA qui peuvent engendrer de la fatigue.

Conclusion. – L'éducation thérapeutique des patients poly arthritiques est bénéfique avec amélioration durable de la fatigue selon la MAF ; d'où l'intérêt d'inclure les programmes éducatifs dans la prise en charge de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-007

Y a-t-il des troubles dysexécutifs dans la polyarthrite rhumatoïde ?

E. Pressouyre* (1) ; N. Fournet (2) ; S. Cantalloube (3) ; M. Renard (4) ; M. Chevreau (4)

(1) Université Savoie Mont Blanc, Chambéry ; (2) Neuropsychologie, Université Savoie Mont Blanc, Chambéry ; (3) Service MPR, Hôpital Reine Hortense – Centre hospitalier Métropole Savoie, Aix-les-Bains ; (4) Rhumatologie, Centre hospitalier Métropole Savoie – Reine Hortense, Aix-les-Bains

*Auteur correspondant : emma.press@bbox.fr (E. Pressouyre)

Introduction. – Une atteinte du système nerveux central est-elle à elle seule responsable d'un dysfonctionnement cognitif ? Cette hypothèse supposerait qu'aucun trouble cognitif ne devrait émerger

chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), puisque les cibles des attaques du système immunitaire, les articulations, sont indépendantes du fonctionnement cérébral.

Les fonctions exécutives sont des processus cognitifs, de haut niveau, permettant à tout un chacun de s'adapter aux changements, d'organiser, de planifier et de prendre des décisions adaptées : elles sont constamment utilisées. Aussi, nous voulions étudier le fonctionnement exécutif de patients atteints de PR, comparativement à des sujets sains contrôles. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés au rôle des douleurs, de la fatigue, mais également de l'humeur dans l'apparition, le maintien ou la majoration des troubles dysexécutifs, chez des patients atteints de PR.

Patients et méthodes. – Vingt patients avec PR, recrutés à l'Hôpital de la Reine Hortense à Aix-les-Bains, et 20 sujets sains contrôles, recrutés dans l'entourage d'une population d'étudiantes en Master de Neuropsychologie ont pris part à l'étude. Nous leur avons fait passer des questionnaires cliniques, évaluant l'intensité de la fatigue, des douleurs, de l'anxiété, de la dépression et la qualité de vie, ainsi que des tests neuropsychologiques, évaluant les capacités exécutives comportementales, la vitesse de traitement de l'information, l'incitation verbale, la flexibilité mentale, l'inhibition mentale et la planification

Résultats. – Les sujets atteints de PR ont obtenu des scores significativement inférieurs aux participants du groupe contrôle, dans les tests évaluant les fonctions exécutives. Plus précisément, des déficits aux niveaux de la vitesse de traitement de l'information, ainsi que de l'incitation verbale phonologique et sémantique, mais également au niveau de la planification ont été objectivés chez ces patients. Par ailleurs, les dimensions cliniques, notamment la fatigue et la symptomatologie dépressive, corrélaient négativement avec l'efficacité de la vitesse de traitement de l'information, de la flexibilité mentale et de la planification.

Conclusion. – Cette recherche met en évidence l'importance du dépistage et de la prise en charge des comorbidités cliniques et neuropsychiatriques (gestion de la fatigue, des douleurs et de la dépression) dans le suivi des patients atteints de PR, afin de limiter les effets néfastes sur le fonctionnement exécutif, et du même coup, permettant le maintien voire l'amélioration de la qualité de vie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-008

Facteurs associés aux manifestations extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde

S. Ksir* (1) ; K. Efemba (1) ; A. Elaisaoui (1) ; K. El Kinany (2) ; N. Akasbi (1) ; T. Harzy (1)

(1) Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc ; (2) Service d'épidémiologie et de biostatistiques, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : salma.ksir@gmail.com (S. Ksir)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire à expression clinique polymorphe. Elle peut associer des signes articulaires à des manifestations extra articulaires pouvant engager le pronostic vital.

L'objectif de notre étude est de déterminer la fréquence et les facteurs associés à ces manifestations systémiques dans notre série.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective des dossiers des PR hospitalisés dans notre formation entre janvier 2012-Janvier 2018. Deux groupes étaient identifiés : avec et sans manifestations extra articulaires.

Résultats. – La prévalence des manifestations extra articulaires : 50,68 % avec un sexe ratio F/H = 6,8. La maladie était séropositive chez 94 % des patients, destructrice dans 57 % des cas, déformante chez 80,5 % des patients et sévère chez tous les cas. Les manifestations systémiques sont par ordre de fréquence : xérophtalmie (50,3 %), xérostomie (48,3 %), Ostéoporose (39,6 %), Syndrome de

gougerot (22,1 %), atteinte pulmonaire (16,1 %), manifestations dermatologiques (8,8 %), atteinte cardiaque (8,8 %), ostéopénie (7,4 %), atteinte oculaire (3,1 %) Syndrome de canal carpien (1,3 %) et une vascularite (1,3 %) (tableaux 1 et 2).

Tableau 1 Analyse bivariée

Facteurs associés aux MEC	MEC (n = 149)	Absence de MEC (n = 147)	p
Âge (ans)	54,9 ± 12,8	51,4 ± 11,5	0,014
Sexe masculin %	12,8	15,2	0,333
Durée d'évolution (ans)	11,84 ± 7,2	9,56 ± 6,2	0,006
Déformations %	80,5	57,9	0,000
Séropositivité %	94,0	86,2	0,020
Destruction %	84,6	47,8	0,000
Sévérité %	100	92,9	0,162
Activité %	96,6	92,4	0,089
Recours à la biothérapie %	40,3	30,3	0,049

Tableau 2 Régression logistique : analyse multi variée

Facteurs associés aux MEC	p	OR	IC
Âge avancé	0,042	1 022	1 001-1 043
Durée d'évolution	0,025	1 043	1 005-1 082

Discussion. – Les facteurs associés aux manifestations extra articulaires au cours de la PR selon la littérature sont : le sexe masculin, la séropositivité, l'activité de la maladie, sa sévérité et sa longue durée d'évolution. Sur le plan thérapeutique, ces PR compliquées ont plus recours à la biothérapie. Nos résultats concordent avec les autres études sauf pour le sexe masculin et l'activité de la maladie.

La prévalence de ces manifestations systémiques augmente avec l'âge dans notre série contrairement aux autres séries.

Conclusion. – Les manifestations extra articulaires au cours de la PR conditionnent le pronostic de la maladie. La connaissance de leurs facteurs associés permettra d'instaurer une surveillance particulière pour une prise en charge adaptée.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-009

Influence du poids sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde : étude prospective sur 12 mois

A. Schlosser* (1) ; C. Albert (2) ; R. Fabre (3) ; V. Breuil (4) ; C. Pradier (3) ; C. Roux (5)

(1) Rhumatologie, Hôpital Pasteur, Nice ; (2) Rhumatologie, Centre Hospitalier de Cannes, Cannes ; (3) Santé publique, C.H.U de Nice, Nice ; (4) Rhumatologie, CHU de Nice et CEA / UNS, Nice ; (5) Rhumatologie, Hôpital l'Archet, Nice

*Auteur correspondant : awawa68@hotmail.fr (A. Schlosser)

Introduction. – L'impact de l'obésité sur l'efficacité des traitements de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) reste actuellement débattu. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'influence du poids sur l'activité de la PR sur 12 mois de suivi

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une cohorte monocentrique observationnelle prospective de patients atteints de PR, suivis au CHU de Nice entre 2001 et 2017. Étaient inclus, les patients âgés d'au moins 18 ans, traités par un DMARDS et/ou une biothérapie, respectant les critères de l'ACR / EULAR 2010 pour le diagnostic de la PR et présentant une PR active selon les critères EULAR. La réponse clinique a été évaluée 12 mois après l'initiation du traitement. Le critère principal d'efficacité était une diminution du DAS 28 VS supérieure ou égale à 1,2. Le critère secondaire d'efficacité était la proportion de patients atteignant la rémission clinique selon l'EULAR.

Résultats. – 307 patients sur les 425 screenés ont été inclus dans l'étude. L'analyse multivariée a montré que seule la CRP était un facteur prédictif significatif de réponse au traitement (OR ajusté = 0,98 [0,95 ; 1,00] $p = 0,034$). L'étude du groupe de patients sous biothérapie a montré que les facteurs influençant la réponse thérapeutique en analyse univariée étaient le sexe féminin ($p = 0,047$; OR = 0,45 [0,20 ; 0,97]) et la biothérapie, principalement le Tocilizumab ($p = 0,005$; OR = 2,7 [1,37 ; 5,45]). En analyse multivariée, le poids ne semblait avoir aucune influence sur l'activité de la maladie. Le poids ne semblait pas influencer la réponse thérapeutique quel que soit le type de traitement ($p = 0,136$ chez les patients sans biothérapie, $p = 0,724$ chez les patients avec biothérapie). Dans le sous-groupe de patients traités par anti-TNF alpha, et ce quel que soit le type d'anti TNF alpha, aucune influence significative du poids sur la réponse thérapeutique n'a été retrouvée ($p = 0,390$).

Conclusion. – Dans notre étude, le poids n'influence pas l'activité de la PR et ne semble pas être un facteur prédictif de réponse au traitement

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-010

Maintien de la réponse thérapeutique et effet d'une réduction de dose après un traitement prolongé par baricitinib

J.S. Smolen (1) ; M. Dougados* (2) ; T. Takeuchi (3) ; M. Genovese (4) ; B. Haraoui (5) ; R. Klar (6) ; A. Kavanaugh (7) ; R. Blanco Alonso (8) ; J. Dudler (9) ; PC. Taylor (10) ; P. Nash (11) ; CA. Zerbin (12) ; P. Durez (13) ; G. Pum (14) ; S. Arthanari (15) ; F. De Leonardi (16) ; R. Van Vollenhoven (17)

(1) Département de rhumatologie, Université médicale de Vienne, Vienne, Autriche ; (2) Rhumatologie, Université Paris Descartes, Paris ; (3) Département de médecine interne, École de médecine de l'université de Keio, Tokyo, Japon ; (4) Department of medicine, Université de Stanford, Palo Alto, CA, États-Unis ; (5) Clinical research unit of rheumatology, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada ; (6) Statistics, IQVIA, Durham, NC, États-Unis ; (7) Centre de thérapie innovante, Université de Californie École de médecine de San Diego, La Jolla, CA, États-Unis ; (8) Rheumatology service, Hôpital Universitaire Marqués de Valdecilla, Santander, Espagne ; (9) Département de rhumatologie, Hôpital Cantonal, Fribourg, Suisse ; (10) Biomedical research unit, Université d'Oxford, Oxford, Royaume Uni ; (11) Département de médecine, University of Queensland, Brisbane, Australie ; (12) Rheumatology service, Centro Paulista de Investigação Clínica, São Paulo, Brésil ; (13) Département de rhumatologie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique ; (14) Medical affairs, Eli Lilly & Company, Vienne, Autriche ; (15) Medical department, Eli Lilly and Company, Basingstoke, Royaume Uni ; (16) Medical department, Eli Lilly and Company, Genève, Suisse ; (17) Clinical immunology and rheumatology dept, VU Centre médical universitaire, Amsterdam, Pays-Bas

*Auteur correspondant : maxime.dougados@gmail.com (M. Dougados)

Introduction. – Baricitinib, un inhibiteur oral sélectif des Janus Kinases (JAK)1/JAK2, est utilisé dans le traitement des patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Il est cliniquement pertinent d'évaluer le maintien de la réponse au baricitinib au cours du temps lors d'une utilisation prolongée, ainsi que la possibilité de réduction de dose après avoir obtenu un contrôle satisfaisant de la maladie.

Patients et méthodes. – Après avoir terminé une des études de phase 3 d'origine (RA-BEGIN, RA-BEAM, RA-BUILD, et RA-BEACON), les patients pouvaient participer à l'étude d'extension à long terme, RA-BEYOND. Le maintien de la réponse thérapeutique en fonction du temps a été évalué par la proportion de patients qui atteignaient un SDAI ≤ 11 dans l'étude de phase 3 d'origine et au cours des 96 semaines de l'étude d'extension à long terme. Le maintien de la

réponse a aussi été évalué sur la proportion de patients qui étaient répondeurs au baricitinib à l'entrée de l'étude d'extension à long terme et qui ont maintenu cette réponse à la semaine 96. Dans le cadre de RA-BEYOND, les patients qui avaient reçu baricitinib 4 mg pendant au moins 15 mois et atteint un état de faible activité de la maladie (CDAI ≤ 10) ou de rémission (CDAI $\leq 2,8$) à 2 visites consécutives, ont été de nouveau randomisés pour continuer à l'aveugle soit baricitinib à la dose de 4 mg, soit baricitinib à la dose de 2 mg.

Résultats. – Le maintien de la réponse thérapeutique a été observé entre la semaine 12 et la semaine 96 pour les 4 études d'origine. La proportion de patients qui atteignaient un SDAI ≤ 11 variait de 37,1 % à 46,2 % à la semaine 12, et de 50 % à 83,3 % à la semaine 96 pour baricitinib 4 mg. Cette proportion variait de 26,5 % à 38,3 % à la semaine 12, et de 46,2 % à 55,8 % à la semaine 96 pour baricitinib 2 mg. La plupart des répondeurs à l'entrée de l'étude d'extension à long terme ont maintenu leur réponse à la semaine 96 (taux de SDAI ≤ 11 à la semaine 96 compris entre 66,7 % et 82,6 % pour baricitinib 4 mg, et entre 70,9 % et 77,5 % pour baricitinib 2 mg). La réduction de 4 à 2 mg de baricitinib une fois par jour a entraîné une légère mais néanmoins statistiquement significative augmentation de l'activité de la maladie jusqu'à la semaine 48, par rapport aux patients qui ont continué à recevoir baricitinib 4 mg (proportion de patients avec un CDAI ≤ 10 à la semaine 48 : 80,8 % versus 68,2 % respectivement pour les groupes poursuite du baricitinib à la dose de 4 mg ou réduction de la dose à 2 mg). Il est important de souligner qu'à la semaine 48, une majorité des patients dans les 2 groupes a retrouvé ou maintenu un état de faible activité de la maladie ou la rémission.

Conclusion. – L'efficacité de baricitinib, telle que mesurée par le maintien de la réponse thérapeutique en fonction du temps et à la semaine 96, est maintenue lors d'une utilisation prolongée du traitement. Cette observation vient renforcer la place de l'administration de 4 mg une fois par jour comme dose de baricitinib la plus efficace. Cependant, une réduction de dose à 2 mg une fois par jour peut s'avérer être une stratégie raisonnable, en fonction des objectifs et de la réponse thérapeutique à l'échelon individuel.

Conflit d'intérêts. – TT : consultations ; Pfizer Japan Inc., Astra Zeneca K.K., Eli Lilly Japan K.K., Novartis. Bureau des conférenciers ; Celtrion, Nipponkayaku Co. Ltd, Pfizer Japan Inc., UCB Japan, Chugai Pharmaceutical Co. Ltd., AbbVie GK., Bristol – Myers K.K. MCG : consultations ; AbbVie, Eli Lilly and Company, Galapagos, Gilead, Pfizer. Subventions / soutien à la recherche ; AbbVie, Eli Lilly and Company, Galapagos, Gilead, Pfizer. BH : consultations ; Abbvie, Amgen, BMS, Celgene, Janssen, Eli Lilly and Company, Pfizer, Roche, UCB. Bureau des conférenciers ; Pfizer, UCB. Subventions / soutien à la recherche ; Amgen, BMS, UCB. RK : autre ; Entrepreneur pour Lilly. AK : consultations ; Eli Lilly and Company. RBA : consultations ; AbbVie, Pfizer, Roche, Bristol-Myers, Janssen, Lilly and MSD. Bureau des conférenciers ; AbbVie, Pfizer, Roche, Bristol-Myers, Janssen, Lilly and MSD. Subventions / soutien à la recherche ; Abbvie, MSD, and Roche. JD : consultations ; Lilly, MSD, Celgene, Novartis, Abbvie, Pfizer, Menarini, BMS, Roche, Amgen, IBSA, iQONE, Sanofi. Honoraires ; Lilly, MSD, Celgene, Novartis, Abbvie, Pfizer, Menarini, BMS, Roche, Amgen, IBSA, iQONE, Sanofi. Bureau des conférenciers ; Lilly, MSD, Celgene, Novartis, Abbvie, Pfizer, Menarini, BMS, Roche, Amgen, IBSA, iQONE, Sanofi. PCT : consultations ; AbbVie, Eli Lilly and Company, Galapagos, GlaxoSmithKline, Pfizer, UCB, Biogen, Sandoz, Novartis. Subventions / soutien à la recherche ; Celgene, Eli Lilly and Company, Galapagos, UCB, Abide Therapeutics. PN : consultations ; AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly and Company, Hospira, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, and UCB. PD : consultations ; Lilly, BMS, Merck, Pfizer, Sanofi, Janssen. Honoraria ; Lilly, BMS, Merck, Pfizer, Sanofi, Janssen. RVV : consultations ; Abbvie, Biotest, BMS, Celgene, Crescendo, GSK, Janssen, Eli Lilly and Company, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, UCB, Vertex. Subventions / soutien à la recherche ; Abbvie, Amgen, BMS, GSK, Pfizer, Roche, UCB. JSS : consultations ; AbbVie, Amgen, Astra-Zeneca, Astro, BMS, Celgene, Celltrion, Chugai, Gilead, Glaxo, ILTOO, Janssen, Eli Lilly and Company, Medimmune, MSD, Novartis-Sandoz,

Pfizer, Roche, Samsung, Sanofi-Aventis, UCB. Bureau des conférenciers ; AbbVie, Amgen, Astra-Zeneca, Astro, BMS, Celgene, Celltrion, Chugai, Gilead, Glaxo, ILTOO, Janssen, Eli Lilly and Company, Medimmune, MSD, Novartis-Sandoz, Pfizer, Roche, Samsung, Sanofi-Aventis, UCB. Subventions / soutien à la recherche ; AbbVie, Janssen, Eli Lilly and Company, MSD, Pfizer, Roche. MD : consultations ; Abbvie, Pfizer, Eli Lilly and Company, Novartis, UCB, Merck, Roche, BMS. Subventions / soutien à la recherche ; Abbvie, Pfizer, Eli Lilly and Company, Novartis, UCB, Merck, Roche, BMS. CAZ : consultations ; Merck, Pfizer, Sanofi, Lilly. Subventions / soutien à la recherche ; Subventions pour la recherche ; Pfizer, Novartis, Lilly, Merck, Sanofi, Amgen, Celltrion. FDL : Actionnaire ; Eli Lilly and Company. Emploi ; Eli Lilly and Company. SA : Emploi ; Eli Lilly and Company. GP : Emploi ; Eli Lilly and Company.

PE. Di-011

Résultats d'efficacité et de tolérance chez des patients souffrant de spondyloarthrite axiale traités par certolizumab pégol : résultats de la période en ouvert de 48 semaines d'une étude de 96 semaines (NCT02505542)

R. Landewé (1) ; D. Van Der Heijde (2) ; M. Dougados* (3) ; X. Baraliakos (4) ; F. Van Den Bosch (5) ; B. Hoepken (6) ; K. Thomas (6) ; L. Gensler (7)

(1) Professor of rheumatology, Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center, Amsterdam, and Zuyderland MC, Heerlen, Pays-Bas ; (2) Department of rheumatology, Leiden University Medical Center, Leiden, Pays-Bas ; (3) Rheumatology department, Paris-Descartes University and Cochin Hospital, Paris ; (4) Rheumazentrum Ruhrgebiet, Ruhr-University Bochum, Herne, Allemagne ; (5) Department of internal medicine, Ghent University Hospital, Ghent, Belgique ; (6) Medical, UCB Pharma, Monheim, Allemagne ; (7) UCSF medical center, University of California, San Francisco, États-Unis
*Auteur correspondant : maxime.dougados@cch.aphp.fr (M. Dougados)

Introduction. – C-OPTIMISE est le premier essai visant à déterminer si le certolizumab pegol (CZP) peut être réduit ou arrêté dans une population de patients présentant une spondyloarthrite axiale radiographique (r-axSpA) /spondylarthrite ankylosante (AS) et une spondyloarthrite non-radiographique (nr-axSpA) en rémission maintenue après 48 semaines de traitement. Nous faisons état ici des données intermédiaires d'efficacité et de tolérance pour les deux sous-populations de l'essai en cours.

Matériels et méthodes. – L'essai C-OPTIMISE (NCT02505542) était mené en ouvert jusqu'à la Semaine 48 (Partie A), puis le certolizumab pegol a été administré en double aveugle, contrôlé versus placebo, en groupes parallèles (dose complète et demi-dose), pendant 48 semaines jusqu'à la Semaine 96 (Partie B). Les patients inclus présentaient une axSpA diagnostiquée à l'âge adulte de durée < 5 ans, répondant aux critères de classification de l'ASAS. Partie A : les patients ont reçu du CZP (400 mg aux Semaines 0/2/4, puis 200 mg toutes les 2 semaines) ; les patients atteignant une rémission maintenue (ASDAS < 1,3 à la Semaine 32 et < 2,1 à la Semaine 36 [ou inversement], et < 1,3 à la Semaine 48) étaient éligibles à l'inclusion dans la Partie B (résultat secondaire). Résultat principal (non rapporté) : pourcentage de patients de la Partie B ne présentant pas de poussée de la maladie. Les valeurs manquantes ont été imputées en utilisant les méthodes NRI (imputation des non-répondeurs) et LOCF (report de la dernière observation).

Résultats. – Partie A : sur 736 patients diagnostiqués en moyenne depuis 1,7 ans dont 4,2 % étaient non-naïfs d'anti-TNF (Tableau 1), 43,9 % étaient en rémission maintenue (r-axSpA/AS : 42,8 % ; nr-axSpA : 45,3 % ; NRI). À l'inclusion, 98,5 % des patients présentaient une activité de la maladie élevée/très élevée (ASDAS₂ ≥ 2,1) ; à la Semaine 48, 52,7 % (r-axSpA/AS : 52,6 % ; nr-axSpA : 52,9 %) présentaient une maladie inactive (ASDAS < 1,3 ; LOCF ; Tableau 2). D'autres

part à la semaine 48 le % de patients répondeurs ASAS 40 était de 72 % (r-axSpA/AS : 71,3 % ; nr-axSpA : 72,9 % ; NRI). Le taux d'événements indésirables apparus en cours de traitement (TEAE) / 100 années-patient était de 224,2 ; 3,9 % des patients ont arrêté le CZP en raison de TEAE. Aucun nouveau signal de tolérance n'a été identifié.

Tableau 1 Caractéristiques à l'inclusion

	Partie A (CZP 200 mg T2 S) : population en ouvert		
	ax SpA (n = 736) [a]	r-ax SpA/AS (n = 407) [b]	nr-ax SpA (n = 329) [b]
Âge (ans), moyenne (ET)	32,9 (7,0)	33,7 (6,8)	32,1 (7,1)
Hommes, n (%)	513 (69,7)	318 (78,1)	195 (59,3)
Durée des symptômes (années), moyenne (ET) [c]	2,2 (1,7)	2,5 (1,8)	1,8 (1,6)
HLA-B27 positifs, n (%) [d]	597 (81,1)	354 (87,0)	243 (73,9)
Sacroilite à l'imagerie, n (%) [d]	691 (93,9)	401 (98,5)	290 (88,1)
Précédemment traités par anti-TNF, n (%)	31 (4,2)	20 (4,9)	11 (3,3)

Tableau 2 Résultats cliniques

	%	Partie A (CZP 200 mg T2 S) : population en ouvert					
		ax SpA (n = 736)		r-ax SpA/AS (n = 407)		nr-ax SpA (n = 329)	
	Incl.	Sem 48 (NRI)	Incl.	Sem 48 (NRI)	Incl.	Sem 48 (NRI)	
ASA S20	-	79,6	-	71,9	-	79,3	
ASAS40	-	72,0	-	71,3	-	72,9	
ASAS PR	-	57,3	-	55,8	-	59,3	
BASDAI 50	-	71,7	-	71,3	-	72,3	
Moyenne [e]	Incl.	Sem 48 (LOCF [e])	Incl.	Sem 48 (LOCF [e])	Incl.	Sem 48 (LOCF [e])	
ASDAS	3,7	1,6	3,8	1,6	3,6	1,5	
ID, %	-	52,7†	-	52,6	-	52,9‡	
CII, % [F]	-	76,5	-	78,6	-	73,9	
MI, % [F]	-	56,3	-	58,7	-	53,9	
BASDAI	6,7	2,1	6,7	2,1	6,7	2,2	
BASFI	5,3	1,7	5,4	1,7	5,1	1,6	
BASMI	3,1	2,3	3,5	2,6	2,7	1,9	
Dommages nocturne	6,9	1,8	7,0	1,8	6,8	1,8	
Fatigue	7,1	6,2	7,1	2,5	7,1	2,6	
CRP (mg/L), médiane [g]	7,8	2,0	10,7	4,5	4,5	2,0	

[a] Les patients ayant été précédemment exposés à > 1 ans-TNF ont été exclus. [b] Une lecture radiographique centralisée de l'articulation sacro-iliaque des patients était utilisée pour confirmer leur stratification dans les sous-populations nr-ax SpA et r-ax SpA/AS. [c] Temps depuis le diagnostic de la maladie. [d] IRM ou radiographie. [e] Sauf indication contraire. [f] NRL. [g] Les valeurs inférieures à la limite de qualification étaient fixées à la moitié de la limite de quantification. †n = 734. ‡n = 327.
AS : spondyloArtrites ankylosante. ASAS20/40 : amélioration ≥ 40 % des critères de réponse ASAS (Assessment of SpondyloArtritis international Society) ; ASAS PR : rémission partielle selon les critères ASAS ; ASADAS : Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score ; axSpA : spondylarthrite axiale ; BASFI : Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index ; BASDAI 50 : amélioration ≥ 50 % de l'indice BASDAI ; BASFI : Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index ; BASMI : Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index ; Incl. : inclusion ; CII : amélioration cliniquement importante selon les critères ASDAS (RFB ≥ 1,1) ; CRP : protéine C-réactive ; CZP : certolizumab pegal ; ID : maladie inactive selon les critères ASDAS (RFB ≥ 2,0) ; (ASDAS < 1,3) ; LOCF : report de la dernière observation ; MI : amélioration majeure selon les critères ASDAS (RFB ≥ 2,0) ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; nr-axSpA : axSpA non radiographique ; NRI : imputation des non répondeurs ; T2S : toutes les 2 semaines ; r-axSpA : axSpA radiographique ; RFB :

Conclusion. – La phase d'en ouvert de l'essai C-OPTIMISE montre que des proportions similaires et importantes de patients atteints de spondyloarthrite axiale radiographique et non-radiographique ont atteint une rémission maintenue au cours des 48 semaines de traitement par CZP. Aucun nouveau signal de tolérance n'a été identifié.
Conflit d'intérêts. – Robert Landewé : Consultant, Bureau des Conférenciers et Bourse/soutien de Recherche de Abbott, Amgen, Centocor, Pfizer, Roche, Schering-Plough, UCB Pharma, Wyeth ; Consultant pour Ablynx, AstraZeneca, GlaxoSmithKline ; Consultant et Bourse/

soutien de Recherche de Novartis ; Consultant et Bureau des Conférenciers pour Merck, Bristol Myers Squibb.

Désirée van der Heijde : Directeur d'Imaging Rheumatology BV ; Bourse/soutien pour AbbVie, Amgen, Astellas, AstraZeneca, BMS, Boehringer Ingelheim, Celgene, Daiichi, Eli-Lilly, Galapagos, Gilead, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, Regeneron, Roche, Sanofi et UCB Pharma.

Maxime Dougados : AbbVie, Eli Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, UCB Pharma.

Xenofon Baraliakos : Consultant, Bureau des Conférenciers et Bourse/soutien de Recherche de AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Chugai, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer and UCB Pharma.

Filip Van den Bosch : Consultant et Bureau des Conférenciers pour AbbVie, Bristol Myers-Squibb, Celgene, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer and UCB Pharma.

Bengt Hoepken : Employé de UCB Pharma.

Karen Thomas : Employé de UCB Pharma ; Propriété / partenariat de Karen Thomas Statistics Limited.

Lianne S. Gensler : Bourse/soutien de Recherche de UCB Pharma.

PE. Di-012

Facteurs prédictifs de fatigue et de fatigue persistante au cours de la polyarthrite rhumatoïde débutante

S. Rodriguez-Muguruza* (1) ; B. Combe (2) ; F. Guillemin (3) ;

B. Fautrel (4) ; A. Olive (5) ; S. Marsal (6) ; O. Valero (7) ;

N. Rincheval (8) ; C. Lukas (2)

(1) Rhumatologie, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, Espagne ;

(2) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (3) Clinical

epidemiology, CHRU Nancy, Nancy ; (4) Service de Rhumatologie,

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (5) Rhumatologie, Hospital Germans

Trias i Pujol, Badalona, Espagne ; (6) Rhumatologie, Hospital

Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, Espagne ; (7) Universitat

autonoma de barcelona, UAB Servei d'Estadística Aplicada, Cerdanyola

del Vallès, Espagne ; (8) Statistiques, Institut Universitaire

de Recherche Clinique, Montpellier

*Auteur correspondant : sami_rodriguez@hotmail.com

(S. Rodriguez-Muguruza)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) occasionne un retentissement important sur la qualité de vie perçue, à sa phase d'état mais aussi au stade débutant. Elle peut être à l'origine de multiples signes extra-articulaires, dont la fatigue fait partie intégrante. La fatigue, complexe et multifactorielle, constitue un symptôme majeur pour les patients, tant en termes de sévérité que d'impact sur la vie quotidienne.

Patients et méthodes. – Saisir le texte Les données des patients de la cohorte ESPOIR répondant après 1 an de suivi aux critères ACR-EULAR 2010 de PR ont été employées. Les facteurs associés à la fatigue (définie par un SF vitality score ≤ 40), et à la fatigue persistante (SF vitality score ≤ 40 à 5 ans et à au moins au 50 % des visites de suivi) ont été déterminés à partir d'un modèle de régression logistique bivarié. Un modèle de régression logistique multivarié a ensuite été appliqué pour déterminer les prédicteurs indépendants de fatigue au début de la maladie (M0), et de fatigue persistante à 5 ans

Résultats. – 675 patients ont été étudiés (73,3 % femmes, âge moyen $48,6 \pm 12$ ans). 46,5 %, 28 % et 22 % des patients présentaient une fatigue selon nos critères à respectivement M0, M6 et M60. À M0, la fatigue était significativement associée aux facteurs suivants : célibat (OR 2,46 95 % CI [1,42-3,33] p $>0,001$), IMC élevé (OR 1,05 95 % CI [1,01-1,10] p 0,007), score DAS28 élevé (OR 1,32 95 % CI [1,08-1,60] p 0,006), raideur matinale élevée (OR 1,01 95 % CI [1,00-1,01] p 0,012), score HAQ élevé (OR 2,42 95 % CI [1,70-3,44] p $>0,001$), absence de FR (OR 1,58 95 % CI [1,09-2,29] p 0,016) et antécédent d'anxiété ou de dépression (OR 6,19 95 % CI [3,90-9,83] p $>0,001$). 14,9 % des patients présentaient une fatigue persistante

selon notre définition, dont les facteurs prédictifs étaient : score HAQ élevé (OR 2,49 95 % CI [1,66-3,73] p $>0,001$), antécédent d'anxiété ou de dépression (OR 3,62 95 % CI [1,48-8,82] p 0,005), plus de 3 comorbidités (OR2,05 95 % CI [1,18-3,66] p 0,010), association à un syndrome de Gougerot-Sjögren (OR2,35 95 % CI [1,39-4,17] p 0,0021), et absence d'anti-CCP (OR 1,96 95 % CI [1,1-3,44] p 0,021).

Discussion. – La fatigue est un symptôme fréquent dans cette cohorte de patients atteints de PR débutante, sa prévalence diminue surtout pendant les 6 mois de suivi et de traitement initiaux. Un score HAQ élevé et un antécédent de dépression/anxiété sont des prédicteurs de fatigue au début de la maladie et de fatigue persistante. Une fatigue anormale est plus fréquemment retrouvée chez les malades ayant un haut niveau d'activité de la maladie (DAS28) initial, mais il n'est pas un prédicteur de fatigue persistante

Conclusion. – La fatigue est un symptôme fréquent chez les patients atteints de PR débutante. Un score HAQ élevé et un antécédent de dépression/anxiété sont des prédicteurs de fatigue au début de la maladie et de fatigue persistante.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-013

Quand la polyarthrite rhumatoïde devient un casse-tête : 6 cas de méningite rhumatoïde

M. Trabelsi* (1) ; M. Vaillant (2) ; PA. Guerne (3) ; G. Hayem (4) ;

E. Bertolini (5) ; M. Gilson (1) ; A. Baillet (1) ; P. Gaudin (1)

(1) Rhumatologie, CHU Grenoble Hopital Sud, Echirolles ;

(2) Neurologie générale, C.H.U de Grenoble, La Tronche ;

(3) Rhumatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève,

Suisse ; (4) Service de Rhumatologie, CHU Ambroise Paré, Boulogne-

Billancourt ; (5) Rhumatologie, C.H. Annecy Genevois, Metz-Tessy

*Auteur correspondant : melaniefrancois9@gmail.com (M. Trabelsi)

Introduction. – La méningite rhumatoïde (MR) est une manifestation neurologique centrale de la polyarthrite rhumatoïde (PR) rare et peu décrite dans la littérature mais mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Patients et méthodes. – Suite à un appel à observations du Club Rhumatismes et Inflammations (CRI), nous avons recruté 6 patients souffrant de MR provenant de 3 centres hospitaliers français et d'un centre hospitalier suisse. Une enquête exhaustive avait permis d'éliminer les différents diagnostics différentiels.

Résultats. – Il s'agissait majoritairement de femmes (4/6), âgées de 50 à 69 ans au diagnostic de MR. La PR était définie par la positivité des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (6/6), et des facteurs rhumatoïdes (3/6). L'ancienneté et l'activité de la PR étaient variables. Les traitements de fonds incluaient une corticothérapie orale, des traitements de fond synthétiques ou biologiques. Les symptômes de MR étaient variés, d'apparition brutale ou progressive, avec principalement : crise d'épilepsie focale ou généralisée (4/6), déficit focalisé (2/6), céphalées (3/6), et fièvre (3/6). En imagerie IRM, étaient observées 4 leptoméningites, une pachyméningite et une association lepto-pachyméningite ; sous forme d'un hypersignal T2-FLAIR et/ou d'une prise de contraste en pondération T1 après injection de gadolinium (5/6), selon des topographies variables, sans lésion intra-parenchymateuse. Tous les patients ont bénéficié d'une ponction lombaire avec une analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) stérile, sans cellule suspecte, retrouvant une pléiocytose dans 5 cas, une hyperprotéinorachie dans 3 cas et une glycorachie normale dans 4 cas (manque de données pour les 2 autres). La biopsie cérébrale, possible chez 3 patients seulement, a permis de confirmer le diagnostic de lepto et/ou pachyméningite aseptique et d'écarter une cause infectieuse, inflammatoire ou tumorale. Cinq patients ont reçu initialement des bolus de corticoïdes intraveineux entraînant une rémission clinique chez 3 d'entre eux. En relais, 3 patients ont reçu une biothérapie (Rituximab et/ou anti-TNFalpha) avec une efficacité variable et un patient a reçu des perfusions d'immunoglobulines avec une bonne

efficacité. Le suivi des patients était en moyenne de 2 ans après le diagnostic de MR. Au final, on notait : une guérison sans séquelles, 4 guérisons avec des séquelles minimales (épilepsie séquellaire sous antiépileptiques au long cours) et un décès rapide.

Discussion. – Il n'existe pas de signe spécifique de la MR à l'examen clinique, à l'imagerie, à l'analyse du LCR ni sur le reste de la biologie. Il est indispensable de réaliser un bilan exhaustif et si possible une biopsie pour un diagnostic certain de MR pour ensuite mettre en place des thérapeutiques immunoactives bien qu'il n'existe actuellement pas de recommandation de prise en charge standardisée.

Conclusion. – Toute lepto et/ou pachyméningite au cours d'une PR, même quiescente ou ancienne, doit faire évoquer la possibilité d'une MR en parallèle des diagnostics différentiels infectieux, inflammatoires, et tumoraux.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Hasiloglu Z11, Asik M, Erer B, Dikici AS, Altintas A, Albayram S. Magnetic resonance imaging of rheumatoid meningitis : a case report and literature review. *Rheumatol Int* 2012 ; 32 : 3679-81.
Kato T, HoshiK, SekijimaYet al. Rheumatoid meningitis : an autopsy report and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2003 ; 22 : 475-480.

PE. Di-014

Le recours à la chirurgie ostéoarticulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde : qui sont les coupables ?

S. Ksir* (1) ; K. El Kinany (2) ; K. Efemba (1) ; N. Akasbi (1) ; T. Harzy (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc* ; (2) *Service d'épidémiologie et de biostatistiques, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah., Fès, Maroc*

*Auteur correspondant : salma.ksir@gmail.com (S. Ksir)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire destructeur.

Lorsque le pronostic fonctionnel est mis en jeu, le recours à la chirurgie ostéoarticulaire s'avère nécessaire.

Les objectifs de notre étude est de : 1) Déterminer la prévalence de recours à la chirurgie dans notre série ; 2) Souligner les différentes causes ; 3) Relever les facteurs associés.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective des dossiers des PR hospitalisés dans notre formation entre janvier 2012 et janvier 2018. Deux groupes identifiés : avec et sans antécédents de chirurgie ostéo articulaire.

Résultats. – Parmi les 294 PR étudiées, Seuls 26 cas ont eu recours à la chirurgie ostéoarticulaire, Soit une prévalence de 8,8 %. Le sexe ratio F/H = 5,5. La PR était séropositive et déformante chez 25 cas, destructrice dans 84,6 % de cas et sévère chez tous les patients. Les causes sont par ordre de fréquence : 6 cas de genou rhumatoïde, 4 cas de prothèse totale de la hanche (3 coxite, une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale), 4 cas de pied rhumatoïde, 3 cas d'arthrodèse de la cheville, une prothèse totale de l'épaule chez 2 patients, 2 arthrodèse de poignet et 2 cas de rupture de l'extenseur ulnaire du carpe. Parmi les 26 patients, 3 cas ont été opérés pour deux causes différentes. Trois facteurs significativement associés au recours à la chirurgie ostéoarticulaire ont été relevés par l'analyse bi variée : les déformations, la destruction articulaire et le non recours à la biothérapie. Aucune relation significative n'a pu être établie avec la séropositivité, l'âge jeune de début, la durée d'évolution, le retard diagnostic, la sévérité et l'activité de la maladie.

Discussion. – Le recours à la chirurgie orthopédique concerne, selon les données de la littérature, les PR actives anciennes et sévères. Nos résultats associent ce recours au caractère destructeur et déformant d'une PR ancienne. Par ailleurs, plusieurs travaux récents, dont le nôtre, montrent que ce recours est en diminution avec l'utilisation de la biothérapie.

Conclusion. – En conclusion, Les PR anciennes, déformantes et destructrices ont plus recours à la chirurgie ostéo articulaire. Cependant, A l'ère de la biothérapie, ce recours a régressé, ce qui rejoint la littérature.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-015

Quelle influence a l'atteinte hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde sur le DAS 28 CRP et le HAQ ?

S. Ksir* (1) ; K. Efemba (1) ; A. Elaissaoui (1) ; K. El Kinany (2) ; N. Akasbi (1) ; T. Harzy (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc* ; (2) *Service d'épidémiologie et de biostatistiques, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah., Fès, Maroc*

*Auteur correspondant : salma.ksir@gmail.com (S. Ksir)

Introduction. – L'atteinte hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est fréquente. Ses étiologies sont multiples. L'objectif de notre étude est d'étudier la relation entre la présence d'une hépatopathie (toutes étiologies confondues) ; l'activité de la maladie (DAS 28 CRP) et le retentissement fonctionnel (HAQ).

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective sur dossiers des patients hospitalisés pour PR dans notre service. Un bilan hépatique standard (transaminases+ GGT) a été réalisé chez tous les patients ainsi qu'un dosage concomitant de la CRP. Le HAQ a été évalué simultanément. Deux groupes identifiés : avec et sans atteinte hépatique

Résultats. – 294 dossiers étudiés. Le bilan hépatique était perturbé chez 51 patients (Soit 17,3 %). Les GGT étaient élevés dans 50 % des cas avec une valeur moyenne de 62,6 ± 43,2 UI/L. La moyenne d'âge de ces patients était de 55 ± 12 ans. 86 % des cas étaient des femmes.

Tableau 1 Facteurs associés à l'atteinte hépatique

Facteurs associés	Avec atteinte hépatique N = 51	sans atteinte hépatique N = 249	P
Indice articulaire	14,84 ± 10,17	14,84 ± 9,57	0,438
Indice synoviale	5,63 ± 5,57	5,55 ± 5,10	0,063
CRP	34,45 ± 39,79	25,57 ± 30,89	0,010
DAS 28 CRP	5,00 ± 1,41	4,60 ± 1,78	0,410
HAQ	1,36 ± 1,21	1,27 ± 0,88	0,023

Discussion. – Un bilan hépatique perturbé au cours de la PR n'influence pas le DAS 28 CRP chez nos patients contrairement à une étude tunisienne récente. Les patients avec atteinte hépatique ont un HAQ et un taux de la CRP plus élevés. L'influence d'une hépatopathie sur le retentissement fonctionnel de la PR peut être due à l'arrêt itératif et la réduction des doses des traitements hépatotoxiques. L'élévation de la CRP peut être expliquée par l'origine de sa synthèse : le foie.

Conclusion. – L'atteinte hépatique au cours de la PR peut influencer l'activité de la maladie et son retentissement fonctionnel. Une surveillance clinique et biologique s'impose.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-016

Le recours à la chirurgie articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde à l'ère de la biothérapie

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

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

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

Introduction. – Le but de ce travail était d'évaluer l'influence du traitement biologique sur la fréquence du recours à la chirurgie articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Patients et méthodes. – Étude rétrospective transversale incluant 500 patients atteints de PR répondant aux critères ACR 1987 et/ou aux critères ACR/EULAR 2010 sur une période de 15 ans [2000-2014]. Les données épidémiologiques, cliniques et les modalités thérapeutiques ont été recueillies. L'évolution du recours à la chirurgie a été relevée et une association éventuelle avec le traitement biologique a été recherchée.

Résultats. – Il s'agissait de 422 femmes (84,4%) et 78 hommes (15,6%) âgés en moyenne de 53,3 ans [21 et 83]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 12 ans [2-40]. Des déformations articulaires étaient présentes chez 83% des patients. Le facteur rhumatoïde était positif dans 357 cas (71,4%) et érosive dans 450 cas (90%). Une coxite a été notée chez 65 patients (13%) et une luxation atloïdo-axoïdienne chez 67 patients (13,4%). Tous les patients avaient reçu au moins un traitement de fond. Une biothérapie a été prescrite chez 135 des malades (27%). Cent patients (20%) étaient sous anti TNF α répartis comme suit : 10% sous Infliximab, 6,8% sous Etanercept et 3,2% sous Adalimumab. Les patients qui avaient reçu le Rituximab représentaient 7% des cas (35 patients). Sur les 500 patients, le recours au traitement chirurgical était noté dans 59 cas (12%). Les actes de chirurgie articulaire les plus pratiqués étaient les arthroplasties : prothèse totale du genou (35 cas, 56%) et prothèse totale de la hanche (14 cas, 23%). Une arthroïdectomie C1-C2 a été pratiquée chez 8 patients (13%). Le recours à la synovectomie et à la résection de la tête cubitale était nécessaire dans 5% et 3% des cas respectivement. L'utilisation d'une biothérapie (toute classe confondue) n'était pas statistiquement associée à la baisse du recours à la chirurgie articulaire ($p = 0,350$).

Conclusion. – Notre travail a montré que le recours à la chirurgie articulaire n'était pas moins important avec l'utilisation d'une biothérapie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-017

Facteurs associés à la luxation atloïdo-axoïdienne antérieure au cours de la polyarthrite rhumatoïde

S. Ksir* (1) ; K. Efemba (1) ; N. Siar (1) ; K. El Kinany (2) ; N. Akasbi (1) ; T. Harzy (1)

(1) Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc ; (2) Service d'épidémiologie et de biostatistiques, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah., Fès, Maroc

*Auteur correspondant : salma.ksir@gmail.com (S. Ksir)

Introduction. – La Luxation atloïdo-axoïdienne (LAA) est une complication vitale très redoutable de la polyarthrite rhumatoïde (PR). La forme dominante reste la forme antérieure (LAAa).

L'objectif de notre étude est de déterminer :

la fréquence de la luxation atloïdo axoïdienne antérieure dans notre série ;

ainsi que les facteurs associés à la survenue de cette complication vitale.

Matériels et méthodes. – Étude transversale de 294 cas de PR hospitalisés dans notre formation entre janvier 2012 et janvier 2018. Tous les patients ont bénéficié d'une Radiographie du rachis cervical pro-

fil en hyperflexion. Tout diasthesis C1 C2 > 4 mm considéré comme pathologique a été confirmé par l'IRM.

Résultats. –

Tableau 1 Les facteurs associés à la survenue de la LAA antérieure

Facteurs associés en analyse bivariée.	LAA N = 14	Pas de LAA N = 180	P
Age (ans)	50,43 \pm 8,5	53,3 \pm 12,4	0,390
Âge de début de PR (ans)	34,5 \pm 8,7	42,95 \pm 12,46	0,018
Délai diagnostic (ans)	8,64 \pm 9,4	42,94 \pm 13,08	0,018
Durée d'évolution (ans)	15,8 \pm 9,4	5,5 \pm 5,2	0,040
Manifestations extra articulaires %	64,28	50	0,098
Facteurs associés en analyse bivariée.	LAA N = 14	Pas de LAA N = 180	P
Séropositivité %	85,7	76,1	0,322
Destruction %	85,7	49,3	0,007
CRP	35,2 \pm 28,8	26,7 \pm 32	0,338
Activité %	96,6	92,4	0,089
Association DMARDS %	0,0	7,9	0,323

La séropositivité est relevée comme **facteur de risque** (OR 1,5 (IC 1,02 -1,08)) et l'association de DMARDS comme **facteur protecteur** (OR < 1 (IC < 1)) sans qu'elles soient significativement liées à la survenue de cette complication vitale. ($p > 0,05$).

Discussion. – Malgré le faible effectif, Notre étude a permis de dégager comme facteurs associés à la LAAa : un âge jeune de début de la PR, un diagnostic retardé, et le caractère destructeur. Nos résultats rejoignant la littérature. Autres facteurs ont été rapportés dans la littérature, tels l'âge avancé, la durée d'évolution de la maladie, la coexistence de manifestations extra articulaires, et les paramètres biologiques d'activité de la maladie (CRP). L'association de traitements de fond (DMARDS) aurait un effet protecteur de l'atteinte cervicale au cours de la PR supérieur à la monothérapie. Nos résultats concordent.

Conclusion. – La prévention de la LAA implique donc un diagnostic précoce et un traitement adapté de la maladie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-018

Corrélation entre marqueurs angiogéniques circulants et vascularisation synoviale dans la polyarthrite rhumatoïde

A. Leblond (1) ; S. Pezet (1) ; AP. Trouvin (2) ; M. Elhai (3) ; V. Gonzalez (1) ; Y. Allanore (3) ; J. AVOUAC* (4)

(1) Inserm u1016, Institut Cochin, Paris ; (2) Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur, Hôpital Ambroise-Paré (AP-HP), Boulogne-Billancourt ; (3) Service de rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris ; (4) Service de rhumatologie et inserm u1016, Hôpital Cochin, Paris

*Auteur correspondant : javouac@me.com (J. AVOUAC)

Introduction. – La néoangiogénèse est cruciale pour le développement du pannus synovial dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). L'échographie doppler ostéo-articulaire est un outil sensible pour la détection de la vascularisation synoviale. Notre objectif a été d'étudier dans la PR la relation entre marqueurs angiogéniques circulants et vascularisation synoviale évaluée par échographie doppler ostéo-articulaire.

Patients et méthodes. – Les concentrations sériques de huit marqueurs angiogéniques (VEGF, PlGF, Tie-2, angiopoïétine-1, sVCAM-1, IL-8, CYR61 et angiostatine), reflétant l'activation, la prolifération, la survie, la croissance et la migration des cellules endothéliales, ainsi que la maturation et la stabilisation des vaisseaux, ont été mesurées

par ELISA chez 125 patients atteints de PR. Une échographie doppler analysant 32 articulations a systématiquement été effectué à l'ensemble des patients.

Résultats. – Une synovite échographique a été détectée chez 84 patients atteints de PR (67,2 %). Parmi ces patients, 53 patients (42,4 %) présentaient un signal Doppler puissance positif, dont 31 avec une hyperémie modérée (2+) à marquer (3+). Les concentrations sériques de sVCAM-1 (808 ± 293 ng/mL vs. 697 ± 240 ng/mL, $P = 0,022$) et Tie-2 ($16,2 \pm 7,5$ ng/mL contre $13,8 \pm 4,9$ ng/mL, $P = 0,038$), étaient significativement augmentées chez les patients présentant une hyperémie synoviale détectée sur au moins une articulation (Doppler puissance $\geq 1+$). Les concentrations de sVCAM-1, de Tie-2 et d'angiostatine augmentaient parallèlement avec l'importance de la vascularisation synoviale au Doppler puissance, et les concentrations de ces trois marqueurs étaient significativement plus élevées chez les patients présentant une hyperémie modérée à marquer (Doppler puissance grade 2+ et 3+). Les concentrations sériques de sVCAM-1 ($r = 0,20$, $P = 0,028$), Tie-2 ($r = 0,28$, $P = 0,001$) et Angiostatine ($r = 0,25$, $P = 0,006$) corrélaient avec la somme des grades en mode Doppler puissance pour les 32 articulations scorées. Parmi les 81 patients avec un DAS28-CRP $\leq 3,2$, 22 patients présentaient une hyperémie synoviale détectée sur au moins une articulation (Power Doppler grade 1 chez 13 patients, grade 2 chez 6 patients et grade 3 chez 3 patients). Les patients présentant une hyperémie synoviale sur au moins une articulation avaient des taux significativement plus élevés de PIGF ($18,9 \pm 11,2$ pg/mL vs $13,1 \pm 9,5$ pg/mL, $P = 0,022$) et de Tie-2 ($15,7 \pm 5,8$ ng/mL vs $12,6 \pm 3,4$ ng/mL, $P = 0,004$) que chez les patients sans hyperémie synoviale.

Conclusion. – Les taux sériques des marqueurs angiogéniques Tie-2, sVCAM-1 et angiostatine étaient fortement associés à la vascularisation synoviale et à l'inflammation évaluées par Doppler puissance chez les patients atteints de PR. De plus, Tie-2 et PIGF ont été associés à une activité de la maladie persistante chez les patients atteints de PR en faible activité de la maladie. Ces résultats suggèrent que des biomarqueurs angiogéniques sériques pourraient être utilisés comme critère intermédiaire d'évaluation de la synovite active. Leur pertinence doit être maintenant confirmée dans des études prospectives.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-019

Impact de la polyarthrite rhumatoïde sur le diabète de type 2

J. AVOUAC* (1) ; M. Elhai (2) ; P. Dieude (3) ; J. Sellam (4) ; F. Eymard (5) ; A. Molto (1) ; F. Banal (6) ; J. Damiano (7) ; E. Larger (8) ; Y. Allanore (1)

(1) Service de rhumatologie et inserm u1016, Hôpital Cochin, Paris ; (2) Service de rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris ; (3) Rhumatologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris ; (4) Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris ; (5) Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil ; (6) Rhumatologie, Hôpital Bégün, Saint-Mandé ; (7) Service de Rhumatologie, Hôpital Saint-Camille, Bry-sur-Marne ; (8) Service de diabétologie, Hôpital Cochin, Paris

*Auteur correspondant : javouac@me.com (J. AVOUAC)

Introduction. – Le diabète de type 2 et la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont deux maladies chroniques et fréquentes caractérisées par une inflammation tissulaire et une insulino-résistance. Notre objectif a été d'étudier l'impact de la PR et de ses traitements sur le diabète de type 2.

Patients et méthodes. – Étude de soins courant, observationnelle, transversale multicentrique, comprenant sept centres de rhumatologie de l'AP-HP. Cette étude a inclus sur une période de 18 mois des patients consécutifs diabétiques de type 2 atteints de PR, satisfaisant les critères ACR/EULAR 2010. Elle a également inclus des patients atteints d'arthrose et de diabète de type 2, appariés pour l'âge et le sexe avec les patients atteints de PR. A l'inclusion, ont été collecté :

données démographiques, indices d'activité et de sévérité de la PR, traitement actuel de la PR et du diabète, données générales et complications du diabète. Une analyse sanguine systématique était effectuée, évaluant les paramètres inflammatoires biologiques et les éléments biologiques de contrôle du diabète de type 2 (glycémie à jeun, insulinoémie à jeun, et HbA1c). L'index HOMA-IR - (Glycémie à jeun x insulinoémie à jeun)/22,5 – a été utilisé pour évaluer l'insulino-résistance chez les patients non traités par insuline.

Résultats. – Nous avons inclus 89 patients atteints de PR (80 % de femmes, âge moyen 65 ± 11 ans, durée de la maladie 18 ± 11 ans, 82 % ACPA positifs, 76 % avec une maladie érosive) et 43 contrôles (81 % de femmes, âge moyen 68 ± 10 ans). 55 patients atteints de PR (62 %) étaient traités par corticoïdes généraux < 10 mg/jour et 55 patients (62 %) recevaient un traitement biologique ciblé. La durée d'évolution du diabète, le type de suivi et l'insulino-résistance n'étaient pas différents entre les PR et les arthroses diabétiques. Le degré d'insulino-résistance était significativement plus important chez les PR que les contrôles (HOMA-IR : $3,54 \pm 7,27$ vs. $1,26 \pm 1,18$, $P = 0,043$). L'HOMA IR était corrélé à l'activité de la maladie évaluée par le DAS28 ($r = 0,41$, $P = 0,038$) et il était significativement plus élevé chez les patients avec un score DAS28 $> 3,2$ ($8,82 \pm 12,13$ vs. $1,26 \pm 1,11$, $P = 0,035$). De façon inattendue, le diabète de type 2 était mieux contrôlé chez les patients atteints de PR que les patients arthrosiques. L'HbA1c était significativement plus basse chez les patients PR diabétiques par rapport aux contrôles arthrosiques ($6,75 \pm 1,09$ vs. $7,49 \pm 1,44$, $P = 0,001$). De plus, une tendance pour une fréquence plus élevée de complications liées à la microangiopathie diabétique était observée dans la population de patients arthrosiques. De façon intéressante, l'HbA1c et l'index HOMA étaient corrélés uniquement chez les PR diabétiques ($r = 0,29$, $P = 0,048$), et ce quel que soit le contrôle de la maladie diabétique. L'HbA1c était significativement réduite chez les PR et recevant des traitements biologiques ciblés (anti-TNF- α , anti-CD20, abatacept, tocilizumab) ($6,70 \pm 0,95$ %), par rapport i) aux patients atteints de PR recevant uniquement des traitements de fond conventionnels ($7,60 \pm 1,51$ %, $P = 0,033$) et ii) aux patients arthrosiques ($7,49 \pm 1,44$, $P = 0,039$). La prise de traitements biologiques est également associée à une réduction significative de l'index HOMA chez les PR diabétiques recevant des traitements biologiques ciblés ($2,36 \pm 4,75$) par rapport aux PR diabétiques traitées par des traitements conventionnels ($5,59 \pm 8,87$, $P = 0,028$).

Conclusion. – Cette étude montre pour la première fois l'impact de la PR sur le diabète de type 2. Il existe une insulino-résistance plus élevée chez les PR diabétiques par rapport aux contrôles diabétiques, en lien avec l'activité de la maladie. Ce résultat contraste avec un meilleur contrôle de la maladie diabétique chez les PR, pouvant être lié au suivi au long cours dans des centres tertiaires, habitués à la surveillance régulière clinique et biologique des comorbidités associées à la PR, ou à l'effet des traitements biologiques ciblés qui semblent améliorer l'insulino-résistance et le contrôle glycémique des patients atteints de PR. Ces résultats seront à confirmer dans une population plus large (travail soutenu par la SFR).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-020

L'apport de l'échographie dans l'évaluation de l'arrière-pied au cours de l'arthrite juvénile idiopathique

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

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

*Auteur correspondant : manel.boudokhane@yahoo.fr

(M. Boudokhane)

Introduction. – L'atteinte de l'arrière pied est rarement recherchée au cours de l'AJI. Leur exploration est basée sur les radiographies standards et l'échographie ostéoarticulaire. L'objectif de notre étude était de rechercher l'apport de l'échographie ostéoarticulaire dans

l'évaluation des articulations talocrurale et subtalaire chez des patients suivis pour une arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire vus à l'âge adulte.

Patients et méthodes. – Une étude transversale et descriptive a été menée dans un service de rhumatologie sur les malades ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire vue à l'âge adulte. L'échographie a été faite par un seul opérateur (rhumatologue).

Résultats. – Nous avons colligé 29 patients ayant une AJI polyarticulaire dont 4 hommes et 25 femmes. L'âge moyen des patients était de 42,13 ans [17,65 ans]. La durée moyenne d'évolution de l'AJI était de 31,69 ± 14 ans. L'AJI était séropositive chez 20 malades (69 %). Le DAS 28 vs moyen était à 5,16 ± 1,3. Onze patients (38 %) avaient une invalidité sévère à très sévère attestée par un indice HAQ > 2. La prévalence de l'atteinte des pieds révélée à l'échographie était de 82,7 %. Sur l'échographie des deux pieds, un pincement de la talocrurale droite et gauche était noté respectivement dans 58,6 % et 55,2 % des cas. Une irrégularité de la corticale droite et gauche étaient diagnostiqués dans 17,2 % et 10,3 % des cas. La synovite talocrurale était observée chez 4 malades (13,79 %). L'atteinte de l'articulation subtalaire objectivée à l'échographie était observée chez 12 malades (41,37 %). Un pincement intraarticulaire et une irrégularité de la corticale était noté respectivement chez 9 (31,03 %) et 3 (10,34 %) malades. La synovite subtalaire était observée chez 5 patients (17,24 %). Une ténosynovite des fibulaires et/ou du tibial postérieur a été observé chez 11 malades (37,93 %) : 8 ténosynovites des fibulaires et 5 du tibial postérieur.

Conclusion. – L'échographie ostéoarticulaire a permis de mettre en évidence une atteinte de l'arrière pied dans 82,7 % des cas.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-021

Évaluation du score IRM RAMRIS et de la réponse clinique chez des patients avec une arthrite débutante indifférenciée et anticorps anti-protéines citrullinées traités par infliximab ou placebo

T. Kirchgesner (1) ; B. Vande Berg (1) ; T. Sokolova (2) ; L. Meric De Bellefon (2) ; TA. Nzeusseu (2) ; M. Stoenoiu (2) ; P. Durez* (2) (1) *Imagerie médicale, Cliniques universitaires Saint-Luc UCLouvain, Bruxelles, Belgique* ; (2) *Rhumatologie, Cliniques universitaires Saint-Luc UCLouvain, Bruxelles, Belgique*

*Auteur correspondant : patrick.durez@uclouvain.be (P. Durez)

Introduction. – Les patients avec une arthrite indifférenciée (UA), présentant des anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) sont à haut risque de développer une polyarthrite rhumatoïde (PR). Il a été démontré que la combinaison du Méthotrexate et de l'Infliximab (IFX) dans une cohorte d'UA permet de contrôler les symptômes cliniques et l'évolution IRM des synovites et érosions. L'objectif de notre étude est de démontrer que l'IFX en monothérapie comparé au Placebo (Pbo) est plus efficace sur les paramètres cliniques, le score IRM RAMRIS et sur le risque de développer une PR.

Patients et méthodes. – Il s'agissait d'une étude randomisée, en double aveugle, contrôlée versus Pbo, menée en parallèle pendant 12 mois jusqu'au critère d'évaluation principal (proportion de patients qui ont développé une PR selon les critères de l'ACR 2007). Les Pts avec UA et synovite clinique symptomatique de plus d'une articulation et présentant des ACPA ont été randomisés 1 : 1 pour un traitement par IFX (3 mg/kg) ou Pbo aux semaines 0, 2, 6, 14 et 22, après quoi le traitement a été interrompu. Les AINS et les corticostéroïdes oraux stables à faible dose (≤ 5 mg/jour de prednisone ou l'équivalent) étaient autorisés, mais pas de traitement de fond. Les mesures de l'activité de la maladie (DAS28-CRP) ont été évaluées aux semaines 0, 2 et 4, et toutes les 4 semaines jusqu'à la semaine 52. Les scores OMERACT RAMRIS (composantes : érosion, ostéite, synovite, ténosynovite, ténosynovite) et périostite ont été évalués à la semaine 0 et 16. Les patients qui ont développé une

PR ont été sortis de l'étude et ont reçu un traitement de fond adéquat.

Résultats. – 28 pts ont été randomisés (âge moyen : 48 ± 12 ans ; durée moyenne de l'arthrite : 0,34 ± 0,53 ans ; taux moyen de CRP : 1,67 ± 2,23 mg/dL). Après 1 an, 11/15 (73 %) patients traités avec IFX ont développé une PR vs 10/15 (67 %) pts traités par Pbo (Kaplan Meier, log rank p = 0,868). À la semaine 14, les réponses ACR 20, 50, 70 ont été observées respectivement dans 71,4 %, 42,9 %, 28,6 % pts traités par IFX vs 21,4 %, 0 %, 0 %, 0 % traités par Pbo. Le taux de rémission DAS28CRP a été observé chez 50 % dans le groupe IFX contre 21,4 % dans le groupe Pbo. Les Pts dans le bras IFX ont connu des améliorations significativement plus importantes dans le score RAMRIS par rapport au pbo à la semaine 16. De plus, la différence dans le score de Ramris observé à la semaine 14 était statistiquement différente dans le groupe de patients qui n'ont pas développé la PR après un an. Aucun effet secondaire grave n'a été observé.

Conclusion. – L'IFX est plus efficace, mais n'a pas empêché la progression vers la PR définie. Dans cette petite cohorte randomisée de patients UA avec ACPA, nous avons noté une différence significative dans le score RAMRIS après 4 mois dans le groupe IFX par rapport à Pbo. Il s'agit de la première étude évaluant sous Pbo les scores IRM RAMRIS. D'autres analyses sont en cours pour déterminer les prédicteurs de gravité et d'évolutivité de l'IRM.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Quinn MA, et al. *Arthritis Rheum* 2005 ; 52(1) : 27-35.

PE. Di-022

La diminution des doses des agents biologiques est possible en pratique courante : analyse clinique et économique de la cohorte polyarthrite rhumatoïde UCLouvain Bruxelles

S. Dierckx (1) ; B. Lauwerys (1) ; T. Sokolova (1) ; L. Meric De Bellefon (1) ; M. Stoenoiu (1) ; TA. Nzeusseu (1) ; F. Houssiau (1) ; A. Avramovska (1) ; P. Durez* (1) (1) *Rhumatologie, Cliniques universitaires Saint-Luc UCLouvain, Bruxelles, Belgique*

*Auteur correspondant : patrick.durez@uclouvain.be (P. Durez)

Introduction. – Diverses études ont démontré que les patients présentant une Polyarthrite Rhumatoïde (PR) stabilisée peuvent diminuer la dose des agents biologiques (bDMARDs). Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer le nombre de patients chez qui la dose de bDMARDs a été diminuée et espacée en pratique clinique quotidienne et de déterminer les caractéristiques des patients dans les 2 groupes (dose diminuée vs dose stable). Un autre objectif est de déterminer le coût annuel et quel bDMARD est le plus propice à la réduction de la dose.

Patients et méthodes. – Les patients PR inclus de notre cohorte UCLouvain Bruxelles sont des patients traités par le même bDMARD depuis plus d'un an. La réduction de la dose a été proposée par le rhumatologue en cas de rémission ou d'activité faible de la PR depuis plusieurs visites. Nous avons collecté toutes les caractéristiques de nos patients avant l'instauration du bDMARD et lors de la dernière visite de suivi (âge, sexe, âge lors du diagnostic, durée de maladie, durée de maladie lors de la prise de cDMARD et bDMARD, traitement combiné avec le methotrexate (MTX), avec les corticostéroïdes, nombre de bDMARDs, présence de FR, Anti-CCP, Érosion, HAQ, CRP, DAS28-CRP). Nous avons également enregistré les poussées de la maladie et la reprise de la dose totale. Pour chaque bDMARD, le coût annuel dans les 2 groupes a été estimé.

Résultats. – Les données de 332 PR ont été analysées, 140 patients (42,1 %) ont pu diminuer les doses et 192 ont reçu la dose complète de bDMARD. Dans le groupe dose diminuée, l'âge lors du diagnostic (43,1 vs 38,7 ans, p = 0,004), la valeur du HAQ (1,3 vs 1,5,

$p = 0,048$), la présence du FR (83,3 vs 72,9 %, $p = 0,026$) et la durée de la maladie lors de l'introduction du bDMARD (9,7 vs 12,1 ans, $p = 0,034$) était statistiquement différent entre les 2 groupes. De manière attendue, la valeur du DAS28-CRP lors de la dernière visite (2,26 vs 2,64, $p = 0,001$) était plus basse dans le groupe dose diminuée. Nous avons observé de manière intéressante que le nombre de patients recevant une combinaison de MTX était plus nombreux dans ce groupe (86,7 % vs 73,8 %, $p = 0,005$). Aucune différence n'a été observée pour le sexe, la présence des anti-CCP, des érosions, du nombre de bDMARDs, de la durée de la maladie pour le premier cDMARD et b DMARD, de la valeur initiale du DAS28-CRP et de l'usage des corticostéroïdes. Dans notre cohorte, les agents anti-TNF étaient les bDMARDs les plus prescrits (anti-TNF 68 %, tocilizumab 15 %, rituximab 10 %, abatacept 7 %). 15 patients ont présenté une poussée de PR dans le groupe dose diminuée. L'Adalimumab, l'etanercept et le rituximab sont les bDMARDs les plus fréquemment diminués et ceci résulte à une diminution de budget significative.

Conclusion. – La diminution des bDMARDs est possible chez un nombre important de patients PR bien stabilisés. Ceci permet de réduire les coûts et le confort de nos maladies. L'usage concomitant du MTX est un facteur prédictif positif pour la diminution de la dose du bDMARD. De futures études prospectives dans la pratique courante sont nécessaires pour confirmer nos résultats.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-023

La valeur prédictive des synovites échographiques persistantes dans la survenue d'une poussée de la polyarthrite rhumatoïde en rémission

S. Driouach* (1) ; N. Akasbi (1) ; A. Mounir (1) ; H. Taoufik (1) (1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, université sidi mohammed ben abdellah, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : sh.driouach@gmail.com (S. Driouach)

Introduction. – La rémission clinique dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) constitue un objectif ultime dans la stratégie « Treat to Target ». Toutefois, des synovites infra cliniques sont objectivées à l'échographie ostéoarticulaire chez les patients atteints de PR en rémission.

L'objectif de notre travail est de déterminer la valeur prédictive de la présence de synovites infra cliniques dans la survenue d'une rechute de la PR.

Patients et méthodes. – Étude prospective, menée au service de rhumatologie, incluant les patients atteints de PR en rémission DAS28VS ayant bénéficié au départ d'une échographie mode B/Doppler portant sur 22 articulations à la recherche de synovite infra clinique. L'ensemble des patients recrutés ont été suivis et évalué sur une période d'un an. La rechute a été définie comme un DAS28 \geq 2,6.

Résultats. – 51 patients inclus initialement, la durée moyenne d'évolution de la PR était de 10 ans, tous les patients étaient en rémission DAS28. L'échographie avait révélé des synovites infra cliniques chez 65 % des patients. À un an, 61 % des patients qui avaient des synovites persistantes ont présenté une rechute avec un délai moyen de $6 \pm 2,6$ mois et une moyenne DAS28 de $4,92 \pm 0,72$. À l'analyse bi-variée, la présence de synovite infra clinique était significativement associée à la survenue de rechute durant l'année suivante ($p = 0,000$).

Conclusion. – Selon notre étude, les synovites échographiques persistantes étaient prédictives d'éventuelles poussées de la PR, ce qui est concordant avec les données de la littérature. Afin de guider notre attitude thérapeutique, d'éviter les rechutes et surtout la progression structurale ultérieure, une confirmation de la rémission par une échographie semble ainsi être justifiée.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-024

La douleur est améliorée chez environ 50 % des patients et la fatigue chez 40 % des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par sarilumab dans les essais TARGET, MOBILITY et MONARCH

L. Gossec* (1) ; S. Boklage (2) ; G. St John (3) ; H. Van Hoogstraten (4) ; T. Kimura (2)

(1) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (2) Health economics and outcomes research, Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, États-Unis ; (3) Immunology and inflammation, Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, États-Unis ; (4) Global medical affairs, Sanofi, Bridgewater, États-Unis

*Auteur correspondant : laure.gossec@gmail.com (L. Gossec)

Introduction. – La douleur et la fatigue sont des symptômes courants de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et peuvent avoir de graves répercussions sur la qualité de vie des patients. Avec la multitude des traitements de fond disponibles (bDMARDs), la douleur et la fatigue peuvent jouer un rôle dans la prise de décision partagée. Le sarilumab est un anticorps monoclonal humain qui inhibe la fixation de l'IL-6 au récepteur membranaire et soluble IL-6R alpha ; il est indiqué dans le traitement de la PR modérément à sévèrement active chez les patients adultes qui ont eu une réponse inadéquate à au moins un DMARD. Objectifs. – Explorer l'effet du sarilumab sur la douleur et la fatigue chez les patients atteints de PR active.

Patients et méthodes. – Des analyses statistiques post-hoc ont été effectuées sur les données d'essais randomisés et contrôlés du sarilumab : TARGET (NCT01709578) et MOBILITY (NCT01061736) (sarilumab 150 ou 200 mg toutes les 2 semaines [q2w] vs placebo, combiné avec des DMARD synthétiques conventionnels), et MONARCH (NCT0233252590), (sarilumab 200 mg q2w vs adalimumab 40 mg q2w). Lors de chaque visite d'étude, la douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) de 0-100 mm ; la fatigue a été évaluée par le Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F). La proportion de patients atteignant $\geq 30 \%$ / $\geq 50 \%$ / $\geq 70 \%$ d'amélioration sur douleur et fatigue, et le temps médian jusqu'à amélioration $\geq 50 \%$ (Kaplan Meier) ont été analysés. Les p étaient considérés comme nominaux.

Résultats. – 546 patients de TARGET, 1197 de MOBILITY et 369 de MONARCH ont été inclus. Dans TARGET et MOBILITY, un plus grand nombre de patients recevant 150 ou 200 mg de sarilumab ont obtenu $\geq 30 \%$ / $\geq 50 \%$ / $\geq 70 \%$ d'amélioration de la douleur et de la fatigue par rapport au placebo. Dans MONARCH, plus de patients recevant 200 mg de sarilumab ont obtenu $\geq 30 \%$ / $\geq 50 \%$ / $\geq 70 \%$ d'amélioration de la douleur et de la fatigue par rapport à l'adalimumab. (Tableau). La douleur s'est améliorée d'au moins 30 % chez environ 50 % des patients et la fatigue chez 40 % des patients (tableau). Le délai médian avant première amélioration de douleur $\geq 50 \%$ a été plus courte chez les patients recevant le sarilumab que chez les patients recevant le placebo (12 vs 24 semaines) dans TARGET et MOBILITY ou l'adalimumab (12 vs 16 semaines) dans MONARCH. Pour la fatigue, l'amélioration de $\geq 50 \%$ a été plus rapide chez les patients recevant 200 mg de sarilumab que chez les patients recevant le placebo (TARGET : 12 vs 24 semaines, MOBILITY 52 vs non atteinte), sans nominale avantage significatif par rapport à l'adalimumab. Le sarilumab avait un profil de tolérance similaire à celui attendu de l'inhibition de l'IL-6.

Conclusion. – Dans cette étude de patients atteints de PR modérément à très active, le sarilumab a montré une amélioration plus rapide et plus importante de la douleur par rapport au placebo ou l'adalimumab. De plus, le sarilumab a montré une amélioration plus rapide et plus importante de la fatigue par rapport au placebo. Ces données sont utiles lors de la discussion avec le patient dans un contexte de décision médicale partagée.

Conflit d'intérêts. – Laure Gossec est membre d'une institution qui a reçu des fonds de recherche pour la présente étude, et a reçu des honoraires d'AbbVie, BMS, Genentech/Roche, Janssen, Eli Lilly,

Tableau. Amélioration de douleur et fatigue de ≥30%/≥50%/≥70% dans les essais TARGET, MOBILITY, et MONARCH.

	Amélioration ≥30%			Amélioration ≥50%			Amélioration ≥70%		
	Patients (%)	OR (95% CI)	P-value [†]	Patients (%)	OR (95% CI)	P-value [†]	Patients (%)	OR (95% CI)	P-value [†]
EVA douleur									
TARGET*									
Placebo +csDMARD	33,7			24,9			13,3		
Sarilumab 150 mg + csDMARD	50,3	2,10 (1,35, 3,27)	0,0010	38,7	2,00 (1,25, 3,20)	0,0037	24,3	2,21 (1,25, 3,91)	0,0058
Sarilumab 200 mg + csDMARD	54,3	2,52 (1,62, 3,92)	<0,0001	43,5	2,42 (1,54, 3,83)	0,0001	24,5	2,25 (1,28, 3,95)	0,0042
MOBILITY*									
Placebo +MTX	31,7			23,1			12,6		
Sarilumab 150 mg +MTX	52,3	2,37 (1,77, 3,16)	<0,0001	39,3	2,16 (1,59, 2,95)	<0,0001	25,8	2,41 (1,66, 3,50)	<0,0001
Sarilumab 200 mg +MTX	58,1	3,04 (2,27, 4,07)	<0,0001	45,9	2,84 (2,09, 3,86)	<0,0001	30,6	3,06 (2,13, 4,41)	<0,0001
Placebo (sem 52)	29,6			22,1			12,6		
Sarilumab 150 mg +MTX (sem 52)	49,0	2,29 (1,71, 3,06)	<0,0001	41,3	2,48 (1,82, 3,38)	<0,0001	30,5	3,06 (2,13, 4,42)	<0,0001
Sarilumab 200 mg +MTX (sem 52)	53,1	2,71 (2,02, 3,63)	<0,0001	42,9	2,65 (1,94, 3,61)	<0,0001	30,3	3,06 (2,12, 4,42)	<0,0001
MONARCH**									
Adalimumab 40 mg	52,4			31,4			18,4		
Sarilumab 200 mg	65,2	1,70 (1,12, 2,58)	0,0131	48,4	2,05 (1,34, 3,13)	0,0009	27,7	1,70 (1,04, 2,79)	0,0336
FACIT-F									
TARGET*									
Placebo +csDMARD	29,8			22,1			16,0		
Sarilumab 150 mg +csDMARD	39,8	1,59 (1,02, 2,48)	0,0424	32,0	1,71 (1,05, 2,77)	0,0294	27,1	2,02 (1,19, 3,43)	0,0087
Sarilumab 200 mg +csDMARD	44,0	1,90 (1,22, 2,94)	0,0041	36,4	2,05 (1,28, 3,26)	0,0024	27,2	1,98 (1,17, 3,33)	0,0096
MOBILITY*									
Placebo +MTX	26,1			16,6			10,6		

Novartis, Pfizer et UCB. Susan Boklage, Gregory St John et Toshio Kimura sont employés et actionnaires de Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Hubert van Hoogstraten est employé et actionnaire de Sanofi.

PE. Di-025

Évaluation de la prise en charge de la sexualité des patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde

R. Ben Saad* (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, hopital Mongi slim la marsa, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : bensaadrym@gmail.com (R. Ben Saad)

Introduction. – La santé sexuelle a été définie par l’organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle constitue une source de préoccupation pour les personnes atteintes de rhumatisme inflammatoire chronique et notamment de Polyarthrite rhumatoïde (PR). L’objectif de cette étude était d’évaluer la qualité de prise en charge, par les rhumatologues, de la fonction sexuelle chez les patientes atteintes de PR.

Matériels et méthodes. – Étude transversale portant sur des patientes atteintes de PR (critères de l’ACR/EULAR 2010) et ayant une activité sexuelle. L’autoperception des patientes de leur fonction sexuelle a été recherchée par la question « D’après vous, la PR a-t-elle eu un impact négatif sur votre vie sexuelle ? ». Un questionnaire portant sur l’implication du rhumatologue dans la prise en charge de la fonction sexuelle et le désir du patient d’en parler a été élaboré.

Résultats. – Il s’agissait de 71 femmes âgées en moyenne de 47,6 ± 8,2 ans [29-65]. La durée moyenne d’évolution de la PR était de 9,25 ± 6,7 ans [0,5-24]. Parmi les patientes interrogées, 18 (25,4 %) ont rapporté un impact négatif de la PR sur leur vie sexuelle. Le délai

moyen d’apparition des difficultés par rapport au diagnostic de la PR était de 1,37 ± 2,9 ans [0 - 12]. Uniquement 12 patientes (17 %) ont abordé auparavant leurs problèmes sexuels : 7 % avec le rhumatologue et 9,8 % avec l’infirmière du service. L’initiative a émané des patientes dans tous les cas. Deux (2,8 %) ont consulté un médecin spécialiste pour une difficulté sexuelle. Soixante-neuf pour cent des patientes avaient jugée l’intérêt que portaient les rhumatologues à leur fonction sexuelle insuffisant et avaient aimé que le sujet soit abordé régulièrement lors des contrôles périodiques de leur PR. Quinze patientes (21 %) ayant déclaré avoir des difficultés sexuelles, ne voulaient pas parler de leur sexualité avec un professionnel de la santé versus 7 (8 %) sans difficultés. La différence était statistiquement significative (p = 0,02).

Conclusion. – Dans notre étude la prise en charge par le rhumatologue des difficultés sexuelles en rapport avec la PR était jugée insuffisante par les patientes. Une meilleure évaluation et prise en charge de ce domaine pourrait améliorer la fonction sexuelle des patientes et ainsi, leur qualité de vie conjugale.

Conflit d’intérêts. – aucun

PE. Di-026

Évaluation de l’hygiène buccodentaire chez les patients PR

S. Afilal* (1) ; A. Allaoui (2) ; OK. Ennibi (2) ; L. Tahiri (1) ; N. Alami (1) ; H. Rkain (1) ; F. Allali (1)

(1) *Service de rhumatologie, Hôpital El Ayachi, Centre hospitalier Universitaire Ibn Sina, Salé, Maroc ; (2) Faculté de médecine dentaire, Université Mohammed V, Rabat, Maroc*

*Auteur correspondant : salouaafilal@gmail.com (S. Afilal)

Introduction. – La relation entre l’hygiène buccodentaire et l’activité de la polyarthrite rhumatoïde a été démontrée par plusieurs études.

Objectifs. – évaluer l'hygiène buccodentaire chez les patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde. Évaluer la place de l'information sur l'hygiène buccodentaire dans la prise en charge rhumatologique

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale ayant inclus de manière consécutive 100 patients (89 % de sexe féminin, moyenne d'âge de 46,7 ans) souffrant de PR (durée médiane d'évolution de 8 ans, délai moyen de prise en charge spécialisée de 3 ans). Un questionnaire évaluant l'hygiène buccodentaire a été administré aux patients, recueillant : la fréquence journalière de brossage, les modalités de brossage, l'utilisation d'autres moyens d'hygiène bucco-dentaire, le suivi régulier chez un médecin dentiste, et la place du médecin rhumatologue dans l'information sur l'état buccodentaire.

Résultats. – Le tableau 1 illustre les résultats de l'évaluation de l'hygiène buccodentaire chez les patients souffrant de PR.

Tableau 1 Évaluation de l'hygiène bucco-dentaire chez les patients PR.

Items	N = 100
Fréquence journalière de brossage (%) :	
0 fois/j	18
1 fois/j	37
2 fois/j	34
3 fois/j	8
Après chaque repas	3
Temps de brossage adéquat (≥3 minutes) (%)	31
Méthode de brossage correcte (%)	14
Utilisation d'un autre moyen d'hygiène buccodentaire (%)	36
Visite régulière de médecin dentiste (%)	2
Jamais de consultation chez médecin dentiste (%)	27

Le tableau 2 illustre les résultats de la place de l'information sur l'hygiène buccodentaire dans la prise en charge rhumatologique.

Conclusion. – Cette étude illustre la prévalence élevée du manque d'hygiène buccodentaire chez les patients suivi pour PR. Elle met également le point sur le manque de l'information par le médecin rhumatologue sur la place de l'hygiène buccodentaire dans la prise en charge de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-027

Les anticorps anti-protéines citrullinées ont-ils un impact sur la densité minérale osseuse au cours de polyarthrite rhumatoïde ?

D. Acheli* (1) ; SS. Salah (2) ; M. Sana (2) ; EH. Djoudi (3) ; A. M.cherif (2) ; C. Haouichat (3)

(1) Rhumatologie, Faculté de Médecine, Université Saad Dahleb, CHU DOUERA, Alger, Algérie ; (2) Département d'immunologie, Institut Pasteur d'Algérie, Dely Ibrahim, Algérie ; (3) Service de Rhumatologie, Ehs de Douera, Douéra, Algérie

*Auteur correspondant : dacheli@hotmail.fr (D. Acheli)

Introduction. – L'ostéoporose systémique est l'une des complications les plus fréquentes de la polyarthrite rhumatoïde (PR), responsable d'une augmentation du risque de fracture vertébrale et périphérique. Son étiologie est multifactorielle. Elle résulte essentiellement

de l'inflammation ; mais aussi de la corticothérapie et des anticorps anti-protéines citrullinées (anti-CCP) qui stimulent d'une façon indépendante la résorption osseuse en induisant la différenciation des ostéoclastes. Ceci provoque l'augmentation de l'activité et du nombre des ostéoclastes source de la baisse de la densité minérale osseuse (DMO). Objectifs. – rechercher une éventuelle relation entre l'existence des anticorps anti-CCP et la diminution de la DMO au cours de la PR.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale, prospective, observationnelle, monocentrique ayant inclut des patients présentant une PR avérée répondant aux critères ACR / EULAR 2010 ou ACR 1987. L'activité de la maladie est évaluée par le score DAS28. Les destructions ostéo-cartilagineuses ont été évaluées par le score de Sharp modifié par Van Der Heijde. La capacité fonctionnelle a été évaluée par l'indice HAQ. La mesure de la DMO a été effectuée par la méthode DEXA (Hologic QDR 2000) au niveau du rachis lombaire et à la hanche totale puis comparée à celle d'une population témoin de femmes saines d'âge, de masse corporelle et de statut gynécologique comparable. Nous avons exclu les PR associées à d'autres affections susceptibles d'entraîner une baisse de la DMO (endocrinopathies, diabète...).

Résultats. – 205 patientes atteintes de PR ont été incluses et dont la DMO a été comparée à celle de 223 patientes saines. L'âge moyen des patientes était identique à celui des témoins (48,9 ± 13,4 ans vs 48,4 ± 14,2 ; p = 0,82). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre l'âge de survenue de la ménopause chez les malades et les témoins (47,3 ± 5,6 vs 47,1 ± 4,9 ans, p = 0,72), la durée de la MNP (13,2 ± 9 vs 13,3 ± 8,9 ; p = 0,9) et l'IMC (26,2 ± 5,8 kg/m² vs 27,1 ± 4,8 kg/m²). La durée d'évolution moyenne de la PR était de 7,03 ± 10,1 ans. Le score moyen du DAS28 était de 4,5 ± 1,3 et le HAQ moyen 1,16 ± 0,8. La PR était érosive dans 69 % des cas et plus de 2/3 avaient un syndrome inflammatoire. La sérologie rhumatoïde était positive chez la majorité des patientes : 61 % avaient des Facteurs Rhumatoïdes (FR) et 79 % avaient des anticorps anti-CCP2. La corticothérapie était prescrite chez 91,2 % des patientes à la dose moyenne de 6 ± 3,6 mg/j et 82,3 % prenaient csDMARDs. La DMO dans le groupe PR était significativement plus basse que celle de la population témoin aussi bien au site vertébral qu'à la hanche. La BMD était réduite de 4,4 % au rachis et de 8,4 % à la hanche. La présence des anticorps anti-CCP2 était associée à la diminution de la DMO uniquement au niveau du rachis. Les autres facteurs prédictifs de l'OP trabéculaire et corticale étaient l'IMC et le handicap fonctionnel.

Conclusion. – Les résultats de notre étude sont en faveur d'une association entre la présence des anticorps anti-CCP et la réduction de la DMO d'où l'intérêt de faire le dépistage de l'ostéoporose au cours de la PR avant la survenue des fractures.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-028

Effet météorologique et saisonnier sur la polyarthrite rhumatoïde : mythe ou réalité ?

H. Azzouzi* (1) ; L. Ichchou (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI, Oujda, Maroc

*Auteur correspondant : hamida.sensei@yahoo.com (H. Azzouzi)

Introduction. – Nombreux sont nos patients rhumatisants qui rapportent l'influence des conditions météorologiques et saisonnière sur leurs symptômes, surtout dans un pays comme le notre où la dif-

Tableau 2 Place de l'information sur l'hygiène buccodentaire dans la prise en charge rhumatologique.

Questions posées	Oui (%)
1.Est-ce que votre rhumatologue examine votre cavité buccale en consultation ?	6,0
2.Est-ce que vous étiez informé par votre rhumatologue qu'une mauvaise hygiène bucco-dentaire a un impact négatif sur votre polyarthrite rhumatoïde ?	11,0
3.Est-ce que votre rhumatologue vous a recommandé le brossage régulier des dents ?	8,0
4.Est-ce que votre rhumatologue vous a déjà recommandé de consulter un médecin dentiste ?	10,0

férence entre les saisons est assez marquée. Le but de notre étude est de vérifier cet effet sur les symptômes de nos patients PR.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude longitudinale en double aveugle menée entre 07/2017 au 08/2018 au service de rhumatologie au CHU Mohammed VI d'Oujda. Les données de 3 consultations ; dans 3 saisons différentes (hiver, printemps et été) ; qui sont le nombre d'articulations douloureuses (IA), le nombre d'articulations gonflées (IS), le DAS28, et l'EVA douleur des patients avec une polyarthrite rhumatoïde ont été recueillies à partir de leur dossier médical informatisé. Les conditions météorologiques (température minimale / température maximale / précipitations / pourcentage d'humidité / pression atmosphérique / vitesse du vent) du même jour de la consultation pour chaque patient ont été obtenues à partir du centre de météorologie Aéroport ANGADs. L'analyse statistique est faite par un logiciel SPSS 20. Une corrélation pour chaque paramètre météorologique pris séparément et régression ont été faites.

Résultats. – Nous avons recruté 117 patients avec une moyenne d'âge de 50,45 ± 12,17. Le DAS moyen au début de l'étude est de 2,44 ± 0,95. L'hiver à Oujda est froid (température moyenne entre 15 et 10 °C) comparativement à l'été (32,7-24,5 °C) avec des pressions atmosphériques plus élevées (1 023,9 en moyenne vs 1 016,9 en été ou le printemps 1 016,4). Le printemps est beaucoup plus humide avec 71 % comme moyenne d'hygrométrie contre 58,1 % en hiver et 49,7 % en été. Au total, on n'a pas trouvé de corrélation entre les paramètres météorologiques et l'indice synovial ou encore le DAS28 sur toutes les saisons. Par contre, l'indice d'articulations douloureuses était significativement corrélé à l'hygrométrie (p = 0,027) en hiver ainsi que l'intensité de la douleur (p = 0,01). En revanche, en été, le compte d'articulations douloureuses est significativement corrélé aux précipitations (p = 0,003). L'intensité de la douleur en été est corrélée négativement aux températures minimales et à la pression atmosphérique. Aucune association significative n'a été trouvée au printemps.

Conclusion. – Notre étude confirme le pressentiment des cliniciens sur un effet probable de la climatologie sur la douleur chez nos patients PR. Cet effet est constaté à la fois sur le nombre d'articulations douloureuses et sur l'intensité de la douleur rapportée par le patient. Les mesures objectives telles le DAS ou le compte synovial sont insensibles aux paramètres météorologiques vérifiés sur les trois saisons. Heureusement pour nous cliniciens, car dans cette étude tous nos patients étaient régulièrement suivis et étaient majoritairement en rémission.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-029

Polyarthrite rhumatoïde et impact sur la vie sexuelle : à propos de 100 patients tunisiens

M. Brahem* (1) ; M. Jguirim (1) ; A. Mhenni (1) ; I. Bejia (1) ; M. Touzi (1) ; S. Zrour (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) Rhumatologie, Service de rhumatologie Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.mounabraham@gmail.com (M. Brahem)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) a un impact sur la vie sexuelle de certains patients. Ceci pose un problème important du fait que les patients et les professionnels de la santé hésitent à discuter face à face. L'objectif de cette étude était d'évaluer la fonction sexuelle chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et ses facteurs associés.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude descriptive transversale incluant les patients atteints de PR au service de rhumatologie et au département de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital universitaire de Monastir. Les données analysées étaient les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et fonctionnelles. La fonction sexuelle a été évaluée à l'aide de deux questionnaires : le FSFI (Female Sexual Function Index) et le SHIM (Sexual Health Inventory for Men), la capacité fonctionnelle par HAQ (Health

Assessment Questionnaire), les troubles psychologique par HAD (Hospital anxiety and Depression Scale), la fatigue par VAS-F (Visual Analogic Scale of Fatigue) et MFI-20 (multidimensional fatigue inventory), et la qualité du sommeil par PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Résultats. – Cent patients ont été inclus avec un âge moyen de 55,88 ± 10,5 ans. La majorité était des femmes (85 femmes / 15 hommes). Parmi les soixante femmes sexuellement actives, 56,66 % avaient un dysfonctionnement sexuel (FSFI ≤ 26,55). Le manque d'excitation et la perte de désir étaient les troubles les plus signalés. D'un autre côté, parmi les neuf hommes sexuellement actifs, un seul avait une activité sexuelle normale. Le trouble le plus rapporté était la dysfonction érectile. Pour les deux sexes, la dysfonction sexuelle était corrélée avec l'âge, l'indice d'activité de la PR, les capacités fonctionnelles et la fatigue. Cependant, il n'y avait pas de corrélation avec les paramètres biologiques et radiologiques. La FSFI était également en corrélation avec les troubles anxieux et dépressifs. Aucune corrélation n'a été trouvée entre le FSFI et le trouble du sommeil. Alors que le SHIM n'était corrélé qu'avec la qualité du sommeil.

Conclusion. – Cette étude montre bien le dysfonctionnement sexuel chez les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde. L'impact de cette maladie sur la santé sexuelle est rarement discuté par les professionnels de santé et les patients, et ce sujet nécessite d'être pris en considération

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-030

Les manifestations oto-rhino-laryngopharyngées de la polyarthrite rhumatoïde

H. Mouanaa* (1) ; S. Zrour (1) ; J. Mahboub (1) ; I. Bejia (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) Rhumatologie, hôpital fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie

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

Introduction. – Déterminer la prévalence de l'atteinte ORL au cours de la PR, préciser son type et évaluer sa corrélation avec l'activité inflammatoire de la maladie.

Patients et méthodes. – Étude transversale 90 PR, répondant aux critères de l'ACR 1987 et 46 témoins durant 06 mois de 01/11/2016 au 30/04/2017. Un examen ORL spécialisé avec une audiométrie tonale a été effectué pour toute la population de l'étude et un bilan thyroïdien (TSH, T4) avec anticorps anti-peroxydase et anti-thyroglobuline (Ac anti-TPO, Ac anti-Tg) pour tous les patients.

Résultats. – Les signes fonctionnels les plus fréquents étaient une dysphonie intermittente dans 50 % des cas, dysphagie dans 42 % des cas, dyspnée laryngée dans 21 % des cas, odynophagie dans 20 % des cas et douleurs à la phonation dans 10 % des cas. L'examen du cou a objectivé dans 52 cas de douleurs à la mobilisation du relief du larynx et 6 cas des adénopathies cervicales. Pour les 61 malades symptomatiques, la laryngoscopie indirecte a révélé dans trente-quatre cas une muqueuse inflammatoire et une diminution de la mobilité des cordes vocales chez 7 malades. Soixante-trois malades avaient une atteinte des ATM. L'audiométrie tonale a objectivé 38 cas de surdité : 24 de surdité de perception, 12 cas de surdité de transmission et 2 cas de surdité mixte. Les manifestations ORL significativement associées à la PR par comparaison au groupe témoin étaient la dysphonie intermittente (p < 0,00), la dysphagie (p < 0,000), les douleurs à la mobilisation du relief du larynx (p < 0,000), l'hygiène buccale mauvaise (p < 0,000), les dents absentes (p < 0,000), une muqueuse nasale inflammatoire (p < 0,001), une palpation douloureuse des articulations temporomandibulaires (ATM) (p < 0,000) et la surdité (p < 0,014). L'étude par régression logistique montre qu'une PR ancienne (>10 ans) est un facteur favorisant (OR = 4,4 ; p < 0,012) de la dyspnée laryngée alors qu'une PR moyennement handicapante en est un facteur protecteur (OR = 0,123 ; p < 0,016), qu'un âge > 60 ans est un facteur protecteur de

l'atteinte des ATM (OR = 0,299 ; p < 0,03), qu'une ancienneté de PR > 10 ans est un facteur favorisant de la surdité (OR = 3,8 ; p < 0,03) et que la biothérapie favorise l'atteinte thyroïdienne (OR = 7,8 ; p < 0,017).

Conclusion. – L'atteinte ORL est une manifestation extra-articulaire assez fréquente et peu symptomatique au cours de la PR. Elle est essentiellement à type d'hypothyroïdie, de surdité, de dysphonie et d'atteinte des ATM.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-031

Le rituximab dans le traitement de pneumopathie interstitielle au cours de la polyarthrite rhumatoïde

BM. Fernandes* (1) ; M. Bernardes (1) ; N. Melo (2) ; P. Mota (2) ; A. Morais (2) ; L. Costa (1)

(1) Rhumatologie, Centro Hospitalar S o Jo o, Porto, Portugal ;

(2) Pneumologie, Centro Hospitalar S o Jo o, Porto, Portugal

*Auteur correspondant : bfernandesmg@gmail.com

(BM. Fernandes)

Introduction. – La Pneumopathie Interstitielle (PI) compose une manifestation commune extra-articulaire et une cause majeure de mobilité et mortalité chez la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), bien qu'il soit encore faible l'évidence de l'utilisation de Rituximab (RTX) dans ce contexte.

Matériels et méthodes. –  tude rétrospective et monocentrique, réunissant tous les patients soignés avec RTX par PI associée à Polyarthrite Rhumatoïde (PI-PR). Le modèle de PI a été défini par scannographie computeris e de haute résolution (SC-HR) ou par biopsie pulmonaire et on a obtenu des résultats concernant la surveillance de la maladie articulaire et pulmonaire [SC-HR, capacité vitale forcée prévue (CFVprev), capacité de diffusion du monoxyde de carbone prévue (DLCOprev) et test de marche de 6 minutes (TM6)] à 6, 12, 24 et 36 mois de traitement avec RTX. Les associations entre les différentes variables ont été déterminées par le coefficient de corrélation de Spearman.

Résultats. –  tude réalisée chez 24 patients [19 femmes (79,2%), de 64 à 8,9 ans en moyenne, 17 (70,8%) séropositifs pour le facteur rhumatoïde, 23 (95,8%) séropositifs pour les anticorps anti-CCP, 4 (16,7%) fumeurs actifs et 4 (16,7%) ex-fumeurs], avec une durée moyenne de PR de 12 à 7,8 ans et de PI de 55,3   40,7 mois. On décrit l'évolution de la réponse à RTX au niveau pulmonaire.

Le DLCOprev initiale s'est corr leonn  avec le DLCOprev à 6 (r = 0,929 ; p = 0,03),   12 (r = 0,905 ; p = 0,002) et   24 mois (r = 0,900 ; p = 0,037). En plus, à 12 mois, la variation de la DLCOprev a établi une corrélation négative avec la charge tabagique totale (r = -0,768 ; p = 0,009) et positive avec le titre basal de anti-CCP (r = 0,685 ; p = 0,029). On a vérifié aussi une forte corrélation entre la DLCOprev   24 mois et le pourcentage basal de cellules NK (r = 0,900 ; p = 0,037).

D'autre partie, la CVFprev   6 mois s'est corr leonn  négativement avec la PCR basale (r = -0,745 ; p = 0,013) et positivement avec l'âge (r = 0,793 ; p = 0,06).   12 mois, la CFVprev s'est associée avec la PaO2 (pression partielle d'oxygène) initiale (r = 0,717 ; p = 0,030), la DLCOprev et la CVFprev initiales [r = 0,648 (p = 0,043) et r = 0,867 (p = 0,001), respectivement]. En plus, à 24 mois, la CVFprev s'est associée négativement à plusieurs variables basales : DAS 28 (4V) (r = -0,881 ; p = 0,004) ; HAQ (r = -0,952 ; p < 0,001) et l'échelle de Borg de dyspnée dans le TM6 (r = -0,975 ; p = 0,005).

Huit patients (33,3%) ont suspendu définitivement le traitement avec RTX, 3 d'entre eux (37,5%) par intercurrences infectieuses et 3 sont morts (1 par infection pulmonaire, 1 par neutropénie fébrile et 1 de cause inconnue).

Conclusion. – Nos résultats renforcent les résultats positifs qui viennent de se présenter pour l'action du RTX chez PI-PR. Une haute activité basale de la maladie articulaire et la plus grande charge tabagique totale se sont associées pour la pire réponse fonctionnelle

respiratoire au RTX. Par contre, des meilleurs résultats fonctionnels respiratoires basales, des titres basales plus élevés de anti-CCP, une plus haute pourcentage basale de cellules NK et une âge plus élevée se sont associés à une meilleure réponse fonctionnelle respiratoire à RTX.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-032

Critères échographiques pour le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde érosive comparés à des critères radiographiques validés versus un groupe contrôle de patients atteints d'arthrose

C. Roux* (1) ; F. Gandjbakhch (2) ; A. Pierreisnard (3) ; M. Couderc (4) ; C. Lukas (5) ; R. Masri (1) ; JP. Sommier (1) ; I. CLERC-URMES (6) ; C. Baumann (6) ; I. Chary-Valckenaere (1) ; D. Loeuille (1)

(1) Rhumatologie, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (3) Ap-hp, hôpital pitié-salpêtrière, service de rhumatologie, Paris, UPMC Univ Paris 06, GRC-UPMC 08 (EEMOIS), Paris ;

(4) RHUMATOLOGIE, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand ;

(5) Rhumatologie, C.H.U de Montpellier, Montpellier ; (6) Plateforme de support à la recherche clinique, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : roux.cam@hotmail.fr (C. Roux)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la maladie inflammatoire chronique la plus fréquente responsable de dommages structuraux. Pour limiter ces conséquences, un consensus international a recommandé une stratégie thérapeutique basée sur le diagnostic précoce et la recherche de facteurs de mauvais pronostic d'atteinte radiographique dans un but d'optimiser le contrôle serré de la maladie. Ces facteurs comprennent la présence d'érosions en radiographie (RX), la présence d'un syndrome inflammatoire biologique et la présence d'anticorps anti-peptide citrulliné. Le gold standard pour évaluer l'atteinte structurale de la PR est actuellement la radiographie. Chez les patients âgés de plus de 50 ans, le diagnostic de PR est habituellement établi sur un faisceau d'arguments intéressant tant la clinique que la biologie. Le diagnostic de PR érosive basé sur la RX ou sur l'échographie (US) peut être rendu difficile du fait de la possible coexistence d'érosions liées aux lésions dégénératives de l'arthrose (OA) ou aux érosions de PR. IL existe actuellement des critères de définition EULAR 2013 de PR érosive en RX : une PR est érosive s'il existe une érosion sur au moins trois articulations distinctes parmi les poignets, les inter phalangiennes proximales (IPP), les métacarpo-phalangiennes (MCP), les métatarso-phalangiennes (MTP). Les objectifs de notre étude étaient de déterminer des seuils diagnostiques afin de poser le diagnostic de PR érosive en US grâce à une évaluation échographique de patients atteints de PR et d'OA mais également de comparer ces seuils US avec ceux de RX validés.

Matériels et méthodes. – Les patients remplissant les critères diagnostiques ACR 1987 et/ou ACR/EULAR 2010 de PR ou ceux d'OA digitale, étaient prospectivement inclus. Un score modifié de SHARP «  rosion » était réalisé en aveugle par deux lecteurs et avec l'aide d'un 3e lecteur comme adjudicateur pour les cas discordants (nombre d'érosion inférieur à 3). Les érosions en US étaient évaluées, en 4 grades, sur 6 articulations de manière bilatérale (MCP2, 3 et 5 et MTP2, 3 et 5) et sur les versants dorsaux et plantaires pour chaque articulation étudiée ainsi que sur les versants latéraux pour les MCP2, MCP5 et MTP5, afin de calculer un score total US pour les érosions : le score USSe. Les quatre grades échographiques étaient : grade 0 : pas d'érosion, grade 1 : une érosion < 2 mm, grade 2 : une érosion à 2 mm et < 3 mm ou plusieurs érosions < 2 mm, grade 3 : une érosion à 3 mm ou multiples érosions (>n = 2).

Résultats. – Un total de 168 patients ont été inclus : 122 PR (32 PR précoces < 2 ans et 90 PR anciennes ≥ 2 ans) ainsi que 46 patients remplissant les critères d'OA. Un troisième lecteur a été nécessaire pour 69 patients. Lors de l'évaluation RX : 42 PR (6 précoces et 36 anciennes) et 5 OA étaient érodés selon les critères de définition EULAR 2013 avec une sensibilité de 34,4 % et une spécificité de 89,1 %. À l'échographie, 95 patients PR (21 précoces, 74 anciennes) et 12 patients OA étaient érodés. Dans le groupe PR, les sites préférentiels d'érosion étaient la MTP5, puis la MCP 2, et la MCP 5, sur leurs versants latéraux. Si on considère la présence d'une érosion sur deux facettes articulaires (seuil 1) ou au moins une érosion de grade 2 (> 2 mm) (seuil 2) en US, les sensibilités sont bonnes (68-72,1 %) et les spécificités sont excellentes (89,1-100 %). La concordance entre la RX (seuil de trois érosions) et l'US (seuils 1 et 2) était excellente (90,4-92,8 %).

Conclusion. – Les érosions visibles en US sont plus fréquentes et plus sévères dans la PR que dans l'OA. L'US peut différencier comme maladie érosive les patients PR des patients OA et détecte deux fois plus de patients avec une PR érosive que la RX avec une excellente spécificité et une excellente concordance.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Szkudlarek M, et al. Summary Findings of a Systematic Literature Review of the Ultrasound Assessment of Bone Erosions in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2016 ; 43 : 12-21.
- [2] van der Heijde D, et al. EULAR definition of erosive disease in light of the 2010 ACR/EULAR rheumatoid arthritis classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2013 ; 72 : 479-81.

PE. Di-033

Agrément entre médecins référents et rhumatologues dans une cohorte d'arthrite initiale

L. Brites* (1) ; M. Santiago (1) ; T. Santiago (1) ; C. Duarte (1) ; JA. Pereira Da Silva (1)

(1) Département de rhumatologie, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

*Auteur correspondant : luisapbrites@gmail.com (L. Brites)

Introduction. – Le diagnostic et le traitement précoce des patients atteints d'arthrite sont essentiels à la réussite du traitement. L'identification et la référence appropriée de ces patients sont cruciales dans ce processus. La consultation « Arthrite initiale » a été créée dans notre département dans le but de permettre à ces patients d'accéder rapidement aux soins médicaux spécialisé, en définissant des critères de référence spécifiques. Cette étude vise à évaluer le degré d'agrément des critères de référence entre les médecins référents et les rhumatologues.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective et unicentrique qui comprenait les patients observés lors de la consultation d'arthrite initiale entre janvier 2011 et juillet 2018. Les patients référés par les rhumatologues et ceux sans critère de référence et/ou sans dossiers médicaux disponibles ont été exclus. Les critères de référence évalués étaient : arthrite, squeeze, arthralgies, raideur matinale, facteur rhumatoïde, vitesse de sédimentation et protéine C réactive. La proportion des critères mentionnés dans la demande de consultation a été réalisée. Le degré d'agrément a été évalué par le coefficient kappa de Cohen. L'analyse statistique a été effectuée dans le SPSS en utilisant un niveau de signification de 0,05.

Résultats. – Nous avons inclus 235 patients parmi les 307 qui ont été référés, 67,2 % de femmes, âge moyen de 52,1 ± 16 ans. L'arthrite a été confirmée chez 64,3 % (n = 151) et 81,3 % des patients présentaient des symptômes depuis moins d'un an. Le critère de référence clinique le moins cité était le « Squeeze test » (référé chez 70,2 % des patients, n = 165) et le plus cité était « Arthralgies » (94,9 %, n = 223). Le degré d'agrément entre le médecin référent et le rhumatologue figure au tableau 1.

Tableau 1 Le degré d'agrément entre le médecin référent et le rhumatologue des critères de référence

Critère de référence	N°/N total	Kappa de Cohen	P
Arthrite	205/235	0,25	0,00
Squeeze	125/235	0,14	0,11
Arthralgies	223/235	0,03	0,64
Raideur matinale	166/235	0,07	0,35
Facteur rhumatoïde	164/235	0,65	0,00
Vitesse de sédimentation	188/235	0,35	0,00
Protéine C reactive	187/235	0,37	0,00

* Nombre de patients avec le critère de référence décrit dans la demande de consultation.

Conclusion. – Il a été vérifié un équitable agrément en présence d'arthrite et il n'y avait pas d'agrément statistiquement significatif dans les autres critères cliniques. Les critères de laboratoire ont montré un meilleur agrément. Ces résultats renforcent la nécessité d'une formation correcte des médecins référents pour l'identification précoce des patients présentant une arthralgie cliniquement suspectée et arthrite.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-034

Existe-il un effet spécifique des inhibiteurs de Jak sur la douleur et la fatigue dans la polyarthrite rhumatoïde ?

CS. COSTE* (1) ; I. ODRIOZOLA (1) ; T. Barnetche (1) ; C. Richez (2) ; B. Bannwarth (1) ; T. Schaeffer (2)

(1) Rhumatologie, CHU de Bordeaux, Bordeaux ; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U Pellegrin, Bordeaux

*Auteur correspondant : clairesophiecoste09@gmail.com (CS. COSTE)

Introduction. – La douleur et la fatigue sont des symptômes courants chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Les inhibiteurs de JAK (JAKi) ont déjà montré une efficacité similaire aux bDMARDs (anti-TNF, anti-IL6, abatacept et rituximab) sur l'activité de la maladie. De plus, certains essais suggèrent un intérêt supplémentaire des JAKi sur les « patient's reported outcomes » (PRO). L'objectif de l'étude était de déterminer l'impact de chaque traitement sur la douleur et la fatigue.

Matériels et méthodes. – Une revue systématique de la littérature a été faite à partir de PubMed, Cochrane et Embase pour comparer l'effet sur la fatigue et/ou la douleur des bDMARDs, des JAKi par rapport au placebo. Pour les JAKi, l'étude a été limitée au baricitinib et au tofacitinib, qui sont enregistrés par la FDA et l'EMA dans le traitement de la PR. Parmi les 1 488 articles initialement identifiés, 33 essais contrôlés randomisés évaluant la douleur par le score VAS et 17 évaluant la fatigue en utilisant le score FACIT-F ont été sélectionnés. Les données ont été extraites indépendamment par les deux auteurs. Nous avons pour chaque bDMARD, chaque JAKi et le placebo, évalué l'amélioration du VAS et du FACIT entre la valeur initiale et la valeur après intervention. Cette méta-analyse a été effectuée pour estimer la différence moyenne globale (MD) avec un intervalle de confiance à 95 % en utilisant la méthode de l'inverse de la variance. L'hétérogénéité a été évaluée (Q-test de Cochran et I2).

Résultats. – Résultats sur la douleur avec toutes les bDMARDs par rapport au Placebo : -13,31 (IC 95 % (-15,46 ; -11,15) ; I2 = 73 %). Dans l'analyse en sous-groupe, pour les anti-TNF MD : -14,03 (IC 95 % (-15,80 ; -12,27) ; I2 = 20 %), pour les anti-IL6 MD : -10,92 (IC 95 % (-16,65 ; -5,19) ; I2 = 85 %), pour l'abatacept MD : -12,27 (IC 95 % (-18,90 ; -5,63) ; I2 = 83 %) et pour le Rituximab MD : -16,44

(IC 95 % (-24,94 ; -7,95) ; I2 = 87 %). Pour les JAKi, l'amélioration était de MD : -13,81 (IC 95 % (-16,46 ; -11,16) ; I2 = 70 %). Concernant la fatigue, l'efficacité des bDMARDs versus Placebo : 3,92 MD (IC 95 % (3,27 ; 4,57) ; I2 = 63 %). Dans l'analyse en sous-groupe, pour les anti-TNF MD : 3,73 (IC 95 % (2,80 ; 4,66) ; I2 = 26 %), pour les anti-IL6 MD : 3,4 (IC 95 % (3,33 ; 3,47) ; I2 = 0 %) et pour le Rituximab MD : 6,01 (IC 95 % (0,96 ; 11,05) ; I2 = 94 %). Pour les JAKi, MD : 4,13 (IC 95 % (3,37 ; 4,88) ; I2 = 48 %).

Discussion. – La double lecture indépendante des articles par les deux auteurs a limité les erreurs d'extraction des données et d'interprétation des résultats. Concernant les résultats, la molécule était utilisée en première ligne dans certaines études et en seconde ou troisième ligne dans d'autres, ce qui peut impacter les résultats. Les articles étudiant les molécules en monothérapie versus les articles portant sur la molécule d'intérêt associée à un csDMARD sont difficilement comparables.

Conclusion. – Il s'agit de la première méta-analyse qui confronte l'impact de JAKi et des bDMARDs sur la douleur et la fatigue à l'aide d'un comparateur commun, le placebo. Elle ne met pas en évidence de différence significative.

Conflit d'intérêts. – C-S. C et I. O : projet ASLER financé par Abbvie

PE. Di-035

Maladie de Castleman chez une patiente atteinte d'un rhumatisme psoriasique traité par infliximab

T. RENOUPEZ* (1) ; M. Kozyreff Meurice (1) ; P. Michelin (2) ; F. Dujardin (3) ; EL. Veresezan (4) ; T. Lequerré (1) ; O. Vittecoq (5) (1) Rhumatologie, C.H.U de Rouen, Rouen ; (2) Radiologie, Chu Rouen, Rue de Germont, Bois-Guillaume ; (3) Orthopédie et traumatologie, C.H.U de Rouen, Rouen ; (4) Service d'anatomopathologie, CENTRE HENRI BECQUEREL, Rouen ; (5) Service de Rhumatologie, C.H.R.U.de Rouen, Bois-Guillaume

*Auteur correspondant : renouprezt@gmail.com (T. RENOUPEZ)

Introduction. – La maladie de Castleman est une pathologie lymphoproliférative rare et bénigne regroupant plusieurs tableaux cliniques et histologiques. Nous rapportons le cas d'une maladie de Castleman unicentrique chez une patiente traitée par infliximab® pour un rhumatisme psoriasique. La maladie de Castleman est une pathologie lymphoproliférative rare et bénigne regroupant plusieurs tableaux cliniques et histologiques. Nous rapportons le cas d'une maladie de Castleman unicentrique chez une patiente traitée par infliximab® pour un rhumatisme psoriasique.

Observation. – Il s'agit d'une femme de 41 ans atteinte d'une forme axiale de rhumatisme psoriasique se traduisant par des lombalgies et des pygalgies inflammatoires. Après échec de 3 AINS utilisés à dose et durée optimale, la spondyloarthrite a été traitée successivement par etanercept (intolérance) puis par l'association méthotrexate/infliximab® (5 mg/kg) qui s'est révélée très efficace avec un recul de 7 ans. En janvier 2018, apparition d'une douleur inflammatoire de l'aine droite, liée à une coxite et majoration des douleurs iliolumbaires gauches devenant insomniantes. La tomodensitométrie (TDM) du bassin a objectivé une lésion tissulaire plurilobée de 59 millimètre de diamètre en avant du muscle psoas gauche. L'analyse du prélèvement biopsique réalisé sous contrôle radiologique a mis en évidence une prolifération lymphocytaire B d'architecture normale. Une tomographie par émission de positon couplée au TDM (TEP-TDM) a été également réalisée retrouvant un hypermétabolisme modéré de la masse au contact du psoas gauche. L'incertitude persistant malgré l'ensemble des examens réalisés, une exérèse chirurgicale de la lésion a été effectuée. L'analyse anatomopathologique retrouve alors un tissu lymphoïde comportant des centres germinatifs de petite taille, atrétiqes, pénétrés radialement par des capillaires hyalinisés, et dont certains sont cerclés par une hyperplasie lymphoïde de la zone du manteau, s'agencant concentriquement « en bulbe d'oignon ». Le tissu inter-folliculaire est hyperplasique, richement vascularisé et comporte quelques élé-

ments plasmocytaires bien mis en évidence par l'immuno-histochimie anti-CD138 ; répartition normale des différents éléments lymphoïdes ; marquage HHV-8 négatif. Ces anomalies sont en faveur d'une maladie de Castleman unicentrique. Au décours de l'exérèse, les douleurs étaient d'intensité moindre.

Discussion. – La littérature retrouve un cas de maladie de Castleman pluricentrique chez un patient atteint de spondyloarthrite 3. Aucun autre cas de découverte de maladie de Castleman sous infliximab® n'a été rapporté dans la littérature.

Conclusion. – À notre connaissance, il s'agit du premier cas de maladie de Castleman dans le cadre d'un rhumatisme psoriasique traité par infliximab®. Bien qu'il n'y ait pas de cas de maladie de Castleman induit par anti-TNF rapporté dans la littérature, l'imputabilité de l'infliximab® n'est pas exclue amenant à proposer le recours à une autre classe de biomédicament potentiellement actif sur les 2 entités tel qu'un anti-IL-6.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-036

Atteinte osseuse au cours de la maladie d'Erdheim-Chester : à propos d'un cas

O. Frikha* (1) ; S. Marzouk (1) ; M. Smaoui (2) ; M. Snoussi (1) ; D.D. Chebbi (1) ; M. Jallouli (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; (2) Réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : frikha.olf@gmail.com (O. Frikha)

Introduction. – La maladie d'Erdheim-Chester (MEC) est une maladie rare caractérisée par une infiltration xanthogranulomateuse d'histiocytes spumeux avec parfois des cellules géantes de Touton. L'atteinte osseuse est fréquente. Elle est représentée essentiellement par l'atteinte des os longs. L'atteinte de la voûte crânienne est rare. Nous rapportons le cas d'une atteinte osseuse au cours de la MEC.

Observation. – Mr HH, âgé de 31 ans, sans antécédents particuliers, a présenté des céphalées holocrâniennes, évoluant depuis 3 ans, améliorées par la prise de paracétamol. Les explorations radiologiques ont conclu à une pansinusite compliquée d'une ostéite du toit de l'orbite. Il a été traité par différentes antibiothérapies sans amélioration. Devant l'aggravation de la symptomatologie, il nous a été adressé. L'examen clinique était sans particularité (pas d'hépatosplénomégalie). À la biologie, il n'y avait ni un syndrome inflammatoire biologique ni une cytolysé hépatique. La TDM du massif facial a montré une pansinusite avec une lésion ostéolytique soufflante d'un sinus frontal droit étendu au toit de l'orbite, entourée d'une plaque d'ostéosclérose périphérique responsable d'une rupture de la corticale osseuse du toit de l'orbite et du sinus frontal avec une brèche ostéoméningée sans véritable extension à l'étage cérébral. La TDM thoraco-abdomino-pelvienne était sans anomalies. Devant la non amélioration, une biopsie de l'os frontal a été réalisée, montrant un infiltrat fait essentiellement d'histiocytes spumeux et sidérophages. À l'immunohistochimie les cellules histiocytaires étaient fortement positives pour le CD 68 et négatives pour le CD1a et PS100. Une scintigraphie osseuse a révélée une hyperfixation isolée du toit de l'orbite droit.

Au terme de cette hospitalisation, le diagnostic de MEC a été retenu avec une atteinte localisée au niveau de l'os frontal. Un traitement par l'interféron alpha pegylé a été proposé à la dose 135 microg/semaine en sous cutané.

Conclusion. – Au cours de la MEC, l'atteinte osseuse est quasi constante. Elle est caractérisée par une ostéosclérose bilatérale et symétrique de la diaphyse et de la métaphyse des os longs. L'atteinte du crane est rare (20 %). Elle donne un aspect pseudotumoral associant des lésions ostéolytiques, et des lacunes géographiques à bords nets, avec ou sans liséré de sclérose périphérique. Le traitement de la MEC n'est pas codifié. L'interféron pegylé est proposé comme une alternative.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-037

Évaluation de la tolérance du méthotrexate selon le score MISS : étude transversale à propos de 100 cas

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

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

*Auteur correspondant : trikiwafa123@gmail.com (W. Triki)

Introduction. – Le Méthotrexate (MTX), chef de file des traitements de fond conventionnels demeure la pierre angulaire du traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde. Il est associé à des effets indésirables digestifs (nausées, vomissements et douleurs abdominales) dont la sévérité peut obliger à cesser le traitement prématurément. Un score de sévérité de l'intolérance au MTX (Méthotrexate Intolerance Severity Score, « MISS ») a été validé chez l'enfant dans l'arthrite juvénile (1) et appliqué par extrapolation au cours de la PR. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence de l'intolérance au MTX dans une cohorte de patients suivis pour PR et d'identifier les facteurs associés au développement de l'intolérance au MTX.

Patients et méthodes. – Étude transversale auprès des patients atteints de PR et traités par MTX depuis au moins 3 mois. L'intolérance au MTX était définie par un score total au questionnaire MISS ≥ 6 et au moins un score individuel pour les symptômes d'anticipation, d'association ou comportementaux ≥ 1 (1). Les caractéristiques cliniques des patients et les renseignements sur le déroulement du traitement par MTX ont été recueillis dans le dossier médical.

Résultats. – Cent patients ont été inclus : 87 femmes et 13 hommes, âgés en moyenne de 53,57 ans. Le MTX était administré par voie orale chez 91 patients, les neuf autres le recevaient par voie intramusculaire. La dose moyenne hebdomadaire de prise était de 15,4 [10-25] mg et sa durée moyenne de prise était de 76,75 [3-300] mois. Une prise fractionnée du MTX était retrouvée chez 8 % des patients. Le MTX était associé à un autre DMARD chez 9 patients et à un traitement biologique chez 26 patients. Tous les patients recevaient de l'acide folique avec une dose de 7,6 mg par semaine. L'évaluation de la tolérance du MTX par le score MISS était estimée à 36 %. En analyse univariée les facteurs associés à une meilleure tolérance du MTX étaient : un âge > 65 ans ($p = 0,02$). La durée de prise du MTX en mois était plus longue chez les patients ayant une intolérance au MTX ($90,22 \pm 61,78$) comparés à ceux ayant une bonne tolérance au MTX ($69,17 \pm 52,04$), néanmoins cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,07$). Aucun lien n'a été retrouvé entre la voie d'administration, la dose de l'acide folique, la prise fractionnée ou unique du MTX ou l'association à d'autres traitements de fond et la tolérance de celui-ci.

Discussion. – Dans notre étude, l'âge jeune était significativement associé à une intolérance au MTX. Nos résultats étaient concordants avec ceux de Bulatovic et al (2).

Conclusion. – Dans notre étude, l'intolérance au MTX au cours de la PR est fréquente (64 %). L'âge jeune était significativement associé à une intolérance au MTX. Aucun paramètre associé au MTX, notamment la dose, la durée de prise, la voie d'administration, la notion de prise unique ou fractionnée ne semble pas être lié à la tolérance de celui-ci.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Bulatovic M, et al. High prevalence of methotrexate intolerance in juvenile idiopathic arthritis : development and validation of a methotrexate intolerance severity score. *Arthritis Rheum* 2011 ; 63 : 2007-13.

[2] Bulatović Čalasan M, et al. Prevalence of methotrexate intolerance in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Arthritis Res Ther* 2013 ; 15 : 217.

PE. Di-038

Le visage systémique de la polyarthrite rhumatoïde

M. Abbes* (1) ; M. Slouma (1) ; D. Rim (1) ; L. Metoui (1) ; N. Boussetta (1) ; N. Gueddiche (1) ; F. Laajili (1) ; I. Gharsallah (1) ; B. Louzir (1)

(1) Médecine interne, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : maissa. abbes1989@gmail.com (M. Abbes)

Introduction. – Évaluer les manifestations extra articulaires (MEA) au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et leur retentissement sur l'activité de la maladie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale descriptive ayant colligé 84 cas de PR répondant aux critères de l'ACR1987/2009. Les MEA étaient recherchées initialement par l'interrogatoire et l'examen physique et secondairement à travers les examens complémentaires suivants : NFS, créatininémie, protéinurie de 24 heures, examen ophtalmologique, radio thorax \pm TDM thoracique et une ostéodensitométrie. Ont été exclues les manifestations pouvant être expliquées par une cause autre que la PR (médicamenteuse, endocrinopathie, autre maladie auto-immune associée...).

Résultats. – Il s'agit de 84 patients atteints de PR avec un sex Ratio (H/F) de 3/1. L'âge moyen était de 54 ± 13 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic était de $44 \pm 13,5$ ans. Les manifestations extra articulaires étaient notées dans 84 % des cas. Il s'agissait de : nodules rhumatoïdes cutanées dans 12,5 % des cas ($n = 10$), atteinte ophtalmologique dans 31 % des cas ($n = 25$), atteinte cardiaque dans 10 % des cas ($n = 8$), atteinte pulmonaire dans 31 % des cas ($n = 25$), atteinte rénale dans 5 % des cas ($n = 4$) et une ostéoporose dans 40 % des cas ($n = 24$). L'atteinte ophtalmologique était concomitante au diagnostic de PR dans 71 % des cas. Le syndrome sec oculaire était retrouvé dans 22 cas et la sclérite dans 3 cas. L'atteinte pulmonaire était à type de pneumopathie infiltrante diffuse dans 50 % des cas. Concernant les manifestations cardiaques, après avoir écarté toutes les autres étiologies, nous avons noté : un trouble du rythme (2 cas), un trouble de la conduction (1 cas), une péricardite (3 cas), une hypertension artérielle pulmonaire (2 cas). Seulement quatre malades avaient une atteinte rénale dont une glomérulonéphrite extra membraneuse qui était responsable du décès de la patiente. L'ostéoporose était majoritairement au niveau du rachis. L'atteinte neurologique à type de polyneuropathie axonale périphérique a été notée dans un cas. L'atteinte hématologique était à type de leuco neutropénie sans un véritable syndrome de Felty (3 cas). Pas de différence entre les patients ayant ou pas des MEA concernant l'âge et l'activité de la maladie. Toutefois, la présence de facteur rhumatoïde (FR) était associé à la présence de MEA (58 % vs 23 % ; $p : 0,032$) avec un odds Ratio = 4,64.

Discussion. – Les MEA sont très fréquentes au cours de la polyarthrite rhumatoïde (84 %) pouvant même engager le pronostic vital. L'atteinte pulmonaire et l'atteinte ophtalmologique retrouvées chez les tiers des malades méritent d'être minutieusement recherchées. Dans notre série, le risque de développer des MEA était multiplié par 4 chez les malades ayant un FR positif.

Conclusion. – Les MEA au cours de la PR sont fréquentes et nécessitent d'être recherchées systématiquement. Certaines atteintes, comme l'atteinte rénale sont souvent négligées pouvant même engager le pronostic vital.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-039

L'indice de masse corporelle (IMC) dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) : effet sur l'évolutivité de la maladie et la réponse thérapeutique

M. Abbes* (1) ; M. Slouma (1) ; D. Rim (1) ; L. Metoui (1) ; N. Boussetta (1) ; N. Gueddiche (1) ; F. Laajili (1) ; I. Gharsallah (1) ; B. Louzir (1)

(1) *Medecine interne, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : maissa. abbes1989@gmail.com (M. Abbes)

Introduction. – La prévalence de l'obésité dans le monde est en perpétuelle augmentation. Ses effets sur l'appareil locomoteur et ses maladies sont souvent négligés. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'indice de masse corporelle (IMC) chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de déterminer son impact sur l'évolutivité de la maladie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale descriptive ayant colligé 84 cas de PR. Le poids et la taille ont été relevés. L'IMC a été évalué selon la classification de l'OMS : maigre < 18,5 kg/m², corpulence normale : 18,5–24,9 kg/m², surpoids : 25–29,9 kg/m² et obésité ≥ 30 kg/m². Nous avons comparé les caractéristiques cliniques, biologiques, l'activité de la maladie (DAS28) et le retentissement fonctionnel (Health Assessment Questionnaire (HAQ)) entre ces groupes.

Résultats. – Il s'agissait de 64 femmes et 20 hommes atteints de PR. L'âge moyen était de 54 ± 13 ans. L'IMC moyen était de 27,39 kg/m² (corpulence normale (21 %), surpoids (51,5 %), obésité (24 %)). Il existe une corrélation négative entre l'âge actuel et l'IMC (r = 0,25, p = 0,04). Le taux de CRP était significativement moins faible chez les patients ayant un poids normal alors que le taux de FR était plus élevé chez ces patients. Paradoxalement, ce sont les patients en surpoids qui avaient moins de retentissement fonctionnel. Le tableau 1 illustre la comparaison entre les 4 groupes concernant le taux de CRP et de FR ainsi que le HAQ.

Tableau 1 Comparaison entre le taux de CRP, FR et HAQ selon l'IMC.

IMC	CRP (mg/l)	FR (UI/ml)	HAQ
Normal	10,7 ± 9	654,8 ± 1 098,7	1,25 ± 0,35
Surpoids	25 ± 31	96 ± 172	0,1 ± 0,22
Obésité	32,5 ± 40,6	326,5 ± 371	0,4 ± 0,49
Maigre	84 ± 35	0	Non calculés
p	0,017	0,053	0,019

Par ailleurs, on n'a pas noté de différence significative concernant : la présence de manifestations extra articulaires, l'association à d'autres maladies auto-immunes et la présence d'érosions osseuses (81 %). Toutefois, l'ostéoporose était significativement plus fréquente chez les patients ayant un IMC < 25 kg/m² (p = 0,035). Concernant l'activité de la maladie, la différence n'a pas été significative : DAS VS (5,4 vs 5) et DAS CRP (4,6 vs 4,4). Sur le plan thérapeutique, le recours à la biothérapie était similaire entre les 4 groupes. Le maintien thérapeutique, évalué par la durée de la biothérapie, était estimé à 36 mois pour ceux ayant un IMC < 25 kg/m² contre 29 mois chez ceux ayant un IMC > 25 kg/m².

Discussion. – L'obésité est fréquente [1] au cours de la PR. Les marqueurs de l'inflammation ont tendance à être plus élevés en cas d'obésité et de surpoids, ce qui est concordant avec les données de la littérature [1]. L'ostéoporose associée à la PR est moins fréquente en cas d'obésité ou de surpoids soulignant ainsi le rôle protecteur du tissu adipeux. Sur le plan fonctionnel, un IMC élevé semble alléger le retentissement fonctionnel de la maladie. Des études à effectifs plus larges sont nécessaires pour appuyer ces constatations.

Conclusion. – L'IMC élevé semble être un facteur pronostic non négligeable dans la PR, tant sur le plan évolutif que thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Gaëlle Clavel, Johanna Sigaux, Luca Semerano. Impact de l'obésité sur l'expression et le devenir de la polyarthrite rhumatoïde Revue du Rhumatisme Monographies 2018 ; 85 : 42-47

PE. Di-040

L'activité professionnelle protège-t-elle contre la fibromyalgie au cours des spondyloarthrites ?

M. Sahli* (1) ; O. Saidane (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com (M. Sahli)

Introduction. – Dans la population générale, l'activité professionnelle a une influence sur l'état de santé physique et psychique des individus. Son influence sur la présence de fibromyalgie (FM) au cours des spondyloarthrites (SpA) a été peu documentée. L'objectif de notre étude était de rechercher une association entre l'activité professionnelle et la présence de FM au cours des SpA.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude transversale sur 100 patients atteints de SpA définie selon les critères ASAS. Les critères ACR 2010 ont été utilisés pour le diagnostic de fibromyalgie. Nous avons déterminé le statut professionnel de chaque patient ainsi que le nombre d'heures de travail et la présence ou pas de couverture sociale. Ces données ont été comparées chez les patients avec et sans FM. L'étude statistique s'est basée sur le score de Pearson (seuil de significativité p ≤ 0,05).

Résultats. – L'âge moyen des patients était de 44,65 ans. Il y avait 67 % d'hommes et 33 % de femmes. Quarante trois patients avaient une activité professionnelle. Elle était de type travail journalier dans 10 % des cas, salarié dans 24 % des cas et auto-entrepreneur dans 9 % des cas. 45 patients étaient sans profession et 12 patients étaient retraités. Le nombre moyen d'heures de travail chez les patients professionnellement actifs était de 8,35 ± 1,86 heures par jour avec des extrêmes entre 5 et 13 heures/jour. La majorité des patients (75 %) avaient une affiliation à la caisse nationale d'assurance maladie. L'étude statistique a montré que les patients qui avaient une activité professionnelle avaient significativement moins de fibromyalgie que les patients sans profession (7,5 % vs 29,8 % respectivement, p = 0,004). Par ailleurs, le type de profession et le nombre d'heures de travail n'avaient pas d'influence sur la présence de FM (p = 0,085, p = 0,349, respectivement). De même, il n'y avait pas d'association significative entre le fait d'avoir ou pas une couverture sociale et la présence de FM (p = 0,191).

Conclusion. – Cette étude a montré que l'activité professionnelle avait un rôle protecteur sur la survenue de FM au cours des SpA. Ceci constitue un argument pour maintenir les patients ayant une SpA dans leurs activités professionnelles.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-041

Facteurs de risque cardio-vasculaire spécifiques à la polyarthrite rhumatoïde et obésité : à propos de 227 cas

S. Boughandjioua* (1)

(1) *Service de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Annaba, Algérie*

*Auteur correspondant : dr_bough@yahoo.fr (S. Boughandjioua)

Introduction. – Au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) il existe une augmentation de la morbidité et de la mortalité d'origine cardiovasculaire. Ce sur-risque s'explique par l'accumulation dans cette pathologie de facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) traditionnels et d'autres facteurs spécifiques à la PR ayant attirés à l'inflammation chronique. Une relation obésité/surpoids et maladies cardio

vasculaires a été bien démontrée et sa prévalence est augmentée dans la PR. Son développement semble être en relation avec les FRCV spécifiques à la maladie.

L'objectif de ce travail est de rechercher le rôle des FRCV spécifiques à la polyarthrite rhumatoïde dans le développement d'une obésité.

Patients et méthodes. – Étude longitudinale à visée descriptive et analytique portant sur 227 cas de patients atteints de PR ayant bénéficié d'une appréciation de la surcharge pondérale par calcul de l'indice de masse corporelle (IMC \geq 25) et la mesure du tour de taille (H > 102 ; F > 88). En parallèle chaque patient a bénéficié d'un dépistage des FRCV spécifiques à la maladie à savoir la durée d'évolution (\geq 10 ans), le niveau inflammatoire (CRP > 10) et d'activité (DAS28 > 3,2), la qualité de vie (HAQ > 2), la positivité de la sérologie rhumatoïde, la présence de manifestations extra articulaires de sévérité et les médicaments employés. Dans un deuxième temps nous avons recherché une relation entre ces FRCV spécifiques et le développement d'une obésité. Le traitement des données a été réalisé sur logiciel épi info version 5, et l'analyse statistique a utilisé les tests : moyenne, écart type, Khi2, le risque d'erreur α a été fixé à 0,05.

Résultats. – Notre population se répartie en 197 femmes et 30 hommes d'âge moyen de 54,52 ans \pm 11,77 (extrêmes de 21 et 84 ans) et une durée moyenne d'évolution de la PR de 14,36 \pm 8,67 ans (extrêmes de 2 et 45 ans). Le surpoids et l'obésité morbide sont observés dans plus du tiers de nos malades, soit 77 patients respectivement. La corrélation entre le développement d'une obésité et la présence de FRCV spécifiques à la maladie retrouvait une différence statistiquement significative avec : l'ancienneté de la maladie (p = < 0,0000001) ; la présence de manifestations viscérales de sévérité (p = 0,07) ; la destruction osseuse (p = 0,006) ; le niveau d'activité de la PR (p = 0,000006) ; l'altération de la qualité de vie (HAQ > 2) (p = 0,0262) ; la positivité du facteur rhumatoïde (p = 0,0009) et la prise de corticoïdes (p = 0,000009). Par ailleurs il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative entre le niveau inflammatoire de la PR et le développement d'une obésité et il apparaissait que les malades présentant des manifestations extra articulaires feraient significativement plus d'événements cardiovasculaires (p < 0,005).

Conclusion. – Cette étude a permis de démontrer un lien de causalité entre les FRCV spécifiques à la PR et le développement d'une obésité contribuant ainsi à l'augmentation du risque cardio-vasculaire. La prise en charge doit être globale encadrant la maladie elle-même et ses comorbidités notamment cardiovasculaires.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-042

Efficacité et tolérance de l'abatacept en association avec le méthotrexate (MTX) chez des patients atteints de PR, naïfs de MTX à un stade précoce, et ayant des anticorps anti-protéines citrullinées : résultats préliminaires à 1 an d'une étude de phase IIIb

E. Gervais* (1) ; P. Emery (2) ; Y. Tanaka (3) ; V. Bykerk (4) ; TW. Huizinga (5) ; G. Citera (6) ; M. Nys (7) ; S. Connolly (8) ; A. Johnsen (9) ; R. Fleischmann (10)

(1) Rhumatologie, CHU de Poitiers, Poitiers ; (2) Institut de rhumatologie et de médecine musculosquelettique, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni ; (3) Rhumatologie, The First Department of Internal Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japon ; (4) Rhumatologie, Hospital for Special Surgery, New York, États-Unis ; (5) Département de rhumatologie, Centre Médical Universitaire de Leiden, Leiden, Pays-Bas ; (6) Reumatología, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentine ; (7) Gbs-bld-sub1, Bristol-Myers Squibb, Braine-l'Alleud, Belgique ; (8) Non-registrational data generation, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis ; (9) Immunosciences, Bristol-Myers

Squibb, Princeton, États-Unis ; (10) Centre de recherche clinique metroplex, Centre Médical SW de l'Université du Texas, Dallas, États-Unis

*Auteur correspondant : elisabeth.gervais@chu-poitiers.fr (E. Gervais)

Introduction. – Chez des patients (pts) atteints de PR à un stade précoce (durée de la maladie \leq 24 mois), naïfs de méthotrexate (MTX) et présentant des facteurs de mauvais pronostic, dont une positivité (+) aux anticorps anti-protéines citrullinées (anti-citrullinated protein antibody, ACPA), l'association d'abatacept (ABA) + MTX vs MTX a montré un taux de réponse DAS28 (CRP) < 2,6 à 12 mois, supérieur. 1,2 L'essai AVERT-2 (clinicaltrials.gov, NCT02504268) étude de manière plus approfondie la capacité de l'association ABA + MTX à induire des mesures validées de rémission chez des patients ACPA+ atteints de PR à un stade précoce (durée de la maladie \leq 6 mois).

Patients et méthodes. – Les patients (pts) ont été randomisés (3 : 2) pour recevoir en double aveugle soit de l'ABA SC une fois par semaine à raison de 125 mg + MTX, soit du MTX pendant 56 semaines (sem). Critères d'inclusion clés : âge \geq 18 ans ; diagnostic de PR \leq 6 mois (critères de l'ACR/EULAR 2010) ; ACPA+ ; NAD et NAG \geq 3 ; CRP > 0,3 mg/dl (LSN)/VS \geq 28 mm/h ; SDAI > 11 ; naïfs de traitement de fond. Critère d'évaluation principal : proportion de pts en rémission SDAI (SDAI \leq 3,3) à la semaine 24 chez les 375 premiers pts randomisés (population d'analyse primaire). Critères d'évaluation secondaires testés de manière hiérarchique : DAS28 (CRP) < 2,6 à la semaine 24 et SDAI \leq 3,3 à la semaine 52 (population d'analyse primaire), et variation par rapport à la référence initiale du score total de Sharp/van der Heijde (SHS ; radiographie) et rémission booléenne à la semaine 52 (tous les pts randomisés). Les comparaisons ont été faites à l'aide d'une régression logistique des résultats binaires et une analyse non paramétrique par rang de la covariance pour les données radiographiques.

Résultats. – Dans la population d'analyse primaire, 225 pts ont reçu de l'ABA + MTX et 150 pts ont reçu du MTX. Dans l'ensemble, 752 pts ont été randomisés pour recevoir de l'ABA + MTX (n = 451) et du MTX (n = 301) ; 63 et 68 pts ont interrompu le traitement, respectivement, à la semaine 52. Les caractéristiques patientes initiales étaient similaires entre les différents bras de traitement pour chaque population. La proportion de pts obtenant un SDAI \leq 3,3 à la semaine 24 était de 21,3 % pour l'ABA + MTX et de 16,0 % pour le MTX (population d'analyse primaire ; p = 0,2359). Des résultats significatifs en faveur de l'association ABA + MTX ont été observés pour tous les critères d'évaluation secondaires, y compris les variations moyennes par rapport à la référence pour le score SHS total à la semaine 52 chez tous les pts randomisés (0,5 par rapport à 2,5 ; valeur p nominale < 0,0001 ; Tableau 2). Les profils de tolérance étaient similaires pour les différents bras de traitement. Aucun nouveau signe mettant en cause l'innocuité du produit n'a été observé.

Conclusion. – L'association abatacept + MTX vs MTX pour des patients ACPA+ atteints de PR à un stade précoce n'a pas satisfait le critère d'évaluation principal : différence statistiquement significative pour la réponse SDAI \leq 3,3 à la semaine 24 dans la population d'analyse primaire. Cependant, ce critère a été atteint à la semaine 52. De manière cohérente avec les précédentes études, 1,2 des bénéfices de l'association abatacept + MTX vs MTX ont été observés pour le critère d'évaluation du DAS28 (CRP) < 2,6 à la semaine 24 chez la population d'analyse primaire et pour les autres critères d'évaluation secondaires chez tous les pts randomisés.

Ces résultats ont été présentés au congrès de l'ACR 2018 à Chicago

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Emery P, et al. Ann Rheum Dis 2015 ; 74 : 19–26.
- [2] Westhovens R, et al. Ann Rheum Dis 2009 ; 68 : 1870–7.

PE. Di-043

L'atteinte hématologique au cours de la polyarthrite rhumatoïde et son association avec l'activité et la sévérité de la maladie

N. Siar* (1) ; S. Ksir (2) ; N. Naji (2) ; H. Boudouaya (3) ; N. Akasbi (1) ; H. Taoufik (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc ; (2) Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc ; (3) Épidémiologie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc
*Auteur correspondant : nouhad.siar94@gmail.com (N. Siar)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent. Elle peut s'associer à diverses anomalies hématologiques. Ces troubles révèlent souvent des manifestations systémiques de la PR mais peuvent également être en rapport avec des troubles d'ordre auto-immun. Le but de cette étude est de décrire les différents types d'atteinte hématologique au cours de la PR et d'étudier leur association avec l'activité de la maladie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale incluant 294 cas de PR colligés au service de rhumatologie au CHU de Fès entre 2012 et janvier 2018. Deux groupes identifiés : avec ou sans atteinte hématologique

Résultats. – Nous avons colligé 194 cas de PR, dont 253 femmes et 41 hommes. L'âge moyen est de 53,2 ans \pm 12,3. L'atteinte hématologique au cours du PR est présente chez le un tiers des patients (34,4 %). 27,9 % des patients avaient une anémie dont 16,7 % était normochrome microcytaire, 8,37 % normocytaire et 2,7 % macrocytaire. 5,1 % avaient une leucopénie dont 1,4 % une neutropénie. La lymphopénie était présente chez 6,1 % des patients, alors que 3,1 % d'entre eux avaient une thrombopénie. MGUS chez 6 cas et maladie de Biermer 1 cas. En analyse bivariée, il existe une association entre la présence de l'atteinte hématologique et la VS ($p = 0,00$), la CRP ($p = 0,00$), le DAS 28 ($p = 0,04$) et la présence d'érosions ($p = 0,04$). Par ailleurs il n'existe pas d'association entre l'atteinte hématologique et la présence ou non de FR et d'ACPA et le HAQ. En analyse multivariée, seule persiste une association entre la présence de l'atteinte hématologique et la CRP (OR = 1 018, IC à 95 % : 1 009-1 026).

Conclusion. – Notre série montre que l'atteinte hématologique reste fréquente au cours de la PR et semble être indépendamment liée à l'activité et la sévérité de la maladie. Contrairement à d'autres études qui montrent que le taux d'hémoglobine et de plaquettes constituent des marqueurs de l'inflammation au cours de la PR. D'autres études à grandes échelles sont nécessaires.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-044

Activité physique – pratique, freins et facteurs de motivation : enquête auprès de 1 346 patients

K. Louati (1) ; S. Rollot* (2) ; C. Beller (2)

(1) Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris ; (2) Afpric, Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques, paris

*Auteur correspondant : afp@nerim.net (S. Rollot)

Introduction. – Les récentes études le prouvent : l'activité physique est bénéfique pour les personnes souffrant de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). L'AFPric a souhaité connaître le rapport des malades à celle-ci, leurs pratiques, et les éventuelles actions qu'elle pourrait mettre en place pour favoriser la pratique d'activité physique par les malades.

Patients et méthodes. – Un questionnaire comprenant 30 items a été élaboré par des membres de l'AFPric, puis envoyé le 25 janvier 2018 par mail à 10 745 contacts souffrant de RIC. Les réponses ont été collectées jusqu'au 15 février via le logiciel Survey Monkey. Cette étude a été réalisée grâce au soutien institutionnel de Bristol-Myers Squibb.

Résultats. – Au total, 1 346 membres (12,5 %) ont répondu à l'enquête, dont 1 133 femmes (84,2 %) et 1 049 PR (77,9 %). L'âge moyen était de 58 ans [18-98]. 477 étaient actifs en emploi, 579 retraités. Le taux de répondants est conforme au taux de réponses moyen des enquêtes menées par l'AFPric. Parmi l'ensemble des répondants (1 263), 77 % déclaraient privilégier la marche ou le vélo aux véhicules motorisés et 63,7 % les activités qui nécessitent de bouger aux activités passives. 58 % (728) déclaraient pratiquer une ou plusieurs activités physiques régulières : parmi eux 44,4 % pratiquaient la marche sportive, 40,5 % la gymnastique douce et 27,8 % le vélo. Pour 41,3 % (296) ils accordaient plus de 2 h 30 par semaine aux activités physiques. Parmi les 528 personnes ne pratiquant pas d'activité physique, les principales raisons invoquées étaient les articulations douloureuses (61,3 %) et la fatigue (59,2 %), avant le manque de motivation (33,7 %), de temps (22,7 %) ou de budget (14,9 %). Cependant, dans 89,1 % des cas, elles déclaraient qu'elles aimeraient pratiquer davantage d'activité physique. Parmi l'ensemble des répondants (1 219), 91 % pensent que la pratique d'une activité physique est bénéfique lorsqu'on est atteint d'un RIC et 92 % que le fait d'être actif physiquement permet de mieux vivre avec la maladie. Les séances d'activités adaptées aux RIC ou aux seniors (874) et les séances de sport gratuits (467) arrivent en premier lorsqu'on leur demande ce qui pourrait les aider à augmenter leur pratique. Sur 1 138 répondants, 83 % participeraient si l'association organisait des temps sportifs près de chez eux et 90,2 % utiliseraient des supports d'accompagnement dans la pratique d'une activité physique adaptée, les vidéos en ligne semblant être le support le plus adapté pour 38 %.

Conclusion. – Bien que la pratique d'une activité physique ne soit pas généralisée parmi les patients atteints de RIC, ils reconnaissent pour la très grande majorité ses bénéfices. La mise en place d'actions et de supports gratuits et ciblés par l'association pourrait permettre de lever certains freins liés aux RIC et d'encourager la pratique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-045

Enquête sur l'utilisation des petites molécules anti JAKs (tofacitinib et baricitinib) en pratique : à propos de 59 cas

O. Brocq* (1) ; E. Acquacalda (1) ; A. Florent (1)

(1) Rhumatologie, CHPG, Monaco, Monaco

*Auteur correspondant : obrocq@chpg.mc (O. Brocq)

Introduction. – Depuis 1 an nous avons la possibilité dans la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) d'utiliser les anti-JAKs (petites molécules) en pratique courante en cas d'échec aux traitements de fond classiques ou aux biomédicaments, en association ou pas au méthotrexate. Nous avons ainsi revu tous nos patients traités par les JAK inhibiteurs.

Patients et méthodes. – cette enquête rétrospective concerne tous les patients ayant été traités par tofacitinib et baricitinib depuis leur commercialisation en dehors de toute étude thérapeutique. Nous avons noté en dehors des caractéristiques démographiques, la pathologie traitée, le nombre de bio médicaments utilisés avant, si les patients étaient en monothérapie ou pas. On a observé la réponse thérapeutique selon les critères internationaux et la tolérance du médicament.

Résultats. – 59 patients atteints de PR étaient inclus, 9 H et 50 F d'âge moyen 61 ans avec une durée moyenne (moy) d'évolution de la PR de 14 ans. Les patients étaient en échec de 1 à 6 biomédicaments sauf 3 patients qui n'avaient jamais eu de biomédicaments avant. 25 patients étaient sous baricitinib. 14 étaient en bonne réponse thérapeutique, avec un recul allant de 3 à 9 mois. 6 patients avaient stoppé leur traitement pour effets secondaires, et 5 patients pour échec thérapeutique. 34 patients étaient sous tofacitinib. 14 étaient en bonne réponse thérapeutique, avec un recul allant de 3 à 9 mois dont 3 patients en association avec le méthotrexate. 6

patients avaient stoppé leur traitement pour effets secondaires, et 5 patients pour échec thérapeutique. Pour 9 patients, le recul était insuffisant. Parmi les 3 patients naïfs de bio médicament, 3 répondaient au traitement (recul de 3 à 6 mois). Les patients en échecs des anti-JAKs, avaient reçus de 1 à 5 bio médicaments avant l'initiation de l'anti JAK. 2 patients ont switché d'un anti JAK à l'autre sans recul suffisant.

Conclusion. – Globalement l'utilisation d'un anti JAK, après échec des bio médicaments donne des résultats intéressants dans la moitié des cas ce qui est en accord avec les études dans cette situation.

Conflit d'intérêts. – Intervention ponctuelle pour lilly et pfizer

PE. Di-046

La polyarthrite rhumatoïde induit des modifications de l'homéostasie intestinale, réversibles après le contrôle de l'inflammation systémique

C. Daien* (1) ; R. Audo (1) ; J. Mielle (2) ; L. Macia (3)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (2) Igmm, UMR5535, Montpellier ; (3) Immunometabolism lab, Charles Perkins Centre, Camperdown, Australie

*Auteur correspondant : cidaien@gmail.com (C. Daien)

Introduction. – De plus en plus d'études démontrent l'importance des interactions entre microbiote intestinal et système immunitaire. On sait que les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ont un microbiote intestinal altéré par rapport à celui des sujets sains. Reste à déterminer si ces modifications précèdent la survenue de la PR ou en sont la conséquence. L'objectif de ce travail est de déterminer l'impact de la PR sur l'homéostasie intestinale (microbiote, épithélium intestinal et système immunitaire digestif) dans un modèle murin d'arthrite induite par des anticorps collagéniques (CAIA) et chez des patients atteints de PR.

Matériels et méthodes. – La CAIA a été induite chez la souris par injection d'anticorps monoclonaux disponibles dans le commerce. La composition du microbiote intestinal a été évaluée par analyse du gène de l'ARNr 16S fécal avant et 6 jours après l'induction de l'arthrite. L'immunité intestinale a été étudiée par cytométrie en flux sur des cellules isolées à partir des ganglions mésentériques drainant l'intestin. La perméabilité intestinale a été évaluée par PCR en temps réel à partir d'ARN extraits de tissus coliques de souris. Chez les patients atteints de PR, la perméabilité intestinale a été évaluée par des marqueurs sériques en ELISA (protéine liant le LPS (LBP), CD14 soluble et zonuline).

Résultats. – La CAIA induisait une dysbiose bactérienne intestinale caractérisée par une diminution de la richesse bactérienne et des modifications de la composition bactérienne avec une diminution significative de la proportion de Bifidobacterium et une augmentation de la proportion de Protéobactéries. Les cellules immunitaires inflammatoires telles que les monocytes et Th17 étaient significativement augmentées dans les ganglions mésentériques alors que la proportion de lymphocytes T régulateurs était diminuée. Ces changements étaient associés à une diminution de l'expression de zonula occludens-1, un marqueur de la perméabilité intestinale chez la souris. La perméabilité intestinale était également significativement augmentée chez les patients atteints de PR, comme le montraient l'augmentation de LBP, le CD14 soluble et la zonuline. Ces marqueurs de perméabilité intestinale étaient significativement corrélés à l'activité de la maladie et se normalisaient chez les patients qui répondaient aux traitements de fond.

Conclusion. – L'arthrite semble affecter l'homéostasie intestinale d'après ces résultats obtenus dans un modèle murin et chez les patients. Une amélioration de la maladie chez les patients semble associée à une diminution de la perméabilité intestinale, suggérant des interactions dynamiques entre inflammation systémique et inflammation intestinale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-047

Lien entre la polyarthrite rhumatoïde et la parodontite : résultats d'une étude cas-témoins

F. Mechid* (1) ; M. Meddad (2) ; SS. Salah (3) ; M. Benidir (3) ; S. Merad (4) ; N. Zehraoui (1) ; R. Benaziez (1) ; N. saidi (1) ; O. Chikh (1) ; H. Hafirassou (1) ; N. BLIDI (1) ; C. Dahou-Makhloufi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie ; (2) Parodontologie, CHU Mustapha, Alger, Algérie ; (3) Immunologie, Institut Pasteur d'Algérie, Dely Ibrahim, Algérie ; (4) Anaérobies et botulisme, Institut Pasteur, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : fairouza33@gmail.com (F. Mechid)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la parodontite (PD) sont des affections inflammatoires chroniques qui partagent des mécanismes physiopathologiques communs.

L'objectif principal de cette étude était de rechercher une éventuelle association entre la PR et la PD.

