

Spondylarthrite

I. Concept de spondylarthrite

C'est l'ensemble des rhumatismes inflammatoires chroniques qui partagent certaines de leurs manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun.

En font partie la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires et les spondylarthropathies indifférenciées.

La majorité des cas débute chez **l'adulte jeune** (avant 35 ans). Les manifestations cliniques des spondylarthropathies combinent de façon variable :

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

II. Manifestations cliniques communes des spondylarthrites

1 SYNDROME PELVIRACHIDIEN

Il s'agit du syndrome axial traduisant l'inflammation des enthèses du rachis et des sacro-iliaques. Les enthèses sont les insertions osseuses des tendons, des ligaments, des capsules et des fascias.

1.1 Dorsolombalgies inflammatoires

Il s'agit de dorsolombalgies présentes depuis au moins 3 mois, d'horaire inflammatoire (réveil nocturne, dérouillage matinal de plus de 30 minutes), aggravées par le repos mais cédant à l'activité physique. Elles débutent habituellement au niveau de la charnière thoraco-lombaire puis s'étendent de façon descendante puis ascendante.

L'examen clinique montre une raideur axiale (évaluée par la mesure de l'indice de Schöber) puis l'ankylose rachidienne dont l'un des premiers signes est la disparition de la lordose lombaire physiologique (évaluée par la distance L3-mur).

1.2 Pygalgies

La **sacro-illite** se traduit par l'apparition de douleurs de la fesse d'horaire le plus souvent inflammatoire. La douleur fessière est soit unilatérale, soit bilatérale, soit à bascule. Cette pygalgie, ou fessalgie, encore dénommée sciatalgie tronquée, est une douleur en pleine fesse irradiant parfois en dessous du pli fessier. Elle n'a aucun caractère neurogène (absence de dysesthésies, absence de paroxysme douloureux), ni trajet radiculaire (pas d'irradiation complète au membre inférieur), ni de signe neurologique objectif associé. Cette pygalgie peut être déclenchée par les manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques.

1.3 Atteinte de la paroi thoracique antérieure

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

2 SYNDROME ARTICULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

Il s'agit d'une **oligoarthrite** des membres inférieurs touchant volontiers les grosses articulations (par ordre de fréquence le genou puis la cheville).

L'atteinte **coxofémorale** est fréquente et redoutable (certains classent **la coxite** dans les atteintes rachidiennes axiales). On peut noter également des arthrites des interphalangiennes distales (dans le rhumatisme psoriasique en particulier) ou des dactylites (atteinte inflammatoire de l'ensemble d'un doigt ou d'un orteil).

3 ATTEINTE ENTHÉSOPATHIQUE PÉRIPHÉRIQUE

Il s'agit de l'atteinte caractéristique des spondylarthropathies : c'est la traduction clinique de l'enthésopathie inflammatoire, ou **enthésite**.

3.1 Enthésite

- Toutes les enthèses peuvent être atteintes, mais les enthésites siègent de façon préférentielle aux membres inférieurs. L'atteinte la plus fréquente et la plus caractéristique est la talalgie. La talalgie est d'horaire inflammatoire, survenant le matin au lever lors du premier pas, elle s'améliore au cours de la journée. Elle est très évocatrice lorsque, survenant chez un sujet jeune, elle est bilatérale ou à bascule. la palpation, on note soit une talalgie plantaire inférieure ou postérieure.

Il faudra savoir systématiquement rechercher l'existence d'autres enthésites par la palpation et la mise en tension systématique des enthèses (tubérosité tibiale antérieure, grand trochanter, ischion).

13.2 Orteil ou doigt « en saucisse » (dactylite)

L'orteil ou le doigt « en saucisse » correspond à une tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt . Il s'agit dans la grande majorité des cas de l'association d'une enthésopathie inflammatoire distale, avec une arthrite le plus souvent tripolaire.

La recherche d'un orteil « en saucisse » indolent ou pauci-symptomatique est également très importante, justifiant l'examen minutieux des pieds des patients.

