

Recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie pour la prise en charge des Spondylarthropathies

GRUPE DE TRAVAIL

Pr Redouane Abouqal (Directeur du Laboratoire de biostatistique et recherche clinique. Faculté de Medecine Rabat

Pr Bahiri Rachid : Professeur en Rhumatologie, Hôpital El Ayachi CHU Rabat-Salé

Pr El idrissi Lamghari A : Professeur de Gastro-entérologie, Service de médecine E, CHU rabat-Salé

Dr Guennoune Abderrezak : rhumatologue libéral, Rabat

Pr harmouche Hicham : Professeur en médecine Interne, Service de Médecine A CHU Rabat-Salé

Pr Wahid Karim : Professeur d'ophtalmologie, Hôpital des spécialités, CHU Rabat-Salé

Dr. Aicha Khalil : rhumatologue libéral, Rabat

Pr Lahlou Abdou : Professeur de chirurgie orthopédique, CHU Rabat-Salé

Dr Saloua Laghrissi : rhumatologue libéral, Rabat

Pr. Abdeljalil El Quessar : Professeur de Radiologie (Service de Radiologie, Hôpital Sheikh Zaid),

Dr. Boubker Sedrati : rhumatologue libéral, Rabat

COMITE DE VALIDATION

Pr. Lahsen Achemlal (Professeur de rhumatologie, Centre de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat),

Pr. Fadoua Allali (Professeur de rhumatologie, Hôpital El ayachi, Salé

Pr. Karima Benbouzza (Professeur de rhumatologie, Médecin-chef de l'Hôpital El Ayachi, Salé),

Dr Mohamed Saleh Bennouna (rhumatologue libéral, Casablanca),

Pr. Ahmed Bezza (Professeur de rhumatologie, Centre de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat),

Dr. El Mostapha El Abbassi (Spécialiste de Médecine physique et réadaptation, Centre de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat),

Pr. Selma El Hassani (Chef de service de rhumatologie, Hôpital Ibn Tofail, Marrackech),

Pr. Abdellah El Maghraoui (Professeur de rhumatologie, Médecin-chef du Centre de rhumatologie et rééducation fonctionnelle, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat),

Pr. Noufissa Eттаouil (Service de rhumatologie, Hôpital Ibn Rochd),

Dr. Taoufik Harzy (Professeur Assistant de rhumatologie, Service de Médecine Interne, Hôpital Ghassani, Fès),

Pr. Jalal Hassoun (Service de Traumatologie-Orthopédie, Hôpital Ibn Rochd, Casablanca),

Pr. N. Hajjaj-Hassouni (Chef de service de Rhumatologie, Hôpital El ayachi, Salé Doyen de la faculté de Médecine, Présidente de l'Association Marocaine contre l'ostéoporose),

Dr Noufissa Lazrak : Présidente de la société Marocaine de Rhumatologie

Dr. Khenine Miloud (rhumatologue libéral, Kénitra).

Pr. Redouane Niamane (Professeur de rhumatologie, Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire Avicenne, Marrackech), ,

Dr. Jamaledine Taghrid (Médecin généraliste libéral),

INTRODUCTION

Objet : Proposer des recommandations nationales marocaines consensuelles pour la prise en charge des spondylarthropathies (Spa).

Contexte : Elaboration des recommandations nationales marocaines de prise en charge des affections de longue durée (ALD) dans le cadre de la mise en place de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Processus d'élaboration : Ce document résulte d'un travail de consensus d'experts marocains réunis à l'initiative de la Société Marocaine de Rhumatologie. Le groupe d'experts a réuni des praticiens représentant les différents secteurs de l'exercice médical (universitaire, libéral, public....) dans un souci de multidisciplinarité avec des rhumatologues seniors ayant une expérience prouvée dans le suivi et la prise en charge des spondylarthropathies ainsi que des praticiens experts d'autres spécialités (médecine interne, traumatologie-orthopédistes, rééducateurs, généralistes, épidémiologistes) ainsi que d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, podologues, ergothérapeutes et orthoprothésistes).

Le document a été élaboré en plusieurs temps. La première étape a été le recueil consensuel par les experts des domaines de priorité dans ces maladies. Ensuite, le groupe de travail a réalisé une analyse exhaustive des données de la littérature relatives à ces domaines avec une évaluation du niveau de preuve de la qualité méthodologique ainsi que de l'applicabilité de chaque publication. La recherche bibliographique a été interrogée les banques de données Medline, Pascal et Cochrane. Ont été analysés les guidelines et recommandations, les métaanalyses, les essais thérapeutiques ainsi que les revues de synthèse. Le temps ultérieur a été l'élaboration proprement dite des recommandations dans la prise en charge des spondylarthropathies. Le dernier temps est la validation finale par un groupe de lecture et de validation.

PRÉSENTATION DE LA MALADIE

Définition :

Les spondylarthropathies (SpA) représentent un groupe de maladies rhumatismales caractérisées par une atteinte inflammatoire polymorphe à la fois des enthèses et des articulations axiales et/ou périphériques [1]. L'association avec l'antigène d'histocompatibilité de classe I HLA-B27 est fréquente.

