



Article original

Arthrites réactionnelles au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar

Reactive arthritis in Senegal: epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects at the Aristide LeDantec University Hospital in Dakar

A Abba*¹, M Niassé¹, LM Diaby¹, H Ali¹

Résumé

Introduction : Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles survenant au décours immédiat d'une infection bactérienne déclenchante touchant la muqueuse intestinale ou urétrale, siégeant à distance de l'articulation, et pour lesquelles les cultures bactériologiques classiques des prélèvements articulaires demeurent stériles.

L'objectif de notre étude est de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des arthrites réactionnelles dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique entre janvier 2012 et décembre 2020, portant sur des patients atteints d'Arthrites Réactionnelles. Pour chaque patient ont été collectées : les données épidémiologiques ; les données cliniques ; les données paracliniques ; les données thérapeutiques et les données évolutives sous traitement.

Résultats : Quarante-huit Arthrites Réactionnelles ont été inclus dans notre étude, 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$

au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. Dans notre série d'étude, 19% seraient polygames, et 12% célibataires. L'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas), les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 50%, 19%, 17%, 10% et 4% de nos patients. 73% recevaient des antiinflammatoires non stéroïdiens, 54% étaient sous Méthotrexate, 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie et chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie. Les indices d'activité de la maladie ont permis le suivi de la maladie.

Conclusion : Des arguments convergents ont permis d'intégrer les AR dans la famille des spondyloarthrites dont le rôle du HLA-B27 reste encore incomplètement compris à ce jour.

Mots-clés : arthrites réactionnelles ; Sénégal.

Abstract

Introduction: Reactive arthritis (RA) is a sterile arthritis that occurs immediately after a bacterial infection affecting the intestinal or urethral mucosa,

located at a distance from the joint, and for which the classic bacteriological cultures of joint samples remain sterile. The aim of our study is to describe the epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutionary aspects of reactive arthritis in the rheumatology department of the HALD in Dakar, Senegal.

Methodology: This was a retrospective, descriptive, analytical study between January 2012 and December 2020 of patients with Reactive Arthritis. For each patient, the following data were collected: epidemiological data; clinical data; paraclinical data; therapeutic data and data on the evolution of the treatment.

Results: Forty-eight Reactive Arthritis patients were included in our study, 35 women (72.92%) and 13 men (27.08%), i.e. a sex ratio of 2.69F/1H. The average age of our patients was 47.96 ± 13.26 at the time of diagnosis with extremes of 20 and 83 years. In our study series, 19% were polygamous and 12% single. HLA-B27 was tested in 46 patients and was positive in 29 (63.04% of the cases). Serologies for chlamydia, salmonella, mucoplasma, ureaplasma urealyticum and VDRL/TPHA were positive in 50%, 19%, 17%, 10% and 4% of our patients respectively. 73% were receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs, 54% were on methotrexate, 100% of our patients had received antibiotic therapy and in 4% of the cases we used physiotherapy. Disease activity indices were used to monitor the disease.

Conclusion: Converging arguments have made it possible to integrate RA into the family of spondyloarthritides whose role of HLA-B27 remains incompletely understood to this day.

Keywords: reactive arthritis; Senegal.

Introduction

Les arthrites réactionnelles (AR) font partie du groupe derhumatismes inflammatoires communément appelés spondylarthropathies incluant la spondylarthrite ankylosante (chef de file), l'arthrite psoriasique, les

