

Article original

Traitement par boue et eau thermales dans la spondylarthrite associée à une entérocolopathie inflammatoire : essai clinique pilote randomisé

Mud-bath treatment in spondylitis associated with inflammatory bowel disease: a pilot randomised clinical trial[◇]

Franco Cozzi*, Marta Podswiadek, Gabriella Cardinale, Francesca Oliviero, Lara Dani, Paolo Sfriso, Leonardo Punzi

Service de rhumatologie, département de médecine clinique et expérimentale, université de Padoue, 2, via Giustiniani, 35128 Padoue, Italie

Reçu le 2 août 2006 ; accepté le 8 décembre 2006

Disponible sur internet le 29 mai 2007

Résumé

Objectifs. – L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets et la tolérabilité des applications de boue et des bains thermaux dans un groupe de patients définis ci-dessous.

Méthodes. – Vingt-quatre patients atteints de spondylarthrite et de maladie de Crohn ou de rectocolite ulcérohémorragique, traités par le 5-ASA ou la sulfasalazine, ont été randomisés et évalués par un investigateur indépendant non faisant partie du personnel de la station thermale : 12 ont été soumis à un cycle de traitements par la boue et l'eau thermale (12 applications de boue et 12 bains thermaux sur une période de deux semaines) et 12 ont formé le groupe témoin. Les patients ont été évalués grâce aux scores BASDAI, BASFI, BAS-G et de l'EVA pour la douleur du dos. Ces scores étaient recueillis avant traitement, à la fin d'un cycle de traitements boue–bain, à 12 et 24 semaines. Au même moment, les taux sériques de la protéine C réactive étaient dosés grâce à la méthode néphélobimétrie d'une grande sensibilité et les symptômes gastro-intestinaux évalués par l'indice CDAI ou Powell-Tuck.

Résultats. – Une réduction significative des indices cliniques de spondylarthrite a été observée à la fin du cycle de traitement boue–bains. L'amélioration du BASDAI50 est restée significative jusqu'à la fin du suivi (24 semaines). Il n'y a pas eu de modification significative des taux de la protéine C réactive. Aucun patient n'a été adressé pour une exacerbation des symptômes gastro-intestinaux. Dans le groupe témoin, aucune modification des indices d'évaluation clinique, d'activité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) et des taux sériques de la CRP n'a été observée.

Conclusion. – Le traitement par la boue et l'eau thermales est bien toléré par les patients atteints de spondylarthrite associée à une MICI et il peut améliorer les symptômes et la fonction rachidienne pendant plusieurs mois.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Spondylarthrite ; Maladie inflammatoire chronique de l'intestin ; Traitement boue-bains

Keywords: Spondylitis; Inflammatory bowel disease; Mud-bath treatment

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : franco.cozzi@unipd.it (F. Cozzi).

◇ Pour citer cet article, utiliser ce titre en anglais et sa référence dans le même volume de *Joint Bone Spine*.

1. Introduction

Une atteinte ostéoarticulaire est la manifestation extra-intestinale la plus fréquemment observée dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), affectant environ 35 % des patients [1]. Il en existe deux formes principales : les arthrites périphériques (AP-MICI) et la spondylarthrite (S-MICI). Selon les critères de la classification de l'ESSG (European Spondylarthropathy Study Group — Groupe d'étude sur les spondylarthropathies), les patients ayant une MICI et une douleur inflammatoire du dos ou une synovite périphérique sont inclus dans le groupe des spondylarthropathies. Sur nombre de points, l'atteinte axiale ressemble à une classique spondylarthrite ankylosante y compris avec rachialgie chronique et une limitation progressive de la mobilité de la colonne. Elle affecte environ 10 % des patients et son évolution est indépendante des récurrences de la MICI.

Le traitement de S-MICI pose des problèmes car d'un côté les médicaments couramment utilisés pour traiter la MICI, y compris les DMARD (médicaments du traitement de fond) et les corticoïdes ont une faible efficacité sur la spondylarthrite. D'un autre côté, les AINS, très utiles pour soulager les symptômes rachidiens, sont à éviter ou à utiliser avec précaution par les gastroentérologues compte tenu de leurs possibles effets toxiques sur le tractus gastro-intestinal et du risque d'exacerbation des symptômes intestinaux [2,3]. Deux études cas témoins ont montré que le traitement par AINS augmentait le risque d'une poussée inaugurale de MICI et de poussées ultérieures [4,5]. Récemment, les anti-TNF α ont amené une amélioration clinique marquée chez les patients souffrant d'arthrite, mais les essais contrôlés sur des patients atteints de spondylarthropathie sont encore insuffisants.

