



Une association rare : une spondylarthrite ankylosante et une polyarthrite rhumatoïde

M Ben Hamad, M Snoussi, I Chabchoub, M Ghribi ,
F Frikha , C Damak , R Ben Salah, S Marzouk, Z Bahloul
service de médecine interne CHU Hedi Chaker

QR CODE

• **Introduction :**

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est un rhumatisme inflammatoire chronique au cours duquel les signes articulaires périphériques peuvent être observés dans 20-30% des cas. Plus exceptionnellement, les manifestations articulaires périphériques sont dans le cadre d'une association avec une polyarthrite rhumatoïde (PR).

• **Observation :**

Un patient âgé de 59 ans était hospitalisé pour une polyarthrite chronique des grosses et des petites articulations (MCP, IPP) avec des dorso-lombalgies inflammatoires. L'examen physique objectivait des arthrites des 2 chevilles et genou gauche et des synovites des 2 poignets. Le bilan radiologique montrait une sacro-iléite ankylosante bilatérale des syndesmophytes étagés en au niveau du rachis lombaire avec un aspect en colonne de bambou et les radiographies des mains et pieds étaient normales. La biologie objectivait radiographie thoracique avait montré un syndrome interstitiel bilatéral. Le bilan biologique objectivait un syndrome inflammatoire modéré et un HLA B27 positif. Le diagnostic d'une SPA était porté avec atteinte articulaire périphérique. Le patient était mis sous minibolus de solumédrol avec des anti-inflammatoires non stéroïdiens à raison de 150 mg/jr et de la salazopyrine 2 g/j. L'évolution à une année de traitement était marquée par la persistance des arthralgies inflammatoires et des arthrites fréquentes touchant poignets, MCP, IPP bilatérales et symétriques. A la biologie, on notait une persistance du SIB avec une forte positivité des anti-CCP et un facteur rhumatoïde positif. La radiographies des mains avaient montré la présence d'un pincement radio-carpien avec géodes du carpe et des MCP. Le diagnostic d'une PR associée à la SPA était retenu. Le patient a été mis sous méthotrexate à de 10mg/sem avec de la prednisone à 10 mg/jr et un arrêt de la salazopyrine. Devant la survenue d'une toxidermie au méthotrexate les antipaludéens de synthèse ont été introduits avec un échappement thérapeutique. Ainsi ,un traitement par anti TNF α (rémicade) était indiqué avec une évolution favorable. A 3 mois de traitement une tuberculose pulmonaire était diagnostiquée. Le patient était mis sous des antituberculeux et le rémicade a été remplacé par le mabthéra). Les deux pathologies rhumatismales restaient évolutives avec une destruction articulaire périphérique rapide en particulier des deux hanches nécessitant deux prothèses.

• **Conclusion:**

La SPA et la PR sont deux rhumatismes inflammatoires distincts. La coexistence des deux pathologies est exceptionnelle et semble être sévère comme le montre notre cas