spondylarthrites indifférenciées, les rhumatismes associés aux entérocolopathies (Rectocolite hémorragique RCH, maladie de Crohn...), ainsi que certaines spondylarthrites juvéniles. Ce sont des arthropathies inflammatoires, survenant en réaction à une infection à distance de l'articulation sans germe intra articulaire. La forme la plus évocatrice de la maladie, le syndrome uréthro-oculo-synovial ou syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, est devenue rare. Elles touchent préférentiellement l'adulte jeune (20-40), avec prédominance masculine (3/1). Le diagnostic suppose l'isolement du germe ou des arguments sérologiques ou géniques en faveur d'une infection récente à l'un des germes reconnus comme pouvant induire une telle arthrite. L'AR se caractérise par son polymorphisme clinique avec parfois des formes incomplètes pouvant rendre leur diagnostic difficile. L'évolution des AR est marquée par le risque de rechute et d'évolution vers la chronicité. Le traitement antibiotique des infections urogénitales à Chlamydia trachomatis est nécessaire car il permet de prévenir ou de diminuer la survenue de l'AR, ce qui n'est pas le cas pour les arthrites post-entéritiques. Le passage à la chronicité de ces arthrites peut justifier d'un traitement de fond comme la sulfasalazine ou les anti-TNF en cas d'échec aux anti-inflammatoires non stéroïdiens [1]. Notre étude avait comme objectif d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des arthrites réactionnelles dans le service de rhumatologie de l'HALD de Dakar au Sénégal.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive à visée analytique, avec un recueil de données à la fois prospectif et rétrospectif sur une période de 8 ans, entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2020, chez des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide LeDantec à Dakar, pour Arthrites Réactionnelles de diagnostic établi sur la base de tout épisode d'arthrite périphérique d'une durée de moins d'un mois associé

à une urétrite ou à une cervicite. Il n'existe pas actuellement de consensus sur les meilleurs critères à utiliser. Les AR font partie des SPA, elles en remplissent donc les critères de classification validés sur le plan international. Cette étude a concerné tous les patients dont les dossiers médicaux étaient complets, s'agissant des données sociodémographiques, des données cliniques, les examens complémentaires et les données sur l'indice de l'activité de la maladie. Les variables suivantes ont été étudiées :

- Les données sociodémographiques : (l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, la scolarité, la profession, l'origine géographique, l'ethnie, les antécédents familiaux de SpA, le mode de vie (alcool, tabac)).
- Les données cliniques : les uvéites, un antécédent d'urétrite, de cervicite, de diarrhées ou de fièvre survenant plus d'un mois avant le début des signes articulaires ;
- Les données biologiques : le bilan inflammatoire, les sérodiagnostics de chlamydia, de Yersinia, de Salmonella, de Shigella, de Campylobacter ;
- Les données radiologiques : le rachis cervical, dorsal, lombaire, le bassin et les articulations périphériques atteintes ;
- Les données thérapeutiques : les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les DMARD (disease-Modifying Antirheumatic Drugs) synthétiques et biologiques) les corticoïdes, les antibiotiques...
- Les données sur l'indice de l'activité de la maladie : EVA douleur, raideur matinale, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (assessment in Ankylosing Spondylitis-Endorsed Disease Activity Score).
- Les données sur l'indice de retentissement fonctionnel : BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index).
- Les données sur l'indice de la qualité de vie : NHP, SF36 et ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of life).

Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires sur la base des dossiers médicaux,

puis des examens de suivi-contrôle. Elles ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2007, Access 2007 et SPSS version 25. Le test de khi-deux de Pearson a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives et le test de Yates s'il y'a lieu. Pour les effectifs inférieurs à 5, nous avons utilisé le test de Fisher. Les différences constatées ont été considérées comme significatives pour un $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance à 95%. Comme il s'agissait d'une étude en bonne partie rétrospective, il y avait des données manquantes. Ces patients étaient exclus des analyses pour les variables dont les données manquaient.

Résultats

• Caractéristiques de la population d'étude

Nous avons colligé 9262 observations de patients dans le service de rhumatologie, durant la période d'étude allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 48 une arthrite réactionnelle soit une prévalence hospitalière de 0,064% et une incidence annuelle de 0,08 pour 100.000 personne-année. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de [51 - 60] ans avec un pourcentage de 35% ; La prédominance féminine était notée avec 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. Dans notre série d'étude, 19% seraient polygames, et 12% célibataires. Le délai moyen du diagnostic était de 5,79 ans avec des extrêmes allant de 1 mois à 38 ans.