Les SpA incluent : - la spondylarthrite ankylosante (SA) qui en représente le prototype, - le rhumatisme psoriasique (RP), - les manifestations articulaires des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), - les arthrites réactionnelles, - Les manifestations articulaires associées à la pustulose palmo-plantaire et à l'acné (appelées syndrome SAPHO), - un sous groupe des arthrites idiopathiques juvéniles et les spondylarthropathies indifférenciées [2].

Description clinique

Les spondylarthropathies présentent un certain nombre de caractéristiques cliniques communes qui sont à l'origine du développement de critères diagnostiques particulièrement utiles au diagnostic des formes débutantes ou indifférenciées.

a- Les atteintes périphériques :

- Les enthésopathies inflammatoires sont très évocatrices. La plus fréquente est l'enthésopathie calcanéenne, qui se traduit par une talalgie inflammatoire.
- La dactylite (orteil ou doigt "en saucisse") est également très caractéristique des Spa : elle correspond au gonflement global d'un orteil ou d'un doigt qui témoigne de l'association d'une ténosynovite et d'arthrites métaphalangienne et inter-phalangiennes.
- Les arthrites et synovites se limitent le plus souvent à une mono-arthrite ou une oligo-arthrite asymétrique, affectant préférentiellement les membres inférieurs.

b- Les atteintes axiales :

- La sacro-iliite : elle se traduit par des fessalgies inflammatoires pouvant irradier à la face postérieure des cuisses. Elle est fréquemment bilatérale. Elle peut être aussi peu symptomatique, ce qui justifie des clichés radiographiques systématiques des sacro-iliaques en cas de suspicion de spondylarthropathie.
- L'atteinte rachidienne : elle se traduit par des rachialgies de rythme inflammatoire, le plus souvent lombaires ou dorso-lombaires. Elles s'accompagnent d'une raideur vertébrale.
- L'atteinte thoracique antérieure: elle peut se traduire par des douleurs intercostales, des arthrites sterno-claviculaires ou manubrio-sternales.
- La sensibilité des symptômes aux anti-inflammatoires non stéroïdiens :

L'atténuation ou la disparition des douleurs en 24 à 48 heures sous anti-inflammatoire non stéroïdien, leur réapparition rapide à l'arrêt du traitement sont habituels dans les Spa.

· L'uvéïte antérieure :

Elle peut s'associer à toutes les formes de spondylarthropathie surtout dans les formes HLA B27.

Situation épidémiologique :

La prévalence des spondylarthropathies est mal cernée. Elle a été récemment évaluée en France, où elle serait globalement superposable à celle de la polyarthrite rhumatoïde (PR) [0,3 à 0,5 % de la population générale] [3]. Ces maladies semblent prévalentes au Maghreb bien que la prévalence exacte est encore inconnue.

Les études d'incidence normalement réalisées lors de l'installation initiale de la maladie sont plus difficiles à mener du fait de la grande hétérogénéité des formes de début des Spa.

Les facteurs de risque de survenue des Spa sont représentés d'une part par des facteurs génétiques et d'autre part par des facteurs environnementaux. Le terrain génétique est déterminant comme l'atteste la très forte association avec l'antigène HLA-B27 présent chez 90 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante. Le rôle d'autres facteurs génétiques intervient car le risque de spondylarthropathie n'est que de 1,5 et 3,5% chez un sujet HLA B27 sans antécédent familial de spondylarthrite alors qu'il est de 15 à 20 % si le sujet à des antécédents familiaux. Les facteurs environnementaux sont dominés par les agents infectieux particulièrement évidents lors des arthrites réactionnelles. Ces arthrites se définissent comme des arthrites aseptiques survenant dans les suites d'une infection digestive ou génitale. Dans environ 50 % des arthrites réactionnelles, il est possible d'identifier la nature de la bactérie en cause : Chlamydia trachomatis, Yersinia enterocolitica, Salmonelle enteridis, Shigella flexneri le plus souvent. Différentes hypothèses ont été émises (parenté de structure antigénique-ou théorie de mimétisme moléculaire-, infection synoviale chronique...). Dans la plupart des autres spondylarthropathies, le rôle de différentes bactéries a été exploré : Propionibacterium acnes dans le syndrome SAPHO ou les manifestations cutanées associées à l'acné, entérobactéries dans les entérocopopathies inflammatoires. Le rôle joué par l'exposition chronique à un éventuel antigène microbien

dans le déterminisme de ces pathologies explique la prévalence augmentée et la plus grande gravité des Spa en cas de faible niveau socio-économique.

Evolution naturelle de la maladie :

Les Spa débutent le plus souvent au cours de la troisième et quatrième décade de la vie, mais elles peuvent parfois commencer dès l'enfance. Certains travaux ont suggéré un début plus précoce dans nos contrées [4]. Les possibilités évolutives de ces pathologies sont très variables. Certains facteurs pronostiques prédictifs de la sévérité semblent actuellement bien individualisés (voir annexe). L'évolution peut se faire vers une atteinte ankylosante du rachis, une atteinte articulaire périphérique sévère, une coxite invalidante, des atteintes extra-articulaires dominées par l'uvéïte et l'atteinte respiratoire. Ces atteintes peuvent être d'intrication et de gravité plus ou moins variables chez le même malade. Les conséquences à long terme de ces affections (handicap, altération de la qualité de vie, augmentation de la mortalité) induisent des coûts directs et indirects considérables pour la société [5-6].

PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE

Diagnostic positif

La prise en charge initiale du patient devra comporter :

a/ Sur le plan clinique, la prise en compte :

- du type de présentation de la maladie (axiale, périphérique, enthésitique, atteinte extra articulaire)

- du niveau d'intensité des symptômes, des signes cliniques présents et des facteurs pronostiques

- du statut général du patient (âge, sexe, comorbidités, traitements associés)

- des souhaits et attentes du patient

b/ Sur le plan biologique : NFS, VS, CRP, ASAT, ALAT, urée, créatinine. La recherche de l'antigène HLA B27 peut s'avérer nécessaire.

c/ Sur le plan radiologique : grand cliché de De Sèze, radiographie du rachis dorso-lombaire de face et de profil, radiographies du rachis cervical ou d'une articulation périphérique ou enthésitique. Dans certains cas, l'échographie, la TDM et/ou l'IRM peuvent s'avérer utiles.

Elle suppose une étape antérieure de diagnostic positif de la maladie. Plusieurs sets de critères diagnostiques des Spa ont été proposés. Les plus

utilisés sont les critères d'Amor et les critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG), qui permettent d'inclure l'ensemble du spectre des SpA [7-8]. Il existe des critères propres à certains sous groupes. Les critères de New York modifiés sont les plus utilisés pour la spondylarthrite ankylosante [9]. Pour le rhumatisme psoriasique, plusieurs sets de critères ont été proposés sans réel consensus international, les critères de Moll et Wright sont les plus souvent utilisés, des critères récents ont été validés par un groupe international d'étude du rhumatisme psoriasique [10]. Le principal reproche à ces systèmes de critères est qu'ils sont plus des critères de classification et donc non validés pour une utilisation par le rhumatologue en pratique clinique.

L'établissement du diagnostic positif des Spa peut imposer une hospitalisation.

Diagnostic différentiel

Les modes de révélation des Spa sont très variés. Ces rhumatismes peuvent ainsi débiter par une oligoarthritis, une lombalgie inflammatoire, une sacroiliite unilatérale, une uvéite voire une maladie ankylosante axiale. En fonction de la présentation initiale, l'expert rhumatologue jugera nécessaire de prescrire des examens paracliniques dans le cadre de l'enquête initiale. Leur nature dépendra du tableau rhumatologique. En effet, du fait de la grande diversité des modes d'installation de ces maladies, les tableaux rhumatologiques peuvent donner le change avec un rhumatisme infectieux ou post-infectieux, une affection néoplasique, un rhumatisme microcristallin, un autre rhumatisme inflammatoire chronique ou une autre maladie générale.

RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

ITEM 1

La prise en charge optimale d'une spondylarthropathie nécessite la combinaison de traitements non pharmacologiques et de traitements pharmacologiques.

ITEM 2

Les traitements non pharmacologiques des spondylarthropathies devraient comporter l'éducation du patient et la pratique régulière d'exercices.

La kinésithérapie sera toujours prescrite tôt après le diagnostic. Elle sera envisagée à l'échelon

individuel ou en groupe, Le nombre de séances et leur rythme de même que le lieu (milieu hospitalier ou en ambulatoire) seront adaptés à l'état du malade.

Les appareillages (orthèses axiales ou périphériques, aides techniques...) complètent la prise en charge dans bien des cas.

Les associations de malades peuvent être utiles.

ITEM 3

Les AINS sont recommandés comme traitement de première intention en dehors des contre-indications pour les patients ayant une spondylarthropathie. Chez les sujets ayant un risque gastro-intestinal élevé, l'association AINS et agents gastroprotecteurs ou un inhibiteur sélectif de Cox2 devraient être utilisés.

Le traitement par les AINS peut être envisagé au long cours et la dose modulée en fonction de l'état clinique.

ITEM 4

Les antalgiques comme le paracétamol et les opioïdes pourraient être envisagés dans le traitement de la douleur chez les patients répondeurs partiels aux AINS ou chez lesquels les AINS sont contre-indiqués et/ou médiocrement tolérés.

ITEM 5

Les infiltrations locales de dérivés corticoïdes peuvent être envisagées. Les synoviorthèses isotopiques ou à l'héxacétonide de Triamcinolone pourraient trouver leur indication dans certaines formes périphériques rebelles des spondylarthropathies.

Il n'y a pas de données pour préconiser le recours aux corticoïdes par voie générale dans les formes axiales de la maladie. Ceux-ci pourraient être préconisés dans les formes périphériques sévères.

ITEM 6

Il n'y a aucune preuve de l'efficacité des traitements de fond comme la Sulfasalazine et le Méthotrexate dans le traitement des formes axiales de la maladie. En revanche ils peuvent être envisagés chez les patients avec arthrites périphériques

Le léflunomide peut trouver une indication dans certaines formes de rhumatisme psoriasique.

ITEM 7

Le recours aux traitements anti-TNFalpha pourrait être envisagé chez les sujets ayant une maladie

très active malgré les traitements conventionnels. Dans les formes axiales, aucune donnée n'oblige à recourir à un traitement de fond avant d'instaurer un traitement par anti-TNFalpha. La coprescription d'un traitement de fond avec l'agent anti-TNF alpha n'a pas non plus prouvé son utilité.

