



Spondylarthrite ankylosante et connectivites : quel est l'impact de cette association ?

Ankylosing spondylitis and connective tissue diseases: what is the impact of this association?

Niasse Moustapha¹, Nkeck Jan René², Lo Bathie¹, Siddiki Charifa¹, Diouck Fatou Sow¹, Ndong Omar¹, Guèye Yaye Aminata Niang¹, Diallo Saïdou¹.

¹Université Cheikh Anta Diop de Dakar, service de Rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar délocalisé à l'hôpital du C.O.U.D.

²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

* Auteur correspondant : Niasse Moustapha * : Email : moustaphaniasse4@yahoo.fr

Reçu le 20 Février 2025, accepté le 30 Octobre 2025 et mise en ligne le 28 Novembre 2025

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

RESUME

Introduction. La coexistence entre spondylarthrite ankylosante et connectivites est rarement rapportée en Afrique subsaharienne.

Objectif. Déterminer l'impact épidémiologique, diagnostique et pronostique de cette association.

Patients et méthode. Il s'agissait d'une étude cas-témoins réalisée entre Novembre 2024 et Août 2025. Chaque patient présentant une spondylarthrite ankylosante associée à une connectivite a été apparié avec trois témoins de même sexe et même tranche d'âge ayant une spondylarthrite ankylosante isolée.

Résultats. Au total, 100 patients ont été colligés dont 25 cas présentant une spondylarthrite ankylosante et une connectivite et 75 témoins souffrant d'une SPA isolée. Les femmes représentaient 80%. L'âge moyen était respectivement de 46±16,9 ans et 44,5±16,1 ans. Les connectivites associées étaient : maladie de Sjögren (20 cas : 77 %), polyarthrite rhumatoïde (4 cas : 15%) et lupus systémique (2 cas : 8%). L'atteinte axiale était notée dans 87% et 88% avec atteinte des 3 segments du rachis dans 25% et 11% (p=0.423). Les manifestations périphériques étaient constantes à type de monoarthrite (8% et 5%), oligoarthrite (4% et 14%), polyarthrite (88% et 81%) et d'enthésite (76% et 45%). L'antigène HLA B-27 était présent dans 56,25% et 66,26% (p=0). L'imagerie retrouvait une sacroiliite radiographique dans 91,66% et 95,12% (p=0,66), des syndesmophytes dans 60% et 11,9% (p=0,01), une enthésiopathie calcifiante dans 76% et 53,6% (p=0,02) et des signes de destruction ostéo-articulaire périphérique dans 56% et 14,3% (p=0).

Le BASDAI était ≥40 dans 33,30% et 9,60% (p=0,02) et le BASFI dans 33,30% et 9,60% (p=0,03).

Conclusion. L'association entre spondylarthrite ankylosante et connectivites était l'apanage de la femme d'âge moyen de 46 ans. Elle était caractérisée par des signes de destruction et reconstruction ostéo-articulaire plus fréquents. L'activité de la spondylarthrite ankylosante était plus élevée et sa capacité fonctionnelle plus altérée.

Mots clés : Spondylarthrite ankylosante; spondyloarthrites; connectivites; impact de la maladie; Sénégal.

ABSTRACT

Introduction. The coexistence of ankylosing spondylitis and connective tissue diseases is rarely reported in sub-Saharan Africa. Objective. To determine the epidemiological, diagnostic, and prognostic impact of this association.

Patients and methods. This was a case-control study conducted between November 2024 and August 2025. Each patient with ankylosing spondylitis associated with connective tissue disease was compared with three controls of the same sex and age group with isolated ankylosing spondylitis.