• Diagnostic clinique

Le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était dominé par les atteintes articulaires périphériques (46%) prédominant aux membres inférieurs. Un antécédent d'urétrite, de cervicite, de vulvovaginite et de diarrhées étaient relevées chez nos patients plus d'un mois avant le début de l'atteinte articulaires respectivement chez 21%, 2%, 2% et 13%. L'installation de la douleur était progressive chez

72% de nos patients. La douleur était inflammatoire dans 63% des cas et dans 79% des cas, la douleur était chronique. 58% de nos patients avaient une oligoarthritis asymétrique et 28% une polyarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs. Les synovites étaient présentes chez 28 patients soit 58%. Les articulations les plus concernées étaient les genoux avec 40%, les chevilles avec 38% et les pieds avec 25%. Les enthésopathies étaient représentées avec 42% et les uvéites avec 35%. Le diagnostic d'arthrite réactionnelle était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG et d'ASAS. Parmi les pathologies associées les plus fréquentes étaient la spondylarthrite ankylosante (13%), les MICI (2%) et les rhumatismes psoriasiques (8%).

• Diagnostic paraclinique

Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 39 patients au moment du diagnostic. La VS était élevée chez les 39 patients avec une moyenne de 52,61 mm (extrêmes 0 et 180). La CRP était élevée chez 28 patients avec une moyenne de 28,32 mg/l (extrêmes 6 et 96). L'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas), les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 24 (50%), 9 (19%), 8 (17%), 5 (10%) et 2 (4%) de nos patients (tableau I). Sur le plan radiologique : Une sacro-iléite était retrouvée chez 44 cas soit 91%, évaluée par la classification de FORESTIER avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER dans 13% (6 cas) des cas (tableau II).

• Aspects thérapeutiques

Les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 96%, 73% recevaient des antiinflammatoires non stéroïdiens. 54% étaient sous Méthotrexate, alors que 6% étaient sous Sulfasalazine. 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie (ciprofloxacine, azythromycine, doxycycline, rifampicine + azythromycine ou rifampicine + doxycycline). Chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie.

• Aspects évolutifs

L'indice d'activité a été évalué par BASDAI et ASDAS-CRP, la moyenne de BASDAI était de 5,6226 avec des extrêmes de [0 - 9,55] et de 3,9725 avec des extrêmes de [0,10 - 9] pour l'ASDAS-CRP au début du traitement. Cette moyenne a considérablement diminué tout au long du traitement ainsi donc on notait pour le BASDAI une moyenne de 2,281 avec des extrêmes de [0,40 - 7] au 3ème mois et de 2,0093 avec des extrêmes de [0,20 - 7,7] au 6ème mois et pour l'ASDAS-CRP elle était de 1,5215 avec des extrêmes de [1 - 3,6] au 3ème mois et de 1,3250 avec des extrêmes de [0,94 - 6] au 6ème mois. L'indice de retentissement fonctionnel a été évalué par BASFI, la moyenne de BASFI était de 5,6317 avec des extrêmes de [0,00 - 9] au début du traitement. Cette moyenne a considérablement diminué tout au long du traitement ainsi donc on notait une moyenne de 2,6227 avec des extrêmes de [0 - 5,2] au 3ème mois et de 2,4193 avec des extrêmes de [0 - 7] au 6ème mois. La SF36 au début du traitement : l'activité physique (64,50%), les douleurs physiques (65,36%), la santé perçue (59,71%) et le fonctionnement social (58,21%) étaient les plus représentés. S'agissant de la NHP au début du traitement : la douleur (67,68%), l'énergie (56,43%) et la mobilité (30,99%) étaient les plus représentés. Les scores de SF36 (tableau III), de NHP (tableau IV) et d'ASQOL (tableau V) étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement.

Tableau I : Bilan SPA

Bilan SPA	Effectifs	Pourcentage
Ag HLA B27 positif	29	63,04%
Sérologie chlamydia positive	24	50%
Sérologie salmonella positive	9	18,75%
Sérologie mucoplasme positive	8	16,66%
Sérologie ureaplasma Urealyticum positive	5	10,41%
Sérologie VDRL/TPHA positive	2	4,16%

Tableau II : Répartition des patients selon la classification de Forestier

Radiologie du bassin	Effectifs	Pourcentage
Normale	4	8,33%
Stade I bilatéral	20	41,66%
Stade II bilatéral	18	37,5%
Stade III bilatéral	4	8,33%
Stade IV bilatéral	2	4,16%
Total	48	100%

