REPUBLIQUE DU BENIN

****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

******

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

ANNEE : 2020 **N°2276**

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES DES SPONDYLARTHRITES AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par

Mahoutondji Amos *BOCODAHO*

Directeur de thèse :

Dr **Zavier Cossi ZOMALHETO**

Professeur titulaire de Rhumatologie

Co-Directeur de thèse :

Dr **Hillaire DOSSOU-YOVO**

Rhumatologue

Président du jury

Pr Godonou Toussaint KPADONOU

Membres du jury

Pr Zavier Cossi ZOMALHETO

MCA KOUANOU AZON Angèle

Dr Anthelme AGBODANDE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE/ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2018-2019 (version octobre 2019)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUNGBE Fabien	Médecine Interne
2.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
3.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
4.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5.	Dr. KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
6.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
7.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
8.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr HOUNNOU-TCHABI Sidonie	Ophtalmologie
10.	Dr. LALEYE Anatole O. A	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
11.	Dr. AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique-Médecine Nucléaire
12.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
13.	Dr HOUENASSI D. Martin	Cardiologie
14.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
15.	Dr KPADONOU Toussaint G.	Médecine Physique – Réadaptation
16.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
17.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
18.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
19.	Dr ZANNOU D. Marcel	Médecine Interne
20.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
21.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
22.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

[3]

23. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	DermatologieVénérologie
24. Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
25. Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
26. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
27. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
28. Dr HOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
29. Dr HOUNNOU d'ALMEIDA Marcelline Edith Solange	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Dr MADOUGOU Soumaïla	Orthopédie et Traumatologie
31. Dr TONATO Josiane Angéline Adjoua	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
33. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
34. Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
35. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.	Dr RAHIMY Mohamed Chérif Deen	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
3.	Dr AVAKOUDJO François	ORL-ChirurgieCervicoFaciale

MJK

[4]

4.	Dr GANSOU Grégoire Magloire	Psychiatrie
5.	Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
7.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
8.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
9.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
10.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
11.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
12.	Dr HOUNKPATIN Benjamin Ignace Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
13.	Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
14.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr YEKPE AHOUANSOU Patricia Frida.....	Imagerie Médicale
16.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
17.	Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
18.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
19.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
20.	Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
21.	Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
22.	Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
23.	Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie –Mycologie
24.	Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
25.	Dr YEMOA Loconon Y Achille.	Chimie Analytique et Bromatologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

COVID-19

MAÎTRE DE CONFERENCES

1.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

MBK

[5]

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr BIO-TCHANE Imrane.....	Chirurgie Maxillo-Faciale
2.	Dr KEREKOU Célestine Annèlie.	Endocrinologie
3.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry.....	Neurochirurgie
4.	Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
6.	Dr GANFON Habib M.Yoel.	Pharmacognosie (Matière médicale)
7.	Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
8.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
9.	Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
10.	Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-ChirurgicCervicoFaciale
11.	Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
12.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adouké.....	Ophtalmologie
13.	Dr AKPADJAN Gbémawonmédé Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
14.	Dr CHIGBLO Segla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
15.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle.....	Dermatologie-Vénérologie
16.	Dr DJOSSOU Médésse David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
17.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin.....	Urologie-Andrologie
18.	Dr LAWANI Ismail.....	Chirurgie Viscérale
19.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
20.	Dr ZOHOUN GUIDIBI Lutécia Myria Ayaba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
21.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr ADJADOHOUN Sonia Bignon Mahussi Gwladys	Radiologie
23.	Dr ADJAGBA D. Philippe M.....	Cardiologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MAK

SPECIMEN

[6]

24.	Dr AMOSSOU L. François	Traumatologie-Orthopédie
25.	Dr ATTOLOU Sètondji	Chirurgie Générale
26.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
27.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
28.	Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
29.	Dr IMOROU Yacoubou	Chirurgie Générale
30.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
31.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
32.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
34.	Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
35.	Dr SONOU Djidjoho Joël A	Cardiologie
36.	Dr TOGNIFODE M. Véronique	Gynécologie-Obstétrique
37.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Denis	Chimie Organique
38.	Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40.	Dr BADOU Agnès Sylvie	Ethnologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

ASSISTANTS

1.	Dr VIGNON Cyprien K. (Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2.	Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3.	Dr HOUNKPONOU Eliane K. Murielle	Cardiologie
4.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
5.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
6.	Dr SOSSA Jean	Urologie

[7]

7.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
8.	Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
9.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette Ayaba	Chirurgie Buccale
10.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
11.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
12.	Dr BOGNON Gilles M.	Pédiatrie
13.	Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
14.	Dr MIKPONHOUE Rose C.	Médecine du Travail
15.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie
16.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
17.	Dr KLIKPO Elvyre	Psychiatrie Adulte
18.	Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
19.	Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
20.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
21.	Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
22.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
23.	Dr MIZEHOUN GbèdéconCarmelle	Nutrition et Diététique
24.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
25.	Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
26.	Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
27.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
28.	Dr Alexis Do SANTOS ZOUNON	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
29.	Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
30.	Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
31.	Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hémétologie biologie

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MJK

Copie Objet

[8]

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

OCTOBRE 2019

COLLABORATEURS

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur en Pharmacognosie à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie- Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à l'Université d'Abidjan (RCI)
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2

[9]

5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à l'UCL (Belgique)
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8- Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant en Sciences Pharmaceutiques : Option Pharmacie Galénique (Burkina-Faso)

LE DOYEN

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1 - Dr MAKOUTODE Michel	Professeur Titulaire en Santé Publique à l'Institut Régional de Santé Publique (Retraité)
2 - Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC (Retraité)
3–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC (Retraité)
4–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
5- Dr OUENDO Marie-Edgard Dona.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie, Nutrition
6- Dr AGUEH Victoire	Maître de Conférences Agrégé en Santé Publique (IRSP) (Retraité)
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulairede Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Maître de Conférences de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Maître de Conférences en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12 – Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques

OCTOBRE 2019

[10]

13 - Dr KPOVIESSI Salomé	Maître de Conférences en Chimie et Applications à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEIGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

C- ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr [illegible]NANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire

[11]

14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologiealimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition
28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
37-MmeNapporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MLK

[12]

38 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
39 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
40- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
41 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
42 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
43 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
44- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
45 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
46- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
47 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
48 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
49- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
50 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
51- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
52- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)
53- Mme de SOUZA Pélagie.....	Socio-Anthropologie Générale
54 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
55 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
56 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
57- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
58 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
59 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

MDK

[13]

60- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
61- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
62 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
63 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
64- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte.	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

OCTOBRE 2019

Université d'Abomey-Calavi * Faculté des Sciences de la Santé * LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

DEDICACES

- ***À ma valeureuse épouse Chimène T. AKOGNIZOUN BOCODAHO***

Ma dulcinée ;

Il serait superflu de rappeler ici le rôle combien important que tu as joué dans la finalisation de ce document. Merci pour ta lumineuse présence dans ma vie. Pour moi, tu es et resteras la plus belle merveille du monde.

- ***À mes parents Marcelline et Antoine BOCODAHO***

Papa et maman ;

Vous avez toujours été là pour me soutenir dans mes moments de joie et surtout dans mes instants d'affliction. Vous avez toujours été présents à tous mes combats ; même les plus ardus. Vous m'avez aidé à braver les tempêtes, à gravir les montagnes et à traverser les vallées. Jamais vous n'avez failli à votre devoir parental. Ce dénouement heureux est (d'abord) le fruit de votre sollicitude. Pour moi, vous êtes et resterez une référence.

Gratitude infinie.

- ***À mes sœurs, Lucinde, Chimène et Lucrèce BOCODAHO***

Merci pour votre présence constante à mes côtés et votre soutien infaillible. Puisse le Tout Puissant préserver et renforcer nos liens.

- ***À mes oncles Augustin et Léon BOKODAHO et leurs épouses***

Vous avez été pour moi des papas et des mamans, des conseillers et des conseillères, des appuis certains qui ne m'ont jamais fait défaut. Merci pour votre immense amour.

- ***À Brice et Diane DEMAGBO***

Vous avez toujours cru en moi et vous m'avez toujours soutenu de mille et une manières. Recevez mon entière reconnaissance.

- ***Aux docteurs Charlemagne VODOUGNON, Paterne DESSOU, Marie-Jésus AHOUDJINOU, Eric ASSOGBA, Pautin COVI, Arsène HOUEDOHOUNDE, Hermax ZOGO, Ange FALADE, Sévérin DANDJI…***

Merci pour vos encouragements et votre évidente contribution dans l'aboutissement de ce processus.

REMERCIEMENTS

- ***Au Directeur du CNHU-HKM***

  Merci pour avoir permis ce travail.

- ***À tout le personnel du Service de Rhumatologie, du CNHU-HKM, en particulier à Madame Constance ADJABO, surveillante du service***

  Merci pour votre franche collaboration.

- ***À tout le personnel du service des archives du CNHU-HKM***

  Merci pour votre franche collaboration.

- ***A monsieur Marcus ASSOGBA et madame Edwige GOGAN***

  Merci pour votre sollicitude et votre soutien à divers niveaux.

- ***À mes cadets Mariano AMOUSSOU et David BOKODAHO***

  Merci pour vos contributions à l'aboutissement de ce travail.

- ***Au Dr Christian SOMAKPO***

  Merci de m'avoir tracé le chemin.

- ***A mes responsables spirituels Romain ZANNOU, Benoit TCHEZOUNME, Augustin NAHOUAN, Nicaise LALEYE.***

  Merci pour vos prières et vos conseils.

- ***Au Dr Joseph GOUGBENOU***

  Merci pour votre leadership.

- ***À Madame Solange ZANNOU***

  Ma très chère maman ; merci pour votre immense amour maternel.

- ***À tous mes amis de la 41ème promotion de médecine de la FSS***

  Merci et brillante carrière.

- ***À mes tantes Félicienne, Colette, Brigitte ainsi qu'à mes cousines et cousins, en particulier Rébécca, Kyria, Joël, Ambroise, Paul Timothée…***

  Merci pour votre affectuosité.

- ***À tous mes parents, amis et connaissances dont je n'ai pu mentionner les noms au risque d'être très exhaustif ; et qui m'ont soutenu d'une manière ou d'une autre***

  Gratitude infinie.

HOMMAGES

- ***À tous les maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.***

  Nous sommes au terme de plusieurs années de formation à vos côtés chers Maîtres. Nous sommes le produit de vos divers sacrifices.

Hommages respectueux

- ***À notre maître et Directeur de thèse, le Professeur Zavier C. ZOMALHETO***

Hommages respectueux

- ***À notre Président de jury***

Dr Godonou Toussaint KPADONOU

Professeur titulaire de médecine physique et de réadaptation à la faculté des sciences de la santé de Cotonou ; Chef de la clinique universitaire de médecine physique et de réadaptation de centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou ; Coordonnateur du DES de MPR à la FSS ; Chef d'unité d'enseignement de MPR et chef de département de médecine et spécialités médicales

Directeur des affaires médicales du HKM.

Leader, manager, enseignant de grande renommée, pédagogue hors pair, modèle de foi, etc…

Cher maître, aucun compliment aussi dithyrambique fut il ne saurait exprimer à sa juste valeur l'immensité de vos qualités. De par votre science et votre leadership éclairé, vous avez marqué à jamais les vies de milliers de patients au Bénin et même au-delà. Vos actions de grand impact ont révolutionné le monde de la médecine et sont à jamais gravées en lettres d'or dans nos esprits. Vous êtes pour nous un père, un mentor; et si vous n'existiez pas cher maître, il aurait certainement fallut vous créer.

Merci pour l'insigne honneur que vous nous avez fait en acceptant présider ce prestigieux jury.

Hommage respectueux.

- ***A notre maître et Directeur de thèse***

Dr Zavier Cossi ZOMALHETO

Professeur titulaire de rhumatologie de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; Chef de l'unité d'enseignement de rhumatologie de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; Chef du Service de Rhumatologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou ; Secrétaire Général de la SOBER (Société Béninoise de Rhumatologie.

Cher maître, vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. Les mots ne seront jamais assez adéquats pour vous exprimer ma gratitude.

L'immensité de vos connaissances et votre professionnalisme contrastent avec votre humilité légendaire et votre remarquable humanisme.

Vous avez été pour moi un enseignant, un guide, un coach, un conseiller, un éclaireur, un ainé, un papa ; somme toute, une vraie référence.

Votre vie, cher maître, est une école et je suis honoré d'être compté parmi vos disciples.

Hommages respectueux.

- ***Au membre du jury***

Dr AZON KOUANOU Angèle

Maître de conférence agrégé de médecine interne à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; Chef service du service de médecine interne du CNHU-HKM.

Cher maître,

Amazone des temps modernes, vous faites au quotidien la fierté de la gente féminine et l'admiration de vos étudiants que nous sommes. Nous nous accordons d'ailleurs tous pour reconnaitre qu'au-delà d'une simple enseignante vous êtes pour nous une

maman, une sœur, une amie, une conseillère; vous avez toujours été cette épaule-là qui nous a servi d'appui en moments de détresse et qui nous a encouragé à toujours aller de l'avant.

Hommages respectueux.

- ***Aux membres du jury***

Dr Anthelme AGBODANDE

Maître de conférence agrégé de médecine interne à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ; Médecin interniste du service de médecine interne et d'oncologie du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga de Cotonou ; Coordonnateur du programme national de soins palliatifs.

Cher maître, votre parcours élogieux qui semble contraster avec votre jeune âge est la preuve manifeste qu'aux âmes bien nées, la valeur ne saurait attendre le nombre des années. Vous êtes sans doute aucun une vraie référence pour les générations montantes.

Hommages respectueux.

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR.

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

AAN	**:**	Anticorps Anti-Nucléaire
Ac	**:**	Anticorps
ACR	**:**	American College of Rheumatology
AECG	**:**	American European Consensus Group
AINS	**:**	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ANCA	**:**	Anticoprs Anti Cytoplasme des Neutrophiles
Anti-DNA	**:**	Anti-Déoxyribonucleic Acid
Anti-ENA	**:**	Anti-Extractable Nuclear Antigen
Anti-Sm	**:**	Anti-Smith
Anti-SSA/B	**:**	Anti-Sjögren's Syndrome-related antigen A/B
APL	**:**	Anti-Phospholipide
ASAS	**:**	Ankylosing Spondylitis Arthritis Score
ASLO	**:**	Anti Streptolysine O
BASDAI	**:**	Bath Ankylosing Spondylitis Disease
BK	**:**	Bacille de Koch
CCA	**:**	Chondrocalcinose Articulaire
CNHU-HKM	**:**	Centre National Hospitalier Universitaire- Hubert Koutoukou Maga
Cox	**:**	Cyclo-Oxygénase
CRP	**:**	C-Reactive Protein
DES	**:**	Diplôme d'Etudes Spécialisées
ECBU	**:**	Examen Cyto-Bactériologique des Urines
ECG	**:**	Electrocardiogramme
EPS	**:**	Electrophorèse des Protéines Sériques
ESSG	**:**	European Spondylathropathy Study Group
EULAR	**:**	European League Against Rheumatism
EVA	**:**	Echelle Visuelle Analytique
FR	**:**	Facteur Rhumatoïde
FSS	**:**	Faculté des Sciences de la Santé
HLA-B27	**:**	Human Leukocyte Antigen
HTA	**:**	Hypertension artérielle

HTLV : Human T-Lymphotropic Virus
IDRT : Intra Dermo Réaction à la Tuberculine
ILAR : International League of Associations for Rheumatology
IPD : Inter Phalangienne Distale
IPP : Inter Phalangienne Proximale
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
IST : Infection Sexuellement Transmissible
LES : Lupus Erythémateux Systémique
MCP : Métacarpo-phalangienne
MCTDs : Mixt Connective Tissue Diseases
MSA : Maladie de Still de l'Adulte
MTP : Métatarso-phalangienne
N/D : Non Disponible
NFS : Numération Formule Sanguine
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PCR : Polymerase Chain Reaction
PGE : Prostaglandine E
PGF : Prostaglandine F
PPCD : Pyrophosphate de Calcium Dihydratée
PR : Polyarthrite Rhumatoïde
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
RCH : Rectocolite Hémorragique
RGPH4 : Recensement Générale de la Population et de l'Habitation 4
RIC : Rhumatisme Inflammatoire Chronique
SA : Spondylarthrite Ankylosante
SAMU : Service d'Aide Médical Urgente
SAPHO : Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose et Ostéite
SPA : Spondylarthrite Ankylosante
SP : Spondylarthrites
SRIS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique
TDM : Tomodensitométrie

TGF **:** Tumor Growth Factor

TNF : Tumor Necrosis Factor

TPHA **:** Treponema Pallidum Human Antigen

UCTDs **:** Undifferentiated Connective Tissue Diseases

UGD **:** Ulcère Gastrique ou Duodénal

UMS **:** Urate Mono Sodique

VDRL **:** Veneral Disease Research Laboratory

VIH **:** Virus de l'Immunodéficience Humaine

VS **:** Vitesse de Sédimentation

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Répartition des patients selon la tranche d'âge	33
Tableau II	Répartition des patients selon l'ethnie	34
Tableau III	Répartition des patients selon la situation matrimoniale	34
Tableau IV	Répartition des patients selon la profession	35
Tableau V	Répartition des patients selon l'automédication pratiquée	37
Tableau VI	Répartition des patients selon le motif d'admission	38
Tableau VII	Répartition des patients selon le siège des atteintes axiales*	39
Tableau VIII	Répartition selon les atteintes articulaires périphériques	40
Tableau IX	Répartition des patients selon le siège des atteintes périphériques*	41
Tableau X	Répartition selon les enthésopathies	42
Tableau XI	Répartition des patients selon les manifestations extra articulaires viscérales	42
Tableau XII	Signes généraux	43
Tableau XIII	Répartition des patients selon la disponibilité et la réalisation du bilan biologique et les résultats	44
Tableau XIV	Répartition des patients selon le bilan radiologique	45
Tableau XV	Répartition des patients ayant bénéficié d'un traitement symptomatique	47
Tableau XVI	Répartition des patients selon le traitement de fond	47
Tableau XVII	Evolution	48
Tableau XVIII	Influence des caractéristiques sociodémographiques sur les poussées douloureuses en analyse univariée	49
Tableau XIX	Influence des caractéristiques cliniques sur les poussées douloureuses en analyse univariée	50