Patients et méthodes. – Étude cas-témoins appariée à l'âge et au sexe, portant sur 69 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde récente (≤ 2 ans), telle que définie par les critères ACR/EULAR 2010, naïves de biothérapie et un groupe témoin constitué de 138 sujets, recrutés entre 2013 et 2017. N'ont pas été inclus les tabagiques, les diabétiques, les patients ayant autre affection que la PR, et les sujets ayant bénéficiés des soins dentaires et ceux ayant consommés des antibiotiques dans les 3 mois précédents. Nous avons relevé les caractéristiques démographiques, le DAS 28VS moyen, le taux moyen des anti CCP et le HAQ. Un examen parodontal a été réalisé chez tous les participants, à l'issue duquel nous avons classé nos parodontites selon la classification d'Armitage en PD débutante, modérée ou sévère. Un prélèvement bactériologique a été effectué en cas de PD à la recherche du *porphyromonas gingivalis* (Pg).

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de $40,75 \pm 12,04$, la durée moyenne d'évolution de la PR était de 14 mois (extrêmes : 1-24 mois). Les Anti CCP étaient présents chez 88 % des patients. Le HAQ moyen était de $0,64 \pm 0,60$. Une association significative a été trouvée entre la PR et la PD, en effet, la fréquence des PD était plus élevée dans le groupe PR par rapport au groupe témoin (43 % versus 29 %, $p < 10^{-3}$), avec un odds ratio à 2,46 (95 % CI 1,12-5,39). Les patients ayant une activité modérée à sévère avaient plus de PD en comparaison à ceux ayant une activité faible ($p = 0,02$). Le titre des anti-CCP est plus élevé en présence de PD qu'en son absence avec une différence à la limite de la signification ($p = 0,06$). En ce qui concerne la fréquence du *porphyromonas gingivalis*, Il n'a pas été observé de différence significative entre le groupe PR et le groupe témoin ($p = 0,45$).

Conclusion. – À travers cette étude, la parodontite représente un facteur de risque de survenue d'une polyarthrite rhumatoïde. Il semble également y avoir un lien entre l'activité de la maladie, les anti CCP et la parodontite. Cependant, nous n'avons pas détecté d'association entre le *porphyromonas gingivalis* et la polyarthrite rhumatoïde.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-048

Méthotrexate ou léflunomide en association aux différentes thérapies ciblées : quelles sont les meilleures combinaisons ? Revue systématique de la littérature et méta-analyse

G. Decarriere* (1) ; T. Barnette (2) ; C. Lukas (1) ; C. Gaujoux-Viala (3) ; B. Combe (1) ; J. Morel (1) ; C. Daien (1)

(1) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (2) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux ; (3) Rhumatologie, CHRU de NÎMES, Nîmes

*Auteur correspondant : guillaume.decarriere@gmail.com (G. Decarriere)

Introduction. – Dans la polyarthrite rhumatoïde, les thérapies ciblées sont plus efficaces en association avec le méthotrexate (MTX) qu'en

monothérapie. Quand le MTX ne peut pas être utilisé, d'autres csDMARDs peuvent être proposés en association avec les thérapies ciblées. Cependant, nous manquons de données concernant l'efficacité de ces traitements par rapport au méthotrexate en association avec les thérapies ciblées. L'objectif de notre étude est d'analyser les données de la littérature comparant l'efficacité, la tolérance et le maintien thérapeutique du MTX par rapport aux autres csDMARDs en association avec les différentes thérapies ciblées.

Matériels et méthodes. – Analyse systématique de la littérature dans les bases de données Pubmed, Embase et dans les annales des congrès ACR et EULAR pour rechercher les études comparant l'efficacité, le maintien thérapeutique et la tolérance du méthotrexate comparés aux autres csDMARDs (leflunomide [LEF] ou tous les autres csDMARDs non méthotrexate) en association avec rituximab (RTX), anti TNF alpha (aTNF), abatacept, tocilizumab et inhibiteurs de JAK (JAKi). Une méta analyse a été réalisée avec le logiciel Revman en utilisant des modèles à effet fixe ou à effets aléatoires, tenant compte du niveau d'hétérogénéité entre les études. Les données ont été recueillies par deux investigateurs de façon indépendante.

Résultats. – Parmi les 3 842 articles évalués, 144 ont été sélectionnés à la lecture du titre et du résumé et 18 ont été finalement retenues (8 pour le RTX et 10 pour les aTNF). Toutes ces études étaient des études de cohorte. Pour le tocilizumab, l'abatacept et les JAKi, il n'y avait pas assez d'étude pour réaliser une méta analyse. Concernant le rituximab, les patients traités en association avec le LEF présentaient un meilleur taux de bonne réponse EULAR que ceux traités avec le MTX (n = 3 250, 5 études, RR = 1,46 [95 % intervalle de confiance [95 % CI] 1,25 ; 1,70], I² = 0 %, p < 0,001). Les patients traités en association avec le LEF avait également tendance à avoir moins d'effets secondaires (n = 2 718, 4 études, RR = 0,73 [0,52 ; 1,03] ; I² = 0 %, p = 0,07). Ces différences ne semblaient pas expliquées par des biais d'indication car les caractéristiques initiales étaient identiques entre les patients recevant le MTX et ceux recevant le LEF. Pour les patients recevant les aTNF, l'association au MTX permettait un taux de réponse EULAR plus élevé que chez ceux traités par les autres csDMARDs (n = 1 859, 3 études, RR = 0,88 [0,81 ; 0,96] ; I² = 0 %, p = 0,004). Le delta DAS 28 à 6 mois paraissait plus important chez les patients traités par le MTX comparé aux autres csDMARDs (-0,28 [-0,51 ; -0,05] ; I² = 0 %, p = 0,02). La tolérance semblait identique entre les patients recevant les aTNF en association avec le MTX et ceux avec les autres csDMARDs.

Conclusion. – Le LEF ou les autres csDMARDs semblent efficaces et bien tolérés pour les patients intolérants au MTX, en association avec les traitements ciblés. Alors que le MTX semble supérieur aux autres csDMARD en combinaison avec les aTNF, le LEF pourrait donner de meilleurs résultats que le MTX en termes d'efficacité et de tolérance en combinaison avec le rituximab. Ces résultats méritent d'être confirmés par un essai randomisé.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-049

Modalités d'usage du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde avant le recours à la biothérapie

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

*Auteur correspondant : gzam.yosra89@gmail.com (Y. Gzam)

Introduction. – Le méthotrexate (MTX), analogue de l'acide folique, constitue le traitement de fond le plus prescrit en première ligne au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). L'optimisation de l'usage du MTX avant d'initier un traitement biologique est nécessaire au cours de la prise en charge de la PR. L'objectif de cette étude était d'évaluer les modalités d'usage du MTX avant le recours aux traitements biologiques au cours de la PR.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus des patients suivis pour une PR, traités par du MTX pendant au moins 3 mois et ayant nécessité le recours aux traitements biologiques.

Résultats. – Cinquante cinq patients ont été inclus, 3 hommes et 52 femmes, âgés en moyenne de 44 ans [18-65] au moment du diagnostic. Le MTX était prescrit en première ligne et par voie orale pour tous les patients. La dose initiale prescrite était inférieure à 10 mg/semaine pour 3 patients (5,5 %), de 10 mg/semaine pour 41 patients (74,5 %), 12,5 mg/semaine pour 5 patients (9,1 %) et de 15 mg/semaine pour 6 patients (10,9 %). La dose maximale prescrite du MTX était en moyenne de 18 mg/semaine avec une dose maximale supérieure ou égale à 20 mg/semaine chez 32 patients (58,1 %). Cette dose maximale a été prescrite après un délai moyen de 28 mois. Un passage à la forme parentérale était effectué chez 25 patients (45,5 %) dont l'indication principale était une intolérance digestive (80 %). Un recours à un autre traitement de fond synthétique (csDMARDs) en association au MTX a été effectué pour 31 patients (56,4 %) : la Salazopyrine chez 30 patients (54,4 %) et le leflunomide chez un patient (1,8 %). La durée moyenne du traitement par MTX avant l'initiation du premier traitement biologique était de 42 mois. Le MTX a été interrompu avant un an pour 6 patients (10,9 %). Les motifs d'arrêt du MTX étaient : un échec thérapeutique chez 39 patients (70,9 %), une intolérance digestive chez 12 patients (21,8 %), une cytolysé hépatique chez 2 patients (3,6 %), une leucopénie chez un patient (1,8 %), et une réaction allergique chez un patient (1,8 %).

Conclusion. – Notre étude prouve la présence de quelques insuffisances relatives à l'optimisation de l'usage du MTX avant le recours à la biothérapie au cours de la prise en charge de la PR notamment un retard d'instauration d'une dose efficace et une dose maximale inférieure à 20 mg/semaines chez 41,9 % des patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Curtis J R, et al. Arthritis Care & Research 2014 ; 66 : 1604-7
- [2] Sharma P, et al. Drugs 2015 ; 75(17) : 1953-6.

PE. Di-050

Optimisation de l'examen échographique pour le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde érosive en comparaison à des patients atteints d'arthrose digitale

C. Roux* (1) ; F. Gandjbakhch (2) ; A. Pierreisnard (3) ; M. Couderc (4) ; C. Lukas (5) ; R. Masri (1) ; JP. Sommier (1) ; I. CLERC-URMES (6) ; C. Baumann (6) ; I. Chary-Valckenaere (1) ; D. Loeuille (1)

(1) Rhumatologie, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy ; (2) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (3) Ap-hp, hôpital pitié-salpêtrière, service de rhumatologie, paris, UPMC Univ Paris 06, GRC-UPMC 08 (EEMOIS), Paris ; (4) RHUMATOLOGIE, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand ; (5) Rhumatologie, C.H.U de Montpellier, Montpellier ; (6) Plateforme de support à la recherche clinique, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : roux.cam@hotmail.fr (C. Roux)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR), maladie inflammatoire chronique la plus fréquente, est responsable de dommages structuraux. Pour limiter ces conséquences, un consensus international a recommandé une stratégie thérapeutique basée sur le diagnostic précoce et la recherche de facteurs de mauvais pronostic d'atteinte radiographique : érosions en radiographie (RX), syndrome inflammatoire biologique, anticorps anti-peptide citrulliné. Le gold standard pour évaluer l'atteinte structurale de la PR est actuellement la RX. Chez les patients âgés de plus de 50 ans, le diagnostic de PR est établi sur des arguments cliniques et biologiques. Le diagnostic de PR érosive peut être difficile du fait de la possible coexistence d'éro-

sions liées aux lésions dégénératives de l'arthrose digitale (OA) ou aux érosions de PR. De notre connaissance, il n'existe pas actuellement d'étude étudiant les meilleurs scénarii en termes de sensibilité et spécificité pour établir le diagnostic de PR érosive en échographie (US) avec un nombre limité d'articulations étudiées. Les objectifs de notre étude étaient de déterminer les meilleurs scénarii diagnostiques pour poser le diagnostic de PR érosive en US, grâce à des seuils diagnostiques de PR érosive préalablement établis, en termes de sensibilité, spécificité et concordance avec l'examen radiographique, comparé à des patients atteints d'OA.

Matériels et méthodes. – Les patients remplissant les critères diagnostiques ACR 1987 et/ou ACR/EULAR 2010 de PR ou ceux d'OA, étaient prospectivement inclus. Un score modifié de SHARP « érosion » était réalisé en aveugles par deux lecteurs et avec l'aide d'un 3e lecteur comme adjudicateur pour les cas discordants (nombre d'érosion inférieur à 3). Les érosions en US étaient évaluées, en 4 grades, sur 6 articulations de manière bilatérale (MCP2, 3 et 5 et MTP2, 3 et 5) et sur tous les versants dorsaux (D) et plantaires (P) ainsi que sur les versants latéraux (L) pour les MCP2, MCP5 et MTP5, pour calculer un score total US pour les érosions : le score USse. Les quatre grades US étaient : grade 0 : pas d'érosion, grade 1 : une érosion < 2 mm, grade 2 : une érosion ≥ 2 mm et < 3 mm ou plusieurs érosions < 2 mm, grade 3 : une érosion ≥ 3 mm ou multiples érosions (>n = 2). Les critères EULAR 2013 de définition de PR érosive étaient utilisés pour poser le diagnostic de PR érosive en RX.

Résultats. – Un total de 168 patients ont été inclus : 122 PR (32 PR précoces < 2 ans et 90 PR anciennes ≥ 2 ans) ainsi que 46 patients remplissant les critères d'OA. Un troisième lecteur a été nécessaire pour 69 patients. Lors de l'évaluation RX : 42 PR (6 précoces et 36 anciennes) et 5 OA étaient érodées selon les critères de définition EULAR 2013 (sensibilité : 34,4 % et spécificité : 89,1 %). À l'échographie, 95 patients PR (21 précoces, 74 anciennes) et 12 patients OA étaient érodés. Dans le groupe PR, les sites préférentiels d'érosion étaient la MTP5, puis la MCP2, et la MCP5, sur leurs versants latéraux. Sur l'analyse de 30 facettes articulaires, si on considère la présence d'une érosion sur deux facettes articulaires (seuil 1) ou au moins une érosion de grade 2 (seuil 2) en US, les sensibilités sont bonnes (68-72,1 %) et les spécificités sont excellentes (89,1-100 %). Avec seulement 6 facettes articulaires examinées (MCP2 L + MTP5 P + MTP5 L), les sensibilités et les spécificités restent bonnes (59,8 % et 60,7 %) à excellentes (95,6 % et 100 %) avec les seuils 1 et 2, respectivement. Pour tous les différents scénarii, la concordance entre la RX (seuil de trois érosions) et l'US (seuils 1 et 2) était excellente (88,1 % à 92,8 %).

Conclusion. – Les érosions visibles en US sont plus fréquentes et plus sévères dans la PR que dans l'OA. L'évaluation US des érosions de 6 facettes articulaires (MCP2 L + MTP5 P + MTP5 L) détecte 1,7 fois plus de PR érosives que la RX à la fois dans le groupe de PR anciennes et de PR récentes avec une bonne sensibilité (>59,8 %) et une excellente spécificité (>88,1 %). Dans le cadre des PR récentes plus que dans celui des PR anciennes, les deux examens US et RX sont nécessaires dans le but d'optimiser le diagnostic de maladie érosive.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] van der Heijde D, et al. EULAR definition of erosive disease in light of the 2010 ACR/EULAR rheumatoid arthritis classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2013 ; 72 : 479–81.
 [2] Baillet A, et al. Comparison of the efficacy of sonography, magnetic resonance imaging and conventional radiography for the detection of bone erosions in rheumatoid arthritis patients : a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Oxf Engl* 2011 ; 50 : 1137–47.

PE. Di-051

Médecines alternatives et complémentaires, adhésion thérapeutique et état de santé des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : étude multicentrique sur 519 patients

M. Pugibet* (1) ; B. Castagne (2) ; C. Rempenault (3) ; E. Berard (4) ; M. Magnol (5) ; A. Tournadre (2) ; C. Lukas (6) ; A. Ruysen-Witrand (5) ; C. Richez (7) ; P. Vergne-Salle (1)
 (1) Rhumatologie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges ;
 (2) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand ;
 (3) Service d'immuno-rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ;
 (4) Rhumatologie, C.H. Universitaire de Bordeaux, Bordeaux ;
 (5) Rhumatologie, Hôpital Purpan, Toulouse ; (6) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (7) Service de Rhumatologie, C.H.U Pellegrin, Bordeaux

*Auteur correspondant : marinepugibet@hotmail.fr (M. Pugibet)

Introduction. – L'adhésion thérapeutique dans la Polyarthrite (PR) est faible. L'objectif principal de cette étude était de déterminer si l'usage des médecines complémentaires et alternatives appelées « CAM » constitue un facteur de risque de mauvaise adhésion thérapeutique. Les objectifs secondaires étaient de déterminer quelle population adhère aux CAM, d'étudier l'impact des CAM sur l'activité de la PR et sur les comorbidités des patients.

Matériels et méthodes. – Nous avons mené une étude multicentrique observationnelle prospective dans les services de rhumatologie de cinq CHU en France. Un auto-questionnaire à 8 items validé en Français a été utilisé pour mesurer l'adhésion thérapeutique. Le DAS-28 et l'index de Charlson (score de comorbidité) ont été calculés pour chaque patient. Les tests du Chi-2, Chi-2 corrigé ou test exact de Fischer ont été utilisés pour les variables qualitatives. Les tests de Fisher, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis ont été utilisés pour les variables quantitatives.

Résultats. – 519 patients ont répondu à notre questionnaire. 38 % des patients se sont estimés hautement adhérents. Les patients retraités ou sans emploi, n'ayant pas fait d'études supérieures et âgés de 63 ans en moyenne étaient plus adhérents. L'adhésion thérapeutique était plus basse chez les patients réalisant un régime avec éviction des produits laitiers ou pauvre en FODMAPS et chez ceux pratiquant la médecine chinoise. Les femmes, d'âge moyen, avec un poids et un IMC bas, résidant en zone urbaine, ayant fait des études supérieures adhéraient le plus aux CAM. La médecine chinoise, l'aromathérapie et la réflexologie diminuaient significativement l'activité de la PR. Aucun impact sur les comorbidités n'a été mis en évidence.

Discussion. – Le pourcentage de patients hautement adhérents ainsi que leurs caractéristiques démographiques concordent avec les données de la littérature. L'adhésion à des régimes alimentaires d'éviction peut constituer un risque de mauvaise adhésion thérapeutique. À notre connaissance, aucune étude n'a cherché à étudier l'impact des régimes alimentaires sur l'adhésion thérapeutique. L'adhésion aux médecines alternatives et la consommation de compléments alimentaires ne sont pas des facteurs de risque de mauvaise adhésion thérapeutique dans notre étude. Le profil des patients adhérant aux CAM concorde avec les données de la littérature. Les patients ayant recours à la médecine chinoise, à la réflexologie et à l'aromathérapie ont une activité de la maladie statistiquement plus basse que les autres patients ce qui concorde avec les données de la littérature. Aucun impact des CAM sur les comorbidités des patients n'a été mis en évidence.

Conclusion. – Certaines CAM sont associées à une adhésion aux thérapeutiques médicamenteuses plus faible dans la PR, alors que d'autres pourraient améliorer l'activité de la maladie. Accompagner les patients dans leur démarche alternative permettrait probablement de renforcer la relation médecin-malade et d'augmenter l'adhésion thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-052

Méthotrexate vs trithérapie dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde

H. Ben Abbla* (1) ; S. Boussaid (1) ; S. Rekik (1) ; S. Jemmal (1) ; H. Ajlani (2) ; H. Sahli (1) ; E. Cheour (1) ; M. Elleuch (1)

(1) Rhumatologie la rabta, Hopital la rabta, Tunis, Tunisie ;

(2) Rhumatologie, Hôpital Régional Ben Arous, tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : hediabenabla@yahoo.com (H. Ben Abbla)

Introduction. – Le méthotrexate constitue le traitement de première intention de la polyarthrite rhumatoïde et la triple thérapie en est le deuxième, le but de cette étude est de comparer ces deux traitements en termes d'efficacité et de tolérance.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective sur cinquante-trois cas portant sur des patients suivis dans notre service pour polyarthrite rhumatoïde, nous avons recueilli les données épidémiologique (âge /sexe) de l'interrogatoire (âge de début de la maladie /date de mise sous méthotrexate ou triple thérapie/ cause d'arrêt ou de switch) et clinico-biologique (DAS28/ bilan de tolérance clinique et biologique) ainsi que l'efficacité estimée par le calcul du DAS28.

Résultats. – 79 % des patients sont sous méthotrexate avec un das28 post 3 mois de traitement < 2 en moyenne : 61 % sont bien équilibrés sous méthotrexate avec bonne tolérance clinico-biologique, 39 % ont arrêté le traitement pour diverses raisons (28,93 % des patients ont présenté une intolérance digestive (nausées, vomissement, diarrhées) au médicament, 9 % pour découverte d'une cholestase au contrôle biologique à 3 mois, 6,89 % ont arrêté le traitement pour toxicité pulmonaire (pneumopathie infectieuse), 27,58 % de leurs propres chefs au bout de 1 à 2 mois, 3,44 % pour céphalées et vertiges, 10,34 % pour indisponibilité au dispensaire, 9 % pour un switch vers une autre option thérapeutique, 4,82 % étaient inobservant sans cause précise). 21 % des malades sont sous triple thérapie dont 41 % sont en rémission avec un das28 < 2 et un bilan de tolérance correcte, les 59 % restants ont arrêté le traitement pour multiples causes : 22,2 % pour allergie à la Nivaquine la conduite à tenir était de ne garder que la Salazopyrine avec bonne évolution, 33,3 % pour perturbation du bilan hépatique et on a diminué les doses (une bonne réponse dans 47 % des cas et échappement et donc switch vers la biothérapie pour les 53 % restants) 30 % ont arrêté la salazopyrine pour intolérance digestive et 14 % étaient inobservants sans cause précise

Conclusion. – on en arrive à conclure que le méthotrexate a une meilleure tolérance et observance par rapport à la triple thérapie qui pose principalement un problème de tolérance hépatique ce qui constitue le premier motif de switch vers une autre option thérapeutique notamment la biothérapie suivi par l'échappement thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-053

Impact de l'obésité sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde : à propos de 72 cas

F. Beghdadi* (1) ; Sendani D (1) ; Lounici A (1)

(1) Médecine interne, CHU Dr Tidjani Damarjji, Tlemcen, Algérie

*Auteur correspondant : beghdadifarah@gmail.com (F. Beghdadi)

Introduction. – L'obésité est un état d'inflammation chronique de bas grade qui prédispose à plusieurs maladies. L'obésité est impliquée dans le développement de la polyarthrite rhumatoïde (PR), toutefois son effet sur l'activité de la PR et sur l'atteinte structurale est peu connu. Le but de notre étude est d'établir l'association entre l'obésité et l'activité de la PR, son retentissement structural ainsi que son effet sur la qualité de vie des patients.

Patients et méthodes. – C'est une étude prospective portant sur 72 patients porteurs de polyarthrite rhumatoïde répondant aux critères ACR / EULAR 2009 réalisée au niveau d'unité de rhumatologie sur

une période allant de novembre 2016 jusqu'à juillet 2018. Pour chaque patient le recueil de données cliniques, thérapeutique et évolutives été fait sur une fiche. L'activité de la polyarthrite rhumatoïde est appréciée par le Disease Activity Score 28 « DAS28 » avec évaluation régulière faite à la 12e semaine (S12), la 24e semaine (S24), la 48e semaine (S48), la 72e semaine (S72) avec : DAS 28 ≤ 2,6 : PR en rémission, 2,6 < DAS 28 ≤ 3,2 : activité modéré, 3,2 < DAS 28 ≤ 5,1 : PR active et DAS28 > 5,1 : PR très active. La qualité de vie des patients est appréciée le questionnaire « HAQ » avec invalidité modérée entre 0 et 1, invalidité sévère entre 1 et 2 et invalidité très sévère entre 2 et 3. L'atteinte structurale été évaluée par le score radiologique de « SHARP modifié ». L'obésité est définie par l'indice de masse corporelle (IMC) et classée en trois catégories : normal : indice de masse corporelle 18 - 24,9 kg/m², surpoids : indice de masse corporelle 25 - 29,9 kg/m² et obèse : indice de masse corporelle 30 kg/m².

Résultats. – 72 patients colligés dont 62 femmes, d'âge moyen de 53 ans. La durée moyenne d'évolution de la polyarthrite rhumatoïde est de 11 ans. L'IMC est retrouvé normal chez 48 %, en surpoids chez 33 % et obèses chez 19 %. La fréquence de PR active (DAS28 > 3,2) est de 100 % chez les obèses versus 86 % chez les non obèses. (P = 0,16). La fréquence de la PR avec une invalidité sévère (HAQ > 1) est de 50 % chez les obèses versus 44 % chez les non obèses. (P = 1). Le score moyen de Sharp modifié est de 60 destructions chez les obèses versus 100 destructions chez les non obèses.

Discussion. – Dans notre étude, nous observons que les patients obèses ont une polyarthrite rhumatoïde plus active malgré un traitement DMARD initial similaire démontrant l'impact négatif de l'excès de poids sur l'activité de la PR sans retentissement structurale rejoignant ainsi la littérature.

Conclusion. – Dans notre échantillon l'obésité était associée à une activité très sévère de la polyarthrite rhumatoïde avec un impact négatif sur la qualité de vie des patients chez la moitié des cas. Par contre un indice de masse corporelle plus élevé est associé avec une progression radiographique moins sévère des articulations chez les patients atteints de PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-054

La coxite rhumatoïde

S. Rahmouni* (1) ; M. Slouma (1) ; R. Dhahri (1) ; L. Metoui (1) ;

N. Boussetta (1) ; N. Gueddiche (1) ; F. Ajili (1) ; I. Gharsallah (1) ;

B. Louzir (1)

(1) Médecine interne, Hopital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : safarahmouni2015@gmail.com

(S. Rahmouni)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde est un rhumatisme inflammatoire chronique, susceptible d'entraîner des déformations et destructions articulaires. L'atteinte de la hanche engage le pronostic fonctionnel et constitue un tournant évolutif de la maladie. Notre but était de préciser la fréquence de l'atteinte de la hanche et d'étudier ses caractéristiques clinico- radiologiques

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude rétrospective incluant 82 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) répondant aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 1987, ou ACR-EULAR 2009. Nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complet avec mesure des indices d'évolutivité et de sévérité de la polyarthrite rhumatoïde, et d'une radiographie du bassin face. Les patients étaient repartis en 2 groupes : G 1 : patients avec coxite, G0 : patients sans coxite.

Résultats. – La population d'étude comportait 62 femmes et 20 hommes. L'âge moyen était de 54,23 ± 13,16 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 107 mois. Le retard diagnostique était de 47 mois. Huit cas de coxite ont été notés dont 5 femmes et 3 hommes (9,75 %). Elle était présente au moment du

diagnostic pour 2 patients, pour les autres le délai moyen entre le début de la PR et l'apparition de la coxite était de 65 mois. L'atteinte était bilatérale dans cinq cas (63,63 %). Tous les patients ayant une coxite étaient de groupe sanguin O positif ($p = 0,034$). Dans G1, le tabagisme était noté chez 37,5 % des patients, et chez 73,52 % dans G0 ($p = 0,034$). Les patients ayant une coxite avaient une PR plus active (DAS28 = 6,25 vs 5,07, $p = 0,016$). Les paramètres suivants n'étaient pas associés à la survenue de coxite : sexe, âge, délai diagnostique, durée d'évolution (G0 : 114 mois vs G1 : 62,7 mois, $p = 0,195$), la présence d'auto-anticorps (facteur rhumatoïde et anti-CCP) et de syndrome inflammatoire biologique et le traitement de fond. Seulement 5 patients ont bénéficié d'une prothèse totale de hanche.

Discussion. – L'atteinte de la hanche au cours de la polyarthrite rhumatoïde survient dans 15 % sans différence significative pour le sexe ni l'âge des patients ni la durée d'évolution [1]. Ce qui a été retrouvé dans notre étude. Dans une cohorte de 951 patients atteints de PR, l'atteinte de la hanche était présente chez 14,2 % des patients et elle était corrélée à la présence de syndrome inflammatoire biologique et les auto-anticorps [2]. Cette relation n'a pas été observée dans notre population de faible effectif. Nous avons observé une corrélation entre le groupe sanguin ABO et la survenue de coxite. Paradoxalement, dans notre étude, le tabagisme était associé à l'absence de coxite. Ces observations devraient être confirmées par une étude à plus large effectif.

Conclusion. – La surveillance des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde doit être rapprochée vu l'évolution insidieuse de la coxite. Sa prise en charge doit être précoce et adaptée afin de prévenir les dommages structuraux et le recours à la chirurgie.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] 1.Amine, B et al. Atteinte de la hanche au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *Maroc Médical*, 32(2)
- [1] 2.Bajraktari, I. et al. Prevalence of Coxitis and its Correlation with Inflammatory Activity in Rheumatoid Arthritis. *Open access Macedonian journal of medical sciences* 2081 ; 6 : 336.

PE. Di-055

L'absence d'inflammation locale permet une diminution de la profondeur de l'érosion au cours de la polyarthrite rhumatoïde traité par biomédicament

H. Marotte* (1) ; H. Locrelle (1) ; A. Amouzougan (1) ; B. Pallot-prades (2) ; T. Thierry (1)

(1) *Service de Rhumatologie, C.H.U Saint Etienne, Saint-Etienne ;*
(2) *Rhumatologie, CHU Bellevue, Saint-étienne*

*Auteur correspondant : hubert.marotte@chu-st-etienne.fr
(H. Marotte)

Introduction. – L'érosion sous-chondrale est une des caractéristiques radiographiques principales de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Alors que la réparation des dégâts structuraux n'est toujours pas d'actualité malgré les progrès thérapeutiques actuels, l'évolution de ces érosions, particulièrement au niveau des petites articulations des mains pourrait être un élément déterminant de la bonne stabilité structurale des articulations sous un traitement efficace. L'objectif de notre travail était d'analyser l'évolution de la profondeur d'une érosion de la tête d'une deuxième ou troisième MCP de la main dominante d'un patient atteint d'une PR sous biomédicament en faible niveau d'activité en fonction de la persistance ou non d'une inflammation articulaire.

Patients et méthodes. – Trente-deux patients atteints de PR traités par biomédicaments en faible activité depuis au moins 6 mois et présentant une érosion sur la deuxième ou la troisième tête métacarpienne ont été inclus dans cette étude. Ils ont été séparés en deux groupes en fonction de la présence ou non d'une inflammation

locale entourant le site de l'érosion évaluée par examen échographique couplée au doppler : Un groupe érosion doppler + (ED+) défini par une inflammation locale au doppler et un groupe érosion doppler- (ED-). Une mesure de la profondeur de l'érosion a été réalisée par tomodensitométrie quantitative périphérique haute résolution (HR-pQCT) à l'inclusion et à 1 an. L'évolution de la profondeur des érosions sur l'année a été comparée dans les deux groupes.

Résultats. – Les 32 patients atteints de PR inclus dans l'étude avaient les caractéristiques classiques de patients PR traités avec biomédicaments (16 antiTNF, 8 abatacept et 8 tocilizumab). Douze ont été inclus dans le groupe ED+ et 20 dans le groupe ED-. L'âge, la taille, le poids, l'IMC, la durée de la maladie, l'activité de la maladie, le statut sérologique, les marqueurs de l'inflammation, la dose de glucocorticoïdes et le traitement par bisphosphonate étaient semblables dans les deux groupes. Les ACPA étaient présents chez 10 (83 %) et 14 (66 %) patients dans les groupes ED+ et ED-, respectivement (non significatif, NS). Le méthotrexate était utilisé chez 16/20 patients (80 %) du groupe ED- contre 7/12 (58,3 %) du groupe ED+ (NS). À l'inclusion, la profondeur était de 6,1 mm \pm 7,3 (moyenne et écart-type) dans le groupe ED+ versus 1,7 mm \pm 0,9 dans le groupe ED- (Non significatif). L'évolution de la profondeur était différente dans les deux groupes avec une augmentation de la profondeur dans le groupe ED+ (+3,9 mm \pm 4,9) versus une diminution de la profondeur dans le groupe ED- (-4,5 mm \pm 7,4 ; $P = 0,04$). La largeur de l'érosion n'était pas modifiée au cours du temps dans les deux groupes.

Conclusion. – Chez les patients atteints de PR présentant une faible activité de la maladie sous biomédicaments, une diminution de la profondeur de l'érosion est possible en l'absence d'inflammation articulaire locale. Ces résultats renforcent le fait que l'absence d'inflammation locale est un facteur indispensable à une bonne évolution structurale articulaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-056

Atteinte de la hanche au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) dans le service de rhumatologie du CHU point G (Bamako, Mali)

S. Diallo* (1)

(1) *Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali*

*Auteur correspondant : seydoufdiallo@gmail.com (S. Diallo)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent rhumatisme inflammatoire de l'adulte avec une prévalence estimée entre 0,3 et 1 % dans la population générale adulte [1]. Elle atteint 4F/1H. L'atteinte de la hanche survient tardivement dans l'évolution de la maladie. Elle est pourvoyeuse d'handicap majeur pouvant conduire à l'arrêt d'activité professionnelle. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, clinique, radiographique et thérapeutique de l'atteinte de la hanche au cours de la PR.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective sur une période de 10 ans (2008 – 2017) ayant inclus les patients suivis pour PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010 et compliqué d'une atteinte de la hanche.

Résultats. – Parmi les 330 cas de PR colligés durant cette période d'étude, 48 patients avaient une coxite (14,54 %). L'atteinte de la hanche était bilatérale chez 46 patients. L'âge moyen était de 43,66 \pm 15,78 ans, 39 femmes et 09 hommes avec un sex-ratio H/F de 0,23. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment du diagnostic était de 03 ans et demi. Les motifs de consultation étaient la polyarthralgie et la polyarthrite avec respectivement 28 cas (58,3 %) et 20 cas (41,7 %). L'horaire de la douleur était inflammatoire dans 42 cas (87,5 %), mixte 4 cas (8,3 %) et mécanique dans 2 cas (4,2 %), raideur matinale 44 cas (91,7 %) avec un temps de dérouillage matinal de 03 heures en moyenne. Une limitation douloureuse de la hanche était retrouvée chez 26 (54,2 %) patients. L'imagerie avait révélé une déminéralisation dans 29 cas (60,1 %), un pincement dans

13 cas (27,1 %). Le syndrome inflammatoire biologique présent dans 40 cas (83,3 %). Il s'agissait d'une PR séropositive dans 36 cas (75 %) et séronégative dans 12 cas (25 %) avec une atteinte cervicale 18 cas (38,3 %). Le traitement comportait une corticothérapie à faible dose chez tous les patients associées au Methotrexate 27 cas (56,3 %), un antipaludéens de synthèse 17 cas (35,4 %) et la Salazopyrine 03 cas (6,3 %). Un myorelaxant a été utilisé dans 29 cas (60,4 %), un AINS 27 cas (56,3 %), un antalgique palier 2 dans 27 cas (56,3 %), palier 1 dans 21 cas (43,8 %), et un coantalgique dans 08 cas (16,7 %). Une décharge de l'articulation coxo-fémorale dans 03 cas (6,3 %). Aucune arthroplastie n'a été réalisée.

Discussion. – La fréquence de 14,54 % d'atteinte de la hanche retrouvée dans notre étude est superposable aux données de la littérature [1]. Les complications nécessitant une arthroplastie sont rares bien qu'onéreuse.

Conclusion. – Un diagnostic précoce combiné à une bonne observance du traitement minore le handicap et retarde l'arthroplastie.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France : 2001. *Ann Rheum Dis* 2005 ; 64 : 1427–30
 [2] Minaur NJ, Jacoby RK, Cosh JA, et al. Outcome after 40 years with rheumatoid arthritis : a prospective study of function, disease activity, and mortality. *J Rheumatol Suppl* 2004 ; 69 : 3–8

PE. Di-057

Le syndrome métabolique est-il lié à l'activité de la polyarthrite rhumatoïde ?

L. Rouached* (1) ; H. Ben Ahmed (2) ; R. Tekaya (1) ; K. Bouzid (3) ; O. Saidane (1) ; A. Ben Tekaya (1) ; I. Mahmoud (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

(2) *Cardiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie ;* (3) *Biochimie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : leila_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

Introduction. – Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) sont plus à risque de développer un syndrome métabolique par rapport à la population générale. Sa prévalence élevée peut être attribuée à l'état inflammatoire systémique chronique dans la PR. Le but de l'étude est d'étudier le lien entre la présence d'un syndrome métabolique et l'activité de la maladie chez les patients atteints de PR.

Patients et méthodes. – Étude analytique et transversale sur une période de 14 mois sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010. Les données cliniques et biologiques relatives à l'activité de la maladie, le statut fonctionnel et les paramètres du syndrome métabolique selon le National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) ont été collectées.

Résultats. – Cent trois patients ont été colligés dont la majorité était des femmes (74 %), d'âge moyen 53 ± 10. Un syndrome métabolique était retrouvé chez 40 (38,8 %) des patients. La moyenne d'âge était significativement plus élevée dans le groupe ayant un syndrome métabolique (56.1vs 51,6 ; p = 0,03). L'âge de diagnostic de la PR était significativement plus élevé dans le groupe avec syndrome métabolique (46.2vs40,8 ; p = 0,01). La proportion de patients ayant une activité modérée à élevée selon les scores DAS28 vs, DAS28 crp et SDAI étaient plus élevés chez les patients avec un syndrome métabolique comparativement aux patients sans syndrome métabolique sans que ça soit significative (65 % vs. 63 %, p = 0,56 ; 82 % vs 77 %, p = 0,56 ; 85 % vs 84 %, p = 0,67). De même, nous n'avons pas trouvé de différence entre les deux groupes selon les paramètres biologiques de l'inflammation (VS, CRP) (p = 0,72, p = 0,68)

Conclusion. – L'âge avancé et l'âge au diagnostic de la PR sont significativement plus élevés chez les patients PR atteints de syndrome métabolique, cependant l'activité élevée de la PR, la présence d'un syndrome inflammatoire biologique n'étaient pas associés au syndrome métabolique dans la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-058

La synovite « froide » au cours de la polyarthrite rhumatoïde : mythe ou réalité ?

K. Ben Abdelghani (1) ; H. Boussaa* (1) ; A. Fazaat (1) ; S. Miladi (1) ; K. Ouenniche (1) ; S. Kassab (1) ; S. Chekili (1) ; A. Laatar (1)

(1) *Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : hibaboussaa@gmail.com (H. Boussaa)

Introduction. – Le terme de synovite « froide » est employé de façon courante dans notre pratique quotidienne pour désigner une articulation tuméfiée cliniquement mais qui est indolore, sans rougeur ni chaleur en regard. Ces synovites pourraient être source de litige entre les praticiens au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), puisque certains les comptabilisent dans le calcul des scores d'activité notamment le DAS28 alors que d'autres ne les prennent pas en considération. Le but de cette étude était d'évaluer, à l'aide de l'échographie en mode Doppler puissance, la présence ou absence d'activité de ces synovites dites « froides ».

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale colligeant des patients suivis pour une PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010 et présentant à l'examen clinique des synovites « froides » aux articulations métacarpo-phalangiennes (MCP), inter-phalangiennes proximales (IPP) ou aux poignets. L'activité de ces articulations a été évaluée en mode Doppler puissance, par un rhumatologue expérimenté en échographie ostéo-articulaire, utilisant un appareil de type Esaote MyLab 60 avec une sonde de balayage linéaire de 6-18 MHz. Le score échographique semi-quantitatif de Szkudlarek [1] a été utilisé pour la gradation du signal Doppler (0 : absent, 1 : ≤ 3 points isolés ou 1 point confluent et ≤ 2 points isolés, 2 : < 50 % de la membrane synoviale, 3 : > 50 % de la membrane synoviale). Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats. – L'examen clinique a mis en évidence vingt-neuf synovites « froides » chez neuf patients (8 femmes et 1 homme) avec un âge moyen de 60 ans [51-68], suivis pour une PR évoluant depuis en moyenne 14 ans [5-28]. Tous les patients étaient sous un antalgique de palier 1, une corticothérapie par voie orale à une dose journalière moyenne de 8 milligrammes [2,5-10] et un traitement de fond : Methotrexate dans 8 cas, en association à une biothérapie dans 2 cas (Etanercept et Tocilizumab), et Léflunomide dans un cas. Les articulations touchées étaient par ordre de fréquence : les MCP dans 19 cas (65 %), les poignets dans 8 cas (27 %) et les IPP dans 2 cas (7 %). À l'échographie, ces synovites cliniquement « froides » étaient réellement inactives (grade 0) dans 9 cas (31 %). Un signal Doppler grade 3 a été retrouvé dans 14 cas (48 %). Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre le grade du signal Doppler des synovites d'une part, et la durée d'évolution de la PR (p = 0,829), les paramètres biologiques (p = 0,576 pour la VS et p = 0,821 pour la CRP) ou les scores d'activité (p = 0,427 pour le DAS28 (vs) et p = 0,540 pour le DAS28 (crp)) d'autre part.

Conclusion. – Notre étude montre que 69 % des synovites cliniquement « froides » étaient actives à l'échographie en mode Doppler puissance. Ceci suggère la nécessité de comptabiliser toutes les articulations tuméfiées dans le calcul des scores d'activité de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Szkudlarek M, Court-Payen M, Jacobsen S, et al. Interobserver agreement in ultrasonography of the finger and toe joints in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 2003 ; 48(4) : 955–62.

PE. Di-059

Profil épidémiologique des patients atteints de PR et présentant une ischémie myocardique silencieuse dépistée par épreuve d'effort

L. Rouached* (1) ; R. Tekaya (2) ; H. Ben Ahmed (3) ; O. Saidane (2) ; A. Ben Tekaya (2) ; I. Mahmoud (2) ; L. Abdelmoula (2)

(1) Rhumatologie, hôpital universitaire la Rabta, Tunis, Tunisie ;

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

(3) Cardiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : leila_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

Introduction. – La PR est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Elle est responsable d'une morbi-mortalité cardiovasculaire élevée. Le but de ce travail était de préciser le profil des patients atteints de PR et présentant une ischémie myocardique silencieuse lors de la réalisation systématique d'une épreuve d'effort.

Patients et méthodes. – Étude analytique et transversale sur une période de 14 mois sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010. Les données épidémiologiques et les paramètres relatifs à la maladie ont été évalués et une épreuve d'effort a été effectuée chez tous les patients.

Résultats. – Nous avons colligé 103 patients (sex-ratio = 0,3). L'âge moyen était de 53 ± 10 ans et 38 % avaient un âge de plus de 50 ans pour l'homme et 60 ans pour la femme. La majorité des malades étaient sans profession (66 %) et avait un niveau d'étude primaire (38 %). Trente pour cent des patients étaient sédentaires avec plus de 70 % en surpoids ou obèses. La moyenne d'âge lors du diagnostic de la PR était de 43 ± 11,37 ans, avec une durée moyenne d'évolution de 10,55 ans (1-33 ans). L'épreuve d'effort a été réalisée chez 95 patients. Elle était positive dans onze cas. L'étude analytique a montré que le sexe masculin ($p = 0,034$), l'âge > 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme ($p = 0,04$), l'âge tardif lors du diagnostic de la PR ($p = 0,018$) étaient significativement associés à une épreuve d'effort positive.

Conclusion. – Dans la PR, les facteurs épidémiologiques associés à une ischémie myocardique silencieuse révélée par l'épreuve d'effort sont le sexe masculin, l'âge avancé et l'âge tardif lors du diagnostic de la maladie. Ces constatations devront être appuyées par des études multicentriques de plus larges effectifs.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-060

Peurs et croyances des patients PR sous biothérapie : évaluation par le BMQ score

O. Saidane (1) ; L. Nacef* (1) ; I. Mahmoud (1) ; BT. Aicha (1) ;

R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : naceflylia@gmail.com (L. Nacef)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique fréquent et potentiellement invalidant. Le recours à la biothérapie est souvent nécessaire devant l'échec des traitements de fond conventionnels. Toutefois, les patients ont souvent des peurs et des croyances quant à la pertinence des prescriptions médicamenteuses, notamment des biothérapies.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les peurs et les croyances des patients vis-à-vis de leurs traitements biologiques, et leur impact sur l'activité de la maladie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale portant sur les patients PR diagnostiqués selon les critères ACR-EULAR 2010 suivis durant la période allant de juillet 2017 à mai 2018. Les patients sous biothérapie sous cutanée ou intraveineuse (hors rituximab) depuis au moins six mois ont été inclus. Le questionnaire utilisé pour évaluer les peurs et croyances était le BMQ (Belief in Medication Questionnaire), validé en 1999 et traduit en arabe dialectal pour les besoins de l'étude. Il existe en deux versions : une version générale et une version spécifique, et permet de détecter les besoins, les

préoccupations et les craintes des patients envers leur traitement en particulier mais aussi les traitements de manière générale. Le BMQ spécifique au traitement en cours comprend deux sous types : Necessity Score (N) et Concerns Score (C). Les croyances envers les traitements médicamenteux en général ont été évaluées par le BMQ General et ses deux sous scores : Harm (H) et Overuse (O).

Résultats. – Nous avons colligé 34 patients âgés en moyenne de 55,44 ans, avec un sexe ratio de 10/1. La biothérapie était administrée depuis au moins 6 mois. 79 % des patients ($n = 27$) ont jugé de la nécessité du traitement qui leur était prescrit (score N > 15). Seulement 26 % des patients ont rapporté des préoccupations importantes quant à la prescription des biothérapies, notamment au risque de dépendance ou d'effets indésirables ($C > 15$). Il y avait une association significative entre les fortes préoccupations des patients et la forte activité de leur maladie ($p = 0,001$). Concernant les croyances des traitements médicamenteux en général, 70 % des patients avaient jugé que les traitements étaient néfastes ($H > 12$) alors que seulement 17 % des patients pensaient qu'il y avait une sur-prescription médicamenteuse par leur médecin. ($O > 12$)

Conclusion. – La majorité de nos patients avaient de fortes croyances en le traitement qui leur était prescrit, en particulier la biothérapie, et peu de préoccupations quant à ses effets indésirables au long cours. Le BMQ score est un outil simple et reproductible d'évaluation de ces peurs et croyances.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-061

Le profil ostéo-densitométrique chez la population féminine au cours de la polyarthrite rhumatoïde

H. Bettaieb* (1) ; M. Slouma (1) ; R. Dhahri (1) ; L. Metoui (1) ;

N. Boussetta (1) ; N. Gueddiche (1) ; F. Laajili (1) ; I. Gharsallah (1) ;

B. Louzir (1)

(1) Médecine interne, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : hibahera@gmail.com (H. Bettaieb)

Introduction. – L'ostéoporose au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) représente une manifestation extra articulaire fréquente. La PR elle-même accélère le processus de perte osseuse et expose à un risque accru de fractures vertébrales et périphériques. Cette étude vise à évaluer le profil de l'ostéodensitométrie au cours de la PR et à rechercher les différents facteurs intervenants.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective portant sur 62 femmes suivies pour PR durant une période de 8 ans [2010-2018]. Toutes les patientes ont bénéficié d'une ostéodensitométrie par la méthode DEXA avec mesure de la densité minérale osseuse (DMO). L'activité de la maladie a été évaluée par le score DAS28(VS).

Résultats. – L'âge moyen des patientes était de 54,4 ± 13 ans et l'index de masse corporelle (IMC) moyen était de 27,6 ± 5,08 kg/m². La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 9 ans [0,1-37]. Trente-sept femmes étaient ménopausées (60 %). La corticothérapie était notée dans 98 % des cas avec une dose moyenne de 9,8 ± 3,2 mg. Les fractures ostéoporotiques sévères ont été objectivées chez 5 patientes (8 %) : 4 fractures vertébrales et une fracture du col fémoral. Les valeurs moyennes de la DMO aux sites vertébrales et fémoraux étaient respectivement de 0,95 ± 0,19 g/cm² et de 0,86 ± 0,17 g/cm². L'ostéodensitométrie était pathologique dans 82,7 % cas : ostéopénie 37,1 % et ostéoporose 45,6 %. L'ostéoporose touchait le fémur plus que le rachis (47,7 % vs 40 %). La ménopause n'était pas associée à l'ostéopénie ni à l'ostéoporose. Le DAS28(VS) était plus élevé chez les patientes ayant une ostéoporose (5,6 ± 1,13 vs 4,88 ± 1,6 ; $p = 0,1$). Il existe une corrélation négative entre la DMO au site fémoral et le score DAS28(VS) ($r = -0,45$, $p = 0,01$) et une corrélation positive entre la DMO au site fémoral et l'IMC ($r = 0,46$, $p = 0,007$). Nous n'avons pas constaté de différence significative entre les cas ayant une ostéoporose et le reste des patientes concernant les paramètres biologiques de l'inflammation : VS moyen (51 mm vs 42 mm ; $p = 0,3$) et CRP moyen (19 mg/L vs 28 mg/L ; $p = 0,25$). Les patients sous une dose de corticothérapie > 10 mg/jour

avaient une DMO au site fémoral plus basse que ceux sous une dose < 10 mg/jour (0,88 ± 0,14 vs 0,85 ± 0,19) sans une différence significative (p = 0,6).

Discussion. – La baisse de la DMO au niveau du site fémoral est corrélée au score DAS28(VS). Notre étude a montré que l'augmentation de l'IMC est associée à une augmentation de la DMO. Ceci peut être expliqué par le rôle de l'adipocyte dans l'aromatation et la production des œstrogènes à partir de l'androsténone (1).

Conclusion. – Plusieurs facteurs interviennent dans la perte de la masse osseuse au cours de la PR. L'activité de la maladie et la corticothérapie semblent être les principaux facteurs de risque. En revanche, un IMC élevé semble être un facteur protecteur. D'autres études sont nécessaires pour appuyer nos résultats.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Achemlal L, et al. L'obésité est un facteur protecteur de l'ostéoporose chez les femmes âgées Marocaines normales. Rev Rhum 2006 ; 73 : 1154.

PE. Di-062

Efficacité des JAK-inhibiteur versus biologique DMARDs sur la qualité de vie des polyarthrites rhumatoïdes : une métaanalyse d'essais contrôlés randomisés

M. Boudhabhay* (1) ; T. Barnette (2) ; P. Bertin (1) ; A. de Pouilly-Lachatre (3) ; P. Vergne-Salle (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges ; (2) Rhumatologie, CHU – Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux ; (3) Service de Rhumatologie, CHRU LIMOGES, Limoges

*Auteur correspondant : mamad_bdb@yahoo.fr (M. Boudhabhay)

Introduction. – Une étude récente comparant les inhibiteurs de JAK (Jak-i) et l'Adalimumab semblent montrer une meilleure efficacité du JAK-i sur les PRO (patient reported outcomes) dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). Comme il n'y a pas d'étude comparant directement les JAK-i à d'autres DMARD biologiques (bDMARDs), nous avons effectué une méta-analyse et comparé l'effet-taille (ET) des JAK-i et des bDMARD par rapport aux DMARD synthétiques (sDMARDs) sur la qualité de vie.

Matériels et méthodes. – Nous avons effectué une revue systématique de la littérature jusqu'en mai 2018 en utilisant les bases de données MEDLINE (via PUBMED), EMBASE et les résumés des congrès ACR et EULAR de 2015 à 2017. Nous avons sélectionné tous les essais contrôlés randomisés comparant la qualité de vie (évaluée par SF36) chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par bDMARD ou JAK-i versus sDMARDs. Nous avons effectué une méta-analyse en comparant la taille de l'effet des JAK-i (versus sDMARDs) et des bDMARD (versus sDMARDs) sur les 2 composantes du SF36, la composante physique (PCS) et la composante mentale (MCS) à 12 semaines. L'analyse statistique a déterminé dans chaque étude : l'effet-taille (ET). Les TE groupées ont été calculées par méta-analyse. Les données ont été analysées en utilisant l'approche de la variance inverse.

Résultats. – La recherche documentaire a identifié 241 articles et aucun résumé de congrès. Au final, 44 articles répondaient aux critères d'inclusions et ont été analysés. Les JAK-i et les bDMARD sont responsables d'une amélioration de la qualité de vie significativement supérieure comparés aux traitements conventionnelles (sDMARDs). Les résultats montrent les effets-tailles suivants :

Pour le SF36 PCS à 12 semaines : JAK-i : +4,82 IC 95 % [3,88, 5,77] et bDMARDs : +3,99 IC 95 % [2,81, 5,18]

Pour le SF36 MCS à 12 semaines : JAK-i : +3,42 IC 95 % [2,24, 4,60] et bDMARDs : 2,99 IC 95 % [2,02, 3,96]

Par contre, les intervalles de confiances se chevauchent et leur éten- due semble similaire entre JAK-I et bDMARD.

Discussion. – Dans cette méta-analyse, les résultats ont montré un meilleur score SF36 PCS et MCS à 12 semaines avec les JAK-i et bDMARDs comparés aux sDMARDs. La fourchette des intervalles de confiance des effets taille semble similaire entre JAK-I et bDMARDs, ce qui suggère une efficacité similaire sur les composants du SF36.

Conclusion. – L'efficacité des JAK-i sur la qualité de vie semble similaire à celle des bDMARDs, même s'il existe une tendance en faveur d'un avantage des JAK-i. Des études supplémentaires et spécifiques sont nécessaires pour tirer des conclusions définitives sur les différences d'efficacité potentielles sur les PRO entre les inhibiteurs de JAK et les biothérapies.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-063

Dépistage des comorbidités cardiovasculaires chez une population de PR en Tunisie

L. Rouached* (1) ; R. Tekaya (1) ; H. Ben Ahmed (2) ; A. Ben Tekaya (1) ; O. Saidane (1) ; I. Mahmoud (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

(2) Cardiologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : leila_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

Introduction. – Les comorbidités particulièrement cardiovasculaires sont des affections fréquentes qui sont associées à la polyarthrite rhumatoïde (PR), elles peuvent entraîner une altération de la qualité de vie des patients et dans certains cas une aggravation de la maladie. Le but du travail est d'effectuer un dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire chez une population de PR nord africaine.

Patients et méthodes. – Étude analytique et transversale sur une période de 14 mois sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010. Les facteurs du risque cardiovasculaire ont été évalués chez tous les patients atteints de PR.

Résultats. – Nous avons colligé 103 patients atteints de PR (sex-ratio = 0,3). L'âge moyen était de 53 ± 10 ans. Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire a révélé que 13 % avaient une hérédité cardiovasculaire, 38 % des patients avaient un âge > 60 ans chez l'homme et > 50 ans chez la femme, 18 % des patients étaient connus diabétiques et 25 % avaient un diabète déséquilibré (HbA1c ≥ 6,5 %) dont neuf malades nouvellement diagnostiqués, 70 % étaient obèses ou en surpoids, 25 % étaient tabagiques ou hypertendus, 14 patients avaient une dyslipidémie et un patient était insuffisant rénale chronique. Par ailleurs, une sédentarité était notée chez 29,1 % des sujets. Le HeartSCORE était élevé à très élevé dans 35 % des cas. Nous avons également calculé le rapport Cholestérol Total/ HDL-C indiquant le niveau de risque ischémique. 42 % des patients avaient un risque d'ischémie myocardique modéré à élevé. La cible thérapeutique en LDL-C interprétée selon le niveau de RCV n'était pas atteinte dans notre population chez 52 % des patients. Un complément de suivi a été fait en adressant les patients à risque CV élevé en cardiologie et les patients qui avaient un diabète déséquilibré ou nouvellement diagnostiqué en endocrinologie. En comparant nos données à ceux de la littérature (étude COMORA et COMEDRA) [1,2], notre groupe d'étude comportait un taux plus important de fumeurs actifs (25 % vs 13,2 %), de patients diabétiques (18 % vs 6 %) et obèses (69,9 % vs 50,7 %). La proportion de patients qui n'atteignait pas la cible thérapeutique en LDL-c était également plus importante (52,4 % vs 11 %).

Conclusion. – Cette différence par rapport aux résultats de la littérature peut être expliquée par le manque d'application des nouvelles recommandations dans la prise en charge du RCV dans notre population. Elles doivent être recherchées systématiquement afin de réduire la mortalité et améliorer la qualité de vie.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Dougados M, Soubrier M, Perrodeau E, Gossec L, Fayet F, Gilson M, et al. Impact of a nurse-led programme on comorbidity management and impact of a patient self-assessment of disease activity on the management of rheumatoid arthritis : results of a prospective,

multicentre, randomised, controlled trial (COMEDRA). *Ann Rheum Dis.* 2015 ; 74(9) : 1725-33

[2] Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring : results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis.* 2014 ; 73(1) : 62-8.

PE. Di-064

Mini-atlas du pied rhumatoïde

J. Moulay Berkchi* (1) ; H. Rkain (1) ; FZ. Taik (1) ; S. Afilal (1) ; S. Fellous (1) ; I. Aachari (1) ; N. Alami (1) ; L. Tahiri (1) ; F. Allali (1) (1) *Service de rhumatologie b, Hôpital El Ayachi, Centre hospitalier Universitaire Ibn Sina, Salé, Maroc*

*Auteur correspondant : jihad.berkchi@gmail.com (J. Moulay Berkchi)

Introduction. – Présenter un CD-ROM et un livret d'un mini-atlas comportant des images commentées de l'atteinte du pied dans la PR. **Matériels et méthodes.** – Il s'agit d'une étude transversale ayant inclus 43 patients (88,4 % de sexe féminin, âge moyen de 49,8 ans) suivis pour une PR (délai médian de diagnostic de 18 (9, 66) mois, durée médiane d'évolution de 9 (3, 20) mois). L'examen échographique a été réalisé à l'aide d'une sonde linéaire à haute fréquence (Toshiba Xario®, fréquence (8-14 MHz)) en modes B et Doppler. Nous avons procédé d'abord au stockage systématique de toutes les images pathologiques retrouvées à l'examen échographique.

Résultats. – Nous avons sélectionné les images les plus pertinentes. Ensuite, dans un souci de simplifier et d'harmoniser la présentation de cette photothèque, nous avons présenté des images cliniques et d'autres d'imagerie standard et échographiques. Chaque image sélectionnée étant accompagnée d'un schéma correspondant annoté.

Conclusion. – Nous espérons enrichir cette photothèque regroupant et schématisant les images du pied rhumatode. L'objectif final étant de mettre à la disposition des rhumatologues un véritable Atlas du pied rhumatoïde.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-065

Comparaison des évènements cardio-vasculaires sous tocilizumab vs autres biothérapies : revue systématique et méta-analyse

B. Castagne* (1) ; M. Viprey (2) ; J. Martin (3) ; AM. Schott (2) ; M. Cucherat (3) ; M. Soubrier (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand* ; (2) *Pôle information médicale, épidémiologie, recherche, Hospices Civils de Lyon & HESPER, Lyon* ; (3) *Service de pharmacologie, Hospices Civils de Lyon, Lyon*

*Auteur correspondant : bcastagne@chu-clermontferrand.fr (B. Castagne)

Introduction. – Le tocilizumab (TCZ) augmente de manière plus importante l'index athérogène (cholestérol total/HDL) par rapport aux autres biothérapies, raison pour laquelle il a été utilisé avec prudence en cas de patient à haut risque cardio-vasculaire. Des études récentes ont rapporté des résultats rassurants concernant le nombre de Major Adverse Cardiovascular Events (MACE) sous TCZ. L'objectif de l'étude était de comparer la survenue de MACE sous TCZ par rapport aux autres biothérapies.

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une méta-analyse en réseau incluant les articles publiés jusqu'au 31/05/2018. Les bases de données Medline (via Pubmed), Science Direct, Web Of Science,

Cochrane library et les archives des congrès de l'European League Against Rheumatism (EULAR) et de l'American College of Rheumatology (ACR) ont été utilisées. Les critères d'inclusion étaient : essais randomisés contrôlés (ERC) et études de cohorte contenant des données sur les MACE pour au moins des biothérapies utilisées dans la PR. L'évaluation qualitative a été réalisée de manière indépendante par deux auteurs (BC et MV) en utilisant le Risk Of Bias In Non-randomized Studies tool (ROBINS-I tool) et le risk of bias in randomized trials (RoB 2,0). Sur le plan statistique nous avons utilisé un modèle à effet aléatoire pour toutes les analyses.

Résultats. – Parmi les 10 453 références identifiées, 27 articles en texte intégral ont été sélectionnés dans notre revue, dont 15 ECR et 12 cohortes. 21 articles ont pu être analysés dans la méta-analyse en réseau, 6 pour l'infarctus du myocarde (IDM), et 4 pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC). 142 331 patients ont été inclus dans ces 21 études. 14/21 ont été réalisées en Amérique du Nord, 17/21 en Europe, 5/21 en Asie et 5/21 en Amérique du Sud. Nous avons retrouvé un risque de survenue de MACE moins important sous TCZ par rapport à l'abatacept (ABA) (0,6323 [0,4159 ; 0,9613], I2 48 %, test d'hétérogénéité p = 0,02), sans différence avec les anti-TNF ou le rituximab (RTX). Le risque de survenue d'IDM était moins important sous TCZ comparativement à l'ABA (0,5414 [0,3461 ; 0,8467]) au RTX (0,5780 [0,3593 ; 0,9299]) et aux anti-TNF (0,5481 [0,3594 ; 0,8359]). Pour l'AVC il n'y avait pas de différence entre TCZ et anti-TNF (0,9348 [0,5737 ; 1,5234]). Nous n'avons pas de données pour pouvoir comparer avec les autres biothérapies. L'évaluation qualitative a retourné un risque de biais faible pour les ECR et un risque faible à modéré pour les études de cohorte.

Discussion. – Nous rapportons la première méta-analyse comparant le risque de MACE sous TCZ par rapport aux autres biothérapies. Il y a significativement moins de MACE sous TCZ que sous ABA, sans différence avec les autres biothérapies. Il y a cependant moins d'IDM sous TCZ. Après un IDM en population générale, un ECR contre placebo a retrouvé une diminution plus importante et plus précoce de la troponine après une perfusion de TCZ (1). Il a aussi été retrouvé que des taux élevés d'interleukine 6 (IL6) chez des patients à haut risque cardio-vasculaire était associé à la survenue d'IDM ainsi qu'à une mortalité plus importante (2). L'IL6 semble impliquée dans la physiopathologie de l'IDM et son blocage pourrait être bénéfique. Notre méta-analyse présente plusieurs forces, nous avons retrouvé un nombre conséquent d'articles via des recherches dans plusieurs bases de données notamment les archives des congrès de l'ACR et de l'EULAR. De plus nous avons réalisé une méta-analyse en réseau ce qui nous a permis d'inclure des articles ne comparant pas directement les biothérapies entre elles, avec un grand nombre d'ECR. Enfin les études analysées étaient de bonne qualité méthodologique avec un risque de biais faible.

Conclusion. – Malgré l'augmentation plus importante de l'index athérogène, le risque de survenue de MACE sous TCZ est moins important qu'avec l'ABA et comparable aux autres biothérapies. Le risque d'IDM est moins important sous TCZ comparativement à l'ABA, aux anti-TNF et au RTX.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] [1] Kleveland O, et al. Effect of a single dose of the interleukin-6 receptor antagonist tocilizumab on inflammation and troponin t release in patients with non-st-elevation myocardial infarction : a double-blind, randomized, placebo-controlled phase 2 trial. *Eur Heart J* 2016 ; 37 : 2406-13.

[1] 2. Chen SL, et al. Interleukin-6, but Not C-reactive protein, predicts the occurrence of cardiovascular events after drug-eluting stent for unstable angina. *J Interv Cardiol* 2014 ; 27 : 142-54.

PE. Di-066

Développement de tests ELISA pour la détection d'autoanticorps dirigés contre des protéines carbamylées dans la PR et identification des antigènes carbamylés cibles de ces autoanticorps, afin d'améliorer le diagnostic et le pronostic de la maladie

M. Freret* (1) ; P. Rottenberg (1) ; C. Guillou (2) ; P. Cosette (2) ; O. Vittecoq (1)
 (1) Rhumatologie, INSERM UMR 1234, IRIB, CHU de Rouen, Rouen ; (2) CNRS 6270, IRIB, Plateforme PISSARO, Rouen

*Auteur correspondant : manuel.freret@gmail.com (M. Freret)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR), dont la prévalence est d'environ 1 % dans le monde, est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une hyperplasie synoviale entraînant une destruction articulaire. L'interaction de plusieurs facteurs (environnementaux, génétiques ou immunologiques) conduit à la production d'autoanticorps dirigés contre des autoantigènes qui ont subi des modifications post-traductionnelles, telles que la citrullination et la carbamylation. La présence d'autoanticorps anti-protéines carbamylées (anti-CarP) semble être associée à une atteinte radiologique plus sévère chez les patients atteints de PR. Les objectifs de ce projet sont d'identifier les antigènes carbamylés cibles de ces autoanticorps et de développer des tests permettant la détection des anti-CarP dirigés contre ces autoantigènes.

Matériels et méthodes. – Nous avons élaboré un test ELISA pour la détection des anti-CarP en utilisant du sérum de veau foetal (SVF) carbamylé comme substrat (*gold standard*) dans des sérums de patients atteints de PR issus de la cohorte VeRA (*Very early Rheumatoid Arthritis*). En parallèle, nous avons initié l'identification d'autoantigènes carbamylés cibles également dans le sérum de patients PR possédant ou non des autoanticorps anti-protéines citrullinées (ACPA). Nous avons utilisé une technique d'électrophorèse couplée à la spectrométrie de masse pour l'analyse de ces sérums contenant des protéines carbamylées (démonstré par l'utilisation d'un kit ELISA commercial).

Résultats. – Notre test ELISA montre que 26,5 % des patients PR issus de la cohorte VeRA (sérums prélevés au temps 0 pour cette analyse) possèdent des anti-CarP. Nous montrons également que 46,5 % des patients PR ACPA+ possèdent des anti-CarP contre 11 % pour les ACPA-. Par ailleurs, notre analyse protéomique a permis d'identifier des peptides carbamylés cibles des anti-CarP associés à la PR. L'intégration de ces peptides présentant un résidu lysine carbamylé a permis d'identifier une première protéine carbamylée qui est l'un des candidats liés à la physiopathologie de la PR.

Discussion. – Ces premiers résultats ouvrent des perspectives pour l'étude du rôle des anti-CarP et de leurs cibles dans la PR. Il sera nécessaire de corrélér la positivité et/ou titre de ces anti-CarP avec un panel de données cliniques, biologiques et d'imagerie provenant de patients PR afin d'évaluer la signification clinique, diagnostique et pronostique de ces autoanticorps. La présence d'anti-CarP chez ces patients est une information importante mais il semble également pertinent d'identifier *in vivo* leurs antigènes cibles autrement qu'avec les tests actuels basés sur des protéines recombinantes.

Conclusion. – L'étude de la spécificité d'une réponse dirigée contre des autoantigènes carbamylés nous permettra (i) de mieux comprendre le répertoire auto-immun de la PR et de décrypter les mécanismes pathogènes de ce rhumatisme destructeur ; (ii) d'avoir des tests pour détecter une proportion plus élevée de PR précoces ; (iii)

d'améliorer les outils existants pour prédire le pronostic de la maladie, avec pour conséquence d'adapter la puissance de traitement selon le pronostic présumé de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-067

L'architecture de susceptibilité génétique de la polyarthrite rhumatoïde s'appuie sur 282 loci distincts répartis sur 23 chromosomes

C. Zhao (1) ; A. Serova-Erard* (2) ; E. Petit-Teixeira (1) ; V. Chaudru (1) ; F. Cornelis (2)

(1) Genhotel-ea3886, Université d'Evry-Val d'Essonne, Évry-Genopole ; (2) GenHotel-Auvergne, Faculté de Médecine – Université Clermont-Auvergne, Clermont-Ferrand

*Auteur correspondant : aserova-erard@chu-clermontferrand.fr (A. Serova-Erard)

Introduction. – La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie au déterminisme multi-factoriel faisant intervenir facteurs génétiques et facteurs d'environnement. Un seul facteur d'environnement est formellement identifié, l'exposition au tabac. Dans la recherche du terrain génétique de susceptibilité, 456 marqueurs SNP (*single nucleotide polymorphism*) ont été identifiés, chacun avec un allèle associé à la PR ($P < 5,10^{-8}$), suite aux études d'association pan-génomique menées depuis 2007 (*Genome Wide Association Study (GWAS) catalog for rheumatoid arthritis (RA)*). Parmi le grand nombre de ces marqueurs qui sont proches d'autres marqueurs, certains sont en déséquilibre de liaison et représentent en fait un seul locus de susceptibilité à la PR. Chaque locus contient un facteur génétique de la maladie, un gène de susceptibilité n'étant identifié formellement que pour 2 loci, *HLA-DRB1* sur le chromosome 6 et *PTPN22* sur le chromosome 1. Bien que faisant intervenir des variants protéiques alléliques de ces gènes, les mécanismes de la susceptibilité génétique restent à identifier et l'implication d'autres gènes à ces loci est envisagée. Le regroupement en loci PR distincts est nécessaire pour préciser les fondations de l'architecture génétique de la PR, afin de faciliter l'identification des autres gènes de susceptibilité et des mécanismes physiopathogéniques sous-jacents. Le but de ce travail est de regrouper les marqueurs de la PR en loci distincts.

Matériels et méthodes. – *RA-GWAS catalog* : www.ebi.ac.uk/gwas. Population européenne de référence dont 404 ADN ont été séquencés dans le cadre du programme 1 000 genomes : www.ensembl.org, 1 000 genomes, population NFE (non-Finnish Europeans) Analyse du déséquilibre de liaison (DL) : *CubeX (Gaunt et al, 2007)* (seuil : $|D'|$ ou $r_2 > 0,80$).

Résultats. – Les 456 SNP associés à la PR dans le catalogue RA-GWAS ont été étudiés par chromosome pour leur DL entre eux dans la population européenne de référence NFE, dont les génotypes des SNP ont été extraits, avec le programme *CubeX*. Le regroupement des SNP en DL conduit à l'identification de 302 loci, dont 34 paires sont distants de moins de 500 kb. Pour ces derniers, au moins un SNP supplémentaire a été identifié qui est en DL à la fois avec un SNP du premier locus et un SNP du second, permettant 20 regroupements supplémentaires, amenant au total à 282 loci répartis sur les 23 chromosomes (1 à 22 et X).

Conclusion. – La susceptibilité génétique de la polyarthrite rhumatoïde dans la population européenne fait intervenir 282 loci distincts répartis sur 23 chromosomes, qui représentent les fondations de l'architecture de susceptibilité génétique à la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-068

Un taux élevé d'IgA est-il prédictif de l'efficacité et de la tolérance du rituximab au cours des polyarthrites rhumatoïdes naïves de traitements biologiques ?

N. Cherkaoui* (1) ; S. Ait Malek (1) ; L. Habibi (1) ; I. El Bouchti (1) (1) *Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc*
 *Auteur correspondant : dr.cherkaoui.nada@gmail.com
 (N. Cherkaoui)

Introduction. – L'élévation des taux sériques des immunoglobulines A au cours de la polyarthrite rhumatoïde n'est pas une situation exceptionnelle bien que pas aussi commune qu'en matière de Spondylarthropathies. Hypothétiquement, cette élévation serait responsable de significations multiples aussi bien cliniques que para-cliniques. L'objectif de l'étude est de déterminer si un taux élevé d'IgA aurait un effet sur la réponse tolérance et la tolérance des polyarthrites rhumatoïdes traitées par Rituximab.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective au sein de laquelle un nombre de 33 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et traités par Rituximab a été colligé, dont la particularité est la naïveté aux traitements de fond biologiques (anti-TNF en l'occurrence). Nous avons utilisé des modèles de régression de Cox avec analyse univariée et multivariée. Les principaux critères de jugement pour l'efficacité étaient la réponse EULAR à 6 mois de traitement de la 1re cure ainsi que l'existence d'un retraitement. Quant à la tolérance, l'existence d'au moins un effet indésirable de nature infectieuse, paradoxale ou autre constituait l'argument d'éligibilité.

Résultats. – 33 patients ont été colligés, L'âge moyen était de 47,46 ans. 87,9 % étaient des femmes contre 12,1 % d'hommes. Tous les patients avaient une atteinte structurale. Le DAS28 initial moyen était de 6,08 le DAS28 moyen à 6 mois de traitement était de 2,98. 13 patients ont eu recours un à retraitement avec un délai moyen de 16,8 mois a été observé entre la 1re et la 2e cure. 75,8 % des patients ont obtenu une bonne réponse EULAR à 6 mois. Le taux moyen des IgA était de 3,86 g/L (1,20-7,29). 33,3 % ont eu au moins un effet indésirable. Un taux d'IgA élevé était significativement corrélé au recours à un retraitement par Rituximab ($p < 0,005$) ainsi qu'à un ATCD de tuberculose et à l'augmentation des Alpha 2 globulines sur l'électrophorèse des protéides sanguins. Nous n'avons pas pu prouver de relation entre un taux élevé d'IgA et la survenue d'effets indésirables.

Discussion. – Une élévation polyclonale des IgA au cours de la polyarthrite rhumatoïde est possible bien que rare. Théoriquement, plusieurs éventualités cliniques devraient être recherchées devant une situation pareille. En l'occurrence, l'existence d'un facteur rhumatoïde positif d'Isotype IgA, dans le cas échéant, une infection chronique, une Spondylarthropathie, ou une maladie coeliaque associées devront être recherchées. Plus rarement, un lupus ou un syndrome de Sjogren. Dans notre série, l'existence d'un taux élevé d'IgA était significativement corrélé au recours à un retraitement par rituximab, suggérant qu'il existe une entité sous jacente ou un mécanisme étiopathogénique particulier rendant la réponse aux CD20 incomplète. Parallèlement, un antécédent de tuberculose et d'alpha-2-globulines était corrélé avec les cas de PR avec taux élevé d'IgA suggérant l'existence d'une infection avec réaction inflammatoire de type chronique.

Conclusion. – Un taux élevé d'IgA sérique est vraisemblablement retrouvé chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par Rituximab et ayant un antécédent de tuberculose, une augmentation polyclonale des alpha-2-globulines. Il serait susceptible de prédire le recours à un retraitement par Rituximab.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-069

Évaluation de la capacité du score MBDA à identifier le risque de rechute chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en rémission, en fonction du maintien ou de la diminution du traitement par anti-TNF

S. Kossi (1) ; H. Marotte (2) ; E. Sasso (3) ; XY. Liu (3) ; F. Tubach (4) ; D. Hajage (4) ; B. Fautrel* (1)

(1) *Service de rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U Saint Etienne, Saint-Etienne ; (3) Crescendo, Crescendo Bioscience, South San Francisco, États-Unis ; (4) Biostatistiques, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris*

*Auteur correspondant : bruno.fautrel@aphp.fr (B. Fautrel)

Introduction. – Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ayant obtenu une rémission soutenue sont candidats à une diminution progressive des DMARDs, puisque l'entretien de la rémission pourrait nécessiter un traitement moins intensif que l'induction de la rémission. Cependant, cette stratégie thérapeutique peut être responsable de rechute, et aucun prédicteur n'a été clairement identifié jusqu'à présent. L'étude STRASS comprenait 137 patients atteints de PR et en rémission prolongée sous anti TNF. Ces patients ont alors été randomisés en deux groupes : maintien du traitement anti TNF à la dose complète ou espacement progressif des injections d'anti TNF en fonction du DAS28 (Fautrel et al. Ann Rheum Dis 2016 ; 75(1) : 59-67) puis évalués selon la présence ou non d'une rechute au terme des 18 mois de suivi. L'objectif de cette étude était de tester la capacité du score MBDA à identifier les patients à risque de rechute selon la poursuite ou le maintien du traitement anti TNF

Patients et méthodes. – Le score MBDA des patients STRASS a été déterminé en mesurant 12 biomarqueurs sériques et en utilisant un algorithme validé (Crescendo Biosciences, South San Francisco, USA). La capacité du score MBDA à prédire la rechute dans chaque bras de l'essai STRASS a été évaluée par plusieurs méthodes. Premièrement, le score MBDA des patients en rechute et des patients non rechuteurs ont été comparés par test de Wilcoxon ou de Fisher. Deuxièmement, la capacité du score MBDA à discriminer les rechutes a été étudiée au moyen des courbes ROC avec un intervalle de confiance à 95 % (CI)

Résultats. – Après 18 mois, 46 % et 77 % des patients ont fait une rechute dans les groupes de « entretien » et « espacement », respectivement. Les rechutes étaient significativement plus fréquentes à 18 mois dans le groupe « espacement » ($p = 0,0004$). Dans chaque groupe, le score MBDA moyen et les pourcentages de patients avec des scores MBDA faibles, modérés ou élevés n'étaient pas significativement différents que les patients soient rechuteurs ou non. Les analyses ROC n'ont montré aucune capacité de discrimination statistiquement significative pour le score MBDA en termes de prédiction de rechute.

Tableau 1 Score MBDA dans l'essai TRASS

	Bras de randomisation			
	Entretien		Espacement	
À 18 mois	Pas de rechute	Rechute	Pas de rechute	Rechute
N (%)	38 (55.1 %)	31 (44.9 %)	15 (24.6 %)	46 (75.4 %)
Stratifié par bras				
Moyenne du score MBDA (SD)	29.7 (11.2)		26.8 (10.3)	
Score MBDA < 30, N (%)	30 (43.5 %)		35 (57.4 %)	
30 ≤ Score MBDA ≤ 44	34 (49.3 %)		25 (41.0 %)	
Score MBDA	5 (7.25 %)		1 (1.64 %)	

Tableau 1 Score MBDA dans l'essai TRASS

	Bras de randomisation			
Stratifié par bras et résultat final				
Moyenne du score MBDA (SD)	27.39 (11.1)	32.5 (11.1)	26.2 (12.5)	27.0 (9.7)
Score MBDA < 30, N (%)	19 (50 %)	11 (35.5 %)	9 (60 %)	26 (56.5 %)
30 ≤ Score MBDA ≤ 44	16 (42.1 %)	18 (58.1 %)	5 (33.3 %)	20 (43.5 %)
Score MBDA > 44	3 (7.9 %)	2 (6.4 %)	1 (6.7 %)	0 (0 %)

Chaque comparaison entre les groupes sans rechute et les groupes en rechute n'était pas statistiquement significative (p < 0,05).

Conclusion. – Le score MBDA n'a pas montré une quantification robuste du risque de rechute chez les patients atteints de PR en rémission, en particulier dans le contexte d'une stratégie de réduction progressive du TNFb aiguillée par le DAS28

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-070

Efficacité de l'abatacept par rapport à l'adalimumab chez les patients atteints de PR séropositive, érosive précoce avec un score DAS28 (CRP) < 2,6 ou en rémission : analyse post-hoc de l'essai AMPLE

A. Constantin* (1) ; R. Fleischmann (2) ; M. Weinblatt (3) ; HA. Ahmad (4) ; MA. Maldonado (5) ; E. Alemao (6) ; Y. Elbez (7) ; M. Schiff (8)

(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Toulouse, Toulouse ; (2) Centre de recherche clinique metroplex, Centre Médical SW de l'Université du Texas, Dallas, États-Unis ; (3) Rhumatology, Brigham and Women's Hospital, Boston, États-Unis ; (4) Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis ; (5) Affaires médicales, immunosciences, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis ; (6) Gheor, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis ; (7) Biostatistics, Excelya, Boulogne-Billancourt ; (8) Department of rheumatology, University of Colorado, Colorado, États-Unis

*Auteur correspondant : arnaud.constantin@univ-tlse3.fr (A. Constantin)

Introduction. – Des seuils binaires de l'activité de la maladie sont fréquemment utilisés dans la prise de décision clinique pour les patients atteints de PR car ils correspondent de manière précise à l'activité de la maladie, différencient bien les états de l'activité de la maladie et peuvent être utilisés de manière réaliste dans la pratique clinique. Les résultats d'une précédente analyse *post-hoc* de l'essai randomisé, contrôlé, comparatif AMPLE (NCT00929864) ont indiqué une tendance à une augmentation de l'efficacité, évaluée à l'aide du score DAS28 (CRP), pour l'abatacept (ABA) comparé à l'inhibiteur de TNF adalimumab (ADA) chez les patients atteints de PR séropositive érosive précoce.

Patients et méthodes. – Cette analyse *post-hoc* de l'essai AMPLE s'appuie sur des travaux antérieurs pour comparer les résultats cliniques entre les groupes de traitement dans deux sous-ensembles de patients dont la maladie durait depuis ≤ 6 mois, qui présentaient une séropositivité au FR ou aux anticorps anti-protéines citrullinées et un score d'érosion radiographique > 1 (Cohorte 1), et de patients chez qui ≥ 1 de ces critères d'inclusion étaient absents (Cohorte 2). L'activité de la maladie et les résultats rapportés par les patients ont été évalués aux semaines 26, 52 et 104. Les critères d'évaluation étaient définis comme étant des pourcentages de patients présentant un score DAS28 (CRP) < 2,6, un score SDAI ≤ 3,3, un score CDAI < 2,8 ou une rémission booléenne. Les critères d'évaluation ont été comparés entre les groupes de traitement par ABA et ADA en utilisant des tests du chi carré.

Résultats. – Sur les 646 patients randomisés, 83 ont été inclus dans la Cohorte 1 (ABA, n = 38 ; ADA, n = 45) et 563 dans la Cohorte 2 (ABA, n = 280 ; ADA, n = 283). À la semaine 52, plus de patients traités par ABA que de patients traités par ADA ont atteint un score DAS28

(CRP) < 2,6 dans la Cohorte 1 (p = 0,03), une tendance qui n'a pas été observée à la semaine 104 ou dans la Cohorte 2 quel que soit le moment de mesure. Aux semaines 52 et 104, plus de patients traités par ABA que de patients traités par ADA ont atteint une réponse CDAI, SDAI et une rémission booléenne dans la Cohorte 1, une tendance qui n'a pas été observée dans la Cohorte 2.

Conclusion. – Cette analyse *post-hoc* indique une tendance vers une efficacité accrue du traitement par abatacept comparé à l'adalimumab, évaluée au moyen de la mesure d'une rémission durable et d'un score DAS28 (CRP) < 2,6 chez les patients atteints de PR séropositive érosive précoce. Ces résultats, ainsi que les résultats d'autres études, confirment la nécessité de suivi d'un sous-groupe cliniquement définissable de patients pouvant répondre différemment à des thérapies ciblées

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Présenté à l'EULAR 2018 Ann Rheum Dis, volume 77, supplement Suppl, year 2018, page A916

PE. Di-071

Syndrome du canal carpien et thrombose de l'artère médiane persistante, quelle prise en charge thérapeutique ? Revue de la littérature à partir d'un cas clinique

L. Cognon* (1) ; A. Carcasses (2) ; C. Lormeau (2) ; AL. Jacquement (2) ; C. Taraud (2)

(1) Rhumatologie, CHU de Poitiers, Poitiers ; (2) Rhumatologie, C.H. de Niort, Niort

*Auteur correspondant : luciecognon@gmail.com (L. Cognon)

Introduction. – Le syndrome du canal carpien est une pathologie fréquente touchant 3 à 16 % de la population. Parmi les nombreuses étiologies, diverses variations anatomiques peuvent être identifiées dont la présence d'une artère médiane persistante (AMP) thrombosée. La prévalence de l'AMP varie de 0,9 % à 30 % selon les études et les populations (1). Une thrombose de l'artère médiane persistante (AMP) peut engendrer un syndrome du canal carpien par compression du nerf par l'artère thrombosée. Une prise en charge chirurgicale classique par la section du ligament annulaire antérieur du carpe permet de supprimer le conflit. Cependant, le traitement du thrombus vasculaire semble être une alternative thérapeutique. La thrombose de l'AMP est de diagnostic facile, grâce à l'échographie-doppler, examen simple et peu coûteux, mais sa prise en charge thérapeutique n'est pas encore bien définie.

Observation. – Nous rapportons le cas d'un patient de 37 ans présentant un syndrome du canal carpien de la main droite évoluant depuis plus d'un an. La réalisation d'une échographie met en évidence une AMP associée à un nerf médian bifide. Le doppler montre une thrombose de cette AMP avec absence de flux. Un traitement antiagrégant plaquettaire par Acide acétylsalicylique est débuté (le patient refusant l'anticoagulation en raison d'une profession à risque). Après 1 mois de traitement, il ne décrit pas d'amélioration.

Discussion. – Dans la littérature, 28 cas de syndrome du canal carpien par thrombose de l'AMP ont été rapportés. Parmi ces 28 cas, 20 ont été traités chirurgicalement (sans précision), 5 par anticoagulants (1 par héparine parentérale puis per os et 4 par anti vitamine K) et 1 par antiagrégant plaquettaire (Acide acétylsalicylique), pour les 2 autres nous n'avons pas d'information. Peu d'articles précisent le délai de prise en charge, il varie de quelques jours à plusieurs mois, mais tous ont rapporté une régression totale des symptômes avec une durée de suivi très variable.

Conclusion. – Dans les cas de thrombose de l'AMP, un traitement anticoagulant pourrait être une alternative à la prise en charge chirurgicale invasive. Notre patient n'a pas été amélioré par le traitement antiagrégant, mais celui-ci a peut-être été insuffisant ou débuté trop tardivement. Le peu de données disponible ne nous per-

met pas de conclure à une supériorité de l'anticoagulation par rapport à l'antiagrégation plaquettaire. Une étude complémentaire serait intéressante.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Di-072

Le dépistage d'une tuberculose latente chez les patients candidats à une biothérapie en rhumatologie

FZY. Heddi* (1) ; S. Debbah (1) ; K. Titouche (1) ; H. Allaoua (1) ; H. Guerboukha (1) ; N. Bahaz (1) ; S. Lefkir (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Béni messou, Alger, Algérie*

*Auteur correspondant : dr.heddi@gmail.com (FZY. Heddi)

Introduction. – Le risque infectieux notamment tuberculeux lors d'un traitement biologique est indéniable d'où la nécessité du dépistage et d'un traitement préalable d'une éventuelle tuberculose (TB). Notre objectif est d'évaluer les moyens de dépistage et de prévention de la réactivation d'une TB latente chez les patients suivis en rhumatologie et candidats à une biothérapie.

Patients et méthodes. – Notre étude a inclus les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique et traités par biothérapie durant la période de 2009 à 2017. Nous avons relevé les données épidémiologiques, les antécédents personnels et familiaux, les résultats du bilan pré-thérapeutique pour dépister une TB latente ou active et la conduite thérapeutique pour chaque cas.

Résultats. – Il s'agit de 155 patients (102 hommes et 53 femmes), âgés en moyenne de 39,6 (\pm 12,2) ans. 99 patients étaient suivis pour spondylarthrite ankylosante (SPA), 26 pour polyarthrite rhumatoïde, 15 pour rhumatisme psoriasique, 9 pour rhumatisme des entérocolopathies, 4 associations SPA et PR et 2 pour maladie de still. 58 étaient traités par adalimumab, 54 par etanercept, 27 par infliximab, 15 par tocilizumab et un par anakinra. Des antécédents de TB maladie (pulmonaire et ganglionnaire) traitée étaient notés chez 2 patients et de contagio tuberculeux chez 2 autres. L'IDR à la tuberculine faite chez 128 patients était positive dans 38 cas. Le dosage du quantiféron fait chez 144 patients était positif dans 24 cas. 117 patients ont bénéficié des deux tests avec un résultat concordant dans 98 cas. La recherche de BK dans les crachats en cas d'IDR ou de quantiféron positifs était réalisée chez 36 patients avec un résultat négatif à l'examen direct. La radiographie du thorax était sans anomalie dans 134 cas, un syndrome interstitiel dans 20 cas et des adénopathies hilaires dans 1 cas. Une chimioprophylaxie a été prescrite chez 35 patients positifs soit par rifinah [isoniazide (5 mg/kg) et rifampicine (10 mg/kg)] pendant 3 mois dans 15 cas, soit isoniazide seul pendant 6 mois dans 19 cas. Parmi les patients traités par bithérapie 5 ont développé une cytolyse hépatique amenant à arrêter la rifampicine et ne maintenir que l'isoniazide chez un patient. Un cas de TB maladie fortement suspectée a reçu un traitement anti tuberculeux pendant 6 mois et l'infliximab a été initiée après 2 mois de traitement sans incidents. L'intervalle de temps entre le début de la chimioprophylaxie et l'initiation de la biothérapie était d'une moyenne de 2,4 mois (21 J – 9 mois). Deux patients ont développé une TB sous anti-TNF alpha, il s'agissait d'une TB intestinale compliquée d'une perforation iléale six ans après l'instauration de l'adalimumab d'où son arrêt avec introduction d'un traitement antituberculeux après la chirurgie et une TB ganglionnaire cervicale survenue deux ans après le début de l'etanercept, ce dernier a été suspendu avec introduction d'un traitement antituberculeux durant 8 mois.

Conclusion. – Le risque de TB augmente sous biothérapie d'où la nécessité d'appliquer les recommandations de dépistage et de chimioprophylaxie, cependant leur efficacité n'est pas absolue puisque des cas de TB sont signalés malgré un bilan pré-thérapeutique bien mené.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-001

Évaluation de l'apport de la TDM basse dose associée à l'IRM dans le diagnostic de sacroiliite inflammatoire

R. Dal Zovo* (1) ; D. Lachatre (1) ; P. Bertin (2) ; C. Dufauget-Lombard (2) ; P. Vergne-Salle (2)

(1) *Radiologie, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges ;*

(2) *Rhumatologie, CHU de Limoges, Limoges*

*Auteur correspondant : r.dalzovo@orange.fr (R. Dal Zovo)

Introduction. – L'imagerie des articulations sacroiliaques joue un rôle majeur dans le diagnostic de spondyloarthrite selon les critères ASAS. Les radiographies standards ont une faible reproductibilité et ne permettent pas un diagnostic précoce de sacroiliite. La définition ASAS d'une IRM positive pour une sacroiliite active reste imprécise et plusieurs études récentes ont remis en question le manque de spécificité de cette définition. La TDM basse dose permet de réduire considérablement la dose délivrée au patient tout en gardant une qualité d'image suffisante au diagnostic de sacroiliite structurale. L'objectif principal était d'évaluer l'apport de la TDM basse dose associée à l'IRM des articulations sacro-iliaques par rapport à l'IRM seule pour le diagnostic de sacroiliite chez des patients pour lesquels une SpA était suspectée.

Matériels et méthodes. – Tous les patients suspects de spondyloarthrite mais qui ne remplissaient pas les critères cliniques ASAS et qui avaient des radiographies normales ont été adressés par des rhumatologues sur une période de 19 mois. La TDM basse dose et l'IRM étaient réalisées le même jour et interprétés en double aveugle par 2 radiologues. Chaque radiologue devait conclure à la présence ou l'absence de sacroiliite après la lecture de l'IRM seule puis en la confrontant à la TDM. Des systèmes de score déjà établis dans des études antérieures ont permis la quantification de l'oedème, du nombre d'érosions et de la sclérose sous chondrale sur les 2 types d'imageries. La topographie lésionnelle était évaluée par tiers. Les données dosimétriques ont été recueillies pour chaque patient.

Résultats. – Parmi les 69 patients adressés, 17 présentaient un oedème médullaire répondant aux critères actuels de la définition ASAS. En tenant compte de la topographie, de l'intensité et de la profondeur de l'oedème seulement 7 patients ont été considérés comme positifs pour une sacroiliite à l'IRM. La TDM n'a pas modifié le nombre de patients positifs. En revanche, elle a permis de diagnostiquer des sacroiliites structurales chez 3 patients. La dose efficace médiane de la TDM basse dose était de 13 mSv.

Discussion. – Une proportion non négligeable de patients présentait un oedème médullaire non spécifique. Plusieurs études rapportent des fréquences élevées d'oedème d'origine mécanique dans des proportions allant de 21 à 27 %. Chez ces patients, la TDM basse dose n'a pas modifié le diagnostic, elle a en revanche permis une meilleure détection des érosions sur les IRM évocatrices de sacroiliite pour une dose efficace quasiment identique à celle d'une radiographie du bassin.

Conclusion. – La TDM basse dose, du fait de sa meilleure détection des érosions, pourrait aider le radiologue ou le rhumatologue dans le diagnostic de sacroiliite lorsque les caractéristiques de l'oedème médullaire ne permettent pas de distinguer une origine mécanique d'une origine inflammatoire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-002

Dactylite dans la spondyloarthrite récente : données de la cohorte DESIR

D. Wendling* (1) ; C. Prati (1) ; A. Saraux (2) ; A. Molto (3) ; T. Pham (4) ; M. Dougados (5) ; X. Guillot (6)

(1) *Service de Rhumatologie, C.H.U Jean Minjoz, Besançon ;*

(2) *Rhumatologie, CHRU de la Cavale Blanche, Brest ; (3) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris ; (4) Rhumatologie, Hôpital Sainte-*

Marguerite, Marseille ; (5) Rhumatologie b, Hôpital Cochin, Paris ; (6) Rhumatologie, CHRU Besançon, Besançon
*Auteur correspondant : dwendling@chu-besancon.fr (D. Wendling)

Introduction. – La dactylite est une manifestation particulière de spondyloarthrite (SpA), faisant partie des critères de classification, et commune aux différentes formes phénotypiques de la maladie. Il n'y a que peu de données concernant les dactylites dans les formes récentes de la maladie et les facteurs associés à leur présence.

Objectif. – Etudier, à l'inclusion dans la cohorte DESIR, la présence ou antécédent de dactylite pour en évaluer la fréquence et les facteurs associés.

Patients et méthodes. – DESIR est une cohorte prospective observationnelle de patients avec rachialgies récentes (moins de 3 ans) débutant avant 50 ans évocatrices de SpA, avec un suivi programmé de 10 ans. Le pourcentage de patients avec présence ou antécédent de dactylite est évalué, et les paramètres disponibles dans la base de données (cliniques, biologiques, imagerie et médico économiques) sont comparés entre patients avec et sans dactylite à M0 (Odds Ratio \pm IC 95 % et chi-2/test de Fisher pour les variables catégorielles, tests t/Mann-Whitney pour les variables continues) en analyse unie puis multivariée (régression logistique). Significativité : p inférieur à 5 %.

Résultats. – A M0, 708 patients sont analysés, 97 ont un antécédent ou présence de dactylite : prévalence 13,7 % [CI 95 % : 11,6 – 16,2]. La dactylite survient avant les symptômes axiaux dans 41 % et avant tout autre symptôme dans 14 % des cas. En analyse univariée, la dactylite est significativement associée avec : antécédent d'arthrite, présence d'enthésite, de psoriasis, CRP élevée, score enthésitique, BASDAI, ASDAS, SF-36, HAQ, ASQoL, ancienneté de la maladie plus courte et moindre atteinte structurale (sacro iliaque, rachis).

En analyse multi variée la dactylite est associée à (tableau 1) :

Tableau 1

item	OR	CI 95 %
ANTCD d'arthrite	2,9	[11,2 – 30,9]
cDMARDs	5,2	[2,9 – 9,1]
ATCD enthésite achilléenne	6,7	[3,0 – 14,7]
BASDAI > médiane	1,08	[1,05 – 1,11]
BASFI > médiane	1,04	[1,02 – 1,06]
SF36 phys > médiane	0,92	[0,87 – 0,97]
Corticothérapie générale	5,49	[2,93 – 10,28]
Érosion Sacro iliaque (IRM lecture centrale)	0,02	[0,004 – 0,13]
mSASSS (lecture centrale)	0,37	[0,21 – 0,66]

Conclusion. – Dans la cohorte DESIR, la dactylite est présente chez 13 % des patients à l'inclusion. Il s'agit d'une manifestation précoce, associée à l'atteinte périphérique, un poids plus important de la maladie, un usage plus fréquent de DMARDs et corticoïdes, mais une moindre atteinte structurale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-003

Issues de grossesses et activité de la maladie chez des femmes présentant une spondylarthrite axiale : revue systématique de la littérature

A. Moltó* (1) ; L. Gensler (2) ; M. Clowse (3) ; H. Marzo-Ortega (4) ; A. Artignan (5) ; D. Goff-Leggett (5) ; S. Leonard (5) ; H. Resemann (5) ; E. Thurtle (5) ; N. De Peyrecave (6) ; C. Ecoffet (7) ; F. Förger (8)
(1) Rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris ; (2) Ucsf medical center, University of California, San Francisco, États-Unis ; (3) Rhumatologie, Duke University Medical Center, Durham, États-Unis ; (4) Nihl Ibrc,

Leeds Teaching Hospitals Trust and LIRMM, Leeds, Royaume Uni ; (5) Publications, Costello Medical, Cambridge, Royaume Uni ; (6) Medical, UCB Pharma, Slough, Royaume Uni ; (7) Medical, UCB Pharma, Bruxelles, Belgique ; (8) Rhumatologie, University of Bern, Berne, Suisse

*Auteur correspondant : anna.molto@cch.aphp.fr (A. Moltó)

Introduction. – Les femmes atteintes de spondylarthrite axiale (axSpA) sont souvent affectées par la maladie alors qu'elles sont en âge de procréer, 1 mais les rapports concernant l'activité de la maladie et les issues de leurs grossesses chez ces patientes sont rares. Chez les femmes atteintes de spondylarthrite ankylosante (AS), un risque plus élevé de poussées de l'activité de la maladie et une fréquence supérieure d'issues défavorables de leurs grossesses ont été rapporté par rapport aux femmes contrôles en bonne santé ; toutefois, chez les patientes présentant une axSpA non radiographique (nr), de telles données sont pratiquement inexistantes.2,3

Matériels et méthodes. – Objectifs. – Examiner les éléments disponibles de la relation entre activité de l'axSpa et grossesse, incluant les résultats sur le fœtus.

Méthodes. – Une revue systématique de la littérature a été conduite en octobre 2017 par le biais de recherches dans EMBASE, MEDLINE®, ainsi que la base de données des revues systématiques Cochrane et la base de données Abstracts of Reviews of Effects. Une recherche systématique a été menée sur les articles en langue anglaise traitant d'études observationnelles de patientes atteintes d'axSpA indiquant des issues de grossesse ou d'activité de la maladie pendant la grossesse. Les études utilisant des agents contre-indiqués pendant la grossesse étaient exclues. Des recherches supplémentaires sur des comptes rendus de conférence de 2016-2017 et des bibliographies d'articles pertinents ont également été conduites.

Résultats. – 2 216 publications ont été examinées, avec 20 publications sur 15 études uniques répondant aux critères d'inclusion. Lors de l'utilisation d'instruments vérifiés de mesure d'activité de la maladie, le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ou l'ASDAS-CRP (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, protéine C-réactive), 5 études (3 prospectives, 2 rétrospectives) indiquaient une maladie active (comme décrit par les études individuelles ; **Tableau**) à la fois pendant la grossesse et pendant la période postpartum chez la plupart des patientes. Les issues de grossesse chez les patientes atteintes d'axSpA ont été comparées à celles de contrôles en bonne santé dans 6 études (3 rétrospectives, 2 prospectives, 1 cas-témoin), dont les 3 plus grandes (incluant 1 étude prospective) ont révélé un risque ou une probabilité plus élevé(e) de naissances prématurées chez les patientes axSpA. Des taux ou un risque plus élevé(s) de faible poids de naissance/de petits nouveau-nés pour l'âge gestationnel ont été observés chez les patientes comparativement aux témoins dans 2/5 études rapportant ces résultats. Des taux similaires de mortalité, de fausses-couches ou de morts in-utero/avortement ont été observés dans les deux populations.

Discussion. –

Conclusion. – Les données prospectives solides sur l'activité de la maladie pendant la grossesse de femmes atteintes d'axSpA sont limitées. Dans les échantillons décrits ici, les données disponibles suggèrent une petite augmentation possible de naissances prématurées ; aucun signal d'augmentation des pertes de grossesse n'a été détecté. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour étudier les relations entre l'activité de la maladie chez la mère et l'issue de la grossesse chez les patientes atteintes d'axSpA.

Conflit d'intérêts. – FF : Bourse/soutien de Recherche de UCB Pharma ; Bureau des Conférenciers pour Mepha, Roche et UCB Pharma. CE : Employé de UCB Pharma. NdP : Employé de UCB Pharma. ET : Employé de Costello Medical. HR : Employé de Costello Medical. SL : Employé de Costello Medical. DGL : Employé de Costello Medical. AA : Employé de Costello Medical. HMO :

Tableau : Activité de la maladie maternelle et issue de la grossesse chez des patientes atteintes d'axSpA

Activité de l'axSpA maternelle pendant la grossesse et la période postpartum				
Étude	Population[a]	Instrument	Activité pendant la grossesse[b]	Activité pendant la période postpartum[b]
Ursin 2017[c][d]	axSpA : 181/168	BASDAI	'Activité stable et faible de la maladie' (2 ^e trimestre : BASDAI = 3,97)	'Activité stable et faible de la maladie' (6 sem pp : BASDAI = 3,46)
Förger 2009[e]	AS[f] : 10	BASDAI	'Activité modérée de la maladie'	'Stable' (2/10) 'Augmenté de 50 %' (8/10)
Förger 2005[e]	AS[f] : 10	BASDAI	'Amélioration clinique' (4/10) 'Restée active' (6/10)	Non indiqué
van den Brandt 2017[e]	axSpA[g] : 37	ASDAS-CRP	'Activité élevée persistante'[h]	'Activité élevée persistante'[h]
Timur 2016[d]	AS[f] : 20	ASDAS-CRP	'Score diminué' (14/20) 'Score inchangé' (6/20)	'Score diminué' (2/20) 'Score inchangé' (3/20) 'Score augmenté' (15/20)

Issues de grossesse chez des patientes atteintes d'axSpA et des témoins sains		
Étude	Populations[a]	Incidence par grossesse vs témoins (valeur p)
Fang 2017[c][d]	AS : 2492 Témoins : 2 347 847	Naissance prématurée : 148/2492 vs 106 014/2 347 847 (aOR[i] : 1,18 [1,00–1,38], [i] <0,05) Poids de naissance < 2 500 g : 173/2492 vs 151 048/2 347 847 (aOR[i] : 1,06 [0,91–1,22], NS)[j] PAG : 221/2492 vs 227 984/2 347 847 (aOR[i] : 0,97 [0,85–1,11], NS) Mortinatalité : 17/2492 vs 17 346/2 347 847 (aOR[i] : 0,81 [0,50–1,30], NS)
Förger 2017[c][e]	axSpA : 78/70 Témoins : 70	Naissance prématurée : 'risque supérieur' PAG : 'risque supérieur'
Park 2017[c][d]	AS : 27/20 Témoins : 108	Naissance prématurée : <i>Donné non rapporté</i> (NS) Faible poids de naissance : 22,2 % vs 8,3 % (0,024) Perte fœtale : 0/27 vs 0/108 (NS)
Timur 2016[d]	AS[f] : 20 Témoins : 40	Naissance prématurée : 3/20 vs 3/40 (0,390) Poids de naissance < 2 500 g : 5/20 vs 3/40 (0,150) Avortement : 0,2±0,4 vs 0,2±0,4 (1,000)
Jakobsson 2016[k]	AS[i] : 199 Témoins : 477	Naissance prématurée : 22/199 vs 21/477 (aOR[i] : 2,62 [1,27–5,39] pour les patientes non traitées ; 1,79 [0,55–5,82], NS pour les patientes traitées par AINS) PAG : 5/199 vs 6/477 (aOR[i] : 1,34 [0,37–4,85], NS pour les patientes non traitées ; 4,47 [0,96–20,8], NS pour les patientes traitées par AINS)
Ostensen and Husby 1983[e]	AS[f] : 13 Témoins : 31	Naissance prématurée : 1/13 vs 0/31 Fausse-couche : 0/13 vs 1/31 Mortinatalité : 0/13 vs 1/31

[a] Grossesses/Femmes (si non égal) ; [b] Cas sur grossesses totales (n/N) ; [c] Résumé de congrès ; [d] Données rétrospectives ; [e] Données prospectives ; [f] Critères de New York modifiés ; [g] Critères de classification ASAS ; [h] ASDAS-CRP : 2,1–≤3,5 ; [i] aOR [intervalle de confiance à 95 %] ; [j] Odds ratio brut à 1,19 (1,03–1,38) ; [k] Étude cas-témoin ; [l] ICD-10 : M45, aOR : odds ratio ajusté ; AS : spondylarthrite ankylosante ; ASDAS-CRP : ankylosing spondylitis disease activity score-protéine-C réactive ; axSpA : spondyloarthrite axiale ; BASDAI : Bath ankylosing spondylitis disease activity index ; NS : non significatif ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; pp : postpartum ; PAG : petit pour l'âge gestationnel.

Bureau des Conférenciers et bourse/soutien de Recherche de Janssen ; Bureau des Conférenciers pour AbbVie, Celgene, MSD, Novartis, Pfizer et UCB Pharma. LG : Bourse/soutien de Recherche de UCB Pharma. MC : Consultant pour UCB Pharma ; Consultant et Bourse/soutien de Recherche de Janssen et Pfizer. Bourse/soutien de Recherche de AbbVie et Bristol-Myers Squibb. AM : Consultant et Bourse/soutien de Recherche de MSD, AbbVie, Pfizer et UCB Pharma.

Références

- [1] van den Brandt S. Arthritis Res Ther 2017 ; 19 : 64.
- [2] Jethwa H. Arthritis Rheumatol 2016 ; 68(suppl 10).
- [3] Jakobsson GL. Ann Rheum Dis 2016 ; 75 : 1838-42.

PE. Lu-004

Comparaison des données sur l'aptitude au travail, la dépression et la qualité de vie des patients atteints de spondylarthrite ankylosante à celles des patients atteints de rhumatisme psoriasique : résultats intermédiaires de l'étude COMPLETE

M. Khraishi (1) ; L. Bessette* (2) ; B. Haraoui (3) ; B. Florica (4) ; Y. Setty (5) ; M. Teo (6) ; V. Remple (7)

(1) Faculty of medicine, Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's, Canada ; (2) Centre hospitalier de l'université laval, Université Laval, Québec, Canada ; (3) Rhumatologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Canada ; (4) Faculty of medicine, University of

Toronto, Toronto, Canada ; (5) Rheumatology, Grey Bruce Health Services – Owen Sound, Owen Sound, Canada ; (6) Faculty of medicine, University of British Columbia, Penticton, Canada ; (7) Rheumatologie, Corporation AbbVie, Montréal, Canada

*Auteur correspondant : louis.bessette@crchul.ulaval.ca (L. Bessette)

Introduction. – La spondylarthrite ankylosante (SPA) et le rhumatisme psoriasique sont des maladies inflammatoires chroniques évolutives associées à de la douleur intense et à des lésions articulaires, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur les résultats des questionnaires d'auto-évaluation des patients. Les objectifs étaient de comparer les résultats des questionnaires d'auto-évaluation des patients atteints de rhumatisme psoriasique évolutif et des patients atteints de spondylarthrite ankylosante évolutive, qui avaient besoin d'une modification de leur schéma thérapeutique.

Patients et méthodes. – Les patients admissibles à participer aux études COMPLETE sont des adultes atteints de SPA ou de rhumatisme psoriasique évolutif n'ayant jamais été traités par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF α) et qui, de l'avis du médecin traitant, ont besoin d'une modification de leur schéma thérapeutique. Les données initiales proviennent des patients recrutés entre juillet 2011 et juin 2017. Les questionnaires d'auto-évaluation étaient : questionnaire sur les limitations au travail (WLQ ; *Work Limitations Questionnaire*), échelle de dépression de Beck (BDI ; *Beck's Depression Inventory*) et questionnaire abrégé sur la santé à 12 questions (SF-12 ; *Short Form 12 Health Survey*). L'activité de la maladie a été classée comme évolutive/grave ou faible/modérée selon le score BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* [indice de Bath d'activité de la spondylarthrite ankylosante]) (≥ 4 vs < 4) pour les patients atteints de SPA et le score DAS28 (*Disease Activity Score in 28 joints* [indice d'activité de la maladie sur 28 articulations]) ($\geq 5,1$ vs $< 5,1$) pour les patients atteints de rhumatisme psoriasique. De plus, les patients atteints de rhumatisme psoriasique ont été stratifiés en fonction de l'ampleur de la maladie de peau (atteinte $\geq 3\%$ vs $< 3\%$ de la surface corporelle). Les résultats des questionnaires WLQ, SF-12 et BDI des patients atteints de SPA et de ceux atteints de rhumatisme psoriasique ont été comparés à l'aide de modèles linéaires généralisés mixtes multivariés, en tenant compte de l'âge, du sexe, de la durée de la maladie et de l'activité de la maladie.

Résultats. – Au total, 528 patients atteints de SPA et 317 patients atteints de rhumatisme psoriasique (41 % présentant une atteinte $\geq 3\%$ de la surface corporelle) ont été retenus pour l'analyse. Après l'ajustement de multiples variables, on a observé que les patients atteints de SPA avaient tendance à obtenir des scores plus élevés dans le sous-domaine du questionnaire SF-12 touchant le fonctionnement physique que les patients atteints de rhumatisme psoriasique présentant initialement une atteinte $< 3\%$ de la surface corporelle ($p = 0,069$). De plus, les patients atteints de rhumatisme psoriasique présentant une atteinte $\geq 3\%$ de la surface corporelle ont obtenu des scores significativement plus élevés dans le sous-domaine du questionnaire SF-12 touchant les limitations dues à des problèmes physiques ($p = 0,031$) et avaient tendance à obtenir des scores plus élevés dans le sous-domaine du questionnaire SF-12 touchant la santé mentale ($p = 0,085$) que ceux présentant une atteinte $< 3\%$ de la surface corporelle. Aucune différence n'a été observée entre les groupes en ce qui a trait aux autres sous-domaines du questionnaire SF-12 et aux questionnaires WLQ et BDI. En ce qui concerne les autres facteurs déterminants des questionnaires d'auto-évaluation, une maladie grave ou très grave a été associée à un score BDI significativement plus élevé et à de mauvais scores dans tous les domaines des questionnaires WLQ et SF-12.

Conclusion. – La SPA et le rhumatisme psoriasique ont des répercussions sur de nombreux aspects de la vie des patients, sans différences significatives entre les deux maladies. Une maladie plus grave est associée à des symptômes de dépression, une plus grande difficulté à accomplir les activités quotidiennes et une diminution de la productivité au travail.

Conflit d'intérêts. – Les conflits d'intérêts suivants sont signalés : 1. MK : conférencier, consultant, chercheur principal pour AbbVie. 2. BH : conseils consultatifs pour AbbVie, Amgen, BMS, Celgene, Eli Lilly, Janssen, Merck, Pfizer, Roche et UCB ; subventions de recherche : AbbVie, Amgen, BMS, Janssen, Pfizer, Roche et UCB ; conférencier pour Amgen, BMS, Janssen, Pfizer et UCB. 3. LB : conférencier pour Amgen, BMS, Janssen, Roche, UCB, AbbVie, Pfizer, Merck, Celgene, Lilly et Novartis ; consultant pour Amgen, BMS, Janssen, Roche, UCB, AbbVie, Pfizer, Merck, Celgene, Sanofi, Lilly et Novartis. 4. YS : consultant (conseil consultatif) pour AbbVie. 5. BF : conférencier pour Janssen, Merck, AbbVie, Roche, BMS et Novartis ; consultant pour Roche, AbbVie, Pfizer, Janssen, Celgene et UCB. 6. MT : conseils consultatifs pour AbbVie, Amgen, Celgene, Janssen, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi-Genzyme et UCB ; conférencier pour AbbVie et Roche. 7. VR reçoit un salaire et des options d'achat d'actions à titre d'employé de la Corporation AbbVie.

PE. Lu-005

Étude épidémiologique visant à comparer l'efficacité de l'adalimumab à celle d'un antirhumatisme modificateur de la maladie non biologique dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante : données sur l'efficacité après 12 mois de l'étude COMPLETE-AS

L. Bessette* (1) ; M. Khraishi (2) ; A. Chow (3) ; V. Pavlova (4) ; S. Silverberg (5) ; J. Stewart (6) ; V. Remple (7)

(1) Centre hospitalier de l'université Laval, Université Laval, Québec, Canada ; (2) Faculty of medicine, Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's, Canada ; (3) Rheumatology, University of Toronto, Toronto, Canada ; (4) Department of medicine, McMaster University, Hamilton, Canada ; (5) Rheumatology, Etobicoke General Hospital, Toronto, Canada ; (6) Faculty of medicine, University of British Columbia, Penticton, Canada ; (7) Rheumatologie, Corporation AbbVie, Montréal, Canada

*Auteur correspondant : louis.bessette@crchul.ulaval.ca (L. Bessette)

Introduction. – L'étude COMPLETE-AS est une étude d'observation canadienne menée chez des patients atteints de spondylarthrite ankylosante évolutive n'ayant jamais été traités par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF α) qui, de l'avis du médecin traitant, ont besoin d'une modification de leur traitement actuel contre la spondylarthrite ankylosante. Le but de cette analyse était de décrire et de comparer les données démographiques et les caractéristiques initiales de la maladie chez les patients des groupes ARMM non biologiques et adalimumab (ADA) et de comparer l'efficacité des 2 méthodes de traitement sur 12 mois.

Patients et méthodes. – Les patients recrutés entre juillet 2011 et juin 2016 ont été inclus. Les critères d'évaluation étaient les suivants : manifestations extra-articulaires (MEA 1 : maladies inflammatoires de l'intestin (MII), psoriasis, uvéite, enthérite ; MEA 2 : MII, uvéite, enthérite), activité de la maladie (score BASDAI ; *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* [indice de Bath d'activité de la spondylarthrite ankylosante]), capacité fonctionnelle (score BASFI ; *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* [indice de Bath de capacité fonctionnelle des patients atteints de spondylarthrite ankylosante]) et qualité de la vie (SF-12 ; *Short Form 12 Health Survey* [questionnaire abrégé sur la santé à 12 questions]). Les différences entre les groupes quant aux paramètres initiaux ont été évaluées à l'aide du test de khi carré, pour les variables nominales, et du test t pour échantillons indépendants, pour les variables continues. Les variations ajustées des scores BASDAI et BASFI initiaux au fil du temps ont été comparées entre les 2 groupes à l'aide de modèles mixtes linéaires.

Résultats. – Au total, 609 patients (ARMM non biologiques : n = 177, ADA : n = 432) ont été inclus dans la présente analyse. Aucune diffé-

rence significative n'a été observée entre les 2 groupes en ce qui a trait aux caractéristiques démographiques initiales. Cependant, au départ, les patients commençant le traitement par l'adalimumab étaient plus susceptibles d'être sans emploi (ADA : 38 % vs ARMM non biologiques : 27,1 %, $p = 0,009$), présentaient des scores moyens BASDAI (6,4 vs 5,0 ; $p < 0,001$) et BASFI (5,5 vs 3,7 ; $p < 0,001$) plus élevés et une qualité de vie plus médiocre (SF-12 PCS : 24,4 vs 24,7, $p = 0,002$). La prévalence initiale des manifestations extra-articulaires était comparable entre les 2 groupes (MEA 1 : 34,7 % vs 31,6 %, $p = 0,454$; MEA 2 : 25,9 % vs 22,6 %, $p = 0,381$). Toutefois, les MI étaient plus fréquentes chez les patients commençant un traitement par l'adalimumab (9 % vs 4,5 %, $p = 0,062$).

Après 12 mois de traitement, la prévalence des manifestations extra-articulaires a diminué significativement dans le groupe ADA (MEA 1 : $p = 0,004$; MEA 2 : $p = 0,033$), mais pas dans le groupe ARMM non biologiques. Après l'ajustement des valeurs initiales, les patients traités par l'adalimumab ont été plus nombreux à obtenir un score BASDAI inférieur (méthode des moindres carrés : 3,7 vs 4,3, $p = 0,171$) et un score BASFI significativement inférieur (2,9 vs 3,6, $p = 0,031$) ainsi que des scores comparables aux questionnaires SF12-PCS (24,9 vs 24,7, $p = 0,210$) et SF12-MCS (19,1 vs 18,9, $p = 0,532$) à 12 mois. Pendant la période de suivi, 7,4 % des patients sous adalimumab ont commencé un autre traitement biologique et 23,7 % des patients du groupe ARMM non biologiques ont commencé un traitement biologique ($p < 0,001$).

Conclusion. – Les patients atteints de spondylarthrite ankylosante commençant un traitement par l'adalimumab dans le cadre de soins cliniques habituels au Canada présentent un score de gravité de la maladie et une altération de la qualité de vie significativement plus élevés au départ, comparativement à ceux qui commencent un traitement non biologique. Le traitement par l'adalimumab pendant 12 mois a donné lieu à une plus grande réduction de la prévalence des manifestations extra-articulaires et une réduction plus marquée des scores de gravité que le traitement par des agents non biologiques.

Conflit d'intérêts. – Les conflits d'intérêts suivants sont signalés : 1. MK : conférencier, consultant, chercheur principal pour AbbVie. 2. LB : conférencier pour Amgen, BMS, Janssen, Roche, UCB, AbbVie, Pfizer, Merck, Celgene, Lilly et Novartis ; consultant pour Amgen, BMS, Janssen, Roche, UCB, AbbVie, Pfizer, Celgene, Lilly et Novartis ; chercheur pour Amgen, BMS, Janssen, Roche, UCB, AbbVie, Pfizer, Merck, Celgene, Sanofi, Lilly et Novartis. 3. AC : conférencier pour AbbVie, BMS, Janssen, Pfizer et Takeda ; consultant pour AbbVie, Amgen, BMS, Celgene, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer et Roche ; chercheur pour AbbVie, Amgen, BMS, Celgene, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi et UCB. 4. JCS : comités consultatifs : Pfizer, Abbvie, Amgen, Celgene, Roche et Novartis ; chercheur pour Bristol Myer Squibb, Abbvie et Janssen. 5. SS : consultant (conseil consultatif) pour Abbvie ; consultant pour Janssen. 6. VP : conférencier et consultant pour Amgen, Abbvie, BMS, Janssen, Lilly, Merck, Novartis, Roche, UCB et Pfizer ; chercheur pour Janssen, UCB et Abbvie ; subvention de recherche : UCB. 7. VR reçoit un salaire et des options d'achat d'actions à titre d'employé de la Corporation AbbVie.

PE. Lu-006

Facteurs prédictifs de mauvaise réponse aux anti-TNFa chez des patients algériens atteints de spondylarthrite ankylosante

A. Boukabous (1) ; B. Bengana* (1) ; N. Bahaz (1) ; S. Debbah (1) ; S. Lefkir (1)

(1) Rhumatologie, CHU BENI MESSOUS, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : newbilal@live.fr (B. Bengana)

Introduction. – Les anti TNF alpha représentent une avancée majeure dans le traitement de certaines formes réfractaires de spondylar-

thrite ankylosante (SPA). Hélas, certains patients arborent des échecs malgré ces thérapeutiques en dehors de leurs effets indésirables et de leur coût qui sont à prendre en compte. Définir d'emblée les patients susceptibles d'être bon ou mauvais répondeurs serait d'une grande utilité. L'objectif de notre travail était d'essayer d'apprécier le taux d'échec à ces traitements mais aussi d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs de non réponse aux anti-TNFa dans une population algérienne de SPA.

Patients et méthodes. – Étude prospective d'une cohorte de SPA retenue selon les critères de New York modifiés, recrutés entre juin 2009 à juin 2017 soumis à un traitement par anti TNF avec évaluation après 6 mois de traitement, tout en relevant les données démographiques, cliniques, biologiques et évolutives des concernés. **Résultats.** – Nous avons retenu 76 patients pour l'analyse (Etanercept = 36, Adalimumab = 32, Infliximab = 8), l'âge moyen est de 34,6 ± 9,6 ans, le sex-ratio H/F est de 3,6, la durée moyenne de la maladie est de 12,1 ± 8,2 années, la durée moyenne du traitement est de 33,9 ± 21,1 mois. Au bout de 6 mois de traitement nous notons 77 % de patients bon répondeurs ayant achevé un BASDAI 50, contre 23 % non répondeurs. Les facteurs associés à une mauvaise réponse aux anti TNF alpha étaient : le tabagisme ($p = 0,025$) et un IMC élevé ($p = 0,0001$).

Conclusion. – Dans notre étude plus de ¾ des patients répondent tout de même bien aux anti TNF alpha après 6 mois de traitement contre 23 % qui admettent un échec, les éléments en faveur d'une mauvaise réponse aux anti TNF alpha sont les patients fumeurs et ceux avec un indice de masse corporelle élevé. Ce travail est appelé à être poursuivi sur un effectif plus important et à plus long terme pour mieux cerner les facteurs prédictifs de non réponse à ces molécules.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-007

Le syndrome respiratoire restrictif au cours des spondyloarthrites : quels facteurs de risque ?

A. Mounir* (1) ; N. Siar (1) ; B. Hanae (3) ; A. Nessrine (1) ; H. Taoufik (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc ; (3) Épidémiologie, Faculté de Médecine et de pharmacie, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : aminafmpf@gmail.com (A. Mounir)

Introduction. – La spondylarthrite (SpA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui peut s'accompagner de manifestations extra-articulaires dont l'atteinte respiratoire. Notre objectif est de déterminer les facteurs du risque du syndrome restrictif chez ces patients et l'impact de cette atteinte sur la qualité de vie.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective incluant 140 patients atteints de SpA, ayant bénéficié d'une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR). Les patients sont appariés en deux groupes : le premier avec une EFR normale ou syndrome restrictif léger et le second avec un syndrome restrictif modéré ou sévère. L'analyse a été faite avec le logiciel SPSS version 20.

Résultats. – 50,7 % des patients sont des hommes. L'âge moyen de nos patients est 51 ans ± 13. La durée médiane d'évolution de la SpA = 11,53 ± 9,2 ans. Taux moyens de BASDAI = 4,55 ± 2 et BASFI 4,38 ± 2,4. Le syndrome restrictif était modéré à sévère dans 25 % des cas, dont les facteurs liés à cette atteinte étaient : le sexe masculin ($p = 0,02$), l'exagération de cyphose dorsale ($p = 0,006$) et la diminution de l'ampliation thoracique ($p = 0,007$). Par ailleurs, il n'y avait pas de corrélation entre le BASFI et le syndrome restrictif.

Conclusion. – Bien qu'elle soit souvent asymptomatique, l'atteinte pulmonaire restrictive est fréquente au cours de la SpA. Elle semble liée sexe masculin et à l'altération du contenant thoracique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-008

Corrélation entre l'inflammation sur l'IRM de l'articulation sacro-iliaque et la CRP dans la spondyloarthrite non radiographique

N. Naji (1) ; N. Siar* (2) ; K. Salma (2) ; A. Nessrine (2) ; H. Taoufik (2)

(1) Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc ; (2) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : nouhad. siar94@gmail.com (N. Siar)

Introduction. – La sacroiliite à l'IRM peut être active ou inactive, les facteurs pouvant être associés ne sont pas encore bien élucidés. L'objectif de notre travail est d'identifier la corrélation entre l'inflammation de l'articulation sacro-iliaque à l'IRM, la CRP et les scores cliniques d'activité de la spondyloarthrite axiale non radiographique.

Matériels et méthodes. – Cette étude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de Fès portant sur 105 patients suivis pour spondyloarthrite axiale remplissant les critères ASAS 2010. Tous ont bénéficié d'une IRM des sacro-iliaques. L'œdème de la moelle osseuse dans les lésions inflammatoires à l'IRM a été évalué, la CRP et les marqueurs inflammatoires ont été mesurés. Le BASFI, le BASDAI et l'ASDAS ont été évalués. La corrélation entre la sacroiliite active (SIA) déterminée par l'IRM et les scores d'activité de la maladie et les variables de laboratoire ont été évaluées.

Résultats. – L'âge moyen était de 44 ans ± 13,5. Le sexe ratio F/H = 1,4. 29 % de nos patients étaient tabagiques, 76 % avaient SIA et 28 % SI inactive, 94,2 % étaient sous AINS, la CRP moyenne des SIA était à 19,7 et 34 dans la SI inactive. L'analyse bi-variée a montré que la SIA est corrélée au sexe (p = 0,001), tabagisme (p = 0,001), la prise d'AINS et BASDAI (p < 0,05) mais pas avec la CRP et l'ASDAS. L'analyse par régression logistique multiple a montré que le sexe masculin : ORa = 5,6 ; IC = [2,2-14,9], le tabagisme : ORa = 2,9 ; IC = [1,00-8,7] sont des facteurs de risque de SIA par contre la prise d'AINS est un facteur protecteur : ORa = 0,66 ; IC = [0,12-0,44]

Discussion. – Actuellement, plusieurs études se sont intéressées par la relation entre la sacro-iliite active à l'IRM des sacro-iliaques et la CRP. Les résultats de notre étude suggèrent que la sacroiliite active est associée au sexe masculin et au tabagisme qui sont connus comme facteurs d'activité de la maladie.

Cependant, Les AINS constituent un facteur protecteur contre la sacroiliite active, cela peut être expliqué sur le plan physiopathologique par leur action anti-inflammatoire.

Séries	Nombre de patients	Facteurs associés à la Sacroiliite active
Victoria Navarro-Compán et al (2015)	167	CRP ASDAS
Pedersen SJ et al (2010)	60	Pas d'association avec CRP
Kang Ky et al (2017)	81	Pas d'association avec CRP
Notre série	105	Sexe masculin Tabac AINS

Conclusion. – La CRP ne peut être utile comme marqueur de l'inflammation objective dans la SIA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-009

Étude du remodelage osseux au cours de la spondyloarthrite ankylosante : résultats d'une étude transversale cas-témoins

A. Feki* (1) ; I. Sellami (2) ; A. Ghorbel (3) ; R. Grassa (1) ; H. Fourati (1) ; R. Akrouf (1) ; S. Ben Djmeaa (1) ; M. Ezzedine (1) ; M.H. Kallel (1) ; S. Baklouti (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; (2) Médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; (3) Laboratoire biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

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

Introduction. – La spondyloarthrite ankylosante (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique sévère dont la lésion élémentaire est une inflammation de l'enthèse. Elle touche essentiellement le squelette axial y compris les articulations sacro-iliaques. Elle peut évoluer vers une ankylose irréversible du rachis entraînant ainsi une limitation importante de sa mobilité. Cette réduction de la mobilité, associée à l'inflammation chronique ont un effet néfaste sur le métabolisme osseux. Le but de ce travail est d'objectiver le retentissement de SA sur le remodelage osseux.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude cas-témoins incluant des patients atteints de SA (selon les critères de New York modifiés) non connu ostéoporotiques ni ostéopéniques et sans antécédent notable de maladie ou de prise médicamenteuse influençant sur le métabolisme osseux. Les témoins étaient appariés avec les patients et ils répondent aux mêmes critères d'inclusion. Des bilans phosphocalciques, rénal et inflammatoire ont été effectués chez les 2 groupes. Les marqueurs biologiques sériques de remodelage osseux suivants ont été dosés : les phosphatases alcalines totales (PAL), les télopeptides C-terminaux du collagène I (CTX s) et le peptide d'extension C terminal du procollagène I (PINP). Une valeur p < 0,05 était considérée comme significative.

Résultats. – Il s'agit de 47 patients et 47 témoins. Chaque groupe est composé de 35 hommes et 12 femmes. L'âge moyen des patients était de 43,81 ± 13,47 ans et des témoins était 47,02 ± 13,47 ans de sans différence significative (p = 0,249). L'indice de masse corporelle moyen des patients était de 25,9 ± 6,2 kg/m² et celui des témoins était de 27,3 ± 4,6 kg/m² sans différence significative (p = 0,126). La forme de clinique de SA était axiale dans 33 cas (70,2 %) et mixte (axiale et périphérique) chez 14 cas (29,8 %). La durée moyenne d'évolution de SA était de 15,07 ± 10,9 ans. Dix-neuf patients (40,4 %) étaient sous traitement de fond au moment de l'étude. le BASDAI moyen était de 3,7 ± 1,8. L'ASDASCRP moyen était de 2,36 ± 0,96. Le BASFI moyen était de 47,3 ± 23,4 %. Cinquante-quatre pourcents des patients étaient sur sous AINS et 20,6 % étaient sous anti-TNF. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la calcémie, la phosphorémie, la magnésémie et la créatinine entre le groupe SA et le groupe Témoin. La moyenne du PINP était plus élevée chez les patients (60 ± 22,316 versus 56,036 ± 29,647 ng/ml) mais sans différence significative (p = 0,466). La moyenne des PAL était plus élevée chez les patients (87,29 ± 24,5 versus 71,74 ± 19,49 UI/l) avec une différence significative (p = 0,001). De même, la moyenne du CTX s était plus élevée chez les patients (0,553 ± 0,256 versus 0,442 ± 0,221 ng/ml) avec une différence significative (p = 0,027). Dans le groupe des patients, une corrélation positive était objectivée du PINP avec la durée d'évolution de la SA (r = 0,329, p = 0,024). De même une corrélation positive était objectivée des PAL avec la durée d'évolution de la SA (r = 0,301, p = 0,04) et avec l'ASDASCRP (r = 0,462, p = 0,001).

Discussion. – Il existe au cours de la SA une perte osseuse fréquente corrélée à l'inflammation et parallèle à l'augmentation des paramètres de remodelage surtout de la résorption. Cette perte osseuse peut être liée à plusieurs facteurs : la réduction de mobilité liée à l'enraidissement et à l'ankylose, des désordres hormonaux et à l'activité et l'évolutivité de la maladie

Conclusion. – Notre étude confirme que l'activité de SA est associée à un état d'hyper-remodelage osseux en faveur de la résorption expo-

sant à un risque de perte osseuse plus élevé que la population générale. Cela nous incite à traiter précocement et efficacement la SA afin de lutter contre l'inflammation et prévenir l'altération du capital osseux.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Wendling D, Toussiroit É, Michel F. Retentissement osseux des rhumatismes inflammatoires chroniques de l'adulte. 2001 : 759-764.

PE. Lu-010

Risque de rechute en cas de diminution des doses d'anti-TNF dans les spondyloarthrites axiales : revue systématique de la littérature et méta-analyse

L. Couvaras* (1) ; T. Barnetche (2) ; A. Constantin (3) ; T. Pham (4)
 (1) Rhumatologie, Assistance Publique-hopitaux Marseille, Marseille ;
 (2) Rhumatologie, CHU – Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux ;
 (3) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire Toulouse, Toulouse ;
 (4) Rhumatologie, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

*Auteur correspondant : loukianos.couvaras@ap-hm.fr (L. Couvaras)

Introduction. – Les anti-TNF sont efficaces dans le traitement des spondyloarthrites axiales (axSpA), mais ils sont associés à de potentiels effets indésirables sévères et à un coût élevé. Selon les recommandations de l'ASAS-EULAR, si les patients maintiennent une rémission ou un faible niveau d'activité, un espacement ou une diminution de doses des anti-TNF peuvent être envisagés. Notre objectif était d'évaluer le risque de rechute en cas de décroissance de dose versus le maintien des doses standards chez des patients avec axSpA.

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en utilisant les bases de données Medline, Embase et Cochrane jusqu'au 27 février 2018. Tous les essais contrôlés randomisés et les études de cohortes comparant le taux de rechute des patients en rémission ou en faible niveau d'activité diminuant les doses d'anti-TNF par rapport à ceux maintenant les doses standards ont été sélectionnés. Pour la méta-analyse, l'événement évalué était le nombre de patients qui présentaient une rechute dans chaque groupe (espacement versus doses standards). Les données des études ont été extraites par deux investigateurs indépendants (LC, TP). Un risque relatif global (RR) a été estimé en utilisant la méthode de l'inverse de la variance avec un modèle à effets fixes ou aléatoires, selon le niveau d'hétérogénéité (I², test Q de Cochran). Tous les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel RevMan 5.3 avec un seuil de significativité statistique de 0,05.

Résultats. – Parmi les 544 publications analysées, 5 études (3 essais randomisés incluant un abstract et 2 études de cohortes contrôlées) ont été sélectionnées, incluant 230 patients ayant diminué leur dose d'anti-TNF et 226 maintenant des doses standards. L'hétérogénéité clinique entre les essais était faible : âge moyen de 46 à 46,7 ans, hommes de 72,6 % à 87,2 %, spondylarthrite ankylosante de 74 % à 100 %, et HLA-B27 présent dans 91 % à 93 % des patients inclus dans l'analyse. En revanche, l'hétérogénéité méthodologique entre les essais était élevée : toutes les modalités de décroissance, les définitions des rechutes, la durée du suivi et les durées d'évaluation étaient différentes. Aucune des stratégies de décroissance n'était guidée par l'activité de la maladie. La diminution de dose d'anti-TNF n'était pas associée à une hausse statistiquement significative du risque de rechute (RR [95 % IC] = 1,51 [0,99 -2,31], p = 0,05) en comparaison au maintien des doses standards d'anti-TNF. Une rechute était observée pour 22,2 % des patients diminuant leur dose d'anti-TNF versus 13,3 % des patients maintenant une dose standard.

Conclusion. – La diminution des doses d'anti-TNF ne semble pas augmenter le risque de rechute en comparaison du maintien des doses standards chez les patients en rémission ou en faible niveau d'activité. Cependant, en raison de l'hétérogénéité et des effectifs faibles des études existantes, il semble nécessaire de confirmer ces résultats.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-011

Dépistage IRM (rachis et sacro-iliaque) de la spondylarthrite chez les lombalgiques chroniques : à propos de 40 cas

FZ. Haddani* (1) ; T. Youssoufi (1) ; A. Guich (1) ; EM. Boudhar (1) ; H. Hassikou (1)

(1) Rhumatologie, Hopital militaire moulay ismail meknes, Meknes, Maroc

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

Introduction. – La lombalgie chronique, motif de consultation très fréquent peut nous amener à diagnostiquer une spondylarthrite. L'objectif de ce travail est de dépister les patients porteurs d'une spondylarthrite devant une lombalgie chronique dans une population de sujet jeune.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective incluant 40 malades répartis en 22 hommes et 18 femmes, ayant consulté au service de rhumatologie pour des lombalgies définies par les éléments suivants :

Age est ≤ 40 ans, début insidieux, non améliorées par le repos avec une composante nocturne et dont l'évolution dépasse 3 mois.

Tous les patients ont bénéficié : d'un examen clinique, un bilan biologique (NFS, CRP, VS, ± HLA B27), des radiographies de bassin de face, du rachis dorsal et lombaire F/P et pulmonaire de face et d'une IRM couplée des SI et rachis entier (STIR, T1, ± Gado ; coupe frontale et oblique pour les SI et sagittal pour le rachis).

Résultats. – L'âge moyen de nos patients lors du diagnostic était 31,1 ans [16-40] et la durée moyenne d'évolution du symptôme était de 41,97 mois [4-192]. Selon les critères ASAS 2009, une spondylarthrite axiale radiologique a été retenue chez 8 hommes et 3 femmes, n'ayant pas d'antécédents familiaux de spondylarthrites avec une dactylite (n = 1), une arthrite des grosses articulations (n = 3), le syndrome inflammatoire était présent (n = 6), l'IRM a montré de l'œdème et des érosions de l'os sous chondral (n = 11) et un hyper signal de la capsule articulaire (n = 6), tous ces patients répondaient aux AINS. Une spondylarthrite axiale non radiologique a été notée chez 3 patients (HLA B 27+ lombalgies inflammatoires + enthésite). Dans les autres cas, l'IRM a objectivé des lésions dégénératives, soit 50 % des patients : discopathies dégénératives cervicales et lombaires (n = 8), hernie discale conflictuelle (n = 6), arthrose inter-apophysaire postérieur (n = 2), anthélisthésis L5/S1 sue lyse isthmique bilatérale de la L5 (n = 1), angiomes agressifs multiples dorso-lombaires (n = 1), fractures marginales du bord antérieur L4-L5 (n = 1), arthrose des SI (n = 1). Une lombalgie fonctionnelle a été retenue chez 6 malades devant la négativité de tous les examens. La fréquence de lésions dégénératives à un âge jeune a été corrélée aux activités professionnelles et les contraintes physiques conséquentes vu que nos patients étaient de jeune militaire.

Conclusion. – L'IRM est l'imagerie de choix dans le dépistage de la spondylarthrite permettant ainsi un diagnostic précoce. Néanmoins, il est loin d'être infaillible dans la spondylarthrite car les lésions retrouvées notamment au rachis ne sont pas totalement spécifiques et elle peut être négative dans une vraie spondylarthrite.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-012

Étude des corrélations entre les données radiographiques et échographiques de l'enthésite plantaire au cours de la spondyloarthrite

K. Maatallah (1) ; M. Sellami* (1) ; D. Kaffel (1) ; R. Hind (2) ; H. Ferjani (3) ; B. Mouna (2) ; M. Kchir (1) ; H. Wafa (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Imagerie médicale, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (3) Médecine interne, hopital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – Notre but était de déterminer les corrélations entre la radiographie standard et l'échographie dans l'étude de l'atteinte de l'aponévrose plantaire au cours de la Spondyloarthrite (SpA).

Patients et méthodes. – Étude prospective incluant 74 patients atteints de SpA à type de spondyloarthrite ankylosante répondant aux critères de New York modifiés. Tous les patients ont été explorés par des radiographies des 2 talons de profil et une échographie de l'aponévrose plantaire. Le score radiographique global correspond à la somme des 3 signes radiographiques (érosion, enthésophyte et épaississement de l'enthèse plantaire) au niveau des 2 enthèses, variant de 0 à 6. Les signes échographiques d'enthésite aigue recherchés étaient l'épaississement des enthèses, l'étude en mode Doppler et l'hypoéchogénicité de l'enthèse. Les signes d'enthésite chronique recherchés étaient la fissuration intra tendineuse, l'enthésophyte et les érosions osseuses. Le score échographique d'enthésite aigue correspond à la somme des signes échographiques présents d'enthésite aigue, variant de 0 à 10. Le score échographique d'enthésite chronique correspond à la somme des signes échographiques présents d'enthésite chronique, variant de 0 à 6. Le score échographique global correspond à la somme des 2 scores et variant de 0 à 16.

Résultats. – La population étudiée était composée de 52 hommes et 22 femmes, âgées en moyenne de 36 ± 11,4 ans. Les radiographies des talons ont montré des anomalies chez 28 patients (37 %) à type d'épaississement de l'aponévrose plantaire, d'enthésophyte et d'érosions dans 15 %, 22 %, et 1 % des cas respectivement. Le score radiographique moyen était de 0,7 ± 1,08. L'échographie de l'aponévrose plantaire a montré des anomalies chez 53 patients (71,6 %) à type d'épaississement (37 cas), une hyperhémie au doppler (11 cas), un aspect hypoéchogène de l'enthèse (7 cas) et une calcification (47 cas). Le tableau 1 expose les corrélations entre les signes radiographiques et échographiques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire.

Conclusion. – La détection d'enthésophyte à la radiographie était associée à la présence des signes échographiques d'aponévrosite plantaire suggérant une bonne concordance entre les 2 techniques. *Conflit d'intérêts.* – aucun

PE. Lu-013

Apport de l'échographie dans l'évaluation de la coxite au cours de la SPA

W. Triki* (1) ; K. Maatallah (1) ; D. Kaffel (1) ; H. Riahi (2) ; H. Ferjani (3) ; M. Bouaziz Chelli (2) ; M. Kchir (1) ; W. Hamdi (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Radiologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (3) Médecine interne, hopital zaghouan, tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : trikiwafa123@gmail.com (W. Triki)

Introduction. – L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale est une complication fréquente au cours des spondyloarthrites (SpA). Son taux varie de 7 % à 50 % selon les séries. Elle marque un tournant évolutif péjoratif et constitue un marqueur de sévérité. L'échographie a prouvé son utilité dans l'évaluation de l'atteinte articulaire périphérique chez les patients atteints de SpA et sa supériorité par rapport à l'examen physique dans la détection des signes inflammatoires. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'atteinte de la hanche par l'échographie et d'étudier la corrélation des résultats avec l'examen clinique, les données radiographiques et l'activité de la maladie.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective portant sur les dossiers de patients atteints de SpA radiographiques répondant aux critères de l'ASAS entre 2014 et 2018. Tous les patients ont eu un examen clinique des hanches, une radiographie du bassin ainsi qu'une échographie des hanches. L'examen échographique a été réalisé en modes B et Doppler. Les éléments recherchés étaient : la synovite, l'activité doppler et l'épanchement intra-articulaire. L'activité de la maladie était évaluée par le Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI) et l'Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS-CRP). Le retentissement fonctionnel a été évalué par le Bath ankylosing spondylitis fonctionnal index (BASFI) ainsi que l'indice algo-fonctionnel de lequesne (IAF). La vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C Réactive (CRP) étaient également recueillies. Une étude statistique a été menée.

Résultats. – Un total de 36 patients ont été colligés, répartis en 28 hommes et 8 femmes (sex ratio = 3) et âgés en moyenne de 39 ± 11,66 [17-63] ans. La durée d'évolution de la SpA était de 8,27 ± 6,9 [0-10] ans. La maladie était active chez 36,11 % des patients. L'examen de la hanche était normal dans 8,3 % et avait montré une douleur sans limitation chez 27,8 % des patients et une douleur avec limitation chez 63,9 %. Une coxite à la radiographie du bassin était présente dans 52,8 % des cas. L'échographie des hanches était normale dans 44,4 %. Elle avait montré un épanchement articulaire chez 27,8 % des patients, une synovite doppler (-) chez 44,4 % des patients et doppler (+) chez 8,3 % des patients. La concordance entre les données échographiques et les données cliniques était légère (kappa = 0,01) et était presque parfaite avec les données radiographiques (kappa = 0,96). Les patients ayant des anomalies à l'échographie avaient significativement un BASFI, un IAF de lequesne et une EVA

Tableau 1 Corrélation entre les signes radiographiques et échographiques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire

Échographie	Radiographie			
	Épaississement	Enthésophyte	Érosion	Score radiographique global
Épaississement	p = 0,028	p = 0,014	p = 0,522	p = 0,965
Enthésophyte	p = 0,634	p = 0,044	p = 0,443	p = 0,785
Hyperhémie Doppler	p = 0,485	p = 0,200	p = 0,850	p = 0,811
Hypo échogénicité	p = 0,312	p = 0,179	p = 0,903	p = 0,813
Érosion	p = 0,310	p = 0,000	p = 0,748	p = 0,713
Score enthésite aigu	p = 0,140	p = 0,020	p = 0,404	p = 0,630
Score enthésite chronique	p = 0,908	p = 0,009	p = 0,957	p = 0,561
Score échographique global	p = 0,322	p = 0,001	p = 0,630	p = 0,492

douleur plus élevés ($p = 0,04$, $p = 0,05$, $p = 0,03$ respectivement). Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre les anomalies échographiques et le degré d'activité de la maladie évaluée par le BASDAI et l'ASDAS-crP ($p = 0,7$ et $p = 0,8$, respectivement). De même aucun lien n'a été retrouvé entre les anomalies échographiques et le taux de la CRP et de la VS ($p = 0,09$, $p = 0,12$, respectivement).

Conclusion. – L'évaluation échographique de la hanche est contributive, comme le suggère la corrélation avec l'examen clinique, radiographique, l'EVA douleur et le retentissement fonctionnel évalué par le BASFI et l'IAF de lesquenés. De plus, elle a l'avantage de permettre un examen dynamique et une aide aux gestes thérapeutiques (ponctions, infiltrations).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-014

Impact de l'atteinte de l'aponévrose plantaire sur les paramètres cliniques de la spondyloarthrite

K. Maatallah (1) ; M. Sellami* (1) ; R. Hind (2) ; D. Kaffel (1) ; H. Ferjani (3) ; B. Mouna (2) ; M. Kchir (1) ; H. Wafa (1)
(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Imagerie médicale, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (3) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – Notre objectif était d'étudier les corrélations entre l'évaluation clinique de l'atteinte de l'aponévrose plantaire et les paramètres cliniques spécifiques de la spondyloarthrite (SpA).

Patients et méthodes. – Travail prospectif portant sur les patients atteints de SpA à type de spondyloarthrite ankylosante répondant aux critères de New York modifiés. Nous avons recueilli les données démographiques des patients et les caractéristiques cliniques et d'activité de la maladie à type de : Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI), Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI), Ankylosing Spondylitis Quality (ASQoL), l'évaluation globale de l'activité de la maladie par le patient (EGP) et l'évaluation globale médecin (EGM). Les paramètres cliniques étudiés de l'atteinte enthésitique plantaire étaient : échelle visuelle analogique (EVA) douleur enthésèses, score de la question 4 du BASDAI relative à la douleur des enthésèses, le score Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) et la présence de douleur ou pas à la palpation de l'aponévrose plantaire. La corrélation entre l'évaluation clinique de l'atteinte de l'aponévrose plantaire et les paramètres cliniques spécifiques de la SpA a été étudiée. Une corrélation significative a été retenue si $p < 0,05$.

Résultats. – Soixante-quatorze patients ont été inclus (52 hommes). L'âge moyen était de $36 \pm 11,4$ ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $10,8 \pm 9$ ans. Le score moyen de l'EGP était de $5,4 \pm 2,5$. Le score moyen de l'EGM était de $5,1 \pm 2,4$. Le BASDAI moyen était de $4,8 \pm 2,6$. Le BASFI moyen de $4,3 \pm 3$. L'ASQoL moyen était de $7,8 \pm 5,9$. L'évaluation de l'atteinte enthésitique plantaire montrait

un score moyen de l'EVA douleur enthésèses de $5,5 \pm 2,9$, un score moyen de la question 4 du BASDAI de $5,3 \pm 3,1$ et un score SPARCC moyen de $2,9 \pm 3,9$. La palpation de l'aponévrose plantaire était douloureuse chez 16 patients (17 % des enthésèses étudiées). Les paramètres cliniques de l'atteinte enthésitique plantaire étaient corrélés à l'âge, l'EGP, l'EGM, le BASDAI, le BASFI et l'ASQoL (tableau 1). Une prédominance féminine a été notée chez les patients présentant une douleur à la palpation de l'aponévrose plantaire ($p = 0,042$) (tableau 1).

Conclusion. – L'aponévrosite plantaire au cours de la SpA est associée à une maladie plus active, à un retentissement fonctionnel plus important avec une altération de la qualité de vie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-015

Influence des paramètres biologiques et hormonaux sur le risque de fracture au cours de la spondyloarthrite

M. Sellami* (1) ; H. Wafa (1) ; D. Kaffel (1) ; A. Kasraoui (1) ; K. Maatallah (1) ; H. Ferjani (2) ; M. Kchir (1)
(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie
*Auteur correspondant : meriemsellami88@gmail.com (M. Sellami)

Introduction. – Notre objectif était de déterminer les perturbations biologiques et hormonales associées au risque de fracture au cours de la spondyloarthrite (SA).

Patients et méthodes. – Étude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur les patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. Les données sociodémographiques, cliniques et biologiques ont été collectées. L'index FRAX a été utilisé pour la quantification du risque de fracture.

Résultats. – Soixante-quinze patients (62 hommes) âgés en moyenne de 36,8 ans [17-74] ont été inclus. La vitesse de sédimentation (VS) était en moyenne de $34,9 \pm 23,8$ mm à la première heure, elle était élevée chez 20 hommes et 8 femmes. La protéine C réactive (CRP) était élevée chez 29 patients (38,7 %) avec une valeur moyenne de $15,09 \pm 17,49$ mg/l. Au total, 57 patients avaient un syndrome inflammatoire biologique (SIB). La 25 OH Vit D était en moyenne de $12,8 \pm 6,48$ ng/ml. Trente patients avaient une carence en vitamine D (taux < 10 ng/ml). Une insuffisance en vitamine D (taux entre 10 et 30 ng/ml) a été observée chez 43 patients. La parathormone (PTH) était en moyenne de $2,4 \pm 1,4$ pmol/ml. Treize patients avaient un taux élevé de PTH. Sept patients avaient une perturbation des hormones sexuelles en faveur d'un hypogonadisme. Le risque moyen de développer une fracture majeure ostéoporotique (FMO) sur 10 ans, était de $0,36 \pm 0,3$. Le risque moyen de développer une fracture de la hanche (FH) sur 10 ans, était de $0,3 \pm 0$. Le risque de FH était corrélé positivement et de façon significative à la VS ($p = 0,014$, $r = 0,325$). La CRP n'était pas corrélée au risque de FMO ($p = 0,323$) ni de FH ($p = 0,583$). Aucune association n'a été notée entre le risque de FMO et de FH et la présence ou non d'un SIB ($p = 0,075$ et $p = 0,184$ res-

Tableau 1 Corrélation entre les paramètres cliniques de l'atteinte de l'aponévrose plantaire et les paramètres cliniques spécifiques de la maladie

	Age	Age de début	Durée d'évolution de la SpA	EGP	EGM	BASDAI	BASFI	ASQoL
EVA douleur enthésèses	r 0,195	0,140	0,299	0,739	0,459	0,643	0,564	0,441
	P 0,017	0,291	0,106	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Question 4 BASDAI	r 0,064	0,033	0,079	0,306	0,256	0,261	0,212	0,209
	P 0,442	0,803	0,580	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011
SPARCC	r 0,271	0,201	0,165	0,517	0,495	0,408	0,396	0,525
	P 0,003	0,157	0,248	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Douleur à la palpation de l'aponévrose plantaire	p 0,025	0,793	0,347	0,031	0,028	0,183	0,028	0,000

pectivement). Le statut en hormones sexuelles et en PTH n'avaient pas d'influence sur le risque de FMO ($p = 0,174$ et $p = 0,097$ respectivement) et de FH ($p = 0,322$ et $p = 0,942$ respectivement). Le taux de vitamine D était corrélé négativement et de façon significative au risque de FH ($p = 0,043$, $r = -0,264$).

Conclusion. – La présence d'une VS élevée et d'une hypovitaminose D étaient associées à risque de fracture plus important chez les patients atteints de SA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-016

Apport de la radiographie dans l'évaluation de l'enthésite achilléenne au cours de la spondyloarthrite axiale

M. Sellami* (1) ; H. Wafa (1) ; K. Maatallah (1) ; H. Ferjani (2) ; D. Kaffel (1) ; M. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – La radiographie standard constitue encore l'examen de première intention en matière d'exploration des enthésopathies au cours de la spondyloarthrite (SA). Notre but était d'étudier les corrélations entre les signes radiographiques de l'enthésite achilléenne et les paramètres cliniques et biologiques de la SA.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective portant sur 74 patients atteints de SA à type de spondyloarthrite ankylosante répondant aux critères de New York modifiés. Nous avons recueilli les données démographiques des patients et les caractéristiques cliniques et d'activité de la maladie à type de : Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI), Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI), Ankylosing Spondylitis Quality (ASQoL), l'évaluation globale de l'activité de la maladie par le patient (EGP) et l'évaluation globale médecin (EGM). Les paramètres cliniques étudiés de l'atteinte enthésitique étaient : échelle visuelle analogique (EVA) douleur enthésites, le score Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) et le Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES). Tous les patients ont été explorés par des radiographies des 2 talons de profil. Le score radiographique de l'enthésite achilléenne correspond à la somme des scores des 3 signes (érosion, épaissement, enthésophyte) des 2 côtés variant entre 0 et 6 (0 : absent ; 1 : présent). Le seuil de significativité pour tous les tests statistiques a été considéré comme négatif si $p < 0,05$.