Tableau III : Répartition des patients selon le SF36

SF36	M3	M6
Activité physique	35,22%	35,05%
Limitations dues à l'état physique	26,22%	22,19%
Douleurs physiques	37,39%	36,52%
Santé perçue	36,28%	35,95%
Vitalité	27,23%	26,90%
Fonctionnement social	34,33%	32,46%
Santé psychique	33,98%	32,38%
Limitations dues à l'état psychique	24,87%	22,30%
PCS	34,92%	33,83%
MCS	29,50%	27,43%

Tableau VI : Résumé des valeurs du NHP

NHP	M3	M6
Mobilité	17,39%	16,32%
Douleur	17,52%	16,56%
Isolation sociale	8,51%	1,90%
Réaction émotionnelle	3,81%	2,16%
Energie	34,30%	30,65%
Sommeil	22,88%	20,30%

Tableau V : Résumé des valeurs de l'ASQoL

ASQoL	M3	M6
Limitation des déplacements	37,7%	36,2%
Envie de pleurer à cause de la maladie	25,3%	24,9%
Difficulté à s'habiller	24,2%	23,2%
Fatigue au cours des activités de la vie quotidiennes	24,8%	23,4%
Problèmes de sommeil	16,2%	15,9%
Vie sociale	18,5%	17,2%
Fatigue continue	31,3%	30,5%
Se reposer au cours du travail	32,6%	31,2%
Douleur insupportable	33,3%	32,6%
Raideur matinale	25,1%	24,7%
Limitation des activités de la vie quotidiennes	23,6%	22,3%
Se fatiguer rapidement	31,6%	30,9%
Frustration	23,9%	22,8%
Douleur continue	31,6%	29,9%

Discussion

• Aspects épidémiologiques

Du point de vue épidémiologique, nous avons colligé 9262 observations de patients dans le service de rhumatologie, durant la période d'étude allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2020, 770 avaient une spondyloarthropathie dont 48 une arthrite réactionnelle soit une prévalence hospitalière de 0,064% et une incidence annuelle de 0,08 pour 100.000 personnes-année. Compte tenu de la rareté de cette étude en Afrique subsaharienne, nous n'avons pu trouver une étude similaire pour comparer notre incidence et notre prévalence hospitalière. Selon la littérature occidentale basée sur l'étude de la population : Michet et al à Rochester, donne une incidence chez l'homme âgé de moins de 50 ans de 3,5 / 100 000 ; d'après cette même étude, les arthrites réactionnelles seraient aussi fréquentes chez l'homme jeune que la polyarthrite rhumatoïde [2]. Kvien et al trouvent une incidence des arthrites postchlamydiennes et postdysentériques respectivement de 4,6 / 100 000

et 5,0 / 100 000 habitants âgés entre 18 et 60 ans. Il semble que la fréquence des arthrites réactionnelles à porte d'entrée génitale soit en diminution dans les pays occidentaux ; cette donnée est confirmée par Kvien [3]. Cette diminution d'incidence est attribuable à l'utilisation croissante du préservatif après les campagnes de lutte contre le sida, et au traitement antibiotique précoce des urétrites non gonococciques [4]. Les arthrites réactionnelles à porte d'entrée génitale touchent classiquement l'homme jeune, bien que certains auteurs aient insisté sur l'absence de prédominance masculine. En effet, les cervicites passent souvent inaperçues, et un certain nombre d'arthrites en apparence isolées pourraient être réactionnelles à une infection génitale méconnue, comme en témoigne la mise en évidence d'antigènes chlamydiens dans des articulations de femmes souffrant d'arthrites en apparence isolées du genou [5]. Si l'on estime la prévalence des AR, en se limitant aux cas comportant un épisode infectieux prouvé, alors cette prévalence est faible en diminution depuis une vingtaine d'années, surtout en ce qui concerne les cas liés à une infection à Chlamydia. Ce qui pourrait s'expliquer par une meilleure protection vis-à-vis de la transmission de ces maladies, et par un usage plus large des antibiotiques. Selon les pays et les populations, la prévalence des AR varie schématiquement entre cinq et 15/100000 habitants. La fréquence des AR recensées lors des infections digestives est parfois élevée parmi les sujets exposés, de 2-3 % en cas d'infection à salmonelle ou shigelle, à plus de 30% en cas de yersiniose. L'âge moyen de nos patients était de $47,96 \pm 13,26$ au moment du diagnostic avec des extrêmes de 20 et 83 ans. La tranche d'âge la plus représentée était la tranche de [51 - 60] ans avec un pourcentage de 35,41% ; La prédominance féminine était notée avec 35 femmes (72,92%) et 13 hommes (27,08%) soit un sex ratio de 2,69F/1H. Dans la littérature le sexe ratio est proche de 1 pour les AR post-entériques, alors qu'il existe une forte prédominance masculine des Arthrites réactionnelles [6].