Les règles d'utilisation des agents anti-TNF alpha proposées sont les suivantes :

1. Initiation :

· diagnostic certain de spondylarthrite ankylosante ; le diagnostic positif repose sur les critères de New York modifiés.

· Diagnostic certain de spondylarthropathie, rhumatisme psoriasique

· Maladie sévère, très active avec un score de BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) supérieur ou égal à 5 sur une échelle de 0 à 10, avec l'avis d'un expert autorisant la mise en route du traitement selon les résultats des données cliniques biologiques ou radiologiques ;

· Maladie dite réfractaire en raison de l'échec d'au moins 3 traitements par AINS incluant ou non la Butazolidine, poursuivis pendant une durée suffisante, ou absence de réponse au traitement de fond en cas d'arthrite périphérique

· en cas de contre indication, intolérance ou toxicité des AINS, le traitement par anti-TNF alpha pourra être envisagé d'emblée sous réserve de l'accord d'un expert.

2. Monitoring :

utilisation du score BASDAI.

3. Arrêt :

il devra être envisagé après une période de 6 à 12 semaines de traitement sans amélioration reconnue. Celle-ci doit être au moins de 50 % du score BASDAI et validée par l'avis d'un expert (poursuite du traitement ou non).

ITEM 8

La chirurgie des articulations périphériques (synovectomie, ténosynovectomie, arthrolyse...) peut être indiquée dans certaines situations d'échec du traitement médical. Elle doit toujours être réalisée dans un cadre de concertation médico-chirurgicale. L'arthroplastie totale de hanche devrait être considérée chez les sujets avec coxite réfractaire et ceci quel que soit l'âge. La chirurgie du rachis pourrait être

exceptionnellement envisagée.

Motifs d'hospitalisation au cours des spondylarthropathies :

- une adaptation thérapeutique, bolus de corticoïdes, adaptation de traitement de fond, gestes locaux.

- Kinésithérapie, appareillage et ergothérapie.

- Chirurgie orthopédique

- complications de la maladie (atteinte respiratoire, cardiaque, oculaire

, cutanée.....) ou des thérapeutiques.

MODALITÉS DE SUIVI (RECOMMANDATIONS)

Le suivi d'un sujet ayant une spondylarthropathie devra comporter :

- le statut général du patient (âge, sexe, comorbidités, traitements associés)

- Les paramètres du suivi clinique

- En moyenne, on peut réaliser 1 visite trimestrielle soit 3 à 4 visites par an et plus au besoin en cas d'événement urgent, de complication de la maladie et/ou du traitement

La fréquence des contrôles biologiques dépendra de la sévérité de la maladie et du traitement en cours :

- Une fois par an après stabilisation (VS, CRP, NFS, Transaminases, urée, créatinine). Ce rythme sera adapté pour un éventuel suivi thérapeutique et/ou une possible complication.

Le rythme de suivi radiologique structural devrait être retenu à l'échelon individuel et adapté à la sévérité de la forme clinique ; certains facteurs sont considérés comme prédictifs d'un mauvais pronostic :

* La coxite,

* Le début précoce (<16 ans)

* La dactylite,

* L'importance du syndrome inflammatoire,

* La résistance aux AINS

* L'ankylose rachidienne,

* L'atteinte restrictive pulmonaire

Dans les formes évolutives, la réalisation régulière (par exemple tous les 2-3 ans) de radiographies est nécessaire

- du rachis cervical de profil
- du rachis lombaire de face et de profil
- du bassin
- des articulations périphériques et enthèses

Concernant les autres imageries :

Selon l'évolution, la sévérité de la maladie et l'apparition de complications d'autres examens d'imagerie peuvent être réalisés : L'échographie, TDM, scintigraphie, IRM voire d'autres examens.

RECOMMANDATIONS AUX PATIENTS

- Nécessité d'un suivi régulier chez son rhumatologue selon le rythme défini par ce dernier, et ce sauf évènement clinique nouveau ou urgent.
- Exercices physiques réguliers (respiratoires, de posture, et étirements musculaires...)
- Nécessité de prendre son traitement en respectant scrupuleusement la durée et les modalités des prescriptions

DISCUSSION

Concernant la prise en charge diagnostique initiale du patient, elle suppose une étape antérieure de diagnostic positif de la maladie. Plusieurs sets de critères diagnostiques des Spa ont été proposés. Les plus utilisés sont les critères d'Amor et les critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG), qui permettent d'inclure l'ensemble du spectre des SpA [7-8]. Il existe des critères propres à certains sous groupes. Les critères de New York modifiés sont les plus usités pour la spondylarthrite ankylosante [9]. Pour le rhumatisme psoriasique, plusieurs sets de critères ont été proposés sans réel consensus international, les critères de Moll et Wright sont les plus souvent utilisés, des critères récents ont été validés par un groupe international d'étude du rhumatisme psoriasique [10]. Le principal reproche à ces systèmes de critères est qu'ils sont plus des critères de classification et donc non validés pour une utilisation par le rhumatologue en pratique clinique.

