

Doctor, me duele la
espalda...

Un autre cas de lombalgie...

Juan Felipe Rodriguez
SMPR

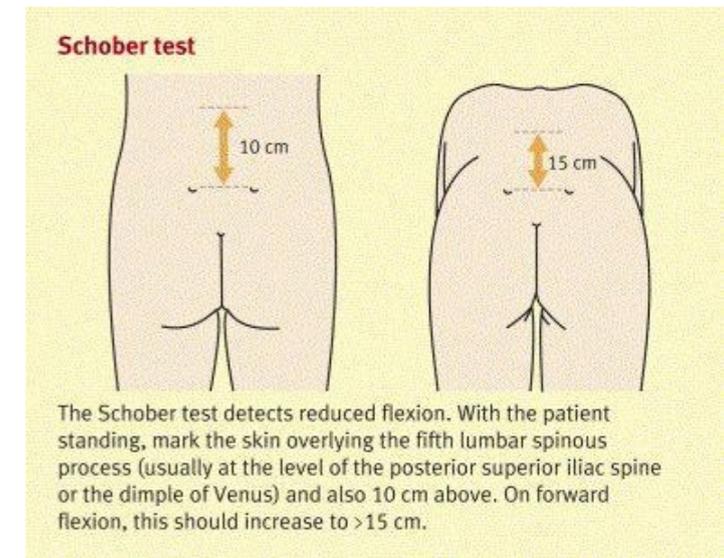
Superviseur. Dr. Yves Jackson
2 Mai 2018

CAS CLINIQUE

- Patiente de 32 ans, originaire d'Honduras, travaille dans l'économie domestique, sans papiers ni assurance.
- Consulte à Hugo de Senger pour des lombalgies, intenses depuis 8 mois, progressives, augmentées depuis 6 semaines avec EVA 8/10, sans relation avec l'activité physique
 - Predominance nocturne
 - Durée variable (épisodes entre 30 min à 4 hs)
 - Pics febriles isolés, dernier la veille à 39°C
 - Résolution avec AINS et +/- prednisone 50 mg /j depuis 6 semaines en automédication



- Antécédents:
 - Épisode d'uvéite antérieure gauche il y a 2 ans
 - Fam: Mère et soeur probablement avec PR. Père Cancer gastrique
- Pas de voyages ou des symptômes infectieux les jours precedents
- Status:
 - Difficulté pour la flexion thoraco-lombaire
 - Test de Schober 10-14
 - Test de Flesche (Occiput to wall distance) +
 - Distance doigts- sol 44 cms
 - Douleur palpation apophyses transverses C6- D5
 - Douleur à la palpation des articulations sacro-iliaques

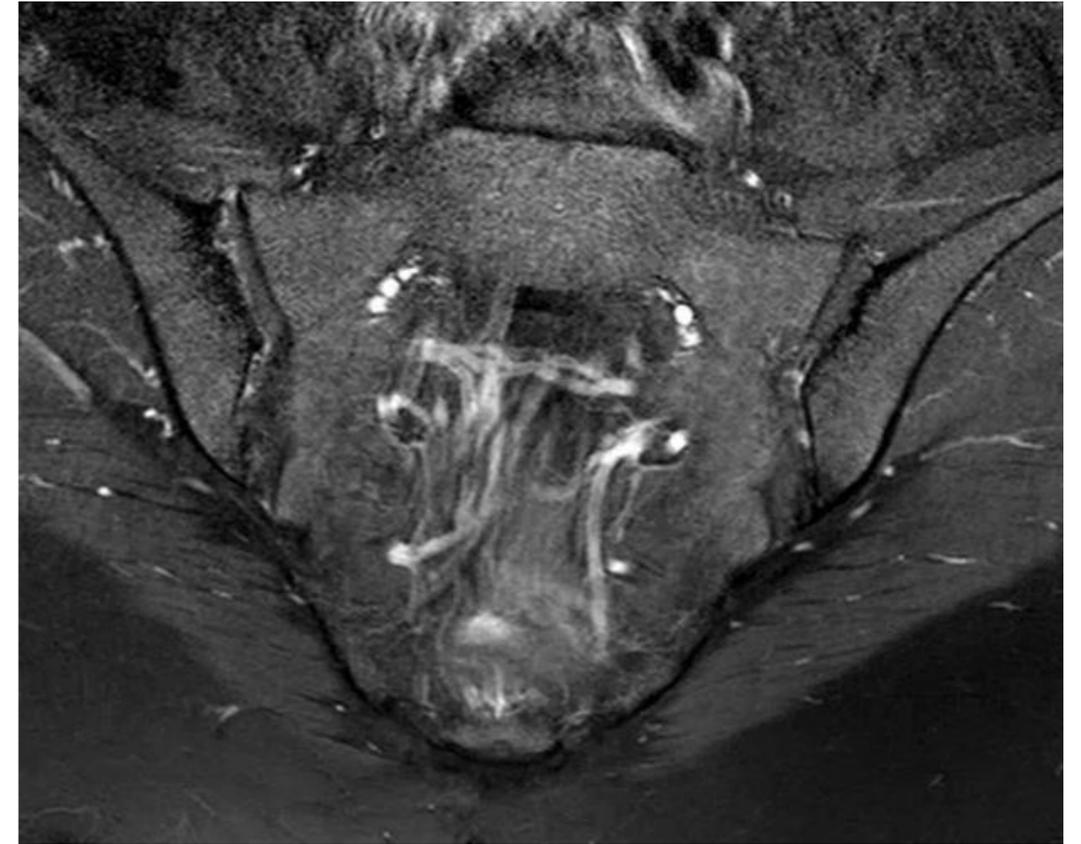
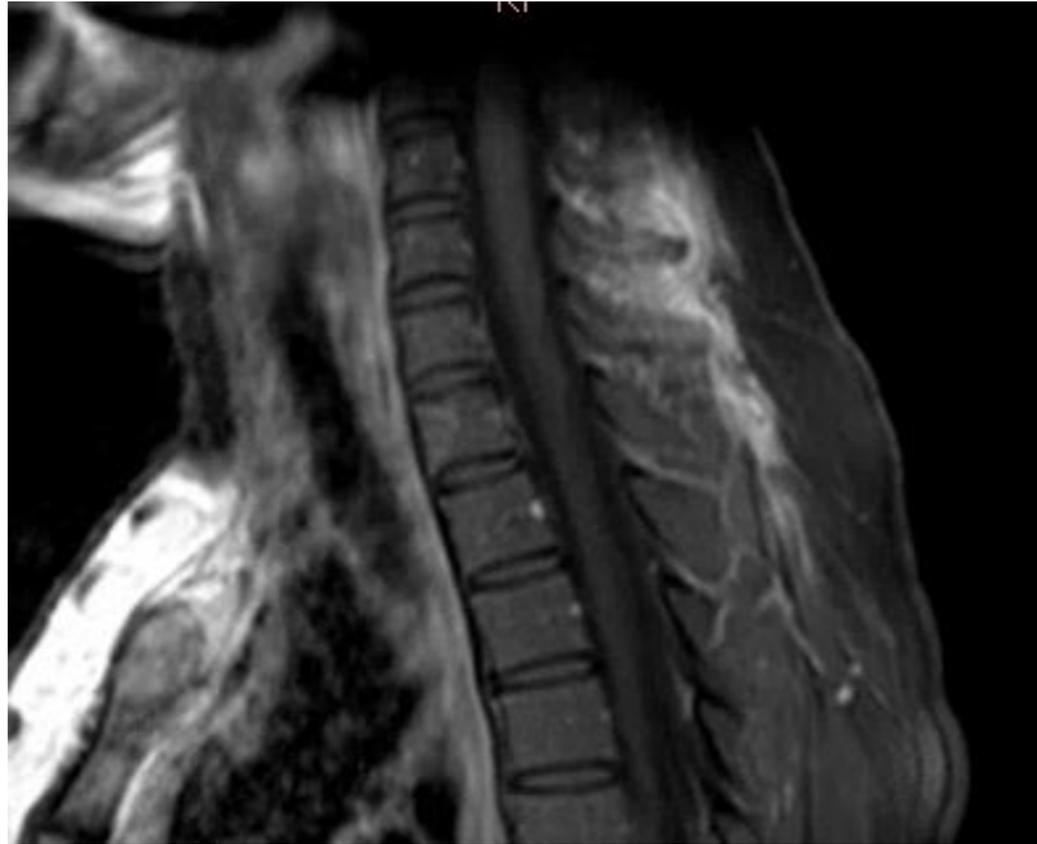


