

Les Spondylarthrites

Définition/ introduction :

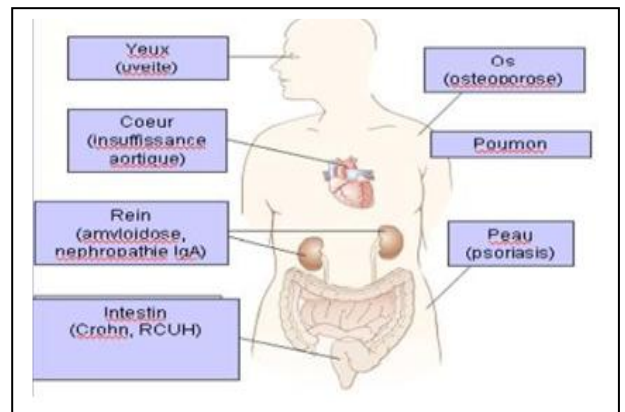
Spondylarthropathies, c'est l'ensemble d'affections inflammatoires, ayant en commun diverses manifestations.

Ce groupe comprend :

- ➔ Spondylarthrite ankylosante (SPA).
- ➔ Rhumatisme psoriasique.
- ➔ Spondylarthrites associées à la maladie de Crohn et à la rectocolite hémorragique : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).
- ➔ Arthrites réactionnelles.
- ➔ Spondylarthrites indifférenciées.

Ce groupe des spondylarthropathies se caractérise par l'association à des degrés divers d'une :

- ❖ 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**.
- ❖ Predisposition familiale.
- ❖ Absence de facteur rhumatoïde.



LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE(SPA)

La pelvispondylite rhumatismale (PSR)

Définition :

La SPA est un rhumatisme inflammatoire chronique à évolution chronique et à tendance ankylosante qui atteint tout l'appareil locomoteur caractérisé par :

- Une atteinte pelvi-rachidienne.
- Une association fréquente à une poly-enthésopathie périphérique.
- Une forte association au groupe **HLA-B₂₇**

Anapath :

1-L'enthésopathie : L'enthésopathie inflammatoire évolue en 3 phases :

Une phase inflammatoire initiale qui se traduit par des érosions osseuses.

Une phase de fibrose cicatricielle

Une phase d'ossification

2- La synovite serait secondaire à l'enthésopathie,

Le processus inflammatoire se propage de l'enthèse à la synoviale.

Epidémiologie :

- Sexe :3 hommes/1 femme.

- Age :20 - 30 ans.
- Fréquence : **HLA B 27** : 90% fréquent : Indiens, Amérique du Nord, exceptionnel : Noirs Africains.

Le diagnostic :

1.Mode de début :

- *Manifestations sacro-iliaques et rachidiennes* : 80%
Plus fréquente et plus évocatrice
Douleurs fessières uni ou bilatérales, ou à bascule inflammatoire pouvant irradier à la face postérieure de la cuisse « sciatiques tronquées ».
Lombalgies spontanées inflammatoires.
- *Manifestations dorsales et thoraciques* :
Dorsalgies, douleurs intercostales, douleurs de la paroi thoracique antérieure inflammatoires.
- *Manifestations articulaires périphériques* : 20-25%
Mono ou Oligoarthrite asymétrique des MI.
Polyarthrite rare.
- *Enthésopathies inflammatoires* : Talalgies +++
- *Manifestations viscérales* : Œil rouge douloureux

2-Phase d'état :

A-Syndrome pelvien :

Douleurs fessières inflammatoires, unilatérales puis bilatérales ou à bascule Parfois, irradiation à la face post de la cuisse simulant une sciatalgie.

B-Syndrome rachidien :

Rachialgies inflammatoires.

Localisation : -Lombaire et charnière dorso lombaire+++.

- Dorsale avec souvent des douleurs thoraciques antérieures ++.
- Cervicale.

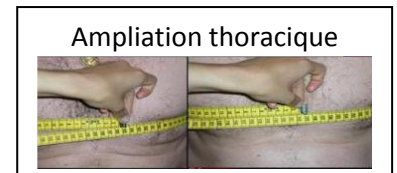


Examen physique :

Atteinte de la mobilité →→ Enraidissement rachidien.

✓Lombaire : Indice de Schöber : Repère épineuse L5 et 10 cm au-dessus (espace A-C) : normale 10+3 cm.

✓Vertébro- costal : mesure de l'ampliation thoracique.



Mobilité globale :

- Dorso-lombo-pelvi-fémorale :

La distance doigt- sol en flexion maximale jambes tendues a d'excellentes propriétés de validité et de reproductibilité. Confrontée aux indices de souplesse rachidienne,

- Cervical : menton-sternum, menton-acromion, tragus-acromion.



c)- *Syndrome articulaire périphérique* :

--> 2/3 des cas au cours de l'évolution.

--> Oligoarthrite asymétrique des membres inférieurs

--> Parfois aux membres supérieurs.