Results. A total of 100 patients were included, including 25 cases with ankylosing spondylitis and connective tissue disease and 75 controls with isolated AS. Women accounted for 80% of cases. The mean age was 46 ± 16.9 years and 44.5 ± 16.1 years, respectively. The associated connective tissue diseases were: Sjögren's syndrome (20 cases: 77%), rheumatoid arthritis (4 cases: 15%) and systemic lupus erythematosus (2 cases: 8%). Axial involvement was noted in 87% and 88% of cases, with involvement of the three segments of the spine in 25% and 11% ($p=0.423$). Peripheral manifestations were consistent with monoarthritis (8% and 5%), oligoarthritis (4% and 14%), polyarthritis (88% and 81%) and enthesitis (76% and 45%). The HLA B-27 antigen was present in 56.25% and 66.26% ($p=0$). Imaging revealed radiographic sacroiliitis in 91.66% and 95.12% ($p=0.66$), syndesmophytes in 60% and 11.9% ($p=0.01$), calcific enthesopathy in 76% and 53.6% ($p=0.02$) and signs of peripheral osteoarticular destruction in 56% and 14.3% ($p=0$).

The BASDAI was ≥ 40 in 33.30% and 9.60% ($p=0.02$) and the BASFI in 33.30% and 9.60% ($p=0.03$).

Conclusion. The association between ankylosing spondylitis and connective tissue disorders was most common in middle-aged women aged 46. It was characterised by more frequent signs of osteoarticular destruction and reconstruction. Ankylosing spondylitis activity was higher and functional capacity more altered.

Keywords : *Ankylosing spondylitis; spondyloarthritis; connective tissue disorders; impact of the disease; Senegal.*

1. Introduction

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est une maladie inflammatoire mixte (à la fois auto-inflammatoire et auto-immune) [1]. C'est ainsi que la SPA est susceptible d'être associée à des maladies auto-immunes [2, 3, 4] qui sont spécifiques d'organes ou systémiques, également appelées connectivites [5]. L'objectif de cette étude était de déterminer l'impact de cette association au plan épidémiologique, diagnostique et pronostique dans une population sénégalaise.

2. Patients et méthode

Il s'agissait d'une étude, cas-témoins, descriptive et analytique. Elle est réalisée dans le service de Rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar, délocalisé dans l'hôpital du C.O.U.D (Centre des Œuvres Universitaire de Dakar) entre Novembre 2024 et Août 2025. Nous avons inclus toutes les observations de patients présentant à la fois une SPA et une connectivite. Les malades qui avaient des comorbidités ont été exclus, notamment des maladies métaboliques et cancéreuses. Chaque patient de ce couple était apparié à trois témoins de même sexe et de même tranche d'âge souffrant d'une SPA isolée.

Le diagnostic de la SPA reposait sur les critères d'ASAS 2009 [6] et de New York modifiés [7]. Celui des connectivites était établi avec leurs critères usuels:

- ACR-EULAR 2010 pour la polyarthrite rhumatoïde (PR) [8]
- ACR-EULAR 2016 pour la maladie de Sjögren (MSJ) [9]
- ACR-EULAR 2019 pour le lupus systémique (LS) [10]

Dans les deux bras nous avons comparé les données suivantes :

- Démographiques : âge, sexe, ethnie et l'origine géographique,
- Diagnostiques
 - Cliniques :
 - le délai diagnostique,
 - les circonstances de découverte,
 - la topographie de l'atteinte rhumatologique (axiale et/ ou périphérique)
 - les manifestations extra-articulaires, notamment oculaires et viscérales,
 - Biologiques :
 - le syndrome inflammatoire appréciée par la vitesse de sédimentation (VS), la C-reactive protein (CRP) et les protéines sériques de l'inflammation dans l'électrophorèse (alpha 1, alpha 2, beta 1, beta 2 et gammaglobulines),
 - les cytopénies : anémie, leucopénie, thrombopénie,
 - la présence de l'antigène HLA B27.
 - Radiographiques :
 - sacro-iliite radiographique
 - lésions rachidiennes (syndesmophytes, vertèbre de Romanus, squaring,
 - signes radiographiques périphériques (pincements, érosions, géodes, calcifications enthé-siques)

- Le type de connectivite associé chez les cas
- Pronostiques
 - Activité de la SPA évaluée par le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)
 - Retentissement fonctionnel apprécié par le BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)
 - Retentissement sur la qualité de vie appréhendé par le SF-36 Study Short Form- 36

Les informations ont été prises dans les comptes rendus médicaux électroniques édités pour chaque malade. Nous avons par la suite collecté les données dans Excel et l'analyse a été réalisée par un logiciel SPSS 26.0.