4 SYNDROME EXTRA-ARTICULAIRE

L'une des caractéristiques des spondylarthropathies est l'existence de manifestations cliniques communes, dont la fréquence varie en fonction de la forme clinique. Elles peuvent précéder les manifestations rhumatologiques, et doivent être recherchées par l'interrogatoire dans les antécédents du patient.

4.1 Uvéite aiguë antérieure

Il s'agit d'une **uvéite aiguë antérieure**, non granulomateuse dans la plupart des cas, souvent pauci-symptomatique mais parfois sévère. Cette uvéite est uni- ou bilatérale, voire à bascule. Elle s'associe rarement à une atteinte postérieure mais sa répétition peut conduire à des **synéchies**.

Le dépistage et la surveillance de cette atteinte sont absolument nécessaires. Elle peut survenir dans 20 % des cas environ et être inaugurale.

4.2 Entérocolopathie inflammatoire

Elle se traduit le plus souvent par des diarrhées, d'allure banale mais aussi parfois glairo-sanglantes. Toute diarrhée ou amaigrissement inexplicé chez un patient suspect de spondylarthropathie doit faire rechercher une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique.

Les autres signes des entérocolopathies sont à rechercher : fissurations anales, pancolite inflammatoire, sténoses inflammatoires, etc. La prise en charge multidisciplinaire de ces atteintes et la collaboration avec un gastro-entérologue sont absolument nécessaires.

4.3 Psoriasis

La distribution des signes cutanés est très variable d'un patient à l'autre :

– 90 % ont un psoriasis :

- préexistant dans environ 75 % des cas ;
- synchrone des manifestations articulaires dans 10 à 15 % des cas ;

– chez 10 à 15 % des malades, les signes articulaires précèdent les signes cutanés (il faut savoir rechercher des antécédents familiaux de psoriasis).

L'aspect habituel est le psoriasis en plaques ou « psoriasis commun » souvent évident (coudes, genoux, sacrum) mais il faut savoir rechercher les lésions psoriasiques plus discrètes autour de l'ombilic, au pli interfessier, sur le cuir chevelu et le conduit auditif externe.

L'atteinte unguéale serait l'atteinte dermatologique la plus fréquente au cours du rhumatisme psoriasique se caractérisant par une onycholyse distale, une hyperkératose sous-unguéale et un aspect ponctué des ongles dit en « dé à coudre »

Présentation clinique habituelle de l'atteinte articulaire

La cible des spondylarthropathies, particulièrement du rhumatisme psoriasique, est l'enthèse. On peut distinguer cinq grands tableaux cliniques, qui sont en fait souvent intriqués ou se succèdent au cours de la vie du patient :

1 - Atteinte interphalangienne distale aux doigts et aux orteils

Elle concerne 8 à 16 % des patients. La topographie asymétrique de l'atteinte est évocatrice, elle est souvent très inflammatoire.

2 - Polyarthrites séronégatives symétriques ou asymétriques

Elles concernent 20 % des patients avec, au sein de ces formes, quelques cas d'atteintes diffuses très destructrices. Elles ont une présentation proche de la polyarthrite rhumatoïde, mais l'atteinte asymétrique et prédominante des interphalangiennes distales (très rares au cours de la polyarthrite rhumatoïde).

3 - Mono- ou oligoarthrites asymétriques

Elles concernent 15 à 40 % des cas. Elles touchent soit les grosses articulations, soit les orteils ou les doigts (atteinte privilégiée des métacarpophalangiennes, métatarsophalangiennes, interphalangiennes proximales et/ou distales). Le doigt ou orteil en saucisse est très évocateur du rhumatisme psoriasique.

4 - Formes axiales, ou spondylarthropathie psoriasique

La spondylarthropathie psoriasique concerne 20 à 40 % des cas. L'atteinte sacro-iliaque est peu symptomatique et souvent asymétrique. L'atteinte rachidienne se caractérise par des rachialgies inflammatoires plus souvent **cervicodorsales**. Elle est associée dans la moitié des cas environ à une atteinte périphérique.

5 - Formes sévères avec arthrites mutilantes des mains et des pieds

Elles concernent 5 % des malades, avec ostéolyse des phalanges, des métatarsophalangiennes ou métacarpophalangiennes, avec aspect « **en lorgnette** » possible (aspect rétracté du doigt ou de l'orteil reprenant sa taille habituelle si on l'étire).

