



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Article original

## Étude bicentrique rétrospective du pronostic arthrites réactionnelles vues sur une période de 26 années<sup>☆</sup>

Audrey Courcoul<sup>a,b,1</sup>, Anne Brinster<sup>c,d,1</sup>, Evelyne Decullier<sup>b,e</sup>, Jean-Paul Larbre<sup>a</sup>, Muriel Piperno<sup>a</sup>, Eric Pradat<sup>f</sup>, Jacques G. Tebib<sup>a,b</sup>, Daniel Wendling<sup>c,d</sup>, Fabienne Coury<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite, France

<sup>b</sup> Université Lyon 1, 69000 Lyon, France

<sup>c</sup> Service de rhumatologie, centre hospitalier de Besançon, 25030 Besançon, France

<sup>d</sup> Université de Franche-Comté, 25030 Besançon, France

<sup>e</sup> Pôle IMER, hospices civils de Lyon, 69000 Lyon, France

<sup>f</sup> Unité d'information médicale, hospices civils de Lyon, 69000 Lyon, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 25 janvier 2017

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Arthrite réactionnelle

Spondylarthrite

Infection

Évolution

### R É S U M É

**Objectif.** – L'arthrite réactionnelle (ARé) est une arthrite stérile survenant suite à une infection extra-articulaire, habituellement du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'incidence et les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des ARé et de les comparer à celles d'une cohorte historique. Nous avons émis l'hypothèse qu'une amélioration de l'hygiène ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles pourraient conduire à une diminution de l'incidence des ARé.

**Méthodes.** – Tous les patients atteints d'ARé diagnostiqués dans les centres hospitaliers universitaires Lyon-Sud et Besançon de janvier 2002 à décembre 2012 ont été inclus dans l'étude de manière rétrospective et ont été comparés avec les patients atteints d'ARé diagnostiquée de janvier 1986 à décembre 1996 dans les deux centres hospitaliers. Les dossiers médicaux ont été examinés, les caractéristiques cliniques, les traitements et les résultats ont été analysés et les diagnostics ont été comparés avec les critères diagnostiques internationaux.

**Résultats.** – Vingt-sept patients ont été inclus entre 2002 et 2012 contre 31 entre 1986 et 1996. L'incidence globale des ARé chez les patients hospitalisés dans le service de rhumatologie n'a pas changé, mais l'évolution actuelle est plus sévère avec la survenue plus fréquente d'une évolution vers un rhumatisme inflammatoire chronique de type spondylarthrite. Alors que la fréquence de *Chlamydiae trachomatis* a diminué, de nouveaux germes sont maintenant impliqués.

**Conclusions.** – L'ARé existe toujours et son incidence apparente stable sur ces 26 années. Cependant, l'ARé évolue actuellement plus souvent vers une spondylarthrite. Notre étude met également en évidence la nécessité de définir des critères diagnostiques pour établir avec précision le diagnostic d'ARé.

© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

Les arthrites réactionnelles (ARé) sont des arthrites stériles qui se développent après une infection extra-articulaire, générale-

ment du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire. Cette arthrite inflammatoire a été initialement décrite comme une triade oculo-urétror-synoviale en 1916 pendant la Première Guerre mondiale par Fiessinger et Leroy. Le terme d'ARé a été introduit seulement en 1969 par une équipe finlandaise, qui les a définies comme des arthrites aseptiques transitoires [1].

Les ARé appartiennent à la famille des spondylarthrites, partageant avec ces maladies un marqueur génétique, l'antigène leucocytaire humain HLA-B27 [2]. Plusieurs germes déclencheurs ont été impliqués dans la physiopathologie de la maladie, mais les ARé se différencient de l'arthrite post-infectieuse par l'absence de composants bactériens dans le tissu articulaire [3]. Depuis le

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.01.013>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [fabienne.coury@free.fr](mailto:fabienne.coury@free.fr) (F. Coury).

<sup>1</sup> Contribution égale.

<https://doi.org/10.1016/j.rhum.2017.10.007>

1169-8330/© 2017 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

début des années 1990, le concept d'ARé aseptiques a changé sous l'influence des progrès en biologie moléculaire et microbiologie, ce qui a conduit à la détection d'ADN bactérien dans le tissu synovial malgré la stérilité des cultures bactériennes [4]. Il existe encore une certaine confusion sur la définition des ARé, en particulier si l'arthrite post-infectieuse doit être distinguée des ARé, et il est par conséquent nécessaire de trouver une définition claire et plus généralisée des ARé [5].

Les critères diagnostiques ne sont pas bien définis et le diagnostic repose uniquement sur des caractéristiques cliniques : un intervalle allant de quelques jours à plusieurs semaines entre l'infection et l'arthrite, la mono- ou oligoarthritis touchant majoritairement les membres inférieurs et parfois associée à une dactylite et une enthésite [6].

En raison de ces écarts de définition, les estimations de l'incidence des ARé ont varié de 0,6 à 27/100 000 [4,7,8]. Cette étude visait à évaluer l'incidence et les caractéristiques cliniques des ARé dans deux services de référence et à les comparer aux données d'une cohorte historique. Nous avons émis l'hypothèse que les améliorations de l'hygiène et des mesures sanitaires ainsi que de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles auraient pu diminuer l'incidence des ARé au cours des 30 dernières années.

