

LA SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION



en collaboration avec la Faculté de Médecine  
Dr. BENZERDJEB  
et le CHU T.DAMARDJI - Tlemcen

organise

Le  
**3<sup>ème</sup>**  
CONGRÈS DE MÉDECINE  
PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

**22-23 SEPTEMBRE 2012**  
À L'AUDITORIUM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈMES :

- LA SPACICITÉ DES MEMBRES INFÉRIEURS
- LES SPONDYLARTHROPATHIES ET MPR
- CONFÉRENCES
- COMMUNICATIONS LIBRES ET POSTERS

Président du congrès : Pr. BENMANSOUR

Inscriptions : [www.Samer-dz.org](http://www.Samer-dz.org)

**Prise en charge  
de la pelvispondylite rhumatismale (PSR)  
au niveau de l'EHS séraïdi  
à propos de 48 patients.  
Toumi N, Nouacer Z, EHS Séraïdi Annaba**

# LA PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE

- La pelvispondylite rhumatismale (PSR) est un Rhumatisme inflammatoire chronique faisant partie des spondylarthropathies.
- L'objectif de la PEC c'est la prévention de la raideur et la déformation rachidienne ainsi que l'amélioration de la mobilité et de la forme physique pour une meilleure autonomie.
- Les moyens utilisés: médicamenteux, kinébalnéo ainsi que l'appareillage.
- **L'objectif de notre travail:**
  - étude des paramètres épidémiologiques et cliniques
  - évaluation de la prise en charge en rééducation fonctionnelle

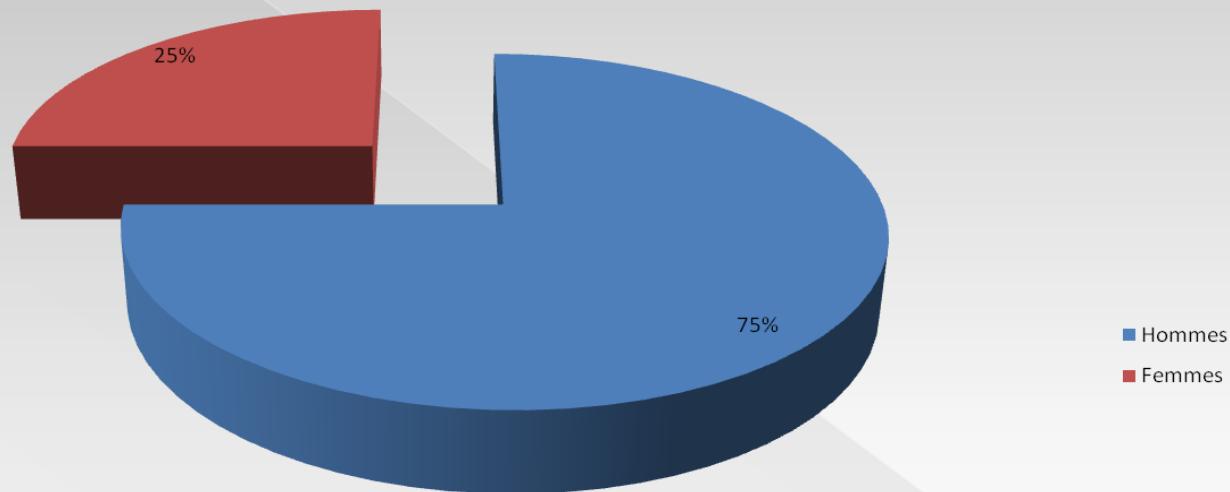
# Matériels et Méthodes

- Etude rétrospective descriptive de 48 patients atteints de PSR PEC et suivis au service MPR de l'EHS séraidi sur une durée de 06 ans (2007-2012).
- Les paramètres suivants ont été recueillis : l'âge, le sexe, les signes cliniques, les signes radiologiques, les paramètres biologiques,..... . Tous les malades ont été traités par l'AINS et ont bénéficié de séances de kinébalnéothérapie.