Laboratoires

 Voir sous MS-Excel Copier les colonnes choisies pour MS-Word Nombre de colonnes affichées : <input type="text" value="20"/>			Unité	Valeurs Réf./Seuil	23/03/2018 16:20:00 PMEXMC 23 936 sgv (*)	28/02/2018 17:15:00 PMEXMC 28 913 sgv (*)	23/10/2017 10:10:00 PMEXMC 23 883 sgv (*)	13/10/2017 11:55:00 723MOB-CS 13 782 sgv (*)	06/10/2017 16:30:00 PMEXMC 06 879 sgv (*)	05/10/2017 10:45:00 723INF-CS 05 728 sgv (*)
Vitesse de sédimentation	mm/h	0 - 20		66	64		113			
Érythrocytes	T/l	3.8 - 5.2		4.56	4.85	4.37	4.23	4.39	4.61	
Hémoglobine	g/l	120 - 160		103	109	88	87	93	97	
Hématocrite	%	37 - 47		33.8	35.6	29.4	28.2	29.6	31.1	
MCV	fl	82 - 98		74.1	73.4	67.3	66.7	67.4	67.5	
MCH	pg	26 - 34		22.6	22.5	20.1	20.6	21.2	21.0	
MCHC	g/l	320 - 360		305	306	299	309	314	312	
Réticulocytes										
réticulocytes	o/oo Ery	5 - 15			11.5		9.4	10.6		
réticulocytes-nb.abs	G/l	20 - 120			55.78		39.76	46.53		
HFR	%	0 - 1.5			2.9 [A]		6.1 [A]	9.8 [A]		
Ret-He	pg	28 - 35			25.3 [A]		18.6 [A]	21.6 [A]		
Leucocytes	G/l	4 - 11		7.3	7.6	9.8	8.7	11.3	10.2	
Répartition leucocytaire										
neutrophiles	%	33 - 80			50.6 [B]	67.4 [B]	69.7 [B]		53.4 [B]	
éosinophiles	%	0 - 5			4.8	2.3	2.5		0.5	
basophiles	%	0 - 2			0.7	0.4	0.5		0.4	
monocytes	%	0 - 9			8.1	8.8	8.7		9.5	
lymphocytes	%	15 - 60			35.8	21.1	18.6		36.2	
neutrophiles-nb.abs	G/l	1.5 - 8			3.85	6.61	6.06		5.45	
lymphocytes-nb.abs	G/l	1 - 4.5			2.72	2.07	1.62		3.69	
Thrombocytes										
thrombocytes	G/l	150 - 350		564	511	799	603	547	595	
MPV	fl	8 - 12		8.5 [A]	8.5 [A]	8.2 [A]	8.4 [A]	8.3 [A]	8.7 [A]	
protéine C-réactive	mg/l	0 - 10				66.50	95.50	40.30	25.40	

- FAN, ANCA FR (-)
- HLA B 27 +

IRM colonne dorsolombaire



- Enthésite ligament nuchal et supraépineux de C5 à D2
- Sacroiliite bilatérale, prédominante à droite.
- Enthésite du ligament sacro-iliaque postérieur droit.



Diagnostic de Spondylarthrite ankylosante

- STOP Prednisone (sevrage), suite du traitement avec AINS, Celebrex et IPPS
- Substitution en Fer
- Recherche TBC
- Serologies HBV, HCV
- Bilan gastro à la recherche de MICI vs Anémie secondaire aux AINS-Prednisone
- RDV Assistante social pour avoir accès à une assurance et pouvoir prendre en charge un traitement anti -TNF - Humira (20.000 CHF/an)

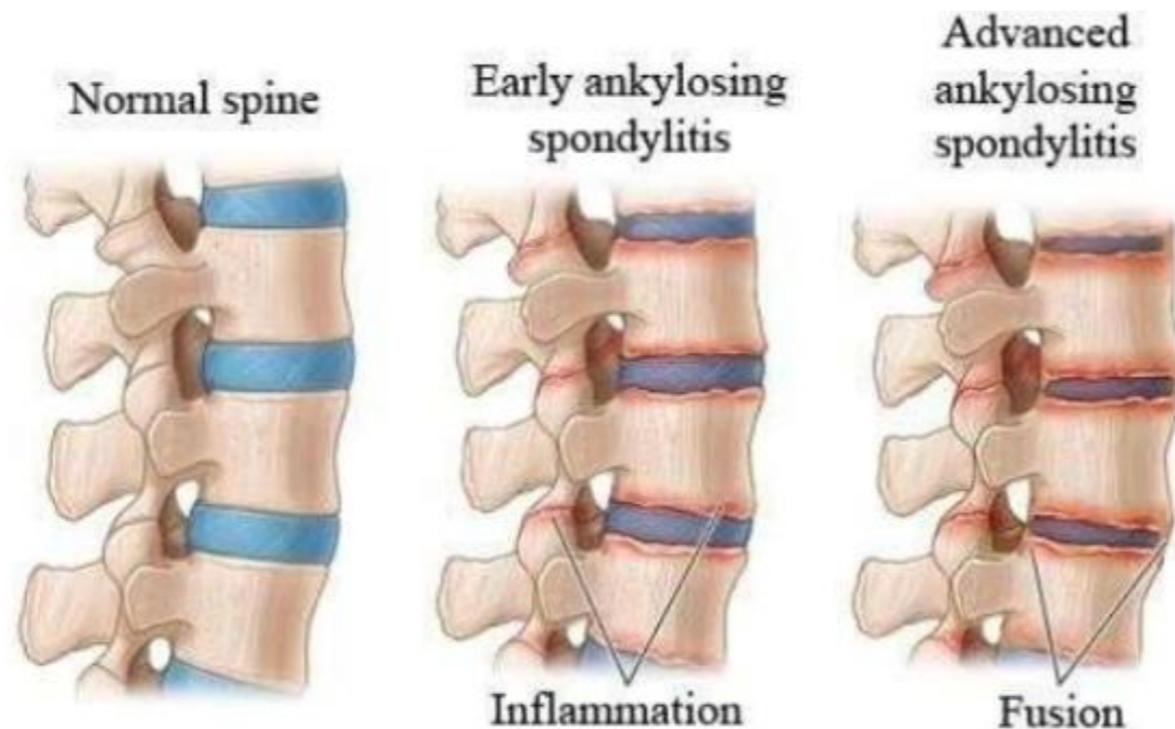
SPONDILOARTHRITE ANKYLOSANTE

Maladie systémique inflammatoire chronique du l'squelette axial avec atteinte variable des articulations périphériques ou structures non articulaires

Par sa fréquence le deuxième rang des rhumatisme inflammatoires chroniques après la polyarthrite rhumatoïde

Spondylarthropathies séronégatives avec une forte prédisposition génétique pour l'association avec HLA B-27.

