

SPONDYLOARTHrites

I- Définition :

- Un ensemble d'affections inflammatoires, ayant en commun diverses manifestations.
- Ce groupe comprend :
 - La spondylarthrite ankylosante (ou pelvi-spondylite rhumatismale)
 - Le rhumatisme psoriasique
 - Les manifestations articulaires des entérocolopathies
 - Les arthrites réactionnelles
 - Les spondylarthrites indifférenciées.
 - Les SpA Juvéniles
 - L'uvéite antérieure aiguë
- Ce groupe se caractérise par l'association à des degrés divers :
 - ✓ Atteinte pelvi-rachidienne
 - ✓ Atteinte articulaire périphérique (oligoarthrite des membres inférieurs++, doigts ou orteils en saucisse).
 - ✓ Atteinte des enthèses (enthésopathie)
 - ✓ Atteinte extra-articulaire : uvéite, atteinte cutanée, cardiaque, digestive.
 - ✓ Terrain génétique particulier : HLA B27
 - ✓ Prédisposition familiale.
 - ✓ Absence de facteur rhumatoïde.

- Ce processus répond bien aux AINS.
- La synovite au cours des SpA :
 - Secondaire à l'enthésopathie, le processus inflammatoire se propageant de l'enthèse à la synoviale.
 - Présence d'Ag bactériens, ADN et mARN dans l'articulation suggère le rôle de bactéries sous forme quiescente, peu répliquative, au sein de la synoviale.



SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

- ### III- Définition : = pelvispondylite rhumatismale.
- Maladie inflammatoire à évolution chronique et à tendance ankylosante qui atteint tout l'appareil locomoteur, en particulier les articulations du bassin, le rachis et les membres inférieurs.
 - Elle appartient au groupe des spondylarthrites, caractérisées par des enthésopathies axiales (pelvirachidiennes) et périphériques, parfois associées à des arthrites périphériques et des signes extra-articulaires.

IV- Epidémiologie :

- Prévalence : 0,1-0,2 / 100 habitants.
- Sexe : masculin (70-90%). Les SA féminines sont sous estimées (le tableau clinique souvent atypique).
- Age : maximum à 20-30 ans, mais 10-30% des cas se déclarent avant 17 ans (surtout en Afrique du nord). Le début tardif est contesté (diagnostic tardif d'une forme bénigne).

V- Atteinte articulaire :

La SA combine à des degrés divers plusieurs syndromes :

1- Syndrome pelvien : atteinte des sacro-iliaques.

- SF : Douleurs fessières uni ou bilatérales, ou à bascule d'horaire inflammatoire pouvant irradier à la face postérieure de la cuisse « sciatiques tronquées »
- SP : douleur déclenchée ou aggravée par les manoeuvres des sacro-iliaques (Pression directe+++ , trépid, écartement-rapprochement, Mennel).

II- Caractéristiques des spondylarthrites :

1- Le terrain :

- Se développe habituellement chez l'homme
- 20-30 ans
- Prédisposition génétique: antécédents familiaux de SpA
- Fréquence accrue du HLA B27.

2- Physiopathologie :

a- Facteurs endogènes génétiques:

- Rôle important de l'antigène HLA B 27
- Liaison [SpA- HLA B 27] est forte : 30-90% contre 4-8% dans la population générale
- 13,6% des B27 font une SpA

b- Facteurs exogènes infectieux:

- Rôle probable des agents microbiens : similitude moléculaire entre épitopes communs à des agents infectieux et l'Ag HLA B27.

3- Mécanismes lésionnels :

- Le processus inflammatoire débute au niveau des enthèses= cible privilégiée
- L'enthésopathie inflammatoire évolue en 3 phases :
 - a. Phase inflammatoire initiale →érosion osseuse
 - b. Phase de cicatrisation →fibrose cicatricielle
 - c. Phase d'ossification →ankylose

2- Syndrome rachidien :

- SF : Douleur inflammatoire de la région lombaire ou dorsolombaire, insidieuse.
- SP : raideur rachidienne
- Lombaire :
 - Limitation de la mobilité en flexion
 - Distance doigt-sol augmenté
 - Indice de **Schöber** (<5cm)
- Cervical :
 - Distance menton-sternum augmentée
 - Distance occiput-mur augmentée
 - Distance menton-acromion ou tragus-acromion augmentées.