# Résultats et commentaires

**caractéristique de la population étudiée :**

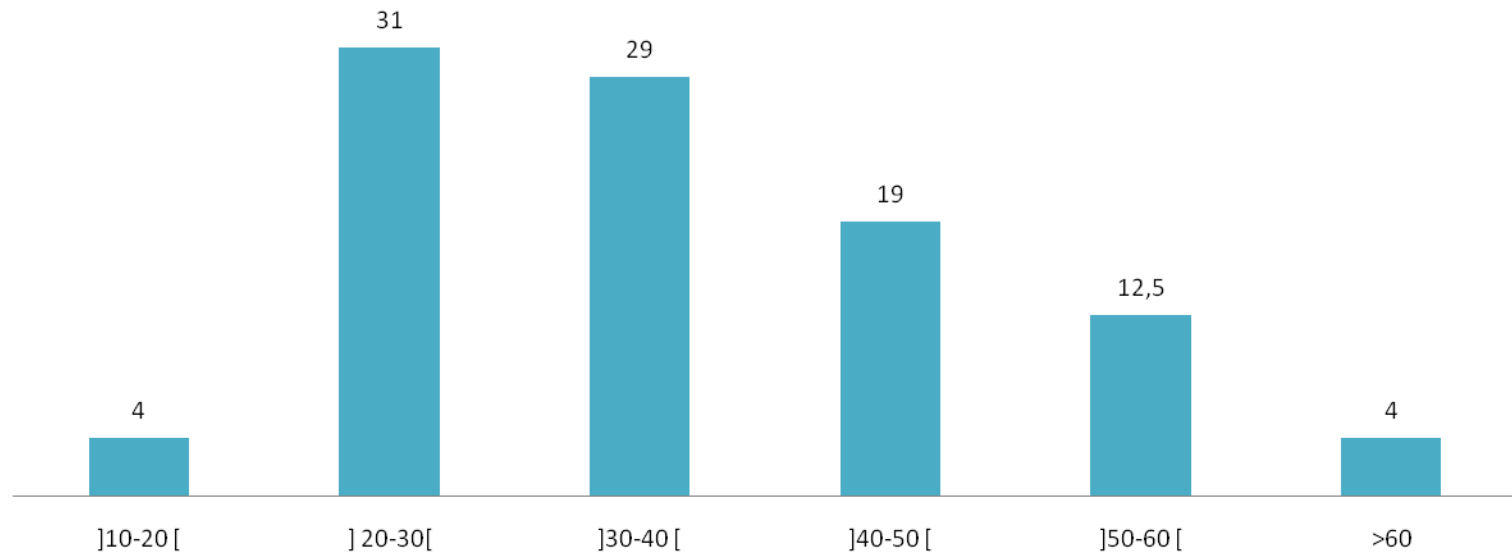
**Selon le sexe :**



Graphe 1: Répartition des malades selon L'ATCD personnels

**3 hommes pour 1 femme avec un sex-ratio = 3.**

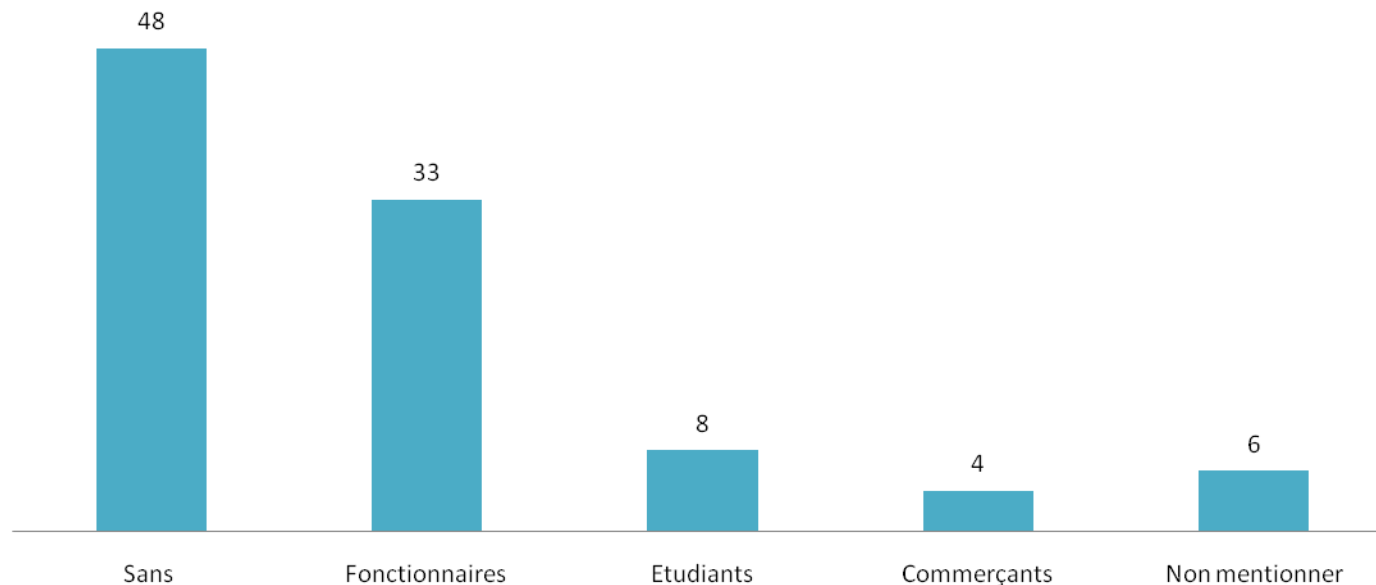
## Selon l'âge :



Graphe 1: Répartition des malades selon Age de debut

L'âge de nos patients est compris entre 20-40 ans dans 60% des cas avec des extrêmes: 15-67 ans.

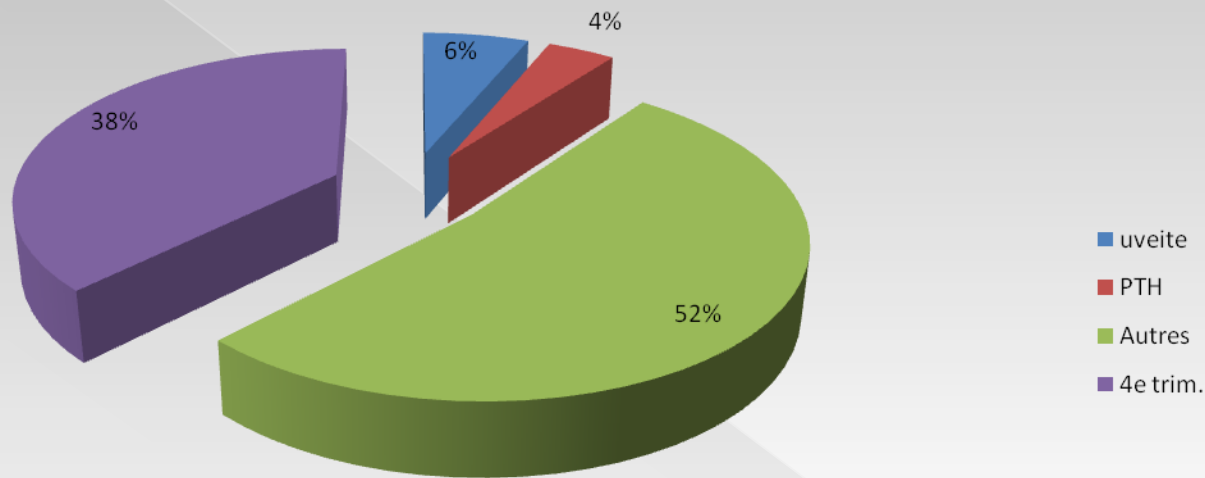
## Selon la Profession



Grphe 4: Répartition des malades selon la Profession

48% des patients sont sans profession, 33% fonctionnaires, 8% étudiants et 4% commerçants.

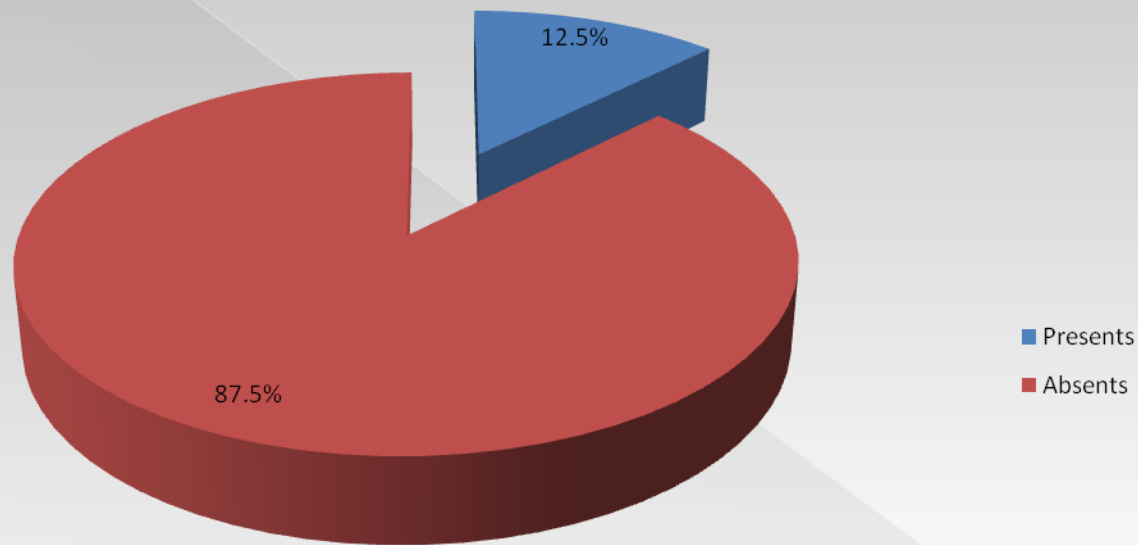
## ***Selon les ATCD personnels :***



Graphe5:Répartition des malades selon L'ATCD personnels

6% des patients ont présenté une uvéite, 4% ont bénéficié de PTH et 52%: Troubles psychiatriques, ulcère GD, Diabète, HTA....et 38% RAS.

