



Centre  
Hospitalier  
de DOUAI

n° **70**  
SEPT.  
2017

LE MAGAZINE D'INFORMATION INTERNE  
DU CENTRE HOSPITALIER DE DOUAI

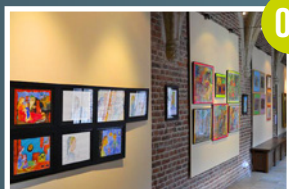
# Pépîte

*Nos talents  
au service  
des patients*



➤ **DOSSIER**

## FOCUS SUR LES GRANDES PATHOLOGIES EN RHUMATOLOGIE ET LEUR PRISE EN CHARGE AU CHD



03

**ACTUS :**

Musée de la Chartreuse :  
nouvelle exposition  
estivale pour les travaux  
de nos patients



03

**ACTUS :**

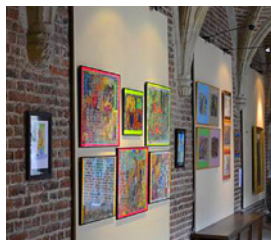
Un stagiaire soudanais  
en immersion  
dans le service  
de pédiatrie



09

**DOSSIER :**

Les rhumatismes  
inflammatoires  
chroniques



## > ACTUS

- Bienvenue à...** 3
- Modifications d'encadrement** 3
- Musée de la Chartreuse : nouvelle exposition estivale pour les travaux de nos patients** 3
- Création d'un logo pour les équipes mobiles de gériatrie** 3
- Agenda de la rentrée** 3
- CSF : une offre de rentrée tournée vers l'immobilier** 4
- Un stagiaire soudanais en immersion dans le service de pédiatrie** 4
- Projet DWELL : où en est-on ?** 5

## > DOSSIER

- Focus sur les grandes pathologies en rhumatologie et leur prise en charge au CHD** 6

## > ÉDITO



“ Grâce à nos professionnels de rhumatologie, nous pourrons faire de vieux os ! ”

Chers lecteurs,

Les Docteurs Juillard et Desplats sont nos deux praticiens hospitaliers chargés de l'activité de rhumatologie dans l'établissement. Des affections dites mécaniques comme l'arthrose, aux affections inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, en passant par la prise en charge de l'ostéoporose et bien d'autres encore, vous pourrez découvrir au centre de ce numéro de Pépite toute l'étendue de la spécificité de cette activité.

Le rhumatologue, par essence, traite les pathologies qui gênent le bon fonctionnement du squelette humain, il doit donc adopter une démarche intellectuelle globale propre à cette spécialité médicale et maîtriser différents niveaux d'actes, qu'ils soient de base ou plus techniques telle l'ostéodensitométrie.

De par l'importance épidémiologique des affections de l'appareil locomoteur et de la diversité de l'exercice professionnel, l'activité de rhumatologie est en plein développement dans l'établissement.

Vous le verrez, grâce à nos professionnels de rhumatologie, nous pourrons faire de vieux os !

Je vous souhaite, à tous, une excellente rentrée.

■ Renaud Dogimont  
Directeur Général



Le magazine d'information interne du Centre Hospitalier de Douai | N°70 Septembre 2017

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Renaud Dogimont / Chef de la rédaction : Anne-Charlotte Brulin / Ont participé à ce numéro : Dr Véronique Averous, Jérôme Cazier, Anne Derome, Dr Marie Desplats, Patricia Dutrieux, Dr Audrey Juillard, Kuku Samer / PHOTOGRAPHIES : Anne-Charlotte Brulin, Anne Sprimont, iStockPhoto / CONCEPTION/RÉALISATION : Obéa communication - Tiré à 2 500 exemplaires ISSN 1248-018.

## ➤ BIENVENUE À : du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet



**Dr MULLIEZ Emmanuel**  
Praticien Hospitalier  
Chirurgie Générale et Digestive

### De retour de l'Institut de Formation des Cadres de Santé :

**M<sup>me</sup> Delaplace** est nommée cadre de santé dans l'Unité de Soins Attentifs en Psychiatrie

**M<sup>me</sup> Klusek** est nommée cadre de santé dans le service de Réanimation et l'Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

**M<sup>me</sup> Pollet** est nommée cadre de santé dans le service de Cardiologie

### Départ :

**M<sup>me</sup> Stievenard** a quitté ses fonctions de cadre de santé au sein de l'EHPAD

## ➤ MUSÉE DE LA CHARTREUSE : NOUVELLE EXPOSITION ESTIVALE POUR LES TRAVAUX DE NOS PATIENTS

Depuis 2002, une convention de jumelage signée entre la ville de Douai et le CHD permet la mise en place d'échanges entre le musée de la Chartreuse et notre établissement.