Résultats. – Nous avons inclus 52 hommes et 22 femmes, âges en moyenne de $36,05 \pm 11,47$ ans. L'ancienneté moyenne de la SA était de $10,8 \pm 9,02$ ans. Le score moyen de l'EGP était de $5,1 \pm 2,4$. Le score moyen de l'EGM était de $5,4 \pm 2,5$. Le BASDAI moyen était de $4,8 \pm 2,6$. Le BASFI moyen de $4,3 \pm 3,08$. L'ASQoL moyen était de $7,8 \pm 5,9$. Le score moyen de l'EVA douleur enthésites était de $5,5 \pm 2,9$ avec 56,4 % des patients ayant une EVA douleur enthésite ≥ 5 . Le score moyen de la question 4 du BASDAI était $5,93 \pm 6,07$. Le SPARCC moyen était de $5,5 \pm 2,9$. Le MASES moyen était de $3,2 \pm 3,4$. Vingt-deux patients (29,7 %) avaient une douleur à la pression de l'enthésite achilléenne. La vitesse de sédimentation (VS) moyenne était élevée chez 62 %. La protéine C réactive (CRP) était élevée chez 40 % des patients. Les radiographies des talons ont montré des anomalies chez 56 patients (75,7 %) à type d'épaississement de l'enthésite achilléenne (15 %), d'enthésophyte (25,4 %) et d'érosions (70,4 %). Le score radiographique moyen était de $1,7 \pm 1,4$. L'étude de l'association entre les paramètres cliniques de l'atteinte de l'enthésite achilléenne et les signes radiographiques a montré l'association entre la question 4 du BASDAI et la présence d'érosions osseuses ($p = 0,020$) et l'épaississement de l'enthésite achilléenne ($p = 0,003$) ainsi que le score radiographique ($p = 0,025$). D'autre part, la douleur à la pression de l'enthésite était associée à l'épaississement de l'enthésite achil-

léenne sur les radiographies ($p = 0,025$). La présence d'un enthésophyte n'était pas associé à un aucun paramètre clinique de la SA. Aucune association n'a été retrouvée entre les paramètres radiographiques de l'atteinte de l'enthésite achilléenne et les paramètres cliniques de la SA (âge de début, durée d'évolution, coxite, EGP, EGM, BASDAI, BASFI et ASQoL) ainsi que les paramètres biologiques de l'inflammation (VS, CRP).

Conclusion. – Notre étude a montré l'association entre la douleur à la pression de l'enthésite achilléenne et la présence d'érosions osseuses et d'épaississement sur les radiographies.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-017

Infiltration des articulations sacro-iliaques dans la spondyloarthrite : résultats d'une étude rétrospective monocentrique

C. Nachef (1) ; B. Rousselin (2) ; M. Breban (1) ; F. Costantino* (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt ;

(2) Radiologie, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt

*Auteur correspondant : felicie.costantino@inserm.fr (F. Costantino)

Introduction. – L'inflammation des articulations sacro-iliaques est un phénomène fréquent dans la spondyloarthrite (SpA) à l'origine de douleurs souvent invalidantes. L'infiltration de ces articulations sous contrôle radiographique est parfois utilisée en complément des traitements médicamenteux. Toutefois, peu d'études ont évalué l'efficacité de ce geste. L'objectif était d'évaluer l'efficacité de l'infiltration des sacro-iliaques chez des patients atteints de SpA avec fessalgies invalidantes, et d'identifier les facteurs prédictifs de bonne réponse thérapeutique.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur la période 2012-2017. Sur la base des données du PMSI, les patients hospitalisés pour une SpA et ayant bénéficié d'une infiltration des sacro-iliaques sous contrôle radiographique ont été recensés. Seuls les dossiers où étaient disponibles un BASDAI avant et après l'infiltration ont été conservés. Une amélioration du BASDAI d'au moins 1,1 point a été considérée comme critère d'efficacité de l'infiltration. Une analyse univariée a été réalisée pour tenter d'identifier les facteurs prédictifs d'efficacité.

Résultats. – Sur les 100 dossiers revus, seuls 53 ont été conservés pour analyse car disposant d'un BASDAI avant et après infiltration. L'ensemble des patients présentaient des lombo-fessalgies d'horaire inflammatoire. Des manifestations inflammatoires périphériques étaient également notées dans 58,5 % des cas et des manifestations extra-articulaires dans 25,5 % des cas. Le pourcentage de patients HLA-B27 était de 56,6 %. L'âge moyen était de $43,73 \pm 10,86$ ans et il y avait une prédominance féminine (67,9 %). L'infiltration était bilatérale dans 50,9 % des cas. Les patients ont été revus en moyenne après $4,55 \pm 2,89$ mois. Une amélioration significative du BASDAI a été notée dans 26,4 % des cas, contrastant avec une satisfaction globale chez 76 % des patients. Aucun des facteurs testés n'était significativement associé à l'efficacité de l'infiltration.

Discussion. – Dans cette étude rétrospective, seuls 26 % des patients présentaient une amélioration significative du BASDAI après l'infiltration. Ce chiffre est plus bas que dans la plupart des séries précédemment publiées. Cette discordance peut s'expliquer par le délai entre l'infiltration et l'évaluation (supérieure à 3 mois dans la majorité des cas) et par l'absence d'évaluation spécifique des douleurs fessières. Par ailleurs, aucun facteur prédictif de réponse n'a pu être identifié peut-être à cause d'un effectif insuffisant et du caractère rétrospectif de l'étude (nombreuses données manquantes)

Conclusion. – L'efficacité et les facteurs prédictifs d'efficacité des infiltrations sacro-iliaques restent à démontrer dans la SpA. Une étude prospective observationnelle vient de débiter dans ce but.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-018

L'implication du patient dans la prise en charge de sa maladie régit l'alignement médecin-patient quant à la satisfaction concernant le contrôle de la maladie dans le rhumatisme psoriasique

L. Gossec* (1) ; AM. Orbai (2) ; S. Lobosco (3) ; R. Moon (3) ; O. Massey (3) ; J. Piercy (3) ; JC. Cappelleri (4) ; L. Fallon (5) ; P. Young (6) ; AB. Romero (7) ; MA. Hsu (8)

(1) Service de Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (2) Rhumatologie, University of Maryland School of Social Work, Baltimore, États-Unis ; (3) Analyse statistique, Adelphi Real World, Bollington, Royaume Uni ; (4) Biostatistique, Pfizer, Groton, États-Unis ; (5) Medical, Pfizer Canada, Kirkland, Canada ; (6) Médical, Pfizer, Colledgeville, États-Unis ; (7) Medical, Pfizer, L'Hospitalet de Llobregat, Espagne ; (8) Medical, Pfizer, Groton, États-Unis

*Auteur correspondant : laure.gossec@aphp.fr (L. Gossec)

Introduction. – De précédentes analyses ont indiqué que le décalage entre les patients atteints de rhumatisme psoriasique (RPso) et leurs médecins peut être fréquent, et qu'il est associé à une plus grande sévérité de la maladie et à une moins bonne qualité de vie liée à la santé^{1,2}. Les facteurs associés à ce décalage n'ont pas été déterminés. La présente étude visait à évaluer le décalage patient-médecin concernant la satisfaction quant au contrôle du RPso, et à identifier les facteurs associés à ce décalage.

Matériels et méthodes. – Les données sont issues du Programme Spécifique Adelphi sur le RPso, enquête en conditions réelles menée en 2015 aux États-Unis, en France, en Allemagne, en Italie, en Espagne et au Royaume-Uni. Les patients devaient présenter un RPso dont le diagnostic est confirmé et avoir reçu leur traitement actuel par DMARD synthétique (naïf de biologiques) ou par agent biologique depuis au moins 6 mois. Les déclarations de satisfaction par les médecins et les patients (sur une échelle à 5 degrés) ont été comparées afin d'évaluer les niveaux de décalage. Les médecins ont également fourni des informations sur le profil démographique des patients et l'historique/la sévérité de la maladie. Les patients ont donné des informations sur leur implication dans les décisions thérapeutiques et sur les scores à l'échelle visuelle analogique EQ-5D (EuroQol-5D), au WPAI (*Work Productivity and Activity Impairment*) et au HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire-Disability Index*). Les facteurs associés à un décalage ont été analysés selon un modèle de régression logistique multivariée utilisant les prédicteurs identifiés comme significatifs dans une régression logistique univariée. Les données démographiques, le temps écoulé depuis le diagnostic, les antécédents de traitement, la sévérité de la maladie, les poussées aiguës, la douleur, l'implication du patient dans les décisions thérapeutiques, les scores EQ-5D, WPAI et HAQ-DI ont été analysés

Résultats. – 519 médecins (331 rhumatologues, 188 dermatologues) ont fourni des données pour 2 467 patients atteints de RPso ; 656 répondaient à tous les critères d'inclusion. L'âge moyen était de 49,9 ans (écart-type 12,1 ans), l'ancienneté moyenne de la maladie de 6,7 (6,2) ans, 53,8 % des patients étaient de sexe masculin et 66,1 % étaient en activité professionnelle. Le degré de satisfaction quant au contrôle de la maladie était globalement élevé parmi les patients (78,3 %) et les médecins (91,9 %), avec un alignement dans 79,4 % des cas. Dans 16,8 % des cas il y avait un décalage, les patients étant insatisfaits mais les médecins satisfaits. L'analyse par régression logistique multivariée a montré qu'un plus mauvais score HAQ-DI (odds ratio, [OR] [intervalle de confiance [IC] à 95 %] : 0,54 [0,38–0,77], p = 0,001), un plus mauvais score EQ-VAS (OR 1,03 [1,02–1,04], p < 0,001), l'implication insuffisante dans les décisions thérapeutiques (OR 1,26 [1,07–1,50], p = 0,007) et une maladie sévère (par opposition à légère) selon le médecin (OR 0,20 [0,05–0,78], p = 0,020) étaient tous des facteurs associés indépendamment à ce décalage.

Conclusion. – La satisfaction quant au contrôle de la maladie était globalement élevée pour les patients et les médecins ; toutefois, il n'était pas rare d'observer un décalage. Lorsqu'il y avait décalage, les patients avaient des symptômes plus intenses/avec un plus grand impact sur leurs activités. Un facteur indépendant associé au décalage était l'implication perçue par le patient dans la prise en charge de sa maladie. Améliorer l'engagement du patient et du médecin dans la prise en charge globale de la maladie pourrait aboutir à une plus grande satisfaction du patient et à un meilleur alignement patient-médecin.

Conflit d'intérêts. – MA : Hsu est employé et actionnaire de Pfizer Inc. AB Romero est employé et actionnaire de Pfizer Inc. P Young est employé et actionnaire de Pfizer Inc. L Fallon est employé et actionnaire de Pfizer Inc. JC Cappelleri est employé et actionnaire de Pfizer Inc. J Piercy est employé chez Adelphi Real World payé par Pfizer Inc pour effectuer des analyses en lien avec l'abstract. O Massey est employé chez Adelphi Real World payé par Pfizer Inc pour effectuer des analyses en lien avec l'abstract. R Moon est employé chez Adelphi Real World payé par Pfizer Inc pour effectuer des analyses en lien avec l'abstract. S Lobosco, est employé chez Adelphi Real World payé par Pfizer Inc pour effectuer des analyses en lien avec l'abstract. A-M Orbai a reçu des subventions de recherche de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Horizon, Janssen, Novartis ; et des honoraires pour consulting de la part de Eli Lilly, Novartis, Pfizer Inc. L Gossec a perçu des honoraires de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Novartis, Pfizer Inc, UCB

Références

- [1] Desthieux C et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017 Oct ; 69 : 1606-11
- [2] Furst DE et al. Clin Rheumatol. 2017 Sep ; 36 : 2045-54

PE. Lu-019

La fracture vertébrale dans la spondyloarthrite : prévalence et facteurs associés

H. Azzouzi* (1) ; L. Ichchou (1)

(1) Rhumatologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc

*Auteur correspondant : hamida.sensei@yahoo.com (H. Azzouzi)

Introduction. – La fracture vertébrale est une manifestation extra-articulaire fréquente de la spondyloarthrite. Cependant, elle demeure rarement recherchée vu que l'atteinte principale de la maladie est axiale. L'objectif de l'étude est de calculer la prévalence des fractures vertébrales dans une population de spondyloarthrite et rechercher ses facteurs associés.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de rhumatologie au CHU Mohammed VI d'Oujda. Nous avons collecté les données épidémiologiques et cliniques des patients spondyloarthritiques (âge, sexe, évolution, HLA, forme, BASDAI, BASFI, ASDAS), ostéodensitométrie et radiographique (mSASSS). La recherche de fracture vertébrale (FV) a été faite sur des clichés rachidiens de profil selon la méthode semi-quantitative de Genant. Le grade ainsi que la localisation de la FV ont été notés pour chaque patient. L'étude statistique est réalisée grâce au logiciel SPSS.20 avec une analyse uni et multi-variée.

Résultats. – Nous avons recruté 96 patients dont l'âge moyen est 36,65 ± 12,78 années. Leur maladie évoluant depuis 10,46 ± 7,55 ans en moyenne. Il s'agissait d'une spondyloarthrite radiographique dans 76 % des cas. Quarante pour cent de nos patients recevaient un anti-TNF au moment de l'étude. Nous avons objectivé des FV chez 38,5 % des patients. Trente cinq pour cent (35,1 %) de ses FV était un grade 2 et 8,1 % un grade 3 soit une prévalence de 16,7 % des FV de grade 2 et plus. La localisation lombaire est prédominante : 70,27 % des patients avec FV, suivie par la localisation thoracique (45,9 %). L'âge, la durée d'évolution de la spondyloarthrite, l'antécédent de tabagisme, l'HLA B 27 positif, le BASMI, le T-score fémoral et le mSASSS étaient significativement associés à la FV de grade 2 et plus en régression logistique. Dans un modèle de régression multiple combinant tous ces facteurs associés seul le Tscore fémoral demeure

statistiquement prédictif de la FV ($p = 0,023$), le mSASSS ($p = 0,019$) et l'HLAB27 ($p = 0,05$).

Conclusion. – Dans cette population de jeunes spondyloarthrites, la prévalence de FV évidente est de 16,7 %. La sévérité structurale de la maladie, la présence de l'HLAB27 et un T-score bas doivent pousser le clinicien à réaliser des clichés rachidiens de profil et rechercher la FV et ce quelque soit l'âge du patient.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-020

Étude des paramètres ostéodensitométriques associés au risque de fracture au cours de la spondyloarthrite

M. Sellami* (1) ; H. Wafa (1) ; D. Kaffel (1) ; H. Ferjani (2) ; A. Kasraoui (1) ; K. Maatallah (1) ; M. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Médecine interne, hopital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – La perte osseuse compliquant la spondyloarthrite (SA) peut être responsable d'une fragilisation de l'os avec un risque accru de fractures ostéoporotiques. Le but de cette étude était d'évaluer la relation entre les paramètres ostéodensitométriques et le risque de survenue de fracture au cours de la SA.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur 75 patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée par absorptiomètre bi photonique à rayons X. La mesure de la DMO a été réalisée chez tous les patients au niveau du site lombaire antéro postérieur et latéral mais n'a pu être réalisée que chez 69 patients au niveau du site fémoral à cause d'une prothèse totale de la hanche (6 cas). L'index FRAX a été utilisé pour la quantification du risque de fracture. Le seuil de signification a été fixé $p < 0,05$.

Résultats. – Notre population était composée de 62 hommes et 13 femmes, âgées en moyenne de 36,8 ans [17-74]. La DMO était en moyenne de $0,658 \pm 0,24$ g/cm² et de $0,633 \pm 0,271$ g/cm² au rachis lombaire antéropostérieure et au rachis latéral respectivement. La DMO était en moyenne de $0,933 \pm 0,16$ g/cm² au site fémoral. Une perte osseuse a été diagnostiquée chez 57 patients (76 %) à type d'ostéoporose chez 34 patients (48 %) et d'ostéopénie chez 23 patients (32 %). Le risque moyen de développer une fracture majeure ostéoporotique (FMO) sur 10 ans, était de $0,36 \pm 0,3$. Le risque moyen de développer une fracture de la hanche sur 10 ans était de $0,3 \pm 0$. Le risque de FMO était corrélé négativement et de façon significative avec la DMO au rachis lombaire antéropostérieure et latérale et avec le T score au rachis lombaire latéral et au site fémoral (tableau 1). Le risque de fracture de la hanche était corrélé négativement et de façon significative avec le Tscore au rachis lombaire latéral ($p = 0,024$). Le risque de FMO chez les patients ayant une perte osseuse était plus important que chez ceux ayant une densitométrie normale ($p = 0,03$). Le risque de fracture de la hanche n'était pas associé à la perte osseuse.

Tableau 1 Corrélation entre le risque de fracture et les paramètres ostéodensitométriques

	FRAX fractures majeures		FRAX fracture hanche	
	r	p	r	p
DMO AP	- 0,360	0,005	- 0,246	0,060
DMO LL	- 0,178	0,178	- 0,107	0,421
DMO F	- 0,424	0,001	- 0,199	0,130
T score AP	- 0,135	0,310	- 0,247	0,060
T score LL	- 0,321	0,013	- 0,294	0,024
T score F	- 0,333	0,010	- 0,08	0,548

Conclusion. – Notre étude a montré que la perte osseuse était associée au risque de FMO au cours de la SA. Cependant, cette baisse de la DMO ne permet pas d'expliquer à elle seule le risque de fracture.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-021

Facteurs de risque liés au terrain associés au risque de fracture au cours de la spondyloarthrite

M. Sellami* (1) ; H. Wafa (1) ; A. Kasraoui (1) ; K. Maatallah (1) ; H. Ferjani (2) ; D. Kaffel (1) ; M. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Médecine interne, hopital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – Plusieurs facteurs squelettiques et/ou non squelettiques contribuent à l'augmentation du risque fracturaire au cours de la spondyloarthrite (SA) indépendamment de la densité minérale osseuse. Notre objectif était de rechercher la relation entre les différents facteurs de risque liés au terrain et la survenue de fracture ostéoporotique au cours de la SA.

Patients et méthodes. – Étude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur les patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. Les données sociodémographiques, cliniques ainsi que les facteurs de risque d'ostéoporose associés ont été collectés. L'index FRAX a été utilisé pour la quantification du risque de fracture. Le seuil de signification a été fixé $p < 0,05$.

Résultats. – Soixante-quinze patients (62 hommes) appartenant à l'ethnie blanche ont été inclus. L'âge moyen était de 36,8 ans [17-74]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 9 ans [5 mois-31 ans]. Quatre patientes avaient une ménopause précoce (≤ 40 ans) et deux avaient une ménarche tardive. Onze patientes avaient des enfants. Des antécédents de fracture ostéoporotique chez la mère étaient observés chez 2 patients. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de $24,9$ kg/m² [16,4 et 37]. Six patients (8 %) avaient un IMC inférieur à 19 kg/m². Le tabagisme actif a été constaté chez 42,7 % des patients. Huit malades consommaient l'alcool de façon occasionnelle. La consommation de café a été constatée chez 44 % des patients. L'apport journalier moyen de calcium alimentaire était de $618,3$ mg [272-1318]. Vingt-huit patients (37,3 %) avaient une activité physique régulière (sport et/ou travail manuel) et 47 (62,3 %) étaient sédentaires. Une perte osseuse a été diagnostiquée chez 57 patients (76 %) à type d'ostéoporose chez 34 patients (48 %) et d'ostéopénie chez 23 patients (32 %). Le risque moyen de développer une fracture majeure ostéoporotique (FMO) sur 10 ans, était de $0,36 \pm 0,3$. Le risque moyen de développer une fracture de la hanche (FH) sur 10 ans était de $0,3 \pm 0$. Le sexe, la consommation d'alcool, de café et de tabac n'étaient pas associés au risque de FMO et de FH. De même, l'âge de la ménopause et la sédentarité ne semblaient pas influencer le risque de survenue de FMO et de FH. L'âge était corrélé positivement et de façon significative au risque de FMO ($p = 0,000$ et $r = 0,536$) et au risque de FH ($p = 0,002$ et $r = 0,395$). L'IMC, l'apport en calcium et la parité n'étaient pas corrélés au risque de survenue de FMO ou de FH au cours de la SA.

Conclusion. – Notre étude a relevé que parmi les facteurs liés au terrain, seulement l'âge était associé au risque de fracture osseuse au cours de la SA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-022

Impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la réponse à l'infliximab au cours des spondyloarthrites

FZ. Mahha* (1) ; N. Siar (1) ; A. Mounir (1) ; M. Attasi (2) ; A. Nesrine (1) ; T. Harzy (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc ; (2) Epidemiologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : fzmahha@gmail.com (FZ. Mahha)

Introduction. – Les spondyloarthrites peuvent être primitives ou bien secondaires à plusieurs pathologies comme les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). La réponse thérapeutique des malades atteints de spondylarthrite secondaire aux MICI est variable. Le but de l'étude est d'évaluer l'impact des MICI sur la réponse à l'infliximab au cours des spondyloarthrites.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective, entre janvier 2009 et janvier 2018, incluant les patients atteints de spondylarthrite secondaire aux MICI et sans MICI et mis sous infliximab à raison de 5 mg/kg à S0, S2, S6, puis tous les 8 semaines. La réponse thérapeutique a été évaluée à 6 mois par le BASDAI.

Résultats. – Nous avons inclus 64 patients, dont 59,4 % étaient des hommes. L'âge moyen était 37,17 ans \pm 11,54. La durée moyenne d'évolution de la maladie était 8,8 ans \pm 5,92. La spondylarthrite était radiographique dont 74,6 %. BASADI initial était active dans 82,5 %. L'infliximab a été administré en monothérapie chez 71,9 % des patients, alors le méthotrexate était associée à l'infliximab dans 10,9 % des cas et salazopyrine et infliximab dans 17,2 % des cas. Nous avons procédé au regroupement des patients en deux parties : Spa secondaire aux MICI (26,2 %) et sans MICI (73,4 %). L'amélioration du BASDAI et du BASFI sous infliximab a été significativement corrélée à l'absence de MICI avec respectivement des p à 0,000 et à 0,003.

Conclusion. – À travers notre étude, elle semble que la présence de MICI ne favorise pas la bonne réponse à l'infliximab.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-023

Dans le rhumatisme psoriasique, la fatigue est-elle moins sévère chez les patients en rémission ? Et cela dépend-il de la définition de la rémission ? Une analyse de 304 patients

C. Gorlier* (1) ; D. Puyraimond-Zemmour (1) ; U. Kiltz (2) ; AM. Orbai (3) ; YY. Leung (4) ; P. Palominos (5) ; J. Canete (6) ; R. Scrivo (7) ; A. Balanescu (8) ; E. Dernis (9) ; S. Talli (10) ; A. Ruysen-Witrand (11) ; M. Soubrier (12) ; S. Aydin (13) ; L. Eder (14) ; I. Gaydukova (15) ; E. Lubrano (16) ; L. Coates (17) ; U. Kalyoncu (18) ; JS. Smolen (19) ; M. De Wit (20) ; L. Gossec (1)

(1) Rhumatologie, CHU La Pitié Salpêtrière, Paris ; (2) Rheumatologie, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Allemagne ; (3) Rhumatologie, University of Maryland School of Social Work, Baltimore, États-Unis ;

(4) Rhumatologie, Changi General Hospital, Singapour, Singapour ;

(5) Rhumatologie, HOSPITAL DE CLÍNICAS, Porto Alegre, Brésil ;

(6) Rhumatologie, Hospital Clínic and IDIBAPS, Barcelone, Espagne ;

(7) Rhumatologie, Sapienza Université de Rome, Roma, Italie ;

(8) Rhumatologie, Sf Maria Hospital, Bucarest, Roumanie ;

(9) Rhumatologie, C.H. – Le Mans, Le Mans ; (10) Rhumatologie,

Tallinn Central Hospital, Tallinn, Estonie ; (11) Rhumatologie, Hôpital

Purpan, Toulouse ; (12) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied,

Clermont-ferrand ; (13) Rhumatologie, Université d'Ottawa, Ottawa,

Canada ; (14) Medecine, Women's College Research Institute, Toronto,

Canada ; (15) Rhumatologie, Saratovskiy Gosudarstvennyy

Meditsinskiy Universitet Im. V.i.razumovskogo, Saratov, Fédération de

Russie ; (16) Rhumatologie, Université du Molise, Campobasso, Italie ;

(17) Medecine, university of oxford medical school, oxford ;

(18) Rhumatologie, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara,

Turquie ; (19) Rhumatologie, Medical University of Vienna, Vienne, Autriche ; (20) Dept. medical humanities, Amsterdam University Medical Centre, Amsterdam, Pays-Bas

*Auteur correspondant : clemence_tawil@hotmail.com (C. Gorlier)

Introduction. – La fatigue est un facteur connu d'altération qualité de vie des patients atteints de rhumatisme psoriasique et n'est pas prise en compte dans les définitions de rémission. L'objectif était d'étudier la relation entre fatigue et rémission dans le rhumatisme psoriasique, en se basant sur différentes définitions de rémission.

Patients et méthodes. – ReFlap (NCT03119805) est une étude transversale menée dans 14 pays auprès de patients adultes consécutifs présentant un rhumatisme psoriasique de plus de 2 ans d'évolution. La fatigue était évaluée par une échelle numérique de 11 points (où 0 est l'absence de fatigue). La rémission était définie par : (a) des scores composites (Minimal Disease Activity (MDA), Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA) < 4), (b) des critères patients : patient acceptable symptom state (PASS), évaluation globale par le patient (Patient Global Assessment, PGA) (par exemple < 1/10), question simple binaire oui/non, (c) un critère médecin : question simple binaire oui/non. Pour chaque définition les scores moyens de fatigue selon le statut rémission oui/non étaient calculés et comparés par des tests t de Student et les seuils discriminants au mieux la fatigue étaient obtenus par la méthode des courbes ROC avec calcul de l'index de Youden.

Résultats. – Sur 366 patients, 304 avaient des données disponibles sur la fatigue et la rémission : 49,8 % étaient des hommes, l'âge moyen était de 53,9+12,3 ans, la durée moyenne de la maladie était de 10,8+7,7 ans et 66,5 % étaient sous biothérapie. L'activité de la maladie était modérée : 41,1 % ne présentaient aucune lésion cutanée de psoriasis, le nombre moyen d'articulations douloureuses (NAD) était de 4,3+8,9, le nombre moyen d'articulations gonflées (NAG) était de 2,66+8,26, le PGA moyen était de 4,19+2,70. Le DAPSA était < 28 (c.-à-d. rémission, activité faible ou modérée de la maladie) pour 80,6 % ; le score moyen de fatigue était de 4,26+3,01. Le pourcentage de patients en rémission variait de 17,4 % à 64,8 % selon la définition utilisée (la définition la plus stricte étant le DAPSA et la moins le PASS). Les scores de fatigue étaient beaucoup plus bas en cas de rémission avec des différences moyennes allant de 1,66+0,34 (question médecin) à 3,81+0,26 (rémission DAPSA) (tous les p < 0,0001). Les aires sous la courbe correspondante allaient de 0,66 (question médecin) à 0,87 (DAPSA).

Conclusion. – Les niveaux de fatigue étaient relativement élevés chez ces patients atteints de rhumatisme psoriasique dont la maladie était souvent bien contrôlée. La fatigue était moins sévère chez les patients en rémission, quelque soit la définition de rémission utilisée. La définition de la rémission discriminant le mieux la fatigue était celle du DAPSA. MDA et DAPSA donnaient de meilleurs résultats que la question médecin. Ces résultats suggèrent que la fatigue doit être prise en compte dans le ciblage de la rémission et dans la prise en charge globale de l'activité et de l'impact du rhumatisme psoriasique

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-024

Dans le rhumatisme psoriasique, l'interprétation des symptômes rapportés par le patient devrait tenir compte du sexe : une analyse de 451 patients

C. Gorlier* (1) ; L. Gossec (1) ; D. Puyraimond-Zemmour (1) ;

L. Coates (2) ; U. Kiltz (3) ; YY. Leung (4) ; P. Palominos (5) ;

J. Canete (6) ; R. Scrivo (7) ; A. Balanescu (8) ; E. Dernis (9) ; S. Talli

(10) ; A. Ruysen-Witrand (11) ; M. Soubrier (12) ; S. Aydin (13) ;

L. Eder (14) ; I. Gaydukova (15) ; E. Lubrano (16) ; U. Kalyoncu

(17) ; P. Richette (18) ; E. Husni (19) ; M. De Wit (20) ; JS. Smolen

(21) ; AM. Orbai (22)

(1) Rhumatologie, CHU La Pitié Salpêtrière, Paris ; (2) Medecine,

university of oxford medical school, oxford ; (3) Rheumatologie,

Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Allemagne ; (4) Rhumatologie, Changi General Hospital, Singapore, Singapour ; (5) Rhumatologie, HOSPITAL DE CLÍNICAS, Porto Alegre, Brésil ; (6) Rhumatologie, Hospital Clínic and IDIBAPS, Barcelone, Espagne ; (7) Rhumatologie, Sapienza Université de Rome, Roma, Italie ; (8) Rhumatologie, Sf Maria Hospital, Bucarest, Roumanie ; (9) Rhumatologie, C.H. – Le Mans, Le Mans ; (10) Rhumatologie, Tallinn Central Hospital, Tallinn, Estonie ; (11) Rhumatologie, Hôpital Purpan, Toulouse ; (12) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-ferrand ; (13) Rhumatologie, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada ; (14) Médecine, Women's College Research Institute, Toronto, Canada ; (15) Rhumatologie, Saratovskiy Gosudarstvennyy Meditsinskiy Universitet Im. V.i.razumovskogo, Saratov, Fédération de Russie ; (16) Rhumatologie, Université du Molise, Campobasso, Italie ; (17) Rhumatologie, Hacettepe University Faculty of Medicine, Ankara, Turquie ; (18) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris ; (19) Rhumatologie, Cleveland Clinic Express Care Clinic, Cleveland, États-Unis ; (20) Dept. medical humanities, Amsterdam University Medical Centre, Amsterdam, Pays-Bas ; (21) Rhumatologie, Medical University of Vienna, Vienne, Autriche ; (22) Rhumatologie, University of Maryland School of Social Work, Baltimore, États-Unis
*Auteur correspondant : clemence_tawil@hotmail.com (C. Gorlier)

Introduction. – Le traitement du rhumatisme psoriasique a pour objectif la rémission (REM) ou la faible activité de la maladie (Low Disease Activity, LDA), sur des critères objectifs et/ou subjectifs, rapportés par le patient. L'objectif était de rechercher si les symptômes rapportés par le patient (Patient Reported Outcome, PRO) différaient significativement en fonction du sexe, et si cette différence était associée à l'activité de la maladie.

Patients et méthodes. – ReFlap (NCT03119805) est une étude transversale menée dans 14 pays auprès de patients adultes consécutifs présentant un rhumatisme psoriasique de plus de 2 ans d'évolution. L'activité de la maladie était évaluée cliniquement par un examen articulaire, enthésitique et cutané, et par le calcul des mesures composites suivantes : le cDAPSA (clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis) et le MDA (Minimal Disease Activity). Les PROs recueillis étaient : l'évaluation globale par le patient (PGA), le Health Assessment Questionnaire (HAQ) et le questionnaire PsAID12 (12 questions incluant la douleur et la fatigue avec un score final de 0-10 où 0 est l'absence de symptôme). Les différences homme/femme pour chaque marqueur d'activité et pour chaque PRO étaient calculées au moyen de tests statistiques paramétriques et non paramétriques.

Résultats. – Sur 466 patients, 451 avaient des données analysables : 50,1 % étaient des hommes, l'âge moyen (écart-type) était de 53,1 (12,7) ans, la durée moyenne de la maladie était de 11,1 (8,2) ans, 60,6 % étaient sous biothérapie. L'activité de la maladie était modérée : 9,5 % avaient une surface corporelle (SC) de psoriasis > 5 %, le nombre moyen d'articulations douloureuses (NAD 0-68) était de 4,6 (9,4), le nombre moyen d'articulations gonflées (NAG 0-68) était de 2,1 (6,3). Concernant les scores composites, 62,1 % des patients avaient un cDAPSA < 13 et 37,9 % atteignaient le critère MDA5/7, correspondant aux seuils de faible activité de la maladie. Concernant les PROs, le PGA moyen était de 4,1 (2,9), le HAQ moyen était de 0,66 (0,67) et le PsAID12 moyen était de 3,4 (2,5). Les PROs étaient significativement plus élevées chez les femmes : 4,7 (2,8), 0,86 (0,69) et 4,1 (2,5) pour PGA, HAQ et PsAID12 contre 3,4 (2,9), 0,46 (0,60) et 2,7 (2,3) chez les hommes, respectivement (tous les $p < 0,001$). Les composantes individuelles du PsAID12 étaient systématiquement plus élevées chez les femmes (tous les $p < 0,01$), à l'exception de l'atteinte cutanée. À l'inverse, les mesures objectives de l'activité de la maladie ne différaient pas selon le sexe : NAG 2,1 (5,7) femmes, 2,0 (6,8) hommes, $p = 0,14$; SC > 5 % : 8,4 % de femmes, 10,6 % d'hommes, $p = 0,49$, sauf pour le NAD : 5,4 (9,2)

femmes, 3,8 (9,5) hommes, $p < 0,001$ et la CRP > 5 mg/L : 38,7 % de femmes, 30,1 % d'hommes, $p = 0,045$. Par ailleurs, moins de femmes atteignaient le MDA5/7 : 25,8 % contre 50,0 % chez les hommes, $p < 0,001$.

Conclusion. – Une différence significative homme/femme a été observée dans cette étude internationale de patients avec rhumatisme psoriasique, les femmes rapportant plus de symptômes bien que l'activité objective musculosquelettique et cutanée de la maladie soit similaire. Cette différence homme/femme devrait être prise en compte dans l'évaluation de l'activité, de l'impact et de la réponse au traitement du rhumatisme psoriasique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-025

Impact de la fibromyalgie sur le traitement au cours des spondyloarthrites

M. Sahli* (1) ; O. Saidane (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com

(M. sahli)

Introduction. – La fibromyalgie (FM) peut coexister avec une spondyloarthrite (SpA) conduisant à des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de la FM sur la prise en charge thérapeutique au cours des SpA.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude transversale sur 100 patients ayant une SpA définie selon les critères ASAS. Nous avons utilisé les critères ACR 2010 pour le diagnostic de FM. Le traitement reçu au moment du recrutement a été relevé : les antalgiques (en précisant la dose journalière), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (en précisant le type de prise : à la demande ou en continu), le type et la durée de l'anti-TNF alpha en cours, le nombre d'anti-TNF alpha pris. Ces données ont été comparées en fonction de la présence ou pas de FM. Le score de Pearson avec un seuil de significativité $p \leq 0,05$ a été utilisé pour l'étude des associations.

Résultats. – L'âge moyen des patients était de 44,65 ± 13,13 ans. Le sexe ratio H/F était de 2,03. 46 patients étaient sous du paracétamol à la dose moyenne de 2,24 grammes par jour. La prise des AINS a été retrouvée chez 61 patients. Elle était de type continue dans 80 % des cas et à la demande dans 20 % des cas. 34 patients avaient reçu au moins un anti-TNF α au cours de leur suivi. Au moment de l'étude 33 patients étaient sous biothérapie prise pour une durée moyenne de 33,97 ± 31,85 mois. Il s'agissait de l'Infliximab dans 6 cas, de l'Etanercept dans 15 cas et de l'adalimumab dans 12 cas. Le nombre moyen d'anti-TNF α utilisé était de 1,26 avec des extrêmes allant de 1 à 3. L'étude statistique a montré que le recours aux antalgiques était comparable chez les patients avec et sans FM ($p = 0,107$) mais la dose d'antalgiques utilisée était significativement plus importante en présence de FM ($p = 0,02$). Il n'y avait pas de différence significative concernant le recours aux AINS ($p = 0,597$) ni le type de leurs prises ($p = 0,254$). Pour les anti-TNF α , seule la durée moyenne de l'anti-TNF α en cours au moment du recrutement était significativement plus courte chez les patients ayant une FM (7,86 mois vs 41,28 mois ; $p = 0,012$). Le nombre de patients ayant eu recours aux biothérapies, le nombre moyen d'anti-TNF α utilisés et leur type était comparable chez les patients avec et sans FM.

Conclusion. – Dans notre étude, la FM avait un impact sur la dose d'antalgiques reçus et sur la durée moyenne de prise de l'anti-TNF α . Ceci montre que la présence de FM au cours des SpA peut conduire à des escalades thérapeutiques inappropriées.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-026

Impact de l'arthrite psoriasique et de la CRP sur le bilan lipidique au cours du rhumatisme psoriasique

A. Mounir* (1) ; A. Nessorine (1) ; FZ. Mahha (1) ; H. Taoufik (1)
(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : aminafmpf@gmail.com (A. Mounir)

Introduction. – La morbi-mortalité cardiovasculaire et le profil lipidique athérogénique ont été rapportés au cours du rhumatisme psoriasique (RP). Notre étude vise à évaluer l'impact de l'arthrite et de CRP sur le bilan lipidique au cours du RP.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective, incluant les patients atteints de RP, ayant bénéficié d'un bilan lipidique. Les patients sont appariés en deux groupes selon la présence d'arthrite et le taux de la CRP (négatif ≤ 6 mg/L, positif > 6 mg/L).

Résultats. – 64 patients inclus dont 81,3 % étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 50,55 ans $\pm 15,03$. La durée moyenne d'évolution 8,31 ans $\pm 7,9$. L'antécédent de psoriasis personnel et familial était respectivement 37,5 % et 12,5 %. 34,4 % des patients étaient sous corticothérapie orale, 59,4 % sous AINS, 20,4 % sous méthotrexate et 20,3 % sous biothérapie. La moyenne des différents paramètres du Bilan lipidique était respectivement : HDL = 0,45 g/l $\pm 0,14$; LDL = 1,06 g/l $\pm 0,34$; CT = 1,76 g/l $\pm 0,44$; TG = 1,19 g/l $\pm 0,55$; La moyenne de l'indice d'athérogénicité : CT/HDL = 4,23 $\pm 1,76$; LDL/HDL = 2,58 g/l $\pm 1,21$. La comparaison des paramètres du bilan lipidique selon l'absence ou la présence d'arthrite était respectivement de : HDL : 0,47-0,45 g/l (p = 0,467), LDL : 1,02-1,03 g/l (p = 0,153), CT : 1,73-1,78 g/l (p = 0,064), TG : 1,25-1,15 g/l (p = 0,026), CT/HDL = 4,19-4,26 (p = 0,256), LDL/HDL = 2,51-2,63 (p = 0,212). En ce qui concerne la négativité ou la positivité de la CRP : HDL : 0,51-0,42 g/l (p = 0,104), LDL : 1,12-1,03 g/l (p = 0,968), CT : 1,86-1,70 g/l (p = 0,164), TG : 1,08-1,25 g/l (p = 0,224), CT/HDL = 3,75-4,52 (p = 0,056), LDL/HDL = 2,31-2,75 (p = 0,206).

Conclusion. – Notre étude a objectivé une association entre un taux élevé de TG et la présence d'arthrite psoriasique et entre une CRP positive et l'élévation d'indice d'athérogénicité CT/HDL. Ceci suggère que la CRP et l'arthrite pourraient être considérées comme des facteurs de risque cardiovasculaire au cours du RP.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-027

Sulfasalazine pour traiter et prévenir les récurrences chez les patients présentant une uvéite antérieure aiguë associée à la SpA, aux MICI ou à l'antigène HLA-B27 : une revue systématique

C. Lopes* (1) ; M. Cordeiro (2) ; N. Madeira (3) ; M. Mateus (1) ; M. Guedes (2) ; F. Pimentel-Santos (1) ; J. Branco (1)

(1) Service de rhumatologie, Hospital de Egas Moniz, Lisbonne, Portugal ; (2) Département d'ophtalmologie, Hospital de Egas Moniz, Lisbonne, Portugal ; (3) Instituto português de reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal

*Auteur correspondant : carina.alves.lopes@gmail.com (C. Lopes)

Introduction. – L'uvéite est une maladie inflammatoire de l'œil commune ayant des conséquences visuelles potentiellement dévastatrices. L'uvéite antérieure aiguë (UAA) est fortement associée à l'antigène HLA-B27. Les glucocorticoïdes demeurent le pilier de la thérapie de l'uvéite, mais les médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (DMARD) et le traitement par anti-facteur de nécrose tumorale α (TNF) peuvent être nécessaires pour traiter et éviter les récurrences. L'objectif de cette revue systématique est de savoir si l'utilisation de la sulfasalazine (SSZ) est bénéfique pour traiter et prévenir les récurrences chez les patients atteints de UAA associée à la spondylarthropathie (SpA), aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ou à l'antigène HLA-B27.

Matériels et méthodes. – Nous avons effectué une revue systématique des études dans lesquelles la SSZ a été utilisée chez les patients atteints de UAA associée à la SpA, aux MICI ou au HLA-B27 pour traiter ou prévenir les récurrences versus DMARDs, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou placebo. La recherche documentaire a été effectuée dans les principales bases de données : Medline et Embase à partir de 1990 (recherche terminée au 28 février 2018). Nous avons retenu les études qui répondaient aux critères suivants : (1) au moins un groupe de malades était des patients (sans restriction d'âge) atteints de UAA liée à la SpA, aux MICI ou au HLAB27, traités par SSZ (toute dose) ; (2) l'étude était un essai clinique ou une étude de cohorte. Les études ayant des résumés dans d'autres langues que l'anglais ont été exclues.

Résultats. – Les données de quatre études portant sur 91 patients ont été incluses. Une étude rétrospective de M. Dougados en 1993 a été la première à révéler un nombre inférieur d'épisodes d'uvéite chez des patients atteints de SpA sous traitement par SSZ (n = 22, 29,5 $\pm 10/100$ vs 18,4 $\pm 10,8/100$ patients-année, p < 0,01). Benitez-del-Castillo, en 2000, et Muñoz-Fernández, en 2003, ont mené de petites études prospectives (n = 22 ayant une spondylarthrite ankylosante et une inflammation chronique de l'intestin et n = 10 ayant une SpA et une uvéite associée au HLA-B27, respectivement) confirmant un nombre inférieur de poussées chez les patients sous SSZ (0,5 $\pm 0,53$ vs 1,33 $\pm 1,23$ patients-année, p = 0,0016, dans la première, et 3,4 $\pm 0,5$ épisodes sans SSZ vs 0,9 $\pm 0,5$ sous SSZ, p = 0,007 dans la dernière). Godzenko a présenté la supériorité de la SSZ associée aux AINS en comparaison avec les AINS seuls dans la réduction des poussées d'uvéite (0,99 $\pm 0,87$ /an contre 1,37 $\pm 0,91$ /an, p = 0,04).

Conclusion. – Bien que la SSZ soit couramment utilisée dans de nombreux centres de référence pour diminuer la gravité ou la fréquence des poussées d'UAA, les preuves scientifiques de son efficacité sont extrêmement médiocres. Davantage d'études prospectives et randomisées sont nécessaires dans ce domaine.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] M. Dougados, Rev. Rhum [Édition anglaise] 1993, 60 (1), 80-82 ; Benitez-del-Castillo J, Eye 2000, 14, 340-343 ; Muñoz-Fernández S, Journal of Rheumatology 2003, 30 : 1277-9 ; Godzenko A, présentation d'affiches, Annals of the Rheumatic Diseases 2015 ; 74 : 264.

PE. Lu-028

Influence du niveau éducationnel sur la présence de fibromyalgie au cours des spondyloarthrites

O. Saidane (1) ; M. sahli* (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com (M. sahli)

Introduction. – La présence de fibromyalgie (FM) au cours des spondyloarthrites (SpA) est de plus en plus rapportée au cours de ces dernières années. Néanmoins, les facteurs prédictifs de sa présence restent mal connus. Le but de notre étude était de rechercher une influence du niveau éducationnel sur la présence de fibromyalgie au cours des SpA.

Patients et méthodes. – Il s'agissait étude transversale qui a porté sur des patients suivis pour SpA définis selon les critères ASAS. Les critères ACR 2010 ont été utilisés pour le diagnostic de fibromyalgie. Le niveau éducationnel (analphabète, niveau primaire, secondaire ou universitaire) des patients a été relevé et comparé chez les patients avec et sans FM. Une association significative a été déterminée par un score de Pearson $\leq 0,05$.

Résultats. – Cent patients d'âge moyen de 44,65 ans ont été colligés. Le sexe ratio H/F était de 2,03. La majorité des patients (88 %) n'avaient pas un niveau éducationnel élevé (>13 ans). Uniquement 22 % des patients avaient poursuivi des études supérieures, contre 37 % qui avaient un niveau d'études secondaires et 34 % un niveau

d'études primaires. 17 % des patients étaient analphabètes. L'étude statistique a montré que la fibromyalgie était associée à un niveau éducationnel bas. En effet le pourcentage de patients n'ayant pas dépassé le niveau d'études primaires était significativement plus important dans le groupe de patients ayant une FM (85 % vs 36,25 % p = 0,001).

Conclusion. – Un niveau éducationnel bas était associé à la présence de fibromyalgie au cours des SpA. Cette donnée nous permettrait de mieux cerner le profil des patients ayant une FM afin de faciliter sa prise en charge précoce chez les patients ayant une SpA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-029

Les paramètres sociodémographiques influencent-ils la survenue de fibromyalgie au cours des spondyloarthrites ?

O. Saidane (1) ; M. sahli* (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com

(M. sahli)

Introduction. – Dans la population générale, la fibromyalgie est plus fréquente chez les femmes et sa prévalence augmente avec l'âge. Par ailleurs, c'est une pathologie fréquemment associée aux spondyloarthrites (SpA). L'objectif de notre étude était de déterminer si les paramètres sociodémographiques avaient une influence sur la présence de fibromyalgie au cours des SpA.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale qui a porté sur les patients suivis pour SpA définis selon les critères ASAS. La fibromyalgie a été recherchée chez ces patients en utilisant les critères ACR 2010. Les données épidémiologiques ont été relevées et comparées entre les patients avec et sans fibromyalgie. Les associations ont été établies par le score de Pearson (seuil de significativité p ≤ 0,05).

Résultats. – Cent patients ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 44,65 ± 13,13 ans. Les patients étaient répartis en 67 hommes et 33 femmes. Concernant l'état civil, 61 patients étaient mariés, 34 étaient célibataires et 5 étaient divorcés. Parmi les patients mariés, 56 (92 %) avaient des conjoints compréhensifs vis-à-vis de leur maladie versus 5 patients (8 %) qui avait des difficultés conjugales à cause de leur maladie. Parmi les 66 patients déjà mariés, le nombre moyen d'enfants était de 2,76. L'étude statistique a trouvé une association significative entre un âge avancé et la présence de fibromyalgie (p = 0,03). De même, un nombre d'enfants plus important était un facteur prédictif de la présence de fibromyalgie (3,47 vs 2,51 p = 0,032). Par ailleurs, le sexe, l'état civil et le comportement du conjoint n'avaient pas d'influence sur la présence de fibromyalgie.

Conclusion. – Selon notre étude, les paramètres épidémiologiques associés à la présence de fibromyalgie au cours des SpA étaient un âge avancé et un nombre d'enfants élevé.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-030

Étude de l'association entre les paramètres radiographiques et échographiques de l'enthésite achilléenne au cours de la spondyloarthrite axiale

H. Wafa (1) ; M. Sellami* (1) ; K. Maatallah (1) ; H. Ferjani (2) ; D. Kaffel (1) ; M. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (2) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – Notre objectif était d'étudier la corrélation entre les signes radiographiques et échographiques dans l'étude de l'enthésite achilléenne au cours de la Spondyloarthrite (SA).

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective incluant 74 patients atteints de SA répondant aux critères de New York modifiés. Tous les patients ont été explorés par des radiographies des 2 talons de profil et une échographie de l'enthésite achilléenne (EA). Un score radiographique a été établi correspondant à la somme des 3 signes radiographiques (érosion, enthésophyte et épaississement de l'EA) variant de 0 à 6. Un score échographique d'enthésite a été aussi établi correspondant à la somme des signes échographiques présents d'enthésite (aigue ou chronique) et variant de 0 à 10. Le score échographique global correspond à la somme des scores d'enthésite aigue et chronique.

Résultats. – La population étudiée était composée de 52 hommes et 22 femmes, âgées en moyenne de 36 ± 11,4 ans. Les radiographies des talons ont montré des anomalies chez 56 patients (75,7 %) à type d'épaississement de l'EA (15 %), d'enthésophyte (25,4 %) et d'érosions (70,4 %). Le score radiographique moyen était de 1,7 ± 1,4. L'échographie a montré des anomalies chez 64 patients (84,5 %). Un aspect hypoéchogène de l'enthésite a été noté chez 13,5 % des patients, une hyperhémie au Doppler chez 16,2 %, des érosions chez 73 % des patients, la présence de bursite chez 54,1 %, la présence de fissure du tendon achilléen chez 4,1 % et des enthésophytes chez 51,4 % des patients. L'étude de l'association entre les paramètres radiographiques et échographiques est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1 Corrélations entre les paramètres radiographiques et échographiques de l'atteinte de l'enthésite achilléenne

Échographie	Radiographie			
	Érosion	Enthésophyte	Épaisseur de l'EA	Score radiographique
Érosion	p = 0,001	p = 0,029	p = 0,337	p = 0,001
Enthésophyte	p = 0,226	p = 0,011	p = 0,132	p = 0,008
Bursite	p = 0,144	p = 0,623	p = 0,141	p = 0,275
Fissure tendineuse	p = 0,343	p = 0,014	p = 0,456	p = 0,000
Hypéremie Doppler	p = 0,500	p = 0,643	p = 0,066	p = 0,794
Aspect hypoéchogène	p = 0,620	p = 0,219	p = 0,596	p = 0,115
Épaisseur de l'EA	p = 0,002	p = 0,007	p = 0,000	p = 0,000
Score enthésite aigue	p = 0,120	p = 0,357	p = 0,042	p = 0,354
Score enthésite chronique	p = 0,006	p = 0,000	p = 0,991	p = 0,000
Score échographique global d'enthésite	p = 0,002	p = 0,001	p = 0,128	p = 0,000

Conclusion. – Notre étude a montré la concordance des signes d'enthésite chronique entre radiographie et échographie et a confirmé la spécificité de l'échographie dans la détection des érosions au niveau des enthèses.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-031

Évaluation de l'activité au cours des spondyloarthrites : y a-t-il une concordance entre le BASDAI et l'ASDAS ?

O. Saidane (1) ; M. Sahli* (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com

(M. sahli)

Introduction. – L'ASDAS et le BASDAI sont deux scores de mesures de l'activité de la maladie au cours des spondyloarthrites (SpA). L'objectif de notre étude était de rechercher une concordance entre les résultats fournis par ces 2 scores.

Patients et méthodes. – Étude transversale portant sur 100 patients ayant une SpA répondant aux critères ASAS 2009. Les patients avaient rempli les questionnaires relatifs au BASDAI et aux paramètres permettant le calcul de l'ASDAS. La vitesse de sédimentation (VS) et la C-réactive protéine (CRP) ont été utilisées comme paramètres biologiques pour le calcul de l'ASDAS. Nous avons noté les patients qui avaient une maladie active définie par un BASDAI ≥ 4 ou un ASDAS $\geq 2,1$. Nous avons comparé le nombre de patients ayant une maladie active selon chacun des 2 scores en utilisant le score de Pearson (seuil de significativité $p \leq 0,05$). Nous avons utilisé l'indice Kappa pour l'étude de concordance entre les résultats des 2 scores avec seuil de concordance $kappa \geq 0,6$.

Résultats. – L'âge moyen des patients était de $44,65 \pm 13,13$ ans. Le sexe ratio H/F était de 2,03. Le BASDAI moyen était de 3,69 [0-9,6]. La valeur moyenne de la VS était de 33,61 mm. La valeur moyenne de la CRP était de 15,56 mg/L. L'ASDAS-VS moyen était de 2,72 [0,6 – 6,2] et l'ASDAS-CRP moyen était de 2,61 [0,6 – 6,2]. Le nombre de patients ayant une maladie active par l'ASDAS-VS était significativement plus élevé que par le BASDAI (68 vs 41 respectivement, $p < 0,0001$). De même, 64 patients avaient une maladie active par l'ASDAS-CRP contre 44 par le BASDAI ($p < 0,0001$). En calculant l'indice Kappa, il n'y avait pas de concordance entre les valeurs du BASDAI et celles de l'ASDAS-VS. 30 patients avaient une maladie active par l'ASDAS-VS alors qu'ils avaient un BASDAI < 4 ($kappa = 0,132$). De même pour l'ASDAS-CRP, 25 patients avaient un ASDAS-CRP $\geq 2,1$ alors que leurs BASDAI était inférieur à 4 ($kappa = 0,151$).

	ASDAS-CRP < 2,1	ASDAS-CRP $\geq 2,1$	Total
BASDAI ≥ 4	5	39	44
BASDAI < 4	31	25	56
Total	36	64	100

	ASDAS-VS < 2,1	ASDAS-VS $\geq 2,1$	Total
BASDAI ≥ 4	3	38	41
BASDAI < 4	24	30	54
Total	27	68	95

Conclusion. – Nous n'avons pas trouvé de concordance entre le BASDAI et l'ASDAS dans l'évaluation de l'activité de la maladie au cours des SpA. Des études statistiques plus approfondies sur des séries plus larges permettraient de déterminer lequel des 2 scores est le plus fiable pour la mesure de l'activité.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-032

Les manifestations pulmonaires au cours de la spondylarthrite : à propos 57 cas

Y. Tarik* (1) ; FZ. Haddani (1) ; A. Guich (1) ; H. Hassikou (1)
(1) Rhumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc
*Auteur correspondant : tarikyoussoufi89@gmail.com (Y. Tarik)

Introduction. – L'atteinte pleuropulmonaire dans la spondylarthrite a été longtemps considérée comme rare et tardive, du fait de son caractère asymptomatique et de l'échec de la radiographie thoracique dans la détection des lésions pulmonaires précoces. Cependant l'avènement de la TDM a permis d'objectiver une grande variété des lésions pulmonaires infra clinique et indétectable à la radiographie standard.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective incluant 57 malades atteints de spondylarthrite (34 hommes et 23 femmes) ont été recrutés au service de rhumatologie à l'HMMI de Meknès sur

une période de 12 mois. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique détaillé, une radiographie thoracique, une exploration fonctionnelle respiratoire et une tomodensitométrie pulmonaire.

Résultats. – La TDM thoracique a révélé des anomalies chez 18 patients (31,5 %) dont 4 patients étaient symptomatiques sur le plan respiratoire, alors que la radiographie thoracique standard n'était anormale que dans 2 cas. Ces anomalies comportaient un syndrome interstitiel (n = 5), une fibrose apicale (n = 4), un emphyseme (n = 2), une bronchectasie (n = 5), des micronodules (n = 3), une adénopathie médiastinale (n = 1) et un épaississement pleural (n = 1). L'EFR a objectivé un syndrome restrictif chez 25 patients soit 44 %, alors qu'elle était normale dans 56 %. Des corrélations TDM ont été objectivées avec l'âge avancé du patient, la longue durée d'évolution et la présence des facteurs de sévérité. D'autre part, une relation claire entre la mobilité rachidienne réduite notamment dorsale et les troubles ventilatoires chez ces patients a été notée.

Conclusion. – Notre étude a permis de confirmer la supériorité de la TDM thoracique par rapport à la radiographie standard dans la détection des lésions pulmonaires dans la spondylarthrite. Ainsi serait-il justifié son utilisation comme moyen de dépistage d'atteinte pleuropulmonaire chez tout patient Spondylarthritique même asymptomatique ?

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-033

Les anticalcineurines (CIPS syndrome) : une forme particulière de syndrome douloureux régional complexe

M. Peran* (1) ; R. OUICHKA (1) ; D. Loeuille (1) ; I. Chary Valckenaere (1)

(1) Service de rhumatologie, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : manon.peran@hotmail.com (M. peran)

Introduction. – Les complications osseuses liées aux immunosuppresseurs sont fréquentes après transplantation (ostéoporose, infections). En revanche, le syndrome polyalgique induit par les anticalcineurines, est peu décrit dans la littérature. Nous présentons un cas de syndrome algique polyarticulaire induit par les anticalcineurines (Calcineurin-inhibitor Induced Pain Syndrom), lié au tacrolimus.

Observation. – Un patient de 20 ans est traité par mycophénolate mofétil et tacrolimus dans les suites d'une greffe rénale liée à une uropathie malformative avec reflux vésico rénal. Deux mois après le début du traitement, il présentait des douleurs bilatérales des genoux et des chevilles, d'horaire mixte, avec impotence fonctionnelle. L'examen clinique était normal, sans signe d'arthrite. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique, la créatininémie était à 132 $\mu\text{mol/L}$, soit un DFG CKD-EPI à 66 ml/min/1,73 m² et la tacrolémie normale à 6 $\mu\text{g/L}$. Le bilan radiographique montrait une déminéralisation épiphysaire bilatérale des articulations fémoro-tibiales avec respect de la hauteur des interlignes articulaires. La scintigraphie osseuse au Technétium 99M retrouvait une hypercaptation tissulaire au temps précoce et une hyperfixation bilatérale des épiphyses fémorales distales et tibiales proximales au temps tardif. L'IRM des genoux montrait un hyposignal T1 et un hypersignal T2 de la même région traduisant la présence d'un œdème médullaire osseux. Devant l'association de polyarthralgies apparues dans un délai compatible après la prise d'anticalcineurines et la présence d'un œdème médullaire osseux régional bilatéral et symétrique des articulations des genoux le diagnostic de syndrome polyalgique induit par les anticalcineurines a été retenu. Sachant que la balance bénéfice-risque de l'arrêt de l'immunosuppresseur induisait un risque de rejet du greffon et que ce syndrome est en général spontanément réversible sans séquelle malgré la poursuite du traitement, il a été décidé de maintenir le tacrolimus en accord avec les néphrologues. L'évolution a été favorable avec le traitement symptomatique.

Discussion. – Le syndrome polyalgique induit par les anticalcineurines est une complication osseuse rare, initialement décrit avec la ciclosporine. La clinique, l'aspect en imagerie et l'évolution spontanément favorable le rapproche des syndromes douloureux régionaux complexes. La physiopathologie est discutée et fait intervenir l'effet vasoconstricteur des inhibiteurs de calcineurine. La prise en charge n'est pas codifiée, les inhibiteurs calciques peuvent avoir un effet antalgique bénéfique.

Conclusion. – Le diagnostic de ce syndrome repose sur un faisceau d'arguments : douleurs bilatérales et symétriques des membres inférieurs survenant quelques mois après une greffe d'organe, examen clinique sans particularité, radiographies et bilan biologique normaux. La mise en évidence d'hyperfixations épiphysaires à la scintigraphie osseuse et d'oedèmes médullaires osseux épiphysaires en IRM restent les signes les plus évocateurs. L'évolution est favorable en quelques semaines.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Franco M, Blaimont A, Albano L, Bendini C, Cassuto E, Jaeger P. Tacrolimus pain syndrome in renal transplant patients : report of two cases. Joint Bone Spine 2004
 [2] P. Orcel, É. Thervet, M. Courbebaisse. Bone and joint complications in kidney transplant patients Le Courrier de la Transplantation – Vol. XI – n° 3 – juillet-août-septembre 2011

PE. Lu-034

La douleur du pied chez le militaire : quand s'y attendre ?

R. Dhahri* (1) ; M. Abbes (1) ; M. Slouma (1) ; L. Metoui (1) ; I. Gharsallah (1) ; B. Louzir (1) ; I. Ksibi (2) ; J. Bahri (2) ; R. Maaoui (2) ; H. Rahali (2)

(1) Médecin interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie ; (2) Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie

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

Introduction. – Définir les facteurs de risque de podalgies en milieu militaire revient à réduire le risque de blessure liée à l'activité sur terrain. La blessure musculosquelettique étant la première en terme de fréquence. Sa liaison avec les troubles statiques du pied, les troubles posturaux et la chaussure militaire fait l'objet de la présente étude.

Patients et méthodes. – Une étude transversale étalée sur 06 mois dans le service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) de l'Hôpital Militaire Principal de Tunis, à propos de 61 patients. Ont été inclus dans cette étude :

Le personnel militaire suivi à notre consultation pour prise en charge rééducative, toutes pathologies confondues, ou travaillant à l'hôpital.

Les patients adressés à notre consultation pour exploration d'un trouble statique des pieds ont été exclus de cette étude afin d'éviter un biais de sélection.

Résultats. – Nous avons donc inclus 61 agents (54 hommes et 7 femmes) d'âge moyen 30 ans (21-51 ans) avec une médiane à 25 ans. Il s'agissait de 22 soldats, 15 sous officiers, 17 hommes de troupe et 7 officiers. L'ancienneté de la carrière militaire était en moyenne de 9 ans (10 mois-25 ans) avec une médiane à 5 ans. L'examen clinique a trouvé :

Des pieds grecs chez 55,7 % des agents.

Des pieds égyptiens chez 39,3 % des agents

Des pieds carrés chez 4,9 %.

L'examen cutanéotrophique a trouvé des durillons chez 32,8 % et des plaques d'hyperkératose chez respectivement 32,8 et 49 % des agents. Les anomalies de l'avant-pied à type d'Hallux-valgus ont été notées chez 50,9 % des agents, et à type de griffe des orteils chez 49,5 % des agents. L'examen sur podoscope a objectivé un pied plat dans 33 cas (54,09 %) dont 22 étaient classées stade I. Une instabilité

de l'arrière-pied à type d'exagération du valgus physiologique ou de varisation de l'axe de l'arrière-pied a été objectivée dans 72,4 % des cas. Une douleur sous-malléolaire interne ainsi qu'un syndrome du 2e rayon ont été notés chez 14,8 % des agents. Le syndrome du pôle interne du scaphoïde était présent dans 3,3 % des cas, une tendinopathie tibiale postérieure dans 1,6 % des cas, et le syndrome du canal tarsien dans 21,3 % des cas (13 cas). L'EVA douleur de l'avant-pied était significativement plus élevée chez les patients avec empreinte plantaire creuse avec $p = 0,02$ (tableau 1).

Tableau 1 Corrélation entre la douleur du pied et les paramètres cliniques

	Age	IMC	Anomalies radiologiques	Troubles Posturaux
EVA douleur (pied)	0,02	0,01	0,5	0,3
EVA douleur (avant-pied)	0,12	0,13	0,4	0,07
EVA douleur (talon)	0,14	0,04	0,5	0,6

Conclusion. – L'âge, l'obésité et l'empreinte podale creuse restent conformément à la littérature des facteurs de risque de podalgies en milieu militaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-035

Syndrome douloureux régional complexe de type 1 en rhumatologie

K. Baccouche (1) ; S. Hmila* (1) ; N. Elamri (2) ; S. Belghali (1) ; H. Zeglaoui (1) ; E. Bouajina (1)

(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie ; (2)

*Auteur correspondant : hmilasalma@gmail.com (S. Hmila)

Introduction. – Le syndrome douloureux régional complexe de type I (SDRC1) est un syndrome douloureux avec troubles vasomoteurs touchant un segment de membre qui peut poser des problèmes diagnostiques par ses manifestations polymorphes et son association fréquente à plusieurs maladies rhumatismales.

Patients et méthodes. – Nous avons analysé de façon rétrospective 16 cas d'algodystrophie colligés au service de rhumatologie sur une période de 10 ans (2008 à 2017)

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de 46 ans, avec une nette prédominance féminine : 10 femmes pour 6 hommes (sex-ratio 1,6). Des antécédents médicaux étaient retrouvés chez 56,2 % des patients : diabète dans 12,5 % des cas, HTA dans 12,5 % des cas, un terrain psychologique a été retrouvé dans 3 cas (2 cas de Dépression, 1 cas de trouble anxieux), un contexte de grossesse/post-partum a été retrouvé chez deux femmes. Un patient présentait une goutte chronique et un patient avait une Polyarthrite rhumatoïde. Le SDRC1 consistait dans 25 % des cas en un syndrome épaule main ; la hanche était touchée dans 25 % des cas ; la cheville dans 25 % des patients ; le genou dans 2 cas, le pied dans 2 cas, poignet dans 2 cas. Un facteur déclenchant local a été retrouvé dans 5 cas (3 cas d'arthrite, un traumatisme minime, un geste iatrogène). Le maître symptôme était la douleur et l'impotence fonctionnelle retrouvées dans tous les cas, un gonflement articulaire dans 5 cas, une rougeur et une chaleur locale dans 4 cas, des troubles trophiques dans 2 cas. Une raideur articulaire a été retrouvée chez 75 % des patients. Le diagnostic s'est basé sur les données de l'IRM dans 56,2 % des cas ; la scintigraphie dans 25 % des cas, et la radiographie standard dans 18,8 % des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une rééducation fonctionnelle, une perfusion de bisphosphonates a été pratiquée dans 2 cas, la calcitonine a été utilisée dans 3 cas. La prise en charge de la douleur s'est faite au moyen d'antalgiques du premier palier chez 50 % des patients, du deuxième palier chez 37,5 % des patients, d'Anti inflammatoires non stéroïdiens dans 43,7 % des cas. Une association d'antalgiques et d'AINS a été prescrite dans

37,5 % des cas. L'évolution était favorable dans 87,5 % des cas. Une raideur séquellaire a été notée chez deux patients.

Conclusion. – La particularité de nos cas de SDR1 est leur association à des facteurs non traumatiques mais plutôt rhumatismales ou idiopathique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-036

Les manifestations articulaires au cours du rhumatisme articulaire aigu

F. Fhima* (1) ; A. Mzabi ; F. Ben Fredj ; J. Anoun ; A. Rezgui ; M. Karmani ; C. Laouani

(1) Médecine interne, Hôpital Universitaire Sahloul (CHU Sahloul), Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : fhimafayrouz@gmail.com (F. Fhima)

Introduction. – Encore fréquent dans les pays en voie de développement, le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est la principale complication des angines à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A. Il n'est pas seulement une maladie de l'enfant et de l'adolescent mais peut survenir également chez l'adulte, prenant plutôt l'appellation de rhumatisme post streptococcique. L'objectif de notre travail est de révéler les atteintes articulaires au cours du RAA.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive effectuée sur les dossiers de 11 cas de RAA colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital Sahloul de Sousse durant une période de 20 ans : entre 1997 et 2017.

Résultats. – Nous avons colligé 11 patients répartis en 6 hommes et 5 femmes, âgés moyennement de 19 ans avec des extrêmes allant de 14 à 41 ans. Le mode de début était aigu dans tous les cas. Le tableau révélateur était articulaire dans tous les cas. L'antécédent d'angine à répétition était trouvé dans 7 cas et l'antécédent d'angine récente était rapporté dans 8 cas avec un délai par rapport au diagnostic du RAA variait entre 1 jour et 60 jours et dont le délai moyen était de 15 jours. La fièvre et l'altération de l'état général étaient rapportées respectivement dans 7 cas et dans 2 cas. Aucun signe cutané n'était mentionné. Les signes articulaires étaient présents chez tous les malades, à type d'arthralgies mobiles et fugaces dans 7 cas, d'oligoarthrite dans 6 cas et de polyarthrite dans 1 cas. Les articulations les plus touchées étaient : les chevilles dans 9 cas, les genoux dans 7 cas, les épaules et les coudes dans 2 cas. La chorée de Sydenham était rapportée uniquement dans 1 cas. Une atteinte cardiaque clinique ou électrique a été objectivée chez 7 patients. L'échographie cardiaque avait confirmé une cardite dans 7 cas. La valve mitrale était la plus touchée (n = 7), secondairement la valve aortique (n = 3) et dernièrement la valve tricuspide (n = 2). Les anomalies biologiques étaient fréquentes. Un taux des ASLO était élevé dans 8 cas. Le RAA était traité par une antibiothérapie dans 8 cas, dont les antibiotiques utilisés étaient : Pénicilline G (n = 5), Amoxicilline (n = 2) et Pénicilline M (n = 1) pendant une durée de 10 jours. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'aspirine (n = 4) et l'indométacine (n = 2) étaient prescrits dans les formes articulaires sans cardite (n = 4) et les atteintes cardiaques minimales (n = 2). La durée d'utilisation des AINS variait entre 6 jours et un an.

Discussion. – Le RAA est une pathologie infectieuse dont les conséquences sont soit une atteinte articulaire aiguë disparaissant sans séquelles, soit une atteinte inflammatoire de l'endocarde susceptible d'occasionner des lésions valvulaires de révélation tardive. C'est une pathologie encore fréquente dans les pays en voie de développement, devenant de plus en plus rare dans notre pays grâce à un traitement précoce des infections rhinopharyngées.

Conclusion. – Le rhumatisme post streptococcique aigu est une affection auto-immune. Cette maladie est de plus en plus rare dans notre pays. On considère que ses principales cibles sont articulaires et cardiaques avec un début pratiquement toujours articulaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-037

Incidence du cancer chez les patients atteints de spondyloarthrites traités avec des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale

J. Ricardo Pires* (1) ; C. Ambrósio (2) ; A. Barcelos (2)

(1) Médecine interne, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Aveiro, Portugal ; (2) Rhumatologie, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Aveiro, Portugal

*Auteur correspondant : joanaricardopires@gmail.com (J. Ricardo Pires)

Introduction. – Les spondyloarthrites (SpA) sont un groupe de maladies inflammatoires chroniques qui affectent le squelette axial et / ou périphérique, occasionnellement avec des manifestations extra-articulaires. Les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNFi) sont efficaces dans les cas où l'activité de la maladie est persistante. Certaines études ont montré que le TNFi pouvait être associé à une augmentation de l'incidence des tumeurs malignes.

Patients et méthodes. – Étude observationnelle avec une cohorte de 294 patients atteints de SpA, répondant aux critères de classification ASAS, suivie dans un service de rhumatologie depuis 2005. Des données démographiques, épidémiologiques, cliniques et de laboratoire ont été collectées dans des dossiers médicaux. Les variables continues ont été exprimées en moyenne et comparées en utilisant le test t de Student. Les variables catégorielles ont été exprimées en pourcentages et ont été comparées au test du chi carré. La corrélation de Pearson et l'analyse de régression multivariée de Cox ont été utilisées pour évaluer la force de l'association des variables étudiées avec les tumeurs malignes.

Résultats. – 294 patients atteints de SpA : 160 (54,4 %) hommes ; âge moyen 54,4 ± 13,35 ans ; suivi médian (durée de la maladie) 7 ans (intervalle interquartile IQR 5,56). 53 patients (18,0 %) ont été traités par TNFi (15 Adalimumab, 1 Certolizumab, 22 Etanercept, 12 Golimumab et 3 Infliximab). En comparaison avec le groupe sans traitement anti-TNF, les patients avec TNFi étaient plus jeunes (âge moyen 50,23 ± 11,99 ans $p = 0,012$), avaient un âge plus faible au diagnostic (44,40 ans $p = 0,037$) et une durée plus longue (9,37 ans $p = 0,002$). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes d'activité de la maladie (BASDAI $p = 0,10$, BASFI $p = 0,65$), prévalence HLA-B27 ($p = 0,48$) ou diabète et dyslipidémie ($p = 0,78$; $p = 0,07$ respectivement). Le délai moyen entre le diagnostic et le début du traitement par TNFi était de 3,66 ans, avec une durée de traitement médiane de 6,0 ans (IQR 4,21). L'incidence globale de nouveaux néoplasmes était de 9,59 / 1 000 patients-années et l'incidence de tumeurs malignes dans cette population atteinte de TNFi était de 4,03 / 1 000 patients-années ($p = 0,31$). Le risque de néoplasie était corrélé à un âge plus faible au diagnostic et à des comorbidités telles que le diabète ou la dyslipidémie. Une analyse Cox pas à pas a montré que seul l'âge au moment du diagnostic était un facteur prédictif significatif d'une nouvelle tumeur maligne (HR 1,04 IC 95 % 1,00-1,07 ; $p < 0,05$).

Conclusion. – Dans cette étude, l'incidence des tumeurs malignes chez les patients atteints de SpA traités par TNFi n'est pas plus élevée que chez les patients traités avec des médicaments conventionnels, bien que notre étude ait eu une petite cohorte et un manque de données pour étudier l'effet potentiel du traitement anti-TNF patients ayant une tumeur maligne antérieure. D'autres études avec une cohorte plus élevée et des données informatives concernant le comportement réel des rhumatologues portugais dans la gestion du TNFi, comme le registre Reuma.pt, sont nécessaires.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-038

Retentissement de la maladie sur la vie sociale et familiale des personnes atteintes de spondyloarthrite axiale en France : résultats d'une enquête en 2018 (European Map of Axial Spondyloarthritis, EMAS)

L. Gossec (1) ; P. Claudepierre (2) ; RM. Flipo (3) ; M. Garrido-Cumbrera (4) ; F. Alliot-Launois (5) ; E. Desfleurs* (6) ; L. Grange (7) (1) Rhumatologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; (2) Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil ; (3) Rhumatologie, CHU Roger Salengro, Lille ; (4) Health & territory research (htr), centro de investigación, tecnología e innovación manuel losad, Université de Séville, Sevilla, Espagne ; (5) Vice-présidente, Association Française de Lutte Antirhumatismale A.F.L.A.R, Paris ; (6) Affaires scientifiques, Novartis Pharma, Rueil Malmaison ; (7) Rhumatologie, C.H.U.G.A Hôpital Sud, Échirolles

*Auteur correspondant : emilie.desfleurs@novartis.com (E. Desfleurs)

Introduction. – La spondyloarthrite axiale (axSpA) a un impact sur la vie quotidienne, mais nous manquons de données en France à l'ère des biothérapies. L'objectif de cette analyse était d'évaluer l'impact de l'axSpA sur la vie sociale et familiale des personnes atteintes de cette maladie.

Patients et méthodes. – Entre le 15/12/2017 et le 26/02/2018, des personnes suivies pour axSpA par leur rhumatologue ou affiliées à l'association de patients AFLAR, et s'auto-identifiant comme atteints d'axSpA, ont répondu à l'enquête européenne en ligne EMAS de façon transversale et anonyme. Le retentissement de l'axSpA a été évalué par des questions sur les relations sociales, la fréquence des sorties et de la vie sociale, l'impact des poussées sur 10 aspects de la vie évalué de aucun/léger à modéré/sévère ainsi que par les craintes liées à la maladie, en utilisant des questions développées par le comité scientifique international. Il n'y a pas eu d'imputation des données manquantes et les analyses ont été descriptives.

Résultats. – 638 personnes, âge moyen 41,5 ± 11,1 ans, 77 % de femmes, durée moyenne de la maladie 6,9 ± 8,2 ans, ont été analysées. La maladie était souvent active (score BASDAI moyen ; 5,9 ± 1,7). 60,8 % déclaraient avoir été traités par biothérapie et 21,3 % étaient toujours sous ce traitement au moment de l'enquête. Les relations sociales étaient fréquemment rapportées comme moins bonnes ou nettement moins bonnes depuis l'axSpA : avec les amis (43 %), les collègues de travail (39 %), le conjoint (35 %) et la famille (31 %). L'axSpA avait aussi des répercussions sur la fréquence des activités sociales ou sportives qui étaient « bien moins fréquentes qu'avant » pour le sport (52 %), les voyages (38 %), les relations sexuelles (31 %) et les sorties culturelles (29 %). Un impact modéré à sévère des poussées de la maladie était rapporté sur la capacité à se déplacer dans la rue (53 %), sur la vie intime (49 %), et sur l'hygiène corporelle (33 %). Concernant les craintes liées à la maladie, 71 % des répondants indiquaient qu'ils redoutaient l'incapacité à réaliser les tâches du quotidien et la perte d'autonomie, et 42 % l'isolement social.

Conclusion. – Plus de la moitié des patients atteints d'axSpA en France voient leurs relations familiales et sociales affectées par la maladie, dans un contexte de craintes pour le futur. Ces données sont importantes à prendre en compte dans la décision médicale partagée.

Conflit d'intérêts. – E.D. Employée Novartis Pharma L. Go., P.C., RM.F., M. GC., F. AL., L. Gr. Membres du comité scientifique EMAS, enquête réalisée par Novartis Pharma.

PE. Lu-039

Prévalence de la spondyloarthrite dans une cohorte de patients suivis pour une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin

M. Forien* (1) ; X. Treton (2) ; J. Goossens (1) ; G. Jelin (1) ; C. Stefanescu (2) ; E. Palazzo (1) ; P. Dieudé (1) ; Y. Bouhnik (2) ; S. Ottaviani (1)

(1) Service de rhumatologie, CHU Bichat Claude Bernard, Paris ; (2) Service de gastro-entérologie et assistance nutritive, Hôpital Beaujon AP-HP, Clichy

*Auteur correspondant : forienmarine@gmail.com (M. Forien)

Introduction. – La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) sont parfois associées à des manifestations extradigestives et notamment rhumatologiques. Les manifestations axiales et périphériques sont fréquentes mais la prévalence et les caractéristiques spécifiques des spondyloarthrites (SpA) associées aux maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin (MICI) ne sont pas clairement établies. Le but de cette étude était de connaître la prévalence de SpA dans une population de patients suivis pour une MC ou une RCH avec une plainte rachidienne ou articulaire rapportée par le gastro-entérologue et d'évaluer les caractéristiques des SpA.

Patients et méthodes. – Entre janvier 2017 et juin 2018, tous les patients suivis dans le service de gastro-entérologie de Beaujon pour une RCH ou une MC ayant une plainte rachidienne ou articulaire étaient adressés en rhumatologie à l'hôpital Bichat. Étaient réalisés en systématique : une évaluation clinique, un bilan biologique (incluant la recherche du HLAB27, d'anticorps anti-saccharomyces cerevisiae (ASCA) et d'anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles (ANCA), une échographie articulaire et des enthèses et une IRM du rachis entier et des sacro-iliaques.

Résultats. – Un total de 105 patients (36,2 % d'hommes) ont été inclus dans l'étude, avec un âge moyen de 43,5 ans ; 77 % avaient une MC et 23 % une RCH. La durée d'évolution de la MICI était de 12 ans. Au moment de l'inclusion, 67 % étaient sous biothérapie, 16 % sous corticothérapie orale, 19 % sous azathioprine. Parmi les patients, 78 % se plaignaient de polyarthralgies, 32 % d'un épisode actuel ou ancien de gonflements articulaires, 36 % de rachialgies inflammatoires, 18 % d'une fessalgie. Un psoriasis était rapporté par 17 % des patients et une uvéite par 11 %. Concernant les résultats biologiques, 45,7 % des patients avaient des ASCA positifs, 12,4 % des ANCA positifs, 7,6 % étaient porteurs du HLAB27. Parmi les 105 patients, un diagnostic de SpA a été confirmé pour 33 (31,4 %) patients, 16 avaient une atteinte axiale pure, 7 une forme périphérique et 10 une atteinte axiale et périphérique. Chez les patients sans SpA, 6 (5,7 %) étaient asymptomatiques, 48 (45,7 %) avaient des arthralgies non spécifiques, 27 (25,7 %) des rachialgies mécaniques. Parmi l'ensemble des patients, 16 avaient une sacro-iliite active en IRM, 10 des séquelles de sacro-iliite, 10 des enthèses rachidiennes inflammatoires, l'échographie articulaire et enthésitique était anormale chez 37 patients. Parmi les 33 patients avec un diagnostic de SpA, un changement de traitement a été nécessaire pour 23 (70 %) patients : l'introduction d'une biothérapie pour 5 (15 %) patients, un changement de biothérapie pour 2 (6 %) patients, l'introduction de méthotrexate pour 12 (36 %) patients, l'introduction de celecoxib avec accord du gastro-entérologue pour 3 (9 %) patients, un patient a été mis sous corticothérapie par voie orale et une infiltration de sacro-iliaque a été réalisée pour un patient.

Conclusion. – Dans cette population de patients suivis en secteur hospitalier pour une RCH ou une MC ayant une plainte axiale ou articulaire, un diagnostic de SpA a été confirmé chez plus de 30 % d'entre eux. La moitié des patients avait des arthralgies non spécifiques et 25 % des rachialgies mécaniques. Le diagnostic de SpA a nécessité un changement du traitement de fond pour quasiment deux patients sur 3. Un adressage systématique des patients MICI avec une plainte articulaire paraît donc rentable.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-040

Plus de 60 % des patients atteints de spondyloarthrite rapportent des manifestations périphériques : une analyse ancillaire de l'étude ASAS-COMOSPA

C. Lopez-Medina* (1) ; A. Molto (1) ; M. Dougados (2)
 (1) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP., Paris ; (2) Rhumatologie b, Hôpital Cochin, Paris
 *Auteur correspondant : clementinalopezmedina@gmail.com
 (C. Lopez-Medina)

Introduction. – Les manifestations périphériques (arthrite, enthésite et dactylite) peuvent être observées chez des patients atteints de Spondyloarthrite (SpA). Cependant, les facteurs associés à leurs présences ne sont pas très connus.

Objectifs. – a) Décrire la prévalence des manifestations périphériques chez des patients atteints de SpA dans une population appartenant aux quatre continents ; b) déterminer les facteurs associés à l'apparition de ces manifestations.

Patients et méthodes. – Nous avons analysé les données de l'étude ASAS-COMOSPA. La prévalence de chaque manifestation périphérique a été évaluée en fonction des critères de classification de la SpA (ASAS axiale, ASAS périphérique et CASPAR), et aussi en fonction du moment d'apparition des symptômes axiaux (avant/ concomitant/ après). Les facteurs associés à l'apparition de ces manifestations périphériques ont été explorés par régressions logistiques univariées et multivariées.

Résultats. – Parmi les 3 984 patients inclus dans l'étude ASAS-COMOSPA, 2 562 (64,3 %) rapportaient, au moins, une manifestation périphérique. Parmi ces patients, 2 051 (51,5 % de la population totale) avaient une arthrite périphérique actuelle ou dans les antécédents, et cette arthrite étant plus fréquente chez les patients qui répondaient aux critères CASPAR et ASAS périphérique. L'atteinte était plus fréquemment oligoarticulaire (40,2 %) et apparaît le plus souvent après les symptômes axiaux (48,9 %). L'analyse multivariée a montré que les patients d'Amérique du sud [OR 2,45, (95 % CI 1,93 – 3,11)], la présence d'enthésite [OR 2,46, (95 % CI 2,11 – 2,86)], de dactylite [OR 6,46, (95 % CI 4,78 – 8,71)], avec psoriasis [OR 2,46, (95 % CI 1,79 – 3,37)], HLAB27+ [OR 0,83, (95 % CI 0,72 – 0,97)] et la lombalgie inflammatoire [OR 0,37, (95 % CI 0,29 – 0,47)] étaient associées à l'arthrite périphérique. Au moins une enthésite ou une dactylite, ont été observés chez 1 506 (37,8 %) et 618 (15,6 %) patients respectivement. Ces deux manifestations étaient apparues après le début des symptômes axiaux chez 58,3 % et 60,8 % des patients, respectivement. Des résultats similaires à l'arthrite périphérique ont été obtenus dans l'analyse univariée et multivariée concernant ces deux manifestations périphériques, avec l'exception de lombalgie inflammatoire et HLAB27+, qui n'étaient pas associées aux enthésites.

Conclusion. – Les manifestations périphériques apparaissent dans 64 % des patients atteints de SpA, et chez plus de 50 % d'entre eux après le début des symptômes axiaux. L'arthrite périphérique était plus fréquemment mono- ou oligo- que poli-articulaire, et la présence de psoriasis ou d'une de ces trois manifestations périphériques était un facteur de risque d'apparition des autres symptômes périphériques.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis. 2016 Jun ; 75(6) : 1016-23.

PE. Lu-041

Manifestations périphériques chez des patients atteints de spondyloarthrite : impact sur les symptômes des patients et leur traitement. Données de l'étude ASAS-COMOSPA

C. Lopez-Medina* (1) ; A. Molto (1) ; M. Dougados (2)
 (1) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP, Paris ; (2) Rhumatologie b, Hôpital Cochin, Paris
 *Auteur correspondant : clementinalopezmedina@gmail.com
 (C. Lopez-Medina)

Introduction. – Les manifestations périphériques (arthrite, enthésite et dactylite) sont fréquentes chez des patients atteints de Spondyloarthrite (SpA). Cependant, nous ne connaissons pas l'impact de ces manifestations sur la perception de la maladie par le patient et sur le traitement.

Objectif. – Évaluer l'impact des manifestations périphériques sur les symptômes des patients et leur traitement.

Patients et méthodes. – Nous avons analysé les données de l'étude ASAS-COMOSPA. Les patients qui ont rapporté une arthrite périphérique ont été groupés en trois groupes : actuelle, histoire passée et absence. L'impact de la présence de l'arthrite périphérique sur l'EVA-G (Echelle Visuelle Analogique Globale), le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), détérioration du travail et de l'activité a été évalué par le test ANOVA un facteur. Finalement, les prises d'AINS, de corticothérapie et le traitement du fond ont été comparées entre avec et sans atteinte articulaire. Une analyse identique a été réalisée pour les enthésites et les dactylites.

Résultats. – Parmi les 3 984 patients inclus dans l'étude ASAS-COMOSPA, 1 333 (33,5 %), 718 (18 %) et 1 933 (48,5 %) patients ont eu une arthrite périphérique au moment de l'étude, dans les antécédents et jamais, respectivement. Les patients avec arthrite périphérique actuelle ont montré des scores plus élevés dans les EVA-G, BASDAI, BASFI, et aussi une plus grande détérioration du travail et de l'activité, en comparaison avec les autres deux groupes, ($p < 0,01$). Les patients avec arthrite périphérique au moment de l'étude ont montré des niveaux plus hauts dans toutes les questions du questionnaire BASDAI, en comparaison avec les groupes « antécédents » ou « jamais » ($p < 0,001$). L'impact sur le traitement est résumé dans le tableau 1. En ce qui concerne l'enthésite, 642 (16,1 %), 864 (21,7 %) et 2 478 (62,2 %) patients avaient un épisode au moment de l'étude, dans les antécédents ou jamais, respectivement. Les patients avec enthésites au moment de la visite, rapportaient des niveaux plus hauts dans tous les symptômes cliniques en comparaison avec les autres deux groupes ($p < 0,05$), et aussi dans toutes les questions du BASDAI ($p < 0,001$). Finalement, 171 (4,3 %), 447 (11,2 %) et 3 366 (84,5 %) patients avaient un épisode de dactylite au moment de l'étude, dans les antécédents ou jamais, respectivement. Les mêmes résultats que les deux manifestations précédentes ont été obtenus concernant l'impact sur PROs et sur les questions du BASDAI.

Tableau 1 Impact de l'arthrite actuelle ou passée sur le traitement

	Arthrite OUI n = 2 051 (%)	Arthrite NON n = 328 (%)	p-valeur
% patients utilisant AINS	1 858 (90,6)	1 690 (87,4)	0,001
% patients utilisant csDMARDs	1 581 (77,1)	790 (40,9)	< 0,001
% patients utilisant bDMARDs	987 (48,1)	755 (39,1)	< 0,001
% patients utilisant corticothérapie	1 048 (51,1)	475 (24,6)	< 0,001

Conclusion. – La présence d'une de trois manifestations rhumatologiques périphériques au moment de la visite a été associée à une symptomatologie plus sévère, en comparaison avec les patients sans manifestations périphériques. Les patients avec affection périphérique

rique ont montré une plus fréquente utilisation des AINS, de la corticothérapie et des traitements de fond en comparaison avec les patients sans manifestations périphériques.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis. 2016 Jun ; 75(6) : 1016-23.

PE. Lu-042

Évaluation des arthrites périphériques et des arthralgies dans la spondyloarthrite axiale : les données de la cohorte DESIR

C. Lopez-Medina* (1) ; M. Dougados (2) ; A. Molto (1)

(1) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP., Paris ; (2) Rhumatologie b, Hôpital Cochin, Paris

*Auteur correspondant : clementinalopezmedina@gmail.com

(C. Lopez-Medina)

Introduction. – Les symptômes articulaires périphériques peuvent être observés chez des patients avec Spondyloarthrite (SpA). Cependant, les études qui évaluent en profondeur ces manifestations sont rares.

Objectifs. – a) Décrire la prévalence et l'incidence des arthrites périphériques et des arthralgies chez des patients atteints de SpA axiale dans la cohorte DESIR ; b) décrire les caractéristiques cliniques de ces manifestations ; c) évaluer les facteurs associés à leur apparition.

Patients et méthodes. – Les données des 5 premières années de suivi des patients de la cohorte DESIR (cohorte de Spondyloarthrite récente nationale Française) ont été analysées. Deux courbes de Kaplan-Meier ont été réalisées pour évaluer le moment d'apparition des arthrites et des arthralgies en relation avec le début des symptômes axiaux. Les facteurs associés à l'apparition de ces manifestations ont été évalués avec des régressions de Cox univariées et multivariées.

Résultats. – Parmi les 708 patients inclus dans la cohorte, 227 (32,1 %) ont souffert d'une arthrite, 390 (55,1 %) d'arthralgies sans arthrite et 91 (12,8 %) aucun de ces symptômes. Parmi les arthrites, 49 (21,6 %), 37 (16,3 %) et 141 (62,1 %) sont apparus avant, concomitamment et après le début des symptômes axiaux, avec une médiane d'apparition de 5,00 (95 % CI 1,43 – 8,56) mois après les symptômes axiaux. Parmi les arthralgies, 38 (9,7 %), 54 (13,8 %) et 298 (76,4 %) sont apparus avant, concomitamment et après le début des symptômes axiaux, avec une médiane d'apparition de 13,00 (95 % CI 10,89 – 15,10) mois après les symptômes axiaux. Le premier épisode d'arthrite était localisé aux membres inférieurs chez 107 patients (47,1 %), aux membres supérieurs chez 91 (12,9 %), et aux membres inférieurs et supérieurs en mêmes temps chez 29 (4,1 %). L'apparition d'un premier épisode d'arthrite aux membres supérieurs était associé au fait d'être une femme (OR 2,25 [1,84 – 4,32]), d'avoir une profession manuelle (OR 2,82 [1,24 – 6,43]) et de ne pas souffrir de dactylite (OR 1,92 [1,01 – 3,62]). En ce qui concerne les arthralgies, le premier épisode était localisé dans les membres inférieurs chez 123 patients (37,8 %), les membres supérieurs chez 148 (45,5 %) et les deux membres en même temps chez 54 (16,6 %). Le premier épisode d'arthralgies était dans d'autres localisations (temporo-mandibulaire, acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire) chez 65 patients (9,1 %). La régression du Cox a montré que l'apparition des arthrites était indépendamment associée à l'absence de HLAB27 (HR 1,35 [1,04 – 1,75]), à une protéine C-réactive anormale (HR 1,70 [1,29 – 2,23]), à une dactylite (HR 4,77

[3,58 – 6,36]) et à une enthésite [HR = 1,78 (1,34 – 2,37)]. Par ailleurs, les arthralgies étaient seulement indépendamment associées à l'absence de dactylite [HR 3,17 [2,08 – 4,83]].

Conclusion. – Cette étude suggère que les arthrites sont plus fréquentes dans les membres inférieurs, et sont associées aux signes objectifs de la maladie. Cependant, les arthralgies sont plus fréquentes dans les membres supérieurs, et ne sont pas associés aux signes objectifs de la maladie.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Dougados M, Etcheto A, Molto A, et al. Clinical presentation of patients suffering from recent onset chronic inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis : The DESIR cohort. Jt Bone Spine Rev Rhum 2015 ; 82 : 345–51.

PE. Lu-043

Impact de l'atteinte structurale au cours des spondyloarthrites sur la présence de fibromyalgie

O. Saidane (1) ; M. sahli* (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ;

R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com

(M. sahli)

Introduction. – La fibromyalgie (FM) est un syndrome douloureux chronique caractérisé par des douleurs généralisées, des troubles du sommeil et la présence de fatigue. Sa prévalence au cours des spondyloarthrites (SpA) varie entre 5 % et 43 %. L'objectif de notre étude était de savoir si l'atteinte structurale au cours des SpA avait une influence sur la présence de FM.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale sur des patients atteints de SpA définie selon les critères ASAS. Nous avons utilisé les critères ACR 2010 pour le diagnostic de fibromyalgie. Le bilan radiologique des patients a été utilisé pour évaluer l'atteinte structurale. Le squelette axial a été évalué en utilisant le modified Stoke ankylosing spondylitis spine score (m-SASSS). Pour l'atteinte périphérique, nous avons recherché la présence de coxite et son type. Ces données ont été comparées entre les patients avec et sans fibromyalgie. Le score de Pearson avec un seuil de significativité $p \leq 0,05$ a été utilisé pour l'étude des associations.

Résultats. – Nous avons colligé 100 patients d'âge moyen de $44,65 \pm 13,13$ ans dont 67 hommes et 33 femmes. Le score du m-SASSS moyen était $19,02 \pm 18,35$ avec extrêmes allant de 0 à 72. L'étude analytique n'a pas montré d'association entre la présence de FM et la sévérité radiographique de la SpA évaluée par le score m-SASSS ($p = 0,397$). Cinquante neuf patients avaient une atteinte des hanches au moment du recrutement, parmi lesquels 2 avaient une prothèse unilatérale des hanches (PTH) et cinq patients avaient une double PTH. Chez les 52 patients non porteurs de PTH, la coxite était unilatérale dans 63 % des cas et bilatérale dans 37 % des cas. La coxite était type pseudo-arthrosique des 50 % des cas, pseudo-rhumatoïde dans 25 % des cas, densifiante dans 13,5 % des cas, synostosante dans 3,8 % des cas et débutante dans 7,7 % des cas. L'analyse statistique a trouvé que la présence ou l'absence de coxite n'avait pas d'influence sur la présence de FM ($p = 0,097$). De même, il n'y avait pas d'association entre le type de coxite et la FM ($p = 0,726$).

Conclusion. – Dans notre série, la présence de FM au cours des SpA n'était pas associée à une atteinte structurale plus importante. Cependant, des séries plus larges permettraient de mieux valider ces résultats.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-044

Particularités des uvéites associées aux spondyloarthrites

N. Siar* (1) ; H. Boudouaya (2) ; S. Ksir (3) ; N. Akasbi (1) ; H. Taoufik (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc ; (2) Épidémiologie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc ; (3) Rhumatologie, CHU Hassan II, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : nouhad.siar94@gmail.com (N. Siar)

Introduction. – L'uvéite est la manifestation extra articulaire la plus fréquente au cours des spondyloarthrites. la survenue d'uvéite marque un tournant péjoratif dans l'évolution de la maladie, du fait de son retentissement sur la fonction, la qualité de vie des patients ainsi que de son impact socioéconomique. Le but de cette étude est de déterminer la prévalence des uvéites au cours des spondyloarthrites axiales et d'identifier leurs facteurs associés.

Patients et méthodes. – Étude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de FES entre 2012-2018 portant sur 324 cas suivis pour spondylarthrite axiale (SpA) remplissant les critères ASAS 2010 avec ou sans uvéite.

Résultats. – Parmi 324 patients inclus dans l'étude, 39 présentent une uvéite soit une fréquence de 12 %. Ils se répartissent en 34 cas de SpA primitive, quatre cas de rhumatisme des entérocolopathies, 1 cas de rhumatisme psoriasique. L'âge moyen est de 41,6 ans (16-74). Le sex-ratio F/H est de 1,14. La durée d'évolution de la maladie est de 7,95 ± 6,41 ans. Les malades avec uvéites avaient plus de raideur rachidienne (p = 0,03), d'arthrite (p = 0,015) et de retentissement fonctionnel (p = 0,014). Ils avaient une résistance plus importante au AINS et un recours plus fréquent au anti-TNF p respectivement : (p = 0,035 ; p = 0,015). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le syndrome inflammatoire et l'activité de la maladie. Une analyse par régression logistique multiple a permis d'identifier 2 facteurs significativement associés à la présence des uvéites au cours des SpA : la présence d'arthrite (OR : 2,78, IC : 1,19-6,54) et la sévérité de la maladie (OR : 12,7, IC : 2,9-54,8).

Conclusion. – Dans le contexte actuel de recherche de traitement spécifique des uvéites au cours des spondyloarthrites, il semble important de préciser la prévalence, les caractéristiques et le retentissement de celles-ci.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-045

Facteurs associés à la coxite dans la spondyloarthrite

N. Siar* (1) ; G. Hilal (1) ; A. El Aissaoui (1) ; H. Boudouaya (2) ; N. Akasbi (1) ; H. Taoufik (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Hassan II, Fès, Maroc ; (2) Épidémiologie, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : nouhad.siar94@gmail.com (N. Siar)

Introduction. – Au cours de la spondyloarthrite, la survenue de coxite marque un tournant péjoratif dans l'évolution de la maladie, du fait de son retentissement sur la fonction, la qualité de vie des patients ainsi que de son impact socioéconomique.

L'objectif de notre étude était de déterminer la fréquence et les facteurs associés à la présence de coxite dans la spondyloarthrite axiale (SpA).

Patients et méthodes. – Une étude transversale intéressant 324 patients atteints de SpA, répondant aux critères ASAS 2009 portant une coxite comparés à ceux qui n'ont pas de coxite.

Résultats. – La fréquence de l'atteinte de la hanche est de 30,6 % dans notre série. L'âge moyen est de 41,6 ± 13,2 ans et la durée d'évolution de la SpA de 7,95 ± 6,4 ans. Le groupe avec coxite était plus des hommes (67,7 % vs 37,3 %) avec un âge jeune de début et une durée d'évolution plus longue (10,3 ans versus 6,9 ans). Les antécédents de

tuberculose et de tabagisme étaient plus fréquents dans ce groupe (p < 0,00). Il y'avait plus d'enthésite (p = 0,05), de raideur rachidienne (p = 0,00), de sacroiliite radiographique (p = 0,00), de retentissement fonctionnel et une résistance importante au AINS dans ce groupe (p < 0,001). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la prévalence des manifestations extra-articulaires, le recours aux anti-TNF, l'activité de la maladie et le syndrome inflammatoire important. En analyse multivariée, les facteurs de risque associés à la présence de coxite dans la SpA étaient l'âge jeune de début (OR2.914 ; IC1.57-5.39), la durée d'évolution (OR 1 063 ; IC 1,01-1,11), la présence de raideur lombaire (OR 1 381 ; IC 1,21-4,68), sacroiliite radiographique (OR 10 852 ; IC 4,94-23,81) et la résistance aux AINS (OR 1 947 ; IC1.06-3.55).

Conclusion. – La coxite est fréquente chez nos patients et atteint les spondyloarthrites anciennes et à début précoce. Elle constitue un marqueur de sévérité de la maladie car elle entrave le pronostic fonctionnel d'où l'intérêt d'un dépistage et une prise en charge précoce.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-046

Maintien thérapeutique du second anti-TNFα et ses déterminants chez les patients atteints de spondyloarthrite (SpA) : étude multicentrique en pratique courante

F. Krajewski* (1) ; L. Andras (2) ; C. Pereira-Gillion (3) ; P. Goupille (4) ; C. Salliot (5)

(1) Rhumatologie, CHRU de Tours, Université François-Rabelais de Tours, Tours ; (2) Rhumatologie, C.H. de Blois, Blois ; (3) Rhumatologie, CHRU Hôpitaux de Tours, Hôpital Bretonneau, Tours ;

(4) Rhumatologie, CHRU Trousseau, Tours ; (5) Rhumatologie, C.H. Régional d'Orléans, Orléans

*Auteur correspondant : faustine_krajewski@hotmail.fr (F. Krajewski)

Introduction. – les anti-TNFα ont démontré leur efficacité dans le traitement des SpA en réduisant la douleur et le handicap. En France, 5 anti-TNFα sont disponibles pour le traitement des SpA : un récepteur soluble (RS : étanercept) et 4 anticorps monoclonaux (AcM : infliximab, golimumab, adalimumab et certolizumab). Si les anti-TNFα ont démontré leur efficacité, 15-30 % des patients atteints de SpA arrêtent leur 1er anti-TNFα dans les 2 ans qui suivent son initiation pour inefficacité ou intolérance. Actuellement, il n'y a pas de recommandations concernant le choix du 2nd anti-TNFα au cours de la SpA.

Objectif – Évaluer, en pratique courante, le maintien d'un 2nd anti-TNFα et les facteurs l'influençant dans les SpA.

Patients et méthodes. – cette étude observationnelle multicentrique a inclus tous les patients atteints de SpA (quel que soit le phénotype), ayant débuté leur 1er anti-TNFα en 2013 et 2014, dans 3 villes de la région Centre (Tours, Orléans et Blois) et suivis jusqu'au début 2018. Le type d'anti-TNFα, les dates de début et de fin des traitements par anti-TNFα et les causes d'arrêt ont été recueillis de manière rétrospective pour le 1er et le 2e anti-TNFα. La méthode de Kaplan Meier et le test de Log Rank ont été utilisés pour représenter les maintiens des différentes séquences d'anti-TNFα et comparer selon le type d'anti-TNF, les causes d'arrêt, le changement de mode d'action entre le 1er et le 2e anti-TNF (passage à un second AcM ou d'un AcM vers le RS ou inversement). Afin de déterminer les facteurs associés au maintien du 2e anti-TNFα, la méthode de régression de Cox a été utilisée.

Résultats. – 244 patients ont été inclus (64 % de femmes, âge moyen de 45,1 ans, près de 50 % de spondylarthrite ankylosante). Au cours des 7 838 patient-mois de suivi, 101 ont reçu 1 seul anti-TNFα et 143 deux anti-TNF ; 56 (23 %) des patients recevaient toujours leur 1er anti-TNF au terme des 32 mois de suivi. La durée moyenne du 1er anti-TNF était significativement supérieure à celle du second :

21,7 mois (écart-type (ET) de 19,6 mois) et 15,4 mois (ET = 13,6) respectivement ($p < 0,001$). En changeant vers un autre AcM ou en passant du RS vers un AcM (ou inversement), le maintien du second anti-TNF n'était pas significativement différent : respectivement de 14,4 mois (ET = 12,7) et de 16 mois (ET = 14,1) ($p = 0,35$). Il n'a pas été trouvé de différence de durée du 1er ou second anti-TNF selon l'anti-TNF prescrit, la cause d'arrêt du 1er anti-TNF, le phénotype de la SpA. Seuls le sexe masculin ($p = 0,054$) et un âge < 41 ans au diagnostic ($p = 0,022$) étaient associés à un meilleur maintien du 2e anti-TNF α .

Discussion. – comparativement aux données des études observationnelles, le maintien thérapeutique du second anti-TNF dans notre population est plus faible. La durée médiane du second anti-TNF était de 19,2 mois dans le registre DANBIO (1). Comme dans la littérature, peu de facteurs semblent prédire ce maintien en dehors du sexe masculin (1).

Conclusion. – En pratique courante et au cours des SpA, le maintien thérapeutique d'un 1er anti-TNF est significativement meilleur que celui du second. Très peu de facteurs semblent déterminer la durée du second anti-TNF.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Glinthorg B et al. Clinical response, drug survival and predictors thereof in 432 ankylosing spondylitis patients after switching tumour necrosis factor inhibitor therapy: results from the Danish nationwide DANBIO registry. *Ann Rheum Dis.* 2013; 72: 1149-55.

PE. Lu-047

Perception par le patient de la prise en charge médicale du rhumatisme psoriasique en Amérique du Nord et en Europe : résultats d'une enquête patient

P. Richette (1) ; L. Coates (2) ; VF. Azevedo (3) ; JC. Cappelleri (4) ; J. Moser (5) ; R. Lippe (6) ; I. Lim (7) ; L. Eder (8) ; M. Weng (9) ; R. Queiro Silva (10) ; L. Fallon (11) ; M. Kessouri* (12)

(1) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris ; (2) Medecine, university of oxford medical school, oxford ; (3) Rhumatologie, Université fédérale du Paraná, Curitiba, Brésil ; (4) Biostatistique, Pfizer, Groton, États-Unis ; (5) Analyse statistique, Harris Insights & Analytics, Washington, États-Unis ; (6) Médical, Pfizer Deutschland GmbH, Berlin, Allemagne ; (7) Rhumatologie, BJC Health, Parramatta, Australie ; (8) Rhumatologie, Women's College Research Institute, Toronto, Canada ; (9) Rhumatologie, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan (Province de Chine) ; (10) Rhumatologie, HUCA, Oviedo, Espagne ; (11) Medical, Pfizer Canada, Kirkland, Canada ; (12) Pfizer Inc., Paris

*Auteur correspondant : meriem.kessourihoceni@pfizer.com (M. Kessouri)

Introduction. – Le rhumatisme psoriasique (RPso) est une maladie complexe, dont la perception par les patients (pts) peut différer de celle de leurs professionnels de santé (PS). La présente analyse a évalué la perception par les patients du contrôle de leur maladie et de leur satisfaction à l'égard de leur traitement.

Matériels et méthodes. – Une enquête en ligne, a été menée auprès de patients atteints de RPso, du 2 novembre 2017 au 12 mars 2018. Les patients éligibles (≥ 18 ans) présentaient un RPso depuis > 1 an, avaient consulté un rhumatologue ou un dermatologue au cours des 12 derniers mois et déclaraient prendre au moins 1 traitement de fond antirhumatismal (DMARD) (de synthèse ou biologique [b]) pour leur RPso. Une analyse par statistiques descriptives (en %) a été utilisée pour décrire les résultats concernant la perception du

contrôle de la maladie par les patients ainsi que leur satisfaction à l'égard de leur traitement. Cette analyse a comparé les résultats issus d'Amérique du Nord (AN : États-Unis et Canada) avec l'Europe (UE), mais aussi entre pays d'EU : France, Espagne et Royaume-Uni (R-U).

Résultats. – Au total, 456 patients d'AN et 417 de l'UE (France 123 ; Espagne 135 ; RU 159) ont répondu à l'enquête. Les patients en AN étaient en moyenne plus âgés que ceux de l'UE (45,5 vs. 40,0 ans) et leur maladie était plus ancienne (10,5 vs. 8,4 ans) ; une plus forte proportion était de sexe féminin (60 % vs. 46 %) et recevait un traitement uniquement par DMARDb (50 % vs. 31 %). Au sein de l'UE, la proportion de patients traités uniquement par DMARDb était plus élevée en France (46 %) qu'en Espagne (24 %) et au RU (23 %). Concernant les patients ayant consulté un rhumatologue et/ou un dermatologue au cours des 12 derniers mois, un plus grand nombre de patients en AN citaient le rhumatologue comme leur principal PS (83 %), comparé à l'UE (72 %). La proportion de patients jugeant leur santé globale (le jour de l'enquête) comme excellente/bonne était plus élevée en AN (49 %) que dans l'UE (14 %), et la proportion de patients ayant pris un arrêt-maladie (22 %) était plus faible en AN (22 %) que dans l'UE (44 %). Au sein de l'UE, la proportion de patients jugeant leur santé globale comme excellente ou bonne (le jour de l'enquête) était plus élevée en France (15 %) et au RU (19 %) qu'en Espagne (7 %). Davantage de patients en Espagne (50 %) avaient ressenti une gêne ou réprobation sociale qu'en France (35 %) et au RU (23 %). Malgré le traitement, 92 % et 91 % des patients en AN et dans l'UE, respectivement, ont présenté des symptômes affectant l'appareil locomoteur au cours des 12 derniers mois, et 62 % et 58 %, respectivement, ont présenté des symptômes affectant la peau/les ongles. La proportion de patients très satisfaits/assez satisfaits de leur traitement était plus élevée en AN que dans l'UE (89 % vs. 79 %). Au sein de l'UE, cette proportion était la plus faible en France (66 %), suivie du RU (82 %) et de l'Espagne (91 %). La plupart des patients estimaient que leur traitement contrôlait leurs symptômes (AN, 79 % ; UE, 81 %), mais ils souhaitaient un plus large choix de médicaments (AN, 74 % ; UE, 74 %). Les patients souhaitaient également réduire le nombre/l'intensité des effets indésirables (AN, 38 % ; UE, 41 %), et mieux contrôler par leur traitement les symptômes musculo-squelettiques (AN, 40 % ; UE, 38 %).

Conclusion. – Bien qu'un grand nombre de patients atteints de RPso considèrent que leur traitement soit efficace, les patients continuent d'avoir des symptômes et souhaitent un plus grand choix de traitements. Les caractéristiques, le contrôle de la maladie et la satisfaction à l'égard du traitement varient entre la France, l'Espagne et le RU, ainsi qu'entre l'AN et l'UE. Il demeure un besoin non satisfait pour de nouveaux traitements chez les patients atteints de RPso.

Conflit d'intérêts. – MY Weng n'a rien à déclarer. L. Eder n'a rien à déclarer. J. Moser n'a rien à déclarer. R. Queiro Silva n'a rien à déclarer. I. Lim a participé à un board pour Pfizer Australie. M. Kessouri est employé chez Pfizer Inc. L. Fallon est employé et actionnaire de Pfizer Inc. R. Lippe est employé et actionnaire de Pfizer Inc. JC Cappelleri est employé et actionnaire de Pfizer Inc. VF Azevedo a reçu des subventions de recherche de la part de AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Genentech, GSK, Pfizer Inc et UCB, et a perçu des honoraires pour le développement de matériel d'éducation thérapeutique / honoraire de conférence de la part de AbbVie, Celltrion, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer Inc et Roche. L. Coates a reçu des fonds de recherche de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Novartis et Pfizer Inc ; ainsi que des honoraires de la part de AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly, Galapagos, Janssen, Novartis, Pfizer Inc, Prothena et UCB. P. Richette a perçu des honoraires de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer Inc, UCB

PE. Lu-048

Le taux de vitamine D chez les patients atteints de SPA diffère-t-il des patients lombalgiques chroniques ?

R. Tekaya (1) ; W. Triki* (1) ; I. Jemmali (2) ; O. Saidane (1) ; A. Ben Tekaya (1) ; I. Mahmoud (1) ; K. Bouzid (2) ; L. Abdelmoula (1)

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

(2) Biochimie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : trikiwafa123@gmail.com (W. Triki)

Introduction. – La vitamine D est une hormone clé dans le métabolisme phosphocalcique et dans la minéralisation osseuse. Plusieurs études ont montré que le déficit en vitamine joue un rôle dans la physiopathologie des pathologies rhumatismales. L'objectif de notre étude était de comparer le statut de la vitamine D chez les patients atteints de spondyloarthrites (SPA) et ceux ayant une lombalgie commune, ainsi que de rechercher les facteurs influençant.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude transversale cas-témoins portant sur un groupe de patients atteints de SPA (groupe d'étude) et un groupe de patients ayant une lombalgie commune (groupe témoin) appariés selon l'âge et le sexe. Ces patients ont été colligés sur une période de 7 mois entre Avril et octobre 2016. Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et les scores d'activité de la maladie et de son retentissement fonctionnel ont été relevés. Le dosage de la 25 OH-vitamine D a été réalisé par chimiluminescence (CMIA) sur automate ARCHITECT ci8200 (Abbott). La carence en vitamine D a été définie par un taux inférieur à 10 ng/ml, un taux insuffisant défini pour un taux compris entre 10 et 30 ng/ml et un taux supérieur à 30 ng/ml était considéré comme un taux normal ou suffisant. Une étude statistique a été réalisée.

Résultats. – Quatre-vingts patients ont été inclus, répartis en 40 patients dans le groupe d'étude et 40 patients dans le groupe témoin. Les 2 groupes étaient composés de 27 hommes et 13 femmes, d'âge moyen de 43,5 ± 12,2 ans pour le groupe d'étude et de 47,7 ± 13,6 ans pour le groupe témoin.

Le tableau 1 montre la répartition des patients des 2 groupes selon le taux de vitamine D.

Tableau 1 Répartition des patients des 2 groupes selon le taux de vitamine D

	Carence (taux < 10ng/ml)	Insuffisance (taux : 10-30ng/ml)	Normale (taux > 30 ng/ml)
Groupe d'étude	20 %	72,5 %	7,5 %
Groupe témoin	40 %	60 %	0 %

Il existait une différence significative entre les 2 groupes concernant le taux de vitamine D, avec un taux moyen plus bas dans le groupe témoin (12,04 ± 4,84 ng/ml) comparé au groupe d'étude (16,57 ± 7,15 ng/ml), p = 0 001. Dans les 2 groupes, il existait une association significative entre le tabagisme et le taux de vitamine D (p = 0,05 pour le groupe d'étude, p = 0,03 pour le groupe témoin). Le sexe féminin était associé au taux de vitamine D chez les patients souffrant de lombalgie (p = 0,03) et non chez les patients atteints de SPA (p = 0,13). Aucun lien n'a été retrouvé entre l'obésité et le taux de vitamine D dans les 2 groupes (p = 0,67 pour le groupe d'étude et p = 0,62 pour le groupe témoin). Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre la durée d'évolution de la SPA et le taux de vitamine D (p = 0,96), ni entre la durée d'évolution de la lombalgie et le taux de vitamine D (p = 0,63). De même, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le niveau de douleur et le taux de vitamine D dans les 2 groupes (p = 0,92, p = 0,08 respectivement).

Enfin, aucun lien n'a été trouvé entre le retentissement fonctionnel évalué par le score HAQ et le taux de vitamine D dans les 2 groupes (respectivement p = 0,21 et p = 0,18).

Conclusion. – L'hypovitaminose D est fréquente particulièrement chez les patients atteints de SPA. Néanmoins, le statut vitaminique D ne semble pas être corrélé à l'activité de la maladie ni au retentissement fonctionnel. Des études à plus larges effectifs seraient contributives afin de mieux explorer cette relation.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-049

Évaluation dans la pratique courante de l'efficacité du deuxième et du troisième anti-TNFa dans la spondylarthrite axiale récente : analyse de la cohorte DESIR

M. Pons* (1) ; S. Chevret (2) ; K. Briot (1) ; MA. D'Agostino (3) ;

C. Roux (1) ; M. Dougados (1) ; A. Molto (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris ; (2) Inserm u-1153, CRESS

Paris-Sorbonne, Paris ; (3) Rhumatologie, Hôpital Ambroise Paré,

Boulogne-Billancourt

*Auteur correspondant : msenlis@hotmail.com (M. Pons)

Introduction. – Il existe des données contradictoires dans la littérature sur l'efficacité des anti-TNFα après un premier switch dans la spondylarthrite axiale récente. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité dans les conditions de pratique clinique courante du deuxième et du troisième anti-TNFα sur 5 ans de suivi.

Matériels et méthodes. – Les 708 patients de la cohorte DESIR : cohorte française, prospective, multicentrique, observationnelle, de patients atteints de spondylarthrite axiale récente et naïfs d'anti-TNFα à l'inclusion, vus tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans. Le traitement des patients (TNF ou autres) a été décidé par le rhumatologue traitant du patient, sans aucune influence de la cohorte. Les caractéristiques des patients ayant reçu un 2^e ou 3^e anti-TNFα ont été comparées. La survie médiane du 1^{er}, 2^e et 3^e anti-TNFα ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier. L'efficacité du 1^{er}, 2^e et 3^e anti-TNFα a été évaluée par le maintien thérapeutique, et comparées par le test du Log-Rank.

Résultats. – Parmi les 708 patients inclus dans la cohorte, 258 (36,4 %) ont initié un premier anti-TNFα durant les 5 ans de suivi. Parmi ces 258 patients, 127 (49,2 %) ont switché pour un deuxième anti-TNFα et parmi eux, 59 (22,9 % des patients initiant un premier anti-TNFα) ont switché pour un troisième anti-TNFα. Les patients ayant switché pour un 2^e ou un 3^e anti-TNFα étaient plus âgés, de sexe féminin, HLA-B27 négatif, avec des scores BASFI (3,1 ± 2,1 vs. 4,6 ± 2,1 vs. 4,8 ± 2,1) et BASDAI (4,5 ± 1,8 vs. 5,9 ± 1,5 vs. 6,0 ± 1,4) à l'entrée dans la cohorte plus élevée, (respectivement pour les patients gardant leur premier anti-TNFα, sous un 2^e et un 3^e anti-TNFα), sans antécédent d'arthrite périphérique et sans sacro-iliite (lecture locale) à l'IRM ou la radiographie. La médiane de survie de l'anti-TNFα était respectivement de 21,7 mois [17,6-33,6], 18,8 mois [15,1-24,4] et 25 mois [11,8 – NA] pour les 1^{er}, 2^e et 3^e anti-TNFα. Le maintien thérapeutique était significativement plus important pour le premier anti-TNFα comparé au second : 44,2 % vs. 33,9 % (p = 0,04). Il n'y avait pas de différence significative entre les taux de maintien thérapeutique des 2^e et 3^e et 1^{er} et 3^e anti-TNFα.

Conclusion. – Notre étude suggère une moindre efficacité des anti-TNFα après un premier switch dans la spondylarthrite axiale récente.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-050

Évaluation d'un outil de dépistage des spondyloarthrites chez des patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin

N. Sens* (1) ; G. Savoye (2) ; O. Vittecoq (1) ; T. Lequerré (1)
(1) Rhumatologie, C.H.U de Rouen, Rouen ; (2) Hépatogastroentérologie, C.H.U de Rouen, Rouen

*Auteur correspondant : nicolas.sens52@gmail.com (N. Sens)

Introduction. – L'objectif de cette étude est d'élaborer et d'évaluer un outil capable de dépister les spondyloarthrites chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Matériels et méthodes. – Ont été inclus les patients d'hôpital de jour de gastro-entérologie du CHU de Rouen suivis pour une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique et traités par anti-TNF α . Les patients ont répondu à un auto-questionnaire visant à dépister d'éventuelles manifestations ostéo-articulaires axiales et périphériques. Lorsqu'il existait déjà un suivi en rhumatologie, le diagnostic de ces manifestations et leur traitement ont été collectés au travers du dossier médical. Pour les patients sans suivi rhumatologique, une consultation a été proposée dans le cadre de leurs soins courants. Le pourcentage de réponse de chaque item du questionnaire a été calculé. La sensibilité et la spécificité du questionnaire ont été évaluées.

Résultats. – Entre septembre et décembre 2016, 222 patients ont répondu au questionnaire, soit 72,5 % des malades admis en hôpital de jour de gastro-entérologie. Au moins un symptôme était rapporté par 165 des 222 patients (74,3 %). Seuls 62 (27,9 %) avaient un suivi. En cas de 3 réponses affirmatives ou plus, la sensibilité était de 84,2 % (69,1-92,8 IC 95 %) et la spécificité de 58,5 % (49,9-66,6 IC 95 %).

Conclusion. – Les symptômes évocateurs de spondyloarthrite sont fréquents chez les patients ayant une maladie inflammatoire de l'intestin. Pourtant, beaucoup de patients ne sont pas évalués. Le gastro-entérologue joue un rôle clé dans le dépistage précoce de cette maladie handicapante fréquente et l'application d'un questionnaire simple peut favoriser l'orientation vers le rhumatologue.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-051

Particularités des spondyloarthrites au Sénégal selon la présence ou l'absence du HLA-B27

S. Diallo (1) ; M. Niassé* (2) ; C. Diouf (1) ; CAB. Diaw (1) ; YAN. Guèye (1)

(1) Service de rhumatologie chu aristide le dantec, université cheikh anta diop, Dakar, Sénégal ; (2) Service de rhumatologie, Cité Universitaire, Dakar, Sénégal

*Auteur correspondant : moustaphaniassé4@yahoo.fr (M. Niassé)

Introduction. – Les SpA B27+ seraient plus sévères que celles B27-. **Objectif.** Déterminer les particularités cliniques, biologiques, radiographiques des SpA au Sénégal, selon la présence ou l'absence de l'allèle HLA-B27.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective, cas-témoins, menée entre janvier 2015 et janvier 2017 (2 ans), dans le service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. Le diagnostic des SpA avait été retenu, en accord avec les critères d'Amor, de l'ESSG, de New York et d'ASAS. Les particularités des SpA B27+ avaient été comparées à celles SpA B27-. Les données analysées étaient démographiques (sexe, âge de survenue), cliniques (atteintes articulaires, extra-articulaires), biologiques (présence ou non d'un syndrome inflammatoire apprécié par VS, CRP, hémogramme et électrophorèse des protéines), radiographiques (syndesmophytes, sacro-iliite, épine calcanéenne), critères d'activité (BASDAI, ASDAS), algo-fonctionnels (BASFI) ou de qualité de vie (NHP). Les données avaient été recueillies et analysées par le logiciel SPSS version 17. Les résultats étaient considérés

comme statistiquement significatifs pour des valeurs de p inférieure à 0,05.

Résultats. – Ainsi, 120 patients étaient colligés : 60 SpA B27+ et 60 SpAB27-. Un âge de début plus précoce significatif statistiquement est retrouvé chez les patients B27+ qui ont un âge moyen de 43 ans, contre 53 ans pour les patients SpA B27- (extrêmes : 5 ans-80 ans). Les patients de genre masculin sont répartis de façon égale entre SpA B27+ et B27-, alors que les patients de genre féminin prédominent au sein des SpA B27-. Mais cette caractéristique n'est pas significative.

Sont statistiquement significatives les caractéristiques suivantes chez les patients SpA B27+ : l'atteinte axiale (fessalgies, raideur lombaire, syndesmophytes, sacro-iliite), l'atteinte périphérique (nombre d'articulations douloureuses, arthrites, talalgies, épine calcanéenne), atteintes oculaires (uvéites ou séquelles d'uvéite, sclérite, sécheresse oculaire), une évolutivité plus fréquente appréciée par la présence d'un syndrome inflammatoire (CRP, hypergammaglobulinémie polyclonale), BASDAI et ASDAS ainsi qu'un retentissement fonctionnel plus fréquent et sévère (BASFI et NHP).

Conclusion. – En accord avec la littérature, la présence de l'Ag HLA-B27 dans les SpA au Sénégal, est associée à un début plus précoce et une symptomatologie plus sévère au plan clinique, biologique, radiographique, évolutif et fonctionnel. L'étude se poursuit afin de confirmer ces données sur un échantillon plus large.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

Awada H, et al. Particularités cliniques, radiologiques et biologiques des spondylarthropathies libanaises selon la présence ou l'absence du HLA-B27. Rev Rhum [Ed Fr] 2000 ; 67 : 203-7.

PE. Lu-052

Effet des anti-TNF α sur l'anémie inflammatoire dans les spondylarthrites ankylosantes

S. Bouden* (1) ; K. Maatallah (2) ; D. Kaffel (2) ; H. Ferjani (3) ; MM. Kchir (2) ; W. Hamdi (2)

(1) Rhumatologie, hôpital Charles Nicolle, Ariana, Tunisie ;

(2) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie ; (3) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – Le TNF alpha joue un rôle prépondérant dans la physiopathologie des spondylarthrites ankylosantes (SPA). Par ailleurs, cette cytokine est également impliquée dans l'induction d'anémie inflammatoire (AI), probablement par le biais de l'altération de l'érythropoïèse. L'objectif de notre étude était :

Évaluer la prévalence de l'AI dans les SPA ;

Évaluer l'effet des anti TNF alpha sur l'AI

Patients et méthodes. – Une étude rétrospective monocentrique a été menée. Les patients diagnostiqués SPA entre 2006 et 2018 et ceux traités par des anti TNF alpha ont été inclus. Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été recueillies. L'étude statistique a été réalisée par les tests non paramétriques (Wilcoxon). P-value était significative pour une valeur < 0,05.

Résultats. – Cent un patients ont été inclus, 62 hommes et 39 femmes (sexe ratio = 1,58). L'âge moyen était de 42 ans [18-68]. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 5 ans [1-35]. Trente patients étaient traités par anti TNF alpha. Seize patients présentaient une AI avant la mise sous anti TNF alpha (15 %). Le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) moyen était de 6,37, la vitesse de sédimentation (VS) moyenne était de 56,39, la C-réactive protéine (CRP) moyenne était de 27,56, le taux d'hémoglobine (hb) moyen était de 10,58, le nombre moyen de globules rouges (GR) était de 4 550 000, le volume globulaire moyen (VGM) moyen était de 83 et la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH) moyenne était de 31. À 6 mois de traitement, une amélioration significative du BASDAI (p = 0,003), de la VS (p = 0,002), de la CRP (p = 0,03) et

du taux d'hb ($p < 0,001$) a été notée. Le delta hb moyen était de +2,75. Quinze patients ont présenté une amélioration de l'AI (Hb) (93 %). Une normalisation du taux d'hb a été notée chez 10 patients (62 %). Aucune amélioration significative n'a été notée pour le VGM, CCMH, ni le nombre de GR. À 12 mois de traitement, une amélioration significative du BASDAI ($p = 0,003$), de la VS ($p = 0,003$), de la CRP ($p = 0,009$), du taux d'Hb ($p = 0,001$) et du VGM (0,05) a été notée. Le delta hémoglobine moyen était de +2,52. Aucune amélioration significative n'a été notée pour la CCMH ni le nombre de GR. Le taux d'hb était inversement proportionnel à l'activité de la maladie à 6 et 12 mois de traitement ($p = 0,001, 0,001$).

Conclusion. – L'AI a été retrouvée chez 15 % des SPA. Les anti TNF alpha ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration de l'activité de la maladie et l'amélioration de l'AI.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-053

Les risques de la consommation de tabac chez les patients atteints de spondyloarthrite

S. Haid* (1) ; I. Megateli ; f. rahal ; D. Teniou ; M. Hammache ; N. Boukhnifra ; N. Khaldoun ; N. Brahimi ; A. Ladjouze-Rezig ; F. Hanni

(1) Rhumatologie, EHS BEN AKNOUN, alger, Algérie

*Auteur correspondant : haid-sabrina@hotmail.fr (S. Haid)

Introduction. – Le tabagisme est l'un des plus importants problèmes de santé publique. Il a été identifié comme l'un des principaux Facteurs de risque des maladies rhumatismales, comme la polyarthrite rhumatoïde et la maladie lupique. Dans la spondyloarthrite le tabac constitue un des critères de sévérité et d'évolution structurale. l'objectif de notre travail est d'étudier la relation entre la consommation de tabac et l'activité de la maladie, le retentissement fonctionnel, et la sévérité de la spondyloarthrite

Observation. – Étude rétrospective, menée au service de rhumatologie de l'EHS de Ben Aknoun. ont été inclus Les patients âgés de plus de 18 ans, porteurs d'une spondyloarthrite répondant aux critères ASAS. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques ont été recueillies et évalués. L'activité de la maladie a été évaluée par le score BASDAI. Le retentissement fonctionnel par le score BASFI. La consommation de tabac a été recherchée chez chaque patient, en précisant la durée et l'intensité du tabagisme. Nous avons inclus 763 patients. dont 36 % (280) étaient des femmes. L'âge moyen est de 37 ± 11 , la durée moyenne d'évolution de la maladie est de 13 ± 7 l'atteinte axiale est prédominante retrouvée chez 92 % patients, dans 35,5 % des cas elle est associée à une atteinte périphérique essentiellement oligoarticulaire. Quarante trois % (332 patients) reçoivent un traitement par anti tnf alpha. Deux groupes ont été identifiés selon le statut tabagique. Soient 194 patients fumeurs ce qui correspond à une prévalence du tabac estimée à 25,4 % dans cet échantillon. Le tabagisme était associé au sexe masculin. La comparaison entre le groupe fumeur et non fumeur retrouve les résultats suivants : l'âge de début de la maladie chez les fumeurs est de 29 ± 9 , et il est de 24 ± 10 Chez les non fumeurs ($p < 0,0001$). la raideur matinale ($p < 0,01$) la limitation rachidienne cervicale et lombaire ($p < 0,001$) le retentissement fonctionnel ($p < 0,02$) les paramètres de l'inflammation ($p < 0,03$) et le retentissement structural ($p < 0,01$) étaient significativement plus important chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs. 46 % des fumeurs sont non répondeurs aux anti-inflammatoires et reçoivent un traitement par anti tnf alpha

Conclusion. – Le tabac est associé à une mauvaise évolution de la spondyloarthrite. il s'agit d'un facteur modifiable parmi les habitudes de vie et pourrait donc être une cible afin de contrôler la maladie

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-054

Impact du rhumatisme psoriasique, du point de vue du patient, dans le contexte du questionnaire PsAID (Psoriatic Arthritis Impact of Disease) : enquête globale en ligne

L. Coates (1) ; AM. Orbai (2) ; VF. Azevedo (3) ; JC. Cappelleri (4) ; J. Moser (5) ; R. Lippe (6) ; I. Lim (7) ; L. Eder (8) ; P. Richette* (9) ; M. Weng (10) ; R. Queiro Silva (11) ; L. Fallon (12)

(1) Medecine, university of oxford medical school, oxford ;

(2) Rhumatologie, University of Maryland School of Social Work,

Baltimore, États-Unis ; (3) Rhumatologie, Université fédérale du

Paraná, Curitiba, Brésil ; (4) Biostatistique, Pfizer, Groton, États-Unis ;

(5) Analyse statistique, Harris Insights & Analytics, Washington, États-Unis ;

(6) Médical, Pfizer Deutschland GmbH, Berlin, Allemagne ;

(7) Rhumatologie, BJC Health, Parramatta, Australie ;

(8) Rhumatologie, Women's College Research Institute, Toronto,

Canada ; (9) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris ;

(10) Rhumatologie, National Cheng Kung University Hospital, Tainan,

Taiwan (Province de Chine) ; (11) Rhumatologie, HUCA, Oviedo,

Espagne ; (12) Medical, Pfizer Canada, Kirkland, Canada

*Auteur correspondant : pascal.richette@aphp.fr (P. Richette)

Introduction. – Le rhumatisme psoriasique (RPso) est une maladie complexe qui a un impact important sur la qualité de vie (QoL). Les principaux domaines d'évaluation du RsoP1 comprennent la douleur, le jugement global par le patient, la fonction physique, la qualité de vie et la fatigue. Nous rapportons ici les résultats d'une enquête globale chez des patients, dans le cadre du questionnaire d'impact du rhumatisme psoriasique (PsAID, *Psoriatic Arthritis Impact of Disease*), en raison de sa grande validité pour les patients.

Matériels et méthodes. – Une enquête basée sur les patients a été menée en ligne, du 2 novembre 2017 au 12 mars 2018. Les patients éligibles (≥ 18 ans) souffraient de RPso depuis > 1 an, avaient vu un rhumatologue ou un dermatologue au cours des 12 derniers mois et disaient prendre au moins 1 traitement de fond antirhumatismal (synthétique ou biologique) pour leur RPso. Les patients ont rapporté les symptômes et l'impact du RPso sur leur vie quotidienne au cours des 12 derniers mois. Après l'enquête, les réponses ont été alignées sur les domaines de santé du questionnaire PsAID. Les analyses ont utilisé des statistiques descriptives et des tests binomiaux.

Résultats. – L'enquête a porté sur 1 286 patients, répartis dans 8 pays. L'âge moyen des patients était de 41 ans, 52 % étaient de sexe féminin et 84 % faisaient état d'un RPso modéré ou sévère. Le RPso avait un impact social pour 1 075 patients (84 %) et un impact professionnel pour 1 035 patients (81 %) ; 56 % ont cessé de participer à certains sports ou activités de loisir, et 42 % ont fait état d'une baisse de leur productivité au travail. Les impacts modérés ou majeurs du RPso mentionnés le plus souvent portaient sur l'activité physique (78 %), la capacité à pratiquer des activités (76 %), et le bien-être affectif et mental (69 %). La proportion de patients mentionnant un impact négatif du RPso sur le bien-être affectif et mental était plus élevée au Brésil, en France, en Espagne et au Royaume-Uni qu'en Australie, au Canada et à Taiwan ($p < 0,05$). Les impacts sociaux comprenaient également la détresse affective (58 %), le sentiment de réprobation ou de honte sociale (32 %) et l'arrêt de la participation à des activités sociales (45 %). La majorité des répondeurs (62 %) signalaient un impact modéré ou majeur sur la productivité au travail. La proportion de patients mentionnant un impact négatif sur le travail était plus élevée au Brésil, en France et aux États-Unis qu'au Canada, en Espagne et à Taiwan ($p < 0,05$). Globalement, 97 % des patients faisaient état de symptômes affectant l'appareil locomoteur au cours de l'année écoulée, le plus souvent de douleurs articulaires, de sensibilité douloureuse, d'œdème, de raideurs ou de dorsalgies inflammatoires (DI) (79 %, 60 %, 60 %, 57 %, 53 %, respectivement). Parmi ces symptômes, les douleurs articulaires et les DI étaient le plus souvent considérées comme gênantes (32 % et 12 %, respectivement) et 53 % des patients prenant actuellement des

médicaments prescrits mentionnaient des douleurs articulaires. Des symptômes affectant la peau et les ongles touchaient 80 % des patients (taches ou plaques cutanées, 58 % ; gêne cutanée, 55 % ; troubles trophiques des ongles, 34 %) et 52 % des patients faisaient état d'une fatigue inhabituelle.

Conclusion. – Tous les domaines de santé rapportés dans cette enquête étaient impactés par le RPso, alignés sur les domaines d'impact sur la vie du questionnaire PsAID. La plupart des patients mentionnaient un impact du RPso sur les aspects sociaux, professionnels et physiques de la vie. Ces résultats soulignent l'impact du RPso, du point de vue du patient, sur les multiples domaines de santé, impact, qui doit être pris en compte au cours d'un processus partagé de décision thérapeutique entre patients et professionnels de santé.

Conflit d'intérêts. – JC Cappelleri est employé et actionnaire de Pfizer Inc. L Coates a reçu des fonds de recherche de la part deAbbVie, Celgene, Eli Lilly, Novartis et Pfizer Inc ; ainsi que des honoraires de la part de AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly, Galapagos, Janssen, Novartis, Pfizer Inc, Prothena et UCB. L Fallon est employé et actionnaire de Pfizer Inc. R Queiro Silva n'a rien à déclarer. MY Weng n'a rien à déclarer. P Richette a perçu des honoraires de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer Inc, UCB. L Eder n'a rien à déclarer. I Lim a participé à un board pour Pfizer Australie. R Lippe est employé et actionnaire de Pfizer Inc. J Moser n'a rien à déclarer. VF Azevedo a reçu des subventions de recherche de la part de AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Genentech, GSK, Pfizer Inc et UCB, et a perçu des honoraires pour le développement de matériel d'éducation thérapeutique / honoraire de conférence de la part de AbbVie, Celltrion, Eli Lilly, Janssen, Novartis, Pfizer Inc et Roche. A-M Orbai a reçu des subventions de recherche de la part de AbbVie, Celgene, Eli Lilly, Horizon, Janssen, Novartis ; ainsi que des honoraires pour consulting de la part d'Eli Lilly, Novartis, Pfizer Inc

Références

[1] Orbai AM et al. J Rheumatol. 2017 ; 44 : 1522-8

PE. Lu-055

Revue systématique de la performance de l'échographie dans la détection des érosions osseuses au cours du rhumatisme psoriasique

K. Ben Abdelghani (1) ; M. Sellami* (1) ; A. Fazaa (1) ; S. Miladi (1) ; K. Ouenniche (1) ; K. Selma (1) ; C. Selma (1) ; A. Laatar (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

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

Introduction. – L'échographie ostéoarticulaire a démontré une bonne sensibilité et spécificité dans l'évaluation de l'atteinte musculo-squelettique au cours du rhumatisme psoriasique (RP). Peu d'études ont examiné la contribution de l'échographie dans la détection des érosions osseuses dans le RP.

L'objectif de cette revue était d'évaluer le rôle de l'échographie dans la détection des érosions osseuses au cours du RP et d'évaluer sa contribution par rapport aux autres techniques d'imagerie et comparativement aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). **Matériels et méthodes.** – Nous avons systématiquement revu les articles publiés jusqu'au mars 2018 intéressant l'apport de l'échographie ostéoarticulaire au cours du RP. Quatorze études ont été incluses, comportant l'évaluation des érosions osseuses au cours de l'échographie des mains et/ou pieds des patients atteints de RP.

Résultats. – Toutes les études incluses ont conclu que l'échographie était un moyen d'imagerie non invasif assez sensible et spécifique pour l'évaluation des érosions osseuses au cours du RP. Cette sensibilité était réduite dans les régions articulaires difficilement accessibles à l'échographie et devant les formes atypiques des érosions. Le nombre total d'érosions osseuses diagnostiquées était considérable dans toutes les études, avec une moyenne de 33 érosions (de 3 à

141 érosions) détectées dans les articulations. Plus de la moitié des études ont montré que la plupart des érosions détectées par l'échographie étaient localisées au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (IPP). L'échographie a montré une bonne concordance inter observateur pour les érosions osseuses (concordance absolue médiane de 96 %), contrairement à une concordance plus faible pour les lésions inflammatoires (concordance absolue médiane de 92 %). L'échographie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) étaient plus sensibles que la radiographie standard dans la détection des érosions osseuses au cours du RP. La concordance entre ces modalités d'imagerie était élevée pour les érosions au niveau des articulations métatarsophalangiennes. L'IRM était la méthode diagnostique la plus sensible dans la détection des érosions précoces (radiographie vs échographie vs IRM : 7 % vs 8 % vs 29 % respectivement). Comparativement à la PR, les patients atteints du RP ont présenté significativement plus d'érosions osseuses localisées au niveau des articulations interphalangiennes distales (IPD) et des IPP détectées à l'échographie (respectivement 14 % vs 3 % et 4 % vs 0 %) avec une fréquence plus élevée de lésions articulaires chez les patients atteints de RP.

Conclusion. – L'échographie ostéoarticulaire est un outil sensible dans l'évaluation des érosions osseuses au cours du RP. L'échographie et l'IRM sont plus sensibles que la radiographie standard dans la détection des érosions osseuses. En localisant des érosions au niveau des IPD, l'échographie peut mener aux caractéristiques radiologiques qui distinguent le RP de la PR.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-056

Influence de la présence de l'allèle HLAB27 sur le profil de la spondyloarthrite

S. Haid* (1) ; I. Megateli (1) ; F. Rahal (1) ; N. Khaldoun (1) ; N. Boukhnifra (1) ; M. Hammache (1) ; N. Brahimi (1) ; A. Ladjouze-Rezig (1) ; F. Hanni (1)

(1) Rhumatologie, EHS BEN AKNOUN, alger, Algérie

*Auteur correspondant : haid-sabrina@hotmail.fr (S. Haid)

Introduction. – L'association de l'antigène tissulaire HLA-B27 avec la spondylarthrite ankylosante constitue l'une des plus fortes associations entre un gène du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) et une maladie humaine. son rôle pathogénique exact dans cette affection fait toujours débat. La présence du HLA-B27, est actuellement un critère de diagnostic et de classification. L'influence de cet antigène HLA B27 (B27+ ou B27 -) sur le phénotype de la maladie n'est par contre pas encore établi.

Le but de cette étude est d'analyser l'influence de l'HLA-B27 sur les caractéristiques d'une cohorte de patients atteints de SPA.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude descriptive menée à l'EHS BEN AKNOUN entre la période de janvier et avril 2017 ayant concerné des patients suivis pour spondyloarthrite répondant aux critères ASAS, En comparant deux groupes selon la présence ou pas du gène HLA B27. Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et radiologiques dans chaque groupe.

Résultats. – Nous avons colligé 254 patients, il s'agit de 157 (62 %) hommes et 97 (38 %) femmes. l'âge moyen était de 37 ± 11 la durée moyenne d'évolution était de 13 ± 7. Cinquante trois pour cent (53 % soient 137 patients) des malades inclus ont un HLA-B27 [groupe B27(+)]. En comparant les deux deux groupes Aucune différence statistiquement significative n'est trouvée pour l'âge des patients, le sex-ratio, une histoire familiale de spondyloarthrite, le groupe pathogénique et le phénotype de la spondyloarthrite. Parmi les signes cliniques, seule la lombalgie inflammatoire semble plus fréquente clans les spondyloarthrites B27(+)(p = 0,053). l'âge moyen de début est plus précoce dans le groupe B27(+) (23 ± arts contre 29 ± 13). Sur le plan radiologique la coxite est significativement liée à la présence de l'allèle HLA B27.les paramètres biologiques, l'uvéite

ainsi que le degré d'activité et le retentissement fonctionnel sont comparables dans les deux groupes

Conclusion. – Nous concluons que le statut de portage du HLA-B27 ne joue pas de rôle dans la détermination du phénotype ou l'évolution de la spondyloarthrite.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-057

Le délai diagnostique de la spondyloarthrite

S. Haid* (1) ; I. Megateli (1) ; F. Rahal (1) ; D. Teniou (1) ; A. Gasmi (1) ; N. Khaldoun (1) ; M. Hammache (1) ; N. Boukhnifra (1) ; N. Brahimi (1) ; A. Ladjouze-Rezig (1) ; F. Hanni (1)
(1) Rhumatologie, EHS BEN AKNOUN, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : haid-sabrina@hotmail.fr (S. Haid)

Introduction. – Le diagnostic de spondyloarthrite est souvent difficile à établir avec un délai moyen allant de cinq à onze ans entre le début des symptômes et le diagnostic. un diagnostic précoce est indispensable pour introduire le traitement, pour améliorer les stratégies d'autogestion et diminuer l'anxiété naturelle des patients. Dans un grand nombre de cas, la présence d'un tableau clinique incomplet, l'absence de test pathognomonique clinique ou biologique sont autant de facteurs susceptibles d'expliquer le retard de diagnostic. L'objectif de l'étude est de quantifier le délai diagnostique et d'explorer les facteurs associés

Patients et méthodes. – Étude observationnelle, mono centrique, menée à l'EHS BEN AKNOUN. les patients éligibles sont ceux atteints de spondyloarthrite répondant aux critères ASAS suivis en consultation entre la période de 2014 à 2017. nous avons recueilli les paramètres démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques. le délai diagnostique a été défini comme la période entre l'apparition des premiers symptômes et la date du diagnostic. les facteurs démographiques, cliniques, biologiques, radiographiques, et évolutifs ont été notés chez chaque patient.

Résultats. – Nous avons colligé 860 patients, dont 320 (37 %) étaient des femmes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de (32 ± 10) l'âge moyen à l'apparition du premier symptôme est de (24 ± 10). La durée moyenne d'évolution de la maladie est de (13 ± 7). le typage HLA a été réalisé (348/860) : 50 % avaient un HLA B 27 positif, 855/ : 99 % avaient une sacroiliite radiographique 5/860 avaient une sacroiliite à l'IRM. Le délai diagnostique moyen était de 5 ans ± 3. Les facteurs associés au délai diagnostique long ont été : le sexe féminin (0,01), un âge de début avancé (0,02), un faible niveau d'éducation (0,02), le chômage (0,04), le mode d'habitation (0,05), l'absence de manifestations extra articulaires (0,01).

Conclusion. – Le délai diagnostique est un enjeu majeur qui nécessite d'être considéré avec la plus grande attention et des stratégies de prise en charge précoce. les systèmes d'accès aux soins diffèrent selon les régions pouvant ainsi influencer le délai de diagnostic.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-058

Étude comparative du profil de la spondylarthrite ankylosante à début juvénile et celle débutant chez l'adulte jeune

L. Jawhari* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant : lamiaejawhari@hotmail.com (L. Jawhari)

Introduction. – La spondylarthrite ankylosante (SA) est le chef de file des spondyloarthrites, son pronostic fonctionnel à long terme est conditionné surtout par la localisation coxo-fémorale. 8,6 à 11 % des SA ont un début juvénile (avant 16 ans) de présentation clinique et sévérité différente, d'où l'intérêt de caractériser cette forme pour un diagnostic précoce. Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de la SA à début juvénile en comparaison avec la SA à début adulte.

téristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de la SA à début juvénile en comparaison avec la SA à début adulte.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospective comparative incluant 86 patients suivis pour SA répondant aux critères ASAS durant la période allant de janvier 2017 au juin 2018.

Résultats. – 86 patients ont été inclus. 60 patients (69 %) avaient une SA de l'adulte jeune (SAa) et 24 patients (30 %) une SA à début juvénile (Saj). Le sex ratio (F/H) était de 0,7 dans le groupe des SA adultes et de 0,81 dans le groupe des SA juvéniles. L'HLAB27 était positif chez 33 % des SAa et 55 % des SAj. Une sacro iliite bilatérale stade 4 a été retrouvée chez 44 % des SAa versus 54 % des SAj. Des syndesmophytes ont été retrouvés chez 11 % des SAa versus 36 % des SAj. Une coxite a été diagnostiquée chez 38 % des cas des SAa versus 81 % des SAj. Dans le groupe des SAj 55 % des patients avaient une coxite bilatérale ; 38 % de ces coxites étaient au stade chirurgical. Le délai de diagnostic de la coxite dans ce groupe était après une durée moyenne d'évolution de la maladie de 3,66 ans. 45,5 % des SAa avaient une atteinte articulaire périphérique versus 38 % des SAj. L'uvéite était la principale manifestation extra-articulaire retrouvée dans les 2 groupes. Le BASDAI moyen dans le groupe SAa était de 4,54 versus 4,16 dans le groupe SAj et l'ASDAS CRP moyen était de 3,45 versus 3,62 dans le groupe SAj. Le recours aux anti TNF était plus fréquent dans le groupe SAj (45 % versus 33 % chez les SAa). Une rémission sous traitement a été notée chez 37 % des SAa versus 81 % des SAj.

Discussion. – Les données de la littérature concernant la SAj et la SAa sont variables selon les séries. Dans notre série, la SAj était associée à l'HLAB27 positif et à une atteinte structurale plus importante ainsi qu'à la survenue plus précoce de la coxite. Aucune différence significative n'a été constatée quant aux indices d'activité entre les deux groupes. Le recours aux anti TNF était plus fréquent chez les patients ayant une SAj. Un traitement précoce a permis une bonne évolution chez ce groupe de patients.

Conclusion. – L'intérêt de ce travail est de mettre l'accent sur certaines différences entre SAj et SAa et notamment celles concernant l'atteinte des hanches connue par sa fréquence élevée et la précocité de son installation ; et celles relatives au profil évolutif plus péjoratif des formes juvéniles, nécessitant une prise en charge plus précoce et plus adaptée.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-059

La prise en charge des spondyloarthrites en médecine physique

A. Sehimi* (1) ; H. Aboura (1) ; S. Ammor (1) ; Z. Belkheir (1) ; A. Keddar (1) ; M. Bedjaoui (1) ; O. Bensaber (1)

(1) Médecine physique et de réadaptation, Faculté de médecine Taleb Mourad/ CHU Hassani Abdelkader, Sidi Bel Abbès, Algérie

*Auteur correspondant : sehimail@gmail.com (A. Sehimi)

Introduction. – La prise en charge des spondyloarthrites (SpA) en Médecine physique et de Réadaptation (MPR) vise à soulager la douleur des patients, à restaurer leur mobilité articulaire et à freiner voir prévenir les déformations rachidiennes et articulaires périphériques qui s'installent progressivement et ainsi à maintenir ou améliorer le statut fonctionnel et la qualité de vie de ces patients.

En complément des moyens pharmacologiques utilisés dans cette prise en charge, la kinésithérapie par des exercices de maintien et de gain d'amplitude articulaire, d'étirement et de renforcement musculaire, de maintien de l'ampliation thoracique et des capacités respiratoires ainsi que l'éducation thérapeutique constituent des moyens non pharmacologiques d'une importance non négligeable.

Objectifs. – Évaluer les effets d'un programme de kinésithérapie et d'éducation thérapeutique sur la douleur, l'activité de la maladie, la mobilité rachidienne et le statut fonctionnel des patients atteints de SpA.

Patients et méthodes. – Étude prospective concernant les patients orientés vers notre service pour la prise en charge d'une SpA de janvier à mai 2018, les patients inclus ont suivi un programme de cinq séances d'éducation thérapeutique comprenant deux séances théoriques et trois ateliers pratiques associées à 16 séances de kinésithérapie à raison de deux séances par semaine et de 40 minutes par séance.

Les patients ont été évalués avant (T0) et 3 mois après la fin du programme (T1), en prenant en compte les paramètres suivants : EVA douleur, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), distance Occiput-mur (DOM), indice de Hirtz (IH), indice de Schober (IS), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) et EVA patient.

Résultats. – 26 patients (12 femmes), âgés en moyenne de 35,4 ans \pm 9 [19–55] étaient inclus et ont suivi le programme d'éducation thérapeutique et de kinésithérapie. Les patients étaient sous AINS à la demande seuls ou associés à un traitement de fond depuis au moins trois mois ; de la totalité des patients 15,38 % étaient sous méthotrèxate seul, 26,92 % sous méthotrèxate associé à un traitement biologique, 50 % sous adalimumab et 26,92 % sous étanercept. A T1, une amélioration statistiquement significative a été observée sur les paramètres évalués, notamment, une diminution de la DOM moyenne de 1,71 \pm 1,67 ($p = 0,023$), une augmentation de l'IH moyen de 0,73 \pm 0,52 ($p = 0,001$), une augmentation de l'IS moyen de 1,57 \pm 0,93 ($p < 0,0001$), une diminution de 2,96 \pm 2,19 en moyenne ($p < 0,0001$) sur le BASFI et une diminution de 4,08 \pm 1,73 en moyenne ($p < 0,0001$) sur l'EVA patient, sans modification significative des paramètres d'activité de la maladie à savoir l'EVA douleur et le BASDAI.

Conclusion. – Selon nos résultats, ce programme d'éducation thérapeutique et de kinésithérapie associé à un traitement médical est un moyen efficace qui permet d'augmenter la mobilité rachidienne cervicale et lombaire ainsi que l'ampliation thoracique, d'accroître les capacités fonctionnelles et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de SpA sans provoquer de poussées inflammatoires.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-060

Évaluation du retentissement fonctionnel au cours des spondyloarthrites compliquées de coxite

W. Hamdi (1) ; D. Ben Nessib* (1) ; A. Ben Ouhiba (1) ;

K. Maatallah (1) ; D. Kaffel (1) ; MM. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie

*Auteur correspondant : bennessibdorra@gmail.com (D. Ben Nessib)

Introduction. – La survenue d'une coxite constitue un tournant évolutif majeur au cours des spondyloarthrites (SpA) engageant le pronostic fonctionnel des patients et altérant leur qualité de vie. L'objectif de notre étude était de déterminer les facteurs associés à un mauvais pronostic fonctionnel lié à l'atteinte de la hanche.

Patients et méthodes. – Étude transversale intéressant 100 patients atteints de SpA selon les critères de New York modifiés et ayant une coxite. Les données cliniques et paracliniques nécessaires à l'évaluation des indices spécifiques de la SpA (BASDAI, BASFI, BASGI, BASMI, BASRI et mSASSS) ainsi que celles concernant la coxite ont été recueillies. L'évaluation du retentissement fonctionnel de la hanche a été évaluée par l'indice algo-fonctionnel de LESQUESNE (IAF). L'étude de corrélation entre ces différents indices a été effectuée par le test de Pearson. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative si $p < 0,05$.

Résultats. – Notre étude portait sur 81 hommes et 19 femmes. L'âge moyen des patients était de 31,7 \pm 11,3 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 12,5 \pm 9,7 ans. L'IAF moyen était de 9,8 \pm 5,1. La coxite avait un retentissement fonctionnel plus important chez les patients ayant une maladie active, une atteinte structu-

rale et une plus longue durée d'évolution de la maladie. Les paramètres cliniques d'activité de la maladie, du retentissement fonctionnel et de l'évaluation structurale sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1 Corrélation entre les paramètres cliniques d'activité de la maladie, d'évaluation structurale et l'indice algo-fonctionnel de Lequesne

	Moyenne	Corrélation avec l'IAF	
		r	p
Age (ans)	31,7 \pm 11,3	0,03	0,6
Age de début de la maladie (ans)	18,1 \pm 6,9	0,1	0,08
Durée d'évolution de la maladie (ans)	12,5 \pm 9,7	0,2	0,002
EVA douleur rachis (mm)	34,9 \pm 27,3	0,2	0,001
EVA douleurs aux articulations périphériques (mm)	17 \pm 22,3	0,2	0,001
Raideur matinale au rachis (minutes)	19,1 \pm 29,9	0,1	0,03
BASDAI	4,4 \pm 1,6	0,2	0,002
BASFI	43,7 \pm 19,7	0,4	< 0,0001
MASES	2,2 \pm 3,2	–	0,9
		0,002	
BASMI	3,9 \pm 1,8	0,6	< 0,0001
BASG-s	57,2 \pm 23	0,3	< 0,001
BASRI	11,1 \pm 3,2	0,6	< 0,0001
mSASSS	14,3 \pm 18,3	0,2	0,01
ASQOL	9,1 \pm 4,7	0,1	0,09
VS	36,6 \pm 20,6	0,1	0,1
CRP	20,3 \pm 20,2	0,1	0,2

Conclusion. – L'atteinte de la hanche constitue un marqueur de sévérité des SpA. Dans notre étude une atteinte plus sévère de la hanche était associée à une maladie plus active et plus évoluée sur le plan structural ainsi qu'à une plus longue durée d'évolution.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-061

Étude des facteurs influençant le retentissement fonctionnel de la spondyloarthrite en fonction de la durée d'évolution de la maladie

W. Hamdi (1) ; D. Ben Nessib* (1) ; A. Ben Ouhiba (1) ; D. Kaffel

(1) ; K. Maatallah (1) ; MM. Kchir (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie

*Auteur correspondant : bennessibdorra@gmail.com (D. Ben Nessib)

Introduction. – La capacité fonctionnelle est une composante majeure de la qualité de vie des patients atteints de Spondyloarthrite (SA). L'objectif de notre étude était d'évaluer le retentissement fonctionnel au cours des SA selon la durée d'évolution de la maladie et de déterminer les facteurs associés à un impact fonctionnel plus important.

