

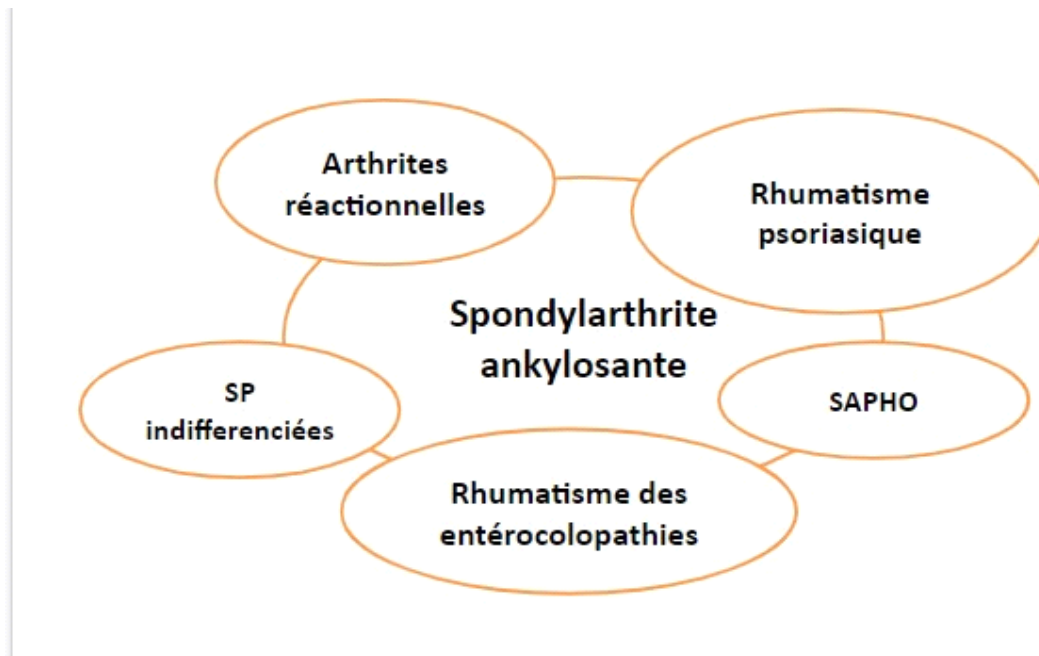
spondyloarthrite

I- Introduction :

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC):

- touchant avec prédilection les structures axiales, rachis et sacro-iliaques,
- à tendance ankylosante (ossification sous-ligamentaire et des enthèses).
- Affectant principalement les sujets masculins, le plus souvent l'adulte jeune
- évolue par poussées
- et peut s'exprimer par des manifestations systémiques.
- Terrain génétique particulier: antigène HLAB27.

II- Concept des spondyloarthrites :



-Le concept de spondyloarthrite (SpA anciennement appelée spondylarthropathie) regroupe des (RIC) qui partagent

- certaines manifestations cliniques
- un terrain génétique commun.

-En font partie la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires et les SpA indifférenciées ou spondyloarthrite

-Les manifestations cliniques des spondyloarthrites combinent de façon variable:

- un syndrome pelvirachidien ou axial (atteinte rachidienne et sacro-iliite) ;
- un syndrome enthésopathique ;
- un syndrome articulaire périphérique ;
- un syndrome extra-articulaire (iritis, psoriasis, balanite, urétrite, diarrhée, entérocolopathie inflammatoire).

Une nouvelle terminologie a été proposée, permettant de décrire au mieux le phénotype clinique d'un patient atteint de spondyloarthrite (SpA)

•**Spondyloarthrites axiales (SpA axiale)**

Radiographiques = avec sacroiliite radiographique =SA

Non radiographiques = sans sacroiliite radiographique

•**Spondyloarthrites périphériques articulaires (SpA périphériques)**

Érosives

Non érosives

•**Spondyloarthrites périphériques enthésitiques (SpA enthésitiques)**

III- Epidémiologie:

- La prévalence globale de l'ensemble des spondyloarthrites est de 0,35 % en France,
- Le sex-ratio: 1,5 (hommes/femmes).
- Adulte jeune (avant 35 ans)

IV- Pathogénie:

•**Les facteurs génétiques :**

- forte association avec l'antigène HLA-B27: présent chez 90 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante.

