



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Corrélations entre les scores cliniques, radiographique et échographiques d'enthésite au cours de la spondylarthrite ankylosante[☆]

Wafa Hamdi^{a,*}, Mouna Chelli-Bouaziz^b, Mohamed Salah Ahmed^b,
 Mohamed Mehdi Ghannouchi^a, Dhia Kaffel^a, Mohamed Fethi Ladeb^b, Mohamed Montacer Kchir^a

^a Service de rhumatologie, institut Kassab d'orthopédie Ksar-Said Manouba, 2010 Tunis, Tunisie

^b Service de radiologie, institut Kassab d'orthopédie Ksar-Said Manouba, Tunis, Tunisie

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 19 août 2010

Disponible sur Internet le 2 octobre 2010

Mots clés :

Spondylarthrite ankylosante

Enthésite

Radiographie

Échographie

Doppler

RÉSUMÉ

Objectifs. – Rechercher les corrélations entre les scores cliniques, radiographiques et échographiques d'enthésite au cours de la spondylarthrite ankylosante (SA).

Méthodes. – Étude prospective portant sur 60 patients, atteints de SA, répondant aux critères de New York modifiés. Nous avons utilisé le BASDAI, le BASFI, l'ASQoL et l'échelle visuelle analogique (Eva) au niveau des enthèses pour l'évaluation clinique de la SA, ainsi que les indices spécifiques d'enthésite : le Maastricht Ankylosing spondylitis Enthesitis Score (MASES) et le Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Enthesitis Index (SPARCC). Cinq sites enthésiques ont été explorés de façon bilatérale par des radiographies et par des échographies-Doppler (insertion rotulienne du quadriceps, insertions proximale et distale du tendon rotulien, insertion du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire superficielle), à l'aide d'un échographe Philips HD 11TM utilisant une sonde à balayage linéaire de haute fréquence.

Résultats. – Cette étude a porté sur 48 hommes et 12 femmes, leur âge moyen était de 36 ± 1 ans. L'étude des corrélations entre les scores cliniques, radiographique et échographiques a montré que le score radiographique était corrélé avec l'Eva douleur des enthèses, le BASDAI et le BASFI. Le score échographique d'enthésite aiguë était corrélé uniquement avec le MASES. Le score échographique d'enthésite chronique n'était corrélé avec aucun score clinique. Le score Doppler était corrélé avec l'Eva douleur, le BASDAI, le BASFI et l'ASQoL. Enfin, le score échographique global était corrélé avec le MASES et le SPARCC.

Conclusion. – Une bonne concordance a été notée entre les scores cliniques et échographiques d'enthésite alors que le score radiographique semble plus lié aux paramètres généraux de la SA. Des études de plus grande envergure sont nécessaires pour mieux apprécier la place des radiographies et de l'échographie des enthèses dans la démarche diagnostique et le suivi des malades sous traitement.

© 2010 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

L'inflammation de l'enthèse ou enthésite constitue la lésion anatomique principale de la spondylarthrite ankylosante (SA) [1,2]. Sa mise en évidence constitue à la fois un élément essentiel pour le diagnostic positif et un paramètre d'évaluation de l'activité de la maladie [3]. L'examen clinique des enthèses ne permet pas de poser avec certitude le diagnostic d'enthésopathie inflammatoire, vu, d'une part, l'absence habituelle de signes inflammatoires locaux tels que la tuméfaction, la rougeur et la chaleur et, d'autre part, la distinction parfois difficile entre une enthésite et une arthrite