4.4 Atteintes cardiaques

À côté des **valvulopathies (INSUFFISANCE AORTIQUE)**, tardives, il faut signaler la possibilité de troubles du rythme ou de la conduction au moment des poussées inflammatoires de la maladie.

5 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Ces différentes manifestations ont été utilisées pour établir des critères de classification des spondylarthropathies : les critères de B. Amor et ceux de **l'ESSG** (Européen Spondylarthropathy Study Group), qui ont une sensibilité respective de 85 % et de 87 %, et une spécificité de 90 % et de 87 %. Récemment, de nouveaux critères de classification des formes axiales de spondylarthropathies ont été élaborés par le groupe international d'experts **ASAS**. Ces critères ont une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 84,4 %.

- **Critère d'Amor** : diagnostic : score supérieure à 6

Catégorie	Critère	Points
Signes cliniques ou histoire clinique	Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale	1 point
	Douleurs fessières uni- ou bilatérales	1 point
	Douleurs fessières à bascule	2 points
	Oligoarthritis asymétrique	2 points
	Doigt ou orteil « en saucisse »	2 points
	Talalgie ou autre enthésopathie	2 points
	Iritis	2 points
	Urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début d'une arthrite.	1 point
	Diarrhée moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1 point
	Présence ou antécédent de psoriasis et/ou de balanite et/ou d'entérocolopathie chronique	2 points
Signes radiologiques	Sacro-iliite radiologique ≥ stade 2 si bilatérale ou stade 3 si unilatérale	3 points
Terrain génétique	Présence de l'antigène HLA-B27 ou antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entérocolopathies chroniques	2 points
Sensibilité au traitement	Amélioration en 48 heures des douleurs par AINS et/ou rechute rapide (48 heures) des douleurs à leur arrêt	2 points

➤ **Critères de l'European spondyloarthritis study group (ESSG)**

- Diagnostique : **un critère majeur + un critère mineur**

Critères majeurs	Douleurs rachidiennes inflammatoires (début avant 45 ans, amélioration par l'exercice, avec raideur matinale et durée > 3 mois)
	Synovites asymétriques ou prédominantes aux membres inférieurs
Critères mineurs	Antécédents familiaux de spondylarthropathie ou d'uvéite ou d'entérocolopathie
	Psoriasis
	Maladie inflammatoire intestinale (entérocolopathie)
	Urétrite, cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
	Diarrhée aiguë
	Douleurs fessières à bascule
	Enthésopathie
	Sacro-iliite radiologique (bilatérale si grade ≥ 2, unilatérale si grade > 3)

- **Critères du groupe d'expert ASAS :**

En cas de lombalgie ≥ 3 mois et âge < 45 ans ≥ 1 signe de SPA + sacro-illite* ou HLA-B27 + ≥ 2 autres signes de SPA
• Signes de SPA : – rachialgie inflammatoire – arthrite – enthésite – uvéite

<ul style="list-style-type: none"> - dactylite - psoriasis - maladie de Crohn - bonne réponse aux AINS - histoire familiale de SPA
<ul style="list-style-type: none"> - HLA-B27 - CRP augmentée
<p>Critères de classification des spondylarthropathies axiales.</p> <p>* Inflammation hautement compatible avec une sacro-illite à l'IRM ou sacro-illite radiographique définie suivant les critères de New York modifiés</p>

III. Différents types de spondylarthropathie

1 SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

La spondylarthrite ankylosante est la forme la plus typique et la plus sévère, caractérisée par une atteinte du squelette axial (rachis et sacro-iliaques) conduisant à une ankylose. Sur le plan clinique, elle se manifeste par un syndrome pelvi-rachidien prédominant. L'atteinte sacro-iliaque radiologique, la sacro-illite stade 2 bilatérale ou stade 3, est un critère majeur parmi les critères du groupe ASAS. C'est un critère indispensable pour porter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, selon les critères de classification de New York modifiés.

Cependant, la sacro-illite radiologique ne survient que tardivement, en moyenne 7 ans après le début des symptômes, justifiant l'intérêt des nouvelles techniques d'imagerie telles que l'IRM.

