

# Actualisation des recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie pour la prise en charge diagnostique des malades atteints de spondyloarthrite.

Update of the recommendations of the Moroccan Society of Rheumatology for the diagnostic management of patients with spondyloarthritis

**Ibtissam Bentaleb<sup>1</sup>, Lamiae Oulkadi<sup>1</sup>, Nada Jaouad<sup>1</sup>, Ihsane Hmamouchi<sup>2</sup>, Abdellah El Maghraoui<sup>3</sup>, Radouane Niamane<sup>4</sup>, Imane El Bouchti<sup>5</sup>, Saloua Larhrissi<sup>6</sup>, Linda Ichchou<sup>7</sup>, Saadia Janani<sup>8</sup>, Fatima Ezzahra Abourazzak<sup>9</sup>, Nesrine Akasbi<sup>10</sup>, Mariam Erraoui<sup>11</sup>, Samia Karkouri<sup>12</sup>, Ahmed Bezza<sup>13</sup>, Rachid Bahiri<sup>1</sup>**

1. Service de Rhumatologie A, Hôpital El Ayachi, CHU Ibn Sina, Rabat-Salé, Maroc.
2. Université Mohammed V, URAC 30, Département de Rhumatologie, Hôpital provincial Témara, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, Rabat, Maroc.
3. Cabinet de Rhumatologie, Rabat, Maroc.
4. Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire Avicenne, Marrakech, Maroc.
5. Service de Rhumatologie, CHU Mohamed VI, Marrakech.
6. Cabinet de Rhumatologie, Rabat, Maroc.
7. Service de Rhumatologie, CHU Mohammed VI, Oujda, Maroc.
8. Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc.
9. Service de Rhumatologie, CHU Tanger-Tetouan- Al Hoceima, Tanger, Maroc.
10. Service de Rhumatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc.
11. Service de Rhumatologie, CHU Agadir, Agadir, Maroc.
12. Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Hôpital El Ayachi, Rabat-Salé, Maroc.
13. Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat, Maroc.

DOI: [10.24398/A.450.2022](https://doi.org/10.24398/A.450.2022);

Rev Mar Rhum 2022; 60:67-72

La spondyloarthrite (SpA) est une maladie complexe avec différentes présentations phénotypiques (1). Elle est à l'origine d'un handicap sévère et une surmortalité avec un impact socio-professionnel et un retentissement économique non négligeables.

Un diagnostic précoce et une prise en charge consensuelle permettront d'améliorer la qualité de vie du patient et le pronostic de la maladie.

Les recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie se basent sur les différentes recommandations actualisées des sociétés savantes à savoir l'ACR2019(2), SFR 2018(3), et une synthèse rigoureuse de l'état de l'art des données de la littérature.

Le but de ce travail est de mettre à la disposition du médecin spécialiste un outil pratique, permettant d'améliorer la prise en charge des patients atteints de SpA et de rendre ainsi cette prise en charge au Maroc consensuelle, conforme, et accessible à tous les rhumatologues.

## MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Un groupe de travail a été constitué, coordonné par un président désigné par la SMR (RB) et qui comprenait des médecins rhumatologues juniores (IB, LO et NJ), des médecins rhumatologues considérés comme experts de la maladie par la société savante (AA, RN, IE, SL, LI, SJ, FA, NA, ME et AB) et une rhumatologue méthodologiste et épidémiologiste (IH) ainsi qu'un spécialiste en médecine physique et réadaptation

Une première réunion physique de travail a permis l'élaboration du libellé des recommandations, après exposé des données de la littérature et discussion entre les experts. Une première version des recommandations a été rédigé à partir de cet argumentaire. Le texte des recommandations a été soumis aux experts, pour validation et notation du degré d'accord. Les recommandations ont ensuite été soumises à un groupe de lecture en utilisant deux tours de vote anonyme en ligne. Les recommandations de l'OMERACT (4) ont servi de guide pour passer d'un tour Delphi à l'autre et pour déterminer le résultat final.

### PRINCIPE 1

- Même si sa présentation clinique comporte une grande diversité en fonction des patients, la spondyloarthrite est une maladie chronique potentiellement grave et invalidante qui peut détériorer la qualité de vie et réduire l'espérance de vie.
- Elle peut être à l'origine de restrictions et de limitations fonctionnelles avec un impact socio-professionnel et un retentissement économique soit direct par le coût de la maladie ou indirect par la perte de productivité (5).