Ce partenariat se concrétise par l'animation d'ateliers de pratiques artistiques tout au long de l'année. Maxime Viville, médiateur plasticien, effectue plusieurs séances au sein du service de Pédiatrie et des CMP. Cette année, enfants et adultes ont travaillé sur le thème du « lien » au travers de travaux graphiques réalisés sous diverses formes, telles que l'aquarelle, l'acrylique, les mines de plomb, et les sanguines.

Les productions des patients ont fait l'objet d'une exposition au sein du musée durant juillet et août ainsi qu'au sein du CMP d'Aniche.



## ➤ CRÉATION D'UN LOGO POUR LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE

Avec le lancement de l'équipe mobile de gériatrie à domicile, la création d'une identité était devenue nécessaire pour valoriser le dispositif en externe.

Pour ce faire, les professionnels du service de Gériatrie et le service communication ont créé le logo « Santalli'âge », dérivé du logo de notre établissement.



## L'AGENDA DE LA RENTRÉE

### Vendredi 29 septembre :

1<sup>ère</sup> Journée régionale des intervenants de crise - Salle Gaia

### Jedi 5 octobre :

10<sup>ème</sup> réunion commune du collectif des Equipes Mobiles de Gériatrie franciliennes et de la région Hauts de France - Salle Gaia

### Lundi 9 octobre :

Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel – Hall d'accueil

### Mardi 10 octobre :

Journée Hygiène, Linge, Bionettoyage, Déchets, Santé au travail, Sécurité, Hôtellerie – Salle Gaia

### Jedi 19 octobre :

Soirée ville-hôpital sur la Douleur - Salle Gaia

### Samedi 25 novembre :

Journée régionale des neurologues libéraux - Salle Gaia

## > CSF : UNE OFFRE DE RENTRÉE TOURNÉE VERS L'IMMOBILIER

Conventionnée avec le Centre Hospitalier de Douai depuis l'année dernière, le Crédit Social des Fonctionnaires, association qui vise à faciliter la vie des agents du service public, permet aux agents de bénéficier de solutions alternatives aux établissements bancaires.

Du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2017, le Crédit Social des Fonctionnaires propose de donner un coup de pouce à votre projet immobilier par le biais d'un prêt personnel à **taux ZÉRO** pour un montant maximum de 10.000 € (soumis à condition).

Pour plus de renseignements, rendez-vous dans votre agence **GRESERFI** : Tél. 03 20 12 87 87



Prêt personnel à taux ZÉRO pour votre projet immobilier



### PERMANENCE DE VOTRE CONSEILLÈRE CSF AU SELF

**Judi 30 novembre 2017 de 12h à 14h** : présentation des solutions d'épargne retraite

## > UN STAGIAIRE SOUDANAIS EN IMMERSION DANS LE SERVICE DE PÉDIATRIE

**Kuku Samer, soudanais, a fui un pays en guerre pour rejoindre la France en août 2016. Après un passage en Libye et en Italie, comme bon nombre d'autres étrangers, son périple l'aura d'abord mené à Calais puis à Cantin, dans le Douaisis après le démantèlement de la « jungle ».**

Kuku est un migrant mais avant tout un infirmier. Diplômé en 2012, il a suivi un cursus de 3 années d'études dans son pays pour se former au métier et cumuler jusqu'à 3 emplois pour gagner dignement sa vie. Un jour dans le service de chirurgie de l'Hôpital de Bahri, un autre dans le service d'Urgences de l'hôpital d'Omdurman, Kuku exerce aussi au sein d'un laboratoire. C'est donc tout naturellement qu'arrivé dans les locaux de l'organisme de formation professionnelle de l'AFPA de Cantin, où il logeait, que Kuku a souhaité renouer avec sa vocation de soignant.

Après un apprentissage intensif de la langue française pendant 3 mois et parce que son diplôme n'est pas reconnu en France, Kuku envisage une formation d'auxiliaire de vie, en attendant bien sûr qu'une meilleure maîtrise du français lui permette de passer le concours d'infirmier en France. Touchée par ce parcours, la Direction du Centre



Hospitalier de Douai, le Dr Racoussot en sa qualité de chef du pôle Mère/Enfant et l'équipe d'encadrement permettent à Kuku de réaliser son premier stage en France. Ces trois semaines à l'hôpital lui ont permis de découvrir de nouvelles pratiques, alternant participations aux actions de santé publique auprès de Caroline Prévost et immersion au sein des divers secteurs de Pédiatrie auprès de Guenaëlle Blondeau, Manon Tison, Didier Levêque et Christelle Ramdani, Kuku se

charge à la fois des soins d'hygiène et de confort, du service des repas et du suivi des soins avec les IDE.