Patients et méthodes. – Étude transversale prospective portant sur 165 patients atteints de SA (Critères de l'ASAS 2009). Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques de la maladie ont été relevées. Le retentissement fonctionnel a été évalué par le score BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index). Le retentissement sur la qualité de vie a été évalué par le score ASQOL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire). Trois groupes-sujets ont été individualisés : Groupe 1 (G1) : Durée d'évolution de la maladie < 10 ans, Groupe 2 (G2) : Durée d'évolu-

tion de la maladie était entre 11 et 20 ans et Groupe 3 (G3) : Durée d'évolution de la maladie > 20 ans. L'étude de corrélation a été faite par le test de Pearson. La comparaison des moyennes sur série indépendantes a été effectuée par ANOVA. Les tests ont été considérés statistiquement significatifs si le $p < 0,05$.

Résultats. – Notre étude portait sur 136 hommes et 29 femmes. L'âge moyen était de $36,4 \pm 12,2$ ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $10,9 \pm 9,2$ ans. Les patients étaient actifs dans 59,4 % des cas, sans emploi dans 37 % des cas et retraités dans 3,6 % des cas. Chez les patients actifs, le travail manuel, le travail de bureau représentaient respectivement 69,4 % et 30,6 % des cas. Une activité sportive était pratiquée chez 32,1 % des patients. La SA était dans sa forme axiale chez 43,7 % des patients, périphérique chez 12,7 % et axiale et périphérique chez 43,6 % des patients. Elle était compliquée d'une coxite chez 60,6 % des patients. La coxite était bilatérale dans 46,1 % des cas. La SA était compliquée d'une atteinte oculaire (11,5 %), pulmonaire (4,8 %), cutanée (1,8 %), digestive (1,2 %) et cardiaque (0,6 %). La maladie était plus active et associée à un retentissement fonctionnel plus important dans les groupes G2 et G3. Les paramètres d'activité de la maladie, de retentissement fonctionnel et d'évaluation structurale dans les 3 groupes sont résumés dans le tableau 1.

Paramètres d'activité, de retentissement fonctionnel et d'évolution structurale dans les 3 groupes

	BASFI	
	r	p
BASDAI	0,5	< 0,0001
MASES	0,2	0,01
EVA douleur rachis (mm)	0,4	< 0,0001
EVA douleur articulations périphériques (mm)	0,2	0,04
BASRI total	0,4	< 0,0001
BASMI	0,4	< 0,0001
mSASSS	0,2	0,006
VS (mm)	0,07	0,4
CRP (mg/l)	- 0,1	0,2
ASQOL	0,3	0,02

Conclusion. – Notre étude a montré que le retentissement fonctionnel de la SA était aussi important au début qu'à un stade évolué de la maladie. Il est plus souvent associé à une atteinte enthésitique (MASES), à une activité de la maladie plus importante au début de la maladie (VS et CRP plus élevée) et à une atteinte structurale plus importante à un stade plus évolué de la maladie (> 10 ans).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-062

L'effet placebo aux anti-TNF augmente au cours du temps dans les essais randomisés de spondyloarthrite axiale : résultats d'une revue systématique de la littérature

C. PARIS* (1) ; T. Pham (1) ; M. Dougados (2) ; M. Anna (2)
(1) Rhumatologie, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille ; (2) Service de rhumatologie, Hôpital Cochin, Paris

*Auteur correspondant : caroline.paris2883@gmail.com (C. PARIS)

Introduction. – Les anti-TNF ont révolutionné la prise en charge de la spondyloarthrite axiale radiographique et non radiographique. Toutefois, la différence entre la réponse thérapeutique des anti-TNF et du placebo paraît diminuer depuis ces dernières années. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'effet placebo au cours du temps chez

les spondyloarthrites axiales radiographiques et non radiographiques traitées par anti-TNF.

Matériels et méthodes. – Le critère d'évaluation ASAS 20, étant reporté dans chaque article, est défini comme le critère de jugement principal. Une revue systématique de la littérature a été effectuée sur la base de données Pubmed afin de sélectionner tous les essais randomisés évaluant l'efficacité des anti-TNF contre placebo publiés en anglais ou français. Les critères d'évaluation dans chaque étude, l'année de l'étude ainsi que les caractéristiques démographiques (caractéristiques géographiques, âge moyen des patients dans l'étude, majorité masculine/féminine) et de la maladie (durée maladie, formes radiographiques/non-radiographiques) des patients inclus ont été collectés.

Résultats. – Au total, 1 803 titres ont été identifiés et 19 articles ont été retenus. L'ASAS20 fut le critère d'évaluation retrouvé dans toutes les études. Une augmentation significative du nombre de patients présentant un ASAS20 au cours du temps dans les groupes placebo fut retrouvée, sans variation significative de la réponse ASAS20 dans les groupes actifs. Aucune autre variable n'était associée à une variation significative de la réponse ASAS20.

Conclusion. – L'efficacité des traitements dans la spondyloarthrite axiale semble diminuer au cours du temps, mais non en raison d'une réduction des taux de réponse dans le groupe traité par anti-TNF, mais secondaire à une augmentation de l'effet placebo. Des études sont nécessaires afin d'étayer les causes de cette augmentation de l'effet placebo chez les patients atteints de spondyloarthrite axiale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-063

Influence de l'obésité sur l'activité de la maladie et sur la qualité de vie dans le rhumatisme psoriasique

S. Azevedo* (1) ; D. Santos-Faria (1) ; J. Leite-Silva (1) ; J. Ramos Rodrigues (1) ; J. Sousa Neves (1) ; D. Peixoto (1) ; J. Tavares-Costa (1) ; S. Alcino (1) ; C. Afonso (1) ; F. Teixeira (1)
(1) Rhumatologie, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima, Portugal

*Auteur correspondant : soraiaazvd@gmail.com (S. Azevedo)

Introduction. – L'obésité, le diabète et le syndrome métabolique (SM) ont été associés à psoriasis et au rhumatisme psoriasique (RP). Le RP est une maladie hétérogène avec différents phénotypes. L'obésité chez ces patients est associée à marqueurs inflammatoires plus élevés, à une réponse faible au traitement et à une capacité fonctionnelle inférieure. Cependant, il y a peu d'études évaluant l'influence du SM et du périmètre abdominal (PA) sur l'activité de la maladie et sur la qualité de vie dans le RP. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'influence de l'indice de masse corporelle (IMC), du PA et du SM sur l'activité du RP et sur la qualité de vie des patients.

Patients et méthodes. – Étude transversale de 75 patients atteints de RP, diagnostiqués selon les critères CASPAR, observés consécutivement dans la consultation de rhumatologie. Collecte de données démographiques, cliniques et laboratoires. Évaluation du poids, de la hauteur, du PA, de la vitesse de sédimentation (VS) et de la protéine C réactive (CRP) de tous les patients. La présence de SM a été évaluée selon la définition de l'OMS. Les participants ont rempli le questionnaire « Health Assessment Questionnaire » (HAQ) et l'activité de la maladie a été évaluée en utilisant le « Disease Activity Score » (DAS28). Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique et le niveau de signification a été fixé sur 2-sided $p < 0,05$.

Résultats. – La prévalence du surpoids ou de l'obésité était 78,7 % et la prévalence du SM était 36,0 %. Les patients obèses ou avec SM présentaient plus fréquemment des valeurs de CRP plus élevées ($p = 0,048$ et $p = 0,043$, respectivement). Ces patients présentaient aussi une VS plus élevées, mais sans signification statistique. Les patients atteints de SM présentaient plus d'articulations douloureuses ($p = 0,024$) et une activité de la maladie plus élevée selon le DAS28

($p = 0,005$). Les patients avec un IMC > 25 kg/m² présentaient aussi plus d'articulations douloureuses ($p = 0,022$). 20,4 % des patients avec des surpoids avaient au moins une articulation gonflée, cependant aucun des patients présentant un IMC normal n'avait des articulations gonflées. Il n'y avait pas d'association entre l'IMC, le PA ou le SM et l'EVA ou l'HAQ. Il n'y avait pas d'association entre le phénotype de la maladie et l'IMC, le PA ou le SM.

Discussion. – Dans cette population, la prévalence de l'obésité et du SM est similaire à la prévalence rapportée dans la littérature pour les patients atteints de RP (36,0 % vs 32,2-57,1 % et 36,0 % vs 30,1-40,3 %, respectivement). Le SM était associé à l'activité inflammatoire et une activité de maladie plus élevée. Il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre le PA ou l'IMC et l'HAQ ou la VS, qui peut être justifié par le nombre réduit de patients avec le PA ou l'IMC normales.

Conclusion. – Le RP était associé au surpoids, à l'obésité et au SM, avec une prévalence plus élevée que la population générale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-064

Rhumatisme psoriasique et polyarthrite rhumatoïde : comparaison des comorbidités et leur influence sur l'activité de la maladie et la qualité de vie des patients

S. Azevedo* (1) ; D. Santos-Faria (1) ; J. Leite-Silva (1) ; J. Sousa Neves (1) ; J. Ramos Rodrigues (1) ; D. Peixoto (1) ; S. Alcino (1) ; J. Tavares-Costa (1) ; C. Afonso (1) ; F. Teixeira (1)

(1) *Rhumatologie, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima, Portugal*

*Auteur correspondant : soraiaazvd@gmail.com (S. Azevedo)

Introduction. – Les patients atteints de maladies inflammatoires rhumatismales ont un risque augmenté de décès prématurés par rapport à la population générale, principalement associés à des maladies cardiovasculaires. Le risque est même similaire entre les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et atteints de diabète. L'interaction entre le processus inflammatoire et les facteurs de risque cardiovasculaires traditionnels peut expliquer cette augmentation du risque. L'objectif de cette étude a été d'évaluer les différences entre le PR et le rhumatisme psoriasique (RP) concernant à l'indice de masse corporelle (IMC), le périmètre abdominal (PA) et les comorbidités.

Patients et méthodes. – Étude transversale de 150 patients atteints de PR et de 75 patients atteints de RP. Les données démographiques, cliniques et laboratoires ont été collectées. Le poids, la taille, le PA, l'*Health Assessment Questionnaire* (HAQ) et le *Disease Activity Score* (DAS28) ont été évalués pour tous les patients. Le SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique et le niveau de signification a été défini sur $p < 0,05$.

Résultats. – L'âge, la durée de la maladie, la scolarité et la classe professionnelle étaient similaires dans les deux groupes. Il n'y avait pas de différences entre les deux maladies relativement à la qualité de vie selon l'HAQ, l'activité de la maladie évaluée par le DAS28, la vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C réactive (CRP). Dans le cas de la PR, une prédominance du sexe féminin (78,7 %) a été observée, par rapport au RP, où le sexe masculin est prédominant (53,3 %). Les patients avec RP avaient un IMC et un PA plus élevés par rapport à la PR ($p < 0,001$). De plus, le nombre de comorbidités était aussi plus élevé dans ces patients ($p < 0,001$). La dyslipidémie et l'hyperuricémie étaient beaucoup plus fréquentes dans le RP ($p = 0,031$ et $p = 0,018$, respectivement). Le syndrome métabolique, le diabète et l'hypertension artérielle avaient tendance à être plus élevés dans le RP, mais il n'y avait aucune signification statistique. Indépendamment de la pathologie, le nombre de comorbidités était corrélé positivement avec le DAS28 ($P = 0,147$, $p = 0,030$), l'HAQ ($P = 0,239$, $p < 0,001$), la CRP ($P = 0,157$, $p = 0,019$) et la VS ($P = 0,153$, $p = 0,022$). Les patients

obèses ont présenté des valeurs de HAQ ($p = 0,34$) et de CRP ($p = 0,029$) plus élevées.

Discussion. – Les deux groupes de patients présentaient des caractéristiques démographiques et cliniques similaires, juste la distribution par genre était différente, qui est en accord avec la littérature. Cette étude a montré une prévalence beaucoup plus élevée des facteurs de risque cardiovasculaires classiques chez les patients atteints de RP, par rapport à la PR. D'autre part, l'association de comorbidités a montré une corrélation positive sur les paramètres inflammatoires, l'activité de la maladie et la qualité de vie.

Conclusion. – Les facteurs de risque cardiovasculaires classiques sont plus fréquents chez les patients atteints de RP et ces comorbidités sont associées à une activité de la maladie plus élevée et à une qualité de vie inférieure. Le risque cardiovasculaire doit être considéré dans la prise en charge de ces patients, surtout dans le RP.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-065

Le délai diagnostique de la spondyloarthrite axiale : à propos de 91 patients

N. Jabrane* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc*

*Auteur correspondant : nawal.jabrane@yahoo.com (N. Jabrane)

Introduction. – La spondyloarthrite axiale (axSpA) est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par une association de manifestations au niveau du rachis, des articulations périphériques et d'atteintes extra-articulaires. Le diagnostic de axSpA est souvent difficile à établir, avec un délai moyen allant de cinq à onze ans entre le début des symptômes et le diagnostic. L'objectif de notre travail était de quantifier le délai diagnostique chez les patients atteints de axSpA suivi dans notre formation et d'en identifier les facteurs associés l'influençant.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude descriptive ayant inclus tous les patients suivis pour une SPA au service de rhumatologie de janvier 2017 à décembre 2017. Le délai diagnostique était défini par l'intervalle de temps entre la date d'apparition des premiers symptômes et celle du diagnostic. Les facteurs potentiellement prédictifs du délai diagnostique analysés par régression linéaire multiple étaient l'âge des patients, l'antigène HLA-B27, l'année civile du diagnostic, la présentation clinique, l'activité de la maladie au moment du diagnostic et la sacroiliite radiographique ou l'IRM.

Résultats. – Au total, 91 patients ont été analysés, 76,9 % étaient de sexe masculin avec un âge moyen de 36 ans. L'âge moyen au diagnostic était de 29,7 (écart-type 13,14) ans et la durée moyenne du début de la symptomatologie était de 11,3 ans au moment du diagnostic. Au total, 75,1 % des patients étaient HLA-B27 positifs et 70,2 % des sujets présentaient une sacroiliite radiographique. Le délai diagnostique moyen s'élevait à 4,83 ans, avec une valeur médiane de 3,0 ans. En analyse multivariée les facteurs associés à un délai diagnostique plus court étaient : l'âge plus jeune, l'atteinte axiale et la sacro-iliite radiographique ou à l'IRM.

Discussion. – Le délai diagnostique de la spondyloarthrite est estimé à plus de sept ans mais il semble avoir récemment diminué. Dernièrement, une large étude du registre danois (DANBIO) a montré une réduction de la durée moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et l'établissement du diagnostic de axSpA, diminuant ainsi de 5,5 ans en 2000 à 3-4 mois en 2011. Dans notre série, ce délai diagnostique était d'autant plus bref que la présentation clinico-radiographique était typique : l'atteinte axiale, la sacro-iliite radiographique et/ou l'IRM chez les patients plus jeunes. Par contre, l'âge plus élevé? au diagnostic, les douleurs enthésitiques et l'absence d'arthrite périphérique constituaient des facteurs prédictifs d'un délai diagnostique plus long.

Conclusion. – Le délai diagnostique au cours des axSpA est un enjeu majeur qui nécessite d'être considéré? avec la plus grande attention

et la mise en marche de stratégies de prise en charge précoce. De nombreuses études s'intéressent actuellement à évaluer la place de l'IRM dans la démarche diagnostique ainsi que les éventuelles conséquences d'un diagnostic plus tardif et du risque de sur diagnostic de axSpA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-066

Apport de la tomodensitométrie des sacro-iliaques dans le diagnostic de la spondyloarthrite débutante

W. Hamdi (1) ; D. Ben Nessib* (1) ; H. Riahi (2) ; K. Maatallah (1) ; M. Bouaziz Chelli (2) ; D. Kaffel (1) ; MM. Kchir (1)

(1) *Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie* ; (2) *Radiologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie*

*Auteur correspondant : bennessibdorra@gmail.com (D. Ben Nessib)

Introduction. – La spondyloarthrite (SpA) est un rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une atteinte inaugurale et quasi pathognomonique des articulations sacro-iliaques (SI). Le diagnostic précoce de cette atteinte est souvent difficile. Cette difficulté s'explique d'une part, par le retard de l'apparition des lésions structurales spécifiques sur les radiographies standard et d'autre part, le manque parfois de sensibilité mais aussi de spécificité des lésions des SI à l'IRM. Le but de ce travail est d'évaluer l'apport diagnostique de la tomodensitométrie (TDM) des SI dans le diagnostic de la SpA.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective transversale incluant 59 présentant une lombalgie inflammatoire répondant aux critères de Calin. Après un examen clinique et notamment ostéo-articulaire complet, les patients étaient explorés sur le plan radiographique par une radiographie standard du bassin complétée par une TDM du bassin. Nous avons exclu les patients ayant à l'inclusion de l'étude une sacro-iliite stade III ou IV évidente sur la radiographie standard ne nécessitant aucune exploration radiologique ultérieure. Par la suite, tous les dossiers ont été classés en 3 catégories : SpA confirmée, SpA probable, SpA infirmée. Ce classement était mené par 2 équipes en double aveugle : 2 rhumatologues qui émettaient leur avis sur les données cliniques, biologiques et les clichés radiologiques sans connaître le compte-rendu final des radiologues, et 2 radiologues dont la conclusion finale était basée sur l'interprétation des clichés des TDM (sacroiliite confirmée, probable et infirmée). Les diagnostics définitifs étaient par la suite comparés par le test de khi-Deux de Pearson.

Résultats. – Il s'agit de 59 patients, 44 femmes et 15 hommes, âgés en moyenne de 42,2 années. Le diagnostic de SpA a été infirmé par les rhumatologues chez 8,47 % des patients, considéré probable chez 15,25 % et confirmé chez 76,27 %. Parmi les 5 cas classés « SpA infirmée » par les rhumatologues, 80 % (n = 4) ont été classés par l'équipe des radiologues selon les données de la TDM « sacroiliite infirmée » et 20 % (n = 1) ont été classés « sacroiliite confirmée ». Parmi les 9 cas classés « SpA probable » par les rhumatologues, 66,67 % (n = 6) ont été classés par l'équipe des radiologues selon les données de la TDM « sacroiliite infirmée » et 33,33 % (n = 3) ont été classés « sacroiliite confirmée ».

Parmi les 45 cas classés « SpA confirmée » par les rhumatologues, 26,67 % (n = 12) ont été classés par l'équipe des radiologues selon les données de la TDM « sacroiliite infirmée », 4,44 % (n = 2) ont été classés « sacroiliite probable » et 68,89 % (n = 31) ont été classés « sacroiliite confirmée ».

Le test de khi-deux a montré une corrélation entre le diagnostic des rhumatologues et les conclusions des TDM (p = 0,049). L'indice de concordance kappa était à 0,2 et le likelihood ratio était à 9,75.

Conclusion. – L'apport de la TDM des SI dans le diagnostic des SpA a été peu étudié dans la littérature. Notre travail a montré que le recours à ce moyen pourrait être judicieux lorsque la radiographie

du bassin est douteuse, d'autant plus que son coût est moins important que l'IRM.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-067

Le score HAD permet-il de prédire la présence de fibromyalgie au cours des spondyloarthrites ?

M. Sahli* (1) ; O. Saidane (1) ; I. Mahmoud (1) ; TA. Ben (1) ; R. Tekaya (1) ; L. Abdelmoula (1)

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

*Auteur correspondant : mariem.rhumatologue@gmail.com

(M. Sahli)

Introduction. – Le Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) est un score qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. L'objectif de notre étude était de déterminer son influence sur la présence de fibromyalgie (FM) au cours des spondyloarthrites (SpA). **Patients et méthodes.** – Étude transversale portant sur des patients atteints de SpA définie selon les critères ASAS. Les critères ACR 2010 ont été utilisés pour le diagnostic de fibromyalgie. Les patients ont répondu à l'auto questionnaire du HAD qui comportait 7 questions se rapportant à l'anxiété (A) et 7 à la dépression (D). Chaque question était cotée de 0 à 3 avec un score maximal de 21 pour l'anxiété et pour la dépression. Nous avons réparti les patients selon leurs scores (A et D) (score < 8 : pas de symptômes d'anxiété ou de dépression, score entre 8 et 10 : anxiété ou dépression douteuse, score > 10 : état anxieux ou dépressif certain). Les résultats de ces scores ont été comparés selon la présence ou non de FM en utilisant le score de Pearson avec un seuil de significativité ≤ 0,05

Résultats. – Nous avons colligé 100 patients d'âge moyen de 44,65 ± 13,13 ans dont 67 hommes et 33 femmes. Le score HAD-anxiété moyen était de 8,54 ± 4,8 avec des extrêmes allant de 0 à 19. 40 % des patients n'avaient pas d'anxiété, 28 % avaient une anxiété douteuse et 32 % une anxiété confirmée. Le score HAD-dépression moyen était de 5,97 ± 5,02 avec des extrêmes allant de 0 à 20. La majorité des patients (71 %) n'avaient pas de dépression contre 12 % qui avaient une dépression douteuse et 14 % qui avaient une dépression confirmée. L'étude analytique a trouvé que le pourcentage de patients ayant une anxiété confirmée par le score HAD était significativement plus élevé chez les patients ayant une FM associée (65 % vs 23,5 %, p < 0,001) avec un score HAD-anxiété moyen significativement plus élevé (12,45 vs 7,56, p < 0,001). De même, le pourcentage de patients ayant une dépression confirmée était significativement plus important en présence de FM (45 % vs 10 %, p < 0,001). Le score HAD-dépression moyen était aussi plus élevé en présence de FM (10,75 vs 4,78, p < 0,001).

Conclusion. – Nous avons trouvé qu'un score HAD pathologique était associé à la présence de FM au cours des SpA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-068

Les facteurs associés à la bonne réponse à l'infliximab chez les patients spondyloarthritiques

R. Benaziez* (1) ; O. Cheikh (1) ; M. Berkache (1) ; M. Hazi (1) ; C. Dahou-Makhloufi (1)

(1) *Rhumatologie, CHU BAB EL OUED, Alger, Algérie*

*Auteur correspondant : rbenaziez.boutaleb@gmail.com

(R. Benaziez)

Introduction. – Les biomédicaments anti TNF α dont l'infliximab ont profondément changé notre façon de traiter les formes sévères et réfractaires des spondyloarthrites (SPA). Cependant la réponse clinique est variable d'un patient à l'autre. L'objectif de notre travail est d'évaluer les facteurs associés à la réponse à l'infliximab dans une population de patients présentant une SPA.

Patients et méthodes. – Étude prospective incluant les patients hospitalisés pour SPA au service de rhumatologie du CHU BAB EL OUED entre janvier 2008 et juillet 2018 et répondant aux critères ASSAS, chez qui un antiTNF α type infliximab a été instauré. La réponse a été évaluée par le critère BASDAI 50 (amélioration du BASDAI d'au moins 50 %). Les facteurs potentiellement associés à la réponse, testés en analyse univariée, ont été le sexe, l'âge, l'existence d'un psoriasis, le sous-type de SpA (SA suivant les critères de New York, rhumatisme psoriasique (RP), SpA indifférenciée), le traitement associé, la présence du B27, les scores BASDAI et BASFI initiaux, le taux initial de CRP. Une analyse multivariée a ensuite été conduite par régression logistique.

Résultats. – 44 patients ont été inclus, dont l'âge moyen est de 40,2 ans (22-73) et la durée moyenne d'évolution est de 16,6 ans (3-42), 84,1 % étaient des hommes, 75 % ont été classés SA, 18,2 % RP et 6,8 % avaient une enthéropathie inflammatoire, l'atteinte axiale était présente chez 93,2 % des patients. 36,4 % avaient une uvéite. La CRP initiale : 27,4 mg/l. le BMI moyen : 25,2 kg/m². 13,6 % étaient porteurs du B27. 43 % ont été classés comme répondeurs à 6 mois. En analyse univariée, les facteurs favorablement associés à la réponse ont été : l'absence de psoriasis ($p = 0,04$), un taux de CRP initiale augmenté ($p < 0,001$) et un faible BMI ($p = 0,02$). L'analyse multivariée a conservé comme facteur associé à une réponse initiale, une CRP initiale augmentée : OR = 4,3, $p < 0,001$, IC 95 % [1,70-14,32].

Conclusion. – Dans notre étude, l'existence d'un syndrome inflammatoire biologique au début du traitement est le facteur le plus fortement associé à une bonne réponse à l'infliximab chez les patients présentant une spondyloarthrite.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-069

Le statut de la vitamine D et l'activité de la spondyloarthrite

M. BELAABID* (1) ; H. SAHRAOUI (1) ; R. BOUMBA (1) ; I. EL BOUCHTI (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc

*Auteur correspondant : mustapha.belaabid@gmail.com

(M. BELAABID)

Introduction. – Cette étude est réalisée dans le but d'évaluer le statut de la vitamine D chez les patients atteints de spondyloarthrite (SPA), ainsi que sa corrélation avec les différents paramètres de l'activité de la maladie

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de SPA hospitalisés au service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, de 2015 à 2018. Tous les patients ayant bénéficié d'un dosage de la vitamine D ont été inclus. Les différents paramètres de l'activité de la maladie au moment du dosage, à savoir les paramètres cliniques (indice articulaire, indice synovial et EVA douleur), les paramètres biologiques (VS, CRP), et les scores d'activité (BASDAI, ASDAS-CRP) ont été relevés.

Résultats. – Un total de 56 cas a été recensé (21 femmes et 35 hommes), d'âge moyen de 37,11 \pm 13,66 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 7,93 \pm 6,27 ans. Le taux moyen de la vitamine D était 22,73 \pm 12,88 ng/ml. Le déficit en vitamine D était trouvé chez 66,1 % des cas. La maladie était active selon le BASDAI dans 57,1 %, et selon l'ASDAS-CRP dans 64,3 % des cas. Nous avons trouvé une corrélation négative significative entre le taux de la vitamine D et le BASDAI ($r = -0,50$, $P < 0,001$), l'ASDAS CRP ($r = -0,30$, $P = 0,024$), le taux de la CRP ($r = -0,64$, $P < 0,001$), le taux de la VS ($r = -0,46$, $P < 0,001$), l'indice articulaire ($r = -0,32$, $P = 0,016$). Il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre le taux de la vitamine D et l'indice synovial ($p = 0,10$).

Conclusion. – Cette étude illustre l'association négative entre l'activité de la spondyloarthrite et le statut de la vitamine D, expliquée par le rôle suggéré selon plusieurs études de la vitamine D dans l'inflammation.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-070

L'atteinte pulmonaire au cours des spondyloarthrites

H. Sahraoui* (1) ; M. BELAABID (1) ; R. Bomba (1) ; I. El Bouchti (1)

(1) Rhumatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc

*Auteur correspondant : fmpm2006.hs@gmail.com (H. Sahraoui)

Introduction. – L'atteinte pulmonaire est l'une des atteintes extra-articulaires décrites dans la spondyloarthrite (SA). Elle correspond, d'une part, à la possibilité d'un syndrome restrictif secondaire à la limitation de la paroi thoracique, et, d'autre part, à la possibilité d'atteinte parenchymateuse non spécifique dépistée par le scanner à haute résolution, avec tendance à la fibrose. L'objectif de notre étude est d'évaluer les caractéristiques de l'atteinte pulmonaire au cours de la spondyloarthrite.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 7 ans allant de 2011 à 2017 au CHU Mohamed VI de Marrakech. Les dossiers des patients hospitalisés au service ont été exploités. Les patients ayant une spondyloarthrite répondant aux critères de classification ASAS ou AMOR ont été inclus. Les données cliniques et radiographiques ont été recueillies.

Résultats. – Nous avons colligé 150 patients atteints de spondyloarthrite selon les critères ASAS 2009. L'atteinte respiratoire était présente dans 34,7 % des cas. Il s'agissait de 29 hommes et 23 femmes d'une moyenne d'âge de 40,55 ans. La maladie était active dans 68,2 % des cas et la durée d'évolution de la maladie était de 90,95 mois (7,50 ans). L'atteinte respiratoire était symptomatique chez 17 patients (32,7 %). Les facteurs de risque associés sont : tabagisme (17,3 %), cannabisme (3,84 %), émolisme (5,76 %), travailleur de mines (1,92 %), antécédents de tuberculose (9,61). La radiographie du thorax a montré 23 cas de syndrome interstitiel, 8 cas de surcharge hilaire, 6 cas d'élargissement médiastinale, 4 cas de syndrome bronchique, 2 cas de pleurésie, 1 cas d'images aréolaires. Le scanner thoracique a été réalisé chez 19 cas. Il a objectivé 6 cas de nodules non spécifiques, 3 cas de pneumopathie interstitielle diffuse et 2 cas de dilatation de bronche, 1 cas de pleurésie, 1 cas de trouble ventilatoire sans lésion parenchymateuse et 1 cas de tumeur pulmonaire d'allure maligne. Des épreuves fonctionnelles respiratoires ont été réalisées chez 24 patients dont 12 avaient une distension thoracique, 5 avaient un syndrome restrictif, 4 cas avaient un syndrome obstructif. Le traitement a consisté en une surveillance clinique et radiographique.

Discussion. – Dans les séries plus anciennes, une anomalie visible sur la radiographie pulmonaire est trouvée entre 0 et 45 % des cas de spondyloarthrite. Dans une étude prospective menée chez 52 patients atteints de spondyloarthrite, asymptomatiques sur le plan respiratoire, Sampaio-Barros retrouvait 52 % de syndrome restrictif aux explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) et des anomalies au scanner thoracique à haute résolution dans 40 % des cas. Dans notre contexte, la consommation tabagique et la tuberculose constitue des facteurs de risque ajoutés qui peuvent interférer avec l'atteinte pulmonaire au cours des spondyloarthrites.

Conclusion. – L'atteinte pulmonaire au cours de la spondyloarthrite est peu symptomatique et polymorphe. Les tableaux historiques évocateurs de maladie fibrobulleuse apicale sont devenus très rares. Cette atteinte pulmonaire justifie une évaluation clinique régulière et des mesures préventives basées sur l'arrêt du tabac et la kinésithérapie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-071

Élévation des taux sériques des peptides C3f et vitronectine (acide aminé 381-397) dans l'arthrose, le lupus et la sclérodermie : interaction avec le TGF-β

D. De Seny* (1) ; C. Gaël (1) ; C. Deroyer (2) ; MA. Meuwis (3) ; E. Louis (3) ; M. Fillet (4) ; M. Malaise (1)

(1) Laboratoire de rhumatologie, GIGA I3, CHU de Liège, ULiège, Liège, Belgique ; (2) Laboratoire de rhumatologie, CHU de Liège et Université de Liège, Liège, Belgique ; (3) Laboratoire de gastroentérologie translationnelle, GIGA I3, CHU de Liège, ULiège, Liège, Belgique ; (4) Laboratoire d'analyse des médicaments, ULiège, Liège, Belgique
*Auteur correspondant : ddeseny@chu.ulg.ac.be (D. De Seny)

Introduction. – Faisant partie de la protéine C3b de la cascade du complément, C3f ainsi qu'un fragment de la vitronectine VTN (a.a.381-397), ont été identifiés comme marqueurs de sévérité de l'arthrose. Le but de cette étude protéomique est de déterminer si ces marqueurs apparaissent également dans d'autres pathologies inflammatoires chroniques et d'en caractériser leurs propriétés physiopathologiques.

Patients et méthodes. – Les marqueurs C3f et VTN (a.a.381-397) ont été quantifiés simultanément par spectrométrie de masse microfluïdique à trappe d'ions dans les échantillons sériques provenant de contrôles sains (n = 41), de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR, n = 46), de spondylarthrite (n = 40), de lupus (n = 23), de sclérodermie (n = 20), de rectocolite ulcérohémorragique (n = 27), de la maladie de Crohn (n = 25) et d'arthrose (n = 38). En culture *in vitro* sur fibroblastes synoviaux humains (n = 5), l'expression d'IL-6, MMP-1, MMP-3 et TGF-β a été mesurée par RT-qPCR et ELISA après stimulation au C3f ou à la VTN (a.a.381-397) durant 24 heures, en présence ou en absence de TNF-α. Une étude de compétition en présence d'échistatine marquée à l'iode 125 a également été réalisée en présence du fragment VTN (a.a.381-397) afin de déterminer son affinité pour différents complexes d'intégrines de types αVβ3, αVβ5, α5β1, αVβ1 et αVβ6. Un test ANOVA a été utilisé pour les comparaisons multiples.

Résultats. – La quantification des marqueurs C3f et VTN (a.a.381-397) a confirmé que leur expression sérique était statistiquement plus élevée dans l'arthrose par rapport aux contrôles sains (P < 0,05), mais également dans le lupus [P < 0,05 (C3f) et P < 0,01 (VTN (a.a.381-397))] et la sclérodermie [P < 0,001 (C3f) et P < 0,05 (VTN)]. En culture *in vitro*, le niveau d'expression d'ARNm est augmenté pour l'IL-6 après stimulation par le peptide VTN (a.a.381-397) en présence ou non de TNF-α (P < 0,05). De même, le niveau d'expression d'ARNm est augmenté pour MMP-3 après stimulation par le peptide C3f ou VTN (a.a.381-397) en présence de TNF-α (P < 0,05 et P < 0,01, respectivement). Ces variations d'expression n'ont cependant pas été confirmées au niveau protéique. Le peptide C3f diminue l'expression du TGF-β en l'absence de TNF-α (P < 0,05), ce dernier induisant déjà une forte diminution du TGF-β (P < 0,01). L'étude de compétition entre le fragment VTN (a.a.381-397) et l'échistatine pour les différents complexes d'intégrine a montré que le fragment VTN (a.a.381-397) présentait une affinité pour le complexe αVβ6 (IC50 = 3,2 μm).

Discussion. – L'augmentation d'expression sérique du C3f et de la VTN (a.a.381-397) a été confirmée dans l'arthrose et mise en évidence dans le lupus et la sclérodermie. La culture *in vitro* sur fibroblastes synoviaux a montré que le C3f et le fragment VTN (a.a.381-397) ne jouent pas un rôle prépondérant dans l'expression de médiateurs de l'inflammation tels que l'IL-6, MMP-1 ou MMP-3. Par contre, C3f diminue l'expression du TGF-β. Le fragment VTN

(a.a.381-397) présente une affinité pour l'intégrine αVβ6 qui joue elle-même un rôle prépondérant dans l'activation du TGF-β latent.

Conclusion. – Ces deux peptides pourraient jouer un rôle dans l'expression et l'activation du TGF-β, facteur anabolique mais également pro-fibrosant lorsqu'il est activé par l'intermédiaire de l'intégrine αVβ6.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-072

Profil immunologique des cas de lupus érythémateux systémique vus dans le service de rhumatologie au CHU du Point G

S. Touré* (1) ; IS. Pamanta (1) ; S. Fanta (1) ; B. Kodio (2) ; F. Diakité (3) ; S. Diallo (1) ; M. Touré (1) ; A. Toure (4) ; IA. Cisse (1)
(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali ; (2) Rhumatologie, Polyclinique Aly Guindo, Bamako, Mali ; (3) Service de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE, Bamako, Mali ; (4) Néphrologie et hémodialyse, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali
*Auteur correspondant : sidalhadj@yahoo.fr (S. Touré)

Introduction. – Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune non spécifique d'organe. Le bilan immunologique revêt un intérêt diagnostique et pronostic [1]. Cette étude avait pour objectif de ressortir le profil immunologique des patients lupiques vus en rhumatologie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective sur treize ans [01/01/05-31/12/17], sur dossiers médicaux de patients lupiques vus en consultation et/ou hospitalisés dans le service de rhumatologie. La fiche d'enquête était anonyme et l'accès limité.

Résultats. – Au total, 223 dossiers de patients lupiques (1,07 % des consultants) ont été recensés. Il s'agissait de 19 hommes et 204 femmes. 41,7 % étaient des femmes au foyer. La classe d'âge 35-44 ans a prédominé avec 27,8 % des patients. L'atteinte étaient multiviscérale : cardiovasculaire (3,1 %), pulmonaire (6,7 %), neuropsychiatrique (14,3 %), rénale (33,6 %), hématologique (35,2 %), cutanée (58,3 %) et polyarticulaire (95,5 %). Le bilan immunologique retrouvait 63,2 % de positivité des Anticorps antinucléaires de type moucheté (ANA Screen), 94,6 % pour les Anti-DNA natifs (dont 84,3 % positif et 10,3 % douteux) et 30 % pour les Anti-Sm. Une fausse positivité de la sérologie syphilitique a été notée chez 21,9 % des patients. Les facteurs rhumatoïdes étaient positifs chez 19,3 % des patients dans un contexte évoquant un Rhupus. Un syndrome de Sharp clinique a été évoqué chez 20,4 % des patients qui répondaient aux critères de classification de Kahn. L'hydroxychloroquine et le méthotrexate étaient les traitements de fond les plus utilisés (respectivement 73,7 et 14 %).

Discussion. – Les manifestations cutanéomuqueuses et ostéoarticulaires inaugurent l'affection [1]. Les ANA (63,2 % dans cette série) peuvent être présents plusieurs années avant le début clinique du lupus et l'activité de la maladie est proportionnelle aux taux élevés [2]. Les anti-Sm, spécifiques mais peu sensibles, contrastent avec les anti-DNA natifs qui seraient plutôt marqueurs des atteintes viscérales [1].

Conclusion. – Les marqueurs immunologiques, sont souvent positifs au cours du lupus systémiques cependant le diagnostic reste clinique aussi.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] 2 – D. Lipsker, J. Sibilia, et al. Lupus érythémateux ; Ed. Masson 2013 : 7-38
- [2] 1 – Meyer O. Lupus érythémateux systémique ; EMC 2004 : 14-244-A-10

PE. Lu-073

Les causes d'arrêt des anti-TNFa en rhumatologie

FZY. Heddi* (1) ; S. Debbah (1) ; N. Djekoun (1) ; N. Bahaz (1) ; S. Mostefai (1) ; S. Lefkir (1)

(1) Rhumatologie, CHU Béni messou, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : dr.heddi@gmail.com (FZY. Heddi)

Introduction. – L'avènement des biothérapies a révolutionné la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques, cependant dans certaines situations leur arrêt temporaire ou définitif est nécessaire. L'objectif de notre étude est d'analyser les raisons de suspension des anti-TNF alpha.

Patients et méthodes. – L'analyse est faite sur dossiers de patients hospitalisés pour rhumatisme inflammatoire chronique et traités par anti TNF alpha (infiximab, adalimumab et l'etanercept) de 2009 à 2017.

Nous avons relevé les caractéristiques épidémiologiques, les indications au traitement biologique, les traitements de fond associés, la durée du traitement et les différentes causes d'arrêt.

Résultats. – Il s'agit de 139 patients (97 hommes, 42 femmes), âgés en moyenne de 38,8 (± 11,7) ans. 99 patients étaient suivis pour spondylarthrite ankylosante (SPA), 15 pour rhumatisme psoriasique, 12 pour polyarthrite rhumatoïde, 9 pour rhumatisme des entérocolopathies et 4 associations SPA et PR. 58 étaient traités par adalimumab (ADA), 54 par etanercept (ETA) et 27 par infiximab (INF). L'arrêt de l'anti-TNF α a été indiqué dans 51 cas, 28 SPA, 9 rhumatismes psoriasiques, 8 rhumatismes des entérocolopathies, 5 PR et une association SPA et PR. Ces patients étaient répartis en 28 hommes et 23 femmes, âgés en moyenne de 43,4 (± 11,1) ans. La durée moyenne de la maladie était de 14,0 (± 8,6) ans. Un DMARD a été associé chez 26 patients, 19 sous méthotrexate, 5 sous salazopyrine, un sous leflunomide et un sous azathioprine. L'ADA a été suspendu dans 20 cas (39,2 %), l'INF dans 16 cas (29,4 %) et l'ETA dans 15 cas (31,4 %). Le maintien thérapeutique moyen était de 14,5 (± 13,8) mois pour tous les anti TNF α confondus. Le maintien de l'ETA était supérieur à celui de l'INF (p = 0,006) et de l'ADA supérieur à celui de l'INF (p = 0,02). Les causes d'arrêt étaient dominées par la survenue d'effets indésirables dans 60,8 % des cas à type d'infection dans 15 cas (29,4 %) dont 2 cas de tuberculose (intestinale et gonglionnaire), réactions cutanées dans 6 cas (11,8 %), réactions allergiques systémiques dans 5 cas (9,8 %), cytolysse hépatique dans 4 cas (7,8 %) et la découverte d'une atteinte neurologique démyélinisante centrale dans un cas (1,9 %). Dans les autres cas il s'agit d'un échappement thérapeutique dans 10 cas (19,6 %), inefficacité dans 5 cas (9,8 %), intervention chirurgicale et grossesse dans 2 cas chacun (3,9 %) et perte de suivi dans un cas (1,9 %). La comparaison entre les trois anti-TNF α concernant le motif d'arrêt montre une prédominance des infections sous ADA et des réactions allergiques systémiques sous INF, pour les autres causes d'arrêt il n'y a pas de différence significative.

Conclusion. – Les arrêts thérapeutiques sous anti-TNF α prédominent pour l'adalimumab où les causes sont dominées par les infections d'où la nécessité de rester vigilant et de suivre régulièrement les patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-074

Les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde sous une première biothérapie anti-TNF vs non anti-TNF ont-ils le même profil ?

M. Maravic* (1) ; L. Jacob (2) ; M. Ducros (3) ; C. Eteve (3) ; K. Ea (4)

(1) Real World Insights / Rhumatologie, IQVIA / Hôpital Lariboisière, La Défense / Paris ; (2) Faculté de médecine, Université Paris 5, Paris ;

(3) Real World Insights, IQVIA, LaDéfense ; (4) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris

*Auteur correspondant : milka.maravic@iqvia.com (M. Maravic)

Introduction. – La prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde s'est transformée avec la mise à disposition d'un nombre croissant de biothérapies. L'objectif de cette étude est de décrire le profil des patients selon le type de la première biothérapie initiée (anti-TNF vs. non anti-TNF).

Patients et méthodes. – 488 cas de polyarthrite rhumatoïde ont été collectés auprès de 67 rhumatologues ayant une activité hospitalière partielle ou complète. Une analyse descriptive a été réalisée.

Résultats. – Les résultats sont décrits ci-dessous. Les motifs les plus fréquents du choix des biothérapies sont la tolérance et la rapidité du mode d'action pour les deux classes, le recul de leur utilisation pour les anti-TNF et les modalités d'administration pour les non anti-TNF.

Tableau 1 Description des cas patients selon le type de biothérapie

	Anti-TNF (N = 372, 76 %)	Non anti-TNF (N = 116, 24 %)	P-Value (test Chi-2 ou test t)
Femme - %	66,4	65,5	0,861
Age - moyenne (ET)	51,1 (13,4)	56,5 (13,4)	< 0,001
Statut professionnel			
Temps plein %	55,5	39,7	0,003
Temps partiel %	10,8	7,8	
Sans emploi %	8,6	15,5	
Retraité %	25,1	37,1	
Durée de la maladie (ans) : moyenne (ET)	6,3 (6,4)	7,8 (7,7)	0,061
Présence de manifestations extra articulaires - %	8,1	19,1	< 0,001
VS - moyenne (ET)	28,1 (20,1)	31,6 (26,8)	0,257
FR positif - %	84,9	89,5	0,219
Anti-CCP positif %	86,4	85,7	0,846
Score DAS 28 moyenne (ET)	3,5 (1,4)	3,5 (1,6)	0,872
Impact sur la qualité de vie			
Aucun %	4,6	7,8	0,003
Faible %	25,5	12,9	
Moyen (gênant) %	47,6	44	
Fort (handicapant) %	22,3	35,3	
Type de biothérapie %	adalimumab : 27,4 certolizumab pegol 9,7 etanercept : 41,7 biosimilaire etanercept : 4, golimumab : 8,6 infiximab : 5,1 biosimilaire infiximab : 3,5	abatacept : 43,1 rituximab : 12,1 tocilizumab : 44,8	
Coût annuel du traitement incluant l'hospitalisation de jour (€) : moyenne (ET)	10 605 (3 149)	12 086 (3 674)	0,135

Conclusion. – Les patients sous biothérapie non anti-TNF versus anti-TNF sont statistiquement plus âgés avec un impact plus significatif sur le statut professionnel et la qualité de vie et ont plus de manifestations extra-articulaires.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-075

Manifestations cutanées observées chez les patients sous traitement biologique

B. Bengana* (1) ; A. Boukabous (2) ; N. Bahaz (3) ; A. Ogbi (2) ; S. Lefkir (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Beni Messous, Alger, Algérie ;

(2) Rhumatologie, CHU BENI MESSOUS, Alger, Algérie ;

(3) Rhumatologie, Hopital Beni Messous, Béni Messous, Algérie

*Auteur correspondant : newbilal@live.fr (B. Bengana)

Introduction. – Les traitements biologiques (TB) sont devenus un traitement courant dans les pathologies inflammatoires chroniques, néanmoins, les effets indésirables inhérents à ces thérapeutiques sont de plus en plus rencontrés. Parmi ces effets on dénombre les manifestations dermatologiques : infectieuses, allergiques ou même carcinomateuses, qui imposent parfois l'arrêt du traitement de façon temporaire ou définitive. Ce travail consiste à recenser les manifestations cutanées qui font suite à l'utilisation du traitement biologique tout en appréciant leur fréquence et leur gravité.

Patients et méthodes. – Étude prospective sur dossiers de patients reçus en hôpital de jour de rhumatologie pour un TB depuis au moins 3 mois, le recrutement et suivi s'est fait sur une période de 10 mois (septembre 2017 – juin 2018), nous avons recensé toutes les données sur les manifestations cutanées durant l'observance du TB avec examen dermatologique complet tout en appréciant le phototype des patients, le niveau d'exposition au soleil et les moyens de photoprotection.

Résultats. – Nous avons colligé 68 patients pour l'étude (anti TNF α n = 45, Rituximab n = 11, Tocilizumab n = 12), avec une prédominance féminine à 59 %, l'âge moyen était de 39 \pm 10,2 ans, 37 ont présenté des manifestations cutanées soit 54 % ; les principales manifestations cutanées survenues chez les patients soumis au TB étaient plus sous anti-TNF α 21/68 (30 %), avec le plus souvent des infections cutanées. Les autres événements dermatologiques rencontrés étaient des éruptions inflammatoires ou des réactions allergiques (induction de psoriasis ou d'eczéma, réactions aux injections), nous n'avons recensé aucune lésion carcinomateuse hormis deux patients qui présentaient des lésions suspectes de la face (étude anatomopathologique en cours).

Conclusion. – Les manifestations cutanées restent fréquentes et relativement bénignes à travers cette étude et vient confirmer l'importance de l'éducation thérapeutique et du suivi dermatologique des patients traités par TB en rhumatologie ou ailleurs. Ce travail prospectif doit être complété sur une période plus longue particulièrement pour le dépistage des lésions cutanées malignes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-076

Étude de la concordance entre le test cutané à la tuberculine et le QuantiFERON-TB Gold dans le dépistage de la tuberculose latente avant une biothérapie

M. Sellami* (1) ; A. Fazaa (1) ; K. Ouenniche (1) ; S. Miladi (1) ; K. Selma (1) ; C. Selma (1) ; K. Ben Abdelghani (1) ; A. Laatar (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

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

Introduction. – Le dépistage de la tuberculose latente (TBL) est primordial chez les patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques et candidats à un traitement biologique. Les recommandations sont basées sur le test cutané à la tuberculine (TCT) et les tests de libération d'interféron-gamma, y compris le QuantiFERON-TB Gold (QFT), qui présentent des avantages et des limites.

Le but de cette étude était d'évaluer la concordance entre les résultats de ces deux tests dans le dépistage de la TBL chez des patients candidats à un traitement biologique.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective (2015–2017) portant sur des patients suivis en rhumatologie (pour rhumatisme inflammatoire chronique) ou en gastroentérologie (pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) et candidats à une biothérapie (anti-TNF alpha ou Tocilizumab). Les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées. Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax et d'un test immunodiagnostic (QFT pour tous les patients et TCT).

Résultats. – Notre étude a porté sur 43 hommes (41,7 %) et 60 femmes (58,2 %), âgés en moyenne de 47,8 ans [18-74]. Il s'agissait de 47 cas de polyarthrite rhumatoïde, 25 cas de spondyloarthrite, 30 cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (21 cas de maladie de Crohn et 9 cas de rectocolite hémorragique) et un cas d'arthrite juvénile idiopathique. Aucun antécédent de tuberculose ou de contagio tuberculeux n'a été relevé. Le test QFT était négatif dans 79 cas (76,6 %), indéterminé dans un seul cas (1 %) et positif dans 23 cas (22,3 %). Le TCT, pratiqué dans 94 cas (89,5 %), était négatif dans 51 cas (54,2 %) et \geq 5 mm dans 43 cas (45,7 %). L'induration moyenne du TCT était de l'ordre 7,63 \pm 9,27 mm [0-32]. Trente résultats discordants ont été objectivés : 25 cas (23,8 %) de TCT positif avec un QFT négatif et 5 cas (4,7 %) de TCT négatif avec QFT positif. Ces résultats divergents ont été principalement retrouvés chez les patients sous corticostéroïdes systémiques (80 %). Les TCT positifs avec un seuil supérieur ou égale à 15 mm et les tests QFT positifs étaient comparables (17,1 % vs 21,9 %, p = 0,09). La concordance entre les résultats du TCT et du QFT mesuré par le coefficient k était faible (k = 0,08, IC à 95 %, 0,003 à 0,162). Cette concordance a augmenté chez les patients ne prenant pas de corticostéroïdes systémiques concomitants (coefficient k = 0,12). La sensibilité du TCT et du QFT était également faible, mais la spécificité du QFT était plus élevée (tableau 1). La spécificité du TCT a augmenté de manière concomitante avec l'augmentation du seuil de TCT (tableau 1).

Tableau 1 Sensibilité, spécificité et exactitude du TCT et QFT dans le dépistage de la TBL

	Sensitivité (%)	Spécificité (%)	Exactitude (%)
QFT	26,14	100	75,3
TCT	73,9	80,6	73,6
TCT \geq 5 mm	73,9	79,1	71,2
TCT \geq 10 mm	73,9	80,6	72,5
TCT \geq 15 mm	52,1	97,0	74,1
TCT \geq 20 mm	39,1	98,5	74,4
TCT \geq 25 mm	4,3	98,5	75,6

QFT : QuantiFERON-TB Gold, TCT : test cutané à la tuberculine, TBL : tuberculose latente.

Conclusion. – La concordance entre les résultats des tests QFT et TCT était faible. Les deux tests doivent être inclus dans la stratégie de dépistage de la TBL selon l'endémicité de la tuberculose, la vaccination reçue et les traitements immunosuppresseurs antérieures ou en cours.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-077

Étude des facteurs prédictifs de survenue de la tuberculose latente chez les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique

M. Sellami* (1) ; A. Fazaa (2) ; K. Ouenniche (2) ; S. Miladi (2) ; K. Selma (2) ; C. Selma (2) ; K. Ben Abdelghani (2) ; A. Laatar (2)

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

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

Introduction. – Les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique sont exposés à un risque infectieux accru en rapport avec la pathologie et ses traitements. Par conséquent, le dépistage de la

tuberculose latente (TBL) reste primordial avant l'initiation de toute biothérapie chez ces patients. Notre objectif était de déterminer les facteurs prédictifs de survenue de la TBL chez les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique et candidats à un traitement biologique.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective (2015–2017) monocentrique, incluant des patients suivis en rhumatologie (pour un rhumatisme inflammatoire chronique) et en gastroentérologie (pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) candidats à une biothérapie. Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax et d'un test immunodiagnostic (un test Quantiféron (QTF) pour tous les patients et test cutané à la tuberculine (TCT).

Résultats. – Notre étude a porté sur 103 patients (60 femmes), âgés en moyenne de 47,8 ans [18-74]. Il s'agissait de 47 cas de polyarthrite rhumatoïde, 25 cas de spondyloarthrite, 30 cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (21 cas de maladie de Crohn et 9 cas de rectocolite hémorragique) et un cas d'arthrite juvénile idiopathique. La durée moyenne d'évolution des maladies inflammatoires était de 11,2 ans [1-29]. Aucun antécédent de tuberculose ou de contagement tuberculeux n'a été relevé. Quatre-vingt-treize patients (90,2 %) étaient vaccinés par le Bacille de Calmette et Guérin (BCG) à la naissance. Un traitement par corticothérapie au long cours et par immunosuppresseurs était prescrit chez respectivement 81 (78,6 %) et 79 (76,6 %) patients. La radiographie du thorax a montré des images suggestives de tuberculose active dans 3 cas, non confirmée par la tomodensitométrie (TDM) thoracique. Le test QTF, pratiqué dans tous les cas, était positif dans 23 cas (22,3 %). Le TCT, pratiqué dans 94 cas (89,5 %), était positif dans 43 cas (45,7 %). En cas de positivité ou de valeur indéterminée du QTF ou de l'IDR, un complément d'exploration par TDM thoracique et recherche de bacille de Koch dans les crachats ont été pratiqués et se sont avérés négatifs dans tous les cas. Au terme de ce bilan, le diagnostic de TBL a été retenu dans 23 cas (21,9 %). Les facteurs de risque classiques de la réactivation de la tuberculose (antécédents de tuberculose active, contact étroit avec un patient atteint de tuberculose active et radiographie thoracique suggérant une infection tuberculeuse antérieure) étaient absents dans notre série. Les traitements immunosuppresseurs (y compris les corticostéroïdes) n'ont pas affecté la positivité du QTF (15,3 % vs 14,4 %, $p = 0,221$). Par contre, la positivité du QTF était associée à l'absence de la vaccination par le BCG pour le QTF et la prise des traitements immunosuppresseurs pour le TCT. La connaissance de ces facteurs pourrait ainsi améliorer la sensibilité de ces tests.

Conclusion. – Dans notre étude, les facteurs prédictifs de positivité des tests immunologiques de dépistage de la TBL étaient l'âge pour les 2 tests, l'absence de vaccination par le BCG pour le QTF et la prise des traitements immunosuppresseurs pour le TCT. La connaissance de ces facteurs pourrait ainsi améliorer la sensibilité de ces tests.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-078

Influence du remplacement du test cutané à la tuberculine par le test quantiféron sur la décision d'administrer une antibiothérapie antituberculeuse prophylactique avant la biothérapie

A. Fazaa (1) ; M. Sellami* (1) ; S. Miladi (1) ; K. Ouenniche (1) ; K. Selma (1) ; C. Selma (1) ; K. Ben Abdelghani (1) ; A. Laatar (1)
(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

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

Introduction. – La plupart des recommandations pour le dépistage de la tuberculose latente (TBL) chez les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique et candidats à un traitement biologique sont basées sur le test cutané à la tuberculine (TCT), qui manque de

spécificité et de sensibilité et peut conduire à un traitement inutile par les antibiotiques. Le but de notre travail était de déterminer les conséquences du remplacement du TCT par le test immunologique Quantiféron (QTF) sur le dépistage de la TBL et sur la fréquence de prescription de chimioprophylaxie antituberculeuse chez des patients candidats à une biothérapie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée sur une période de 2 ans [2015–2017]. Nous avons inclus les patients suivis en rhumatologie (pour un rhumatisme inflammatoire chronique) et en gastroentérologie (pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) et candidats à une biothérapie (anti-TNF alpha ou Tocilizumab). Les données démographiques, cliniques et thérapeutiques ont été collectées. Les patients ont bénéficié en même temps du test QTF puis TCT. Le diagnostic de TBL et l'effet sur la décision d'administrer une antibiothérapie ont été évalués.

Résultats. – Notre étude a porté sur 103 patients (60 femmes), âgés en moyenne de 47,8 ans [18-74]. Il s'agissait de 47 cas de polyarthrite rhumatoïde, 25 cas de spondyloarthrite, 30 cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (21 cas de maladie de Crohn et 9 cas de rectocolite hémorragique) et un cas d'arthrite juvénile idiopathique. La durée moyenne d'évolution des maladies inflammatoires était de 11,2 ans [1-29]. Aucun antécédent de tuberculose ou de contagement tuberculeux n'a été relevé. Parmi tous les patients, 94 (89,5 %) avaient les résultats des 2 tests. Le test QTF et le TCT étaient positifs respectivement dans 23 cas (22,3 %) et 43 cas (45,7 %). Le QTF était indéterminé dans un seul cas (1 %). En cas de positivité ou de valeur indéterminée du QTF ou du TCT, un complément d'exploration par tomodensitométrie thoracique et recherche de bacille de Koch dans les crachats ont été pratiqués et se sont avérés négatifs dans tous les cas. Le nombre de patients nécessitant une chimioprophylaxie avant l'instauration d'un traitement biologique était différent selon la méthode de dépistage de TBL. En tenant compte uniquement des résultats du TCT, 43 patients (40,9 %) devaient être traités. En remplaçant les résultats positifs du TCT par le QTF, seulement 23 patients (21,9 %) avaient besoin d'une prophylaxie antibiotique. Ainsi, le nombre de patients nécessitant une chimioprophylaxie a été significativement réduit de plus de la moitié (de 40,9 % à 21,9 %, $p = 0,0002$). En se basant sur les résultats positifs du QTF, le traitement biologique a été retardé dans 23 cas (21,9 %) avec une durée moyenne de retard de $0,54 \pm 1,42$ mois [0-8].

Conclusion. – Notre étude a montré que le remplacement du TCT par le test QTF pour le dépistage de la TBL a permis de réduire significativement de plus de moitié la proportion de patients nécessitant une chimioprophylaxie antituberculeuse. Ceci permettrait de limiter la fréquence des effets secondaires des antibiotiques et d'éviter le retard à l'initiation d'une biothérapie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-079

Évaluation de l'immunogénicité de 3 anti-TNF α (infliximab, adalimumab et étanercept) chez 42 patients atteints de maladies inflammatoires chroniques

I. Mezghiche* (1) ; SS. Salah (1) ; M. Bénidir (1)
(1) Département d'immunologie, Institut Pasteur d'Algérie, Dely Ibrahim, Algérie

*Auteur correspondant : ik-mez@hotmail.fr (I. Mezghiche)

Introduction. – Le développement des biothérapies anti-TNF α est considéré comme une révolution thérapeutique dans les maladies inflammatoires chroniques (MIC). Cependant, ces biomédicaments présentent l'inconvénient d'être immunogènes, induisant la production d'anticorps anti-biomédicament ou ADA (anti-Drug Antibody) neutralisant l'anti-TNF α et aboutissant souvent à un échec thérapeutique. Le but de notre étude est d'évaluer l'immunogénicité de

03 anti-TNF α : Infliximab (IFX), Adalimumab (ADL) et Etanercept (ETN) chez des patients atteints de MIC.

Patients et méthodes. – Notre étude a porté sur le dosage des biomédicaments et des anticorps anti-biomédicaments (ADA) effectué chez 42 patients (âge : 38 \pm 13 ans ; sexe ratio 1 : 1 ; durée d'évolution : 10 \pm 6 ans) sous anti-TNF α pour prise en charge de Spondylarthrite (25 cas), de Maladie de Crohn (6 cas) ou de Polyarthrite Rhumatoïde (3 cas), présentant un échec thérapeutique primaire ou secondaire. Le dosage a été effectué par la technique immuno-enzymatique type ELISA Promonitor® (Progenika Biopharma SA, Spain).

Résultats. – Nos résultats montrent la production des ADA chez 12 (29 %) patients (ETN 0 %, ADL 32 % et IFX 36 %). Parmi les sujets ayant développé des ADA, la majorité est de sexe féminin (58 %). Les patients âgés de plus de 40 ans ont développé 3 fois plus d'ADA. Par ailleurs, nous avons remarqué que les épisodes d'échec apparaissent, en moyenne, après un plus faible nombre de perfusions chez les sujets de sexe féminin (10 vs. 30) et sous IFX. En outre, les patients sous anti-TNF en association au MTX produisent moins d'ADA (22 %) que ceux recevant l'anti-TNF seul (29 %). Aucune influence du type de pathologie sous-jacente n'a pu être démontrée, ni d'un éventuel switch antérieur d'anti-TNF α (34,6 % vs. 33,3 %). Le dosage des biomédicaments chez les sujets ADA (+) a révélé des concentrations infra-thérapeutiques chez 90 % des patients.

Discussion. – Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. La fréquence des ADA est de 29 %. L'IFX est plus immunogène que l'ADL et encore plus que l'ETN, ceci étant relatif à la nature des trois biomédicaments (les biomédicaments humanisés étant nettement moins immunogènes que les chimériques). L'immunogénicité des trois anti-TNF augmente chez les patients de sexe féminin, probablement en rapport avec les propriétés immuno-modulatrices des hormones sexuelles. Cette immunogénicité augmente également avec l'âge du patient ; Les différences de développement du système immunitaire et/ou de son activité au cours du vieillissement seraient à l'origine de cette plus forte réactivité. Néanmoins, l'association d'un immunosuppresseur diminue nettement cette réactivité. La présence d'ADA s'accompagne d'une diminution de la dose du biomédicament en dessous du seuil thérapeutique (effet neutralisant) à l'origine de l'échec thérapeutique chez 26 % des patients sous biothérapie.

Conclusion. – La fréquence des ADA est de 29 %. Ces anticorps sont neutralisants dans 90 % des cas. Le sexe féminin et l'âge avancé constituent deux facteurs favorisant l'immunogénicité. Tandis que l'association d'immunosuppresseur est préventive. Il est important aux cliniciens de connaître ces facteurs pour être capable de choisir le bon anti-TNF α pour chacun des patients afin d'optimiser la réponse au traitement. Notre travail, rend compte également de l'importance de pouvoir suivre la concentration du biomédicament mais aussi sa potentielle immunogénicité (ADA).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-080

Espacement des traitements biologiques au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

H. Boumediene* (1)

(1), Béjaïa, Algérie

*Auteur correspondant : lina_raouf@hotmail.fr (H. Boumediene)

Introduction. – Depuis l'avènement des traitements biologiques, le pronostic fonctionnel des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques a été amélioré. Les critères de rémissions sont de plus en plus strictes, imposant au clinicien une prise en charge rigoureuse.

Patients et méthodes. – Notre étude est prospective (1^{er} janvier 2014 – décembre 2017). Nous avons inclus les patients sous biothérapies atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) répondant aux critères de l'ACR et l'EULAR 2009 ou despondyloarthrites répondant aux critères d'AMOR et l'ESSG.

Résultats. – Cent seize patients sont inclus dans notre série. Trente quatre patients atteints de PR (32 femmes /02 hommes), l'âge moyen au moment de l'induction du traitement est de 35,5 ans et un DAS28 à 5.4. Soixante quinze patients atteints de spondylarthrite ankylosante (18 femmes /57 hommes), l'âge moyen au moment de l'induction du traitement est de 29 ans, un BASDAI de 8,5 et un BASFI de 8,2. Sept patients atteints de rhumatisme psoriasique (03 femmes/04 hommes), l'âge moyen au moment de l'induction du traitement biologique est de 33,5 ans avec un EVA_g de 4,9. 71 patients étaient sous Etanercept, 40 patients sous Adalimumab, 04 patients sous Tocilizumab et 01 patient sous Infliximab. Dans le groupe polyarthrite rhumatoïde la rémission (DAS28 : 2,05) est obtenue en moyenne après 12 mois de traitement chez 76,47 % des patients. Dans le groupe spondylarthrite ankylosante, la rémission BASDAI : 2 et ASDAS : 1.3 est obtenue après 10 mois de traitement chez tous les patients. et pour le groupe rhumatisme psoriasique chez 42,5 % des patients. L'espacement s'est fait selon le schéma 10 j/15 j/ 03 semaines pour l'etanercept, 21 J/01 mois pour l'adalimumab et chaque 06 semaines pour le tocilizumab. Aucune poussée n'a été constatée chez ces patients. La rémission n'a pas été obtenue chez les patients présentant une polyarthrite ancienne et cortico-dépendante, ils gardent une faible activité de la maladie. (voir le graphe).

Conclusion. – L'espacement est ainsi une réalité et non un mythe. Cela permet de réduire les coûts et les éventuelles morbidités liées à ces thérapeutiques, tout en gardant le bénéfice de l'efficacité. Soulignons l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-081

Tolérance de l'association de deux biomédicaments chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : revue systématique de la littérature et méta-analyse

G. Boleto* (1) ; L. Kanagaratnam (2) ; M. Drame (2) ; JH. Salmon (1)

(1) Rhumatologie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche, Reims ;

(2) Unité d'aide méthodologique, CHU de Reims, Reims

*Auteur correspondant : gmboleto@gmail.com (G. Boleto)

Introduction. – Parmi les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active, 20 à 40 % présentent un échec primaire ou secondaire aux biomédicaments actuellement disponibles. L'association de deux biomédicaments pourrait être une alternative thérapeutique. Cependant, la principale préoccupation de cette association concerne la tolérance notamment infectieuse. Le but de notre étude était de fournir un aperçu de la tolérance de l'association de deux biomédicaments, indépendamment de la dose, dans le traitement de patients atteints de PR fondée sur les preuves de la littérature.

Matériels et méthodes. – Une revue systématique de la littérature et une méta-analyse ont été effectuées dans Medline, Embase, Cochrane Library, Scopus, ClinicalTrials.gov et la plateforme WHO International Clinical Trials Registry. Deux rhumatologues utilisant les mêmes critères d'admissibilité prédéfinis ont mené indépendamment cette recherche. Le critère de jugement principal était le taux d'événements indésirables graves. Le taux total d'événements indésirables, d'événements infectieux et d'événements infectieux graves ont également été évalués. Les odds ratio (OR) et les intervalles de confiance à 95 % (95 % CI) ont été calculés et poolés avec des modèles à effets aléatoires. L'hétérogénéité statistique a été évaluée par le Cochran Q et les statistiques I².

Résultats. – À partir des critères prédéfinis, six études ont été retenues pour l'étude : 5 essais cliniques randomisés et 1 étude observationnelle comparative. Les populations étudiées comprenaient un total de 623 patients : 410 patients traités par l'association de deux biomédicaments et 213 patients traités soit par un biomédicament seul soit par l'association d'un biomédicament et d'un placebo. La durée de suivi moyenne était de 9,5 mois (6-12 mois). Le taux d'évè-

nements indésirables graves (14,9 vs 6,0 %, OR 2,51, 95 % CI 1,29-4,89, I2 0 %) ainsi que d'évènements indésirables totaux (94,6 vs 89,1 %, OR 2,07, 95 % CI 1,11-3,86, I2 0 %) étaient significativement plus élevés dans le groupe de patients traités par l'association de deux biomédicaments. Le taux d'évènements infectieux et d'évènements infectieux graves n'était pas différent entre les deux groupes. Cependant, une analyse en sous-groupe mettait en évidence une augmentation significative du taux d'évènements infectieux graves dans le groupe de patients traités par la pleine dose de deux biomédicaments (6,7 vs 0,6 %, OR 5,58, 95 % CI 1,25-24,90, I2 0 %).

Conclusion. – Cette étude confirme que l'association de deux biomédicaments dans le traitement de la PR augmente le risque d'évènements indésirables. Son recours implique une évaluation rigoureuse du rapport bénéfices-risques par le clinicien.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-082

Prévalence des infections sous biothérapies

R. Hassani (1) ; O. Mokrani (1) ; A. Touche (1) ; S. Hamizi (1) ; S. Chihani (1) ; L. Igueni (1) ; F. Bouzar (1) ; M. Djennane* (1)
(1) Rhumatologie, CHU Belloua, tizi ouzou, Algérie

*Auteur correspondant : malik.djennane@hotmail.com

(M. Djennane)

Introduction. – Les biothérapies font désormais partie de l'arsenal thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique. Les biothérapies couramment utilisées sont les agents anti-TNF (infiximab, étanercept, adalimumab et certolizumab), un anticorps ciblant le lymphocyte B (rituximab), un inhibiteur de la costimulation lymphocytaire (abatacept) et un anticorps ciblant le récepteur de l'IL-6 (tocilizumab). La mise en route de ces agents biologiques se fait en milieu spécialisé hospitalier. Ces biothérapies obéissent à des règles d'initiation selon les données de l'autorisation de mise sur le marché, les recommandations nationales et internationales. Ces agents biologiques font preuve d'une forte efficacité dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Les complications potentielles sont dominées par les infections.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive incluant les patients hospitalisés dans notre service de rhumatologie entre 2006-2018 mis sous biothérapie

Résultats. – Sur les 265 dossiers inclus, nous avons constaté 23 infections chez 18 patients (6,79 %) ayant présenté au moins une infection sous biothérapie : 13 femmes et 5 hommes âgés en moyenne de 39 ans. Il s'agissait soit d'une polyarthrite rhumatoïde (10 patients), soit d'une spondylarthrite ankylosante (8 patients), soit d'un rhumatisme psoriasique (1 patient). Tous les patients étaient mis sous traitement conventionnel avant le passage à la biothérapie. Les infections étaient survenues sous adalimumab dans 39 %, étanercept dans 39 %, tocilizumab dans 8,6 % (il n'y avait pas d'infections constatées chez les malades sous infiximab). L'infection était d'origine bactérienne dans 87,07 % des cas : 05 infections pulmonaires (02 sous adalimumab et 03 sous étanercept) dont 02 tuberculeuses (une sous adalimumab et une sous étanercept), 04 infections O.R.L (02 sous étanercept, une sous tocilizumab et une sous adalimumab), 04 infections urinaires (dont 03 sous adalimumab et une sous étanercept), une infection digestive (sous adalimumab) un abcès des parties molles (sous adalimumab), 02 génitales (une sous adalimumab, une sous étanercept), une oculaire sous étanercept, 03 cutanées (une sous tocilizumab une sous adalimumab et une sous adalimumab). Une origine virale de l'infection était notée dans 8,69 % des cas : une sous adalimumab et une sous étanercept, quand aux mycoses elle ne représentait que 4,24 % des étiologies recensées. Le traitement était médical dans 100 % des cas et l'évolution était favorable chez tous les patients sans recours à l'arrêt définitif de la biothérapie.

Conclusion. – Les infections rapportées dans notre série sont nettement plus fréquentes sous traitement type adalimumab et les bactéries sont les agents pathogènes les plus incriminés chez nos patients, ce qui est confirmé par les données de la littérature

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-083

Efficacité du tocilizumab (TCZ) chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) : patients naïfs pour la thérapie biologique par rapport aux patients qui ont déjà eu une thérapie biologique antérieure

S. Ganhão* (1) ; MR. Teresa (1) ; F. Raquel (1) ; A. Francisca (1) ; Á. Ana (2) ; G. Miguel (3) ; M. Eva (1) ; B. Miguel (1) ; C. Lúcia (1)
(1) Rhumatologie, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal ;
(2) Rhumatologie, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Aveiro, Portugal ; (3) Rhumatologie, Hospital Vila Nova de Gaia / Espinho – Unit 1, Vila Nova de Gaia, Portugal

*Auteur correspondant : sganhaods@gmail.com (S. Ganhão)

Introduction. – Les médicaments biologiques antirhumatismes modificateurs de la maladie (bARMM) ciblant l'interleukine-6 ont permis d'améliorer les résultats chez les patients atteints de PR résistants aux traitements synthétiques conventionnels, probablement en raison de son rôle fondamental dans la pathogenèse de cette maladie. Reste la question de savoir si cette efficacité est similaire chez les patients naïfs pour la thérapie biologique et chez les utilisateurs de médicaments biologiques ultérieurs. Cette étude vise à comparer les paramètres d'activité de la maladie, la réponse clinique et les taux de rémission entre ces patients.

Patients et méthodes. – Une étude rétrospective observationnelle a été réalisée, incluant tous les patients atteints de PR traités par TCZ dans notre service de rhumatologie. Les données démographiques et cliniques ont été obtenues en consultant la base de données nationale (Reuma. pt). Les mesures de l'activité de la maladie sur six mois et un an (DAS-28, CDAI et SDAI), l'état fonctionnel (HAQ), les réponses EULAR et ACR ont été comparées.

Résultats. – 75 patients atteints de PR ont été inclus (93,3 % de femmes), avec un âge moyen de 56,97 ± 9,4, un âge moyen au diagnostic de 39,6 ± 11,6 et une durée moyenne de la maladie au début du TCZ de 12,6 ± 8,4 ans. 49,3 % étaient des utilisateurs de TCZ de première ligne et 33,3 % étaient en monothérapie par TCZ. Au départ, le DAS28 moyen était de 6,1 ± 1,1. Les utilisateurs de TCZ dans la première ligne et les utilisateurs de TCZ comme thérapie biologique ultérieure étaient comparables en termes de sexe, d'indice de masse corporelle, de positivité pour le facteur rhumatoïde, de maladie érosive, de manifestations extra-articulaires et de monothérapie par TCZ. Ces deux groupes étaient également comparables en termes d'âge actuel, d'âge au diagnostic et d'âge au début du TCZ. Cependant, ils diffèrent par le nombre de patients présentant anticorps anti-CCP (p = 0,01) : 89,5 % dans le groupe des utilisateurs de TCZ comme thérapie biologique ultérieure (vs 59,5 %). À 6 mois, il y avait des différences statistiquement significatives dans le moyen deltaDAS28 (écart-type) entre les utilisateurs de première ligne et les utilisateurs suivants (p = 0,002) : 3,02 (1,26) contre 2,05 (1,28), respectivement. La réponse de l'EULAR à 6 mois était également statistiquement différente (p = 0,02) : 52,9 % des patients du groupe TCZ de première ligne ont présenté une bonne réponse EULAR à 6 mois (vs 22,2 % des utilisateurs ultérieurs). De plus, 55,9 % des utilisateurs de TCZ de première ligne ont atteint une rémission ou une activité faible à 6 mois, contre seulement 29,7 % des utilisateurs suivants de TCZ (p = 0,03). En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la réponse deltaDAS28 et EULAR à 1 an entre les deux groupes, ni dans les CDAI, SDAI, HAQ et ACR réponse aux évaluations à six mois et à un an.

Conclusion. – Nos données suggèrent que la réponse de TCZ est comparable à long terme, cependant, plus rapide chez les patients atteints de PR naïfs pour les biologiques. Cette différence peut être expliquée par

une prévalence plus élevée d'anticorps anti-CCP chez les patients ayant déjà eu une autre thérapie biologique, ce qui représente un biomarqueur bien connu de la gravité de la maladie dans la PR.
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-084

La calprotectine sérique n'est pas prédictive de la réponse à l'adalimumab dans la polyarthrite rhumatoïde

G. Servant* (1) ; C. Passot (2) ; E. Piver (3) ; O. Knight (4) ; V. Devauchelle Pensec (5) ; S. Rist (6) ; A. Perdriger (7) ; E. Gervais (8) ; E. Dernis (9) ; B. Legoff (10) ; L. Picon (11) ; P. Goupille (1) ; D. Mulleman (1)

(1) Rhumatologie, Université de Tours, EA 7501 GICC, CHRU de Tours, Tours ; (2) Pharmacologie-toxicologie, Université de Tours, EA 7501 GICC, CHRU de Tours, Tours ; (3) Laboratoire de biochimie, Université de Tours, Inserm U 1259, Tours ; (4) Biochimie, Université de Tours, EA 7501 GICC, CHRU de Tours, Tours ; (5) Rhumatologie, Université de Brest, Inserm UMR1227 LBAI, CHRU de Brest, Brest ; (6) Rhumatologie, CHR d'Orléans, Orléans ; (7) Rhumatologie, CHRU de Rennes, Rennes ; (8) Rhumatologie, CHRU de Poitiers, Poitiers ; (9) Rhumatologie, CH du Mans, Le Mans ; (10) Rhumatologie, CHRU de Nantes, Nantes ; (11) Gastro-entérologie, CHRU de Tours, Tours

*Auteur correspondant : guillaume.servant@etu.univ-tours.fr (G. Servant)

Introduction. – L'adalimumab diminue l'activité inflammatoire de la polyarthrite rhumatoïde (PR), mais des biomarqueurs de l'inflammation sont encore nécessaires pour évaluer de façon fiable la réponse thérapeutique. La calprotectine sérique est un pilier de l'activation endogène de la réponse inflammatoire. L'objectif principal de ce travail était de comparer l'évolution au cours du temps de la calprotectine sérique et de la C-reactive Protein (CRP) après le début de l'adalimumab dans la PR.

Patients et méthodes. – Les concentrations de calprotectine et de CRP ont été mesurées aux semaines 0 (V1), 4 (V2), 8 (V3), 12 (V4) et 26 (V5) à partir des échantillons du PHRC AFORA (NCT01382160). Les variables mesurées ont été étudiées au cours du temps et comparées entre elles. Les valeurs prédictives de la calprotectine et de la CRP ont été étudiées à l'aide d'une analyse en courbe ROC.

Résultats. – Les données de 66 patients ont été analysées. La calprotectine sérique diminuait entre la V1 et la V5 (3,76 µg/mL [0 – 17,47] à 2,74 µg/mL [0 – 18,83] ; $p < 0,05$). Il existait une corrélation positive entre la calprotectine sérique et le DAS28 (Spearman 0,244 ; $p < 0,01$), et entre la CRP et le DAS28 (Spearman 0,512 ; $p < 0,01$), toutes visites combinées. En revanche, la calprotectine sérique était moins prédictive de la faible activité clinique à la V5, que la CRP (aire sous la courbe respectivement de 0,5654 ; $p = 0,05$ pour la calprotectine et 0,7254 ; $p < 0,0001$ pour la CRP).

Conclusion. – La calprotectine sérique diminue après l'initiation de l'adalimumab mais est peu prédictive de l'activité de la PR à la semaine 26. La calprotectine ne peut pas être considérée comme un marqueur fiable de réponse thérapeutique à l'adalimumab dans la PR.

Conflit d'intérêts. – Pfizer et Novartis (présentations au nom de son université) ; Janssen-Cilag (invitation à des congrès) ; Lions Club - Tours Val de France (soutien à la recherche de son université)

PE. Lu-085

Implication des pharmaciens hospitaliers dans l'information des patients traités par biosimilaires intraveineux pour un rhumatisme inflammatoire chronique : projet PHABRIC

M. Villiet (1) ; S. Tropé* (2) ; P. Renaudin (3) ; N. Terrail (4) ; JD. Cohen (5)

(1) Département pharmacie clinique et dispensation, C.H.U., Montpellier ; (2) Directeur, ANDAR, Paris ; (3) Pharmacie, CHU

Lapeyronie, Montpellier ; (4) Cessions externes, Hôpital Arnaud-de-Villeneuve, Montpellier ; (5) Département de rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier

*Auteur correspondant : sonia.trope@polyarthrite-andar.com (S. Tropé)

Introduction. – L'arrivée des biosimilaires (BS) est l'occasion de s'interroger sur la façon d'informer les patients. Dans ce contexte, il est apparu intéressant de réfléchir à la place du pharmacien. Notre objectif est d'étudier les effets de l'implication du pharmacien hospitalier sur l'information des patients traités par BS intraveineux.

Patients et méthodes. – Étude monocentrique avec inclusion de tous les patients atteints de Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC) traités par un BS de l'infliximab. Trois étapes : 1) évaluation initiale du niveau d'information et de connaissances, 2) évolution après remise d'une brochure d'informations [1], 3) évolution après entretien pharmaceutique. Les thèmes abordés étaient : équivalence BS/Biomédicament Référént, fabrication, différence avec générique, efficacité, tolérance, modalités de Prescription et Administration (PA), coût, modalités d'interchangeabilité. Évaluation de l'intégration de l'information par un score reflétant le positionnement du patient sur une échelle variant de -2 (pas du tout d'accord) à +2 (tout à fait d'accord). L'évolution du score de chaque patient a été évaluée à l'aide d'un test de student apparié.

Résultats. – 24 patients traités par BS, 17 patients inclus (1 refus, 6 données incomplètes) : sex ratio 1 ; 4 PR/13 SPA ; 11 déjà traités (9,7 injections en moyenne) / 6 en initiation. Seulement 4 patients avaient été informés sur les BS avant notre étude (23,5 %). Le niveau initial moyen d'information est faible ($S = 0,29$). La lecture de la brochure d'information améliore les connaissances sur la fabrication ($p = 0,01$), l'efficacité ($p = 0,03$) et les PA ($p = 0,03$). L'entretien pharmaceutique complétant la brochure fait progresser le niveau de connaissance sur l'équivalence BS/BR ($p = 0,01$), et le coût ($p < 0,01$). Les connaissances sur la différence avec un médicament générique, la tolérance et les modalités d'interchangeabilité progressent peu. Les résultats ne sont pas influencés par la phase de traitement (initiation ou déjà en cours de traitement) ou le niveau de connaissance initial. Tous les patients ont apprécié l'intervention pharmaceutique. Elle a été jugée plus particulièrement : pédagogique ($S = 1,53$), claire ($S = 1,53$) et utile ($S = 1,41$).

Discussion. – Les patients ne sont majoritairement pas informés qu'ils sont traités par BS. Le niveau d'information initiale des patients sous BS est globalement faible en accord avec ce qui a été constaté au niveau national [2]. La brochure écrite semble être un bon support d'information malgré quelques notions restant non intégrées par les patients. L'intervention d'un pharmacien permet d'éclaircir les patients sur ces notions, en particulier sur l'équivalence BS/BR. Dans un contexte médiatique de défiance vis-à-vis des médicaments comme les génériques, les patients semblent moins convaincus par la bonne tolérance et les modalités d'interchangeabilité

Conclusion. – Le pharmacien hospitalier est un acteur de santé généralement peu en contact avec les patients hospitalisés en dehors des programmes d'éducation thérapeutique. Il apparaît dans cette étude un acteur potentiellement très intéressant dans l'information du patient traité par BS.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] ANDAR – CERBER Bien comprendre les traitements biosimilaires www.polyarthrite-andar.com/IMG/pdf/bien_comprendre_les_ttt_biosimilaires_pageppage.pdf
 [2] Frantzen L, Cohen JD, Tropé S, et al. Patients' concerns about and perception of biosimilars in rheumatology : a french survey, on behalf of CERBER : Comité d'Etudes et de Réflexion sur les Biosimilaires en Rhumatologie. DOI : 10.1136/annrheumdis-2018-eular.4888.

PE. Lu-086

Switch depuis l'étanercept de référence (ETN) vers le GP2015, un biosimilaire de l'étanercept, chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère : résultats de l'étude de phase 3 EQUIRA à 48 semaines

Y. Allanore* (1) ; M. Matucci Cerinic (2) ; H. Schulze-Koops (3) ; M. Buch (4) ; A. Kavanaugh (5) ; E.J. Kucharz (6) ; G. Babic (7) (1) Rhumatologie A, Hôpital Cochin, Paris ; (2) Department of experimental and clinical medicine, Université de Florence, Firenze, Italie ; (3) Division of rheumatology, Université Louis-et-Maximilien de Munich, München, Allemagne ; (4) Section head, clinical musculoskeletal medicine, lirmm, Université de Leeds, Leeds, Royaume Uni ; (5) Rhumatologie, University of California San Diego, La Jolla, États-Unis ; (6) Département de rhumatologie, Université de Silésie, Katowice, Pologne ; (7) Global clinical development, Hexal AG / Sandoz International GmbH, Holzkirchen, Allemagne

*Auteur correspondant : yannick.allanore@aphp.fr (Y. Allanore)

Introduction. – Le GP2015 est un biosimilaire de l'étanercept. Il a démontré une efficacité équivalente ainsi qu'une sécurité et une immunogénicité comparables à celles de l'ETN chez des patients atteints de psoriasis en plaques chronique.1

Objectifs. – Comparer l'efficacité et la sécurité du GP2015 à celles de l'ETN chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) modérée à sévère et évaluer les effets du switch depuis l'ETN vers le GP2015.

Patients et méthodes. – EQUIRA était une étude de phase 3, randomisée, en double aveugle, d'une durée de 48 semaines. Le critère d'évaluation principal était l'équivalence du changement du DAS28-CRP entre l'inclusion et la semaine 24. Des patients âgés de ≥ 18 ans atteints de PR active (critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010 pendant ≥ 6 mois avant l'inclusion et maladie active définie par un DAS28-CRP ≥ 3,2 et un taux de CRP > 5 mg/l ou une VS ≥ 28 mm/h) et ayant présenté une réponse insuffisante au méthotrexate (MTX) ont été randomisés selon un rapport de 1 : 1 pour recevoir 50 mg de GP2015 ou d'ETN par voie sous-cutanée une fois par semaine pendant 24 semaines (période de traitement 1). Les patients ayant obtenu au moins une réponse EULAR modérée à la semaine 24 pouvaient soit continuer le traitement par GP2015, soit être transférés de l'ETN au GP2015 50 mg pendant 48 semaines maximum (période de traitement 2 [PT2]). Tous les patients poursuivaient le traitement concomitant par MTX (10 à 25 mg/semaine) à dose stable et par acide folique. Les mesures des résultats d'efficacité incluaient le changement des réponses DAS28-CRP, EULAR et ACR20/50/70.

Résultats. – Les caractéristiques à l'inclusion étaient comparables entre les groupes GP2015 (n = 186) et ETN (n = 190). Le critère principal d'évaluation de l'équivalence a été rempli.2 La variation moyenne du DAS28-CRP entre l'inclusion et la semaine 48 était comparable entre les groupes GP2015 en continu et transfert vers le GP2015 (population per protocole, PT2 ; voir figure). À la semaine 48, les taux de réponse EULAR et ACR 20/50/70 étaient similaires dans les deux groupes (tableau 1). Au cours de la PT2, des événements indésirables (EI) apparus sous traitement sont survenus chez 42,9 % des patients du groupe GP2015 continu (n = 175) contre 38,0 % de ceux du groupe de transfert (n = 166) ; des EI graves sont survenus respectivement chez 2,3 % et 2,4 % des patients des deux groupes (population d'analyse de la sécurité, PT2). Des réactions au site d'injection ont eu lieu chez 6 (3,6 %) patients du groupe switch mais chez aucun patient du groupe GP2015 continu. Lors de la PT2, 4 (2,4 %) patients du groupe GP2015 continu ont présenté un seul événement de détection d'anticorps anti-médicament non neutralisants à un titre très faible.

Conclusion. – L'efficacité du GP2015 était comparable à celle de l'ETN. De plus, le transfert de l'ETN au GP2015 n'a pas eu d'impact sur l'efficacité et la sécurité de l'étanercept chez des patients atteints de PR modérée à sévère.

Conflit d'intérêts. – Y. A ; M. C ; H. K ; M. B ; A. K ; E. K : les auteurs n'ont pas transmis leurs conflits d'intérêt. G. B – Employé de la société Sandoz GmbH

Références

- [1] Griffiths CEM, et al. Br J Dermatol. 2017 ; 176 : 928-38.
- [2] Kavanaugh A, et al. [résumé]. Arthritis Rheumatol. 2017 ; 69 (suppl 10).

PE. Lu-087

Qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde traités par des biomédicaments : l'étude QUALIBRA

S. Tropé* (1) ; G. Thibaud (2) ; L. Grange (3) ; D. Formont (4) ; S. KROURI (5)

(1) Directeur, ANDAR, Paris ; (2) Président, ANDAR, Paris ; (3) Service de Rhumatologie, CHU G. A Hôpital Sud, Échirolles ; (4) Market research, A A Healthcare, Paris ; (5) Affaires Publiques Rhumatologie, Sanofi Aventis F, Gentilly

*Auteur correspondant : sonia.trope@polyarthrite-andar.com (S. Tropé)

Introduction. – Des avancées majeures dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ont été enregistrées au cours de la dernière décennie grâce à l'introduction des biomédicaments. Cependant, un handicap fonctionnel variable et des symptômes résiduels subsistent chez des patients traités [1]. En France, la qualité de vie de ces patients « en vie réelle », ainsi que leur niveau de satisfaction avec les biomédicaments et leurs attentes au long cours n'ont jamais fait l'objet d'une étude spécifique. Nous avons donc essayé de répondre à ces questions.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une enquête observationnelle transversale auprès de patients atteints de PR traités avec des produits biologiques depuis au moins un an. L'objectif était d'évaluer leur fonctionnement quotidien (à l'aide du questionnaire HAQ-DI) et leur qualité de vie (questionnaire EQ-5D). Leur satisfaction vis-à-vis du traitement actuel et leurs attentes d'amélioration avec des nouvelles biothérapies ont également été évaluées.

Résultats. – Un total de 504 patients atteints de PR a été inclus dans cette étude (âge moyen = 62,4 ans, 18 % d'hommes et 82 % de femmes). La durée moyenne de la PR était de 19,2 ans et la durée moyenne du traitement avec les biomédicaments était de 8 ans. Environ 40 % des patients ont reçu une biothérapie en première ligne et 30 % en deuxième ou en troisième ligne. Lorsque la PR était mal contrôlée par un traitement de première ligne, les patients changeaient leur traitement tous les trois ans en moyenne. Les raisons du changement (switch) d'une biothérapie à une autre étaient liées soit à une efficacité insuffisante (60 % des patients) soit à un problème de tolérance (31 %). Des hospitalisations dues à la progression de la PR au cours des 12 derniers mois ont été rapportées par 22 % des patients en 1re ligne de biothérapie et 32 % des patients en 2e ligne et plus. Le handicap fonctionnel (affectant particulièrement les activités manuelles de la vie quotidienne) a également augmenté avec le nombre de lignes de traitement. En outre, plus de 50 % des patients ayant une activité professionnelle ont dû s'adapter ou changer d'activité en raison de l'évolution de la maladie. En ce qui concerne la perception de leur état de santé, seulement 14 % des patients étaient satisfaits de l'amélioration de leurs symptômes (score de 80 à 100 sur une échelle de 0 à 100). Le score moyen était de 63,5 (plutôt satisfaisant). En outre, les patients satisfaits de leur condition, que ce soit sur les symptômes ou le bien-être, ne représentaient qu'un tiers seulement du total. Si les patients reconnaissent la contribution majeure des biothérapies (le score de satisfaction moyen était de 7,5 / 10), ils sont plus de 80 % à manifester des attentes importantes vis-à-vis des futures alternatives thérapeutiques.

Conclusion. – Malgré les progrès thérapeutiques majeurs réalisés avec les biothérapies pour la prise en charge de la PR, les résultats de cette enquête montrent la persistance d'un handicap fonctionnel, qui se traduit par une qualité de vie non satisfaisante. Le niveau d'attente de ces patients reste élevé vis-à-vis des futures alternatives thérapeutiques.

Conflit d'intérêts. – Sadek Krouri est salarié de Sanofi Aventis F
Didier Formont est salarié de A+A

Références

[1] Gerhold et al. Rheumatology (Oxford). 2015, 54 : 1 858-66.

PE. Lu-088

Comparaison de l'efficacité des traitements biologiques princeps, dans les essais cliniques évaluant ces princeps contre placebo versus ceux comparant ces princeps contre leurs biosimilaires : revue systématique de la littérature et méta-analyse

L. Lopez* (1) ; T. Barnette (2) ; T. Schaeffer (1) ; B. Bannwarth (1) ; M.E. Truchetet (1) ; C. Richez (1)
(1) Rhumatologie, CHU Pellegrin Bordeaux, Bordeaux ;
(2) Rhumatologie, CHU – Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux
*Auteur correspondant : lea.lopezz@gmail.com (L. Lopez)

Introduction. – L'efficacité des biologiques princeps dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été démontrée dans des études de supériorité versus placebo. Récemment, des essais randomisés de non infériorité ont démontré une efficacité comparable entre les biologiques princeps et leurs biosimilaires. Mais le taux de réponse, notamment l'ACR 20, de ces biothérapies princeps est-il semblable dans ces deux types d'étude ? L'objectif de cette étude est de comparer la réponse ACR20 des biologiques princeps (infliximab, etanercept, adalimumab) dans les études pivots (princeps vs placebo) à leur efficacité dans les études de non infériorité (princeps vs biosimilaire) dans la PR.

Matériels et méthodes. – Une recherche bibliographique a été menée sur les bases MEDLINE et EMBASE (jusqu'à mars 2018) pour sélectionner les essais randomisés en double aveugle, contrôlés vs placebo (Groupe Reference-pbo) ou contrôlés vs biosimilaires (Groupe Reference-bs) chez les patients PR non répondeurs au méthotrexate (MTX/DMARD-IR). Les études en monothérapie, chez les patients naïfs de méthotrexate, ou insuffisants répondeurs à un biologique ont été exclues. Le critère principal était le pourcentage de réponse ACR 20 du biologique princeps dans le groupe Reference-pbo et dans le groupe Reference-bs. Une méta-analyse par la méthode de l'inverse de la variance a été réalisée pour estimer un

pourcentage global de réponse ACR20 avec son intervalle de confiance à 95 % dans les groupes Reference-bs et Reference-pbo.

Résultats. – 22 articles ont été inclus sur les 783 retrouvés : 12 dans le groupe Reference-pbo, 10 dans le groupe Reference-bs. Le taux global de réponse ACR 20 des biologiques princeps est de 58 % (54 %-62 %) dans le groupe Reference-pbo, et de 70 % (64 %-76 %) dans le groupe Reference-bs. Le taux global de réponse ACR 50 des biologiques princeps est de 34 % (30 %-39 %) et 44 % (37 %-51 %) dans les groupes Reference-pbo et Reference-bs, respectivement. Les critères d'inclusion, les caractéristiques de la population (durée de la maladie, dose de MTX, activité de la maladie, seropositivité), et le délai d'évaluation (majoritairement 24 semaines) étaient comparables entre les deux groupes d'études.

Conclusion. – L'efficacité des biologiques princeps semble meilleure dans les essais de non infériorité, dans lesquelles tous les patients étaient traités par un biologique, que dans les études pivots où les patients pouvaient recevoir le biologique ou un placebo, alors que les caractéristiques de la population semblent comparables. Il pourrait s'agir d'un effet nocebo du placebo dans les études pivots.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-089

Manifestations paradoxales induites par les anti-TNFa

MA. Ifticene* (1) ; F. Mechid (1) ; R. Benaziez (1) ; C. Dahou-Makhloufi (1)

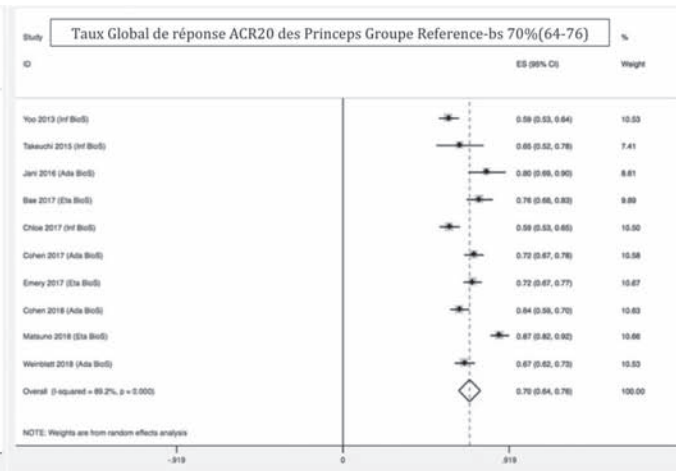
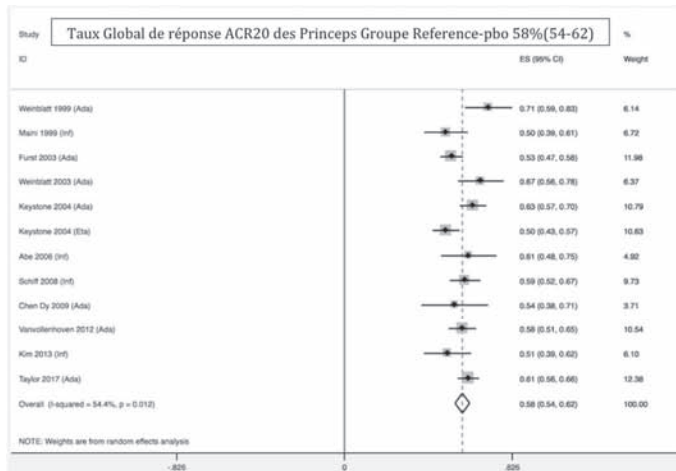
(1) Rhumatologie, CHU BAB EL OUED, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : amel.ifticene@gmail.com (MA. Ifticene)

Introduction. – Les anti TNF α sont utilisés dans le traitement de diverses affections. Le psoriasis, l'uvéïte ou les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), représentent une indication des anti-TNF α , mais peuvent paradoxalement apparaître sous ce traitement. L'objectif de ce travail est de rapporter les atteintes paradoxales observées sous anti TNF α .

Matériels et méthodes. – Étude descriptive longitudinale, monocentrique incluant des patients traités par anti TNF alpha et ayant présenté un évènement paradoxal sous ce traitement. Ont été relevées les données démographiques, la pathologie traitée, le type, la durée d'exposition de l'anti TNF et les différentes manifestations paradoxales.

Résultats. – 164 patients traités par les anti-TNF α (109 hommes, sex ratio = 1,9), l'âge moyen est de 41,53 (24-75 ans). La durée moyenne du traitement est de 43,2 \pm 27,9 mois. 7,92 % de ces patients ont présenté une manifestation paradoxale (8 SA, 1 rhumatisme des MICI, 2 rhumatisme psoriasique, 1 polyarthrite rhumatoïde et 1 chondrocalcinose articulaire). Le délai moyen d'apparition de l'effet paradoxal était de 15,86 mois (2 semaines - 76 mois). 7 poussées



d'uvéites dont 3 de novo, (5 etanercept, 1 adalimumab et 1 infliximab), des lésions psoriasiformes sont apparues chez 4 patients, (2 infliximab, 1 etanercept et 1 adalimumab). Une épisclérite et 2 maladies de crohn ont été observées sous etanercept. La prise en charge a comporté un traitement local de l'uvéite dans 5 cas, associé à une corticothérapie générale dans 2 cas et on a du switcher vers une autre classe d'anti TNF dans tous les cas. En ce qui concerne les lésions psoriasiformes sévères, un switch a été fait d'emblée dans 1 cas. On a tenté un traitement local avec poursuite de l'anti TNF alpha dans un cas, mais voyant ces lésions s'aggraver à l'injection suivante, on a du switcher. Dans 2 cas il y a eu arrêt de l'anti TNF alpha. L'épisclérite a nécessité un switch de l'anti TNF alpha. La maladie de crohn a nécessité un traitement par mesalazine dans un cas, et un switch dans les 2 cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Conclusion. – Des manifestations paradoxales peuvent survenir sous anti TNF. Les uvéites de novo, et la maladie de crohn apparaissent volontiers sous etanercept, tandis que le psoriasis s'observe plus souvent sous anticorps monoclonaux. Le délai d'apparition est variable, il peut aller de quelques années d'où l'intérêt d'une surveillance régulière.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-090

Effets paradoxaux des anti-TNF α

N. Jabrane* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant : nawal.jabrane@yahoo.com (N. Jabrane)

Introduction. – Les agents anti-TNF α ont considérablement modifié la prise en charge des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Parallèlement aux effets secondaires classiques, notamment infectieux, ont été notés certains événements plus rares qui correspondent à des effets paradoxaux. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'incidence des réactions paradoxales chez nos patients recevant un agent biologique anti-TNF α .

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, menée au sein de notre service chez les patients suivis pour un RIC entre avril 2015 et Aout 2018 et ayant reçu un agent biologique anti-TNF-alpha.

Résultats. – Ont été recensés 82 patients recevant un agent biologique anti-TNF-alpha sur une durée moyenne de 20 mois. L'âge moyen était de 42 ans, dont 54 % étaient de sexe masculin. Les principales indications de prescription étaient une spondyloarthrite ankylosante chez 46 patients, une polyarthrite rhumatoïde chez 18 patients. Les agents biologiques prescrits étaient l'Infliximab (46 %), l'Etanercept (25,5 %), l'Adalimumab (19,5 %), et le Golimumab (9 %). Une réaction paradoxale aux anti-TNF-alpha a été notée chez 7 patients (8,5 %) ayant apparue après une durée moyenne d'intitiation du traitement de 5,2 mois. Il s'agissait de 3 cas d'uvéite sous Etanercept, 2 cas d'uvéite sous Adalimumab, 1 cas de psoriasis paradoxal sous Adalimumab et 1 cas de sarcoïdose sous Adalimumab. La conduite à tenir était l'arrêt de la biologie incriminée chez 6 de nos patients avec rémission de l'effet paradoxal.

Discussion. – Les réactions paradoxales sont des manifestations cliniques rares qui se développent sous une biothérapie en reproduisant des symptômes similaires à ceux d'une maladie dont cette biothérapie pourrait être le traitement. Elles apparaissent après une exposition d'une durée variable aux anti-TNF α . Une grande variété d'effets paradoxaux a été décrite dont le psoriasis, la maladie de Crohn et autres entéropathies inflammatoires, la sarcoïdose, l'uvéite, la sclérite, les nodules rhumatoïdes, les hépatites granulomateuses, l'artérite géliganto-cellulaire, les dermatoses diverses et autres. La survenue d'un psoriasis sous anti-TNF α est certainement l'une de ces complications paradoxales les plus fréquentes, particulièrement sous Adalimumab. Dans notre série, l'effet paradoxal le plus fré-

quent était l'apparition d'une uvéite principalement sous Etanercept. L'Adalimumab était l'agent le plus incriminé dans l'apparition du reste des effets paradoxaux décrits chez nos patients, sans aucune réaction décrite sous Infliximab ni sous Golimumab.

Conclusion. – L'apparition des réactions paradoxales au cours des traitements anti-TNF-alpha restent des phénomènes rares mais de plus en plus décrites. Elles reflètent bien la complexité des mécanismes immunologiques impliqués. Une meilleure compréhension des mécanismes responsables devrait permettre dans l'avenir de mieux définir la population à risque.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-091

Efficacité du tocilizumab chez les patients suivis pour une pseudopolyarthrite rhizomélique et/ou une artérite à cellules géantes

N. Jabrane* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant : nawal.jabrane@yahoo.com (N. Jabrane)

Introduction. – La pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) et l'artérite à cellules géantes (ACG) sont des pathologies généralement contrôlées par de la corticothérapie seule et prolongée pour prévenir les rechutes, au prix de ses effets secondaires. Plusieurs travaux récents suggèrent l'efficacité? du ciblage de l'IL-6. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité et la tolérance du Tocilizumab (TCZ) dans le traitement de la PPR et/ou de l'ACG.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle menée au sein de notre service entre juillet 2017 et Aout 2018, ayant inclus 6 patientes ayant reçu du TCZ pour une PPR et/ou une ACG.

Résultats. – Ces 6 patientes avaient un âge moyen de 71 ans. 3 patientes étaient suivies pour une PPR sur une durée d'évolution de 1,56 an ayant reçu une corticothérapie moyenne 9,5 mg/jour sur une durée moyenne de 1,35 an. Le méthotrexate était prescrit en 2^e intention chez une patiente à une dose moyenne de 15 mg/semaine sur une durée de 1 an sans efficacité. Le TCZ était indiqué chez 2 patientes pour une cortico-dépendance et devant 1 cas de cortico-résistance. Nos 3 autres patientes étaient suivies pour une PPR associée à une ACG sur une durée d'évolution de 2,16 ans, ayant reçu une corticothérapie moyenne de 15 mg/jour sur une durée moyenne de 2,1 ans. Le TCZ était indiqué chez ces 3 patientes devant une cortico-dépendance. Le biologique était prescrit à la dose de 8 mg/kg mensuellement pendant 1année. Sur le plan biologique, le bilan inflammatoire initial avait objectivé une VS et une CRP moyenne de 39 mm et de 32 mg/l respectivement chez les patientes PPR, une VS et CRP moyenne de 47 mm et de 41 mg/l chez les patientes suivies pour PPR associée à une ACG. L'évolution clinique était satisfaisante chez toutes nos patientes avec régression du syndrome inflammatoire biologique et une diminution de la dose de corticothérapie en moyenne de 38 % chez les patientes PPR, et de 35 % chez les patientes PPR associée a ACG par rapport à la dose initiale, sur un recul moyen de 4 mois avec un excellent profil de tolérance.

Discussion. – Le traitement de la PPR et l'ACG est basé sur les corticoïdes. Les études récentes confirment l'efficacité? du ciblage de l'IL-6 permettant d'obtenir une rémission plus fréquente, moins de rechutes et une moindre dose de corticoïdes. Il n'existe pas de consensus concernant le protocole thérapeutique ni la durée du traitement. Dans la PPR comme l'ACG, Il pourrait être prescrit en 2^e intention en cas de cortico-dépendance ou de rechutes précoces, mais il pourrait être prescrit en 1^{re} intention comme traitement d'attaque en monothérapie (3 perfusions mensuelles) chez des patients PPR présentant déjà? des comorbidités ou des risques d'effets secondaires de la corticothérapie avec un relais par de faibles doses de celle-ci en traitement d'entretien. Dans notre série, le TCZ était principalement prescrit devant une cortico-dépendance à raison de 8 mg/kg/mois sur une durée de 1 année avec une bonne

réponse et un moindre recours à la corticothérapie rejoignant les données de la littérature.

Conclusion. – De nouvelles voies thérapeutiques s'ouvrent dans l'ACG et la PPR. Elles sont actuellement représentées par le contrôle de la voie de l'IL-6 mais d'autres biothérapies sont à l'étude. Ces données s'accompagneront probablement de progrès dans des outils diagnostiques et d'évaluation thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-092

Amélioration prolongée de la polyarthrite rhumatoïde traitée par rituximab : résultats d'une expérience algérienne

O. Cheikh* (1) ; F. Mechid (1) ; R. Benaziez (1) ; N. Zehraoui (1) ; N. Saïdi (1) ; H. Boukerma (1) ; C. Dahou-Makhloufi (1)

(1) *Rhumatologie, CHU BAB EL OUED, Alger, Algérie*

*Auteur correspondant : dya96@hotmail.fr (O. Cheikh)

Introduction. – Le rituximab (RTX) est une biothérapie qui a prouvé son efficacité au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Lorsqu'il est utilisé en première ligne, des améliorations prolongées peuvent être observées chez certains patients. L'objectif principal de ce travail était de décrire les caractéristiques de ces PR et secondairement de déterminer le délai de retraitement dans cette population d'étude.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective, descriptive incluant des patients atteints de PR répondant aux critères ACR/EULAR 2010, traitées par RTX en première ligne. Nous avons retenu comme « amélioration prolongée » les sujets ayant eu une réponse favorable (rémission ou faible activité évaluée par le DAS28) d'au moins 12 mois. Ont été relevés les caractéristiques des patients et les paramètres de la PR. Pour chaque patient ont été déterminés la durée de l'amélioration et le moment du retraitement.

Résultats. – 90 patients ont été colligés. 64 patients ont répondu favorablement, 11 échecs primaires et 15 arrêts pour effets secondaires. 51/ 64 patients (43 femmes et 8 hommes, sexe ratio 0,18) sont en rémission ou en faible activité depuis plus de 12 mois (82,8 %). 13 patients ont été améliorés pendant une durée inférieure à 12 mois (17,2 %). L'âge moyen des patients améliorés était de 56,8 ± 32,52 ans. 32, 65 % des patients étaient hypertendus, 12,2 % avaient un diabète. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 16,77 ± 26,16 ans (extrêmes : de 3 à 40 ans). La VS moyenne était de 44,1 ± 27,01 mm/1re H et la CRP moyenne 22,5 ± 24,74 mg/l. 89,5 % des patients avaient un facteur rhumatoïde positif (taux moyen de FR à 194UI/l) et des ACPA positifs (407,5 UI /l). Le DAS 28 moyen était de 5,36 (extrêmes : de 3,3 à 7,2). L'indice de scharp modifié était calculé chez 24 patients, sa moyenne était de 180. Le RTX était prescrit en monothérapie chez 34,2 % des patients. 42,5 % des patients étaient sous méthotrexate. 95 % des patients étaient cortisonés à une dose moyenne de 6 mg/j d'équivalent de prédnisonne. Le délai moyen de retraitement était de 17 mois (extrêmes : de 12 à 54 mois).

Conclusion. – Les patients ayant eu une rémission prolongée étaient âgés avec une longue durée d'évolution de leurs PR, un FR et des ACPA élevés.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-093

Préférence des patients tunisiens pour la voie d'administration des biothérapies

H. Boussaa* (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, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : hibaboussaa@gmail.com (H. Boussaa)

Introduction. – Avec l'augmentation du nombre d'agents biologiques potentiellement indiqués dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), est apparu un nouveau problème :

celui du choix d'une biothérapie. Plusieurs paramètres peuvent influencer ce choix. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les préférences des patients pour la voie d'administration des biothérapies et les paramètres qui orientent ce choix.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients ayant un RIC, traité par biothérapie. Tous les patients ont répondu à un questionnaire portant sur le choix de la voie d'administration de ces agents biologiques et les raisons qui justifient leurs préférences.

Résultats. – Il s'agissait de 37 patients, 30 femmes et 7 hommes, âgés en moyenne de 55 ± 12 ans [30-80]. Parmi eux, 26 % avaient une activité professionnelle. La durée moyenne d'évolution du RIC était de 14 ans [2-46]. Il s'agissait d'une polyarthrite rhumatoïde dans 31 cas, d'une spondyloarthrite axiale dans 5 cas et d'un rhumatisme psoriasique dans 1 cas. Cinquante-quatre pourcents des patients étaient sous biothérapie par voie sous cutanée. Il s'agissait de l'Etanercept (n = 11), de l'Adalimumab (n = 5) et du Certolizumab (n = 3). Quarante-six pourcents des patients étaient sous biothérapie par voie intraveineuse (Infliximab dans 9 cas, Tocilizumab dans 7 cas et Rituximab dans 2 cas). Aucune corrélation statistiquement significative n'a été notée entre le mode d'administration de la biothérapie et les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques : âge (p = 0,854), sexe (p = 0,850), comorbidités (p = 0,136), profession (p = 0,264) et poids (p = 0,141). Lors du choix de la biothérapie, l'avis des patients a été pris en compte dans 35 % des cas. Le questionnaire a révélé que 60 % des patients préféraient la voie sous-cutanée pour les raisons suivantes : meilleur confort à la maison (79 %), moindre retentissement sur la vie quotidienne (73 %), éloignement géographique de l'hôpital (53 %), manque de moyens financiers : transport, frais d'hospitalisation... (47 %), sentiment de contrôle et d'implication (37 %) et incapacité fonctionnelle (16 %). Les raisons invoquées par les patients qui préféraient la voie intraveineuse étaient : le contrôle par un médecin avant chaque cure (100 %), la sécurité à l'hôpital en cas d'incident (91 %), la peur d'oublier son injection (73 %), le manque de confiance en soi pour les auto-injections (73 %), la meilleure efficacité de la voie intraveineuse (73 %) et la moindre fréquence des perfusions (27 %).

Conclusion. – Dans notre étude, plus de la moitié des patients préféraient la voie sous-cutanée pour l'administration des agents biologiques. Chez les patients qui préféraient la voie intraveineuse, le sentiment de sécurité à l'hôpital était le principal argument avancé.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-094

Le tocilizumab rétabli le turn-over osseux dans la pseudo-polyarthrite rhizomélisque récente

G. Carvajal Alegria* (1) ; J. Lemerle (2) ; V. Pedron (3) ; A. Saraux (1) ; D. Cornec (1) ; V. Devauchelle-Pensec (1) ; Y. Renaudineau (2)

(1) *Rhumatologie, CHRU de la Cavale Blanche, Brest* ; (2) *Laboratoire d'immunologie et immunothérapie, CHRU de Brest - Hôpital Morvan, Brest cedex* ; (3) *IDS Immunodiagnostic Systems, Pouilly-en-Auxois*

*Auteur correspondant : gcarvajalalegria@gmail.com (G. Carvajal Alegria)

Introduction. – La pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) est le premier rhumatisme inflammatoire de l'adulte de plus de 50 ans. Les corticoïdes sont le traitement de référence mais, associés à l'inflammation causée par la maladie, ils ont un retentissement sur l'os avec un risque d'ostéoporose et de fracture. Le tocilizumab a démontré son efficacité dans la PPR récente et permet une épargne en corticoïdes. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'effet du tocilizumab sur les marqueurs de résorption et de formation osseuse dans la PPR récente.

Patients et méthodes. – Vingt patients inclus dans le protocole TENOR (NCT01713842), atteints de PPR nouvellement diagnostiquée selon les critères de Chuang et naïfs de tout traitement par corticoïdes ont été traités par tocilizumab pendant 12 semaines puis par corticoïdes pendant 12 semaines. Le sérum des patients a été prélevé à l'inclu-

sion, à S2, S12 et S24, le matin, à jeun, puis congelé à -80 °C. Le pro-collagen type I N propeptide (PINP), le carboxy-terminal region of collagen type I (CTX-I) et la 25-OH vitamine D3 ont été dosés dans le sérum des patients par l'automate IDS-iSYS Automated Analyser. Le taux d'interleukine (IL)-6 a été dosé par ELISA (BD biosciences). Les dosages de CRP et l'évaluation de l'activité de la maladie étaient prévus dans le protocole TENOR. Les variables continues sont présentées en médiane et rang inter-quartile) et ont été comparées par des tests de Wilcoxon et Kruskal-Wallis. Les corrélations ont été calculées selon la méthode de Spearman. Le logiciel GraphPad Prism 7.0a (La Jolla, CA) a été utilisé pour l'analyse statistique.

Résultats. – L'âge médian des 20 patients était de 67 ans (61,5-73), 7 patients étaient des femmes (35 %), la médiane du DAS-PPR était 35,9 (30,4-44,7). Le taux de PINP était augmenté sous tocilizumab entre l'inclusion et S12 ($p = 0,0006$) puis diminuait sous corticoïdes entre S12 et S24 ($p < 10^{-4}$). Les taux de CTX-I et de 25OH-vitamine D3 n'étaient pas modifiés au cours du suivi. Le taux de PINP à l'inclusion n'était pas corrélé au taux de CTX-I alors qu'une corrélation forte était observée à S12 ($0,0001 < p < 0,024$) et à S24 ($2 \times 10^{-8} < p < 0,01$). Cette corrélation suggère un découplage du remodelage osseux dans la PPR non traitée, corrigé après traitement par tocilizumab. Les patients présentant une augmentation de PINP supérieur à 1,5 fois le taux de base avaient un taux de CRP plus haut à l'inclusion ($p = 0,02$) et présentaient une diminution significative du taux d'IL-6 ($p = 0,04$), contrairement aux patients avec une augmentation de PINP inférieure à 1,5 fois le taux de base.

Discussion. – L'augmentation du taux de PINP est évocatrice d'une augmentation de la formation osseuse qui peut être attribuable soit à un effet du tocilizumab, en particulier par son effet freinateur de l'axe IL-6. Les effets de l'IL-6 sur le métabolisme osseux ont en effet déjà été décrits et l'association entre l'augmentation forte du taux de PINP et la diminution du taux d'IL-6 vient conforter ces résultats. Il est intéressant de noter la diminution du PINP après la prise de corticoïdes. En effet, la diminution de la formation osseuse correspond à une diminution du remodelage osseux sous corticoïdes alors que celui-ci était amélioré sous tocilizumab. Ces données biologiques devront être confirmées par, entre autre, des mesures de la densité minérale osseuse (non disponibles dans notre étude).

Conclusion. – Le tocilizumab est responsable d'une augmentation du PINP dans la PPR récente, naïve de corticoïdes. Cette augmentation suggère un rétablissement du turn-over osseux. D'autres travaux seront nécessaires pour évaluer le bénéfice du traitement par tocilizumab sur la densité minérale osseuse et le risque fracturaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-095

L'étude des sous-populations lymphocytaires chez des polyarthrites rhumatoïdes traitées par adalimumab peut-elle prédire l'efficacité du traitement ?

C. Lucas* (1) ; R. Jean (2) ; K. Tarte (2) ; P. Amé-Thomas (2) ; A. Perdriger (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Sud, Rennes ; (2) Microenvironnement, cell differentiation, immunology and cancer, UMR INSERM U1236, Rennes
*Auteur correspondant : lucaslazard@gmail.com (C. Lucas)

Introduction. – Les lymphocytes T folliculaires helper circulants (cTfh) constituent une sous-population TCD4+ helper mémoire de découverte récente, dont l'implication dans les maladies auto-immunes commence à être décrite. Leur caractérisation phénotypique et leur rôle précis ne sont pas encore bien établis mais l'on en distingue actuellement 3 sous-types, dont la proportion est augmentée dans les états inflammatoires : les cTfh1 (CXCR5+ CXCR3+ CCR6-), les cTfh2 (CXCR5+ CXCR3 – CCR6-) et les cTfh17 (CXCR5+ CXCR3 – CCR6+). Les cTfh2 et cTfh17 sont considérés comme des cellules axillaires efficaces, favorisant une réponse humorale rapide et spécifique. Les cTfh1 seraient des cellules mémoires en quiescence,

nécessitant une plus forte stimulation pour être activées. L'objectif de notre travail était d'étudier, dans une population de PR actives chez qui l'indication d'une biothérapie a été retenue, les variations à 3 mois de différentes sous-populations lymphocytaires, et particulièrement des cTfh, et leur importance en fonction de la réponse clinique à un traitement par Adalimumab.

Patients et méthodes. – Nous avons étudié des PR actives (DAS28CRP > 3,2), naïves pour la plupart de biothérapie, ayant une corticothérapie < 15 mg/j, avant traitement par Adalimumab (M0) et 3 mois après (M3). La réponse clinique était définie par un DAS28CRP < 3,2. La réponse EULAR était également étudiée. Les sous-populations lymphocytaires sanguines ont été identifiées par cytométrie en flux, en utilisant différents marqueurs de surface et intra-cellulaires permettant de caractériser les T CD4+ naïfs et mémoires ; les T CD4+ helper (Th1, Th2, Th17) et folliculaires helper (cTfh1, cTfh2, cTfh17) ; les T CD4+ régulateurs naïfs et mémoires ; les T CD8+ naïfs et mémoires ; les B naïfs, transitionnels et mémoires.

Résultats. – Nos résultats préliminaires concernent 20 patients. Le DAS28CRP moyen initial était à 4,54 et la CRP à 14,3 mg/l. À 3 mois, 13 patients étaient répondeurs (65 %) et 14 présentaient une diminution du DAS > 0,6 (70 %). Sous Adalimumab, les Treg activés ont augmenté ($p = 0,018$) et les lymphocytes B ont diminué ($p = 0,016$). La réponse à M3 était corrélée avec la diminution des cTfh totaux ($r = 0,464$; $p = 0,039$) et des cTfh2 ($r = 0,445$; $p = 0,049$). La diminution du DAS28CRP était corrélée à la valeur à M3 des cTfh ($r = 0,449$; $p = 0,047$) et des cTfh17 ($r = 0,579$; $p = 0,008$).

Discussion. – Après 3 mois de traitement par Adalimumab, nous avons observé une augmentation significative des lymphocytes Treg et une réduction significative des lymphocytes B, soulignant l'implication des deux lignées dans la pathogénèse de la PR. Un intérêt particulier mérite d'être porté sur la population cTfh dont le rôle supposé en périphérie est de favoriser une réponse humorale optimale. Au sein des organes lymphoïdes secondaires, les Tfh facilitent en effet la maturation et la différenciation des lymphocytes B en plasmocytes et cellules mémoires. Dans notre étude, la réponse clinique à M3 était corrélée à la réduction du nombre des cTfh.

Conclusion. – Nos résultats préliminaires montrent à 3 mois des variations significatives des sous-populations lymphocytaires en fonction de la réponse clinique à un traitement par anti-TNF alpha. Ce travail va se poursuivre en analysant la réponse clinique à 6 mois, évaluée à partir des variations observées dans les sous-populations lymphocytaires étudiées.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-096

Efficacité et tolérance de l'apremilast à 5 ans dans le rhumatisme psoriasique : analyse combinée des données des études de phase III

A. Kavanaugh (1) ; E. Lespessailles* (2) ; D. Gladman (3) ; C. J. Edwards (4) ; G. Schett (5) ; B. Guertte (6) ; N. Delev (6) ; L. Teng (6) ; M. Paris (6) ; P.J. Mease (7)

(1) School of medicine, University of California San Diego, La Jolla, États-Unis ; (2) Rhumatologie, Université d'Orléans, Orléans ; (3) Division de rhumatologie, département de médecine, University of Toronto and Toronto Western Hospital, Toronto, Canada ; (4) University hospital, Southampton Hospital, Southampton, États-Unis ; (5) Rheumatology, University Erlangen-Nuremberg, erlangen, Allemagne ; (6) Celgene Corporation, Summit, États-Unis ; (7) 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. – L'efficacité et la tolérance à long terme de l'apremilast ont été évaluées jusqu'à 5 ans chez des adultes atteints de rhumatisme psoriasique actif (RhPsO) dans les études de phase III PALACE 1, 2 et 3.

Patients et méthodes. – Les patients ont été randomisés (1 : 1 : 1) à l'inclusion dans le bras placebo (PBO) ou dans les bras apremilast 30 mg ou 20 mg deux fois par jour (APR30 et APR20). Les patients qui ont reçu le PBO ont été rerandomisés (1 : 1) dans les bras APR20 ou APR30 à S16 (échappement précoce) ou à S24. Le traitement par apremilast a été poursuivi en double aveugle jusqu'à S52. Les patients pouvaient ensuite poursuivre en ouvert dans une phase de traitement à long terme jusqu'à 4 ans supplémentaires. Efficacité et tolérance sont rapportées telles qu'observées.

Résultats. – 1 493 patients ont été randomisés et ont reçu ≥ 1 dose de traitement (PBO : n = 496 ; APR30 : n = 497 ; APR20 : n = 500). Parmi les patients du bras APR20, 44,5 % (221/497) ont achevé les 260 semaines de traitement. Quant aux patients du bras APR30 dépassant S52, 63,2 % (331/524) ont poursuivi jusqu'à S260 quel que soit le moment d'initiation de l'apremilast (inclusion, S16, ou S24). A S52, les taux de réponse ACR20/ 50/ 70 étaient de 55,3 %/ 26,1 %/ 11,9 % dans le bras APR30. Ces taux de réponse ont été maintenus jusqu'à S260 (Table). Une amélioration marquée du nombre d'articulations gonflées a été observée avec une réduction moyenne de 82,3 % à S260 ; la réduction du nombre d'articulations douloureuses était de 72,7 %. A S260, 62,4 % (136/218) des patients APR30 qui présentaient une enthésite à l'inclusion ont atteint un MASES de 0 (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) ; 80,9 % (114/141) des patients qui présentaient une dactylite à l'inclusion ont atteint un nombre de dactylites nul. Une différence minimale cliniquement importante (MCID) ≥0,35 pour le HAQ-DI a été observée chez 52,6 % des patients APR30 à S260 ; 60,4 % des patients ont obtenu au moins un faible niveau d'activité de la maladie défini par un cDAPSA ≤13 (Clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis). A S260, 65,8 % (98/149) et 43,6 % (65/149) des patients APR30 qui présentaient ≥ 3 % de surface cutanée touchée à l'inclusion atteignaient respectivement un score PASI50 ou PASI75. Des résultats similaires ont été observés dans le bras APR20 (Table). Des résultats d'efficacité similaires ont été observés dans les études PALACE 1,2 et 3 prises séparément. Durant la période 0 – ≤S52, les événements indésirables (EI) observés chez plus de ≥5 % des patients du bras APR30 ont été : diarrhées, nausées, maux de tête, infections des voies aériennes supérieures et rhinopharyngites. La plupart des événements de diarrhées et de nausées ont été rapportés durant les deux premières semaines de traitement et se sont généralement résolus en 4 semaines ; la fréquence des événements gastrointestinaux a diminué avec une exposition plus longue à APR30. La fréquence des EI les plus communs a diminué/ est resté stable avec l'exposition prolongée.

	Résultats à S260	
	APR30 n = 329*	APR20 n = 304*
ACR20, n/m [§] (%)	215/320 (67,2)	202/298 (67,8)
ACR50, n/m [§] (%)	144/324 (44,4)	142/297 (47,8)
ACR70, n/m [§] (%)	89/325 (27,4)	76/300 (25,3)
Nombre d'articulations gonflées (0-79), variation moyenne (%) vs inclusion	- 82,3	- 86,0
Nombre d'articulations douloureuses (0-78), variation moyenne (%) vs inclusion	- 72,7	- 75,1
MASES ‡ = 0, n/m (%)		
Nombre de dactylites † = 0, n/m (%)		
cDAPSA (0-154) ≤ 13, n/m (%)		
HAQ-DI (0-3), variation moyenne vs inclusion		
HAQ-DI MCID ≥ 0,35, n/m (%)		
PASI-50, n/m [§] (%)		
PASI-75, n/m [§] (%)		

Données rapportées telles qu'observées.

* Les n reflètent le nombre de patients avec des données disponibles à S260 compton tenu du moment auquel les patients débutaient traitement (inclusion, S16, ou S24) ; le nombre effectif de patients disposant de données pour chaque critère eût varier.

‡ Dénominateurs variant légèrement en raison de la disponibilité de suffisamment de données pour chaque niveau d'évaluation de la réponse ACR.

† Évalué parmi les patients avec enthésites à l'inclusion et disposant de données à S260.

‡ Évalué parmi les patients avec dactylites à l'inclusion et disposant de données à S260.

§ Évalué parmi les patients avec une surface cutanée atteinte ≥ 3 % de la surface corporelle totale à l'inclusion et disposant de données à S260.

n/m = nombre de répondants/nombre de patients avec suffisamment de données pour l'évaluation ; MASES = Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score ; cDAPSA = Clinical Disease Activity in Psoriatic Arthritis ;

HAQ-DI = Health Assessment Questionnaire-Disability Index ; MCID = minimal clinically important difference (différence minimale cliniquement importante) ; PASI-50/75 = ≥ 50 %/≥ 75 % d'amélioration vs inclusion du PASI (Psoriasis Area and Severity Index score)

Conclusion. – APR a démontré des améliorations cliniques significatives et maintenues des signes et symptômes du RhPsO, de la fonction physique et du psoriasis associé chez les patients poursuivant le traitement durant 5 ans. APR continue de démontrer un profil de tolérance favorable et était généralement bien toléré à 5 ans.

Conflit d'intérêts. – Lichen Teng, Benoit Guerette, Nikolay Delev sont des employés de Celgene

PE. Lu-097

Évaluation des compétences et des connaissances des patients sous biothérapie

A. Mougui* (1) ; S. AIT MALEK (1) ; D. JOUIDA (1) ; I. EL BOUCHTI (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc

*Auteur correspondant : a. mougui88@gmail.com (A. Mougui)

Introduction. – La prescription d'une biothérapie est une décision partagée entre le médecin et le patient. Ce dernier doit connaître une certaine nombre de compétences de sécurité et d'adaptation pour éviter les risques liés aux biothérapies. Cette étude a pour but d'évaluer les connaissances et les compétences des patients sous biothérapie vis-à-vis aux différentes situations impliquant des précautions particulières, puis comparer les compétences cognitives (questions de connaissance théorique) aux compétences d'adaptation (questions de mises en situation).

Patients et méthodes. – Un questionnaire biosecure a été administré aux patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique sous biothérapie ayant déjà reçu des informations sur les compétences de sécurité et de gestion de leur biothérapie au moment de son introduction. Ce questionnaire comporte deux parties : la première partie comporte une évaluation sur les connaissances théoriques des principales compétences, et la deuxième partie comporte une évaluation de la capacité d'adapter ces connaissances dans des situations à risque.

Résultats. – Au total 50 patients ont été inclus. 75 % étaient sous biothérapie pendant plus de 3 ans. 16 % ne connaissaient pas le nom de leur biothérapie. 50 % sont prêts à interrompre la biothérapie en cas d'amélioration. 78 % des patients pensent que la grossesse est autorisée sous biothérapie. Uniquement 26 % des patients ont répondu que les infections sont fréquentes sous biothérapies. Concernant les situations nécessitant des précautions particulières : l'extraction dentaire (44 %), la Chirurgie (54 %) et le voyage à l'étranger (36 %). Les symptômes devant amener à interrompre la biothérapie et /ou à consulter : la fièvre (82 %), la toux (76 %), les brûlures mictionnelles (76 %) et l'apparition des lésions cutanées (64 %). Concernant l'adaptation en situations à risque, 74 % des patients suspendraient la biothérapie en cas de signes cliniques d'une infection respiratoire, 82 % vont rapidement entamer des soins locaux en cas d'une plaie et 40 % vont accepter de se faire opérer rapidement pour une chirurgie non urgente. Pour les biothérapies sous cutanée 77,78 % des patients ne pensent pas à se laver les mains avant l'injection et 72,22 % d'entre eux jetteraient l'aiguille usagée à la poubelle.

Discussion. – Malgré l'éducation thérapeutique initiale, les connaissances et les compétences d'adaptation des biothérapies demeurent insuffisantes. Cela peut être expliqué du fait que le gain en termes de

compétences tendait à s'amoinrir avec la durée d'évolution de la pathologie, témoignant d'un probable lissage des niveaux de compétences par l'expérience, d'où la nécessité de renforcer les séances d'éducation thérapeutique par des évaluations des connaissances et la diffusion de ces compétences dans les réseaux sociaux et dans des applications mobiles

Conclusion. – Les compétences de sécurité des biothérapies doivent être renforcées chez les patients via divers outils, puis réévaluer fréquemment pour une meilleure gestion des risques.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-098

Traitements biologiques, polyarthrite rhumatoïde et échinococcose alvéolaire : à propos de 2 cas

C. Zambaz* (1) ; P. Zufferey (1)

(1) Rhumatologie, CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

*Auteur correspondant : camille.buchard@gmail.com (C. Zambaz)

Introduction. – Les traitements biologiques utilisés dans les maladies inflammatoires telles que la PR diminuent les défenses immunitaires et augmentent le risque d'infections virales et bactériennes. Leur effet sur les infections parasitaires est moins clair. Nous présentons ici deux cas d'infection parasitaire à *Echinococcus multilocularis*.

Observation. – Le premier cas est une femme née en 1952, connue pour une PR séronégative depuis 2008. En 2012, alors que la patiente est sous traitement de leflunomide et tocilizumab, est mise en évidence une échinococcose alvéolaire au niveau hépatique. La patiente est traitée par albendazole pendant 3 mois. Bien qu'une indication à un traitement chirurgical ait été retenue, la patiente n'a jamais eu d'intervention hépatique de 2012 à 2018 en raison de 8 opérations rachidiennes pour un canal lombaire étroit. De 2012 à 2014, la patiente est traitée pour la polyarthrite rhumatoïde par infliximab. Une rémission clinique permet d'interrompre tout traitement biologique jusqu'en janvier 2018, où un traitement de baricitinib est débuté. À la mise en place du traitement, on constate une perturbation persistante des tests hépatiques. Une nouvelle IRM du foie montre une progression de la lésion hépatique due à l'échinococcose alvéolaire. Une intervention chirurgicale n'est plus envisageable en raison de la taille et de la localisation de la lésion. Un traitement d'albendazole au long cours est à nouveau instauré avec une bonne réponse.

Le second cas est une femme née en 1951, connue pour une PR séropositive depuis 2014, traitée par tocilizumab de 2014 à 2017, où le traitement est modifié au profit de l'abatacept vu la présence de nodules pulmonaires. Les investigations (ponction transthoracique et bronchoscopie) concluent à de probables nodules rhumatoïdes. En mai 2018, la patiente est hospitalisée en raison d'une héli-ataxie gauche avec céphalées et vertiges. Une échinococcose alvéolaire avec atteinte multi organique (cerveau, poumon, cœur, foie) est diagnostiquée. La patiente est traitée par un traitement à vie d'albendazole avec régression des lésions à 3 mois.

Discussion. – Lors d'une échinococcose alvéolaire chez l'homme, la réponse immunitaire se fait via un granulome péri-parasitaire, dépendant surtout d'une immunité cellulaire T-dépendante. Le parasite est capable de moduler la réponse immunitaire de l'hôte notamment en diminuant la production de cytokines en particuliers le TNF (1). Cela lui permet de se développer tout en limitant la réponse inflammatoire liée à ces cytokines en partie responsable des dégâts organiques. Les cas d'échinococcose associées à des traitements biologiques sont exceptionnels (2-3). Il est donc possible que les biologiques puissent avoir des effets contradictoires : d'une part

en favorisant la dissémination du parasite mais d'autre part en limitant les dégâts.

Conclusion. – Aux vues des données de littérature et notamment de la rareté des cas publiés, il est difficile de savoir si les traitements biologiques utilisés dans le traitement de la PR favorisent ou non le développement d'infection parasitaire telle que l'échinococcose alvéolaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Clinical and Experimental Immunology 2006 ; 145 : 1365-2249

[2] Rheumatol Int 2011 ; 31 : 1399-1400.

[3] Joint Bone Spine 2012 ; 79 : 323-334.

PE. Lu-099

Pourquoi les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques arrêtent-ils les biothérapies ?

A. Mougui* (1) ; S. AIT MALEK (1) ; I. Elbouchti (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc

*Auteur correspondant : a. mougui88@gmail.com (A. Mougui)

Introduction. – Une mauvaise adhésion des patients aux biothérapies constitue un obstacle majeur pour une bonne prise en charge thérapeutique. L'objectif de cette étude est d'expliquer pourquoi les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques arrêtent leur biothérapie

Patients et méthodes. – Une étude descriptive a été menée via un auto-questionnaire administré aux patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique sous biothérapie suivi à l'hôpital du jour. Les patients perdus de vue ont été contacté par téléphone. Ce questionnaire explore les données socio-démographiques, l'histoire médicale, le type et la gestion des biothérapies et les représentations des patients afin de dégager les éléments qui influencent l'arrêt de la biothérapie par les patients. Ils sont exclus de cette étude les arrêts des biothérapies temporaires ou définitifs sur avis médical

Résultats. – Au total, 64 patients ont été inclus. Ils s'agissaient de 30 hommes (46,9 %) et 34 femmes (53,1 %). L'âge moyen était de 43,40 ans (19-77 ans). 22 patients (34,4 %) avaient une polyarthrite rhumatoïde, 38 (59,4 %) avaient une Spondylarthrite ankylosante et 4 (6,3 %) avaient un rhumatisme psoriasique. Parmi ces 64 patients, 17 (26,4 %) n'étaient pas adhérents à leur traitement. En analyse univariée les facteurs associés l'arrêt de la biothérapie chez ces patients, étaient : le sexe masculin, la pratique d'une activité professionnelle et le type de la biothérapie. En analyse multi-variée : les facteurs associés au non adhésion étaient, la présence d'une activité professionnelle, et la voie d'administration intraveineuse de la biothérapie

Discussion. – Les facteurs associés à l'arrêt des biothérapies par les patients sont différents selon les études et selon les populations étudiées. Dans cette étude la pratique d'une activité professionnelle et les biothérapies intraveineuses étaient les principaux motifs. Les autres facteurs qu'on trouve dans la littérature sont : la polymédication, les co-morbidités, l'âge jeune, le faible niveau de douleur, la perception de la non nécessité du biologique, l'auto-injection du biologique et l'échec du premier biologique. Ces facteurs doivent être identifiés afin de cibler les patients concernés dans les stratégies d'éducation thérapeutique

Conclusion. – Les programmes d'éducation thérapeutique doivent sensibiliser les patients de l'importance de l'adhésion aux biothérapies pour une meilleure prise en charge. Ces programmes doivent cibler surtout les patients à risque

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-100

Caractérisation des bénéfiques cliniques de l'apremilast chez les patients classés comme non répondeurs ACR20 à 104 semaines : sous-analyse de 3 études de phase III à long terme

PJ. Mease* (1) ; F. Lioté (2) ; D. Gladman (3) ; A. Kavanaugh (4) ; P. Nakasato (5) ; B. Guerette (5) ; L. Teng (5) ; P. Nash (6)
 (1) *Rhumatologie, Centre Médical Suédois et Faculté de Médecine de l'Université de Washington, Seattle, États-Unis*; (2) *Rhumatologie, Université Paris Diderot, Hôpital Lariboisière, Paris*; (3) *Division de rhumatologie, département de médecine, University of Toronto and Toronto Western Hospital, Toronto, Canada*; (4) *Rhumatologie, University of California San Diego, La Jolla, États-Unis*; (5), *Celgene Corporation, Summit, États-Unis*; (6) *Rheumatology, University of Queensland, Brisbane, Australie*

*Auteur correspondant : pmease@philipmease.com (PJ. Mease)

Introduction. – Les études de phase III PALACE 1,2 et 3 ont évalué l'efficacité et la tolérance de l'apremilast (APR) chez des patients atteints de rhumatisme psoriasique actif (RhPsO) préalablement traités par un DMARD conventionnel et/ ou biologique. L'objectif de cette analyse a été de caractériser plus précisément les bénéfices cliniques associés à un traitement à long terme par l'apremilast chez les patients n'ayant pas obtenu de réponse ACR20 à S104.

Patients et méthodes. – Les patients ont été randomisés (1 : 1 : 1) dans le bras placebo (PBO), APR 30 mg (APR 30) ou APR 20 mg deux fois par jour (APR20). Seuls les patients randomisés dans le bras APR30 et classés « non répondeurs ACR20 » (NRACR20) à S104 ont été considérés dans cette analyse. À S24, S52 et S104, les différentes composantes du score ACR ont été examinées ainsi que les proportions de patients atteignant des scores PASI-75 et PASI-50 parmi ceux qui présentaient ≥3 % de surface corporelle atteinte à l'inclusion, présentant un nombre de dactylites égal à 0 parmi les patients qui présentaient des dactylites à l'inclusion et présentant un score MASES = 0 (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) parmi les patients qui présentaient des enthésites à l'inclusion. La tolérance est décrite pour la population globale des études PALACE 1-3.

Résultats. – 109 patients randomisés dans le bras APR30 à l'inclusion étaient NRACR20 à S108. Les différentes composantes du score ACR à l'inclusion étaient similaires pour les patients répondeurs et NRACR20 à S104. Au total, 64 (58,7 %) des NRACR20 étaient des femmes. Les caractéristiques initiales moyennes des NRACR20 étaient : 51,6 ans ; durée d'évolution du RhPsO de 8,1 ans ; nombre d'articulations gonflées (NAG) : 10,5 ; nombre d'articulations douloureuses (NAD) : 22,9 ; évaluation globale de la maladie par le médecin (PhGA) et le patient (PtGA) de 55,5 mm et 53,1 mm (échelles visuelles analogiques [EVA] 0-100 mm) ; PASI de 7,8 ; nombre de dactylites : 3,9 ; MASES 4,8 ; DAS-28 4,7 ; score douleur (EVA) de 55,0 ; Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) de 1,26 ; et protéine C-réactive (CRP) de 9,4 mg/L. Parmi les NRACR20, plusieurs composantes du score ACR20, dont NAD/ NAG et score PhGA se sont améliorées à S104 comparé à l'inclusion (Table). Dans un large mesure, parmi les 109 NRACR20 à S104, 50,0 % ont présenté une réponse PASI-50 (Table). Parmi les NRACR20 qui présentaient des dactylites (n = 44) ou des enthésites (n = 74) à l'inclusion, 68,2 % ont obtenu réduction du nombre de dactylites à 0 et 33,8 % un MASES égal à 0 à S104. Des améliorations plus limitées du PtGA, du score douleur EVA, du HAQ-DI et de la CRP ont été à l'origine de la non obtention d'une réponse ACR20. Dans la population globale de PALACE 1-3, aucune nouvelle question de sécurité n'a été mise en évidence durant ces 104 semaines.

	ACR20NRs at Week 104 With APR30 From Baseline (n = 109)		
	S24	S52	S104
NAG (0-76), variation moyenne et médiane (%)	- 52,2, - 71,4	- 62,8, - 73,3	- 58,0, - 75,0
NAD (0-78), variation moyenne et médiane (%)	- 32,5, - 47,4	- 45,8, - 53,5	- 41,7, - 51,7
PhGA (EVA 0-100 mm), variation moyenne et médiane (%)	- 37,9, - 43,6	- 49,8, - 54,2	- 44,3, - 48,7
Dactylite = 0, n/m (%)*	23/44 (52,3)	29/44 (65,9)	30/44 (68,2)
MASES = 0, n/m (%)§	20/74 (27,0)	27/74 (36,5)	25/74 (33,8)
PASI-75 = 0, n/m (%)‡	17/50 (34,0)	22/50 (44,0)	18/50 (36,0)
PASI-50 = 0, n/m (%)‡	31/50 (62,0)	33/50 -66,0)	25/50 (50,0)

Données rapportées telles qu'observées à S24, S52 et S104 pour tous les patients randomisés dans le bras APR30 à l'inclusion et qui étaient classés comme non répondeurs ACR20 à S104 avec une valeur enregistrée à ces instants.

* Évalué parmi les sujets avec une dactylite à l'inclusion.

§ Évalué parmi les sujets avec une enthésite à l'inclusion.

‡ Évalué parmi les sujets avec une atteinte cutanée ≥ 3 % de la surface cutanée totale à l'inclusion n/m = nombre de sujets présentant une réponse/nombre de sujets disposant d'une donnée évaluable à cet instant donné.

Conclusion. – Des améliorations notables de certaines manifestations cliniquement pertinentes du RhPsO ont été observées chez les NRACR20 ayant reçu APR30. Ces données peuvent expliquer pourquoi certains patients n'ayant pas obtenu de réponse ACR20 sont restés sous traitement. Ces observations suggèrent que certains patients atteints de RhPsO pourraient expérimenter un bénéfice clinique réel non identifié par l'ACR20. Des critères d'évaluation spécifiques du RhPsO pourraient être plus adaptés à l'évaluation de la réponse au traitement chez les patients atteints de RhPsO.

Conflit d'intérêts. – Priscila Nakasato ; Benoit Guerette ; Lichen Teng sont employés par Celgene

PE. Lu-101

Impacts du rhumatisme psoriasique au travail : résultats de l'enquête française Psoriasis & Vie Professionnelle (PsoPRO)

P. Claudepierre* (1) ; I. Bonnet (1) ; Y. Roquelaure (2) ; P. Levy (3) ; M. Aubin (4) ; A. De Fontaubert (4) ; R. Aubert (5) ; M. Lahfa (6)
 (1) *Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil*; (2) *Médecine et santé au travail, CHU Angers, Angers*; (3) *Économiste, Université Paris-Dauphine, PSL Research University, LEDa[LEGOS], Paris*; (4), *Celgene, Courbevoie*; (5), *Association France Psoriasis, Paris*; (6) *Dermatologue, Cabinet médical, Biarritz*

*Auteur correspondant : pascal.claudepierre@hmn.aphp.fr (P. Claudepierre)

Introduction. – L'enquête **PsoPRO** conduite sous l'égide de l'association France Psoriasis et de Celgene France, a pour objectif de mesurer, comparativement à la population française, les impacts du psoriasis seul (PsO) ou associé à un rhumatisme psoriasique (PsO+PsA) sur la vie professionnelle des patients.

Matériels et méthodes. – Du 13/07 au 08/08 2016, 714 patients PsO dont 81 sous traitement systémique (PSO-TS), et 84 patients PsO+PsA ont été interrogés via un questionnaire administré par internet et établi par un comité scientifique pluridisciplinaire. Au-delà des caractéristiques médicales et professionnelles, les patients ont renseigné leur absentéisme et présentéisme récents à l'aide de l'auto-questionnaire standardisé WPAl-PSO ainsi que les interactions entre leur psoriasis et leur vie professionnelle. Les patients sont comparés à un échantillon de 604 actifs représentatifs de la population française et interrogés sur l'impact d'éventuels problèmes de santé sur leur vie professionnelle.

Résultats. – Les caractéristiques socio-démographiques étaient proches entre le groupe témoin et l'ensemble des patients

atteints de psoriasis, malgré une légère surreprésentation des hommes dans ce dernier groupe. L'ancienneté de la maladie et les localisations cutanées et rhumatismales étaient conformes à celles habituellement retrouvées dans la littérature. Le taux de chômage dans les 5 dernières années (31 % pour les témoins vs. 57 % pour les PsO+PsA, $p < 0,05$) et le nombre de jours d'arrêt de travail dans les 12 derniers mois (11,4 jours pour les témoins vs. 16,5 jours pour les PsO+PsA, $p < 0,05$) étaient augmentés chez les patients PsO+PsA par rapport aux témoins. Dans le sous-groupe de patients se déclarant en poussée, l'impact de la maladie sur l'absentéisme, le présentéisme et la perte de productivité était significativement augmenté chez les patients PsO-TS et PsO+PsA (tableau 1). Malgré cela, les patients PsO-TS et PsO+PsA ont déclaré un attachement plus important à leur travail que le groupe témoin (Travail considéré comme plus important que tout le reste pour 8 % des témoins, 28 %, $p < 0,05$ des PSO-TS et 25 %, $p < 0,05$ des PsO+PsA) (tableau 1).

Conclusion. – Chez les patients atteints de PsO, la mise sous traitement systémique ou la coexistence d'un PsA paraît associée à un plus grand retentissement sur l'activité professionnelle malgré un attachement au travail lui aussi augmenté. Une prise en charge rapprochée et adaptée chez les patients PSO développant un PsA devrait permettre de limiter ces conséquences.

Conflit d'intérêts. – P. Claudépierre : subvention de la part de AbbVie, MSD, Roche, Pfizer, consultant pour AbbVie, BMS, Celgene, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, UCB. I. Bonnet : Aucun conflit à déclarer. Y. Roquelaure : consultant pour Abbott, Celgene. P. Levy : consultant pour AbbVie, Actelion, Amgen, Anergis, Astellas, Bayer, Becton Dickinson, Biogen, BMS, Conceptus, Daichi-Sankyo, Eli Lilly, EOS, Gilead, GSK, Hospira, Impeto Médical, Janssen, MSD, Mundipharma, Novartis, Novo Nordisk, Roche, Sanofi Pasteur MSD, Stallergènes. M. Aubin : employé de Celgene

A. de Fontaubert : employé de Celgene. R. Aubert : Aucun. M. Lahfa : consultant pour AbbVie, Janssen, Novartis, Lilly, Celgene, Galderma, Pierre Fabre, MSD, Biogen, Pfizer, BMS, Hospira

PE. Lu-102

Groupe à risque d'hépatotoxicité des anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients atteints de goutte

E. Mikhnevich* (1) ; T. Rayeuvneva (2) ; T. Pavlovich (3) ; E. Mytnik (4) ; V. Tettegah (1)

(1) *Medecine Interne et Rhumatologie, Université d'État de Médecine, Minsk, av. Dzerzinski 83, Minsk, Bélarus*; (2) *Medecine interne et gastroenterologie, Université d'État de Médecine, Minsk, av. Dzerzinski 83, Minsk, Bélarus*; (3) *Santé publique et dea statistiques, Université d'État de Médecine, Minsk, av. Dzerzinski 83, Minsk, Bélarus*; (4) *Rhumatologie, Centre Diagnostic, Minsk, Bélarus*

*Auteur correspondant : eleanora@inbox.ru (E. Mikhnevich)

Introduction. – Les atteintes hépatiques induites par des médicaments (Drug Induced Liver Injury : DILI) sont diagnostiquées lors de l'élévation de plus de 2 fois du taux normal d'ALT chez les patients sous anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). La pertinence de l'hypertransaminasémie minimale (HTM – niveau d'ALT sérique

élevé moins de 2 fois la limite supérieure du taux normal) n'est toujours pas clair à ce jour.

Objectifs. – Définir le temps du développement des atteintes hépatiques induites par des médicaments (DILI) et la pertinence de l'HTM chez les patients atteints de goutte sous AINS.

Patients et méthodes. – 189 patients (25,6 %) avec une arthrite goutteuse (ACR, 1977) des 738 ont été inclus dans notre étude rétrospective. Au début de la crise de goutte tous les patients présentaient un taux normal d'ALT sérique et élevé après le traitement par les AINS. Aucune atteinte hépatique préexistante n'a été enregistrée. Les patients ont été divisés en 2 groupes selon le taux d'élévation d'ALT après le traitement par AINS : patients avec HTM (n = 101) et patients avec DILI (n = 88). La moyenne d'âge dans les groupes était 55 (49-60) ans et 54 (44-59,5) ans, des hommes étaient en majorité (90,1 % et 93,3 %, respectivement), les 2 groupes ne différaient pas ($p > 0,05$). Dans le groupe DILI des taux sériques d'ALT dépassaient 2-3 fois la limite supérieure normale chez 81,8 % (n = 72) des patients ; 3-5 fois chez 14,8 % (n = 5) ; plus de 5 fois chez 3,4 % (n = 3). Le taux sérique moyen d'ALT était de 89 (75-108,5) U/L à la fin du traitement par AINS. Dans le groupe HTM 50,5 % (n = 51) des patients avaient un taux sérique d'ALT de plus de 50 % de la limite supérieure normale, dans le groupe HTM après le traitement par AINS la médiane d'ALT sérique était 51 (47-57) U/L.

Résultats. – La durée moyenne du traitement par les AINS était 8 (5-10) jours dans le groupe HTM et 10 (6-14) jours dans le groupe DILI. La comparaison des durées du traitement par les AINS entre les groupes a mis en évidence une différence statistique (U = 3236, $p < 0,001$). En outre, dans le groupe DILI 97,7 % des patients recevaient des AINS aux doses plus élevées que les moyennes durant toute la période ($\chi^2 = 19,4$; $p < 0,001$). L'analyse de la courbe ROC a montré que la probabilité du développement de DILI a diminué chez les patients avec une arthrite goutteuse prenant des AINS à des doses élevées moins de 11 jours (AUC = 0,64 ± 0,04, $p = 0,010$, S = 47,7 %, Sp-82, 2 %, OR-4,21, 95 % CI - 3,38-5,24).