L'item 1 comprend les paramètres de la prise charge clinique. Il a une bonne validité de face

mais le niveau de preuve dans la littérature est faible. Ceci est en rapport avec un biais de sélection des patients dans les études thérapeutiques. En effet, peu d'études se sont intéressées à déterminer les effets thérapeutiques selon les caractéristiques cliniques des patients. Cet item comprend aussi les paramètres biologiques initiaux. Les experts recommandent la réalisation d'un bilan inflammatoire et d'un bilan viscéral sommaire essentiellement dans un cadre de bilan pré thérapeutique. Concernant les moyens d'imagerie, la radiographie standard est largement validée dans l'appréciation de l'atteinte structurale de ces maladies [11]. L'IRM et l'échographie sont des techniques de plus en plus utilisées pour l'évaluation de l'inflammation enthésique et synoviale [12-13].

Concernant les recommandations des modalités de suivi, le groupe ASAS a essayé de standardiser le suivi clinique en établissant une liste d'items concernant les différents domaines (atteinte axiale, périphérique et enthésique) [14]. Les experts de la SMR se sont en grande partie basés sur ces recommandations. Le rythme de suivi clinique et biologique est à adapter en fonction du type et de la sévérité de la Spa. Le rythme de réalisation des radiographies ne doit pas excéder – dans la grande majorité des cas- une fois tous les 2 à 3 ans. Les autres examens d'imagerie peuvent s'avérer utiles dans certaines indications. L'IRM du rachis et des sacro-iliaques s'est avéré d'un intérêt croissant dans l'évaluation de l'activité de la maladie [15].

Il n'existe pas de réel consensus sur des facteurs pronostiques de sévérité des Spa. Les critères retenus (annexe de l'item 2) Sont largement utilisés par les rhumatologues bien que non validés [16].

Concernant les recommandations thérapeutiques : L'item 1 est sur l'intérêt de combiner des traitements non pharmacologiques et des traitements pharmacologiques. Ces 2 types de traitements sont complémentaires et doivent être prescrits durant toute l'évolution de la maladie. Cependant, Il n'existe aucune étude "head to head" comparant les 2 types de traitement. Le timing opportun où cette combinaison est la mieux adaptée et l'intérêt de l'un par rapport à l'autre en fonction du stade évolutif des Spa ne sont pas bien établis. Le traitement non pharmacologique deviendrait de plus en plus indiqué avec la progression de la maladie, alors que les traitements pharmacologiques devraient

être instaurés très tôt dès la phase débutante de la maladie.

L'item 2 concerne la prise en charge non pharmacologique. Des méta analyses récentes ont revu le niveau de preuve du traitement physique dans les Spa. Il existe plusieurs études randomisées qui ont démontré le bénéfice des exercices à domicile [17]. Des programmes d'exercices supervisés ont seulement prouvé un impact sur l'appréciation globale du patient [18]. Il existe, à l'évidence, un faible niveau de preuve quant aux modalités exactes de la rééducation et aussi concernant l'apport exact de l'appareillage. Un autre écueil relatif à cet item est la durée courte (quelque mois) des études positives [19]. L'information et l'éducation du patient n'ont pas prouvé leur effet sur la douleur ou sur la fonction, mais elles se sont avérées efficaces sur la motivation et l'anxiété des malades [20]. L'impact et le rôle des associations de malades n'ont pas encore été étudiés.

L'item 3 concerne la prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'efficacité des AINS sur les douleurs axiales, articulaires périphériques et sur l'amélioration de la fonction est prouvée. Les coxibs ont également démontré cette efficacité dans les Spa. L'intérêt de la prescription préférentielle d'un AINS par rapport à un autre n'a jamais été clairement démontré par les études comparatives. Les experts ont retenu la susceptibilité individuelle aux différentes classes d'AINS. Ceci ressort dans l'item 9 où pour considérer que le patient est réfractaire à ces molécules, il faut essayer au moins 3 classes. De récentes données plaident en faveur d'une action structurale des AINS prescrits en continu versus une prescription intermittente [21]. La toxicité digestive de ces molécules est maintenant largement admise [22]. Elle peut être prévenue par la prescription associée d'agents gastroprotecteurs. Les coxibs entraînent moins de complications digestives graves [23]. Ce domaine a été récemment présenté dans les recommandations européennes de la prise en charge de la coxarthrose [24]. Par la suite, la plupart des recommandations concernant les AINS ont repris un énoncé similaire. L'item 5 reprend ces mêmes recommandations consensuelles. Les données concernant la toxicité cardiovasculaire évoluent rapidement [25-26]. Elle concerne à l'évidence certains coxibs, mais il existe des travaux récents suggérant aussi un risque avec les autres AINS. Il ressort que la prescription d'un AINS doit tenir compte du "profil" digestif et rénal du patient

mais aussi de l'évaluation personnalisée du risque cardiovasculaire.

L'item 4 aborde la prescription des antalgiques au cours des Spa. Il n'existe aucune évaluation prospective de ces molécules dans cette indication. La meilleure tolérance digestive du paracétamol par rapport au placebo n'est pas démontrée par des études de niveau de preuve I a [27].

L'item 5 est relatif d'abord aux gestes locaux. L'inflammation locale est un aspect majeur des Spa. Elle est peut être enthésique et/ou articulaire de siège axial et/ou périphérique. Certaines études ont démontré l'efficacité des infiltrations de corticoïdes sur l'atteinte des articulations sacro-iliaques [28-29]. Il n'existe pas de preuve relative à l'usage des infiltrations intra ou péri-articulaires et des infiltrations des enthèses. Les experts ont été consensuels sur leur rôle dans certaines indications. Cet item comprend aussi la corticothérapie par voie générale. Son utilisation dans certaines formes d'arthrites périphériques des Spa a été envisagée par les experts par analogie à son efficacité dans d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde -PR-). Par contre, son utilisation dans les formes axiales de la maladie n'est étayée par aucune étude.