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Les spondylarthrites	5
Figure 2	Différenciation des lymphocytes indifférenciés en lymphocytes T helper 17	11
Figure 3	Hypothèses concernant les processus inflammatoires au niveau de l'enthèse. [1]	11
Figure 4	Radiographie du bassin : sacro-iliite évoluée avec des érosions et une ostéocondensation bilatérale prédominante sur le versant iliaque	14
Figure 5	Scanner du bassin (coupe axiale) : sacro-iliite évoluée	14
Figure 6	Scanner du bassin (coupe axiale): sacro-iliite évoluée	14
Figure 7	Scanner du bassin (coupe axiale) : sacro-iliite débutante	14
Figure 8	orteil en saucisse	19
Figure 9	Figure 9: Répartition des patients selon l'attitude thérapeutique avant admission dans le service de rhumatologie CNHK-HKM 2011-2019	36
Figure 10	Répartition des patients selon le type de spondylarthrite	46

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

GENERALITES 4

CADRE ET METHODES D'ETUDE 23

RESULTATS 32

CONCLUSION 58

SUGGESTIONS 60

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 62

ANNEXES ..... a

TABLE DES MATIERES ..... q

INTRODUCTION

Les spondylarthrites regroupent un ensemble hétérogène d'affections, incluant la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires, et les spondylarthropathies indifférenciées [1,2,3]. Ces affections sont caractérisées par une inflammation du rachis, des articulations sacro-iliaques, des enthèses, des articulations périphériques, et une forte association au gène HLA-B27 ; ainsi que des signes extra articulaires (oculaires, cutanéomuqueux. urogénital. digestifs etc...) [4 ,5 ,6]. Elles peuvent entraîner une destruction ou ankylose sévère chez une minorité de patients [7]. Les traitements conventionnels comprennent les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les injections articulaires de corticoïdes et les traitements dits de fond [8,9]. L'arrivée des biothérapies dans le paysage thérapeutique a permis des progrès considérables dans le traitement de ces pathologies, améliorant ainsi fortement la qualité de vie des patients traités [1,10,12]. Ces biothérapies à coût onéreux ne sont malheureusement pas disponibles dans la plupart des pays africains [13].

Sur le plan épidémiologique, il semble exister un gradient Nord-Sud, avec une prévalence de la spondylarthrite estimée dans les populations caucasiennes entre 0,3 et 1,9% [14,15]. Aux États-Unis, la prévalence des spondylarthrites est de 0,21 % [11,16]. Dans certaines tribus indiennes d'Amérique du Nord, cette prévalence est supérieure à 1,5 %, et va de pair avec la forte prévalence de l'antigène HLA B27 dans ces populations (jusqu'à 40 % chez les Yupiks) [15,17].

Les spondylarthrites étaient classiquement considérées comme plus fréquentes chez le sujet jeune de sexe masculin avec un âge moyen de 26 à 30 ans. Cependant, la sex-ratio semble diminuer avec l'âge ; diminution due à l'amélioration du diagnostic chez les femmes. Les Spondylarthrites sont classiquement considérées comme rares en Afrique sub-saharienne où la majorité de la population est HLA-B27 négatif [17,18]. Malgré la présence de HLA-B27 dans certaines populations ouest-africaines, l'estimation de la prévalence des spondylarthrites est inférieure à 0,1% [19,14,20]. Les principales études réalisées en Afrique sub-saharienne ont surtout porté sur la

spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique et les SpA associée au VIH [17,21,22].

Au Bénin très peu de données existent sur les spondylarthrites bien qu'en milieu hospitalier rhumatologique on assiste à une augmentation du nombre de cas ces dernières années du fait d'une équipe médicale plus étoffée.

Ce travail portant sur les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des spondylarthrites a pour but de faire le point de la maladie en milieu hospitalier à Cotonou.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

❖ **Objectif général**

Contribuer à la description des spondylarthrites au Bénin.

❖ **Objectifs spécifiques**

1-Déterminer la fréquence hospitalière des spondylarthrites au CNHU-HKM de Cotonou ;

2-Décrire les aspects cliniques et le paquet minimal d'examens para cliniques disponibles pour le diagnostic des spondylarthrites à Cotonou ;

3-Préciser les étiologies des spondylarthrites au CNHU-HKM ;

4-Décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs des spondylarthrites ;

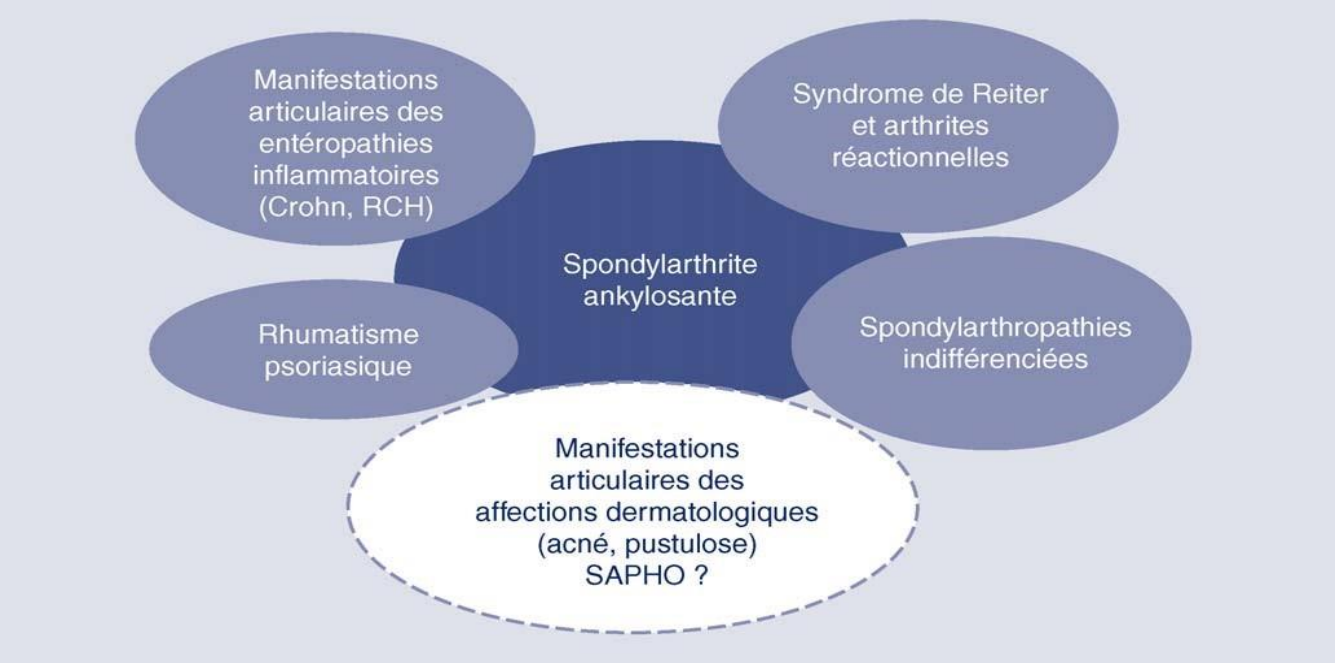
5-Déterminer les facteurs associés à l'activité des spondylarthrites au CNHU-HKM.

GENERALITES

1.1. DEFINITION

Les spondylarthrites ou spondyloarthrites ou encore spondylarthropathies regroupent la spondylarthrite ankylosante ou pelvispondylite rhumatismale, le syndrome de Reiter et les arthrites réactionnelles, le rhumatisme psoriasique et les manifestations articulaires des entérocolopathies inflammatoires chroniques (maladie de Crohn et rectocolite ulcérohémorragique).

Certaines formes moins caractérisées sont appelées spondylarthrites indifférenciées [23,24] (Fig. 1).



RCH : rectocolite hémorragique ; SAPHO : syndrome acné, pustulose, hyperostos et ostéite.

Figure 1: Les spondylarthrites.

- Ces affections constituent un groupe homogène de rhumatismes inflammatoires caractérisés par :
- -un syndrome pelvi-rachidien
- un syndrome articulaire périphérique
- un syndrome enthésopathique
- un terrain génétique lié en partie à HLA B27
- des signes extra-articulaires (oculaires, cutanéomuqueux. urogénital. digestifs etc...)

- une bonne sensibilité aux AINS [18,25,26].

1.2. ÉPIDEMIOLOGIE

Les spondylarthrites débutent souvent à la fin de la croissance entre 16 et 30 ans. Récemment, le démembrement des arthrites chroniques juvéniles a montré qu'il existe aussi chez l'enfant d'authentiques spondylarthrites [27]. Ces formes à début juvénile sont plus fréquentes dans certaines régions : 10 à 15 % des SP débutent avant l'âge de 15 ans en Europe alors que ce pourcentage est de 30 % dans les pays du Maghreb. Plus rarement, certaines formes débutent tardivement (après 50 ans) [17,21,24].

L'homme est plus souvent touché mais les formes féminines ne sont pas rares. La sex-ratio dépend du type de spondylarthrite [28].

Depuis quelques années, les formes féminines, qui étaient jusqu'ici vraisemblablement confondues avec d'autres rhumatismes inflammatoires, sont de plus en plus fréquentes. Dans la SPA, la sex-ratio qui était de 10 hommes et 1 femme il y a une dizaine d'années, est actuellement évalué à 2-3/1.

Ces formes féminines ressemblent beaucoup aux formes masculines, même si les arthrites périphériques semblent un peu plus fréquentes.

La prévalence des SP est proportionnelle à HLA B27 quelle que soit la race. Dans la population noire et asiatique où la prévalence de HLA B27 est inférieure à 2 %, les spondylarthrites sont beaucoup plus rares que dans la population caucasoïde [7,13].

Globalement, la prévalence de l'ensemble des SP a été estimée par plusieurs études donnant des résultats assez proches, de l'ordre de 0,2 à 0,5 % dans la population générale.

Il est possible que, d'une part les sujets vivants ou originaires du Maghreb, et d'autre part les sujets infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), soient plus à risque de développer une spondylarthrite [29].

1.3. ETIOPATHOGENIE

Les spondylarthrites n'ont pas d'étiologie précise. II existe des facteurs favorisants

1.3.1. Terrain

Les mécanismes déclenchant l'apparition des spondylarthrites n'ont pas encore été, à ce jour, totalement élucidés, mais des facteurs génétiques et environnementaux (microbiote intestinal) sont suspectés d'être responsables. Ainsi, des souris transgéniques pour le HLA-B27 élevées en milieu stérile ne développent pas de spondylarthrite [30,31,32].

Les spondylarthrites sont une maladie polygénique. Cela est démontré par l'existence de formes familiales, par un fort taux de concordances entre jumeaux monozygotes et par une héritabilité élevée chez les personnes apparentées à des sujets atteints [19]. Cependant, plus de 50 % de la prédisposition génétique reste à démontrer.

Parmi les gènes impliqués, on retrouve notamment :

- le HLA-B27 ;
- le gène codant pour le récepteur de l'interleukine-23 (IL-23R) qui serait plutôt un modulateur de la sévérité de la maladie ;
- le gène ERAP1 ou Aminopeptidase Regulator of TNFR1 Shedding (ARTS1) codant pour une aminopeptidase du réticulum endoplasmique.

1.3.2. Pathogénie

Quatre stades de la spondylarthrite peuvent être distingués [23].

Stade I : inflammation

Les processus inflammatoires surviennent principalement au niveau de deux tissus : l'enthèse et le tissu synovial. L'enthèse est capable de supporter de fortes contraintes mécaniques, elle sert ainsi à compenser les modifications de pression et à tamponner les impacts [1].

Parmi les nombreuses hypothèses énoncées pour tenter d'expliquer la survenue des processus inflammatoires au niveau de l'enthèse, deux d'entre elles semblent retenir le plus d'attention.

- La première hypothèse correspond à l'action du stress mécanique appliqué à l'enthèse. Celui-ci faciliterait l'apparition de microtraumatismes responsables d'une augmentation de la vascularisation locale qui favoriserait le dépôt d'antigènes bactériens. Ces épitopes antigéniques seraient reconnus par les Toll Like Receptor (TLR) [19], une famille de récepteurs impliqués dans les réponses inflammatoires et dans les mécanismes de défense vis-à-vis des organismes pathogènes. Ils sont exprimés à la surface de différents types cellulaires comme les monocytes, macrophages et les cellules dendritiques, et reconnaissent deux types de ligands :
  - les Pathogen Associated Molecular Patterns (PAMPs), des épitopes antigéniques partagés par un grand nombre de microbes ;
  - les Damages Associated Molecular Patterns (DAMPs), des signaux de dangers libérés par des cellules endommagées, tels que les protéines du choc thermique ou la fibronectine.

La stimulation des TLR, par la reconnaissance de leur ligand, est ensuite responsable d'une activation des cellules de l'immunité innée grâce aux voies de signalisation intracellulaire, puis de la production par ces cellules de médiateurs inflammatoires comme le Tumor Necrosis Factor α (TNFα), l'IL-1, l'IL-6 et le Transforming Growth Factor-β (TGF-β) [33].

Les microtraumatismes peuvent également favoriser la libération, par des cellules nécrotiques, de DAMPs déclenchant ou entretenant l'inflammation, notamment lorsqu'ils sont associés à des composants bactériens [34].

- La deuxième hypothèse fait appel à un mécanisme auto-immun. L'immunisation de souris avec de l'aggrécane ou avec son domaine globulaire G1, permettant sa liaison avec l'acide hyaluronique, aboutit à des symptômes typiques de la SA [35,29].

De plus, 62 % des patients spondylarthritiques possèdent des LT-CD4+ dirigés contre le domaine G1 de l'aggrécane. Ce domaine G1 est également retrouvé au niveau du squelette axial, de l'uvée et des cellules musculaires lisses du tissu artériel, où sont localisées les principales atteintes de la SA [20]. Cette dernière hypothèse n'est pas contradictoire avec celle du stress mécanique car les tissus porteurs du domaine G1 de l'aggrécane subissent tous des stress mécaniques.

L'inflammation chronique se développe plus facilement dans les tissus proches et au contact des enthèses, comme la membrane synoviale, car ceux-ci sont plus accessibles à l'infiltration cellulaire et à l'angiogenèse [36]. La membrane synoviale est le tissu qui tapisse l'intérieur de la capsule articulaire. Elle sécrète un liquide transparent, la synovie, ou liquide synovial, qui facilite le glissement des articulations lors des mouvements. Chez les patients souffrant de SA, des taux circulants élevés de facteur pro-angio génique Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) ont été retrouvés au niveau des synovites périphériques, ce qui est le signe d'une vascularisation renforcée. Des études immunohistologiques ont analysé la composition de l'infiltrat cellulaire présent au niveau de ces synovites. Un fort taux de macrophages CD163+ a ainsi été retrouvé. Le CD163 (Scavenger haemoglobin receptor) délimite une population de macrophages qui produisent une quantité plus importante de TNFα, cytokine pro-inflammatoire, mais une quantité minimisée d'IL-10 qui promeut la réponse immunitaire adaptative médiée par les lymphocytes Thelper 1 (LTh1).

Stade II : inflammation et érosion osseuse

Une fois activée par les TLR, les cellules présentatrices d'antigènes (CPA) présentent l'antigène aux LTCD4+naïfs ou LTh0 (lymphocytes indifférenciés), grâce à l'interaction du CMH avec le T Cell Receptor (TCR) et des molécules de co-stimulation dont CD80-CD86. La CPA secrète ensuite de l'IL-6 et de l'IL-1β pour permettre la différenciation du LTh0 en lymphocyte Thelper 17 (LTh17) (figure2). Elle libère également du TGF-β dont le rôle est d'inhiber la différenciation du LTh0 en LTh1. Une boucle d'amplification est ensuite réalisée grâce à la sécrétion

autocrine d'IL-21. Une fois la différenciation en LTh17 réalisée, la CPA produit de l'IL-23 qui vient interagir avec son récepteur exprimé à la surface du LTh17, et qui permet la stabilisation et l'expansion de la lignée Th17, ainsi que la sécrétion d'IL-17A et d'IL-17F [23].

Ces cytokines augmentent le recrutement, l'activation et la migration des polynucléaires neutrophiles (PNN) et des macrophages vers les sites inflammatoires.

Elles induisent la sécrétion, par ces mêmes cellules, de cytokines pro-inflammatoires (IL-1β, IL-6 et TNFα). L'IL-1 et l'IL-6 provoquent une boucle d'amplification car elles induisent la production d'IL-23 par les monocytes et les cellules dendritiques, ce qui déclenche une surproduction d'IL17 par les LTh17 [23]. (Figure 3)

Au niveau synovial, l'IL-17 entraîne, en sus de la production de cytokines pro-inflammatoires, l'excrétion de facteurs chimiotactiques ou chémokines permettant le recrutement de LT, LB, de monocytes et de PNN [23].