Dans les cas severes —>fusion complète et rigidité de la colonne vertébrale



Box 1 | Typical disease manifestations

Axial

- Sacroiliitis
- Spondylitis
- Spondylodiscitis
- Facet joint arthritis
- Costovertebral arthritis
- Sternoclavicular arthritis
- Sternal osteitis

Peripheral

- Peripheral arthritis
- Peripheral enthesitis
- Coxitis

Systemic

- Anterior uveitis
- Psoriasis
- Chronic inflammatory bowel disease

ETIOLOGIE

L'étiologie est inconnue, mais les facteurs étiologiques probables sont:

- Prédilection génétique - Dans la plupart de groupes ethniques, plus de 90% des patients avec SA sont HLA B 27 +

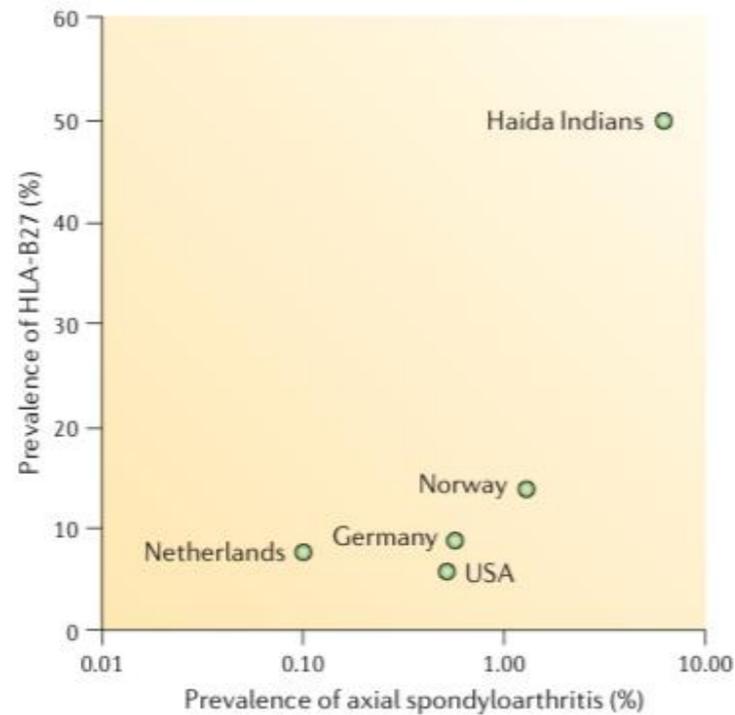
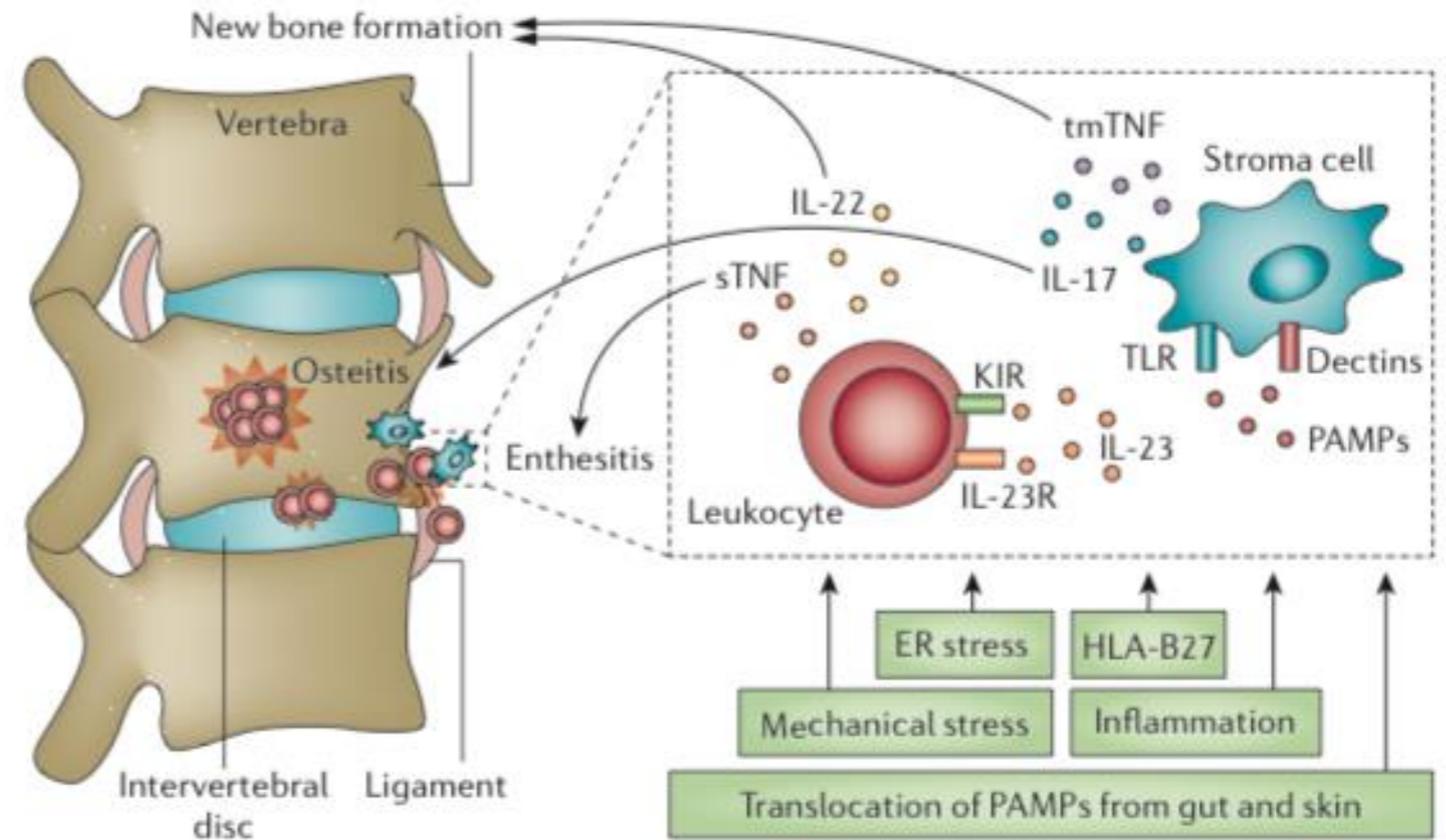


Figure 1 | Prevalence of axial spondyloarthritis.

