

Item 282 : Spondylarthrite ankylosante

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :.....	4
SPECIFIQUE :.....	4
I Concept de spondylarthropathie.....	5
II Manifestations cliniques communes des spondylarthropathies.....	5
II.1 Syndrome pelvirachidien.....	5
II.1.1 Dorsolombalgies inflammatoires.....	5
II.1.2 Pygalgies.....	6
II.1.3 Atteinte de la paroi thoracique antérieure.....	6
II.2 Syndrome articulaire périphérique.....	6
II.3 Atteinte enthésopathique périphérique.....	6
II.3.1 Enthésite.....	6
II.3.2 Orteil ou doigt « en saucisse » (dactylite).....	7
II.4 Syndrome extra-articulaire.....	7
II.4.1 Uvéite aiguë antérieure.....	7
II.4.2 Entérocolopathie inflammatoire.....	8
II.4.3 Psoriasis.....	8
II.4.4 Atteintes cardiaques.....	8
II.5 Critères diagnostiques.....	8
III Différents types de spondylarthropathies.....	10
III.1 Spondylarthrite ankylosante.....	10
III.2 Rhumatisme psoriasique.....	11
III.3 Arthrites réactionnelles.....	11
III.4 Entérocolopathies inflammatoires chroniques.....	12
III.5 Spondylarthropathies indifférenciées.....	12

IV	Rôle du terrain génétique : le HLA-B27.....	12
V	Enthèse et enthésopathie inflammatoire (enthésite).....	13
VI	Explorations complémentaires au cours des spondylarthropathies.....	13
VI.1	Radiographie conventionnelle.....	13
VI.2	Autres techniques d'imagerie.....	15
VI.3	Autres examens complémentaires.....	16
VI.3.1	CRP et/ou VS.....	16
VI.3.2	HLA-B27.....	16
VI.3.3	Explorations fonctionnelles respiratoires.....	16
VI.3.4	Électrocardiogramme.....	16
VII	Principes généraux pharmacologiques et non pharmacologiques du traitement d'une spondylarthropathie.....	17
VII.1	Éducation et information.....	17
VII.2	Traitement médicamenteux.....	17
VII.2.1	Anti-inflammatoires non stéroïdiens.....	17
VII.2.2	Antalgiques et myorelaxants.....	18
VII.3	Traitements locaux.....	18
VII.4	Traitements dits « de fond ».....	18
VII.4.1	Sulfasalazine (Salazopyrine)®.....	18
VII.4.2	Méthotrexate.....	18
VII.4.3	Léflunomide (Arava)®.....	18
VII.4.4	Anti-TNF α	19
VII.5	Traitements non pharmacologiques.....	19
VII.6	Chirurgie.....	19
VIII	Suivi d'un patient spondylarthritique.....	19
VIII.1	Suivi clinique.....	19
VIII.1.1	Atteinte axiale.....	20
VIII.1.2	Atteinte articulaire périphérique.....	20
VIII.1.3	Enthésopathie.....	20

VIII.1.4 Atteintes extra-articulaires.....	20
VIII.2 Suivi biologique.....	20
VIII.3 Suivi radiologique.....	20
VIII.4 Pronostic à long terme.....	21
VIII.4.1 Pronostic fonctionnel.....	21
VIII.4.2 Complications propres.....	21
VIII.4.3 Complications des traitements.....	21

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une spondylarthrite ankylosante.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

SPECIFIQUE :

- Connaître les différentes spondylarthropathies et leurs manifestations communes, en connaître les données épidémiologiques (prévalence, éléments génétiques, facteurs étiologiques).
- Connaître la notion d'enthèse et d'enthésite.
- Savoir définir les manifestations axiales articulaires périphériques, enthésiopathiques et extra-articulaires des spondylarthropathies.
- Savoir distinguer, au début, une spondylarthrite ankylosante des autres causes de rachialgies ou d'arthrite sur des arguments cliniques, radiologiques ou biologiques.
- Connaître les signes cliniques et radiologiques de la spondylarthrite ankylosante à la phase d'état.
- Connaître les principes généraux pharmacologiques et non pharmacologiques du traitement et connaître les éléments de suivi d'une spondylarthrite.