Elle favorise la sécrétion par les chondrocytes, les cellules dendritiques et les macrophages, de métallo protéinases (MMP) et de monoxyde d'azote (NO) responsables d'une destruction articulaire. Enfin, elle augmente l'expression du facteur Receptor Activator of NFκB (RANK) à la surface des ostéoclastes. L'ostéoclastogenèse, et donc l'érosion osseuse, peut être déclenchée par l'interaction entre RANK et son ligand RANKL, présent à la surface de certains LTh17 [23].

Le TNFα est une cytokine qui exerce des effets biologiques pléïotropiques sur une large variété de cellules.

Il stimule l'angiogenèse et régule à la hausse la migration transendothéliale des leucocytes. Il active les lymphocytes et agit sur la synthèse des autres cytokines, chimiokines, prostaglandines et métallo protéinases. Dans le processus de destruction articulaire, le TNFα augmente la prolifération des synoviocytes et déclenche une cascade de médiateurs secondaires impliqués dans le recrutement de cellules inflammatoires [1].

Stade III : synthèse osseuse excessive

La synthèse osseuse excessive touche pratiquement tous les compartiments du squelette. Dans le cas de la colonne vertébrale, des dépôts osseux d'orientation verticale, nommés syndesmophytes, comblent les espaces intervertébraux. Lorsque plusieurs vertèbres sont atteintes consécutivement, la colonne prend un aspect en bambou, elle est alors appelée bamboo spine. La formation d'excroissances osseuses peut également toucher les tendons, il est alors question d'enthésiophytes [1].

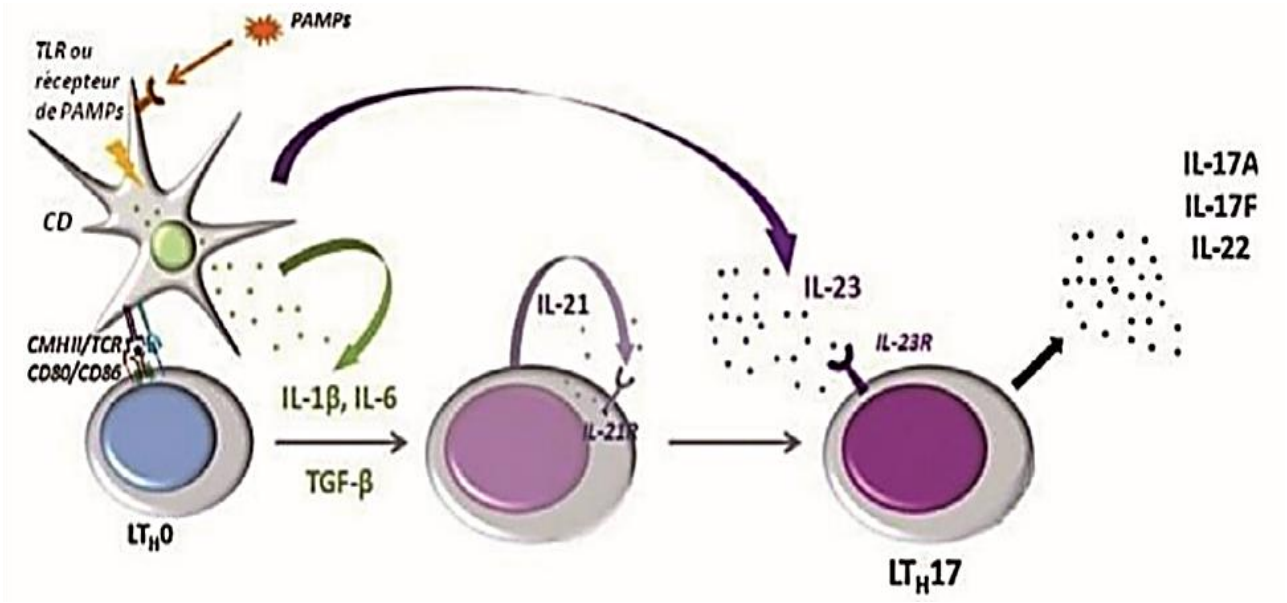


Figure 2: Différenciation des lymphocytes indifférenciés en lymphocytes T helper 17

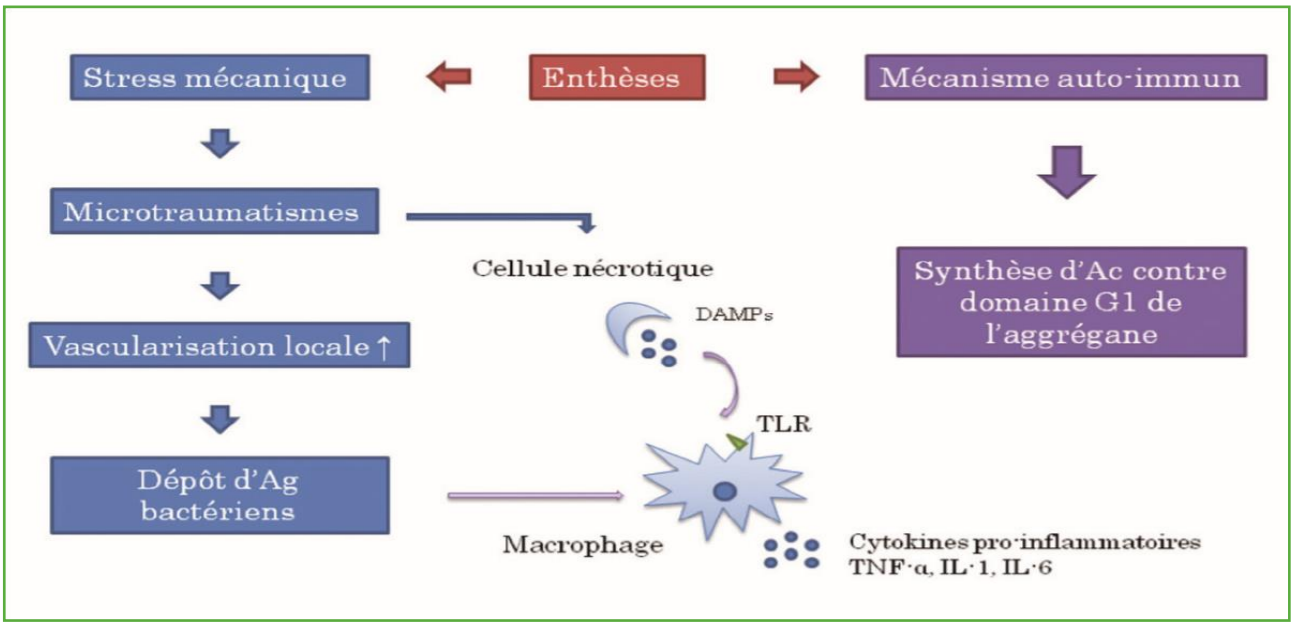


Figure 3: Hypothèses concernant les processus inflammatoires au niveau de l'enthèse. [1]

Il semblerait que les processus de synthèse osseuse ne s'effectuent pas au hasard au sein des espaces intervertébraux et des articulations, mais soint limités à des sites de prédilection. Ce phénomène n'est cependant pas encore totalement élucidé. Le fait que les lésions soient le plus souvent retrouvées le long des sites d'insertion des tendons mettrait en évidence le rôle joué par le stress mécanique [1].

Les cellules responsables de la croissance osseuse sont les ostéoblastes. Des signaux moléculaires sont nécessaires afin de réguler leur différenciation et leur activation. Parmi ceux -ci, il est possible de citer la prosta glandine E2, les protéines Bone Morphogenic Proteins (BMPs) et la protéine Wnt. La prostaglandine E2 (PGE2) jouerait un rôle dans la stimulation de la prolifération et de la différenciation des ostéoblastes, et dans la synthèse des phosphatases alcalines, enzymes à l'origine de la minéralisation osseuse [1].

1.4. SIGNES

1.4.1. La spondylarthrite ankylosante

1.4.1.1. Circonstances de diagnostic

Le diagnostic doit être évoqué, chez un homme jeune, se plaignant de douleurs rachidiennes, fessières ou péri-articulaires évoluant depuis au moins 3 mois. [37]

1.4.1.2. Signes cliniques

- L'interrogatoire peut retrouver
  - Des douleurs rachidiennes (lombaire ou dorsale le plus souvent) inflammatoires avec une raideur matinale importante et une amélioration à l'effort mais ne cédant pas au repos
  - Des pygalgies : se traduisant par des douleurs fessières ou par des pseudo-sciatiques tronquées, la douleur fessière irradiant à la face postérieure de la cuisse sans dépasser le genou. Ces douleurs peuvent être unilatérales, plus souvent bilatérales ou à bascule.
  - Des douleurs thoraciques se traduisant par des douleurs intercostales, des arthrites sterno-claviculaires ou manubrio-sternales.

- Des arthralgies périphériques mono, le plus souvent oligo-articulaire ou polyarticulaire, asymétrique, avec des gonflements. Elles prédominent au membre pelvien touchant les grosses articulations mais aussi les petites articulations (le gonflement de l'ensemble d'un doigt ou d'un orteil réalise la dactylite avec déformation du doigt ou de l'orteil en saucisse. Elles sont inaugurales dans 20 % des cas environ [38].
- Des talalgies inférieures ou postérieures, souvent bilatérales, d'horaire inflammatoire.

➢ L'examen physique objective :

- la raideur rachidienne par l'indice de Schôber, la distance doigts-sol, la distance occiput-mur ou menton-sternum, l'ampliation thoracique.
- Les signes d'atteintes sacro-iliaques (signe du trépied, signe de Patrick)
- Des enthésopathies périphériques (coiffe des rotateurs, épicondyliens ou épitrochléens, tendons des poignets, des moyens fessiers, la patte d'oie, des chevilles)
- Une mono ou une oligo-arthrite des membres inférieurs habituellement asymétrique, et concernant les grosses articulations des membres inférieurs.
- Une uvéite antérieure, plus rarement, parfois récidivante.

1.4.1.3. Signes para cliniques

➢ Signes biologiques :

- Le syndrome inflammatoire est le plus souvent peu marqué, voire totalement absent dans 20 à 30% des cas [39] ;
- L'antigène HLA-B27 est retrouvé dans 90% des cas.

➢ Signes d'imagerie :

Les anomalies évoluées sont bien visibles en radiographies standard. Les lésions débutantes sont parfois mieux appréciées par le scanner mais surtout par l'IRM qui dépiste très tôt les lésions osseuses inflammatoires, des lésions des enthèses ou de la synoviale.

➢ Les articulations sacro-iliaques

L'atteinte des sacro-iliaques est quasi-constante, le plus souvent bilatérale, plus ou moins symétrique. La sacro-iliite radiologique (figures 4, 5, 6 et 7) constitue un argument majeur pour le diagnostic. Elle évolue en quatre stades :

- **Stade I** : déminéralisation des berges articulaires, responsable d'un pseudo élargissement de l'interligne.
- **Stade II**: érosions des berges, responsable d'un aspect en timbre-poste
- **Stade III**: condensation des berges articulaires
- **Stade IV** : fusion des berges articulaires aboutissant à la disparition de l'interligne. [38,40,41].

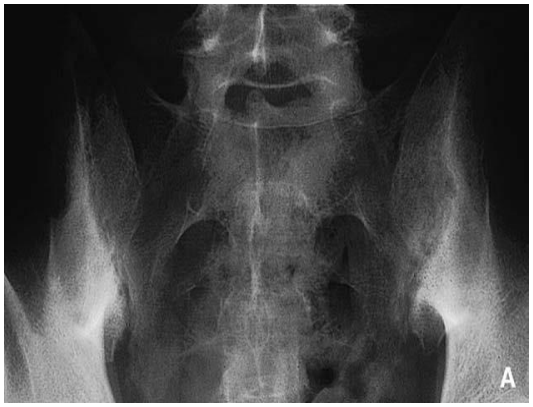


Figure 4: Radiographie du bassin : sacro-iliite évoluée avec des érosions et une ostéocondensation bilatérale prédominante sur le versant iliaque



Figure 5: Scanner du bassin (coupe axiale) : sacro-iliite évoluée



Figure 6: Scanner du bassin (coupe axiale): sacro-iliite évoluée



Figure 7: Scanner du bassin (coupe axiale) : sacro-iliite débutante

➢ Le rachis

Différentes images peuvent être observées. Elles débutent volontiers au rachis lombaire haut, ou à la charnière dorsolombaire, puis s'étendent plus ou moins au reste du rachis:

- Les érosions du rebord du corps vertébral sont les lésions les plus précoces parfois cernées d'une ostéosclérose. Elles peuvent aboutir à une "mise au carré du corps vertébral par effacement de sa concavité antérieure naturelle (signe de ROMANUS).
- La syndesmophyte est la manifestation la plus caractéristique de l'atteinte rachidienne. Il s'agit d'une ossification très fine naissant au niveau de l'angle du corps vertébral, de trajet vertical. A un stade évolué de la maladie, les syndesmophytes peuvent fusionner et former un pont intersomatique, réalisant, lorsque ces ponts sont présents sur plusieurs niveaux; l'aspect de "colonne bambou". Le ligament inter épineux peut également s'ossifier réalisant l'aspect en ram de tramway.
- Les articulaires postérieures peuvent être le siège d'érosions, ou tardivement, d'une ankylose.
- Des lésions de spondylodiscopathies (spondylodiscite), plus rares, se caractérisent par des remaniements érosifs et condensant des plateaux vertébraux, pouvant simuler une spondylodiscite infectieuse [43,44].
- Les atteintes coxo-férnorales. Plusieurs aspects peuvent s'observer (forme scléreuse, forme destructrice, forme ankylosante)
- Les enthésopathies : Les enthèses peuvent être le siège de lésions érosives et d'ossifications irrégulières, responsables d'un aspect hérissé de l'os. Les enthésopathies les plus fréquentes sont celles de l'épine ischiatique, des massifs trochantériens et de la face postérieure du calcanéum.

1.5. DIAGNOSTIC

1.5.1 Positif

Le diagnostic des spondylarthrites est souvent difficile et est basé sur le critère d'ASAS 2009 [7,42,45]. (Annexe).

Les critères de l'AMOR ou de l'ESSG étaient ceux antérieurement utilisés. [14], (Annexe) où Il faut 6 points pour remplir les critères de classification et retenir le diagnostic pour le critère de l'AMOR ; et pour l'ESSG, il faut un critère majeur et un critère mineur pour retenir le diagnostic [45] (annexe). Le diagnostic positif de la spondylarthrite ankylosante est basé sur l'application des Critères de New York modifiés [46] (annexe). La spondylarthrite est définie si le critère radiologique est associé à au moins un des critères cliniques.

1.5.2. Diagnostic différentiel

Chaque manifestation clinique des spondylarthrites peut faire discuter à elle seule plusieurs affections.

Dans notre contexte:

- ✓ Une lombalgie inflammatoire doit faire discuter une spondylodiscite tuberculeuse

Cliniquement, on a un syndrome d'imprégnation tuberculeuse avec asthénie, amaigrissement, anorexie, fièvre vespérale. [47]

La présence d'un fuseau para vertébral à la radiographie standard ou mieux la présence d'abcès para vertébral au scanner permettent de retenir le diagnostic.

- ✓ Une douleur sacro-iliaque (sacroiliite) doit faire discuter une origine infectieuse notamment tuberculeuse.

1.6. EVOLUTION

- ➢ Eléments de surveillance :

Clinique : EVA, asthénie, la douleur rachidienne et ou fessière, la raideur

Para clinique : VS, CRP

Indice composite : BASDAI [48]

➢ Evolution proprement dite

L'évolution de la spondylarthrite ankylosante est imprévisible mais elle se fait habituellement par poussées entrecoupées de rémission. [49] Au début de la maladie, la raideur disparaît en période de rémission.

Certaines formes évoluent vers l'ankylose avec un enraidissement progressant entre les poussées, témoignant de la présence d'ossifications définitives. Des complications redoutables peuvent survenir dans les formes ankylosantes :

- l'ankylose a spontanément tendance à s'effectuer en cyphose, pouvant aboutir à une perte du regard horizontal. La cyphose dorsale et l'ankylose de la cage thoracique peuvent être responsables d'une insuffisance respiratoire.
- Des fractures du rachis ankylosé peuvent survenir pour des traumatismes mineurs et peuvent être responsables de lésions neurologiques majeures.
- une subluxation rachidienne peut, rarement, être responsable d'une compression médullaire, un syndrome de la queue de cheval peut se développer.
- L'ankylose des articulations coxo-fémorales peut compromettre la marche, et nécessite la mise en place de prothèses.
- Les complications extra-articulaires, en dehors des uvéites, sont rares mais d'exceptionnelles néphropathies à IgA, des amyloses des blocs auriculo-ventriculaires et des valvulopalhies (insuffisance aortique) sont possibles.