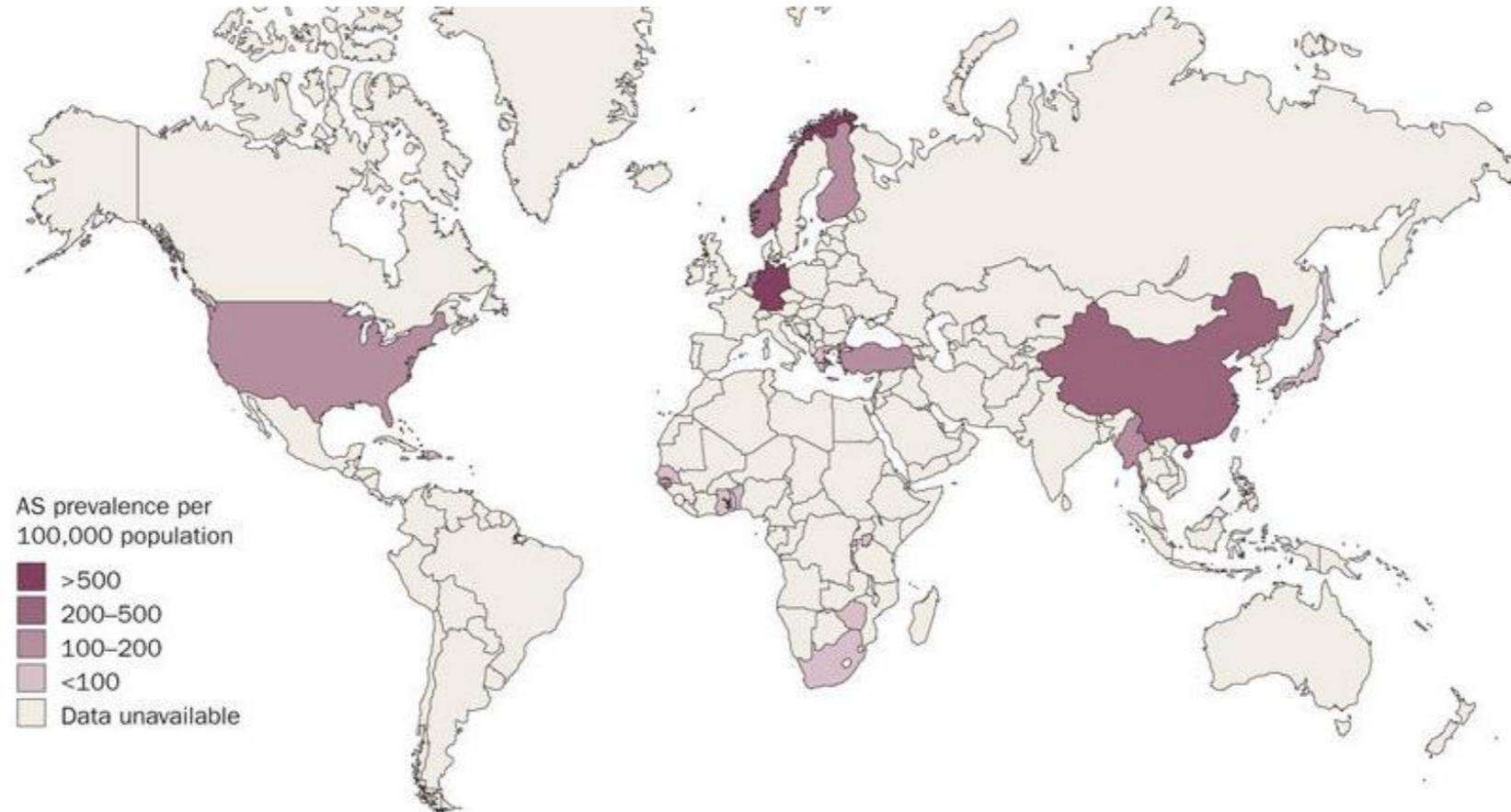


HLA B27 est un antigène de surface qui présente des peptides antigéniques aux cellules T.

Très associé avec d'autres spondylarthropathies.

Plus de 100 associations ont été faites, y compris de nombreuses maladies oculaires et des maladies systémiques.