Une expérience qui se veut avant tout humaine, celle de la rencontre entre deux cultures. Kuku insiste surtout sur l'accueil « *Il y a ici une convivialité qui manque au Soudan* ». Un enthousiasme partagé par les équipes de Pédiatrie. Finalement, de part et d'autre une seule question subsiste, « *On recommence quand ?* »

## ➤ PROJET DWELL : OÙ EN EST-ON ?

Le projet Européen DWELL à destination des personnes diabétiques prend forme. En 4 ans, le projet vise à permettre à 1000 diabétiques de type 2 dont 200 sur le Douaisis de bénéficier d'un programme d'éducation à la santé sur 12 semaines sous forme d'accompagnement sur leur lieu de vie par des professionnels de santé : diabétologues, cadre infirmier, infirmières, diététiciennes, psychologues et éducateurs médico-sportifs. DWELL prévoit aussi que certaines séances soient co-animées par des partenaires sociaux et des patients dits « ambassadeurs ».

### Un programme alternant éducation et autogestion

Le diabète est une maladie chronique qui demande aux personnes concernées d'avoir une bonne hygiène de vie c'est-à-dire une alimentation équilibrée, la pratique d'une Activité Physique Adaptée (APA), l'observance face aux traitements éventuels. Pour cela, il est essentiel que le patient mette en pratique les connaissances et les compétences acquises afin d'adopter des comportements adéquats à l'autogestion de sa maladie. Le patient joue donc un rôle essentiel dans l'équilibre de son diabète.

Tout le programme DWELL repose sur cette stratégie. Une formation DWELL articulée sur 2 sessions de 2 jours a été élaborée pour l'ensemble des intervenants y compris les partenaires sociaux et les patients ambassadeurs.

### Trois étapes décisives avant la mise en œuvre du programme prévue en novembre 2017

#### 1. Travailler le langage commun SEPTEMBRE 2017

Cette 1<sup>ère</sup> étape de formation collective nécessite que l'ensemble des participants ait un discours commun sur tout ce qui gravite autour de l'équilibre du diabète (connaissance de la maladie, traitement, alimentation, APA, bien être).



#### 2. La co-construction et la validation des séances du programme SEPTEMBRE 2017

Chacun des partenaires européens a pu travailler le design de son propre programme. Il n'en reste pas moins que celui-ci doit répondre à un ensemble de critères communs comme :

- La réalisation d'un bilan éducatif partagé avant et à la fin du programme ;
- La possibilité de séances d'entretien motivationnel à la demande des patients ;
- Des séances éducatives incontournables sur l'alimentation, l'APA, le diabète et le bien être ;
- D'autres séances plus spécifiques et personnalisées optionnelles. Pour l'alimentation, par exemple : Comment alléger les recettes ? Comment décrypter les étiquettes durant le shopping ou percevoir ses sensations alimentaires (la faim, la satiété).