I CONCEPT DE SPONDYLARTHROPATHIE

Le concept de spondylarthropathie regroupe 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 (figure 35.1).

La prévalence globale de l'ensemble des spondylarthropathies est de 0,35 % en France, le sex-ratio étant de 1,5 (hommes/femmes). 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-iliite) ;
- un syndrome enthésopathique ;
- un syndrome articulaire périphérique ;
- un syndrome extra-articulaire (iritis, psoriasis, balanite, urétrite, diarrhée, entérocolopathie inflammatoire).

Fig. 35.1. Le groupe des spondylarthropathies (SpA).



II MANIFESTATIONS CLINIQUES COMMUNES DES SPONDYLARTHROPATHIES

II.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.

II.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).

II.1.2 Pygalgies

La sacro-iliite 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.

II.1.3 Atteinte de la paroi thoracique antérieure

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

II.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).

II.3 ATTEINTE ENTHÉSOPATHIQUE PÉRIPHÉRIQUE

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

II.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.

À la palpation, on note soit une talalgie plantaire inférieure traduisant l'aponévrosite plantaire inférieure siégeant sous le calcanéus, soit une talalgie postérieure correspondant à l'enthésopathie du tendon achilléen ou traduisant l'existence d'une bursite pré- ou rétro-achilléenne.

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).

II.3.2 Orteil ou doigt « en saucisse » (dactylite)

L'orteil ou le doigt « en saucisse » correspond à une tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt (figure 35.2, cf. cahier couleur). Il s'agit dans la grande majorité des cas de l'association d'une enthésopathie inflammatoire distale, avec une arthrite le plus souvent tripolaire. Au niveau du premier rayon, elle ne doit pas être confondue avec l'atteinte exclusive de la métatarsophalangienne.

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

Figure 35.2 : Tuméfaction et rougeur du troisième orteil : aspect « en saucisse »



Collection diapotheque COFER

II.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.

II.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.

II.4.2 Entérocologie inflammatoire

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

Les autres signes des entérocologies 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.

II.4.3 Psoriasis

Cf. chapitre 17.

II.4.4 Atteintes cardiaques

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

II.5 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Ces différentes manifestations ont été utilisées pour établir des critères de classification des spondylarthropathies : les critères de B. Amor (tableau 35.1) et ceux de l'ESSG (European Spondylarthropathy Study Group, tableau 35.2), 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 (tableau 35.3). Ces critères ont une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 84,4 %.

Tableau 35.1. Critères d'Amor.

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 \geq 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

** Diagnostic : score supérieur à 6 points.*

Tableau 35.2. Critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG).

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 \geq 2, unilatérale si grade > 3)	

** Diagnostic : un critère majeur + un critère mineur*

III DIFFÉRENTS TYPES DE SPONDYLARTHROPATHIES

III.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-iliite stade 2 bilatérale ou stade 3, est un critère majeur parmi les critères du groupe ASAS (tableau 35.3). C'est un critère indispensable pour porter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, selon les critères de classification de New York modifiés (tableau 35.4).

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 (cf. infra).

Tableau 35.3 : Critères du groupe d'experts ASAS

En cas de lombalgie ≥ 3 mois et âge < 45 ans ≥ 1 signe de SpA + sacro-iliite* ou HLA-B27 $\pm \geq 2$ autres signes de SpA
<ul style="list-style-type: none">• Signes de SpA :<ul style="list-style-type: none">- rachialgie inflammatoire- arthrite- enthésite- uvéite- dactylite- psoriasis- maladie de Crohn- bonne réponse aux AINS- histoire familiale de SpA

- HLA-B27

- CRP augmentée

Critères de classification des spondylarthropathies axiales.

* Inflammation hautement compatible avec une sacro-iliite à l'IRM ou sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New York modifiés.

Tableau 35.4. Critères de New York modifiés pour la 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

III.2 RHUMATISME PSORIASIQUE

Pour la description du rhumatisme psoriasique, se reporter au chapitre 17. Il s'agit d'une des formes les plus fréquentes de spondylarthropathie.

III.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.

III.4 ENTÉROCOLOPATHIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Dans 10 à 20 % des maladies de Crohn et des rectocolites hémorragiques, surviennent des arthrites périphériques ou une sacro-iliite 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.