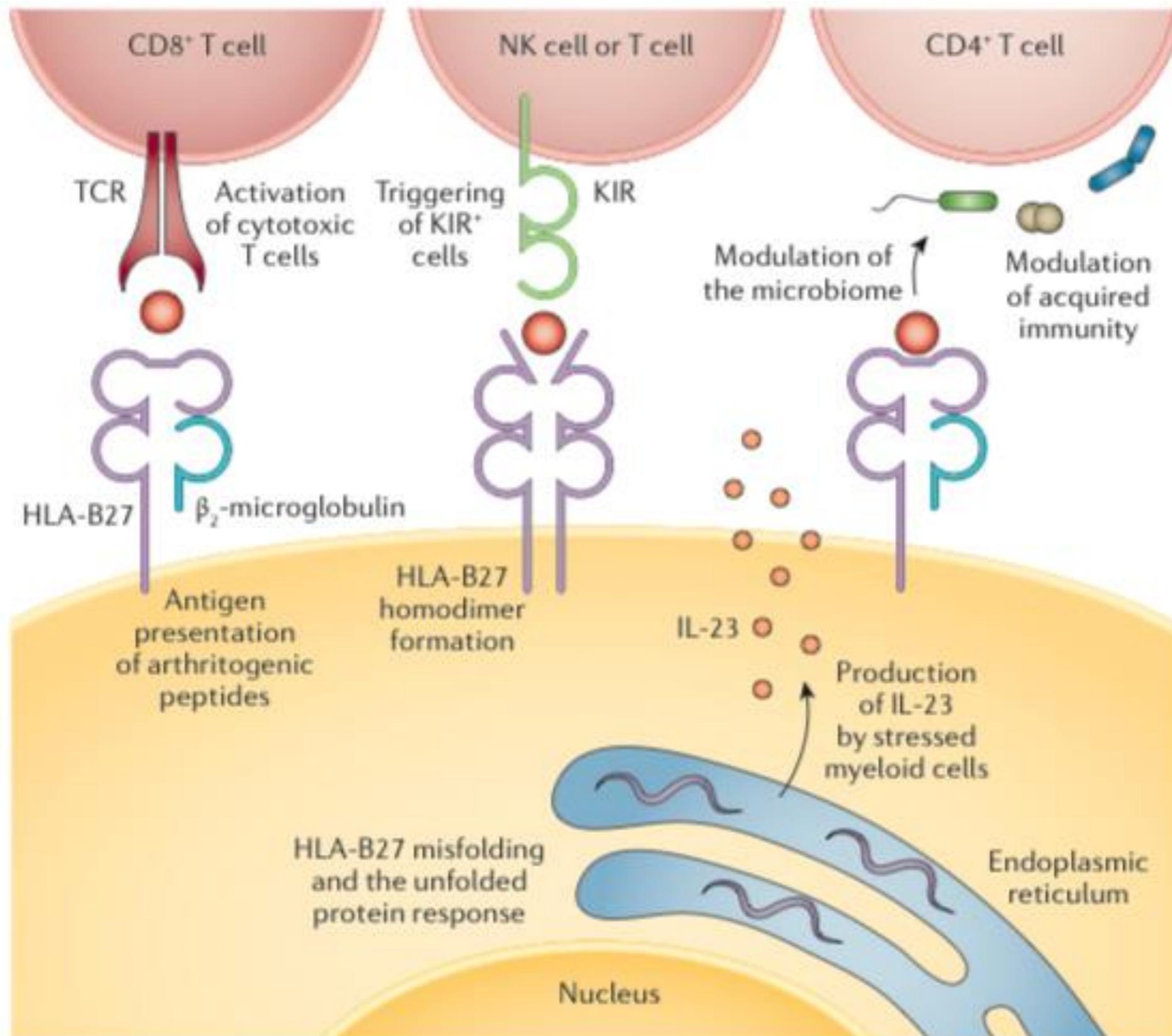
EPIDEMIOLOGIE



La prévalence varie de 0,1 à 1% de la population

- Les hommes sont touchés 3 fois plus que les femmes
- Généralement développé entre les 15 et 40 ans
- Prédominante chez les Caucasiens

PHYSIOPATHOLOGIE- ROL DU HLA-B 27



Bactéries - Klebsiella pneumoniae, Salmonella, E. coli, Yersinia pestis et certaines autres entérobactéries

Nature Reviews Disease Primers 1, Article number: 15041 (2015)

Figure 3 | The role of human leukocyte antigen-B27 in axial spondyloarthritis.

CLASSIFICATION

Table 1. Current and Classic Classifications of Spondyloarthritis.*

Current classifications

Axial spondyloarthritis

With radiographic sacroiliitis

Without radiographic sacroiliitis

Sacroiliitis on MRI

HLA-B27 positivity plus clinical criteria

Peripheral spondyloarthritis

With psoriasis

With inflammatory bowel disease (Crohn's disease or ulcerative colitis)

With preceding infection

Without psoriasis or inflammatory bowel disease or preceding infection

Classic classifications

Ankylosing spondylitis

Reactive arthritis (infection-associated arthritis)

Psoriatic spondyloarthritis

Predominantly peripheral

Predominantly axial

Enteropathic spondyloarthritis (associated with inflammatory bowel disease)

Predominantly peripheral

Predominantly axial

Juvenile-onset spondyloarthritis (enthesitis-related juvenile idiopathic arthritis)

Undifferentiated spondyloarthritis

* Current classifications are adapted from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) by Rudwaleit et al.^{5,6} MRI denotes magnetic resonance imaging.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

Enthésite: Les lésions précoces consistent en un tissu de granulation sous-chondrale, des infiltrats de lymphocytes et de macrophages dans

Synovite - peut évoluer vers une formation de pannus avec des îlots de formation osseuse.

Ostitis - avec fibrose et ossification.

Ankylose

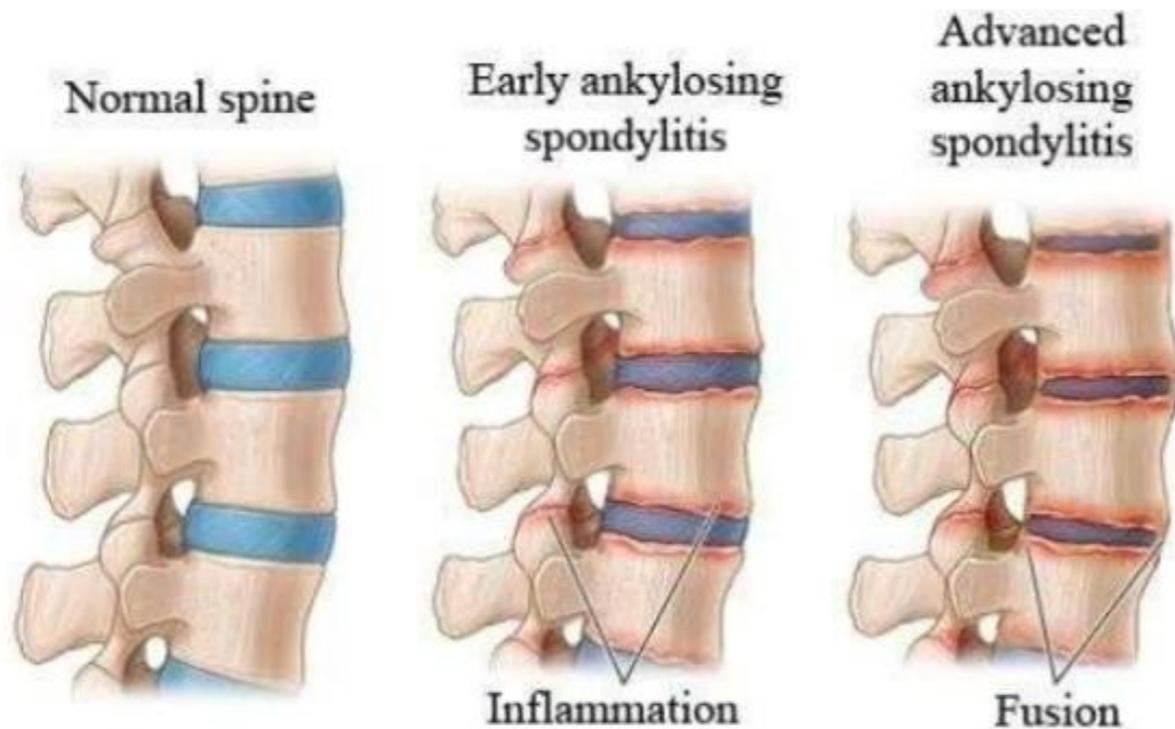


Table 2. Characteristics of Inflammatory Back Pain.*

Characteristic

Age at onset, <45 yr

Duration, >3 mo

Insidious onset

Morning stiffness >30 min

Improvement with exercise

No improvement with rest

Awaking from pain, especially during second half of night, with improvement on arising

Alternating buttock pain

* The presence of two or more of these features should arouse suspicion for inflammatory back pain, and the presence of four or more features can be considered diagnostic. The sensitivity of inflammatory back pain for the diagnosis of axial spondyloarthritis is 70 to 80%. The specificity varies, depending on the population being studied.^{8,9}

MANIFESTATIONS CLINIQUES - EXAMEN PHYSIQUE I

Raideur du bas du dos:

- le matin, pendant \geq 30 minutes
- soulagé après l'activité, une douche chaude

Douleur thoracique:

- mimétisme névralgie intercostale et myosite des muscles intercostaux
- s'aggrave en toussant, en éternuant, en respirant profondément

Raideur et sensibilité des muscles du dos.

Aplatissement de la lordose lombaire

Sacroiliite bilatérale.