#### 3. L'entretien motivationnel OCTOBRE 2017

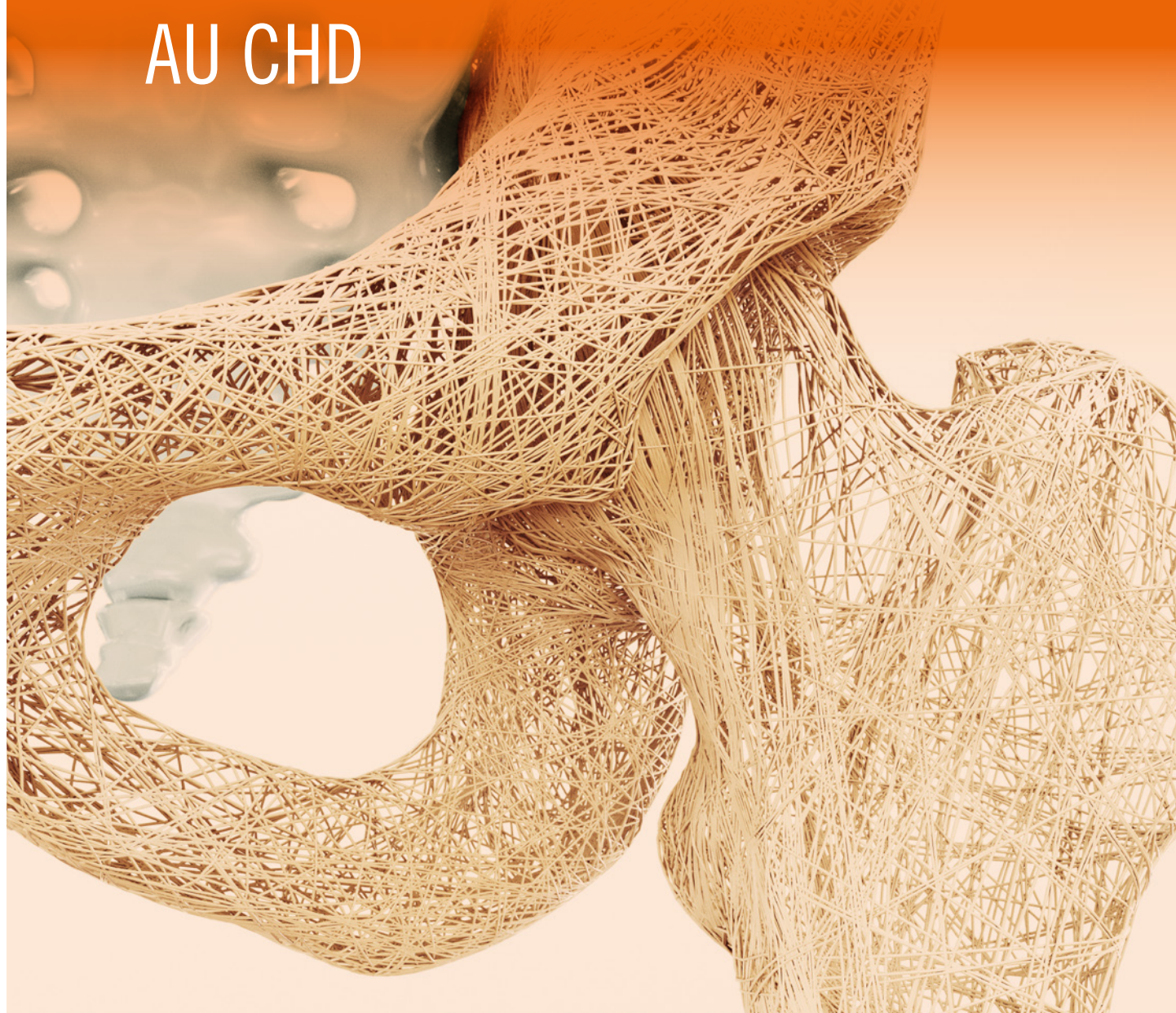
La deuxième partie de la formation, destinée aux professionnels de santé, patients ambassadeurs et partenaires sociaux est axée sur la technique de l'entretien motivationnel en individuel. Outil d'accompagnement des malades chroniques dans le changement, il a pour but d'aider à maintenir les changements de comportement en renforçant les motivations et la résolution de l'ambivalence. Une formation plus spécifique sur l'entretien motivationnel de groupe sera réservée aux professionnels de santé intervenant dans le programme.

DWELL est un projet innovant dont l'objectif poursuivi est la création de liens pérennes en dehors du contexte de l'hôpital grâce à la réalisation d'activités pendant et après le programme. Après un an de travail, partenaires européens et CHD ont finalisé le programme. Le recrutement des patients est en cours.



**RENDEZ-VOUS AVEC LE 1<sup>ER</sup> GROUPE  
DE PATIENTS EN NOVEMBRE 2017**

➤ **FOCUS SUR  
LES GRANDES PATHOLOGIES  
EN RHUMATOLOGIE  
ET LEUR PRISE EN CHARGE  
AU CHD**



## › UNE SPÉCIALITÉ QUI COUVRE UN LARGE PÉRIMÈTRE

Étymologiquement, le mot vient du grec « rheumatismos » qui signifie « écoulement d'humeur ». A l'époque, les médecins pensaient en effet que l'arthrite était causée par des fluides provenant de la bile et du cerveau, d'où cette appellation. Plus tard, ce mot a été utilisé pour réunir les maladies responsables de l'arthrite jusqu'à aujourd'hui où ce sont plus de 100 maladies différentes qui sont réunies sous la dénomination de rhumatismes.