adjacente [1,4,5]. En effet, les enthésopathies inflammatoires ne sont cliniquement identifiables que dans 10% des cas au début de la maladie et dans environ 50% des cas à la phase d'état [6]. Plusieurs indices ont été proposés pour l'étude clinique des enthésites au cours de la SA. Le plus ancien est le Mander Enthesitis Index (MEI) qui étudie 66 sites enthésopathiques [7]. Toutefois sa réalisation est souvent astreignante. Depuis, plusieurs autres indices ont été proposés [8–10], d'abord la version modifiée du MEI [8], le Major Enthesitis Index en 2002 [9], le Maastricht Ankylosing spondylitis Enthesitis Score (MASES) en 2003 [11] et le Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC) [12] en 2008. Aucun d'entre eux n'a été adopté définitivement à l'unanimité [13]. En effet, chaque indice présente des avantages et des limites si on se réfère aux critères de l'OMERACT Filter [14]. Le MASES reste l'indice le plus utilisé puisque, outre ses bonnes propriétés métrologiques, il tient compte des principaux sites enthésiques périphériques et axiaux touchés par la SA. Le SPARCC est un nouvel indice s'intéressant uniquement à des enthèses périphé-

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais sa référence anglaise dans le même volume de *Joint Bone Spine* (10.1016/j.jbspin.2010.09.010).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : wafahamdi@yahoo.fr (W. Hamdi).

riques qui ont l'avantage d'être plus accessibles aux explorations radiographiques et échographiques. De ce fait, le SPARCC semble bien adapté aux confrontations entre les données cliniques et celles de l'imagerie. Les radiographies constituent encore l'examen de première intention en matière d'exploration des enthésopathies en dépit du retard des signes radiographiques par rapport au début de l'atteinte inflammatoire [11]. Très peu d'études se sont intéressées à l'évaluation radiographique de l'enthésite et aucun score radiographique d'enthésite n'a été établi à notre connaissance. De nombreux travaux récents confirment l'intérêt de l'échographie couplée au Doppler puissance dans le diagnostic précoce des enthésites [15–17]. En effet, cette technique permet une appréciation de l'activité inflammatoire de la maladie sur certaines zones cibles et offre la possibilité d'une évaluation bidirectionnelle (aggravation ou amélioration) à court terme. Parmi les indices échographiques d'évaluation des enthésites, le Glasgow Ultrasound Enthesitis Scoring System (GUESS) [18], le *Sonographic enthesal index* (SEI) [19] et le «ultrasound enthesitis score» [15], semblent les plus utilisés. Toutefois, ces indices présentent quelques insuffisances. En effet, le GUESS ne tient pas compte de plusieurs signes d'enthésite aiguë tels que l'œdème péri-tendineux, l'hypoéchogénicité et l'hypervascularisation et le SEI n'inclut pas l'étude Doppler [18,19].

Les objectifs de notre étude sont d'évaluer cliniquement l'atteinte des enthésites, de décrire ses particularités radiographiques et échographiques et de rechercher les corrélations entre les scores cliniques, radiographique et échographiques d'enthésite au cours de la SA.

2. Méthodes

Nous avons mené une étude prospective portant sur 60 malades consécutifs, atteints de SA, répondant aux critères de New York modifiés [20], colligés dans le service de rhumatologie de l'Institut M. Kassab. Nous avons exclu les patients ayant subi une intervention chirurgicale intéressant le genou ou la cheville, ceux ayant eu une infiltration de corticoïdes au niveau des sites examinés, six semaines avant l'évaluation clinique et échographique, ainsi que ceux présentant une neuropathie des membres inférieurs.

2.1. Données cliniques

Tous les patients ont eu un examen clinique avec calcul des scores des indices spécifiques de la maladie : le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [21], le Bath Ankylosing Spondylitis Fonctionnal Index (BASFI) [22], l'Ankylosing Spondylitis Quality of Life score (ASQoL) [23], l'évaluation de l'intensité des douleurs des enthésites par l'échelle visuelle analogique (Eva) ainsi que les indices spécifiques d'enthésite : le MASES [11] et le SPARCC [12].

2.2. Données radiographiques

Les patients ont été explorés par des radiographies des genoux et des talons de profil permettant d'étudier de façon bilatérale les enthésites suivantes : insertion rotulienne du quadriceps, insertion proximale et distale du ligament rotulien, insertion du tendon calcanéen et de l'aponévrose plantaire superficielle. La lecture des radiographies a été faite de façon consensuelle par deux radiologues ne disposant pas des résultats des scores cliniques ni des données de l'échographie. Trois signes radiographiques ont été recherchés pour chaque enthésite étudiée puis recueillis sur d'une fiche standardisée précisant l'existence ou non d'une érosion osseuse, d'un enthésophyte ou d'un épaissement de l'enthésite. Pour le score radiographique, une cotation a été établie pour chaque signe radiographique étudié : 1 (présent) ou 0 (absent). Le score

radiographique final pour chaque patient varie de 0 à 30 (trois signes cliniques étudiés pour dix sites enthésopathiques).