3- Atteinte thoracique : précoce.

- L'atteinte des articulations sternoclaviculaires et manubriosternales peut accompagner les manifestations axiales de la maladie
- Douleur thoracique antérieure inflammatoire
- SP: pression latérale thoracique douloureuse ; palpation des différentes articulations douloureuse ; ampliation thoracique diminuée (< 5cm chez 86% des malades).

4- Syndrome enthésique :

a- Enthésites:

- SF: Douleurs des enthèses
 - Talalgies+++ : aponévrosite plantaire, tendinite achilléenne
 - Tubérosité tibiale antérieure, rotule, Gd trochanter, condyles fémoraux, ischion, crêtes iliaques, olécrane, condyles huméraux, trochiter...
 - SP : Douleur provoquée par la pression et la mise en tension de l'enthèse (étirement / contraction résistée)
- ### b- Dactylite : Orteil et doigt « en saucisse » +++
- Tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt
 - Enthésopathie inflammatoire distale+arthrite tripolaire
 - Chaud ou froid

5- Syndrome articulaire périphérique :

a-Oligoarthrite asymétrique : surtout des membres inférieurs.

b- Atteinte de la hanche : coxite

- Redoutable, souvent bilatérale.
- Survient surtout les 5 premières années.
- Douleur fessière ou inguinale mixte, puis limitation (flexion, extension, rotations) voire attitude vicieuse

c- Atteinte des IPD : dans le rhumatisme psoriasique+++

VI- Atteinte extra-articulaire :

1- Iridocyclite : = iritis = uvéite antérieure aiguë.

- 20-30% des cas
- Uni ou bilatérale, à bascule.
- photophobie, oeil rouge douloureux, larmoiement.
- Traitement : corticothérapie locale (collyre).

2- Atteinte digestive :

- Association classique aux entérocolopathies inflammatoires : maladie de Crohn ou RCH
- Diarrhées banales ou glairosanglantes

3- Psoriasis : cutané, cuir chevelu ou ongles

VII- Biologie :

1- Syndrome inflammatoire :

- VS accélérée : 70-80% des cas. Bon critère d'évolutivité.
- CRP augmentée
- Anémie : inconstante, inflammatoire ou ferriprive (saignement).
- EPPS : élévation des α_2 , γ globulines.

2- Signes immunologiques :

- FR (-). FAN (-)
- HLA B27 : présent dans 90% des cas (caucasiens).

3- Liquide synovial :

- Si atteinte périphérique (genou).
- Liquide inflammatoire (avec prédominance des PN).

VIII- Imagerie :

- Etape essentielle, permettant de poser le diagnostic.
- Clichés : en fonction du tableau clinique
- bassin (F), incidence des SI, rachis lombaire (F+P), rachis cervical (P), calcaneus (P), thorax (F), faux profil de Lequesne des hanches.

1- Atteinte des sacro-iliaques :

a- Radiographie du bassin :

- Typiquement bilatérale, parfois asymétrique.
- **4 stades de la sacro-iliite : « Forestier »**
- **Stade 0 :** Sacro-iliaques d'aspect normal.
- **Stade 1 :** Aspect flou (pseudo-élargissement) de l'interligne par déminéralisation de l'os sous-chondral.
- **Stade 2 :** irrégularité et érosions sous-chondrales + ostéosclérose marginale : « aspect en timbre de poste »
- **Stade 3 :** Idem stade 2 mais plus marqué : irrégularité de l'interligne, ponts osseux, rétrécissement de l'interligne et Condensation des berges ++
- **Stade 4 :** Ankylose totale (disparition de l'interligne articulaire)

b- TDM :

- Meilleure analyse des lésions que les radiographies.
- N'est pas demandé systématiquement, si doute.

c- IRM :

- Plus sensible et spécifique dans la détection précoce d'une sacro-iliite débutante et d'une spondylite inflammatoire que la radiographie et la TDM.
- Œdème osseux : hyposignal T1, hypersignal STIR.