1.7. FORMES CLINIQUES

1.7.1. Formes topographiques

➢ Spondylarthrites axiales (SpA axiale)

Dans cette forme, les signes pelvi rachidiens sont prédominants. On distingue :

- les spondylarthrites radiographiques (avec sacroiliite radiographique)
- les spondylarthrites non radiographiques (sans sacroiliite radiographique)

- Spondylarthrites périphériques articulaires (SpA périphériques)
  - Érosives
  - Non érosives
- Spondylarthrites périphériques enthésitiques (SpA enthésitiques)

1.7.2. Formes étiologiques

- La spondylarthrite ankylosante (ou pelvi spondylite rhumatismale ou maladie de BECHTEREW)
- Les arthrites réactionnelles

Les arthrites réactionnelles sont des arthrites aseptiques parfois associées à une conjonctivite, une urétrite chez l'homme, une cervicite chez la femme et survenant quelques semaines après, une infection génitale ou digestive [24]. Le syndrome de Fiessinger Leroy-Reiter est la forme la plus complète d'arthrite réactionnelle et est défini par la triade urétrite-conjonctivite-arthrite. Les germes en cause dans l'urétrite ou la diarrhée sont le plus fréquemment : Chlamydia trachomatis, Shigella flexnerii, Yersinia enterolitica et Yersinia pseudo tuberculosis, Salmonella enteritidis et Salmonella typhimurium, Campylobacter jejuni. L'association au gène HLA-B27 concerne 50 à 95 % des cas.

- Le rhumatisme psoriasis [50, 51, 52].
  - Arthrites asymétriques, Avec atteinte des IPD, Parfois déformations en saucisse (figure 8)
  - Rachialgies inflammatoire avec une raideur rachidienne
  - Pygalgies
  - Talalgies



Figure 8: orteil en saucisse.

- Psoriasis cutané en plaque ou en goutte
- Coexistence de signes de destruction et de reconstruction à la radiographie

- Le rhumatisme axial des entérocolopathies
  - Les maladies intestinales les plus responsables sont la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.
  - Il s'agit des arthrites périphériques associées à une atteinte axiale (saccroiliite ++)
- Les spondylarthrites juvéniles
- Le syndrome Synovite- Acné- Pustulose palmo-plantaire- Hyperostose- Ostéite (SAPHO)
- Les spondylarthrites indifférenciées

Il s'agit des formes débutantes ou indifférenciées répondant aux critères d'AMOR de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) [38,45,53].

Leurs manifestations communes regroupent :

- Le syndrome articulaire périphérique

Il s'agit le plus souvent de synovites oligoarticulaires asymétriques préférentiellement des membres pelviens (genoux, chevilles, pied) avec l'orteil ou le doigt "en saucisse"

- Le syndrome pelvi-rachidien [4]
  - L'atteinte sacro-iliaque se traduit par des pygalgies de rythme inflammatoire
  - L'atteinte rachidienne se traduit par des rachialgies présentes depuis au moins trois mois, de rythme inflammatoire.
  - L'atteinte thoracique peut se traduire par des douleurs intercostales, des arthrites sterno-claviculaires ou manubriosternales.
- Le syndrome enthésopathique

La plus caractéristique est la talalgie d'allure inflammatoire plantaire ou postérieure

- La sensibilité 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 spondylarthrites.

- Le syndrome extra-articulaire
  - L'uvéite aigüe antérieure

Elle peut s'associer à toutes les formes de spondylarthropathies surtout dans les formes HLA B27. Elle peut être uni- ou bilatérale, voire à bascule. Elle s'associe rarement à une atteinte postérieure.

  - Entérocolopathie inflammatoire

Elle se traduit souvent par des diarrhées, d'allure banale parfois glairo-sanglantes. Elle doit faire rechercher une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique.

  - Psoriasis
  - Atteintes cardiaques

A côté des valvulopathies tardives, il peut exister des troubles du rythme ou de la conduction au moment des poussées inflammatoires. [26],

- Le terrain génétique
  - Les antécédents personnels ou familiaux de psoriasis, d'entérocolopathie inflammatoire, un antécédent familial de spondylarthrites sont fréquemment retrouvés, et constituent des arguments diagnostiques très importants
  - L'antigène HLA-B27

1.8. TRAITEMENT

1.8.1. Buts

- Soulager la douleur
- Prévenir et traiter les complications
- Ralentir ou arrêter l'évolution de la maladie.

1.8.2. Moyens

- Education/Information
- Moyens médicamenteux
  - Traitement symptomatique
    - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Il constitue la pierre angulaire du traitement des spondylarthrites. Il doit être utilisé à dose optimale. En cas d'échec après quelques jours de traitement, il convient de faire l'essai d'un autre AINS [54]. Antalgiques et myorelaxants

Ils sont utilisés en complément aux AINS surtout en cas de manifestations enthésopathiques ou rachidiennes. Les antalgiques de palier I et II sont souvent utilisés rarement les morphiniques [11].

- Traitements locaux

Un geste local peut être réalisé en cas d'arthrite ou d'enthésopathie rebelle au traitement général. Il consiste surtout à l'infiltration cortisonique. La physiothérapie, l'ergothérapie et les techniques d'appareillage peuvent être utilisées.

- Traitement de fond

La mise en place d'un traitement de fond nécessite une collaboration étroite entre le patient et le rhumatologue. Les principaux utilisés sont :

- La sulfasalazine (SALAZOPYRINE)

Utilisé à dose progressive (augmentation de 500MG par semaine jusqu'à 2 grammes), elle est efficace sur les arthrites périphériques et les formes avec uvéites antérieures.

- Le méthotrexate (NOVATREX)

Il s'agit d'un antifolinique utilisé à la posologie de 10 à 25mg par sommaire, est très efficace dans les formes périphériques mais son efficacité est limitée dans les formes axiales. Il est souvent utilisé associé à l'acide folique.

- Le Léflunomide (ARAVA)

Utilisé à la dose de 20 mg par jour. Il a une efficacité comparante au méthotrexate.

- La biothérapie [10,12].

Les anti-TNF alpha (Infliximab, Etanercept,Adalumab etc…)
Les anti-IL6 (Tocilizimab, sarilumabetc…)
Les anti-IL23 (l'ustékinumab)
Les anti-IL17 (secukunimab) etc…
Non disponible dans notre pays

- Moyens non pharmacologiques
  - La rééducation fonctionnelle

C'est un traitement capital pour lutter contre l'ankylose. Il faut surtout insister sur le travail en extension rachidienne et respiratoire [55].

- Chirurgie

Elle peut être indiquée dans le cadre d'un remplacement prothétique en cas de coxite évoluée.

CADRE ET METHODES D'ETUDE

2.1. CADRE D'ETUDE

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA de Cotonou

Hôpital de référence du Bénin, créé en 1962 par le premier Président de la République du Bénin dont il porte le nom, il a acquis le statut de Centre National Hospitalier Universitaire en 1973, puis en 2001 devient CNHU-HKM. Il avait à sa création une capacité de 350 lits. Aujourd'hui sa capacité d'accueil avoisine les 600 lits. Il a pour vocation :

- d'offrir des soins de référence,
- d'assurer la formation pratique pour les agents de santé (médecine et spécialistes cliniques), laboratoire, kinésithérapeutes, pharmaciens),
- d'assurer l'enseignement et la recherche fondamentale et opérationnelle.

Il se compose des cliniques universitaires et services cliniques suivants :

- la Clinique Universitaire d'Accueil des urgences ;
- la Clinique Universitaire de Médecine Interne ;
- la Clinique Universitaire de Neurologie ;
- la Clinique Universitaire de Néphrologie et d'Hémodialyse ;
- la Clinique Universitaire d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale ;
- la Clinique Universitaire d'Ophtalmologie ;
- la Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale ;
- la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique ;
- la Clinique Universitaire de Dermatologie-Vénérologie ;
- la Clinique Universitaire de Psychiatrie ;
- la Clinique Universitaire de Cardiologie et Maladies Vasculaires ;

- la Clinique Universitaire de Médecine Physique et Réadaptation ;
- la Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et Chirurgie Réparatrice ;
- la Clinique Universitaire de Chirurgie Pédiatrique ;
- la Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale ;
- la Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie ;
- le Service d'Hépato-Gastro-Entérologie
- le Service d'Endocrinologie et Diabétologie
- le Service de Rhumatologie
- le Service Polyvalent d'Anesthésie et Réanimation
- le Service des Maladies du sang
- le Service de Stomatologie

Il se compose des services médicotechniques tels que :

- la Banque de Sang ;
- le Service de Radiologie et d'Imagerie Médicale ;
- le Service d'Appareillage Orthopédique ;
- le Service d'Exploration digestive ;
- le Service d'Hygiène Hospitalière ;
- le Laboratoire de Biochimie
- le Laboratoire de Bactériologie et Virologie
- le Laboratoire de Parasitologie et Mycologie
- le Laboratoire d'Hématologie
- la Pharmacie
- les blocs opératoires et stérilisation.

Il se compose des services hébergés tels que :

- l'Agence Nationale de la Transfusion Sanguine
- le Centre de Prise en Charge Intégrée des Femmes et Nourrisson atteints de Drépanocytose
- le Service d'Aide Médicale Urgente du Bénin (SAMU-Bénin).

2.1.1. LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Le service de Rhumatologie a pour mission les soins, la recherche et l'enseignement en rhumatologie.

2.1.1.1. Les infrastructures

Le pavillon d'hospitalisation comprend au total 17 lits répartis conne suit :

- une salle de 07 lits,
- une salle de 04 lits,
- 03 cabines de 02 lits chacun qu'il partage avec les autres services de la médecine.

En dehors des salles d'hospitalisation, le pavillon comporte:

- une salle de soins infirmiers,
- une salle d'actes médicaux,
- une salle de garde des infirmiers,
- une salle des étudiants,
- une salle « office » pour les aides-soignants,
- une salle de staff,
- un bureau du cadre des unités de soins,
- un secrétariat.

Le service est également rattaché au service des consultations médicales où se déroulent les consultations rhumatologiques.

2.1.1.2. Les ressources humaines

Le personnel du service est constitué de :

- l'équipe médicale composée d'un (01) professeur titulaire, et d'un (01) praticien hospitalier rhumatologue ;
- l'équipe paramédicale qui comprend la surveillante des unités de soins, cinq (05) infirmiers et quatre (04) aides-soignants ;
- une secrétaire.

Au cours de chaque année académique, le service procède à la formation et à l'encadrement des étudiants stagiaires de 2ème et 4ème années de médecine ainsi que des stagiaires internes de 6ème année de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou. Il accueille également pour les stages, des médecins inscrits pour le Diplôme d'Études Spécialisées (DES), de Médecine Interne et de Médecine Physique et de Réadaptation. La formation des étudiants en soins infirmiers est assurée par la surveillante du service.

2.1.1.3. Les activités du service

Les activités menées dans le service sont de 3 ordres :

- les activités de soins qui comprennent les consultations, les soins et le suivi des malades hospitalisés lors des visites quotidiennes,
- les activités d'enseignement qui comprennent l'encadrement pratique des apprenants aux lits des malades et l'encadrement théorique par les staffs,
- les activités de recherche.

2.2. METHODES D'ETUDE

2.2.1. Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, couvrant la période du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019, soit cinq (05) ans.

2.2.2. Population d'étude

Elle est constituée des dossiers médicaux des patients suivis dans le service de Rhumatologie du CNHU-HKM, pour spondylarthrite.

2.2.3. Critères d'inclusion

Ont été inclus, les patients répondant aux critères suivants :

- avoir été hospitalisé ou suivi en ambulatoire dans le service de rhumatologie du CNHU-HKM ;
- avoir été diagnostiqué pour une spondylarthrite, confirmée par un rhumatologue sur la base des critères de l'ASAS 2009 ;
- avoir un dossier médical complet (observation médicale et examens para cliniques) ;

2.2.4. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus, les dossiers des patients :

- atteints d'un autre rhumatisme inflammatoire chronique
- présentant une polyathrite indifférenciée

2.2.5. Échantillonnage

Nous avons procédé à un recensement exhaustif des dossiers des patients hospitalisés dans la clinique universitaire de Rhumatologie au cours de la période d'étude.

2.2.6. Variables

2.2.6.1. Variable dépendante

La variable d'intérêt de notre étude était l'activité de la spondylarthrite qui sera évaluée grâce à l'indice de BASDAI dont les éléments sont mis en annexe.

L'activité est absente lorsque le BASDAI est <3 et présente lorsque le BASDAI est >3.

2.2.6.2. Variables évolutives

Évolution : selon l'indice BASDAI

Le BASDAI est un questionnaire pour calculer l'index d'activité de la spondylarthrite ankylosante et ainsi évaluer les poussées douloureuses.

2.2.7. Collecte des données

2.2.7.1. Source de données

- Nous avons eu recours à plusieurs sources de données :
- les registres de consultation et d'hospitalisation du service de rhumatologie,
- les dossiers médicaux des patients

2.2.7.2. Outil de collecte

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement (annexe). Elle a été composée sur la base des données de la littérature, et codée permettant de renseigner les variables à l'étude. Un pré-test a été réalisé dans le service de rhumatologie du CNHU-HKM en vue de sa validation

2.2.7.3. Technique de collecte

Nous avons utilisé plusieurs techniques de collecte :

- exploitation des registres d'hospitalisation
- dépouillement des dossiers médicaux.

2.2.7.4. Procédure de collecte

Dans un premier temps, nous avons procédé à l'identification des dossiers médicaux des patients hospitalisés pour arthrite dans le service de rhumatologie du CNHU-HKM, au cours de la période d'étude, sur la base des différents registres.

Nous avons ainsi, pour notre période d'étude, recensé tous les dossiers médicaux d'hospitalisation des patients.

Les dossiers recensés, ont été sortis des archives et consultés un à un. Cette étape nous a permis :

- d'identifier les entrées doubles et les entrées invalides
- et de déterminer les dossiers répondant à nos critères.

Enfin, nous avons procédé au dépouillement proprement dit sur les fiches établies à cet effet en remplissant chaque fiche d'enquête avec les informations suivantes : âge, nationalité, sexe, ethnie, profession, situation matrimoniale, motif de consultation, traitement institué, mode d'admission, antécédent, mode de début, manifestation clinique, données para cliniques…

2.2.8. Traitement et analyse de données

2.2.8.1. Traitement des données

Après la collecte des données, les fiches ont été centralisées. Une ultime vérification a permis d'assurer la conformité des fiches et leur complétude. La saisie des données a été faite ensuite dans un masque réalisé à l'aide du logiciel Epidata 4.6. Les données saisies ont été vérifiées et apurées.

2.2.8.2. Analyse des données

L'analyse des données a été faite avec le logiciel SPSS 25.

Des statistiques descriptives ont été générées pour les variables à l'étude.

Les variables descriptives quantitatives ont été exprimées en moyenne ± écart-type lorsque la distribution est normale et celles qualitatives en effectif et pourcentage.

L'étude des facteurs associés à la survenue des récidives a été structurée en analyse univariée et multivariée.

À l'analyse univariée, les comparaisons de la fréquence de la survenue des poussées ont été faites selon les variables indépendantes. Les tests de Chi-2 non corrigé de Pearson et le test exact de Fisher pour les petits effectifs (effectifs théoriques inférieurs à 5) seront employés à cet effet.

Les différentes variables associées à la variable d'intérêt au risque de 5% à l'analyse univariée ont été introduites dans un modèle de régression logistique pas à pas descendant.

La différence dans les comparaisons a été jugée significative pour toutes les valeurs de $p < 0,05$.

2.2.9. Considérations éthiques

Nous avons adressé une demande d'autorisation de recherche aux autorités du CNHU-HKM et aux chefs services avant le démarrage de l'étude.

2.2.10. Difficultés rencontrées

- Registres mal remplis
- Dossiers difficiles à retrouver (problème d'archivage)
- Dossiers manquantes : ce qui nous a amené à écarter les données

RESULTATS

3.1. FREQUENCE HOSPITALIERE DES SPONDYLARTHRITES

Du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2019, 1523 dossiers étaient enregistrés en hospitalisation, dans le service de Rhumatologie du CNHU-HKM. Quarante-neuf (49) dossiers répondaient aux critères. Soit une fréquence hospitalière de 3,2%.

3.2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

3.2.1. Age

Le tableau I présente la répartition des patients selon les tranches d'âges.

L'âge moyen des patients était de 38 ± 2 ans avec des extrêmes de 15 et 68 ans

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

	Effectif (N = 49)	**%**
< 20 ans	01	02,2
20 – 29 ans	11	23,9
30 – 39 ans	**16**	**34,8**
40 – 49 ans	14	30,4
≥ 50 ans	07	15,2

3.2.2. Sexe

La population d'étude était constituée de 29 hommes (60,5%) et 20 femmes (39,5%). Soit une sex-ratio de 1,5.

3.2.3. Ethnie

Le tableau II présente la répartition des patients selon l'ethnie.

Les fons et apparentés étaient les plus touchés avec un taux de 48,8%. Les mina et apparentés étaient les moins concernés.

Tableau II : Répartition des patients selon l'ethnie

	Effectif (N = 49)	%
Fon et apparentés	24	49,0
Yoruba& apparentés	09	18,4
Bariba et apparentés	05	10,2
Mina et apparentés	04	08,2
Dendi et apparentés	02	04,1
Non précisé	05	10,2

3.2.4. Situation matrimoniale

Le tableau III présente la répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale.

Les patients en couple étaient les plus atteints avec 57,1%.

Tableau III: Répartition des patients selon la situation matrimoniale

	Effectif (N = 49)	%
Célibataire	10	20,4
En couple	28	57,1
Séparé	03	06,1
Non précisé	08	16,3

3.2.5. Profession

Le tableau IV présente la répartition des patients selon leur profession.

Les commerçants constituaient la profession la plus représentée (30,2%) ; les artistes et les agents de sécurités représentaient quant à eux le plus faible effectif (1%).