2.3. Données échographiques

Une exploration par échographie-Doppler en haute résolution, des mêmes sites enthésiques étudiés par les radiographies, a été effectuée à l'aide d'un échographe Philips HD 11™ utilisant une sonde à balayage linéaire de haute fréquence (15 MHz), sauf pour l'enthésite de l'aponévrose plantaire superficielle qui a été étudiée par une sonde linéaire de fréquence 4 à 8 MHz, en raison de son siège anatomique plus profond. L'opérateur était un radiologue spécialisé en imagerie ostéo-articulaire et ne disposait pas des données cliniques ni radiographiques. Les informations suivantes ont été notées sur une fiche standardisée :

- pour les signes d'enthésite aiguë : épaisseur de l'enthésite, présence ou non d'une vascularisation en mode doppler puissance (Fig. 1), hypoéchogénicité de l'enthésite, oedème péri-enthésique, présence éventuelle de bursite (Fig. 2) (au niveau de l'insertion rotulienne du quadriceps, de l'insertion distale du ligament rotulien et de l'insertion du tendon d'Achille) ;
- pour les signes d'enthésite chronique : fissurations ou rupture intratendineuse, enthésophytes (Fig. 1) et érosions osseuses.

Une cotation a été établie pour chaque signe échographique étudié : 0 (absent) ou 1 (présent). Le score échographique global (0–76) a été calculé à partir de la somme des deux scores échographiques d'enthésopathie aiguë (0–46) (cinq signes cliniques étudiés pour dix sites enthésopathiques) et d'enthésopathie chronique (0–30) (trois signes cliniques étudiés pour dix sites enthésopathiques). Ce score échographique est très proche du SEI [19], auquel on a ajouté l'étude Doppler qui n'y figurait pas auparavant. Pour les corrélations avec les scores cliniques et radiographique, nous avons utilisé successivement les scores d'enthésite aiguë et chronique, le score échographique global, ainsi que le score doppler (0–10) (présence ou

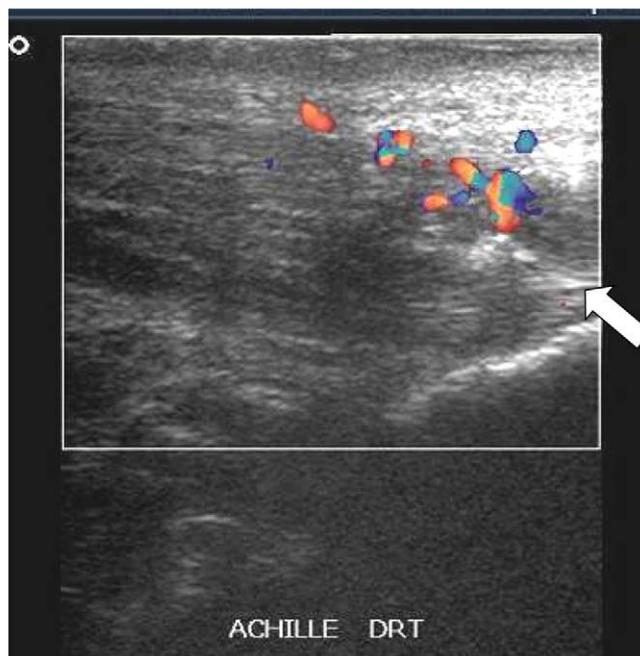


Fig. 1. Échographie (coupe longitudinale) en mode Doppler couleur de l'enthésite du tendon calcanéen droit montrant des hyper signaux Doppler au voisinage d'un enthésophyte (flèche).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3388541>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3388541>

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