2- Lésions vertébrales :

a- Syndesmophyte :

- Ossification intersomatique verticale implantée sur le bord latéral ou antérieur du coin vertébral. D'abord fin, il tend à s'épaissir et rejoindre la vertèbre contiguë → pont osseux intervertébral (≠ ostéophyte).
- L'extension des syndesmophytes réalise l'aspect de **colonne de Bambou.**

b- Spondylite antérieure de Romanus

c- **Squaring :** « alignement vertébral » ou « mise au carré »

- d- **Ossification des ligaments** : interépineux et interapophysaires) → image en «rails de tramway»
- e- **Spondylodiscite inflammatoire**
- f- Ankylose des articulations inter-apophysaires post.
- g- ostéoporose et tassements vertébraux

3- Enthésopathies :

- Epines calcanéennes postérieure et/ou inférieure
- Bassin hérissé ou ischion barbu
- Genou, coude, rotule, grand tochanter, tubérosité tibiale antérieure, condyle fémoral externe...

4- Arthrites : coxites

- Pincement globale de l'interligne articulaire
- Forme érosive, ankylosante, synostosante.

IX- Evolution – pronostic :

- Mode habituellement ascendant
- Progressive sur des années, par poussée – rémission, vers l'ankylose : attitude en skieur.

X- Formes cliniques :

- Formes topographiques :
 - Forme axiale
 - Forme périphérique
 - Forme enthésique
 - Forme associée
- Formes selon le sexe :
 - Forme masculine
 - Forme féminine : fruste
- Formes selon l'âge :
 - Forme de l'enfant : SpA juvéniles
 - Forme sujet > 50 ans : SpA à révélation tardive

XI-Complications :

1- Atteinte cardiaque :

- Tardive et rare.
- Dominée par les valvulopathies : Insuffisance aortique (2-5% des cas).
- Troubles de la conduction : BAV dans 5% des cas.

2- Atteinte pleuro-pulmonaire :

- Syndrome restrictif secondaire à l'atteinte axiale, mis en évidence à l'EFR.
- Syndrome interstitiel (évolution vers la fibrose)

3- Atteinte rénale :

- Néphropathie à IgA (maladie de Berger) : rare.
- Amylose secondaire type AA : protéinurie sur SA ancienne.

XI- Traitement :

Le traitement des spondylarthrites repose surtout sur le traitement médical, en particulier **les AINS et la rééducation fonctionnelle** +++

1 Traitement symptomatique :

- **Les AINS : +++++**
Effet spectaculaire, dose efficace couvrant les 24h,
- Les antalgiques
- Les corticoïdes : peu ou pas efficaces par voie orale
- Traitement local par infiltration des arthrites persistantes par un corticoïdes retard

2 Traitement de fond :

- Méthotrexate
- Salazopyrine
- Biothérapie+++ : en 2ème intention si non réponse à au moins 3 AINS par **les Anti-TNFα (etanercept, adalimumab, remicade)**

3 Traitement physique +++ :

Prévention des déformations rachidiennes et gymnastique respiratoire

4 Traitement chirurgicale :

Surtout PTH dans les coxites évoluées

AUTRES SPONDYLARTHrites

RHUMATISME PSORIASIQUE

- Définition : spondylarthrite, qui survient chez des sujets présentant ou ayant présenté un psoriasis.
- Clinique : assez polymorphe, atteinte périphérique (oligoarthrite asymétrique), atteinte axiale (30-50% des cas).
- Psoriasis avant ou après les manifestations rhumatismales
- Traitement :
Les AINS peuvent être utilisés
DMARDs si arthrite périphérique
Traitement du psoriasis

RHUMATISME DES ENTEROCOLOPATHIES

- Définition : les entérocolopathies (Crohn, RCUH) se compliquent dans 10-30% des cas de véritables spondylarthrites.
- Clinique :
arthrite périphérique des membres inférieurs,
Plus rarement atteinte axiale
- Traitement :
AINS sont contre-indiqués lors des poussées digestives.
Les corticoïdes sont souvent utilisés.
DMARDs (sulfasalazine+++)

ARTHRITES REACTIONNELLES

(Voir cours rhum post-infectieux)

Dr I. BENCHARIF
Rhumatologie