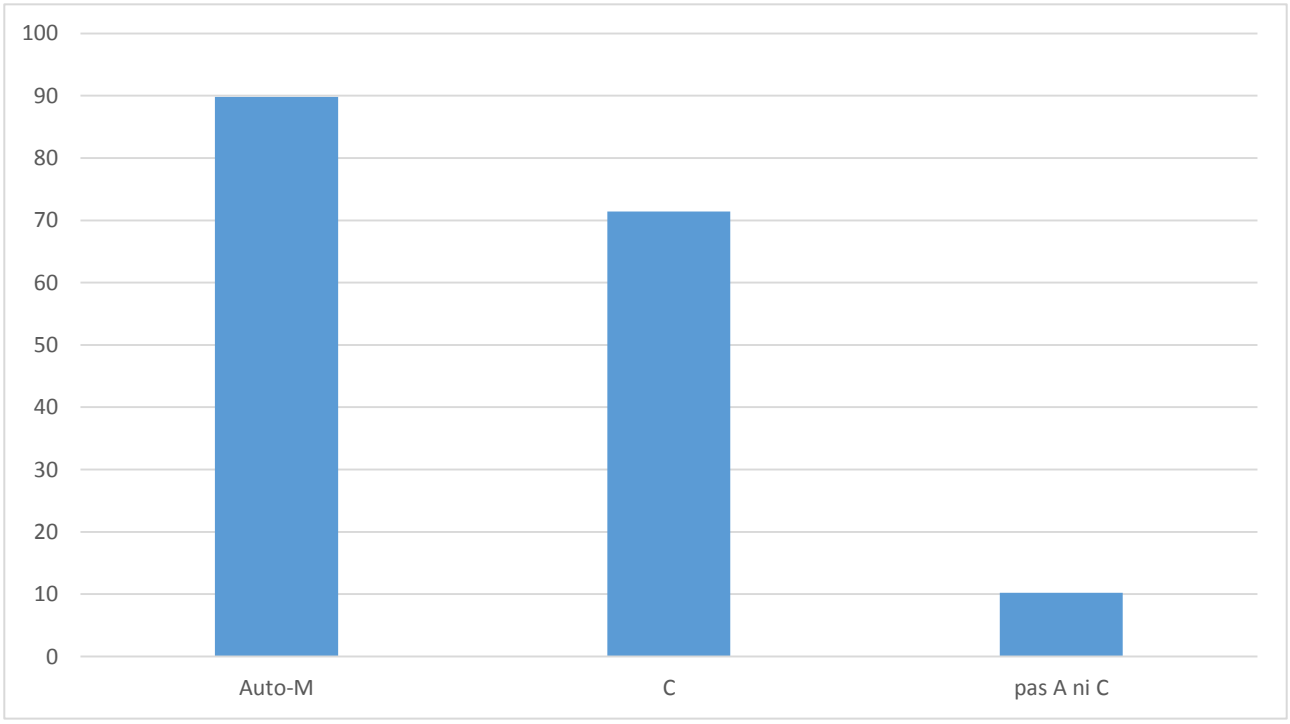
Tableau IV: Répartition des patients selon la profession

	Effectif (N = 49)	%
Commerçant	16	32,7
Fonctionnaire	12	24,5
Artisan	08	16,3
Agent de santé	02	04,1
Étudiant	02	04,1
Ouvriers	01	02,0
Agriculteurs	01	02,0
Non disponible	07	14,3

3.3. DONNEES CLINIQUES

3.3.1 Itinéraire thérapeutique

Avant leur admission au CNHU-HKM, les patients avaient pratiqué l'automédication dans 44 cas (89,8%) et 35 cas (71,4%) avaient consulté un médecin généraliste, comme le montre la figure 11.



Auto-M : automédication ; C : consultation d'un praticien ; Pas A ni C : pas de automédication ni consultation

Figure 9: Répartition des patients selon l'attitude thérapeutique avant admission dans le service de rhumatologie CNHK-HKM 2011-2019

Le tableau V présente la répartition des patients selon l'automédication pratiquée.
Les antalgiques étaient les plus pris en automédication; 33 cas soit 67,3%. Chez 22 cas les produits pris en automédication n'avaient pas été précisés (44,9%).

Tableau V : Répartition des patients selon l'automédication pratiquée

	Effectif (N = 49)	%
Antalgique	33	**67,3**
Anti-inflammatoire non stéroidiens	21	42,9
Massage	06	12,2
Tisane	05	10,2
Antibiotique	02	04,1
Myorelaxant	02	04,1
Scarification	02	04,1
Non précisé	22	44,9

3.3.2 Motif d'admission

La lombalgie était le principal motif d'admission des patients hospitalisés (44,2%).

Le tableau VI présente la répartition des patients selon le motif d'admission.

La lombalgie était le motif le plus fréquent au niveau rachidien (19 cas soit 38,8%) ; au niveau périphérique la mono arthralgie était la plus fréquente 16,3% (8 cas). La plupart des patients présentaient des enthésopathies faites de talalgie dans 36 cas (73,5%). Plus de la moitié des cas (28) avaient consulté pour des manifestations extraarticulaires (57,1%)

- Le délai moyen de consultation était de 603 ± 187 jours avec des extrêmes de 7 et 3650 jours.
- Les patients avaient été référés dans 27 cas (55,1%) et étaient venus d'eux-mêmes dans 22 cas (44,9%).

Tableau VI: Répartition des patients selon le motif d'admission

	Effectif (N = 49)	%
Articulations axiales		
Lombalgie	19	38,8
Dorsalgie	11	22,4
Cervicalgie	09	18,4
Douleur manubrio sternale	03	06,1
Douleur sterno-chondro-costale	02	04,1
Fessalgies	25	51
articulations périphériques		
Monoarthralgie	08	16,3
Oligo arthralgies	04	08,2
Poly arthralgies	05	10,2
Enthésopathies		
Talagie	36	73,5
Autres	02	4,1
Extra articulaires	28	57,1

* Certains patients avaient plusieurs motifs d'admission

3.3.3. Signes d'examen physique

- Syndrome pelvi rachidien

Le Tableau VII présente la répartition des patients selon le siège des atteintes axiales. Le rachis lombaire était le plus atteint avec 29 cas soit 59,2%. L'articulation sacro-iliaque était atteinte dans 51.0% des cas.

Tableau VII: Répartition des patients selon le siège des atteintes axiales*

	Effectif (N = 49)	%
Sydrome pelvirachidien		
Cervicale	06	12,2
Dorsale	14	28,6
Lombaire	29	59,2
Sacro iliaque	25	51,0
Sterno-chondro costale	02	04,1
Manubrio-costale	03	06,1

* **Certains patients avaient plusieurs sièges atteints.**

Syndrome articulaire périphérique

Une atteinte articulaire périphérique était présente chez 37 patients (75,5%).

Le tableau VIII présente le détail des atteintes articulaires périphériques.

Les synovites constituaient les manifestations les plus fréquentes au niveau articulaire périphérique (75,5%) et plusieurs articulations périphériques ont été atteintes (44,9%).

Tableau VIII: Répartition selon les atteintes articulaires périphériques

	Effectif (N=49)	%
Symptômes		
Douleur	30	61,2
Raideur	09	18,4
Synovite	37	75,5
Dactylite	12	24,5
Caractéristiques		
Monoarthrite	06	12,2
Oligoarthrite	09	18,4
Polyarthrite	22	44,9
Asymétrique	16	32,6
Symétrique	04	08,6

Le Tableau IX présente la répartition des patients selon le siège des atteintes périphériques.

Le genou était l'articulation la plus touchée au membre pelvien (63,3%) et celle de l'épaule la plus touchée au membre thoracique (28,6%).

Tableau IX: Répartition des patients selon le siège des atteintes périphériques*

	Effectif (N = 49)	%
Membre thoracique		
Épaule	14	28,6
Coude	07	14,3
Poignet	12	24,5
MCP	12	24,5
IPP	09	18,4
IPD	09	18,4
Membre pelvien		
Hanche	07	14,3
Genou	31	63,3
Cheville	09	18,4
MCP	07	14,3
IPP	04	08,2
IPD	04	08,2

MCP : articulation métacarpo-phalangienne ; IPP : articulation inter phalangienne proximale

IPP : articulation inter phalangienne proximale ; IPD : articulation inter phalangienne distale

Certains patients avaient plusieurs articulations touchées.

- Syndrome enthésopathique

Le tableau X présente la répartition des enthésopathies

Les enthésopathies étaient présentes chez 38 patients (77,5%). La Talalgie plantaire et postérieure dans 36 cas (73,5%), la talalgiesathie de la patte d'oie dans 2 cas (4,1%).

Tableau X: Répartition selon les enthésopathies

	Effectif (N = 49)	%
Présent	43	87,7
Talalgie Plantaire	12	24,5
Talalgie Postérieure	14	28,6
Les 2	10	20,4
Patte d'oie	02	4,1
Autre	05	10,2
Absent	06	12,2

- Manifestations extra-articulaires

Le tableau XI exprime la répartition des patients selon les manifestations extra-articulaires viscérales.

Au moins une manifestation extra-articulaire était présente chez 22 patients (44,9%) dominée par les manifestations extra-articulaires génito-urinaires (24,5%).

Tableau XI: Répartition des patients selon les manifestations extra-articulaires viscérales

	Effectif (N = 49)	%
Infection génito-urinaire récente	12	24,5
Diarrhée récente	06	12,2
Conjonctivite	04	08,2
Psoriasis	03	06,1
Uvéite	03	06,1
Pas de manifestation	21	42,9

3.3.4. Signes généraux

La fièvre était le signe général le plus présent 11 cas (22,4%).

Le Tableau XII présente les signes généraux retrouvés chez les patients.

Tableau XII: Signes généraux

	Effectif (N = 49)	%
Fièvre	11	22,4
Asthénie	09	18,4
Anorexie	04	08,2
Amaigrissement	02	04, 1
Autres	23	46,94

3.4. PAQUET MINIMAL D'EXAMENS PARA CLINIQUES POUR LE DIAGNOSTIC DE SPONDYLARTHRITE

3.4.1. Biologie

Le bilan inflammatoire était composé de la CRP, la VS et la NFS. Il était disponible au CNHU-HKM.

Le phénotypage de l'HLA-B27 n'était pas disponible au CNHU-HKM mais a pu être réalisé à l'extérieur du pays par certains patients.

Le tableau XIII présente la répartition des patients selon la disponibilité du bilan biologique et les résultats.

Le bilan inflammatoire était disponible et réalisé chez 47 cas pour la CRP soit 95,9% ; et 43 cas pour la VS soit 83,8 %.

Il était perturbé chez la plupart des patients avec la VS accélérée chez 67,4% des patients.

La CRP par contre était normale dans 51,1% des cas. La VS a été réalisée chez 45 personnes soit un taux de réalisation de 91,8%. Elle était accélérée dans 67.3%.

Le HLA B-27 n'était pas disponible au CNHU-HKM ; il a été néanmoins réalisé à l'extérieur du pays dans 22 cas soit 44,9%. Le HLA B-27 a été retrouvé chez 19 des 22 patients qui l'ont réalisé (soit 86,4%).

Tableau XIII: Répartition des patients selon la disponibilité et **la** réalisation du bilan biologique et les résultats.

	Bilan biologique				
	Disponibilité		Réalisation	Résultats	
	Oui	Non	Effectif %	Effectif	%
CRP	X		47		
< 6			95,9	24	51,1
> 6				23	48,9
VS	X				
			43		
			87,8		
Normale				14	32,6
Accéléré				29	67,4
HLAB27*		X	22		
Présent			44,9	19	86,4
Absent				03	13,6

*Réalisé à l'extérieur du pays

X = disponible ou non

3.4.2. Radiologie

La radiographie du bassin à la recherche de sacroiliite était disponible et a été réalisée par 41 patients.

Le tableau XIV présente les résultats du bilan radiologique

La radiographie du rachis cervico-dorso-lombaire ainsi que la radiographie du bassin étaient disponibles et réalisées dans 43 cas, soit 87,8%.

Elles sont revenues normales dans la majorité des cas 67,4 pour la radiographie du bassin et 62,8 pour la cervico dorso lombaire. Des syndesmophytes sont présents dans 11 cas (25,6%) avec signe de Romanus dans 5 cas (11,6%). La sacroiliite radiographique stade3 étant présente dans 14 cas (32,6%).

L'IRM sacro iliaque a été réalisée chez un cas (2%) à l'extérieur du pays et a révélé une sacroiliite.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le bilan radiologique

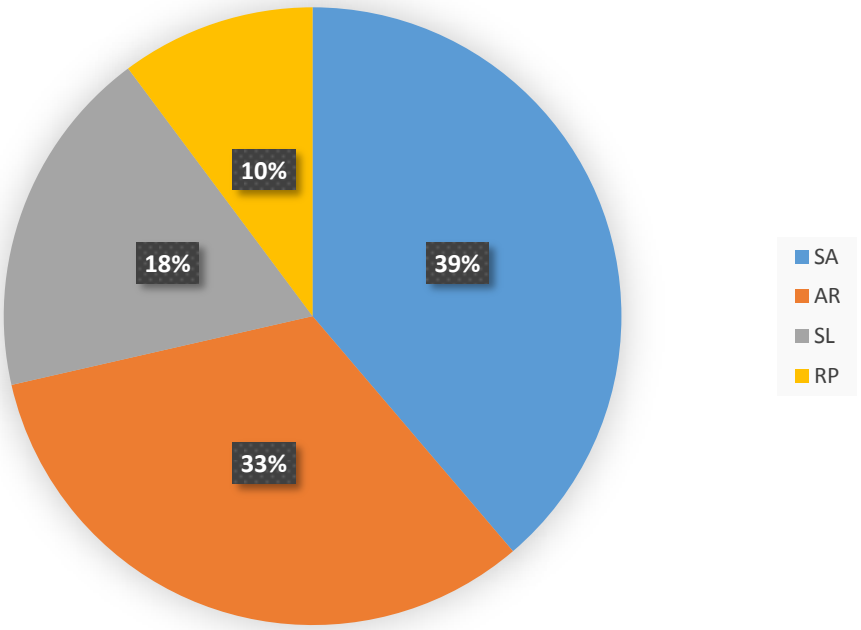
Bilan radiologique	Disponibilité		Réalisation		Résultats	
	Oui	Non	Effectif	%	Effectif	%
Radiographie du rachis	X		43			
Normale			87,8		27	62,8
Syndesmophytes					11	25,6
Signe de Romanus					05	11,6
Radiographie du bassin	X					
normale					29	67,4
Sacroiliite					14	32,6
IRM Sacro iliaque		X	01	02		
Nornale					00	00
Sacroiliite					01	100

*Réalisé à l'extérieur du pays

3.5. TYPE DE SPONDYLARTHRITE

La figure 10 présente la répartition des patients selon le type de spondyloarthrite en fonction du sexe et de l'âge.

La spondylarthrite ankylosante venait en tête des spondyloarthrites avec un taux de 38,8% avec un sexe ratio de 1/1 et une tranche d'âge comprise entre 35 et 68 ans.



SA : spondylarthrite ankylosante ; AR : arthrite réactionnelle ; SI : spondylarthrite indifférenciée ;

RP : rhumatisme psoriasique

Figure 10: Répartition des patients selon le type de spondylarthrite

3.6. Données thérapeutiques

3.6.1. Traitement symptomatique

Le traitement symptomatique était principalement fait d'AINS et d'antalgiques (49 cas soit 100%).

Le tableau XV présente la répartition des patients selon le traitement symptomatique.

Tous les patients ont reçu un traitement symptomatique à base d'antalgique et d'antiinflammatoire.

45 cas (91,8%) ont bénéficié de la rééducation fonctionnelle.

Tableau XV: Répartition des patients ayant bénéficié d'un traitement symptomatique

	Effectif (N = 49)	%
Antalgique	49	100
AINS par voie générale	43	87,8
Corticothérapie	06	12,2
Myorelaxant	18	36,7
Anxiolytique	04	08,2
Rééducation fonctionnelle	45	91,8

3.6.2. Traitement de fond

Un traitement de fond avait été institué chez 39 patients (79,6%). Il s'agissait de sulfasalazine principalement (46 %).

La biothérapie n'a été pratiquée chez aucun cas ; chez 10 patients il n'y a pas eu de traitement de fond. Une association de molécules a été pratiquée chez 7 cas soit 14,3%.

Tableau XVI: Répartition des patients selon le traitement de fond

	Effectif (N = 49)	%
Monothérapie		
Méthotrexate	09	23,1
Sulfasalazine	18	46,1
Hydroxychloroquine	05	12,8
Associations		
Métho-salazo*		
Métho-salazo-hydroxychloro*	04 03	10,2 07,7
Biothérapie	00	00
Pas de traitement de fond	10	20,4

*Métho-salazo : méthotrexate-sulfasalazine

*Métho-salazo-hydroxychloro : méthotrexate-sulfasalazine-hydroxychloroquine

3.7. Évolution

L'évolution en cours d'hospitalisation a été évaluée sur la base de l'indice BASDAI. Le Tableau XVII présente l'évolution de la maladie en fonction de l'indice BASDAI.

Sur la base de l'indice BASDAI ; 22 cas étaient en phase rémission (44,9 %) ; 10 (20,4%) en activité modérée et 05 en activité forte (10,2%).

Tableau XVII: Evolution

Indice BASDAI		%
Rémission	22	44,9
Activité modérée	10	20,4
Activité forte	05	10,2

3.8. Analyse des facteurs associés à l'activité de la maladie

3.8.1. Influence des caractéristiques sociodémographiques

Le Tableau XVIII présente l'Influence des caractéristiques sociodémographiques sur les poussées douloureuses en analyse uni variée.