Conclusion. – Parmi nos patients avec une arthrite goutteuse 25,6 % avaient un taux sérique d'ALT élevé après le traitement par AINS : HTM a développé dans 13,7 % des cas, DILI – dans 11,9 %. Notre étude a montré que HTM se développe en moins de 11 jours de traitement par AINS aux doses plus élevées que les moyennes, et la probabilité du développement de DILI augmente après cette période. Les patients avec HTM peuvent être considérés comme un groupe à risque pour le développement de DILI.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-103

Événements cardiovasculaires chez les patients atteints de goutte traités par le fébuxostat

R. Ferreira* (1) ; S. Pimenta (1) ; L. Costa (1)
(1) *Rhumatologie, Centro Hospitalar De São João, E.P.E., Porto, Portugal*
*Auteur correspondant : rakelmiriam@gmail.com (R. Ferreira)

Introduction. – Le fébuxostat est un inhibiteur puissant de la xanthine-oxydase approuvé pour le traitement de la goutte chronique. Cependant, il existe une controverse concernant une augmentation potentielle du risque cardiovasculaire associé à son utilisation.

Tableau 1 Impact du psoriasis et du rhumatisme psoriasique sur l'absentéisme, le présentéisme et la productivité au cours des 7 derniers jours d'après les scores WPAI-PSO.

	Témoins N =561	PsO N =27	PSO-TS N =42	PsO+PsA N =42
Absentéisme (%)	3,3%	4,2%*	8,3%*	13,0%*
Présentéisme (%)	27,0%	21,2%*	43,5%*	53,2%*
Perte de productivité (%)	27,9%	22,2%*	46,3%*	57,6%*

* $p < 0,05$ versus groupe témoin.

PsO : psoriasis. PSO-TS : psoriasis sous traitement systémique. PsO+PsA : psoriasis et rhumatisme psoriasique.

Objectifs. – Évaluer le profil de sécurité du fébuxostat, en analysant l'apparition d'événements cardiovasculaires après son introduction.

Matériels et méthodes. – Étude observationnelle de patients atteints de goutte sous traitement par fébuxostat 80 mg/j. Les données sociodémographiques et cliniques ont été obtenues par consultation des dossiers hospitaliers. Les événements cardiovasculaires considérés étaient le syndrome coronarien aigu (SCA), l'insuffisance cardiaque congestive (ICC), l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'arythmie et la mort due à des causes cardiovasculaires. Les tests de Mann-whitney et X2 ont été utilisés pour l'analyse statistique. Le degré de signification a été fixé à 0,05.

Résultats. – Nous avons identifié 36 patients atteints de goutte suivie dans notre service sous traitement par fébuxostat. Cinq patients ont été exclus parce qu'ils ne présentaient pas une période minimale de 3 mois de suivi. L'âge moyen était de 64 ± 14 ans et la durée moyenne de la maladie était de 13 ± 9 années. Vingt-deux étaient des hommes (71 %). Dix-neuf patients avaient des topus (61 %). Vingt-trois patients présentaient une hypertension et un excès pondéral (74 %), 22 une dyslipidémie (71 %), 16 étaient diabétiques (52 %), 13 avaient des antécédents de tabagisme (42 %) et 13 patients avaient une maladie rénale chronique (MRC). En ce qui concerne les événements cardiovasculaires connus avant l'initiation du fébuxostat, 3 patients avaient des antécédents d'un SCA, 2 un AVC, 2 avaient une maladie artérielle périphérique et 3 une ICC établie. Il n'y a eu aucun cas d'intolérance ou de réactions cutanées au médicament. Après l'initiation du fébuxostat, 4 patients ont développé un événement cardiovasculaire : 1 a présenté un épisode de syncope dû à un bloc auriculo-ventriculaire paroxystique complet qui s'est stabilisé après l'implantation du pacemaker ; 1 patient a présenté une angine instable traitée par angioplastie coronaire avec implantation d'un stent ; on a observé 1 cas de décompensation de l'ICC et un nouveau cas de fibrillation auriculaire et ICC associé. Il n'y a pas eu d'événements fatale. Dans l'analyse comparative entre le développement d'un événement cardiovasculaire et l'initiation du fébuxostat, nous avons trouvé une association positive significative d'occurrence d'événement avec la présence de la MRC (100 % vs 33 % ; p = 0,02). Il n'y avait pas de relation statistiquement significative avec les antécédents d'événements cardiovasculaires, l'âge, le sexe ou les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables.

Discussion. – Notre analyse a confirmé que les comorbidités sont fréquentes chez les patients atteints de goutte et peuvent être décisifs dans la décision thérapeutique.

Conclusion. – Quatre patients de notre étude (13 %) ont présenté un nouvel événement cardiovasculaire après le début du fébuxostat. Nos données semblent suggérer que son développement pourrait être associé aux antécédents de MRC, devant être prudent avec son utilisation dans ce contexte clinique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-104

Une goutte cardiovasculaire

E. Mikhnevich* (1)

(1) Médecine Interne et Rhumatologie, Université d'État de Médecine, Minsk, Bélarus

*Auteur correspondant : eleanora@inbox.ru (E. Mikhnevich)

Introduction. – La goutte est une maladie hétérogène sur le plan clinique, associée à des multiples comorbidités. Parmi les patients avec la goutte, on remarque s'élargir un groupe de sujets avec des pathologies cardiovasculaires (CV) qui précèdent la goutte.

Identifier et caractériser un groupe de patients atteints d'arthrite goutteuse (AG) se développant dans le contexte des comorbidités CV précédentes et le comparer avec un groupe de patients ayant la goutte sans pathologies CV et associée à des manifestations métaboliques (MM), y compris le syndrome métabolique (SM).

Patients et méthodes. – 403 patients souffrants de goutte pendant une période de moins de 3 ans et correspondants aux critères diagnos-

tiques ACR 1977 sont inclus dans l'étude. Des comorbidités pré-existantes ont été enregistrées avant et au cours de la première crise de la goutte et lors du dernier examen au Service de Rhumatologie (2012-2017). Les pathologies CV suivantes ont été révélées : cardiopathies ischémiques, fibrillation auriculaire, hypertension artérielle (HA) de longue durée avec un traitement médicamenteux, insuffisance cardiaque chronique et accidents cérébraux, tous ayant un pronostic défavorable. La proportion de ces patients (le groupe CV) était de 42,7 % (n = 172). Pour la comparaison un groupe de patients atteints de goutte dans le contexte de MM mais sans pathologie CV a été identifié (le groupe MM).

Résultats. – Le groupe CV se caractérisait par le début de la goutte à un âge plus avancé de 60 (55-64) ans (p < 0,001) en comparaison avec les patients du groupe MM. Les femmes étaient plus nombreuses dans ce groupe (OR = 2,27 ; 95 % CI 1,73-2,98, p = 5,28, p = 0,022). La comorbidité la plus fréquente était HA – 97,7 % (n = 163) des cas (p < 0,001 ; CI 3,70-12,68, p < 0,001). Le diabète de type 2 était également prévalant dans ce groupe (p < 0,001 ; 95 % CI 2,24-3,64, p = 9,4, p = 0,002). La concentration de HDL-C dans le sang en dessous de la normale a été plus fréquente que dans le groupe MM (p < 0,001 ; 95 % CI 1,52-3,55, p = 5,5, p = 0,019). Le pourcentage de patients ayant un IMC ≥ 30 kg/m² ne différait pas entre les groupes. Le nombre de patients ayant une concentration d'AU sérique > 600 mmol/l a été plus élevé dans le groupe CV (OR = 1,86 95 % CI 1,50-2,38, p = 5,28, p = 0,012). L'abus d'alcool dans ce groupe était significativement plus bas (p < 0,001 ; 95 % CI 12,69-44,45, p = 110,4, p < 0,001). Quant aux médicaments, l'aspirine et les diurétiques ont été administrés plus souvent dans le groupe d'étude, tandis que dans le groupe de comparaison des cas isolés ont été enregistrés pour le traitement de HA (p < 0,001 pour les deux médicaments). Pour le groupe CV la présence des patients avec une MRC (DFG < 60 ml/min/1,73m²) est typique – 24,4 % (n = 42), ce que n'a pas été révélé dans le groupe MM (p = 0,34, p < 0,001). Le nombre de patients présentant tous les 3 signes du SM selon ATP III ont été similaires (p > 0,05).

Conclusion. – Une des variantes cliniques et pathogéniques avec des caractéristiques particulières pour le début de la goutte se développant dans le contexte des maladies cardiovasculaires précédentes pourrait être traitée comme « une goutte cardiovasculaire ». La définition de ce type de goutte est le reflet de la pratique clinique moderne, permettant de simplifier une approche thérapeutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-105

Prévalence et facteurs associés à l'hyperuricémie chez les patients sous traitement antituberculeux à Douala, Cameroun

F. Kemta Lekpa* (1) ; H. Mbatchou Ngahane (1) ; GP. Ngaba (2) ; E. Ngnouloguepa Dzonteu (1) ; F. Kamdem (1) ; MS. Doualla (1) ; H. Luma Namme (1)

(1) Médecine interne, Hôpital Général de Douala, Douala, Cameroun ;

(2) Biologie, Hôpital Gynéco Obstétrique de Douala, Douala, Cameroun

*Auteur correspondant : fklekpa@yahoo.fr (F. Kemta Lekpa)

Introduction. – L'hyperuricémie est un effet indésirable fréquent chez les patients sous antituberculeux, en particulier lors des 2 premiers mois du traitement par la quadrithérapie RHEZ.

Objectifs. – Déterminer la prévalence et les facteurs associés à l'hyperuricémie chez les patients sous antituberculeux pour la prise en charge de la tuberculose

Patients et méthodes. – Étude de cohorte chez des patients de plus de 18 ans, avec un diagnostic récent de tuberculose, pulmonaire ou extra-pulmonaire. Était exclu tous les patients ayant une hyperuricémie à l'inclusion ou des facteurs de risque identifiés d'hyperuricémie (goutte, HTA, diabète, néoplasie, traitement hyperuricémiants, ménopause...). Les caractéristiques sociodémographiques, anthropomorphiques, cliniques, nutritionnelles, et biologiques des patients ont été évaluées. Le dosage de l'uricémie a été réalisé avant la mise

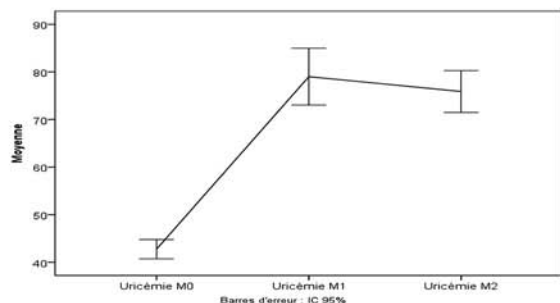


Figure 1 : Cinétique de l'uricémie au cours du traitement

Tableau 1: Répartition des patients selon l'uricémie et les arthralgies

Variables	1 ^{er} mois (M1), n (%)	2 ^e mois (M2), n (%)
Arthralgies Oui	43 (29,7)	74 (51)
Non	102 (70,3)	71 (49)
Uricémie Normale	58 (40)	45 (31)
> 60mg/l	87 (60)	100 (69)

sous antituberculeux (M0), à 1 mois (M1) puis au 2 mois (M2). L'hyperuricémie était définie par un taux d'uricémie ≥ 60 mg/L. Un $p < 0,05$ était considérée comme significatif.

Résultats. – L'analyse finale a porté sur 145 patients (71 femmes), d'âge moyen de $35,26 \pm 10,82$ ans. Cent treize patients (77,9%) avaient une hyperuricémie. Elle était symptomatique chez 62,8% des patients et asymptomatique chez 37,2% des patients. La cinétique de l'hyperuricémie (figure 1) allait de $40,11 \pm 11,80$ mg/L à M0 à $76,49 \pm 37,83$ mg/L à M1 puis à $74,44 \pm 27,92$ mg/L à M2. Cette inflexion de la cinétique de l'hyperuricémie contrastait avec l'augmentation du nombre des patients avec une hyperuricémie symptomatique (29,7% des patients à M1 et 51% à M2). Aucun facteur sociodémographique, anthropomorphique, clinique, ou nutritionnel évalué n'était associé en analyse univariée et multivariée à la survenue d'une hyperuricémie (Tableau 2). Par contre, un IMC $< 18,5$ était associé à une réduction du risque de survenue d'une hyperuricémie (OR = 0,24 ; IC 95% : 0,09-0,61 ; $p < 0,01$). Tous ces résultats étaient indépendants du cutt-off choisi pour l'hyperuricémie, ≥ 60 mg/L ou ≥ 70 mg/L.

Conclusion. – L'hyperuricémie concernait 77,9% des patients tuberculeux sous RHEZ. La légère baisse de l'uricémie entre M1 et M2 contrastait avec la forte hausse du nombre des patients avec hyperuricémie symptomatique. Aucun facteur étudié n'était associé à la survenue de l'hyperuricémie. La dénutrition semblait réduire le risque de survenue de l'hyperuricémie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-106

Le dépassement des seuils prédéfinis, pour les IRM, d'œdème et d'érosion osseuse et le score HAQ-DI peuvent être prédictifs d'une récurrence après arrêt de traitements chez des patients atteints de PR naïfs de MTX en rémission après 12 mois d'abatacept

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

(1) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier; (2), Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis; (3), Philadelphia VA Medical Center and

Tableau 2: Facteurs associés à l'hyperuricémie

Variables	Analyse univariée			multivariée		
	Uricémie < 60 n(%)	Uricémie > 60 n(%)	p	OR (IC 95 %)	p	
Paramètres sociodémographiques	Age < 50 ans	30 (22.6)	103 (77.4)	0.63	-	-
	≥ 50 ans	2 (16.7)	10 (83.3)			
	Sexe Masculin	12 (16.2)	62 (83.8)	0.08	-	-
	Féminin	20 (28.2)	51 (71.8)			
	Antécédent de tuberculose Oui	1 (5.3)	18 (94.7)	0.05	-	-
	Non	31 (24.6)	95 (75.4)			
	Sérologie VIH Positive	9 (25.7)	26 (74.3)	0.55	-	-
	Négative	23 (20.9)	87 (79.1)			
	Prise d'ARV (VIH positifs) Oui	6 (25)	18 (75)	0.70	-	-
	Non	26 (21.5)	95 (78.5)			
Profil nutritionnel	Viandes rouges Oui	31 (22.6)	106 (77.4)	0.50	-	-
	Non	1 (12.5)	7 (87.5)			
	Viandes rouges Non	32 (23.2)	106 (76.8)			
	Volailles Oui	28 (21.7)	101 (78.3)	0.14	-	-
	Non	4 (25)	12 (75)	0.76	-	-
	Poissons Oui	1 (10)	9 (90)			
	Non	58 (39.5)	89 (60.5)	0.06	-	-
	Crustacés Oui	20 (22)	71 (78)			
	Non	12 (22.2)	42 (77.8)	0.97	-	-
	Produits laitiers Oui	29 (22.3)	101 (77.1)	0.83	-	-
Non	3 (20)	12 (60)				
Boissons sucrées Oui	29 (22.5)	100 (77.5)				
Non	3 (18.8)	13 (81.2)	0.73	-	-	
Légumes Oui	28 (21.9)	100 (78.1)				
Non	4 (23.5)	13 (76.5)	0.87	-	-	
Paramètres cliniques	Formes de tuberculose TPM+	23 (25)	69 (75)			
	TPM-	4 (17.4)	19 (82.6)	0.44	-	-
	TEP	5 (16.7)	25 (83.3)	0.34	-	-
	Alcool Oui	14 (25.9)	40 (74.1)	0.38	-	-
	Non	18 (19.8)	73 (80.2)			
	Activité physique Oui	15 (21.4)	55 (78.6)	0.85	-	-
	Non	17 (22.7)	58 (77.3)			
	Fièvre Oui	16 (26.2)	45 (73.8)	0.30	-	-
	Non	16 (19)	68 (81)			
	Circonférence abdominale Normale	28 (20.6)	108 (79.4)	0.09	-	-
Élevée	4 (44.4)	5 (55.6)				
Indice de masse corporelle < 18.5	13 (40.6)	19 (59.4)	0.001	0.24 (0.09-0.61)	0.001	
≥ 25	6 (31.6)	13 (68.4)	0.06	-	-	
Arthralgies entre M1 et M2 Non	13 (40.6)	42 (37.2)	0.72	-	-	
Oui	19 (59.4)	71 (62.8)				

the 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) Biostatistics, Excelya, Boulogne-Billancourt; (8) Tbd, Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis

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

Introduction. – Afin d'aider à la décision clinique, il est important de comprendre les facteurs et leurs seuils, qui pourraient prédire la récurrence suite à l'arrêt de traitement chez les patients atteints de PR en rémission. Dans une précédente analyse *post-hoc* de l'essai AVERT (NCT01142726), dans lequel plusieurs facteurs potentiels ont été évalués, les scores d'érosion, de synovite et d'œdème osseux à l'IRM et les scores HAQ-DI chez les patients présentant un score DAS28 (CRP) $< 2,6$ ont été associés à une récurrence clinique 6 et 12 mois après l'arrêt complet du médicament suite à 12 mois de traitement en aveugle par abatacept + MTX, ou abatacept ou MTX seul. La connaissance des seuils pour les mesures indiquées ci-dessus, au-delà desquels une récurrence est plus susceptible de survenir, pourrait aider à la décision clinique concernant le moment d'arrêt de traitement chez les patients ayant atteint une rémission.

Patients et méthodes. – Cette analyse compare les taux d'événements aux mois 18 et 24 chez les patients présentant un score DAS28 (CRP) $< 2,6$ mais différentes sévérités de synovite, d'œdème osseux et d'érosion (évalués par IRM individuelles et scores combinés), et différents scores HAQ-DI au mois 12. Une récurrence était définie comme étant le doublement du NAS28 et du NAG28, et une augmentation du score DAS28 (CRP) $\geq 1,2$ par rapport à la visite du mois 12. Les scores de synovite, œdème osseux et érosion à l'IRM du poignet et de la main dominante étaient évalués en utilisant le système de notation OMERACT RAMRIS. La sévérité de chaque score était définie par des seuils > 3 pour la synovite, > 2 pour l'œdème osseux, > 7 pour la synovite et l'œdème osseux combinés (score pondéré), > 5 pour l'érosion et $> 0,5$ pour le score HAQ-DI. Des modèles à variable unique ont été réalisés pour les comparaisons et les rapports de cotes (RC) avec des IC à 95% et les valeurs p associées.

Résultats. – Tous les patients randomisés et traités présentant un score DAS28 (CRP) $< 2,6$ au mois 12 et un statut de récurrence dispo-

nible aux mois 18 et 24 (n = 155) étaient inclus. Dans la cohorte d'étude globale au mois 12, 70 (45,2 %) patients présentant un score DAS28 (CRP) < 2,6 présentaient un score de synovite plus élevé (> 3), 28 (18,1 %) présentaient un score d'œdème osseux plus élevé (> 2), 39 (25,2 %) présentaient un score combiné plus élevé (> 7), 73 (47,1 %) présentaient un score d'érosion plus élevé (> 5) et 42 (27,1 %) présentaient un score HAQ-DI plus élevé (> 0,5). Les événements de récurrence aux mois 18 et 24 étaient significativement associés à des scores IRM d'œdème osseux, d'érosion et combinés supraliminaires, et à des scores HAQ-DI supraliminaires au mois 12. Une tendance vers une association entre la récurrence aux mois 18 et 24 et un score de synovite élevé a été observée.

Conclusion. – Il était possible de définir les scores IRM et HAQ-DI chez les patients en rémission DAS28 (CRP) qui étaient prédictifs d'une récurrence à 6 et 12 mois après l'arrêt complet du médicament dans l'essai AVERT. L'évaluation des résultats d'imagerie et de la fonction physique, en utilisant des seuils prédéfinis, chez des patients atteignant une rémission pourrait être une aide à la décision clinique relative au moment auquel arrêter le traitement chez des patients atteints de PR naïfs de MTX.

Résultats présentés à l'EULAR 2018, Ann Rheum Dis, volume 77, supplément Suppl, year 2018, page A568

Conflit d'intérêts. – S Banerjee : salarié Bristol-Myers Squibb. HA Ahmad : employé Bristol-Myers Squibb

Références

- [1] Emery P, et al. Ann Rheum Dis 2015 ; 74 : 19–26.
- [2] Ahmad H, et al. Ann Rheum Dis 2017 ; 76(suppl 2) : 240

PE. Lu-107

Degré de concordance entre 2 auto-questionnaires d'évaluation de l'observance thérapeutique au cours de la polyarthrite rhumatoïde : Morisky-Green versus CQR

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

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

*Auteur correspondant : trikiwafa123@gmail.com (W. Triki)

Introduction. – La problématique de l'observance thérapeutique est complexe puisqu'elle fluctue au cours du temps et des événements de la vie personnelle. Son évaluation est délicate et difficile à vérifier à long terme. Des scores ont été élaborés afin de faciliter sa mesure. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance thérapeutique chez les patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde (PR) traités par Méthotrexate (MTX) à l'aide de 2 scores le Compliance Questionnaire on Rheumatology (CQR) et le Morisky-Green adapté par Girerd et d'en définir la concordance.

Patients et méthodes. – Étude transversale incluant des patients atteints de PR traités par des doses stables de MTX pendant au moins 3 mois. Les données sociodémographiques, cliniques et para-cliniques ont été recueillies. Tous les patients ont répondu à 2 auto-questionnaires évaluant l'observance thérapeutique : Le CQR et le Morisky-Green adapté par Girerd. Le cut-off de bonne observance pour le CQR est établi à 80 % et à 3 pour le Girerd.

Résultats. – cents patients ont participé à l'étude : 87 femmes et 13 hommes (sex ratio = 0,15), âgés en moyenne de 53,57 ans. La PR évoluait en moyenne depuis 11,36[1-35] ans. La PR était immunopositive dans 77 % des cas et était érosive chez 84 % des patients. Le MTX était administré par voie orale chez 91 patients, les neuf autres le recevaient par voie intramusculaire. La dose moyenne hebdomadaire de prise était de 15,4[10-25] mg et sa durée moyenne de prise était de 76,75[3-300] mois. Le score CQR moyen était de 70,32 % [49,12-85,95] %. Le questionnaire Girerd relevait plus de patients observants (37 %) que le score CQR (23 %) sans différence significative (p = 0,17). Les scores concordaient pour 11 % des patients ayant

une bonne observance et pour 52 % des patients ayant une mauvaise observance, avec une concordance légère (kappa = 0,01).

Discussion. – Les auto-questionnaires sont faciles à mettre en œuvre (rapides et peu coûteux) mais présentent l'inconvénient de leur subjectivité. De nombreux questionnaires ont été élaborés et sont différenciés par les objectifs seuils d'observance et par la population cible.

Conclusion. – Ce travail a permis de conclure au taux faible d'observance thérapeutique du MTX au cours de la PR qu'elle soit évaluée par le CQR ou le Morisky-Green adapté par Girerd.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-108

Fièvre méditerranéenne familiale : aspects cliniques et génétiques

MH. Bestaoui* (1) ; D. Ait-Idir (2) ; Y. Touil (3) ; A. Lounici (3)
(1) Médecine interne, CHU Dr Tidjani Damerdji – Université Aboubekr Belkaid, Tlemcen, Algérie; (2) Génétique, Laboratoire de Génétique, Boumerdès, Algérie; (3) Médecine interne, CHU Dr Tidjani Damardji, Tlemcen, Algérie

*Auteur correspondant : bestaouihadi@hotmail.fr (MH. Bestaoui)

Introduction. – La fièvre méditerranéenne familiale (FMF) est une maladie génétique à transmission autosomique récessive due à des mutations dans le gène MEFV.

L'objectif de ce travail était de rechercher une corrélation entre les mutations identifiées et les symptômes cliniques observés chez des patients avec FMF.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur des patients ayant une fièvre méditerranéenne familiale, dont le diagnostic est posé devant des éléments cliniques et génétiques. Les critères cliniques de Livneh ont été appliqués pour le diagnostic. La sévérité des crises était appréciée par le score de Tel Hashomer. L'analyse génétique a été réalisée dans un premier temps par la technique de PCR-ARMS pour la recherche spécifique de 3 mutations les plus fréquentes : p. M694I, p. M694V et p. M680I. Les résultats obtenus sont confirmés par séquençage des produits d'amplification de l'exon 10. Le séquençage est réalisé sur système ABI utilisant la technologie Big Dye.

Résultats. – Nous avons colligé 16 patients (28,3 ± 10 ans) issus de 9 familles différentes. La symptomatologie est dominée par des épisodes fébriles répétés, des douleurs abdominales retrouvées chez l'ensemble des patients, des douleurs articulaires chez 75 % et des douleurs thoraciques chez 50 % d'entre eux. La durée moyenne des accès est de 3,85 jours. Aucun cas d'amylose rénale n'a été observé. L'analyse génétique retrouve la prédominance de la mutation p. M694I (n = 10), suivie de p. M680I (n = 3) et de p. M694V (n = 3). L'intensité des crises est modérée chez 66 % des patients homozygotes M694I/M694I et chez 42 % des patients hétérozygotes composés (M694I/M680I, M694I/M694V et M680I/M694V). Le reste des patients présentent une sévérité légère.

Conclusion. – Dans cette série de FMF, il y avait une association entre la sévérité des crises, des phénotypes typiques et la présence de deux mutations d'une manière plus importante dans les formes homozygotes p. M694I que dans les formes hétérozygotes composées.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-109

Prise en charge non médicamenteuse de la goutte dans la cohorte prospective française GOSPEL : pratiques des médecins et profils d'observance des patients

A. Chapron (1) ; T. Chopin (2) ; HK. Ea (3) ; F. Lioté* (4) ; P. Guggenbuhl (5)

(1) Département de médecine générale, Univ Rennes&Inserm, CIC 1414, CHU, Rennes, Rennes; (2) Département de médecine générale, Univ Rennes, Rennes; (3) Fédération de Rhumatologie, Hôpital

Lariboisière, Paris; (4) Rhumatologie, Université Paris Diderot, Hôpital Lariboisière, Paris; (5) Umr991, Inserm, Rennes

*Auteur correspondant : frederic.liote@aphp.fr (F. Lioté)

Introduction. – La prise en charge de la goutte comporte des mesures non médicamenteuses (MNM). L'objectif principal de cette étude était de décrire les MNM proposées par les médecins et leur suivi par les patients 3 à 6 mois après leur instauration. L'objectif secondaire était d'identifier des profils de patients selon leur observance de ces mesures.

Patients et méthodes. – Étude ancillaire de la cohorte française GOSPEL comportant 1.003 patients atteints de goutte aiguë ou chronique. Les médecins et les patients ont répondu à des questionnaires lors de l'inclusion, puis 3 à 6 mois après. Les patients ont été inclus par un échantillon représentatif de 398 médecins généralistes (MG) et 109 rhumatologues libéraux (RH). Analyse descriptive des facteurs de risque modifiables d'hyperuricémie et des MNM instaurées. Détermination des profils d'observance par analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique.

Résultats. – Au total 630 patients ont été inclus : 80,7 % étaient obèses ou en surpoids, 51 % rapportaient une consommation excessive d'alcool. Les médecins ont identifié moins de facteurs de risque modifiables que leur prévalence réelle dans la cohorte. Les médecins ont proposé des MNM à 57 % des patients, principalement des adaptations alimentaires (46,4 %). L'augmentation de l'activité physique était la MNM la mieux suivie ($p < 0,0001$). Les MG avaient une plus forte influence que les RH sur l'implication de leurs patients dans leur prise en charge non médicamenteuse ($p = 0,01$). Trois profils d'observance ont été identifiés. Les « très bons réponders » (55,8 %) ont suivi toutes les MNM proposées. Les « bons réponders » (12,7 %) avaient une maladie goutteuse plus sévère et suivaient les MNM instaurées, exceptées celles concernant l'alcool. Les « mauvais réponders » (31,5 %) n'avaient pas modifié leur mode de vie : il s'agissait de patients âgés avec une maladie goutteuse récente.

Conclusion. – Une prise en charge plus personnalisée de la goutte concernant les MNM nécessite que les médecins s'adaptent au profil de leur patient, notamment les plus âgés atteints d'une goutte récente.

Conflit d'intérêts. – AC, TC, HKE, PG : aucun lien d'intérêt ; FL : conseils, FMC pour Mayoly-Spindler, Ipsen Pharma, Novartis, Grunenthal ; soutiens académiques pour le European Crystal Network workshop : Ipsen, Meenarini, Novartis, Grunenthal, SOBI

PE. Lu-110

Goutte et comorbidités rénales

S. Miri* (1) ; M. Jguirim (1) ; S. Zrour (1) ; A. Mhenni (1) ; N. Benchekaya (1) ; R. Fakhfakh (1) ; M. Beltayfa (1) ; O. Borgi (1) ; I. Bèjia (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) Service de rhumatologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : mirisirine1@gmail.com (S. Miri)

Introduction. – La goutte est l'arthropathie microcristalline la plus fréquente. Le diagnostic est généralement facile et le traitement est instauré en ambulatoire. Cependant, il faut souligner dans certains cas des difficultés diagnostiques et thérapeutiques vue que les patients goutteux ont fréquemment des comorbidités rénales.

Matériels et méthodes. – C'est une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, portant sur 150 patients atteints de goutte sur une période de 18 ans (de 1997 à 2014). Les caractéristiques des atteintes articulaires et les modalités de prise en charge ont été analysées, ainsi que les comorbidités rénales associées.

Résultats. – La moyenne d'âge était de 65 ans (extrêmes allant de 16 à 93 ans). 61 % des patients étaient des hommes. 49,7 % ont présenté une goutte secondaire, en rapport avec une insuffisance rénale chronique (24,66 %), la prise de diurétique (19,33 %), un syndrome myéloprolifératif (3,3 %), la prise d'immunosuppresseurs (1,3 %). La moyenne de l'uri-

cémie était de $509\mu\text{mol/L}$ pour les hommes et $541\mu\text{mol/L}$ pour les femmes. La recherche des cristaux d'urate monosodique s'est avérée positive dans 63,2% des cas. 44,3% des patients ont présenté des signes radiologiques. 93,33 % de nos patients ont présenté des comorbidités dont le nombre a varié entre une seule (20 %) à 7 comorbidités (1,3 %). La comorbidité la plus fréquente était l'insuffisance rénale observée chez 89,3 % des patients : 2 % des patients (3 cas) ont présenté une insuffisance rénale chronique stade 1 avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) normal, 17,3 % des patients (26 cas) présentent une insuffisance rénale chronique stade 2 soit un DFG légèrement diminué, 53,3 % des patients (80 cas) avaient une insuffisance rénale chronique modérée, 10 % des patients (15 cas) étaient au stade d'une insuffisance rénale chronique sévère, 6,7 % des patients (10 cas) présentaient une insuffisance rénale chronique terminale. Des lithiases urinaires ont été observées chez 42 patients (28 %). Pour l'insuffisance rénale chronique, une association significative s'est révélée avec la goutte et la présence des tophi d'urate monosodique. Quant aux lithiases rénales, il y avait une association significative avec le sexe, l'âge des patients, la présence de tophi et la prise d'un diurétique de l'anse et de l'aspirine.

Discussion. – L'élévation constante du taux sérique d'acide urique pendant une période longue a une association significative avec le développement d'une maladie rénale chronique. Nos résultats sont soutenus par ceux de Matthew J Roughley et ses collègues [1] qui ont mis en évidence la relation entre la goutte et le risque de développement d'une insuffisance rénale chronique et de néphrolithiase, et ceux de Ling Liet et ses collègues [2] entre les années 1948 et 2013, qui ont démontré une association positive et significative entre les taux élevés d'acide urique sérique et les nouveaux cas de maladies rénales chroniques. L'hyperuricémie a été trouvée donc comme un prédicteur indépendant du développement d'une maladie rénale chronique.

Conclusion. – La goutte une maladie systémique et chronique, qui peut être déclenchée ou aggravée par une autre pathologie rénale préexistante, et vice versa. Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale pour bien gérer les différents facteurs et instaurer une prise en charge thérapeutique efficace en vue d'améliorer le pronostic du patient goutteux.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Roughley MJ, Belcher J, Mallen CD, Roddy E. Gout and risk of chronic kidney disease and nephrolithiasis : meta-analysis of observational studies. *Arthritis Res Ther* 2015 ; 17 : 90.

[2] Li L, Yang C, Zhao Y, Zeng X, Liu F, Fu P. Is hyperuricemia an independent risk factor for new-onset chronic kidney disease ? A systematic review and meta-analysis based on observational cohort studies. *BMC Nephrol* 2014 ; 15 : 122.

PE. Lu-111

L'échographie ostéo-articulaire dans la goutte : évaluation d'une cohorte portugaise

J. Silva* (1) ; D. Faria (1) ; M. Cerqueira (2) ; J. Sousa Neves (1) ; J. Rodrigues (1) ; S. Azevedo (1) ; JA. Costa (1) ; S. Alcino (1) ; C. Afonso (1) ; D. Peixoto (1) ; F. Teixeira (1)

(1) Rhumatologie, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima, Portugal; (2) Rhumatologie, Hospital de Braga, Braga, Portugal

*Auteur correspondant : joanasilva2488@hotmail.com (J. Silva)

Introduction. – La goutte est une maladie inflammatoire fréquente causée par le dépôt de cristaux de monourate de sodium dans les articulations et les tissus, associé à une hyperuricémie (1). L'échographie permet l'identification de l'inflammation et des lésions articulaires, ainsi que des dépôts de cristaux. De plus, il s'agit d'un simple examen d'imagerie, qui peut aider dans le diagnostic précoce et dans la surveillance de la maladie. Les résultats échographiques plus caractéristiques de la goutte sont la présence d'agrégats intra-articulaires et le signal de double contour (DC), inclus dans les cri-

tères de classification ACR/EULAR de 2015 (2). L'objectif de cette étude a été d'identifier des signes échographiques de goutte.

Patients et méthodes. – Étude transversale de 57 patients atteints de goutte et 32 témoins avec une uricémie normale, appariés sur l'âge et le sexe. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et analytiques ont été collectées. L'étude échographique comprenait l'évaluation bilatérale dans l'échelle de gris de la 1^{re} articulation métatarso-phalangienne (MTP1), de la 2^e métacarpo-phalangienne (MCP2) et du genou chez tous les participants. Les modifications suivantes ont été examinées : épanchement intra-articulaire, hypertrophie synoviale, érosion, signal DC et dépôts intra-articulaires. Aucun des participants ne présentait des signes cliniques d'arthrite au moment de l'évaluation. Des tests paramétriques et non paramétriques ont été utilisés et le degré de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats. – L'âge moyen était de $63,3 \pm 12,6$ ans chez les patients atteints de goutte et de $63,8 \pm 10,5$ ans chez les sujets sains ; 87,7 % des patients étaient de sexe masculin, 77,2 % avaient des antécédents de crise de goutte dans la MTP1 et 26,3 % avaient de tophus. Le délai moyen du diagnostic de la goutte était de 4,3 ans. L'uricémie moyenne était de $6,7 \pm 2,0$ mg/dl chez les sujets souffrant de goutte et de $4,9 \pm 0,9$ mg/dl chez les témoins. Seize patients (28,0 %) n'étaient pas sous traitement pour la goutte, tandis que 31 (54,4 %) étaient traités avec allopurinol, 9 (15,8 %) avec fébuxostat et 1 (1,8 %) avec allopurinol et fébuxostat. Contrairement aux témoins, dans la MTP1 les patients atteints de goutte présentaient plus souvent de l'hypertrophie synoviale ($p < 0,001$), des érosions ($p < 0,001$), du DC ($p = 0,05$) et des agrégats intra-articulaires ($p = 0,05$). Dans le genou, les patients atteints de goutte avaient plus de synovite ($p = 0,004$), d'hypertrophie synoviale ($p < 0,001$) et de CD ($p = 0,05$). Dans les MCP2, la prévalence des érosions ($p = 0,05$) était plus élevée chez les patients. Le signal DC a été trouvé chez 17 des patients et chez aucun des sujets sains ($p < 0,001$), étant plus fréquemment observé dans le genou. Il y avait une association entre les antécédents de crise de goutte dans la MTP1 et la présence d'érosions de la MTP1 ($p = 0,04$). Il a été également vérifié une corrélation entre la présence de tophus et la présence d'érosions ($p < 0,001$), de signal DC ($p = 0,08$) et des agrégats intra-articulaires ($p = 0,006$). Il n'y avait pas de corrélation entre les niveaux de l'uricémie, la durée du diagnostic et les différents résultats de l'échographie.

Conclusion. – Dans cette étude, l'hypertrophie synoviale, la présence d'érosion, le signal DC et les dépôts intra-articulaires ont été les observations échographiques plus fréquentes chez les patients atteints de goutte. Donc, l'échographie peut être importante pour démontrer des signes évocateurs d'une accumulation de cristaux, d'inflammation ou de lésions articulaires, même dans l'absence d'arthrite.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Stewart S. et al. Ultrasound features of the first metatarsophalangeal joint in gout and asymptomatic hyperuricaemia : comparison with normouricaemic individuals. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Jun ; 69(6) : 875-83.
- [2] Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, Framsem J, Schumacher HR, Berendsen D, et al. 2015 Gout Classification Criteria : Na American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol* 2015 ; 67 : 2557-68.

PE. Lu-112

Étude comparative du syndrome métabolique au cours de la maladie goutteuse et arthrosique

M. Ngandeu -Singwé* (1) ; TS. Tagatio (2) ; M. Toukam (3) ; C. Nouedoui (4)

(1) Rhumatologie, Hôpital Central Yaoundé Cameroun, Yaoundé, Cameroun ; (2) Rhumatologie hôpital central, ISTM Nkolondom MESSASI, Yaounde, Cameroun ; (3) Biologie, Faculté de Médecine

et des Sciences Biomédicales, Yaounde, Cameroun ; (4) Médecine interne, Hôpital Général, Yaounde, Cameroun
*Auteur correspondant : ngandeu@yahoo.fr (M. Ngandeu - Singwé)

Introduction. – Des études ont mis en évidence une association entre la goutte et le syndrome métabolique d'une part et, l'arthrose et le syndrome métabolique d'autre part. Toutefois, aucun travail à notre connaissance n'a comparé sa prévalence dans les deux situations pathologiques.

Objectifs. – Comparer la fréquence du syndrome métabolique au cours de la maladie goutteuse et de l'arthrose.

Patients et méthodes. – Il s'agissait d'une étude comparative faite dans un service de rhumatologie, incluant un groupe de patients souffrant de goutte et un groupe atteints d'arthrose, tous âgés de plus de 15 ans et ayant consenti à participer à l'étude. Les données étaient analysées à l'aide logiciels Epi-Data et SPSS.

Résultats. – Cent un patients recrutés parmi lesquels : 50 sujets souffrant de goutte soient 42 hommes et 8 femmes ; moyenne d'âge : $58,4 \pm 10,6$ ans (Extrêmes : 38 et 82 ans) ; goutte chronique : 36 cas (72 %), goutte aiguë : 14 cas (28 %) ; uricémie moyenne : $80,38 \pm 27,59$ mg/l (extrêmes : 24 et 166 mg/l) ; 51 cas d'arthrose (15 hommes et 36 femmes ; moyenne d'âge : $58,3 \pm 9,7$ [Extrêmes : 28 et 78 ans]). La médiane de la durée d'évolution de la goutte était de 7 ans : IQR [: 1-32] ; celle de l'arthrose était de 5 ans : IQR [1-45]. La localisation de l'arthrose aux membres inférieurs était observée dans 41,2 % des cas. Le syndrome métabolique était présent chez 24 patients (48 %) souffrant de goutte (HTA : 13 cas (52,4 %) ; hypertriglycéridémie : 23 cas (95,8 %) ; diabète : 11 cas (45,8 %) ; baisse du HDL : 15 cas (62,5 %) ; obésité abdominale : 22 cas (91,7 %) et chez 43,1 % des sujets arthrosiques (HTA : 11 cas (50 %) ; hypertriglycéridémie : 18 cas (81,8 %) ; diabète : 5 cas (22,7 %) ; baisse du HDL : 15 cas (68,2 %) ; obésité abdominale : 22 cas (100 %). Les facteurs prédictifs du syndrome métabolique étaient la durée d'évolution, l'indice de masse corporelle dans les deux groupes, l'hyper uricémie pour les patients souffrant de goutte, le stade évolué de l'arthrose pour le groupe des patients arthrosiques. La comparaison de la prévalence du syndrome métabolique dans les 2 groupes de patients ne montrait pas de différence significative ($p = 0,62$; OR = 1,22).

Discussion. – Le syndrome métabolique était observé dans les deux groupes, sans différence significative à la comparaison des prévalences respectives.

Conclusion. – Le risque de développer un syndrome métabolique pourrait être identique au cours de ces deux affections.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-113

Tolérance gastro-intestinale haute avec une solution effervescente tamponnée d'alendronate 70 mg : expérience post-commercialisation

P. Fardellone (1) ; B. Boëzennec* (2) ; B. Cortet (3)

(1) Rhumatologie, CHU Amiens-Picardie (site nord), Amiens ; (2) Direction Médicale France, Laboratoires Expanscience, Courbevoie ; (3) Rhumatologie, CHU Lille, Lille

*Auteur correspondant : bboezennec@expanscience.com (B. Boëzennec)

Introduction. – L'alendronate et les autres bisphosphonates restent les traitements spécifiques les plus utilisés dans la prise en charge de l'ostéoporose afin de prévenir le risque fracturaire. Tandis que l'ALN réduit le risque de fractures vertébrale, non vertébrale et de hanche, respectivement de 48 %, 27 % et 53 % [1], l'adhésion au traitement reste un problème avec plus de 50 % d'arrêt de traitement ou switch la première année. Les effets indésirables gastro-intestinaux (GI) hauts sont l'une des principales raisons d'arrêt de traitement [2].

L'ALN 70 mg effervescent (ALN Ef) a été développé pour améliorer la tolérance GI. Celui-ci est absorbé sous forme d'une solution tamponnée dans laquelle l'ALN est totalement dissout pour augmenter le Ph gastrique et éliminer le contact des particules solides d'ALN avec la muqueuse œsophagienne.

Matériels et méthodes. – L'expérience internationale post-commercialisation avec l'ALN Ef, lancé en 2012, inclut 3 544 270 prescriptions, correspondant à 295 365 patient-années et 14 177 080 prises. Le nombre d'EI GI hauts, témoins de la tolérance GI et associé à l'utilisation de l'ALN Ef est issu de la base de données de pharmacovigilance.

Résultats. – Trois EI GI graves, œsophagite érosive (1) et douleur abdominale haute (2) ; et 63 EI GI non-graves ont été signalés. Parmi ces EI non-graves, on retrouve : douleur abdominale haute (17), douleur GI (1), dyspepsie (17), dysphagie (2), Nausée (20), gastrite (3), vomissement (3).

Conclusion. – La fréquence des œsophagites signalées avec l'ALN sous forme comprimé (ALN Cp) est de 0,1 à 1 %. Supposant la même fréquence pour l'ALN Ef chez les 295 365 patient-années, au moins 295 cas d'œsophagite seraient attendus. Même en considérant que seulement 6 à 10 % des EI sont signalés en post-commercialisation, le nombre des EI de l'ALN Ef est notablement inférieur au nombre attendu pour l'ALN Cp. Les données de pharmacovigilance disponibles suggèrent que l'ALN Ef est associé à une moindre fréquence d'EI GI hauts que celle rapportée avec l'ALN Cp et que c'est une option de traitement bisphosphonate oral bien tolérée pour la prise en charge de l'ostéoporose.

Conflit d'intérêts. – BC : Interventions ponctuelles : Amgen, Expanscience, Ferring, Lilly, Medtronic, Mylan, MSD, Novartis, Roche Diagnostics, UCB, Teva. Intérêts indirects pour association de recherche : Amgen, Novartis, MSD. Travail réalisé en coopération avec le Dr Josef Hruska, EffRx Pharmaceuticals SA, Suisse. PF : Liens durables ou permanents : Expanscience, UCB ; Interventions ponctuelles : Amgen, Expanscience, Lilly, MSD, Novartis, Roche-Chugaï, UCB ; Intérêts indirects pour association de recherche : Lilly, Roche-Chugaï, Biogen. BB : Salarié de Laboratoires Expanscience Les Laboratoires Expanscience ont fourni une assistance à la préparation de cette présentation

Références

- [1] Black DM et al. J Clin Endocrinol Metab 2000 ; 85 : 4118.
- [2] Invernizzi M et al. Aging Clin Exp Res 2015 ; 27 : 107.

PE. Lu-114

Efficacité du dénosumab sur l'ostéoporose de l'hyperparathyroïdie primitive

M. Laroche* (1) ; Y. Degboe (2) ; G. Couture (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Purpan, Toulouse; (2) Centre de rhumatologie, centre hospitalier universitaire de toulouse, Toulouse
*Auteur correspondant : laroche.m@chu-toulouse.fr (M. Laroche)

Introduction. – Les malades ayant une hyperparathyroïdie primitive (HPP) et une ostéoporose fracturaire ou un t-score < -2,5 doivent être opérés ; Certains refusent ou bien restent en hyperparathyroïdie après cervicotomie. La stimulation de la voie Rank est en partie responsable de l'hyper résorption ostéoclastique de l'HPP. Chez des malades en échec ou en refus de chirurgie, avec une hypercalcémie modérée (< 2,7 mmol/l) nous avons évalué l'efficacité sur la densité minérale osseuse (DMO) du DénoSumab (Dmab).

Patients et méthodes. – L'HPP était définie par une inadéquation entre le calcium ionisé et le taux de Parathormone (PTH). Le DénoSumab était prescrit à la dose de 60 mg ; sous cutané, tous les 6 mois. Tous les ans étaient contrôlés le DFG, la calcémie, la PTH, le CTX et une DXA du rachis et de la hanche était réalisée.

Résultats. – 8 femmes de 71 ans (56-90) ont été traitées pendant 32 mois (24-36). 3 étaient en échec de chirurgie, 5 refusaient l'intervention devant la négativité des examens morphologiques (Échographie cervicale et scintigraphie au MIBI) (tableaux 1 et 2).

Tableau 1

Gain total de DMO	Gain annuel de DMO
Rachis: +7,5% (0-17)	Rachis: +2,8% (0-5,7)

Tableau 2

	Avant Dmab	Après Dmab
Calcémie: mmol/l	2,59	2,56
Phosphorémie: mmol/l	0,88	0,83
DFG: ml/mn	83	84
PTH pg/ml	96,3	108,8
CTX: pg/ml	796	<33

Conclusion. – Certes sur une cohorte de faible effectif, le DénoSumab entraîne un gain densitométrique conséquent, sans complications biologiques, chez des malades ostéoporotiques ayant une hyperparathyroïdie primitive à calcémie sub normale. Ce gain est à comparer au gain annuel obtenu par chirurgie dans la cohorte de Cormier et al (JCEM 2013) où il était de +2,3 % au rachis et de 1,9 % à la hanche, chez des malades normo-calcémiques et au gain de 6,8 % au rachis et 4 % à la hanche sous Alendronate administré 2 ans (Khan ; JCEM 2004)

Conflit d'intérêts. – interventions ponctuelles AMGEN

PE. Lu-115

Le risédronate ne permet pas de prévenir la perte osseuse à l'arrêt du dénosumab

M. Laroche* (1) ; Y. Degboe (2) ; G. Couture (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Purpan, Toulouse; (2) Centre de rhumatologie, centre hospitalier universitaire de toulouse, Toulouse
*Auteur correspondant : laroche.m@chu-toulouse.fr (M. Laroche)

Introduction. – L'arrêt du DénoSumab (Dmab) provoque un rebond de la résorption ostéoclastique, une perte osseuse. Des cascades fracturaires ont été rapportées. Le GRIO préconise d'arrêter le traitement de l'ostéoporose lorsque aucune fracture n'est survenue, lorsqu'il n'existe pas de nouveaux facteurs de risque de fracture et lorsque le T-score est > -2,5. Chez des malades souscrivant à ces conditions d'arrêt du traitement de l'ostéoporose, ou ayant eu des effets secondaires sous Dmab, nous avons voulu tester le Risédronate, biphosphonate peu rémanent, dans la prévention de la perte osseuse à l'arrêt du Dmab.

Patients et méthodes. – 11 malades de 69 ans (56-75) ont arrêté le Dmab après 3 (7 malades) ou 4 ans (4 malades) de traitement. 2 malades ont stoppé le Dmab pour possibles effets indésirables : cataractes. A la date de l'injection de Dmab qui aurait dû être effectuée, du Risédronate 35 mg par semaine pendant 6 mois était prescrit, associés à de la vitamine D (100 000 UI tous les 2 mois). Une DXA avec détermination de la densité minérale osseuse (DMO) au rachis et à la hanche à l'arrêt du Dmab et un an après (6 mois après l'arrêt de prise de Risédronate) était réalisée.

Résultats. – À l'arrêt du Dmab et à un an : DFG, calcémie, Vitamine D : normaux, CTX < 33 pg/ml à l'arrêt du Dmab, CTX : 316 (60-730) à un an. Perte moyenne de DMO au rachis pour les 11 malades : -4,85 %. Perte moyenne de DMO à la hanche : -2,85 %. 4 malades n'ont pas eu de diminution de DMO, tous ces malades avaient été traités par des Bisphosphonates au long cours (5 à 10 ans) avant le Dmab. 7 malades ont eu une perte osseuse significative (plus de 3 % au rachis, plus de 4 % à la hanche) dont 3 ont eu une perte osseuse > 10 % au rachis. 3 de ces malades n'avaient pas de traitement avant

Le Dmab (intolérance aux BP), 4 avaient été traités par Térifarparatide. Aucune fracture n'est survenue durant l'année.

Conclusion. – Le Risédronate, administré pendant 6 mois en relais du Dénozumab ne permet pas d'annihiler la perte osseuse survenant à l'arrêt de ce traitement. Seuls les malades ayant été traité au long cours par BP avant l'introduction du Dmab n'ont pas perdu.

La stratégie à l'arrêt du Dmab reste à définir, car d'autres études, sur un faible nombre de malades, ont montré l'efficacité imparfaite du Zolédrionate (Reid, CTI 2017). L'Alendronate pourrait être efficace mais dans l'étude DAPS (Freemantle : OI 2012) les malades n'avaient été traités par Dmab que pendant un an avant le switch.

Conflit d'intérêts. – Interventions ponctuelles AMGEN

Références

[1] Fremantle N and Daps investigators. Fine results of the DAPS study: a 24 month, randomized, crossover comparison with Alendronate in postmenopausal women. *Osteoporosis Int* 2012; 23: 317-26

[2] Reid IR et al Bone loss after Denosumab : only partial protection with Zoledronate. *CTI* 2017 ; 101 : 371-374

PE. Lu-116

Étude de la prévalence des fractures vertébrales et du coefficient d'atténuation scanographique (CAS-L1) dans des populations de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite ankylosante et dans un groupe de témoins : étude descriptive

M. Fauny* (1) ; E. Albuissou (2) ; E. Bauer (1) ; J. Perrier-Cornet (1) ; I. Chary Valckenaere (1) ; D. Loeuille (1)

(1) *Rhumatologie, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy*; (2) *Unité espri-biobase, CHRU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy*

*Auteur correspondant : marine.fauny@aliceadsl.fr (M. Fauny)

Introduction. – L'objectif est d'étudier la prévalence des fractures vertébrales (FV) et de mesurer le coefficient d'atténuation scanographique de la première vertèbre lombaire (CAS-L1) sur des scanners de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), de spondylarthrite ankylosante (SA) et des témoins.

Matériels et méthodes. – Cette étude monocentrique rétrospective a inclus des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) répondant aux critères ACR/EULAR et de spondylarthrite ankylosante répondant aux critères New York modifiés, entre 2009 et 2017. Un groupe témoin apparié au groupe PR a été constitué. Tous les patients devaient avoir bénéficié d'un scanner. Les facteurs de risque d'ostéoporose, les données DEXA ainsi que les caractéristiques cliniques ont été recueillis. Une évaluation scanographique des FV d'après la classification de Genant ainsi qu'une mesure du CAS-L1 en unités Hounsfield (UH) ont été réalisées. Une valeur seuil ≤ 145 UH définit le seuil fracturaire.

Résultats. – 244 patients ont été inclus (105 PR, 83 spondylarthrite ankylosante, 56 témoins). Le groupe spondylarthrite ankylosante est plus jeune à prédominance masculine. Sur un total de 4 365 vertèbres examinées, 66 FV ont pu être mise en évidence chez 36 patients : 18 (17,1 %) PR, 13 (15,7 %) SA et 5 (8,9 %) témoins. Le CAS-L1 est de 142,2 ($\pm 48,4$) UH pour le groupe PR et de 142,8 ($\pm 48,2$) UH pour le groupe SA, significativement plus faible que pour le groupe témoin (161,8 ($\pm 42,7$) UH). ($p = 0,016$). Sur les 36 patients PR ET SA avec FV, un T-score $\leq -2,5$ DS était retrouvé chez 28 % et un CAS-L1 ≤ 145 UH chez 71,4 %. Dans ces 2 populations, un T-score $\leq -2,5$ DS et un CAS-L1 ≤ 145 UH sont associés à un surrisque de FV avec des odds ratio de 2,35 (IC 95 % : 1,12-4,92) et 2,06 (IC 95 % : 1,04-4,10) respectivement.

Conclusion. – Le CAS-L1 est significativement plus faible dans les groupes PR et SA par rapport aux témoins et la présence d'un CAS-L1 ≤ 145 UH est associé à un surrisque de FV similaire à un T-score $\leq -2,5$ DS.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-117

Analyse des prescriptions de mesure de la densité minérale osseuse chez les praticiens algériens : sont-elles superposables aux indications de la Société Internationale de Densitométrie Clinique (ISCD) ?

B. Bengana* (1) ; A. Boukabous (1) ; N. Bahaz (1) ; M. Aouadi (1) ; I. Azza (1) ; S. Lefkir (1)

(1) *Service de Rhumatologie, CHU Beni Messous, Alger, Algérie*

*Auteur correspondant : newbilal@live.fr (B. Bengana)

Introduction. – La résistance osseuse comme le risque de fracture, sont évalués en fonction du contenu minéral osseux ou densité minérale osseuse (DMO). L'absorptiométrie biphotonique aux rayons X est la technique de référence pour mesurer la DMO. C'est un examen clé, avec des indications précises, hélas non remboursée par la sécurité sociale en Algérie. En effet, la mesure de la DMO n'est utile que chez les personnes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose, dont découlent ces indications. Nous avons voulu à travers ce travail apprécier le profil des prescriptions de mesure de la DMO dans l'unique unité de densitométrie du CHU Bénimessous et voir si elles sont superposables aux indications de l'ISCD.

Matériels et méthodes. – Étude rétrospectives de toutes les demandes de DMO reçues dans notre centre sur une période de 6 mois de décembre 2017 à mai 2018, avec appréciation du profil des patients concernés et de leurs prescripteurs mais aussi des différents motifs justifiant les demandes. Apprécier leur concordance ou pas avec les indications de demande de mesure de la DMO selon l'ISCD.

Résultats. – Nous avons analysé 551 demandes sur une période de 6 mois, dont 62 % venaient de la part de médecins rhumatologues (79 % du secteur privé et 21 % du secteur public), 16 % demandées par des oncologues et dans 12 % des cas par des médecins généralistes ; la majorité concernait des femmes avec les 3/4 en âge de la ménopause, les hommes sont très rarement concernés par ces demandes. Dans 20 % des cas, les demandes n'étaient pas superposables aux indications de la mesure de la DMO selon les recommandations de l'ISCD (2/3 d'entre elles sollicitées par les médecins généralistes).

Conclusion. – La prescription de mesure de la DMO provient de la part des médecins rhumatologues dans 2/3 des cas et reste insuffisante de la part des médecins généralistes et dont la plupart des motifs de demande ne sont pas superposables avec les indications de l'ISCD pour l'appréciation de la DMO ; les demandes concernant les hommes sont pratiquement exceptionnelles.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-118

Infarctus osseux vertébraux ou authentiques ostéonécroses vertébrales : série de 8 cas et revue de la littérature

R. Felten* (1) ; E. Chatelus (1) ; F. Sagez (1) ; A. Mallick (1) ; RM. Javier (1) ; C. Sordet (1) ; L. Arnaud (1) ; JE. Gottenberg (1) ; J. Sibilia (1) ; J. Durckel (2)

(1) *Rhumatologie, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*; (2) *Radiologie ostéo-articulaire, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

*Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr (R. Felten)

Introduction. – Dans les années 1980-1990, on a été amené à considérer certaines fractures vertébrales ostéoporotiques avec image de dissection gazeuse comme des lésions d'ostéonécrose. Il a été clairement établi par la suite que ces aspects correspondaient à des lésions purement mécaniques, fracturaires, sans aucun rapport avec d'éventuels phénomènes ischémiques. Continuer à utiliser la déno-

mination « ostéonécrose vertébrale » pour désigner de telles lésions est source de grande confusion (qui persiste même dans la littérature la plus récente). Nous rapportons une série d'authentiques lésions vertébrales ischémiques que nous proposons d'appeler « infarctus osseux vertébraux ».

Patients et méthodes. – Nous rapportons ici, la plus grande série de 8 patients atteints d'infarctus vertébraux, diagnostiqués en IRM ou au scanner, et faisons une revue de la littérature. Nous avons effectué une recherche Pubmed, avec les termes : (« Spine »[Mesh]) AND « Osteonecrosis »[Mesh]), (« Infarction »[Mesh] AND « Bone and Bones »[Mesh] AND « Spine »[Mesh]) et (« Bone marrow necrosis » AND « Spine » [MeSH]).

Résultats. – Toutes les atteintes ischémiques de notre série concernaient plusieurs corps vertébraux, y compris le sacrum (médiane 7 ; extrêmes : 2-24). Une ostéonécrose épiphysaire était associée chez 5 patients (tête fémorale : 4 ; tête humérale : 1). Nous avons également noté 3 cas d'infarctus osseux iliaques. Il s'agissait d'infarctus osseux systémiques dont l'étiologie est identique à celle des infarctus osseux périphériques des régions métaphysaires. Deux étiologies ressortaient de façon tout-à-fait prédominante : la corticothérapie à hautes doses (5 cas) et la drépanocytose (4 cas). Le diagnostic a été porté dans la plupart des cas à l'IRM mais certains aspects radiographiques ou scannographiques de formes évoluées sont hautement évocateurs. Notre recherche bibliographique a permis d'identifier 194 articles. Il y avait 3 doublons, 108 évoquaient des cas de myélite ischémique, 46 n'étaient pas des cas cliniques et traitaient de physiopathologie d'ostéonécrose ou d'autres pathologies médullaires. Finalement, 40 ont été considérés comme parlant d'« ostéonécrose vertébrale » et ont été analysés. Trente et un concernaient des pseudarthroses vertébrales, 2 des cysto-stéatonecrose, 2 étaient considérées comme évoquant des infarctus vertébraux mais n'ont pu être confirmés à leur relecture et seulement 5 articles faisaient état de véritables infarctus osseux vertébraux chez 5 patients. Dans ces cas, l'ostéonécrose faisait suite à une corticothérapie dans 3 cas, 1 syndrome catastrophique des anti-phospholipides et 1 maladie de Gaucher.

Discussion. – Nous rapportons ici la première série d'infarctus vertébraux, non associés à une myélite ischémique. La plupart des cas d'ostéonécrose vertébrale décrits dans la littérature concernent en fait des lésions de pseudarthrose vertébrale. Très peu de cas d'infarctus osseux ont été décrits, tous en relation avec des facteurs de risque d'ostéonécrose tout comme dans notre série. Certains cas privilégiés de notre série nous permettent de décrire les stades précoces (correspondant à l'installation des lésions ischémiques), puis les stades constitués avec des images pathognomoniques des infarctus vertébraux. Comme pour les infarctus osseux périphériques, l'image élémentaire en IRM est le liseré périphérique, délimitant la zone ischémisée. Certaines images peuvent être très troublantes, par exemple, sur les coupes sagittales, des images linéaires dont la forme s'apparente à des lettres de l'alphabet : ceci est lié à la forme particulière que peuvent prendre ces infarctus, liée aux particularités de la vascularisation des corps vertébraux.

Conclusion. – Les infarctus osseux vertébraux sont rares et à différencier des pseudarthroses vertébrales, extrêmement banales. Leurs physiopathologie et prise en charge sont tout-à-fait différentes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-119

Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des praticiens algériens dans le dépistage de l'ostéoporose

B. Bengana* (1) ; A. Boukabous (1) ; N. Bahaz (1) ; M. Aouadi (1) ; I. Azza (1) ; S. Lefkir (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Beni Messous, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : newbilal@live.fr (B. Bengana)

Introduction. – L'ostéoporose (OP) est une maladie fréquente après l'âge de 50 ans, due à une fragilité osseuse responsable de fractures

dont l'incidence augmente avec l'âge. Ces dernières sont responsables d'handicap fonctionnel majeur mais aussi pourvoyeuses de morbidité non négligeable, leur prise en charge entraîne un coût qui reste considérable ; améliorer le dépistage de l'OP est devenu un défi de santé publique. Il était impératif d'apprécier les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des praticiens particulièrement les médecins généralistes (MG) dans le dépistage de l'ostéoporose.

Matériels et méthodes. – Enquête observationnelle CAP sur le dépistage de l'OP par la diffusion d'un formulaire électronique sur les réseaux sociaux mais aussi par mail sur un réseau professionnel destiné aux MG algériens des différentes régions du pays et ce entre janvier 2017 et avril 2018.

Résultats. – Nous avons recensé 278 réponses de la part de différents praticiens algériens (51 % sont des MG), 43 % travaillent dans le secteur public et 23 % dans le secteur libéral, 38 % exercent dans la région centre du pays, 49 % prétendent ne pas prendre en charge de patients souffrants d'OP en consultation, plus des ¾ pensent que l'OP s'exprime par des douleurs osseuses, 43 % pensent qu'elle s'exprime par des douleurs articulaires, seulement 18 % pensent qu'elle peut être asymptomatique. Moins de 10 % des interrogés pensent que l'ostéoporose peut toucher tous les âges et les deux sexes. Concernant le dépistage seulement 18 % pensent à rechercher une ostéoporose après fracture probablement ostéoporotique. 9 interrogés sur 10 y pensent après prise de corticoïdes au long cours, 40 % des interrogés avouent méconnaître les facteurs de risque d'OP. Pour l'outil de dépistage de l'ostéoporose seulement 24 % demandent la densitométrie osseuse, 85 % pensent qu'elle se dépiste sur radiographies standards.

Conclusion. – Au terme de cette enquête, il est clair que les praticiens algériens sous-estiment l'OP et manquent de connaissances pour le dépistage de cette pathologie fréquente et grave en même temps. Des efforts doivent être consentis pour la formation médicale continue des praticiens particulièrement les MG pour un meilleur dépistage et prise en charge de l'OP.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-120

Hypophosphatémie liée à l'X : étude observationnelle rétrospective monocentrique de 8 patients adultes

A. Mallick* (1) ; E. Schaefer (2) ; D. Levy (3) ; RM. Javier (3)
(1) Rhumatologie, Hôpital Louis Pasteur, Colmar; (2) Service de génétique médicale, CHU Hautepierre, Strasbourg; (3) Service de rhumatologie, CHU Hautepierre, Strasbourg

*Auteur correspondant : auriane.mallick@hotmail.fr (A. Mallick)

Introduction. – L'hypophosphatémie liée à l'X (XLH) est le rachitisme héréditaire le plus fréquent, secondaire à une mutation inactivatrice du gène PHEX qui entraîne une augmentation du taux de FGF23 sérique et donc un diabète phosphaté. La triade « retard statural-déformation des membres inférieurs-hypophosphatémie » se révèle le plus souvent dans l'enfance. Les manifestations cliniques et leur sévérité varient d'un individu à l'autre ce qui peut entraîner des retards diagnostiques considérables. L'objectif de notre étude est d'analyser les caractéristiques anamnestiques, cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la cohorte des patients adultes atteints de XLH suivis au service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS).

Patients et méthodes. – Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective qui a inclus les patients d'au moins 18 ans suivis pour un XLH au service de rhumatologie des HUS.

Résultats. – Huit patients (4 femmes et 4 hommes) sont suivis au service de rhumatologie des HUS pour un XLH. L'âge moyen au diagnostic était de 14,9 ans (range 1-47) avec un diagnostic posé dans l'enfance pour 5 patients (62 %). La maladie était évoquée sur plusieurs arguments, associés le plus souvent à une hypophosphatémie : un antécédent familial de XLH, une déformation des membres inférieurs, un retard d'acquisition de la marche, la présence de caries dentaires multiples, de douleurs

osseuses ou d'une ostéocondensation du rachis. La taille moyenne était de 158,3 cm ($\pm 11,1$). Une déformation des membres inférieurs était constatée chez 7 patients (87 %). Les douleurs osseuses étaient présentes chez 6 patients (75 %). Six patients ont présenté des fissures osseuses multiples et 3 patients d'authentiques fractures. Six patients décrivaient un handicap fonctionnel majeur en rapport avec une asthénie, des myalgies, des rachialgies dégénératives ou une scoliose dorso-lombaire. Sur le plan biologique, la phosphatémie moyenne au diagnostic était de 0,45 mmol/l ($\pm 0,006$). Le taux de réabsorption du phosphore moyen était de 57,8 % ($\pm 20,9$) avec un TmPi/DFG moyen à 0,49mmol/l ($\pm 0,14$). Le FGF23 n'était dosé que chez un patient et était élevé à deux fois la normale. Quatre patients (50 %) avaient des phosphatases alcalines élevées. La mutation du gène PHEX était recherchée et positive chez 3 patients. Sur le plan radiographique, on observait des troubles de la minéralisation osseuse (5 patients), des arthropathies précoces (6 patients), des ossifications ectopiques précoces (6 patients), des fissures osseuses (6 patients) et une néphrocalcinose (2 patients). Les 5 patients dont le diagnostic a été posé dans l'enfance bénéficiaient d'une supplémentation en phosphore et dérivés hydroxylés de la vitamine D. L'observance à long terme est mauvaise avec un arrêt prématuré du traitement chez 3 d'entre eux. À l'âge adulte, 2 patients n'ont pas eu de supplémentation en phosphore en raison d'une mauvaise tolérance digestive et 1 seul n'a pas de traitement par dérivés hydroxylés en 1 de la vitamine D. La consommation d'antalgiques était importante chez nos patients. Six patients ont bénéficié d'une chirurgie correctrice d'une déformation des membres inférieurs à l'adolescence.

Conclusion. – Le XLH est une maladie rare et de diagnostic difficile chez l'adulte qui présente des signes moins marqués et non spécifiques. Le bilan phosphocalcique doit donc être systématique devant des arthropathies dégénératives et/ou des enthésopathies précoces. À l'heure où un traitement spécifique par anticorps anti-FGF23 (burosumab) est disponible, le rhumatologue a une place essentielle dans le dépistage de la maladie, la connaissance des complications et des marqueurs du suivi.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Ruppe MD. X-linked hypophosphatemia. 2012 Feb 9 [updated 2017Apr 13 ; cited 2018 Sep 1]. In : Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA) : University of Washington, Seattle ; 1993-2018. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83985/>.
- [2] Insogna KL, Briot K, Imel EA, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial evaluating the efficacy of burosumab, an anti-FGF23 antibody, in adults with X-linked hypophosphatemia : week 24 primary analysis. *J Bone Miner Res.* 2018 ; 33 : 1383–1393. DOI : 10.1002/jbmr.3475

PE. Lu-121

Identification des fractures vertébrales des patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde à l'aide de la densité minérale osseuse et du Trabecular Bone Score (TBS)

M. Djennane* (1) ; A. Tibiche (2)

(1) Service rhumatologie, CHU Belloua, Tizi Ouzou, Algérie ;

(2) Épidémiologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie

*Auteur correspondant : malik.djennane@hotmail.com

(M. Djennane)

Introduction. – L'atteinte osseuse est la principale complication articulaire de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Les patients atteints de PR ont un plus grand risque d'ostéoporose et de fracture que la population générale. La prévalence de l'ostéoporose dans la PR est de 20 % à 30 % au niveau de la colonne vertébrale et 7-26 % à la hanche (6-10). Le diagnostic de l'OP repose sur l'ostéodensitométrie osseuse (DMO). La principale limite de cette dernière réside dans le chevauchement des valeurs de la DMO entre les sujets fracturés et les sujets non fracturés. Le Trabecular Bone Score (TBS) est une

mesure indirecte de la microarchitecture osseuse. Des travaux ont montré qu'un TBS bas est corrélé avec la présence de fracture et ce indépendamment du résultat de la DMO. L'objectif de notre travail est de démontrer le rôle du TBS dans la prédiction du risque fracturaire chez des patientes atteintes de PR.

Patients et méthodes. – C'est une étude rétrospective type cas-témoins réalisée au niveau du service de rhumatologie du CHU de Tizi ouzou concernant des femmes atteintes de PR. 167 femmes présentant une PR selon les critères ACR ont été recrutées au niveau de l'unité DMO dans le cadre de la procédure de routine. Le Questionnaire comprenait une évaluation clinique des données démographiques (âge, poids, taille, IMC, durée de la maladie, dose de corticoïdes, âge de la ménopause). L'activité de la maladie par le DAS28, le HAQ (health assessment question) pour la qualité de vie ainsi que les différents traitements de fond et biologiques pris. Une évaluation radiologique par la recherche des FV à l'aide de l'outil VFA (vertebral fracture assessment) de T4-L4. L'évaluation a été effectuée qualitativement et semi-quantitativement selon la classification de Genant. La BMD a été mesurée par DXA (Hologic) au niveau du rachis lombaire et fémoral. Le TBS a été évalué dans les mêmes régions de mesure (L1-L4) que celles utilisées pour la DMO, en utilisant TBS iNsight® V1.0 (Med-Imaps).

Résultats. – 25 patientes avec FV (cas) ont été identifiées et 142 sans FV (témoins). Les cas étaient plus âgés, avaient un DAS28 plus élevé, un HAQ plus altéré et une durée de la ménopause plus élevée que les contrôles ($p < 0,001$). La BMD et le TBS étaient plus bas dans les cas versus contrôles ($p < 0,001$). En comparant le TBS couplée à la BMD versus la BMD seule, selon un modèle de régression logistique, il en ressort que l'AUC (aire sous la courbe) de l'association BMD Lombaire+TBS = 0,74 (0,65-0,83) versus AUC de la BMD seule = 0,61 (0,49-0,72) et que TBS+BMD col fémoral = 0,84 (0,77-0,90) versus AUC du TBS seul = 0,74 (0,65-0,84). La détermination de la valeur seuil diagnostique du TBS (correspondant à la valeur du TBS ayant une meilleure sensibilité et spécificité) par l'index de Youden est de 0,424 correspondant à une valeur de TBS de 1.148 (avec à une sensibilité de 70 % et une spécificité de 72 %).

Conclusion. – Le TBS dans la PR, en complément ou non avec la DMO, a une valeur diagnostique et ceci quelque soit la zone densitométrique sur des patients appariés ou non pour l'âge et ou à la DMO. Il faudrait promouvoir son utilisation en routine clinique afin d'améliorer la prise en charge de nos patientes.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Pothuau L, Barthe N, Krieg MA, et al. 2009 Evaluation of the potential use of trabecular bone score to complement bone mineral density in the diagnosis of osteoporosis : a preliminary spine BMD-matched, case-control study. *J Clin Densitom* 12 : 170e176.
- [2] Roux C. 2011 Osteoporosis in inflammatory joint diseases. *Osteoporos Int* 22 : 421e433.

PE. Lu-122

Analyse de 125 fractures vertébrales chez 55 patients permettant de mieux comprendre les mécanismes fracturaires aboutissant à l'image de fente vertébrale, faussement dénommée ostéonécrose vertébrale

R. Felten* (1) ; E. Chatelus (1) ; A. Mallick (1) ; F. Sagez (1) ; RM. Javier (1) ; C. Sordet (1) ; L. Arnaud (1) ; JE. Gottenberg (1) ; J. Sibilia (1) ; J. Durckel (2)

(1) Rhumatologie, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg ; (2) Radiologie ostéo-articulaire, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

*Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr

(R. Felten)

Introduction. – Pendant des décennies on a parlé de tassements vertébraux puis ce mot a été remplacé par celui de fractures vertébrales : à juste titre. Le tassement vertébral est en effet une authentique frac-

ture qui concerne la corticale et les travées spongieuses. L'objectif de notre étude était de déterminer les mécanismes de ces lésions fracturaires afin d'expliquer les différents aspects visualisés en imagerie. Il s'agissait de montrer que l'image de fente au sein du corps vertébral ne correspondait nullement à des lésions d'ostéonécrose ischémique (dénomination source de grande confusion par rapport aux authentiques lésions ischémiques vertébrales).

Matériels et méthodes. – Nous avons mené une étude rétrospective à partir de dossiers de patients vus dans notre centre entre 2002 et 2017 et chez lesquels a été porté le diagnostic de fracture vertébrale ostéoporotique. Nous avons sélectionné les patients ayant bénéficié d'un examen scannographique et/ou d'une IRM du rachis.

Résultats. – 55 patients comportant 125 fractures vertébrales ont été analysés. Cette analyse systématique a permis de répertorier les différentes lésions fracturaires élémentaires et de les expliquer. La fracture vertébrale s'accompagne d'hyperhémie, d'œdème et d'hémorragie qui vont se traduire par des signes inflammatoires (hypo-signal T1, hyper-signal T2). Ces derniers ont une topographie prévisible, suivant le vecteur des forces de compression. Le plus souvent, ils réalisent une bande horizontale sous le plateau fracturé (contrastant avec les signes de topographie et forme aléatoires des lésions tumorales). Parfois la fracture est incomplète réalisant des fissures horizontales. Elles se traduisent par une image linéaire hypo-signal, entourée de signes d'œdème médullaire en phase aiguë (hypo signal T1, hyper signal T2). Une fracture horizontale, qu'elle soit récente ou ancienne peut s'accompagner d'un diastasis des berges fracturaires, réalisant une image de dissection du corps vertébral appelée pseudarthrose ou faussement ostéonécrose. Cette image de fente est de forme variable linéaire, plus ou moins large, ou triangulaire à base antérieure. Elle peut plus ou moins s'ouvrir selon la position du patient. Elle contient soit de l'air (réalisant une image de vide gazeux en radiographie et scanographie, une image vide de signal en IRM), soit du liquide (donnant un aspect homogène très hyper-signal en IRM). Notre analyse permet de comprendre que ce contenu respectif en air ou en liquide est fonction de la position du patient avant et pendant l'examen. Ainsi, en position debout et dans les premières minutes du décubitus, il s'agit d'air. En décubitus un peu plus prolongé, il s'agit surtout de liquide. Dans certaines circonstances on peut observer une image de niveau hydro-aérique. Dans certains cas, on observe des images d'impaction/compression des travées spongieuses réalisant, sous le plateau vertébral enfoncé, une bande de condensation au scanner, une bande hypo signal T1 et T2 en IRM. Classiquement, une fracture ostéoporotique est sensée respecter le mur postérieur. Toutefois, les conséquences de ces fractures sur le mur postérieur sont variables et celui-ci est plus ou moins conservé. Il prend le plus souvent un aspect particulier avec un coin postérieur très acéré et légèrement déplacé en arrière. Le mur postérieur peut présenter un recul plus ou moins marqué au sein du canal rachidien mais, néanmoins, se complique très rarement de répercussions neurologiques.

Conclusion. – L'analyse fine de 125 fractures vertébrales chez 55 patients permet de mieux comprendre l'aspect scannographique et IRM des fractures vertébrales ostéoporotiques. La survenue d'une fente vertébrale, dont le contenu est variable en fonction de la position du patient, n'est nullement d'origine ischémique mais purement traumatique et ne justifie donc pas le terme d'ostéonécrose vertébrale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-123

Présentation clinique et profil étiologique de l'ostéomalacie : à propos de 33 cas

K. Maatallah (1) ; S. Bouden* (1) ; D. Kaffel (1) ; H. Ferjani (2) ; MM. Kchir (1) ; W. Hamdi (1)

(1) Rhumatologie, Institut Mohamed Kassab d'Orthopédie, Manouba, Tunisie; (2) Médecine interne, hôpital zaghouan, tunis, Tunisie

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

Introduction. – L'ostéomalacie (OM) est une ostéopathie raréfiante secondaire à un défaut de minéralisation de la trame osseuse. Ces

manifestations clinico-biologiques et radiologiques sont diverses et souvent méconnues.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les cas d'OM colligés dans notre service entre 2006 et 2018.

Résultats. – Trente trois patients ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 55 ans [29-82 ans]. Une prédominance féminine était notée avec un sexe ratio (Homme/Femmes) à 0,09. Cinquante sept pour cent des patients étaient issus d'un milieu urbain. Sur le plan clinique, les douleurs osseuses étaient notées chez tous les patients avec un trouble de la marche chez 81 % d'entre eux et une impotence fonctionnelle chez 57 % des cas. Les déformations osseuses ont été retrouvées chez la moitié des patients. La biologie objectivait une hypocalcémie, une hypophosphorémie ainsi qu'une augmentation des phosphatases alcalines chez respectivement 46, 50 et 90 % des malades. Tous les patients avaient une hypovitaminose D. Les radiographies standards objectivaient une hypertransparence osseuse chez tous les patients, des stries de Looser Milkman étaient présentes dans 70 % des cas avec des fractures complètes dans 30 % des cas. La DMO objectivait un profil d'ostéoporose dans 81 % des cas et d'ostéopénie dans 9 % des cas. Sur le plan étiologique, l'origine carencielle a été retenue chez 25 patients (75 %) avec 2 cas de malabsorption digestive, 1 cas de résection gastrique et 1 cas de maladie coeliaque. L'OM vitamino résistante était présente chez une patiente. L'OM hypophosphorémique était retenue chez 4 patients (1 cas de syndrome de Fanconi, 1 cas d'OM oncogénique et 2 cas sont en cours d'exploration).

Conclusion. – Le diagnostic d'ostéomalacie repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. L'origine carencielle reste l'étiologie prédominante.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-124

Étude comparative de l'effet du traitement hormonal substitutif, de la pilule estro-progestative et de l'absence de traitement sur la perte osseuse au cours de l'anorexie mentale

I. Legroux* (1) ; A. Vergoten-Moraly (2) ; J. Vignau (3) ; RM. Flipo (1) ; C. Martin (2) ; B. Cortet (4)

(1) Rhumatologie, C.H. Régional Universitaire de Lille, Lille; (2) Service de gynécologie, Jeanne de Flandre (Hôpital et Maternité), CHU Lille, Lille; (3) Service de psychiatrie, Hôpital Fontan 2, CHU Lille, Lille; (4) Rhumatologie, CHU Lille, Lille

*Auteur correspondant : isabelle.legroux@chru-lille.fr (I. Legroux)

Introduction. – Le retentissement osseux de l'anorexie mentale (AM) est multifactoriel. La carence estrogénique est un des éléments qui participe à la perte osseuse. Pour autant les données dans la littérature sont contradictoires quant à l'effet bénéfique du traitement hormonal. Ceci pouvant être lié à la méthodologie des études qui pour beaucoup sont transversales. En outre dans certaines situations on utilise la pilule estro-progestative (POP) et dans d'autres les estrogènes naturels. Le but de ce travail était donc d'évaluer de manière comparative l'effet osseux du traitement hormonal soit en utilisant les estrogènes naturels (THS), soit la POP comparativement à l'absence de traitement.

Résultats. – 189 patientes ayant une AM selon les critères DSM IV ont initialement été retenues. Après exclusion de celles pour lesquelles une seule densitométrie osseuse était disponible et des plus âgées (âge > 35 ans), 108 patientes ont été analysées : 45 sans traitement, 30 sous POP et 33 sous THS. Les 3 groupes étaient comparables à l'inclusion pour l'âge, le poids, l'indice de masse corporelle et la durée de l'anorexie. En revanche l'aménorrhée était moins fréquente dans le groupe POP (53 %) que dans le groupe THS (79 %) ou absence de traitement (82 %). De même la densité minérale osseuse (DMO) était plus élevée dans le groupe sans traitement. À l'inclusion une corrélation négative et significative a été constatée dans les 3 groupes entre la DMO (quel que soit le site) et le taux de phospho-

tases alcalines osseuses ($r = 0,23-0,26$) et d'ostéocalcine ($r = 0,21-0,27$) mais pas avec le taux de CTX. Après ajustements multiples, l'évolution de la DMO n'était pas différente dans les 3 groupes après 1 et 2 ans de suivi. À titre d'exemple, l'évolution des Z-scores médians au rachis lombaire figure dans le tableau 1.

Tableau 1 Tableau 1. Évolution des Z-scores médians au rachis lombaire

	J0	J1 an	J2ans
Pas de traitement	-1,20	-1,28	-1,53
POP	-1,76	-1,71	-1,60
THM	-2,23	-2,19	-2,00

Conclusion. – En dépit de l'existence d'une carence estrogénique au cours de l'AM, tant le THS que la POP ne semblent pas influencer favorablement le statut osseux de ces patientes laissant entendre que la perte osseuse au cours de l'AM repose sur de nombreux facteurs et que la carence estrogénique joue un rôle modéré
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-125

Évaluation médico-économique du risédronate gastro-résistant dans le traitement des femmes ménopausées ostéoporotiques en France

M. Hiligsmann* (1) ; J.Y. Reginster (2)

(1) Health services research, Maastricht University, Maastricht, Pays-Bas ; (2) Département de santé publique et d'économie de la santé, Université de Liège, Liège, Belgique

*Auteur correspondant : m.hiligsmann@maastrichtuniversity.nl (M. Hiligsmann)

Introduction. – Une nouvelle présentation du risédronate 35 mg, en comprimé gastro-résistant (risédronate GR), est associée à une meilleure persistance thérapeutique que les bisphosphonates oraux traditionnels, mais présente un coût légèrement supérieur aux autres bisphosphonates oraux et à leurs génériques. Dans un objectif d'efficacité et de meilleure allocation des ressources disponibles, il est important d'évaluer si le rapport coût-efficacité du risédronate GR est favorable ou non par rapport aux principaux traitements alternatifs. L'évaluation médico-économique constitue un élément important des prises de décision en matière de santé. L'objectif de cette étude est ainsi d'évaluer le ratio coût-efficacité du risédronate GR par rapport au risédronate générique et à l'alendronate hebdomadaires dans le traitement des femmes ménopausées ostéoporotiques en France.

Patients et méthodes. – Un modèle de simulation (techniquement appelé modèle de Markov) a été utilisé pour estimer le coût total (englobant le coût des traitements et les autres coûts des soins de santé liés aux fractures) et l'efficacité mesurée en années de vies ajustées par la qualité (QALYs) de chacun des traitements. Les analyses ont été menées chez les femmes âgées de 60 à 80 ans présentant un T-score de densité minérale osseuse $\leq -2,5$ et/ou des antécédents de fractures vertébrales. Les données poolées d'efficacité des bisphosphonates oraux ont été dérivées d'une méta-analyse et les données de persistance (jusqu'à 3 ans) ont été obtenues d'une large étude longitudinale menée en Australie. Le ratio coût-efficacité a ensuite été calculé entre le risédronate GR et le risédronate générique et l'alendronate (sous forme hebdomadaire). Le ratio coût-efficacité est une expression synthétique des résultats d'une analyse médico-économique correspondant au coût marginal de l'intervention par unité d'efficacité.

Résultats. – Dans toutes les populations simulées, le risédronate GR a un ratio de coût par QALY favorable ($< 20\,000$ €) par rapport au risédronate générique et à l'alendronate. En d'autres termes, le coût marginal du risédronate GR par année de vie en bonne santé gagnée

est inférieur au seuil à partir duquel des interventions de santé sont considérées comme non efficaces. Le ratio de coût par QALY du risédronate GR devient encore plus favorable ($< 20\,000$ €) chez les femmes avec un T-score $\leq -2,5$ et des antécédents de fractures vertébrales. Chez les femmes de 75 ans et plus, le risédronate GR est même dominant par rapport aux autres traitements, signifiant que le coût de traitement additionnel du risédronate GR est inférieur au coût épargné par la prévention de fractures supplémentaires résultant de la meilleure persistance thérapeutique.

Discussion. – Cette étude se base sur un modèle de simulation précédemment validé et utilisé régulièrement dans des publications scientifiques, et englobe dans la mesure du possible des données françaises. Plusieurs limitations peuvent être inhérentes à la disponibilité des données. Il conviendra ainsi de valider les données de persistance par une étude longitudinale en France.

Conclusion. – Cette étude suggère que le risédronate 35 mg gastro-résistant a un ratio coût-efficacité favorable par rapport au risédronate générique et à l'alendronate dans le traitement des femmes ménopausées ostéoporotiques en France.

Conflit d'intérêts. – M.H. Grant de recherche Teva et Theramex

PE. Lu-126

Importance de la perte osseuse après transplantation hépatique : expérience monocentrique

C. Plurien* (1) ; D. Mulleman (1) ; F. Espitalier (2) ; E. Cattelain-Lopez (1) ; D. Chu Miow Lin (1) ; E. Salame (3) ; P. Goupille (1) ; I. Griffoul (1)

(1) Rhumatologie, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours ; (2) Anesthésie et réanimation 2, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours ; (3) Chirurgie digestive, oncologique et endocrinienne transplantation hépatique, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours
*Auteur correspondant : chloe.plurien@gmail.com (C. Plurien)

Introduction. – Après une transplantation hépatique (TH) pour hépatopathie chronique, la perte osseuse est importante conduisant à un risque élevé de fracture, notamment vertébrale. Les caractéristiques osseuses des patients après une TH sont peu décrites. L'objectif principal était de décrire le statut osseux au décours d'une TH. Les objectifs secondaires étaient d'observer l'influence sur ce statut osseux d'une consultation de rhumatologie avant TH et l'impact sur l'os de l'étiologie de l'hépatopathie.

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une étude transversale, prospective, descriptive, monocentrique incluant tous les patients vus à la consultation de Rhumatologie au décours d'une TH. Certains patients avaient été vus préalablement à la TH en consultation de dépistage (population A) tandis que d'autres avaient été vus uniquement au décours de la TH (population B). À chaque consultation, des données démographiques, cliniques, biologiques et densitométriques (incluant une Vertebral Fracture Assessment – VFA) ont été recueillies.

Résultats. – Nous avons inclus 144 patients, 73 patients dans le groupe A et 71 dans le groupe B. Il s'agissait de 104 hommes et 40 femmes, d'âge médian 61 ans [53 ; 65], vus dans un délai médian de 14 mois [10,4 ; 20,6] après la TH. Quarante-vingt-dix-huit (68 %) patients avaient une hépatopathie d'origine alcoolique, 44 (30 %) d'origine virale. Les apports calciques alimentaires étaient insuffisants chez 99 (70 %) des patients. Soixante-deux (43 %) patients avaient une insuffisance en vitamine D et 50 (34 %) étaient carencés. Vingt-et-un (14 %) patients étaient ostéoporotiques, 71 (49 %) étaient ostéopéniques. À la VFA, 26 patients (18 %) avaient une fracture vertébrale. Sept (5 %) patients recevaient un traitement anti-ostéoporotique alors que celui-ci était indiqué pour 37 (26 %) patients. Il n'y avait pas de différence pour les caractéristiques osseuses entre les patients des groupes A et B sauf pour la vitamine D qui était supérieure pour les patients déjà vus avant TH : médiane à 35 nmol/L [25 ; 49] dans le groupe A vs 23 [17 ; 35] dans le groupe

B ($p < 0,0005$). Nous n'avons observé aucune différence selon la cause de l'hépatopathie.

Discussion. – Nous avons mis en évidence, sur une grande population de patients transplantés, une prévalence de fractures sévères élevée, une insuffisance en vitamine D, une densité osseuse faible et une insuffisance de prise des traitements anti-ostéoporotiques. La consultation pré-TH a permis d'identifier des facteurs de risques d'ostéoporose mais seule la carence en vitamine D a été corrigée. En absence de consensus dans cette population particulière, la décision de prescription de traitement anti-ostéoporotique est délicate. Il faut donc proposer des recommandations de suivi rhumatologique et déterminer une fenêtre d'opportunité osseuse.

Conclusion. – La fragilité osseuse après TH est une comorbidité importante, il est nécessaire d'établir des règles vis-à-vis de sa prévention avant, et au décours de la TH, dans le but de réduire le risque fracturaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-127

L'ostéomalacie au cours de la maladie cœliaque : à propos de 10 cas observés dans un service de médecine interne

F. Rekik (1) ; F. Frikha* (1) ; R. Ben Salah (1) ; M. Snoussi (1) ; H. Hachicha (2) ; M. Jallouli (1) ; S. Marzouk (1) ; H. Masmoudi (2) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2)

Immunologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : fetenfrikha@yahoo.fr (F. Frikha)

Introduction. – L'ostéomalacie est la première altération osseuse décrite au cours de la maladie cœliaque (MC) diagnostiquée à l'âge adulte, survenant surtout chez les femmes. La présentation clinique habituelle associe des douleurs musculaires, une faiblesse musculaire proximale, une démarche dandinante et des fractures spontanées. Aujourd'hui, l'ostéomalacie est devenue une complication rare de la MC de l'adulte vu le diagnostic devenu précoce. Cependant, elle est encore diagnostiquée dans les pays du Maghreb.

Patients et méthodes. – Sur une étude de 43 cas de maladie cœliaque de l'adulte, diagnostiqués sur des arguments cliniques, immunologiques, endoscopiques, histologiques et évolutifs colligés dans le service de médecine interne sur une période allant de 2001 à 2018, nous rapportons 10 cas d'ostéomalacie.

Résultats. – Notre série comporte 10 femmes avec un âge moyen de 30 ans (extrêmes allant de 19 à 44 ans). Une diarrhée chronique était retrouvée chez 7 patientes. Les signes généraux avec une asthénie et un amaigrissement étaient retrouvés chez 8 patientes et une anémie chronique était retrouvée dans les antécédents des malades dans 8 cas. L'ostéomalacie faisait partie du tableau initial de la MC dans 9 cas et comme complication d'une MC connue sous régime mal suivi dans 1 cas. Les manifestations ostéo-articulaires étaient le motif de consultation dans 6 cas. L'interrogatoire retrouvait des douleurs osseuses principalement au niveau du bassin dans 5 cas. Les arthralgies mécaniques étaient retrouvées chez 9 patientes. Sur le plan biologique, l'hypocalcémie était notée chez toutes les patientes avec des chiffres allant de 1,76 à 2,11 mmol/l. Une hypophosphorémie franche était retrouvée dans 6 cas. La calciurie de 24 heures était faite chez 7 patientes toujours $< 5\text{mmol}/24\text{ heures}$. Les PAL étaient élevées dans 8 cas avec des chiffres qui variaient entre 3 et 5 fois la normale. Le dosage de la vitamine D était fait dans 8 cas. Le taux de 25 (OH) vitamine D était $< 10\text{ ng/ml}$ dans 7 cas et à 12 ng/ml dans un cas. Toutes nos patientes avaient des chiffres d'hémoglobine $< 10,5\text{ g/dl}$ dont 5 étaient déjà sous traitement martial. Sur le plan radiologique, les fractures et les fissures étaient retrouvées chez 6 patientes et touchaient principalement les branches ischio-pubiennes. Un aspect déminéralisé avec présence des stries de looser-milkman dans 3 cas. La scintigraphie osseuse était faite dans 2 cas objectivant des foyers d'hyperfixation en rapport avec des fis-

sures costales. La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par absorptiomètre biphotonique à rayon X avec évaluation du T-score et du Z score était pratiquée dans 4 cas objectivant une baisse importante de la DMO dans tous les cas. La conduite thérapeutique était en plus du régime sans gluten, un traitement martial associé à un traitement substitutif vitamino-calcique. L'évolution était favorable chez toutes les malades avec amélioration de la marche, disparition des douleurs osseuses et normalisation du bilan phosphocalcique. Une mesure de DMO de contrôle a été réalisée dans 2 cas objectivant une normalisation de la densité minérale : le T-score au rachis lombaire est passé de $-4,3$ à $-0,2$ pour la 1^{re} patiente et de $-3,5$ à $0,5$ pour la 2^e patiente.

Discussion. – Parmi les conséquences à long terme d'une MC non diagnostiquée ou non prise en charge, l'ostéomalacie est fréquente. Elle a affecté 23 % de nos patients atteints de MC, indépendamment de la présence de symptômes digestifs. Cette complication est liée à une hypovitaminose D secondaire au syndrome de malabsorption.

Conclusion. – Les manifestations ostéo-articulaires sont fréquentes notamment l'ostéomalacie. Les formes atypiques sont devenues la présentation clinique la plus fréquente de la maladie. Sa détection est d'une importance capitale et ce pour permettre d'instaurer rapidement un régime sans gluten et d'éviter ainsi les formes évoluées et de permettre une meilleure qualité de vie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-128

Efficacité du dipyridamole dans le traitement des diabètes phosphatés et facteurs prédictifs de réponse : étude rétrospective sur 42 cas

G. Couture* (1) ; M. Vallet (2) ; I. Tack (2) ; M. Laroche (1)

(1) Service de rhumatologie, CHU Purpan, Toulouse; (2) Explorations fonctionnelles rénales, CHU Rangueil, Toulouse

*Auteur correspondant : couture.guillome@gmail.com (G. Couture)

Introduction. – Les diabètes phosphatés (DP) sont des pathologies rares, d'étiologies multiples (hypersécrétion de FGF-23, rachitismes hypophosphatémiques). Certains sont inexplicables et sont appelés idiopathiques. Le but de cette étude est de rapporter l'efficacité du dipyridamole dans le traitement des DP idiopathiques, et de rechercher des facteurs prédictifs de réponse.

Matériels et méthodes. – Nous présentons une étude rétrospective, monocentrique, de 42 tests au dipyridamole. chez des patients avec un DP idiopathique défini par une hypophosphatémie, un taux de réabsorption des phosphates (TRP) inférieur à 85 % et un seuil de réabsorption des phosphates (TmPO4/GFR) inférieur à $0,80\text{ mmol/L}$. Le test s'est déroulé selon un protocole standardisé, défini a priori. L'exploration était divisée en 4 périodes : 2 avant la perfusion de dipyridamole (périodes 1 et 2) et 2 après (périodes 3 et 4). Nous réalisons une perfusion de 1 mg/kg de dipyridamole. Le test est considéré comme positif lorsque la moyenne des TmPO4/DFG des périodes 3 et 4 était supérieure à celle des périodes 1 et 2 et que le TmPO4/DFG de la période 4 était supérieur de 25 % à la moyenne des périodes 1 et 2.

Résultats. – Notre cohorte est masculine (85,7 %), d'âge moyen de 49 ans, en léger surpoids. 54,8 % des patients sont poly-algiques, 40,5 % sont lithiasiques et 53,7 % présentent une fragilité osseuse modérée à sévère. Les patients ont une hypophosphatémie à $0,65 \pm 0,13\text{ mmol/L}$ avec un seuil de phosphaturie à $0,60 (0,51-0,66)\text{ mmol/L}$ et une phosphaturie des 24 heures à $32,2 (26,2-36,3)\text{ mmol}/24\text{ heures}$. La calcémie ionisée, totale, la 25OH-Vitamine D, le calcitriol et la PTH étaient normaux. Le dipyridamole a été efficace sur 23 patients (54,8 %). Chez ces patients, la phosphatémie augmente de manière significative de $+0,16\text{ mmol/L}$, arrivant presque à se normaliser (passant de $0,60\text{ mmol/L}$ à $0,76\text{ mmol/L}$ avec $p < 0,0001$). Le seuil de phosphaturie a augmenté de manière significative de $+0,18\text{ mmol/L}$ (passant de $0,56\text{ mmol/L}$ à $0,76\text{ mmol/L}$ avec $p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence significative dans les données démogra-

phiques et le phénotype clinique entre les patients répondeurs ou non au dipyrindamole. Les patients répondeurs au dipyrindamole ont, avant la perfusion, une phosphatémie significativement plus basse que ceux non répondeurs ($0,60 \pm 0,15$ mmol/L versus $0,70 \pm 0,08$ mmol/l avec $p = 0,0141$). Les patients non répondeurs sont hypercalciuriques sur les urines des 24 heures avec un rapport Ca/Creat urinaire à $0,64$ ($0,49-0,83$) mmol/mmol versus $0,41$ ($0,30-0,56$) mmol/mmol ($p = 0,0010$).

Discussion. – Nous rapportons une efficacité du dipyrindamole chez 56,8 % de nos patients. Il s'agit de la première étude sur les DP idiopathiques depuis l'étude princeps qui montre une sensibilité de 100 %. Le traitement par dipyrindamole a été essayé chez les patients atteints d'un rachitisme hypophosphatémique lié à l'X sans succès. Par contre, il a été essayé avec succès chez des patients transplantés rénaux hypophosphatémiques et montrait, à 3 semaines, une augmentation de la phosphatémie et une diminution de l'excrétion urinaire de phosphates. Il reste à montrer que l'efficacité biologique du dipyrindamole sur le TmPO4/DFG et la phosphatémie est corrélée à une amélioration clinique.

Conclusion. – Notre étude montre que le dipyrindamole est efficace dans le traitement des diabètes phosphatés idiopathiques chez plus de 50 % de nos patients et peut ainsi représenter une alternative thérapeutique à la supplémentation orale en phosphore. Cela permet d'augmenter la phosphatémie de $+0,16$ mmol/l arrivant presque à la normaliser. Les patients avec une hypophosphatémie marquée sont significativement plus répondeurs au dipyrindamole tandis que les patients hypercalciuriques le sont moins.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Seikaly MG, Quigley R, Baum M. Effect of dipyrindamole on serum and urinary phosphate in X-linked hypophosphatemia. *Pediatr Nephrol Berl Ger* 2000 ; 15 : 57-9.
 [2] Prié D, Blanchet FB, Essig M, Jourdain JP, Friedlander G. Dipyrindamole decreases renal phosphate leak and augments serum phosphorus in patients with low renal phosphate threshold. *J Am Soc Nephrol* 1998 ; 9 : 1264-9

PE. Lu-129

Ostéoporose chez la femme ménopausée dans le service de rhumatologie au CHU du Point G. à Bamako

IS. Pamanta* (1) ; B. Kodio (1) ; S. Touré (1) ; E. Eti (2) ; C. Idrissa Ah (1)

(1) *Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali*; (2) *Rhumatologie, CHU Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire*

*Auteur correspondant : pamantaibrahimsory@yahoo.fr (IS. Pamanta)

Introduction. – L'ostéoporose est un enjeu majeur de santé publique, environ 200 millions de personnes souffrent de cette affection dans le monde. En Europe et aux États Unis 30 % des femmes ménopausées souffrent d'ostéoporose [1]. Sa prévalence est réputée faible chez le noir africain, probablement mal estimée : d'où l'intérêt de notre sujet.

Objectifs. – Préciser la prévalence de l'ostéoporose chez la femme ménopausée

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective de 4 ans et 6 mois, portant sur les patientes ménopausées ayant effectué leur examen dans l'unité d'ostéodensitométrie. Le recrutement des patientes a été fait dans cette base des données. Le densitomètre osseux est de type Explorer ; HOLOGIC ; version 12,7.3,1 ; modèle Explorer (S/N 91666).

Résultats. – Nous avons colligé 329 dossiers de femmes ménopausées d'âge moyen de 65 ans avec des extrêmes de 43 et 89 ans. L'IMC moyenne était de $27,2$ kg/m². Un antécédent de fracture était noté chez 23,7 %. La fracture était souvent lombaire (53,84 %). Les RIC et la corticothérapie étaient les facteurs de risque associés dans 17 % des

cas. Les résultats de la DMO ont été : l'ostéoporose chez 88,6 % : elle était fracturaire dans 19,8 % de cas ; l'ostéopénie a concerné 18,5 % des cas et 0,9 % avaient une DMO normale. L'association bisphosphonate – calcium + vitamine D3 a été indiquée chez 327 patientes.

Discussion. – L'âge moyen de 65 ans, est similaire à celui d'Allait F et al. ($57,74 \pm 10,64$ ans) [2]. L'obésité est observée chez près de 30 % des patientes (IMC ≥ 30 kg/m²). La masse adipeuse plus élevée serait en fait, reliée à une masse osseuse moindre [2,3]. La fracture était le souvent lombaire (53,84 %), comme dans l'étude de E. Lespessailles et al [4] (87,80 % des cas). Nous avons recensé 68,8 % de cas d'ostéoporose, elle est fracturaire chez 19,8 % des cas. La fréquence des fractures dans cet échantillon s'expliquerait par plusieurs facteurs de risque associés au aux RIC, la corticothérapie au long cours et la ménopause.

Conclusion. – L'ostéoporose est fréquente chez la femme ménopausée melanoderme. Les fractures osseuses, ont souvent motivé la réalisation de l'ostéodensitométrie. Les rhumatismes inflammatoires chroniques constituent avec la corticothérapie un facteur de risque majeur.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Jean Claude B et al.

[2] Allait F, Benbouaza K, Amine B, Khazani H, Bahiri R, Hajjaj-Hasouni N.

PE. Lu-130

Fractures vertébrales ostéoporotiques : intérêt du dépistage

C. Haouichat* (1) ; A. Farah (2) ; EH. Djoudi (1)

(1) *Rhumatologie, EHS DOUERA, Alger, Algérie*; (2) *Radiologie, CHU de Douera, Douera, Algérie*

*Auteur correspondant : chaouichat@yahoo.fr (C. Haouichat)

Introduction. – La plupart des fractures vertébrales (FV) représente une complication de l'ostéoporose et augmente le risque de nouvelles fractures. Leur incidence réelle est souvent difficile à estimer du fait de leurs caractères asymptomatiques, d'où l'intérêt d'un diagnostic radiologique précoce.

Patients et méthodes. – Etude pilote prospective, issue de l'étude de prévalence de l'ostéoporose post ménopausique densitométrique menée dans la population générale de la localité de Douera (Alger). Des radiographies du rachis dorsal et lombaire de profil incluant T4 et L2, étaient effectuées chez une femme sur trois, selon la date de recrutement, âgée de plus de 45 ans, ménopausée, résidant à Douera, et ayant une ostéoporose densitométrique ($Ts \leq -2,5$). Les radiographies étaient faite au niveau du service de radiologie de l'hôpital de Douera (Alger) par un même opérateur, l'analyse était réalisée par un rhumatologue et relue par un radiologue expérimentée (référence). Les FV étaient évaluées selon la méthode semi quantitative et classées selon le score de Genant.

Résultats. – 108 femmes présentant une ostéoporose post ménopausique densitométrique ont été tirées au sort et ont fait l'objet de l'analyse. L'âge moyen était de $66,77 \pm 9,41$ ans, l'IMC moyen était de $26,12 \pm 4,60$ kg/m². La durée moyenne de la ménopause était de $21,15 \pm 10,08$ ans, le nombre moyen de grossesses était de $8,37 \pm 4,31$. Sur les 108 femmes, 49 avaient au moins une FV (45 %) non connue, l'âge moyen était de $70 \pm 1,95$ ans, cent vingt-deux (122) fractures ont été recensées, 64 FV (52,4 %) de siège thoracique et 58 (47,5 %) de siège lombaire. L'évaluation du grade des fractures retrouvait : 68 FV (55,7 %) de grade 1, 38 (31 %) de grade 2 et 16 (13 %) de grade 3. Le taux de faux négatif était estimé à 12,5 % entre les O2 lectures (clinicien puis le radiologue).

Conclusion. – La fréquence importante des fractures vertébrales méconnues, malgré l'effectif réduit, rejoint celle décrite dans d'autres séries et souligne l'intérêt d'un diagnostic radiologique précoce des fractures vertébrales suivi d'un traitement adapté afin de

permettre la prévention de la survenue de nouvelles fractures (cas-cade fracturaire).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-131

Prévalence des fractures de fragilité et de la faible densité minérale osseuse chez les patients atteints de vascularites associées aux anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) : une étude transversale

S. Ganhão* (1) ; MR. Teresa (1) ; C. Rute (2) ; F. Inês (2) ; P. Edite (3) ; N. Ricardo (2) ; P. Manuel (2) ; M. Eva (1) ; P. Sofia (1) ; C. Lúcia (1)

(1) Rhumatologie, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; (2) Néphrologie, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; (3) Médecine interne, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal

*Auteur correspondant : sganhaods@gmail.com (S. Ganhão)

Introduction. – De nombreuses maladies rhumatismales, y compris les vascularites, se caractérisent par la survenue d'une ostéoporose et des fractures de fragilité. Les cytokines inflammatoires, le traitement aux glucocorticoïdes, l'immobilisation et la diminution de l'activité physique sont considérés comme les principaux facteurs de risque. Des doses cumulées élevées de cyclophosphamide peuvent également affecter le remodelage osseux par plusieurs mécanismes et par son rôle dans l'hypogonadisme. L'objectif de l'étude est d'évaluer la densité minérale osseuse et la présence de fractures de fragilité chez les patients atteints des vascularites associées aux ANCA.

Patients et méthodes. – Étude transversale comprenant 24 patients atteints de vascularites, suivis dans notre centre. Les caractéristiques cliniques et démographiques de la population ont été recueillies. La densité minérale osseuse (DMO) a été déterminée par densitométrie osseuse. L'ostéopénie et l'ostéoporose (OP) ont été définies selon les critères de l'OMS et la présence de fractures de fragilité a été évaluée en utilisant la radiographie de la colonne vertébrale dorsolombaire.

Résultats. – 54,2 % des patients étaient des femmes, avec un âge médian (min-max) de 69,5 (40-88) ans et un indice de masse corporelle (IMC) moyen (\pm écart type) de $28,5 \pm 5,46$ kg/m². 17 (70,8 %) étaient atteints de polyangéite microscopique ; 4 (16,7 %) de granulomatose avec polyangéite et 3 (12,5 %) de granulomatose éosinophilique avec polyangéite ; 83,3 % avaient une positivité ANCA-MPO. La durée médiane (min-max) de la maladie était de 4 (2-14) années. Tous avaient une atteinte rénale et 41,7 % avaient une affection d'un autre organe. La dose cumulée médiane (min-max) de prednisolone était de 9,24 g (5,2-30,5) et celle de cyclophosphamide était de 7,38 g (4,5-27). La DMO lombaire médiane était de 1,176 [-0,7- (1,4)] g/cm² et la DMO moyenne au col fémoral était de $0,865 \pm 0,13$ g/cm². Le score T moyen au col fémoral était de $-1,3 \pm 0,9$. 41,7 % présentaient une carence en vitamine D (8,3 % avec une carence sévère). 15 patients (62,5 %) avaient une ostéopénie et 2 (8,3 %) avaient une ostéoporose mesurée à la colonne lombaire et/ ou au col du fémur. 20,8 % avaient des fractures vertébrales radiographiques et celles-ci présentaient une DMO lombaire inférieure ($0,74 \pm 0,1$ vs $0,9 \pm 0,1$), mais sans signification statistique. Le groupe avec ostéopénie/OP était plus âgé (médian 71 vs 66 ans), mais sans signification statistique, par contre, il y avait des différences statistiquement significatives avec les affections systémiques ($p = 0,016$) ; 11 patients sur 12 présentant une atteinte multiorganique avaient une ostéopénie/OP. 25 % avaient une probabilité individuelle de fracture majeure à 10 ans calculé par FRAX > a 11% et ils avaient plus de fractures que ceux à moindre risque ($p = 0,038$). Il n'y avait pas de différences statistiques

concernant le sexe, l'IMC, la durée de la maladie, la dose cumulée de prednisolone et de cyclophosphamide ou du taux sériques de vitamine D.

Conclusion. – Bien que l'ostéopénie soit fréquente dans cette population, la prévalence des fractures de fragilité est faible, ce qui peut être lié à l'utilisation d'une dose minimale efficace de stéroïdes et de mesures préventives. Il semble y avoir un plus grand risque chez les patients présentant une atteinte multisystémique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-132

Évaluation du taux de vitamine D sérique chez des patients présentant une fracture de fragilité du col du fémur

S. Ganhão* (1) ; G. Miguel (2) ; A. Francisca (1) ; G. Diana-Rosa (3) ; MR. Teresa (1) ; F. Raquel (1) ; Á. Ana (4) ; M. Tiago (4) ; M. Eva (1) ; V. Romana (2) ; T. Georgina (1) ; V. Carlos (1) ; C. Lúcia (1)

(1) Rhumatologie, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; (2) Rhumatologie, Hospital Vila Nova de Gaia / Espinho – Unit 1, Vila Nova de Gaia, Portugal; (3) Rhumatologie, Hospital São Pedro de Vila Real (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE), Vila Real, Portugal; (4) Rhumatologie, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Aveiro, Portugal

*Auteur correspondant : sganhaods@gmail.com (S. Ganhão)

Introduction. – La fracture du col du fémur est associée à une morbidité et à une mortalité élevées et la hypovitaminose D a été associée à un risque accru. L'objectif de l'étude est d'évaluer l'état nutritionnel en vitamine D chez les patients de plus de 65 ans admis pour fracture de fragilité de la hanche.

Patients et méthodes. – Nous avons inclus 219 patients de plus de 65 ans admis par fracture de la hanche au service d'orthopédie de notre hôpital en mars 2015-2017, après avoir été orientés vers une consultation spécialisée en ostéoporose, selon un service de liaison des fractures. La biochimie de routine, la 25-hydroxy vitamine D [25 (OH) D] sérique et la densité minérale osseuse (DMO) ont été demandées à tous les patients lors de la première visite. À ce moment, nous prescrivons 800 UI / jour de vitamine D.

Résultats. – L'âge médian (min-max) était de 83 ans (65-99), 172 étaient des femmes (78,5 %) et 47 des hommes (21,5 %). Les taux de calcium ionisé sériques médianes (min-max) étaient de 2,54 mEq / L (2,1-2,9), les concentrations sériques moyennes en phosphore (min-max) étaient de 3,5 mg / dl (2,3- 5,2), les taux de phosphatases alcalines médianes (min-max), les taux sériques d'hormone parathyroïde, les taux de bêta crosslaps et d'ostéocalcine étaient de 106 U / L (35-287), 45,3 pg / ml (13-247), 0,72 ng / ml (0,12-3,28) et 28,4 ng / ml (6,8-198,6), respectivement. Le taux de 25 (OH) D sérique médian (min-max) était de 23 ng/ml (3-54). 76,2 % avaient des taux de 25 (OH) D ≤ 30 ng/ml et 12,3 % des patients présentaient une insuffisance sévère en vitamine D (≤ 10 ng / ml). Ces derniers présentaient des valeurs de DMO inférieures : DMO moyenne (écart type) du fémur totale de 0,679 g / cm³ (0,12) contre 0,706 g / cm³ (0,14) et un score T total du fémur (écart-type) de $-2,78 \pm 0,9$ (vs $-2,6 \pm 1,1$), sans différences statistiquement significatives ($p = 0,312$ et $p = 0,362$ respectivement).

Conclusion. – La prévalence de l'hypovitaminose D est trop élevée chez les patients présentant une fracture du col du fémur, ce qui est conforme à notre échantillon. Cependant, ces niveaux étaient probablement encore plus bas au moment de la fracture, car ils recevaient déjà une supplémentation en vitamine D lors de la première visite.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-133

Ostéoporose et risque fracturaire chez des patientes marocaines ménopausées diabétiques de type 2

L. Oulkadi* (1) ; I. El Binoune (1) ; A. Bouchra (1) ; S. Rostom (1) ; R. BAHIRI (1)

(1) Service de rhumatologie, hôpital El Ayachi, Centre hospitalier Universitaire Ibn Sina, Salé, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant : lamia.oukadi@gmail.com (L. oukadi)

Introduction. – L'objectif de notre étude est d'évaluer le risque de fractures chez les femmes ménopausées diabétiques type 2 (DT2) à densité minérale osseuse (DMO) normale et d'analyser leur profil clinique et biologique.

Matériels et méthodes. – Étude transversale cas-témoins de 120 femmes ménopausées incluant : un groupe de DT2 et un autre de non diabétiques (ND) appariés selon l'âge. Ont été exclus les sujets ayant une pathologie ou un traitement pouvant représenter un facteur de risque d'ostéoporose. Toutes les DT2 ont bénéficié d'un examen clinique et de bilans biologiques. La DMO a été étudiée par la méthode DEXA au rachis lombaire et au col fémoral et les fractures ostéoporotiques étaient recherchées dans les antécédents de chaque patiente. L'analyse statistique des données a été réalisée par un logiciel SPSS.

Résultats. – 120 femmes ménopausées ont été colligées : 30 femmes DT2 (25 %) et 90 femmes ND (75 %). Leur âge moyen était de 62,45 ± 3,98 ans. La durée moyenne du diabète était de 11 ± 2,4 ans. 57 % des DT2 étaient mal équilibrés avec une HbA1C moyenne de 9,1 ± 0,95 %. Les complications dégénératives étaient notées chez 28 % des DT2. L'IMC moyen était significativement plus élevé chez les DT2 (p : 0,008) : il était de 30,76 ± 1,83 kg/m² chez les DT2 et de 28,35 ± 0,88 kg/m² chez les ND. Le bilan phosphocalcique était normal chez les DT2. 23 % des patientes avaient une insuffisance en vitamine D. La DMO était significativement plus élevée chez les DT2 (p : 0,008). Le T-score était normal chez 73 % des DT2 et 34 % des ND. L'ostéopénie était retrouvée chez 20,5 % des DT2 et 54 % des ND et l'ostéoporose chez 6,5 % des DT2 et 12 % des ND. Le risque de fracture était de 63 % chez les DT2 ; plus élevé par rapport aux ND (RR : 1,63[1,015-6,76]) et de 36 % entre les DT2 et les ND à DMO normale (RR : 6,36[1,015 -39,9]). Les facteurs corrélés au risque de survenue de fracture chez nos patientes DT2 étaient le déséquilibre glycémique et les complications dégénératives.

Discussion. – Les DT2 avaient une DMO plus élevée que les ND probablement du fait de l'effet anabolisant de l'hyperinsulinisme et de l'excès pondéral et elles avaient un risque de fracture plus élevé malgré une DMO normale par rapport aux ND confirmant les autres études.

Conclusion. – Le DT2 est généralement associé à une DMO normale ou augmentée, ce qui ne prévient pourtant pas les fractures.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-134

Évaluation de l'état osseux des patients atteints de maladies du système naïfs de corticothérapie

N. Baba-Ahmed* (1) ; MH. Bestaoui (1) ; A. Lounici (1)

(1) Médecine interne, CHU Dr Tidjani Damardji, Tlemcen, Algérie

*Auteur correspondant : nesrine.babaahmed@gmail.com (N. Baba-Ahmed)

Introduction. – L'ostéoporose dans les maladies du système est multifactorielle, elle peut être liée à l'effet inflammatoire propre de la pathologie ainsi que l'effet des glucocorticoïdes.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état osseux des patients atteints de maladie du système naïfs de corticothérapie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective sur une période de 24 mois, incluant les patients atteints de maladie du système naïfs de corticothérapie. Nous avons recherché la supplémentation vitamino-calcique ainsi que le statut ménopausal. La mesure

de la densité minérale osseuse (DMO) était pratiquée au niveau du rachis lombaire et du col fémoral selon la technique d'absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA). L'ostéoporose est définie selon les critères de l'OMS : Ostéopénie = -2,5 < Tscore < -1 ; Ostéoporose = Tscore < -2,5. Un dosage de la vitamine D était réalisé par méthode immunoluminométrie. L'hypovitaminose D est définie par un taux plasmatique < 30ng/ml (profonde si le taux de vitamine D < 20 ng/ml).

Résultats. – Nous avons colligé 15 patients dont 13 femmes. L'âge moyen était de 42 ans. 31 % étaient ménopausées. 13 patients étaient naïfs de toute corticothérapie. 2 patients avaient reçus une dose moyenne de 40 mg/j pour une durée moyenne de 20 jours. La supplémentation vitamino-calcique était retrouvée dans 40 %. L'ostéoporose est retrouvée chez 7 patients (5 sclérodermies et 1 Spondylarthrite ankylosante et 1 polyarthrite rhumatoïde). Toutes étaient des femmes dont 4 étaient ménopausées. L'ostéopénie est retrouvée chez 4 patients (1 polyarthrite rhumatoïde, 1 lupus systémique, 1 Maladie de Still, 1 sarcoïdose). La DMO était normale chez 4 patients (2 sclérodermies, 1 lupus systémique, 1 vascularite) parmi eux les 2 patients qui avaient reçu une corticothérapie récente. Le dosage de la Vitamine D réalisé chez 10 patients dont 8 avaient une hypovitaminose D (profonde chez 5 patients).

Discussion. – Le remodelage osseux est déjà altéré par la maladie du système sous-jacente et ceci par l'inflammation chronique (cause d'augmentation de la résorption osseuse et perte osseuse). D'autre part, la majorité des cas d'ostéoporose retrouvés était des patientes ménopausées, dûe au rôle important de la carence hormonale dans l'altération du remodelage osseux, auquel s'ajoute l'inflammation propre de la maladie du système sous-jacente. La plupart de nos patients avaient une hypovitaminose D ; en effet, l'association entre les taux bas de vitamine D et la survenue de maladies auto-immunes, longtemps discutée, serait en rapport avec l'action immunomodulatrice de la forme active de la vitamine D (sur les monocytes, macrophages, lymphocytes T et B exprimant le VDR).

Conclusion. – L'impact inflammatoire sur l'os peut être déjà présent lors des maladies du système, cela indépendamment de toute prise de glucocorticoïdes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-135

Ostéoporose chez le noir africain : étude 76 observations au Sénégal

M. Niasse* (1) ; S. Diallo (2) ; YLS. Soakoudé (2) ; CB. Diémé (3) ; C. Diouf (2) ; CAB. Diaw (2)

(1) Service de rhumatologie, Cité Universitaire, Dakar, Sénégal ; (2) service de rhumatologie chu aristide le dantec, université cheikh anta diop, Dakar, Sénégal ; (3) Service d'orthopédie-traumatologie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

*Auteur correspondant : moustaphaniasse4@yahoo.fr (M. Niasse)

Introduction. – L'ostéoporose est une maladie systémique du squelette caractérisée par une masse osseuse basse et une détérioration de la microarchitecture osseuse, responsable d'une augmentation de la fragilité osseuse et d'un risque élevé de fractures. Elle est peu décrite dans la littérature noire africaine. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de l'ostéoporose en milieu hospitalier Sénégalais.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans le service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, entre janvier 2013 et octobre 2017 où nous avons colligé les dossiers de patients atteints d'ostéoporose de diagnostic établi en accord avec les critères de l'OMS. Les données analysées étaient démographiques (âge, sexe), cliniques (antécédents familiaux de fracture, perte de taille, douleurs osseuses, déformations de la statique rachidienne, fractures pathologiques), biologiques (syndrome inflammatoire, bilan phosphocalcique) ; radiographiques (fractures

ostéoporotiques), densitométriques (T-score au rachis lombaire et au fémur), les facteurs de risque d'ostéoporose, le FRAX, les formes cliniques (ostéoporoses primitives : post-ménopausique, sénile, masculine idiopathique et juvénile ; ostéoporoses secondaires : iatrogènes, inflammatoires, etc), les modalités évolutives sous traitement.

Résultats. – Nous avons colligé 76 observations chez 58 femmes (76,3 %) et 18 hommes (23,7 %) d'âge moyen de 63,86 ans au moment du diagnostic. Des antécédents de fracture ostéoporotique personnelle étaient retrouvés dans 52,6 % et familial du poignet dans 1,3 % des cas. Une perte de taille était observée dans 25 % des cas et des déformations de la statique rachidienne dans 22,3 % des cas. Les explorations biologiques retrouvaient un syndrome inflammatoire biologique non spécifique dans 53 cas (69,73 %) ; le bilan phosphocalcique était perturbé dans 14,3 % des cas. À la radiographie standard, 44,7 % des patients avaient des FV et 3,9 % une FESF. L'ostéodensitométrie, montrait une ostéoporose rachidienne dans 55,3 % des cas, fémorale droite dans 46,1 % des cas et fémorale gauche 39,5 % des cas. L'ostéoporose était primitive dans 34,2 % des cas et secondaire dans 65,8 % des cas. Les causes secondaires étaient iatrogènes dans 44,2 % (corticothérapie : 40,3 %, héparine de bas poids moléculaire et anticonvulsivants : 3,9 %), une maladie inflammatoire chronique (47,3 %), une maladie endocrino-métabolique (10,5 %), une cause tumorale (7,8 %), un tabagisme actif (5,2 %) Le risque de fracture majeure à 10 ans, défini par le FRAX était en moyenne de 8,68 % (extrêmes : 1,6 %-77 %). Le traitement anti-ostéoporotique était basé sur les bisphosphonates dans tous les cas. L'évolution était favorable dans 43 patients (55,6 %) et défavorable chez 13 patients (17 %) et 20 cas (26,31 %) étaient perdus de vue.

Conclusion. – L'ostéoporose semble rare dans notre milieu hospitalier. Elle pourrait être sous-estimée. Les formes secondaires prédominent par rapport à celles primitives. Les formes primitives sont dominées par les formes séniles et post-ménopausiques et celles secondaires par les causes iatrogènes et inflammatoires. L'atteinte vertébrale prédominait par rapport à celle périphérique. Le risque de fracture majeure à 10 ans, défini par le FRAX était de 8,68 %. Le traitement anti-ostéoporotique était basé sur les bisphosphonates dans tous les cas. L'évolution était favorable dans 6 cas sur 10, défavorable dans 1 cas sur 10 et non évaluée dans 3 cas sur 10 (perdus de vue). Un dépistage systématique doit être envisagé chez toute personne présentant un facteur de risque d'ostéoporose.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Briot K, et al. Rev Rhum 2012 ; 79 : 264-74.
[2] Curran D, et al. Rev Rhum 2010 ; 77 : 579-85.

PE. Lu-136

Étude de la microarchitecture osseuse par IRM à ultra haut champs (7T) : amélioration de l'estimation du risque de fracture du fémur proximal : une étude biomécanique ex vivo

D. Guenoun (1) ; M. Pithioux (2) ; J.C. Souplet (3) ; S. Guis* (3) ; T. Le Corroller (3) ; A. Fouré (4) ; V. Pauly (5) ; J.P. Mattei (6) ; M. Bernard (7) ; M. Guye (4) ; P. Chabrand (2) ; P. Champsaur (8) ; D. Bendahan (7)

(1) Service de radiologie, APHM, Hôpital Sainte Marguerite, Aix Marseille Université, Marseille ; (2) Ism umr 7287, Aix-Marseille Université, CNRS, Marseille ; (3) Radiologie, hôpitaux sud, Aix-Marseille Université, AP-HM, Marseille ; (4) Centre de resonance magnetique biologique et medicale, Aix-Marseille Université, CRMBM-UMR 733, CEMEREM, Marseille ; (5) Laboratoire de santé publique ea 3279, APHM, Marseille ; (6) Rhumatologie, ap-hm, Aix-Marseille Université, CRMBM-UMR 733, CEMEREM, Marseille ; (7) Centre de resonance magnetique biologique et medicale, Aix-Marseille Université, CRMBM-

UMR 733, Marseille ; (8) Service de radiologie, APHM, Hôpital Sainte Marguerite, Aix Marseille Université, Marseille

*Auteur correspondant : sandrine.guis@ap-hm.fr (S. Guis)

Introduction. – Le but de cette étude a été de qualifier et quantifier la microarchitecture osseuse de fémurs issus de cadavres grace aux techniques d'IRM à Ultra Haut Champs, UHC (7T), aux tests biomécaniques, et à la mesure de densité osseuse (BMD) par absorptiometrie biphotonique à rayon X (DXA).

Patients et méthodes. – Patients : 10 fémurs proximaux issus de 5 cadavres

Méthodes. – Tests biomécaniques de compression (rupture), ostéodensitométrie osseuse (DXA), IRM UHC. Paramètres d'architecture osseuse étudiés : solidité osseuse, densité osseuse et paramètres additionnels acquis en IRM UHC pour la solidité osseuse. Données recueillies pour chaque pièces anatomiques soit 10 fémurs : DMO, mesures de fraction de volume osseux (BVf), d'épaisseur trabéculaire (Tb.Th), d'espace trabéculaire (Tb.Sp), de dimension fractale (FD), des caractéristiques d'Euler (Euler Ch.), de densité de connectivité (Conn. D) et de degré d'anisotropie (DA).

Résultats. – La BMD et tous les parameters de microarchitecture hors la ConnD sont significativement corrélés entre les techniques ($p < 0,05$). Les paramètres de microarchitecture sont corrélés entre eux. De multiples analyses statistiques de regression montrent que la combinaison des données des paramètres de microarchitecture et de BMD améliore la prediction du taux de rupture comme par exemple une amelioration de l'évaluation du risque de fracture avec un R^2 de 0,418 à 0,688 lorsque l'on combine BMD et Euler Ch.

Conclusion. – Globalement, la microarchitecture osseuse du fémur définie par IRM à UHC (7T) est significativement corrélée aux paramètres biomécaniques acquis par les autres techniques. L'association des données associant BMD et celles de microarchitecture trabéculaire acquise en MRI Ultra Haut champs augmente la prediction du risque fracturaire. De fait sur certains profils par Cela pouvant être très interessant pour explorer certain profil patient osteoporotique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-137

Place de l'acide zolédronique dans le traitement du pied de Charcot

H. Ben Abl* (1) ; S. Boussaid (1) ; S. Rekik (1) ; S. Jemmali (1) ; H. Ajlani (2) ; H. Sahli (2) ; E. Cheour (1) ; M. Elleuch (1)
(1) Rhumatologie la rabta, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie ; (2) Rhumatologie, Hôpital Régional Ben Arous, tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : hediabenabla@yahoo.com (H. Ben Abl)

Introduction. – Les études précédentes ont souligné l'intérêt des bisphosphonates dans la neuroarthropathie de Charcot, l'objectif de ce travail est d'étudier la place de l'acide zolédronique dans le traitement du pied de Charcot d'origine diabétique.

Patients et méthodes. – Nous avons recruté 8 patients diabétiques de type 2 (évoluant depuis une moyenne de 20 ans) ayant une neuroarthropathie de Charcot sur une durée de 2 ans. Tous nos patients ont eu un examen clinique complet et un examen podologique. Le stade de la neuroarthropathie a été évalué par l'examen clinique et biologique. L'acide zolédronique a été administré chez tous les patients à la dose de 4 mg/100 ml, en perfusion intraveineuse. Nous avons ensuite évalué l'efficacité du traitement sur le plan clinique et radiographique.

Résultats. – L'âge moyen des patients était de 61,4 ans. Le délai moyen d'apparition de la douleur des pieds est de 18,3 ans. L'atteinte du medio pied était bilatérale chez 6 patients et unilatérale chez deux autres. la neuroarthropathie était à la phase d'état de la classification d'Eichenholtz pour 7 patients et à la phase aiguë pour le 8e patient. Les radiographies standards des pieds étaient toutes normales. À la biologie, un syndrome inflammatoire bio-

logique a été retrouvé chez 3 patients. Nous avons noté une disparition de la douleur chez 6 patients, une amélioration de la douleur chez un patient (EVA = 5) nous avons noté aussi une stabilisation des atteintes. Les radiographies de contrôle n'ont été réalisées que pour 5 patients. Nous avons noté une consolidation osseuse et une reminéralisation chez 5 patients sur 6 sur les radiographies de contrôle qui ont été réalisées après une moyenne de 5,6 mois.

Conclusion. – Malgré nos résultats encourageants cette étude reste préliminaire, il serait plus intéressant de réaliser une étude contrôlée randomisée pour mieux dégager la place de l'acide zolétronique dans le traitement de la maladie de Charcot.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-138

L'ostéoporose endocrinienne : à propos de 35 cas

L. Jawhari* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ;

O. Mkinsi (1)

(1) Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant : lamiaejawhari@hotmail.com (L. Jawhari)

Introduction. – L'ostéoporose est définie comme une fragilité excessive du squelette, liée à une diminution du contenu minéral osseux et à des altérations de la microarchitecture osseuse qui augmentent le risque de fracture. Il s'agit d'une complication non rare aux endocrinopathies. Elle peut accompagner voire même révéler la maladie endocrinienne. Sa gravité est essentiellement liée au risque fracturaire, et au risque élevé de morbi-mortalité. Le but de notre travail est de déterminer le profil ostéodensitométrique ainsi que le risque de fracture chez des patients suivis pour endocrinopathie.

Matériels et méthodes. – Étude transversale descriptive menée sur 35 patients suivis pour une ostéoporose secondaire à une endocrinopathie (hyperthyroïdie, hypercorticisme, hyperparathyroïdie et hypogonadisme) durant la période allant de 2014 à 2018.

Résultats. – L'âge moyen des patients était de 56,05 ans. Le sex ratio (F/H) était de 0,19. L'IMC moyen était de 26,4 kg/m². Les femmes ménopausées représentaient 48 % de la population de l'étude. 15 patients étaient suivis pour hyperthyroïdie (48 %), 10 pour hyperparathyroïdie (32 %), 8 pour hypercorticisme (25 %) et 2 pour hypogonadisme (6 %). La durée d'évolution de l'endocrinopathie au moment du diagnostic de l'ostéoporose était de 6 ans. L'atteinte de la DMO a été plus fréquente au niveau du rachis avec une ostéoporose diagnostiquée chez 48 % des cas. Le T score moyen était de -2,98 au niveau du rachis lombaire avec une DMO moyenne de 0 765. Une ostéoporose au niveau du col du fémur a été retrouvée chez 44 % des cas. Le T score moyen était de -2,28 avec une DMO moyenne fémoral de 0 669. Au niveau de l'avant bras, une ostéoporose a été retrouvée chez 34 % des patients. Le T score moyen était de -2,37 avec une DMO moyenne de 0 532. Un T score moyen inférieur à -3 au niveau de l'avant bras a été notée chez 80 % des patients suivis pour hyperparathyroïdie. 11 patients (35 %) avaient présenté une fracture dont 63 % étaient au niveau vertébral.

Discussion. – L'atteinte de la DMO au cours des pathologies endocriniennes est fréquente. De nombreuses hormones sont impliquées dans la régulation du remodelage osseux. En effet, la plupart des glandes endocrines, via les hormones qu'elles sécrètent, peuvent influencer la balance formation-résorption osseuse, le plus souvent au profit de la résorption. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. Une fréquence élevée de l'ostéoporose est notée chez les patients suivis pour des pathologies endocriniennes. C'est le cas des hyperthyroïdies, hypercorticismes et es hyperparathyroïdies qui constituent les causes les plus fréquentes des ostéoporoses secondaires.

Conclusion. – L'importance du retentissement osseux des hyperparathyroïdies, hyperthyroïdies, hypercorticisme et des hypogonadismes les placent parmi les pathologies endocriniennes pour lesquelles l'évaluation osseuse est recommandée. En outre, un bilan

étiologique bien conduit, à la recherche d'une pathologie endocrinienne est indiqué devant toute ostéoporose.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-139

Résultats de la densité minérale osseuse au cours de la maladie cœliaque : à propos de 73 cas

C. Daldoul* (1) ; N. El AMRI (1) ; K. Baccouche (1) ; H. Zeglaoui (1) ; S. Belghali (1) ; E. Bouajina (1)

(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : dalcyrine@gmail.com (C. Daldoul)

Introduction. – La prévalence de la baisse de la densité minérale osseuse au cours de la maladie cœliaque (MC) peut varier de 38 % à 72 %. En effet il s'agit d'une pathologie pourvoyeuse de perte osseuse et associée à un risque fracturaire plus élevé par rapport à la population générale. L'objectif de ce travail était de déterminer la fréquence ainsi que les facteurs associés à la baisse de la densité minérale osseuse chez les sujets adultes ayant une MC.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 4 ans (de janvier 2014 à décembre 2017) et colligeant les patients suivis pour MC ayant eu une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par DEXA. Les données cliniques, anthropométriques et densitométriques (DMO au niveau du site fémoral et vertébral) ont été relevés. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS.

Résultats. – Soixante-treize patients ont été colligés. Il s'agit de 11 hommes et 62 femmes dont 13 ménopausées. L'âge moyen était de 37,8 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 21,69 kg/m² [13,05-21,69 kg/m²]. Un IMC bas (< 19 kg/m²) était observé dans 21 cas. La MC était associée à une hyperthyroïdie dans 3 cas, une hépatite auto-immune dans 1 cas et à une insuffisance ovarienne dans 2 cas. Deux patients avaient un antécédent de fracture de fragilité, et 4 patients présentaient un antécédent de fracture de fragilité chez un parent de premier degré. L'ostéodensitométrie a montré une baisse de la DMO dans 45,2 % des cas : une ostéoporose dans 28,8 % et une ostéopénie dans 16,4 %. L'ostéoporose était observée chez 21 patients : 1 homme et 20 femmes dont 7 ménopausées. La DMO fémorale moyenne était de 0,887 g/cm³ et celle vertébrale était de 0,997 g/cm³. L'âge n'était pas lié de façon significative à la DMO (r = -0,1, p = 0,372), ni au statut osseux (p = 0,11). En comparant les patients présentant un IMC < 19 kg/m² à ceux ayant un IMC ≥ 19 kg/m², la DMO au niveau du site vertébrale était significativement plus basse chez les sujets ayant un IMC bas (p = 0,012). Le statut fracturaire du patient n'était pas lié de façon significative à la DMO vertébrale (p = 0,2), ni celle fémorale (p = 0,275).

Conclusion. – La baisse de la DMO était observée chez la moitié de nos patients. Elle semble être favorisée par un IMC bas, fréquent au cours de la MC en rapport avec la malabsorption qui s'y associe. Ainsi, le dépistage de l'ostéoporose doit être préconisé précocement au cours de la MC.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-140

Étude des particularités de la maladie osseuse de Paget selon le sexe

L. Rouached* (1) ; S. Miladi (1) ; A. Fazaa (1) ; L. Nacef (1) ;

K. Ouenniche (1) ; S. Kassab (1) ; S. Chekili (1) ;

K. Ben Abdelghani (1) ; A. Laatar (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, marsa, Tunisie

*Auteur correspondant : leila_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

Introduction. – La maladie osseuse de Paget (MOP) est la deuxième plus fréquente maladie osseuse métabolique après l'ostéoporose. Elle touche plus fréquemment l'homme, mais on ne dispose pas jusqu'à ce jour d'explication étiopathogénique.

L'objectif de notre travail était de déterminer les particularités de la MOP selon le sexe des patients.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective de 36 cas de MP colligés pendant une période de 20 ans. Après répartition des patients en 2 groupes selon le sexe, les données épidémiologiques, cliniques, radiologiques ont été comparés

Résultats. – Il s'agit de 36 patients en majorité hommes (sex-ratio de 0,89), âgés en moyenne de 66,36 ± 10,02 ans [50-87 ans]. Nous avons objectivé que le groupe des patients de sexe masculin était associé plus fréquemment à des antécédents de néoplasie (p = 0,01), à l'atteinte du rachis dorsal (p = 0,011), à des complications de type arthropathie pagétique (p = 0,018) et des signes radiographiques à type d'hypertrophie osseuse (p = 0,07). Alors que le groupe des femmes présentait plus de complications neurologiques (p = 0,045) et d'atteinte ostéolytique radiographique (p = 0,052). Aucune différence significative entre les deux sexes n'a été trouvée concernant l'âge au moment du diagnostic (p = 0,57), le type d'atteinte (monostotique ou polyostotique) (p = 0,31), l'évolution (p = 0,84) ni les paramètres biologiques tel que PAL (p = 0,46).

Conclusion. – La MOP semble avoir le même pronostic chez les femmes et les hommes avec cependant des différences quant à la localisation, les signes radiographiques. Ces constatations devront être appuyées par des études multicentriques de plus larges effectifs pour être significatives.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-141

Quelle imagerie pour le diagnostic de la maladie osseuse de Paget ?

L. Rouached* (1) ; S. Miladi (1) ; A. Fazaï (1) ; L. Nacef (1) ; K. Ouenniche (1) ; S. Kassab (1) ; S. Chekili (1) ; K. Ben Abdelghani (1) ; A. Laatar (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, marsa, Tunisie

*Auteur correspondant : leila_rouached@hotmail.com (L. Rouached)

Introduction. – La maladie de Paget (MP) est une ostéopathie caractérisée par un remaniement anarchique du tissu osseux. Le diagnostic peut être posé dans la majorité des cas grâce à ses caractéristiques radiologiques particulières. L'objectif de notre travail était d'étudier les caractéristiques cliniques et radiographiques de la MP à travers une série de 36 patients.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective de 36 cas de MP colligés sur une période de 20 ans. Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques et les différentes explorations radiologiques de tous les patients.

Résultats. – Trente-six patients ont été colligés de prédominance masculine (sex-ratio égale à 0,89). L'âge moyen de découverte était de 66,36 ± 10,02 ans [50-87 ans]. Un patient avait des antécédents familiaux de maladie de Paget. Les circonstances de découverte étaient : des douleurs osseuses dans 83,3 % des cas, une complication dans 2,8 % des cas ou fortuite dans 13,9 % des cas. La durée d'évolution était en moyenne de 6,25 ans ± 5,7 [1-20]. La localisation était polyostotique dans 50 % des cas. L'aspect radiographique sur les clichés standard correspondait à une hypertrophie osseuse dans 61,1 % des cas, une condensation dans 83,3 % des cas, une ostéolyse dans 19,4 % des cas et un aspect hétérogène dans 47,2 % des cas. Une TDM a été pratiquée chez 27,8 % des patients et une IRM a été demandée dans 13,9 % des cas à but diagnostique et pour la recherche de complications associées. Afin d'établir une cartographie lésionnelle, nous avons eu recours à la scintigraphie dans 22,2 % des cas.

Conclusion. – Dans la majorité des cas, le diagnostic de la MP peut être établi sur des radiographies standard sur la base de la conjonction d'anomalies particulières. En cas de doute, une imagerie en coupe permettra de poser le diagnostic et de rechercher une complication.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-142

Densité minérale osseuse des adultes ayant un hypogonadisme : à propos de 31 cas

C. Daldoul* (1) ; N. El AMRI (1) ; K. Baccouche (1) ; H. Zeglouï (1) ; S. Belghali (1) ; E. Bouajina (1)

(1) Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : dalcyne@gmail.com (C. Daldoul)

Introduction. – La diminution de la production d'hormones sexuelles au cours de l'hypogonadisme représente un facteur de risque d'ostéoporose. Le but de ce travail était d'évaluer la prévalence de l'ostéoporose et de déterminer ses éventuels facteurs de risque.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 4 ans (de janvier 2014 à décembre 2017) et colligeant les patients suivis pour hypogonadisme ayant eu une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par DEXA. Les données cliniques, anthropométriques et densitométriques (DMO au niveau du site fémoral et vertébral) ont été relevés. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS.

Résultats. – Ont été recensés trente-et-un patients. Il s'agit de 17 hommes et 14 femmes. L'âge moyen était de 40 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 26,36 kg/m² [16-32 kg/m²]. L'hypogonadisme était d'origine périphérique dans 18 cas et d'origine centrale dans 13 cas. Une hypothyroïdie était associée dans 6 cas. Un patient avait un antécédent de fracture de fragilité, et 2 patients présentaient un antécédent de fracture de fragilité chez un parent de premier degré. La DMO fémorale moyenne était de 0,904 g/cm³ [0,030-1,140 g/cm³] et celle vertébrale était de 0,920 g/cm³ [0,670-1,127 g/cm³]. Le profil ostéodensitométrique était normal chez 11 patients. L'ostéopénie était observée chez 9 patients. L'ostéoporose était observée chez 11 patients (35,4 %). L'ostéoporose était fémorale chez 5 patients et vertébrale chez 10 patients. Aucune corrélation n'était retrouvée entre la DMO (vertébrale ou fémorale) avec l'âge ou l'IMC. En comparant les patients avec hypogonadisme central et ceux avec un hypogonadisme périphérique, aucune différence significative des valeurs de la DMO vertébrale (p = 0,955) ou fémorale (p = 0,970) n'a été observée.

Conclusion. – L'ostéoporose était retrouvée dans un tiers de nos patients suivis pour hypogonadisme et la baisse de la DMO semble indépendante de son origine d'où la nécessité de contrôle ostéodensitométrique régulier pour tous ces patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-143

Pharmacocinétique d'une nouvelle forme galénique de vitamine D3 100 000 UI en capsule molle

P. Fardellone* (1) ; R. Mentaverri (2) ; J.C. Souberbielle (3)

(1) Rhumatologie, Chu Amiens, Amiens; (2) Pharmacie, Chu Amiens, Amiens; (3) Endocrinologie, Cabinet médical, Vert le Fraud

*Auteur correspondant : fardellone.patrice@chu-amiens.fr

(P. Fardellone)

Introduction. – Dans le contexte d'une carence fréquente en vitamine D et d'une supplémentation nécessaire, il est souhaitable de mettre à disposition des patients et des professionnels de santé une gamme plus large de médicaments à base de vitamine D3.

Matériels et méthodes. – Une étude de bioéquivalence en ouvert, randomisée, groupes parallèles a comparé une dose unique d'une nouvelle forme galénique en capsule molle contenant 100 000 UI de vitamine D3 (Groupe 1) et la vitamine D3 100 000 UI solution buvable en ampoule (Groupe 2) chez des sujets sains (EudraCT N° 2013-002041-10). Les sujets ont été suivis pendant une période de 4 mois. Le critère principal de l'étude était l'aire sous la courbe (ASC) des concentrations sériques de 25-hydroxyvitamine-D (25(OH)D) au Jour 112.

Résultats. – Cette étude a été menée dans le nord de la France entre février et mai 2014 chez 53 volontaires sains, âgés en moyenne de

26,9 ans. La population de sujets inclus dans les 2 groupes était homogène, sans aucune différence entre les groupes. De faibles concentrations sériques de 25(OH)D ont été observées dans les deux groupes (10,6 ng/ml dans le Groupe 1 et 9,0 ng/ml dans le Groupe 2). A J112, l'ASC des concentrations sériques de 25(OH)D était de $2\,499,4 \pm 463,8$ nmol/ml ($7,8 \pm 0,2$ pour LogAUC) pour le Groupe 1 et $2\,152,3 \pm 479,8$ nmol/ml ($7,6 \pm 0,2$ pour LogAUC) pour le Groupe 2. L'intervalle de confiance à 90 % de la différence [-0,26 ; -0,06] n'était pas compris dans les limites d'équivalence [-0,223 ; 0,223]. Par conséquent, la bioéquivalence des deux traitements n'a pas été démontrée. En revanche, le test de supériorité a conclu à une supériorité de la vitamine D3 en capsule molle par rapport à la vitamine D3 en ampoule en utilisant un test non paramétrique de Wilcoxon. Cette supériorité a été observée avec $p = 0,029$ pour l'ASC et $p = 0,03$ pour LogAUC. Le modèle ANCOVA a également conclu à une différence significative ($p = 0,0093$) pour LogAUC entre les deux groupes. Le profil de la concentration sérique de 25(OH)D a montré une différence statistiquement significative en faveur du Groupe 1 à J1, J3, J7, J14 et J90. La concentration sérique moyenne de 25(OH)D dans le Groupe 1 était comprise entre 20 et 30 ng/ml pendant les 4 mois de suivi, alors qu'elle était inférieure à 20 ng/ml durant toute l'étude dans le Groupe 2, hormis à J112. La Cmax moyenne dans le Groupe 1 ($28,5 \pm 5,0$ ng/ml) était significativement plus élevée ($p = 0,002$) que la Cmax moyenne dans le groupe 2 ($23,9 \pm 4,3$ ng/ml). Le Tmax a été atteint en seulement 14 jours dans plus de la moitié des sujets ayant reçu une capsule molle de 100 000 UI de vitamine D3 alors qu'il a été atteint en 45 jours dans le Groupe 2. Les deux traitements ont été bien tolérés. Aucun effet indésirable grave ou lié au traitement n'a été rapporté au cours de l'étude.

Conclusion. – Le profil pharmacocinétique de la nouvelle forme galénique de vitamine D3 100 000 UI en capsule molle était supérieur à celui de la solution buvable en ampoule.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Lu-144

Indications et résultats de l'ostéodensitométrie dans une population masculine du sud marocain

H. Sahraoui* (1) ; E. Souhil (1) ; I. El Bouchti (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Mohammed VI Marrakech, Marrakech, Maroc

*Auteur correspondant : fmpm2006.hs@gmail.com (H. Sahraoui)

Introduction. – L'ostéoporose est considérée comme moins fréquente chez l'homme que chez la femme. Ceci est expliqué par une espérance de vie plus courte, par un pic de masse osseuse plus élevé et par l'absence d'équivalent de la ménopause. L'objectif de notre étude est de mettre le point sur les principales indications de l'ostéodensitométrie chez la population masculine et d'évaluer les facteurs de risque de l'ostéoporose masculine.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive, menée au service de rhumatologie, entre 2009 et 2017. Ont été inclus tous patients de sexe masculin ayant bénéficié d'une ostéodensitométrie.

Résultats. – Ont été recensés 457 patients. L'âge moyen était de $47,5 \pm 19,9$ ans. L'indice de masse corporelle moyen était $24,1$ kg/m². L'ostéodensitométrie a été demandée par les rhumatologues dans 51,9 %, les endocrinologues dans 11,6 %, les dermatologues dans 6,8 %, les internistes dans 5,5 %, les traumatologues dans 2,8 %, l'indication de la DMO était un rhumatisme inflammatoire chronique (26,3 %), une corticothérapie prolongée (25,8 %), une origine endocrinienne (9,6 %), une origine digestive (2,2 %), une insuffisance rénale chronique (2,2 %) et une fracture non traumatique (4,4 %). Le T score moyen était de -1,4 au niveau lombaire et -1 au niveau du col du fémur. L'ostéoporose était retrouvée chez 28,2 % des cas. Parmi les patients ayant une ostéoporose, des facteurs étiologiques ont été identifiés chez 69,1 % des cas : une ostéoporose cortisonique chez 37 cas, un rhumatisme inflammatoire chronique chez 42 cas, un antécédent personnel de fracture chez 4 cas et familial dans 2 cas.

Insuffisance rénale chronique dans 2 cas, un hypogonadisme chez 2 cas, une dysthyroïdie chez 2 cas, une hyperparathyroïdie chez 2 cas et un hypercorticisme chez 1 cas.

Discussion. – Nos résultats rejoignent ceux de la littérature où la corticothérapie prolongée et les rhumatismes inflammatoires chroniques constituent les principaux facteurs de risque de l'ostéoporose masculine. Par ailleurs, cette pathologie reste sous estimée vu la faible prescription de l'ostéodensitométrie dans plusieurs autres indications comme les intoxications éthylo-tabagique, les pathologies de malabsorption et les fractures de fragilité chez les sujets âgés.

Conclusion. – Du fait du vieillissement de la population, l'ostéoporose de l'homme risque de devenir un problème de santé publique du fait du risque élevé de fracture. D'où l'intérêt de sensibiliser le corps médical pour intégrer l'ostéodensitométrie dans le bilan de retentissement des pathologies à risque.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-001

Tétraparésie d'installation rapide chez une patiente suivie pour une sclérodémie systémique

L. Ferrieres* (1) ; F. Gaches (2) ; F. Catros, (2)

(1) C.H.U Toulouse – Casselardit Ancely, Toulouse ; (2) Médecine interne, Hôpital Joseph Ducuing, Toulouse

*Auteur correspondant : ferriereslaurence@gmail.com (L. Ferrieres)

Introduction. – Les lésions calcifiantes cervicales sont rares dans la sclérodémie systémique et sont le plus souvent asymptomatiques mais plus fréquentes que dans les formes limitées type CREST. Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour une sclérodémie présentant un tableau neurologique déficitaire des 4 membres.

Observation. – Une patiente de 60 ans est adressée pour douleurs d'allure neuropathiques des deux membres supérieurs permanentes associées à un déficit moteur d'aggravation progressive depuis 10 jours, sans facteur déclenchant. Elle a comme antécédents une sclérodémie systémique anti SCl 70 + non traitée, avec atteinte cutanée (sclérodactylie, calcifications, ulcères digitaux), pulmonaire (pneumopathie interstitielle diffuse sévère et hypertension artérielle pulmonaire), digestive (reflux gastro œsophagien) et syndrome sec oculaire et buccal. Elle présente également une colonisation pulmonaire chronique par pseudomonas aeruginosa et un trouble du rythme supra ventriculaire sous AVK. Cliniquement, la palpation du rachis cervical est douloureuse ; les douleurs sont reproduites à la mobilisation. L'examen neurologique montre des douleurs neuropathiques diffuses des deux membres supérieurs prédominant à gauche, et une tétraparésie. À l'examen cutané, on retrouve les lésions connues de la sclérodémie avec une sclérodactylie, des télangiectasies, des calcifications sous cutanées, des ulcérations des index, une limitation de l'ouverture buccale à 2,5 cm. Le score de Rodnan modifié est à 40. Les radiographies du rachis cervical montrent des discopathies étagées et une arthrose articulaire postérieure de C5 à C8. L'IRM du rachis cervical retrouve une myélopathie compressive sur une volumineuse masse de 2 cm centrée sur l'articulaire postérieure de C3 C4 en hypo signal T1 et T2 évoquant une calcinose rachidienne compliquée dans le cadre de sa sclérodémie. Le scanner cervical met en évidence un antélisthésis et bascule de C4, une sclérose osseuse sur le versant C4, une masse calcique bombant en intracanalair et des calcifications essentiellement gauches de C3 à D1. La patiente refuse la prise en charge chirurgicale en raison des risques anesthésiques et opératoires. Elle reste stable à 5 mois d'évolution.

Conclusion. – La calcinose rachidienne dans la sclérodémie entraîne le plus souvent des douleurs ou raideurs rachidiennes, rarement des atteintes neurologiques et est d'évolution plutôt lente. Dans notre présentation, la patiente a présenté d'emblée un tableau neurologique déficitaire d'installation rapide, sans facteurs déclenchants.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Nguyen HS, Sharma A, Doan N, Gelsomino M, Shabani S, Maiman D. Central cord syndrome in a patient with systemic sclerosis and cervical calcinosis : case report and review of literature. *Spinal Cord Ser Cases* 2016 ; 2 : 15029.
 [2] Ogawa T, Ogura T, Ogawa K, Hirata A, Hayashi N, Izumi Y, et al. Paraspinal and intraspinal calcinosis : frequent complications in patients with systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2009 ; 68 : 1655–6.

PE. Ma-002

Le pipeline 2018 des thérapies ciblées en développement dans le lupus érythémateux systémique : une revue systématique des essais cliniques

R. Felten* (1) ; E. Dervovic (2) ; F. Chasset (3) ; JE. Gottenberg (1) ; J. Sibilia (1) ; F. Scher (2) ; L. Arnaud (1)
 (1) Rhumatologie, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg; (2) Service de pharmacie-stérilisation, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg; (3) Service de dermatologie et allergologie, APHP, Hôpital Tenon, Paris
 *Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr
 (R. Felten)

Introduction. – Actuellement, le traitement du lupus systémique repose essentiellement sur l'hydroxychloroquine, parfois en association avec des corticoïdes et des immunosuppresseurs conventionnels ou biologiques tels que le rituximab ou le bélimumab. Grâce à une meilleure compréhension de la physiopathologie complexe du LES, plusieurs traitements ciblés sont en cours d'évaluation dans des essais cliniques. L'objectif de cette étude était d'analyser l'ensemble des thérapies ciblées en cours d'évaluation dans le LES et d'en décrire le mécanisme d'action, le stade et la phase de développement.