## ***ATCD de PSR familiale:***



Graphe 6: Répartition des malades selon *ATCD familiaux de PSR*

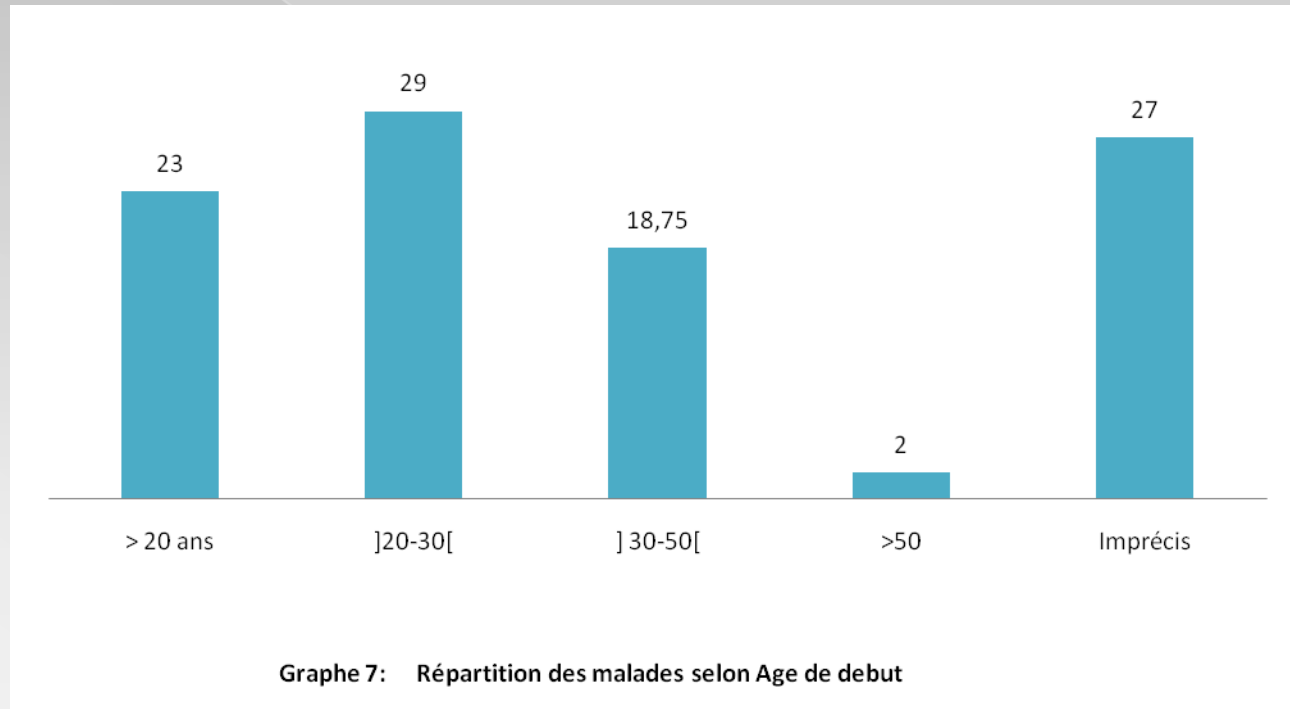
La notion de PSR familiale a été retrouvée chez 12.5% des patients.



# *Etude de la PSR :*

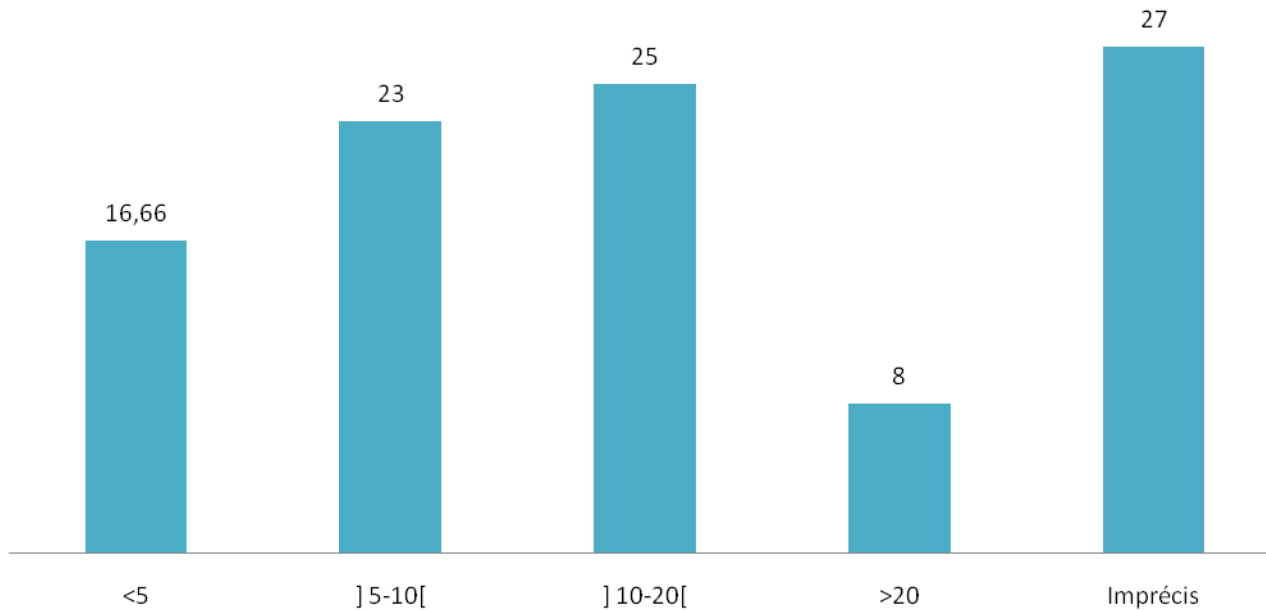
## *Mode de début*

### *Age de début*



Le début des symptômes: entre 20-30 ans, chez 29% des patients.  
Les formes à début précoce: chez 23% des patients avant l'âge de 20 ans.  
Les formes à début tardif chez 02% des patients.