- Aspects diagnostiques

Du point de vue diagnostic, le motif de consultation le plus fréquent dans notre série était dominé par les atteintes articulaires périphériques (46%) prédominant aux membres inférieurs. Un antécédent d'urétrite, de cervicite, de vulvovaginite et de diarrhées étaient relevées chez nos patients plus d'un mois avant le début de l'atteinte articulaires respectivement chez 21%, 2%, 2% et 13%. 58% de nos patients avaient une oligoarthrite asymétrique et 28% une polyarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs. Les synovites était présent chez 28 patients soit 58%. Les articulations les plus concernées étaient les genoux avec 40%, les chevilles avec 38% et les pieds avec 25%. Les enthésopathies étaient représentées avec 42% et les uvéites avec 35%. Le diagnostic d'arthrite réactionnelle était obtenu grâce aux critères d'Amor, de l'ESSG et d'ASAS. La fréquence des arthrites réactionnelles est moindre dans la race noire du fait de la plus grande rareté de l'antigène HLA B27. Les études épidémiologiques sont difficiles à organiser et à interpréter en raison de la grande variabilité clinique et de l'absence de critères diagnostiques précis [6]. Il n'existe pas actuellement de critères de diagnostic ou de classification satisfaisants pour les arthrites réactionnelles. Les critères proposés par l'ACR en 1981 s'appliquent essentiellement aux arthrites postvénériennes et les critères de classification des spondylarthropathies manquent de sensibilité, notamment dans les atteintes articulaires mineures. En pratique le diagnostic se base sur des éléments anamnestiques : contact sexuel ou symptomatologie génito-urinaire est recherché systématiquement. Un épisode de diarrhée, parfois fruste, peut être retrouvé à l'interrogatoire 1 à 3 semaines avant le début des signes articulaires. La topographie des arthrites prédominant aux membres inférieurs est surtout évocatrice pour les arthrites chlamydiennes [7]. L'association des fessalgies ou d'une enthésopathie inflammatoire a une valeur d'orientation [7]. Plusieurs systèmes de critères ont été proposés pour le diagnostic d'AR. Cependant, aucun n'est actuellement admis de façon consensuelle. Le plus simple est celui de Wilkens, qui

considère comme syndrome de Reiter tout épisode d'arthrite périphérique d'une durée de plus d'un mois associé à une urétrite ou à une cervicite [8]. Ces critères sont particulièrement larges, puisqu'ils permettent de porter le diagnostic d'AR, même en l'absence d'infection déclenchante prouvée. Bien que ces critères soient les plus couramment utilisés, ils sont donc souvent considérés comme imparfaits. Il n'existe pas actuellement de consensus sur les meilleurs critères à utiliser. Les AR font partie des SPA, elles en remplissent donc les critères de classification validés sur le plan international [8]. Dans notre étude l'Ag HLA-B27 recherché chez 46 patients était positif chez 29 (63,04% des cas). Comme pour les autres variétés de SPA, il existe une forte association entre l'antigène majeur d'histocompatibilité de classe I, HLA-B27 et la survenue d'AR. Alors que la prévalence de l'allèle B27 est de 7,5% dans la population générale caucasienne, sa fréquence chez les patients atteints d'AR varie de 60% en cas d'AR postchlamydienne, à 70-80% pour les formes succédant à une infection digestive. La recherche isolée du B27 se justifie dans les formes incomplètes d'AR (en particulier lorsque les critères de SPA ne sont pas par ailleurs remplis). Mais il existe des faux négatifs [1] et avant de conclure à la négativité de cette recherche, il vaut mieux en vérifier le résultat en faisant pratiquer un typage HLA-B, qui identifiera précisément les allèles présents au locus HLA-B. Ce typage permet l'identification des deux allèles, le plus souvent différents (ce qui correspond aux individus hétérozygotes). Si aucun de ces allèles n'est le B27, on exclut sa présence avec certitude. Toutefois lorsqu'un seul allèle non B27 est identifié, ce qui est le cas chez les individus homozygotes, on ne peut exclure formellement un problème de détection du B27 [1]. Dans notre étude les sérologies de chlamydia, de salmonella, de mucoplasme, de ureaplasma urealyticum et de VDRL/TPHA étaient positives chez respectivement 24 (50%), 9 (19%), 8 (17%), 5 (10%) et 2 (4%) de nos patients. Un nombre limité de germes sont reconnus comme pouvant induire une arthrite réactionnelle. Les preuves microbiologiques de l'arthrites réactionnelles seront