Tableau XVIII: Influence des caractéristiques sociodémographiques sur les poussées douloureuses en analyse univariée.

	Activité n (%)		RC brut	IC95%	P
	Oui	Non			
Tranche d'âge					0,867
< 20	0 (0,0)	1 (100)			
20 – 29	5 (45,5)	6 (54,5)	1,200	[0,366 ; 3,932]	
30 – 39	5 (31,3)	11 (68,8)	2,200	[0,764 ; 6,332]	
40 – 49	5 (35,7)	9 (64,3)	1,800	[0,603 ; 5,371]	
≥ 50	3 (42,9)	4 (57,1)	1,333	[0,298 ; 5,957]	
Sexe					0,812
Homme	11 (35,5)	20 (64,5)	0,864	[0,260 ; 2,869]	
Femme	7 (38,9)	11 (61,1)			
Situation matrimoniale					0,075
Célibataire	4 (40,0)	6 (60,0)	1,500	[0,423 ; 5,315]	
En couple	10 (35,7)	18 (64,3)	1,800	[0,831 ; 3,999]	
Séparé	1 (33,3)	2 (66,7)	2,000	[0,181 ; 22,056]	
N/D	3 (37,5)	5 (62,5)			
Profession					0,112
Commerçant	2 (12,5)	14 (87,5)	7,000	[1,591 ; 30,800]	
Fonctionnaire	6 (50,0)	6 (50,0)	1,000	[0,323 ; 3,101]	
Artisan	4 (50,0)	4 (50,0)	1,000	[0,250 ; 3,998]	
Agent de santé	1 (50,0)	1 (50,0)	1,000	[0,063 ; 15,958]	
Étudiant	2 (100)	0 (0,0)	-	-	
Agent de sécurité	0 (0,0)	1 (100)	-	-	
N/D	2 (28,6)	5 (71,4)			

Les facteurs sociodémographiques n'avaient aucune influence sur l'activité de la maladie.

3.8.2. Influence des caractéristiques cliniques

Le type de spondylarthrite était associé à l'activité de la maladie. En effet seuls les patients développant une arthrite réactionnelle et une spondylarthrite ankylosante avaient montré une activité significative (poussée) avec l'évolution de la maladie ; respectivement p=0,000 et p=0,000.

Tableau XIX: Influence des caractéristiques cliniques sur les poussées douloureuses en analyse univariée.

	Récidive n (%)		RC brut	IC95%	P
	Oui	Non			
Début					0,753
Brutal	6 (40,0)	9 (60,0)	1,22	[0,350 ; 4,265]	
Progressif	12 (35,3)	22 (64,7)			
Mode évolutif					0,858
Aigu	13 (36,5)	6 (39,0)	1,400	[0,444 ; 4,411]	
Chronique	5 (41,7)	7 (58,3)	2,000	[0,899 ; 4,452]	
Type de spondylartrite					0,000
Arthrite réactionnelle	6 (37,5)	10 (62,5)	1,667	[0,606 ; 4,586]	
Rhumatisme psoriasique	5 (100)	0 (0,0)	-	-	
Spondylarthrite ankylosante	1 (5,3)	18 (94,7)	18,000	[2,403 ; 134,884]	
Spondyloarthrite indifférenciée	6 (66,7)	3 (33,3)			

DISCUSSIONS

La discussion des résultats de l'étude s'articule autour des trois (03) points suivants :

- Atteinte des objectifs ;
- Validité de la méthode d'étude et des résultats ;
- Commentaire des résultats appuyé par les données de la littérature.

4.1. Atteinte des objectifs

Au terme de l'étude, les objectifs définis ont été atteints. En effet cette étude nous a permis de :

- -Déterminer la fréquence hospitalière globale des spondylarthrites au CNHU-HKM de Cotonou ;
- -Décrire les aspects cliniques et le paquet minimal d'examens para cliniques disponibles pour le diagnostic des spondylarthrites à Cotonou ;
- -Préciser les étiologies des spondylarthrites au CNHU-HKM ;
- -Décrire les aspects thérapeutiques et évolutifs des spondylarthrites ;
- Déterminer les facteurs associés à l'activité des spondylarthrites au CNHU-HKM.

4.2. Validité de la méthode d'étude et des résultats

4.2.1. Validité de la méthode

4.2.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Nous avons fait un recensement exhaustif de toutes les spondylarthrites rencontrées au cours de la période d'étude. Les informations consignées dans les dossiers médicaux nous ont permis d'obtenir les données relatives au début de la maladie et à l'évolution des patients au cours des années de suivi.

4.2.1.2. Biais de sélection

Le Service de Rhumatologie, du CNHU-HKM constitue le service de référence pour la prise en charge des spondylarthrites. La présence de spécialistes Rhumatologues assure que les cas sélectionnés sont bien ceux attendus.

4.2.1.3. Biais d'information

Les différentes informations contenues dans les dossiers, avaient été consignées par les spécialistes Rhumatologues, ce qui en assure la crédibilité.

Les critères d'inclusion utilisés étaient basés sur les critères de classifications et/ou de diagnostic habituellement utilisés en Rhumatologie pour en garantir la reproductibilité.

4.2.2. Validité des résultats

Les dossiers inclus dans l'étude étaient réellement ceux attendus car, ayant dûment rempli nos critères d'éligibilité. Les différents groupes étiologiques ont été renseignés. Les résultats obtenus constituent donc une base fiable, pour aider à une meilleure connaissance des spondylarthrites en vue d'en améliorer la prise en charge.

4.3. Commentaire des résultats

4.3.1. Fréquence hospitalière

La fréquence hospitalière globale était de 3,2%.

Ce taux est élevé comparé aux résultats de CONDE et coll. [56]; ainsi qu'à ceux de MBASSI [57] qui retrouvaient respectivement une fréquence de 1,37 % au Sénégal et une fréquence de 0,93% au mali. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que leurs études n'auraient pas pris en compte tous les patients durant la période d'étude. Elle pourrait aussi s'expliquer par la présence d'une équipe de rhumatologie de plus en plus étoffée au CNHU-HKM.

4.3.2. Age

Dans notre série, L'âge moyen des patients était de 38 ± 2 ans avec des extrêmes de 15 et 68 ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux de AWADA et coll. [58] et JABBOURI et coll. [59] qui ont retrouvé respectivement un âge moyen de 37,3 ans et 32 ans. Ceci confirme que les spondylarthrites touchent la tranche d'âge la plus active.

4.3.3. Sexe

La population était dominée par les hommes (60,5%).

Ce résultat similaire à ceux de MBASSI au Mali [57] et AWADA [58] pour qui le sexe masculin est le plus représenté. Les spondylarthrites sont donc au Bénin une maladie à prédominance masculine.

4.3.4. Aspects cliniques

Le motif de consultation

La lombalgie était le motif de consultation le plus fréquent avec un taux de 38,8%. Pour CYRILLE EFANG MBASSI Ebéni-Junior au Mali [57] le motif le plus fréquent était la polyarthrite asymétrique chronique (23,1%).

- L'itinéraire thérapeutique avant admission

Les patients avaient majoritairement pratiqué une automédication (89,8%) ; et un grand nombre (71,4%) avait consulté un praticien, essentiellement un médecin généraliste avant leur admission au CNHU-HKM. En outre le délai moyen de consultation au CNHU-HKM après apparition des premiers symptômes était de 603 ± 187 jours avec des extrêmes de 7 et 3650 jours ; supérieur à celui retrouvé par Nzenze et al. [56] où il était de 10 mois [3 jours ; 7 ans].

Les causes de retard relatives à la consultation spécialisée n'ayant pu être évaluées sur les patients, nous émettons les hypothèses suivantes pour tenter de les expliquer :

- probable difficulté financière de certains patients qui préfèrent se tourner vers l'automédication ;
- prise en charge et orientation inadéquate des praticiens initialement consultés.

Des études ultérieures s'avèrent donc nécessaires pour investiguer ces observations.

- **Manifestations articulaires**

Au plan axial, le rachis lombaire était le plus atteint avec 59,2% et l'articulation sacro-iliaque était atteinte dans 51.% des cas. Ce résultat est inférieur à ceux de

AWADA [58] et JABBOURI [59] qui ont trouvé une atteinte lombaire dans, respectivement, 82,65% et 83,2%. AWADA [58] et JABBOURI [59] ont trouvé une atteinte des sacro-iliaques dans, respectivement, 56,52% et 63,8%, résultats aussi supérieurs à ceux de notre étude.

Les synovites constituaient les manifestations les plus fréquentes au niveau articulaire périphérique (75,5%) et plusieurs articulations périphériques ont été atteintes (44,9%). Ce résultat est inférieur à ceux de MBASSI qui retrouvait une atteinte périphérique dans 84,62% des cas.

- **Signes extra-articulaires associés**

Moins de la moitié des patients (44,9%) présentait des manifestations extra articulaires dominées par les manifestations génito-urinaires (24,5%). Ce taux est inférieur à celui MBASSI au Mali [57] chez qui la plupart des patients (92,31%) présentait des manifestations extra articulaires et pour qui le psoriasis est le signe extra- articulaire le plus présent. JABBOURI [59] retrouve l'uvéite.

- **L'enthésite**

Les enthésopathies étaient présentes chez 43 patients (87,7%). Ce taux est supérieur à celui de AWADA [58] (54,08%) des cas.

L'atteinte des enthèses constitue donc un élément important dans les manifestations cliniques des spondylarthrites.

4.3.5. Aspects para cliniques

- **Signes biologiques**

• La vitesse de sédimentation des globules rouges et la CRP

Le bilan inflammatoire était disponible et réalisé chez 47 cas pour la CRP soit 95,9% ; et 43 cas pour la VS soit 83,8 %. La vitesse de sédimentation sanguine était accélérée dans 67,3% des cas. Résultat inférieur à celui de AWADA [58] qui trouve une Vitesse de sédimentation accélérée chez 100,0% des patients, mais supérieur à

celui de GERARD qui trouve une vitesse de sédimentation accélérée dans 66,0% des cas.

La CRP était normale dans 51,1% des cas. Ce résultat contraste avec celui de MBASSI au Mali [57] pour qui la CRP était positive dans 76,9% des cas.

Le bilan inflammatoire ne constituerait donc pas un paramètre clé pour le diagnostic des spondylarthrites.

• Le HLA B-27 n'était pas disponible au CNHU-HKM ; il a été néanmoins réalisé à l'extérieur du pays dans 22 cas soit 44,9%. Ce gène a été retrouvé chez 19 des 22 patients qui l'ont réalisé (soit 86,4%). Ces chiffres confirment le lien étroit entre la présence du HLA B27 et les spondylarthrites.

- **Signes radiographiques**

• L'atteinte des sacro-iliaques à la radiographie standard du bassin

La radiographie du bassin est revenue normales dans la majorité des cas 67,4 pour la radiographie du bassin. Ces chiffres se rapprochent de ceux de MBASSI au Mali [57] (69,27%) et supérieurs à ceux de AWADA [58] et JABBOURI [59] qui trouvent respectivement 78,02% et 93,2% d'atteinte des sacro-iliaques radiologiquement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la radiographie standard ne constitue pas le moyen le plus efficace pour la détection des signes inflammatoires en phase débutante.

• Radiographie du rachis cervico dorso lombaire

Des syndesmophytes étaient présents dans 25,6% des cas ; résultat inférieur à celui de AWADA [58] qui trouve les syndesmophytes dans 27,66% des cas.

- **Données étiologiques**

Les principales spondylarthrites retrouvées étaient : La spondylarthrite ankylosante, l'arthrite réactionnelle, la spondylarthrite indifférenciée et le rhumatisme psoriasique. Ceci est presque conforme aux résultats de TRAOZE à Bamako [54] qui a retrouvé la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles,

les formes associées aux entérocolopathies inflammatoires (maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique), le SAPHO et les formes indifférenciées.

La spondylarthrite ankylosante venait en tête des spondylarthrites avec 38,8% des patients ; ceci est conforme aux résultats de Condé Kaba et coll. [56] chez qui la spondylarthrite ankylosante venait également en tête mais avec 71,2 % des cas.

4.3.6. Aspects thérapeutiques

- **Traitement instauré**

Un traitement symptomatique avait été institué chez tous les patients et était fait d'antalgique et d'antiinflammatoire (100%).

Un traitement de fond avait été institué dans 79,6% des cas. Il s'agissait de sulfasalazine principalement (46,1%). Ceci est conforme aux résultats de MBASSI au Mali [57].

La rééducation fonctionnelle a été pratiquée dans 45 cas soit 91,8%. Seulement 9,2% des cas n'ont pas pu faire la rééducation fonctionnelle. Ceci pourrait s'expliquer par les conditions socioéconomiques précaires de ces derniers et le coût relativement élevé des séances de kinésithérapie.

- **Evolution en cours d'hospitalisation**

Selon l'indice BASDAI 44,9 % des patients mis sous traitement de fond étaient en rémission à leur sortie de l'hôpital. Ceci est inférieur aux résultats des travaux de PAVY et coll, [49] chez qui le taux de rémission était supérieur à 50%. Ce taux relativement faible de rémission pourrait s'expliquer par la non disponibilité de la biothérapie en Afrique.

Seul le type de spondylarthrite (arthrite réactionnelle et spondylarthrite anylosante) était significativement associé à l'activité de la maladie.

Les patients présentant une arthrite réactionnelle et spondylarthrite ankylosante font plus fréquemment de poussées que ceux présentant les autres spondylarthrites.

CONCLUSION

Les spondylarthrites sont fréquentes au Bénin avec une fréquence hospitalière de 3,2 %. Elles touchent préférentiellement la tranche d'âge la plus active et sont dominées par la spondylarthrite ankylosante et l'arthrite réactionnelle. Ces deux types de spondylarthrites étaient par ailleurs les seuls facteurs associés à l'activité de la maladie.

Tous les patients avaient reçu un traitement symptomatique et presque tous avaient bénéficié d'une rééducation fonctionnelle. Le traitement de fond a été quant à lui instauré chez quatre patients sur cinq et aucun patient n'avait reçu la biothérapie qui non seulement est indisponible au Bénin mais également à coût onéreux. Cette situation pourrait expliquer le taux relativement faibles de patients en rémission contrairement aux chiffres des pays d'Europe où depuis vingt ans, la biothérapie est accessible aux patients avec des résultats très satisfaisants.

La présente étude révèle donc que malgré la présence au CNHU-HKM d'une équipe médicale plus étoffée et hautement qualifiée, les patients souffrants de spondylarthrites ne bénéficient pas encore des traitements modernes car très chers et non disponibles.

Ne serait-il pas dans ce cas bienséant que nos autorités politiques en collaboration avec la société béninoise de rhumatologie et l'appui des partenaires techniques et financiers mobilisent les fonds en vue d'un programme national de lutte contre les spondylarthrites ?

SUGGESTIONS

➢ Aux autorités politico-administratives :

- Promouvoir la formation des spécialistes et le recyclage de personnel de santé impliqué dans la prise en charge des arthrites ;

- Accorder une motivation pour attirer les spécialistes ;

- Œuvrer pour rendre opérationnelle et disponible à coût abordable au citoyen moyen les examens para cliniques d'aide au diagnostic ;

- Rendre disponible et à coût subventionné la biothérapie au Bénin.

- Œuvrer pour la mise en place d'un système d'assurance-maladie afin de faciliter le recours précoce aux soins médicaux. Il y a RAMU remplacé par ARCH. Quelles sont leur limites ?

➢ À l'endroit de la direction du CNHU-HKM et des responsables de l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Rhumatologie :

- Renforcer les capacités du laboratoire du CNHU-HKM permettant la réalisation des bilans comme le phénotypage de l'HLA-B27 ;

- Renforcer la capacité de l'unité de radiologie du CNHU-HKM en la dotant d'un appareil d'IRM fonctionnel ;

- Numériser l'enregistrement des patients et les archives médicales.

➢ À l'endroit des professionnels de santé :

- Orienter précocement les patients qui consultent pour une lombalgie en vue d'une prise en charge spécialisée ;

- Adopter la formation médicale continue dans le but d'améliorer les connaissances et attitudes pratiques face aux spondylarthrites.

➢ À l'endroit des patients :

- Éviter l'automédication ;
- Recourir aux soins médicaux, notamment spécialisée le plus tôt possible ;
- Honorer les rendez-vous de suivi.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Astier F, Guillot X, Cook-moreau J., «Epidémiologie, étiologie et physiopathologie de la spondylarthrite ankylosante,» 2013; 52(527):1-5. [En ligne]. Available: https://doi.org/10.1016/j.actpha.2013.03.005.

[2] Solau-Gervais E, Fautrel B., «Collège Français des Enseignants en Rhumatologie,» [En ligne]. Notions de base [cité le 28 avril 2019]. [En ligne]. Available: http://www.lecofer.org/01notionbase.php.

[3] Dougados M., «Spondyloarthrite : quoi de neuf à l'horizon ?,» *Revue du Rhumatisme Monographies*, pp. 82(1):68-71; http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.03.006, 2015.

[4] Gabay O, Berenbaum F., «Inflammation et pathologies articulaires.,» *Revue Francophone des Laboratoires.*, pp. (389):37-42 ; http://doi.org/10.1016/S1773-035X(07)80060-8, 2007.

[5] Lekpa K, Farrenq V, Claudepierre P., «Spondylarthropathies,» *La revue du praticien*, 20 avril 2009; Disponible https://www.researchgate.net /profile/Fernando_Kemta_Lekpa/publication/26234545_Spondylarthropathies/links/09e4150c069aa556ab000000.pdf.