3. Résultat

3.1. Données épidémiologiques

Au total, 100 patients ont été colligés dont 25 cas (bras 1) présentant une SPA associée à une connectivite et 75 témoins (bras 2) souffrant d'une SPA isolée. Les femmes représentaient 80%. L'âge moyen était respectivement de $46 \pm 16,9$ ans et $44,5 \pm 16,1$ ans. Dans les deux bras l'ethnie "Peulh" prédominait et représentait 48%. Elle était suivie de l'ethnie "Wolof" qui était répertoriée dans 32% et 30%. Les malades provenaient des différentes régions du Sénégal mais aussi d'autres pays africains comme la Guinée (26 cas), le Mali (6 cas), les îles Comores (2 cas), la Gambie (1 cas) et le Gabon (1 cas).

3.2. Données diagnostiques

Les principales connectivites associées à la SPA étaient la maladie de Sjögren dans 20 cas (77%), la polyarthrite rhumatoïde dans 4 cas (15%) et le lupus systémique dans 2 cas (8%). Il existait un patient qui présentait à la fois une polyarthrite rhumatoïde et un lupus systémique.

Le diagnostic des deux affections était concomitant dans 91,70% des cas. Chez les patients restant la découverte de la connectivite avait précédé celle de la SPA avec un délai entre deux en moyenne de 10 ans. Au plan clinique, l'atteinte axiale était notée dans 87% et 88%. Une atteinte des 3 segments du rachis était constatée dans 25% et 11% ($p=0,423$). L'indice de Schöber était normal chez 50% et 37,30%. Il était inférieur ou égal à 13 cm dans 40% et 28,9% ($p=0,31$). Les manifestations périphériques étaient constantes à type de monoarthrite dans 8% et 5%, d'oligoarthrite dans 4% et 14%, de polyarthrite dans 88% et 81% et d'enthésite dans 76% et 45%. La différence était statistiquement significative ($p=0,02$). Les tests biologiques montraient une CRP plus élevée chez les témoins (tableau I). L'anémie (28% et 42%) était aussi significativement plus importante chez les témoins ($p=0,005$). L'antigène HLA B-27 était présent dans 56,25% et 66,26% ($p=0$). Les examens d'imagerie mettaient en évidence une sacro-iliite radiographique dans 91,66% et 95,12% ($p=0,66$). Les syndesmophytes étaient objectivés dans 60% et 11,9% ($p=0,01$). La présence de vertèbre de Romanus était notée dans 8% et 4,8% ($p=0,6$) et d'un squaring dans 32% et 10,7% ($p=0,2$).

3.3. Données pronostiques

Des signes de destruction ostéo-articulaire périphérique étaient notifiés à des proportions de 56% et 14,3% avec une différence fortement significative ($p=0$). Une enthésopathie calcifiante était décelée dans 76% et 53,6% ($p=0,02$).

Au niveau extra-articulaire, les uvéites absentes chez les cas étaient détectées chez 1,20% des témoins ($p=1$). Une cardiomyopathie était décelée dans 8% et 2,40% ($p=0,225$). Une atteinte pulmonaire à type de pneumopathie interstitielle diffuse intéressait 8% des cas et épargnait les témoins ($p=0,05$). Un accident vasculaire cérébral ischémique était retrouvé dans 4% au bras 1 et absent au bras 2 ($p=0,229$).

Le BASDAI était supérieur ou égal à 40 dans 33,30% et 9,60% ($p=0,02$). Il en était de même pour le BASFI dans 33,30% et 9,60% ($p=0,03$). Le SF-36 reflétait une altération de la qualité de vie plus importante dans le bras 1 et statistiquement significative dans les domaines bien être émotionnel et fonctionnement social. L'inverse fut le cas pour le changement de santé par rapport il y a 1 an (Tableau II).

Tableau I. Comparaison des paramètres du syndrome inflammatoire biologique.