L'item 6 indique que les traitements de fond classiques comme la Sulfasalazine et le Méthotrexate ont une efficacité limitée, voire nulle, sur l'atteinte axiale des Spa. Certaines études ont démontré l'action de la Sulfasalazine sur les arthrites périphériques des Spa et du méthotrexate et du léflunomide dans le rhumatisme psoriasique [30-35].

L'item 7 est consacré à l'apport des biothérapies dans la prise en charge des Spa. Les experts se sont basés sur les recommandations récentes faites à ce propos par la ligue européenne de lutte contre le rhumatisme (EULAR) et par la société française de rhumatologie (SFR) [36]. Plusieurs études observationnelles ou contrôlées randomisées ont démontré l'efficacité des agents anti-TNF-, au cours de la SA et du RP [37-44]. Ces traitements permettent d'obtenir une amélioration rapide, significative et durable de la symptomatologie, mais leur action n'est le plus souvent que suspensive. Trois agents anti-TNF- sont actuellement utilisés et ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des spondylarthropathies: l'infliximab, l'etanercept et l'adalimumab. Le recul actuel est de plus de 3 ans. L'adjonction du méthotrexate n'a pas montré d'intérêt dans les

études [45]. Les précautions d'emploi et les effets indésirables de ces molécules vont faire l'objet de recommandations marocaines spécifiques notamment concernant le risque de tuberculose vu le contexte endémique de cette pathologie au Maroc.

L'item 8 : la coxite des Spa constitue un tournant évolutif péjoratif dans le cours de la maladie des Spa. Elle est corrélée à la gravité de la maladie et serait particulièrement fréquente dans notre contexte [46]. l'arthroplastie de hanche a montré dans des études de cohorte une efficacité dans le contrôle de la douleur et l'amélioration de la fonction [47-48]. Il n'existe pas de preuve quant à un taux plus élevé de reprise chirurgicale, d'ossifications hétéropiques ou de réankylose dans les Spa par rapport à la population générale [49-50]. La différence entre les résultats des prothèses cimentées et non cimentées n'est étayée par aucune étude. Les experts recommandent l'arthroplastie totale de hanche chez les sujets avec coxite réfractaire et ceci quel que soit l'âge.

En définitive, Ce travail a permis d'établir des recommandations nationales marocaines de la prise en charge des Spa. Le but de ces recommandations est d'uniformiser les pratiques de soin et les conduites à tenir des rhumatologues quel que soit leur secteur d'exercice et in fine de standardiser la prise en charge des Spa au Maroc. Ces rhumatismes inflammatoires seraient particulièrement fréquents dans notre contexte, mais on ne dispose pas d'étude épidémiologique. Elles seraient plus sévères au Maghreb [4, 46]. Il faut insister sur le fait que ces recommandations tracent une ligne de conduite commune pour les rhumatologues et se proposent d'aider le praticien dans sa prise de décision mais n'ont pas de caractère opposable et que de ce fait le praticien est tout à fait libre de s'en écarter en fonction de la situation clinique, il devra éventuellement s'en justifier. Les experts qui ont été désignés par la SMR sont en majorité des rhumatologues seniors ayant une expérience prouvée dans le suivi et la prise en charge des spondylarthropathies et représentent les différents secteurs d'exercice médical dans notre pays. Ce comité d'experts s'est basé en grande partie sur les recommandations européennes (ASAS/EULAR) récemment établies [36] et aussi sur les recommandations récentes de la société Française de rhumatologie pour le maniement des anti-TNF alpha dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme

psoriasique [51]. Globalement, les experts marocains ont retenu l'applicabilité d'une grande partie des items EULAR à nos patients spondylarthritiques. Deux spécificités ont été particulièrement discutées par les experts par rapport à ces recommandations : D'abord, le caractère sévère potentiel des Spa au Maroc ; ensuite, la prévalence de la tuberculose rendant plus problématique le maniement des anti-TNF alpha dans notre contexte. Concernant ce dernier point, les experts se sont mis d'accord sur la nécessité de recommandations nationales entre praticiens de plusieurs spécialités (rhumatologues, pneumophthisiologues, infectiologues, internistes.....).

REFERENCES

- 1- Dougados M, Hochberg MC. Why is the concept of spondyloarthropathies important? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16 : 495-505.
- 2- Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Ann Intern Med* 2002; 135: 896-907.
- 3- Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1431-5.
- 4- Hajjaj-Hassouni N, Maetzel A, Dougados M, Amor B. Comparison of patients evaluated for spondylarthropathy in France and Morocco. *Rev Rhum Ed Fr.* 1993 ; 60(6):420-5.
- 5- Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Guillemin F, Rutten-van Molken M, Dougados M, et al. Direct costs of ankylosing spondylitis and its determinants: an analysis among three European countries. *Ann Rheum Dis* 2003;62:732-40.
- 6- Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Guillemin F, Spoorenberg A, Schouten H, et al. Costs of ankylosing spondylitis in three European countries: the patient's perspective. *Ann Rheum Dis* 2003;62:741-7.
- 7- Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. [Criteria of the classification of spondylarthropathies]. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1990;57: 85-9
- 8- Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huiffeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34:1218-27
- 9- Reveille JD, Arnett FC. Spondyloarthritis:

update on pathogenesis and management. *Am J Med* 2005;118:592–603.

10- Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 ;54(8):2665-73.

11- Creemers MCW, Franssen MJAM, van 't Hof MA, Gribnau FWJ, van de Putte LBA, van Riel PLCM. Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: an extended radiographic scoring system. *Ann Rheum Dis* 2005;64:127–9

12- Braun J, Baraliakos X, Golder W, Brandt J, Rudwaleit M, Listing J, et al. Magnetic resonance imaging examinations of the spine in patients with ankylosing spondylitis, before and after successful therapy with infliximab: evaluation of a new scoring system. *Arthritis Rheum* 2003;48:1126–36

13- Baraliakos X, Davis J, Tsuji W, Braun J. Magnetic resonance imaging examinations of the spine in patients with ankylosing spondylitis before and after therapy with the tumor necrosis factor alpha receptor fusion protein etanercept. *Arthritis Rheum* 2005;52:1216–23.

14- van der Heijde D, Bellamy N, Calin A, Dougados M, Khan MA, van der Linden S. Preliminary core sets for endpoints in ankylosing spondylitis. Assessments in Ankylosing Spondylitis Working Group. *J Rheumatol* 1997;24:2225–9

15- Baraliakos X, Landewe R, Hermann KG, Listing J, Golder W, Brandt J, et al. Inflammation in ankylosing spondylitis: a systematic description of the extent and frequency of acute spinal changes using magnetic resonance imaging. *Ann Rheum Dis* 2005;64:730–4

16- Amor B, Santos RS, Nahal R, Listrat V, Dougados M. Predictive factors for the longterm outcome of spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1994;21:1883–7

17- Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen K. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4) :CD002822.

18- van Tubergen A, Landewe R, van der Heijde D, Hidding A, Wolter N, Asscher M, et al. Combined spa-exercise therapy is effective in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2001;45:430–8.

19- Barlow JH, Barefoot J. Group education for people with arthritis. *Pt Educat Counsel*

1996;27:257–67

20- Basler HD, Rehfisch HP. Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *J Psychosom Res* 1991;35:345–54.

21- Wanders A, van der Heijde D, Landewé R, Béhier J - M, Calin A, Olivieri I, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005;52:1756–65.

22- Lewis SC, Langman MJ, Laporte JR, Matthews JN, Rawlins MD, Wiholm BE. Dose-response relationships between individual nonaspirin nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NANSAIDs) and serious upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis based on individual patient data. *Br J Clin Pharmacol* 2002;54:320–6

23- Deeks JJ, Smith LA, Bradley MD. Efficacy, tolerability, and upper gastrointestinal safety of celecoxib for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;325:619–23.

24- Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005;64:669–81.

25- Bresalier RS, Sandler RS, Quan H, Bolognese JA, Oxenius B, Horgan K, et al. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. *N Engl J Med* 2005;352:1092–102.

26- Solomon SD, McMurray JJV, Pfeffer MA, Wittes J, Fowler R, Finn P, et al. Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention. *N Engl J Med* 2005;352:1071–80.

27- Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis? : a meta-analysis of randomised controlled trials, *Ann Rheum Dis* 2004;63:901–7.

28- Maugars Y, Mathis C, Vilon P, Prost A. Corticosteroid injection of the sacroiliac joint in patients with seronegative spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1992;35:564–8.

29- Luukkainen R, Nissila M, Asikainen E, Sanila M, Lehtinen K, Alanaatu A, et al. Periarticular corticosteroid treatment of the sacroiliac joint in patients with seronegative spondylarthropathy. *Clin Exp Rheumatol* 1999;17:88–90.