La rhumatologie est une spécialité médicale traitant des troubles de l'appareil locomoteur. Plus précisément, la discipline s'intéresse aux maladies des os et des articulations, mais également à celles des muscles, des tendons et des ligaments. Le rhumatologue intervient ainsi dans le traitement de nombreuses maladies qui sont, pour les plus connues, l'arthrose, l'ostéoporose, la polyarthrite rhumatoïde, mais se charge aussi des douleurs telles que les sciaticques, les hernies discales, les lombalgies ou les tendinites.

### La rhumatologie en chiffres

- On dénombre environ **2 600** rhumatologues en France (45,6 % d'entre eux travaillent en libéral)
- On compte environ **2,7** rhumatologues pour 100 000 habitants dans la région NPDC
- 64 % des patients sont des femmes, leur âge moyen est de 57 ans
- L'ostéoporose est responsable chaque année de **130 000** fractures
- De **300 000** à **600 000** personnes souffrent en France de rhumatismes inflammatoires

## › UNE ACTIVITÉ EN DÉVELOPPEMENT AU CH DE DOUAI

Intégrée au sein du service de Médecine Interne et Polyvalente, l'activité de Rhumatologie est assurée par 2 rhumatologues temps plein (Dr Juillard et Dr Desplats) dont l'activité se répartit entre les consultations, le secteur d'hospitalisation conventionnelle, le secteur d'hospitalisation de jour, ainsi que les avis inter-services.

Les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques sont principalement suivis en consultation notamment dans le cadre des biothérapies qui nécessitent une prescription initiale hospitalière puis un renouvellement annuel hospitalier. Certains patients bénéficient également de l'administration de leur traitement par voie intraveineuse lors d'hospitalisations de jour. L'équipe travaille également en collaboration étroite avec le service d'imagerie médicale pour réaliser des bilans diagnostics ou de suivi ainsi que pour réaliser des infiltrations guidées.



## L'OSTÉOPOROSE : Un enjeu de santé publique

L'ostéoporose est caractérisée par une perte de la résistance des os qui prédispose aux fractures. L'ostéoporose rend les os plus poreux et plus susceptibles de se fracturer lors d'une chute banale qui, en temps normal, aurait été sans conséquence.

Les fractures dites « sévères » sont représentées par les fractures de l'extrémité supérieure du fémur et la diaphyse fémorale, de l'extrémité supérieure de l'humérus, du bassin ainsi que les fractures vertébrales. D'autres sites peuvent également être touchés comme les poignets, les côtes, les chevilles.

En France, moins de 15% des patients reçoivent un traitement anti-ostéoporotique dans les suites de la fracture. Pourtant les fractures ostéoporotiques notamment du col du fémur sont associées à une forte mortalité : près d'un quart des patients ayant présenté une fracture de l'extrémité du col du fémur décède dans l'année toutes causes confondues.

Les facteurs de risques principaux englobent le traitement prolongé par de fortes doses de cortisone, les rhumatismes inflammatoires, certaines maladies endocriniennes (maladies de la thyroïde, insuffisance des glandes sexuelles), ou bien d'autres causes encore telles que l'anorexie mentale, l'intoxication alcool-tabagique, et la malnutrition sévère.



Le Docteur Juillard en compagnie d'un patient.

## ► POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Un bilan biologique minimal est également recommandé afin d'identifier les causes d'ostéoporoses secondaires, notamment le myélome multiple, les hyperparathyroïdies, et l'hyperthyroïdie qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Ce bilan comprend : numération formule sanguine, VS, CRP, calcémie, phosphorémie, albumine, parathormone, électrophorèse des protéines sériques +/- immunofixation, TSH, urée, créatinine, protéinurie (des 24h et Bence Jones).

En fonction du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose ou de chutes multiples
T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

## ► Diagnostic et traitement

L'ostéoporose est une maladie silencieuse et indolore. La douleur n'apparaît qu'au moment d'une complication qui peut révéler la maladie : la fracture. Le diagnostic d'ostéoporose est donc principalement évoqué suite à une fracture spontanée ou dans les suites d'un traumatisme dit de « faible énergie » comme une chute de sa hauteur par exemple. On peut aussi être amené à poser le diagnostic d'ostéoporose suite à la réalisation d'une densitométrie osseuse s'il existe des facteurs de risque d'ostéoporose. L'ostéoporose densitométrique est définie par un T-Score ≤ -2.5. La densitométrie osseuse n'est remboursée par la sécurité sociale que sous certaines conditions qui correspondent en réalité à la présence de certains facteurs de risque d'ostéoporose prédéfinis.