[6] Corinne Miceli-Richard, «L'enthèse : la piste pour la pathogénie des spondyloarthrites ?,» *revue de rhumatisme monographique*, 4 août 2014 ; [cité le 15 mars 2015]. Disponoble https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.08.001.

[7] Saraux A., «Spondylarthrite ankylosante et spondyloarthrites. Dans: Bontoux D, directeur. Rhumatologie,» 2e éd. Paris : Lavoisier, 2015, pp. 298-311..

[8] Berenbaum F., «Prescription d'un AINS en Rhumatologie,» *EMC – Traité Médecine AKOS*, 1998. Article 7-0905.

[9] Kaltwasser JP et al;, «Treatment of psoriatic arthritis study group. Efficacity and safety of leflunomide in the treatment of Psoriatic arthritis and psoriasis,» chez

Arthritis and Rheumatism, 2004, pp. 50(6):1939-0.

[10] Pavy S, Allanore Y, Kahan A., «Spondylarthropathies et médicaments anti-TNFa,» *La Revue de médecine interne*, pp. 52(9):717-24 ; http://doi.org/10.1016/j.revmed.2005.02.007., 2005.

[11] Vital Durand D., «Guide pratique des médicaments: DOROSZ,» Paris: Maloine, 2010.

[12] Lanfant-Weybel K, Lequerre T, Vittecoq O., «Anti-TNF alpha in the treatment of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis.,» Presse Med, 2009, pp. 38:774-8.

[13] Jeandel P, Chouc Y, Laroche R., «rhumatologie en Afrique noire : certitudes, perspectives et inconnues.,» chez *Médecine d'Afrique Noire*, 1991, pp. 38(1):41-9.

[14] Wendling D., «Progrès dans les spondylarthropathies. Revue du Rhumatisme,» 2007; 74 (2007):22-8.. [En ligne]. Available: http://doi.org/10.1016/S1169-8330(07)80609-0.

[15] Leirisalo-Repo M, Turunen U, Stenman S, Helenius P, Seppala K., «High frequency of silent inflammatory bowel disease in spondylarthropathy.,» chez *Arthritis Rheum*, 1994, pp. 37 :23-1.

[16] Galvin S., «Medecine Interne de Netter,» Paris : Masson, 2011.

[17] Miceli-Richard C., «HLA B27 et spondylarthropathies. Revue du Rhumatisme Monographies,» 2010; 77(4):288-92.. [En ligne]. Available: http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2010.07.003.

[18] Houzou P et al., «Profil des affections rhumatismales chez 13517 patients ouest africains,» *La Tunisie Médicale*, p. 91 (1): 16 – 20, 2013.

[19] Marieb EN., «Anatomie et physiologie humaine.,» 4e éd. Montréal: Éditions du

Renouveau pédagogique Inc., 1999.

[20] Zomalheto Z, Gounongbe M, Avimadje M., «Affections rhumatologiques en milieu africain à l'ère du 21è siècle : Profil de 9992 patients ouest-africains.,» Med Afr Noire. 2014, p. 61:64-76..

[21] Abdoulrazack F et al., «Les spondylarthrites. Dans : directeur. Société marocaine de rhumatologie.,» 1ère édition. BAYA PRINT, 2018, pp. p235-6.

[22] Lebrun et al., «Épidémiologie des maladies auto-immunes et systémiques chez les patients vivant avec le VIH suivi dans la cohorte française nationale Dat'AIDS. La Revue de Médecine Interne,» 2017; 38(2):A89-0.. [En ligne]. Available: http://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.10.386.

[23] Kouakou N, Akondé-Comoé M, Eti E, Daboiko J, Gabla A., «Données épidémiologiques élémentaires sur la rhumatologie en milieu hospitalier ivoirien.,» Rhumatologie, 1994, p. 46:293-32..

[24] Kouassi Djaha J-M, et al., «Spondyloarthropathies tardives se présentant sous le masque d'une pseudopolyarthrite rhizomélique,» *Rev Med Interne,* pp. 34(11):667-0. http://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.01.002, 2013.

[25] Badelon I., «Oeil et spondylarthropathies,» *La Revue du Praticien,* pp. 49 :1995-8, 1999.

[26] O'neill T, Bresnihan B, «The heart in ankylosing spondylitis.,» *Ann Rheum Dis,* pp. 5 1 :705-6, 1992.

[27] Jeandel P, Roux H., «Épidémiologie des affections rhumatologiques en Afrique subsaharienne,» *Rev Rhum.*, p. 69:764-76, 2002.

[28] Wendling D et Al., «Recommandations de la Société franc¸ aise de rhumatologie (SFR) pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite,» *Revue du Rhumatisme,* pp. 81(2014):6-15.

http://doi.org/10.1016/j.rhum.2013.11.007, 2013.

[29] Jean-Baptiste G., «Manifestations ostéo-articulaires des rétrovirus. Dans: Bontoux D, directeur. Rhumatologie,» 2e éd. Paris: Lavoisier, 2015, p. 449-60.

[30] Simon L, Blotman F, Claustre J., «Abrégé de Rhumatologie,» 4e éd. Paris: Masson, 1984.

[31] Mcgonagle D, Marzo-Ortega H, Benjamin M, Emery P., «Report on the second international Enthesitis workshop,» chez *Arthritis Rheum*, 2003, pp. 48 : 896-05.

[32] Strobel E, Fritschka E., «Renal diseases in ankylosing spondylitis: review of the literature illustrated by case reports.,» *Clin Rheumatol,* pp. 17:524-30, 1998.

[33] Revel M, Poiraudeau S, Mayoux-Benhamou M-A., «Principes de rééducation fonctionnelle. EMC - Traité Médecine AKOS,» 2006, p. 1(1):1-4..

[34] Adélakoun Ange Géoffroy FALADE, «Aspects epidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des arthrites au CNHU-HKM de Cotonou [Thèse],» Cotonou: Faculté des sciences de la santé de Cotonou, 2020.

[35] Degboe Y., «Quel est l'intérêt du groupage HLA dans le diagnostic de spondylarthrite ?,» Revue du Rhumatisme 2011, pp. 78(6):S199-205.

[36] Eti E, Dollo I, Ouali B, Ouattara B, N'zué MK., «Les affections rhumatologiques inflammatoires ayant motivé une hospitalisation au centre hospitalo-universitaire de Cocody (Abidjan) entre mars 1998 et mars 2000.,» Revue du Rhumatisme. 2004, p. 71:1215-20..

[37] Sibilia, Pham T, Sordet C, Jaulhac B, Claudepierre P., «Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies.,» chez *EMC-Médecine*, 2005, p. 1762(4193):488–511. http://doi: 10.1016/j.emcmed.2005.08.005.

[38] Rat A., «Épidémiologie de la spondyloarthrite au xxie siècle.,» Revue du

Rhumatisme Monographies 2014; 81(4):225-229.. [En ligne]. Available: https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.05.001.

[39] Dernis E, Marcelli C, Saraux A., «Réaction inflammatoire. Aspects biologiques et cliniques, conduite à tenir,» chez *Dans: Dernis E, Marcelli C, Saraux A, directeurs. Rhumatologie*, 2e éd. Paris: Masson, 2005, p. p.109-12.

[40] Lacourt A et al., «Imagerie des spondyloarthrites,» chez *Feuillets de Radiologie*, 2016, pp. 53(3):133-150. http://doi.org/10.1016/j.frad.2016.03.008.

[41] Pialat J et al., «Sacro-iliaques et spondyloarthrites,» *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*, pp. 97(3):229-4. http://doi.org/10.1016/j.jradio.2016.02.014, 2016.

[42] Hoenen-Clavert V., «Détermination des critères IRM de sacro-iliite pour le diagnostic précoce et l'évaluation de l'activité dans les spondylarthropathies. [Thèse],» Fac Med de Nancy, 2005.

[43] Sicauda A, Le Goff B, Gilsona M, Gaudina P., «Place de l'échographie dans les spondyloarthrites,» *Revue du Rhumatisme Monographies*, pp. 81(4):258-6. http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.04.011, 2014.

[44] Boutry N, Cotten A., «Apport de l'échographie dans les rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, pseudopolyarthrite rhizomélique et spondylarthropathies),» *La Revue de médecine interne*, p. 31(2010) :29–40. http://doi:10.1016/j.revmed.2009.03.365, 2010.

[45] Sieper J et al., «New criteria for inflammatory back pain in patientswith chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS),» 10 janv 2009.

[46] Benneth P, Burch T., «Critères de New-York.,» *Bull Rheum Dis*, p. 17:458, 1967.

[47] Kahn F., «Histoire de la spondylarthrite ankylosante,» *Revue du Rhumatisme Monographies,* pp. 81(4):216-217. http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.06.004, 2014.

[48] Luo G et al., «La survenue brutale et inattendue d'événements stressants est suivie d'une augmentation d'activité de la spondyloarthrite : étude longitudinale en ligne sur deux ans,» *Revue du Rhumatisme,* pp. 86(5):497-503. http://doi.org/10.1016/j.rhum.2019.07.015, 2019.

[49] Wendling D, Godfrin-Valnet M., «Rémission et poussée dans la spondyloarthrite,» Revue du Rhumatisme Monographies [en ligne]. 3 juillet 2014 [cité le 30 avril 2015]. [En ligne]. Available: http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2014.07.001.

[50] Solau- Gervais É, Fournié B., «Rhumatisme psoriasique. Dans: Bontoux D, directeur. Rhumatologie.,» 2e éd. Paris: Lavoisier, 2015, p. p. 312-8..

[51] Bywaters E, Dixon A., «Paravertebral ossification in psoriatic arthritis,» *Ann Rheum Dis,* pp. 24 : 313-331, 1965.

[52] Guillot B., «Psoriasis,» *La Revue du Praticien*, pp. 49 : 1473-1 479, 1999.

[53] Wendlinga D, Prati C, Toussirot E, Ornetti P., «Spondylarthrite, spondylarthropathies : critères de diagnostic et de classification,» *Revue du rhumatisme monographies,* p. 77(2010) 43–47. http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2009.12.002, 2010.

[54] Traore Z., «Prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques chez l'adulte dans le service de Rhumatologie au CHU du Point G. [Thèse],» Bamako FMPOS, 2009.

[55] Beaudreuil J, Gallou Jj., «Spondyloarthrites. La rééducation : pour qui, quand, comment?,» *Revue du Rhumatisme Monographies,* pp. 82(1):55-9. http://doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.01.004, 2015.

[56] Condé K et Al., «Spondyloarthrites au Sénégal: Étude de 350 Observations,» *European Scientific Journal.,* p. 15(9):1857; [En ligne]. Available: doi.org/10.19044/esj.2019.v15n9p169, 2019.

[57] Cyrille Efang Mbassi E-J., «Les spondylarthropathies : Aspects epidémiologiques, cliniques et radiographiques dans le Service de Rhumatologie au CHU du Point GBamako [Thèse],» Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 2014.

[58] Awada H et al., «Clinical, radiological, and laboratory findings in Lebanese spondylarthropathy patients according to HLAB27 status.,» *Rev Rhum,* p. 67:203-7, 2000.

[59] Jabbouri R et al., «Les spondylarthropathies (étude de 542 cas).,» *Médecine Interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.,* doi:10.1016/j.revmed.2012.03.247.

ANNEXES

Annexe 1: Fiche de dépouillement c

Annexe 2 : Critères d'ASAS 2009 l

Annexe 3 : Critères de l'Amor ..... m

Annexe 4 : Critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) ..... n

Annexe 5 : Critères de New York modifiés pour la spondylarthrite ..... o

Annexe 6 : Indice BASDAI ..... p

Annexe 1: Fiche de dépouillement

FICHE DE DÉPOUILLEMENT

IDENTIFICATION
Dossier N° Fiche N°
Date d'admission : ____ / ____ / ____
Initiales du patient :

N°	PARAMÈTRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	
Q01	Âge au moment du diagnostic	I____I____I ans
Q02	Sexe	1. Féminin 2. Masculin
Q03	Nationalité	1. Béninoise 99. Autre, préciser _____
Q04	Ethnie	1. Fon et apparentés 2. Bariba et apparentés 3. Adja et apparentés 4. Yoruba et apparentés 5. Dendi et apparentés 6. Otamari et apparentés 7. Peulh et apparentés 8. Yao/Lokpa et apparentés 9. Autre groupe ethnique à préciser
Q05	Situation matrimoniale	1. Célibataire 2. Union libre/Marié(e) 3. Divorcé(e)/Séparé(é) 4. Veuf/Veuve
Q06	Profession	1. Fonctionnaire 2. Cultivateur(trice) 3. Ouvrier(e) 4. Etudiant(e)/Elève 5. Artisan(e) 6. Commerçant(e) 99.Autre,préciser _____
Q07	Adresse	1. Cotonou 99.Autre,préciser _____

Q08	Motif de consultation	Signes articulaires 1. Douleur articulaire 2. Raideur 3. Impotence fonctionnelle Signes extra articulaires 4. Déformation articulaires 99. Autre, préciser

	ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE AVANT ARRIVÉE AU CNHU-HKM	
Q09	Automédication	1. Non 2. Antalgiques 3. AINS 4. Antibiotique 5. Tisanes 6. Massage 7. Religieux 88. N/A 99.Autre,préciser
Q10	Consultation d'un praticien consulté avant arrivée au CNHU-HKM	1. Non 2. Médecin généraliste 3. Kinésithérapeute 4. Tradi-praticien 5. Médecin Spécialiste, préciser 88. N/A 99.Autre,préciser
Q11	Traitement institué	1. Aucun 2. Antalgiques 3. AINS 4. Corticoïdes 5. Antibiotiques 6. Antituberculeux 7. Chirurgie 8. Orthopédie 9. Rééducation 88. N/A 99. Autre, préciser _____
Q12	Mode d'admission au CNHU-HKM	1. Consultation spontanée 2. Référé
Q13	14. Délai entre premier symptôme et consultation au CNHU-HKM	

Q14	Antécédents personnels Rhumatologiques	1. Aucun 2. Connectivite 3. Spondylarthropathie 99.Autre, préciser
Q15	Autres Antécédents médicaux	1. Aucun 2. HTA 3. Diabète 4. UGD/Epigastralgie 5. Asthme 6. Hémoglobinopathie 7. Hépatite virale 8. Infection à VIH 9. Angine à répétition 99. Autre, préciser
Q16	Antécédents personnels chirurgicaux	1. Aucun 2. Traumatisme rachidien 3. Chirurgie rachidienne 4.Traumatisme fessier 99. Autre, préciser
Q18	Antécédents familiaux Rhumatologiques	1. Aucun 2. Spondylarthropathie 3. Autre RIC 4. Ag HLA B27 99.Autre, préciser
	ENQUÊTE SOCIALE	
Q20	Utilisation de substances psychocatives	1. Aucune 2. Alcool 3. Tabac 99.Autre,préciser
Q21	23. PEC Administrative / Assurance	1. Oui 2. Non

	DONNÉES CLINIQUES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
Q22	Mode de début	1. Brutal 2. Progressif
Q23	Facteur déclenchant	1. Aucun 2. Traumatisme 3. Surmenage physique 4. Stress psychique 99.Autre,préciser

Q24	EVA	
Q25	Atteinte articulaire périphérique	1. Oui 2. Non
Q25 Bis	Si Oui, répondre de Q26 à Q29 Si Non, passer à Q30	
Q26	Nature de l'atteinte périphérique	1. Mono articulaire 2. Oligo-articulaire 3. Poly-articulaire
Q26	Bilatéralité de l'atteinte périphérique	1. Oui 2. Non
Q26 Bis	Si Oui	1. Symétrique 2. Asymétrique
Q27	Articulation périphérique douloureuse	1. Épaule* 2. Coude* 3. Poignet * 4. Main 7. Hanche* 8. Genou* 9. Cheville* 10. Pied *préciser côté
Q28	Articulation périphérique gonflée	1. Épaule* 2. Coude* 3. Poignet * 4. Main 7. Hanche* 8. Genou* 9. Cheville* 10. Pied *préciser côté
Q29	présence de déformation	1. Aucune 2. Doigt en Saussice
Q30	Atteinte Rachis cervical	1. Oui 2. Non
Q30 Bis	Si oui	1. Spinalgie 3. Distance menton-sternum 4. Distance occiput mur 5. Distance orreille-accromion : droite _____ cm ; gauche _____ cm 6 Distance menton acromion : droite _____ cm ; gauche _____ cm 7. Contracture paravertébrale

Q31	Atteinte Rachis thoracique	1. Oui 2. Non
Q31 Bis	Si oui	1. Spinalgie 2. Ampliation thoracique 3. Contracture paravertébrale
Q32	28. Atteinte Rachis lombaire	1. Oui 2. Non
Q32 Bis	28. Si oui	1. Spinalgie 2. Distance doigt-sol 3. Indice de schober 3. Contracture paravertébrale
Q33	Syndrome pelvi-rachidien	1. Non 2. Pygalgie anamnestique : 2a droite 2b gauche 2c bilatérale 2d à bascule 3. Pygalgie palpatoire : 3a droite 3b gauche 3c bilatérale 4. Pygalgie objectivée par manœuvre : 4a droite 4b gauche 4c bilatérale
Q34	Syndrome entésopathique	1. Non 2. Talagie plantaire 2. Talagie postérieure 3. Entésopathie du poignet 4. Enthésopathie de la patte d'oie 5. Autre enthésopathie
Q35	Manifestations générales	1. Aucune 2. Asthénie 3. Anorexie 4. Amaigrissement 5. Fièvre 6. Pâleur 7. Sueurs nocturnes
Q36	Statut pondéral	
Q37	Manifestations extra-articulaires associées	1. Conjonctivite 2. Uvéite 3. Diarrhée 4. urétrite 5. Psoriasis 7.endocardite