- 30- Chen J, Liu C. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2) :CD004800.
- 31- Kirwan J, Edwards A, Huitfeldt B, Thompson P, Currey H. The course of established ankylosing spondylitis and the effects of sulphasalazine over 3 years. *Br J Rheumatol* 1993;32:729–33.
- 32- Lehtinen A, Leirisalo-Repo M, Taavitsainen M. Persistence of enthesopathic changes in patients with spondyloarthropathy during a 6-month follow-up. *Clin Exp Rheumatol* 1995;13:733–6.
- 33- Benitez-Del-Castillo JM, Garcia-Sanchez J, Iradier T, Banares A. Sulfasalazine in the prevention of anterior uveitis associated with ankylosing spondylitis. *Eye* 2000;14 (Pt 3A) :340–3.
- 34- Chen J, Liu C. Methotrexate for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (3) :CD004524.
- 35- Altan L, Bingol U, Karakoc Y, Aydiner S, Yurtkuran M, Yurtkuran M. Clinical investigation of methotrexate in the treatment of ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 2001;30:255–9.
- 36- J Zochling¹, D van der Heijde et coll. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2006;65:442-452.
- 37- Gorman JD, Sack KE, Davis JC Jr. Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor alpha. *N Engl J Med* 2002;346:1349–56.
- 38- Davis JC Jr, van der Heijde D, Braun J, Dougados M, Cush J, Clegg DO, et al. Recombinant human tumor necrosis factor receptor (etanercept) for treating ankylosing spondylitis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003;48:3230–6.
- 39- Brandt J, Khariouzov A, Listing J, Haibel H, Sorensen H, Grassnickel L, et al. Six-month results of a double-blind, placebo-controlled trial of etanercept treatment in patients with active ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2003;48:1667–75
- 40- Calin A, Dijkmans BA, Emery P, Hakala M, Kalden J, Leirisalo-Repo M, et al. Outcomes of a multicentre randomised clinical trial of etanercept to treat ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2004;63:1594–600.
- 41- Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Golder W, et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial. *Lancet* 2002;359:1187–93.
- 42- van der Heijde D, Dijkmans B, Geusens P, Sieper J, DeWoody K, Williamson P, et al. Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis. Results of a randomized controlled trial (ASSERT). *Arthritis Rheum* 2005;52:582–91
- 43- Haibel H, Brandt HC, Rudwaleit M, Listing J, Braun J, Kupper H, et al. Efficacy and safety of adalimumab in the treatment of active ankylosing spondylitis: preliminary results of an open-label, 20-week trial [abstract] *Rheumatology (Oxford)* 2004;50 (suppl) :S217.
- 44- Braun J, Brandt J, Listing J, Zink A, Alten R, Burmester G, et al. Two year maintenance of efficacy and safety of infliximab in the treatment of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:229–34.
- 45- Marzo-Ortega H, McGonagle D, Jarrett S, Haugeberg G, Hensor E, O'Connor P, et al. Infliximab in combination with methotrexate in active ankylosing spondylitis. A clinical and imaging study. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1568–75.
- 46- Claudepierre P, Gueguen A, Ladjouze A, Hajjaj-Hassouni N, Sellami S, Amor B, Dougados M. Predictive factors of severity of spondyloarthropathy in North Africa. *Br J Rheumatol*. 1995 Dec;34(12):1139-45.
- 47- Sweeney S, Gupta R, Taylor G, Calin A. Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: outcome in 340 patients. *J Rheumatol* 2001;28:1862–6.
- 48- Furnes O, Lie SA, Espehaug B, Vollset SE, Engesaeter LB, Havelin LI. Hip disease and the prognosis of total hip replacements. A review of 53,698 primary total hip replacements reported to the Norwegian Arthroplasty Register 1987–99. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83:579–86.
- 49- Diaz de Rada P, Barroso-Diaz JL, Valenti JR. Follow-up of the outcome of hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis. *Rev Ortop Traumatol* 2004;48:340–4.
- 50- Sochart DH, Porter ML. Long-term results of total hip replacement in young patients who had ankylosing spondylitis. Eighteen to thirty-year results with survivorship analysis. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79:1181–9.
- 51- Pham T et coll. Recommandations de la société française de rhumatologie pour l'utilisation des anti – TNF apha dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique. *Rev du rhum* 2006 ; 73: 936-943.

Cadre de présentation des recommandations de PEC des ALD (option 2)

Situation clinique	Recommandations thérapeutiques			Recommandations de Suivi				Recommandations Aux patients
	Prescription recommandée	Prescription optionnel	Prescription contre-indiquée	Consultation	Examens complémentaires recommandés	Examens complémentaires optionnels	Examens contre-indiqués	
Rachialgies ou formes axiales	AINS* + IPP ou antcox2 Rééducation fonctionnelle +orthèses	Antalgiques + Chirurgie Orthopedique		* voir recommandations de suivi * voir recommandations de suivi	* voir recommandations de suivi	* voir recommandations de suivi IRM et scintigraphie		Pratique régulière d'exercices enseignés en rééducation. Nécessité de suivi par un Rhumatologue. Consulter en cas d'atteinte extra-articulaire.
Formes axiales sévères	AINS*+IPP ou antcox 2 Rééducation fonctionnelle +Orthèses + Anti-TNF	Antalgiques + Chirurgie Orthopedique						
Formes périphériques Mono-articulaires	AINS*+IPP ou antcox 2 Rééducation fonctionnelle +Orthèses+ Gestes locaux (voir Item 5)	Antalgiques						

Situation clinique	Recommandations thérapeutiques			Prescription contre-indiquée	Consultation	Recommandations de Suivi			Recommandations Aux patients
	Prescription recommandée	Prescription optionnel	Prescription contre-indiquée			Examens complémentaires recommandés	Examens complémentaires optionnels	Examens contre-indiqués	
Formes périphériques oligo ou polyarticulaires	AINS*+IPP ou antiox 2 Rééducation fonctionnelle +Orthèses+ Salazopyrine - Methotrexate - Anti-TNF Gestes locaux (voir Item 5)	Antalgiques Corticothérapie Générale (Voir ITEM 5) Chirurgie orthopedique							
Enthéropathies	AINS*+IPP ou antiox 2 + gestes locaux (Voir ITEM 5)					Echographie articulaire			
Manifestations extra-articulaires	Prise en charge conjointe avec les différents spécialistes (Ophtalmo, Cardio, Pneumo)								
Les Spathies associé à une Psoriasis à une MICI, SAPHO, Arthrite réactionnelle	Prise en charge conjointe avec les spécialistes concernés								