acquises d'autant plus facilement que le patient est vu tôt après l'épisode d'urétrite ou de gastroentérite. Mais souvent au moment où s'installent les manifestations articulaires, les cultures des prélèvements au niveau de la porte d'entrée s'avèrent négatives [5]. Dans les arthrites à porte d'entrée digestive, la coproculture n'est que rarement positive. Le prélèvement urétral ou l'écouvillonnage endocervical doit être réalisée, même en l'absence d'urétrite symptomatique [7]. La sérologie de chlamydia fait appel à l'immunofluorescence (IF) ou d'immunoenzymologie (IE). La détection d'IgM et/ou d'IgA a la meilleure sensibilité (63 %) avec une spécificité de 81 %. Cependant, certains patients souffrant d'une authentique arthrite réactionnelle postchlamydienne n'ont pas d'anticorps antichlamydiens, et l'absence d'IgM et/ou d'IgA ne peut donc permettre d'exclure le diagnostic. La recherche par biologie moléculaire d'ADN de *C. trachomatis* dans les urines du premier jet, semble particulièrement facile et intéressante à réaliser. Les sérologies pour les Shigellas, ne possèdent pas d'intérêt. Les tests de Felix et Widal ont de fréquentes réactions croisées. Les sérodiagnostics utilisant la technique ELISA dirigées contre le lipopolysaccharide de *Yersinia* ou de *Salmonella*, ou le Western-blot dirigées contre l'outer membrane protein (OMP) de *Yersinia* ont de bonnes performances diagnostiques si l'on s'intéresse au taux des IgM, et plus encore des IgA spécifiques mais leurs valeurs prédictives positives et négatives restent mal établies. La recherche d'antigènes bactériens dans le liquide articulaire ou les biopsies synoviales pourrait avoir un grand intérêt diagnostique mais n'est pas réalisé de routine [9, 10]. Sur le plan radiologique dans notre étude : une sacro-iléite était retrouvée chez 44 cas soit 91%, évaluée par la classification de FORESTIER avec une atteinte supérieure au stade 2 de FORESTIER dans 13% des cas. Les radiographies standards sont normales au début mais peuvent montrer une ostéopénie au niveau juxta-articulaire. Au cours de l'évolution, peuvent apparaître des zones d'érosions en regard des zones d'arthrites, puis d'ossifications au niveau du calcanéum, de la rotule,

des tubérosités tibiales ou ischiatiques. Une sacro iléite radiologique est présente dans 5 à 10 % des cas dans les premiers symptômes et 70 % dans les formes chroniques. L'IRM ou surtout l'échographie, dont plusieurs travaux soulignent l'intérêt pour le diagnostic d'enthésite périphérique, peuvent ainsi contribuer au diagnostic d'arthrite réactionnelle [11].