	DONNÉES BIOLOGIQUES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
	Bilan inflammatoire biologique	
Q38	NFS	1. Normale 2. Anémie 3. Neutrophilie 4. Neutropénie 5. Lymphocytose 6. Lymphopénie 7. Thrombocytose 8. Throbopénie 88. N/A 99.Autre,préciser _____
Q39	CRP	I____I____I____I____I mg/L 1. 2. Augmentée 88. N/A Négative/Normale
Q40	VS à la 1ère heure	I____I____I____I mm 1. Normale 2. Accélérée 88. N/A
Q41	Électrophorèse des prot. sériques	1. Pas 2. Inflammation 88. N/A d'inflammation
Q42	Autres, préciser	
	Examen du liquide articulaire	1. Disponible 88. N/A
Q43	42. Macroscopie	1. Citrin 2. Puriforme 3. Hématique 99. Autre, préciser
Q44	Cytologie	
Q45a	Leucocyte	
Q45b	Hématie	
Q45c	Bactériologie	1. Pas de germe 2. Germe identifié, préciser 88. N/A
Q46	Recherche de BAAR/ GenXpert	1. Positif 2. Négatif 88. N/A
Q47	Recherche de microcristaux	1. MUS 2. PPCD 3. Hydroxy apatite 88. N/A

Q48	Phénotypage HLA B27	1. Positif 2. Négatif 88. N/A		
	Bilan immunologique			
Q49	AAN	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q50	Ac Anti-DNA natif	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q51	Ac Anti-ENA	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q52	FR	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q53	Ac Anti-CCP2	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q54	Ac Anti-Phospholipides	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q55	Autres, préciser			
	Bilan de terrain			
Q56	Sérologie HIV	1. Positif, préciser	2. Négatif	88. N/A
Q57	Sérologie hépatitique	1. Positif, préciser	2. Négatif	88. N/A
Q58	Sérologie syphilitique	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q59	Électrophorèse de l'hémoglobine	1. Disponible, préciser		88. N/A
Q60	ASLO	1. Positif	2. Négatif	88. N/A
Q61	Uricémie	1. Normal	2. Augmenté	88. N/A

	DONNÉES DE L'IMAGERIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC	
Q63	Radiographie standard rachis	1. Pas d'élément en rapport 2. Syndesmophyte 3. Signe de Romanus 4. Vertèbre en bambou 5. Squarring des vertèbres
Q64	Radiographie standard bassin	1. Pas d'élément en rapport 2. Sacroiliite, préciser grade

	DIAGNOSTIC RETENU	
Q65	Diagnostic étiologique	16. SPA 17. Arthrite réactionnelle 18. Rhumatisme psoriasique 19. Rhumatisme axial des entérocolopathies 20. Spondylarthropathie Juvénile 21. SAPHO 22. Spondylarthropathie Indifférenciée
	Diagnostic des complications	
Q66	Articulaire	1. Aucune 2. Destruction articulaire 3. Déformation 4. Ankylose
Q67	Extra-articulaire	1. Aucune 2. Uveite 3. Endocardite

	DONNÉES THÉRAPEUTIQUES	
Q68	Traitement médical	1. Aucun 2. Antalgiques 3. AINS 4. Antibiotique 6. Corticothérapie 7.Traitement dede fond, préciser 8. Infiltration 9. Myorelaxant 99.Autre,préciser _____
Q69	Traitement chirurgical / Orthopédique	1. Aucun 2. Immobilisation 3. Chirurgie 99.Autre,préciser _____
Q70	Médecine physique	1. Aucun 2. Rééducation 3. Appareille de marche, préciser 99. Autre, préciser
Q71	Durée hospitalisation / Traitement	

	DONNÉES ÉVOLUTIVES		
Q72	Évolution	1. Favorable 2. Défavorable	3. SCAM
Q73	Si Favorable	4. Remisson	
Q74	Si Défavorable	1. Persitance/aggravation 2.Survenue_de_complication_préciser 3. Décès, préciser cause	

Annexe 2 : Critères d'ASAS 2009

Critères ASAS 2009 des formes axiales.	
Sacro-iliite à l'imagerie* + ≥ 1 signe de spondyloarthrite ** OU HLA-B27 positif + ≥ 2 autre signes de spondyloarthrite **	* Sacro-iliite à l'imagerie - inflammation fortement évocatrice de sacro-iliite à l'IRM ou - une sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New-York modifiés ** Signes de spondyloarthrite - rachialgie inflammatoire - arthrite - enthésite (talon) - uvéite - dactylite - psoriasis - maladie de Crohn/rectocolite hémorragique - bonne réponse aux AINS - antécédent familial de SPA - HLA-B27 positif - CRP augmentée

Critères ASAS 2009 spondyloarthrite périphérique chez les patients avec symptômes périphériques	
Arthrite ou enthésite ou dactylite + ≥ 1 autre signe de spondyloarthrite OU Arthrite ou enthésite ou dactylite +≥ 2 autres signes de spondyloarthrite	Critères A : autres signes de spondyloarthrite parmi : - Psoriasis - Maladie inflammatoire intestinale chronique - Antécédent récent d'infection - HLA-B27 positif - Uvéite - Sacro-iliite à la radiographie ou à l'IRM Critères B : autres signes de spondyloarthrite parmi : - Arthrite - Dactylite - Enthésite - MICI - Antécédent familial de SPA

Annexe 3 : Critères de l'Amor

Catégorie	Critère	Points
Signes cliniques - ou histoire clinique	Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaires ou dorsales	1 point
	Douleur fessière sans précision	2 points
	Douleur fessière à bascule	2 points
	Oligoarthrite asymétrique	2 points
	Doigt ou orteil en saucisse	2 points
	Talalgie ou autre enthésopathie	2 points
	Iritis	2 points
	Urétrite non gonococcique ou cervicite (moins d'un mois avant le début d'une arthrite)	1 point
	Diarrhée moins d'un mois avant une arthrite	1 point
	Présence ou antécédent de psoriasis, de balanite ou d'entérocolopathie chronique	2 points
Signes radiologiques	Sacro-iliite radiologique stade ≥ 2 si bilatérale ou stade 3 si unilatérale	3 points
Terrain génétique	Présence de l'antigène HLA- B27 et/ou d'antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entérocolopathie chronique	2 points
Sensibilité au traitement	Amélioration en 48 heures des douleurs par AINS et/ou rechute rapide (48 heures) des douleurs à leur arrêt	2 points

Diagnostic : score supérieur à 6 points

Annexe 4 : Critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG)

Critères majeurs
Douleurs rachidiennes inflammatoires (début avant 45 ans, amélioration par l'exercice, avec raideur matinale et durée > 3 mois)
Synovites asymétriques ou prédominantes aux membres inférieurs
Critères mineurs
Antécédents familiaux de spondylarthropathie ou d'uvéite ou d'entérocolopathie
Psoriasis
Maladie inflammatoire intestinale (entérocolopathie)
Uréthrite, cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
Diarrhée aiguë
Douleurs fessières à bascule
Enthésopathie
Sacro-iliite radiologique (bilatérale si grade ≥ 2, unilatérale si grade > 3)

Diagnostic : un critère majeur + un critère mineur

Annexe 5 : Critères de New York modifiés pour la spondylarthrite

Critères cliniques	Lombalgies avec raideur de plus de trois mois, améliorées à l'effort, mais ne cédant pas au repos Limitation des mouvements deu rachis lombaire à la fois dans le plan frontal et sagittal Limitation de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales corrigées pour l'âge et le sexe
Critères radiologiques	Sacro-iliite bilatérale de grade ≥ 2, ou sacro-iliite unilatérale de grade ≥ 3
Score	La spondylarthrite est définie si le critère radiologique est associé à au moins un des critères cliniques

Annexe 6 : Indice BASDAI

Estimez l'intensité de 5 symptômes pendant la semaine écoulée, en donnant une cote de 0 à 10, sachant que 0 signifie l'absence du symptôme et 10 sa présence au plus haut degré.

1) Fatigue

2) Douleur dans les articulations de la colonne

3) Douleur dans les articulations des membres

4) Douleur en dehors des articulations, au contact (enthèses)

5) Raideur matinale: évaluez séparément:

5a) Intensité de la raideur matinale

5b) Durée de la raideur matinale (1 heure vaut 5; 2 heures ou plus valent 10)

Faites la moyenne de 5a et 5b pour obtenir la cote 5.

Vous avez maintenant 5 cotes entre 0 et 10. Faites la moyenne (Additionnez les 5 cotes et divisez la somme par 5). Vous avez l'index BASDAI, compris entre 0 et 10.

Soit ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ : 5 = ___

Ainsi,

Les patients ayant un indice BASDAI entre [0 - 3] sont en rémission

Les patients ayant un BASDAI entre [3 - 6] sont en activité modérée

Les patients ayant un BASDAI entre [7 -10] sont en activité forte

Questions :
Marquer d'une croix la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures

1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Extrême

2. Où situeriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Absent [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Extrême

3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Absent [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Extrême

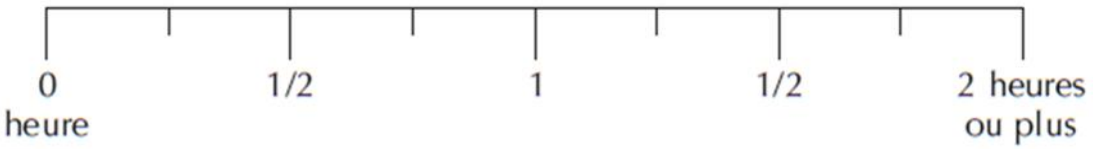
4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?

Absent [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Extrême

5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

Absent [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] Extrême

6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?



Mode de calcul :
- En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6.
- Puis calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions).
- Le score va donc de 0 à 10.

Figure 29-3 **BASDAI (*bath ankylosing spondylitis disease activity index*).**

TABLE DES MATIERES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT i
DEDICACES xv
REMERCIEMENTS xvii
HOMMAGES xix
LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES xxiv
LISTE DES TABLEAUX xxviii
LISTE DES FIGURES xxx
SOMMAIRE xxxii
INTRODUCTION 1
GENERALITES 4
1.1. DEFINITION 5
1.2. ÉPIDEMIOLOGIE 6
1.3. ETIOPATHOGENIE 7
1.3.1. Terrain 7
1.3.2. Pathogénie 7
1.4. SIGNES 12
1.4.1. La spondylarthrite ankylosante 12
1.4.1.1. Circonstances de diagnostic 12
1.4.1.2. Signes cliniques 12
1.4.1.3. Signes para cliniques 13
1.5. DIAGNOSTIC 16
1.5.1 Positif 16
1.5.2. Diagnostic différentiel 16
1.6. EVOLUTION 16
1.7. FORMES CLINIQUES 17
1.7.1. Formes topographiques 17
1.7.2. Formes étiologiques 18
1.8. TRAITEMENT 21
1.8.1. Buts 21
1.8.2. Moyens 21

CADRE ET METHODES D'ETUDE 23
2.1. CADRE D'ETUDE 24
2.1.1. LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE 26
2.1.1.1. Les infrastructures 26
2.1.1.2. Les ressources humaines 27
2.1.1.3. Les activités du service 27
2.2. METHODES D'ETUDE 27
2.2.1. Type et durée d'étude 27
2.2.2. Population d'étude 28
2.2.3. Critères d'inclusion 28
2.2.4. Critères de non inclusion 28
2.2.5. Échantillonnage 28
2.2.6. Variables 28
2.2.6.1. Variable dépendante 28
2.2.6.2. Variables évolutives 29
2.2.7. Collecte des données 29
2.2.7.1. Source de données 29
2.2.7.2. Outil de collecte 29
2.2.7.3. Technique de collecte 29
2.2.7.4. Procédure de collecte 29
2.2.8. Traitement et analyse de données 30
2.2.8.1. Traitement des données 30
2.2.8.2. Analyse des données 30
2.2.9. Considérations éthiques 31
2.2.10. Difficultés rencontrées 31
RESULTATS 32
3.1. FREQUENCE HOSPITALIERE DES SPONDYLARTHRITES 33
3.2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES 33
3.2.1. Age 33
3.2.2. Sexe 33

3.2.3. Ethnie 33
3.2.4. Situation matrimoniale 34
3.2.5. Profession 34
3.3. DONNEES CLINIQUES 35
3.3.1 Itinéraire thérapeutique 35
3.3.3. Signes d'examen physique 38
3.3.4. Signes généraux 43
3.4. PAQUET MINIMAL D'EXAMENS PARA CLINIQUES POUR LE DIAGNOSTIC DE SPONDYLARTHRITE 43
3.4.1. Biologie 43
3.4.2. Radiologie 44
3.5. TYPE DE SPONDYLARTHRITE 46
3.6. Données thérapeutiques 46
3.6.1. Traitement symptomatique 46
3.6.2. Traitement de fond 47
3.7. Évolution 48
3.8. Analyse des facteurs associés à l'activité de la maladie 48
3.8.1. Influence des caractéristiques sociodémographiques 48
3.8.2. Influence des caractéristiques cliniques 49
4.1. Atteinte des objectifs 52
4.2. Validité de la méthode d'étude et des résultats 52
4.2.1. Validité de la méthode 52
4.2.1.1. Type d'étude 52
4.2.1.2. Biais de sélection 52
4.2.1.3. Biais d'information 53
4.2.2. Validité des résultats 53
4.3. Commentaire des résultats 53
4.3.1. Fréquence hospitalière 53
4.3.2. Age 53
4.3.3. Sexe 54

4.3.4. Aspects cliniques 54
4.3.5. Aspects para cliniques 55
4.3.6. Aspects thérapeutiques 57
CONCLUSION 58
SUGGESTIONS 60
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 62
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES ..... q

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois, en présence des maîtres de cette faculté et de mes condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui sont confiés et mon état ne servira ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de sexe, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai aux générations futures l'instruction que j'ai reçue d'eux.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !

LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : les spondylarthrites constituent un réel problème de santé publique aussi bien par la morbidité engendrée que par les complications. Elles ont été très peu étudiées en Afrique. L'objectif de notre étude est d'en étudier les aspects épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques des spondylarthrites au CNHU-HKM.

Méthode : Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et analytique, couvrant la période allant du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2019. Étaient inclus dans l'étude les dossiers des patients ayant consulté ou ayant été hospitalisés dans le Service de Rhumatologie, du CNHU-HKM durant la période d'étude. Les données épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques collectées, ont été traitées et analysées grâce au logiciel SPSS 25.0.

Résultats : La fréquence hospitalière globale était de 3,2%. Le délai moyen de consultation au CNHU-HKM après apparition des premiers symptômes était de 603± 187 jours. La lombalgie était le motif le plus fréquent au niveau rachidien 38,8%. Les synovites constituaient les manifestations les plus fréquentes au niveau articulaire périphérique 75,5%. Les enthésopathies étaient présentes dans 77,6%. Le traitement symptomatique était principalement à base d'antalgiques et d'antiinflammatoire dans tous les cas. Le traitement de fond avait été institué dans 79,6%. Sur la base de l'indice BASDAI 44,9% étaient en rémission. Le type de spondylarthrite (spondylarthrite ankylosante et arthrite réactionnelle) était significativement associé à l'activité de la maladie avec p=0,000.

Conclusion : La fréquence des spondylarthrites est de plus en plus élevée au Bénin et touche la couche de la population la plus active. Le coût onéreux de la biothérapie et sa non disponibilité au Bénin constitue un réel handicap à une prise en charge optimale des patients bien que l'équipe de rhumatologie du CNHU-HKM soit de plus en plus étoffée.

Mots clés: spondylarthrites, épidémiologie, diagnostic, Bénin

SUMMARY

Introduction: Spondyloarthritis is a real public health problems owing to the morbidity generated and its complications as well and was not study correctly in Africa. The objectif of our study is to study Spondyloarthritis' epidemiological, diagnostic and therapeutical aspects at CNHU-HKM.

Method: It was a cross-disciplinary descriptive and analytical study, over the period from January 1st 2011 to December 31st 2019. The records of Patients who consulted or were admitted to hospital in the Department of Rheumatology, of CNHU-HKM during the study period were included. The epidemiological, diagnostic and therapeutical data collected, were processed and analyzed by SPSS 25.0 software.

Result: The overall hospital frequency was 3.2%. The average period of consultation at CNHU-HKM after the first symptoms was 603 ± 187 days. Low back pain was the most common reason in the spine: 38.8%. Synovitis was the most frequent manifestation in peripheral joint level: 75.5%. Enthesopathies were noticed in 77.6% of cases.

The HLA B27 which is not available but done abroad was found in 86.4%. The main

aetiologies were ankylosing spondylitis 38.8% followed by reactive arthritis 32.7%. Symptomatic treatment was mainly based on analgesics and anti-inflammatory drugs in all cases. The background treatment had been used in 79.6%. Lying on the BASDAI index 44.9% were in remission. The type of spondylitis (ankylosing spondylitis and reactive arthritis) was significantly associated with disease activity with p = 0.000.

Conclusion: The frequency of spondyloarthritis is increasing in Benin and affects the most active category of the population. The fact that biotherapy is expensive and not available in Benin stands as a real hindrance to an optimal patient care, although CNHU HKM rheumatology team is stronger.

Keywords: spondyloarthritis, epidemiology, diagnosis, Benin