Matériels et méthodes. – Nous avons effectué une revue systématique de toutes les thérapies ciblées en développement clinique dans le LES, dans 17 bases de données nationales et internationales d'essais cliniques (date de recherche : le 3 janvier 2018). Ont été exclus de cette revue systématique, tous les agents pharmacologiques conduisant à un blocage non spécifique du système immunitaire, tels que les immunosuppresseurs classiques. Pour chaque traitement, nous avons considéré l'étude au stade le plus avancé du développement clinique.

Résultats. – Notre recherche a identifié 1 140 essais, qui concernaient 74 thérapies ciblées. Les médicaments candidats ont atteint la phase I (n = 20), I / II (n = 5), la phase II (n = 36), la phase II / III (n = 2), la phase III (n = 9) et la phase IV (n = 2). Les essais correspondants sont terminés (n = 28), en cours de recrutement (n = 19), interrompus (n = 16), actifs mais au recrutement clos (n = 8) et abandonnés (n = 3). Les stratégies thérapeutiques ciblent les cytokines ou chimiokines inflammatoires et leurs récepteurs (n = 17), les cellules B ou plasmocytes (n = 17), les voies de signalisation intracellulaires (n = 10), les molécules de costimulation des lymphocytes T / B (n = 8), les interférons (n = 7), les cellules dendritiques plasmacytoïdes (pDC) (n = 3) et diverses autres cibles impliquées dans la physiopathologie du LES (n = 12).

Discussion. – Nous avons identifié 74 thérapies ciblées en cours de développement clinique pour le LES, un nombre plus important d'attendu compte tenu de la prévalence relativement faible de la maladie (1 personne / 2000). Dans un futur proche, l'arrivée potentielle de ces nouveaux médicaments pourrait répondre au besoin de traitements plus efficaces dans le LES. Toutefois, il reste nécessaire d'identifier des biomarqueurs permettant de prédire la réponse thérapeutique. Ceci pourrait permettre de sélectionner de manière plus rationnelle le traitement optimal dans la vaste gamme de thérapies ciblées susceptibles d'être disponibles pour le LES.

Conclusion. – Cette étude permet d'identifier 74 thérapies ciblées en cours de développement dans le LES. Parmi elles, les plus prometteuses visent les voies de l'interféron- γ , des voies de signalisation intra-cellulaire telles que les Janus-Kinases (JAK) ou diverses cytokines et leurs récepteurs.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-003

Le pipeline 2018 des thérapies ciblées en développement dans le syndrome de Gougerot-Sjögren : une revue systématique des essais cliniques

R. Felten* (1) ; F. Scher (2) ; J. Sibilia (1) ; JE. Gottenberg (1) ; L. Arnaud (1)
 (1) Rhumatologie, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg; (2) Service de pharmacie-stérilisation, Hôpital de Haute-pierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg
 *Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr
 (R. Felten)

Introduction. – À ce jour, aucun médicament immunomodulateur ne s'est révélé efficace dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primaire (SGS). Les difficultés d'évaluation de l'efficacité des traitements sont liées à l'hétérogénéité de la maladie (atteinte glandulaire / extraglandulaire), à l'absence de corrélation entre les symptômes de sécheresse et la fonction glandulaire évalués par des mesures objectives (test de Schirmer et mesure du flux salivaire) et entre ces symptômes et les complications systémiques de la maladie. Les manifestations systémiques graves sont généralement traitées par des thérapeutiques hors AMM, conformément à la pratique et aux recommandations du lupus érythémateux systémique (LES) ou d'autres maladies systémiques. Malgré une compréhension accrue de la physiopathologie du SGS, le développement de thérapies modernes n'a jusqu'à présent abouti à aucune autorisation de mise sur le marché. L'objectif de cette étude était d'analyser l'ensemble des thérapies ciblées en cours d'étude dans le SGS et d'en décrire les mécanismes d'action et les stades de développement clinique.

Matériels et méthodes. – Nous avons effectué une revue systématique de toutes les thérapies ciblées en cours de développement clinique dans le SGS, dans 17 bases de données d'essais cliniques nationaux et internationaux en utilisant les mots-clés « Sjögren » et ses synonymes (date de recherche : 13 mai 2018). Ont été exclus de cette revue systématique tous les agents pharmacologiques conduisant à un blocage non spécifique du système immunitaire, tels que les immunosuppresseurs classiques. Pour chaque traitement, nous avons uniquement considéré l'étude au stade le plus avancé du développement clinique.

Résultats. – Notre recherche a identifié 264 essais qui concernent 25 thérapies ciblées. Les médicaments candidats ont atteint la phase I (n = 2), I / II (n = 1), la phase II (n = 19), la phase II / III (n = 2) et la phase III (n = 1). Les 23 essais correspondants aux 25 thérapies ciblées sont terminés (n = 8), en cours de recrutement (n = 6), interrompus (n = 4), actif mais au recrutement clos (n = 4) et abandonnés (n = 1). Les molécules en cours de développement clinique ciblent les lymphocytes B (n = 4), les lymphocytes T ou les molécules de costimulation T / B (n = 5), les cytokines ou chimiokines inflammatoires et leurs récepteurs (n = 5), les voies intracellulaires (n = 7) et diverses autres cibles identifiées dans le SGS (n = 4).

Discussion. – Aucun traitement immunosuppresseur spécifique n'a fait la preuve de son efficacité dans le SGS. Les options thérapeutiques reposent sur des traitements hors AMM souvent empruntés au LES. La mise au point de médicaments modernes n'a abouti à aucune autorisation de mise sur le marché jusqu'à présent. On peut estimer que certains essais contrôlés randomisés antérieurs se sont avérés négatifs en raison de l'inefficacité du médicament évalué

mais aussi de la conception des essais cliniques. Ainsi, il est nécessaire d'utiliser des critères de jugement adaptés pour les nouveaux essais cliniques dans le SGS.

Conclusion. – Grâce à l'essor récent des essais thérapeutiques industriels et institutionnels, 25 molécules sont évalués dans le SGS. Le développement de traitements ciblés se heurte toutefois aux difficultés d'identifier des critères de jugement adaptés aux essais cliniques et à l'hétérogénéité de cette maladie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-004

Manifestation rare du lupus érythémateux systémique : à propos de 2 observations

N. Hanouchine* (1) ; Y. Benhocine (2)

(1) *Rhumatologue centre anti douleur, CHU Tizi ouzou, Tizi Ouzou, Algérie*; (2) *Anesthésie réanimation, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie*

*Auteur correspondant : aminadamyanis@hotmail.com

(N. Hanouchine)

Introduction. – Les bamboo nodes sont des lésions rares des cordes vocales, mais très caractéristiques. Ils sont toujours associés à une maladie auto-immune, le plus souvent au lupus érythémateux systémique (LES) et à la polyarthrite rhumatoïde. Ils peuvent être un mode d'entrée dans la maladie ou apparaître au cours de l'évolution. Nous rapportons deux observations de bamboo nodes au cours d'un LES

Observation. – *Observation 1.* Patiente âgée de 62 ans ; sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour polyarthrite chronique évoluant depuis 6 mois, survenue brutalement suite au décès de son conjoint, à l'examen clinique patiente en état général moyen, notion d'amaigrissement non chiffré, arthrite des deux poignets, des MCP et des IPP, raucité de la voix apparue il y a 8 mois pour laquelle la malade n'a jamais consulté, le bilan biologique : syndrome inflammatoire, bilan immunologique facteurs antinucléaires positifs avec antiDNA natifs?2000 UI, après avoir éliminé les autres diagnostic nous avons retenu le diagnostic de lupus érythémateux systémique (LES), l'exploration de la dysphonie en ORL a retrouvé à la laryngoscopie un nodule de la corde vocale droite correspondant à un bamboo node. La patiente a été mise sous Hydroxychloroquine à raison de 400 mg/j et 10 mg de Prednisone, avec bonne réponse, mais persistance de la dysphonie même après forte dose de corticoïdes, un traitement local a été indiqué mais refusé par la malade. *Observation 2.* Patiente âgée de 30 suivie pour LES diagnostiqué sur la présence de polyarthralgies inflammatoires, rash malaire, thrombopénie, syndrome inflammatoire et bilan immunologique FAN et anti DNA positifs, qui signale lors d'une visite de contrôle une raucité de la voix avec fatigabilité l'obligeant à arrêter de parler. Un bilan thyroïdien est revenu normal, une laryngoscopie a été réalisée objectivant des lésions linéaires verticales sur le tiers moyen des cordes vocales évocatrices de bamboo nodes d'où mise sous 1 mg/kg de Prednisone donnant une amélioration de la voix.

Discussion. – Les bamboo nodes sont des dépôts sous-muqueux au niveau des cordes vocales, dont l'aspect rappelle les nœuds du bambou. Le diagnostic se fait par laryngoscopie. Ces lésions sont associées aux maladies auto-immunes. Un traitement par stéroïdes systémiques peut permettre la régression, associée à un repos vocal L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement de corticoïdes systémiques et/ou d'injections locales intra lésionnelles, La chirurgie reste le traitement de dernière intention en raison du risque cicatriciel

Conclusion. – La survenue d'une dysphonie au cours du LES peut-être en relations avec des lésions spécifique comme les bamboo nodes qu'il faut rechercher par un examen ORL orienté

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Murano E, Hosako-Naito Y, Tayama N, et al. Bamboo node : Primary vocal fold lesion as evidence of autoimmune disease. *J Voice* 2001 ; 15 : 441-50.
- [2] Campbell SM, Montanaro A, Bardana EJ. Head and neck manifestations of autoimmune disease. *Am J Otolaryngol* 1983 ; 4 : 187-216.
- [3] Young A, Koduri G. Extra-articular manifestations and complications of rheumatoid arthritis. *Best Pract*

PE. Ma-005

Épidémiologie et caractérisation des atteintes dermatologiques au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primitif à partir des données de trois cohortes (TEARS, ASSESS, diapSS)

C. Villon (1) ; L. Orgeolet (1) ; AM. Roguedas (2) ; L. Misery (1) ; JE. Gottenberg (3) ; D. Cornec (4) ; S. Jousse-Joulin (5) ; R. Seror (6) ; JM. Berthelot (7) ; P. Dieude (8) ; JJ. Dubost (9) ; AL. Fauchais (10) ; V. Goeb (11) ; E. Hachulla (12) ; PY. Hatron (13) ; C. Larroche (14) ; G. Hayem (15) ; V. Le Guern (16) ; A. Perdriger (17) ; J. Morel (18) ; O. Vittecoq (19) ; X. Mariette (20) ; V. Devauchelle-Pensec (4) ; A. Saraux* (5)

(1) *Dermatologie, CHU Brest, Brest*; (2) *Dermatologie, CHRU de Brest Hôpital Morvan, Brest*; (3) *Rhumatologie, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg*; (4) *Rhumatologie, CHU Brest, Brest*; (5) *Rhumatologie, CHRU de la Cavale Blanche, Brest*; (6) *Service de rhumatologie, Université Paris Sud XI, APHP, Le Kremlin-Bicêtre*; (7) *Rhumatologie, CHU Hôtel Dieu, Nantes*; (8) *Rhumatologie, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris*; (9) *Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand*; (10) *Médecine interne, C.H.U de Limoges Dupuytren, Limoges*; (11) *Rhumatologie, CHU Amiens-Picardie Site Nord, Amiens*; (12) *Médecine interne, CHU, Lille*; (13) *Rhumatologie, C.H. Régional Universitaire de Lille (CHRU de Lille), Lille*; (14) *Médecine interne H5, CHU Hôpital Avicenne, Bobigny*; (15) *Service de Rhumatologie, CHU Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt*; (16) *Médecine Interne, Hôpital Cochin, Paris*; (17) *Rhumatologie, Hôpital Sud, Rennes*; (18) *Service de rhumatologie, CHU et université de Montpellier, Montpellier*; (19) *Service de Rhumatologie, CHU de Rouen, Rouen*; (20) *Rhumatologie, 78 rue du Général Leclerc, Le Kremlin-bicêtre*

*Auteur correspondant : alain.saraux@chu-brest.fr (A. Saraux)

Introduction. – Les manifestations dermatologiques cutanées sont considérées comme fréquentes au cours du syndrome de Gougerot-Sjogren primitif (pSS). Malgré cela, leur prévalence et leurs caractéristiques sont imprécises du fait de biais de sélection des patients inclus dans les études et de l'hétérogénéité des évaluations (1). L'objectif principal de ce travail est de déterminer, en utilisant 3 cohortes françaises (ASSESS, TEARS, diapSS) qui ont des critères d'évaluation différents, la prévalence des atteintes dermatologiques, ainsi que les paramètres cliniques et paracliniques qui leurs sont associés.

Patients et méthodes. – Tous les patients remplissaient les critères americano-européens AECG 2002 de pSS. Les caractéristiques à l'inclusion des patients de l'étude TEARS (110 patients ayant un pSS récent ou actif inclus dans un essai rituximab versus placebo) ont permis d'évaluer la sécheresse cutanée définie par une échelle visuelle analogique (EVA sur 100) et les signes cliniques et biologiques associées à une EVA sécheresse cutanée ≥50. La cohorte française ASSESS (395 patients ayant un pSS quelles que soient l'ancienneté et l'activité) a permis d'évaluer la prévalence des atteintes cutanées présentes et passées à l'inclusion ainsi que l'activité du domaine cutané de l'ESSDAI. La cohorte bretonne diapSS (patients consécutifs ayant une évaluation d'un syndrome sec, 125 remplissant les critères AECG 2002 et 192 ne les remplissant pas) a permis d'avoir les données d'un examen clinique fait par un derma-

logue chez des patients consultant pour une suspicion de pSS au moment du diagnostic.

Résultats. – La sécheresse cutanée a été évaluée sur une EVA à 45,1 ± 31,5 dans l'étude TEARS. 43,4 % des patients de cette étude avaient une EVA sécheresse cutanée ≥50. Ceux qui avaient une sécheresse cutanée (EVA≥50) avaient des EVA douleur (61,28 ± 28,2 vs 46,8 ± 27,0 ; p = 0,003) et sécheresse globale (79,4 ± 15,2 vs 62,5 ± 21,7 ; p < 0,001) plus élevées que ceux qui n'en avaient pas. Les signes d'activité classiquement associés à la maladie et inscrits dans l'ESSDAI étaient rares dans la cohorte ASSESS à l'inclusion (seulement 16/395 soit 4,0 % des patients avaient une activité de la maladie sur le plan cutané au moment de l'examen, essentiellement des purpuras (n = 9) ; aucun n'avait d'érythème annulaire ; seulement 3 avaient une activité élevée dont un ulcère et deux purpuras) bien que des atteintes passées soient souvent retrouvées (35 avaient un antécédent de purpura et 6 un antécédent d'ulcère). Les atteintes cutanées actives étaient surtout associées à une activité des domaines ESSDAI articulaire (p = 0,008), neurologique périphérique (p < 0,001), musculaire (p = 0,01), hématologique (p = 0,017) et biologique (p = 0,017), ainsi qu'à la notion d'antécédent d'arthrite (p = 0,008) ou de splénomégalie (p = 0,024). Ces patients avaient des gammaglobulines plus élevées (p = 0,008) que ceux qui n'avaient pas de signe d'activité cutané. L'examen dermatologique systématique permettait d'isoler plus souvent des manifestations cutanées (p < 0,001) que les rhumatologues peuvent sous estimer (perlèche, prurit, hyperkératose, etc), mais ne retrouvait pas plus d'atteinte spécifique du pSS (p > 0,05) et aucun signe d'activité du pSS du domaine cutané de l'ESSDAI que les rhumatologues auraient omis.

Conclusion. – L'atteinte cutanée la plus fréquente est la sécheresse cutanée, non prise en compte dans les critères actuels d'évaluation de la maladie, si bien qu'elle devrait selon nous être évaluée par une EVA spécifique en routine ; cette sécheresse s'associe à un niveau de douleur et de sécheresse subjective oculo-buccale plus élevé. Les signes inscrits dans l'indice activité ESSDAI sont rares et associés à une hypergammaglobulinémie et à un ESSDAI plus élevé. L'examen dermatologique systématique est informatif surtout pour les lésions indépendantes du pSS.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Treatment of primary Sjögren syndrome. Saraux A, Pers JO, Devauchelle-Pensec V. Nat Rev Rheumatol. 2016 Aug ; 12(8) : 456-71

PE. Ma-006

Amélioration d'une hépatite auto-immune grâce à un traitement par ustékinumab

S. El Mahou* (1) ; N. Sivova (2) ; N. Talbodec (3) ; A. Cantagrel (4)
(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier DRON, Tourcoing ; (2) Médecine interne, C.H DRON, Tourcoing ; (3) Gastroenterologie, C.H dron, Tourcoing ; (4) Rhumatologie, Chu purpan, Toulouse

*Auteur correspondant : elmahousoumaya2003@yahoo.fr (S. El Mahou)

Introduction. – L'hépatite auto immune (HAI) est une inflammation du foie dont la nosologie exacte demeure peu connue. Le traitement habituellement proposé reste la corticothérapie associée ou non à l'Azathioprine. Nous rapportons un cas d'HAI parfaitement améliorée par Ustekinumab chez une patiente diagnostiquée par ailleurs rhumatisme psoriasique.

Observation. – Mme R. âgée de 52 ans est hospitalisée en rhumatologie pour une polyarthrite, évoluant depuis près de quatre mois des mains, avants pieds et un épanchement du genou droit associée à des rachialgies inflammatoires. Son seul antécédent est un psoriasis du cuir chevelu, du tronc, des membres et unguéal traité par dermocorticoïdes. Il existe un syndrome inflammatoire avec VS à 80/100, CRP 120 mg/l et une cytolysé hépatique à 10 fois la normale. La patiente ne consomme pas d'alcool. Les sérologies hépatites A, B,

C et E sont négatives. Les anticorps antinucléaires sont positifs à 1/640 sans spécificité. Les anticorps anti LKM, mitochondries et muscles lisses sont négatifs. Les tests hépatiques non invasifs de fibrose n'étant pas concluant, nous réalisons une biopsie hépatique qui confirme le diagnostic d'HAI Métavir A2F1. Concernant l'atteinte articulaire, les facteurs rhumatoïdes, les anticorps anti CCP sont négatifs. La patiente répond aux critères de CASPAR, ainsi le diagnostic de rhumatisme psoriasique est retenu. Les gastro-entérologues proposent une corticothérapie orale permettant une amélioration des arthralgies, du syndrome inflammatoire et une diminution (sans normalisation) des transaminases. La décroissance de la cortisone se solde par une récurrence de la cytolysé motivant l'instauration d'Azathioprine à 75 puis 100 mg par jour. Malgré cela il réapparaît une perturbation du bilan hépatique très corticodépendante. Après un an de traitement devant l'aggravation de la polyarthrite avec dactylite, l'importance des lésions cutanées et unguéales, nous instaurons l'Ustekinumab. Trois mois après on note une disparition complète des lésions de la peau glabre et l'absence de synovite. Il n'y a plus de syndrome inflammatoire et le bilan hépatique est strictement normal. La patiente signale avoir d'elle même interrompu l'Azathioprine deux mois auparavant. Un an plus tard on note un échappement thérapeutique sur le plan arthrocutané et de façon concomitante une récurrence de la cytolysé à environ cinq fois la normale. L'atteinte cutanée étant au premier plan nous avons majoré l'Ustekinumab à 90 mg tous les trimestres. Cette modification a permis de nouveau un éclaircissement complet de la peau, la disparition des douleurs et surtout une normalisation du bilan hépatique le mois suivant l'injection.

Discussion. – À notre connaissance, il n'a pas été rapporté d'association rhumatisme psoriasique et HAI. Il est reconnu une prévalence augmentée du syndrome métabolique avec manifestation hépatique parmi des patients suivis pour un psoriasis. Une autre atteinte hépatique au cours du psoriasis ou du rhumatisme psoriasique peut s'expliquer par un effet secondaire du méthotrexate. Dans notre cas il existe une évolution parallèle entre l'efficacité ou la perte d'efficacité de l'Ustekinumab à la fois sur le psoriasis, le rhumatisme et l'évolution de la cytolysé traduisant l'activité de l'HAI. Dans cette dernière il est admis le rôle pathogène des CD4CD25 et des cellules Th17. Lors de cette maladie il existe une concentration riche intrahépatique de cytokines proinflammatoires telles que l'IL23 qui explique en partie les lésions du foie. L'Ustekinumab anticorps monoclonal ciblant les interleukines 12 et 23 pourrait donc avoir un rôle thérapeutique par ce mécanisme.

Conclusion. – L'Ustekinumab est utilisé contre le psoriasis, le rhumatisme psoriasique et la maladie de Crohn. Des travaux voient le jour dans la maladie de Horton. Notre cas pourrait évoquer également un rôle au cours de l'HAI pour laquelle nous manquons de traitement ciblé.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-007

Fréquence d'immunisation au rituximab dans les maladies auto-immunes rhumatismales et facteurs prédictifs d'immunisation. Ofatumumab comme alternative au rituximab pour les manifestations systémiques des syndromes de Gougerot-Sjögren primitifs

A. Combier* (1) ; R. Belkhir (1) ; S. Pavy (1) ; G. Nocturne (1) ; J. Henry (1) ; X. Mariette (1) ; R. Seror (1)
(1) Rhumatologie, 78 rue du Général Leclerc, Le Kremlin-bicêtre
*Auteur correspondant : acombier@hotmail.fr (A. Combier)

Introduction. – Le Rituximab (RTX) est un anticorps monoclonal thérapeutique chimérique. Son administration peut conduire à une immunisation pouvant aboutir à des réactions d'hypersensibilité immédiates ou retardées souvent associées à une perte d'efficacité.

La fréquence d'immunisation contre le RTX est de 2,7 à 9,2 % dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), mais inconnue au cours des maladies auto-immunes. Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer la fréquence de l'immunisation au Rituximab dans les maladies auto-immunes comparativement à la PR, d'identifier d'éventuels facteurs prédictifs d'immunisation et d'évaluer l'intérêt de l'utilisation de l'Ofatumumab comme alternative au RTX chez des patients atteints immunisés atteints de maladies auto-immunes de syndrome de Gougerot Sjögren primitif (pSS).

Patients et méthodes. – Dans cette étude rétrospective, tous les patients présentant une maladie auto-immune, y compris PR, traitée par RTX entre 2012 et 2017 au sein du service de rhumatologie de notre hôpital ont été inclus. Les patients ayant bénéficié d'un dosage d'anticorps anti-Rituximab ont été identifiés, et les caractéristiques des patients immunisés au RTX ont été comparés à ceux des patients non immunisés afin d'identifier des facteurs prédictifs d'immunisation au RTX.

Résultats. – 199 patients ont été traités par Rituximab pour une pathologie auto-immune systémique : PR (n = 124), lupus (n = 14), syndrome de Sjögren primitif (SSp) (n = 37), myosite (n = 7), syndrome de chevauchement (n = 6) autre (n = 9). 62/199 (31,1 %) ont eu une recherche d'anticorps anti-RTX (Theradiag®), celle-ci était positive chez 14 patients : 3 PR sur 35 testées et 11 maladies auto-immunes systémiques sur 27 testés (8,6 % vs 40,7 % ; OR = 0,14 [0,022 ; 0,634] p = 0,0047). Les patients immunisés avaient présenté des réactions retardées à la perfusion (n = 11), une perte d'efficacité (n = 2), et la recherche avait été faite de façon systématique devant un arrêt prolongé du traitement chez 1 patient. Les réactions retardées s'étaient manifestées principalement par des éruptions cutanées (73 %), fièvre (54 %) et/ou douleurs abdominales (36 %). Les autres caractéristiques associées au risque d'immunisation étaient : l'âge (âge médian 50,5 vs 61,5 ; p = 0,003 [-23,96 ; -5,34]), l'ethnie afro-caribéenne (57,1 % vs 4,2 % OR = 27,79 [4,30 ; 326,49] p < 0,001) et la positivité des d'anti-SSA (78,6 % vs 16,7 % OR = 17,12 [3,52 ; 117,97] p < 0,001). Les patients atteints de SLE avec des anti-SSA avaient une tendance à s'immuniser d'avantage qu'en l'absence d'anti SSA. (80 % vs 25 % OR = 8,35 [0,30 ; 776,34] p = 0,206). De façon similaire les SSp avec anti SSA s'immunisaient d'avantage (100 % vs 77,7 % p = 0,50). L'association à un traitement de fond immunosuppresseur n'avait pas de caractère protecteur contre l'immunisation. Trois patients atteints de SSp immunisés contre le RTX ont été traités par Ofatumumab pour soit une cryoglobulinémie (n = 1), un lymphome du MALT (n = 1), ou une association des deux (n = 1), avec obtention d'une rémission complète de leur maladie.

Conclusion. – Nos résultats montrent que la fréquence de l'immunisation au RTX semble plus élevée au cours des maladies systémiques auto-immunes qu'au cours de la PR, même si la recherche systématique d'immunisation n'avait pas été effectuée chez tous les patients. Les facteurs prédictifs d'immunisation étaient l'âge, l'ethnie afro-caribéenne et la positivité des anti-SSA. Les facteurs prédictifs d'immunisation mis en évidence et les rôles respectifs de la maladie sous-jacente restent à déterminer. Enfin, l'Ofatumumab semble être une alternative thérapeutique efficace chez les patients immunisés en cas de nécessité d'un traitement ciblant le lymphocyte B au cours du SSp.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Emery P, Fleischmann R, Filipowicz-Sosnowska A, Schechtman J, Szczepanski L, Kavanaugh A, et al. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment : results of a phase IIB randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial. *Arthritis Rheum.* 2006 May ; 54(5) : 1390–400.
- [2] Keystone E, Fleischmann R, Emery P, Furst DE, van Vollenhoven R, Bathon J, et al. Safety and efficacy of additional courses of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis : an open-label extension analysis. *Arthritis Rheum.* 2007 Dec ; 56(12) : 3896–908.

PE. Ma-008

L'ostéonécrose du lunatum, une complication rare de la sclérodémie systémique ? Une série de 5 patients

E. Chatelus* (1) ; R. Felten (1) ; F. Sagez (1) ; A. Mallick (1) ; C. Sordet (1) ; RM. Javier (1) ; L. Arnaud (1) ; J. Sibilia (1) ; JE. Gottenberg (1)

(1) *Rhumatologie, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg*

*Auteur correspondant : emmanuel.chatelus@chru-strasbourg.fr (E. Chatelus)

Introduction. – L'atteinte de la main est très fréquente dans la sclérodémie systémique. Les atteintes articulaires (arthralgies, arthrites), les calcifications sous-cutanées et l'acro-ostéolyse sont les atteintes les plus mieux connues. L'ostéonécrose du lunatum ou maladie de Kienböck est une pathologie rare qui pourrait être une autre complication rhumatologique plus rare de la sclérodémie systémique.

Résultats. – Nous rapportons une série de 5 patients atteints de sclérodémie systémique ayant une ostéonécrose du lunatum diagnostiquée sur les radiographies standards des mains. Toutes les patientes répondaient aux critères de classification EULAR/ACR 2013 de la sclérodémie systémique. Il s'agissait de 5 femmes, d'âge moyen de 53 ans (45-67) avec une durée moyenne de la sclérodémie de 6 ans (3-14). Trois patientes avaient une forme cutanée limitée et 2 avaient une forme cutanée diffuse selon la classification de Leroy et Medsger. Toutes les patientes avaient un syndrome de Raynaud, compliqués d'ulcérations digitales chez 3 patientes. L'atteinte était unilatérale chez les 5 patientes et symptomatique chez 4 patientes, se traduisant par des douleurs de la face dorsale du poignet. Une seule patiente était recu des corticoïdes avant le diagnostic d'ostéonécrose du lunatum. Aucune patiente ne présentait d'ostéonécrose à un autre site. Au niveau des radiographies standards, trois patientes présentaient une ostéocondensation isolée du lunatum (stade 2 de la classification de Lichtmann), les deux autres patientes présentaient une condensation avec collapsus du lunatum et une arthrose carpienne (stade 4). Une IRM était disponible pour 2 patientes. Elle montrait dans les 2 cas un hyposignal T1 et hyperisignal T2 diffus du lunatum sans lésion vasculaire macroscopique visible.

Discussion. – L'ostéonécrose du lunatum ou maladie de Kienböck est une pathologie rare de cause inconnue. Les 2 principales hypothèses étiologiques sont les micro-traumatismes répétés et l'atteinte vasculaire. La sclérodémie systémique est une maladie qui s'accompagne d'une atteinte vasculaire sévère notamment au niveau des mains, touchant à la fois la micro et la macro-vascularisation. Cette atteinte vasculaire pourrait être un facteur favorisant l'ostéonécrose du lunatum et faire le lien entre ces 2 pathologies rares. Très peu de cas d'association ostéonécrose du lunatum et sclérodémie systémique ont été rapportés dans la littérature. Un travail récent a décrit une série de 9 patients sclérodermiques ayant une ostéonécrose du lunatum diagnostiquée à l'IRM de la main. L'ostéonécrose du lunatum se traduit cliniquement par une douleur de la face dorsale du poignet. Le traitement repose sur une immobilisation du poignet. Un traitement chirurgical peut être proposé dans les formes évoluées. Il est important pour le rhumatologue de distinguer une ostéonécrose du lunatum d'une autre complication de la sclérodémie et notamment d'une arthrite du carpe car la prise en charge sera différente. La mise en place d'une corticothérapie dans l'hypothèse d'une arthrite pourrait notamment s'avérer néfaste dans le cadre d'une ostéonécrose du lunatum.

Conclusion. – L'ostéonécrose du lunatum est une pathologie rare qui pourrait compliquer la sclérodémie systémique par l'intermédiaire de l'atteinte vasculaire sévère. Il est important pour le rhumatologue de diagnostiquer cette pathologie afin de proposer une prise en charge adaptée.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Frerix et al. Is osteonecrosis of the lunata bone an underestimated feature of systemic sclerosis ? A case series of nine patients and review of literature. Semin Arthritis Rheum 2016

PE. Ma-009

L'épaule inflammatoire paradoxale : un signe clinique évocateur de vascularite des gros vaisseaux

PM. Duret* (1) ; L. Spielmann (2) ; R. FELTEN (3) ; L. Arnaud (3) ; JE. Gottenberg (1) ; J. Sibilia (3) ; L. Messer (2)

(1) Rhumatologie, C.H.R.U. Hôpitaux Universitaires Strasbourg, Strasbourg; (2) Médecine interne et rhumatologie, CH Pasteur, Colmar; (3) Rhumatologie, CHU de Haute-pierre, Strasbourg

*Auteur correspondant : pierremarie.duret@gmail.com (PM. Duret)

Introduction. – La maladie de Takayasu (MT) est une artérite inflammatoire des vaisseaux de gros et de moyen calibre, dont le diagnostic est difficile. Nous rapportons l'observation d'une MT à présentation initiale atypique, mimant une maladie de Still de l'adulte, dont le diagnostic a été redressé par l'apparition d'un signe clinique que le rhumatologue doit connaître.

Observation. – Une femme de 33 ans, a été hospitalisée pour une éruption cutanée fébrile (T° : 39,6 °C) du tronc et des membres inférieurs associée à une odynophagie. A l'examen initial, l'ensemble des poulx périphériques était perçu, sans souffle audible et l'examen neurologique était sans particularités. L'examen rhumatologique identifiait des synovites des chevilles, genoux, poignets et des MCP. La CRP était à 350 mg/L (N < 4) ; la NFS identifiait une polynucléose neutrophile à 13 600/mm³ (N = 3 800-11 000), La ferritine était à 953 mg/L (N = 12-150 mg/ml) dont 31 % (N = 30-50 %) de forme glycosylée. Les principales sérologies virales et bactériennes étaient négatives. Il existait aussi des douleurs rhizoméliques inflammatoires qui imposaient à la patiente une position antalgique inhabituelle, avec élévation, abduction et rotation externe des bras, les mains positionnées derrière la tête. L'apparition d'un ptosis gauche avec myosis et enophtalmie (signe de Claude Bernard Horner) a mené à la réalisation d'une angio-IRM cérébrale révélant une sténose de l'artère carotide interne gauche, avec un rehaussement de la paroi artérielle en séquence « Black-Blood ». Le PET-scanner au 18FDG a permis de confirmer la vascularite en montrant un hypermétabolisme de l'aorte thoracique ascendante, abdominale, des axes iliaques et sous-claviers, permettant de retenir le diagnostic de maladie de Takayasu. L'artérite sous-clavière documentée au PET-TDM expliquait aussi la position antalgique, très originale, adoptée par la patiente. Un traitement par antagoniste des récepteurs de l'IL-6 (Tocilizumab) en combinaison avec une corticothérapie à 0,7 mg/kg a été proposée dans le cadre d'un essai thérapeutique (protocole « TOCITAKA ») et a permis le contrôle des manifestations inflammatoires.

Discussion. – L'artérite de Takayasu évolue en deux phases. La première phase, dite pré-occlusive est dominée par les symptômes généraux et un syndrome inflammatoire biologique parfois intense, pouvant faire discuter, comme ici, l'hypothèse d'une maladie de Still de l'adulte. La seconde, dite occlusive correspond à la constitution progressive de sténoses artérielles inflammatoires qui sont responsables de divers signes ischémiques et de douleurs d'origine vasculaire. La révélation d'une MT par le signe de Claude-Bernard Horner est exceptionnelle et n'a été rapportée qu'une seule fois dans la littérature, mais souligne l'importance d'un examen clinique rigoureux, en cas de syndrome inflammatoire inexpliqué. L'attitude antalgique en antéflexion est un signe clinique très atypique à l'inverse de la présentation classique des douleurs rhizoméliques inflammatoires articulaires et n'a, à notre connaissance, jamais été décrit dans la littérature comme associée à une artérite sous-clavière. Ce symptôme très original a permis de redresser le diagnostic de maladie de Takayasu qui a pu être confirmée grâce à l'apport de l'imagerie

moderne par PET-TDM au 18FDG et par l'IRM avec séquences Black-Blood.

Conclusion. – Nous proposons l'appellation d'épaule inflammatoire paradoxale, pour décrire la posture antalgique atypique en antéflexion des épaules, imposée par l'atteinte inflammatoire sous-clavière qui peut être rencontrée au cours des vascularites des vaisseaux de gros calibre.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-010

Contribution à l'étude de la maladie cœliaque de l'adulte en milieu de médecine interne : une série monocentrique de 43 cas

F. Rekiç (1) ; F. Frikha* (1) ; R. Ben Salah (1) ; H. Hachicha (2) ; M. Snoussi (1) ; M. Jallouli (1) ; C. Damak (1) ; H. Loukil (1) ; S. Marzouk (1) ; H. Masmoudi (2) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Immunologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : fetenfrikha@yahoo.fr (F. Frikha)

Introduction. – La maladie cœliaque (MC) de l'adulte est une entéropathie auto-immune par intolérance au gluten survenant chez un sujet génétiquement prédisposé. De nos jours, et devant la meilleure connaissance de la maladie, le diagnostic est suspecté devant les signes extra-digestifs. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives de la MC chez les patients adultes, et de préciser les particularités des formes cliniques diagnostiquées en milieu de médecine interne et les associations avec des maladies auto-immunes.

Patients et méthodes. – C'est une étude rétrospective incluant 43 patients atteints de maladie cœliaque, colligés sur une période de 18 ans allant de 2001 à février 2018. Le diagnostic de maladie cœliaque était retenu sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques, sérologiques, endoscopiques et histologiques.

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de 28,2 ans avec une nette prédominance féminine (sex-ratio [F/H] = 9,75). Dans notre série, la maladie cœliaque a été suspectée principalement sur des signes extra digestifs qui étaient dominés par l'anémie chronique dans 23 cas généralement associée à d'autres signes digestifs ou ostéo-articulaires. Sur le plan immunologique, la sérologie de la maladie cœliaque était positive dans tous les cas et on a eu recours au dosage des IgG anti-gliadine dans 3 cas porteurs de déficit en IgA. Les anticorps anti nucléaires étaient demandés dans 32 cas et ils étaient positifs dans 12 cas. Sur le plan histologique, la biopsie retrouvait le plus souvent un stade 3 de Marsh. Pour les manifestations ostéo-articulaires, les arthralgies inflammatoires ont été retrouvées chez 12 patients et les arthralgies d'allure mécanique dans 15 cas. Les arthrites ont été notées dans 5 cas dont un cas de polyarthrite rhumatoïde. L'ostéomalacie, malgré sa rareté dans les pays développés a été révélatrice de la maladie cœliaque dans 10 cas avec des tableaux évolués sur le plan clinique. L'association avec des maladies auto-immunes était retrouvée dans quinze cas soit 34,8 % et les principales pathologies retrouvées étaient le diabète de type 1 dans 5 cas, la thyroïdite auto-immune dans 4 cas, le lupus érythémateux systémique dans 3 cas et la polyarthrite rhumatoïde dans 2 cas. Les accidents obstétricaux ont été retrouvés chez 12 patientes et au moins 1 avortement sans cause gynécologique ni médicale en dehors de la MC chez 7 patientes soit 17,5 %. Sous régime sans gluten bien suivi, tous nos patients ont présenté une amélioration clinique et biologique. Au cours de l'évolution, on n'a pas noté des complications à type de thromboses ni de transformation maligne mais un tableau d'ostéomalacie chez un patient avec un régime mal suivi.

Conclusion. – La vision épidémiologique de la maladie cœliaque a énormément évolué, passant du statut de maladie pédiatrique rare à celui de pathologie fréquente dans toutes les tranches d'âge. La majorité des diagnostics se fait actuellement à l'âge adulte et les

formes à révélation tardive sont en constante augmentation, ce qui implique une meilleure connaissance des présentations possibles à l'âge adulte.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-011

Lupus Érythémateux Systémique (LES) : aspects obstétricaux recensés dans le service de rhumatologie au CHU du Point G

IS. Pamanta* (1) ; S. Touré (1) ; B. Kodio (1) ; D. Seydou (1) ; S. Fanta (1) ; T. Mohomodine (1) ; C. Idrissa Ah (1)

(1) *Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali*

*Auteur correspondant : pamantaibrahimsory@yahoo.fr (IS. Pamanta)

Introduction. – L'expérience montre que la maladie lupique s'aggrave souvent au cours de la grossesse. Selon les études 20 – 30 % des grossesses lupiques ne vont pas à terme et les accouchements prématurés sont plus fréquents [1]. Les mécanismes qui régissent la tolérance foeto – maternelle sont encore mal connus [2].

Objectifs. – Décrire les aspects obstétricaux au cours du lupus systémique dans le Service de Rhumatologie au CHU du Point G.

Patients et méthodes. – Il s'est agi d'une étude rétrospective monocentrique sur 14 ans (2005-2018), portant sur les dossiers des patientes suivies pour LES dans le service :

Résultats. – Nous avons colligé 146 dossiers de patientes lupiques (0,84 % des consultants). Cent quinze (115) patientes ont contracté au moins une grossesse au cours de la maladie (78,8 % des cas). La classe d'âge médian était de 35-44 ans avec 48 cas. Les avortements ont été rapportés chez 51 femmes (34,9 %) dont 49 cas spontanés et deux cas suite à une interruption volontaire. Quatre cas de mort né ont été recensés. Les avortements survenaient à un mois d'aménorrhée chez 11,76 % des cas, entre 2 à 3 mois chez 82,44 %. Les avortements à répétition étaient observés dans 45,10 % des cas. Six patientes ont contracté une grossesse à terme au cours de leur suivi. L'hydroxychloroquine et l'Azathioprine sont les traitements de fond de première ligne (respectivement 71,9 et 15,6 %). La corticothérapie à forte dose est prescrite durant les poussées lupique.

Discussion. – La fréquence des avortements retrouvée concorde avec la prévalence globale rapportée ailleurs [1, 2]. Ils sont le principal motif de consultations. L'absence des carnets de suivi des grossesses n'a pas permis de préciser l'existence ou non de naissance prématurée. La rémission observée a permis à six femmes de mener à terme leur grossesse.

Conclusion. – Les avortements à répétition ne sont pas rares au cours du LES et surviennent souvent au premier trimestre. La grossesse à terme est possible avec un suivi médical rigoureux en l'absence de poussées et de séquelles graves.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Michel de Bandt

[2] 1 Jean Claude B et al.

PE. Ma-012

Relation syndrome métabolique et 25 hydroxyvitamine D chez des patients lupiques en rémission

N. Boukhris* (1) ; I. Izougari (1) ; S. Boughandjioua (1) ; H. Chemmi (1) ; N. Kouider (1) ; S. Aliguechi (1) ; A. Chelghoum (1)

(1) *Médecine interne, CHU Ibn Rochd, Annaba, Algérie*

*Auteur correspondant : boukhris_nadia@yahoo.fr (N. Boukhris)

Introduction. – Une prévalence élevée de carence en 25 (OH) D chez les patients atteints de lupus a été rapportée dans plusieurs études. La vitamine D a de nombreuses actions potentielles en dehors de son

effet sur l'homéostasie calcique et le métabolisme osseux. Pour certains, elle stimulerait la sécrétion insulinaire et augmenterait l'insulinosensibilité. L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de l'insuffisance en vitamine D et sa relation avec l'existence d'un syndrome métabolique dans une série de lupus en rémission.

Patients et méthodes. – Nous avons colligés 150 dossiers de patients lupiques suivis en rémission ; répondant aux critères de l'ACR, et évoluant depuis cinq ans ou plus. 40 dossiers ont été exclus (biphosphonate n = 11, insuffisance rénale n = 9, dysthyroïdie n = 5, grossesse n = 4, métastase osseuse n = 1). 110 patients ont été inclus dans cette étude, qui s'est déroulée du premier novembre 2016 au 31 janvier 2017. Un questionnaire a été rempli comportant : âge, sexe, durée d'évolution de la maladie, posologie quotidienne de corticoïde, dose cumulée de corticoïde, analyse des différents composants du syndrome métabolique, et le dosage de la vitamine D (25 OHD3). A la fin de l'étude, 93 dossiers sont retenus (manque d'information concernant certains paramètres). Les résultats sont exprimés en effectif, pourcentage et moyenne. L'analyse des résultats repose sur le test du Chi2, le test de Fisher et le test t de Student. Le seuil de signification retenu est 0,05.

Résultats. – La prévalence du syndrome métabolique était de 45,16 %. Les patients présentant un syndrome métabolique sont significativement plus âgés que les patients non métaboliques (p < 0,0001). La durée d'évolution de la maladie, la posologie quotidienne de prednisone et la dose cumulée de corticoïdes sont significativement plus importantes dans le groupe métabolique avec respectivement : p = 0,05, 0,02, et 0,007. Par ailleurs, il n'a pas été observé de différence statistiquement significative concernant la concentration moyenne de la 25 hydroxyvitamine D en comparant les deux groupes. Dans cette série, l'hypovitaminose D est fréquente (84,94 %). Il n'y a pas d'association significative entre syndrome métabolique et insuffisance en vitamine D. Parmi les composants du syndrome métabolique, l'insuffisance en vitamine D est significativement associée à des chiffres tensionnels élevés (PAS : p = 0,04 et PAD : p = 0,01), une hyperglycémie (p = 0,01) et une hypertriglycéridémie (p = 0,009)

Conclusion. – Dans ce travail, il n'a pas été observé d'association significative entre insuffisance en vitamine D et syndrome métabolique

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-013

Évaluation de la qualité de vie (QDV) des patients lupique par le questionnaire générique Medical Outcome Study Short Form ou SF-36 et le questionnaire spécifique le Lupus Quality of life (LupusQol)

A. Rezgui (1) ; I. Ben Hassine* (1) ; J. Anoun (1) ; W. Baya (1) ; M. Karmani (1) ; A. Mzabi (1) ; F. Ben Fredj Ismail (1) ; KC. Laouani (1)

(1) *Médecine interne, Hôpital Universitaire Sahloul (CHU Sahloul), Sousse, Tunisie*

*Auteur correspondant : benhassine_imen@hotmail.com (I. Ben Hassine)

Introduction. – Les études qualitatives, par des questionnaires génériques ou spécifiques, conduites à partir d'entretiens avec des patients atteints de LES ont exploré leurs préoccupations et leurs perceptions en rapport avec la maladie. *Objectifs.* – Déterminer la sensibilité et les insuffisances du questionnaire générique à révéler le retentissement du LES sur la QDV.

Patients et méthodes. – Étude transversale des patients lupiques suivis au service de médecine interne du CHU Sahloul. Ils étaient contactés pour un entretien au cours duquel ils ont eu une évaluation de l'activité de leur maladie lupique par le score du Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 for a 30-day window (SLEDAI-2K) et de la QDV par le SF-36 et le LupusQol.

Résultats. – Les moyennes des scores des différents domaines ainsi que les moyennes des scores physique et mental du SF36 étaient < 55 pour tous les domaines sauf ceux du fonctionnement physique, de la douleur physique, du fonctionnement social et de la limitation émotionnelle dont les moyennes ne dépassaient pas 64. Les moyennes des scores des domaines du lupusQoL étaient tous > 60 sauf pour le domaine du sentiment d'être un fardeau pour les autres. Pour les domaines comparables entre le lupusQoL et le SF36, les moyennes des scores des domaines du lupusQoL étaient tous supérieurs à ceux du SF36 (santé physique/PF : 65,2 ± 30,1/61,4 ± 33,5 ; santé émotionnelle/MH : 61,4 ± 30,1/54,8 ± 24,7 ; douleur/BP : 60,1 ± 27,6/56,8 ± 26,8 ; fatigue/VT : 61,6 ± 22,9/45,8 ± 25,2). Tous ces domaines comparables influent les uns sur les autres de manière statistiquement significative avec une forte corrélation ($p = 0,000$; $r > 0,5$). Pour les domaines non comparables, un lien statistiquement significatif était retrouvé entre les domaines du lupusQoL et les scores physique et mental du SF36 avec une corrélation modérée à forte. Les femmes avaient une moindre QDV génériques et spécifique. Le SF36 n'a pas montré l'existence de lien entre le statut marital et la QDV contrairement au LupusQoL. Aucun lien n'a été noté entre les autres paramètres socio-démographiques (l'âge de début du LES, la durée d'évolution de la maladie lupique, le niveau financier) et la QDV générique et spécifique. Concernant les manifestations cliniques, à côté des manifestations cliniques constamment associées à une moindre QDV générique et spécifique (atteinte articulaire, cutanée, hématologique, vasculaire périphérique, neurologique centrale), une discordance a été notée pour les manifestations musculaires, l'atteinte pleuropulmonaire, l'atteinte rénale et l'atteinte psychiatrique. En effet, le SF36 n'a pas pu relever un lien statistiquement significatif entre ces atteintes et l'altération de la QDV contrairement au LupusQoL. Concernant le bilan immunologique, le SF36 montrait que la positivité des anticorps anti-b2 glycoprotéine était associée à une altération de la QDV ce qui a été infirmé par le lupusQoL qui a révélé un lien statistiquement significatif entre la positivité des anticorps anti-Sm et l'altération de la QDV. Le SF36 montrait que les effets indésirables des thérapeutiques à savoir la prise de poids et les fasciis cushingoïde altéraient la QDV ce qui n'a pas été confirmée par le lupusQoL. Par ailleurs, le SF36 ne montrait pas de lien entre l'ostéoporose, l'ostéonécrose aseptique et l'altération de la QDV ; lien qui a été mis en évidence par le lupusQoL. Le SF36 ne montrait pas de lien entre le nombre annuel de consultation et d'hospitalisation, le SIB et le score de SLEDAI-2K et l'altération de la QDV contrairement au lupusQoL.

Discussion. – L'utilisation conjointe de ces questionnaires permet d'approcher la part de la gêne attribuée par le patient à sa pathologie. Ils apportent des informations différentes qui semblent être complémentaires

Conclusion. – Les discordances constatées apportent des éléments intéressants dans le choix et l'utilisation de ces questionnaires au cours du LES.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-014

Névrite optique rétrobulbaire dans un service de médecine interne

D. D.chebbi* (1) ; R. Ben Salah (1) ; I. Chabchoub (1) ; S. Mouna (1) ; F. Feten (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : doniachebba@gmail.com (D. D.chebbi)

Introduction. – La névrite optique rétrobulbaire (NORB) est la plus fréquente des neuropathies optiques de l'adulte jeune. Elle pose peu de problème diagnostique, mais l'étiologie doit être précisée afin d'initier le traitement immédiat et décider le suivi. À côté de la sclérose en plaque, elle peut s'inscrire dans le cadre de maladies inflammatoires générales ou d'inflammations locales oulocoréogonales et de causes infectieuses. Notre objectif est d'étudier le profil clinique,

étiologique et évolutif de la NORB dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans un service de médecine interne, sur une période de 9 ans (2008-2016). Ont été relevés les données relatives à la clinique, au bilan étiologique, au traitement et à l'évolution

Résultats. – Trente-quatre patients ont été colligés répartis en 13 hommes (38,2%) et 21 femmes (61,8%), dont l'âge moyen était de 42 ± 14,9 ans (17 à 72 ans). Le mode d'installation était brutal dans 58,8%, rapidement progressif dans 5,9% des cas, progressif dans 14,7% et non précisé dans 7% des cas. La NORB était annoncée par une BAV dans 82,3%, associée à des douleurs oculaires dans 11,8% des cas. La NORB était bilatérale dans 32,4% des cas. Les PEV ont été pratiqués dans 28 cas, ils ont révélé un allongement de l'amplitude de P100 dans 19 cas. L'IRM réalisée dans 30 cas était normale dans 9 cas. Elle a montré des signes en faveur de SEP dans 4 cas, des hypersignaux non spécifiques de la substance blanche dans 12 cas, des signes de névrite optique dans 3 cas et une atrophie du nerf optique dans 1 cas. La NOI était secondaire à une sclérose en plaque dans 14,7% des cas (5 cas), une maladie de Behçet dans 11,7% des cas (4 cas), un syndrome des antiphospholipides dans 2 cas, une granulomatose avec polyangéite (granulomatose de Wegener) dans 1 cas, un syndrome de Sjögren dans 1 cas une neuropathie optique due au gardénal dans 1 cas. Elle était rattachée à une cause infectieuse type Rickettsiose dans 2 cas. La NORB était idiopathique dans 50% des cas (17 cas). Le traitement de la neuropathie optique inflammatoire était basé sur la corticothérapie dans 92% des cas. L'abstention était indiquée chez deux patients au stade d'atrophie optique.

Conclusion. – Les NORB sont des atteintes oculaires sévères qui touchent essentiellement l'adulte jeune, avec prédominance de sexe féminin. L'interniste a souvent un rôle crucial à jouer dans le diagnostic étiologique. Une enquête étiologique adaptée à chaque présentation clinique est nécessaire afin d'avoir un diagnostic précoce et précis et d'instaurer le traitement adéquat. Le bilan étiologique peut toutefois rester négatif dans le cas des neuropathies optiques idiopathiques.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-015

Lupus familial : à propos de 14 familles

D. D.chebbi* (1) ; J. Moez (1) ; D. Chifa (1) ; N. Regaieg (1) ; S. Mouna (1) ; M. Sameh (1) ; F. Feten (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : doniachebba@gmail.com (D. D.chebbi)

Introduction. – Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune chronique multisystémique dont certains aspects pathogéniques restent inconnus. Toutefois, il est évident que l'environnement et les facteurs génétiques jouent un rôle considérable dans sa pathogénie. L'objectif de ce travail est de comparer les profils clinique, biologique et sérologique du lupus familial et sporadique ainsi que leur évolution sous traitement.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax sur une période de 21 ans entre 1996 et 2014. Nous avons colligé les cas familiaux de LES répondant aux critères ACR.

Résultats. – Vingt-sept membres dans 14 familles ont été classés comme étant des cas familiaux de lupus systémique, ce qui correspond à 11% de l'ensemble des lupiques dans notre série durant la même période. Les malades se répartissaient en 23 femmes (85,2%) et 4 hommes (14,8%). L'âge moyen des patients était de 31,48 (extrêmes : 8 à 53 ans). Trois patients présentaient un lupus à début pédiatrique. L'atteinte articulaire était la plus fréquente (21 cas : 77,7%). Les manifestations cutanées étaient présentes chez 19 malades (70,3%). L'atteinte rénale concernait 12 cas (44,4%), avec une atteinte proliférative dans 73,6% des poussées rénales. Sur le

plan biologique, une atteinte hématologique était diagnostiquée chez 23 patients (87 %) : une anémie dans 77,8 % des cas, une leucopénie dans 37 % des cas, une lymphopénie dans 33,3 % des cas et une thrombopénie chez 25,9 % des patients. Les anticorps anti-nucléaires étaient positifs dans tous les cas, anti-ADN dans 18 cas (66,6 %), anti-Sm dans 10 cas (37 %), anticardiolipines dans 14 cas (51,9 %) et l'anticoagulant lupique chez 5 malades (18,5 %). Vingt et un patients ont eu au cours de leur évolution une corticothérapie à forte dose (CTFD), associée ou non à des boli de solumedrol (SMD) et à des immunosuppresseurs. La CTFD était utilisée en tout 31 fois, initiée par des boli de SMD dans 16 cas (51,6 %). Les principales indications étaient l'atteinte rénale dans 18 cas et hématologique dans 13 cas. Un traitement par immunosuppresseur a été instauré dans 12 cas (Cyclophosphamide : 8 cas et MMF : 4 cas) dont l'indication était une atteinte rénale proliférative dans tous les cas. Les antipaludéens de synthèse étaient prescrits dans tous les cas. Sur le plan évolutif, quatorze patients (51,8 %) ont présenté des poussées, à la fréquence d'une poussée dans 9 cas, 2 poussées dans 3 cas et 3 poussées dans 1 cas, soit un total de 18 poussées. La comparaison entre les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives entre les deux groupes n'a montré aucune différence significative.

Conclusion. – Vingt-sept malades correspondant à 14 familles ont été représentés dans cette étude. Différents aspects cliniques, sérologiques et thérapeutiques ont été abordés, concluant à une différence non significative entre les cas de lupus familial et les cas de lupus sporadique de notre série, ce qui rejoint les résultats de la plupart des autres études et soutient l'hypothèse que le lupus sporadique et familial constituent la même entité.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-016

Les manifestations rhumatologiques de la maladie de Behçet dans le sud tunisien à partir d'une cohorte de 323 cas

M. Snoussi* (1) ; F. Frikha (1) ; D. Chifa (1) ; F. Rekik (1) ; M. Jallouli (1) ; H. Loukil (1) ; R. Ben Salah (1) ; S. Marzouk (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : mounasnoussi23@yahoo.fr (M. Snoussi)

Introduction. – L'atteinte articulaire au cours de la maladie de Behçet (MB) est fréquente et pose parfois des problèmes diagnostiques, surtout lorsqu'elle est inaugurale. Dans ce travail nous précisons les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des manifestations rhumatologiques au cours de la MB.

Patients et méthodes. – Nous avons étudié rétrospectivement 323 observations de MB colligées au service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax entre 1996 et 2016 et répondant aux critères du Groupe international d'étude sur la MB. Les patients présentant une atteinte rhumatologique retenue sur des arguments cliniques et radiologiques ont été inclus à l'étude.

Résultats. – Les manifestations rhumatologiques étaient présentes dans 96 cas soit une fréquence de 29,7 %. Il s'agissait de la troisième manifestation par ordre de fréquence après l'atteinte cutanéo-muqueuse et oculaire. L'âge moyen était de 38,7 ans (14-69) avec une prédominance masculine (65 hommes et 31 femmes) soit un sex-ratio de 2,2. Les manifestations articulaires ont été inaugurales dans 36 cas (37,5 %), elles avaient précédé d'un délai moyen de 36 mois (5 mois -29 ans) les autres symptômes de la MB dans 38 cas (39,5 %) et elles survenaient au cours de l'évolution de la maladie dans 18 cas (18,7 %) après un délai moyen de 5 ans (1-19). Des arthralgies de type inflammatoire isolées étaient présentes dans 92 cas (96 %) et des arthrites dans 57 cas (59 %) à type d'une oligoarthrite (20 cas ; 32,7 %), une monoarthrite (35 cas ; 57 %) et une polyarthrite (2 cas ; 3,7 %). Les articulations les plus touchées étaient les genoux dans 35 cas (36,5 %) et les chevilles dans 23 cas (24 %), suivis par les poignets dans 16 cas (16,6 %), les coudes dans 15 cas (15,6 %), les petites articulations des doigts dans 6 cas et des

pièdes dans un cas. L'atteinte des sacro-iliaques était retrouvée dans 7 cas (7,2 %) symptomatique de lombalgies dans le cadre d'une SPA associée chez trois patients (3,1 %). Chez ces patients, le typage HLA était B51 dans 2 cas, HLAB27 dans 3 cas et quelconque dans les deux autres cas. Un kyste poplitée était noté chez 6 patients (6,25 %). Sur le plan biologique, la VS était élevée dans 29 cas (30,2 %) avec un taux moyen de 70 mmH1 (20-120) et la CRP dans 16 cas (16,6 %) avec un taux moyen de 57 mg/l (13-100). Le typage HLAB-5 était présent chez 21 patients (42 %) parmi 49 ou il a été recherché et le facteur rhumatoïde recherché dans 8 cas (8,3 %) d'atteinte articulaire chronique était négatif. Sur le plan thérapeutique, la colchicine était prescrite dans tous les cas associée aux AINS dans 42 cas et à une corticothérapie à faible dose dans 13 cas. Des minibolus de solumédrol étaient indiqués dans 2 cas ayant une forme polyarticulaire périphérique et un traitement de fond à base de salazopyrine était préconisé dans 5 cas d'atteinte articulaire chronique. L'évolution était favorable dans 88 cas (91,6 %) et une évolution vers une forme articulaire destructrice était notée dans 8 cas (8,3 %).

Conclusion. – L'atteinte articulaire est fréquente dans la MB du sud tunisien et occupe la troisième place des manifestations de la maladie. Elle est inaugurale de la MB dans un tiers des cas. Elle se traduit habituellement par une atteinte périphérique rarement polyarticulaire. L'atteinte des sacro-iliaques est aussi rare notée dans 7,2 %. La guérison est habituellement sans séquelles à l'exception de rares cas d'arthrites destructrices.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-017

Impact du résultat de la biopsie d'artère temporale sur l'évolution de l'artérite à cellules géantes

L. Pauvele* (1) ; M. Geoffroy (1) ; I. Lambrecht (1) ; Y. Jaïdi (2) ; C. Arndt (3) ; A. Servettaz (4) ; JH. Salmon (1) ; JP. Eschard (1) (1) Rhumatologie, Hôpital Maison Blanche, Reims; (2) Gériatrie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche, Reims; (3) Ophtalmologie, CHU de Reims, Hôpital Maison Blanche, Reims; (4) service de Médecine Interne, Maladies Infectieuses et Immunologie Clinique, Hôpital Robert Debré, Reims

*Auteur correspondant : loic.pauvele@live.fr (L. Pauvele)

Introduction. – L'artérite à cellules géantes est une pan-artérite segmentaire et focale. Son diagnostic repose sur les critères ACR de 1990. La biopsie d'artère temporale n'est plus obligatoire mais reste recommandée. Le but de l'étude était de comparer l'évolution de l'artérite selon le résultat de la biopsie et de rechercher des facteurs associés à une biopsie positive.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective observationnelle monocentrique réalisée au centre hospitalo-universitaire de Reims de janvier 2004 à décembre 2015. Les critères d'inclusion étaient de répondre aux critères ACR, d'être suivi au centre Hospitalo-universitaire de Reims et d'avoir bénéficié d'une biopsie.

Résultats. – Parmi les 84 patients inclus, 67 % (n = 51) des biopsies étaient positives, elle a permis de confirmer le diagnostic pour 55 % (n = 42) des patients et d'affirmer le diagnostic dans 12 % (n = 9). Au cours du suivi, 8 diagnostics d'artérite ont été infirmés, ils avaient tous une biopsie négative. La dose de corticothérapie à 6 mois était plus faible dans le groupe biopsie négative (p = 0,04). On notait le même taux de complications notamment ophtalmologiques et vasculaires ainsi que de rechute dans les deux groupes. En analyse multivariée, les facteurs associés à la positivité de la biopsie étaient, la thrombocytose (p = 0,045), l'hyperleucocytose (p = 0,04), et un délai de corticothérapie inférieur à 7 jours avant la biopsie (p = 0,001).

Conclusion. – La biopsie des artères temporales est un élément clé du diagnostic de l'artérite à cellules géantes. Sa réalisation doit être précoce. La recherche d'un diagnostic différentiel ne doit pas être négligée chez les patients ayant les critères ACR avec biopsie négative.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Watanabe R, Hosgur E, Zhang H et al. Pro-inflammatory and Anti-inflammatory T cells in Giant Cell Arteritis. *Jt Bone Spine Rev Rhum* 2017 ; 84 : 421-6.
 [2] Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC et al. EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009 ; 68 : 318-23.

PE. Ma-018

Qualité de vie au cours de la maladie de Behçet

S. Ali-guechi* (1) ; N. Ghoul (1) ; A. Salhi (1) ; S. Boughandjioua (1) ; N. Kouider (1) ; H. Chemmi (1) ; A. Chelghoum (1) ; N. Boukhris (1)
 (1) Service de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Annaba, Algérie
 *Auteur correspondant : ag_siham@yahoo.fr (S. Ali-guechi)

Introduction. – La maladie de Behçet (MB) est une vascularite systémique, connue pour son caractère chronique et récidivant qui peut détériorer la qualité (QdV) de vie des patients. Peu d'études se sont intéressées à cette dimension dans la MB. L'objectif de cette étude est d'évaluer la QdV de patients atteints de cette affection et d'en identifier les déterminants potentiels.

Patients et méthodes. – Etude transversale prospective et descriptive réalisée durant 6 mois dans un service de médecine interne. La QdV a été évaluée chez 55 patients atteints de MB et comparée à celle de 50 sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et 55 sujets sains. L'outil de mesure utilisé était le questionnaire du *Medical Outcome Study Short Form 36 (MOS SF-36)*. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Epi-info 7.0. La comparaison des 3 populations a été faite à l'aide du test du Chi2, le test de Fisher et l'ANOVA avec dans tous les cas $p < 0,05$.

Résultats. – Dans le groupe MB, 67 % des patients étaient de sexe masculin, âgés de 44 ans \pm 12 en moyenne. Environ 73 % présentaient une forme moyenne et 18 % une forme sévère avec : uveite (53 %) et/ou thromboses veineuses (50 %). L'atteinte articulaire était observée dans 10 % des cas. La QdV globale était altérée chez 49 % des patients (score global = 60,16 \pm 28), particulièrement dans les domaines du bien-être, du fonctionnement physique et émotionnel et de l'énergie. Une relation statistiquement significative a été établie entre l'altération de la QdV et plusieurs déterminants à savoir : l'âge jeune, le bas niveau d'instruction, les difficultés du sommeil et de la concentration, l'aphtose bipolaire, l'atteinte oculaire, la sévérité et la courte durée d'évolution de la maladie. Par ailleurs, la comparaison de la QdV globale dans les 3 populations a montré que : la QdV des patients atteints de PR était 7 fois plus altérée que dans la MB ($p < 0,01$). Cette différence était spécifiquement significative dans les dimensions du fonctionnement physique, les limitations liées au fonctionnement physique, à l'état émotionnel ainsi qu'à la perception générale de la santé. Ces dimensions sont significativement liées aux douleurs musculo-squelettiques, à la fatigue, aux lésions structurales spécifiques à la PR ainsi qu'à l'activité de la maladie attestée par le DAS 28. Enfin, dans le groupe témoin, les scores de QdV étaient significativement meilleurs par rapport au groupe MB sauf en ce qui concerne le domaine émotionnel et le domaine social retrouvés paradoxalement plus altérés dans cette population témoin, ces altérations étant retrouvées corrélées à l'âge jeune et à l'absence d'activité professionnelle.

Conclusion. – À l'instar des autres maladies de système caractérisées par leur chronicité, évolutivité et souvent le risque d'invalidité, la maladie de Behçet retentit négativement sur la QdV des patients, essentiellement sur les domaines de la santé psychique, de l'énergie et du fonctionnement physique et émotionnel. Nos résultats plaident pour la nécessité de l'amélioration de la QdV dans cette affection. Ainsi, une meilleure prise en charge des déterminants modifiables comme : l'amélioration du cadre de vie et le traitement

précoce et renforcé des formes sévères, pourrait permettre la diminution de la fréquence des poussées d'aphtose et d'uveïtes sources habituels de handicaps majeurs.
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-019

Manifestations pleuropulmonaires chez des patients suivis pour lupus érythémateux systémique

N. Khaldoun* (1) ; F. Rahal (1) ; S. Kourtaa (1) ; A. Haddouche (1) ; S. Haid (1) ; I. Megateli (1) ; R. Chetouane (1) ; N. Brahimi (1) ; A. Ladjouz-Rezig (1) ; F. Hanni (1) ; S. Louahchi (2)
 (1) Service de rhumatologie, Hôpital Ben Aknoun, Alger, Algérie ;
 (2) Laboratoire cytokine et no synthèse, Faculté des sciences biologiques-USTHB. Alger, alger, Algérie
 *Auteur correspondant : naoual.khaldoun@gmail.com (N. Khaldoun)

Introduction. – Les atteintes pleuro pulmonaires du lupus érythémateux systémique (LES) sont fréquentes, de 40 à 70 % des cas, variables, allant des formes bénignes au plus sévères, aiguës ou chroniques. Elles sont classées, en dehors des pneumopathies infectieuses, essentiellement en 5 groupes ; Les pleurésies, les atteintes parenchymateuses incluant les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) et les pneumonies lupiques, les atteintes vasculaires englobant les hémorragies pulmonaires diffuses et l'hypertension pulmonaire (HTAP), l'atteinte des voies aériennes et le shrinking lung syndrome par paralysie diaphragmatique. Leur diagnostic est nécessaire pour une prise en charge spécifique

Patients et méthodes. – Quarante-vingt-dix-neuf patients consécutifs ont été inclus dans la présente étude. Étude observationnelle monocentrique, réalisée de janvier 2015 à février 2017. Les patients ont été diagnostiqués comme atteints d'un lupus selon les critères diagnostique ACRI 1982 révisés. Les données démographiques, la durée d'évolution de l'affection, les différentes atteintes cliniques ont été répertoriées. Un bilan inflammatoire et d'autoimmunité incluant Les Anti DNA, Sm, SSA, SSB, APL, Le FR et ACPA ont été demandés. L'atteinte pleuropulmonaire a été recherchée par la réalisation chez tous les patients d'une radiographie du thorax, examen complété en cas d'anomalie clinique ou d'imagerie par la réalisation de TDM thoracique haute résolution avec coupes fines, d'exploration fonctionnelle respiratoire et en fonction des cas de lavage broncho alvéolaire
Résultats. – 99 patients ont été intégrés dans ce travail (6H/93F), d'âge moyen : 36 \pm 12 ans, la durée d'évolution moyenne du lupus était de 9 \pm 7 ans. Nous avons retrouvé 45 % d'atteintes cutanées, 38 % rénales, 15 % neurologiques, 38 % articulaires, 46 % hématologiques, 3 % SAPL et 23 % d'atteintes pleuropulmonaires (patients âgés en moyenne de 39 \pm 14 ans, avec durée d'évolution moyenne de 8,7 \pm 5,7 ans), dont 12 % de pleurésie, 14 % de PID, 1 % de fibrose pulmonaire, pas d'hémorragie diffuse ou de pneumonie lupique, 1 seul cas suspecté fortement d'HTAP, Les atteintes pleuropulmonaires étaient symptomatiques dans 10 % des cas et le symptôme le plus fréquent était représenté par une dyspnée d'effort (10 %). Un syndrome restrictif a été retrouvé dans 20 % des cas. Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre la présence de pleurésie ou de PID et les autres manifestations du lupus. Pas de lien non plus avec la positivité des autoanticorps

Conclusion. – Dans ce travail, les manifestations pleuropulmonaires liées au LES étaient représentées essentiellement par la survenue de pleurésie et de pneumopathies interstitielles diffuses (sans lien avec les autres manifestations cliniques ou biologiques), symptomatiques le plus souvent, leur diagnostic et leur suivi est nécessaire pour une prise en charge ciblée

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-020

Profil capillaroscopique au cours des connectivites indifférenciées

B. Neftia* (1) ; F. Mechid (1) ; N. Zehraoui (1) ; O. Cheikh (1) ; C. Makhloufi-Dahou (1)

(1) Rhumatologie, CHU Bab El Oued, alger, Algérie

*Auteur correspondant : neftiabelgacem@gmail.com (B. Neftia)

Introduction. – La capillaroscopie périunguëale (CPU) est un outil simple qui permet la visualisation et l'analyse de la microcirculation sanguine, sa principale indication est le phénomène de Raynaud (PR) secondaire à la recherche d'une connectivite notamment une sclérodermie systémique. Actuellement les indications de la CPU sont de plus en plus larges s'étendant aux autres connectivites, ainsi qu'à de nombreuses pathologies générales. Nous rapportons le profil capillaroscopique des patients atteints de connectivite indifférenciée (UCTD).

Patients et méthodes. – Étude descriptive et prospective. Ont été inclus dans ce travail tous les patients présentant une connectivite indifférenciée répondant aux critères de Danieli et al et/ou de Mosca et al. Tous les patients ont bénéficié d'une capillaroscopie réalisée dans le service.

Résultats. – 31 patients ont été inclus, le sex ratio était de 9 f/1 h. Le PR était présent dans 45 % des cas. La CPU était pathologique dans 61,3 % des cas. Aucune microangiopathie organique spécifique n'a été observée. La densité et l'organisation capillaire étaient conservées respectivement dans 90 % et 93 % des cas. Le plexus veineux sous papillaire était visible dans 42 % des cas. Les dystrophies mineures étaient objectivées dans 45 % des cas (caducées : 92,8 % ; tortuosités : 71 % ; crêneaux : 35 %). Les dystrophies majeures non spécifiques étaient notées dans 29 % des cas (hémorragies : 25,8 % ; exsudats 25,8 % ; dilatations capillaires : 9,6 % ; ramifications : 9,6 %). Aucun cas avec mégacapillaire ou de plage avasculaire.

Conclusion. – À travers cette étude nous avons remarqué que dans les connectivites indifférenciées, les microangiopathies organiques sont fréquentes et non spécifiques. L'apport diagnostique de la capillaroscopie périunguëale au cours des UCTDs reste à déterminer. Cette étude sera prolongée par une autre incluant plus de patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-021

Comparaison entre l'utilisation du cotrimoxazole à la dose de 400/80 mg tous les jours contre 800/160 mg 1 jour sur 2 en prévention de la pneumocystose chez les patients recevant de la cyclophosphamide

A. Bensefia* (1) ; M. Messad (1) ; E. Tabti (1) ; MH. Bestaoui (1) ; A. Lounici (1)

(1) Médecine interne, CHU Dr Tidjani Damardji, Tlemcen, Algérie

*Auteur correspondant : bensefia.amel@gmail.com (A. Bensefia)

Introduction. – **Objectifs.** – Évaluer l'incidence des événements infectieux chez les patients sous cyclophosphamide IV recevant le cotrimoxazole faible (400/80 mg) tous les jours contre le cotrimoxazole fort (800/160 mg) 1 jour sur 2 en prévention de la pneumocystose.

Patients et méthodes. – Étude prospective analytique randomisée s'étalant sur une période de 21 mois de novembre 2016 à Août 2018 incluant des patients hospitalisés au service de médecine interne pour cures de cyclophosphamide intraveineux pour différentes indications et recevant le cotrimoxazole en prévention de la pneumocystose selon deux protocoles : le cotrimoxazole fort 800/160 mg 1 jour sur 2 (protocole1) et le cotrimoxazole faible 400/80 mg tous les jours (protocole2). L'inclusion dans le groupe 1 (protocole 1) et dans le groupe 2 (protocole2) s'est faite de manière alternative. Le critère principal évalué était l'incidence des événements infectieux dans les

2 groupes. Le principal moyen d'évaluation était le décalage du bolus de cyclophosphamide en raison d'un évènement infectieux intercurrent entre 2 bolus. Les infections étaient documentées par une étude bactériologique des prélèvements correspondants.

Résultats. – Un total de 22 patients évalués étaient sous cyclophosphamide en cures IV mensuelles pour des formes sévères de maladies systémiques et recevaient le cotrimoxazole en prévention de la pneumocystose. 11 selon le protocole1, et 11 selon le protocole2. L'âge moyen était de 48 ans. Le sexe ratio F/H = 1,4. La fréquence d'infections intercurrentes nécessitant un décalage du bolus de CYC dans le groupe 1 était de 54 % ; il s'agissait d'infections urinaires documentées à E.coli dont 50 % résistantes au cotrimoxazole. 3 épisodes sont survenus chez un même patient. La fréquence d'infections nécessitant un décalage d'un bolus de CYC était de 45 % dans le groupe 2. Il s'agissait dans 80 % des cas d'infections urinaires à E.coli résistantes au cotrimoxazole et d'infections pleuropulmonaires non spécifiques survenant chez une même patiente dans 20 % des cas. Il n'y avait aucun cas de pneumocystose dans les deux groupes.

Conclusion. – il n'y a pas de différence significative ($p > 0,05$) dans l'incidence d'évènements infectieux quelque soit la modalité d'administration du cotrimoxazole en prévention de la pneumocystose chez les patients ayant des formes sévères de maladies de système recevant le cyclophosphamide IV.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-022

Efficacité et sécurité d'un inhibiteur oral de tyrosine kinase 2 puissant et hautement sélectif, BMS-986165, chez des patients atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère : un essai randomisé de phase II contrôlé contre placebo

I. Lavrard* (1) ; K. Papp (2) ; K. Gordon (3) ; D. Thaçi (4) ; A. Morita (5) ; M. Gooderham (6) ; P. Foley (7) ; IG. Gergis (8) ; S. Kundu (8) ; S. Banerjee (8)

(1), Bristol-Myers Squibb, Rueil-Malmaison ; (2), Clinical Research and Probiy Medical Research, Waterloo, Canada ; (3), Medical College of Wisconsin, Milwaukee, États-Unis ; (4), University of Luebeck, Lübeck, Allemagne ; (5), Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japon ; (6) Skin centre for dermatology, Queen's University and Probiy Medical Research, Peterborough, Canada ; (7) Skin&cancer foundation inc, The University of Melbourne, St Vincent's Hospital Melbourne&Probiy Medical Research, Melbourne, Australie ; (8), Bristol-Myers Squibb, Princeton, États-Unis

*Auteur correspondant : isabelle.lavrard@bms.com (I. Lavrard)

Introduction. – BMS-986165, un inhibiteur de tyrosine kinase 2 oral puissant et hautement sélectif, inhibe les voies de signalisation dépendant du transducteur de signal et activateur de transcription (STAT) de l'interleukine 23 et des interférons de type I, impliqués dans la pathologie des maladies à médiation immunitaire. Une étude d'évaluation de dose de phase II de 12 semaines (s), contrôlée contre placebo (pbo) (ClinicalTrials.gov, NCT02931838) a examiné l'efficacité et la sécurité de BMS-986165 chez des patients (pts) atteints d'un psoriasis en plaques (PsO) modéré à sévère.

Patients et méthodes. – Des adultes atteints de PsO depuis ≥ 6 mois et avec une maladie modérée à sévère (surface corporelle [body surface area, BSA] ≥ 10 %, indice d'étendue et de gravité du psoriasis [Psoriasis Area and Severity Index, PASI] ≥ 12 , évaluation globale du médecin statique [static Physician Global Assessment, sPGA] ≥ 3) ont été randomisés pour recevoir pbo ou BMS-986165 (3 mg un jour sur deux [QOD], 3 mg chaque jour [QD], 3 mg deux fois par jour [BID], 6 mg BID, 12 mg QD). Le critère d'évaluation primaire était la PASI 75 à la s 12. La douleur était évaluée au moyen de l'échelle visuelle analogue (EVA) de l'ACR.

Résultats. – Pour les 267 pts randomisés et traités, les caractéristiques initiales (âge moyen 45 ans, 73 % d'hommes, durée moyenne de la maladie 15 ans, 43 % ayant auparavant reçu des biologiques,

BSA moyen 23 %, score PASI moyen 18,0) étaient généralement équilibrées entre les bras de traitement. À la s 12, une proportion significativement supérieure de pts a atteint PASI 75, PASI 90 et sPGA 0/1 à des doses ≥3 mg QD vs pbo (p < 0,05), une réponse à la dose ayant été observée pour toutes les mesures d'efficacité (tableau 1). L'efficacité a été observée aussi bien chez les pts naïfs de biologiques que chez les non naïfs, la réponse apparaissant rapidement au jour 15. Le score EVA de douleur a mis en évidence une diminution dose-dépendante, les trois groupes sous les doses les plus élevées atteignant une diminution d'environ 70 % à la s 12. Aucun des cinq EI graves n'a été considéré comme lié au médicament : deux événements chez un pt pbo (anémie hémorragique, hémorragie hémorroïdienne) et trois événements sous BMS-986165 (3 mg QOD : gastro-entérite à rotavirus ; 3 mg QD : lésion oculaire ; 3 mg BID : vertige). Des EI ont été signalés chez 51 % (pbo), 59 % (3 mg QOD), 55 % (3 mg QD), 64 % (3 mg BID), 80 % (6 mg BID) et 77 % (12 mg QD) des pts. Les EI les plus fréquents signalés par les pts sur tous les groupes de traitement (plages) étaient les suivants : rhinopharyngite (2-16 %), céphalées (4-9 %), diarrhée (2-9 %). Les EI étaient généralement légers à modérés et ont entraîné l'arrêt du médicament chez 4 % des pts pbo et 2-7 % des pts pour les doses actives. Aucun changement significatif n'a été observé au niveau des enzymes hépatiques, de la numération sanguine ou des taux de lipides.

Tableau 1 Taux de réponse (%) à la semaine 12

	Placebo n = 45	3 mg QOD n = 44	3 mg QD n = 44	3 mg BID n = 45	6 mg BID n = 45	12 mg QD n = 44
PASI 75	7	9	39*	69**	67**	75**
PASI 90	2	7	16*	44**	44**	43**
PASI 100	0	2	0	9	18*	25*
sPGA 0/1	7	21	39*	76**	64**	75**
DLQI 0/1	6	18	17	44*	68**	65**

* p < 0,05 vs placebo ; ** p < 0,0001 vs placebo ; BID = deux fois par jour ; DLQI = Dermatology Life Quality Index (indice de qualité de vie dermatologique) ; PASI = Psoriasis Area and Severity Index (indice d'aire et de sévérité du psoriasis) ; QD = chaque jour ; QOD = un jour sur deux ; sPGA = static Physician Global Assessment (évaluation globale du médecin statique)

Conclusion. – Chez les pts atteints de PsO modérée à sévère, BMS-986165 a présenté une efficacité statistiquement supérieure sur les mesures cutanées vs pbo à des doses ≥3 mg QD et une diminution dose-dépendante de la douleur. BMS-986165 était généralement bien toléré. D'autres évaluations en cas de PsO et d'arthrite psoriasique s'imposent.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-023

Évaluation de l'intolérance au méthotrexate : intérêt du questionnaire MISS

A. Mounir* (1) ; S. Driouach (1) ; FZ. Mahha (1) ; A. Nessrine (1) ; H. Taoufik (1)

(1) Rhumatologie, CHU HassanII, Fès, Maroc

*Auteur correspondant : aminafmpf@gmail.com (A. Mounir)

Introduction. – Le méthotrexate (MTX) est un des traitements les plus indiqués en rhumatologie vu son efficacité prouvée. Néanmoins, l'intolérance au MTX peut être à l'origine d'une mauvaise observance ce qui en résulte une évolution défavorable du rhumatisme. Le but de notre étude est de définir les facteurs liés à cette intolérance.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective transversale. Les patients mis sous MTX pendant au moins trois mois ont répondu au questionnaire MISS comportant 4 items (douleurs abdominales, nausées, vomissements, troubles du comportement). Un score ≥ 6 définit une intolérance. Ainsi on a eu deux groupes : patients avec ou sans intolérance au MTX.

Résultats. – L'échantillon comporte 61 patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (93 %), spondyloarthrites (4,9 %), arthrite juvénile idiopathique (1,6 %). 87 % sont des femmes. L'âge moyen des patients : 50,83 ans +/- 15,05. La durée moyenne d'évolution : 9,23 ans +/- 6,73. Le taux moyen d'indice de masse corporelle (IMC) : 26,5 +/- 4,36. La dose moyenne de MTX prise par semaine : 19 +/- 4,56, par voie intra-musculaire dans 64 % des cas et en association avec l'acide folique dans 37,7 % des cas. L'intolérance au MTX a été retrouvée dans 47,5 % des cas. Un IMC anormalement élevé était liée à une intolérance au MTX (p = 0,03). Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative selon que le méthotrexate soit prescrit en monothérapie ou en association à la sulphasalazine. Par contre, il y a une relation directe avec la dose du MTX : 37,9 % de patients sont intolérants à 20 mg/semaine, 17,74 % à 15 mg, 6 % à 12,5 mg et 3 % à 10 mg.

Conclusion. – Dans cette étude, l'intolérance au MTX est liée au surpoids des patients et à la dose administrée.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-024

Tolérance du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde à Ouagadougou (Burkina Faso)

WJ. Zabsonre* (1) ; F. Kaboré (1) ; F. Zongo (2) ; M. Sawadogo (3) ; A. Ouedraogo (3) ; V. Nonguierma (3) ; B. Savadogo (1) ; A. Abassiri (3) ; DD. Ouedraogo (1)

(1) Rhumatologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso; (2) Pharmacologie, Université Ouaga I Pr Joseph KI ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso; (3) Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : t_joelle@hotmail.com (WJ. Zabsonre)

Introduction. – le méthotrexate (MTX) est le traitement de référence de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Son utilisation occasionne des effets indésirables divers. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une mauvaise observance est associée à un risque d'échec ou de rechute de la pathologie ainsi qu'à une augmentation du coût financier. Le but de ce travail était d'étudier l'observance et la tolérance du méthotrexate au cours de la prise en charge de la PR. **Patients et méthodes.** – Étude rétrospective à visée descriptive incluant les patients présentant une polyarthrite rhumatoïde sur la base des critères ACR/EULAR 2010 entre avril 2006 et MARS 2017 et traités par le méthotrexate. L'observance a été mesurée sur les bases de la déclaration du patient. La méthode française a été utilisée pour l'évaluation de l'imputabilité.

Résultats. – 135 ont été colligés. Le sex ratio était de 0,36. L'âge moyen des patients était 44,4 ans. La voie orale était utilisée au départ par la totalité des patients (100 %) et par la suite une patiente passait à la voie sous cutanée. Cent vingt et trois patients (91 %) recevaient le méthotrexate en première intention tandis que 12 patients (9 %) le recevaient en seconde intention La dose d'attaque initiale était de 15 mg/semaine chez 114 patients (84,44 %), 10 mg/semaine chez 17 patients (12,59 %). Tous les patients sous méthotrexate dans notre étude ont bénéficié d'une supplémentation en acide folique aux doses de 10 à 15 mg/semaine. La dose moyenne d'acide folique était de 13,5 mg/semaine. Concernant la tolérance, le malaise était noté chez 12 patients. Le tableau I montre la répartition des patients selon les effets indésirables. Concernant l'imputabilité intrinsèque du méthotrexate dans les effets indésirables, les critères sémiologiques et chronologiques ont permis d'aboutir à un score I6 chez un patient soit 2,56. Cinquante (50) patients ont suivis le traitement en continu, 38 patients l'on arrêté. Quatorze (14) patients interrompaient le traitement par faute de rupture de méthotrexate dans leurs officines d'approvisionnement, 8 pour des raisons d'apparition d'effets indésirables (tableau 1).

Tableau 1 Répartition des patients selon les effets indésirables

	Effets	Effectifs	Pourcentage
Cliniques	Malaises	12	9
	Nausée	8	6
	Vomissements	6	4
	Allergie	5	3,7
	Toux	5	3,7
	Douleur abdominale	4	2,96
	Vertiges	4	2,96
	Diarrhée	2	1,48
	Œdèmes	2	1,48
Paracliniques	Anémie	3	2,22
	Élévation des transaminases	3	2,22
	Pneumopathie interstitielle	4	2,96

Conclusion. – La tolérance du méthotrexate est bonne dans notre contexte. Les effets indésirables graves sont rares
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-025

Intérêt de l'hypnose thérapeutique ericksonienne dans la prise en charge des patients devant bénéficier d'un geste interventionnel de rhumatologie (ponction ou infiltration intra-articulaire)

V. dixneuf* (1) ; JP. Nguyen (1) ; J. Nizard (2) ; G. Mazaltarine (1)
 (1) CETD, Clinique Bretéché, Nantes ; (2) Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, CHU Nord Laennec, Nantes

*Auteur correspondant : vero.dixneuf@wanadoo.fr (V. dixneuf)

Introduction. – De nombreuses études ont montré l'efficacité de l'Hypnose Thérapeutique Ericksonienne (HTE), comme technique de prise en charge non pharmacologique des douleurs des patients allant bénéficier de gestes chirurgicaux douloureux ou de soins chez les brûlés. Le but de ce travail est de montrer que l'HTE peut faciliter les gestes interventionnels de rhumatologie, générateurs d'anxiété et de douleurs, en évitant certains refus parfois liés à un acte antérieur mal vécu. En améliorant la qualité de la prise en charge des patients pendant et après le geste, l'HTE permettrait d'éviter le recours à des analgésiques médicamenteuses plus invasives.

Patients et méthodes. – Nous avons utilisé l'HTE chez 5 patients candidats à une infiltration ou à une ponction évacuatrice intra-articulaire. Les 5 patients avaient tous eu au préalable une expérience très négative de ce type de geste interventionnel. L'anticipation douloureuse du geste technique a été évalué par une EVA (Échelle Visuelle Analogique) allant de 0 à 10 (0 : pas d'anticipation du geste technique, 10 : épreuve extrêmement redoutée). La douleur avant, pendant et après le geste ont été évaluées par la même EVA (0 : absence de douleur, 10 : douleur maximum imaginable). Le confort du patient (installation, technique et ressenti global) lors du geste a également été évalué (0 : extrêmement inconfortable, 10 : parfaitement confortable).

Résultats. – L'anticipation douloureuse du geste (EVA moyenne de 8,8/10), qui s'est avérée très proche de l'EVA évaluée avant le geste (EVA moyenne de 7,4/10), a été améliorée de 77,3 % par rapport à l'EVA douleur évaluée par les patients lors du geste interventionnel effectué sous HTE (EVA moyenne de 2/10). Le confort pendant le

geste a été évalué en moyenne à 7,9/10. Il n'y a pas eu d'évènement indésirable après le geste.

Conclusion. – L'utilisation de l'hypnose avec une explication en pré-ambule est facilement acceptée par les patients douloureux et le geste est bien plus confortable pour le patient mais aussi pour le praticien. Tout ceci se fait dans un souci Éthique et d'amélioration de la qualité de vie du patient. La rigueur technique pour les gestes interventionnels, la formation continue en Hypnose Thérapeutique Ericksonienne et le partage des expériences sont nécessaires. Des études complémentaires de forte puissance doivent permettre de confirmer l'intérêt de l'hypnose dans la pratique de gestes rhumatologiques interventionnels parfois réputés comme douloureux et/ou anxiogènes : bien être du patient et réduction des complications pendant et après le geste interventionnel.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-026

Persistence à long terme du sécukinumab dans le psoriasis : association avec le profil du patient et l'efficacité initiale

L. Ferrieres* (1) ; C. Paul (2) ; MP. Konstantinou (2) ; C. Livideanu (2) ; M. Tauber (2) ; S. Hegazy (2)

(1) C.H.U Toulouse –Casselardit Ancely, Toulouse ; (2) Dermatologie, Hopital Larrey, Toulouse

*Auteur correspondant : ferriereslaurence@gmail.com (L. Ferrieres)

Introduction. – Les données concernant le maintien à long terme de l'effet des biothérapies chez les patients atteints de psoriasis sont limitées. En particulier, les raisons de l'arrêt du sécukinumab en pratique clinique sont mal connues. Afin de mieux déterminer la persistance de l'efficacité du sécukinumab dans le psoriasis, nous avons mené une étude rétrospective pour évaluer l'incidence, les causes et les facteurs de l'arrêt du sécukinumab chez les patients atteints de psoriasis.

Patients et méthodes. – Tous les patients traités par sécukinumab pour un psoriasis dans le département de dermatologie de Toulouse, France, entre septembre 2011 et juin 2017, ont été inclus. Les données suivantes ont été recueillies : sexe, âge, poids, tabagisme, traitements antérieurs du psoriasis, durée de la maladie, caractéristiques du psoriasis, gravité du psoriasis avant l'instauration du sécukinumab (évalué par l'indice de sévérité du psoriasis (PASI), la surface corporelle affectée (BSA), l'échelle d'évaluation globale (IGA) du praticien en cinq points), la proportion de patients ayant atteint PASI 90-100 à la semaine 14-16 et la raison de l'arrêt. La proportion de patients arrêtant le traitement et les facteurs associés à l'échec du traitement ont été analysés en utilisant le test t de chi 2 et de student.

Résultats. – Au total, 91 patients atteints de psoriasis modéré à sévère ont été traités par sécukinumab pendant une durée médiane de 100 semaines. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en termes d'âge, sexe ou statut tabagique. 22 (24, 2 %) patients ont arrêté le sécukinumab au cours de la période de suivi. Chez 14 patients (15 %), l'interruption était due à une perte d'efficacité. 2 patients ont arrêté le traitement en raison d'un désir de grossesse, 5 en raison d'effets indésirables : psoriasis palmoplantaire paradoxal (2 patients), l'eczéma (1 patient), l'arthralgie (1 patient) et candidose buccale (1 patient). 1 patient a été perdu de vue. Concernant les facteurs de perte d'efficacité, une maladie plus longue (p = 0,01) et le psoriasis palmoplantaire (p = 0,01) semblent être des facteurs prédictifs d'échec du traitement. Les patients arrêtant le traitement par rapport aux patients continuant le traitement tendaient à avoir un psoriasis plus sévère avec un PASI initial moyen de 23,0 et 18,7 respectivement et une BSA moyenne de 32 % et 20 %. Les patients atteignant un PASI 90 et PASI 100 à la semaine 12 à 16 avaient un plus faible risque d'arrêt du traitement à long (p = 0,04). Le nombre de traitements systémiques antérieurs tendait à être un facteur prédictif de l'échec du traitement (p = 0,06). L'exposition

antérieure à une biothérapie n'avait pas d'influence significative sur la persistance du traitement.

Conclusion. – La persistance à long terme du secukinumab semble être correcte, avec une perte d'efficacité concernant environ 14 % des patients à 2 ans. La persistance semble plus faible chez les patients atteints de psoriasis palmoplantaire et chez les patients préalablement exposés à de nombreux traitements systémiques. La réponse thérapeutique optimale à 12-16 semaines, telle que définie par l'atteinte de PASI 90-100 semble prédire la persistance du traitement à long terme.

Conflit d'intérêts. – C Paul a reçu des honoraires de consultation et / ou subventions de la part d' AbbVie, Amgen, Boehringer Ingelheim, Celgene, GSK, Janssen Cilag, LEO Pharma, Lilly, Novartis, Pierre Fabre, Pfizer, Sanofi Regeneron, UCB

Références

[1] Egeberg A, Ottosen MB, Gniadecki R, et al. Safety, efficacy, and drug survival of biologics and biosimilars for moderate-to-severe plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2018 ; 178 : 509-519

[2] Gniadecki R, Bang B, Bryld LE, et al. Comparison of long-term drug survival and safety of biologic agents in patients with psoriasis vulgaris. *Br J Dermatol* 2015 ; 172 : 244-52

PE. Ma-027

Efficacité et tolérance du relais de l'infliximab princeps par le biosimilaire dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques

L. Jawhari* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc*

*Auteur correspondant : lamiaejawhari@hotmail.com (L. Jawhari)

Introduction. – Malgré l'utilisation croissante des biosimilaires, notamment celui de l'infliximab, des questions persistent sur leur efficacité, leur tolérance et en particulier leur immunogénicité. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité ainsi que la tolérance du relais de l'infliximab princeps par le biosimilaire dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Matériels et méthodes. – Étude observationnelle incluant les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique, ayant reçu au moins 3 perfusions du biosimilaire après traitement de plus de 6 mois par l'infliximab princeps.

Résultats. – Parmi 23 patients sous infliximab princeps, 7 patients ont bénéficié du relais par le biosimilaire. L'âge moyen était de 46,5 ans. Le sex ratio (F/H) était de 0,2. L'indication au traitement par l'infliximab était une SPA axiale et périphérique dans 71 % des cas, une SPA secondaire à une MICI dans 14,2 % des cas et une PR dans 14,2 % des cas. La durée moyenne du traitement par l'infliximab princeps avant le switch était de 3,4 ans. Sous infliximab princeps, le BASDAI moyen l'ASDASvs et l'ASDAScrp étaient respectivement 1,07, 1,7 et 1,32. Chez les patients suivis pour PR, le DAS28 VS et le DAS 28 CRP étaient respectivement de 2,02 et 1,96. Après un nombre moyen de 3 perfusions du biosimilaire, aucune différence significative des scores d'activité n'a été constatée. Le BASDAI moyen était de 1,05 ; l'ASDASvs était de 1,66 et l'ASDAScrp de 1,50. Le DAS28VS était de 2,06 et le DAS28CRP de 1,88. Aucun cas de réaction allergique n'a été recensé. Un patient a présenté une varicelle non compliquée après la 4e perfusion du biosimilaire et une deuxième patiente a été traitée pour une pharyngite ayant survenue après la 3e perfusion. Aucune anomalie biologique n'a été constatée chez ce groupe de patients.

Discussion. – Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. L'infliximab a été, de loin, le biologique plus étudié dans le switch des biosimilaires, avec des protocoles divers allant du simple switch à sens unique jusqu'au switch multiple intensif et séquentiel. Les résultats étaient en faveur d'une efficacité équivalente et d'un niveau de tolérance acceptable chez les patients ayant été switchés et chez ceux maintenus sous traitement initial. En effet, l'étude Nor switch a

conclu à la non-infériorité du biosimilaire par rapport au princeps, en cas de remplacement au cours du traitement. En outre, une bonne tolérance au produit a été rapportée. Dans notre série, la survenue d'infections sous biosimilaire était notée chez 2 patients sans différence significative avec le taux d'infections rapportées sous infliximab princeps.

Conclusion. – Les biosimilaires ont donc un impact potentiel important sur le plan socio-économique, en termes d'économies possibles permettant de traiter davantage de patients de façon optimale. Bien que l'ensemble des données positives décrites précédemment soient très rassurantes quant à la faisabilité et à la sécurité potentielle du switch des biosimilaires, il demeurerait toutefois indispensable d'en avoir la confirmation concrète, par des essais comportant un nombre plus important de patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-028

Utilisation des inhibiteurs de JAK : une revue systématique des essais cliniques en cours

R. Felten* (1) ; F. Scher (2) ; F. Sagez (1) ; A. Mallick (1) ; J. Sibilia (1) ; JE. Gottenberg (1) ; L. Arnaud (1)

(1) *Rhumatologie, Hôpital de Hautepierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*; (2) *Service de pharmacie-stérilisation, Hôpital de Hautepierre – Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg*

*Auteur correspondant : renaud.felten@chru-strasbourg.fr

(R. Felten)

Introduction. – En rhumatologie, les inhibiteurs de JAK sont déjà indiqués dans la polyarthrite rhumatoïde, et font l'objet d'un intense développement clinique au cours d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques et maladies auto-immunes systémiques. Compte-tenu de leurs mécanismes d'action, ces molécules pourraient être indiquées au cours d'autres pathologies, parfois associées aux rhumatismes inflammatoires. L'objectif de cette étude était de réaliser une analyse systématique des essais cliniques en cours pour les inhibiteurs de JAK.

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une analyse systématique de l'ensemble des essais cliniques en cours à partir de la base de données en ligne clinicaltrials.gov, portant sur les inhibiteurs de JAK. Nous avons ensuite sélectionné les études interventionnelles mentionnant « JAK », « Tofacitinib », « Baricitinib », « Upadacitinib », « Solcitinib » ou « Filogtinib » dont le statut était « recruiting », « not yet recruiting », « enrolling by invitation », « active not recruiting » et décrit les indications et les caractéristiques des essais concernés.

Résultats. – Notre recherche a permis d'identifier 160 essais en cours portant sur les inhibiteurs de JAK. Les études en cours dans les indications rhumatologiques (n = 40) incluaient des études dans la polyarthrite rhumatoïde (n = 21), le lupus (n = 6), la spondyloarthrite (n = 3), le rhumatisme psoriasique (n = 3), l'arthrite juvénile idiopathique (n = 3), la sclérodémie systémique (n = 1), le syndrome de Sjögren primaire (n = 1), la dermatomyosite (n = 1) et l'artérite à cellules géantes (n = 1). Les études dans des indications non-rhumatologiques (n = 120) portaient sur des pathologies hématologiques (n = 61), en particulier myélofibrose, syndrome myéloprolifératif, et maladie du greffon contre l'hôte et cancérologiques (n = 16), en particulier cancer du sein, broncho-pulmonaire et ORL, ainsi que sur 43 autres indications : dermatite atopique (n = 16), recto-colite ulcéro-hémorragique (n = 10), maladie de Crohn (n = 8), pelade (n = 4), hidrosadénite suppurative (n = 2), uvéite (n = 2) et vitiligo (n = 1).

Discussion. – Compte tenu de leurs mécanismes d'actions, les indications potentielles des inhibiteurs de JAK sont nombreuses, dépassant largement le spectre des rhumatismes inflammatoires. Le résultat de ces essais, pour la plupart dans le domaine de l'onco-hématologie, confortera, ou non, ces indications thérapeutiques potentielles. Celles-ci pourraient guider le rhumatologue dans le choix du traitement de fond d'un rhumatisme inflammatoire, en cas de pathologie dermatologique ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin

associée mais également et surtout en cas de cancer ou d'antécédents de cancer.

Conclusion. – Cette analyse systématique permet de confirmer qu'il existe de nombreuses indications susceptibles de faire l'objet d'une utilisation des inhibiteurs de JAK, en dehors des rhumatismes inflammatoires. La connaissance de ces indications potentielles peut guider le choix du traitement de fond par le rhumatologue en cas d'association entre un rhumatisme inflammatoire et une autre pathologie, notamment en cas de cancer ou d'antécédents de cancer.
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-029

Affections ostéo-articulaires de l'enfant vues en hospitalisation au Burkina Faso

E. Tiendrébéogo* (1) ; WJ. Zabsonre (1) ; F. Kaboré (1) ; DD. Ouedraogo (1)

(1) Service de rhumatologie, Hopital de District de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : tevarice@yahoo.fr (E. Tiendrébéogo)

Introduction. – Les affections ostéo-articulaires de l'enfant sont d'étiologies diverses ; non traitées ou insuffisamment prises en charge, ces pathologies peuvent laisser des séquelles permanentes invalidantes, et même compromettantes pour l'avenir de l'enfant. Si ailleurs l'existence de rhumatologues pédiatres permet la détection précoce, le traitement rapide et la prévention des séquelles des affections-ostéo-articulaires dans cette frange de la population, la rhumatologie pédiatrique reste de nos jours une spécialité quasi inexistante en Afrique subsaharienne ; cette situation pourrait expliquer la rareté et la pauvreté des données disponibles sur les affections-ostéo-articulaires de l'enfant en Afrique subsaharienne en général et particulièrement au BURKINA FASO. Ainsi, il nous est paru opportun d'étudier les affections ostéo-articulaires de l'enfant, vues en hospitalisation au Burkina Faso avec pour objectif général d'en rapporter les principales étiologies.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est étendue sur une période de 05 ans (janvier 2013 à décembre 2017), qui a inclus des enfants âgés de moins de 18 ans, hospitalisés dans l'un des trois services pendant la période d'étude (rhumatologie, pédiatrie, chirurgie pédiatrique), porteurs d'affections ostéo-articulaires confirmées par un médecin spécialiste (un rhumatologue, un chirurgien pédiatre ou un pédiatre), et ayant un dossier médical bien renseigné.

Résultats. – Sur un total de 16 208 enfants hospitalisés pour des pathologies infantiles dans les 03 services durant la période d'étude, 203 enfants présentaient des affections ostéo-articulaires, soit une fréquence hospitalière de 1,25 %. Le sexe masculin était le plus représenté (61,60 %). L'âge moyen était de 9,8 ans avec des extrêmes de 0 et 16 ans. Les adolescents] 11 ans -16 ans] (48,77 %) et les grands enfants] 5 ans-11 ans] (21,67 %) étaient les enfants les plus atteints par les pathologies ostéo-articulaires. Les principaux motifs de consultation étaient dominés par la douleur (65 %), et les tuméfactions (37,4 %). Le délai moyen de consultation était de 110,59 jours (3 mois 20 jours). Les membres inférieurs étaient plus douloureux (61,1 %), surtout les genoux (21,1 %). La fièvre (82,8 %) et l'asthénie (18,2 %) étaient les signes généraux les plus fréquents. Le syndrome inflammatoire biologique (76,8 %), l'hyperleucocytose (56,1 %) et l'anémie (56,1 %) étaient les anomalies biologiques fréquemment retrouvées. L'échographie et la radiographie standard étaient les examens les plus accessibles pour la recherche diagnostique des affections ostéo-articulaires de l'enfant (55,6 % et 39,40 %). L'arthrite septique (41,5 %) est les infections musculaires (38,1 %) étaient les formes anatomo-cliniques de la pathologie infectieuse ostéo-articulaire les plus fréquentes. Seulement dans 17 cas (14,40 %) une étiologie des infections était retrouvée ; Staphylococcus Aureus (43,75 %) était le germe le plus fréquent. L'arthrite juvé-

nile idiopathique (AJI) (64,4 %) et le rhumatisme articulaire aigu (26,7 %) étaient les affections rhumatismales inflammatoires les plus retrouvées. L'arthrite avec enthésite (41,94 %) et l'oligo-arthrite (25,81 %) étaient les formes cliniques d'AJI les plus fréquentes.

Conclusion. – Notre étude montre une rareté des affections ostéo-articulaires de l'enfant en hospitalisation. Les principales entités nosologiques étaient les pathologies infectieuses (58,1 %), les pathologies rhumatismales inflammatoires (22,2 %) ; les pathologies orthopédiques et dégénératives (13,3 %), les pathologies tumorales (3,9 %) et les manifestations ostéo-articulaires des affections générales (2,5 %).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-030

Prévalence du genu varum/valgum chez des enfants et adolescents algériens ayant un faible statut vitaminique D et calcique

M. Djennane* (1) ; EH. Djoudi (2) ; JC. Souberbielle (3)

(1) Rhumatologie, CHU Belloua, Tizi Ouzou, Algérie ; (2) Rhumatologie, EHS Douera, Douera, Algérie ; (3) Explorations fonctionnelles, Hôpital Necker, Paris

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

Introduction. – La prévalence des déformations des membres inférieurs est élevée dans certaines régions du globe souvent associée à un faible statut vitaminique D et une ration calcique insuffisante. Ces déformations osseuses sont physiologiques jusqu'à l'âge de cinq ans. Il n'y a pas de données publiées sur les déformations osseuses des membres inférieurs des enfants en bonne santé vivant en Afrique du Nord.

Patients et méthodes. – Nous avons évalué la prévalence des déformations osseuses ainsi que d'autres paramètres cliniques, le statut de la vitamine D, la ration calcique, la PTH calcium, phosphore et les phosphatases alcalines chez 435 enfants âgés de 5-15 ans.

Résultats. – On retrouve des déformations osseuses des membres inférieurs chez 72 enfants soit une prévalence de 16,6 %. Comparés aux 363 autres enfants sans déformations osseuses, ils présentent plusieurs facteurs de risque potentiels d'hypovitaminose D. Ils avaient également des concentrations de 25OHD inférieures ainsi que des taux élevés de PTH et de phosphatases alcalines.

Conclusion. – Un statut vitaminique D bas pendant l'hiver associé à d'autres facteurs de risque potentiels tels que les apports calciques faibles, le phototype foncé, l'IMC élevé, les conditions de vie mauvaises sont associés à un risque accru de genu varum/valgum chez des enfants et adolescents en bonne santé vivant en Algérie

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-031

Efficacité et tolérance de l'ixékizumab chez des patients atteints de rhumatisme psoriasique actif et ayant présenté une réponse inadéquate aux anti-TNF : résultats à 52 sem. d'une étude de phase III (SPIRIT-P2)

M. Genovese (1) ; B. Combe (2) ; J. Kremer (3) ; DH. Adams (4) ; C. Lee (5) ; L. Kerr (6) ; P. Nash (7) ; A. Constantin (Présentateur Non Auteur)* (8)

(1) Department of medicine, Stanford University, Palo Alto, CA, États-Unis ; (2) Dept of rheumatology, Lapeyronie Hospital, Montpellier ; (3) Center for rheumatology, St. Peter's Hospital, Albany, NY, États-Unis ; (4) Clinical department, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis ; (5) Autoimmune medical, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis ; (6) Statistics dept, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis ; (7) Département de médecine, University of Queensland,

Rheumatology Research Unit Sunshine Coast, Brisbane, Australie; (8) Centre of rheumatology, Hospital Pierre-Paul Riquet, Toulouse
*Auteur correspondant : arnaud.constantin@univ-tlse3.fr
(A. Constantin (Présentateur Non Auteur))

Introduction. – L'ixékizumab (IXE) est un anticorps monoclonal de haute affinité qui cible de manière sélective l'interleukine-17A. Chez des patients (pts) atteints de rhumatisme psoriasique (RP) actif qui ont eu une réponse inadéquate aux anti-TNF (TNFi), l'IXE a été supérieur au placebo (PBO) sur l'amélioration des signes et des symptômes du RP après 24 sem. de traitement. L'objectif est ici de rapporter pour l'IXE les résultats d'efficacité et de tolérance intermédiaires à 52 sem. de la période d'extension (PE) de SPIRIT-P2 (sem. 24-156).

Patients et méthodes. – SPIRIT-P2 est une étude de phase 3, multicentrique, conduite en double aveugle. Les 363 pts avaient présenté une réponse inadéquate à 1 ou 2 TNFi, ou une intolérance aux TNFi. Pendant la Période de Traitement en Double Aveugle (PTDA ; sem. 0-24), les pts étaient randomisés (1 : 1 : 1) pour recevoir une injection sous-cutanée de 80 mg d'IXE toutes les 4 sem. (Q4W ; N = 122), ou toutes les 2 semaines (Q2W ; N = 123) après avoir reçu une dose de charge de 160 mg d'IXE à la sem. 0, ou de PBO (N = 118). Parmi eux, 310 pts ont terminé la PTDA et ont débuté la PE (sem. 24-156). Les pts randomisés pour recevoir l'IXE à la sem. 0 gardaient leur dose initiale pendant la PE. Les pts recevant du PBO ont été re-randomisés (1 : 1) pour recevoir soit IXE Q4W, soit IXE Q2W aux sem. 16 (répondeurs inadéquats) ou 24. Dans cette analyse intermédiaire, l'efficacité (jusqu'à la sem. 52) et la tolérance (jusqu'à la sem. 156) ont été analysées sur la population de la PE, définie comme tous les pts ayant reçu au moins 1 dose d'IXE pendant la PE. Une méthode d'imputation en non-réponse a été appliquée aux mesures catégorielles et une version modifiée du report de la valeur observée à l'inclusion (modified baseline observation carried forward, mBOCF) a été appliquée aux mesures continues d'efficacité.

Résultats. – Dans la PTDA, le taux de réponse ACR20 (American College of Rheumatology 20) à la sem. 24 était significativement supérieur avec l'IXE Q4W (53 %) ou l'IXE Q2W (48 %) par rapport PBO (20 %). Pour les pts qui entraient dans la PE, l'âge moyen était de 52 ans, 47 % étaient des hommes, la durée moyenne depuis l'apparition des premiers symptômes était de 12 ans et le nombre d'articulations douloureuses (NAD) et gonflées (NAG) à l'inclusion était respectivement de 23 et 12 en moyenne. À la sem. 52, pour les pts de la PE qui lors de la PTDA ont initialement été randomisés pour recevoir l'IXE Q4W (N = 111) ou l'IXE Q2W (N = 107), les taux de réponse ACR20/50/70 (20/50/70 % d'amélioration de l'ACR) étaient de 68/46/29 % (Q4W, N = 111) et 59/38/21 % (Q2W, N = 107) ; les réponses PASI75/90 (Psoriasis Area and Severity Index 75/90) étaient de 66/55 % (Q4W, N = 62) et 65/47 % (Q2W, N = 57) ; la résolution des enthésites (LEI = 0 – Leeds Enthesitis Index) était de 53 % (Q4W, N = 61) et 41 % (Q2W, N = 73) ; la résolution des dactylites (LDI-B = 0 – Leeds Dactylitis Index-Basic) était de 81 % (Q4W, N = 26) et 69 % (Q2W, N = 16). Pour les pts recevant du PBO lors de la PTDA puis re-randomisés pour recevoir soit IXE Q4W (N = 46), soit IXE Q2W (N = 46) dans la PE, les taux de réponse ACR20/50/70 étaient de 61/44/24 % (PBO/Q4W, N = 46) et 50/35/15 % (PBO/Q2W, N = 46) ; les réponses PASI75/90 étaient de 76/72 % PBO/Q4W, N = 25) et 48/45 % (PBO/Q2W, N = 31) ; la résolution des enthésites (LEI = 0) était de 54 % (PBO/Q4W, N = 24) et 41 % (PBO/Q2W, N = 29) ; la résolution des dactylites (LDI-B = 0) était de 100 % (PBO/Q4W, N = 7) et 33 % (PBO/Q2W, N = 6). Les fréquences des EI apparus sous traitement (majoritairement d'intensité légère ou modérée) étaient de 71 % pour l'IXE Q4W et de 64 % pour l'IXE Q2W. Des EI graves ont été rapportés pour 15 pts et un décès a été rapporté pour la population de la PE : un infarctus du myocarde chez un patient PBO/Q2W, 502 jours après avoir débuté l'IXE.

Conclusion. – Chez les pts traités par IXE, l'amélioration des signes et des symptômes du RP a persisté dans les différents groupes de traitement de la PE. Le profil de sécurité observé durant la PE était cohérent avec celui de la population en intention de traiter de la PTDA de SPIRIT-P2.

Conflit d'intérêts. – A.C. : Interventions ponctuelles (board, sympo, essais cliniques) ; BMS, Hoffmann-La Roche, Lilly, Janssen, MSD, Sanofi, AbbVie, Novartis, Pfizer, UCB, Sandoz Medac, Nordic Pharma, Roche. P.N. : consultations / autre rémunération ; AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly and Company, Hospira, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, and UCB. Bureau des conférenciers ; AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly and Company, Hospira, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, and UCB. Subventions pour la recherche ; AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Eli Lilly and Company, Hospira, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, and UCB. B.C. : consultations / autre rémunération ; Abbvie, Amgen, BMS, Genentech, GSK, Eli Lilly and Company, Novartis, Pfizer. Subventions pour la recherche ; Abbvie, Genentech, Eli Lilly and Company, Novartis, Pfizer. Bureau des conférenciers ; Genentech, Biogen IDEC Inc. Actionnaire ; Corrona. Emploi ; Corrona. M.C.G. : consultations / autre rémunération ; Eli Lilly and Company, Abbvie, Astellas, Galapagos, Pfizer, Vertex, Crescendo Bioscience. D.H.A., C.L., L.K. : Actionnaire ; Eli Lilly and Company. Emploi ; Eli Lilly and Company. B.C. : consultations / autre rémunération ; Abbvie, BMS, Janssen, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche-Chugai, UCB. Bureau des conférenciers ; BMS, Janssen, Lilly, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, UCB. Subventions pour la recherche ; Pfizer, UCB.

PE. Ma-032

Relations entre la puissance maximale et les paramètres osseux chez des jeunes femmes adultes

A. Khawaja* (1) ; J. Prioux (1) ; G. Maalouf (2) ; R. El Hage (3)
(1) Laboratoire mouvement, sport, et santé, Université Rennes 2, Rennes ; (2) Faculty of medicine, Saint Joseph University, Beyrouth, Liban ; (3) Département d'éducation physique, Université de Balamand, Qalhat, Liban

*Auteur correspondant : kxanthony2016@icloud.com (A. Khawaja)

Introduction. – Le but de cette étude était d'explorer les relations entre la puissance maximale des membres inférieurs et les paramètres osseux (contenu minéral osseux (CMO), densité minérale osseuse (DMO) et indices géométriques de résistance osseuse de la hanche) chez des jeunes femmes adultes. L'identification de nouveaux déterminants du CMO, de la DMO et des indices géométriques de résistance osseuse de la hanche chez les jeunes femmes adultes permettrait le dépistage et la prise en charge précoces de l'ostéopénie et de l'ostéoporose.

Matériels et méthodes. – 148 jeunes femmes adultes (18 – 35 ans) ont volontairement participé à cette étude. Le poids et la taille des sujets ont été mesurés, et l'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé. La composition corporelle, le CMO et la DMO ont été mesurées par Dual-energy X-ray absorptiometry (DXA ; GE Healthcare, Madison, WI, USA) au niveau du corps entier, du rachis lombaire, de la hanche entière et du col fémoral. Le score de l'os trabéculaire du rachis lombaire (TBS), les paramètres géométriques du col fémoral comme la surface de section transversale (CSA), le moment d'inertie de la surface transversale (CSMI), le module de section (Z), et l'index de résistance (SI) ont également été mesurés par DXA. La détente verticale a été évaluée à l'aide d'un test de terrain (test de sargent). Deux paramètres principaux ont été retenus : la détente verticale (cm), et la puissance (watts). Les sujets réalisaient trois sauts avec 2 minutes de récupération entre les sauts. Nous avons retenu le meilleur essai sur base de la détente verticale la plus élevée. La puissance maximale (P max, en watts) a été calculée.

Résultats. – La puissance maximale était positivement corrélée à la DMO CF (r = 0,31 ; p < 0,001), à la DMO CE (r = 0,28 ; p < 0,001), à la

DMO HE ($r = 0,21$; $p < 0,01$), au CMO CE ($r = 0,48$; $p < 0,001$), au CMO L1-L4 ($r = 0,34$; $p < 0,001$), au CMO CF ($r = 0,42$; $p < 0,001$), au CMO HE ($r = 0,43$; $p < 0,001$), au Z ($r = 0,41$; $p < 0,01$), au CSMI ($r = 0,40$; $p < 0,001$) et à la CSA ($r = 0,41$; $p < 0,001$). La détente verticale (cm) était positivement corrélée seulement à la SI ($r = 0,17$; $p < 0,05$).

Discussion. – Ces résultats mettent en valeur l'influence positive de la puissance maximale des membres inférieurs sur les paramètres osseux des jeunes femmes. Nos résultats ont des applications pratiques dans le domaine de la prévention de l'ostéoporose chez les femmes.

Conclusion. – Notre étude suggère que la puissance maximale est un déterminant positif de la DMO, du CMO et des indices géométriques de résistance osseuse de la hanche chez les jeunes femmes adultes. En outre, cette étude montre également que la puissance maximale est un meilleur déterminant positif des paramètres osseux que la détente verticale dans cette population. Finalement, la mise en œuvre de stratégies visant à augmenter la puissance maximale chez les jeunes femmes adultes peut être utile pour prévenir les fractures ostéoporotiques plus tard dans la vie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-033

Construction et validation d'un questionnaire d'auto-évaluation pour les limitations d'activité chez les patients atteints de sclérodémie systémique

C. Daste* (1) ; H. Abdoul (2) ; F. Foissac (2) ; A. Papelard (1) ; S. Alami (3) ; MM. Lefevre-Colau (1) ; S. Poiraudou (1) ; L. Mouthon (4) ; F. Rannou (1) ; C. Nguyen (1)

(1) Service de rééducation fonctionnelle, Hôpital Cochin, Paris; (2) Unité de recherche clinique, Centre d'Investigation Clinique Paris Descartes Necker/Cochin, Hôpital Tarnier, Paris; (3) Cabinet d'études sociologiques, Interlis, Paris; (4) Médecine interne, Hôpital Cochin, Paris

*Auteur correspondant : camille.daste@yahoo.fr (C. Daste)

Introduction. – Il existe de nombreux questionnaires d'auto-évaluation pour les limitations d'activité globales spécifiques de la sclérodémie systémique (SSc), cependant aucun n'assure une validité de contenu suffisante selon les recommandations actuelles. Notre objectif a été de construire et valider un questionnaire d'auto-évaluation pour les limitations d'activité et les restrictions de participation des patients atteints de SSc, à partir du point de vue des patients.

Patients et méthodes. – Un questionnaire préliminaire de 65 items issu de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) et développé à partir d'interviews semi-structurées de 18 patients francophones atteints de SSc a été soumis aux 184 patients français de la e-cohorte RIPS (Réseau d'Intervention centré sur le Patient Sclérodémique). Le nombre d'items a été réduit. Une analyse factorielle a déterminé le nombre de dimensions de l'échelle. La validité de construit a été évaluée par le coefficient de corrélation de Spearman et la fiabilité par le coefficient de Cronbach ? et une étape de test-retest ($n = 25$ patients) avec le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) et la méthode de Bland et Altman.

Résultats. – 113/184 (61,4 %) des patients de la cohorte RIPS ont répondu aux questionnaires en ligne. L'étape de réduction a abouti à un questionnaire de 17 items, le *Cochin 17-item Scleroderma Functional scale* (CSF-17). L'analyse factorielle a extrait 2 dimensions : une première dimension de 10 items évaluant la mobilité générale (CSF-17 section A) et une seconde dimension de 7 items se rapportant à la réalisation de tâches générales (CSF-17 section B). Une validité convergente a été mise en évidence entre le CSF-17 et d'autres questionnaires de limitations d'activités (HAQ, sHAQ, McMaster Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire[MACTAR], Cochin Hand Function Scale[CHFS], Mouth Handicap in Systemic

sclerosis Scale[MHISS]), l'EVA douleur, l'EVA pour le préjudice esthétique et la dépression (Hospital Anxiety Depression [HADd]). Une validité divergente a été observée entre le CSF-17 et l'anxiété (HADA). La fiabilité était bonne avec un coefficient de Cronbach ? de 0,94 pour la section A et de 0,95 pour la section B, un ICC de 0,92 et l'absence de biais systématique sur les graphiques de Bland et Altman.

Discussion. – Le CSF-17 est un questionnaire original d'auto-évaluation pour les limitations d'activité et les restrictions de participation spécifiques de la SSc, élaboré selon les recommandations actuelles. Les patients ont participé à chaque étape de son développement ce qui en assure la meilleure validité de contenu possible. L'analyse factorielle a révélé 2 dimensions pertinentes du point de vue des patients : la mobilité générale, non limitée aux membres supérieurs et la réalisation de tâches générales rattachées à l'aspect chronique de la maladie. La validité de construit et la fiabilité sont bonnes malgré un échantillon de petite taille.

Conclusion. – Le CSF-17 est un nouveau questionnaire d'auto-évaluation pour les limitations d'activité et les restrictions de participation des patients atteints de SSc. De manière originale, il a été entièrement élaboré du point de vue des patients. Ses qualités psychométriques sont prometteuses. Sa sensibilité au changement reste à évaluer.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-034

Productivité du travail dans une population portugaise avec polyarthrite rhumatoïde : est-elle meilleure chez les patients sous traitement biologique ?

M. Guerra* (1) ; R. Vieira (1) ; D. Fonseca (1) ; T. Videira (1) ; J. Abelha-Aleixo (1) ; P. Pinto (1)

(1) Département de rhumatologie, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal

*Auteur correspondant : mlgomesg@gmail.com (M. Guerra)

Introduction. – Dans la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), la inflammation/destruction articulaire et la douleur aboutissent à un impact négatif sur le travail. Les objectifs de cet étude étaient : évaluer la productivité du travail (PT) d'un échantillon de patients portugaises atteints de PR en utilisant le Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI), évaluer la corrélation entre la PT et les indices d'invalidité/mesures de santé perçue et analyser la PT des patients sous traitement biologique (bDMARD) en comparaison avec ceux sans bDMARD.

Matériels et méthodes. – Une population de patients avec le diagnostic de PR (selon les critères ACR/EULAR 2010) a été interrogée à propos de le statut d'emploi et a répondu au questionnaire WPAI. À travers de celui-ci, quatre paramètres ont été calculés, en considérant la dernière semaine : absentéisme, présentéisme, incapacité globale au travail (IGT) et incapacité globale à l'activité quotidienne (IGAQ). Le Health Assessment Questionnaire (HAQ), échelle numérique de douleur (END) et évaluation globale du patient (EGP) ont été aussi remplis. Les caractéristiques démographiques/cliniques ont été recueillies. Le SPSS Statistics version 20,0 a été utilisé pour l'analyse statistique ; valeurs $p < 0,05$ ont été considérées statistiquement significatives.

Résultats. – Cent patients (76,0 % femmes) ont été inclus, avec un âge moyenne (SD) du 52,7 ($\pm 10,5$) années. Vingt-neuf (29,0 %) étaient sous bDMARD, 18 intraveineux (IV). Le temps médian de progression était de 5 années (allant de 0 à 35 années). L'incapacité, selon HAQ, a varié entre 0 et 2,375 (médian 1,25). L'END et l'EGP ont varié entre 0 et 100 (médian 50). Cinquante patients (50,0 %) ont eu une activité rémunérée ; 28 (28,0 %) n'étaient pas employés (25 au chômage, 1 étudiant, 2 femmes au foyer) ; 22 (22,0 %) étaient à la retraite. À propos de la population active ($N = 50$), l'HAQ score a varié entre 0 et 2,375 (médian 1). L'END et l'EGP ont varié entre 0 et

100 (médian 50). En ce qui concerne les paramètres de productivité, l'absentéisme médian était de 0 (0-100), le présentéisme médian de 45 (0-80), l'IGT médian de 47 (0-84) et l'IGAQ médian de 50 (0-90). Une corrélation positive a été trouvée entre le présentéisme et l'HAQ (rs = 0,588 ; p < 0,001), l'END (rs = 0,631 ; p < 0,001) et l'EGP (rs = 0,775 ; p < 0,001). Le même a été vérifié entre l'IGT et l'HAQ (rs = 0,585 ; p < 0,001), l'END (rs = 0,598 ; p < 0,001) et l'EGP (rs = 0,731 ; p < 0,001) et aussi entre l'IGAQ et l'HAQ (rs = 0,631 ; p < 0,001), l'END (rs = 0,687 ; p < 0,001) et l'EGP (rs = 0,771 ; p < 0,001). Un absentéisme plus élevé a été corrélé positivement uniquement avec la valeur de l'HAQ (rs = 0,389 ; p = 0,006). En comparant les patients sous bDMARD (N = 14, 8 IV) avec la population sans bDMARD (N = 36), la seule différence retrouvée était un absentéisme plus élevé dans les premiers (p = 0,001).

Conclusion. – Malgré les progrès dans le traitement de la PR, elle continue d'avoir un impact négatif sur le travail : seulement 50 % de l'échantillon était employé, avec un présentéisme médian de 45 %, une IGT médian de 50 % et une IGAQ médian de 50 %. Ceux-ci étaient corrélés à valeurs d'HAQ, END et EGP plus élevés. Les patients sous bDMARD ont présenté plus d'absentéisme, éventuellement à cause des cas sous bDMARD IV ou d'un biais d'indication.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-035

Hiérarchie des pathologies rhumatismales vues en consultations hospitalières de rhumatologie selon le score RAPID3, et incidences du catastrophisme et du statut d'invalidité sur ce score

JM. Berthelot* (1) ; G. Bart (1) ; C. Darrieuort-Laffite (1) ; P. Guillot (1) ; J. Glémarec (1) ; B. Le Goff (1) ; Y. Maugars (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Hôtel Dieu, Nantes

*Auteur correspondant : jeanmarie.berthelot@chu-nantes.fr

(JM. Berthelot)

Introduction. – Le but de ce travail était d'évaluer la valeur moyenne du score RAPID3 (douleur sur 10 + évaluation par le patient de l'activité de sa pathologie sur 10 + HAQ sur 10) chez tous les patients consultant pendant un mois dans un même service de rhumatologie de CHU, et étudier l'incidence sur ce score : 1-du principal motif de consultation ; 2-du catastrophisme des patients (apprécié par le score de Sullivan) ; 3-de l'existence ou non d'un statut d'invalidité.

Patients et méthodes. – Une même liasse de questionnaires comportant le score RAPID3 (qui va de 0 à 30), et le score de catastrophisme (qui va de 0 à 52), a été remise à tous les patients consultant pendant un mois un(e) des sept praticiens ou chefs de cliniques.

Résultats. – 518 patients ont pu remplir l'ensemble des questionnaires, dont 127 PR (42 % traitées par biomédicaments), et 135 SpA (58 % traitées par biomédicaments). Les valeurs de RAPID3 les plus élevées ont été enregistrées chez les 33 patients consultant pour une arthrose des membres inférieurs (16,44 ± 5,20), puis les 10 fibromyalgiques (15,52 ± 5,53), les 47 lombo-radiculalgiques (14,88 ± 5,17), les 17 arthroses des membres supérieurs (13,61 ± 7,42), et les 38 tendinopathies (12,85 ± 4,38). Les valeurs de RAPID3 les plus basses ont été enregistrées chez les 135 SpA (12,79 ± 6,03), puis les 127 PR (12,18 ± 6,30), les 27 pathologies variées (PPR, Lyme, etc.) (9,83 ± 6,28), les 7 syndromes canalaux (9,81 ± 4,51), les 19 connectivites (8,26 ± 7,04), et les 58 ostéoporoses (7,85 ± 6,95). Seulement 9 % des PR et 11 % des SpA avaient des scores RAPID3 de rémission, mais les % étaient encore plus bas pour les arthroses des membres supérieurs (6 %) et inférieurs (0 %), ainsi que pour les tendinopathies (0 %).

Le score moyen de catastrophisme était de 18,5 ± 12,5, et 19 % des patients pouvaient être classés comme catastrophistes (score > 30). Des valeurs bien plus élevées de RAPID3 ont été observées chez ces catastrophistes (18,2 ± 4,0 versus 10,8 ± 6,1) (p = 0,000), quel que soit le diagnostic principal. 80 patient(e)s, encore non retraité(e)s, bénéficiaient d'un régime d'invalidité du fait de leur pathologie

rhumatisme : leur score RAPID3 était très significativement (p = 0,000) plus bas (6,56 ± 5,06) que celui des autres patients (13,36 ± 5,91), et là aussi quel que soit le diagnostic principal. Le score RAPID3 n'était pas influencé par l'âge ou la durée de la pathologie, et (du fait du caractère transversal de l'étude) par la prise de bio-médicaments, mais était très corrélé à la fatigue quotidienne, la durée journalière des douleurs, et la faible durée du sommeil.

Conclusion. – 1-Grace aux progrès faits dans le traitement des PR et SpA, les scores les plus élevés de RAPID3 sont désormais observés dans d'autres pathologies rhumatologiques, mais l'existence d'un catastrophisme chez un patient sur cinq peut contribuer (de même que la conjonction de plusieurs pathologies rhumatologiques chez un même patient) à un effet plancher, empêchant d'atteindre les valeurs préalablement définies comme équivalent à une rémission pour le score RAPID3 ; 2-La mise en invalidité est associée à des scores bien meilleurs (plus bas) de RAPID3 et de catastrophisme, pour tous les diagnostics.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Castrejon I. The Use of MDHAQ/RAPID3 in Different Rheumatic Diseases A Review of the Literature. Bull Hosp Jt Dis 2017 ; 75 : 93-100.

[2] Pincus T, Askanase AD, Swearingen CJ. A multi-dimensional health assessment questionnaire (MDHAQ) and routine assessment of patient index data (RAPID3) scores are informative in patients with all rheumatic diseases. Rheum Dis Clin North Am 2009 ; 35 : 819-27.

PE. Ma-036

État des lieux de la collaboration entre ophtalmologistes, rhumatologues et internistes dans le management des uvéites non-infectieuses : résultats d'une enquête nationale

A. Brezin (1) ; J. Sellam (2) ; C. Chiquet (3) ; D. Saadoun (4) ; P. Sève (5) ; L. Kodjikian (6) ; M. Pacanowski* (7) ; B. Bodaghi (8) ; P. Cacoub (4)

(1) Ophtalmologie, Hôpital Cochin, Paris ; (2) Rhumatologie, Hôpital Saint-Antoine, Paris ; (3) Ophtalmologie, CHU Grenoble, La Tronche ; (4) Service de médecine interne 2, Groupe hospitalier pitié-salpêtrière, Paris ; (5) Médecine interne, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon ; (6) Ophtalmologie, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon ; (7) affaires médicales, AbbVie, Rungis ; (8) Ophtalmologie, CHU Pitié Salpêtrière, Paris

*Auteur correspondant : magali.pacanowskifournier@abbvie.com

(M. Pacanowski)

Introduction. – Lorsqu'une uvéite est associée à une maladie systémique sous-jacente ou lorsqu'un traitement systémique est requis, il est recommandé, pour une prise en charge optimale, une approche pluridisciplinaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer la collaboration entre ophtalmologistes (OPHS), internistes et rhumatologues (RHUMS) pour la prise en charge des patients atteints d'uvéites non-infectieuses

Matériels et méthodes. – Un comité scientifique multidisciplinaire (comprenant rhumatologues, médecins internistes et ophtalmologistes) a développé un questionnaire commun dans le but d'évaluer leur niveau de collaboration en pratique quotidienne pour la prise en charge des patients atteints d'uvéites. Ce questionnaire a été envoyé à tous les OPH français entre le 24 novembre 2017 et le 6 mars 2018. Chaque OPH a désigné son correspondant interniste/rhumatologue. Le questionnaire a également été envoyé aux membres du CMIO (« Club Médecine Interne de l'Œil »), association d'internistes et d'ophtalmologistes français impliqués dans la prise en charge des patients présentant des maladies systémiques, dont les uvéites. Toutes les autorisations réglementaires obligatoires ont été demandées et obtenues

Résultats. – Au total, 88 médecins ont complété le questionnaire (37 OPHS, 31 internistes, 20 RHUMS). La moyenne d'âge était de 44

± 3 ans, 53 % étaient des hommes, et 84 % exerçaient en milieu hospitalier (68 % dans des hôpitaux universitaires et 30 % dans des hôpitaux généraux). 51 % des services d'ophtalmologie comptaient au moins 5 praticiens temps plein et 45 % suivaient, en consultation, plus de 25 patients présentant une uvéite par mois. La collaboration entre professionnels de santé diffère selon le point de vue. Les OPHS déclarent collaborer avec les internistes dans 73 % des cas (du fait de la présence possible de maladies systémiques (25,8 % des patients d'après Becker, al). Les rhumatologues déclarent collaborer avec les OPH dans 85 % des cas d'uvéites et dans 60 % avec les internistes. Enfin les internistes déclarent collaborer avec les OPH dans 100 % des cas d'uvéites, le recours à un RHUM n'est pas mentionné. La mise en place pratique de cette collaboration est très variable : le plus souvent au sein d'un même hôpital dans 83 % des cas, mais dans un même lieu (box...) uniquement pour 9 %. Tous les types de collaboration ont été décrits : rendez-vous communs (7 %), réunion de concertation pluridisciplinaire (23 %), simple courrier (43 %)... Concernant le diagnostic, il est posé principalement par les OPHS seuls en cas d'uvéite HLA B27 positive, ou par les internistes en cas de sarcoidose. Les OPHS sont à l'origine d'à peu près la moitié des prescriptions et du suivi du traitement par corticoïdes (IV, per os), mais pas des immunosuppresseurs

Conclusion. – Les traitements à visée d'épargne cortisonique (immunosuppresseurs) sont prescrits par les internistes et rhumatologues (approx 80 % des cas). La prise en charge des patients atteints d'une uvéite est donc principalement organisée, autour de la collaboration entre internistes, ophtalmologistes et rhumatologues, mais n'est pas encore optimale. Différents modèles de prise en charge ont été observés. Cette étude pourrait aider à définir des objectifs précis de prise en charge afin d'optimiser/de standardiser une approche pluridisciplinaire et partagée de la prise en charge des patients présentant une uvéite.

Conflit d'intérêts. – Le design, la mise en place et le suivi de l'étude ainsi que le support financier ont été fournis par AbbVie. AbbVie a participé à l'interprétation des données, à la revue et à l'écriture de l'abstract. Les Prs Brézin, Sellam, Cacoub, Sève, Saadoun, Kodjikian, Chiquet, Bodaghi ont été des consultants pour Abbvie et ont reçu des honoraires pour cette recherche. Magali Pacanowski Fournier est une employée d'Abbvie et possède des actions d'Abbvie. APB a participé à des advisory boards et est consultant pour AbbVie PC est employé de l'Université Pierre et Marie Curie-Paris, est consultant pour AbbVie. Il est également consultant pour Bayer, Boehringer Ingelheim, Bristol Myer Squibb, Gilead, Glaxo Smith Kline, Janssen, Merck Sharp Dohme, Pfizer, Servier, and Vifor JS est employé de l'Université Sorbonne Université et a fait des interventions pour Roche, Pfizer, BMS, MSD, Abbvie, Servier, Expanscience, Ménarini, Janssen, Novartis, Sandoz ; a reçu des financements de recherche de Roche & Pfizer ; a participé à des congrès avec Pfizer, Roche, Abbvie, UCB, BMS, Janssen, MSD PS est consultant pour Novartis & Abbvie, a participé à des congrès Actelion, Novartis & Abbvie and made interventions for LFB – Pfizer – Sobli – Abbvie DS a reçu des honoraires pour du consulting et des interventions pour Medimmune, Abbvie, Bristol Meyer Squibb, Roche, Servier, Gilead, AstraZeneca and GlaxoSmithKline LK est consultant pour Abbvie, Allergan, Bayer, Novartis, Krys, Roche, Horus, Théa BB est consultant pour Allergan, AbbVie, Santen, Optos CC est consultant pour Abbvie, Théa, Allergan, Bayer

Références

[1] Jakob E, Reuland MS, Mackensen F et al. Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center-analysis of 1 916 patients. J Rheumatol 2009, 36 : 127-136

PE. Ma-037

Risque de néoplasie dans la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite : étude rétrospective

J. Ricardo Pires* (1) ; C. Ambrósio (2) ; A. Barcelos (2)
 (1) Médecine interne, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal;
 (2) Rhumatologie, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal
 *Auteur correspondant : joanaricardopires@gmail.com (J. Ricardo Pires)

Introduction. – Il est bien connu que le risque de néoplasie est accru chez les patients rhumatismaux. Plusieurs études ont montré l'association de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et de la spondylarthrite (SpA) et des tumeurs malignes, mais les mécanismes à la base de ce processus ne sont toujours pas bien compris. L'objectif de notre étude est de comparer l'incidence des néoplasmes chez les patients atteints de PR et de SpA, et d'identifier les facteurs de risque possibles.

Patients et méthodes. – Étude observationnelle avec une cohorte de 535 patients (294 SpA et 241 PR) suivis dans le service de rhumatologie depuis 2004. Tous les SpA patients répondaient aux critères de classification ASAS et les patients atteints de PR répondaient aux critères de l'ACR 1987. Les données démographiques, épidémiologiques, cliniques et de laboratoire ont été collectés dans les dossiers médicaux. Les variables continues ont été exprimées en moyenne et comparées au test *t de Student*. Les variables catégorielles ont été exprimées en pourcentages et ont été comparées au test du *chi carré*. La corrélation de Pearson a été utilisée pour évaluer l'association des variables étudiées avec les tumeurs malignes. Une valeur de *p* de 0,05 était considérée comme significative pour tous les résultats des tests statistiques.

Résultats. – Caractéristiques globales de la population : 301 (56,3 %) femmes, âge moyen 58,6 ± 14,4 ans. Le temps médian de la durée de la maladie était de 8 ans (intervalle interquartile IQR 6,09), 47 patients ont développé au moins une tumeur maligne et l'incidence globale était de 11,0 / 1 000 patients-années. En comparant les deux groupes, les SpA patients étaient plus jeunes (54,4 ± 0,8 vs 63,9 ± 0,9 ans *p* = 0,00), avec une prévalence plus élevée du sexe masculin (54,5 % vs 30,7 % *p* = 0,00), mais sans différence significative de la durée de la maladie (médiane 7,8 vs 8,3 ans *p* = 0,31). Il n'y avait pas de différence significative dans l'incidence des tumeurs malignes, comparant les deux groupes et chacun avec un groupe de patients atteints d'une maladie rhumatismale non inflammatoire (non-R). (Incidence : 9,59/1 000 SpA patients-années contre 12,10/1 000 PR patients-années contre 15,86/1 000 non-R patients-années *p* = 0,23). Chez les patients atteints de PR, il n'y avait pas de corrélation entre le facteur rhumatoïde ou la présence de peptides anti-citrulinés et le néoplasie (*p* = 0,83 et *p* = 0,57 respectivement). Chez les SpA patients, il n'y avait pas de corrélation entre HLA-B27, les manifestations extra-articulaires ou l'atteinte squelettique périphérique et le néoplasie (*p* = 0,13, *p* = 0,71 et *p* = 0,48 respectivement). Dans cette étude, le risque global de tumeurs malignes chez les patients traités avec des inhibiteurs de la nécrose tumorale n'était pas associé (*p* = 0,14).

Conclusion. – Dans cette étude, nous avons trouvé une prévalence élevée de tumeurs malignes chez les patients rhumatismaux, comme cela a été constaté dans d'autres études. Il n'y avait aucune différence entre les patients atteints de PR et de SpA. D'autres études portant sur des aspects spécifiques tels que les mécanismes physiopathologiques, les traitements et les facteurs liés au mode de vie sont nécessaires pour étudier les mécanismes sous-jacents à l'augmentation du risque de tumeurs malignes observées dans cette population.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-038

Quels facteurs influencent l'observance thérapeutique de nos patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques ?

M. Beurai-Weber* (1) ; A. Jaussent (2) ; MC. Picot (2) ; J. Morel (1) ; B. Combe (1) ; C. Daien (1)

(1) Département de rhumatologie, C.H.U de Montpellier, Montpellier ;

(2) Département d'informatique médicale, C.H.U de Montpellier, Montpellier

*Auteur correspondant : megane.bw@outlook.fr (M. Beurai-Weber)

Introduction. – L'observance thérapeutique est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement qui lui est proposé. Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), la mauvaise observance est une cause d'échec aux traitements qui reste insuffisamment évaluée par les soignants. Les objectifs de notre étude étaient : 1) d'évaluer l'observance des patients atteints de RIC pour les traitements rhumatologiques et non rhumatologiques, 2) d'identifier les facteurs associés à l'observance des traitements de fond rhumatologiques.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude de cohorte prospective, observationnelle analytique. Un programme de dépistage des comorbidités évaluait l'observance des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), spondylarthrite (SpA) ou rhumatisme psoriasique (RP), par le score de Morisky 4 valeurs pour chaque traitement pris par les patients. L'anxiété et la dépression étaient évaluées par le score HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Résultats. – Nous avons ainsi recueilli les données d'observance chez 344 patients, dont 226 PR, 70SpA, 40 RP et 4 autres pathologies. Ainsi, 60,8 % étaient des femmes, 72,7 % avaient plus de 50 ans et 70,7 % des patients avaient un RIC contrôlé au moment de l'évaluation. 52,0 % étaient traités par un biomédicament (bDMARD) et 64,2 % par un traitement de fond conventionnel (csDMARD). Tous les patients étaient au moins partiellement suivis à l'hôpital. Dans cette population, l'observance globale était excellente puisque 64,2 % des patients avaient un Morisky optimal (4/4), tous traitements confondus. Les résultats d'observance étaient similaires pour les bDMARD et les csDMARD (Morisky moyen à 3,65 et 3,59 avec un taux de patients très observants à 72,1 % et 71,0 %, modérément observant de 26,8 % et 25,8 %, et pas du tout observants de 1,1 % et 3,2 %, respectivement pour bDMARD et csDMARD). Les résultats étaient similaires quel que soit le csDMARD utilisé. L'observance des traitements non rhumatologiques était également très bonne : la proportion de patients « très observants » était de 74,0 % pour les traitements cardio-vasculaires, 75,9 % pour les traitements anti-diabétiques, 76,9 % pour les traitements respiratoires. L'âge supérieur à 50 ans était associé à une meilleure observance pour les bDMARD ($p = 0,028$), avec une tendance similaire pour les csDMARD ($p = 0,12$). Les patients présentant un trouble anxieux avaient tendance à être moins observants pour les csDMARD (Morisky moyen à 3,49 contre 3,67 pour les patients non anxieux, $p = 0,083$). Les patients atteints de SpA avaient également tendance à moins bien prendre leur csDMARD ($p = 0,046$) que les patients atteints d'autres rhumatismes, alors qu'il n'y avait pas de différence pour les bDMARD ($p = 0,99$). L'activité de la maladie, la dépression, la voie et le mode d'administration du médicament ne semblaient pas influencer significativement l'observance.

Conclusion. – Il est important d'évaluer l'observance médicamenteuse des patients atteints de RIC, et plus particulièrement des sujets de moins de 50 ans ayant des signes d'anxiété. Néanmoins, l'observance thérapeutique de ces patients semble excellente et supérieure à ce qui a pu être rapporté dans la littérature. Ceci pourrait s'expliquer par un biais de recrutement (patients suivis à l'hôpital) ou par une surévaluation liée au mode d'évaluation. Il serait important de corroborer ces données déclaratives à des données objectives telles que la délivrance médicamenteuse

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-039

Capacité discriminante de SARQOL® selon la définition de sarcopénie : l'étude OFELY

E. Sornay-Rendu* (1) ; C. Beaudart (2) ; O. Bruyère (2) ; R. Chapurlat (1)

(1) Pav f, hôpital e herriot, INSERM UMR1033 et Université de Lyon, Lyon ; (2) Service de santé publique, épidémiologie et économie de la santé, Université de Liège, Liège, Belgique

*Auteur correspondant : elisabeth.rendu@inserm.fr (E. Sornay-Rendu)

Introduction. – Un questionnaire de qualité de vie spécifique de la sarcopénie a été développé et validé en Belgique (SarQoL®). Le but était d'évaluer la capacité discriminante de SarQoL® chez des femmes françaises âgées de 65 ans ou plus.

Patients et méthodes. – Le questionnaire auto-administré a été complété par 304 femmes, d'âge moyen 77 ± 5 ans au 25e suivi annuel de l'étude prospective en cours OFELY (Os des femmes de Lyon), un an après la mesure de la masse maigre appendiculaire (ALM) par DXA (Hologic®, QDR Discovery), la force de préhension (GS), la taille et le poids. Le SMI (ALM/Taille²) et l'ALMBMI (ALM/IMC) ont été calculés.

Résultats. – En utilisant la définition du groupe de travail européen sur la sarcopénie (EWGSOP : SMI < 5,5 kg/m² et GS < 20 kg), ou de la Fondation pour l'Institut National de Santé (FNIH : ALMBMI < 0,512 et GS < 16 kg), peu de femmes (4 et 1 respectivement) étaient sarcopéniques. Ainsi, nous avons identifié des femmes situées dans le quartile le plus bas de SMI et GS (Q1SMIGS, $n = 23$) et de ALMBMI et GS (Q1ALMBMIGS, $n = 29$). Les femmes du groupe Q1SMIGS étaient plus âgées et avaient un IMC plus bas comparativement aux autres femmes. Après ajustement pour l'âge et l'IMC, le score total et 4 des 7 domaines de SarQoL® étaient altérés dans le groupe Q1SMIGS ($p = 0,04$ à $p = 0,01$). L'altération de la qualité de vie était plus grande parmi les femmes du groupe Q1ALMBMIGS pour le score total (médiane [IQR] de 60,4 [22,4] vs 71,7 [21,6], $p = 0,001$) et cinq domaines ($p = 0,02$ à $p = 0,001$). Seules huit femmes (28 %) répondaient aux deux critères Q1SMIGS et Q1ALMBMIGS. Parmi toutes les femmes, le score total était positivement corrélé avec GS (Spearman $r = +0,23$) et ALMBMI ($r = +0,29$) et inversement avec l'âge ($r = -0,33$), IMC ($r = -0,31$; $p < 0,0001$ pour tous) et SMI ($r = -0,13$; $p = 0,02$).

Conclusion. – Peu de femmes ont une sarcopénie définie selon EWGSOP ou FNIH. Néanmoins, la qualité de vie évaluée par SarQoL® est significativement altérée chez les femmes de la cohorte OFELY associant une faible force de préhension et une faible masse musculaire, surtout lorsque celle-ci est définie selon ALMBMI. Ceci pourrait s'expliquer par l'effet négatif de l'IMC sur la qualité de vie.

Conflit d'intérêts. – O. Bruyère et C. Beaudart actionnaires de SarQoL sprl

PE. Ma-040

Le catastrophisme en rhumatologie

S. Benamar* (1) ; C. Hua (1) ; J. Morel (2) ; F. Flaisler (1) ; B. Combe (3) ; C. Lukas (2) ; C. Gaujoux-Viala (1)

(1) Rhumatologie, CHU de Nîmes, Nîmes ; (2) Service d'Immuno-Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier ; (3) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier

*Auteur correspondant : benamarsoraya1@gmail.com (S. Benamar)

Introduction. – En rhumatologie, les facteurs psycho-comportementaux sont de plus en plus étudiés. Un nombre croissant d'études s'intéressent particulièrement au catastrophisme. Le catastrophisme est une réponse cognitive et affective négative reposant sur une expression inadéquate de la douleur. L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau moyen de catastrophisme dans les différentes affections rhumatologiques et de déterminer s'il existe un lien entre le

catastrophisme et l'intensité de la douleur, l'activité de la maladie, le handicap, la dépression et la qualité de vie.

Matériels et méthodes. – Une revue systématique de la littérature a été menée en utilisant les bases de données : MEDLINE, COCHRANE et EMBASE jusqu'en avril 2018. Toutes les études observationnelles, transversales et essais contrôlés randomisés traitant du catastrophisme chez des patients souffrant d'une pathologie rhumatismale (polyarthrite rhumatoïde (PR), lombalgie chronique (LC), arthrose) ont été inclus. Un niveau moyen poolé du catastrophisme a été calculé pour chaque pathologie en utilisant l'échelle Pain Catastrophizing Scale (PCS). Les associations entre le catastrophisme et l'activité de la maladie (DAS 28), la douleur (échelle numérique (EN), le handicap (ODI et RMDQ), la dépression (HADS) et la qualité de vie (SF-36) ont également été évaluées.

Résultats. – Sur 1 494 articles concernant le catastrophisme et les pathologies rhumatologiques, 51 ont été méta-analysés. On retrouve :

601 PR (57,4 ans d'âge moyen, 67,7 % de femmes) qui ont un DAS28 moyen poolé à 3,4, une EN moyenne poolé à 3,8. Le niveau moyen poolé de catastrophisme est de 14,7 (ds = 11,4) vs 11,2 (ds = 8,5) dans les groupes contrôles ;

2 521 LC (43,6 ans d'âge moyen, 57 % de femmes), une EN moyenne poolé à 4,5, un ODI moyen poolé à 30,3 et un RMDQ moyen poolé à 9,7. Le HADS est à 6,4. Le niveau moyen poolé de catastrophisme est de 19,9 (ds = 11,3) ;

3 388 arthrosiques (gonarthrose et coxarthrose confondus, 67,7 ans d'âge moyen, 65 % de femmes), l'EN moyenne poolé est à 5,0 et le niveau moyen poolé de catastrophisme est de 11,2 (ds = 10).

Dans la PR il existe une association positive entre le DAS 28 et le catastrophisme (r entre 0,22 et 0,39, tous $p < 0,01$). Le catastrophisme est significativement associé à une réduction de la fonction physique ($r = -0,35$ ($p < 0,01$) pour SF36 Physical Function), et est fortement associée à la douleur ($r = 0,71$ $p < 0,01$). Pour la LC, la douleur est aussi associée de façon positive au catastrophisme (r entre 0,35 et 0,58 tous $p < 0,05$) tout comme le handicap (r entre 0,32 et 0,57 tous $p < 0,05$). D'autre part, l'association entre le catastrophisme et la dépression est significative ($r = 0,538$ $p < 0,01$). Le catastrophisme dans l'arthrose est quand à lui fortement associé à la dépression ($r = 0,61$ et $r = 0,647$ $p < 0,01$).

Conclusion. – Le catastrophisme est peu mesuré mais c'est un trait psychologique commun qui est clairement associé à la douleur physique, l'activité de la maladie, au handicap et à la dépression dans les affections rhumatologiques. Mieux le détecter permettrait une approche thérapeutique plus globale et une meilleure adaptation des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-041

Détermination de l'adhésion au traitement biotechnologique dans un service de rhumatologie

N. Madeira* (1) ; A. Cardoso (2) ; R. Trinca (3) ; S. Candida (1) ; H. Santos (1) ; C. Miguel (1) ; F. Barcelos (1) ; D. Medeiros (1) ; R. Campanilho-Marques (1) ; J. Vaz Patto (1) ; L. Cunha Miranda (4)
(1) Département de rhumatologie, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal; (2) Nutrition, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal; (3) Infirmier, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal; (4) Instituto português de reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisbonne, Portugal

*Auteur correspondant : nathalie.almeida.madeira@gmail.com (N. Madeira)

Introduction. – L'utilisation de mesures de santé perçue (PRO) dans la pratique clinique quotidienne en rhumatologie permet de fournir des soins centrés sur le patient. Notre objectif a été de déterminer le niveau d'adhésion au traitement biotechnologique de malades atteints de spondylarthrite (SpA) ou de polyarthrite rhumatoïde (PR), suivis dans notre Centre.

Matériels et méthodes. – Étude observationnelle et transversale incluant nos malades atteints de SpA (y compris ceux atteints de rhumatisme psoriasique) ou de PR, sous biotechnologique, capables de remplir un questionnaire de manière autonome. Des données démographiques et cliniques ont été collectées. Pour évaluer l'adhésion, une version portugaise du questionnaire d'adhésion aux médicaments de Morisky (MMAS-8) a été utilisée, en demandant aux patients de répondre en considérant uniquement la thérapie biotechnologique. Trois niveaux d'adhésion ont été considérés, basés sur les scores suivants : 0 à < 6 (faible) ; 6 à < 8 (moyen) ; 8 (haut). Statistiques : Mann-Tests de Whitney et du Chi-carré, $p < 0,05$, SPSS® v.23.

Résultats. – Au total, 116 patients ont été inclus, 55 ayant une SpA (desquels 16 ayant un rhumatisme psoriasique) et 61 ayant une PR. Il y avait significativement plus de femmes dans le groupe de malades atteints de PR plutôt que dans le groupe SpA (91,8 % vs 54,5 %, respectivement, $p < 0,001$). Le tableau 1 indique les moyennes et les médianes des variables démographiques et cliniques des malades. Dans le groupe SpA, 54 patients étaient sous anti-TNF et un était sous ustekinumab. Le score MMAS-8 a été compris entre 3,5 et 8. L'adhésion a été moyenne chez 52,7 %, élevée chez 27,3 % et faible chez 20,0 % des patients. Dans le groupe PR, 82,0 % étaient sous anti-TNF, les autres sous tocilizumab (16,4 %) ou abatacept (1,6 %). Le score MMAS-8 a été compris entre 2,5 et 8. L'adhésion a été moyenne chez 50,8 %, élevée chez 36,1 % et faible chez 13,1 % des patients. Nous avons à peine trouvé une différence statistiquement significative entre les groupes pour l'âge actuel (tableau 1).