Enthesopathies - douleur au site d'attachement ligamentaire à l'os:

- Crêtes iliaques
- Trochanters
- Processus épineux des vertèbres
- articulations costo-vertébrales

Manifestations extra-articulaires

- Uvéite
- Apparition bilatérale, aiguë dure 2-3 mois, dans 30% des patients

QUESTION MARK POSTURE

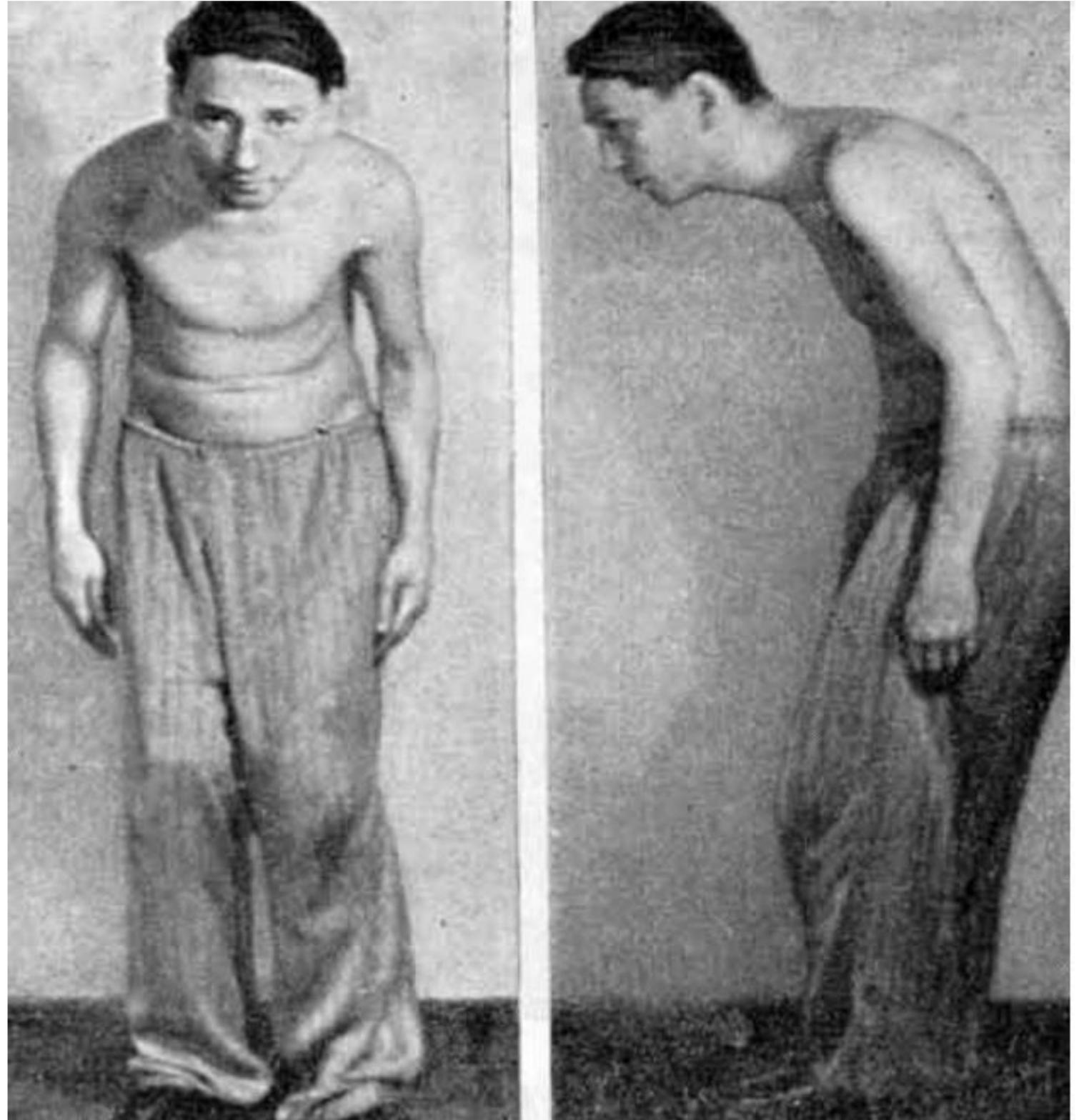
Douleur dans différents segments de la colonne vertébrale
Atrophie des muscles du dos.
Diminution de l'excursion thoracique.
Diminution des articulations dans la colonne vertébrale.
Ankylose des articulations sacro-iliaque et intervertébrale.
Lésions cutanées -(psoriasis pustuleux like - 10- 25% des patients)

Cardiovasculaire:
aortite
insuffisance aortique
péricardite, myocardite

Respiratoire
Fibrose des segments pulmonaires apicaux.

Système urinaire
amylose
néphropathie à IgA

Implication du système gastro-intestinal
colite ulcéreuse
Maladie de Crohn



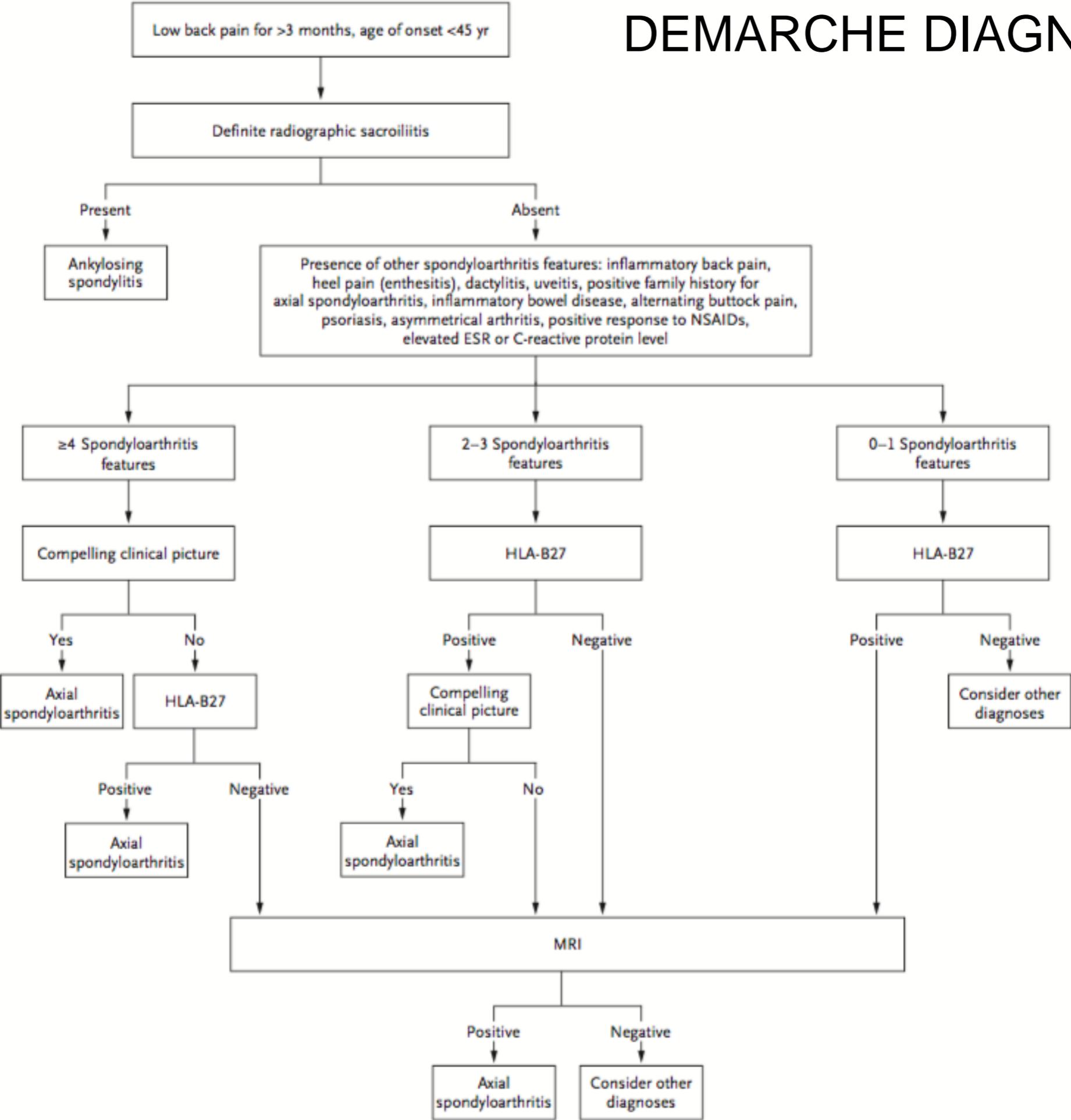
<http://lechenie-simptomv.ru/wp-content/uploads/2015/02/поза-при-болезни.jpg>