-Cependant, la simple présence de HLA-B27 ne suffit pas car il est présent chez 6 à 8 % des sujets caucasoïdes sains.

•**Les facteurs d'environnement :**

Le rôle déclenchant d'agents infectieux.

V- Clinique:

syndrome pelvirachidien

•Dorsolombalgies inflammatoires

- Depuis au moins 3 mois,
- Horaire inflammatoire (réveil nocturne, dérouillage matinal de plus de 30 minutes), aggravées par le repos mais cédant à l'activité physique.
- Débutent habituellement au niveau de la charnière dorso-lombaire puis s'étendent.
- L'examen clinique montre une raideur axiale (évaluée par la mesure de l'indice de Schober)
- Puis ankylose rachidienne: disparition de la lordose lombaire physiologique.

•Les douleurs fessières (Pygalgies) :

- uni- ou bilatérales, ou à bascule,
- traduisent l'atteinte sacro-iliaque.
- douleurs fessières hautes,
- Peuvent irradier à la face postérieure ou postéro-externe de la cuisse, sans dépasser le genou (sciatalgies tronquées).

•Atteinte de la paroi thoracique antérieure:

- L'atteinte des articulations sternoclaviculaires et manubriosternale peut accompagner les manifestations axiales de la maladie.

syndrome articulaire périphérique

- Oligoarthritis des membres inférieurs touchant les grosses articulations (le genou, la cheville).
- L'atteinte de la hanche est fréquente et redoutable.
- Arthrites des interphalangiennes distales (rhumatisme psoriasique).
- Dactylites (atteinte inflammatoire de l'ensemble d'un doigt ou d'un orteil).

atteinte enthésopathique périphérique

•Enthésite:

- Toutes les enthèses peuvent être atteintes,
- siègent +++ aux membres inférieurs.
- L'atteinte la plus fréquente et la plus caractéristique est la talalgie (aponévrosite plantaire inférieure, enthésopathie du tendon achilléen)
- Autres: tubérosité tibiale antérieure, grand trochanter, ischion.

•**Orteil ou doigt « en saucisse » (dactylite):**

-tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt.

-association d'une enthésopathie inflammatoire distale, avec une arthrite le plus souvent tripolaire.

Manifestations extra-articulaires

•**Atteinte oculaire**

Uvéite aiguë antérieure, non granulomateuse dans la plupart des cas

•**Atteintes cardiaques**

-Valvulopathies (insuffisance aortique dans 75% des cas), tardives

-Troubles du rythme ou de la conduction(BAV)

•**Atteinte pulmonaire :**

-Syndrome restrictif (altération de la mécanique thoracorachidienne)

-La maladie fibrobulleuse apicale: caractéristique de la SA

•**Atteinte rénale:**

-Néphropathie à IgA

-Amylose

•**Atteinte neurologique :**

-Compressions médullaires (par fracture C1-C2...)

-Syndrome de la queue de cheval.

VI- Les examens complémentaires:

Biologie:

•**Syndrome inflammatoire:**

-60% des patients ont une VS/ CRP élevées.

-Plus modeste que dans les autres rhumatismes inflammatoires.

•**HLA B27:**

valeur diagnostique dans les cas douteux.