## ***La durée d'évolution de la PSR***

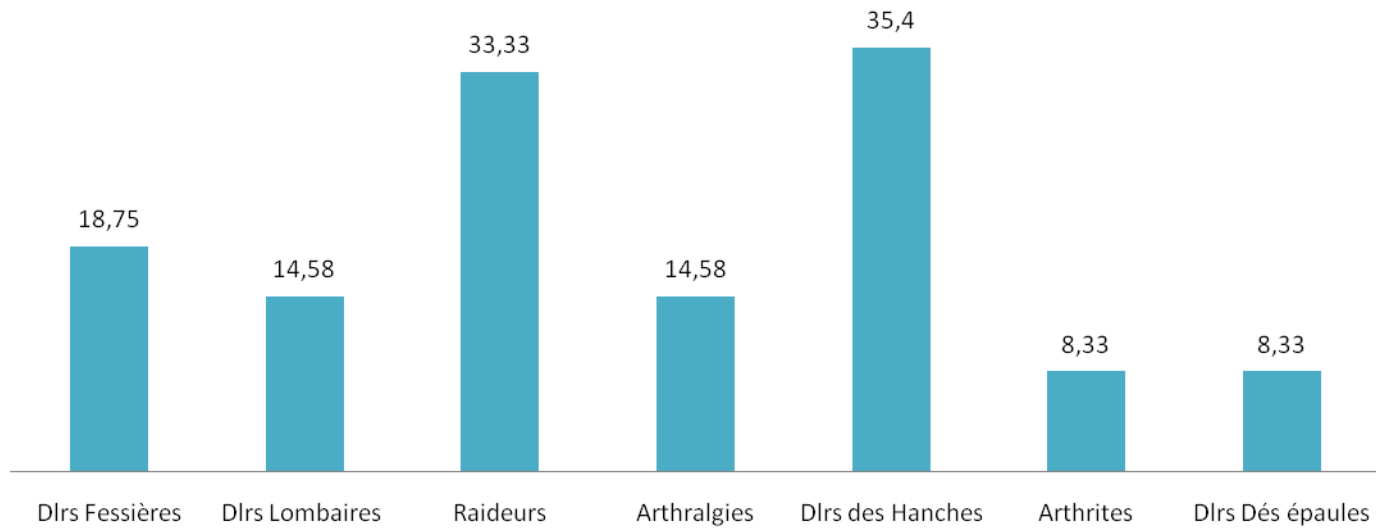


**Grphe 8: Répartition des malades selon La durée d'éval PSR**

La durée moyenne d'évolution de la PSR était de 11 ans, avec des extrêmes de 01 à 35 ans.