EXAMEN PHYSIQUE II (SACROILIITE)

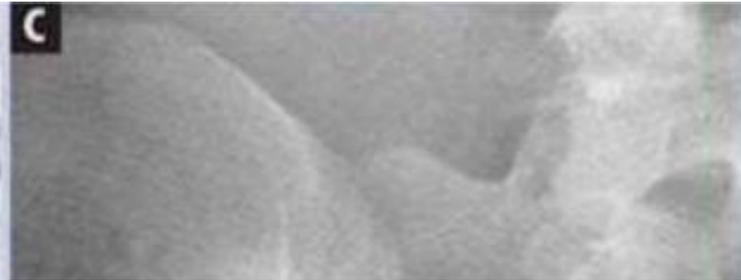
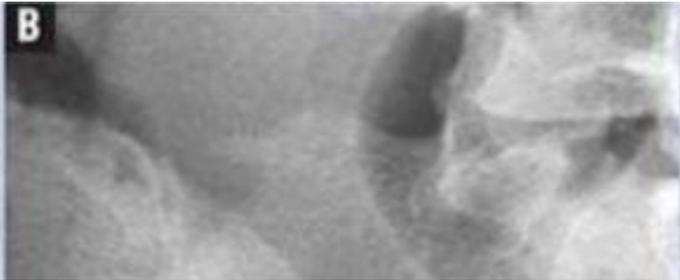
- Test de Compression Sacro-iliaque



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



RADIOLOGIE



Box 3 | Risk factors for radiographic progression

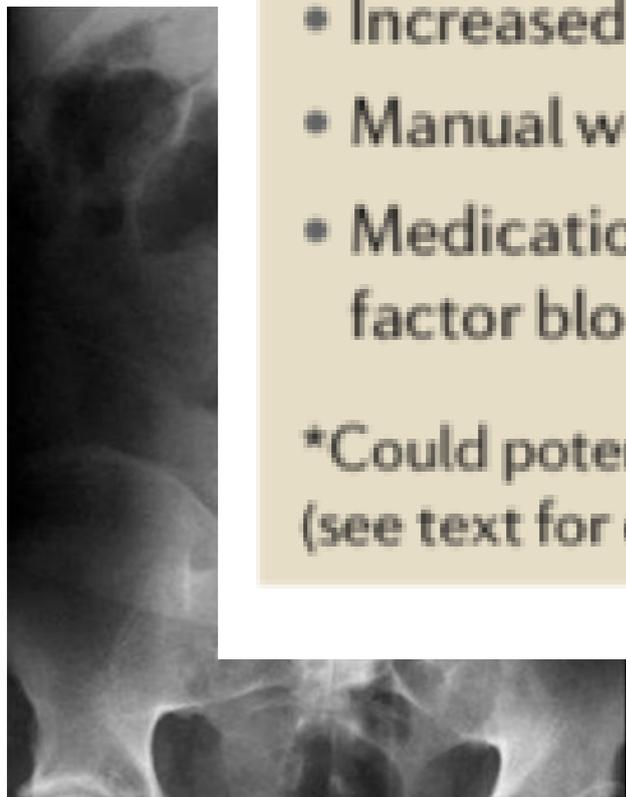
- Male sex
- Smoking
- Syndesmophytes at first presentation (conventional radiography)
- High degree of sacroiliitis (MRI)
- Increased levels of C-reactive protein
- Manual work
- Medication (such as NSAIDs and tumour necrosis factor blockers)*

*Could potentially be protective for radiographic progression (see text for details)

• Normal

Ankylose

ntérieure (de Romanus)



Scores d'activité de la maladie

BASDAI

Copyright 2005
basdai.com

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

TAKE OUR FREE TEST

If you have been diagnosed
with Ankylosing Spondylitis

BASFI

Copyright 2005
basdai.com

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

Take our Free test:

If you have been diagnosed
with Ankylosing Spondylitis

Medication

If you are currently taking medication for your AS, please give the name(s)
and dose that is on the bottle/packet.

none

Please indicate the effectiveness of the medication in relieving your
symptoms.
(1 is not effective, 10 is very effective)

Please indicate your age.

Please indicate your gender(M/F).

Pain on a ten point scale (1 is none and 10 is the worst)

Please indicate your level of ability with each of the following activities
during the past week.

How would you describe the overall level of fatigue/tiredness you
have experienced?

How would you describe the overall level of AS neck, back or hip
pain you have had?

How would you describe the overall level of pain/swelling in joints
other than neck, back or hips you have had?

How would you describe the overall level of discomfort you have had
from any areas tender to touch or pressure?

How would you describe the overall level of discomfort you have had
from the time you wake up?

How long does your morning stiffness last from the time you wake up?