Lorsque l'ostéoporose est diagnostiquée et traitée, il est possible de stabiliser ou d'améliorer l'état des os grâce à un traitement adapté.

Sur le plan thérapeutique, la première ligne de traitement repose généralement sur les bisphosphonates par os ou intraveineux. La forme intraveineuse (acide alendronique 5mg 1 injection annuelle) est à privilégier dans le cadre des fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

On rappelle que le risque de pathologies dentaire et buccale dont l'ostéonécrose de la mâchoire, souvent évoqué comme frein à la prescription des traitements de l'ostéoporose, ne représente que de 0.001% à 0.1% dans le cadre du traitement de pathologies bénignes comme l'ostéoporose. On propose également une supplémentation vitamino-calcique avec un objectif de taux plasmatique de 25 OH vitamine D supérieur à 30ng/ml et de 1 000 à 1 200mg/jour de calcium au total.

## ► La filière ostéoporose au CH Douai

Au CH Douai, depuis 2015, la prise en charge des patients fracturés de plus de 75 ans associe prise en charge chirurgicale et évaluation par un gériatre sensibilisé au problème de l'ostéoporose au sein de l'unité d'orthogériatrie.

Depuis fin 2016, une filière ostéoporose a été mise en place pour les patients de moins de 75 ans ayant été pris en charge dans le service d'orthopédie pour une fracture d'allure ostéoporotique. Ces patients sont adressés en consultation de rhumatologie à titre systématique dans les mois suivant la fracture. L'équipe de rhumatologie a également mis au point une ordonnance de bilan biologique type pour les chirurgiens orthopédiques.



## ➤ LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES



### 1/ LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE (PR)

Avec environ 0.5% de la population touchée, la polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. La maladie atteint plusieurs articulations des membres (mains, poignets, avant pieds), les rendant raides, gonflées et douloureuses, jusqu'à des déformations ou des destructions osseuses. L'âge moyen du début des symptômes est de 50 ans avec une prédominance féminine. Il s'agit d'une maladie auto-immune dont la connaissance de la physiopathologie reste encore incomplète. Plusieurs facteurs interviennent dans le dérèglement du système immunitaire (génétiques, infectieux, environnementaux, hormonaux, stress). Le tabac est un des facteurs de risque les plus importants. Il s'agit d'une maladie chronique qui évolue par poussées se traduisant par des inflammations articulaires et pouvant, dans les cas les plus sévères, aboutir à une destruction articulaire.

### ➤ Diagnostic

Il n'existe pas de test simple pour poser le diagnostic de PR. Le diagnostic d'une PR débutante est difficile et se fait essentiellement à partir des symptômes observés : articulations gonflées, chaudes ou douloureuses, dérouillage matinal de plus de trente minutes, atteinte symétrique du corps, etc. Sur le plan clinique, le diagnostic peut être évoqué devant l'existence d'arthrites, de synovites (inflammation de la membrane synoviale, située dans la partie interne des articulations) ou de ténosynovites (inflammation du tendon) évoluant depuis plus de 6 semaines. L'atteinte est souvent bilatérale et symétrique et siège principalement au niveau des mains (épargnant les articulations interphalangiennes distales), des poignets, des épaules, des genoux et des pieds.

Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire est présent dans la majorité des cas. La présence de facteur rhumatoïde mais surtout d'anticorps antiCCP (ou anticorps anti peptides citrullinés) est fortement en faveur du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. La présence des anticorps peut précéder les symptômes cliniques de plusieurs années. Tout épanchement articulaire pouvant être ponctionné doit l'être. Le liquide sera inflammatoire et aseptique.

Sur le plan radiologique, le bilan minimal à réaliser comporte des radiographies standards des mains et poignets de face, des pieds de face et  $\frac{3}{4}$ , du bassin de face. On recherchera principalement la présence d'érosions notamment au niveau de la 5<sup>ème</sup> tête métatarsienne et de pincement articulaire. Une échographie articulaire notamment des mains et poignets peut également être proposée à la recherche de synovites infra-cliniques.

## ➤ Stratégie thérapeutique



Ces dernières années, l'arsenal thérapeutique s'est considérablement enrichi. Dès le diagnostic posé, un traitement de fond doit être instauré et couplé d'un suivi rhumatologique rapproché. L'objectif du traitement est d'atteindre la rémission (c'est-à-dire l'absence de symptômes, l'absence de signes d'inflammation et l'arrêt de la progression des dommages au niveau des articulations)

Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde repose sur la prescription de médicaments (par voie orale ou en injections), la réadaptation fonctionnelle et les appareillages, ainsi que, parfois, la chirurgie.