Imagerie:

◆**Radiographies standards :**

•Atteinte rachidienne:

parfois inexistante

- **spondylite de Romanus** : érosion de l'angle antérieur de la vertèbre, associée à une condensation,

- **mise au carré de la vertèbre (profil)**: perte de concavité antérieure

- **syndesmophyte**: processus d'ossification, verticale entre deux vertèbres constituant un pont intervertébral osseux

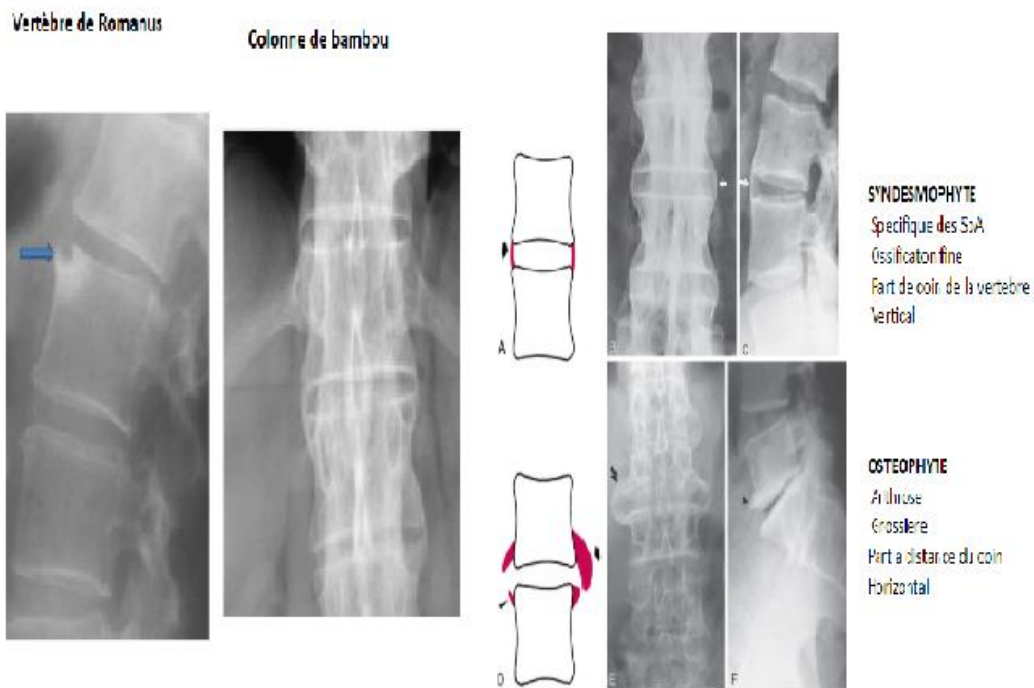
- **colonne bambou (face)** : syndesmophytose est très étendue

- Les **spondylodiscites** (aseptiques)

- ossifications des ligaments interépineux et du ligament jaune: **l'aspect en rail de tramway**

- Une **subluxation** atloïdo-axoïdienne est possible

- Les articulaires postérieures : arthrites érosives,



f

usions.

•Atteinte des sacroiliaques:

quasi constante, bilatérale et grossièrement symétrique, évolue en étapes

Classification de new york:

○Stade I: déminéralisation de l'os sous-chondral, pseudo-élargissement et aspect flou de l'interligne

○Stade II: érosions de l'os sous-chondral, aspect irrégulier en « timbre-poste », condensation de part et d'autre de l'interligne

○Stade III: l'interligne tend à s'effacer, zone opaque, scléreuse.

○Stade IV: ankylose par fusion du sacrum et de l'ilion.

•L'enthésopathie

L'aspect initial radiologique de l'enthésite est celui d'une **érosion** rapidement suivi d'un processus de **condensation** et d'**ossification** irrégulière.

•L'atteinte de la hanche.

3 grands aspects radiologiques

-aspect engainant,

-aspect érosif (coxite destructrice)

-aspect synostosant

◆IRM

Diagnostic précoce de la sacro-iliite débutante à un stade infra radiologique.

VII- Forme clinique:

Formes topographiques:

-Forme axiale

-Forme périphérique

-Forme enthésique

Formes selon le sexe:

-Forme masculine

-Forme féminine : fruste

Formes selon l'âge:

-Forme de l'enfant : SP juvéniles

-Forme sujet > 50 ans : SP à révélation tardive

•Formes étiologiques:

- spondylarthrite ankylosante idiopathique.