Dans certaines formes sévères, l'évolution peut se faire vers une ankylose rachidienne complète, par ossification des enthèses.

L'atteinte rhumatismale périphérique est présente dans 50 % des cas. La manifestation extrarhumatismale la plus fréquente est l'uvéite antérieure aiguë, présente dans 10 à 30 % des cas, parfois révélatrice et évoluant de façon indépendante de l'atteinte rhumatismale. L'évolution chronique de la spondylarthrite ankylosante se fait par poussées, plus ou moins interrompues par des périodes de rémission, sur une période de 10 à 20 ans, à l'origine d'un handicap fonctionnel dans les formes sévères. Des complications sont possibles à long terme.

- **Critères de new York modifié pour spondylarthrite :**

Critères cliniques	Lombalgies avec raideur de plus de trois 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
Critères radiologiques	Sacro-iliite bilatérale de grade ≥ 2 , ou sacro-iliite unilatérale de grade ≥ 3
Score	La spondylarthrite est définie si le critère radiologique est associé à au moins un des critères cliniques

2 RHUMATISME PSORIASIQUE

3 ARTHRITES RÉACTIONNELLES

Les arthrites réactionnelles sont des arthrites aseptiques parfois associées à une conjonctivite, une urétrite chez l'homme, une cervicite chez la femme et survenant quelques semaines après une infection génitale ou digestive. **Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter** est la forme la plus complète d'arthrite réactionnelle et est défini par la triade urétrite-conjonctivite-arthrite.

Les germes en cause dans l'urétrite ou la diarrhée sont le plus fréquemment : *Chlamydia trachomatis*, *Shigella flexnerii*, *Yersinia enterocolitica* et *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis* et *Salmonella typhimurium*, *Campylobacter jejuni*.

L'association au HLA-B27 concerne 50 à 95 % des cas.

L'évolution de l'atteinte articulaire se fait sur un mode chronique dans 10 à 20 % des cas, pouvant évoluer vers une spondylarthrite ankylosante.

4 ENTÉROCOLOPATHIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Dans 10 à 20 % des maladies de Crohn et des rectocolites hémorragiques, surviennent des arthrites périphériques ou une sacro-illite radiologique le plus souvent asymptomatique. Une forme axiale complète remplissant les critères de spondylarthrite ankylosante est plus rare : moins de 5 %. Classiquement, l'atteinte périphérique évolue parallèlement à l'atteinte digestive, contrairement à l'atteinte axiale qui évolue pour son propre compte.

5 SPONDYLARTHROPATHIES INDIFFÉRENCIÉES

Les spondylarthropathies indifférenciées sont des spondylarthropathies répondant aux critères de l'ESSG ou de B. Amor. L'enthésite périphérique est la manifestation clinique la plus fréquente, présente chez 92 % des patients. Il s'agit habituellement de formes plus bénignes mais dont l'évolution peut se faire vers une forme différenciée

IV. Etiologie : rôle de la génétique : HLA-B 27

On observe une agrégation familiale des spondylarthropathies chez 20 à 30 % des patients (spondylarthropathie, uvéite, entérocolopathie, psoriasis, présence du HLA-B27) avec une coségrégation des différentes manifestations cliniques, indiquant des facteurs de prédisposition communs aux différentes formes de spondylarthropathie. Le Human Leukocyte Antigen-B27 qui est un allèle normal du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) est très fortement associé avec la spondylarthrite ankylosante (il s'agit de l'une des plus fortes associations actuellement connues entre un antigène du système HLA et une maladie, avec un risque relatif supérieur à 200). La prévalence du HLA-B27 dans la population générale caucasienne est de 6 à 8 %. La prévalence du HLA-B27 parmi les malades atteints de spondylarthrite ankylosante est supérieure à 90 %, de 63 à 75 % parmi les malades souffrant d'arthrite réactionnelle ou de syndrome de Reiter, de 50 à 70 % pour le rhumatisme psoriasique et les rhumatismes associés aux entérocolopathies inflammatoires. Bien qu'il existe plusieurs modèles animaux permettant de les étudier, la physiopathologie précise des spondylarthropathies reste actuellement mal connue. Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont évoquées : le HLA-B27 porterait des motifs analogues à certains déterminants antigéniques bactériens (**mimétisme moléculaire**), ce qui pourrait faciliter, à l'occasion d'une infection bactérienne, une