--> Atteinte de la hanche (coxite, bilan articulaire ; extension+++) et de l'épaule.

d)- *Syndrome enthésique* :

Signes fonctionnels : douleur des enthèses siégeant au niveau

- Talon : talalgies
- Tubérosité tibiale ant., rotule, Gd trochanter, condyles fémoraux, ischion, crêtes iliaques, Olécrane, condyles huméraux, trochiter et épine omoplate.



Examen physique :

Douleur provoquée par la palpation et la mise en tension de l'enthèse (étirement / contraction résistée).

e) - **Syndrome extra-articulaire :**

- **Atteinte oculaire** : 25%, Iridocyclite : uvéite antérieure récidivante peut laisser des séquelles (=> cécité)
- **Atteinte cardiaque** : rare, Insuffisance aortique, Troubles de conduction (bloc auriculo-ventriculaire).
- **Atteinte pulmonaire** : Syndrome restrictif II aire à l'atteinte axiale (EFR), Syndrome interstitiel.
- **Atteinte digestive** : lésions intestinales inflammatoires souvent constatées à la coloscopie.
- **Atteinte rénale** : Néphropathie à IgA.
- **Atteinte neurologique**



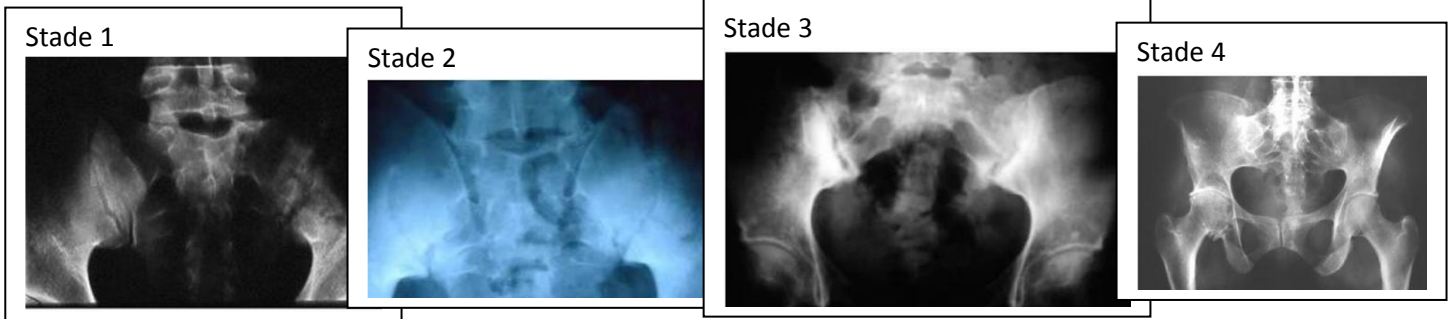
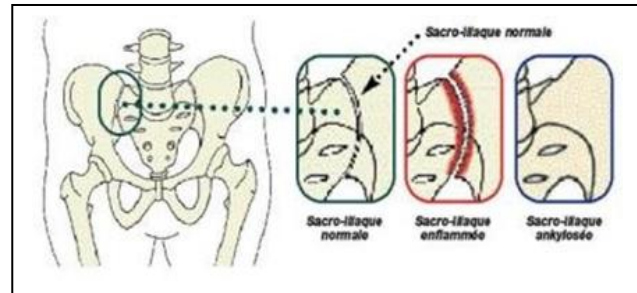
Bilan radiologique :

Incidences :

- Grand cliché dorso-lombo-pelvi- bi-fémoral de face.
 - Bassin face ou incidence des sacro-iliaques (S.I)
 - Cliché dorso-lombaire de face et profil
 - TDM du S.I, IRM du S.I et Rachis : formes débutantes.
- ➔ L'IRM est le meilleur examen pour détecter les lésions inflammatoires précoces

A-Sacro-iléite

- ✦ Typiquement bilatérale, parfois asymétrique +++
- ✦ Passe par 4 stades de « **Forestier** » :
- Stade I : **E**largissement et **F**lou de l'interligne S.I. « **EFICA** »
- Stade II : Irrégularité et érosions des berges articulaires « aspect en » timbre de poste ».
- Stade III : Condensation des berges.
- Stade IV : Ankylose et fusion des berges de l'articulation.

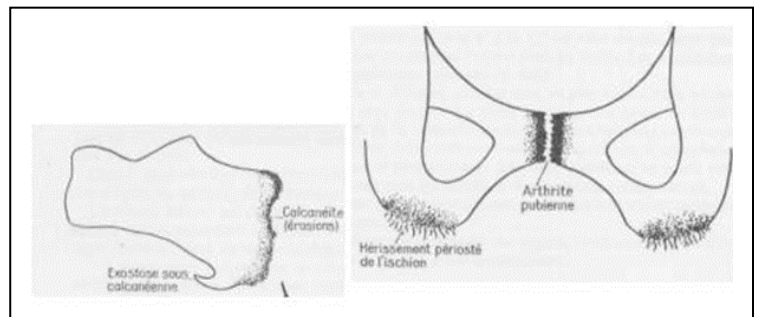


B-Signes rachidiens :

- Syndesmophytes donnant dans les formes évoluées un aspect en « tige de bambou ».
- Squaring : « alignement vertébral » ou « mise au carré »
- Ossification des ligaments (interépineux et inter-apophysaires) ➔ image en « rails de tramway » ou « triple rails ».
- Ankylose des articulations inter-apophysaires postérieures.
- Ostéoporose et tassements vertébraux.