-spondyloarthrites secondaires:

_Arthrites réactionnelles

_Rhumatismes psoriasique

_Rhumatisme des entérocolopathies

VIII- Diagnostic positif:

•l'orientation diagnostique repose sur un faisceau d'arguments.

•L'anamnèse, le contexte familial, mais surtout les caractéristiques des lombalgies peuvent être évocateurs

•Les radiographies peuvent être normales durant les premiers mois de l'évolution.

•La recherche de l'antigène HLA B27 peut être utile, mais uniquement dans un contexte clinique évocateur.

•L'équation HLA B27 = spondylarthrite est fausse !

IX- Les critères:

Tableau I. – Critères de classification de la spondylarthrite ankylosante (critères modifiés de New York).

Diagnostic
<p>Critères cliniques Lombalgies avec raideur de plus de 3 mois, améliorées à l'effort, mais ne cédant pas au repos Limitation des mouvements du rachis lombaire à la fois dans le plan frontal et sagittal Limitation de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales corrigées pour l'âge et le sexe</p>
<p>Critères radiologiques Sacro-iliite bilatérale de grade ≥ 2 ou sacro-iliite unilatérale de grade $\geq 3-4$</p>
<p>Score Spondylarthrite ankylosante définie si le critère radiologique est associé à au moins un des critères cliniques Spondylarthrite ankylosante probable si : - trois critères cliniques sont présents ; - le critère radiologique est présent, sans aucun signe, ni symptôme des trois critères cliniques (d'autres étiologies de la sacro-iliite doivent alors être évoquées)</p>

Critères de spondylarthropathies d'Amor ^[3,2]. Six points permettent le diagnostic.

Signes cliniques ou histoire clinique :

- | | |
|---|----------|
| 1- Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales ou raideur matinale lombaire ou dorsale | 1 point |
| 2- Oligoarthritis asymétrique | 2 points |
| 3- Douleur fessière sans précision | 1 point |
| Douleur fessière à bascule | 2 points |
| 4- Doigt ou orteil « en saucisse » | 2 points |
| 5- Talalgie ou toute autre enthésopathie | 2 points |
| 6- Iritis | 2 points |
| 7- Urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début d'une arthrite | 1 point |
| 8- Diarrhée moins d'un mois avant une arthrite | 1 point |
| 9- Présence ou antécédent de psoriasis, ou de balanite, ou d'entérocolopathie chronique | 2 points |

Signes radiologiques

- | | |
|------------------------------|----------|
| 10- Sacro-iliite (stade > 2) | 3 points |
|------------------------------|----------|

Terrain génétique

- | | |
|---|----------|
| 11- Présence de l'antigène HLA-B27 ou antécédents familiaux de spondylarthrite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entérocolopathie chronique | 2 points |
|---|----------|

Sensibilité au traitement

- | | |
|--|----------|
| 12- Amélioration en 48 heures des douleurs par AINS ou rechute rapide (< 48 h) des douleurs à leur arrêt | 2 points |
|--|----------|
-

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Chez un patient avec une **rachialgie ≥ 3 mois** avec
un âge de début < 45 ans

Critères de classification ASAS pour la spondylarthrite axiale

≥ 1 critère de SA	HLA B27
+	+
Sacro iliite (inflammation)	≥ 2 autres critères de SA

Critères de SA

- lombalgies inflammatoires
- arthrite
- enthésite
- uvéite
- dactylite
- psoriasis
- MICI
- réponse aux AINS
- ATCD familial de SA
- HLA B27
- CRP élevée

Critères de classification ASAS pour la spondylarthrite périphérique

Arthrite, Enthésite, ou Dactylite*

PLUS

Plus d'un parmi:

- uvéite
- psoriasis
- MICI
- infection
- HLA B27
- Sacro-iliite IRM

Au moins 2 parmi:

- arthrite
- enthésite
- dactylite
- lombalgie inflammatoire
- ATCD familiaux de SpA

OU

*sujets de moins de 45ans

X- Diagnostic différentiel:

•**Devant une atteinte sacro-iliaque:**

– Unilatérale :

Sacroiliite infectieuse

– Bilatérale :

○L'ostéose iliaque condensante de la femme multipare.