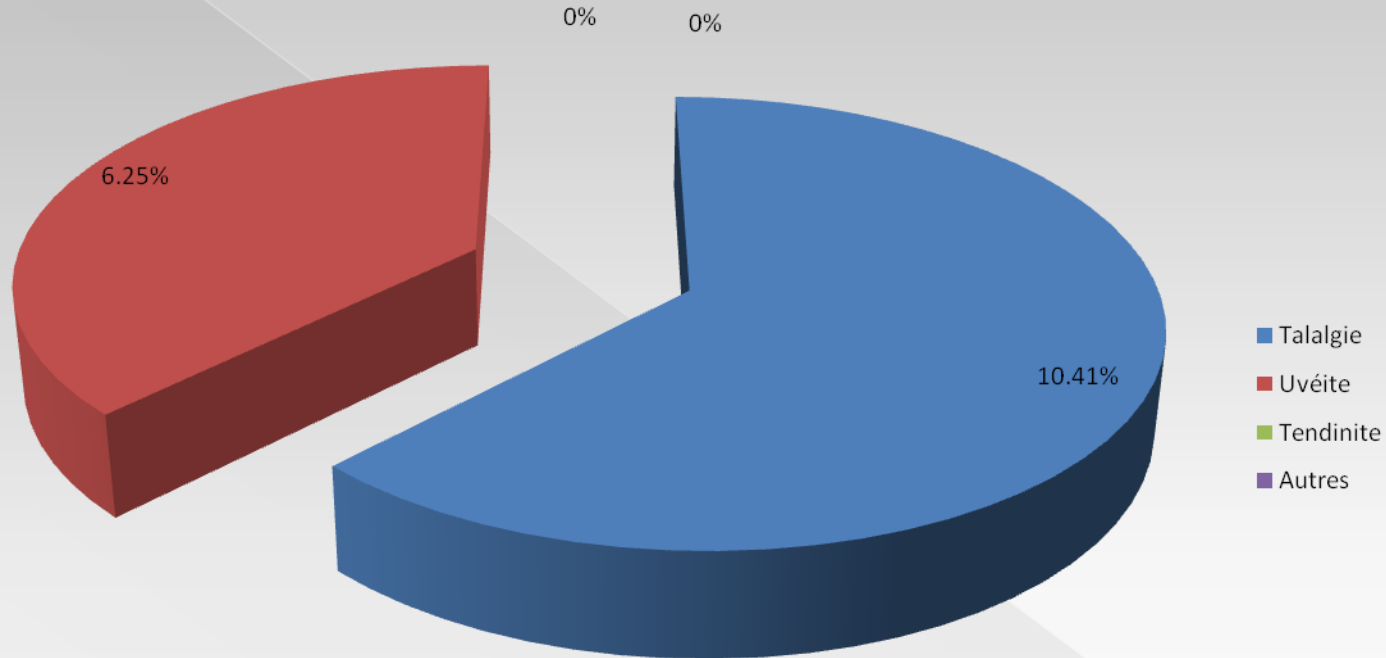
# Phase d'état

## Manifestation articulaires :



Graphe 11: Répartition des malades selon la Phase d'état

## Manifestations extra articulaires :

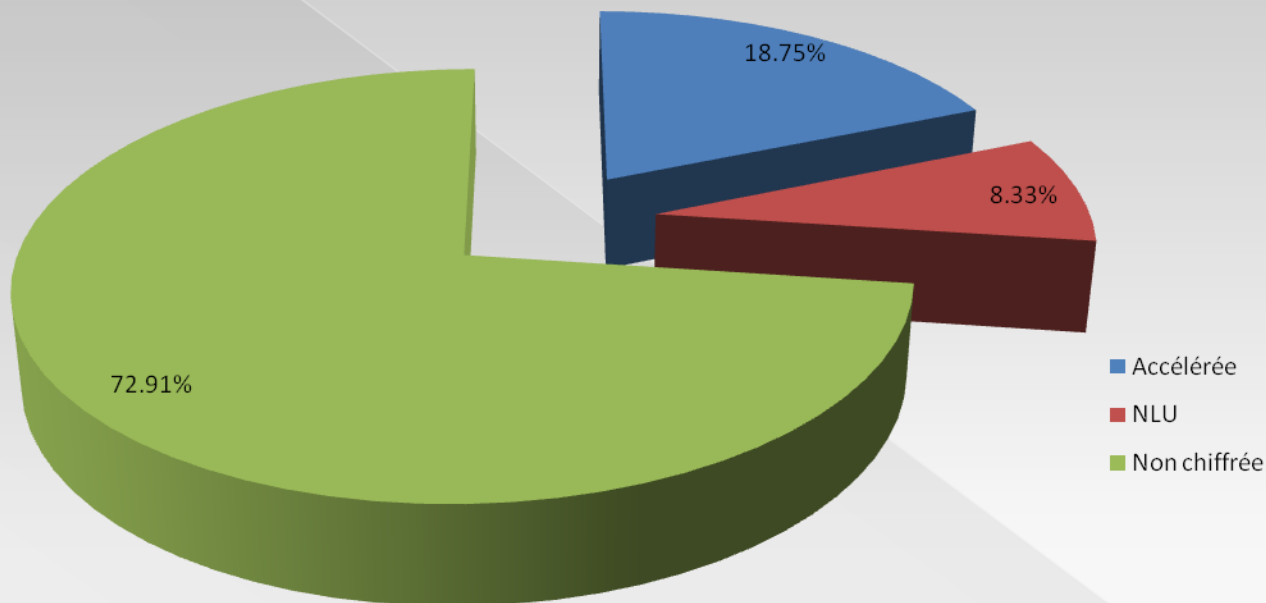


Graphe 12: Répartition des malades selon MEA

Les MEA durant cette phase étaient plus importante que dans la phase initiale

# ***Les Examens Para cliniques :*** ***Les signess Biologiques :***

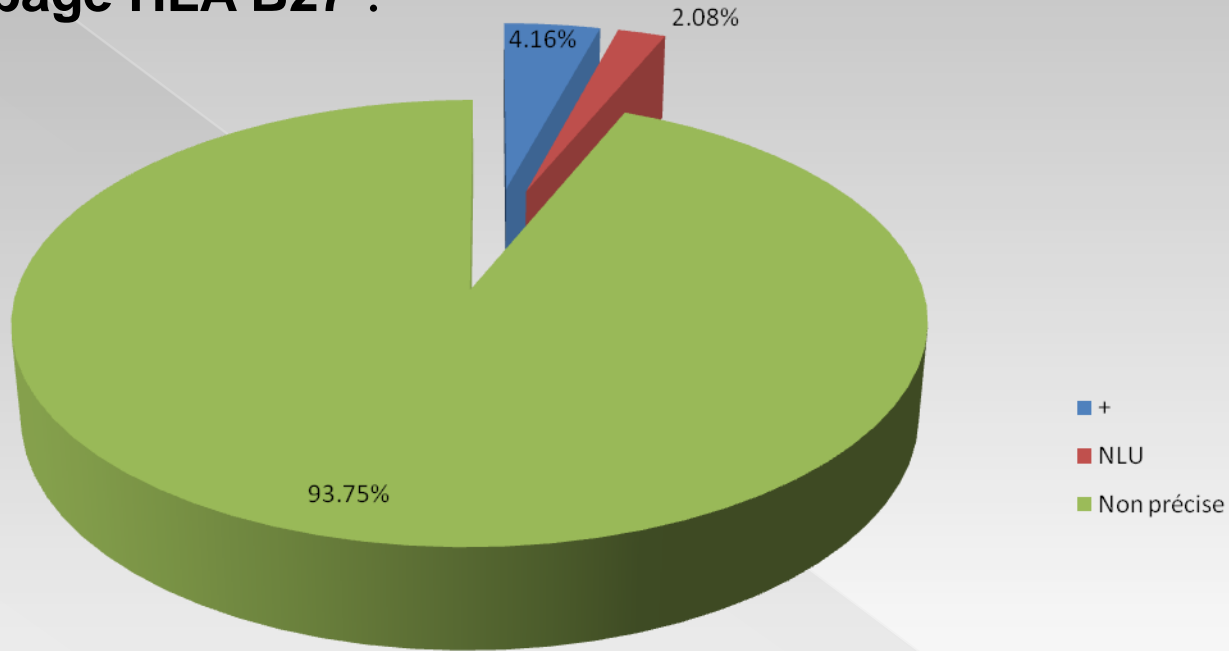
*la vitesse de sédimentation: VS*



Graphe 13: Répartition des malades selon la VS

La VS était accélérée chez 18.75% des patients et non chiffrée chez 72.91% des patients.

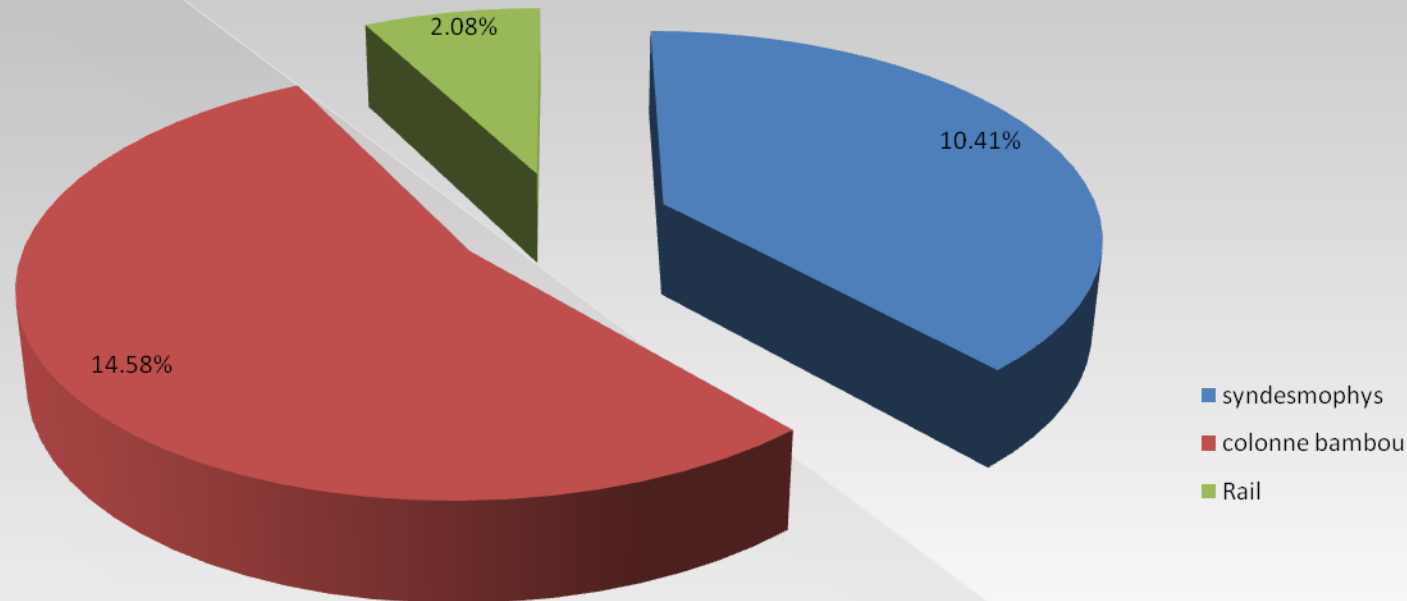
## Le typage HLA B27 :



Graphe 14: Répartition des malades selon HLA B27

Le typage HLA B27 était réalisé chez 03 patients, positif chez 2 patients.