C-Enthésopathies :

- Pied : Epines calcanéennes post et inf.
- Bassin hérissé ou ischion barbu.
- Calcaneenne enthésopathie inférieure



Biologie :

- 1- **Syndrome inflammatoire :**
- VS accélérée : 70-80% des cas. Bon critère d'évolutivité.
- 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).

Diagnostic positif :

(Diagnostic (+)) : de 6 points ou plus

Signes cliniques :

- 1. Lombalgie inflammatoire et/ou raideur 1
- 2. Oligoarthritis asymétrique au MI 2
- 3. Douleur fessière sans précision 1
- Ou à bascule 2
- 4. Doigt ou orteil en saucisse 2
- 5. Talalgie ou autres enthésopathies 2
- 6. Iritis 1
- 7. Urétrite ou cervicite dans le mois précédant arthrite 1
- 8. Diarrhée aiguë dans le mois précédant l'arthrite 1
- 9. Psoriasis ou entérocolopathie inflammatoire 2

Signes radiologiques

- 10. Sacro-iléite 3

Terrain génétique

- 11. HLA B₂₇ ou ATCD familiaux 2

Sensibilité au TRT

- 12. Amélioration sous AINS en <48h et ou anti-TNF α 2

Diagnostic différentiel :

1/ Formes débutantes : autres rhumatismes inflammatoires intérêt de la scintigraphie, la TDM ou l'IRM (S.I) et de l'Ag HLA B₂₇.

2/ Devant une sacro-iléite :

† Unilatérale : Sacro-iléite infectieuse : tuberculose, brucellose, autres, par la ponction et biopsie de la S.I.

† Bilatérale : Arthrose des SI : sujets âgés, Rx : ostéophytes.

3/ Devant des syndesmophytes :

Arthrose : (ostéophytes)

- Base d'implantation large.
- Direction en dehors.

Hyperostose vertébrale ankylosante (Maladie de Forestier) :

- ☑ - Sujet âgé.
- Diabétique.
- Ponts osseux tapissant la paroi antéro-latérale droite des corps vertébraux avec des disques normaux.
- Souvent asymptomatique.

Evolution :

- Progressive sur des années.
- Se fait par poussées et rémissions +/- complètes.
- Mode habituellement ascendant.

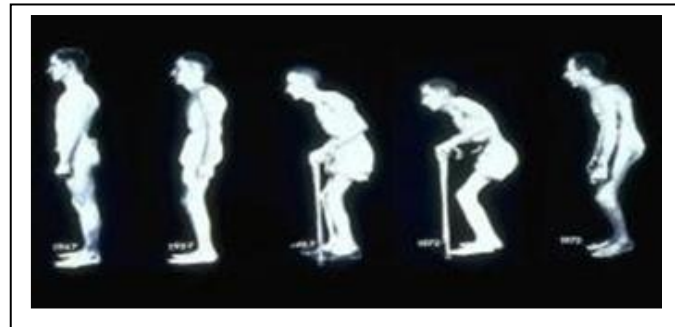
03 Formes évolutives :

Forme latente : pas de douleur ni de déformation.

Découverte radiologique.

Forme bénigne : raideur discrète malgré l'évolution

Forme sévère : rapidement évolutive avec déformation, ankylose, gêne fonctionnelle (genoux, hanches).



Traitement :

A. Objectifs :

Traiter, réduire ou prévenir : l'inflammation, douleur, raideur et les déformations et l'ankylose.

B. Moyens :

- Hygiène de vie

- Traitement symptomatique :

1 / Les AINS : +++++

Effet spectaculaire * dose efficace * répartition des prises.

2 / Les antalgiques :

3 / Les corticoïdes : peu ou pas efficaces.

4 / Traitement local : infiltration de corticoïdes.

- Traitement de fond :

✦ Salazopyrine (SZP), ✦ Méthotrexate (MTX). ✦ Anti-TNF

Traitement physique : ++

Prévention des déformations rachidiennes :

- * Coucher à plat dos.
- * Pratique de postures à plat-ventre et gymnastique respiratoire.
- * En cas de cyphose récemment installée : corset de Swaim.

Traitement chirurgical :

- * Arthrite évoluée : arthroplastie (prothèse totale de hanche).
- * Grandes cyphoses irréductibles : ostéotomie vertébrale.

T

T

AUTRES SPONDYLARTHRISES :

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 manifs rhumatismales

Traitement :

- Les AINS peuvent être utilisés.
- DMARDs (sulfasalazine) si arthrite périphérique.
- Traitement du psoriasis.

T

T

Rhumatisme des entérocolopathies :

- **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+++).