○Arthrose sacro-iliaques

•**Devant une atteinte rachidienne:**

– Chez le sujet jeune, les dystrophies rachidiennes de croissance, **la maladie de Scheuermann**

– Chez le sujet adulte: l'hyperostose vertébrale engainante: **maladie de Forrester**

_ Les discopathies érosives :spondylodiscite infectieuse.

•**Devant une atteinte articulaire périphérique:**

La spondylarthrite ankylosante à début périphérique peut mimer une arthrite réactionnelle, un rhumatisme psoriasique, une polyarthrite rhumatoïde débutante.

XI- Evolution:

-Progressive sur plusieurs années.

-Se fait par poussées et rémissions +/- complètes.

-Mode habituellement ascendant.

-trois formes évolutives :

*formes frustes avec peu de raideur rachidienne, même après une longue évolution ;

*formes latentes avec une ankylose diffuse, peu douloureuses ;

*formes graves, rapidement évolutives, avec douleurs importantes et grandes déformations, responsables d'une impotence fonctionnelle majeure.

•**Indices d'activité:**

BASDAI: autoquestionnaire évaluant l'asthénie, la douleur axiale, la douleur périphérique, la sensibilité localisée, la raideur matinale.

ASDAS

•**Indice fonctionnel:**

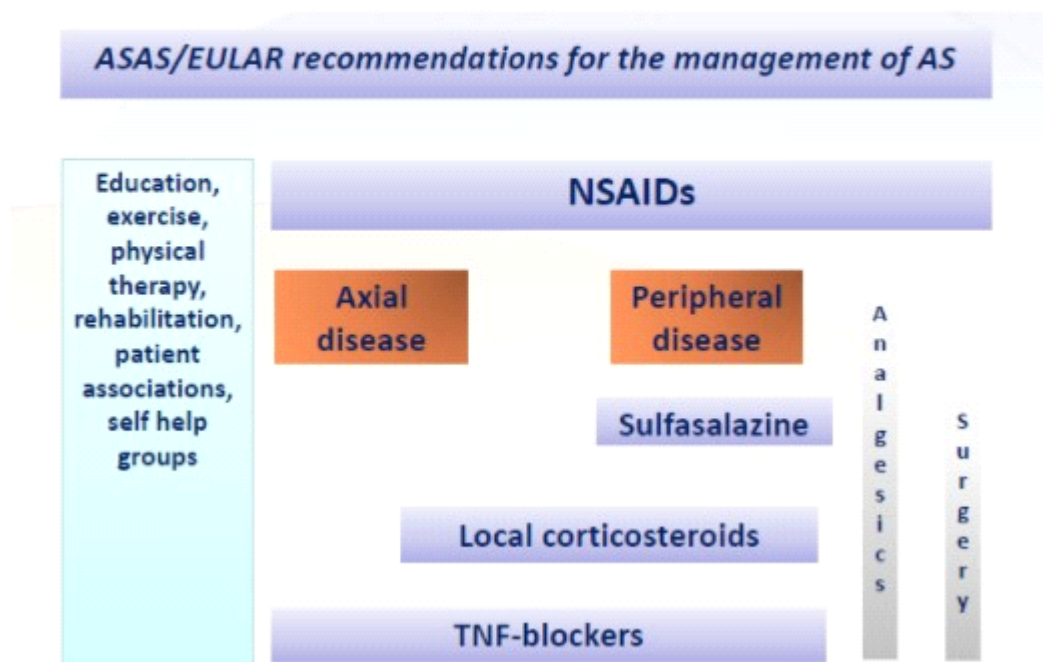
le Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI) : évaluation de la possibilité d'effectuer les actes de la vie courante

XII- Traitement:

but:

- contrôle des poussées inflammatoires de la maladie.
- la lutte contre les douleurs et l'enraidissement.
- le maintien de la capacité fonctionnelle.