### PRINCIPE 2

- Le rhumatologue est le spécialiste qui coordonne la prise en charge de la spondyloarthrite (6).
- Cette prise en charge doit être globale permettant le contrôle des diverses dimensions de la maladie (7).

### PRINCIPE 3

- L'objectif thérapeutique initial est l'obtention et le maintien de la rémission clinique ou à défaut d'un faible niveau d'activité en vue d'améliorer la qualité de vie des patients, de prévenir les dommages structuraux et d'assurer une autonomie optimale et réintégration sociale.
- Pour atteindre cet objectif, une approche treat to target (T2T) peut être mise en place et adaptée à chaque patient en englobant les différents paramètres clinico-biologiques de la maladie, les manifestations extra-rhumatologiques et les comorbidités ainsi que la consommation d'AINS (8,9).

#### R1 : Définition et terminologie

- La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique hétérogène caractérisé par l'atteinte prédominante de l'enthèse, avec des manifestations rhumatologiques axiales et/ou périphériques ainsi que des manifestations

extra-rhumatologiques associées à un terrain génétique particulier (1) (7).

- On distingue plusieurs phénotypes :
  - Forme axiale radiographique
  - Forme axiale non radiographique
  - Forme périphérique (articulaire et enthésitique)
- Le phénotype peut être mieux caractérisé en ajoutant les éventuelles manifestations extra-rhumatologiques concomitantes.

#### R2 : Diagnostic

- Le diagnostic des différentes formes phénotypiques de la spondyloarthrite repose sur l'avis du rhumatologue expert, étayé par un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, biologiques et d'imagerie.
- Le diagnostic de la spondyloarthrite axiale non radiographique repose sur l'avis du rhumatologue expert et la présence d'un HLAB27 ou d'une sacro-iliite IRM.
- Le rhumatologue peut s'aider éventuellement de systèmes de critères de classification. Les plus utilisés sont les critères ASAS (annexe 1). (10)

#### R3 : Diagnostic du rhumatisme psoriasique

- Le rhumatisme psoriasique est un RIC polymorphe pouvant appartenir au groupe des SpA. Ses tableaux cliniques sont très variés.
- Le diagnostic des différentes formes de rhumatisme psoriasique repose sur l'avis du rhumatologue expert, étayé par un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques, biologiques et d'imagerie. (11)
- Les critères de CASPAR et les critères ASAS de SpA périphériques peuvent être utilisés.
- Le psoriasis cutané doit être recherché systématiquement devant tout contexte de RIC.

#### R4 : Fenêtre d'opportunité

Il faut viser une prise en charge précoce de la SpA, optimalement au cours de la fenêtre d'opportunité, quel que soit le phénotype de la SpA, et ce pour un contrôle rapide de la maladie. Le niveau de preuve ainsi que la durée de cette fenêtre ne sont pas encore clairement établis (12) (13).

Actualisation des recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie pour la prise en charge diagnostique des malades atteints de spondyloarthrite.

### **R5 : HLAB 27**

En cas de situation clinique incertaine, la recherche du HLAB 27 a un intérêt diagnostique, mais son absence n'élimine pas le diagnostic. Le HLA B27 a également un intérêt pronostique, sa présence est liée à un début précoce de la maladie, à une inflammation accrue des sacro-iliaques à l'IRM et à la survenue d'uvéite (14) (15). Il est également un facteur prédictif de la réponse aux anti-TNF dans les formes axiales et dans l'uvéite.

### **R6 : Diagnostic de la sacroiliite**

- Le diagnostic de l'atteinte sacro-iliaque radiographique obéit aux critères de New York modifiés et est défini par la présence d'une sacro-iliite stade 2 bilatérale ou stade 3 unilatérale (16).
- En l'absence de sacro-iliite objectivée à la radiographie standard ou en cas d'atteinte douteuse, une IRM est préconisée. Elle permet un diagnostic précoce (16).
- La TDM peut être recommandée pour le diagnostic différentiel dans certains cas (16).

### **R7 : Imagerie du rachis**

- Une radiographie standard du rachis est recommandée devant tout patient avec rachialgies inflammatoires. Elle pourrait également être préconisée dans le suivi de l'évolution structurale.
- L'IRM du rachis n'est pas recommandée de façon systématique pour le diagnostic positif de la SpA. Sa prescription pourrait avoir un intérêt dans certaines situations cliniques particulières. Son intérêt n'est pas encore démontré dans le suivi de la maladie (17).