rupture de la tolérance vis-à-vis du HLA-B27. Le rôle de présentation antigénique de la molécule HLA de classe I, ainsi que l'isolement de bactéries ou de constituants bactériens dans le tissu synovial ou le liquide articulaire au cours des arthrites réactionnelles plaident en faveur d'une origine microbienne des spondylarthropathies. Dans cette hypothèse, le HLA-B27 empêcherait l'élimination des bactéries.

- **Pathogénie de la SPA**

1. Reconnaissance d'un ou plusieurs peptides présentés par la molécule B27 aux lymphocytes T (immunité adaptative T) ayant une similitude antigénique avec des peptides du cartilage ou de l'enthèse (molecular mimicry)
2. Repliement anormal de la molécule B27 qui ne peut migrer correctement et reste dans le réticulum endoplasmique, induisant une réponse inflammatoire (production d'IL-23 et stimulation TH17)
3. Stimulation de l'immunité innée par des molécules B27 dimérisées exprimées à la surface des cellules présentatrices d'antigène.

V. **Enthèse et enthésopathie inflammatoire (enthésite) : lésion anatomopathologique**

L'enthèse désigne la zone d'ancrage dans l'os de différentes structures fibreuses (les ligaments, les tendons, les capsules articulaires, les fascias). L'atteinte inflammatoire des enthèses (ou enthésites), axiale ou périphérique, est un phénomène central au cours des spondylarthropathies, par opposition à la polyarthrite rhumatoïde.

Il existe un grand nombre d'enthèses dans l'organisme, tant au voisinage des articulations synoviales, qu'au voisinage des amphiarthroses (symphyse pubienne, articulation manubriosternale, disque intervertébral), ou au voisinage des diarthroses fibreuses (articulation sacro-iliaque, sterno- ou acromioclaviculaire).

L'enthésite fait intervenir les mécanismes habituels de l'inflammation. Des études fondamentales et cliniques récentes ont montré **le rôle important joué par le TNF α** , expliquant ainsi la grande efficacité des biothérapies anti-TNF α au cours des spondylarthropathies.

VI. **Exploration complémentaire au cours des SPA**

1 RADIOGRAPHIE CONVENTIONNELLE

Les clichés du rachis cervical, thoracique et lombaire de face et de profil, et du bassin de face sont nécessaires pour mettre en évidence des lésions caractéristiques des spondylarthropathies.

En fonction des manifestations cliniques, d'autres clichés peuvent être demandés.

Il faudra rechercher sur la radiographie conventionnelle les différents stades évolutifs de l'enthésopathie :

- stade 0 : infraradiologique, correspondant à l'inflammation de la zone d'enthèse sans traduction radioclinique ;

- stade I : érosion ou irrégularité du cortex et ostéopénie sous-chondrale à l'insertion osseuse de l'enthèse ;
- stade II : apparition d'une érosion avec ébauche d'apposition périostée ;
- stade III : apparition d'un enthésophyte ; il s'agit d'une ossification cicatricielle le long de l'enthèse

Atteinte caractéristique de la charnière thoraco-lombaire avec, à la phase de reconstruction, une ossification en « pont » dénommée syndesmophyte

- De façon caractéristique, nous pouvons retenir les lésions radiographiques suivantes :
 - à la charnière thoraco-lombaire : initialement phase d'érosion inflammatoire de l'angle antérieur de la vertèbre, puis ossification sous-ligamentaire aboutissant à la formation de syndesmophytes ; l'existence de syndesmophytes ascendants ou descendants puis, dans les formes ankylosantes, la constitution d'ossifications des ligaments intervertébraux, étagées le long du rachis thoraco-lombaire, pouvant conduire à la classique « colonne bambou » ou donnant l'aspect « en rail de chemin de fer » ;
 - la sacro-iliaque : là aussi l'enthésopathie siègeant à la partie basse de la sacro-iliaque va connaître les quatre phases évolutives, depuis le stade 0, sacro-iliaque normale, jusqu'au stade d'ankylose complète
 - la calcanéite inflammatoire