Le traitement de fond de première intention, sera un traitement dit « conventionnel ». En l'absence de contre-indication il s'agira du METHOTREXATE. D'autres molécules peuvent également être proposées comme le LEFLUNOMIDE ou la SALAZOPYRINE.

Une corticothérapie peut également être proposée à l'initiation du traitement avec comme objectif un sevrage rapide. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent également être prescrits en association au traitement de fond. Des infiltrations articulaires de corticoïdes peuvent également être réalisées soit en consultation soit par nos confrères radiologues si un guidage par imagerie est nécessaire.

En cas d'échec de cette première ligne, plusieurs traitements de fond dit « biologiques » ou « biothérapies » sont disponibles. Ces traitements sont tous des traitements par voie injectable essentiellement en injection sous cutanée. D'autres molécules par voie orale seront très probablement disponibles dans les années à venir.

## 2/ LA SPONDYLARTHRITE

Il existe plusieurs types de spondylo-arthrites dont la spondyloarthrite axiale (SA) est le chef de file. Il s'agit d'une maladie inflammatoire articulaire chronique qui touche le rachis et les articulations sacro-iliaques, deuxième des grands rhumatismes inflammatoires chroniques par sa fréquence et sa gravité.

La spondylarthrite débute entre 20 et 40 ans par des douleurs au bas des reins (lombalgies) ou des douleurs dans les fesses dans la moitié des cas. Ces douleurs ne sont pas calmées par le repos mais sont au contraire plus importantes la nuit et le matin au réveil.

## ➤ Diagnostic et traitement

La cause exacte de la maladie est encore inconnue. Ce que les spécialistes savent, c'est que la spondylarthrite débute par une inflammation aiguë de l'enthèse, la partie de l'os où s'insèrent les tendons, ligaments et capsules. On lui connaît un terrain génétique prédisposant lié à la présence de HLA B27 chez 80% des patients mais également présent dans la population générale, ce qui ne peut donc en faire un élément diagnostique à lui seul. En l'absence de critères diagnostiques, les médecins ont à disposition les critères européens de classification ASAS/EULAR (Annexes 1 et 2) nous permettant de mettre en évidence les éléments d'interrogatoire et d'imagerie devant faire évoquer le diagnostic.

Il y a encore quelques années, l'imagerie ne reposait que sur les radiographies mais le développement de l'IRM permet de détecter plus précocement l'œdème osseux correspondant à l'atteinte inflammatoire bien avant les anomalies radiographiques. Néanmoins ces anomalies ne sont pas spécifiques de la SA, puisque pouvant se rencontrer chez le sujet sain ou lombalgique chronique. Le diagnostic doit donc reposer sur un faisceau d'arguments avec avis spécialisé.

La prise en charge repose quant à elle sur l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) de première intention et en cas d'échec d'au moins 2 AINS sur une période de 4 semaines au total à dose maximale, le passage à la biothérapie est possible. Depuis une quinzaine d'années nous disposons des anti-TNF dont la gamme s'est élargie au fil du temps et depuis 2016 une biothérapie ciblant l'IL17A a obtenu l'AMM.

Pour la spondylarthrite axiale : chez des sujets de moins de 45 ans souffrant de rachialgies depuis au moins 3 mois :

## Critères ASAS de classification de SA axiale

≤ 1 critère de SA\* + Sacro ilite\*\*

ou

HLA-827\* + ≥ 2 autres critères de SA\*

### \* Critères de SA

- lombalgies inflammatoires
- arthrite
- enthésite
- uvéite
- dactylite
- psoriasis
- MICI
- réponse aux AJNS
- ATCD familial SA
- HLA-827
- CRP élevée

Sensibilité : 82,9 %  
Spécificité : 84,4 %

N = 649 patients avec lombalgies

\*\*Inflammation compatible avec sacro ilite en IRM ou sacro ilite Rx répondant aux critères de New York modifiés

Pour la spondylarthrite périphérique

## Critères ASAS Spondylarthrite périphérique

Arthrite

Enthésite

ou

Dactylite\*

PLUS

### Plus d'1 parmi :

- Uvéite
- Pso
- MICI
- Infection
- HLA-B27
- Sacro-illite IRM

OU

### Au moins 2 parmi :

- Arthrite
- Enthésite
- Dactylite
- Lombalgie inflammatoire
- ATCD familiaux de SpA

\* sujets de moins de 45 ans

Sensibilité : 75 %  
Spécificité : 82 %

## > L'ONCO-RHUMATOLOGIE

Les équipes du Centre Hospitalier de Douai prennent également en charge les complications osseuses des métastases osseuses (MO), des hémopathies et lésions osseuses primitives ainsi que les conséquences osseuses des traitements du cancer. Les MO représentent la situation la plus fréquemment rencontrée en pratique. En effet l'os est la troisième localisation métastatique en termes de fréquence après le poumon et le foie.