### **R8: Diagnostic et activité de l'enthésite périphérique**

- L'enthésite peut s'observer dans tous les phénotypes. Elle fait partie des critères de l'ASAS. Sa détection est essentiellement clinique.
- Des scores spécifiques peuvent être utilisés pour l'évaluation de son activité. Les plus utilisés sont les scores MASES, LEI et SPARCC. Ils sont plus utilisés en recherche clinique.
- Les sites les plus atteints sont ceux des membres inférieurs notamment calcanéens responsables de talalgies et patellaires (18)
- Dans certaines situations, l'échographie peut être utilisée comme un examen de confirmation.

### **R9 : Evaluation de l'activité des SpA**

- Des scores composites d'évaluation adaptés à chaque forme doivent être utilisés pour évaluer l'activité de la maladie (6) :
- Les scores à privilégier pour les formes à prédominance axiale sont l'ASDAS ou le BASDAI par défaut (annexe 2).
- Pour les formes à prédominance périphérique, on utilise les scores dérivés du DAS (annexe4).
- Le rythme préconisé pour le suivi sera fixé par le rhumatologue traitant en fonction de l'activité de la maladie et du contexte clinique.

### **R10 : Evaluation de l'activité du rhumatisme psoriasique**

- L'évaluation de l'activité dans le rhumatisme psoriasique est souvent complexe. Elle doit être adaptée à la forme clinique.
- Un score dermatologique (PASI) couplé à un score rhumatologique (ASDAS, DAS ...) doit être utilisé en présence d'un psoriasis cutané.
- D'autres scores d'évaluation de l'activité du rhumatisme psoriasique peuvent être utilisés à savoir le Disease activity index for psoriatic arthritis (DAPSA) ou le Minimal Disease Activity (MDA) mais leur utilisation en pratique courante reste limitée (6) (11).

### **R11 : Evaluation de la fonction**

- L'évaluation du retentissement fonctionnel des patients atteints de SpA doit être réalisée en utilisant les indices validés (BASFI, HAQ) en fonction du phénotype (19).
- L'évaluation de la fonction de la hanche, en cas de coxite, doit être régulière et spécifique en utilisant un score adapté (Lequesne).
- Une collaboration avec les MPR est recommandée pour optimiser la prise en charge. Elle est utile à tous les stades de la maladie.

### **R12 : Evaluation de la progression structurale**

- L'évaluation de la progression structurale des SpA axiales et périphériques doit être effectuée par la pratique régulière de radiographies. Elle repose sur l'avis du rhumatologue expert.
- Plusieurs scores radiographiques, BASRI, SASSS,

mSASSS, RASSS ont été validés au cours des axSpA. Leur utilisation n'est pas obligatoire en pratique courante (20).

- Le rythme de cette évaluation devrait être adapté à chaque situation clinique.

### R13: Coxite

- La coxite est fréquente et spécifique dans notre contexte, nécessitant un dépistage précoce. Elle témoigne d'une forme sévère de la maladie vu son retentissement fonctionnel (21).

- Le diagnostic et le suivi reposent sur l'examen clinique et la radiographie standard. L'échographie permet la détection d'épanchement articulaire et de synovite. Elle permet également la réalisation de gestes locaux. Au stade précoce, l'IRM peut être utile (21).

- La réponse aux AINS et au traitement biologique est souvent insuffisante d'où l'intérêt des gestes locaux. Au stade terminal, le remplacement prothétique constitue la seule alternative

### R14 : Comorbidités et manifestations extra-rhumatologiques

- La prise en charge précoce et régulière des comorbidités ainsi que des manifestations extra-rhumatologiques est essentielle pour optimiser le contrôle de la maladie et de son pronostic.

- Une attention particulière doit être portée à certaines affections conjointement avec le spécialiste d'organe, un dépistage rigoureux des comorbidités et des manifestations extra-rhumatologiques est recommandé (22)

#### R14a : Atteinte ophtalmologique

- L'uvéite antérieure aiguë constitue la manifestation extra-articulaire la plus fréquente au cours des SpA et peut parfois être le premier symptôme conduisant au diagnostic (23).

- Du fait de sa gravité, son dépistage par l'interrogatoire doit être systématique. Sa prise en charge nécessite une collaboration étroite entre rhumatologue et ophtalmologue.