Conclusion. – L'adhésion au traitement biotechnologique a été au moins moyenne pour plus de 80 % des cas. Aucune différence concernant l'adhésion n'a été démontrée entre les deux groupes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-042

Étude de la corrélation entre le NDI et le SF-36 au cours des névralgies cervico-brachiales

C. Daldoul* (1) ; S. Boudokhane (1) ; H. Migaou (1) ; A. Jellad (1) ; Z. Ben Salah Frih (1)

(1) Médecine physique et réadaptation fonctionnelle, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : dalcyrine@gmail.com (C. Daldoul)

Introduction. – Les névralgies cervico-brachiales (NCB) représentent une pathologie fréquente associées à un effet négatif sur la qualité de vie (QDV) ainsi qu'un impact au niveau fonctionnel, d'où la nécessité d'évaluer objectivement ces aspects à l'aide de scores. L'objectif de ce travail était d'évaluer la relation entre l'incapacité cervicale et la QDV des patients souffrant de NCB en étudiant la corrélation entre le NDI (Neck Disability Index) et le questionnaire générique de la QDV SF-36 (short-form 36).

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective, incluant sur des patients souffrants de NCB. Les critères d'exclusion étaient : causes secondaires de NCB, myélopathie cervicarthrosique, antécédents de chirurgie cervicale ou lombaire, présence d'autres pathologies ostéoarticulaires chroniques et invalidantes, rhumatisme inflammatoires chroniques, antécédents de pathologies neurologiques handicapantes. L'incapacité fonctionnelle était évaluée par le score NDI comprenant 10 questions. L'incapacité était grave si le score était entre 50 et 64 % et complète si le score était supérieur à 70 %. La QDV était évaluée en utilisant l'échelle SF-36. Les liaisons entre les variables quantitatives ont été étudiées en utilisant le coefficient de corrélation de Pearson.

Résultats. – Cinquante-six patients ont été inclus avec 40 femmes et 16 hommes, âgés en moyenne de 54 ans. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 4 ans. Le territoire radicaire atteint était C5 chez 11 patients, 21 patients présentaient une NCB C6 et 15

Tableau 1 Variables démographiques et cliniques des malades

	Malades atteints de PR		Malades atteints de SpA		p-value
	Moyenne ±DS	Médiane (EIQ)	Moyenne ±DS	Médiane (EIQ)	
Âge actuel –années	56,1 ±11,1	58,1 (48,1-62,8)	49,9 ±12,3	49,1 (40,7-57,6)	p =0,002
Durée de la maladie –années	15,0 ±7,5	13,1 (10,1-18,2)	18,0 ±11,1	14,1 (10,3-21,9)	p =0,387
Durée du traitement biotechnologique actuel –années	3,5 ±2,7	2,8 (1,0-5,6)	4,2 ±2,6	4,3 (2,0-6,0)	p =0,146
DAS28-4V	3,4 ±1,2	3,3 (2,7-4,2)	-	-	NA
CDAI	9,7 ±7,8	7,0 (3,6-15,1)	-	-	NA
SDAI	10,1 ±8,0	7,0 (4,0-15,7)	-	-	NA
BASDAI	-	-	2,9 ±2,2	2,8 (0,9-4,7)	NA
BASMI	-	-	3,4 ±1,4	3,4 (2,4-4,2)	NA
ASDAS	-	-	2,1 ±0,9	2,2 (1,4-2,8)	NA
HADS-A	6,5 ±3,9	6,0 (3,0-9,0)	5,8 ±4,1	5,0 (1,0-9,0)	p =0,406
HADS-D	5,4 ±3,7	5,0 (2,0-8,0)	5,2 ±4,2	4,0 (1,0-9,0)	p =0,643
FACIT-F	36,5 ±8,8	37,0 (29,1-43,5)	37,3 ±10,1	36,0 (30,0-47,0)	p =0,686
score MMAS-8	7,0 ±1,2	7,0 (6,8-8,0)	6,9 ±1,1	7,0 (6,5-8,0)	p =0,428

patients présentaient une NCB mal systématisée. Les patients inclus ont tous suivis des séances de kinésithérapie avec une amélioration en moyenne de 51,67 % [0 %-90 %] selon échelle visuelle analogique de la douleur. La moyenne du score NDI était de 38,99 % [5,71 %-84,44 %]. La moyenne de la composante physique (PCS) du score SF-36 était de 50 % et de la composante mentale (MCS) de 53,5 %. Le NDI était négativement corrélé avec le score total SF-36 ($r = -0,561$, $p = 0,002$). Une corrélation statistiquement significative était observée entre le NDI et le PCS ($r = -0,483$, $p = 0,008$) ainsi que le MCS ($r = -0,531$, $p = 0,003$). Une corrélation significative était trouvée entre le NDI et les domaines suivants du SF36 : le domaine de la santé générale (GH) ($r = -0,343$, $p = 0,0,24$), domaine de la vie et relation avec les autres (SF) ($r = -0,593$, $p = 0,001$), la vitalité (VT) ($r = -0,479$, $p = 0,009$) et le domaine de limitation dû à l'état psychique (MH) ($r = -0,399$, $p = 0,0032$).

Conclusion. – Peu d'études ont évalué la relation entre l'incapacité fonctionnelle et la QDV du patient au cours de la NCB. Notre travail suggère que le NDI reflète aussi bien la qualité de vie physique que mentale pour ces patients, représentant un outil fiable et rapide pour le suivi.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-043

Algorithmes d'identification des rhumatismes inflammatoires chroniques et du psoriasis dans les bases médico-administratives internationales utilisant la CIM-10 : revue de la littérature

B. Castagne* (1) ; M. Viprey (2) ; P. Caillet (3) ; M. Belhassen (4) ; G. Desjeux (5) ; C. Estellat (6) ; S. Bailly (7) ; M. Soubrier (1) ; AM. Schott (8)

(1) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (2) Pôle information médicale evaluation recherche, Hospices Civils de Lyon & HESPER, Lyon; (3) Service de pharmacologie clinique, centre d'addictovigilance, Hôtel-Dieu De Nantes, Nantes; (4) Pharmacoepidemiologie, Université Lyon 1, Lyon; (5) Chief data & medical director, Sanoia, Gémenos; (6) Eceve, umr1123, université paris diderot, sorbonne paris cité, Département d'Épidémiologie et Recherche Clinique, AP-HP, HUPNVS, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris; (7) Équipe 11, Institut Albert Bonniot – Inserm U823, La Tronche; (8) Pôle

Information Médicale, Épidémiologie, Recherche, Hospices Civils de Lyon & HESPER, Lyon

*Auteur correspondant : bcastagne@chu-clermontferrand.fr (B. Castagne)

Introduction. – Les bases de données médico-administratives (BDMA) constituent une source de données importante pour la recherche, notamment pour les pathologies rares comme les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques. Cependant, la validité des conclusions des études menées dans les BDMA dépend de la validité des algorithmes utilisés pour détecter les pathologies. L'objectif de ce travail était de décrire les algorithmes utilisés dans les BDMA pour la détection de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), la Spondylarthrite Ankylosante (SA), le Rhumatisme Psoriasique (RPso) et le Psoriasis cutané (Pso).

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une revue non systématique de la littérature dans la base de données Pubmed des études publiées jusqu'au 31/01/2018. Nos critères d'inclusion étaient : les études menées dans des BDMA traitant d'au moins une des quatre pathologies étudiées (PR, SA, RPso et Pso) et utilisant la codification de la Classification Internationale des Maladies, version 10.

Résultats. – Parmi les 590 références identifiées, 37 articles en texte intégral ont été sélectionnés dans notre revue. Parmi eux, 10 concernaient la PR, 8 la SA, 13 le RPso, et 17 le Pso. Pour la PR, toutes les études ont utilisé le code M05, associé pour 5/10 au code M06 avec toutes ses subdivisions, 8/10 aux codes M06.0 (polyarthrite rhumatoïde séronégative), M06.8 (autres polyarthrites rhumatoïdes précisées) et M06.9 (polyarthrite rhumatoïde, sans précision), 7/10 aux codes M06.2 (bursite rhumatoïde) et M06.3 (nodule rhumatoïde), et 6/10 au code M06.1 (maladie de Still). Pour la SA, 7/8 auteurs ont utilisé le code M45. Seul, 1/8 auteur a utilisé les codes M45.9 (spondylarthrite ankylosante, localisation vertébrale non précisée), M46.1 (sacro-iliite, non classée par ailleurs), M46.8 (autres spondylopathies inflammatoires précisées) et M46.9 (spondylopathie inflammatoire, sans précision). Pour le Pso, tous les auteurs ont utilisé le code L40 ou au moins deux prescriptions de vitamine D topique en l'absence d'hospitalisation. Toutes les études sur le RPso ont utilisé les mêmes codes : M07.0, M07.1, M07.2, M07.3.

Discussion. – Les codes utilisés pour la SA, le RPso et le Pso sont homogènes. Pour la PR, l'utilisation du code M06 est plus variable.

Les codes M06.4 (polyarthropathie inflammatoire) et M06.1 (maladie de Still) sont non spécifiques. Contrairement au Pso, les thérapeutiques utilisées dans les rhumatismes inflammatoires chroniques n'étant pas spécifiques d'une pathologie, il semble difficile de les inclure dans l'algorithme de détection des patients. La plupart des algorithmes utilisés dans ces études n'ont pas été validés dans des études dédiées. Seuls la Suède et le Danemark (18/37 articles) ont validé leurs algorithmes pour les spondylarthropathies (valeur prédictive positive 70-89 % pour la SA, 81-100 % pour le Pso, 63-92 % pour le RPso). Une des limites de notre étude repose sur le fait que nous n'avons pas réalisé de revue systématique de la littérature. Cependant, Pubmed est une des plus riches bases de données bibliographiques.

Conclusion. – Nous recommandons d'utiliser les codes M45 pour la SA, L40 pour le Pso, M07.0 M07.1 M07.2 et M07.3 pour le RPso, et les codes M05, M06 avec exclusion des codes M06.1 et M06.4 pour la PR. Étant donné la place grandissante des études sur BDMA, il semble important de réaliser des études de validation d'algorithmes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-044

Les interventions visant à améliorer la prise en charge de l'ostéoporose : revue systématique et méta-analyse

J. Martin* (1) ; M. Viprey (1) ; B. Castagné (2) ; B. Merle (3) ; C. Giroudon (4) ; R. Chapurlat (5) ; AM. Schott (1)
 (1) Pôle de santé publique, Hospices Civils de Lyon & HESPER, Lyon; (2) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (3) Pavillon F, Hôpital E. Herriot, INSERM U1033, Lyon; (4) Documentation centrale, Hospices Civils de Lyon, Lyon; (5) Rhumatologie, Hôpital E. Herriot, Hospices Civils de Lyon, Lyon

*Auteur correspondant : juliemartin.etu@gmail.com (J. Martin)

Introduction. – L'ostéoporose (OP) est un problème de santé publique majeur, de plus en plus préoccupant avec le vieillissement de la population. La prise en charge repose sur la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) et l'instauration d'un traitement médicamenteux, souvent associé à une supplémentation vitamino D-calcique. Malgré des recommandations régulièrement actualisées, la prise en charge de l'OP est loin d'être optimale. Ainsi, depuis 2003, des interventions ont été développées dans le but d'améliorer le nombre de mesures appropriées de la DMO, ainsi que la prescription de traitement anti-ostéoporotique. Notre objectif est de réaliser une revue systématique de la littérature de ces interventions et d'étudier leur efficacité sur ces deux types de prescription (DMO et traitement).

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature des interventions visant améliorer la prise en charge de l'OP. Deux relecteurs indépendants ont réalisé la sélection et la cotation qualité des articles. Trois grands types d'interventions ont été définis avec parfois des sous-types :

- Les interventions structurelles, impliquant une modification organisationnelle (exemple : filière ou équipe mobile).
- Les interventions éducationnelles avec un échange : Centrés sur l'équipe soignante ou impliquant le patient
- Les interventions avec un envoi de matériel éducatif : au patient seulement, au soignant seulement ou aux deux

Résultats. – Avec 4 268 références obtenues par nos équations de recherche, 32 articles ont finalement été retenus. Les interventions structurelles ont un effet significatif sur la prescription de DMO avec un OR = 9,99 CI 95 % [2,05, 48,59] et aussi sur la prescription de traitement avec un OR = 4,45 CI 95 % [2,34, 8,45]. Les interventions éducationnelles via un échange n'ont pas d'impact significatif sur la prescription de DMO (OR = 1,48 CI 95 % [1,00, 2,21]). Néanmoins, l'analyse en sous-type révèle que le résultat devient significatif quand le patient est impliqué (OR = 1,88 CI 95 % [1,05, 3,38]) alors qu'il est non significatif si l'intervention est centrée sur le soignant

(OR = 1,01 CI 95 % [0,58, 1,76]). L'impact sur la prescription de traitement est significatif pour l'analyse globale (OR = 1,47 CI 95 % [1,10, 1,98]) mais devient non significatif pour les deux sous-types. Enfin les interventions avec envoi de matériel éducatif ont de manière globale, un effet significatif sur la prescription de DMO (OR = 2,70 CI 95 % [2,00, 3,65]) et de traitement (OR = 1,77 CI 95 % [1,45, 2,15]). Les résultats restent significatifs pour tous les sous-types, sauf pour la prescription de traitement quand l'envoi était fait uniquement au patient (OR = 1,22 CI 95 % [0,66, 2,26]).

Discussion. – Les interventions tous types confondus ont plus d'impact sur la prescription de DMO que de traitement. Les interventions les plus efficaces sont celles impliquant une modification structurelle. Pour les interventions avec un échange éducationnel, le fait d'impliquer le patient semble avoir un effet positif. En revanche, l'envoi de matériel éducatif est plus efficace lorsqu'il est destiné aux soignants.

Conclusion. – Les interventions visant à améliorer la prise en charge de l'OP ont un effet positif sur la prescription d'une mesure de la DMO et, dans une moindre mesure, sur la prescription de traitement.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-045

Atteinte temporo-mandibulaire au cours de l'otite externe nécrosante

M. Bellakhdher (1) ; J. Houas* (1) ; M. Ghammam (1) ; K. Bacchouche (2) ; S. Hmila (2) ; A. Meherzi (1) ; W. Kermani (1) ; E. Bouajina (2) ; M. Abdelkafi (1)

(1) Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie; (2) Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : jihene.haouas@gmail.com (J. Houas)

Introduction. – L'otite externe nécrosante est une ostéomyélite du conduit auditif externe et de l'os temporal survenant essentiellement chez les sujets âgés, diabétiques ou immunodéprimés.

L'ostéomyélite temporo-mandibulaire est une complication rare pouvant émailler l'évolution de cette affection, survenant souvent après un traitement initial inapproprié de l'affection causale.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 18 ans [2010-2017], menée au service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale de l'hôpital Farhat Hached de Sousse, colligeant 69 patients hospitalisés pour prise en charge d'une otite externe nécrosante. Une Tomodensitométrie des rochers, pratiquée chez tous les patients, a confirmé l'atteinte temporo-mandibulaire chez 6 patients.

Résultats. – L'âge moyen était de 67 ans avec un sex ratio de 1,13. Tous les patients étaient diabétiques. L'otalgie était le maître symptôme. Une douleur à la mastication avec une limitation de l'ouverture buccale étaient retrouvées chez 3 patients. L'examen clinique a confirmé le diagnostic de l'otite externe. La palpation était douloureuse à la palpation en regard de l'ATM chez tous les patients. Un trismus était présent chez 4 patients. Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez tous les patients. L'otite externe était bactérienne chez 4 patients à Pseudomonas et mycosique chez deux patients. Une TDM des rochers a confirmé l'atteinte de l'ATM avec des signes en faveur de l'arthrite temporo-mandibulaire chez tous les patients. Une IRM du massif facial pratiquée en complément à la tomodynamométrie dans un cas a confirmé l'extension de l'infection à l'espace para-pharyngé et a mis en évidence une atteinte du condyle mandibulaire et une infiltration du muscle ptérygoïdien externe. Le traitement était médical dans tous les cas.

Conclusion. – L'ostéomyélite temporo-mandibulaire est une complication rare de l'otite externe nécrosante. La diffusion de l'infection peut être secondaire à une ostéite du tympanal ou se faire à travers des déhiscences congénitales du conduit auditif externe. Les douleurs, la limitation de l'ouverture buccale et la tuméfaction pré-tra-

gienne en sont les principaux signes cliniques. Le traitement est essentiellement médical, basé sur une antibiothérapie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-046

Il n'y a pas de saison pour les spondyloscites infectieuses

JJ. Dubost* (1) ; B. Peirera (2) ; M. Couderc (1) ; S. Malochet-Guinamand (1) ; A. Tournadre (1) ; M. Soubrier (1)
(1) Rhumatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand; (2) Unité de biostatistiques, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
*Auteur correspondant : jldubost@chu-clermontferrand.fr (JJ. Dubost)

Introduction. – La croyance selon laquelle les infections ostéo articulaires sont plus fréquentes en été, est répandue chez les rhumatologues. Les études montrent que les infections à *Staphylococcus aureus* notamment cutanées et les bursites seraient plus fréquentes l'été. Dans les infections de prothèse et les infections post opératoire du rachis, les études de saisonnalité donnent des résultats contradictoires. Une étude sur 159 arthrites septiques sur articulation native ne montre pas de saisonnalité mais on ne dispose pas d'étude dans les spondylodiscites primitives. L'objectif de cette étude est donc de rechercher une saisonnalité dans les spondylodiscites infectieuses primitives.

Patients et méthodes. – Étude rétrospective, monocentrique des patients hospitalisés dans le service de rhumatologie entre 2000 et 2015 pour une spondylodiscite infectieuse. Les infections tuberculeuses et par inoculation iatrogène ont été exclues. Le mois d'hospitalisation a été relevé dans tous les cas. La saison été apparentée au trimestre.

Résultats. – La cohorte comprend 145 patients, 100 hommes et 45 femmes d'âge moyen $66,2 \pm 14,8$ ans. Les spondylodiscites sont cervicales (n = 15), dorsales (n = 41) et lombaires (n = 94). Le germe a été identifié par hémoculture et/ou ponction discale dans 113/145 cas (78 %). Les principaux germes étaient : *Staphylococcus* : 57 dont *S aureus* 29, *Streptococcus* : 25, bacille à Gram négatif : 23. Selon les mois d'hospitalisation, le nombre de spondylodiscites va de 8 à 18 et la répartition n'est pas significativement différente. La proportion selon les trimestres qui représentent les saisons ne diffère pas significativement. Hiver : 37 cas (25,5 %), printemps : 30 (20,7 %), été : 42 (29 %), automne : 36 (24,8 %). La répartition des infections bactériologiquement documentées ou à staphylocoque ne montre aucune tendance pour une saisonnalité.

Conclusion. – L'effectif de l'étude est faible mais elle porte sur 15 ans et elle ne montre aucune tendance pour une saisonnalité des spondylodiscites infectieuses primitives.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-047

Étude comparative des spondylodiscites tuberculeuses et à germes non spécifiques : à propos de 51 cas

A. Feki* (1) ; I. Sellami (2) ; S. Jriri (1) ; R. Grassa (1) ; R. Akrouit (1) ; S. Ben Djmeaa (1) ; MH. Kallel (1) ; H. Fourati (1) ; S. Baklouti (1)
(1) Rhumatologie, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
*Auteur correspondant : feki.afef@yahoo.fr (A. Feki)

Introduction. – La spondylodiscite infectieuse (SD) est une infection du disque et des plateaux vertébraux adjacents par un germe, le plus

souvent par voie hémotogène mais parfois par inoculation directe. Elle est causée par un large spectre de pathogènes mais le mycobactérium tuberculose semble être le germe le plus commun. Le but de ce travail est de comparer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques des SD tuberculeuses et à germes non spécifiques afin de pouvoir objectiver des éléments discriminatifs qui puissent aider au diagnostic étiologique.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective incluant tous les patients atteints de SD, colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 21 ans [1996-2016]. Les patients étaient regroupés en fonction du germe. Les SD brucelliennes et poly-microbiennes étaient exclues de cette étude.

Résultats. – A partir de 68 cas de SD, 51 patients étaient inclus dans cette étude. Le diagnostic de tuberculose (groupe 1) était retenu dans 32 cas (64,7 %) et de SD à germes spécifiques (groupe 2) dans 18 cas (35,3 %). L'âge moyen des patients était de $53,45 \pm 17,17$ ans dans le groupe 1 et de $63,29 \pm 17,29$ ans dans le groupe 2 sans différence significative ($p = 0,062$). Une prédominance masculine était objectivée dans les 2 groupes sans différence significative (51,5 % dans le groupe 1 et 61,1 % dans le groupe 2, $p = 0,51$). Tous les patients avaient au moins un facteur de risque de SD. Un contage tuberculeux était plus fréquent dans le groupe 1 avec une différence significative ($54,5 \%$ versus $5,6 \%$, $p = 0,01$). Cependant les antécédents de septicémie et de porte d'entrée infectieuse cutanée étaient plus fréquents dans le groupe 2 avec une différence significative ($p = 0,05$ et $p = 0,033$ respectivement). Le délai moyen entre l'apparition des premiers signes et l'hospitalisation était significativement plus important dans le groupe 1 ($184,2 \pm 175,11$ versus $55,76 \pm 46,850$ jours, $p = 0,05$). Sur le plan clinique, tous les patients présentaient des rachialgies inflammatoires et avaient un syndrome rachidien à l'examen physique. Des signes évoquant une compression médullaire étaient présents exclusivement dans le groupe 1. La fièvre était plus fréquente dans le groupe 2 ($33,3 \%$ versus $6,1 \%$, $p = 0,01$). Sur le plan biologique, une hyperleucocytose à PNN était plus observée dans le groupe 2 mais sans différence significative ($p = 0,079$). La C-protéine activée (CRP) était significativement plus élevée dans le groupe 2 ($69,47 \pm 49,70$ versus $39,469 \pm 34,19$ mg/l, $p = 0,026$) de même pour la vitesse de sédimentation ($86,56 \pm 31,07$ versus $62,33 \pm 34,33$ mm à h1, $p = 0,016$). Sur le plan radiologique, à la radiographie standard, une ostéolyse en miroir et l'aspect de fuseau para vertébral étaient plus objectivés dans le groupe 1 avec une $p = 0,05$ et $p = 0,047$ respectivement. À l'IRM, pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la fréquence d'épidurite, d'abcès des parties molles ou de compression médullaire. Le rachis dorso-lombaire était touché surtout par la tuberculose alors que le rachis cervical était surtout touché par les germes banaux. Un traitement médical basé sur une antibiothérapie choisie selon la sensibilité du germe en cause était prescrite chez tous les patients. Trois patients du groupe 1 avaient nécessité une intervention chirurgicale pour une urgence neurologique. Sur le plan évolutif, une amélioration clinique était objectivée dans les 2 groupes. Un seul patient du groupe 1 avait gardé une paraplégie malgré l'intervention chirurgicale.

Conclusion. – Notre étude confirme que l'origine tuberculeuse reste la cause la plus fréquente des SD dans les pays en voie de développement. En les comparant aux SD à germes banaux, elle avait un délai diagnostique plus long, un contage tuberculeux plus important, une moindre fréquence de fièvre mais avec plus de signes neurologiques. Le syndrome biologique était peu prononcé. Le rachis dorso-lombaire était l'étage le plus touché.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-048

Caractéristiques cliniques de l'arthrite de Lyme en Bretagne : série rétrospective de 28 cas

C. Corre (1) ; G. Coiffier* (1) ; B. Degeihl (2) ; JD. Albert (1) ; P. Guggenbuhl (3)

(1) Rhumatologie, Hôpital Sud, Rennes; (2) Parasitologie, C.H.U de Rennes, Rennes; (3) Umr991, Inserm, Rennes

*Auteur correspondant : guillaume.coiffier@chu-rennes.fr (G. Coiffier)

Introduction. – La maladie de Lyme est une zoonose à *Borrelia burgdorferi lato sensu* (ou *Borrelia*) transmise par une tique (*Ixodes ricinus*). Sa manifestation clinique la plus courante est l'érythème migrans (EM). Une arthrite peut survenir secondairement en l'absence d'antibiothérapie. Cette arthrite a été bien décrite dans les suites de l'épidémie dans le Connecticut dont l'agent pathogène est *B. stricto sensu*. En Europe, plusieurs espèces de *Borrelia* peuvent être responsables d'arthrite (*B. stricto sensu* (ss), *B. afzelii*, *B. garinii*), cependant aucune étude publiée n'a décrit les caractéristiques cliniques de cette maladie dans notre région. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques de l'arthrite de Lyme dans une région française (Bretagne).

Patients et méthodes. – Étude observationnelle non interventionnelle rétrospective. Les cas ont été sélectionnés à partir des observations vues dans le service de rhumatologie et de parasitologie du CHU de Rennes. Les dossiers ont été revus rétrospectivement pour la collection des données anamnestiques, cliniques, et biologiques définies préalablement. Le diagnostic d'arthrite de Lyme a été retenu en présence d'arthrite périphérique avec une sérologie de Lyme positive confirmée par Western-Blot (WB) et traitée par antibiothérapie, après élimination des autres causes habituelles (septique, métabolique ou rhumatisme inflammatoire chronique (RIC)).

Résultats. – Notre série comporte 28 cas d'arthrites de Lyme touchant 15 (54 %) femmes, d'âge moyen $44,6 \pm 15,9$ ans. Une notion de piqure de tique était présente pour 8 (33,3 %) patients, avec un EM au décours dans 3 cas. L'arthrite survenait entre 4 et 10 mois après l'EM. Il s'agissait le plus souvent d'une monoarthrite (89,3 %) du genou (96,4 %) non fébrile (71,4 %) d'évolution chronique et récidivante (64,3 %). Un kyste poplité était rapporté pour 31,6 %, au stade de rupture pour plus de la moitié des cas. Le délai médian du diagnostic après l'apparition de l'arthrite était de 5 [2-8] mois. Dix (35,7 %) patients avaient passé une IRM pour l'exploration de cette arthrite et 15 (53,6 %) avaient été infiltrés par corticoïdes intra-articulaires. Sur le plan biologique, il était noté une CRP $54,5 \pm 49,6$ mg/L, avec une présence de facteurs rhumatoïdes à faible taux pour 2 patients et de facteurs anti-nucléaires > 1/320, sans spécificité anti-DNA ou anti-ENA pour 6 patients. Aucune atteinte neurologique antérieure ou synchrone à l'arthrite n'a été observée. La sérologie de Lyme était positive avec un taux moyen de titre d'IgG de 710 ± 593 U/mL avec une présence d'IgM dans 52 % des cas. Une ponction de liquide synovial (LS) était réalisée chez 25 patients, le liquide était de nature inflammatoire, composé de $29\,000/\text{mm}^3$ ($\pm 31\,900$) éléments nucléés dont 80 % (± 14) de polynucléaires neutrophiles. La détection de *Borrelia* par biologie moléculaire (PCR) était positive dans le LS dans 55 % des cas. Une biopsie synoviale était réalisée chez 6 patients, avec uniquement 1 PCR positive. Une espèce de *Borrelia* a pu être identifiée par PCR dans 8 cas : 4 *B. stricto sensu*, 3 *B. afzelii*, 1 *B. garinii*. L'arthrite était résolutive dans le mois suivant le début de l'antibiothérapie pour 92,6 % des patients. Une récurrence d'arthrite après antibiothérapie a été observée dans 18,2 % des cas. Au terme du suivi disponible, 3 patients ont développé un RIC.

Conclusion. – Ces données sont globalement comparables aux publications nord-américaines. L'arthrite de Lyme doit être évoquée devant une monoarthrite du genou non fébrile d'évolution chronique et récidivante avec un volumineux épanchement ou tableau de rupture de kyste poplité. La sérologie de Lyme doit être positive en IgG, confirmé par le WB, les IgM étant présent dans la moitié des cas. Les 3 espèces de *Borrelia* européennes peuvent être impli-

quées. Une récurrence post-antibiotique est possible (moins de 20 % des cas).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-049

Analyse des signes précoces de sacro-iliite infectieuse au scanner

M. Sondag* (1) ; K. Gete (2) ; F. Verhoeven (1) ; S. Aubry (2) ; C. Prati (1) ; D. Wendling (1)

(1) Rhumatologie, CHRU Jean Minjoz, Besançon; (2) Radiologie, CHRU Jean Minjoz, Besançon

*Auteur correspondant : omax17@hotmail.com (M. Sondag)

Introduction. – L'articulation sacro-iliaque est une localisation rare d'arthrite septique dont le diagnostic devant une douleur atypique pelvienne fébrile n'est pas évoqué en priorité. Cette articulation n'est donc parfois pas analysée spécifiquement sur le scanner pelvien réalisé en urgence ce qui peut entraîner un retard diagnostic. Nous avons donc recherché les signes précoces évocateurs de sacro-iliite infectieuse au scanner.

Matériels et méthodes. – Nous avons analysé dans une étude monocentrique rétrospective au CHRU de Besançon entre janvier 2013 et mars 2018 les cas d'arthrites septiques des sacro-iliaques chez des sujets âgés de plus de 18 ans. Nous avons étudié les données cliniques, biologiques et d'imageries de chaque patient.

Résultats. – 7 cas de sacro-iliites infectieuses ont été recueillis. Les caractéristiques des patients étaient : 57 % d'hommes, 44,1 ans de moyenne d'âge, atteinte de la sacro-iliaque gauche dans 4 cas, fièvre dans 57 %, CRP moyenne 184 mg/l, leucocytes moyens 12 500/ml. 3 patients étaient immunodéprimés, 1 patiente était en post-partum. Dans 5 cas une documentation bactériologique a pu être mise en évidence (1 staphylocoque aureus multisensible, 2 streptocoques, 2 bacilles à Gram négatifs). Dans les 2 derniers cas, aucun germe n'a pu être mis en évidence en raison d'une antibiothérapie mise en route avant leur hospitalisation mais la présentation clinique, la biologie, l'imagerie et l'évolution sous antibiotique étaient en faveur d'une étiologie infectieuse. Les 7 patients ont bénéficié d'un scanner pelvien au cours de leur hospitalisation, en moyenne 6 jours après le début de leur symptomatologie. 4 signes précoces en faveur du diagnostic de sacro-iliite infectieuse ont pu être mis en évidence : une infiltration de la graisse en avant de l'articulation sacro-iliaque dans 86 % des cas, un bombement et un rehaussement de la partie antérieure de la capsule articulaire dans 43 %, un œdème des muscles piriformes (71 %) et iliaques (71 %) du côté de la sacro-iliite. Tous les patients avaient au moins 1 signe positif sur 4, 86 % en avaient au moins 2. Dans 1 cas des signes d'ostéite étaient présents. Dans 4 cas sur 7, l'injection de produit de contraste iodé n'apportait pas d'élément supplémentaire par rapport aux séquences non injectées. 5 patients ont bénéficié d'une IRM après le scanner, qui a confirmé les signes en faveur du caractère infectieux des sacro-iliites. L'IRM a détecté dans un cas un aspect d'ostéomyélite du sacrum et de l'os iliaque, mais également un hypersignal de l'interligne articulaire sur les séquences T2 (80 %) ainsi qu'une meilleure visualisation des abcès. Aucune scintigraphie osseuse n'a été réalisée.

Discussion. – Dans la littérature, il existe des données sur l'intérêt du scanner pour le diagnostic de sacro-iliite infectieuse (1) mais il n'y a pas de description précise des signes précoces évocateurs en dehors des signes d'ostéite, d'apparition plus tardifs. Hermet *et al.* (2) conseillait de se montrer prudent en cas de réalisation du scanner dans les 3 jours après le début des symptômes mais notre courte série montre que certains signes sont positifs même en cas de réalisation très précoce du scanner pelvien. Le scanner dans la pathologie infectieuse de la sacro-iliaque n'a pas de vocation à remplacer l'IRM qui reste le gold standard quand ce diagnostic est suspecté. L'intérêt du scanner injecté semble plus dans le diagnostic différentiel de pathologies infectieuses d'origine abdomino-pelviennes notamment digestives ou gynécologiques voire de spondylodiscites.

Conclusion. – En urgence, l'analyse scannographique fine de l'articulation sacro-iliaque et de ses muscles adjacents est importante devant un tableau de douleurs pelviennes fébriles atypiques car elle peut permettre d'orienter vers le diagnostic de sacro-iliite infectieuse grâce à la mise en évidence de 4 signes évocateurs.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Matt M, Denes E, Weinbreck P. Infectious sacroiliitis : Retrospective analysis of 18 case patients. *Med Mal Infect* 2018 ; pii : S0399-077X(16)30754-5

[2] Hermet M, Minichiello E, Flipo RM, Dubost JJ, Allanore Y, Ziza JM, et al. Infectious sacroiliitis : a retrospective, multicentre study of 39 adults. *BMC Infect Dis* 2012 ; 12 : 305.

PE. Ma-050

Les infections ostéo-articulaires : l'expérience de 12 ans dans le service de rhumatologie au CHU du Point G

IS. Pamanta* (1) ; B. Kodio (1) ; D. Seydou (1) ; S. Touré (1) ; S. Fanta (1) ; T. Mohomodine (1) ; C. Idrissa Ah (1)

(1) Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Bamako, Mali

*Auteur correspondant : pamantaibrahimsory@yahoo.fr (IS. Pamanta)

Introduction. – Les infections ostéoarticulaires demeurent un problème de santé publique en Afrique. La prévalence globale en France est de 54,6/100 000 hbts [1], au Gabon 1,6 % [2].

But. – Préciser les caractères épidémiologique, clinique et évolutif des infections ostéoarticulaires.

Patients et méthodes. – Il s'est agi d'étude rétrospective et prospective portant sur les dossiers d'hospitalisation colligés en 12 ans [2006-2017], des patients chez qui le diagnostic d'infection ostéoarticulaire a été retenu.

Résultats. – Trois cents cinq dossiers de patients hospitalisés ont été retenus sur 1 212 dossiers, soit une fréquence de 25,16 %. Le sex ratio H/F est de 1,32. La moyenne d'âge était 41,28 ans [extrêmes de 3 et 92 ans]. La drépanocytose et le VIH étaient les principaux facteurs prédisposant 7,8 % et 6,88 %. La répartition était : une arthrite dans 122 cas, une spondylodiscite chez 111, une ostéomyélite chez 63 patients, huit patients associaient arthrite et spondylodiscite. Le syndrome inflammatoire biologique était constant. Le *Mycobacterium tuberculosis* a été incriminé chez 51,47 % des patients (157 cas). L'étiologie était bactérienne chez 148 patients. Le *staphylocoque* représentait 70 % des germes identifiés, suivi du *streptocoque* (7 %), les *salmonelles* (5,5 %). Le traitement antituberculeux (2RHZE/10RH) a duré douze mois chez 165 patients. La chirurgie a concerné 18,68 % des patients, cependant des séquelles fonctionnelles ont été recensées chez 30 % des cas. Treize (13) décès ont été déplorés.

Discussion. – Nous avons colligé 305 dossiers soit une fréquence de 25,16 % La prédominance masculine (54,04 %) a été rapportée ailleurs [1] à la différence de Prénom Houzou au Togo pour une prédominance féminine (58,14 %) [2]. Prénom rapporte l'éthylisme (26,74 %) et l'infection rétrovirale (12,79 %) comme principaux facteurs prédisposant. La tuberculose 51,47 % des cas dénote l'endémicité de l'affection. La prédominance du *staphylocoque* conforte les données de la littérature [1,2]. Le délai de prise en charge des patients expliquerait en partie les complications observées.

Conclusion. – L'infection ostéoarticulaire survient à tout âge. La drépanocytose et le VIH sont les principaux facteurs prédisposant. Les séquelles fonctionnelles sont fréquentes en raison du retard de prise en charge.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Dubost JJ, Soubrier M Et Souvezie B.

[2] P. Houzou, Kodjo Kakpovi, V. E. S. Koffi-Tessio, K. C. Tagbor, D. E. Landoh, O. Oniankitan, M. Mijiyawa

PE. Ma-051

Les spondylodiscites infectieuses : tuberculose versus brucellose

K. Saadaoui* (1) ; H. Sahli (1) ; H. Ajlani (2) ; S. Rekik (1) ; S. Boussaid (1) ; E. Cheour (1) ; M. Elleuch (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie; (2) Rhumatologie, Hôpital Régional Ben Arous, tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : khdsdi@gmail.com (K. Saadaoui)

Introduction. – La spondylodiscite infectieuse est une affection grave qui peut entraver le pronostic fonctionnel et vital. La détermination du germe responsable est un élément clé de la prise en charge. L'objectif de notre travail est de comparer le profil épidémiologique, clinique et évolutif selon le germe responsable en comparant les spondylodiscites tuberculeuses et brucelliennes.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 44 cas de spondylodiscites à germes spécifiques (*Mycobacterium tuberculosis* et *Brucella*) colligés dans un service de Rhumatologie sur une période de 12 ans (2006-2017).

Résultats. – Le sexe ratio H/F = 0,57 avec un âge moyen de 52,4 ans [15-85]. Le délai moyen de diagnostic était de 6 mois [1-13]. Le germe incriminé était la Bacille de Koch chez 26 patients (59 %) et la *Brucella* chez 18 patients (41 %). La localisation lombaire était la plus fréquente (54,4 %). La moyenne d'âge pour la tuberculose (TBC) était de 53,4 ans versus 51 ans pour la Brucellose (p = 0,658). Le Sex Ratio H/F TBC = 0,3 contre 1,25 pour la brucellose. Le délai diagnostique TBC versus Brucellose était respectivement 5,48 mois/ 6,91 mois (p = 0,215). La rachialgie était le symptôme majeur dans les 2 groupes (100 %). L'altération de l'état général était présente dans 57,7 % pour le groupe TBC versus 55,6 % pour le groupe brucellose. Le syndrome inflammatoire biologique était observé respectivement dans 88,5 % du groupe TBC et 94,4 % des cas. La localisation lombaire était la plus fréquente dans les deux groupes (53,8 % pour la TBC et 55,6 % pour la Brucellose). L'atteinte était multifocale dans respectivement 11,5 % (TBC) et 11,1 % (Brucellose). L'imagerie a permis la mise en évidence d'abcès para-vertébraux dans 69,2 % pour le groupe TBC versus 55,6 % pour le groupe brucella. Une épidurite a été objectivée dans 73,1 % du groupe TBC contre 33,4 % pour celui de la brucella. La ponction biopsie disco-vertébrale était pratiquée chez 76,9 % des patients tuberculeux contre 16,7 % dans l'autre groupe. Elle était négative dans tous les cas de brucellose alors qu'elle a permis le diagnostic chez 46,15 % des cas de TBC. L'évolution après instauration du traitement antibiotique adéquat était émaillée de complications neurologiques uniquement dans le groupe tuberculose (19,2 %). Un seul cas de décès était constaté dans le groupe TBC. Des récurrences ont été constatées dans 3,8 % des cas de TBC versus 5,6 % des cas de brucellose. Le recours à un drainage d'abcès n'a été nécessaire que dans le groupe tuberculose (11,5 %). Une corticothérapie a été instaurée chez 30,8 % des cas de TBC versus 5,6 % des cas de Brucellose.

Conclusion. – Nos résultats témoignent d'une fréquence plus importante des complications neurologiques et de l'épidurite dans les formes tuberculeuses malgré un délai diagnostique statistiquement comparable. La biopsie disco-vertébrale est dénuée d'intérêt dans les spondylodiscites brucelliennes contrairement aux formes tuberculeuses où elles permettent la confirmation du diagnostic.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-052

Infections de site opératoire après chirurgie du rachis avec arthrolyse au cours des rhumatismes inflammatoires

BK. Tan* (1) ; P. Grobost (2) ; T. Chevillotte (2) ; C. Silvestre (2) ; B. Issartel (3) ; C. Chapuis (4) ; S. Perelmutter (1) ; P. Précloux (1) ; P. Roussouly (2)

(1) Anesthésie-réanimation, Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation des Massues Croix-Rouge française, Lyon; (2) Chirurgie orthopédique, Centre Médico-Chirurgical de Réadaptation des Massues

Croix-Rouge française, Lyon; (3) Unité mobile des référents en infectiologie, Médecine Interne Infectieuse et Tropicale, Villeurbanne; (4) Équipe sectorielle de prévention du risque infectieux, Hospices civils de Lyon, Saint-Genis-Laval

*Auteur correspondant : tanbounkim@yahoo.fr (BK. Tan)

Introduction. – Les infections de site opératoire (ISO) peuvent compliquer les traitements par biothérapie (BT) ou immunosuppresseurs (IS) chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire (RA). Les patients opérés du rachis par voie postérieure avec arthrodeèse (CRVPA) présentent une incidence d'ISO plus importante (environ 2 à 8 %) que ceux opérés d'arthroplastie ou d'ostéosynthèse des membres périphériques (environ 1 %) [1]. Cependant, les données concernant la survenue d'ISO chez les patients atteints de RA opérés de CRVPA sont limitées.

Patients et méthodes. – Une étude rétrospective a donc été menée pour décrire la prévalence et les caractéristiques des infections de site opératoire après CRVPA chez des patients atteints de RA consécutivement suivis et opérés de CRVPA dans un centre français de référence entre 2014 et 2017. Tous les patients atteints de RA avaient observé un arrêt de leur traitement IS et/ou par BT, exceptés les corticoïdes, au moins 15 jours avant leur chirurgie [2].

Résultats. – Parmi les 400 à 442 actes annuels de CRVPA réalisés entre 2014 et 2017, 22 de ces interventions, toutes pour déformation, ont concerné 13 patients atteints de RA (7 polyarthrite inflammatoire, 5 spondylarthrite ankylosante, 1 psoriasis rhumatologique). Le score ASA moyen était $2,1 \pm 0,4$. Six étaient des patientes (46,1 %). L'âge moyen était $51,5 \pm 13$ ans. L'IMC moyen était $26,1 \pm 4,7$. Quatre patients fumaient (30,8 %). Quatre patients étaient sous corticothérapie (30,8 %), quatre sous anti-TNF (30,8 %), 2 sous méthotrexate (15,4 %), 1 sous rituximab (7,7 %), 1 sous salazopyrine (7,7 %) et 1 sous acitrétine (7,7 %). Tous ont reçu une antibioprofylaxie adaptée par céfazoline. Un seul épisode d'ISO précoce et profond à *Staphylococcus epidermidis* et *Enterococcus faecalis* était survenu chez un patient de 48 ans, non fumeur, avec surcharge pondérale, sans IS ou BT, ni transfusion sanguine péri-opératoire (soit 7,7 % des patients atteints de RA et 4,5 % des CRVPA pour patients avec RA). Il n'avait pas subi d'autres chirurgies. À noter que 2 patientes ont présenté un épisode thrombo-embolique non grave. Deux patients ont été transfusés après leur intervention chirurgicale pour anémie post-opératoire simple.

Discussion. – Les 2 germes identifiés au cours de cette ISO après CRVPA sont habituellement responsables d'infections opportunistes de patients immunodéprimés et plus rarement d'ISO après CRVPA. Cet épisode infectieux a été traité par une tri-antibiothérapie curative par daptomycine, teicoplanine et rifampicine pendant une durée totale de 6 semaines, sans dépôt de matériel du fait de son caractère précoce. Cette antibiothérapie avait été sélectionnée une allergie à la céfazoline et/ou à la vancomycine déclarée à 48 heures après la chirurgie.

Conclusion. – Dans cette étude préliminaire de patients avec RA opérés de CRVPA, la prévalence et la gravité des ISO semble similaire à celles des autres patients, observées lors des études antérieures. Cependant, une étude multicentrique sera nécessaire pour confirmer ces résultats rassurants et l'absence de surinfection.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Spine (Phila Pa 1976). 2009 Jun 1 ; 34(13) : 1422-8.
- [2] Rheumatology (Oxford). 2016 Mar ; 55(3) : 573-82.

PE. Ma-053

La spondylodiscite infectieuse chez le sujet âgé a-t-elle le même profil que chez le sujet jeune ?

H. Bettaieb* (1) ; JS. Ben (1) ; R. Akrouf (1) ; M. Ezzedine (1) ; MH. Kallel (1) ; H. Fourati (1) ; S. Baklouti (1)

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

*Auteur correspondant : hibahera@gmail.com (H. Bettaieb)

Introduction. – La spondylodiscite infectieuse (SDI) est une pathologie pouvant compromettre le pronostic vital et fonctionnel surtout

chez les sujets âgés. Le vieillissement et l'augmentation de l'espérance de vie conduisent à s'interroger sur les particularités éventuelles des SDI survenant chez cette population.

Patients et méthodes. – Etude rétrospective comparative colligeant 74 cas de SDI hospitalisés au service sur une période de 27 ans [1990-2017]. Les données démographiques et cliniques des patients ainsi que l'enquête étiologique et les complications de la maladie ont été recueillis. Nous avons divisé les patients en deux groupes : Groupe 1 (G1) : sujet âgé > 65 ans et Groupe 2 (G2) : sujet âgé < 65 ans.

Résultats. – Il s'agissait de 40 hommes et 34 femmes avec un sex ratio de 1,17. La répartition des patients était comme suit : 26 cas dans le G1 et 48 cas dans le G2. La durée de la symptomatologie était identique entre les deux populations avec une moyenne de 4 mois et demie. La fièvre était présente respectivement dans 19 % et 21 % dans le G1 et G2. L'altération de l'état général était plus marquée chez la population âgée : 58 % contre 44 % chez la population jeune. A l'examen clinique, tous les patients présentaient un syndrome rachidien. Le syndrome radiculaire était retrouvé uniquement dans 7 cas dans le G1 (27 %) et 19 cas dans le G2 (40 %). La localisation lombaire était la plus fréquente quelque soit l'âge : 73 % et 70 %. L'atteinte était multifocale dans 8 cas dans G1 (31 %) (Contre 16 % dans G2). A la biologie, le syndrome inflammatoire était retrouvé respectivement chez 88 % patients âgés de plus de 65 ans et chez 66 % des patients jeunes. Dans le G1, les germes identifiés étaient : germes banals dans 50 % (5 cas de staphylocoque aureus, 2 cas d'*Escherichia coli*, 1 cas de streptocoque) et la tuberculose (TBC) dans 42 % des cas. Chez les sujets de G2 les SDI à germes spécifiques étaient les plus fréquentes (Tuberculose TBC 52 %, Brucellose 16 %). Les complications étaient moins fréquentes chez les sujets âgés : 7 cas d'epidurite (E), 6 cas d'abcès péri vertébral (APV) et 2 cas de compression médullaire (CM). Dans le G2, les résultats étaient comme suit : 24 cas d'(E), 17 cas de (APV) et 7 cas de (CM). Les résultats ne montrent pas de particularité sur le plan thérapeutique. Au cours de l'évolution du G1, on a noté un cas de paraplégie séquellaire flasque et un décès par SDI à pyogène avec collection et choc septique. Un seul patient était décédé dans le G2 (Insuffisance rénale chronique ancienne).

Conclusion. – Les SDI des sujets âgés sont dans la moitié des cas à germes banals. L'atteinte multifocale est retrouvée dans un tiers des cas. Les complications neurologiques ainsi que les abcès para vertébraux sont moins fréquentes qu'au cours des SDI des sujets jeunes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-054

Ostéomyélites chroniques dans la drépanocytose chez l'adulte : à propos de 747 cas

H. Ayed* (1) ; A. Djenouni (2) ; F. Grifi (3)

(1) Rhumatologie, CHU Annaba, Annaba, Algérie; (2) Hématologie, CHU Annaba, Annaba, Algérie; (3) Hématologie, Faculté de médecine, Alger, Algérie

*Auteur correspondant : ayedhou23@gmail.com (H. Ayed)

Introduction. – La drépanocytose est la maladie génétique la plus fréquente dans le monde. Les complications ostéoarticulaires s'expriment de façon aiguë ou chronique. L'ostéomyélite chronique est une des complications qui apparait le plus souvent au cours de l'évolution d'une ostéomyélite aiguë, mais elle peut également survenir sans phase aiguë apparente et se manifester par des douleurs ou une fistule. Sa durée d'évolution est de quelques mois à quelques années. Elle fragilise l'os et peut être à l'origine de fractures pathologiques avec risque de pseudarthrose.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude longitudinale exhaustive à double visé descriptive et analytique qui a concerné une série de 747 patients drépanocytaires adultes suivis en consultation d'hématologie.

Résultats. – Dans notre étude l'ostéomyélite chronique est retrouvée dans 24 (3,2 %) cas dont 16 femmes et 08 hommes, répartis dans les syndromes drépanocytaires comme suit : 17 cas forme homozygote SS, 05 cas forme double hétérozygote SB et 02 cas forme double hétérozygote SC). L'âge moyen de survenue des ostéomyélites était de 18,5 ans avec des extrêmes allant de 03 à 33 ans. La localisation était monofocale dans 87,5 % des cas et multifocale dans 12,5 % des cas. Elle a concerné le plus souvent les membres inférieurs, le tibia dans 19 cas, le fémur dans 4 cas et le calcanéum dans un seul cas. L'atteinte des membres supérieurs était moins fréquentes, retrouvée dans 3 cas au niveau de l'humérus. La comparaison des ostéomyélites chroniques dans les différents syndromes drépanocytaires, ne révèle pas de différence statistiquement significative.

Conclusion. – Les infections ostéoarticulaires dans notre série étaient moins fréquentes que celles des séries africaines et maghrébines. La vie des patients drépanocytaires est améliorée si les complications ostéo-articulaires chroniques, fréquentes à l'âge adulte, sont systématiquement dépistées et traitées précocement.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-055

Infection de prothèse articulaire et rhumatismes inflammatoires chroniques : à propos de 25 cas

J. zalc (1) ; V. Meyssonier* (1) ; V. Zeller (1) ; S. Godot (1) ; P. Chazerain (1) ; S. Marmor (2) ; JM. Ziza (1)

(1) Médecine interne et rhumatologie, Hôpital de la Croix Saint-Simon (GH Diaconesses Croix Saint-Simon), Paris; (2) Centre de référence des infections ostéo-articulaires, Hôpital de la Croix Saint-Simon (GH Diaconesses Croix Saint-Simon), Paris

*Auteur correspondant : vmeyssonier@hopital-dcss.org (V. Meyssonier)

Introduction. – L'infection est une complication grave des prothèses articulaires. Son incidence est estimée entre 0,3 et 2 %. Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont un facteur de risque d'infection majoré par l'immunodépression induite par les traitements. L'objectif de cette étude est de décrire, chez les patients suivis pour un RIC, le type d'infection de prothèse articulaire (IPA), leur prise en charge thérapeutique en précisant la gestion des traitements spécifiques du RIC.

Patients et méthodes. – Étude descriptive rétrospective de 25 patients suivis pour un RIC, parmi 1 000 patients pris en charge entre 2004 et 2014 dans un centre de référence d'infection ostéo-articulaire pour une IPA.

Résultats. – Parmi les 25 patients ayant un rhumatisme inflammatoire chronique, il y avait 13 hommes et 12 femmes d'âge moyen de 65 ans. Douze avaient une polyarthrite rhumatoïde, 7 une spondyloarthrite ankylosante, 4 un rhumatisme psoriasique et 2 une pseudopolyarthrite rhizomélique. Dix-sept (68 %) patients étaient sous corticothérapie dont 2 sous plus de 10 mg par jour. Concernant les traitements de fond : 10 patients étaient sous DMARDs, 4 patients étaient sous infliximab, 6 patients ne prenaient aucun traitement. Onze patients avaient une infection de prothèse de genou et 14 une infection de prothèse de hanche. Onze avaient une IPA d'origine postopératoire, 9 secondaire hématogène et 5 d'origine indéterminée. On retrouvait majoritairement des staphylocoques à coagulase négative (n = 8, 32 %), *Staphylococcus aureus* (n = 6, 24 %), entérobactéries (n = 4) et des streptocoques (n = 3), dont 2 pneumocoques. Vingt-et-un patients ont eu un changement complet prothétique, en un (n = 16, 64 %) ou 2 temps (n = 5, 20 %). Concernant la gestion des traitements du RIC, la biothérapie avait été arrêtée chez 3 patients : - 1 an et 3 mois avant le diagnostic d'IPA chez 2 patients sans réintroduction ; - au moment du diagnostic chez 1 patient, réintroduite 3 mois après avec une récurrence septique 2 mois après la réintroduction. Parmi les 17 patients sous corticothérapie, 13 l'ont poursuivie, un l'a arrêtée un mois avant la chirurgie (données man-

quantes n = 3). Les DMARDs ont été poursuivis chez 9 patients sur 10.

Il y a eu 6 échecs septiques (2 rechutes au même germe et 4 nouvelles infections à un germe différent), 5 sous corticothérapie (dont 4 également sous DMARDs) et 1 sous biothérapie, 2 décès liés à l'infection de prothèse et 3 événements mécaniques (luxation, fracture) dont 2 sous corticothérapie.

Discussion. – Une IPA au cours d'un RIC est une complication grave potentiellement mortelle. Une stratégie thérapeutique médico-chirurgicale peut permettre une guérison. Les échecs septiques semblent être plutôt en rapport avec une nouvelle infection. La survenue d'une IPA au cours d'un RIC doit être l'occasion de revoir les modalités et l'indication du traitement de fond.

Conclusion. – Les IPA au cours d'un RIC sont une complication grave et peu étudiée dans la littérature justifiant l'élaboration de protocoles stratégiques de traitement et de prévention définis par les rhumatologues, orthopédistes et infectiologues.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-056

Facteurs associés aux infections rhumatologiques bactériennes au cours du VIH/SIDA

M. Ngandeu -Singwé* (1) ; J. Kouam (1) ; M. Doualla Bija (1) ; D. Handy Eone (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital Central, Yaoundé, Cameroun

*Auteur correspondant : ngandeum@yahoo.fr (M. Ngandeu - Singwé)

Introduction. – Au Cameroun, la prévalence du VIH est de 4,3 % dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans en 2015. L'infection par le VIH est caractérisée par une destruction progressive du système immunitaire à l'origine d'un déficit immunitaire. Ce déficit immunitaire rend le PVVS susceptibles à des variétés d'infections opportunistes et non opportunistes, telles que les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les complications ostéoarticulaires entre autres celles de nature infectieuse qui sont responsables d'une augmentation significative de la morbidité et de la mortalité. Ces infections rhumatologiques bien que peu fréquentes, ont d'une grande importance compte tenu de leur mauvais pronostic fonctionnel et de leur implication thérapeutique. Plusieurs facteurs de risques ont été démontrés comme étant associés à l'expression des infections rhumatologiques chez le sujet VIH, tels que l'abus des drogues par voie intraveineuse, la malnutrition, le diabète. Ainsi le but de notre étude était d'identifier les facteurs associés aux infections rhumatologiques bactériennes chez le patient vivant avec le VIH dans notre milieu.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude de type cas-témoin. Nous avons 2 groupes de participants : le groupe 1 (cas n = 40) constitué des patients vivants avec le VIH ayant une maladie rhumatologique infectieuse. 2 groupes de témoins ont été sélectionnés : Les témoins 1 (n = 80) constitué des patients vivants avec le VIH n'ayant pas de maladie rhumatologique infectieuse ; les témoins 2 (n = 40), ont été ajoutés dans le but d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques et la sévérité des infections rhumatologiques et étaient constitués des patients séronégatifs au VIH ayant une maladie rhumatologique infectieuse. Les patients drépanocytaires et ceux ayant refusé de participer à l'étude n'étaient pas inclus. Nous avons retenu au total 154 patients parmi lesquels 42 cas et 72 témoins 1 et 40 témoins 2. L'analyse statistique était faite avec les logiciels CSpPro 6,0 et SPSS 20,0. Le seuil de significativité était de 0,05.

Résultats. – L'âge moyen des cas était de 41,5 ± 11 ans (extrêmes 20-67 ans). Le sexe ratio H/F était de 0,75 avec 18 hommes et 24 femmes. La médiane de CD4 des cas au moment de l'infection était de 311 [245 ; 500] cellules/mm³ (extrêmes 5-859 cellules/mm³). La tranche de CD4 la plus représentée était celle comprise entre 200-500 c/mm³ avec 57,5 %, suivie de celle > 500 cellules/

mm³ à 22,5 %. Le traitement antirétroviral le plus utilisé était la ligne I notamment le TDF/EFV/3TC. Les pathologies rhumatologiques infectieuses chez les PVVS les plus fréquentes dans notre étude étaient la spondylodiscite dans 17/42 des cas soit 40,5 %, suivie des pyomyosites à 15/42 des cas soit 35,7 % et l'arthrite septique chez 13/42 des cas soit 31 %, nous avons eu 2/42 cas d'ostéite soit 4,8 % ; 1/42 cas d'ostéomyélite soit 2,4 % et 1/42 cas de bursite septique soit 2,4 %. Les scarifications et l'amaigrissement ont été retrouvés comme facteurs associés à la survenue des infections rhumatologiques bactériennes chez les PVVS. La présence du VIH n'influencait pas la sévérité des infections rhumatologiques bactériennes.

Conclusion. – Les infections musculo-squelettiques chez les sujets vivants avec le VIH/SIDA étaient dominées par les spondylodiscites, les pyomyosites, et l'arthrite septique. Ces infections touchaient surtout les adultes jeunes de sexe féminin. Les facteurs, associés à ces infections sont les scarifications et l'amaigrissement.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-057

Caractéristiques et spécificités de la spondylodiscite tuberculeuse chez les sujets âgés

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

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

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

Introduction. – La spondylodiscite tuberculeuse (SPDT) constitue un problème de santé mondial avec une incidence croissante parallèlement au vieillissement de la population. Les troubles neurologiques et les déformations vertébrales font toute la gravité de cette localisation, principalement chez les personnes âgées présentant des comorbidités importantes. Le but de cette étude était de déterminer les caractéristiques clinico-biologiques, radiologiques et évolutives de la SPDT chez les personnes âgées et de les comparer avec les patients plus jeunes.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique incluant les cas de SPDT sur une période de 20 ans [1996-2016]. Les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et évolutives ont été comparés en fonction de l'âge : ≥ 65 ans (sujet âgé) ou < 65 ans (sujet jeune).

Résultats. – Parmi les 60 patients suivis pour SPDT, 34 patients (57 %) étaient âgés de 65 ans et plus. Une prédominance féminine était notée chez les 2 groupes des sujets âgés (62 %) et des plus jeunes (69 %). L'âge moyen était de 69 ans [66-86] dans le groupe des sujets âgés. Un facteur favorisant était plus rapporté chez les sujets âgés : 65 % vs 42 % (p = 0,05). Les antécédents de néoplasie et de diabète étaient plus fréquents chez les personnes âgées : 13 % vs 6 % (p = 0,02) et 24 % vs 11 % (p = 0,01) respectivement. Une localisation extra-articulaire de la SPDT était plus retrouvée chez les sujets âgés sans différence significative. Le délai diagnostique était plus court chez les moins de 65 ans (5,2 vs 7,5 mois ; p = 0,03). Aucune différence significative n'a été constatée entre les 2 groupes en termes de douleur dorsale, de localisation de la SPDT, de signes neurologiques, d'abcès épidual et d'intensité du syndrome inflammatoire biologique. La fièvre était moins fréquemment retrouvée chez les personnes âgées (42 vs 69 %). Ces derniers ont présenté plus couramment une aggravation rapide de l'état général (56 vs 29 %), une confusion mentale aiguë (44 vs 9 %) et une co-infection vertébrale (12 vs 8 %), bien que ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Nous n'avons trouvé aucune différence entre les groupes d'âge en termes de présentation radiologique de l'infection (à l'exception des signes de déminéralisation osseuse plus fréquents chez les patients âgés) ou de l'efficacité de la biopsie disco-vertébrale. De plus, l'âge avancé ne semblait pas influencer la positivité des résultats bactériologiques (p = 0,91) ou histopathologiques (p = 0,524). La durée de l'antibiothérapie était comparable entre les

groupes d'âge (moyenne de 15,1 mois chez les personnes âgées contre 14 mois chez les plus jeunes ; p = 0,55). Les événements indésirables liés aux comorbidités étaient plus fréquents chez les sujets âgés (14 vs 6 %, p = 0,01) avec une probabilité plus élevée d'échec du traitement médical (OR = 2,4, p = 0,02). La fréquence des déformations osseuses et des troubles neurologiques étaient significativement élevés dans le groupe des sujets âgés : 16 % vs 4 % (p = 0,001) et 11 % vs 8 % (p = 0,02) respectivement.

Conclusion. – Les sujets âgés atteints de SPDT se présentaient avec des signes généraux inhabituels à type d'altération de l'état général et de confusion mentale. Ce tableau clinique peut contribuer à un retard diagnostique, un échec thérapeutique et une fréquence élevée des complications osseuses et neurologiques.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-058

La pseudo-polyarthrite rhizomélisque : à propos de 60 cas

S. Jriri* (1) ; S. Ben Djmeaa (1) ; M. Ben Majdouba (1) ; R. GRASSA (1) ; A. Feki (1) ; R. Akrouf (1) ; M. Ezzeddine (1) ; M.H. Kallel (1) ; H. Fourati (1) ; S. Baklouti (1)

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

*Auteur correspondant : sarrajriri@gmail.com (S. Jriri)

Introduction. – La pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) est un rhumatisme inflammatoire qui se caractérise par des douleurs inflammatoires prédominantes aux ceintures scapulaires et ou pelvienne et qui peut être isolé ou associé à une autre pathologie (infectieuse, inflammatoire ou néoplasique). Le but est de préciser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de la PPR maladie.

Patients et méthodes. – Nous avons revus rétrospectivement les dossiers de 60 patients hospitalisés dans un service de rhumatologie pour PPR après avoir exclu toute infection chronique, connectivite ou pathologie maligne.

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de 67,3 ans. Une prédominance féminine a été notée avec un sex-ratio de 0,17. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 10 mois. La PPR intéressait les ceintures scapulaires et/ou pelviennes dans 88 % des cas. Un début asymétrique était noté dans 5 cas ainsi que des manifestations articulaires périphériques (synovite ; arthrite ; arthralgies) étaient rencontrés dans 40 % des cas. Les manifestations extra-articulaires étaient des signes généraux (asthénie et/ou amaigrissement) dans 51,6 % des cas ; un fébricule ne concernait que 11 cas. Les céphalées observées chez 53,3 % des patients étaient accompagnées de troubles visuels dans 34 % des cas. Le syndrome inflammatoire biologique était constaté dans 85 % des cas. La biopsie de l'artère temporale pratiquée dans la moitié des cas a montré une artérite temporale à cellules géantes dans seulement 4 cas. Une échographie des épaules était faite chez 22 patients révélant une bursite sous acromio deltoïdienne dans 12 cas. Au plan thérapeutique, une corticothérapie était systématiquement prescrite chez tous nos patients. La dose d'attaque varie de 0,3 à 0,5 mg/Kg/j pour une durée moyenne de 1 mois et ramenée 10 mg/jr en moyenne en 1 à 2 mois. L'évolution était favorable aussi bien sur le plan clinique que biologique dans 90 % des cas par ailleurs 2 cas de corticorésistance et 4 cas de rechutes après une durée moyenne de 5 mois étaient signalés.

Conclusion. – La PPR est un rhumatisme du sujet de plus de 50 ans se présentant typiquement par l'atteinte des ceintures scapulaires et/ou pelvienne. Un début unilatérale ou sous forme de signes articulaires périphériques pose un problème de diagnostic. L'échographie des zones douloureuse est d'un grand apport diagnostique. La rétrocession rapide des symptômes sous corticothérapie est un argument de plus en faveur du diagnostic.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-059

Troubles de l'équilibre chez le sujet âgé gonarthrosique

S. Zrida* (1) ; E. Mersni (1) ; L. Metoui (2) ; H. Rahali (1) ; I. Ksibi (1) ; R. Maaoui (1)

(1) Médecine physique et réadaptation fonctionnelle, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie; (2) Médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

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

Introduction. – Le genou est connu pour avoir un rôle compensatoire dans la régulation du contrôle postural en position debout statique. Chez la personne âgée, le vieillissement des grandes fonctions et du système postural associé à la gonarthrose entraîne une fragilité plus importante avec un risque accru de chutes. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'équilibre postural de sujets âgés présentant une gonarthrose.

Patients et méthodes. – Étude prospective portant sur des patients âgés de plus de 65 ans recrutés à la consultation externe du service de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle de L'Hôpital Militaire de Tunis, atteints de gonarthrose dont le diagnostic était retenu selon les critères de l'ACR. L'équilibre postural était évalué par le test de l'appui monopodal, le Get Up and Go test et l'épreuve de Tinetti.

Résultats. – Notre étude a inclut 20 patients. La moyenne d'âge était de 68,6 ans avec prédominance féminine (sexe ratio M/F à 0,8). Cinq patients étaient diabétiques et 11 étaient sous traitement anti-hypertenseur. La majorité rapportait une instabilité à la marche et près de la moitié de notre échantillon avait chuté au moins une fois dans leur vie. Une amyotrophie du quadriceps était notée chez 45 % des cas et une désaxation des membres inférieurs chez 30 % des cas. L'appui monopodal était instable chez 54 % des cas. La moyenne du score Get Up and Go test était de 8. La moyenne des scores de Tinetti équilibre et Tinetti marche était respectivement de 13,6 et 9.

Discussion. – Les sujets âgés atteints de gonarthrose ont typiquement une altération de la proprioception au niveau de l'articulation du genou, une faiblesse voir une amyotrophie du muscle quadriceps, une désaxation des membres inférieurs ainsi d'une douleur chronique qui perturbe les afférences proprioceptives aux genoux. Tous ces facteurs expliquent le fait que la gonarthrose est l'un des principaux facteurs de risque de chute en gériatrie. Les échelles posturales utilisées dans notre étude peuvent être prédictives des chutes.

Conclusion. – Les chutes forment un syndrome gériatrique dont le pronostic est sévère et qu'il faudrait en dépister des facteurs de risque et les prévenir.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-060

La colchicine dans le traitement de la chondrocalcinose (CCA) du sujet très âgé : indications, efficacité, tolérance. À propos de 95 observations

B. Verlhac* (1)

(1) Rhumatologie, cabinet médical de Reuilly, Paris

*Auteur correspondant : bverlhac@hotmail.com (B. Verlhac)

Introduction. – Nous avons rapporté (1) des observations de CCA chez le sujet très âgé où la colchicine avait été d'une efficacité clinique et biologique nette et rapide, sans effet secondaire, en opposition à l'idée communément admise (2). Dans cette série plus large nous confirmons son efficacité en curatif et en préventif, même dans des formes atypiques de CCA, et précisons ses indications, son efficacité et sa tolérance clinique et biologique

Patients et méthodes. – Études prospectives en curatif de 2010 (Colchicine systématique si suspicion de crise de CCA, hors indication de ponction/infiltration) (1) et de 2017 (syndrome de la dent couronnée). Étude rétrospective de 2018 de 66 cas de CCA traités en curatif et en préventif par colchicine seule en cabinet médical depuis 2015. **Résultats.** –

• **Indications des études : 2010 :** 19 femmes et 2 hommes, d'âge moyen respectivement de 91,8 ans et 89 ans. La présentation clinique était typique dans 10 cas (4 poignets ; 6 genoux) et 11 atypiques (3 épaules, 1 cou, 1 avant pied ; 3 coudes, 3 altérations de l'état général avec syndrome inflammatoire majeur sur atcd de CCA). **2017 :** 7 femmes (87,5 ans en moyenne) et 1 homme de 92 ans. 3 typiques avec cervicalgies intenses 2 cas à localisation cervicale et lombaire ; 3 atypiques (pseudo PPR, cervicalgies modérées). **2018 :** 66 cas : 11 en curatif -78 ans en moyenne (67-89), 2 hommes 9 femmes ; 15 en prévention de récurrence post crise (\leq 1 mois)-82 ans en moyenne (68-92), 2 hommes, 13 femmes ; 31 en prévention prolongée (\geq 6 mois)-81 ans en moyenne (65 - 100), 6 hommes, 25 femmes ; 9 en prévention très courte (5 J) avant et après une infiltration d'acide hyaluronique -81 ans en moyenne (67 - 91), 2 hommes, 7 femmes.

• **Doses efficaces. En curatif :** 1 mg à 2 mg (par ½ mg dès la 2e prise) à J1 puis ½ mg x2 à J2 et J3 voire jusqu'à J5 puis ½ mg/j jusqu'à J7 à J10. **En préventif** ½ mg/j voire moins

• **Traitements associés :** AINS localement si très inflammatoire : coudes, genoux, poignets. Ponction/infiltration (épanchement au genou) dans le groupe préventif (exclu en curatif) : 3 cas. Corticoïdes per os à faibles doses : non nécessaire dans cette série.

• **Efficacité clinique** jugée en semi quantitatif : +++ (très efficace) le plus souvent en 3 à 4 jours, ++ (efficace) en 4 à 7 jours : 7 cas ; un échec (erreur diagnostique : fracture malléolaire externe révélée par une radio effectuée secondairement !)

• **Efficacité biologique :** CRP revenue à la normale en 3 à 7 jours.

• **Tolérance :** Bonne en curatif (parfois selles un peu liquides dès le 5e jour) et en préventif sauf dans 3 cas avec nécessité de baisser la dose à ½ mg tous les 2 jours du fait d'une intolérance digestive, sans perte d'efficacité. Un seul cas d'utilisation de Colchimax 1/2 mg tous les 2 jours (inconfort digestif entraînant une mauvaise observance)

Discussion. – Ces 95 observations tendent à prouver que la colchicine est aussi efficace en curatif cliniquement et biologiquement dans la CCA du sujet âgé que dans la goutte, les doses étant à adapter à la fonction rénale et aux effets secondaires digestifs pour une bonne tolérance (1), sans diminution d'efficacité. La prévention permet d'éviter les récurrences dans la plupart des cas, néanmoins dans 3 cas sur 31 une ponction/infiltration a été nécessaire. La prévention courte avant et après une infiltration d'acide hyaluronique au genou permet d'éviter une poussée inflammatoire provoquée par le geste (plusieurs cas constatés sur des genoux secs mais ayant une CCA radiologique, avec ou sans antécédent d'épanchement)

Conclusion. – La colchicine reste efficace dans la CCA du sujet très âgé, comme dans la crise de goutte, de manière plus nette que ne le laisse penser la littérature. La prévention est également efficace, à 1/2 mg/ j, comme le conseille l'HAS chez le sujet âgé de plus de 70 ans (3).

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Verlhac B. et al. Formes cliniques typiques et atypiques de la crise aiguë de chondrocalcinose (CCA) chez le sujet très âgé et efficacité du traitement par colchicine : à propos de 21 observations colligées pendant 1 an- Rev Rhum [Ed Fr] 2010 ; 77, Sup 3 : A122-3

[2] Gerster JC. Chondrocalcinose articulaire. EMC (Elsevier, Paris) App. Loc. 14-271A10, 2002,4p Réf 3-Commission de la transparence (HAS) du 29 juin 2016 avis sur la colchicine

PE. Ma-061

Survenue de pseudo-polyarthrite rhizomélique sous inhibiteur de kinase : à propos de 2 cas

F. Verhoeven* (1) ; D. Weil (2) ; M. Sondag (1) ; C. Prati (1) ; D. Wendling (1)

(1) Rhumatologie, CHRU de Besançon, Besançon; (2) Hépatologie, CHRU de Besançon, Besançon

*Auteur correspondant : frank_verhoeven@hotmail.fr (F. Verhoeven)

Introduction. – La pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) est un rhumatisme inflammatoire chronique fréquent chez la personne âgée. Son association avec les pathologies néoplasiques n'est pas rare. Sa Physiopathologie n'est pas encore clairement élucidée mais plusieurs études vont dans le sens d'une implication du système vasculaire avec des taux augmentés de VEGF (1). Nous rapportons deux cas de PPR survenus sous inhibiteur de kinase.

Observation. – Le premier cas est celui d'un homme de 72 ans traité depuis un an par sorafenib dans le cadre d'un hépatocarcinome. Le traitement était efficace avec une stabilisation de la masse tumorale. Le patient a présenté des arthromyalgies inflammatoires des ceintures scapulaires et pelviennes. Il existait également un syndrome inflammatoire biologique (CRP : 98 mg/l). Le TEP-scanner a mis en évidence une hyperfixation des épaules, des hanches et des ischions, ainsi que l'absence de métastases et une stabilité de la masse tumorale. Le diagnostic de PPR était retenu et une corticothérapie à 0,3 mg/kg a permis une disparition complète et durable des symptômes. Le deuxième cas est celui d'un patient de 72 ans traité depuis 3 mois par erlotinib dans le cadre d'un adénocarcinome bronchique avec une bonne efficacité du traitement. Le patient a présenté des arthromyalgies inflammatoires des ceintures. Il existait un syndrome inflammatoire biologique et le TEP-scanner a confirmé le diagnostic de PPR, l'absence de métastase et une diminution de la masse tumorale. Une corticothérapie à 0,3 mg/kg a permis une disparition complète et durable des symptômes.

Discussion. – Nos deux cas sont les premiers cas de PPR rapportés sous erlotinib et sous sorafenib. Le sorafenib est une petite molécule inhibant la prolifération et la vascularisation tumorale. Il inhibe le *vascular endothelial growth factor receptors* (VEGFRs) 1, 2, et 3 ainsi que le *platelet-derived growth factor receptor* β (PDGFR- β). De plus, il est responsable de l'inhibition de la voie JAK/STAT. L'erlotinib est lui un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'*Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) qui est impliqué dans l'activation de la voie JAK/STAT. Nos deux cas mettent en évidence deux faits importants. Premièrement, le VEGF ne semble pas être une cytokine clé de la PPR. En effet, le premier cas est apparu sous inhibiteur du VEGFR et dans le deuxième cas, les taux circulants de VEGF étaient abaissés. Deuxièmement, les deux molécules sont des inhibiteurs multi-kinase qui sont impliqués également dans l'inhibition de la voie JAK/STAT. Ainsi ces cas de PPR sous inhibiteurs de kinases sont des arguments contre l'intérêt du ciblage de la voie JAK/STAT dans la prise en charge de la PPR.

Conclusion. – Nos deux cas remettent en cause l'implication du VEGF et de la voie JAK/STAT dans la physiopathologie de la PPR. De plus larges études sont nécessaires pour confirmer nos données.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Smets P, Devauchelle-Pensec V, Rouzaire PO, Pereira B, Andre M, Soubrier M. Vascular endothelial growth factor levels and rheumatic diseases of the elderly. *Arthritis Res Ther.* 2016 ; 18 : 283.

PE. Ma-062

Prévalence de l'obésité chez les sujets âgés en milieu rhumatologique

MA. EL Achek* (1) ; A. Farhat (1) ; M. Jguirim (1) ; I. Bejia (1) ; S. Zrour (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) Service de rhumatologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.elachek@gmail.com (MA. EL Achek)

Introduction. – L'obésité, maladie en constante augmentation, est associée à de nombreuses complications cardiovasculaires, pulmonaires, hépatiques, néoplasiques mais aussi rhumatologiques notamment la gonarthrose. Notre objectif est d'étudier la prévalence de l'obésité chez les sujets âgés de plus de 65 ans en consultation rhumatologique et de la comparer à la population jeune.

Patients et méthodes. – L'indice de masse corporelle a été mesuré chez les malades consultant en rhumatologie sur une période de trois mois [Avril-Juin 2017]. Les définitions des seuils étaient les suivantes : maigreur IMC < 18,5 kg/m², surpoids IMC \geq 25 kg/m² Et obésité IMC \geq 30 kg/m² (WHO, 1997).

Résultats. – Il s'agit de 323 malades. L'âge moyen de nos patients était de 53,46 ans. Le SR était de 0,22. 17,95 % avaient un RIC, 82,04 % avaient une arthrose (dont 32,07 % avaient une gonarthrose) et 0,1 % avaient une maladie métabolique.

En comparant les données de la population gériatrique (plus de 65 ans) (61 patients) à celle plus jeune (262 patients) nous avons trouvé ; un IMC moyen de 30,06 kg/m² versus 33,18 kg/m². 31,14 % des malades avaient un surpoids versus 26,71 % et 49,18 % avaient une obésité versus 64,50 %. La gonarthrose était retrouvée dans 34,42 % chez la population âgée (dont 100 % associée à un surpoids et ou une obésité) et retrouvée dans 24,42 % des cas chez la population jeune (dont 71,87 % associée à un surpoids et ou une obésité).

Conclusion. – Le surpoids et l'obésité sont des co-morbidités très fréquentes au cours des maladies rhumatismales. Un dépistage et une prise en charge spécifique doivent être proposés systématiquement à ces malades dans le cadre d'une prise en charge globale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-063

Intérêt et limites de la VFA (Vertebral Fracture Assessment) par comparaison à la radiographie standard dans le diagnostic des fractures vertébrales

M. Brahem* (1) ; N. Elamri (1) ; H. Zeglaoui (1) ; K. Baccouch (1) ; S. Belghali (1) ; E. Bouajina (1)

(1) Rhumatologie, Service de rhumatologie Hopital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.mounabraham@gmail.com (M. Brahem)

Introduction. – Les fractures vertébrales (FV) sont habituellement diagnostiquées en utilisant des radiographies conventionnelles de la colonne vertébrale. La VFA (Vertebral Fracture Assessment) a été préconisée comme un outil alternatif pour le diagnostic de ces fractures. Notre objectif est de comparer l'apport de la VFA et la radiographie standard du rachis dorso-lombaire dans le diagnostic des FVs chez les patientes à risque.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale incluant 31 femmes qui ont été référées par leurs médecins traitants pour mesure de densité minérale osseuse (DMO). La VFA (Vertebral Fracture Assessment) a été indiquée au service de rhumatologie à l'hôpital Farhat Hached à Sousse, durant une période d'étude de 3 mois. Les fractures vertébrales sont définies selon la classification de Genant. Une radiographie standard de profil du rachis dorso-lombaire a été pratiquée pour toutes les patientes.

Résultats. – L'âge moyen de nos patientes était de 61,3 \pm 11,3 ans [38-82] avec un indice de masse corporelle moyen de 27,65 \pm 4,8 kg/m² [17,8-40,17]. Selon l'OMS, 17 femmes (54,8 %) avaient

une ostéoporose, 10 (32,3 %) avaient une ostéopénie et 4 (12,9 %) avaient une DMO normale. Les indications pour la pratique de VFA étaient : un âge de plus de 60 ans avec T scores \leq -2 DS, une perte de taille historique de 4 cm ou plus, l'antécédent de fracture vertébrale, le traitement au long cours par corticothérapie et le traitement par anti-aromatase, dans respectivement 25,8 %, 12,9 %, 6,5 %, 45,2 % et 9,7 %. En comparant avec la radiographie standard, la pratique de la VFA n'a pas permis de bien visualiser que les vertèbres entre T4 et L4 chez toutes nos patientes. Nous avons trouvé une concordance entre la radiographie standard et Le VFA de 87,1 % des cas (27 patients parmi 31) concernant la détection de FVs et leur importance (classification de Genant) : Les FVs étaient objectivées chez 6 femmes (19,4 %), dont 2 patients (6,5 %) avaient des FVs grade 1 d'aspect cunéiforme, 2 patientes (6,5 %) avaient des FVs grade 3 (cunéiforme : 2, biconcave : 1) et 2 (6,5 %) avaient des FVs grade 2 et 3 (cunéiforme : 1, biconcave : 1). Trois patientes avaient une seule fracture, 2 patientes avaient deux fractures et une patiente avait 6 fractures. Par contre chez 4 patients (12,9 %), la VFA n'a pas permis de détecter les FVs objectivées à la radiographie standard : FV de T12 grade 1, FV de D7 grade 2, FV de D7 grade 1, FV de D12 grade 1). Si on considère les FVs grade 1 comme douteuses, donc on a une concordance significative entre les deux méthodes ($p = 0,000$) concernant la détection des FV \geq grade 2 (résultat non similaire dans un seul cas : 3,2 %).

Conclusion. – Notre étude a prouvé que la VFA a détecté les mêmes FVs que la radiographie standard dans 87,1 % des cas, avec une concordance significative en matière de diagnostic des FVs \geq grade 2. Elle est beaucoup moins irradiante pour le patient. D'où l'intérêt de la pratiquer en cas de suspicion de fracture ou en cas de facteurs de risque.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-064

Quel intérêt de la mesure de la densité minérale osseuse dans le diagnostic des fractures vertébrales asymptomatiques ?

M. Brahem* (1) ; N. Elamri (1) ; H. Zeglaoui (1) ; K. Baccouch (1) ; S. Belghali (1) ; E. Bouajina (1)

(1) Rhumatologie, Service de rhumatologie Hopital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.mounabraham@gmail.com (M. Brahem)

Introduction. – Bien qu'elle est considérée bénigne, l'ostéoporose avait de graves conséquences du fait de l'augmentation du risque fracturaire (fractures vertébrales et non vertébrales). Les fractures vertébrales (FV) sont souvent asymptomatiques et surviennent fréquemment chez les patients ostéoporotiques. Notre objectif est d'évaluer l'intérêt de la mesure de la densité minérale osseuse (DMO) dans le dépistage des FVs asymptomatiques.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude transversale, incluant des femmes référées à notre service pour mesure de la densité minérale osseuse. Les critères d'inclusions étaient les femmes âgées de plus de 60 ans avec T scores \leq -2 DS, une perte de taille historique de 4 cm ou plus, une perte de taille prospective $>$ 2 cm sur 2 ans, antécédent de fracture vertébrale et toute patiente avec maladie ou sous traitement (corticothérapie et anti-aromatase) ayant un risque de FV. Les fractures vertébrales sont définies selon la classification de Genant.

Résultats. – Nous avons inclus 31 patientes avec un âge moyen de 61,3 \pm 11,3 ans [38-82]. L'indice de masse corporelle moyen était de 27,65 \pm 4,8 kg/m² [17,8-40,17]. Selon la classification de l'OMS, 17 femmes (54,8 %) avaient une ostéoporose, 10 (32,3 %) avaient une ostéopénie et 4 (12,9 %) avaient une DMO normale. Les indications pour la pratique de VFA étaient : un âge de plus de 60 ans avec T scores \leq -2 DS, une perte de taille historique de 4 cm ou plus, un antécédent de fracture vertébrale, un traitement au long cours par corticothérapie et un traitement par anti-aromatase, dans respectivement 25,8 %, 12,9 %, 6,5 %, 45,2 % et

9,7 %. Les FV étaient objectivées chez 6 femmes (19,4 %), qui étaient de grade 1 (2 cas : 6,5 %), grade 3 (2 cas : 6,5 %) et grade 2+3 (2 cas : 6,5 %). Le profil densitométrique des femmes ayant des FV était en faveur d'une ostéoporose dans 6 cas (60 %), d'une ostéopénie dans 3 cas (30 %), et était normal dans 1 cas (10 %). La présence de FV (grade II/III) était associée avec une DMO basse aux deux sites vertébral ($p = 0,02$) et fémoral ($p = 0,02$). Mais pas de corrélation significative entre la présence de FV (grade II/ III et la présence d'ostéoporose ($p = 0,3$).

Conclusion. – Notre étude a montré qu'un patient sur trois présente des FVs asymptomatiques, et 60 % parmi eux étaient ostéoporotiques (T-score \leq -2,5 SD). La présence de FVs était significativement associée avec une DMO basse aux deux sites de mesure.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-065

La place du traitement conservateur dans la prise en charge de la lombosciatique d'origine discale : résultats d'une étude rétrospective à propos de 300 cas

R. Grassa* (1) ; A. Feki (1) ; M. Ezzedine (1) ; S. Jriri (1) ; S. Ben Djmeaa (1) ; R. Akrouf (1) ; MH. Kallel (1) ; H. Fourati (1) ; S. Baklouti (1)

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

*Auteur correspondant : grassarim@gmail.com (R. Grassa)

Introduction. – La lombosciatique d'origine discale (LSD) demeure un problème majeur de santé publique, source d'absentéisme, de dépenses médicales. Les résultats d'études récentes sont en faveur de la prise en charge non chirurgicale des hernies discales. Ce traitement peut faire appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aux antalgiques (AA), à la corticothérapie, aux exercices physiques et aux infiltrations épidurales. Les choix thérapeutiques sont nombreux et leur efficacité est souvent discutable ou mal évaluée. Le but de ce travail est d'analyser les particularités de la prise en charge des LSD dans un service de rhumatologie et d'évaluer l'efficacité du traitement conservateur et en particulier des infiltrations épidurales.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 300 patients ayant une lombosciatique d'origine discale non compliquée sur une période de 3 ans (janvier 2007-décembre 2009). L'origine discale était suspectée devant des signes cliniques ou confirmée par des explorations radiologiques du rachis lombaire.

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de 53,27 ans [20- 87]. Une prédominance féminine était objectivée avec un sex-ratio F/H égal à 1,36. Le délai de consultation moyen était de 375,48 jours. Un facteur déclenchant était retrouvé dans 35,66 % des cas (à type de soulèvement de charge lourde ou de faux mouvement). Les douleurs étaient impulsives à la toux dans 72 %. Une claudication radiculaire intermittente était notée chez 56,33 %. Des troubles sphinctériens étaient signalés par 39 patients (à type d'impériosité mictionnelle sans notion de fuite avec un examen neuro-périnéal normal). La lombosciatique selon le trajet L5 était la plus fréquente dans notre série (72,8 %). Elle était unilatérale dans 75,66 %. À l'examen du rachis lombaire, l'indice de shoher moyen était de 2,26 cm. Un signe de la sonnette était objectivé dans 53 % des cas et celui du Lasègue était noté dans 44,66 % des cas. L'examen neurologique était sans anomalies dans 78,33 %. Des troubles de la sensibilité superficielle et de la motricité à type de parésie étaient notés dans 21,67 %. L'évaluation de l'intensité des douleurs à l'admission était comme suit : EVA1 moyen était de 7,3/10 [3-10] et l'indice de Quebec IQ1 moyen était de 63,72/100 [11-97]. Sur les radiographies standards, un pincement discal était retrouvé dans 61,33 % et des signes d'arthrose rachidienne dans 37,33 %. Un scanner du rachis lombaire était demandé chez 56 patients et une IRM dans 48 cas. Une hernie discale responsable d'un conflit disco-radiculaire avec une concordance radio-clinique était retrouvée dans la majorité des cas (73,21 % pour les résultats du scanner et 60,41 % pour celles de l'IRM). Sur le plan

thérapeutique, les AA étaient prescrits dans la majorité des cas associés à un AINS (273 cas). Une corticothérapie par voie générale était prescrite chez 31 patients (10,33 %). Une série d'infiltrations épidurales (1 à 3) était pratiquée chez 239 patients (79,66 %). Le nombre d'infiltrations reçues était réparti comme suit : 130 patients avaient reçus 3 infiltrations, 89 patients avaient reçu 2 infiltrations et 20 patients avaient reçu une seule infiltration. L'évaluation du traitement était faite par le calcul de l'EVA de contrôle (EVA2) et de l'indice de Québec de contrôle (IQ2). Une évolution favorable était notée chez 208 patients (76,19 %). En comparant les pourcentages d'amélioration selon la pratique ou non d'une série d'infiltrations épidurales, aucune différence significative n'était objectivée (75,89 % versus 77,55 % respectivement, $p = 0,87$).

Conclusion. – Les infiltrations épidurales font partie de l'arsenal thérapeutique de la LSD et leur usage paraît logique du fait de leur effet anti-inflammatoire. Dans notre étude leur usage n'avait pas montré une efficacité supérieure par rapport à la corticothérapie par voie générale, les AINS et les AA. Nos résultats étaient proches de ceux retrouvés dans les séries récentes de la littérature.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-066

Apport du questionnaire d'OWESTRY dans l'évaluation fonctionnelle de la lombalgie commune chronique

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

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

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

Introduction. – La lombalgie commune chronique constitue un problème médico-économique important dans le monde avec un impact majeur sur la qualité de vie en rapport essentiellement avec l'incapacité fonctionnelle. Notre objectif était d'apprécier l'handicap fonctionnel des patients suivis pour lombalgie commune chronique, et d'évaluer sa relation avec la lombalgie.

Patients et méthodes. – Étude transversale comparative menée sur une période de deux mois, incluant les patients suivis pour lombalgie chronique commune. Le questionnaire d'OWESTRY était utilisé pour l'évaluation fonctionnelle de la lombalgie.

Résultats. – Soixante-cinq patients étaient inclus dans l'étude (42 hommes et 23 femmes), âgés en moyenne de 58 ans [26-77 ans]. La moyenne d'indice de masse corporelle était à 31,4 kg/m². La moyenne du délai de consultation était de 3 ans. Le bilan radiologique a conclu à une discopathie dégénérative dans 38 cas (58 %), une arthrose interapophysaire postérieure isolée dans 13 cas (21 %), un spondylolisthésis dans 6 cas (9 %) et un canal lombaire étroit dans 8 cas (12 %). Une aide technique à la mobilisation (béquilles ou déambulateur) était indispensable chez 18 patients (28 %). Selon le score d'OWESTRY : un handicap minime était retrouvé chez 16 patients (25 %), un handicap modéré chez 29 patients (45 %), un handicap sévère chez 15 patients (23 %) et un handicap majeur chez 5 patients (7 %). Les types d'atteintes radiologiques significativement associés à un handicap plus sévères étaient : la discopathie dégénérative (OR = 3,91, $p = 0,001$) et le canal lombaire étroit (OR = 2,72, $p = 0,02$) (tableau 1).

Tableau 1 Relation entre le type de l'atteinte rachidienne et l'handicap sévère

Type de l'atteinte rachidienne	Odds Ratio	p
Discopathie dégénérative	3,91	0,001
Arthrose interapophysaire postérieure	0,23	0,51
Spondylolisthésis	1,01	0,05
Canal lombaire étroit	2,72	0,02

Conclusion. – La discopathie dégénérative et le canal lombaire étroit semblent être les 2 étiologies les plus associées à un handicap sévère.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-067

La clomipramine avec le paracétamol, le parécoxib et la physiothérapie est-elle efficace dans le traitement de la douleur de lomboradiculalgies communes chroniques ? Étude ouverte prospective

S. Afilal* (1) ; S. Fellous (1) ; I. Hmamouchi (2) ; H. Rkain (1) ; F. Allali (1)

(1) Service de rhumatologie, Hôpital El Ayachi, Centre hospitalier Universitaire Ibn Sina, Salé, Maroc; (2) Consultant en recherche clinique, laboratoire d'épidémiologie et de recherche clinique, Faculté de Médecine, Université Mohamed V, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant : salouaafilal@gmail.com (S. Afilal)

Introduction. – Les lomboradiculalgies communes chroniques constituent un motif fréquent de consultation et un problème majeur de santé publique, avec des traitements basés sur des preuves limitées. La Clomipramine à côté de son effet antidépresseur présente une action antalgique centrale qui est devenue couramment utilisée dans le traitement des lomboradiculalgies communes chroniques rebelles aux antalgiques habituelles mais son efficacité n'est pas encore prouvée.

Objectifs. – Évaluer l'efficacité de la clomipramine en association avec le paracétamol, le parécoxib et la physiothérapie dans la réduction de la douleur chez les personnes présentant une lomboradiculalgie chronique résistante.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude ouverte prospective ayant inclus 41 patients souffrant de lomboradiculalgie commune chronique rebelle à un traitement standard. Les patients ont été hospitalisés pendant 10 jours et ont reçu la Clomipramine par perfusion intraveineuse lente avec des doses progressivement croissantes, 25 mg le premier jour, 50 mg le deuxième jour et 75 mg du troisième jour jusqu'au dixième jour, en association avec le paracétamol par voie intraveineuse à la dose de 3 g par jour pendant dix jours, le Parécoxib injectable pendant 3 jours et dix séances de rééducation de rachis lombaire comprenant un massage antalgique, un renforcement musculaire et un entretien articulaire. La clomipramine a été relayée à la sortie par 25 mg par jour par voie orale jusqu'au 90e jour. Le principal critère de jugement était l'intensité de la douleur, mesurée aux jours 0, 5, 10 et 90, en utilisant une échelle visuelle analogique (EVA) de 10 mm. Les critères de jugement secondaires étaient les changements dans les symptômes de douleur neuropathique mesurés avec le DN4 (cutoff ≥ 4), l'intensité de la gêne avec une échelle visuelle analogique (EVA) de 10 mm, le périmètre de marche sans douleur (min), l'invalidité par le questionnaire de Roland Morris, la sévérité des symptômes de l'humeur en utilisant l'échelle d'anxiété et de dépression (HAD) et la mobilité rachidienne en utilisant l'indice de Schöber (cm) et la distance doigts sol (cm), mesurés aux jours 0, 5, 10 et 90.

Résultats. – 41 femmes ont été incluses, l'âge moyen était 53,1 ans, avec une durée médiane d'évolution de la lomboradiculalgie de 48 mois. Après 5 jours, l'EVA-douleur, l'EVA-gêne, le DN4, le périmètre de marche sans douleur, l'invalidité de Roland Morris et l'échelle HAD ont été statistiquement améliorés ($p = 0,0001$). Pour la mobilité rachidienne : l'indice de Schöber a été significativement amélioré ($p = 0,04$) mais pas de différence significative pour la DDS ($p = 0,18$). Entre le 5e et le 10e jour, tous les critères de jugement ont été statistiquement améliorés ($p \leq 0,001$), sauf pour l'indice de Schöber et la DDS ($p = 0,05$ et $p = 0,06$ respectivement). L'amélioration a été maintenue jusqu'au 90e jour.

Conclusion. – Notre étude suggère que la Clomipramine en combinaison avec le Paracétamol, le Parécoxib et la Physiothérapie est rapidement efficace dans le traitement de lomboradiculalgie chronique avec résultats maintenus jusqu'au 90e jour. Une étude rando-

misée à large échelle comparant cette association thérapeutique contenant la Clomipramine avec un groupe témoin sans Clomipramine est en cours pour mieux interpréter et compléter ces résultats préliminaires et évaluer l'efficacité de la clomipramine dans la prise en charge des lomboradiculalgies communes chroniques.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-068

Lombalgie commune chronique : impact sur la qualité de vie des patients évalué par le score SF-12

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

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

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

Introduction. – La lombalgie chronique, l'un des plus fréquents motifs de consultation en rhumatologie, a un impact majeur sur la qualité de vie, lié à la douleur, à l'incapacité fonctionnelle et les répercussions psychosociales. Notre objectif était d'évaluer la douleur et la qualité de vie des patients suivis en consultation externe de rhumatologie pour lombalgie commune chronique.

Patients et méthodes. – Étude transversale monocentrique menée sur deux mois, portant sur des cas de lombalgie chronique commune. Afin d'évaluer la qualité de vie des patients, nous avons utilisé le score Short-Form-12 (SF-12).

Résultats. – Nous avons colligé 65 cas. Le sexe ratio H/F était à 1,82. La moyenne d'âge était de 58 ans [26-77 ans]. La moyenne d'indice de masse corporelle était à 31,4 kg/m². Il s'agissait d'une discopathie dégénérative dans 38 cas (58 %), d'une arthrose interapophysaire postérieure isolée dans 13 cas (21 %), d'un spondylolisthésis dans 6 cas (9 %) et d'un canal lombaire étroit dans 8 cas (12 %). Des antécédents de traumatisme du rachis ou de lumbago étaient rapportés dans 14 % et 48 % des cas respectivement. Dans 58 % des cas, la moyenne du délai de consultation était de 3 ans. La douleur avait une intensité moyenne à 5,8/10. Une exacerbation des douleurs à l'effort était rapportée dans 100 % des cas. Un absentéisme au moment des poussées était noté chez 31/42 patients actifs professionnellement (74 %). Le score SF12 était inférieur à la normale dans tous les cas. La moyenne du SF12 était de 43,27. Ce score de qualité de vie chutait significativement avec l'intensité de la douleur, les comorbidités associés, l'âge et la multiplicité des lésions dégénératives du rachis (p = 0,001, p = 0,02, p = 0,03, p = 0,02 respectivement).

Conclusion. – Notre étude soulignait clairement que la lombalgie commune chronique était une source de douleur et d'altération de la qualité de vie des patients. Le recours à une évaluation fonctionnelle, se basant sur l'utilisation de scores validés doit être systématique devant toute lombalgie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-069

Le « back book » : améliore-t-il les connaissances des marocains souffrant de lombalgie aiguë ?

A. Kherrab* (1) ; M. Ghazi (1) ; R. NIAMANE (1)

(1) *Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc*

*Auteur correspondant : anasskherrab@gmail.com (A. Kherrab)

Introduction. – Le « back book » est un livret réalisé par une équipe pluridisciplinaire britannique. Il conseille la reprise précoce de l'activité au décours d'un épisode de lombalgie et dédramatise la pathologie lombaire commune. Dans ce travail nous allons évaluer les connaissances des patients marocains souffrant de lombalgie aiguë et estimer l'effet du « back book » sur l'amélioration de leurs connaissances.

Matériels et méthodes. – Trente-trois patients souffrant d'une lombalgie commune aiguë ont répondu à un questionnaire de connaissance

avant et après la lecture du « back book ». Le questionnaire comporte 15 questions réparties en 4 rubriques : généralités, diagnostic, traitement et évolution. Un délai de 48 heures minimum est respecté entre l'administration des deux questionnaires.

Résultats. – Trente-trois patients ont participé à notre étude dont 66,7 % de femmes pour 33,3 % d'hommes, l'âge moyen est de 37,6 ans ± 9,5, soixante pourcent de nos malades sont sédentaires avec un indice de masse corporelle moyen de 28,1 ± 5,6. Le début moyen de la lombalgie remonte à 46,8 jours ± 28. Concernant le niveau de scolarité, 40 % des patients étaient analphabètes, 13 % avaient fait des études primaires, 30 % secondaires et 16,7 % étaient universitaires. Les scores obtenus étaient corrélés au niveau d'instruction de façon significative, P = 0,036 (IC : 0,091-2,576 bêta = 1,334). Les scores les plus élevés ont été enregistrés dans la partie « généralité » (médiane : 5 [5-7,5]), la rubrique « diagnostic » a enregistré le plus petit score 1,66 [0-3,32]. Le score total médian obtenu est de 12 [8,5-12,5] contre 26 [23-28] après la lecture du « back book », cette différence est statistiquement significative (p < 0,001).

Conclusion. – Le « back book » permet d'améliorer les connaissances des marocains souffrant de lombalgie aiguë, il serait donc intéressant de le traduire en arabe tout en l'adaptant à notre contexte socio-culturelle. Grace aux séances de discussion par groupes, les patients d'un bas niveau d'instruction ont pu améliorer leurs connaissances.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-070

Des spondylodiscites infectieuses qui n'en sont pas

S. Boussaid (1) ; K. Zouaoui* (1) ; S. Rekek (1) ; H. Sahli (1) ; E. Cheour (1) ; M. Elleuch (1)

(1) *Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie*

*Auteur correspondant : zouaoui.kha@gmail.com (K. Zouaoui)

Introduction. – La spondylodiscite infectieuse correspond à une infection d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Néanmoins, il faut garder à l'esprit l'existence de diagnostics différentiels. Nous rapportons à cet effet des observations prises au début pour des spondylodiscites infectieuses.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 5 patients hospitalisés au service de rhumatologie pour suspicion d'une spondylodiscite infectieuse.

Résultats. – 5 patients avaient été inclus dans notre étude. Il s'agissait de 3 hommes et 2 femmes avec un âge moyen de 61,6 ans [49-73 ans]. Le symptomatologie était : Une lombosciatique inflammatoire dans 2 cas, une lombocuralgie inflammatoire dans 1 cas, des dorsolombalgies inflammatoires dans 1 cas et des cervicalgies inflammatoires compliquées d'une compression médullaire haute dans 1 cas. Les antécédents étaient : Une insuffisance rénale chronique au stade d'hémodialyse chez un patient, un rhumatisme psoriasique avec une arthrite septique du genou chez un patient, une ablation d'un polype laryngé chez un malade. La fièvre était retrouvée dans 1 cas. Un syndrome inflammatoire biologique avait été noté chez 60 % des patients et l'enquête infectieuse était négative dans tous les cas. La radiographie du rachis avait montré un pincement discal avec un flou des plateaux vertébraux adjacents dans 4 cas et une cervicarthrose étagée avec une étroitesse canalaire dans 1 cas. L'IRM médullaire avait conclu à une spondylodiscite inflammatoire dans 1 cas, une discarthrose sur un canal lombaire étroit dans 1 cas, une spondylarthropathie destructrice de l'hémodialysé dans 1 cas, une fracture transdiscale dans 1 cas et une fracture d'origine traumatique avec une myélopathie cervicarthrosique dans 1 cas. La ponction-biopsie discovertébrale avait été pratiquée chez 3 patients montrant : un remaniement nécrotique du tissu osseux sans signe de spécificité dans 2 cas et avait été non concluante dans le 3e cas. Le patient ayant la fracture transdiscale avait bénéficié d'une arthro-dèse par voie percutanée et les suites opératoires avaient été marquées par l'installation d'une paraplégie complète et les autres

patients avaient eu un traitement symptomatique et fonctionnel avec une bonne amélioration clinique.

Conclusion. – L'imagerie par résonance magnétique au cours des rachialgies inflammatoires est d'une grande aide diagnostique. Néanmoins, il faut se méfier lors de l'interprétation des images et se référer au contexte clinique et biologique avant de retenir les diagnostics.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-071

Qualité de vie au cours de la lombalgie chronique et de la lombosciatique : à propos de 152 patients tunisiens

I. Haddada (1) ; H. Hachfi (1) ; M. Brahem* (1) ; O. Jomaa (1) ; A. Abdallah (1) ; S. Benhammouda (1) ; M. Younes (1)

(1) Rhumatologie, Service de rhumatologie Hôpital Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.mounabrahem@gmail.com (M. Brahem)

Introduction. – La qualité de vie (QDV) est un concept complexe largement influencé par la santé physique et psychologique du sujet ainsi que son niveau d'indépendance. L'objectif de notre étude est d'évaluer la QDV au cours de la lombalgie chronique (LC) et la lombosciatique (LS) et de rechercher les facteurs associés.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale descriptive, menée au service de Rhumatologie au CHU Taher Sfar de Mahdia, portant sur 152 patients ayant consulté pour une LC ou LS communes. L'intensité de la douleur a été mesurée par l'échelle visuelle analogique (EVA). La QDV a été évaluée par le SF-36. L'indice de QUEBECa été utilisée pour évaluer le retentissement fonctionnel des lombalgies. Les troubles de l'humeur ont été évalués par le HAD score.

Résultats. – L'âge moyen de nos patients était de $53,7 \pm 11,3$ ans [23 à 79 ans], avec prédominance féminine dans 61,2% des cas. La moyenne de l'EVA douleur était de $46,5 \pm 50$ mm [1 à 9]. La durée moyenne d'évolution était de $6,4 \pm 5,1$ ans [5 mois à 24 ans]. Le score moyen global (SMG) du SF 36 était de $41,3 \pm 16,4$ [8,2 à 82,8]. Le score composite physique (PCS) était de $35,5 \pm 19,7$ et le score composite mental (MCS) était de $47,1 \pm 17,8$. Une qualité de vie altérée (SMG < 66,7) était notée chez 90,8% des patients. La moyenne du score de Québec était de $45,2 \pm 19,5$. Pour les troubles de l'humeur, le score moyen de dépression était de $8,7 \pm 2,9$ [0 à 19] et le score moyen d'anxiété était de $9,3 \pm 4,8$ [0 à 20]. Dans notre étude, nous avons montré une association significative entre une QDV altérée et la dépression ($p = 0,015$), l'anxiété ($p = 0,002$) ainsi que le score d'évaluation fonctionnelle de Québec ($p = 0,012$). Il n'y avait pas d'association significative entre l'âge, le sexe, l'obésité, l'EVA douleur, la durée d'évolution de la maladie et la QDV.

Conclusion. – La LC et la LS, qui sont responsables d'un handicap fonctionnel et socio-professionnel important, peuvent nuire gravement la QDV des personnes atteintes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-072

Impact fonctionnel de la lombosciatique chez le sujet âgé

I. Haddada (1) ; H. Hachfi (1) ; M. Brahem* (1) ; O. Jomaa (1) ; A. Abdallah (1) ; S. Benhammouda (1) ; M. Younes (1)

(1) Rhumatologie, Service de rhumatologie Hôpital Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

*Auteur correspondant : dr.mounabrahem@gmail.com (M. Brahem)

Introduction. – La lombosciatique (LS) est l'une des affections les plus invalidantes chez les personnes âgées. Mais la plupart des études ont évalué l'impact de cette pathologie chez les adultes jeunes à cause de l'importance des conséquences socio-économiques dans

cette tranche d'âge. Notre objectif était d'étudier le retentissement fonctionnel de la LS chez le sujet âgé et de déterminer les facteurs prédictifs de la limitation fonctionnelle.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale descriptive, menée au service de Rhumatologie du centre hospitalo-universitaire Taher Sfar de Mahdia, portant sur 31 patients ayant consulté pour une lombosciatique commune. L'évaluation fonctionnelle des malades était basée sur l'indice de QUÉBEC et le score de DALLAS.

Résultats. – Trente et un patients dont 18 femmes, âgés en moyenne de 68 ans [65- 99 ans] étaient inclus dans notre étude. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 6,59 ans [3 mois – 20 ans]. Une obésité était notée chez 35,5% des patients avec un BMI moyen de 28,97. La douleur était jugée comme sévère (EVA ≥ 70 mm) chez 22,6% des patients. À l'examen, nous avons objectivé un syndrome rachidien chez 41,9% des patients. En ce qui concerne le retentissement fonctionnel, le score moyen de l'indice de Québec était de 40,70 [5 - 76] avec 35,5% des sujets ont présenté un retentissement majeur (score de Québec ≥ 50). L'impact de la LS sur les domaines de la vie quotidienne était significatif : la moyenne du pourcentage de répercussion sur « l'activité de vie quotidienne » était de 52,94, la moyenne du pourcentage de répercussion sur « l'activité professionnelle et de loisir » était de 43,70, la moyenne du pourcentage de répercussion sur « l'anxiété et la dépression » était de 31,61 et la moyenne du pourcentage de répercussion sur « la sociabilité » était de 27,42. L'analyse statistique n'avait pas montré d'association significative entre la limitation fonctionnelle et l'âge, le sexe, l'obésité, l'EVA douleur ou la durée d'évolution de la symptomatologie.

Conclusion. – La lombosciatique peut altérer lourdement les capacités fonctionnelles des sujets âgés. Ces éléments doivent nous inciter à améliorer la prise en charge de cette population âgée, en tenant compte non seulement de la douleur, mais aussi des tares associées.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-073

Lombalgies symptomatiques hors rhumatisme inflammatoire chronique : aspects diagnostiques

S. Ousehal* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) Rhumatologie, C.H.U Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

*Auteur correspondant : s.ousehal@gmail.com (S. Ousehal)

Introduction. – La lombalgie est un motif fréquent de consultation en rhumatologie, qui relève dans la plupart du temps d'une origine commune. Les lombalgies symptomatiques sont rares, et leur diagnostic repose sur des arguments cliniques établis, justifiant le recours aux examens complémentaires. Le but de notre travail est de rappeler certaines étiologies des lombalgies symptomatiques recensées dans notre service.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique, incluant 28 patients hospitalisés entre 2010 et 2018 pour lombalgie symptomatique. Ont été exclus les malades ayant un rhumatisme inflammatoire chronique.

Résultats. – Il s'agit de 12 hommes et 16 femmes, d'âge moyen de 56 ans (extrêmes de 15 ans et de 87 ans), dont le début des lombalgies était de 3,7 mois en moyenne. Le mauvais l'état général et la fièvre étaient les principaux signaux d'alarme, retrouvés chez respectivement 78,5% et 21,4% des patients. L'examen clinique a retrouvé un syndrome rachidien lombaire chez 57,14% des patients, associé à un syndrome rachidien dorsal chez 21,4% d'entre eux, il n'y avait pas de déficit neurologique et le reste de l'examen somatique était normal. Les explorations paracliniques étaient demandées (le scanner chez 46,4% des cas, l'IRM chez 53,5% des cas, et la biopsie osseuse chez 50% des cas) et nous ont permis de retenir la spondylodiscite (46,44%), les métastases osseuses (28,57%), le myélome multiple (14,28%), lymphome osseux (7,14%) et un sarcome d'Ewing (3,57%).

Discussion. – Les lombalgies symptomatiques représentent 10 à 15 % des lombalgies, leur diagnostic repose sur des arguments cliniques qui ont été étudiés et répertoriés sous la forme de signes d'alerte par un certain nombre de groupes de par le monde, dans notre série, il s'agissait du fléchissement de l'état général et de la fièvre. Les techniques d'imagerie, le scanner et surtout l'IRM ont beaucoup fait progresser le diagnostic des lombalgies symptomatiques, nous avons eu recours à ces 2 examens chez 46,4 % et 53,5 % des malades respectivement.

Conclusion. – Devant une lombalgie et en présence de signes d'alerte tels que la fièvre et l'altération de l'état général, il faut avoir recours précocement aux techniques d'imagerie pour permettre un diagnostic précoce.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-074

Le renforcement musculaire isocinétique et la lombalgie chronique non spécifique

A. Sehimî* (1) ; I. Khat (2) ; S. Ammor (1) ; H. Aboura (1) ; M. Bedjaoui (1) ; O. Bensaber (1)

(1) *Médecine physique et de réadaptation, Faculté de médecine Taleb Mourad/ CHU Hassani Abdelkader, Sidi Bel Abbès, Algérie;* (2) *Médecine physique et de réadaptation, CHU Hassani Abdelkader, Sidi Bel Abbès, Algérie*

*Auteur correspondant : sehimail@gmail.com (A. Sehimî)

Introduction. – La lombalgie chronique non spécifique (LCNS) suscite un intérêt majeur, elle constitue un motif de consultation très fréquent et pose un réel problème de santé publique. Le déséquilibre musculaire fléchisseurs/extenseurs du tronc est un des éléments principaux de la pathogénie de la LCNS. La prise en charge de la LCNS fait appel à plusieurs techniques et protocoles de rééducation, notamment le renforcement isocinétique des muscles du tronc de façon à retrouver l'équilibre agonistes/antagonistes. L'isocinétisme est un mode de contraction musculaire volontaire dynamique à vitesse constante, il constitue un mode de renforcement musculaire qui s'adapte aux capacités des patients et leur offre une sécurité totale en particulier au niveau du tronc, et aussi un mode d'évaluation reproductible et quantifiable des performances musculaires qui permet un meilleur suivi des patients.

Objectifs. – apprécier et évaluer les effets d'un programme de renforcement isocinétique des muscles du tronc chez des patients souffrants de LCNS.

Patients et méthodes. – Étude prospective concernant les patients orientés vers notre service pour une LCNS pendant les mois de janvier et de février 2018. les patients inclus ont suivi un programme de 15 séances de renforcement isocinétique en mode concentrique des fléchisseurs (Fle) et extenseurs (Ext) du tronc à raison de cinq séances par semaine pendant trois semaines. Les critères d'évaluation étaient : l'intensité de la douleur par une échelle visuelle analogique (EVA), la flexibilité du plan postérieur par la distance doigt-sol (DDS), l'endurance et la force musculaire rachidienne par les tests de Sorensen et de Shirado ainsi que les paramètres isocinétiques principalement le ratio des pics de couple Fle/Ext à la vitesse de 30°/s, le retentissement fonctionnel et la qualité de vie par l'auto-questionnaire de Dallas. L'évaluation a été réalisée avant (T0), à la fin du renforcement (T1) et après trois mois (T2).

Résultats. – 20 patients ont été inclus, l'âge moyen était 33 ans ± 7,5 [19-51], sexe ratio F/H était 1,86. À T1, diminution de l'intensité de la douleur de 3 ± 1,41 en moyenne sur l'EVA ($p = 0,001$), diminution de la DDS moyenne de 6,61 cm ± 7,58 ($p = 0,002$), amélioration de l'endurance musculaire moyenne de 55s ± 33,80 ($p < 0,0001$) pour les Fle du tronc (test de Shirado) et de 34s ± 21,86 ($p < 0,0001$) pour les Ext (test de Sorensen), amélioration des performances isocinétiques des muscles du tronc, en particulier des Ext avec une diminution du ratio moyen des pics de couple Fle/Ext à 30°/s de 0,36 ± 0,37 ($p = 0,001$) pour atteindre 0,79 ; diminution statistiquement significative des pourcentages de retentissement de la LCNS, dans les

quatre dimensions du score de Dallas. Les résultats étaient maintenus à court terme (T2).

Conclusion. – Dans le cadre de la prise en charge de la LCNS, ce programme de renforcement isocinétique des muscles du tronc a permis des améliorations physique, psychologique et fonctionnelle avec maintient des bénéfices à court terme.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-075

Impact fonctionnel et qualité de vie au cours de la lombalgie chronique et la lombosciatique

S. Miri* (1) ; M. Jguirim (1) ; S. Zrou (1) ; A. Mhenni (1) ; R. Fakhfakh (1) ; O. Borgi (1) ; M. Beltayfa (1) ; N. Benchekaya (1) ; I. Bèjia (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) *Service de rhumatologie, hopital Fattouma Bourguiba Monastir, Monastir, Tunisie*

*Auteur correspondant : mirisirine1@gmail.com (S. Miri)

Introduction. – La lombalgie chronique et la lombosciatique constituent des pathologies rhumatologiques très fréquentes responsables d'un important retentissement à l'échelle individuelle et socio-économique.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 152 patients ayant consulté pour une lombalgies chronique et/ou une lombosciatique d'origine commune sur une période de 9 mois (du mois de février au mois d'octobre 2016). L'invalidité fonctionnelle était évaluée par l'échelle dorsolombaire de Québec et l'auto-questionnaire de Dallas. La qualité de vie était par le HAQ, SF36, l'échelle de somnolence d'Epworth, le score de sommeil de Pittsburgh, le quotient sexuel et le HAD.

Résultats. – Il s'agit de 93 femmes et 59 hommes, d'âge moyen 53,7 ans (23–79 ans). L'EVA douleur moyenne était de 46,5. La moyenne du score de Québec était de 45,2. La moyenne de la répercussion de la lombalgie sur les activités quotidiennes était de 52,8 %, sur les activités professionnelles et de loisir de 47,9 % sur l'anxiété et/ou la dépression de 44,7 % et sur la sociabilité de 33,8 %. La qualité de vie était altérée chez 90,8 % des patients. Les scores moyens du HAQ et de SF36 étaient respectivement de 1,19 et de 41,3. Le Score moyen d'Epworth était de 8,3. Des troubles de sommeil était objectivée chez 42,8 % des patients. La moyenne du score global de PSQI était de 6,9. Le score moyen du quotient sexuel était de 39,2. Le score moyen de dépression était de 8,7. Le score moyen d'anxiété était de 9,3. Dans notre étude, nous avons montré une association significative entre une qualité de vie altérée (SF36 < 66,7) et les troubles de l'humeur (HAD), troubles sexuels (QS), et les scores d'évaluation fonctionnelle. Toutefois l'analyse statistique n'a pas montré une relation significative entre l'âge, le sexe, l'obésité, l'EVA douleur, la durée d'évolution de la maladie, les troubles de sommeil et la qualité de vie.

Discussion. – Nos résultats confirment l'impact de la lombalgie chronique et de la lombosciatique sur la capacité fonctionnelle des patients, la qualité de vie, le sommeil, la sexualité et le profil psychologique. Nos résultats sont soutenus par ceux de Morken et al [1], Hong JH et al [2], suggérant une forte association entre la lombalgie chronique et/ou la lombosciatique et la qualité de vie.

Conclusion. – Les lombalgies chroniques et les lombosciatiques communes sont des conditions qui affectent tous les aspects de la vie d'un patient, pouvant être responsable d'un handicap fonctionnel et socio-professionnel majeur, d'où la nécessité d'une prise en charge globale et multidisciplinaire.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Morken, T., Riise, T., Moen, B., Bergum, O., Hauge, S. H., et al. (2002). Frequent musculoskeletal symptoms and reduced health-related quality of life among industrial workers. *Occupational medicine (Oxford)*, 52, 91-98.

[2] Hong JH, Kim HD, Shin HH, Huh B. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean J Anesthesiol*.2014 ; 66(6) : 444-50

PE. Ma-076

L'apport de la rééducation posturale globale dans la lombalgie chronique

M. Sghir (1) ; W. Haj Hamad* (1) ; M. Bdiri (1) ; A. Haj Salah (1) ; A. Sghaier (1) ; S. Zrou (2) ; W. Kessomtini (1)

(1) Médecine physique et de réadaptation, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie ; (2) Rhumatologie, Hopital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : wafa.haj88@gmail.com (W. haj hamad)

Introduction. – L'efficacité des techniques de rééducation conventionnelle pour soulager la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle des patients souffrant de lombalgie chronique a été largement étudiée. Cependant, La rééducation posturale globale (RPG) qui vise à corriger la rétraction des différentes chaînes musculaires et rétablir l'équilibre entre ses muscles, afin d'atténuer les douleurs, a été peu étudié. Ainsi, l'objectif de notre travail était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'étirement selon la méthode de RPG dans la lombalgie chronique.

Patients et méthodes. – Nous avons réalisé une étude prospective comportant 10 patients pris en charge pendant six semaines et ayant bénéficié d'un programme de RPG. Le rythme était de deux séances hebdomadaires avec une durée moyenne de 60 minutes pour chaque séance. Les paramètres d'évaluation étaient : la douleur (EVA), la fonction (Questionnaire de l'évaluation Roland et Morris), la qualité de vie (test SF-36) et les symptômes de dépression, anxiété (Hospital Anxiety and Depression scale).

Résultats. – D'après les résultats obtenus, le programme d'étirements musculaires selon la méthode de RPG s'est avéré efficace sur la douleur. Nous avons noté aussi une amélioration de la mobilité segmentaire et globale du rachis lombaire, de la force musculaire, de l'endurance des abdominaux et des spinaux et de l'extensibilité de l'étage sous pelvien. De même la fonction, la qualité de vie et l'état psychologique de nos patients a montré une bonne amélioration.

Discussion. – Les résultats de notre étude sont concordants avec les données de la littérature. En effet, Bonetti F et al ont trouvé une amélioration de la douleur dans 48 % des cas dans le groupe RPG contre 12 % dans le groupe témoins. De même, ces auteurs ont noté une amélioration significative de la composante « limitation de l'activité physique » du score SF-36 pour le groupe RPG, probablement en rapport avec les avantages de l'étirement global.

Conclusion. – Nous avons prouvé que le programme d'étirement musculaire selon la méthode de RPG est efficace dans le traitement des patients lombalgiques chroniques. Cependant des études comparatives plus larges seraient nécessaires pour comparer la RPG aux méthodes d'étirements classiques ou à d'autres traitements conventionnels.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Bonetti F, Curti S, Mattioli S, et al. Effectiveness of global postural reeducation program for persistent low back pain : a non-randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord 2010 ; 11 : 285.

PE. Ma-077

Retentissement fonctionnel et psychologique de la névralgie cervico-brachiale commune : à propos de 100 cas

M.Sghir (1) ; W.Haj Hamad* (1) ; M.Frigui (1) ; A.Haj Salah (1) ; S.Zrou (2) ; W.Kessomtini (1)

(1) Médecine physique et de réadaptation, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie ; (2) Rhumatologie, Hopital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : wafa.haj88@gmail.com (W. haj hamad)

Introduction. – La Névralgie Cervico-Brachiale (NCB) commune constitue un motif fréquent de consultation en Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Cependant, en dépit de son caractère très

handicapant, cette pathologie reste très peu étudiée. L'objectif de cette étude était de déterminer le retentissement fonctionnel et psychologique des NCB commune en milieu de rééducation.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée sur une période de 1 an (janvier 2017-décembre 2017), incluant des sujets adressés à la consultation de Médecine physique pour prise en charge d'une NCB commune. Les paramètres d'évaluation étaient : la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA), la fonction par le Neck and Disability Index (NDI) et le retentissement psychologique par le Hospital Anxiety and Depression scale (HAD).

Résultats. – Nous avons colligé 100 patients dont l'âge moyen était de 42,98 ± 13,7 ans avec une nette prédominance féminine (74 %). Dans les antécédents, une hypertension artérielle est notée dans 55,6 % des cas, un diabète dans 44,4 % des cas et une dyslipidémie dans 37 %. Soixante-dix-sept pourcent des patients étaient déjà sous traitement médical avant de consulter en MPR basé sur des antalgiques et des anti inflammatoires. La durée moyenne d'évolution de la NCB était de 3,2 ans et le délai moyen de prise en charge était de 2 ans. Sur le plan topographique, la racine C6 était la plus atteinte soit 32 %. L'EVA cervicalgie moyenne était de 68,3 mm et l'EVA radiculaire moyenne était de 65,7 mm. Le NDI moyen était de 26,7 ± 7,7 [extrêmes de 8 à 41], ce qui traduit une incapacité sévère. La moyenne du score HAD anxiété était de 12,21 et celle du score HAD dépression de 8,8. Ceci traduit un retentissement psychologique plutôt à type d'anxiété que de dépression.

Discussion. – On revoyant la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude qui évalue le retentissement fonctionnel des NCB commune. De plus, peu d'études ont évalué le retentissement psychologique de cette pathologie. D'où l'originalité de notre travail.

Conclusion. – Notre travail montre que le retentissement fonctionnel et psychologique de la NCB commune est important. Le pronostic généralement favorable est fonction d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-078

Évaluation de la faisabilité d'un programme multidisciplinaire ultra-court d'éducation et de rééducation pour des patients lombalgiques : une étude pilote rétrospective ouverte

R. Garofoli* (1) ; M. Boisson (1) ; F. Ségretin (1) ; J. Linières (1) ; C. Gérard (1) ; S. Moreau (1) ; E. leong (1) ; MM. Lefevre-Colau (1) ; F. Rannou (1) ; A. Roren (1) ; C. Nguyen (1)

(1) Service de rééducation et réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis, C.H.U Cochin, Paris gmail.com (R. Garofoli)

Introduction. – L'objectif de notre étude était d'évaluer la faisabilité d'un programme multidisciplinaire d'éducation et de rééducation, d'une journée et demie, pour des patients souffrant de lombalgies subaiguës ou chroniques.

Patients et méthodes. – Nous avons mené une étude pilote rétrospective, ouverte, avec un bras unique, d'une durée de 3 mois. Les patients présentant une lombalgie subaiguë ou chronique non spécifique pour laquelle les traitements de première intention avaient échoué, sans pour autant qu'un programme de réadaptation multidisciplinaire intensif soit indiqué, ont été recruté de juin 2017 à janvier 2018 dans un centre de soins tertiaires français. Ils ont bénéficié d'un programme pluridisciplinaire d'éducation et de rééducation qui consistait en 2 séances de groupe, l'une d'une journée à baseline (6 heures) et l'autre d'une demi-journée, 10 jours plus tard (4 heures), suivies d'un autoprogramme à domicile dont le contenu et la dose étaient déterminés lors des séances. Le critère principal de jugement était la faisabilité de l'intervention évaluée par le taux d'acceptation à participer à l'étude, le taux de participation aux 2 séances supervisées, le pourcentage de répondants aux auto-questionnaires et l'acceptabilité du programme (évaluée par une échelle

numérique simple : 0 = acceptabilité minimale et 100 = acceptabilité maximale), la satisfaction des patients (0 = satisfaction minimale et 100 = satisfaction maximale), le fardeau du traitement (basé sur le questionnaire ETBQ : 0 = charge minimale et 100 = charge maximale) et l'adhésion à l'autoprogramme (évalué par l'échelle EARS : 0 = observance minimale et 24 = observance maximale) à 3 mois.

Résultats. – Au total, 23 patients remplissaient les critères d'inclusion. 23/23 (100 %) ont accepté de participer mais 2/23 (8,7 %) ne sont pas présentés au programme (oubli de venir pour l'un, raison inconnue pour l'autre). L'âge moyen (écart-type) était de 41 (10,7) ans et la durée d'évolution de la lombalgie était de 2,5 (2,8) ans. 21/23 (91,3 %) patients ont participé à la totalité du programme. 21/21 (100 %), 21/21 (100 %) et 17/21 (81,0 %) ont répondu aux auto-questionnaires à baseline, 10 jours et 3 mois, respectivement. L'acceptabilité moyenne (IC 95 %) était de 90,6/100 (81,6 ; 99,6), la satisfaction de 78,2/100 (68,4 ; 88), le score ETBQ de 26,5/100 (17,3 ; 35,7) et le score EARS de 12,4/24 (9,7 ; 15,1) à 3 mois.

Conclusion. – Un programme multidisciplinaire d'éducation et de rééducation, d'une journée et demie, est une intervention réalisable pour les patients atteints de lombalgie ; son efficacité sera à évaluer lors d'un essai contrôlé randomisé.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-079

Facteurs prédictifs de réponse à la chirurgie des lombalgies discogéniques

S. Wanono* (1) ; P. Fardellone (1) ; J. Peltier (2) ; V. Goëb (1) (1) Rhumatologie, CHU Amiens-Picardie (site nord), Amiens; (2) Neurochirurgie, CHU Amiens Picardie Site Sud, Salouël

*Auteur correspondant : wanonosarah@gmail.com (S. Wanono)

Introduction. – La lombalgie chronique est un problème de santé publique, tant du point de vue économique que de ses conséquences psychosociales. Il existe plusieurs techniques chirurgicales pour sa prise en charge, notamment l'arthrodèse par voie antérieure (ALIF) et la prothèse discale. L'évaluation du succès de la comparaison entre ces deux options est difficile et manque de consensus dans la littérature. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs prédictifs de bonne réponse à la chirurgie par ALIF ou par prothèse discale chez les patients souffrant de lombalgies d'origine discogénique.

Matériels et méthodes. – Cette étude était rétrospective, observationnelle, monocentrique, réalisée au sein d'un Centre Hospitalo-Universitaire, incluant les patients majeurs qui ont bénéficié d'une arthrodèse par ALIF ou prothèse discale, dans le cadre de lombalgies chroniques d'origine discogénique, entre octobre 2015 et décembre 2017. Le critère de jugement principal était une échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur au niveau du rachis $\leq 3/10$ après la chirurgie. Le critère de jugement secondaire était l'amélioration du score fonctionnel d'incapacité d'Oswestry après la chirurgie. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les caractéristiques cliniques et para cliniques des deux groupes de chirurgie.

Résultats. – Tous les patients ont bénéficié d'une chirurgie à l'étage L5-S1. Neuf patients ont été opérés d'une arthroplastie discale avec une EVA radiculaire moyenne de $5 \pm 4/10$, une EVA lombaire moyenne de $8,5 \pm 1,2/10$ et un score d'Oswestry moyen de $50 \pm 15,5$. Vingt-neuf patients ont été opérés d'une ALIF, avec une EVA radiculaire moyenne de $6 \pm 3/10$, une EVA lombaire moyenne de $8,5 \pm 1,5/10$ et un score d'Oswestry moyen de 54 ± 16 . Les patients étaient significativement plus âgés dans le groupe ALIF en comparaison au groupe prothèse discale ($p = 0,01$). L'incidence pelvienne était significativement plus élevée dans le groupe ALIF par rapport au groupe prothèse discale ($p = 0,03$). Le groupe prothèse discale avait tendance à bénéficier de plus d'infiltration avant la chirurgie que le groupe ALIF, sans différence significative ($p = 0,07$). L'étude scannographique retrouvait statistiquement plus d'ostéophytose marginale dans le groupe ALIF que dans le groupe prothèse discale ($p = 0,05$).

L'EVA lombaire moyenne en post-opératoire était de $3,8 \pm 2,7$ dans le groupe ALIF et de $2,28 \pm 2,5$ dans le groupe prothèse discale, sans différence significative. Les EVA lombaires avant et après chirurgie, ont diminué de façon statistiquement significative dans le groupe ALIF ($p = 0,009 \times 10^{-3}$) et dans le groupe prothèse discale ($p = 0,02$). Pour le groupe ALIF, le score d'Oswestry avant et après chirurgie a diminué de façon statistiquement significative ($p = 0,03$). Les patients répondeurs à la chirurgie sont définis selon une EVA de la douleur au niveau du rachis $\leq 3/10$ après la chirurgie. La seule différence significative du groupe ALIF, entre le groupe répondeur à la chirurgie et le groupe non répondeur à la chirurgie, était le sexe féminin ($p = 0,04$). Dans le groupe prothèse discale, il n'existait aucune différence significative des paramètres cliniques et para cliniques étudiés entre les patients répondeurs et les non répondeurs. L'incidence pelvienne avait tendance à être plus élevée dans le groupe répondeur, sans que cela soit significatif ($p = 0,07$).

Conclusion. – L'objectif principal de notre étude était d'identifier des facteurs prédictifs de bonne réponse à la chirurgie par arthrodèse par voie antérieure (ALIF) ou par prothèse discale dans le cadre de lombalgies d'origine discogénique, afin de savoir quel profil de patient un rhumatologue peut adresser au neurochirurgien et pour quel type de chirurgie. Le seul facteur prédictif de bonne réponse à la chirurgie retrouvé dans le groupe ALIF était le sexe masculin. Nous n'avons retrouvé aucun facteur prédictif de bonne réponse à la chirurgie dans le groupe prothèse discale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-080

Évaluation de l'activité physique au cours de la lombalgie commune

A. Faza (1) ; H. Boussaa* (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, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : hibaboussaa@gmail.com (H. Boussaa)

Introduction. – L'activité physique peut contribuer à améliorer les douleurs et à lutter contre le déconditionnement physique et la sédentarité au cours de la lombalgie commune. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le niveau d'activité physique des patients lombalgiques et de déterminer son association avec les paramètres socio-démographiques, cliniques et la qualité de vie.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients suivis pour une lombalgie commune. L'activité physique a été évaluée par la version courte de l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Ce questionnaire permet le calcul d'un score continu de dépense énergétique exprimé en MET – min/semaine et de définir 3 catégories d'activité physique : faible, modérée ou intense. La sédentarité moyenne a été mesurée en minutes par semaine. La qualité de vie a été évaluée par le score SF36 (The Short Form (36) Health Survey). Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats. – Il s'agissait de 33 patients, 26 femmes et 7 hommes, âgés en moyenne de 54 ± 8 ans [34-69]. Parmi eux, 78,8 % étaient mariés et 48,5 % avaient une activité professionnelle. La durée moyenne d'évolution de la lombalgie était de 8 ans. La valeur moyenne de l'échelle visuelle analogique (EVA) douleur était de 61,7 mm [25-90] et l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de $28,9 \text{ kg/m}^2$ [18,7-37,4]. L'indice de Schöber et la distance doigts-sol moyens étaient respectivement de + 3 cm [0,4-6] et 19,5 cm [0-49]. Le temps moyen de sédentarité était de 1 806 min/semaine [210-3 360]. Le score moyen de l'activité physique totale était à $5 228,5 \text{ MET-min/semaine}$ [99-17 228]. Trente-trois pourcent avaient un faible niveau d'activité physique, 24 % avaient un niveau modéré et 42 % un niveau important. Les barrières à une activité physique adéquate et régulière, invoquées par les patients, étaient par ordre décroissant de fréquence : le manque de temps libre (48,5 %), la douleur lombaire (33 %), le manque de motivation (27 %), la peur de déclencher

la lombalgie (18 %), l'existence d'une comorbidité (12 %), le manque de moyens (9 %) et une journée de travail fatigante (6 %). Les moyennes des scores physique et mental du SF36 étaient respectivement de 38,3 [15,8-83,1] et 42,9 [13,8-73,6]. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre le score d'activité physique totale ou le temps de sédentarité d'une part et les différentes caractéristiques socio-démographiques, cliniques et de la qualité de vie.

Conclusion. – La relation entre l'activité physique et la lombalgie commune est complexe, tant sur le plan physique que psychologique. D'autres études sont nécessaires pour étayer ces observations et aider le clinicien à prescrire au mieux des exercices adaptés à chacun.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-081

Compression médullaire : pensez à la maladie des japonais

S. Rekik (1) ; M. Moalla* (1) ; S. Boussaid (1) ; S. Jemmali (1) ; H. Sahli (1) ; E. Cheour (1) ; M. Elleuch (1)

(1) Rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : myriammoalla@live.fr (M. Moalla)

Introduction. – La calcification du ligament commun vertébral postérieur (CLCVP) du rachis cervical est une pathologie rare. Elle est décrite essentiellement chez les Japonais d'où l'appellation de la maladie. Nous rapportons à ce propos une nouvelle observation.

Observation. – Nous rapportons le cas d'un patient tunisien âgé de 61 ans sans antécédents particuliers, qui consulte pour une névralgie cervico-brachiale gauche mal systématisée associée à une lombosciatique L5 bilatérale d'aggravation progressive évoluant depuis 7 mois avec installation plus récente d'une faiblesse musculaire aux quatre membres et de troubles sphinctériens. L'examen clinique a objectivé une douleur à la mobilisation du rachis cervical, une tétraparésie spastique cotée entre 2 – et 3+ et un syndrome quadri pyramidal. Les radiographies du rachis ont mis en évidence au niveau cervical quelques ostéophytes antérieurs et au niveau lombaire des ponts ostéophytiques antérieurs et latéraux mais également postérieurs entre toutes les vertèbres lombaires et quelques vertèbres dorsales. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a objectivé une CLCVP au niveau cervical et des saillies disco-ostéophytiques étagées comprimant la moelle aux étages C4-C5, C5-C6 avec une myélopathie en regard, mais également au niveau de L1-L2 réduisant de façon importante le canal central, ainsi qu'une sténose foraminale bilatérale à l'étage L5-S1 comprimant les racines L5. La tomodensitométrie (TDM) a montré la présence d'une calcification massive du ligament jaune au niveau de C3-C4-C5 comprimant le cordon médullaire. Le traitement a consisté en une laminectomie de C4-C5 et C5-C6 avec résection du ligament jaune calcifié. L'évolution a été rapidement favorable, avec régression totale de la symptomatologie.

Conclusion. – La physiopathologie de la maladie des japonais reste encore mal élucidée. Le diagnostic est basé sur l'imagerie. La TDM a un meilleur apport que l'IRM pour la visualisation des calcifications tandis que l'IRM permet de localiser avec une meilleure précision l'atteinte médullaire et donc de guider le traitement qui est toujours chirurgical.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-082

Évaluation de la qualité de vie au cours de la lombalgie commune

A. Fazaa (1) ; H. Boussaa* (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, Tunis, Tunisie

*Auteur correspondant : hibaboussaa@gmail.com (H. Boussaa)

Introduction. – La lombalgie commune est une pathologie fréquente pouvant aboutir à une incapacité fonctionnelle avec un retentisse-

ment variable sur les activités de la vie quotidienne. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la qualité de vie des patients qui en souffrent et de rechercher un éventuel lien avec le degré d'incapacité fonctionnelle.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients suivis en rhumatologie pour une lombalgie commune. La qualité de vie était évaluée par le score SF36 (The Short Form 36 Health Survey) et le degré d'handicap par le questionnaire ODI (OSWESTRY Disability Index). Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats. – Il s'agissait de 42 patients, 33 femmes et 9 hommes, âgés en moyenne de 55 ± 8 ans [34-69]. La moitié de ces patients étaient actifs sur le plan professionnel et 48 % étaient mariés. La durée moyenne d'évolution de la lombalgie était de 8 ans [1-30]. Parmi ces patients, 64 % étaient sous antalgiques, 31 % sous anti-inflammatoires non stéroïdiens et 19 % sous décontractants musculaires. La valeur moyenne de l'échelle visuelle analogique (EVA) douleur était de 63,8 mm [25-100] et l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 29,3 kg/m² [18,7-44,1]. L'indice de Schöber et la distance doigt-sol moyens étaient respectivement de + 3,2 cm [0,4-6] et 19,3 cm [0-61]. La moyenne du score physique du SF36 était de 37,1 [15,8-83,1] avec des valeurs moyennes de fonction physique à 51,3 [20-90] ; de limitation physique à 14,3 [0-100] ; de douleur physique à 37,7 [10-80] et de santé générale à 43,6 [0-81,2]. La moyenne du score mental du SF36 était de 40,2 [13,9-73,6] avec des valeurs moyennes de vitalité à 36,4 [5-65] ; de fonction sociale à 53,6 [0-100] ; de limitation émotionnelle à 22,2 [0-100] et de santé mentale à 48 [4-88]. Le score moyen du questionnaire ODI était de 38 % [8-67] correspondant à un handicap modéré. Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre le score ODI d'une part et les score mental (p = 0,004) et physique (p = 0,000) du SF36 d'autre part.

Conclusion. – Dans notre étude, l'état de santé physique et mental des patients était globalement diminué. Cette étude suggère que les répercussions de la lombalgie commune sont importantes et représentent un problème de santé publique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-083

Adhérence du sac dural et radiculalgie : une relation sous-estimée ? Étude prospective préliminaire

A. Zagala* (1) ; P. Gaudin (1) ; M. Djennane (2) ; A. Baillet (1)
(1) Rhumatologie, Hôpital Sud, Échirrolles; (2) Rhumatologie, CHU Nedir Mohamed, Tizi Ouzou, Algérie

*Auteur correspondant : azagala@wanadoo.fr (A. Zagala)

Introduction. – Des arachnoidites mineures ont pu par les adhérences au niveau des racines être à l'origine de radiculopathies sans conflit en particulier disco radiculaire. Deux cas cliniques, dont l'un recueilli à l'étranger de radiculopathie controlatérale au conflit disco radiculaire avec mise en évidence d'une adhérence dure méridienne du côté de la radiculopathie nous ont amenés à rechercher systématiquement ces adhérences par épидurographie dans les radiculalgies systématisées sans conflit mis en évidence

Matériels et méthodes. – patients présentant une douleur radiculaire sans conflit mis en évidence (canal étroit exclu)

- les adhérences ont été retenues sur la notion de stop lors de l'épidurographie, avec ou sans passage controlatéral.
- des éléments cliniques ont été recueillis : douleur de type neuropathique (DN4), signe de Lasègue direct, signe de Lasègue controlatéral, raideur rachidienne.
- un groupes contrôle a été recueilli : avec conflit disco radiculaire concordant avec la radiculopathie,
- lors de l'épidurographie une infiltration péri-durale de méthylprednisolone a été réalisée avec contrôle de l'efficacité sur l'EVA à J14
- amélioration sept fois sur neuf à J14 avec EVA radiculaire égale ou inférieure à deux

Résultats. – Neuf patients avec aspect d'adhérence, radiculalgie, absence de conflit : 7 fois L5 une fois L4 une fois S1. Quatre fois hernie discale controlatérale, deux fois Modic 1, une fois hypersignal T2 de l'annulus postérieur

- DN4 de un à quatre
- Lasègue controlatéral trois fois sur sept, lasègue lombaire controlatéral 1 fois
- Groupe contrôle : neuf patients avec radiculalgies concordantes à une hernie discale. 2 fois un aspect d'adhérence au niveau de la hernie discale
- DN4 de 0 à 4
- Lasègue controlatéral deux fois associé à l'aspect d'adhérence
- amélioration sept fois sur neuf à J14 avec EVA radiculaire égale ou inférieure à deux

Discussion. – présence de douleur radiculaire possible en l'absence de conflit associée à des signes radiologiques d'adhérence périurale à l'épidurographie

- échantillon trop petit pour une analyse statistique : pas de signes cliniques discriminants sauf tendance à un Lasègue controlatéral en cas d'adhérence
- amélioration après infiltrations épidurales
- faiblesses : discrimination clinique incertaine entre douleur radiculaire vraie et radiculalgie projetée d'origine articulaire postérieure ou discogénique

Conclusion. – les douleurs radiculaires sans conflit mis en évidence pourraient être en partie liées à des adhérences du sac dural.

- Le Lasègue controlatéral pourrait être lié à cette adhérence.
 - l'infiltration épidurale de corticoïdes paraît un traitement efficace
- Conflit d'intérêts.** – aucun

PE. Ma-084

L'atteinte osseuse au cours des histiocytoses : à propos de 5 cas

R. Ghariani* (1) ; L. Hanen (2) ; S. Marzouk (1) ; M. Snoussi (1) ; F. Frikha (1) ; D.D. Chebbi (1) ; M. Ben Hamad (1) ; O. Frikha (3) ; M. Smaoui (4) ; C. Dammak (1) ; R. Ben Salah (1) ; M. Jallouli (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Médecine interne de Sfax, Sfax route mahdiya, Sfax, Tunisie; (3) Service de médecine interne b, CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie; (4)

Réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : ranyaagharyani@gmail.com (R. Ghariani)

Introduction. – L'histiocytose est une entité rare, de présentation clinique variable. L'atteinte osseuse au cours de cette pathologie est l'une des manifestations les plus fréquentes et représente souvent le premier signe de la maladie. A travers 5 observations, nous mettons le point sur les particularités cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de cette atteinte.

Résultats. – L'atteinte osseuse était observée chez 5 patients parmi 12 présentant une histiocytose soit 41,6%. L'histiocytose était langerhensienne (HL) dans 4 cas et non langerhensienne type Erdheim Chester dans l'autre cas. Tous les patients étaient de sexe masculin d'âge moyen de 24,6 ans avec des extrêmes d'âge (12-38 ans). Les circonstances de découverte étaient une douleur maxillaire dans 2 cas, une tuméfaction crânienne fronto-temporale chez un patient, fortuite chez un autre et un ptosis unilatéral chez le patient ayant l'histiocytose non langerhensienne (HNL). L'atteinte osseuse touchait le sinus maxillaire dans 2 cas, le sinus frontal dans 1 cas et la voûte crânienne dans un autre cas. Elle était multifocale touchant à la fois le Crâne, le rachis, la cage thoracique, le bassin et les os longs dans 1 cas. Le bilan radiologique avait permis de mettre en évidence dans tous les cas des lésions lytiques. Toutes ces lésions étaient hyperfixantes à la scintigraphie osseuse. Le diagnostic de l'histiocytose était retenu devant la présence d'une infiltration histiocytaire sur une biopsie osseuse dans 4 cas et sur un lavement bronchioalvéolaire chez un autre patient. Parmi les 4 malades ayant une HL, 3

malades avaient eu une exérèse chirurgicale de la lésion osseuse. Deux parmi eux avaient reçu la chimiothérapie à base de Vinblastine associée à une corticothérapie forte dose chez 1 patient. Un traitement à base d'interféron pegylé était indiqué chez le malade ayant la maladie d'Erdheim Chester. L'évolution était favorable chez 4 patients, un seul malade était rapidement perdu de vue. Une récurrence était notée chez un seul malade parmi les 4 nécessitant sa mise sous biphosphonate.

Discussion. – L'atteinte osseuse au cours des histiocytoses est fréquente. Elle représente 50% de toutes les localisations. Tout le squelette peut être touché, mais les atteintes de la base du crâne, de la voûte crânienne et des sinus sont les plus fréquentes, suivies par les atteintes des os longs, du bassin, des côtes et des vertèbres. Sur le plan clinique, l'atteinte osseuse peut être asymptomatique ou révélée par une douleur, une tuméfaction, une impotence fonctionnelle, une fracture ou plus rarement des complications telles que une exophtalmie, une otite, une mastoïdite ou une compression médullaire. À la radiologie, cette atteinte se présente sous la forme d'une lésion lytique « à l'emporte pièce » sans condensation périphérique. Seule l'histologie permet de confirmer le diagnostic. Le traitement est controversé. Toutefois, pour les lésions osseuses, uniques ou peu nombreuses, beaucoup d'auteurs optent soit pour une abstention thérapeutique, soit pour une chirurgie non agressive (curetage), et éventuellement une corticothérapie locale. En cas d'atteinte osseuse multifocale avec de nombreuses localisations, le traitement fait appel à la chimiothérapie (vinblastine, etoposide, vincristine, cyclophosphamide...) seule ou associée à une corticothérapie. L'évolution est très variable. Elle peut régresser spontanément dans les formes uniques et isolées, et/ou évoluer par récurrence, par récurrence ou encore de façon chronique dans les formes plus étendues.

Conclusion. – L'atteinte osseuse au cours des histiocytoses est fréquente. L'imagerie des os touchés peut orienter le diagnostic cependant, l'histologie reste l'examen de référence pour le retenir. Le traitement est mal codifié et l'évolution reste imprévisible.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-085

La fasciite à éosinophiles (maladie de Shulman) : à propos de 3 observations

F. Frikha* (1) ; M. Snoussi (1) ; R. Ben Salah (1) ; Y. Bouattour (1) ; C. Damak (1) ; S. Garbaa (1) ; D.D. Chebbi (1) ; I. Chabchoub (2) ; H. Loukil (1) ; M. Jallouli (1) ; S. Marzouk (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Médecine interne, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : fetenfrikha@yahoo.fr (F. Frikha)

Introduction. – La fasciite à éosinophiles (FE) encore appelée maladie ou syndrome de Shulman est une maladie du tissu conjonctif rare caractérisée par un œdème symétrique, induré et douloureux associé à un épaississement de la peau et des tissus mous. Le diagnostic de FE est souvent basé sur l'association d'anomalies caractéristiques cutanées et de lésions histologiques comprenant un épaississement et un infiltrat inflammatoire, composé essentiellement de lymphocytes et d'éosinophiles, du fascia. Une éosinophilie périphérique est présente chez 60 à 90% des patients, mais n'est pas indispensable pour le diagnostic.

Patients et méthodes. – Notre travail a pour objectifs de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de cette affection à travers 3 observations de syndrome de Shulman colligées dans le service de Médecine Interne du CHU Hédi Chaker de Sfax.

Résultats. – **Observation 1:** Patient âgée de 61 ans, admise pour exploration d'une induration cutanée des avants bras. Elle décrivait un syndrome anémique, des polyarthralgies inflammatoires et un phénomène de Reynaud. L'examen objectivait une induration des membres avec œdème et une rétraction des doigts. Elle présentait un syndrome inflammatoire biologique (SIB), une anémie hémoly-

tique auto-immune 4 g/dl et une hyperéosinophilie à 700 E/mm³. Une biopsie cutanée faite montrant un aspect compatible avec une FE. Elle a reçu une corticothérapie à forte dose débutée par 3 boli de solumédrol avec une disparition de l'anémie et une régression de l'induration et de la rétraction ligamentaire. **Observation 2:** Patiente âgée de 70 ans, hospitalisée pour un œdème des quatre membres associé à des myalgies et des arthralgies. L'examen objectivait un œdème bilatéral avec un aspect induré de la peau. Il y avait un SIB modéré, une hyperéosinophilie à 2100 E/mm³ et une hyperéosinophilie médullaire. La biopsie fascio-musculaire montrait une infiltration lymphohistiocytaire des fascias intermusculaires. Cet aspect a fait évoquer une FE. Elle a reçu d'une corticothérapie à dose moyenne avec une régression de l'œdème des membres, une normalisation des éosinophiles mais une persistance de l'induration cutanée. **Observation 3:** Patiente âgée de 34 ans, admise pour œdème des 4 membres. L'examen objectivait un aspect infiltré des membres s'étendant au tronc. Il existait un SIB, une hyperleucocytose à 19590 E/mm³ avec une hyperéosinophilie à 7000 E/mm³. Une biopsie cutanée a objectivé un derme fibrosé avec présence d'un infiltrat inflammatoire. L'IRM des membres inférieurs révélait un épaississement des structures sous-cutanées. Une FE était retenue. Une corticothérapie à forte dose était prescrite avec une comme évolution une régression sans disparition de l'induration et une normalisation des anomalies biologiques.

Conclusion. – La fasciite avec éosinophilie est une maladie rare, sporadique et d'étiologie inconnue. Elle doit être évoquée devant la présence d'une induration sous-cutanée palpable touchant les membres et d'une hyperéosinophilie sanguine. Le diagnostic est guidé par la clinique et posé par l'examen anatomopathologique de la biopsie cutanée étendue en profondeur. Le traitement repose sur la corticothérapie générale.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-086

T-score à + 6,7 DS après 40 années de carence oestrogénique

A. Michaut* (1) ; B. Haettich (1) ; A. Ziegler (2) ; E. Dernis (1) ; M. Duquenne (3)

(1) Rhumatologie, C.H. LeMans, LeMans; (2) Laboratoire de cytogénétique, C.H. –LeMans, LeMans; (3) Service de diabéto-endocrinologie, C.H. –LeMans, LeMans

*Auteur correspondant : alexia.michaut@sfr.fr (A. Michaut)

Introduction. – Une hyperdensité osseuse évoquée sur des radiographies standards doit toujours être confirmée par une ostéodensitométrie (T et/ou Z-score supérieur ou égal à +2,5 DS). Après avoir écarté les causes artéfactuelles et les principales étiologies d'hyperdensité généralisée, l'origine génétique est discutée.

Observation. – Une femme âgée de 66 ans, épileptique depuis l'âge de 3 ans, suivie pour une hypoparathyroïdie primitive révélée à l'âge de 13 ans par une cataracte bilatérale, sans fracture prévalente malgré une carence oestrogénique depuis l'âge de 20 ans, est adressée pour densitométrie osseuse. À l'examen clinique : taille 152 cm, poids 74 kg, alopecie, dystrophie unguéale, vitiligo. Les radiographies du squelette montrent une sclérose diffuse touchant le pelvis, le crâne, les os longs et le rachis, avec un aspect de vertèbre dans la vertèbre. Il n'y a pas d'arthrose vertébrale, pas de calcification aortique abdominale. Le T-score est à +6,7 DS (1,717 g/cm²) en lombaire, + 1,2 DS (0,488 g/cm²) en UD, + 0,3 DS (0,690 g/cm²) au tiers distal du poignet (prothèse de hanche bilatérale pour coxarthrose). Le TBS est élevé à 1,528. Le scanner cérébral montre des calcifications des noyaux gris centraux. La biologie montre : phosphorémie, créatininémie, phosphatases alcalines, 25OHD et fluorémie normales, calcémie ionisée basse 1,07 mmol/l, PTH indosable, ostéocalcine basse 8,7 ng/l, CTX bas 82 pg/ml. L'absence de splénomégalie, la recherche négative de JAK 2, le taux sérique normal de la tryptase et de l'IGF1, l'absence de gammopathie monoclonale, écartent une

myélofibrose, une mastocytose systémique, une acromégalie et un myélome condensant. La recherche de l'hépatite C est négative. L'association d'une insuffisance ovarienne précoce, d'une hypoparathyroïdie primitive et des anomalies dermatologiques fait évoquer une polyendocrinopathie auto-immune de type 1 (PAI1), confirmée par une double mutation du gène AIRE. Mais ce diagnostic seul ne suffit pas à expliquer l'importance de l'hyperdensité osseuse évaluée par le T-score et l'imagerie standard du rachis. Après revue de la littérature, le diagnostic d'une ostéopétrose est le plus probable. La recherche de mutations génétiques (CLCN7, LRP5, LRP4) est programmée.