TRAITEMENT

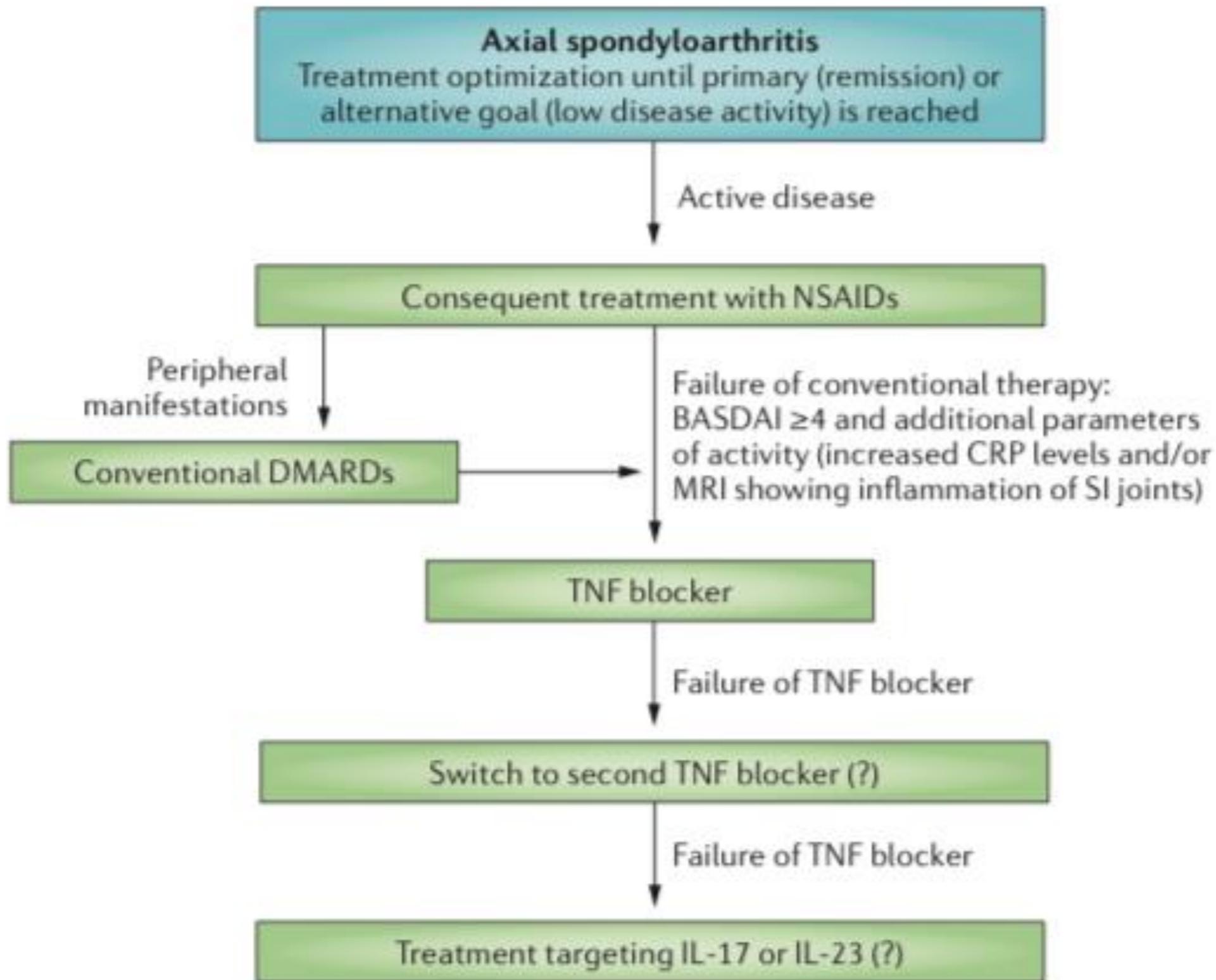


Figure 6 | **Treatment algorithm for axial spondyloarthritis.** This figure summarizes

Prognosis

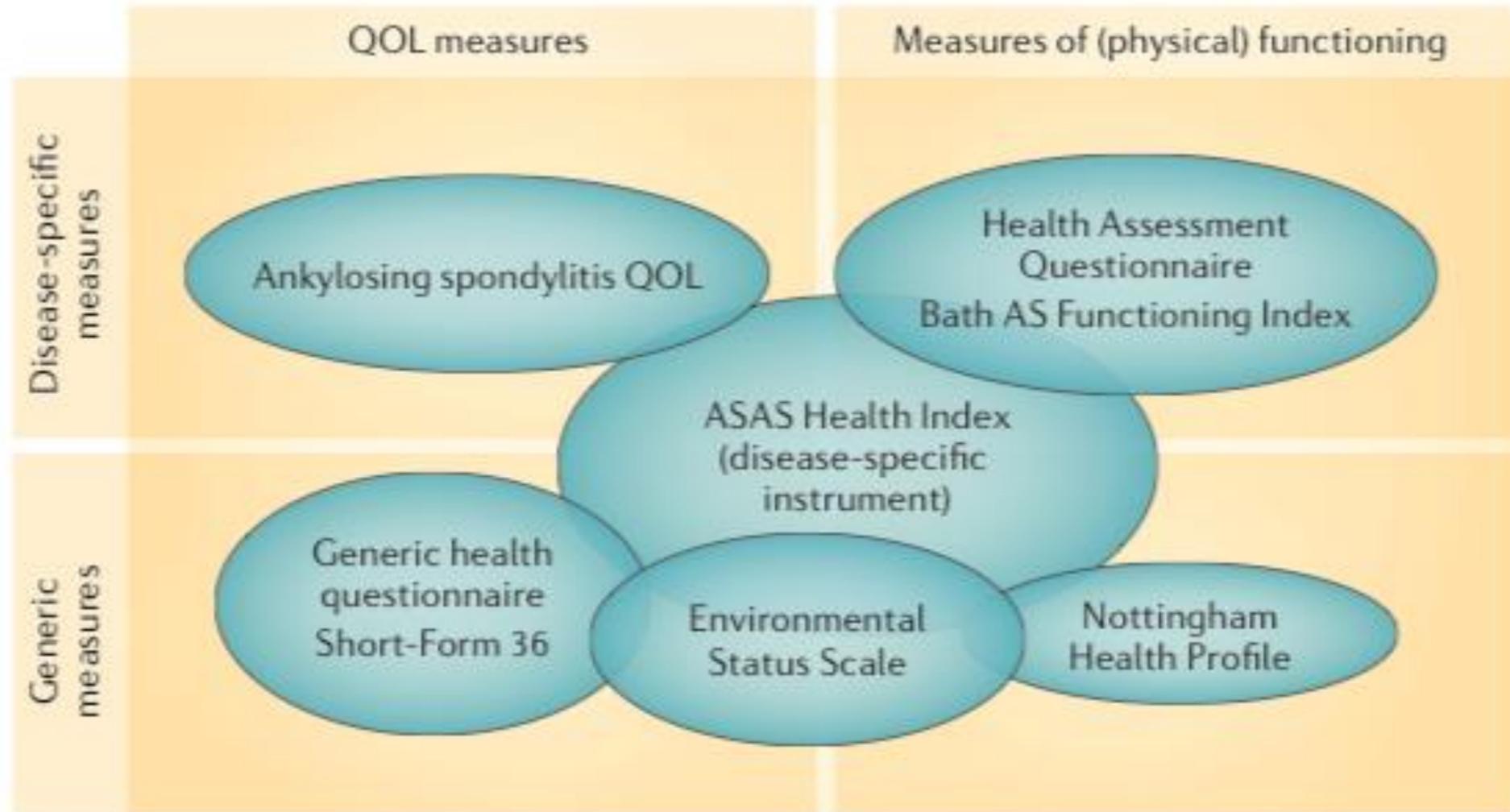


Figure 7 | **Quality of life.** Quality-of-life (QOL) measures and measures of functioning (generic and/or disease specific) are shown in relation to the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) Health Index. This is a new measure that assesses the complete health status, including disease severity, of patients with axial spondyloarthritis.

BIBLIOGRAPHIE

N engl j med 374;26

Nature Reviews Disease Primers 1, Article number: 15041 (2015)

Overview of the clinical manifestations and classification of spondyloarthritis

[Zeidler H, Calin A, Amor B. A historical perspective of the spondyloarthritis. Curr Opin Rheumatol 2011; 23:327.](#)

[Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P, et al. Do patients with non-radiographic axial spondylarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis? Arthritis Care Res \(Hoboken\) 2012; 64:1415.](#)

Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009; 68:784.



MERCI !