## 2. Méthodes

### 2.1. Patients

Tous les patients hospitalisés, atteints d'ARé diagnostiqués dans les centres hospitaliers universitaires de Lyon-Sud et Besançon de janvier 2002 à décembre 2012, ont été inclus dans l'étude de manière rétrospective et ont été comparés avec les patients au diagnostic d'ARé porté de janvier 1986 à décembre 1996 dans les mêmes 2 centres. Ces 2 périodes ont été arbitrairement sélectionnées. Les patients ont été identifiés à partir des bases de données du service de rhumatologie et du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) basé sur la Classification internationale des maladies (CIM) -9 et -10. Pour répondre aux critères d'inclusion, les patients devaient avoir un diagnostic d'ARé dans l'un de ces deux services de rhumatologie. Les critères d'exclusion étaient la présence d'autres causes connues d'arthrite, telles que la spondylarthrite, l'arthrite septique, la maladie de Lyme, l'arthrite microcristalline ou la polyarthrite rhumatoïde. L'approbation du comité d'éthique n'était pas requise conformément à la politique de notre institution.

### 2.2. Recueil des données

Les variables suivantes ont été évaluées de manière rétrospective par l'examen des dossiers médicaux à l'aide d'un fichier standardisé de recueil de données : données démographiques ; sexe, âge ; antécédents familiaux ou personnels de spondylarthrite, psoriasis, uvéite, maladie inflammatoire de l'intestin ; présentation clinique ; mono-, oligo- ou polyarticulaire, dactylite, douleur articulaire inflammatoire, enthésopathie, symptômes axiaux, fièvre, manifestations extra-articulaires (conjonctivite, uvéite antérieure, balanite circinée, éruption cutanée) ; intervalle de temps entre l'infection et les manifestations articulaires ; germe causal s'il est connu, ou événement déclenchant ; HLA-B27 ; radiographie des sacro-iliaques ; traitements et leur efficacité (guérison après un an de suivi, rechute dans les 6 mois ou spondylarthrite selon les critères ASAS).

### 2.3. Analyse statistique

Les données sont présentées sous forme de nombres (pourcentages) pour les variables qualitatives et de médianes (minimum–maximum) ou de moyenne (DS) pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été comparées par le test  $\chi^2$  (ou test exact de Fisher lorsque les conditions pour le  $\chi^2$  n'ont pas été remplies), et les variables quantitatives par le test-*t* de Student, avec  $p=0,05$  comme seuil de signification. Les analyses ont été effectuées en utilisant SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

## 3. Résultats

### 3.1. Patients ARé

Trente et un et 27 patients ont été identifiés dans les cohortes 1986–1996 et 2002–2012, avec une incidence apparente chez les patients hospitalisés de 0,15 % et 0,09 % respectivement ( $p=0,08$ ). Vingt-deux patients sur 31 (71 %) et 20 sur 27 (74 %) étaient des hommes. L'âge médian des patients au moment du diagnostic était similaire dans les deux cohortes (37 ans [entre 19 et 52 ans] et 35 ans [entre 19 et 72 ans]) respectivement (Tableau 1).

Aucun patient n'a eu d'antécédents de spondylarthrite avant l'infection déclenchante, bien que 6 (19 %) et 6 (23 %) patients dans les cohortes 1986–1996 et 2002–2012 respectivement avaient des antécédents familiaux de spondylarthrite, psoriasis, rhumatisme psoriasique ou maladie inflammatoire chronique de l'intestin. La positivité du HLA-B27 était similaire dans les deux cohortes : 18 (64 %) vs 13 (57 %) (Tableau 1).

La plupart des patients ont eu une infection clinique avant le début des symptômes articulaires. Les symptômes les plus courants étaient les symptômes urogénitaux incluant les brûlures mictionnelles, l'écoulement génital, la pollakiurie, les douleurs pelviennes et l'urgenterie ainsi que les symptômes gastro-intestinaux comprenant les douleurs abdominales et la diarrhée, sans différence significative entre les deux cohortes. Trois (10 %) et 5 (19 %) patients ont présenté des symptômes oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, respiratoires ou d'abcès dentaire.

Chez les femmes, l'épisode déclenchant était plus souvent gastro-intestinal (67 % et 57 % dans les cohortes 1986–1996 et 2002–2012 respectivement) que urogénital (11 % et 43 % respectivement), tandis que chez les hommes, il était plus souvent urogénital (54 % et 40 % respectivement dans les cohortes 1986–1996 et 2002–2012) que gastro-intestinal (27 % et 30 %, respectivement) (Tableau 2). Des germes ont été détectés chez environ la moitié des patients avec une diminution significative du nombre d'infections à *C. trachomatis* entre les deux cohortes (11 vs 2 ;  $p=0,01$ ). L'intervalle médian entre l'infection et l'apparition des symptômes articulaires était de 14 jours et était similaire dans les deux cohortes (Tableau 1).

### 3.2. Caractéristiques cliniques

Les membres inférieurs étaient principalement touchés dans les deux cohortes (68 % et 74 %) (Tableau 3). Les patients des deux cohortes présentaient de manière similaire des arthrites, des symptômes extra-articulaires et des lombalgies ou fessalgies inflammatoires (Tableau 3). Vingt-trois et 24 radiographies étaient respectivement disponibles dans les cohortes 1986–1996 et 2002–2012. Trois (10 %) et 6 (22 %) cas de sacroiliite ont été respectivement identifiés dans les deux cohortes (Tableau 3).

Trois patients de la cohorte 2002–2012 ont satisfait aux critères diagnostiques de Braun, remplissant un critère mineur et deux

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11017006>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11017006>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)