## ***Signes radiologiques rachidiens et sacroiliaques:***



Grappe 17: Répartition des malades selon *Signes R (X) rachidiens*

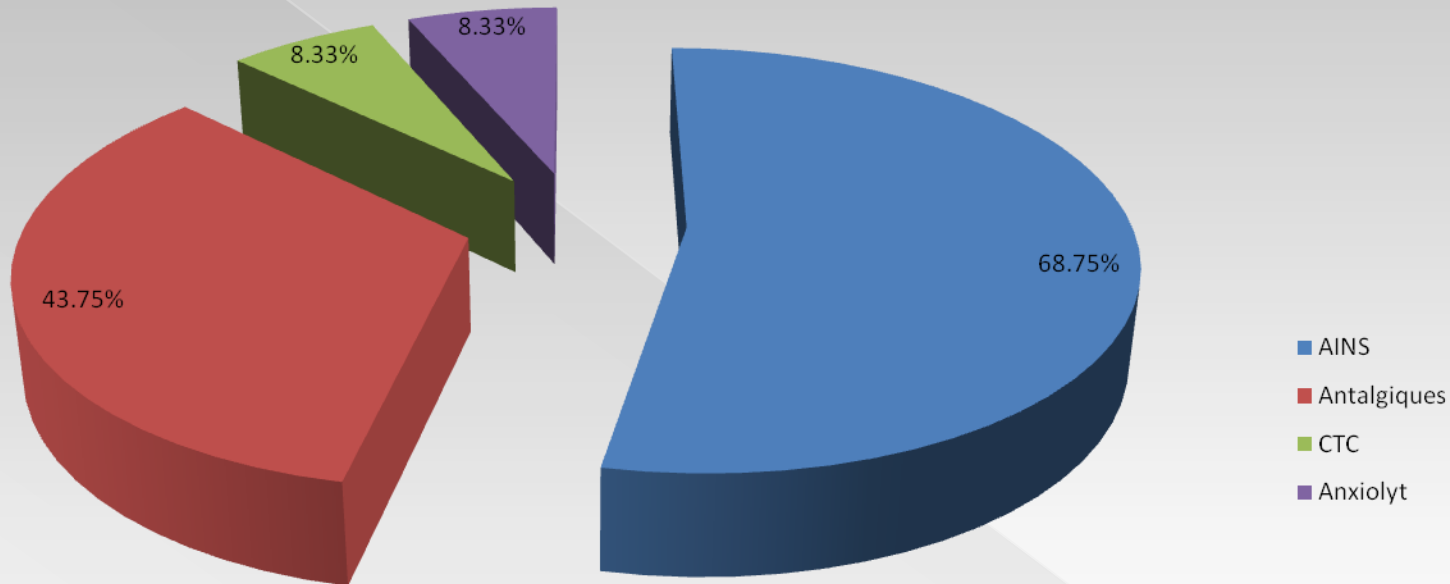
14.58% des patients ont présenté un aspect radiologique de colonne bambou et 10.41% des patients ont présenté des syndesmophytes.

Les grades de la sacroilélite: Grade 1(G1) chez 18 patients ( 37,50%), G2 chez 10 patients ( 20,83%), G3 chez 05 patients ( 10,42%), G4 chez 06 patients ( 12,50%) et absentes chez 09 patients (18,75%).

# LA PRISE EN CHARGE:

## Répartition selon le TRT médical

selon le TRT symptomatique :

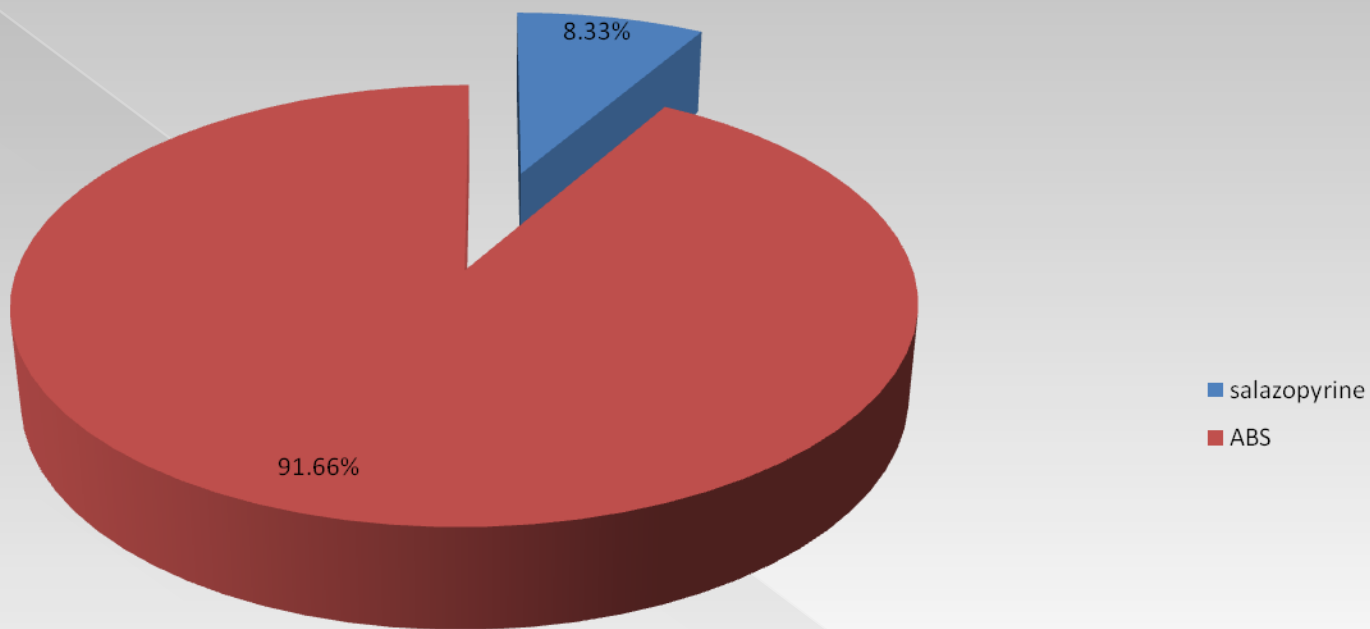


Graphe 18: Répartition des malades selon le TRT médical (sympto)

Les AINS utilisés chez 68.75% des patients, les antalgiques chez 43.75%, les anxiolytiques chez 8,33% et les corticoïdes chez 8,33%.