2 AUTRES TECHNIQUES D'IMAGERIE

- De nombreux travaux suggèrent que l'IRM du rachis thoracique et lombaire et l'IRM des sacro-iliaques apportent des arguments importants pour le diagnostic précoce des spondylarthropathies, mettant en évidence des remaniements inflammatoires, précédant les modifications radiologiques.
- L'échographie Doppler, non pas des sacro-iliaques mais des enthésopathies périphériques, est également utilisée, mais des études complémentaires sont en cours.

La place exacte de l'IRM et de l'échographie dans le suivi et le diagnostic de spondylarthropathie reste à préciser.

- La scintigraphie osseuse au ^{99m}Tc a l'avantage d'avoir une meilleure sensibilité pour le diagnostic positif d'enthésite et de permettre l'étude simultanée de l'ensemble du squelette, mais sa spécificité est en revanche faible.

3 AUTRES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

3.1 CRP et/ou VS

On estime que 60 % des patients souffrant de spondylarthropathie et non traités ont une CRP et/ou un VS anormale, mais le syndrome inflammatoire est habituellement plus modeste que dans les autres rhumatismes inflammatoires.

3.2 HLA-B27

L'intérêt diagnostique de la recherche du HLA-B27 est discuté : la recherche de critères diagnostiques et d'antécédents familiaux permet souvent de poser le diagnostic de spondylarthropathies. Dans une spondylarthrite **ankylosante certaine, la recherche du HLA-B27 est inutile.**

En revanche, dans certains cas douteux (tableau clinique évocateur mais ne permettant pas d'être affirmatif), on peut demander ce typage :

- absent, il ne permet pas d'écarter le diagnostic (10 % d'authentiques spondylarthrites ankylosantes sont B27 négatif) ;
- positif, il peut conforter un cas clinique douteux mais en aucun cas il ne signe la maladie (97 % des B27 n'ont jamais de spondylarthropathies). En effet, 6 à 8 % des sujets caucasiens sont HLA-B27 positif, ce qui diminue beaucoup la spécificité de ce test.

3.3 Explorations fonctionnelles respiratoires

Les EFR peuvent servir à documenter l'atteinte respiratoire restrictive et la fibrose pulmonaire.

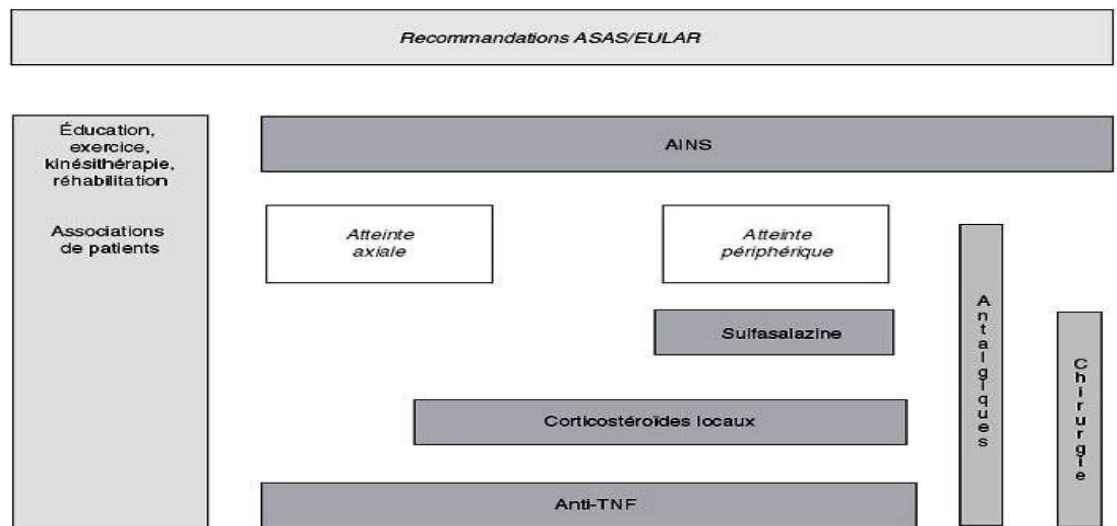
3.4 Électrocardiogramme

L'ECG détecte les troubles du rythme et de la conduction.