Variabiles	Cas	Témoins	Valeur p
VS (mm)	34.8 ± 21.4	34.8 ± 23.7	1.0
CRP (mg/l)	14.4 ± 11.9	24.5 ± 25.9	0
Alpha1-globulinémie (g/l)	2.6 ± 1	2.5 ± 0.9	0.7
Alpha2-globulinémie (g/l)	8.2 ± 1.7	7.6 ± 2	0.2
Beta-globulinémie (g/l)	8.6 ± 3.4	9.2 ± 2.6	0.4
Beta1-globulinémie (g/l)	4.3 ± 0.8	4.7 ± 2.1	0.6
Beta2-globulinémie (g/l)	$3.6 \pm 0,3$	4.1 ± 1.0	0.3
Gamma-globulinémie (g/l)	19.2 ± 10.3	15.2 ± 11.8	0.1

Tableau II. Retentissement sur la qualité de vie appréciée par le SF-36.

Domaines	Cas	Témoins	Valeur p
Fonctionnement physique	46.1±25.2	54.543±24,5	0,2
Limitations liées aux problèmes physiques	40,2±35,4	41,1±37,2	0,9
Limitations liées aux problèmes émotionnels	37,2±32,5	46,5±42,4	0,3
Vitalité	41,8±23	49,4±21,3	0,2
Bien-être émotionnel	58,5±14,6	66,7±14,1	0,04
Fonctionnement social	46,6±29,5	65,2±29,5	0,02
Douleur physique	51,2±19,6	48,3±24,3	0,5
Etat général de santé perçu	48±19,7	51,6±49,3	0,6
Changement de santé par rapport il y a 1 an	66,6±29,7	48,6±29,5	0,02

4. Discussion

Cette étude porte sur des patients souffrant d'une SPA associée à une connectivité. Ces patients étaient comparés à des témoins présentant une SPA isolée. La coexistence entre spondylarthrite ankylosante voire spondyloarthrites (SpA) et connectivites est rarement décrite en Afrique subsaharienne. Dans une étude récente, Niasse et al soulignaient que seules 3 études ont été menées sur cette association au niveau de cette région [11]. La première observation en 2006 publiée par Ouedraogo et al au Burkina-Faso était celle d'un homme de 41 ans qui associait une SPA et une sclérodémie systémique [12]. Un second cas a été décrit 13 ans après par Traoré et al en Guinée. Il s'agissait d'une femme de 56 ans qui avait une SPA, un lupus systémique et une hyperparathyroïdie secondaire [13]. La première série de ce couple qui avait regroupé 40 observations a été rapportée par Condé et al [14]. Dans cette étude, la maladie de Sjögren qui était l'unique connectivite représentait 77% chez nos patients. En Occident, l'association entre SpA et connectivites est largement décrite et les maladies auto-immunes systémiques les plus impliquées sont la maladie de Sjögren et la polyarthrite rhumatoïde [2, 3, 4] comme ce fut le cas dans notre étude. Ainsi en Italie la prévalence du syndrome de Sjögren primitif dans les SpA était estimée à 10% dans la série de Bruzzese et al [3]. En Chine Zhao montrait que 6,6% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde étaient aussi porteurs de l'antigène HLA-B27 [2]. Il faut souligner cependant que même si l'association paraît fréquente chez les caucasiens, les études comparant l'association avec une des deux maladies, isolée sont rares dans ces peuples. En Afrique subsaharienne aucun des travaux n'était de type cas-témoins [12, 13, 14]; ce qui représente une des originalités de notre travail qui est une première dans notre contexte.