Une approche correcte des patients atteints de S-MICI devrait donc inclure des modalités thérapeutiques qui peuvent améliorer le tableau clinique tout en réduisant le besoin de médicaments qui peuvent induire des effets indésirables. Les recommandations récentes de l'ASAS/EULAR pour la spondylarthrite ankylosante insistent sur le fait que la meilleure prise en charge impose la combinaison de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Parmi ces derniers, il y a les thérapies physiques individuelles ou de groupe [6].

Les traitements thermaux ont été utilisés chez les patients atteints d'affections rhumatismales depuis l'antiquité. Malgré la difficulté de mener des essais contrôlés randomisés, les effets bénéfiques des applications de boue et des bains thermaux pour certaines affections musculosquelettiques ont été démontrés dans plusieurs études ouvertes [7]. Une limitation de ces traitements est la possibilité d'une poussée de la maladie induite par la chaleur de ces applications, mais les effets bénéfiques des bains et des cataplasmes de boue chez des patients atteints d'affections rhumatismales inflammatoires, tout particulièrement la spondylarthrite ankylosante, ont été rapportés [8,9].

Aucune étude portant sur le traitement boue-bains (TBB) et la S-MICI n'a été réalisée. En outre, les effets des applica-

tions de boue sur les symptômes gastro-intestinaux restent inconnus.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les effets cliniques et la tolérabilité d'un cycle de TBB sur un groupe de patients atteints de S-MICI traités par le 5-ASA ou la sulfasalazine. Étant donné les possibles effets secondaires sur le tractus gastro-intestinal, aucun des patients ne prenait des AINS.

2. Méthodes

2.1. Sélection des patients

Parmi 52 patients atteints de S-MICI suivis dans le service de rhumatologie de l'université de Padoue, 24 n'ayant pas d'arthrite périphérique active ou de MICI active (CDAI > 150 ou indice de Powell-Tuck < 4) ont été recrutés sur une période de trois mois. Tous répondaient aux critères ESSG [10]. Le diagnostic de MICI (maladie de Crohn ou rectocolite ulcérohémorragique) reposait sur des critères cliniques, endoscopiques, histologiques et radiologiques. Dix-sept patients étaient traités par le 5-ASA et sept par la sulfasalazine depuis au moins trois mois avant l'étude et les effets de ce traitement étaient bénéfiques sur l'arthrite périphérique et sur la MICI, mais les résultats étaient médiocres sur la spondylarthrite (BASDAI > 30 à l'admission).

Les patients ont été randomisés 1/1 et évalués par des investigateurs indépendants non appartenant au personnel de la station thermale : 12 furent inclus dans le groupe recevant le traitement thermal et 12 furent inclus dans le groupe témoin. On a obtenu le consentement éclairé par écrit de chaque patient. La connaissance par les patients du groupe dans lequel ils vont être inclus peut influencer les résultats : afin de réduire ce biais, les patients n'étaient pas informés de la comparaison entre les groupes. Le comité d'éthique a accepté l'organisation de notre étude.

Les caractéristiques démographiques des patients soumis au TBB et des témoins sont résumées dans le Tableau 1.

2.2. Intervention

Le traitement par le 5-ASA (dans 17 cas) ou la sulfasalazine (dans sept cas) était inchangé jusqu'à la fin de l'étude. Pendant cette période, les AINS et les corticoïdes n'étaient pas permis dans les deux groupes de patients et seul le paracétamol était administré en cas de besoin.

Tableau 1
Caractéristiques cliniques des patients soumis au TBB et des témoins

	TBB	Témoins
Sexe (femme/homme)	6/6	7/5
Âge (ans)	47,8 \pm 10,0	41,4 \pm 11,8
Durée de la MICI (ans)	8,9 \pm 6,3	6,8 \pm 3,5
Durée de la spondylarthrite	6,8 \pm 6,5	5,6 \pm 1,9
Maladie de Crohn (nombre)	5/12	6/12
Rectocolite ulcérohémorragique (nombre)	7/12	6/12

Les valeurs sont des moyennes \pm DS ; TBB : traitement boue-bains ; MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389325>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389325>

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