L'évaluation des caractéristiques de la MO passe par plusieurs examens d'imagerie que sont le scanner et l'IRM, couple indispensable pour les lésions rachidiennes afin de caractériser à la fois le risque fracturaire et l'atteinte des parties molles notamment la moëlle épinière. Le scanner est en général suffisant pour les os longs dont on évalue surtout le risque fracturaire. Enfin le bilan d'extension osseux repose sur la scintigraphie osseuse au Tc99m ou la TEP-FDG selon le type de lésion osseuse, condensante ou lytique, ou la nature de la lésion primitive.

La biopsie osseuse est parfois nécessaire pour faire le diagnostic de la lésion primitive lorsqu'il n'y a pas d'autre cible à biopsier, ou pour confirmer qu'il s'agit d'une MO du primitif connu.

Au CH de Douai, des consultations spécifiques à l'onco-rhumatologie ont été créées permettant notamment un travail en concertation avec l'équipe d'oncologie de Léonard de Vinci. La plupart des biopsies osseuses peuvent être réalisées au cours d'un Hôpital de Jour sous contrôle scannographique par le Dr CZARNECKI, radiologue ostéo-articulaire au CH de Douai.

## > Diagnostic et traitement

Enfin concernant les principaux moyens à disposition pour traiter ces MO, outre les traitements antalgiques, les inhibiteurs de la résorption osseuse que sont les bisphosphonates et le dénosumab peuvent être utilisés, recommandés en systématique par exemple dans le cancer du sein. La radiothérapie « classique » peut être utilisée à but antalgique de première intention mais également en cas de risque neurologique, à but de consolidation voire pour contrôle tumoral pour certains types de MO. La chirurgie rachidienne ou des os longs a pour but de prévenir si possible une complication fracturaire ou neurologique. Des techniques de radiologie interventionnelle se sont aussi développées ces dernières années et sont actuellement pratiquées dans les centres de référence comme au CHRU de Lille. Au besoin, les dossiers des patients complexes sont discutés au sein d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dédiée, créée au CHRU de Lille permettant la prise de décision collégiale.

L'autre versant de l'onco-rhumatologie concerne les effets ostéo-articulaires des traitements à visée oncologique comme l'ostéoporose induite par les traitements hormono-modulateurs dans les cancers du sein et de la prostate et les douleurs articulaires sous anti-aromatases dans le cancer du sein avec parfois développement de rhumatisme inflammatoire nécessitant une prise en charge rhumatologique spécifique. Afin de dépister les patients à risque d'ostéoporose la densitométrie osseuse est recommandée à l'initiation de ces traitements et des recommandations françaises pour adapter la prise en charge seront prochainement publiées.

# FAISONS PLUS POUR VOTRE PROTECTION

MNH SANTÉ  
1 MOIS  
OFFERT<sup>(1)</sup>

## MNH PREV'ACTIFS

Le contrat  
qui préserve vos revenus

2 MOIS  
OFFERTS<sup>(1)</sup>

**POUR TOUTE ADHÉSION  
SIMULTANÉE  
AUX DEUX GARANTIES<sup>(1)</sup>**  
dès le 1<sup>er</sup> septembre

Mutuelle hospitalière  
[www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)

### PLUS D'INFORMATIONS :

► **Cathy Dambry**, conseillère MNH  
06 45 60 59 04 - [cathy.dambry@mnh.fr](mailto:cathy.dambry@mnh.fr)



(1) Offre valable pour toute adhésion simultanée à « MNH Santé » en tant que membre participant et à « MNH Prev'actifs » (signature des 2 bulletins d'adhésion à moins de 30 jours d'intervalle entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et le 31 décembre 2017 et sous réserve d'acceptation des adhésions par MNH et MNH Prévoyance), pour des contrats prenant effet du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 1<sup>er</sup> février 2018 inclus : 1 mois de cotisation gratuit « MNH Santé » et 2 mois de cotisation gratuits « MNH Prev'actifs ».