VII. PRINCIPES GÉNÉRAUX PHARMACOLOGIQUES ET NON PHARMACOLOGIQUES DU TRAITEMENT D'UNE SPONDYLARTHROPATHIE

Les recommandations de l'Assessment of SpondyloArthritis International Society/European League Against Rheumatism sont résumées dans :

Recommandations internationales (2006).



1 ÉDUCATION ET INFORMATION

Comme pour toute affection chronique, l'éducation est fondamentale et fait partie intégrante du traitement.

2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

2.1 Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont la pierre angulaire du traitement des spondylarthropathies : les Anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces dans plus de 70 % des cas sur la lombalgie inflammatoire au début de la maladie.

Les AINS sont habituellement rapidement efficaces et si l'AINS est arrêté, une rechute douloureuse est observée en moins de 48 heures.

L'AINS doit être utilisé à dose optimale (quand bien même elle correspond à la dose maximale autorisée) avec, si possible, la prise le soir d'une forme à

délitement prolongé permettant de couvrir toute la phase inflammatoire nocturne et matinale. En cas d'échec, après quelques jours de traitement, il convient de faire l'essai d'un autre AINS. Au moins 3 à 5 anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être essayés successivement avant de conclure à l'échec des AINS.

2.2 Antalgiques et myorelaxants

Antalgiques et myorelaxants peuvent être utilisés en complément des AINS, surtout en cas de manifestations enthésiopathiques ou rachidiennes ; de plus, ils permettent de faciliter la rééducation.

3 TRAITEMENTS LOCAUX

Un geste local peut être réalisé en cas d'arthrite (infiltration corticoïde, synoviorthèse isotopique) ou d'enthésopathie (infiltration cortisonique) rebelle au traitement général. La physiothérapie, l'ergothérapie et les techniques d'appareillage peuvent également être utilisées en fonction des atteintes et de leur évolution sous l'effet du traitement AINS.

4 TRAITEMENTS DITS « DE FOND »

Les traitements de fond s'adressent aux patients ne répondant pas, ou répondant partiellement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux gestes locaux. La mise en place d'un traitement de fond et sa surveillance nécessitent une collaboration étroite entre le médecin généraliste et le rhumatologue. Les traitements de fond, à l'exception de la salazopyrine et des anti-TNF α , ont été mal évalués dans les spondylarthropathies.

4.1 Sulfasalazine (Salazopyrine)[®]

La sulfasalazine est surtout efficace sur les arthrites périphériques, son action sur les formes axiales semble plus modeste voire inexistante pour certains. Elle est également utilisée dans les formes avec uvéites récidivantes.

4.2 Méthotrexate

Le méthotrexate est utilisé dans les formes articulaires périphériques, en particulier dans le rhumatisme psoriasique. Son efficacité n'est pas démontrée sur l'atteinte axiale.

4.3 Léflunomide (Arava)[®]

Il est utilisé dans le rhumatisme psoriasique.

4.4 Anti-TNF α

Ces traitements ont une efficacité remarquable. Toutefois, ils ne sont indiqués pour le traitement des formes actives de spondylarthropathies qu'après échec d'au moins 3 AINS pendant 3 mois, échec des gestes locaux (si ceux-ci sont possibles) et échec des traitements classiques.

L'étanercept (Enbrel[®]) l'infliximab (Remicade[®]) l'adalimumab (Humira[®])

5 TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Les spondylarthropathies peuvent comporter des manifestations axiales dominantes. Il s'agit tout particulièrement de la spondylarthrite ankylosante qui peut aboutir à une ankylose rachidienne invalidante avec perte de la lordose lombaire puis cyphose lombaire, exagération de la cyphose dorsale pouvant conduire à une atteinte vicieuse en flessum des hanches. De même, l'atteinte des articulations costovertébrales peut être responsable d'un syndrome

restrictif tout à fait invalidant. Il est absolument indispensable de prévenir l'ankylose rachidienne chez les patients ayant une affection évolutive. Le **travail kinésithérapique** en extension rachidienne, avec travail de l'amplitude respiratoire est indispensable.