Nos patients étaient comparés à des témoins de même sexe et de même tranches d'âge. Par ailleurs nous avons exclus les malades qui avaient des co-morbidités susceptibles d'influencer la sévérité des symptômes. A l'issue de cette comparaison, aucune corrélation significative n'a été notée sur les types d'atteintes cliniques articulaires et leurs topographies (axiale ou périphérique). Les tests biologiques mettaient en évidence un taux de CRP significativement plus élevé chez les témoins ($p=0$). Par ailleurs, l'anémie était aussi plus fréquente dans ce bras (42% contre 28% pour les cas) ($p=0,005$). Outre ces deux paramètres, la SpA isolée était exposée plus à une altération de la qualité vie au niveau du domaine changement de santé par rapport il y a 1 an du SF-36 ($p=0,02$). Ces patients avaient aussi une prévalence plus forte de l'antigène HLA-B27. Quant à l'association SPA et connectivites, elle était associée de façon significative au syndrome enthésique ($p=0,02$), aux destructions ostéo-articulaires radiographiques périphériques ($p=0$), aux syndesmophytes ($p=0,01$), à la pneumopathie interstitielle diffuse ($p=0,05$). L'activité de la maladie appréciée par le BASDAI était aussi plus élevée dans ce groupe ($p=0,02$) et la capacité fonctionnelle plus altérée aussi ($p=0,03$). Au plan du retentissement sur la qualité de vie, le SF-36 reflétait une altération plus importante dans les domaines bien être émotionnel ($p=0,04$) et fonctionnement social ($p=0,02$).

5. Conclusion

Notre étude montre que l'association entre SPA et connectivites était plus fréquente chez les femmes âgées de $46\pm 16,9$ ans. Elle augmente le risque de développer un syndrome enthésique et des signes de destruction ostéo-articulaire périphérique. Les syndesmophytes et les pneumopathies tubulo-interstitielles étaient aussi plus retrouvés. Par ailleurs, l'activité de la maladie était plus élevée, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie plus altérées. Le retentissement sur la qualité de vie portait sur les domaines bien être émotionnel et fonctionnement social. L'étude se poursuivra dans un échantillon beaucoup plus large.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

1. Jamilloux Y, Sève P, Henry T. Les inflammasomes et les maladies humaines. *Rev Med Interne* 2014; 11 :730-41.
2. Barczyńska T.A, Węgierska M, Żuchowski P, Dura M, Zalewska J, Waszczak M, Jeka S. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Reumatologia* 2015 ;53(5) :279-85.
3. Bruzzese V, Marrese C, Scolieri P, Pepe J. Psoriatic spondyloarthritis and Sjögren syndrome: a casual association? *Reumatismo*, 2020 ;72(3) :170-2.
4. Sattar Bv M.A, AL-Sughyer, Siboo R. La coexistence de la polyarthrite rhumatoïde, de la spondylarthrite ankylosante et de la dermatomyosite chez un patient atteint de diabète sucré et des antigènes associés. *British Journal of Rheumatology* 1988 ;27 :146-9.
5. Sibilia J. Comment définir et classer les maladies inflammatoires ? *Rev Rhum* 2007 ;74 :714-25.
6. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe´ R, Listing J, Akkoc N, Brandt J et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009 ;68 :777–83.
7. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984 ;27 :361–8.
8. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham III CO et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & rheumatism*. 2010 ;62(9) :2569-81.
9. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, Criswell LA, Labetoulle M, Lietman TM et al. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for primary Sjögren’s syndrome: a consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. *Annals of the rheumatic diseases*. 2017 ;76(1) :9-16.
10. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis & rheumatology*. 2019 ;71(9) :1400-12.
11. Niasse M, Diédhiou I, Siddiki C, Diouck FS, Ndong O, Guèye YAN, Diallo S. Ankylosing Spondylitis and Systemic Autoimmune Diseases: A Study of 25 Cases in Rheumatology. *OJRA* 2025 ;15(3) :102-10.
12. Ouédraogo D-D, Palazzo E, Nlomé-Nze´ M, Somogyi-Demerjian N, Meyer O. Ankylosing spondylitis and systemic sclerosis: A rare combination. *Joint Bone Spine* 2009 ;76 :290-2.
13. Traoré M, Kamissoko A. B, Conde K, Wann, T. A, Barry A, Ndiaye M. Association lupus érythémateux systémique, spondylarthrite ankylosante et hyperparathyroïdie secondaire. *Med. Afr. Noire* 2019 ;6(6) :345-7.
14. Condé K, Garba M.S, Garba I, Touré M, Barry A, Cissé F.A. Association syndrome de Sjögren et spondyloarthrites : étude de 40 observations au service de rhumatologie de l’hôpital national Ignace Deen de Conakry, Guinée. *Ann Afr Med* 2021 ;14 :e4100-e4103.