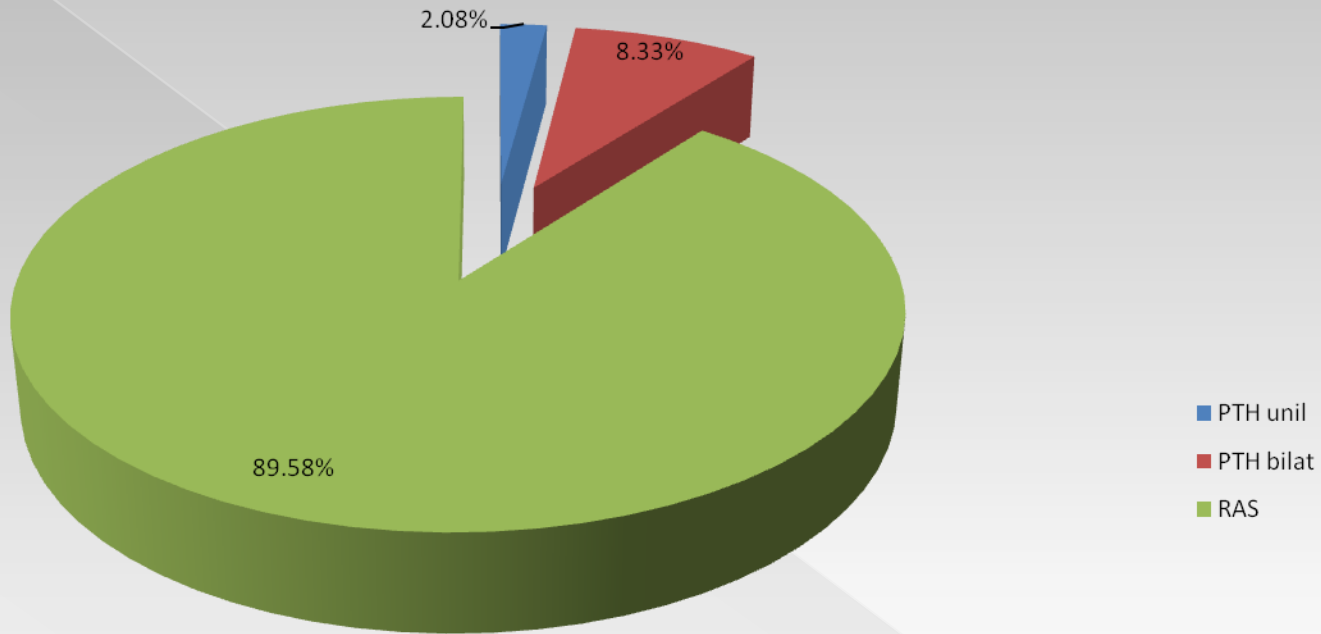
## Selon le TRT de fond :



Graphe 19. Répartition des malades selon le TRT de fond

8.33% de nos patients ont bénéficié d'un TRT de fond (4 patients).

## selon la prise en charge chirurgicale :



Grphe 20: Répartition des malades selon la prise en charge chirurgicale

10.41% des patients ont bénéficié de la mise en place de PTH.

## **La prise en charge en rééducation fonctionnelle :**

Nos patients ont bénéficié :

- de séances de balnéothérapie 02X/ semaine (depuis 2009/2010),
- d'exercices de mobilité rachidienne et costovertébrale,,
- de Renforcement musculaire (RM) des muscles luttant contre les déformations,
- de RM des extenseurs des hanches et genoux,
- de Traitement médical,
- d'éducation sanitaire.

## **Les critères de jugement de l'efficacité de la PEC :**

- Critères de mobilité,
- Satisfaction (subjective).

	<b>Les patients hospitalisés</b>	<b>Les patients pris en charge à titre externe</b>
<b>Nombre (%)</b>	23 (47,92%)	25 (52,08%)
<b>Durée moyenne (sem)</b>	10	06
<b>Nombre de séances</b>	50 (05/sem)	12 (02/sem)
<b>X2</b>	03	08
<b>X3</b>	02	03

## Les critères de jugement de l'efficacité de la PEC :

		Début		Fin des séances	
		Nombre	%	Nombre	%
<b>Mobilité du rachis</b>	Normale	15	31,25	31 (16)	64,58
	Réduite	25	52,08	09	18,75
	Ankylose	08	16,66	08	16,66
<b>Mobilité costo vertébrale</b>	Normale	29	60,41	34 (05)	70,83
	Réduite	13	27,08	08	16,66
	Ankylose	06	12,50	06	12,50
<b>Mobilité des hanches</b>	Normale	39	81,25	42 (03)	87,50
	Réduite	08	16,66	05	10,41
	Ankylose	01	02,08	01	02,08

## Satisfaction (Subjectivité)

S A T I S F A C T I O N	Très satisfait		Satisfait		Moins satisfait		Non satisfait	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
	08	16,66	20	41,66	07	14,58	13	27,08

# *Discussion I :*

## **Présentation de la population à étudier :**

- La prévalence de la PSR est jusqu'à présent mal connue en Algérie et dans le monde, plusieurs études l'ont estimé entre 0.2% à 0.5% de la population générale **(1)** et d'autres l'ont estimé entre 1.9 à 2.5 **(2-3)**.
- La PSR affecte préférentiellement l'homme (4) avec un sex ratio variant de 02 à 03, avec dans notre étude un sex ratio à 03.
- l'âge moyen de nos patients était de 31 ans avec des extrêmes allant de 15 à 78 ans rejoignant les données de la littérature **(<16 ans à plus de 60 ans)**.
- Le pic de fréquence se situe entre 20 à 40 ans ce qui rejoint les données de la littérature **(5)**.
- La survenue de plusieurs cas au sein d'une même famille est très fréquent, 12.5 % des patients avaient des ATCDS familiaux de PSR.
- la PSR peut compromettre le devenir socio professionnel des patients, 48 % des patients sont sans profession contre 45 % avec profession et 07% non précisés.

## ***Discussion II :*** **Le mode de début :**

- La PSR est une affection du sujet jeune qui se voit le plus souvent entre 20 à 30 ans **(5)**,
- La PSR évolue sur plusieurs années, allant de 05 à 08 ans. Dans notre étude la durée d'évolution était de 05 à 20 ans chez 48% des patients.
- les symptômes inauguraux les plus fréquents étaient les lombalgies, dans notre étude les lombalgies étaient présentes chez 35.4% des patients **(5)**.
- Concernant les manifestations périphériques, les douleurs des hanches étaient fréquentes au début chez 18.75% des patients, résultats concordant avec la littérature.



## ***Discussion III :*** **Les manifestations cliniques :**

- Dans notre étude à la phase d'état: les manifestations axiales étaient fréquentes chez 66.66% des patients, dominées par la raideur rachidienne chez 33,33 % des patients, pour les manifestations périphériques, elles étaient aussi fréquentes chez 66.64 % des patients et représentées par les douleurs de hanches dans 35,4% des cas ce qui rejoint les données de la littérature **(4-6-7-8)**.
- l'atteinte extra articulaire était présente et représentée par les talalgies chez 10.4 % des patients, et les uvéites chez 6.25 % rejoignant ainsi les données de la littérature **(4-6-7-9-10)**.