- Aspects thérapeutiques

Sur le plan thérapeutique, les Antalgiques (Paracétamol et/ou Tramadol) ont été utilisés chez 96% de nos patients, 73% recevaient des anti-inflammatoires non stéroïdiens. 54% étaient sous Méthotrexate, alors que 6% étaient sous Sulfasalazine. 100% de nos patients avaient reçu une Antibiothérapie (ciprofloxacine, azythromycine, doxycycline, rifampicine + azythromycine ou rifampicine + doxycycline). Chez 4% des cas, nous avons eu recours à la kinésithérapie. Le mode présumé de déclenchement des AR, ainsi que l'occasionnelle mise en évidence de germes au sein du tissu synovial rendait logique le recours aux antibiotiques dans cette indication et les arguments semblent encore plus solides lorsque la porte d'entrée est urogénitale. En effet, le chlamydia semble persister sous forme active au sein des articulations atteintes, contrairement aux germes d'origine digestive. L'utilité de traitements antibiotiques prolongés, longtemps contestée, a connu un récent regain d'intérêt, tout particulièrement dans les formes d'AR faisant suite à des infections urogénitales à Chlamydia. En cas de porte d'entrée digestive initiale, l'antibiothérapie s'est révélée décevante. Toute infection génitale à Chlamydia trachomatis, doit bénéficier d'un traitement antibiotique ainsi que chez le partenaire par azythromycine (1g en mono dose) ou doxycycline (200mg/j pendant 6 jours) [12], ceci semble avoir une efficacité préventive sur le développement et la sévérité des arthrites, à condition d'être administré avant leur début. De plus, une étude contrôlée récente démontre l'efficacité d'une combinaison d'antibiotiques (rifampicine + azythromycine) ou (rifampicine + doxycycline) administrée durant 6 mois sur les manifestations articulaires établies (arthrites, dactylites) des AR à Chlamydia [13], cependant

les résultats d'une étude menée par Putschky et al [14] n'a pas montré de supériorité du traitement par doxycycline au long cours (4 mois) par rapport au traitement de 10 jours. Dans les formes chroniques des arthrites réactionnelles résistantes aux AINS, la sulfasalazine et le méthotrexate sont une alternative thérapeutique, même si l'intensité de leur effet semble modeste. Récemment a été rapporté une arthrite réactionnelle chez un patient infecté par le VIH, sous traitement antiviral efficace résistant au méthotrexate associé aux corticoïdes, et chez lequel un traitement par anti TNF a été efficace [15]. Cependant il n'y a pas d'indication officielle actuellement des anti-TNF dans les arthrites réactionnelles malgré leur efficacité démontrée dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique.

- Aspects évolutifs

Evolution sous traitement : dans notre étude les scores de NHP, de SF36 et d'ASQOL étaient importants à l'initiation du traitement et relativement diminués au troisième et au sixième mois du traitement. L'évolution des arthrites réactionnelles a longtemps été considérée comme bénigne, mais des études avec un recul prolongé ont remis en cause cette notion. Pour les arthrites réactionnelles postvénériennes, les récurrences sont fréquentes. Certaines de ces réactivations peuvent être liées à des infections par d'autres agents susceptibles de déclencher des arthrites réactionnelles ou des réinfections vénériennes, mais beaucoup surviennent sans nouvelle infection et pourraient être dues à la réactivation de foyers infectieux articulaires ou extra-articulaire, ou à la libération d'antigènes provenant de ces foyers. Plus de 50 % des arthrites postchlamydiennes évolueraient sur un mode chronique après plusieurs années. L'évolution des arthrites postshigelliennes est souvent émaillée de rechutes, en particulier chez les porteurs du HLA B27 [12]. L'évolution immédiate des AR se fait vers la rémission spontanée, d'autant plus lente à survenir que les manifestations inflammatoires initiales ont été plus intenses. Cette décroissance s'étale en moyenne sur 4 à 5 mois, pouvant parfois se prolonger au-delà de 12 mois. L'HLA-B27 favorise

la persistance plus prolongée des symptômes. Pour la majorité des patients, la rémission est assimilable à une guérison. Cependant, une forte proportion de patients (de 20 à 50% selon les études), développe des manifestations chroniques ou récidivantes à type d'arthrites, ou d'urétrites, et pour 10 à 20% d'entre eux une spondylarthrite ankylosante typique [14].