La spondylarthrite sévère fait partie de la liste des trente maladies (affections de longue durée) pouvant donner droit à l'exonération du ticket modérateur.

6 CHIRURGIE

La chirurgie peut être indiquée dans le cas de **remplacement prothétique articulaire** (coxite en particulier), plus rarement pour effectuer une ostéotomie rachidienne de correction des cyphoses dorsales majeures.

VIII. SUIVI D'UN PATIENT SPA

1- SUIVI CLINIQUE

Le suivi d'un patient spondylarthritique doit se fonder sur l'évaluation régulière des différents symptômes cliniques (tous les 3 à 6 mois selon l'évolutivité de la maladie). Il permet l'évaluation de l'activité de la maladie et de son retentissement fonctionnel, et l'évaluation du traitement (efficacité, tolérance).

1.1 Atteinte axiale L'atteinte axiale est évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) rachidienne, le nombre de réveils nocturnes mais également la mesure régulière, par exemple de façon annuelle, de la taille, des courbures physiologiques (indice de Schöber, mesure de la lordose lombaire, mais également de la cyphose cervicale ou de la cyphose dorsale) et de l'aplatissement thoracique.

1.2 Atteinte articulaire périphérique

L'atteinte articulaire périphérique impose l'examen clinique systématique de l'ensemble des articulations (nombre d'articulations douloureuses et gonflées), en particulier des coxofémorales pour ne pas méconnaître une coxopathie évolutive.

1.3 Enthésopathie

L'enthésopathie justifie la palpation des différentes enthèses et de noter le nombre d'enthèses douloureuses.

1.4 Atteintes extra-articulaires

Les différentes manifestations doivent être recherchées et évaluées :

- le psoriasis : il doit être analysé en mesurant la surface corporelle atteinte ;
- une maladie inflammatoire digestive : on recherchera systématiquement l'existence de diarrhées, leur type et leur fréquence ;
- les uvéites : nombre, intensité depuis la dernière consultation.

- Un index d'activité est également fréquemment utilisé : le score **BASDAI** (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) [de 0 à 10] qui est un autoquestionnaire composé de 6 questions portant sur la douleur, la fatigue et le dérouillage matinal ressenti par le patient au cours de la semaine précédant l'évaluation.

2- SUIVI BIOLOGIQUE

Chez les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique, la surveillance régulière de la VS et/ou de la CRP est une aide dans l'évaluation de l'activité de la maladie.

3- SUIVI RADIOLOGIQUE

Dans les formes évolutives, la réalisation régulière (par exemple, tous les 2 ou 3 ans) de radiographies du rachis cervical de profil, du rachis lombaire de face et de profil et du bassin peut être utile.

IX. Pronostic à long terme

1- Pronostic fonctionnel

La coxite, le début précoce (avant 16 ans), la dactylite, l'importance du syndrome inflammatoire, la résistance aux AINS sont classiquement des facteurs de mauvais pronostic.

L'ankylose rachidienne, l'atteinte des hanches peuvent être source d'un handicap important, de même que l'atteinte restrictive pulmonaire.

L'indice fonctionnel **BASFI** (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*, autoquestionnaire de dix items) permet d'évaluer régulièrement les patients

2- Complications propres

Ces différentes complications sont rares :

- amylose AA : elle est une des complications classiques des spondylarthrites non traitées.
- dysplasies bulleuses kystiques des apex, parfois rencontrées ; fibrose pulmonaire et surtout syndrome restrictif, plus fréquents.
- atteinte cardiaque : insuffisance aortique et troubles de la conduction (Blocs Atrio-Ventriculaires).
- atteinte osseuse avec ostéoporose et risque fracturaire (surtout important sur une « colonne bambou » en cervicale avec fractures transcorporéales et transdiscales souvent instable pouvant entraîner des complications neurologiques).

3- Complications des traitements

Le patient doit être informé des effets secondaires possibles des différents traitements et leur survenue doit être régulièrement recherchée (examen clinique, surveillance biologique).

Bon courage ^^