Discussion. – L'hypoparathyroïdie primitive doit faire évoquer une PAI1. Le phénotype varie selon la mutation du gène AIRE. Une insuffisance surrénale, thyroïdienne, ovarienne, peuvent s'associer à l'hypoparathyroïdie. Une ostéosclérose diffuse radiographique est évocatrice d'une ostéopétrose, groupe de maladies osseuses rares caractérisées par une diminution de l'activité ostéoclastique. Elle correspond à un phénotype partagé par de nombreuses anomalies génétiques, d'où des présentations cliniques variables. L'ostéopétrose de type 2 ou maladie d'Albers-Schönberg est la plus fréquente. Causée par une mutation de CLCN7, codant pour une protéine de transport du chlore dans la lacune ostéoclastique, elle est caractérisée radiologiquement par l'aspect d'un « os dans l'os ». L'absence d'acidose tubulaire rénale écarte un déficit en anhydrase carbonique de type II.

Conclusion. – L'exploration d'une hyperdensité osseuse peut révéler une ou plusieurs maladies génétiques rares.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Söderbergh A, Myhre AG, Ekwall O, Gebre-Medhin G, Hedstrand H, Landgren E, et al. Prevalence and clinical associations of 10 defined autoantibodies in autoimmune polyendocrine syndrome type I. *J Clin Endocrinol Metab.* févr 2004 ; 89(2) : 557-62.
- [2] Paccou et al. Hyperdensité osseuse? : étiologies et conduite à tenir [Internet]. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur : <http://www.edi-mark.fr/lettre-rhumatologue/hyperdensite-osseuse-etologies-conduite-a-tenir>

PE. Ma-087

Polyarthrite et diarrhée : à propos d'un cas de Whipple systémique

MA. Sparfel* (1) ; E. Cattelain-Lopez (1) ; A. Phan Van (2) ; C. Pereira-Gillion (1) ; A. Lemaigen (3) ; A. Bisson (4) ; D. Mulleman (1) ; P. Goupille (1)

(1) Service de rhumatologie, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours; (2) Rhumatologie, Cabinet libéral place Jean Jaurès, Tours; (3) Service de médecine interne et de maladies infectieuses, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours; (4) Service de cardiologie, CHRU de Tours, Université de Tours, Tours

*Auteur correspondant : ma.sparfel@hotmail.fr (MA. Sparfel)

Introduction. – La maladie de Whipple est une maladie chronique rare causée par *Tropheryma Whipplei* (bactérie bacille gram positive). Sa physiopathologie est encore mal connue et elle est d'apparition lente avec des symptômes initiaux aspécifiques entraînant souvent un important retard diagnostique. Le but de ce travail est de présenter un résumé clinique d'une patiente atteinte d'une maladie de Whipple avec atteintes diffuses.

Observation. – Une femme de 74 ans a été hospitalisée dans notre service en mai 2018 pour bilan de polyarthrite, importants troubles digestifs à type de diarrhée associée à une perte de 16 kg. Elle avait été traitée par corticothérapie puis méthotrexate depuis 2016 pour une PPR devant des arthralgies inflammatoires des épaules. À l'examen physique, on notait une cachexie marquée (IMC = 16 kg/m²) et une dyspnée au moindre effort, des taches purpuriques des membres inférieurs. Aucune articulation n'était gonflée. Il a par la suite été constaté des manifestations neurologiques à type de flou

visuels, hallucinations visuelles, dégoût olfactif, et troubles du sommeil. Les principales anomalies biologiques étaient une anémie à 7,6 g/dL, un syndrome inflammatoire avec CRP à 60 mg/l, une lymphopénie à 0,31G/L, une hypokaliémie à 2,7mmol/L, un déficit profond en vitamine C expliquant les taches purpuriques. Les hémocultures et les sérologies virales des hépatites B et C, VIH étaient négatives, à l'inverse des PCR Whipple selles, salives, sang et LCR toutes positives. Le diagnostic retenu était une maladie de Whipple diffuse compliquée d'une malabsorption sévère avec anémie, cachexie et scorbut. La suite des événements a été marquée par un tableau d'insuffisance cardiaque nécessitant un passage en soins intensifs avec découverte à l'ETT de remaniements du bord libre des valves tricuspides, mitrales et aortiques pouvant rentrer dans le cadre d'une atteinte cardiaque de Whipple. Le tableau a été résolutif après mise sous traitement antibiotique par Rocéphine IV 1 g/jour pendant 10 jours relayé par Hydroxychloroquine 600 mg/jour et Doxycycline 200 mg/jour. Quelques semaines après, la patiente a présenté une dorso-lombalgie aiguë mécanique attribuée à une cascade fracturaire vertébrales ostéoporotiques dans ce contexte de corticothérapie au long cours et de dénutrition sur malabsorption.

Discussion. – Dans la maladie de Whipple, les atteintes articulaires précèdent souvent de plusieurs années les autres manifestations, ce qui place les rhumatologues en 1re ligne de ce diagnostic. Les symptômes articulaires les plus classiques sont les arthrites ou arthralgies intermittentes, récurrentes et migratrices des grosses ou moyennes articulations (genoux, poignets, chevilles). Ces signes devraient faire évoquer la maladie de Whipple, d'autant plus chez un patient anti-CPP négatif ou ayant des troubles digestifs. Il est particulièrement important de réaliser un diagnostic précoce, de par son traitement curatif, l'irréversibilité et la gravité des lésions neurologiques, et son risque d'accusation sous traitement anti supprimeur.

Conclusion. – Nous rapportons le cas d'une patiente de 74 ans hospitalisée pour bilan de polyarthrite, diarrhées et altération de l'état général sur maladie de Whipple systémique avec atteinte articulaire, digestive, cardiaque et neurologique, compliquée de fractures ostéoporotiques.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Xavier Puéchal. Whipple's disease. *Ann Rheum Dis* 2013 ; 72 : 797-803
- [2] Lagier JC, Fenollar F, Raoult D. Whipple's disease and Tropheryma whipplei infections in internal medicine. When to think about it ? How to treat ? *Rev Med Interne*. 2014 ; 35 : 801-7

PE. Ma-088

Dorsolombalgie chronique dans la sarcoïdose : rechercher la spondylarthrite

S. Johanna (1) ; L. Semerano (1) ; N. Touffik (2) ; B. Diane (3) ; H. Nunes (3) ; V. Dominique (3) ; MC. Boissier (1) ; N. Saidenberg-Kermanac'h* (1)

(1) Rhumatologie, CHU Hôpital Avicenne. Inserm UMR1125 Université Paris 13, Bobigny; (2) Rhumatologie, CHU Hôpital Avicenne.

Rhumatologie, Bobigny; (3) Service de pneumologie, CHU Avicenne, Bobigny

*Auteur correspondant : nathalie.saidenberg@aphp.fr

(N. Saidenberg-Kermanac'h)

Introduction. – Un lien possible entre spondyloarthrite (SpA) et sarcoïdose a été suggéré dans la littérature par des rapports de cas et 2 études rapportant, dans la première une augmentation de la prévalence des sacroiliites radiologiques et dans la 2e des SpA chez 42 patients souffrant de lombalgies.

Objectifs. – Évaluer la prévalence de la SpA axiale chez les patients atteints de sarcoïdose et de douleurs rachidiennes chroniques

Matériels et méthodes. – Soixante-quatre patients consécutifs atteints de sarcoïdose et adressés pour rachialgies chroniques ont été inclus dans cette étude transversale. Un protocole systématique

de dépistage, comprenant une IRM et des radiographies du rachis a été appliqué à tous les patients décrivant des douleurs dorso-lombaires chroniques. Une IRM complémentaire des sacro-iliaques était réalisée si les douleurs présentaient un caractère inflammatoire. Le diagnostic de SpA axiale était basé sur les critères de classification ASAS.

Résultats. – Parmi les 64 patients (49 femmes et 15 hommes), 29 avaient des douleurs inflammatoires. Quinze patients (23,4 %, IC 95 % : 13,7-35,6), soit 48,3 % (IC 95 % : 29,5-67,5) du sous-groupe douleur inflammatoire, ont été diagnostiqués SpA. Chez 12 patients (18,8 %, IC 95 % : 10,1- 30,5), un diagnostic de localisation osseuse rachidienne et/ou pelvienne de sarcoïdose a été porté, 7 (10,9 %, IC 95 % : 4,5-21,2) avaient une fracture vertébrale symptomatique et 30 (46,9 %, IC 95 % : 34,3-59,8) une atteinte rachidienne dégénérative. Les caractéristiques associées avec les SpA était un plus jeune âge (p = 0,0093), le sexe masculin (p = 0,021), la présence de rachialgies inflammatoires (p < 0,0001) et une forme médiastino-pulmonaire de la sarcoïdose (p = 0,013).

Discussion. – Il s'agit de la première étude évaluant la prévalence de SpA chez des patients atteints de sarcoïdose souffrant de rachialgies chroniques en réalisant une IRM systématique de la colonne vertébrale. L'imagerie était complétée par une IRM des sacro-iliaques lorsque les douleurs avaient un caractère inflammatoire. Une prévalence élevée de SpA est retrouvée, posant la question d'un lien physiopathologique, compte tenu de la faible probabilité d'association fortuite des deux maladies sur la base de leurs prévalences respectives. Les SpA sont associées à la forme médiastino-pulmonaire de la sarcoïdose, à un âge plus jeune et au genre masculin. Sans l'IRM la moitié des patients n'aurait pas été diagnostiquée. Par ailleurs l'IRM permet de diagnostiquer un taux élevé de localisations osseuses de la sarcoïdose.

Conclusion. – Une SpA axiale doit être recherchée chez les patients atteints de sarcoïdose souffrant de rachialgies chroniques, en particulier chez les hommes jeunes ayant des douleurs inflammatoires et atteints d'une forme médiastino-pulmonaire de sarcoïdose. La réalisation systématique d'une IRM du rachis et des sacroiliaques est justifiée dans ce sous-groupe de patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-089

Apport du rituximab dans la prise en charge du syndrome de TAFRO : une variante de la maladie de Castelman

R. Ghariani* (1) ; L. Hanen (1) ; S. Marzouk (1) ; M. Snoussi (1) ; F. Frikha (1) ; O. Frikha (2) ; M. Ben Hamad (1) ; D. D. Chebbi (1) ; M. Smaoui (3) ; C. Dammak (1) ; R. Ben Salah (1) ; M. Jallouli (1) ; Z. Bahloul (1)

(1) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie; (2) Service de médecine interne b, CHU Charles Nicolle, Tunis, Tunisie; (3)

Réanimation polyvalente, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

*Auteur correspondant : ranyaagharyani@gmail.com (R. Ghariani)

Introduction. – Le TAFRO-Syndrome est une variante anatomo-clinique de la maladie de Castelman multicentrique idiopathique qui répond aux critères suivants : thrombopénie ; anémie microcytaire ; polysérite ; dysfonction rénale et myélofibrose. Il pose souvent des difficultés thérapeutiques, nous en rapportons un cas traité avec succès par le rituximab

Observation. – Mr MC âgé de 53 ans était hospitalisé en juin 2014 pour exploration de polyadénopathies fébriles. L'examen objectivait des polyadénopathies au niveau axillaire, spinal et inguinal et une hépatosplénomégalie. La biologie montrait un syndrome inflammatoire (VS à 120 mm à H1, une CRP à 140 mg/l) et une pancytopenie (anémie normochrome normocytaire à 10,7 g/dl, des leucocytes à 3920E/mm³ et des plaquettes 104000 E/mm³). Le scanner thoracoabdominal révélait des ADP axillaires, médiastinales et intra et rétropéritonéales avec une hépato splénomégalie. Le bilan infec-

teux était négatif (dont les sérologies des hépatites B et C, du VIH, syphilis, wright et Widal ainsi qu'un bilan tuberculeux). L'EPP montrait un pic monoclonale en zone gamma à base étroite. Le bilan radiologique ne a pas visualisé de géodes ou de tassements vertébraux. Le myélogramme était en faveur d'un état inflammatoire et la BOM montrait un aspect normal sans cellules atypiques avec une plasmocytose médullaire évaluée à 10 %. Une biopsie ganglionnaire faite avec étude immunohistochimique était compatible avec une MC de type plasmocytaire. Ainsi le patient était mis sous corticothérapie à forte dose. L'évolution était marquée par l'aggravation de l'altération de l'état général, l'installation d'une polysérite (ascite de grande abondance et une pleurésie), d'une insuffisance rénale et une aggravation de la pancytopenie. Ainsi, le diagnostic de TAFRO syndrome était retenu. Le patient a reçu 4 cures hebdomadaires de Rituximab à la dose 375 mg/m² avec une évolution favorable et durable clinique et biologique avec un recul de 4 ans.

Discussion. – Le syndrome TAFRO a été décrit pour la première fois en 2012 au Japon par Takai. Les mécanismes physiopathologiques demeurent inconnus, il est caractérisé par une inflammation systémique médiée par une hypersécrétion de cytokines en particulier l'IL-6 et le VEGF. Le diagnostic s'appuie sur un faisceau d'arguments clinicobiologiques et des critères histopathologiques associant des aspects de maladie de Castleman multicentrique ganglionnaire (HHV8 négative) et d'autre part une moelle hémato-poïétique hyperplasique avec fibrose réticulinique. Le traitement est encore imprécis, plusieurs options thérapeutiques ont été proposées en particulier les corticoïdes, les immunosuppresseurs de type ciclosporine et la biothérapie de type Rituximab et le tocilizumab en tenant compte des mécanismes physiopathologiques.

Conclusion. – L'étiologie, la pathologie et les stratégies de prise en charge optimale du syndrome TAFRO restent floues. Le rituximab pourrait être considéré comme une option thérapeutique. L'intérêt de cette observation est l'évolution rapidement favorable sous rituximab.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-090

Cas de néphropathie pseudolupique évoquant un COPA syndrome

S. El Khalifi* (1)

(1) Rhumatologie pédiatrique, CHU de Lille, Lille

*Auteur correspondant : boulisfanesham@hotmail.com (S. El Khalifi)

Introduction. – Les mutations du gène codant la sous-unité alpha du cotoamer COPA a été récemment décrite comme induisant une maladie auto-immune nommée « COPA syndrome ». Elle associe une atteinte pulmonaire interstitielle avec des hémorragies alvéolaires, rénale et polyarticulaire. Nous présentons dans ce travail le cas d'une patiente lilloise issue d'une famille atteinte de COPA syndrome dont la présentation clinique était atypique avec un profil d'atteinte rénale pseudo-lupique et une signature interféron positive

Observation. – Il s'agit d'une patiente de 17 ans qui a présenté à l'âge de 10 ans une glomérulonéphrite rapidement progressive évoluant vers l'insuffisance rénale chronique pré-terminale. Elle ne présentait aucune autre symptomatologie respiratoire ni articulaire. Le diagnostic initial évoqué était une néphropathie lupique. Il existait des arguments histologiques en faveur de ce diagnostic notamment en immunofluorescence avec la fixation du C1q, du C3, des IgG et des IgM. Il n'y avait pas d'autre marqueur d'auto-immunité par ailleurs. Le traitement initial comportait des cures répétées de corticothérapie intraveineuse et immunosuppresseurs associés à de l'hydroxychloroquine sans succès. Elle est actuellement en attente d'une greffe rénale préemptive. Cette patiente est issue d'une famille où la mutation p.Arg233his du gène COPA déjà rapportée auparavant a été identifiée en 2017 par séquençage direct chez un

premier membre. IL présentait depuis la petite enfance des épisodes répétés d'hémorragie alvéolaire. Le père de la patiente également muté présente une glomérulonéphrite extra-membraneuse découverte lors du bilan pré-greffe intrafamiliale. Nous avons procédé à la recherche de la signature interféron chez notre patiente et trois autres sujets porteurs de la mutation par deux techniques : SIMOA et Nanostring. D'autres cytokines étaient également dosées par Nanostring notamment l'IL1 β , l'IL6 et le TNF γ . Nous avons retrouvé une signature interféron positive chez tous les patients mutés par les deux méthodes, les autres cytokines n'étaient pas augmentées.

Discussion. – Le COPA syndrome est lié à une mutation du gène COPA qui code la protéine COP-? sous-unité de COPI. Ce complexe protéique est impliqué dans le transport de protéines entre l'appareil de Golgi et le réticulum endoplasmique. L'altération de ce transport rétrograde peut conduire à une activation chronique de l'interféron de type 1 et donc à une inflammation inappropriée. La signature interféron était positive chez notre patiente ainsi que chez toutes les personnes mutées. Le seul sujet asymptomatique avait un seuil faible de positivité. Ces résultats suggèrent que le COPA syndrome est une interféronopathie de type 1 qui peut avoir une expression variable même au sein d'une même famille. Il peut se manifester parfois par un tableau pseudolupique sans hémorragie alvéolaire ou atteinte polyarticulaire au premier plan.

Conclusion. – Le COPA syndrome est une maladie autosomique dominante à expression variable dont la cytokine clé est l'interféron. Elle peut s'exprimer sous forme pseudolupique. La physiopathologie exacte de cette affection reste mal comprise. Ce diagnostic bien que rare doit être évoqué en cas de néphropathie lupique si il existe des antécédents familiaux associés évocateurs.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Watkin LB et al. COPA mutations impair ER-Golgi transport and cause hereditary autoimmune-mediated lung disease and arthritis.
- [2] Volpi S et al. Type I interferon pathway activation in COPA syndrome.

PE. Ma-091

Fièvre et polyarthralgies en rhumatologie : 2 cas de syndrome auto-inflammatoire

P. Brevet* (1) ; C. Princivil (1) ; A. Curie (1) ; M. Aube (1) ; C. Zarnitsky (2) ; D. Alcaix (3)

(1) Rhumatologie, Hôpital Jacques Monod, Montivilliers; (2) Service de rhumatologie, Groupe Hospitalier du Havre, LeHavre; (3) Service de rhumatologie, Hôpital Jacques Monod, Montivilliers

*Auteur correspondant : pauline.brevet@gmail.com (P. Brevet)

Introduction. – Les fièvres non infectieuses en rhumatologie peuvent conduire à des diagnostics rares. En voici 2 observations.

Observation. – **Cas1:** Une patiente de 63 ans était hospitalisée pour fièvre à 38,5 °C, polyarthrite (genoux, chevilles et coudes), dyspnée et altération de l'état général (AEG) depuis 2 mois un épisode antérieur similaire, un an auparavant, d'évolution spontanément favorable. La biologie trouvait une CRP à 335 mg/L, des globules blancs (GB) à 8G/L. Bilan infectieux et auto-immun négatifs. La biopsie ostéoméduleaire et le myélogramme étaient normaux. Les examens d'imageries montraient une polysérite pleurale et péricardique. Dégradation clinique, réalisation de bolus de METHYLPREDNISONE à 1 g intra-veineux (IV) sur 3 jours, efficacité partielle, avec persistance d'une fébricule à 38 °C et d'un syndrome inflammatoire (CRP à 120 mg/L). Rémission de la patiente sous ANAKINRA. Présentation du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire nationale du CEREMAIA concluant à un syndrome auto-inflammatoire secondaire à une probable myélodysplasie. Un second myélogramme a été réalisé un mois plus tard et trouvait sur un des 5 frottis analysés, un infiltrat lymphoïde homogène composé de lymphocytes matures non dysmorphiques associé à quelques mastocytes dont le bilan est en cours. **Cas 2:** En 2013, un patient de 61 ans était admis pour fièvre à 39 °C, céphalées,

arthralgies (épaules et poignets) accompagnées d'une AEG (6 kg en 2 semaines). Il présentait une CRP à 98 mg/L, des GB à 5G/L. Bilan infectieux et auto-immuns négatifs. Une ponction lombaire révéla une hyperprotéinorachie sans méningite. La biopsie de l'artère temporale et le scanner thoraco-abdomino-pelvien étaient normaux. Il a été introduit de la PREDNISONE per os à 1 mg/kg/j avec une très bonne efficacité, mais récidive fébrile et polyarthralgies inflammatoires au palier 10 mg/j. 2017, reprise de la symptomatologie initiale, mais cette fois-ci apparition de formations ganglionnaires inguinale gauche et lombosacrée au TEP scanner dont l'excès révèle un lymphome T périphérique NOS. Rémission du patient sous ANAKINRA et PREDNISONE 5 mg/j, CRP < 5 mg/j et normalisation du TEP scanner.

Discussion. – Le contraste entre la clinique bruyante et l'absence d'orientation diagnostique initiale ainsi qu'une réponse médiocre aux corticoïdes mais spectaculaire sous anti IL-1 orientent vers un syndrome auto-inflammatoire. Il s'agit d'une dysrégulation de l'immunité innée et son association à des affections hématologiques est peu fréquente. L'IL1- β participe à la régulation de la division des cellules souches hématopoïétiques, leur orientation vers la lignée myéloïde, et il stimule la maturation des lymphocytes T et la prolifération des lymphocytes B [1]. On retrouve des titres élevés dans les syndromes myéloprolifératifs et les leucémies aiguës lymphoïdes.

Conclusion. – Tableau rhumatologique fébrile évoluant sur un mode auto-inflammatoire révélant une hémopathie maligne. Le ciblage de l'IL-1 a permis la rémission de l'affection hématologique constituant une cible thérapeutique intéressante [2].

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Dinarello CA. Why not treat human cancer with interleukin-1 blockade? *Cancer Metastasis Rev* 2010; 29: 317–29.
- [2] Arranz L, Arriero MDM, Villatoro A. Interleukin-1 β as emerging therapeutic target in hematological malignancies and potentially in their complications. *Blood Rev* 2017; 31: 306–17.

PE. Ma-092

Profil de tolérance jusqu'à 5,5 ans de baricitinib dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde : mise à jour d'une analyse intégrée de la tolérance

M. Genovese (1); JS. Smolen (2); T. Takeuchi (3); D. Hyslop (4); WL. Macias (5); TP. Rooney (6); L. Chen (7); CL. Dickson (7); J. Riddle Camp (8); TE. Cardillo (7); T. Ishii (9); K. Winthrop (10); B. Combe (Présentateur Non Auteur)* (11)

(1) Department of medicine, Centre médical universitaire de Stanford, Palo Alto, CA, États-Unis; (2) Département de rhumatologie, Université médicale de Vienne, Vienne, Autriche; (3) Département de médecine interne, École de médecine de l'université de Keio, Tokyo, Japon; (4) Medical department, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis; (5) Transition immunology, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis; (6) Immunology product development, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis; (7) Research department, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis; (8) Scientific communications, Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, États-Unis; (9) Clinical research, Eli Lilly & Company, Kobe, Japon; (10) Division of infectious diseases, Université des sciences et de la santé, Portland, OR, États-Unis; (11) Département de rhumatologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier

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

Introduction. – Baricitinib, un inhibiteur oral sélectif des Janus Kinases (JAK) 1/JAK2, a obtenu une autorisation de mise sur le marché en Europe, aux États-Unis et au Japon, pour le traitement de patients adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde. Ce travail a comme objectif de décrire le profil de tolérance de ce médicament à partir de données issues d'une étude d'extension à long terme actuellement en cours.

Patients et méthodes. – Le profil de tolérance d'une prise quotidienne de baricitinib a été évalué à partir de la population d'analyse « bari-toute-dose », qui comprend tous les patients présentant une polyarthrite rhumatoïde active, exposés à baricitinib quelle que soit la dose, et issus de 8 essais randomisés (4 de phase 3, 3 de phase 2, 1 de phase 1b) et une étude d'extension à long terme (données jusqu'au 1er septembre 2016). Les analyses précédentes de la population « bari-toute-dose » sont présentées à titre de comparaison (données jusqu'au 10 août 2015) [1]. Les comparaisons avec le placebo (PBO) étaient évaluées jusqu'à la semaine 24 dans la population d'analyse « PBO-4mg » à partir de 6 études de phase 2/3 dans lesquelles les patients avaient été randomisés pour recevoir baricitinib 4 mg, avec données censurées après recours au traitement de secours ou modification du traitement. Les effets doses ont été évalués à partir de 4 études de phase 2/3 dans lesquelles les patients avaient été randomisés pour recevoir baricitinib 2 ou 4 mg et les analyses ont pris en compte les données de l'extension à long terme (population « 2 mg-4 mg-étendue »). Les données ont été censurées après recours au traitement de secours, ou modification de la dose (analyse en per protocole). Pour les cancers, du fait de la période de latence, la population « 2 mg-4 mg-étendue » a également été analysée sans censurer les données après recours au traitement de secours, ou modification de la dose (analyse en intention de traiter). Les taux d'incidence pour 100 patients-années ont été calculés.

Résultats. – Dans le cadre de cette analyse, 3 492 patients ont reçu baricitinib, représentant une exposition totale de 6 637 patients-années (2 400 patients-années de plus que pour l'analyse précédente); l'exposition maximale était de 5,5 ans. Il n'a pas été observé de différence entre baricitinib 4 mg et le placebo pour les événements indésirables aboutissant à un arrêt permanent du traitement à l'étude, les décès, les cancers, les infections graves, ou les événements cardiovasculaires majeurs. Le taux d'incidence des cas de zona a été significativement plus élevé pour baricitinib 4 mg versus le placebo (taux de 1,0 versus 4,3 respectivement pour le placebo et baricitinib 4 mg). Dans la population « 2 mg-4 mg étendue », aucune différence significative n'a été observée entre baricitinib 2 mg et 4 mg pour les événements mentionnés ci-dessus. Le taux d'incidence de cancers (hors cancers cutanés non-mélanome) était de 0,5 et 1,3 respectivement pour baricitinib 2 mg et 4 mg en per protocole, contre 0,7 et 0,9 en intention de traiter. Pour les événements mentionnés ci-dessus, les taux d'incidence de cette analyse dans la population « bari-toute-dose » sont similaires à ceux rapportés précédemment. Les taux d'incidence suivants ont été observés dans la population « bari-toute-dose » : lymphome (0,09), perforation gastro-intestinale (0,05), tuberculose (0,15, tous les cas sont survenus en zones d'endémie). Les taux d'incidence de ces événements sont aussi similaires à ceux rapportés précédemment. Moins de 1 % des patients sont sortis d'étude du fait d'une perturbation des analyses de laboratoire.

Conclusion. – Dans cette mise à jour de l'analyse intégrée portant sur des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère, dont certains ont été exposés jusqu'à 5,5 ans, le profil de tolérance de baricitinib est resté similaire à celui rapporté précédemment [1] et acceptable par rapport à l'efficacité démontrée de la molécule [2,3].

Conflit d'intérêts. – M.C.G. : consultations / autre rémunération ; AbbVie, Eli Lilly and Company, Galapagos, Gilead, Pfizer. Subventions pour la recherche ; AbbVie, Eli Lilly and Company, Galapagos, Gilead, Pfizer. J.S.S. : consultations / autre rémunération ; AbbVie, Amgen, Astra-Zeneca, Astro, BMS, Celgene, Celltrion, Chugai, Gilead, Glaxo, ILTOO, Janssen, Eli Lilly and Company, Medimmune, MSD, Novartis-Sandoz, Pfizer, Roche, Samsung, Sanofi-Aventis, UCB. Subventions pour la recherche ; AbbVie, Janssen, Eli Lilly and Company, MSD, Pfizer, Roche. Bureau des conférenciers ; AbbVie, Amgen, Astra-Zeneca, Astro, BMS, Celgene, Celltrion, Chugai, Gilead, Glaxo, ILTOO, Janssen, Eli Lilly and Company, Medimmune, MSD, Novartis-Sandoz, Pfizer, Roche, Samsung, Sanofi-Aventis, UCB. T.T. : consultations / autre rémunération ; Pfizer Japan Inc, Astra Zeneca KK, Eli Lilly and

Company Japan KK, Novartis Pharma KK, Daiichi Sankyo Co Ltd, Nipponkayaku Co Ltd, Janssen Pharmaceutical KK, Merck Serono Co Ltd, Takeda Pharmaceutical Co Ltd, Mitsubishi Tanabe Pharma Co, Astellas Pharma I. Bureau des conférenciers ; Celtrion, Nipponkayaku Co Ltd, Pfizer Japan Inc, UCB Japan, Daiichi Sankyo Co Ltd, Takeda Pharmaceutical Co Ltd., Chugai Pharmaceutical Co Ltd, Abbvie GK, Bristol-Myers KK, Eisai Co Ltd, Mitsubishi Tanabe Pharma Co., Janssen Pharmaceutical KK, Astellas Ph. K.W. : Aucun conflit d'intérêt. B.C. : Subvention / soutien de recherche ; Bristol-Myers Squibb, Celgene, Janssen, Eli Lilly and Company, Merck, Novartis, Pfizer, Roche-Chugai, UCB Pharma. Bureau des conférenciers ; Bristol-Myers Squibb, Janssen, Merck, Pfizer, Roche-Chugai, UCB Pharma. D.H., W.L.M., T.P.R, L. C, C.L.D, J.R.C., T.E.C., T.I. : Actionnaire ; Eli Lilly and Company. Emploi ; Eli Lilly and Company.

Références

- [1] Smolen JS et al. Ann Rheum Dis 2016 : 75(Suppl 2) : 243-4.
- [2] Taylor PC et al. NEJM 2017 : 376 : 652-62.
- [3] Genovese MC et al. NEJM 2016 : 374 : 1243-52

PE. Ma-093

Profil des patients atteints de rhumatisme psoriasique pris en charge par les dermatologues ou les rhumatologues et initiant un traitement par ustékinumab (étude en vraie-vie PROUST) : Caractéristiques démographiques et cliniques des 100rs patients inclus

P. Richette (1) ; J. Salisse (2) ; J. Chollet (2) ; N. Didier* (2) ; C. Contré (2) ; D. Jullien (3)

(1) Rhumatologie, Hôpital Lariboisière, Paris; (2) Medical Affairs, Janssen Cilag, Issy-les-Moulineaux; (3) Dermatologie, CHU, Lyon
*Auteur correspondant : ndidier1@its.jnj.com (N. Didier)

Introduction. – Le rhumatisme psoriasique (RP) est fréquemment associé à un psoriasis cutané (PsO) (jusqu'à 90 % des cas). De ce fait, selon que l'atteinte prédominante est articulaire ou cutanée, les patients (pts) atteints de RP peuvent être identifiés et pris en charge par un dermatologue ou par un rhumatologue, qui pourront initier un traitement par l'ustékinumab (UST) selon leurs pratiques. L'étude PROUST (ClinicalTrials.gov : NCT03336281) a pour objectif principal de décrire le profil des pts atteints de RP selon que leur maladie est prise en charge par un dermatologue ou un rhumatologue en pratique clinique quotidienne.

Patients et méthodes. – Etude prospective, multicentrique, observationnelle, devant recruter 250 pts ayant un RP et pris en charge par un dermatologue ou un rhumatologue qui débutent un traitement par UST en 1re, 2e ou 3e ligne de biothérapie. Cet abstract porte sur les données à l'inclusion des 104ers pts recrutés entre juin 2017 et juin 2018. Il décrit la population globale, les caractéristiques des pts et de la maladie dans les cohortes dermatologie et rhumatologie.

Résultats. – À l'inclusion, l'âge moyen des pts traités par UST (n = 104) était de 50,2 ans, la durée moyenne de la maladie était de 6,8 ans, 55 % étaient des hommes. Les caractéristiques des deux cohortes sont décrites dans le tableau ci-dessous. Les atteintes articulaires du RP les plus fréquemment observées chez les pts initiant l'UST étaient : chez les rhumatologues l'oligoarthrite asymétrique 40,7 % ; chez le dermatologue une arthrite prédominante au niveau des interphalangiennes distales (IPD) 33,3 %. Le DAS 28 moyen pour les pts suivis par les rhumatologues était de 3,9 (± 1,4) et de 4,5 (± 1,3) pour les dermatologues. Pour l'atteinte cutanée, on notait la présence de PsO chez 81 % des pts suivis par un rhumatologue et 93,3 % des pts suivis par un dermatologue. Les caractéristiques du PsO étaient respectivement chez le rhumatologue : 69,5 % de PsO en plaque et 23,7 % d'atteintes unguéales (nbre de lésions 1,5 ± 4,4), et chez le dermatologue : 88,9 % de PsO en plaque et 24,4 % d'atteintes unguéales (nbre de lésions 6,9 ± 8,1). La surface corporelle atteinte (moyenne) était de 4,8 % (± 5,7) chez les rhumatologues et 27,4 % (± 20,6) chez les dermatologues. L'UST a été administré en 1re ligne de biothérapie par 52,6 % des dermatologues et par 33,3 % des rhumatologues. À l'inclusion, dans les 2 cohortes de pts, 30 % des pts ont reçu une dose de 90 mg d'UST (tableau 1).

Conclusion. – Les patients présentant un RP dans la cohorte dermatologie présentaient davantage d'atteintes unguéales et une dermatose plus étendue. Le sous-type prédominant de RP était une atteinte des interphalangiennes distales. L'UST était également plus souvent utilisé en 1re ligne de biothérapie par les dermatologues.

Conflit d'intérêts. – PR : Orateur invité, et/ou membre d'advisory board, et/ou consultant, et/ou investigateur et/ou bénéficiaire de l'hospitalité de la part de Janssen Cilag, Celgene, Novartis, Lilly, Pfizer, MSD, UCB ; JS : employé laboratoire Janssen Cilag ; JC : employé laboratoire Janssen Cilag ; ND : employé laboratoire Janssen Cilag ; CC : employé laboratoire Janssen Cilag ; DJ : Orateur invité, et/ou membre d'advisory board, et/ou consultant, et/ou investigateur et/ou bénéficiaire de l'hospitalité de la part / pour les compagnies pharmaceutiques suivantes : Abbvie, Amgen, Celgene, Janssen-Cilag, Lilly

Tableau 1 Caractéristiques des pts et de la maladie à l'inclusion

	Cohorte rhumatologie (n =59)	Cohorte dermatologie (n =45)
Age, années* (ET)	50,7 (±12,6)	49,5 (±15,9)
Hommes,%	30 (50,8%)	27 (60%)
Poids, en kg*	81,9 (±17,6)	77,3 (±17,4)
Durée de la maladie, années*	6,7 (±7,4)	7,1 (±11,3)
Patients biotraités, n (%)	37 (63,8%)	20 (44,4%)
Précédente biothérapie		
Anti-TNFα, n (%)	37/37 (100%)	18/20 (90%)
Secukinumab, n (%)	0 (0%)	2/20 (10%)
NAD/28* (ET)	5,5 (±6,4)	6,0 (±7,0)
NAG/28* (ET)	1,8 (±2,3)	2,8 (±4,8)
CRP mg/l*	11,3	16,0
Présence de PsO, n (%)	47 (81%)	42 (93,3%)

* Valeurs exprimées en moyennes

PE. Ma-094

Impact de la chirurgie bariatrique sur les pathologies rhumatologiques : revue systématique et méta-analyse

M. Moly* (1) ; B. Combe (1) ; T. Barnetche (2) ; C. Daien (1) ; C. Gaujoux-Viala (3) ; C. Lukas (1) ; J. Morel (1) ; C. Hua (3)
(1) Rhumatologie, CHU Lapeyronie, Montpellier; (2) Rhumatologie, CHU – Hôpitaux de Bordeaux, Bordeaux; (3) Rhumatologie, CHRU de NÎMES, Nîmes

*Auteur correspondant : molymarie9@gmail.com (M. Moly)

Introduction. – L'obésité augmente l'incidence des pathologies rhumatologiques comme l'arthrose, la goutte, la polyarthrite rhumatoïde ou encore le rhumatisme psoriasique. La chirurgie bariatrique (CB) est la méthode la plus efficace et durable pour la perte de poids. La chirurgie de l'obésité améliore les comorbidités liés à l'obésité. L'objectif de cette étude était d'évaluer la littérature actuellement disponible sur l'impact de la chirurgie bariatrique sur les pathologies rhumatologiques.

Matériels et méthodes. – Nous avons réalisé une recherche systématique de la littérature (via les bases de données Pubmed, Embase et Cochrane Library ainsi que les résumés publiés dans les récents congrès de l'ACR et de l'EULAR) des études évaluant les effets de la chirurgie bariatrique sur les pathologies rhumatologiques : atteintes musculosquelettiques comme l'arthrose et sa prise en charge chirurgicale, la goutte et les rhumatismes inflammatoires. La méta-analyse a été réalisée avec Review Manager Software, avec modèle à effet aléatoire, à chaque fois que c'était méthodologiquement possible et pertinent. Les données ont été extraites par un investigateur et ont été vérifiées par un autre.

Résultats. – La recherche de la littérature a permis de révéler 399 articles et résumés d'intérêt potentiel et l'étude plus approfondie a permis d'inclure 124 articles dans la revue systématique et 24 études remplissaient les critères pour les analyses prédéfinies évaluant l'impact de la chirurgie bariatrique sur les pathologies rhumatologiques. Pour les atteintes musculosquelettiques, la différence moyenne avant et après CB était de -468,14 (intervalle de confiance à 95 % [95 % IC] -646,76 ; -289,51) pour le WOMAC fonction, -95,18 [-127,06 ; -63,29] pour le WOMAC douleur, 30,45 [22,02 ; 38,87] pour le SF36 fonction physique, 22,91 [16,58 ; 29,24] pour le SF36 douleur. Pour la prise en charge chirurgicale de l'arthrose, l'incidence de ré-opération, l'Odd Ratio (OR) était 1,41 [0,88 ; 2,27] et pour l'incidence d'infection l'OR était de 0,91 [0,53 ; 1,59]. Pour la goutte, l'effect size était de 0,83 [0,79 ; 0,87] pour l'hyperuricémie avant et après, la différence moyenne entre avant et après CB était de -1,45 [-1,95 ; 0,94] pour le taux d'acide urique. Seulement 6 études évaluaient l'impact de la chirurgie bariatrique sur les rhumatismes inflammatoires : une dans la polyarthrite rhumatoïde, deux dans le rhumatisme psoriasique, une dans le lupus et deux dans des atteintes inflammatoires diverses.

Conclusion. – Malgré l'hétérogénéité, cette étude montre l'intérêt de la CB en rhumatologie avec une amélioration de la fonction et de la douleur dans les atteintes musculosquelettiques ainsi qu'une amélioration du taux d'acide urique et de l'hyperuricémie.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-095

Efficacité comparée des AINS (kétoprofène) versus corticoïdes (prednisone) par voie orale dans la prise en charge de la lombalgie/lombosciatique commune

WJ. Zabsonre* (1) ; F. Kaboré (1) ; S. Zabsonre (2) ; A. Abassiri (3) ; B. Savadogo (1) ; A. Ouedraogo (3) ; V. Nonguierna (3) ; M. Traoré (3) ; DD. Ouedraogo (1)

(1) Rhumatologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso; (2) Service de neurochirurgie, C.H.U Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso; (3) Service de rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

*Auteur correspondant : t_joelle@hotmail.com (WJ. Zabsonre)

Introduction. – la lombalgie/lombosciatique commune est fréquente en consultation de rhumatologie et nécessite dans son traitement l'usage d'anti-inflammatoires. À ce jour, il n'y a pas de consensus concernant l'utilisation des anti-inflammatoires. Le but de cette étude était de comparer l'efficacité des AINS versus corticoïdes dans la prise en charge de la lombalgie/lombosciatique commune.

Patients et méthodes. – il s'agissait d'une étude prospective analytique menée du 24 mars 2017 au 24 septembre 2017. Étaient inclus les patients présentant une lombalgie/lombosciatique commune et ayant reçu un traitement régulier à base de Kétoprofène ou de Prednisone pendant 7 jours. La douleur était évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA) au début et par une échelle numérique au cours du suivi. L'impact de la lombalgie/lombosciatique commune sur la qualité de vie était évaluée par le questionnaire de Dallas. Les patients étaient évalués au premier jour de la consultation (J0), le lendemain de la consultation après la première prise médicamenteuse (J1), à une semaine (J7), 2 semaines (J14) et à un mois (J28).

Résultats. – quatre-vingt-quatorze patients ont été inclus divisés en 2 groupes ; 47 patients traités par AINS (Kétoprofène) et 47 par AIS (Prednisone). L'âge moyen était de 45,36 ans et de 47,66 ans respectivement pour ceux qui recevaient des AINS et des AIS (p = 0,224). Le sex ratio était de 0,47 dans le groupe AINS et 0,23 chez les patients traités par AIS. L'EVA moyenne de la douleur était de 64,68 et de 59,04 respectivement chez les patients traités par Kétoprofène et Prednisone (p = 0,237). En fin de traitement soit J28, l'EVA était respectivement de 25 et 23 dans le groupe AINS et AIS (p = 0,876). Le **tableau 1** montre la comparaison des patients selon l'intensité de la douleur. À partir du questionnaire de Dallas, les patients traités par AINS et AIS avaient ressenti une amélioration sur les activités quotidiennes respectivement 53,66 % et 56,51 % en début de traitement contre 29,13 % et 27,19 % en fin de traitement sans différence significative (p = 0,478). Pour l'anxiété et la dépression 34,26 % et 27,96 % en début de traitement dans respectivement le groupe AINS et AIS versus 13,51 % et 11,28 % en fin de traitement (p = 0,373).

Tableau 1. Comparaison des moyennes des intensités des douleurs dans le suivi

	AINS	AIS	P
J0	64,68	59,04	0,237
J1	62,55	63,40	0,293
J7	48,09	43,83	0,602
J14	40,85	33,40	0,282
J21	31,60	27,45	0,278
J28	25	23,40	0,876

J : jour ; AINS : antiinflammatoires non stéroïdiens ; AIS : antiinflammatoires stéroïdiens.

Conclusion. – l'efficacité sur la douleur des AINS et des corticoïdes par voie orale et comparable au cours de la lombalgie/lombosciatique commune. L'une ou l'autre peut donc être utilisée, en tenant compte du terrain du malade et des risques liés à chaque molécule

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-096

Impact de la douleur neuropathique sur la réponse aux infiltrations d'acide hyaluronique dans la gonarthrose

E. Tiendrébéogo* (1) ; F. Eymard (1) ; T. Conrozier (2) ; X. Chevalier (1)
(1) Service de rhumatologie, Hôpital Henri-Mondor AP-HP, Créteil; (2) Rhumatologie, Centre Hospitalier Belfort-Montbéliard, Belfort

*Auteur correspondant : tevarice@yahoo.fr (E. Tiendrébéogo)

Introduction. – La gonarthrose symptomatique s'accompagne de douleurs neuropathiques (DN) dans environ 20 % des cas. Si l'effica-

cité des injections intra-articulaires (IA) d'acide hyaluronique (AH) sur la douleur « mécanique » est bien démontré, il n'existe pas de données claires sur l'impact des DN sur la réponse aux injections d'AH dans la gonarthrose symptomatique ni sur l'effet des AH sur la composante neuropathique.

Patients et méthodes. – Nous avons conduit une analyse post hoc à partir de l'étude HAPPYVISC, essai multicentrique, randomisé en double aveugle de non-infériorité comparant l'efficacité de 3 injections hebdomadaires de 2 AH différents (Euflexxa[®] et Happyvisc[®]) à 24 semaines. L'existence d'une DN était évaluée par le questionnaire DN4 (score $\geq 4/10$). L'efficacité des injections d'AH était évaluée grâce à l'EVA, le WOMAC douleur et la réponse OMERACT-OARSI. Nous avons inclus les patients issus de l'analyse en ITT pour lesquelles les données du DN4 à baseline et le WOMAC douleur à S24 étaient disponibles.

Résultats. – Deux cent cinq patients étaient initialement inclus dans l'analyse ITT. Les caractéristiques cliniques et démographiques à l'inclusion ainsi que l'efficacité des injections d'AH étaient similaires entre les 2 groupes de traitement. L'ensemble des données ont donc été poolées. Cent quatre-vingt-sept patients ont été inclus dans cette analyse post hoc. L'âge moyen était de 64,7 ans ; 104 patients étaient des femmes ; l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 27,7 kg/m², 27,3 % des patients (soit 51) étaient obèses ; l'EVA moyenne était de 5,8/10 et le WOMAC douleur moyen de 9,7/20. Cinquante-trois patients (28,3 %) avaient une gonarthrose radiologique sévère définie par un stade de Kellgren et Lawrence (KL) stade 4 ; les autres étaient stade KL 3. Le pincement radiologique défini par le score OARSI était sévère (stade OARSI 3) chez 79 patients (42,2 %). Vingt patients présentaient des DN selon le score DN4 soit une prévalence de 10,7 %. À l'inclusion, l'existence d'une DN était associée à un score WOMAC douleur plus élevé ($p = 0,01$) mais n'était pas corrélée au WOMAC fonction ou à l'EVA douleur. Aucune association n'était retrouvée entre la présence d'une DN et les données démographiques (âge, sexe, IMC), l'ancienneté des symptômes ou la sévérité radiologique. Les items du DN4 les plus fréquemment retrouvés étaient la présence d'engourdissements (69 patients soit 36,9 %) et de brûlures (68 patients soit 36,4 %) ; l'existence de brûlure était significativement associée à la sévérité des douleurs selon l'EVA ($p = 0,01$). La présence d'une DN à l'inclusion ne modifiait pas l'effet des injections d'AH sur l'EVA douleur (DN- : -2,8/10 et DN+ : -2,4/10, $p = 0,46$) ou du score WOMAC douleur (DN- : -4,2/20 et DN+ : -5,1/10, $p = 0,58$) à 24 semaines. La réponse OMERACT-OARSI était obtenue chez 68,1 % des patients sans différence significative selon la présence d'une DN (DN- : 66,7 % et DN+ : 77,8 %, $p = 0,34$). En revanche, la prévalence des patients souffrant de DN diminuait de 49,7 % à 6 mois et on notait une amélioration de 100 % du score DN4 chez 64 patients des 142 patients ayant un score DN4 ≥ 1 à l'inclusion (45,1 %). Il existait une corrélation positive entre l'amélioration du score DN4 et celle des scores WOMAC douleur et EVA à 24 semaines ($p < 0,0001$). Les items du DN4 les plus fréquemment améliorés étaient les démangeaisons (90 %), l'hypoesthésie à la pique (88 %), et les brûlures (50 %).

Conclusion. – L'efficacité des injections d'AH dans la gonarthrose symptomatique n'est pas altérée par la présence de DN. Au contraire, elles pourraient avoir une efficacité sur les DN.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-097

Étude de l'expression des enzymes de biosynthèse des héparanes sulfates dans des synoviocytes fibroblastiques arthrosiques

S. Teboul* (1) ; C. Flageollet (2) ; T. Ould-Braham (2) ; S. Shamdani (2) ; D. Papy-Garcia (2) ; X. Chevalier (1) ; P. Albanese (2)

(1) Service de rhumatologie, CHU Mondor, Créteil; (2) Laboratoire crret, université paris est créteil, ERL CNRS 9215, Créteil

*Auteur correspondant : teboul.stephanie@gmail.com (S. Teboul)

Introduction. – L'arthrose est une maladie complexe, multi-tissulaire liée à des modifications du cartilage, de l'os sous-chondral mais aussi de la membrane synoviale. Parmi les constituants architectu-

raux des matrices extra-cellulaires (MEC), les glycosaminoglycannes (GAGs) sont des polysaccharides linéaires sulfatés, qui participent à la fonctionnalité de niches tissulaires. Cette fonctionnalité repose sur la capacité de ces GAGs à interagir avec différents types de protéines dites heparin binding (HBP) et à participer à l'activation des voies de transduction de signal associées. Parmi ces GAGs, les héparanes sulfates (HS) sont les plus actifs dans différents processus de remodelage tissulaire, leur degré de sulfatation très complexe contrôlant leur capacité d'interaction avec les HBP. Ils sont cependant peu représentés et étudiés dans le cartilage contrairement aux chondroïtines sulfates (CS) et à l'acide hyaluronique (AH) majoritaires. Notre équipe a récemment mis en évidence une diminution quantitative des HS dans des prélèvements humains de cartilage arthrosique comparée à des cartilages sains, associée à une modification du degré de sulfatation de leurs unités disaccharidiques, une altération de leurs interactions avec des HBP et de leurs effets sur le phénotype anabolique de chondrocytes. Dans ce contexte, notre objectif est de caractériser les profils de sulfatation des HS dans la membrane synoviale arthrosique, et leur rôle fonctionnel dans l'homéostasie de ce composant articulaire participant au processus arthrosique.

Matériels et méthodes. – Après isolement, culture et caractérisation phénotypique des synoviocytes fibroblastiques (FLS) issus de membranes (MS) et de liquides synoviaux (LS) sains et arthrosiques, nous avons mis en évidence la présence d'HS par immunofluorescence et cytométrie en flux et les avons quantifiés par dosage biochimique. Après avoir caractérisé le profil de sulfatation des HS par HPLC, nous avons déterminé par RT-qPCR le profil d'expression génique des différents isoformes de 2-O- ; 6-O- ; 3-O-sulfotransférases (OSTs) et des sulfatases, impliquées dans le processus complexe de modification des chaînes d'HS.

Résultats. – La mise en culture de 12 prélèvements (8 LS et 3 MS) issus de sujets arthrosiques et d'1 MS d'un col fémoral non arthrosique a permis d'identifier non seulement la présence d'HS à la membrane d'une population de FLS, mais aussi un profil de sulfatation de leurs motifs disaccharidiques, particulièrement rare au sein des tissus et organes humains, jusqu'à présent jamais décrit dans le liquide synovial. Après comparaison avec notre échantillon témoin, l'étude des profils d'expression génique des enzymes responsables des sulfatations a mis en évidence des augmentations d'expression de deux isoformes spécifiques des OSTs, susceptibles d'être impliquées dans cette sulfatation particulière des HS.

Conclusion. – Ces résultats mettent en évidence pour la première fois la présence d'HS à la surface des synoviocytes associée à l'augmentation de l'expression de deux isoformes d'OSTs. Les liens entre ces HS sulfatés, les OSTs responsables de cette signature particulière, et la fonctionnalité des FLS – comme par exemple leur phénotype inflammatoire – restent à préciser, mais il n'en demeure pas moins que ces résultats ouvrent une intéressante piste de recherche sur de nouvelles cibles glycaniques dans la physiopathologie de l'arthrose.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-098

Le peptide chimérique synthétique P7 réduit la douleur et protège le cartilage chez le rat souffrant d'arthrose après méniscectomie partielle et section du ligament croisé

R. Montjean (1) ; S. Escaich (1) ; C. Vêtu (1) ; C. Carelli (1) ; Y. Henrotin* (2)

(1) Regulaxis, Regulaxis SAS, Romainville; (2) Arthropôle Liège, Université de Liège, Liège, Belgique

*Auteur correspondant : yhenrotin@ulg.ac.be (Y. Henrotin)

Introduction. – P7 est un peptide chimérique synthétique de 24 a.a. Il est composé d'un fragment de l'hormone de croissance (GH) et d'un analogue de la somatostatine (SST). Le potentiel thérapeutique anti-arthrosique de P7 a été évalué chez le rat par administration intra-

articulaire (effet sur la mobilité/douleur et sur la structure du cartilage).

Patients et méthodes. – L'arthrose a été induite dans le genou de rats Lewis mâles adultes (n = 12 par groupe) par section chirurgicale du ligament croisé antérieur (ACLT) associée à une ménisectomie médiale partielle (pMMx). Les traitements ont démarré 14 jours après la chirurgie (J14) par une injection hebdomadaire de 50 µL réalisée sur 3 semaines (J14, J21 et J28). P7, en solution liposomale, a été injecté aux concentrations finales de 10, 50 ou 100 µm. Le traitement par P7 a été comparé à 3 injections de : solution liposomale seule, ou dexaméthasone (0,5 mg / kg / 50 µL) ou acide hyaluronique (AH, hyaluronate de sodium à 1 mg / kg / 50 µL). Les paramètres étudiés ont été : a) douleur (mesurée avec un Von Frey électronique), b) distribution pondérale dynamique (test d'incapacité – Dynamic Weight Bearing), c) sévérité des lésions histologiques 8 semaines après la chirurgie (score OARSI).

Résultats. – La chirurgie diminue significativement le seuil de la douleur et la mise en charge de la patte. Après chirurgie, le traitement à la dexaméthasone augmente significativement le seuil de la douleur dès la première injection et la mise en charge dès la deuxième injection. Le traitement à l'AH améliore significativement ces paramètres mais dans une moindre mesure, respectivement après la deuxième et troisième injection. P7 diminue significativement la douleur aux doses de 50 et 100 µm après la deuxième injection et après la troisième injection à la dose de 10 µm. La mise en charge est améliorée après trois injections aux doses de 10 et 50 µm. Seul P7 (50 µm) réduit significativement le score histologique global, l'étendue totale de la dégénérescence cartilagineuse, la perte de matrice cartilagineuse et la dégénérescence du cartilage. Le score établi sur la membrane synoviale révèle une inflammation sévère non affectée par les traitements.

Discussion. – Nous avons montré que P7 régule la synthèse d'IGF-1 et de IGF-R impliqués dans la production de la matrice du cartilage. Ceci suggère que l'amélioration de l'aspect du cartilage chez les rats arthrosiques traités avec P7 pourrait être le résultat d'une augmentation de constituants matriciels induite par l'IGF-1.

Conclusion. – P7 réduit la douleur chez le rat souffrant d'arthrose modérée induite chirurgicalement. P7 est aussi efficace que la dexaméthasone et plus efficace que l'acide hyaluronique sur la fonction. P7 a un effet chondroprotecteur significatif alors que la dexaméthasone et l'acide hyaluronique n'ont aucun effet sur la structure du cartilage. Ces résultats suggèrent que P7 pourrait être un traitement efficace de l'arthrose modérée chez l'Homme.

Conflit d'intérêts. – Escaich, employée de regulaxis. Montjean, employé de regulaxis. Vêtu, employé de regulaxis. Carelli, employé de regulaxis

PE. Ma-099

Développement d'un modèle d'arthrose chez la souris humanisée dans le but d'étudier les effets thérapeutiques des cellules souches mésenchymateuses humaines encapsulées

B. Metayer* (1) ; M. Masson (2) ; J. Vezières (1) ; C. Vignes (2) ; J. Lesoeur (2) ; Y. Maugars (1) ; B. Bodic (2) ; J. Guicheux (1) ; C. Vinatier (2)

(1) Rmes, Inserm UMR 1229, Hotel Dieu PHU4 OTON, Nantes;

(2) Rmes, Inserm UMR 1229, Nantes

*Auteur correspondant : benmetayer@hotmail.com (B. Metayer)

Introduction. – L'arthrose est une pathologie inflammatoire chronique sans thérapie satisfaisante. La thérapie cellulaire par injection intra-articulaire de cellules souches mésenchymateuses (CSM) présentant des propriétés chondrogénique et immunomodulatrice semble prometteuse, mais son efficacité structurale sur le cartilage articulaire n'est pas encore clairement établie chez l'homme. Un processus novateur d'encapsulation développé dans notre laboratoire pourrait assurer la survie et la bioactivité à long

terme de ces cellules après injection intra-articulaire. Afin d'évaluer l'impact de CSM humaines encapsulées avec l'environnement inflammatoire arthrosique, un modèle murin présentant un système immunitaire humanisé semble le plus adapté. Dans ce contexte, notre objectif est de mettre au point un modèle d'arthrose par déstabilisation du ménisque médial (DMM) chez des souris humanisées.

Matériels et méthodes. – Afin d'induire un système immunitaire humain fonctionnel, des souris NSG (NOD/LtSz-scid IL2R?null) âgées de 4 semaines ont été irradiées (1.5Gy), puis ont reçu une injection intraveineuse de 5x10⁶ cellules souches hématopoïétiques humaines CD34+. 120 jours après la procédure d'humanisation, les souris ont subi une DMM ou une procédure SHAM. Les souris ont ensuite été sacrifiées 6 ou 12 semaines après l'intervention chirurgicale. L'apparition de l'arthrose a été mesurée par analyses histologiques et histomorphométriques des genoux. La présence de cellules immunitaires humaines au sein de l'articulation a également été recherchée par immunohistochimie.

Résultats. – Nos résultats histologiques montrent, que les souris ayant subies une DMM présentent une augmentation significative du score d'arthrose à 12 semaines, mais pas à 6 semaines. Nos résultats histomorphométriques indiquent une augmentation du volume osseux du ménisque médian antérieur à 12 semaines post DMM. En revanche aucune différence morphométrique significative n'est retrouvée au niveau de l'os sous-chondral. Nos analyses immunohistochimiques révèlent la présence de lymphocytes B et de macrophages humains dans la rate et la moelle osseuse sous chondrale.

Discussion. – Nous avons montré par la corrélation de deux méthodes d'analyses (histologique et histomorphométrique) que les souris NSG humanisées pouvaient développer une arthrose post traumatique induite par DMM. La présence de cellules immunitaires humaines dans la rate et dans la moelle osseuse sous chondrale valide la réussite de la greffe chez ces souris. Bien que des cellules immunitaires humaines ont été révélées à proximité de l'articulation, leur présence n'a pas été détectée dans la membrane synoviale ou dans le cartilage. La recherche de ces cellules au sein de la membrane synoviale devra être réalisée sur des temps plus précoce après l'induction d'arthrose, lors de la poussée inflammatoire décrite les 2 premières semaines post-DMM chez la souris.

Conclusion. – L'ensemble de nos résultats a donc permis de caractériser un modèle d'arthrose chez la souris humanisée. L'établissement de ce modèle permettra ensuite d'étudier l'efficacité thérapeutique de cellules souches mésenchymateuses humaines encapsulées.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-100

Cemip accompagne l'expression de marqueurs de fibrose par le cartilage et la synoviale humaine arthrosique

C. Deroyer* (1) ; S. Neuville (1) ; E. Charlier (1) ; O. Malaise (1) ; P. Gillet (2) ; M. Malaise (1) ; D. De Seny (1)

(1) Laboratoire de rhumatologie, GIGA I3, CHU de Liège, ULiège, Liège, Belgique; (2) Service de chirurgie orthopédique, CHU de Liège, Liège, Belgique

*Auteur correspondant : celine.deroyer@chuliege.be (C. Deroyer)

Introduction. – Nos récents travaux montrent une augmentation de l'expression de Cemip dans le cartilage arthrosique par rapport au cartilage sain. Ils démontrent également son rôle pro-fibrosant dans les chondrocytes arthrosiques via l'induction de différents marqueurs de fibrose tels que la protéine du muscle lisse alpha (αSMA) et le collagène de type 3. Il a été montré que le cartilage arthrosique murin présentait des caractéristiques macroscopiques de fibrose. La membrane synoviale arthrosique peut également être fibreuse la rendant plus épaisse et rigide. Dans cette étude, nous avons étudié l'expression de différents marqueurs de fibrose dans le cartilage et la membrane synoviale arthrosique et non-arthrosique et nous avons

investigé le rôle potentiellement pro-fibrosant de Cemip dans la membrane synoviale arthrosique.

Matériels et méthodes. – Le cartilage et les membranes synoviales ont été obtenus chez des patients arthrosiques subissant une chirurgie de remplacement du genou ou de la hanche (cartilage uniquement) ou souffrant d'une fracture sous-capital du fémur (cartilage non-arthrosique). L'expression de Cemip, ?SMA et du collagène de type III a été évaluée par immunohistochimie. Les synoviocytes ont été isolés à partir de membranes synoviales arthrosiques humaines, ensemencés en culture monocouche et stimulés en présence de TGF- β . Le niveau d'expression des différents gènes a été évalué par PCR quantitative en temps réel.

Résultats. – L'analyse du cartilage humain a montré que le taux protéique d'?SMA est augmenté dans le cartilage arthrosique ($42 \pm 10,5\%$ de cellules marquées dans les genoux arthrosiques et $38,1 \pm 11,8\%$ dans les hanches arthrosiques) par rapport au cartilage de hanches saines ($6 \pm 1,8\%$ de cellules marquées). Le taux d'expression du collagène de type III est également augmenté dans le cartilage arthrosique ($60,5 \pm 4\%$ de cellules marquées dans les genoux arthrosiques et $44,3 \pm 4,5\%$ dans les hanches arthrosiques) par rapport au cartilage de hanches saines ($19,5 \pm 3,9\%$ de cellules marquées). Comme observé dans le cartilage, l'expression de Cemip et de ?SMA est augmentée dans les membranes synoviales arthrosiques humaines par rapport aux membranes synoviales saines. L'augmentation de Cemip est observée au niveau de la couche bordante alors que celle de ?SMA est observée au niveau de la sous-intima. *In-vitro*, nos résultats préliminaires montrent que dans les synoviocytes, Cemip module l'expression de différents gènes impliqués dans la fibrose et induits par le TGF- β tels que le gène codant pour la β -caténine, le CTGF et les métalloprotéinases 3 et 13.

Discussion. – nous montrons ici une augmentation de l'expression de marqueurs de fibrose (?SMA et collagène de type III) dans le cartilage humain arthrosique ainsi que dans la synoviale humaine arthrosique (?SMA). De plus, il y a surexpression de Cemip dans la membrane synoviale arthrosique. En culture, l'inactivation de Cemip réduit l'expression de gènes pro-fibrosant induits par le TGF- β .

Conclusion. – Cemip est surexprimé dans le cartilage et la synoviale humaine arthrosique qui par ailleurs expriment également des marqueurs de fibrose. Cemip pourrait jouer un rôle direct dans la fibrose synoviale de l'arthrose.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-101

Variation d'expression des récepteurs aux nétrines UNC5C et DCC dans le chondrocyte : un nouveau mécanisme délétère de la β -caténine ?

M. Claudel (1) ; J.Y. Jouzeau (1) ; F. Cailotto* (1)

(1) Biopôle de l'université de lorraine, UMR 7365 UL-CNRS IMoPA, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : frederic.cailotto@univ-lorraine.fr (F. Cailotto)

Introduction. – Les nétrines ont un rôle dans l'inflammation ainsi que dans la migration et la différenciation cellulaire. Leurs effets biologiques sont médiés par leur liaison à différents récepteurs : UNC5A, UNC5B, UNC5C, UNC5D, A2B (Adenosine Receptor 2B), DCC (Deleted in Colon Carcinoma) et Neo (Néogénine) 1. L'implication de certains de ces récepteurs a été suggérée dans le cartilage articulaire et la membrane synoviale au cours de l'arthrose (OA) [1,2]. Un des mécanismes physiopathologiques de l'OA est la récapitulation de la différenciation endochondrale menant le chondrocyte vers l'hypertrophie, qui implique l'activation de la voie de signalisation β -caténine. L'influence de cette voie sur l'expression des récepteurs aux nétrines n'a pas encore été caractérisée, et le profil d'expression des récepteurs aux nétrines reste peu documenté dans l'OA. Nous avons étudié l'expression génique des récepteurs aux nétrines dans

des modèles *in vitro* représentatifs de l'activation de la voie β -caténine au cours de l'OA.

Matériels et méthodes. – Nous avons utilisé trois modèles expérimentaux dans lesquels l'expression des ARNm des récepteurs aux nétrines a été étudiée par RT-qPCR. Le premier consiste en des biopsies de cartilage arthrosique humain faites à l'emporte-pièces sur des prélèvements prothétiques de genou (4 patients, CHRU de Nancy). Ces explants ont été cultivés 7 jours en présence ou en l'absence d'un activateur de la voie β -caténine, le CHIR99021 (CHIR, 3 μ M, une stimulation toutes les 48 heures) dans du milieu DMEM-F12 contenant 10 % de SVF. Le deuxième modèle est une culture monocouche de chondrocytes primaires isolés à partir de têtes fémorales de souris C57Bl6 âgées de 14 semaines. Ces cellules ont été cultivées dans les mêmes conditions expérimentales que les explants humains. Le troisième modèle est une culture de 28 jours en micromasse (200 000 cellules/10 μ l) de la lignée chondrogénique ATDC5, qui reproduit l'ossification endochondrale, dans du milieu DMEM F-12 contenant 5 % SVF, 10 μ g/ml de transferrine et d'insuline, et 30 nM de sélénite de sodium

Résultats. – Tous les récepteurs sont exprimés par le cartilage humain, mais seule l'expression de *Dcc* varie et est significativement induite 5 fois par le CHIR. Dans les chondrocytes de souris, nous n'avons pas détecté d'expression d'*A2B*. De plus, le CHIR tend à diminuer l'expression de *Unc5c*, mais tend à induire l'expression de *Dcc*. Pour la lignée ATDC5, l'expression de *Unc5b*, *Unc5c* et *Neo1* diminue (de 3, 2,5 et 2 fois respectivement) lorsque les cellules sont l'hypertrophiques (J28), alors que celle de *A2b* augmente de 20 fois. Nous n'avons pas pu détecter l'expression de *Dcc* dans ce modèle.

Discussion. – L'expression de *Unc5c* diminue lors de la chondrogénèse et lors d'une l'activation de la voie β -caténine, alors que celle de *Dcc* est induite dans les cultures primaires lors de l'activation de cette voie. L'augmentation d'expression et l'activation de DCC [1] et UN5C [2] ont été associées à la migration des cellules articulaires au cours de l'OA.

Conclusion. – La variation d'expression chondrocytaire de *Dcc* et *Unc5c* en réponse à une activation de la voie β -caténine suggère que cette voie peut moduler directement les effets biologiques des nétrines et participer aux altérations du phénotype chondrocytaire dans l'OA.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Schubert, T., et al. Role of deleted in colon carcinoma in osteoarthritis and in chondrocyte migration. *Rheumatology* 48, 1435–1441 (2009).

[2] Schubert, T. et al. Role of the netrin system of repellent factors on synovial fibroblasts in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Int. J. Immunopathol. Pharmacol.* 22, 715–722 (2009).

PE. Ma-102

Potentialités des cellules souches mésenchymateuses issues du liquide synovial pour l'ingénierie cellulaire ou tissulaire du cartilage

P. Neybecker (1) ; C. Henrionnet (1) ; E. Pape (1) ; D. Mainard (2) ; L. Galois (2) ; D. Loeuille (3) ; P. Gillet (1) ; A. Pinzano* (1)

(1) Imopa, umr 7365 cnrs-université de lorraine, Campus biologie-santé, avenue de la forêt de haye, Vandœuvre-lès-Nancy; (2) Service de chirurgie orthopédique, traumatologique et arthroscopique, C.H.R.U. Nancy, Nancy; (3) Service de Rhumatologie, C.H.R.U. Nancy-Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : astrid.pinzano@univ-lorraine.fr (A. Pinzano)

Introduction. – Pour le traitement des lésions focales ou diffuses du cartilage, les recherches s'orientent sur la production de substituts cartilagineux à l'aide de cellules souches mésenchymateuses (CSMs) ou sur l'injection intra-articulaire de CSMs. De par leur localisation

articulaire et leur accessibilité, les CSMs du liquide synovial (LS) représentent une source cellulaire originale. Notre objectif était de caractériser ces CSMs LS et d'étudier leurs potentialités à produire un substitut cartilagineux *in vitro* ou à réparer les lésions arthrosiques *in vivo*.

Matériels et méthodes. – Les CSMs LS humaines ont été caractérisées par cytométrie en flux et leurs capacités de différenciation chondrogénique, ostéogénique et adipogénique ont été vérifiées. Ensuite, des substituts tissulaires ont été produits par ensemencement des CSMs LS dans des éponges de collagène et cultivés dans des milieux enrichis ou non en TGF- β 1 et/ou BMP-2 en normoxie ou en hypoxie (5 % O₂) pendant 28 jours. L'expression des gènes d'intérêt (chondrogénique, hypertrophique, ostéogénique) et la qualité de la matrice extracellulaire synthétisée ont été étudiées par RT-PCRq et par histologie et immunohistochimie. Et enfin, les potentialités des CSMs LS ont été étudiées dans un modèle d'arthrose expérimentale par section du ligament croisé antérieur (LCA) chez le rat par injection intra-articulaire à 1 et 2 semaines après la chirurgie. Trois groupes (n = 8/groupe/temps) étudiés (1) SHAM, (2) LCA et (3) LCA + CSMs LS) ont été mis à mort à 28 et 56 jours. Les lésions cartilagineuses et l'inflammation ont été évaluées par des scores adaptés de Mankin et de Rooney.

Résultats. – Les cellules isolées du LS expriment bien les marqueurs de surface des CSMs : CD90+, CD105+, CD73+, CD34 – et CD45– (n = 5) et possèdent les capacités de différenciation dans les trois voies. Au sein des substituts cartilagineux produits (n = 3), et quelle que soit la teneur en oxygène, les conditions TGF- β 1 seul et TGF- β 1+BMP-2 ont permis une forte induction de l'expression des gènes d'intérêt du cartilage (COL2A1, SOX9, ACAN) et une faible induction des gènes hypertrophiques et ostéogéniques (COL1A1, RUNX2) à J28. De même, ces conditions ont permis d'obtenir une matrice extracellulaire riche et dense en protéoglycannes et en collagène notamment de type II. Par contre, concernant leurs potentialités *in vivo* les scores macroscopiques et histologiques n'ont mis en évidence aucune différence significative entre le groupe LCA et le groupe LCA+CSMs.

Discussion. – Les CSMs LS ont montré leurs capacités à produire un substitut cartilagineux. Les expressions plus faibles des marqueurs hypertrophiques et ostéogéniques suggèrent une différenciation chondrogénique moins propice à la dérive ostéoïde observée avec d'autres CSMs. Par contre, les CSMs LS n'ont pas permis de prévenir les lésions arthrosiques.

Conclusion. – Les CSMs LS s'avèrent une source cellulaire prometteuse pour la production de substituts cartilagineux.

Ce projet a été réalisé avec le soutien financier de la Société Française de Rhumatologie (SFR).

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-103

Expression des intégrines α V β 5, α V β 3 et β 6 par les chondrocytes arthrosiques de hanche et par les ostéophytes vertébraux

E. Charlier* (1) ; S. Neuville (1) ; C. Deroyer (1) ; B. Relic (1) ; O. Malaise (1) ; G. Reuter (2) ; P. Gillet (3) ; N. Withofs (4) ; R. Hustinx (4) ; D. De Seny (1) ; M. Malaise (1)

(1) Laboratoire de rhumatologie, GIGA I3, CHU de Liège, ULiège, Liège, Belgique; (2) Service de neurochirurgie, CHU de Liège, Liège, Belgique; (3) Service de chirurgie orthopédique, CHU de Liège, Liège, Belgique; (4) Service de médecine nucléaire, CHU de Liège, Liège, Belgique

*Auteur correspondant : edith.charlier@chu.ulg.ac.be (E. Charlier)

Introduction. – L'arthrose est une maladie articulaire évolutive caractérisée par une chondrolyse et par la formation d'ostéophytes. Nous avons précédemment montré *in vivo* par TEP/TDM la fixation du traceur 18F-PRGD2g dans l'interligne coxofémoral arthrosique et sur des structures ostéophytiques lombaires péri-discoles. Ce motif RGD

est reconnu par plusieurs récepteurs intégrines hétérodimériques, dont l'expression est mal connue *in situ*. Par ce travail, notre but est de : (i) déterminer l'affinité du traceur pour différents complexes intégrines, (ii) analyser leur expression *in situ* et (iii) tester *in vitro* l'effet d'une différenciation ostéogénique sur l'expression des sous-unités intégrines.

Matériels et méthodes. – L'affinité de divers ligands RGD utilisables *in vivo* a été mesurée par compétition entre leur fixation sur les intégrines hétérodimériques et celle de l'125I-échistatine. Les études *in situ* sont réalisées sur cartilage sain fracturé (n = 4), arthrosique (n = 8) et ostéophytes vertébraux (n = 10). Les ostéophytes sont colorés par le Trichrome de Masson, la coloration hématoxyline/éosine et par immunomarquages anti-collagènes. Les intégrines hétérodimériques α V β 3, α V β 5 et β 6 sont visualisées par immunohistochimie. L'expression d' α V, de β 3, de β 5 et de β 6 est aussi analysée par immunodétection dans des chondrocytes humains (n = 20) soumis à une différenciation ostéogénique. Les programmes Cytomine, QuPath et ImageStudioLite ont permis les quantifications.

Résultats. – Les complexes reconnus avec le plus d'affinité par les ligands RGD étaient dans l'ordre : α V β 5, α V β 3 et α V β 6. *In situ*, le pourcentage de cellules marquées dans un cartilage sain vs cartilage arthrosique a été calculé pour α V β 5 (19,92 \pm 4,13 vs 48,22 \pm 9,04), α V β 3 (23,73 \pm 4,19 vs 50,9 \pm 9,93) ainsi que β 6 (44,78 \pm 6,72 vs 67,31 \pm 3,79) et a été trouvé significativement augmenté dans le cartilage arthrosique. L'aire moyenne des ostéophytes analysés est de 42,74 mm² avec 34 à 94 % de tissu conjonctif. Tous sont vascularisés (de 10 à 177 vaisseaux par échantillon). Tous comprennent des zones positives pour les collagènes de type II et I mais seulement un sur deux pour le collagène de type III. L'expression des intégrines est détectée dans tous les cas au niveau des vaisseaux sanguins et dans les zones positives pour les collagènes de type II et III (4/5), ainsi que type II (9/10). *In vitro*, les sous-unités intégrines sont exprimées par les chondrocytes différenciés et leur expression est significativement augmentée après différenciation ostéogénique.

Discussion. – Les intégrines α V β 3, α V β 5 et β 6 sont surexprimées dans le cartilage arthrosique, dans les ostéophytes vertébraux (vaisseaux et zones collagéniques) et dans la différenciation ostéogénique des chondrocytes.

Conclusion. – Les zones anatomiques arthrosiques qui fixent le traceur RGD *in vivo* expriment bien *in vitro* les intégrines qu'il reconnaît apportant une pertinence à l'imagerie par TEP/TDM utilisant le 18F-PRGD2g.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-104

Étude multicentrique prospective des facteurs prédictifs de réponse à une injection d'un acide hyaluronique réticulé à libération prolongée dans l'hallux rigidus

T. Conrozier* (1) ; S. Mellac-Ducamp (2) ; J. Porterie (3) ; J. Despau (4) ; J. Fulpin (5) ; JY. Coillard (6) ; L. Galois (7)

(1) Hôpital Nord Franche-Comté, Trévenans; (2) Rhumatologie, Centre hospitalier, Nevers; (3) Rhumatologie, Cabinet Médical, Auch; (4) Rhumatologie, Centre de rhumatologie Le Bonze, Montélimar; (5) Rhumatologie, Cabinet Médical, Hyères; (6) Chirurgie du pied, CLINIQUE DU PARC, Lyon; (7) Campus biologie-santé, avenue de la forêt de haye, UMR 7365 CNRS-Université de Lorraine, IMoPA, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : thierry.conrozier@hnfc.fr (T. Conrozier)

Introduction. – Étude multicentrique prospective des facteurs prédictifs de réponse à une injection d'un acide hyaluronique réticulé à libération prolongée dans l'hallux rigidus.

Patients et méthodes. – Étude pilote, prospective, multicentrique (EUDRACT 2015-AO1904-45). Investigateurs : chirurgiens de

l'avant-pied et rhumatologues. Critères d'inclusion : Arthrose de la MTP1, non soulagée par les antalgiques, les AINS et/ou le port d'une orthèse plantaire. Critères d'exclusion : hallux valgus, autre arthropathie de la MTP1, viscosupplémentation de la MTP1 au cours des 3 derniers mois, corticoïdes IA au cours du dernier mois, chirurgie planifiée au cours des 3 mois suivant l'inclusion.

Intervention. – Injection IA de 1 ml d'HANOX-M-XL sous contrôle radio ou échographique dans la MTP1.

Données à l'inclusion. – Age, sexe, IMC, traitements actuels et antérieurs de l'arthrose, évaluation de la douleur à la marche par le patient (échelle 0-10), stade radiologique de MENZ (0-3). Données à la visite de 3 mois : évaluation de la douleur à la marche par le patient, évaluation par le patient de l'efficacité du traitement (0-3), variation de la consommation d'antalgiques, évaluation de la tolérance.

Critère principal. – Variation de la douleur entre J0 et J90. Les facteurs prédictifs de l'amélioration de la douleur ont été étudiés en analyse univariée puis multivariée sur la population en intention de traiter.

Résultats. – Population ITT : 66 sujets (48 femmes), âge moyen 60 ans, durée des symptômes 24,9 mois, douleur à la marche 6,5±1,8. À l'inclusion il n'y avait pas de corrélation entre le niveau de douleur et l'âge, le sexe, l'ancienneté des symptômes et le stade radiologique. A J90, la douleur moyenne était de 2,8±2,3, soit une différence par rapport à J0 de -3,1±2,9 ($p < 0,0001$). Le score de douleur à J90 variait significativement en fonction du stade radiologique ($p = 0,001$). Il était de 2,0 ± 1,9 dans les stades 1, 3,1 ± 2,3 dans les stades 2 et de 3,3 ± 2,4 en cas de stade 3. En analyse multivariée la réponse clinique n'était corrélée à aucun critère clinique ou démographique, ni au type de guidage. Elle restait meilleure dans les stades 1 que dans les stades 2 et 3 ($p = 0,02$). En revanche, la perception de l'efficacité par les patients n'était pas significativement différente selon le stade radiologique. 80 % des stades 1, 64 % des stades 2 et 67 % des stades 3 ayant considéré l'injection comme très efficace ou efficace ($p = 0,4$). 59 % des patients prenant des antalgiques les avaient diminués lors de la visite finale. Enfin 15 patients (22,7 %) ont présenté un effet indésirable local dans les suites immédiates ou les 24 heures suivant l'injection. Tous ont été résolutifs en moins de 7 jours. La survenue d'un effet indésirable n'affectait pas le résultat final.

Conclusion. – Cette étude pilote multicentrique, à partir de la plus grande cohorte jamais réalisée dans l'hallux rigidus, suggère qu'une injection unique de 1 ml d'un viscosupplément à libération prolongée, améliore d'environ 50 %, 2/3 des patients quelque soit le stade radiologique de l'arthrose mais que l'amplitude de l'effet est plus important dans les stades radiologiques précoces.

Conflit d'intérêts. – TC : honoraires de consultant du laboratoire LAB-RHA

PE. Ma-105

Étude pilote d'une association d'un AH et d'un PRP intra-articulaire dans la prise en charge de la gonarthrose symptomatique fémoro-tibiale après échec d'un AH seul : suivi à 4 ans

JL. Renevier* (1) ; JF. Marc (2)

(1) Centre Médico Chirurgical du Mantois, Mantes-la-Jolie; (2) Libéral, Marc Jean-François, Roanne

*Auteur correspondant : jl.renevier@gmail.com (JL. Renevier)

Introduction. – L'efficacité de l'acide hyaluronique (AH) dans la gonarthrose est documentée. Des études in vitro ont démontré l'impact positif de facteurs de croissance isolés sur la stimulation et la différenciation chondrogénique des cellules souches mésenchymateuses. La combinaison acide hyaluronique/plasma riche en plaquettes (PRP) peut-elle apporter un bénéfice supérieur à chacun des produits sur la douleur, la raideur et la fonction ? Le dispositif médical utilisé permet d'obtenir une telle combinaison destinée à être injectée par voie intra-articulaire.

Patients et méthodes. – Étude française prospective, multicentrique. 71 patients inclus, âge médian 63 ans, 37 hommes, 34 femmes, BMI moyenne 26,83. Le critère de jugement principal est la variation du score moyen WOMAC A1 entre J0 et J270, sur une échelle graduée de 1 à 10, en critères secondaires, étude de la raideur (WOMAC B) et de la fonction (WOMAC C). Les tubes du dispositif médical contiennent 2 ml d'AH de faible poids moléculaire (1 550 KDa) en solution à 2 %. La quantité de sang prélevé est de 4 ml permettant après centrifugation (5 mn à 3 400 tours par minute) d'obtenir 2 ml de PRP. Le rythme des injections était à J0, 2 mois et 6 mois.

Résultats. – 87,3 % de patients améliorés au terme de l'étude. Il existe une différence significative concernant la variation du score moyen WOMAC A1 avant le début du traitement et la douleur ressentie 36 semaines après le début du traitement. Cette différence est également significative entre la 1re et la 2e injection ainsi qu'entre la 2e et la 3e injection. Le dispositif agit quel que soit le BMI et l'âge des patients inclus. Il n'existe pas de différence significative des scores de la douleur selon le grade radiologique (II-III). Aucun effet secondaire notable signalé. Le résultat est également significatif à 9 mois sur la raideur et la fonction. 61 % des patients n'ont pas eu besoin de nouvelles injections à 4 ans, 60 % des patients avaient un résultat positif à 2 ans et 50 % à 4 ans. 80 % n'ont pas eu besoin d'une prothèse totale après 4 ans d'évolution et échec des injections d'AH.

Discussion. – L'incidence de la gonarthrose symptomatique croît de façon considérable avec la pyramide des âges. Après échec des traitements médicamenteux et des injections d'AH, un avis chirurgical est proposé malgré une destruction articulaire radiologique parfois modérée. Cette étude montre qu'il existe maintenant une alternative thérapeutique conservatrice efficace, simple, rapide, reproductible et bien tolérée.

Conclusion. – Essai français multicentrique, prospectif sur 9 mois avec 3 injections de 2ml de PRP +2ml d'AH non réticulé dans la gonarthrose selon une procédure très simple. La réponse au critère principal d'efficacité montre une diminution de la moyenne du WOMAC A1 passant de 5,93 à l'inclusion à 2,03 à 9 mois, statistiquement significative. Après 4 ans, plus de la moitié des patients gardait un bénéfice du traitement.

Conflit d'intérêts. – activité de conseil chez RegenLab

PE. Ma-106

Apport de l'examen échographique dans l'évaluation de l'arthrose du genou symptomatique et radiographique

O. BAZIN* (1) ; SW. Ngueyon (2) ; AC. Rat (3) ; F. Guillemin (4) ;

I. Chary Valckenaere (1) ; D. Loeuille (1)

(1) Rhumatologie, CHU de Nancy – Hôpital de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy; (2) Épidémiologie cic1433, CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy; (3) Inserm, CIC-1433 épidémiologie clinique, CHRU Nancy, Nancy; (4) Cic 1433, CHRU Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy

*Auteur correspondant : oriane.bazin@orange.fr (O. BAZIN)

Introduction. – L'objectif est d'évaluer et de comparer les données échographiques par rapport aux données cliniques et radiographiques chez des patients souffrant de gonarthrose radiographique.

Matériels et méthodes. – Les patients avec une gonarthrose symptomatique (EVA-douleur > 30/100) et radiographique (Kellgren-Lawrence ≥2) répondant aux critères ACR (1986) étaient inclus dans l'essai clinique N° NCT01544647 évaluant l'efficacité de la cure thermique. Ils ont bénéficié d'une évaluation échographique et radiographique. L'épanchement clinique, l'EVA-douleur, le score WOMAC et la sévérité radiographique (Kellgren-Lawrence > 2) étaient évalués. En échographie, l'épanchement (≥4 mm), la synovite (détectée dans les 3 rampes en mode B et DP) et le kyste poplité (KP) étaient recherchés en binaire et de façon semi-quantitative. Le score total échographique (somme des scores d'épanchement (0 à 6), synovite (0 à 15) et la présence d'un KP (0 à 1)) variait de 0 à 22.

Résultats. – 283 patients ont été inclus (67 % de femme, âge moyen 64,1 ans \pm 9,1DS, IMC 29,1 \pm 5,7DS, 58,4 % avec KL > 2). L'épanchement était présent chez 82 patients (29,1 %) à l'examen clinique et chez 185 patients (65,6 %) en échographie. En échographie, la synovite était présente chez 60,3 % patients en mode B et 28,0 % en mode DP. Le KP était retrouvé chez 70 patients (24,9 %). La moyenne des scores d'épanchement, de synovite et total était respectivement 0,8 \pm 1,2 DS, 2,5 \pm 2,6 DS and 3,6 \pm 3,4 DS. Pour un score d'épanchement > 2, plus de 50 % des épanchements cliniques étaient retrouvés. Seul le score d'épanchement était associé à l'EVA-douleur (p = 0,01) en univarié. La sévérité radiographique était significativement associée aux scores d'épanchement et de synovite (mode B et DP) en univarié et multivarié (p < 0,05).

Conclusion. – L'échographie a permis de détecter deux fois plus d'épanchement. Seul le score d'épanchement échographique était associé à la douleur. Épanchement et synovite en échographie étaient corrélés à la sévérité radiographique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-107

Efficacité et tolérance d'une injection d'acide hyaluronique réticulé + mannitol dans le traitement de l'arthrose temporo-mandibulaire

D. Baron* (1) ; C. Baraer (2)

(1) Centre de rééducation et réadaptation de trestel, CH Lannion-Trestel, Lannion; (2) Chirurgien dentiste, Cabinet dentaire, Quimper

*Auteur correspondant : dbaron@ch-lannion.fr (D. Baron)

Introduction. – Le but de ce travail était d'évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi d'une injection d'acide hyaluronique réticulé couplé au mannitol dans le traitement de l'arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

Patients et méthodes. – Des patients souffrant d'une arthrose temporo-mandibulaire symptomatique, non soulagée par les antalgiques et/ou les AINS et/ou le port d'une gouttière occlusale, ont été inclus dans une étude pilote prospective d'une durée de 6 mois (Étude ARTEMIS, N°EUDRACT 2016-A00177-44).

Intervention. – Tous les patients ont reçu une injection de 1 ml d'un acide hyaluronique réticulé combiné à du mannitol (HANOX-M-XL) dans la (ou les) ATM douloureuses. A l'inclusion les données démographiques, l'ancienneté des symptômes, le niveau de la douleur à la mastication et à la palpation (0-10) ainsi que la distance d'ouverture de la bouche (DOB en mm) ont été colligées. A 3 mois et 6 mois (M3-M6) les mêmes données ont été obtenues, ainsi que l'évaluation de l'efficacité du traitement par le patient (0-3). L'analyse statistique a été réalisée sur la population en intention de traiter.

Résultats. – 48 ATM ont été traitées chez 36 patients (27 femmes) d'âge moyen de 55 \pm 11 ans. Les symptômes évoluaient en moyenne depuis 98 \pm 104 mois. A J0, 83 % des patients prenaient des antalgiques, 44 % des AINS, 64 % portaient une gouttière et 39 % faisaient de la rééducation. A J0, la douleur moyenne à la mastication était de 6,9 \pm 1,2/10. 47 fois sur 48 la douleur était cotée \geq 5. La douleur moyenne à la palpation était de 7,7 \pm 1,1/10, dans tous les cas \geq 5. Un bruxisme, des bruits articulaires, des craquements étaient rapportés dans 72 %, 97 % et 97 % des cas respectivement. La DOB était de 29 \pm 7 mm. A J180, La douleur moyenne à la mastication et à la palpation était respectivement de 2,9 \pm 1,3 et 3,2 \pm 1,4/10, soit une différence très significative par rapport à J0 (p < 0,0001). Seuls 6 patients gardaient une douleur \geq 5. La DOB était de 35 \pm 5 mm (p = 0,001). Les résultats étaient similaires à J90 et J180. À la fin du suivi 92 % des patients considéraient le traitement comme très efficace ou efficace. Un seul effet indésirable est survenu (douleur lors de l'injection résolutive en huit jours).

Conclusion. – Malgré l'absence de groupe contrôle, cette étude pilote suggère qu'une injection unique de 1 ml d'HANOX-M-XL est un traitement efficace et bien toléré de l'arthrose temporo-mandibulaire, qui permet d'améliorer durablement la douleur et la fonction manducatrice, y compris chez les sujets dont la symptomatologie évolue depuis de nombreuses années.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-108

Le syndécan-4 est un marqueur de l'hypertrophie des chondrocytes du genou arthrosique

C. Sanchez* (1) ; C. Lambert (1) ; JE. Dubuc (2) ; J. Bertrand (3) ;

T. Pap (4) ; Y. Henrotin (1)

(1) Unité de recherche sur l'os et le cartilage, Université de Liège, Liège, Belgique; (2) Département d'orthopédie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique; (3) Orthopédie expérimentale, Hôpital de l'Université de Magdeburg, Magdebourg, Allemagne; (4) Institut de médecine expérimentale, Hôpital universitaire de Munster, Münster, Allemagne

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

Introduction. – Le syndécan-4 est un protéoglycane transmembranaire qui joue un rôle clé dans l'arthrose, notamment en activant ADAMTS-5. Le but de cette étude était d'étudier l'expression et la localisation du syndécan-4 dans les tissus articulaires provenant de différentes articulations arthrosiques.

Matériels et méthodes. – Le syndécan-4 a été localisée par immunohistochimie dans 5 biopsies de cartilage et d'os arthrosiques du genou, de la hanche ou de l'épaule. L'expression du gène syndécan-4 a été quantifiée par RT-PCR chez les chondrocytes articulaires primaires hypertrophiques et non-hypertrophiques (n = 6), les ostéoblastes sous-chondraux des zones sclérosées et non-sclérosées (n = 5) et les synoviocytes des zones normales et enflammés (n = 5). Enfin, le syndécan-4 a été quantifié par ELISA dans le surnageant de cultures de chondrocytes ainsi que dans le culot cellulaire.

Résultats. – Le syndécan-4 était observé dans les clones de chondrocytes dans la zone superficielle des échantillons de cartilage de genou arthrosique, mais pas dans ceux de hanche ou d'épaule, ni dans l'os sous-chondral. Syndécan-4 était faiblement exprimé dans les chondrocytes non hypertrophiques, les ostéoblastes sous-chondraux et les synoviocytes. Le niveau d'expression du gène syndécan-4 était comparable chez les ostéoblastes sclérosés et non-sclérosés. L'expression du gène syndécan-4 était augmentée chez les synoviocytes des zones enflammées par rapport à ceux des zones normales (p = 0,0900) et chez les chondrocytes hypertrophiques par rapport aux chondrocytes non-hypertrophiques (uniquement au niveau des genoux ; p = 0,0102). Chez les chondrocytes non-hypertrophiques, le taux de syndécan-4 mesuré dans les surnageants représentait en moyenne 68 % du syndécan-4 total. Ce taux n'était pas différent chez les chondrocytes hypertrophiques alors que sa production était augmentée (p = 0,0014).

Discussion. – Une meilleure compréhension des mécanismes de libération du domaine extracellulaire du syndécan-4 et de l'influence des caractéristiques biomécaniques des articulations sur son expression permettront de mieux expliquer les différences de régulation entre les articulations.

Conclusion. – Syndécan-4 est exprimé uniquement dans le cartilage du genou arthrosique au niveau des clones de chondrocytes. Par contre, syndécan-4 n'est pas présent au niveau de la hanche et de l'épaule. Dans le genou, l'expression de syndécan-4 est liée à la différenciation hypertrophique des chondrocytes. Syndécan-4 pourrait être un marqueur spécifique de l'arthrose du genou.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-109

Les héparanes sulfates de cartilages arthrosiques présentent un degré de sulfatation augmenté, associé à des modifications de leur affinité pour le FGF-2 et le VEGF et de leurs effets sur des cellules souches mésenchymateuses et des chondrocytes

S. Shamdani (1) ; F. Eymard* (2) ; S. Chantepie (1) ; C. Flageollet (1) ; N. Henni-Chebra (1) ; Y. Jouan (3) ; E. Haÿ (3) ; M. Cohen-Solal (3) ; D. Papy-Garcia (1) ; X. Chevalier (2) ; P. Albanese (1)

(1) Erl cnrs 9215, Laboratoire CRRET, Université Paris Est Créteil, Créteil; (2) Rhumatologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil; (3) Inserm umr-1132, Université Paris Diderot Paris 7, Paris

*Auteur correspondant : florent.eynard@aphp.fr (F. Eymard)

Introduction. – Les principaux glycosaminoglycans (GAG) du cartilage sont les Chondroitines Sulfates (CS) et kératanes sulfates (KS). Les héparanes sulfates (HS) sont également présents mais en faible quantité et leur rôle est mal connu dans le cartilage arthrosique. Les HS sont pourtant des régulateurs fonctionnels importants de l'homéostasie tissulaire en agissant sur les propriétés cellulaires via leur capacité à interagir avec des protéines « heparin binding » (HBP). Ces HBP sont des facteurs de croissance, des chimiokines ou des enzymes de remodelage, dont la régulation par les HS est étroitement liée au profil de sulfatation de ces derniers. Le but de cette étude est de caractériser le degré de sulfatation des GAGs provenant de cartilages normaux et arthrosiques et notamment des HS ; d'étudier leurs affinités pour des HBP impliquées dans la physiopathologie de l'arthrose et leurs effets sur les propriétés de cellules souches mésenchymateuses (CSM) et de chondrocytes.

Matériels et méthodes. – Des échantillons de cartilages macroscopiquement normaux de têtes fémorales obtenues après fracture du col ainsi que de cartilages arthrosiques de condyle fémorale et plateaux tibiaux obtenus au décours d'une arthroplastie totale de genou (PTG) pour gonarthrose sévère ont été étudiés. Après extraction, le contenu en GAG totaux a été quantifié et les proportions de CS, KS et HS ont été déterminées suite à différents traitements enzymatiques. Les niveaux de sulfatation des disaccharides constituant les HS et CS ont été déterminés par chromatographie liquide à haute performance (HPLC). La capacité des GAGs à interagir avec des HBP telles que le FGF-2 et le VEGF a été évaluée par un test Elisa de compétition avec de l'héparine. Enfin, les effets des GAGs purifiés sur les propriétés d'adhésion et de prolifération de CSM humaines ainsi que sur le phénotype catabolique de chondrocytes murins ont été évalués.

Résultats. – 11 échantillons de cartilages arthrosiques et 7 contrôles ont été analysés. Le contenu en GAG est diminué de 1,5 fois au cours de l'arthrose par rapport aux contrôles, cette diminution affectant les quantités en KS et en HS. Le taux de sulfatation des disaccharides de HS est augmenté dans les prélèvements arthrosiques par rapport aux prélèvements contrôles. Cette modification du profil de sulfatation est associée à une diminution de l'affinité de liaison au FGF-2 (2,5 fois) et une augmentation de la liaison au VEGF (3 fois) des HS arthrosiques par rapport aux HS de cartilages sains. De plus, les CS et KS de cartilages sains sont capables d'inhiber la liaison des HS au VEGF, tandis que cet effet inhibiteur est perdu dans le cartilage arthrosique. Le traitement des hCSM par des GAGs issus de cartilage sains augmente l'adhésion et la prolifération cellulaires de 30 % de façon dose-dépendante, alors que les mêmes concentrations de GAGs arthrosiques n'ont aucun effet. Enfin, les GAG arthrosiques modifient l'équilibre anabolique de chondrocytes de souris.

Conclusion. – Cette étude démontre pour la première fois des effets cellulaires importants des HS purifiés à partir de cartilages arthrosiques, suggérant un rôle de ces composés glycaniques dans l'évolution physiopathologique de la maladie. Elle met en perspective la possibilité d'identifier de nouvelles cibles glycaniques autres que les CS ou l'acide hyaluronique dans le traitement de l'arthrose.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-110

Implication du tissu adipeux médullaire dans l'homéostasie osseuse au cours de l'arthrose

N. Zapata-Linares* (1) ; I. Toillon (1) ; D. Leterme (2) ; P. Magneron (1) ; A. Pigenet (1) ; G. Nourissat (1) ; C. Chauveau (2) ; F. Berenbaum (1) ; MH. Lafage-Proust (3) ; S. Lucas (2) ; X. Houard (1)

(1) Équipe métabolisme et maladies articulaires liées à l'âge, Centre de Recherche Saint Antoine-UMRS_938, Paris; (2) Pmo1 ea4490, Université du Littoral Côte d'Opale, Boulogne-sur-Mer; (3) Sainbiose inserm u1059, Université Jean Monnet, Saint-Étienne

*Auteur correspondant : nzapata@alumni.unav.es (N. Zapata-Linares)

Introduction. – L'arthrose (OA) est la maladie musculosquettique la plus fréquente. Aucun traitement curatif ne peut être proposé à ce jour aux patients arthrosiques. Il a récemment été montré dans d'autres pathologies qui se caractérisent aussi par des altérations osseuses que la perte osseuse s'accompagne d'une augmentation de l'adiposité médullaire. Ces résultats suggèrent un rôle des adipocytes médullaires dans l'homéostasie osseuse. Cependant, le rôle des adipocytes médullaires dans l'OA demeure inconnu. Notre hypothèse est qu'ils sont des partenaires cellulaires déterminants pour le contrôle de l'homéostasie osseuse et que leurs fonctions physiologiques sont dérégulées au cours de l'OA

Matériels et méthodes. – Des souris C57Bl/6 mâle (n = 4) et femelles (n = 4) ont subi une déstabilisation du ménisque médial (DMM) ou une opération sham. Les lésions d'OA ont été déterminées par le score OARSI 3 et 15 semaines post-chirurgie ; les adipocytes médullaires ont été quantifiés. Les adipocytes et les cellules stromales mésenchymateuses (CSM) ont été isolées enzymatiquement à partir d'épiphyse et de métaphyse de têtes fémorales et de tissus adipeux sous cutané (TASC) de patients OA opérés pour arthroplastie de hanche (n = 8). Les ARN ont été extraits des adipocytes pour une analyse moléculaire par RT-qPCR. Les CSM ont été différenciées *in vitro* en ostéoblastes et adipocytes et stimulées ou non par de l'IL-1β. La capacité de différenciation des CSM a été évaluée par cytologie et par une analyse moléculaire par RT-qPCR ; la réponse des cellules à l'IL-1β a été déterminée par RT-qPCR.

Résultats. – Des lésions d'OA étaient observées à 3 semaines post DMM chez les souris sans différence entre les mâles et les femelles. Après 15 semaines, les lésions étaient plus prononcées. Trois semaines post-chirurgie, aucune différence entre les souris DMM et sham n'avait été observée quant au nombre d'adipocytes médullaires. En revanche, l'adiposité médullaire était supérieure chez les souris DMM 15 semaines post-chirurgie. Cette forte présence d'adipocytes médullaires était également observée dans les épiphyses fémorales de patients OA. Les adipocytes médullaires montraient une expression augmentée de gènes associés au remodelage tissulaire et à l'inflammation par rapport aux adipocytes isolés de TASC. Les CSM épiphysaires de patients OA semblaient se différencier préférentiellement en adipocytes plutôt qu'en ostéoblastes. La réponse des CSM et des ostéoblastes dérivés de CSM à un stress inflammatoire était supérieure à celle des adipocytes dérivés des CSM

Discussion. – La progression des lésions d'arthrose chez la souris s'accompagne d'une augmentation de l'adiposité médullaire. Les patients OA présentent également une forte adiposité médullaire. Nos résultats sur les CSM de patients OA semble confirmer que l'accumulation d'adipocytes dans la cavité médullaire observée dans les pathologies osseuses liées au vieillissement résulterait d'une différenciation préférentielle des CSM en adipocytes. Cependant, les mécanismes sous-jacents sont encore inconnus. Cette différenciation pourrait être influencée par l'environnement inflammatoire qui caractérise l'OA.

Conclusion. – Le développement de l'OA semble être associé à un accroissement de l'adiposité médullaire qui pourrait s'expliquer par une propension augmentée des MSC à se différencier en adipocytes. Ceux-ci par leur profil moléculaire et leur réponse à un stress

inflammatoire pourraient participer à la régulation du microenvironnement osseux lors de l'OA.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-111

Évaluation clinique et par accéléromètre de la performance motrice dans la gonarthrose et analyse des facteurs qui y sont liés

S. Fellous* (1) ; H. Rkain (1) ; I. Aachari (1) ; J. Moulay Berkchi (1) ; S. Afilal (1) ; FZ. Taik (1) ; L. Tahiri (1) ; N. Alami (1) ; S. Aboudrar (2) ; T. Dakka (2) ; F. Allali (1)

(1) Service de rhumatologie b, Hôpital El Ayachi, CHU IBN SINA, Rabat, Maroc; (2) Laboratoire de physiologie, faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Université Mohammed V, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant : safaa.fellous@gmail.com (S. Fellous)

Introduction. – L'objectif de cette étude est d'évaluer la performance motrice dans la gonarthrose par des tests cliniques et mesurer ses paramètres à l'aide d'un accéléromètre et analyser les facteurs associés à une performance motrice altérée.

Matériels et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale, ayant inclus de manière consécutive 40 patients (100 % de sexe féminin, moyenne d'âge de 57,6 ± 5,2 [50– 67] ans) souffrant de gonarthrose (durée médiane d'évolution de 36 (24,69) mois). Ont été recueillis les caractéristiques des patients, de leur gonarthrose. Le retentissement fonctionnel a été évalué par les scores WOMAC et Lequesne. Les tests GUG (Get up and Go) et TUG (Timed up and Go) ont été réalisés afin d'évaluer l'équilibre et la marche du patient. Les données anthropométriques ont été recueillies. Le pourcentage de masse grasse a été mesuré en utilisant l'impédancemétrie. La condition physique a été évaluée en utilisant le Myotest®. Les patients effectuaient une série de levers de chaise enchaînés pendant 30 secondes. L'accéléromètre mesurait les éléments suivants : La vitesse du mouvement (cm/ s), la puissance et la force musculaire respectivement en Watts/kg et en Newton/kg.

Résultats. –

La vitesse du geste était associée avec le test GUG (p < 0,05) et non avec le TUG. Il a été retrouvé une corrélation négative entre les paramètres du geste mesurés par le Myotest* (vitesse, force et puissance), l'IMC (p < 0,05) et l'excès de masse grasse (p < 0,05).

Conclusion. – L'Accéléromètre (Myotest®) validé en milieu sportif pourrait constituer une alternative intéressante pour une utilisation de routine et en recherche clinique pour évaluer la performance motrice dans la gonarthrose. Il existerait une association entre l'excès pondéral et la diminution de la performance des levers de chaise enchaînés dans la gonarthrose. Ces résultats devraient être confirmés par des études à large échelle.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-112

Glucose et altération du cycle circadien des chondrocytes : un nouveau mécanisme physiopathologique de l'arthrose dite « métabolique »

R. Poulsen (1) ; S. abou zakham* (2) ; J. Dong (1)

(1), Laboratoire de recherche, Auckland, Nouvelle-Zélande; (2) Rhumatologie, C.H.U de Rouen, Rouen

*Auteur correspondant : abouzakham.sandra@gmail.com (S. abou zakham)

Introduction. – L'arthrose associée au syndrome métabolique est une des formes les plus courante d'arthrose après 50 ans. Tout comme l'hyperlipidémie, le stress mécanique associé à l'obésité et les déséquilibres hormonaux, le diabète est un facteur de risque maintenant bien connu de développement d'arthrose. L'hyperglycémie prolongée est en effet responsable de multiples mécanismes de dégradation du cartilage ; une dérégulation des transporteurs du glucose tels que GLUT1 et GLUT3, une dérégulation de l'expression du récepteur l'insuline, la surexpression de PKM2, la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires, la production excessive des molécules ROS et AGE et une augmentation du phénomène de O-Glc-NACylation. Toutes ces molécules ont un profil d'expression qui varie lors du nyctémère. Hors, on sait que le glucose est un régulateur majeur du cycle circadien. De plus il a été démontré in vitro et in vivo que le cycle circadien des chondrocytes ostéoarthritiques était altéré.

Objectifs. – Déterminer si le glucose régule l'expression des gènes du cycle circadien des chondrocytes. Déterminer si l'augmentation de la glycémie altère le phénotype des chondrocytes en modifiant leur cycle circadien.

Matériels et méthodes. – Les chondrocytes non hypertrophiques et ceux ostéoarthritiques ont été isolés de cartilage humain d'appa-

Tableau 1 Caractéristiques des patients, de leur gonarthrose et évaluation de la performance motrice lors de levées de chaise enchaînées.

Caractéristiques	N =40
IMC (kg/m2)	29,6 ±4,7 [19,7-40,2]
Normal (%)	17,5
Surpoids (%)	37,5
Obésité (%)	45
Excès de la masse grasse à l'impédancemétrie (%)	65
Statut fonctionnel	
WOMAC	32,8 ±12,4 [15-60]
Lequesne	8,6
Stade radiologique de l'arthrose	
Stade 3/4 classification Kellgren et Lawrence (%)	
Genou droit (%)	27,5
Genou gauche (%)	20
TUG (Timed up and go)	13 ±3,2 [3-14]
Normal (%)	92,5
Limitation légère de la mobilité (%)	7,5
Limitation importante de la mobilité (%)	0
Évaluation de la performance motrice des levers enchaînés	
Vitesse du geste (cm/s)*	4,3 (3,1, 6,2)
Puissance du geste (W/kg)*	15,2 (13,6, 17,7)
Force du geste (N/kg)*	14,5 (9,9, 21,7)

*valeurs exprimées en médianes et quartiles

rence macroscopique normal vs d'apparence endomages, provenant de patients ayant subi une arthroplastie totale de genou. Ceux-ci ont ensuite été exposés à différents niveaux de concentration de glucose dans leur milieu de culture cellulaire : 5, 8 et 25 mMol puis collectés toutes les 4 heures pendant 24 heures. Nous avons étudié par PCR en temps réel l'expression des gènes du cycle circadien : CLOCK, BMAL1, PER2, l'expression de GLUT1 et 3, les marqueurs de chondrocytes hypertrophiques type ostéoarthritiques MMP13 et ADAMTS 5.

Résultats. – Lorsque les chondrocytes étaient placés dans un milieu riche en glucose, le profil d'expression des gènes du cycle circadien était significativement modifié. L'amplitude du pic d'expression des gènes du nyctémère BMAL1, CLOCK et PER2 était significativement plus importante tant chez les chondrocytes normaux qu'ostéoarthritique lorsqu'exposés à des niveaux croissants de glucose. GLUT 1 était parfois surexprimé et GLUT 3 systématiquement sous-estimé en milieu riche en glucose. Le phénotype des chondrocytes devenait de type ostéoarthritique avec une surexpression de MMP13, et ADAMTS 5.

Conclusion. – Le cycle circadien des chondrocytes est sensible aux variations du niveau de glucose et est corrélé au changement de leur phénotype vers un profil ostéoarthritique. L'hyperglycémie prolongée pourrait ainsi contribuer à l'arthrose en altérant le cycle circadien des chondrocytes. Cette étude souligne à nouveau le rôle du glucose dans le mécanisme physiopathologique de l'arthrose dite métabolique.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-113

La surexpression de Lin28a active la reprogrammation chondrocytaire et protège de l'arthrose chez la souris

E. Haÿ* (1)

(1) INSERM UMR1132, Hôpital Lariboisière, Paris

*Auteur correspondant : eric.hay@inserm.fr (E. Haÿ)

Introduction. – l'arthrose (OA), en plus de la destruction du cartilage, affecte tous les tissus de l'articulation, incluant l'os (sclérose de l'os sous chondral, ostéophytes). Durant l'OA des modifications interviennent également au niveau cellulaire, ainsi le chondrocyte a une activité anabolique réduite alors que le catabolisme et l'apoptose sont augmentés. Les lésions de la matrice cartilagineuse sont irréversibles du fait de sa faible capacité à l'auto régénération. Lin28a est une protéine, associée aux ARNs, impliquée dans les processus de réparation tissulaire. Cette protéine embryonnaire est réactivée dans le cartilage arthrosique humain et murin (données du laboratoire). Notre hypothèse est que la surexpression de lin28a dans le cartilage pourrait induire la dédifférenciation du chondrocyte arthrosique et régénérer le cartilage.

Matériels et méthodes. – les expériences *ex vivo* sont réalisées en utilisant des cultures d'explant de tête fémorale prélevés sur des souris transgéniques sur exprimant lin28a dans le chondrocyte (Cre-Col2ERLin28ac (Tg)) âgées de 10 mois. Après 24 heures les chondrocytes sont activés par addition de Wnt3a dans le milieu de culture pendant 48 heures Le surnageant est récupéré (western blot), et les échantillons sont soit utilisés pour une extraction de l'ARN (Rt-qpcr) soit décalcifiés et inclus pour une analyse histologique (safranine-O, immunohistologie). Pour l'*in vivo* l'OA est induit par déstabilisation méniscale (DMM) sur la patte droite dans les souris CreCol2ERLin28ac (Tg) ou Lin28ac (Tg), utilisées comme contrôles. L'activation de la sur expression est induite une semaine avant la DMM (traitement préventif) ou 4 semaine après (traitement curatif). Une incision est réalisée sur les genoux gauches qui serviront de contrôle négatif

Résultats. – *ex vivo* Wnt3a induit une diminution de l'expression de in Col2, Aggrecan, Sox9, PRG4 ainsi qu'une réduction du contenu en protéoglycan de la matrice. Alors que ce même traitement augmente l'expression de la Mmp-13. La surexpression de lin28a inhibe totale-

ment ces effets, de plus elle réduit l'apoptose et augmente la prolifération chondrocytaire en parallèle de l'augmentation de l'expression des marqueurs de cellule souche (sox2, nanog, oct4). Dans l'expérience de régénération *in vivo*, la DMM induit l'activation chondrocytaire (Mmp augmentées et PRG4 diminuée) 4 semaines après DMM, ce qui conduit à des lésions du cartilage. Au niveau osseux la présence de sclérose osseuse et d'ostéophyte sont détectables. A 8 semaines les lésions du cartilage sont plus sévères et l'expression de PRG4 et totalement inhibée dans les souris contrôle. Cependant dans les CreCol2ERLin28ac (Tg) les lésions du cartilage sont stabilisées au même niveau que celui observé à 4 semaines du à diminution de l'expression des marqueurs du catabolisme. De plus on observe une réexpression de PRG4, suggérant une dédifférenciation des chondrocytes matures. De manière inattendue la surexpression chondrocytaire de Lin28a augmente la taille des ostéophytes sans affecter l'os sous chondral. Dans l'expérience préventive la sur expression de Lin28a à le même effet

Conclusion. – Nos données suggèrent que le ciblage de Lin28a peut activer la reprogrammation cellulaire et inverser l'activation chondrocytaire, ce qui pourrait accroître la préservation du cartilage restant.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-114

L'adhésion au méthotrexate est influencée par sa voie d'administration – résultats de l'étude APRiM

RM. Flipo (1) ; E. Senbel (2) ; S. Tropé (3) ; E. Zinovieva* (4) ; A. Courbeyrette (5) ; H. Herman-Demars (4)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Roger Salengro, Lille; (2) Rhumatologie, Cabinet Médical, Marseille; (3) Directeur, ANDAR, Paris; (4) Direction médicale, Nordic Pharma, Paris; (5) Département médical, 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 la voie parentérale, en particulier pour des doses ≥ 15 mg/sem. Le MTX reste initié le plus souvent par voie orale. Dans l'étude APRiM nous avons souhaité observer en pratique quotidienne les conditions d'adhésion au traitement par MTX à l'occasion du changement de voie d'administration ou au moment de la rotation entre deux dispositifs d'injection.

Patients et méthodes. – APRiM est une étude observationnelle prospective, multicentrique longitudinale et conduite en France entre juin 2016 et février 2018, incluant des patients présentant une PR (ACR/EULAR 2010) et traités soit par MTX oral, nécessitant l'instauration d'un changement de voie d'administration (Gr 1), soit par MTX en seringue pré-remplie et éligibles pour un changement de dispositif d'injection vers un autre dispositif en seringue pré-remplie (Gr 2). L'objectif principal de l'étude était l'estimation dans les deux groupes du taux de patients dont l'adhésion au traitement par MTX est restée forte ou s'est améliorée, selon les données transmises par le patient à l'aide d'un questionnaire Morisky après 6 mois de traitement par le nouveau dispositif (Scores : 8 -> forte adhésion ; 6-7 : adhésion moyenne ; < 6 faible adhésion).

Résultats. – Entre juin 2016 et juillet 2017, 110 rhumatologues, exerçant à 90 % dans le secteur libéral, ont inclus 466 patients, dont 433 ont constitué le groupe d'analyse. Les caractéristiques de patients à l'inclusion Gr 1 / Gr 2 étaient [moyenne (SD)] : âge : 59,2 (13,0) / 61,5 (12,2) ans ; ancienneté de la PR : 6,5 (7,9) / 9,9 (10,5) ans ; durée du traitement par MTX : 3,6 (4,6) / 6,0 (5,1) ans ; DAS28 : 3,9 (0,9) / 3,2 (1,2) ; PR érosive : 37 % / 53 %. Tous les patients recevaient du MTX à une dose moyenne (SD) de 15,1 (4,0) / 15,6 (4,0) mg/sem. Les scores de Morisky moyens (SD) étaient de 6,5 (2,0) / 6,6 (1,8) pour les Gr1 / Gr2 respectivement à inclusion, ils se sont améliorés allant jusqu'à 6,9 (1,8) / 7,0 (1,5) à 6 mois. Au bout de 6 mois de traitement,

48 % des patients, quel que soit le groupe, rapportaient une adhésion maximale (Score de Morisky = 8). De façon intéressante, lorsqu'il était demandé aux médecins d'estimer l'adhésion de leurs patients, ils rapportaient 77 % et 84 % de patients (Gr 1 / Gr 2) qui selon eux n'avaient manqué aucune injection durant les 6 mois de traitement. Aucun nouveau signal de tolérance lié au MTX n'a été identifié au cours de cette étude. Dans 38 % des cas les injections de MTX étaient faites par un tiers (infirmière / proche soignant).

Conclusion. – Les résultats de l'étude observationnelle APRiM ont montré que moins de 50 % de patients sont parfaitement adhérent au traitement par MTX injectable. Ce niveau d'adhésion s'améliore avec le recours à la voie sous cutanée. Cette proportion semble largement surestimée par les rhumatologues, ce qui souligne l'importance du dialogue médecin /patient et de la décision médicale partagée.

Conflit d'intérêts. – EZ, AC, HHD : employées Nordic Pharma RMF, ES, ST : comité scientifique de l'étude APRiM, sponsorisée par Nordic Pharma

PE. Ma-115

Plus d'erreurs médicamenteuses liées à l'étape de prescription en période de WE ?

L. Maljean* (1) ; S. Calland (1) ; AL. Yailian (1) ; C. Delhens (1) ; D. Hoegy (1) ; R. Chapurlat (2) ; C. Pivot (1) ; A. Janoly Dumenil (1) (1) Pharmacie, Hôpital Édouard Herriot – HCL, Lyon; (2) Rhumatologie, Hôpital Édouard Herriot, Lyon

*Auteur correspondant : laurentinemaljean@wanadoo.fr (L. Maljean)

Introduction. – L'analyse pharmaceutique des prescriptions est une étape clé dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital. Elle permet de repérer les erreurs médicamenteuses (EM) et de les signaler au prescripteur via des interventions pharmaceutiques (IP). Il est néanmoins impossible par manque de moyens humains d'analyser l'ensemble des prescriptions d'un établissement. Il apparaît donc nécessaire de prioriser sur les situations les plus à risque d'EM. Parmi celles-ci, l'admission du patient (prescription d'entrée) a été rapportée dans la littérature [1]. La période du week-end (WE) est aussi une situation pressentie à risque d'EM néanmoins peu décrite dans la littérature. Le but de notre étude est de comparer le nombre d'EM détectées lors de l'analyse pharmaceutique sur les prescriptions du WE versus prescriptions de la semaine. **Matériels et méthodes.** – Il s'agit d'une étude rétrospective sur les prescriptions ayant bénéficié d'une analyse pharmaceutique en 2017. Des unités d'hospitalisation complète de rhumatologie (1), gériatrie (2), médecine interne (2) ont été incluses. La fréquence d'analyse pharmaceutique sur ces services était quotidienne et concernait uniquement les prescriptions d'entrée. Les prescriptions du WE (vendredi soir, samedi et dimanche) étaient analysées le lundi suivant. Les données recueillies ont été : nombre de prescriptions analysées, nombre d'IP formulées. Les taux d'IP ont été comparés entre le lundi versus les autres jours de la semaine par un test du Chi2

Résultats. – Au total, 2 939 prescriptions ont été analysées et 941 IP ont été formulées suite à la détection d'EM. Les IP concernaient 36,7 % des prescriptions (248/675) analysées le lundi versus 30,6 % (693/2 264) pour les autres jours (p = 0,003). Il n'y avait pas de différence significative d'acceptation entre les IP formulées le lundi par rapport aux autres jours : 67,3 % et 61,9 % respectivement (p-value = 0,15). 57 % des IP formulées le lundi concernaient des admissions du WE, 24,2 % du lundi et 18,8 % des entrées plus anciennes.

Discussion. – On constate une hausse des interventions pharmaceutiques le lundi par rapport aux autres jours de la semaine. La majorité de ces IP du lundi portant sur les entrées du WE (57 %), il semble donc bien s'agir d'une période à risque d'erreur médicamenteuse. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y ait moins de personnel soignant le WE et que l'interne en médecine de garde gère plusieurs

services avec lesquels il n'est pas familier. De plus les entrées du WE sont généralement non programmées et constituent des situations de prise en charge plus complexes (y compris pour la thérapeutique médicamenteuse).

Conclusion. – Le risque pressenti plus important d'EM sur l'étape de prescription en période de WE semble confirmé par notre étude. Devant la difficulté de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse le WE (peu de personnel présent, pas de validation pharmaceutique), il est important d'avoir une vigilance accrue de tous les professionnels de santé et de porter une attention particulière à l'analyse pharmaceutique le lundi qui permet de détecter et solutionner des EM survenues le WE. En pratique l'activité d'analyse de prescription devrait être une activité prioritaire du lundi ce qui peut nécessiter une réorganisation de l'activité pharmaceutique.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Ryan C, Ross S, Davey P, Duncan EM, Francis JJ, Fielding S, et al. (2014) Prevalence and Causes of Prescribing Errors : The PRescribing Outcomes for Trainee Doctors Engaged in Clinical Training (PROTECT) Study. PLoS ONE 9(1) : e79802

PE. Ma-116

EDUC'ARTHROSE, le premier programme d'ETP national français pour la prise en charge éducative de l'arthrose périphérique en milieu thermal : méthodologie de la conception à l'évaluation !

L. Grange* (1) ; E. Coudeyre (2) ; C. Gay (2) ; K. Dubourg (3) ; G. Chalès (4) ; C. Poupet (5) ; B. Liesse (6) ; M. Blanc (7) ; L. Alliot (8) ; A. Minard (9) ; M. Duprat (10) ; P. Ducamp (11) ; H. Desfour (12) ; D. Monssus (13) ; M. Dumont (14) ; A. Guerard (15) ; N. Raffort (16) ; MC. Tallot (17) ; JL. Berot (18) ; G. Briancon (19) ; V. Berot (20) ; A. Danglade (21) ; J. Burille (22) ; M. Wisniewski (23) ; A. Bruyas (24) ; JM. Cousin (25) ; M. Baque (26) ; CE. Bouvier (27) ; C. Roques (28)
 (1) Service de Rhumatologie, C.H.U.G.A Hôpital Sud, Échirolles ;
 (2) Service de Médecine Physique et de Rééducation, CHU Hopital Nord, Clermont Ferrand ; (3) Directrice adjointe, Institut du Thermalisme, Dax ; (4) Service de Rhumatologie, C.H.U Hôpital Sud, Rennes ;
 (5) Membre, Association Française de Lutte Antirhumatisme A.F.L.A.R, Paris ; (6) Bureau, Association Française de Lutte Antirhumatisme A.F.L.A.R, Paris ; (7) Cluster thermal aqui o thermes, Office de Tourisme et du Thermalisme de Dax, Dax ; (8) Présidente, pro Rhumato, Paris ;
 (9) Masseur-kinésithérapeute, Thermes de Balaruc-les-Bains, Balaruc-les-Bains ; (10) Médecin thermal, Médecin thermal, Dax ; (11) Médecin, Médecin physique – Réadaptateur, Salies-de-Béarn ; (12) cabinet médical privé, Cabinet Médical, Balaruc-les-Bains ; (13) Directeur, Thermes de Bourbon-Lancy, Bourbon-Lancy ; (14) Membre, AFLAR, Paris ; (15) Directrice générale déléguée, Chaîne Thermale du Soleil, Paris ; (16) Directrice des soins, Thermes de Balaruc-les-Bains, Balaruc-les-Bains ; (17) Conseillère métropolitaine, Métropole du Grand Nancy, Nancy ; (18) Président directeur général, Thermes Bérot, Dax ; (19) Médecin thermal, Valvital – Thermes Chevalley Aix-les-Bains, Aix-les-Bains ; (20) Directrice, Thermes Bérot, Dax ; (21) Ex-directeur des thermes, Arenadour, Dax ; (22) Directeur général, Thermes de Bagnoles de l'Orne, Bagnoles-de-l'Orne ; (23) Médecin thermal, Médecin thermal, Saint-Amand-les-Eaux ; (24) Chargée d'affaires santé et relations institutionnelles, Chaîne Thermale du Soleil, Paris ; (25) Secrétaire central, Chaîne Thermale du Soleil, Paris ; (26) Président, Thermes Adour, Dax ; (27) Délégué général, Conseil National des Établissements Thermaux C.N.E.T.H, Paris ; (28) Président du conseil scientifique, AFRETH, Paris

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

Introduction. – 10 millions de Français souffrent d'arthrose. C'est une pathologie chronique qui implique une prise en charge pluridisciplinaire. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément essentiel, présent dans toutes les recommandations internationales.

Les stations thermales accueillent chaque année plus de 475 000 curistes arthrosiques (1). Le temps thermal est un moment privilégié où le patient est réceptif pour bénéficier d'un programme d'ETP. Le CNETH, l'AFRETH et l'AFLAR se sont rassemblés pour créer le 1er programme national d'ETP dans l'arthrose périphérique.

Matériels et méthodes. – Un groupe de travail constitué de professionnels de santé formés à l'ETP, de médecins (rhumatologues et MPR), diététiciens, de kinésithérapeutes, d'enseignants en Activité physique adaptée, d'infirmières associés à des patients-experts de l'AFLAR, avec le soutien de directeurs d'établissements thermaux, s'est réuni à trois reprises pour élaborer ce programme. Il est fondé sur une étude des besoins des patients arthrosiques Français réalisée par l'enquête Internet « stop arthrose » sur plus de 4 000 patients (2) et s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques et les données de la littérature.

Résultats. – Le programme « éducarthrose » comporte 6 ateliers : connaissance de sa maladie (« Il était une fois l'arthrose »), gestion de la douleur et des poussées congestives (« Même pas mal »), utilisation des aides techniques et aménagement du domicile (« J'économise mes jointures »), contrôle de mon poids (« Je mange donc je suis »), activités physiques adaptées (« Je bouge mon arthrose »), et orthèse, semelles orthopédiques (« Je soutiens mes articulations »). Ce programme fait intervenir des professionnels thermaux formés à l'ETP (médecins, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, APA). Le patient est inclus par le médecin thermal et un entretien individuel est réalisé afin de définir les ateliers adaptés aux objectifs du patient. A l'issue du séjour, un deuxième bilan individuel est effectué, en liaison avec le médecin traitant. Le médecin thermal valide alors : -1 Les objectifs que le patient se propose d'atteindre lors de son retour à domicile et -2 les modalités pour y parvenir. Un rappel téléphonique est réalisé à 3 mois.

Discussion. – Pour valider ce programme dans la gonarthrose, un essai contrôlé randomisé prospectif, multicentrique, (ETP + cure versus cure seule) est financé. L'objectif principal est la mesure de l'efficacité d'une cure thermique + ETP de 18 jours sur le degré de réussite dans la réalisation d'un objectif prioritaire, personnalisé et déterminé avec le patient, mesuré par la Goal Attainment Scaling (GAS), 6 mois après la prise en charge. Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'empowerment (HEIQ), la fonction (WOMAC), la douleur (EVA), la qualité de vie (SF36), le contrôle pondéral (Indice de Masse Corporelle (IMC) et le périmètre abdominal, et l'adhésion au traitement (par le nombre de séances suivies par le patient sur le nombre de séances total proposées).

Conclusion. – Ce programme est le 1er validé par une ARS dans l'arthrose en milieu thermal et débutera à Dax et Saint-Paul-lès-Dax en septembre 2018 ; avec comme objectif de se développer au sein du réseau thermal français. La principale limite d'accès au programme est son coût (reste à charge estimé à plus de 150 euros), lié aux financements insuffisants de l'ETP. L'efficacité de ce programme associant ETP et soins thermaux reste à démontrer.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Source CNETH 2006.

[2] Stop arthrose SFR 2014

PE. Ma-117

Évaluation des connaissances des patients polyarthrites rhumatoïdes sur leurs maladies

R. Fakhfakh* (1) ; M. Jguirim (1) ; S. Zrour (1) ; A. Mhenni (1) ; N. Benchekaya (1) ; S. Miri (1) ; M. Beltaifa (1) ; O. Borgi (1) ; I. Béjia (1) ; N. Bergaoui (1)

(1) Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant : rymfakh@gmail.com (R. Fakhfakh)

Introduction. – L'éducation thérapeutique fait partie intégrante des recommandations du traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Notre objectif était d'étudier la connaissance des patients sur leur maladie et sa prise en charge.

Patients et méthodes. – Étude transversale descriptive portant sur des patients suivis pour une PR répondant aux critères EULAR/ACR 1987 ou 2010. Les données sociodémographiques, le niveau de connaissance des patients sur la PR et son traitement ont été collectées sur une période de 1 mois en 2018, grâce à un questionnaire.

Résultats. – On a inclus 40 patients, 87,5 % de femmes, d'âge moyen 55,8 ans ± 14,3. La durée moyenne d'évolution était de 13,27 ans ± 9,13. Leur niveau scolaire était : 25,7 % primaire, 17 % secondaire, 7,8 % universitaire et analphabètes dans 48,6 %. Ils s'estimaient informés sur la PR dans 60 % des cas. La source d'information était leur médecin dans 83,3 % des cas et les autres étaient : la télé (12,5 %), internet (8,3 %), brochures (8,3 %). Les mécanismes physiopathologiques de la PR n'étaient pas connus par 51,4 % des patients et 80 % des patients ignoraient la différence entre traitement de fond et traitement symptomatique. Une bonne gestion du traitement de fond était trouvée dans 48,5 % des cas. L'évolution de la PR en absence de traitement de fond était connue par 60 % des patients. L'adhésion à un programme d'éducation thérapeutique (ETP) était refusée dans 34,3 % des cas (causes : éloignement 50 % des cas, manque de temps 33,3 % des cas, absence de motivation 16,6 % des cas). Seulement, une patiente avait déjà participé à un programme d'ETP.

Discussion. – Le médecin reste la principale source d'information pour les malades. L'éducation du patient à sa thérapeutique doit reposer sur une véritable démarche pédagogique basée sur une évaluation préalable de ses connaissances et ses besoins.

Conclusion. – Uniquement 20 % de nos malades différencient le traitement de fond du traitement symptomatique et la moitié ignore leur maladie. Ce qui relève l'intérêt de l'élaboration d'un programme d'ETP.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-118

Seulement un quart des patients se déclare non-adhérent et la quasi-totalité font appel à un outil de rappel pour leur traitement de fond : étude transversale de 101 patients

E. Benillouche* (1) ; M. Dougados (2) ; C. Roux (3) ; A. Molto (4) (1), Paris; (2) Rhumatologie b, Hôpital Cochin, Paris; (3) Service de Rhumatologie, CHU Cochin, Paris; (4) Service de rhumatologie, Université Paris Descartes, Service de Rhumatologie B, Hôpital Cochin, AP-HP., Paris

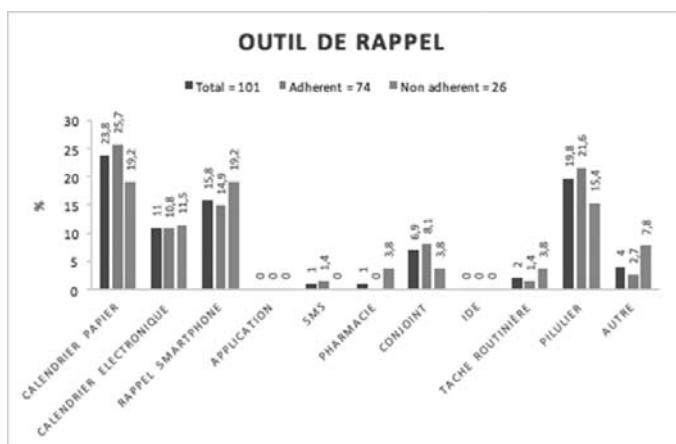
*Auteur correspondant : eva.benillouche@gmail.com

(E. Benillouche)

Introduction. – L'adhésion médicamenteuse est un problème de santé publique, qui génère des coûts individuels et sociétaux, en particulier dans le cas des traitements des maladies chroniques. Dans ce sens, essayer d'identifier des profils de patients non adhérents et de trouver des méthodes de rappel des prises médicamenteuses semble indispensable. L'objectif de cette étude était de décrire l'adhésion médicamenteuse (et les facteurs associés à celle-ci) ainsi que les méthodes de rappel de prise médicamenteuse dans une population de patients atteints de rhumatisme chronique.

Patients et méthodes. – Un auto-questionnaire a été remis consécutivement aux patients consultants ou hospitalisés dans le service de rhumatologie B de l'Hôpital Cochin pour un rhumatisme inflammatoire ou une ostéopathie fragilisante, de janvier à avril 2018. Des données démographiques, d'adhésion, de modalité de traitement, de méthodes de rappel de prise et de source d'information sur leur maladie ont été recueillies sur une participation volontaire des patients. Analyse : description des patients adhérents/non adhérents (auto-déclaration), et analyse univariée et multivariée des caractéristiques associées à l'adhésion (Fisher et Mann-Witney). Description et comparaison des méthodes de rappel entre patients adhérents/non adhérents.

Résultats. – Au total, 101 questionnaires de patient ont pu être analysés. La moyenne d'âge était de 58,4 ans et 71,2 % des patients étaient de femmes. 85 patients souffraient de rhumatisme inflammatoire, dont 57 polyarthrite rhumatoïde et 28 spondyloarthrite et 16 patients d'une ostéopathie fragilisante. Parmi eux 57,4 % étaient sous méthotrexate et 30,7 % sous biothérapie. Parmi eux, 26/101 (26 %) patients se sont déclarés être/avoir été non-adhérents. Le seul facteur associé à la non-adhésion était un âge plus jeune (52,9 ans versus 60,4 ans, $p = 0,04$) ; de plus 80,8 % (soit 21 sur 26) en ont informé leur médecin. Un outil de rappel était utilisé par 86 % des patients, sans différence significative entre les deux groupes. Les plus fréquents sont l'utilisation de calendrier papier (23,8 %) ou électronique (11 %), un rappel smartphone (15,8 %), un rappel du conjoint (6,9 %) et le pilulier (19,8 % des cas). Le smartphone est sollicité dans 27 (27 %) cas (Figure).



Conclusion. – Quasiment un quart des patients était/avait été non-adhérent, mais dans la grande majorité le médecin en était informé. Un outil de rappel était utilisé pour la majorité des patients.
Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-119

Fréquence des pathologies rhumatologiques chez les jumeaux issus de familles multiplex de spondyloarthrites ou de maladies auto-immunes : étude de 15 couples de jumeaux au Sénégal

S. Diallo (1) ; M. Niasse* (1) ; C. Diouf (1) ; CAB. Diaw (1) ; YAN. Guèye (1)

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

*Auteur correspondant : moustaphaniasse4@yahoo.fr (M. Niasse)

Introduction. – Les spondyloarthrites (SpA) comme les maladies auto-immunes (MAI) sont considérées comme des pathologies multifactorielles, combinant des facteurs de risque génétiques et environnementaux, agissant de concert. L'étude des jumeaux est l'une des stratégies pour évaluer le rôle de la composante génétique de ces affections.

Objectif. – Etudier la fréquence des pathologies rhumatologiques chez les jumeaux issus de familles de SpA ou de MAI au Sénégal.

Patients et méthodes. – Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2005 et janvier 2018 (13 ans), dans le service de rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, où nous avons colligé les jumeaux au sein de familles multiplex (atteintes d'au moins 2 membres) de SpA ou de MAI. Le diagnostic des SpA avait été retenu, en accord avec les critères d'Amor, de l'ESSG, de New York et d'ASAS. Celui des MAI, en particulier les connectivites, était établi pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) en accord avec les critères ACR-EULAR de 2010, pour le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) en accord

avec les critères de consensus de 2002 et pour les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) en accord avec les critères de Durban de 1997. Les données analysées étaient : le nombre de couples de jumeaux, leur nature dizygote (DZ) ou monozygote (MZ), les caractéristiques démographiques des jumeaux (sexe, âge), le caractère saint ou malade des jumeaux, le type de pathologies rhumatologiques (SpA ou MAI) et la concordance de l'atteinte : concordance pathologie de la famille et celle des jumeaux et au sein des couples de jumeaux la concordance de la maladie.

Résultats. – Ainsi, 15 couples étaient colligés : 14 couples de jumeaux (7 DZ et 7 MZ) et 1 triplet (1 fille de 10 ans et 2 frères), soit un total de 31 jumeaux : 15 de sexe féminin et 16 de sexe masculin, d'âge moyen de 28 ans, extrêmes entre 10 ans et 60 ans. Six couples de jumeaux (4 couples DZ et 2 couples MZ) sont sains en apparence alors que leurs familles sont atteintes de pathologies systémiques. Huit couples (3 couples DZ et 5 couples MZ) et le triplet étaient malades. Parmi ces 8 couples et le triplet, 2 couples MZ sont atteints de SpA, 3 couples MZ et 3 couples DZ de MAI systémiques faites soit de SGS primitif ou de PR associée à un SGS secondaire. Les pathologies rhumatologiques retrouvées chez les jumeaux concordent au plan nosologique avec celles des familles. Au sein des jumeaux, la concordance (jumeaux atteints de la même pathologie) est retrouvée chez 1 couple DZ et 4 couples MZ et la discordance (1 jumeau atteint et l'autre sain en apparence) chez 2 couples DZ, 1 couple MZ et le triplet (1 membre de genre féminin atteint et 2 membres de genre masculin sains).

Conclusion. – Notre série est restreinte mais va dans le sens des données de la littérature où le taux de concordance pour la PR est de 12 à 30 % pour les MZ et de 5 à 10 % pour les DZ du même sexe ; pour les SpA, le taux de concordance est de 50 à 75 % pour les MZ et 15 à 27 % pour les DZ. Pour le SGS, le taux de concordance n'est pas connu en raison de la rareté de jumeaux atteints de cette affection. L'importance de l'étude des jumeaux confirme à la fois l'implication de facteurs génétiques et environnementaux dans la susceptibilité aux SpA et aux connectivites. Ce risque connu de SpA comme de connectivites chez les jumeaux justifie leur surveillance régulière de tels patients.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

- [1] Lambert N. Rev Rhum 2016 ; 83 : 169.
- [2] Dieudé P, et al. Rev Rhum 2005 ; 72 : 310.
- [3] Breban M, et al. Rev Rhum 2006 ; 73 : 665.

PE. Ma-120

Implication de la production d'interleukine 21 par les lymphocytes T folliculaires helper dans l'activation des lymphocytes T CD8 + au cours du lupus érythémateux systémique chez l'homme

N. Gensous (1) ; P. Blanco (1) ; C. Richez* (2)

(1) Immunologie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux; (2) Service de Rhumatologie, C.H.U Pellegrin, Bordeaux

*Auteur correspondant : christophe.richez@chu-bordeaux.fr (C. Richez)

Introduction. – Les lymphocytes T CD8+ cytotoxiques jouent un rôle important dans la pathogénie du lupus érythémateux systémique (LES), via leur capacité à induire des lésions tissulaires et à générer de nouveaux auto-antigènes, mais les mécanismes exacts impliqués dans leur activation sont encore actuellement imparfaitement connus. Notre équipe avait précédemment observé que, in vitro, les cellules dendritiques myéloïdes lupiques étaient capables d'activer les lymphocytes T CD8+, mais que cette activation ne pouvait avoir lieu sans la présence concomitante de lymphocytes T CD4+, qui pourraient être des lymphocytes T folliculaires helper (Tfh) (1). L'objectif de notre projet était d'étudier le rôle des Tfh et de leur sécrétion d'interleukine 21 (IL-21) dans l'activation des lymphocytes T CD8+ au cours du LES.

Résultats. – Nous avons dans un premier temps montré la capacité de cellules dendritiques, différenciées en présence de sérum lupique, d'induire une différenciation des lymphocytes T CD8+ vers un profil cytotoxique. Cette co-culture était réalisée en présence de cellules dendritiques et de lymphocytes CD4+ et CD8+. La même expérience réalisée en présence d'un anticorps bloquant l'IL-21, ne retrouvait pas différenciation des lymphocytes T CD8+ vers un profil cytotoxique. Toujours *in vitro*, nous avons observé une majoration directe de la prolifération ($p < 0,05$) et du phénotype cytotoxique des lymphocytes T CD8+ (expression de Granzyme B ; $p < 0,05$) par l'exposition à l'IL-21, phénomène qui semblait majoré par l'ajout d'IFN-alpha, cytokine clé dans la physiopathologie du LES. En complément de nos précédentes expériences qui montraient l'importance de la présence de lymphocytes T CD4 dans la co-culture, la présence d'IL-21 semble nécessaire pour induire la différenciation des lymphocytes T CD8+ vers un profil cytotoxique. Les lymphocytes Tfh pourraient donc être le chaînon manquant. Dans une cohorte de patients adultes lupiques recrutés au CHU de Bordeaux ($n = 35$), l'analyse phénotypique des populations circulantes de Tfh et CD8+ par cytométrie de flux a révélé la présence de corrélations positives entre les populations Tfh ICOS+ ou Tfh ICOS+PD1+ et la population T CD8+DR+ exprimant les marqueurs de cytotoxicité Perforin ou Granzyme B ($p < 0,05$). La fréquence de ces populations au niveau du sang périphérique corrélait également de manière significative avec les paramètres d'activité clinique (SLEDAI) et biologique de la maladie (consommation du complément, taux d'anticorps anti-ADN double brin).

Conclusion. – Les résultats obtenus au cours de ce projet suggèrent un possible lien entre activation lymphocytaire T CD8+ et activation des lymphocytes Tfh au cours du LES.

Ce travail a bénéficié d'un soutien de la Société Française de Rhumatologie.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Blanco P, Pitard V, Viillard JF, Taupin JL, Pellegrin JL, Moreau JF. Increase in activated CD8+ T lymphocytes expressing perforin and granzyme B correlates with disease activity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2005 ; 52 : 201–11.

PE. Ma-121

Masse osseuse et maladie de Gaucher

N. Jabrane* (1) ; K. Nassar (1) ; W. Rachidi (1) ; S. Janani (1) ; O. Mkinsi (1)

(1) *Rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casa, Casablanca, Maroc*

*Auteur correspondant : nawal.jabrane@yahoo.com (N. Jabrane)

Introduction. – La maladie de Gaucher (MG) est la plus courante des maladies de surcharge lysosomale chez l'enfant. Les manifestations ostéo-squelettiques sont fréquentes, associées à une morbidité élevée, et une faible qualité de vie. Une La glucocérobrosidase recombinante a été reconnue comme traitement de référence chez les patients adultes et enfants. L'objectif principal de notre étude était de mesurer la masse osseuse (DMO) chez les enfants atteints de cette maladie.

Observation. – **Observation 1:** Mlle O. A., âgée de 12 ans, suivie pour une MG de type 1 depuis l'âge de 5 ans, mise sous TES depuis 1 mois. Elle présente des douleurs osseuses diffuses associées à une splénomégalie de 16 cm. L'examen clinique retrouve des ostéalgies provoquées diffuses. L'évaluation densitométrique retrouve au Z-score au rachis lombaire une ostéopénie à -1,0, à -0,9 au col fémoral, -0,7 au niveau de la hanche totale. **Observation 2:** Mlle M. B., âgée de 10 ans, suivie pour une MG de type 1 depuis l'âge de 2 ans, sous TES depuis 6 ans. Elle est asymptomatique sur le plan ostéo-articulaire avec à l'examen clinique une SPM à 17 cm isolée. Son évaluation densitométrique retrouve un Z-score au rachis lombaire à -1,4, à 2,0 au col fémoral et à 1,7 au niveau de la hanche totale. **Observation 3:** Le jeune A. M., âgé de 7 ans, suivi pour une MG depuis l'âge de 4 ans

sous TES depuis 1 année. Il ne rapporte aucune manifestation ostéo-articulaire avec un examen clinique sensiblement normal. L'évaluation densitométrique retrouve un Z-score au rachis lombaire à -0,6, à -0,1 au col fémoral, -0,0 au niveau de la hanche totale.

Discussion. – Maladie héréditaire transmise sur le mode récessif autosomique et causée par un déficit de l'enzyme lysosomale bêta-glucocérobrosidase. La MG est classée en trois phénotypes, le type 1 étant le plus fréquent (94 %). L'accumulation de glucocérobrosides dans les lysosomes de la lignée monocytaire-macrophagique est responsable des caractéristiques cliniques courantes telles que l'hépatosplénomégalie et la cytopénie. Les manifestations osseuses sont tout aussi fréquentes principalement à type de douleurs osseuses ou même de crises osseuses, d'ostéonécroses aseptiques en particulier des têtes fémorales, d'ostéopénies avec fractures pathologiques. Chez nos patients, il a été constaté un cas d'ostéopénie chez une patiente (observation 1).

Conclusion. – Il est donc important de reconnaître la maladie à un stade précoce, dépister une atteinte osseuse afin d'initier la thérapie appropriée et de prévenir les complications fracturaires, vue que le TES ne peut pas inverser les lésions squelettiques destructrices pré-existantes.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-122

Traitement par tocilizumab dans l'arthrite juvénile idiopathique : expérience du service de rhumatologie de Ben Aknoun

M. Hammache* (1) ; R. Chetouane (1) ; N. Boukhenifra (1) ; S. Haid (1) ; F. Rahal (1) ; N. Brahimi (1) ; A. Ladjouz-Rezig (1) ; F. Hanni (1)

(1) *Rhumatologie, EHS Ben Aknoun, Alger, Algérie*

*Auteur correspondant : dr.m.hammache@gmail.com

(M. Hammache)

Introduction. – L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est une pathologie regroupant toutes les formes d'arthrites qui débutent avant l'âge de 16 ans, persistent plus de six semaines et n'ont aucune cause connue. C'est donc un diagnostic d'exclusion qui inclut toutes les formes d'arthrites chroniques de l'enfant de cause indéterminée. La physiopathologie de la maladie incrimine une surproduction d'IL-6. De ce fait, des thérapies ciblées peuvent être proposées, tel que les inhibiteurs des récepteurs de l'IL-6 (tocilizumab). Dans notre exposé, nous rapportons notre expérience concernant l'utilisation du Tocilizumab (TCZ) dans l'AJI dans une série de 05 patients.

Matériels et méthodes. – Etude descriptive monocentrique, ayant pour objectif de décrire la tolérance clinique et biologique ainsi que l'efficacité du TCZ chez 5 enfants âgés de 8 à 12 ans, suivis à notre niveau entre janvier 2013 et février 2018. L'évaluation était clinique (NAD, NAG, EVA médecin) et biologique. Pour les formes systémiques : l'efficacité du traitement a été définie comme totale lorsqu'il y avait une disparition de la fièvre, de l'éruption cutanée et des arthrites. Concernant les formes polyarticulaires : la rémission était définie par un DAS28 à 3 variables (NAD, NAG, VS) < 2,6

Résultats. – Cinq patients (1 fille et 4 garçons) ont été inclus. L'âge au diagnostic de l'AJI variait de 7 mois à 8 ans. Parmi les patients traités 01 avait une AJI forme systémique, 03 une forme polyarticulaire facteur rhumatoïde positif et 01 une forme polyarticulaire facteur rhumatoïde négatif. La durée moyenne d'évolution de la maladie est de 8 ans (5 ans – 12 ans et 6 mois). Tous les patients avaient été traités au préalable par des immunosuppresseurs (méthotrexate) et corticoïdes, 03 de ces patients avaient reçu en plus de l'etanercept. Le tocilizumab a été indiqué suite à l'échec aux thérapeutiques antérieurs, à raison de 08 à 10 mg/kg/mois (3 patients et 2 patients respectivement). La durée totale moyenne de traitement était de 23 mois (de 06 à 52 mois). Aucun effet indésirable clinique majeur n'a été observé, hormis une infection ORL (rhinopharyngite) chez un seul patient. Biologiquement les effets secondaires ont été une neutropénie modérée chez un patient à la 10e perfusion de tocilizu-

mab qui s'est normalisée au bout de 4 mois sans interruption du traitement. On a noté par ailleurs une hypertriglycéridémie transitoire qui s'est normalisée après arrêt du traitement pour échec. La rémission clinique et biologique a été obtenue chez 03 patients sur 05, dans un délai variant de 02 à 06 mois, avec sevrage corticoïde chez 02 patients à 12 et 34 mois de traitement. On a procédé à une désescalade thérapeutique chez 02 malades (de 08 mg/kg/4 semaines à 03 mg/kg/06 semaines, et de 10 mg/kg/4 semaines à 06 mg/kg/04 semaines). Un échec est survenu chez 02 patients (traitement reçu pendant 06 et 12 mois).

Conclusion. – Le rapport bénéfice/risque du TCZ semble satisfaisant chez nos enfants dont certains reçoivent un traitement prolongé. L'utilisation de plus en plus large et précoce des biothérapies entraîne un taux de rémission plus important chez les enfants. Tout ceci conforte la place de TCZ parmi les traitements les plus pertinents des AJI sévères, mais aussi a? suivre avec des registres plus larges le devenir des patients sous TCZ afin de s'assurer de la bonne tolérance a? plus long terme.

Conflit d'intérêts. – aucun

Références

[1] Efficacy and safety of tocilizumab in patient with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis : a randomised, double-blind, placebo-controlled, withdrawal phase III trial, Yokota S et al. Lancet 2008 ; 371 : 998-1006

[2] Traitement par tocilizumab : expérience d'un centre de rhumatologie pédiatrique, C. Le Stradic, C. Galeotti*, I. Kone'-Paut, Archives de Pédiatrie 2014 ; 21 : 1299-1304.

PE. Ma-123

Le risque infectieux et l'activité de la maladie chez des patients avec arthrite juvénile idiopathique traités avec ou sans biologique : résultats préliminaires

M. Eddaoudi* (1) ; S. Rostom (1) ; S. Elhassani (1) ; B. Amine (1) ; R. Bahiri (1)

(1) Rhumatologie A, hopital EL AYACHI, salé, Maroc

*Auteur correspondant : mery.eddaoudi@gmail.com (M. Eddaoudi)

Introduction. – L'arthrite juvénile idiopathique est la maladie rhumatismale la plus courante chez l'enfant. De nombreuses questions se posent concernant le risque infectieux lié à la maladie et aux traitements par les DMARDs classiques et biologiques.

L'objectif de notre étude était d'évaluer le taux d'infection chez les patients atteints d'AJI traités avec et sans biologique et de vérifier l'association de l'infection avec l'activité.

Patients et méthodes. – Les caractéristiques cliniques et biologiques des patients ont été recueillies. Les sujets sous DMARDbiologiques ont été analysés dans le groupe biologique. Les sujets traités par DMARDclassiques ont été analysés dans le groupe non biologique. Le risque infectieux a été calculé dans les 2 groupes. L'évaluation de l'activité de l'AJI par JADAS-10, l'EVA médecin, l'EVA parents.

Résultats. – 13 enfants avec AJI ont été inclus (7 filles et 6 garçons), l'âge moyen était de 13,8 ans ± 4. Les sous types inclus d'AJI sont comme suit (3 cas Arthrites systémiques, 3 cas d'arthrite enthésite, 4 cas de forme polyarticulaire et 3 cas de forme oligoarticulaire dont deux persistante et l'autre étendue). 46,2 % des patients étaient sous DMARDS biologiques et 53,8 % des cas étaient sous DMARDSClassique. 2 cas d'infections ORL minimales sous DMARDs classiques et 4 cas sous biologiques dont un cas d'infection sévère par varicelle qui a nécessité l'hospitalisation chez une fille sous biologique type Infliximab a été noté. Le rapport de taux d'infection pour les sujets du groupe biologique versus non-biologique était de 2,5 (IC à 95 %, 0,2-24,7). Aucune corrélation n'a été retrouvée entre l'activité de la

maladie évalué par le JADAS-10 et l'infection (la corrélation était de 0,223 (P = 0,465)). Par ailleurs, nous observons qu'il n'avait pas de différence significative par rapport aux autres études concernant le risque infectieux chez les patients AJI traités avec ou sans biologique.

Conclusion. – Nos résultats suggèrent qu'il n'avait pas de différence significative dans les taux d'infection entre les sujets atteints d'AJI traités avec et sans biologique. D'autres études à grande échelle de la relation entre les taux d'infection, type de traitement et l'activité de la maladie sont nécessaires pour prédire le risque d'infection chez les patients atteints d'AJI.

Conflit d'intérêts. – aucun

PE. Ma-124

Dysplasie spondylo-épiphysaire tardive : à propos d'un cas

S. Benchérifa* (1) ; A. Bezza (2)

(1) Rhumatologie, Hôpital El Ayachi, centre hospitalier universitaire Ibn Sina, Salé, Rabat, Maroc; (2) Service de rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

*Auteur correspondant : sara.bencherifa@gmail.com (S. Benchérifa)

Introduction. – La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une chondrodysplasie génotypique rare qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est caractérisée par une petite taille disproportionnée à l'adolescence ou à l'âge adulte et peut parfois être découverte devant une arthrose secondaire précoce.

Observation. – Patiente âgée de 18 ans issue d'un mariage consanguin, ayant un frère aîné présentant la même symptomatologie clinique non suivi. Elle a consulté pour des rachialgies et des polyarthralgies d'allure mécanique depuis l'âge de 10 ans intéressant surtout les épaules, les coudes, les hanches et les genoux avec un retard statural et un syndrome malformatif (cou court, protrusion sternale). L'examen clinique a trouvé : taille = 137 cm, limitation importante des amplitudes articulaires (épaules, coudes, hanches, genoux) et scoliose dorso-lombaire. Le bilan biologique était normal. Le bilan radiologique a révélé : thorax en tonneau, aplatissement et perte de la sphéricité des têtes fémorales avec raccourcissement des cols fémoraux, dysplasie épiphysaire diffuse et aplatissement des corps vertébraux.

Discussion. – La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une maladie génétique rare, sa transmission peut être récessive liée à l'X, autosomique récessive ou autosomique dominante. La forme liée à l'X est la plus fréquente avec une prévalence estimée entre 1/150 000 et 1/200 000 due à des mutations du gène TRAPPC2. Elle est caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Les patients peuvent avoir des proportions corporelles normales avec une taille de plus de 153 cm à l'âge adulte, donc sans nanisme vrai. La maladie se manifeste vers la puberté par un cou et des bras courts, une scoliose ou une cyphose dorsale, une hyperlordose lombaire et une dégénérescence progressive à début précoce des hanches et des genoux. Les anomalies radiographiques retrouvées sont des anomalies épiphysaires multiples, une platyspondylie, des espaces intervertébraux étroits, un processus odontoïde hypoplasique, un col du fémur petit et une coxa vara.

Conclusion. – La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une pathologie de l'enfant ou l'adolescent pouvant être révélée ou compliquée par une polyarthrose précoce, responsable d'un handicap fonctionnel important dont la prise en charge thérapeutique est difficile et multidisciplinaire faisant intervenir les pédiatres, les rhumatologues, les médecins physiques, les chirurgiens et les rééducateurs. Un conseil génétique peut être proposé.

Conflit d'intérêts. – aucun.