#### R14b : Atteinte cardio-vasculaire

- Le risque cardiovasculaire est accru chez les patients atteints de SpA. Certains facteurs liés à la maladie augmentent ce risque notamment le processus inflammatoire et le recours

aux AINS (24).

- L'atteinte cardiaque liée à la SpA est dominée par les valvulopathies et les troubles de la conduction (24).

- Le dépistage doit être systématique, la prise en charge rapide est obligatoire en concertation avec le spécialiste d'organe.

#### R14c : Atteinte osseuse

- L'ostéoporose est une atteinte fréquente au cours de la SpA.

- Une évaluation de risque fracturaire ostéoporotique avec contrôle densitométrique régulier est recommandée (25).

- L'interprétation de la DMO doit tenir compte d'éventuels facteurs confondants (rachis ankylosé ou présence de coxite).

#### R14d : Atteinte digestive

- En plus de l'association classique de la SpA aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), des lésions intestinales asymptomatiques peuvent exister.

- La prise en charge nécessite la collaboration entre rhumatologue et gastro-entérologue et doit prendre en considération l'effet de certains traitements rhumatologiques notamment les AINS sur l'entérocolopathie (26).

- L'indication à certains csDMARDs ou à certains biologiques doit tenir compte de l'ensemble du contexte et se faire en concertation entre le rhumatologue et le gastro-entérologue (26).

#### R14e : Atteinte pulmonaire

- L'atteinte pulmonaire dans la SpA est le plus souvent asymptomatique. Elle est dominée par les troubles restrictifs, la fibrose pulmonaire apicale et les atteintes interstitielles (27).

- Le rythme et la nature de l'exploration de l'atteinte pulmonaire doivent être décidés en fonction du contexte et en collaboration avec le spécialiste d'organe.

- Les complications infectieuses doivent être régulièrement dépistées et un arrêt du tabagisme est fortement recommandé (27).

#### R14f : Atteinte rénale

- L'atteinte rénale dans la SpA est peu fréquente mais

Actualisation des recommandations de la Société Marocaine de Rhumatologie pour la prise en charge diagnostique des malades atteints de spondyloarthrite.

conditionne le pronostic. Elle est essentiellement dominée par l'amylose; souvent tardive et associée à une forme grave de la maladie, la néphropathie à IgA et les lithiases (28)

- Il existe des facteurs d'aggravation de la fonction rénale notamment la prise d'AINS au long cours (28).
- Il est nécessaire d'effectuer un bilan rénal adapté au moment du diagnostic et de manière régulière au cours du suivi de la maladie.

## CONCLUSION

Le but de cette version courte et actualisée des recommandations de la société marocaine de rhumatologie est de mettre à la disposition du médecin spécialiste un outil pratique, permettant d'améliorer la prise en charge diagnostique des patients atteints de SpA et de rhumatisme psoriasique et ce en l'adaptant au contexte marocain. Des mises à jour seront envisagées ultérieurement en fonction des avancées thérapeutiques, de l'évolution des connaissances et des résultats des études en cours.

## CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## RÉFÉRENCES

1. Rachid Bahiri, Linda Ichchou, Ahmed Bezza et al. Recommendations of the Moroccan Society of Rheumatology (SMR) for the therapeutic management of patients with severe ankylosing spondylitis (SpA). *Rev Mar Rhum* 2017;39: 3-18
2. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care & Research*. 2019;0:1–15.
3. Wendling D et al. Actualisation 2018 des recommandations de la Société française de rhumatologie (SFR) pour la prise en charge en pratique courante des malades atteints de spondyloarthrite, *Revue du Rhumatisme*, Volume 85, Issue 3, 2018, Pages 222-230,
4. Boers M, Kirwan J, Tugwell P, Beaton D, Bingham CO III, Conaghan PG et al. *The OMERACT Handbook*. 2015.
5. MAJDOUBA, M. Ben, BOUSSAID, S., JRIRI, S., et al. Devenir professionnel des patients atteints de spondyloarthrites. *Revue du Rhumatisme*, 2020, vol. 87, p. A191-A192
6. Smolen JS, Schöls M. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2018 Jan;77(1):3-17.
7. INEAS – Guide de pratique clinique Prise en Charge Diagnostique & Thérapeutique des Spondyloarthrites-V 01, Avril 2021
8. Maksymowych W, et coll. Sustained remission of inflammation is associated with reduced structural damage on sacroiliac joint magnetic resonance imaging in patients with early axial spondyloarthritis: Evidence to support the concept of treat-to-target, *l'EULAR 2018*; oral communication N°OP0199.
9. Dougados M. Treat to target in axial spondyloarthritis: From its concept to its implementation. *J Autoimmun*. 2020 Jun;110:102398.
10. Bakker P, Moltó A, Etcheto A, Van den Bosch F, Landewé R, van Gaalen F, Dougados M, van der Heijde D. The performance of different classification criteria sets for spondyloarthritis in the worldwide ASAS-COMOSPA study. *Arthritis Res Ther*. 2017;19(1):96.
11. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):700-712.
12. Carron P, Varkas G, Cypers H, et al. Anti-TNF-induced remission in very early peripheral spondyloarthritis: the CRESPE study. *Ann Rheum Dis* 2017;76:1389–95.
13. Maksymowych WP, Morency N, Conner-Spady B, et al. Suppression of inflammation and effects on new bone formation in ankylosing spondylitis: evidence for a window of opportunity in disease modification. *Ann Rheum Dis* 2013;72:23–8.
14. Chung HY, Machado P, van der Heijde D, D'Agostino MA, Dougados M. HLA-B27 positive patients differ from HLA-B27 negative patients in clinical presentation and imaging: results from the DESIR cohort of patients with recent onset axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011 Nov; 70(11):1930–6.
15. I. Bentaleb, S. Rostom, I. El Binoune, B. Amine, I. Elbouchti, I. Ghoulzani, R. Bahiri. Prévalence de l'antigène HLAB27 chez les patients marocains atteints de Spondyloarthrite (SpA) : Etude multicentrique (Communication orale

- congrès SMR 2021)
16. Mandl P, Navarro-Compán V, Terslev L, Aegerter P, van der Heijde et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis*. 2015 Jul;74(7):1327-39.
  17. Weber U, Zubler V, Zhao Z, et al. Does spinal MRI add incremental diagnostic value to MRI of the sacroiliac joints alone in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis? *Ann Rheum Dis* 2015;74:985e92.
  18. Hamdi, W, Chelli M, Ahmed, S, Ghannouchi M et al. Corrélations entre les scores cliniques, radiographique et échographiques d'enthésite au cours de la spondylarthrite ankylosante. *REV RHUM*. (2011). 78. 251-256.
  19. Kiltz U, van der Heijde D, Boonen A, Akkoc N, et al. Measurement properties of the ASAS Health Index: results of a global study in patients with axial and peripheral spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018 ;77(9): 1311-7.
  20. Ramiro S, Claudepierre P, Sepriano A, van Lunteren M, Molto A, et al. Which scoring method depicts spinal radiographic damage in early axial spondyloarthritis best? Five-year results from the DESIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2018;57(11):1991-2000.
  21. Rahmouni, M. Slouma , R. Dhahri , L. Metoui et al .La coxite des spondyloarthrites, *La Revue de Médecine Interne*, Volume 39, Supplement 1, 2018, Pages A169-A170,
  22. Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, Landewé R, van den Bosch F, et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Ann Rheum Dis*. 2016 Jun;75(6):1016-23.
  23. Chang JH, McCluskey PJ, Wakefield D. Acute anterior uveitis and HLA B27. *Surv Ophthalmol* 2005;50:364–88
  24. Mathieu S, Gossec L, Dougados M, et al. Cardiovascular profile in ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63:557–63.
  25. Ghazlani I, Ghazi M, Nouijai A et al. Prevalence and risk factors of osteoporosis and vertebral fractures in patients with ankylosing spondylitis. *Bone* 2009;44:772-6.
  26. Dougados M, Etcheto A, Molto A, et al. Clinical presentation of patients suffering from recent onset chronic inflammatory back pain suggestive of spondyloarthritis: The DESIR cohort. *Joint Bone Spine*. 2015;82:345-51.
  27. El Maghraoui A. Pleuropulmonary involvement in ankylosing spondylitis. *Joint Bone Spine* 2005;72:496-502.
  28. Barbouch S, Hazgui.F, Ben Abdelghani Kh, F. Ben Hamida et al, Atteinte rénale au cours de la spondylarthrite ankylosante , Doi : 10.1016/j.nephro.2011.10.005.