## ***Discussion I V:***

### **Les signes biologiques:**

- La VS dans notre étude était accélérée chez 18.75% des patients et non chiffrée chez 72.91% des patients, ce qui concorde avec la littérature **(11)** et leur normalité n'écarte pas le diagnostic.
- Le typage HLA B27 n'a été réalisé que chez 03 de nos patients par manque de moyens et il est revenu positif chez 02 patients.
- Les signes biologiques de PSR traduisent un syndrome inflammatoire inconstant et quand ils sont présents, ils sont des marqueurs d'évolutivité de la maladie.
- Il n'existe pas d'examens biologiques et immunologiques spécifiques à la PSR.

## ***Discussion V:***

### **Les Signes radiologiques :**

- Si la sacro iléite radiologique est importante pour le diagnostic de la PSR selon les critères de classification, son apparition est souvent tardive. Dans notre étude, elle était présente chez 81,25% des patients ce qui rejoint les données de la littérature qui rapporte un pourcentage de plus de 80 % **(4-6-10-12)**.
- Les syndesmophytes étaient présentes dans 10.5 % des cas, l'aspect de colonne en bambou dans 14.58 % des cas. Bien que ces atteintes ne rentrent pas dans les critères de classification mais elles sont caractéristiques de l'atteinte axiale au cours de la PSR.
- La TDM et l'IRM sont des examens plus sensibles que la radio mais ils sont chers.

## ***Discussion VI :***

### **Les moyens thérapeutiques :**

- Les médicaments utilisés ne permettent que de ralentir l'évolution de la maladie et non l'éradiquer. Le traitement de première intention de la PSR est le traitement par les AINS qui sont efficaces sur les manifestations axiales et périphériques. 68.75% de nos patients ont eu recours aux AINS ce qui concorde avec les données de la littérature **(10-13-14)**.
- Les antalgiques, en tant que TRT adjuvant, n'ont d'apport appréciable qu'en cas d'intolérance aux AINS et ont été utilisés chez 43.75 % , ce qui concorde avec la littérature **(6-13-14)**.
- Le TRT de fond utilisé était la salazopyrine chez 04 patients ce qui diffère des données de la littérature **(6-10-13-14)**.
- Le recours à la chirurgie est réservé aux formes compliquées représentées essentiellement par la coxite. 10.49% de nos patients ont bénéficié de la mise en place de PTH.

## ***Discussion VII :***

- Le handicap fonctionnel dû à la douleur et à la raideur est très important malgré des dégâts structuraux faibles. PSR enraidit et déforme avant tout l'axe rachidien, c'est pourquoi la colonne vertébrale doit principalement bénéficier de la rééducation. La rééducation rachidienne est aussi importante que le traitement médicamenteux.
- La prise en charge physique a été satisfaisante chez plus de 50% des patients, avec amélioration des mobilités rachidiennes, costovertebrales et coxofémorales dont la mobilité était réduite mais sans effet sur les articulations ankyloées.
- La rechute a été constatée chez 16 patients (05 hospitalisés et 11 à titre externe).

## ***Conclusion :***

- La PSR est une maladie inflammatoire chronique des articulations le plus souvent axiale. Evolutive et handicapante avec des retentissements fonctionnels et socio professionnels.
- La PSR peut revêtir plusieurs formes nécessitant une prise en charge ( médicamenteuse, physique et appareillage) à temps et durant une longue période avec une bonne éducation sanitaire.
- Il serait intéressant en plus de la prise en charge en institution penser à la kinésithérapie de groupe seule ou en complément de la kinésithérapie individuelle.

# BIBLIOGRAPHIE :

- **(1)**- X.Baraliakos, J.Listing, M.Rudwaleit, H.Haibel, J.Brandt, J.Sieper, and J.Braun.
- **(2)**- Braun, M.Bollow, G.Remlinger, U.Eggens, M.Rudwaleit, A. Distler, and J.Sieper. Prevalence of spondylarthropathies in HLAB27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum*, 41:58–67, 1998.
- **(3)**- G.S.Boyer, D.W.Templin, J.C.Cornoni-Huntley, D.F.Everett, R.C.Lawrence, S.F. Heyse, M.M.Miller, and W.P.Goring. Prevalence of spondyloarthropathies in Alaskan Eskimos. *JRheumatol*, 21:2292–7, 1994.
- **(4)**- SIBILIA J., PHAM T., SORDET C., JAULHAC B., CLAUDEPIERRE P., Spondylarthrite ankylosante et autres spondylarthropathies, *EMC-Médecine* 2, 2005, 488-51.
- **(5)**- Yochum TR, Rowe LJ. *Essentials of skeletal radiology* 2nd ed. Baltimore, USA: Williams et Wilkins; 1996. 26:186.
- **(6)**- M.Breban, C.Miceli-Richard, E.Zinovieva, D.Monnet, and R.Said-Nahal. The genetics of spondyloarthropathies. *Joint Bone Spine*, 73:355–62, 2006.
- **(7)**- D Claude pierre, P.Wendling. *Spondylarthrite ankylosante*, 2009.
- **(8)**- M.Benjamin and J.R.Ralphs. Fibrocartilage intervertebral discs and ligaments—adaptation to compressive load. *JAnat*, 193(Pt4):481–94, 1998.

- **(9)**- X. Baraliakos, J. Listing, M. Rudwaleit, H. Haibel, J. Brandt, J. Sieper, and J. Braun. Progression of radiographic damage in patients with ankylosing spondylitis: defining the central role of syndesmophytes. *Ann RheumDis*,66:910–5,2007.
- **(10)**- A.J. Swannell. The case against the value of exercise in the long-term management of ankylosing spondylitis. *Clinical Rehabilitation* 1988; 2:245–247.
- **(11)**- S. Vander Linden., D. Vander Heijde., J. Braun. Ankylosing Spondylitis, In : HARRIS JJr editors. *Kelley's Textbook of Rheumatology*, 2, seventh Edition Elsevier Saunders, 2005, 1125-1141.
- **(12)**- P Claude Pierre, Thermalisme dans la spondylarthrite ankylosante : encore d'actualité ?, *Revue du Rhumatisme*, éditorial, 2005, vol. 72, 597-60.
- **(13)**- F. Lavie, S. Pavy, E. Dernis, P. Goupille, A. Cantagrel, J. Tebib, P. Claude Pierre, R.M Flipo, X. Le Loet, J.F. Maillefert, X. Mariette, A. Saraux, T. Schaeffer. Pharmacotherapy (excluding biotherapies) for ankylosing spondylitis: Development of recommendations for clinical practice based on published evidence and expert opinion, *Joint Bone Spine*, 2007, n° 74, 346-352.
- **(14)**- J.L Montastruc, Les antalgiques de palier 2 en pratique, *Douleurs*, 2005, vol. 6, n° 6, 347-354.