Moyens



Information et éducation du patient:

Elles permettent au patient de mieux connaître sa maladie et ses complications

l'intérêt de la rééducation, l'utilité des traitements

Rééducation:

- Elle est indiquée dès le début et tout au long de l'évolution de la maladie.
- objectif: lutter contre les douleurs et l'enraidissement et permettre la réadaptation socioprofessionnelle
- En période douloureuse :

-Postures en extension du tronc

-Physiothérapie antalgique

-Massages décontracturants.

-Gymnastique respiratoire.

•En période non douloureuse :

- Activité sportive : natation +++.

- Apprentissage des mouvements de gymnastique à domicile :

*Etirement musculaire global des membres.

*Extension du rachis.

*Etirement de la paroi thoracique et de la musculature pectorale.

*Exercices respiratoires.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE:

•Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS):

Efficaces sur les douleurs nocturnes et la raideur matinale.

* phase d'attaque.

* puis diminution des doses → dose minimale efficace

* la prise du soir est la plus efficace

* surveillance des effets indésirables

* diverses familles ; susceptibilité individuelle.

•Les antalgiques: en traitement d'appoint aux AINS

•Traitement local :

infiltration de corticoïdes ou synoviorthèse

règles d'asepsie rigoureuse +++

TRAITEMENT DE FOND:

• SPA avec atteinte périphérique:

Traitement de fond conventionnel

-sulfasalazopyrine

-methotrexate

•SPA en echec aux AINS/ traitement de fond conventionnel:

•Anti TNF alpha:

Etanercept (enbrel)

Adalimumab (humira)

Infliximab (remicade; remsima)

TRAITEMENT CHIRURGICALE:

-Coxite évoluée : prothèse totale de hanche.

-Grandes cyphoses irréductibles : ostéotomie vertébrale.

Arthrites réactionnelle:

•Les arthrites réactionnelles sont des arthrites stériles, survenant dans le mois suivant une infection bactérienne d'origine digestive ou urogénitale.

*Uro-génitale: Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum

* Digestive: Yersenia, Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni

•Elles sont associées dans 60 % à 80 % des cas à l'allèle HLA-B27 et font partie du groupe des spondyloarthrites.

•Leur âge moyen de survenue se situe entre 20 et 30 ans.

•Le diagnostic clinique est aisé en cas de forme complète, réalisant le syndrome de Fiessinger- Leroy-Reiter, caractérisé par la triade : oligoarthritis, touchant les grosses articulations des membres inférieurs, urétrite et conjonctivite.

•les formes incomplètes d'arthrite réactionnelle sont fréquentes : monoarthrite ou d'une oligoarthritis isolée.

•L'évolution des arthrites réactionnelles est marquée par le risque de rechute chez 20 % à 50 % des patients ,ou le passage à une spondylarthrite ankylosante.

Rhumatisme psoristique:

-Psoriasis cutané (faces d'extension des coudes et genoux, cuir chevelu, péri-ombilical, pli interfessier, ongles)

-Atteinte mixte:

* Axiale: prédominant

au rachis cervical

* Périphérique: asymétrique

+ atteinte des IPD

Rhumatisme des entérocolopathies:

-10 à 30 % des cas:

arthrites périphériques ayant les caractères des arthrites des SA, siégeant surtout aux membres inférieurs, souvent rythmées par l'évolutivité de la maladie digestive

-5 à 15% des cas:

atteinte axiale évoluant indépendamment de l'atteinte digestive.

Au cours d'une spondyloarthrite, il faut systématiquement rechercher une entérocolopathie inflammatoire.

SAPHO syndrome:

-Oligoarthrite

-Acné conglobata et fulminante

-Pustulose palmoplantaire

-Hyperostose: le plus souvent sterno-costo-claviculaire

-Ostéite amicrobienne.