Conclusion

Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles, survenant à distance d'une infection bactérienne d'origine digestive ou urogénitale. Des arguments convergents ont permis d'intégrer les AR dans la famille des spondyloarthrites dont le rôle du HLA B27 reste encore incomplètement compris à ce jour. Le passage à la chronicité de ces arthrites peut justifier d'un traitement de fond comme le méthotrèxate, la sulfasalazine ou les anti-TNF en cas d'échec aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

*Correspondance

Abbase Abba

abbasseabba03@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

1 : Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire
Aristide LeDantec, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Aho K, Ahvonen P, Lassus A, Sievers K and Tiilikainen A. HLA reactive antigen B27 and reactive arthritis. *Lancet* 1973 ; 21 ; 2 ; 7821: 157
- [2] Michet C, Machado E, Ballard D, McKenna C. Epidemiology

- of Reiter syndrome in Rochester, Minnesota : 1950-1980. *Arthritis Rheum* 1988 ; 31 ; 3: 428-431.
- [3] Kvien TK, Glennas A, Melby K et al. Reactive arthritis : incidence, triggering agents and clinical presentation. *J Rheumatol* 1994 ; 21 ; 1: 115-22.
- [4] Iliopoulos A, Karras D, Ioakimidis D et al. Change in the epidemiology of Reiter's syndrome (reactive arthritis) in the post-AIDS Era ? An analysis of cases appearing in the Greek army. *J Rheumatol* 1995 ; 22 ; 2: 252-4.
- [5] Keat A, Thomas BJ, Hughes R, Taylor-Robinson D. Chlamydia trachomatis in reactive arthritis. *Rheumatol Int* 1989 ; 9 ; 3-5: 197-200.
- [6] Olivieri I, van Tubergen A, Salvarani C, et al. Seronegative spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002 ; 16 ; 5: 723-39.
- [7] Aho K. Reactive arthritides : how and why are they reactive ? *Clin Exp Rheumatol* 1987 ; 5 Suppl 1: S15-8.
- [8] Willkens, R. F., Arnett, F. C., Bitter, T., Calin, A., Fisher, L., Ford, D. K., Good, A. E. and Masi, A. T. Reiter's syndrome. Evaluation of preliminary criteria for definite disease. *Arthritis And Rheumatism* 1981 ; 24 ; 6: 844-9.
- [9] Bardin T. Les arthrites chlamydiennes. *L'actualité rhumatologique* 1999 ; 39: 21-31.
- [10] Pertuiset E, Bardin T. Arthrites réactionnelles : le point. *L'actualité rhumatologique* 2003 ; 45: 73-90.
- [11] Fendler C, Laiko S, Sörensen H, Gripenberg-Lerche C, Groh A, Uksila J, et al. Frequency of triggering bacteria in patients with reactive arthritis and undifferentiated oligoarthritis and the relative importance of the test used of diagnosis. *Ann Rheum Dis* 2001 ; 60 ; 4: 337-43.
- [12] Bébéar C, de Barbeyrac B. Genital Chlamydia trachomatis infections. *Clinical Microbiology and Infection* 2009 ; 15 ; 1: 4-10.
- [13] Carter JD, Espinoza LR, Inman RD, Sneed KB, Ricca LR, Vasey FB, Valeriano J, Stanich JA, Oszust C, Gerard HC et Hudson AP. Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis. A double-blind, placebo-controlled, prospective trial. *Arthritis Rheum.* 2010 ; 62 ; 5: 1298-1307.
- [14] Putseky N, Pott HG, Kuipers JG, Zeidler H, Hammer M, Wollenhaupt J. Comparing 10-day and 4 month doxycycline courses for treatment of Chlamydia trachomatis-reactive arthritis : a prospective, double-blind trial. *Ann Rheum Dis*

2006 ; 65 ; 11: 1521-4.

[15] Gaylis N. Infliximab in the treatment of an HIV-positive patient with Reiter's syndrome. *J Rheumatol* 2003 ; 30 ; 2: 407-11.

Pour citer cet article :

A Abba, M Niassé, LM Diaby, H Ali. Arthrites réactionnelles au Sénégal : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs au CHU Aristide LeDantec de Dakar. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 20-29