III.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 RÔLE DU TERRAIN GÉNÉTIQUE : LE HLA-B27

On observe une agrégation familiale des spondylarthropathies chez 20 à 30 % des patients (spondylarthropathie, uvéite, entéropathie, 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 entéropathies 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.

V ENTHÈSE ET ENTHÉSOPATHIE INFLAMMATOIRE (ENTHÉSITE)

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.

L'enthésite se traduit par la douleur locale de type inflammatoire. Elle est réveillée à l'examen physique par la pression et par la mise en tension de l'enthèse. Une tuméfaction locale peut se voir en cas d'enthésite superficielle et très inflammatoire.

Les enthésites prédominent aux membres inférieurs : les plus fréquentes sont calcanéennes, responsables de talalgie dans 15 à 40 % des cas, puis viennent les enthésites rotuliennes.

VI EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES AU COURS DES SPONDYLARTHROPATHIES

VI.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 (figures 35.3 et 35.4).

Fig. 35.3. Atteinte caractéristique de la charnière thoraco-lombaire avec, à la phase de reconstruction, une ossification en « pont » dénommée syndesmophyte.



Fig. 35.4. Radiographie d'une coxite gauche. Pincement de l'interligne, sans signe de construction, aspect irrégulier de l'ischion en rapport avec une enthésopathie.



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 siégeant 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 (figures 35.5 à 35.7) ;
- la calcanéite inflammatoire : la talalgie inflammatoire est très caractéristique. Radiologiquement, elle évolue également selon quatre stades (figure 35.8).

Fig. 35.5. Radiographie du bassin de face : condensation des berges des deux sacro-iliaques, aspect flou de l'interligne.



Fig. 35.6. Atteinte sacro-iliaque caractérisée par des érosions et des lésions d'ostéocondensation irrégulières des deux berges donnant l'impression d'un « pseudo-élargissement » (scanner).

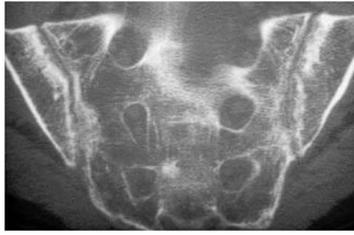


Fig. 35.7. Atteinte sacro-iliaque plus évoluée avec une fusion des berges (scanner).



Fig. 35.8. Radiographie du calcaneus de profil, aspect d'érosion de l'angle postéro-supérieur



VI.2 AUTRES TECHNIQUES D'IMAGERIE

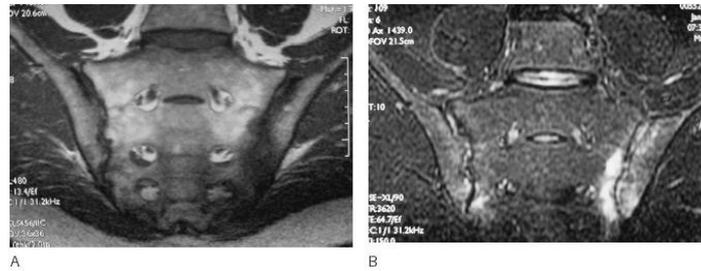
- De nombreux travaux suggèrent que l'IRM du rachis thoracique et lombaire et l'IRM des sacro-iliaques apportent des arguments importants pour le diagnostic précoce des spondylarthropathies, mettant en évidence des remaniements inflammatoires, précédant les modifications radiologiques (figures 35.9).

- 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.

Fig. 35.8. IRM sacro-iliaque. A. Séquence T1 : hyposignal sur les deux berges de l'articulation sacroiliaque, en particulier gauche. B. Séquence en équivalent de T2 (inversion-récupération) : hypersignal sur les berges de la sacro-iliaque gauche.



VI.3 AUTRES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

VI.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.

VI.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 spondylarthropathie. 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 (voir tableau 35.3) :

- 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 spondylarthropathie). En effet, 6 à 8 % des sujets caucasiens sont HLA-B27 positif, ce qui diminue beaucoup la spécificité de ce test.

VI.3.3 Explorations fonctionnelles respiratoires

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

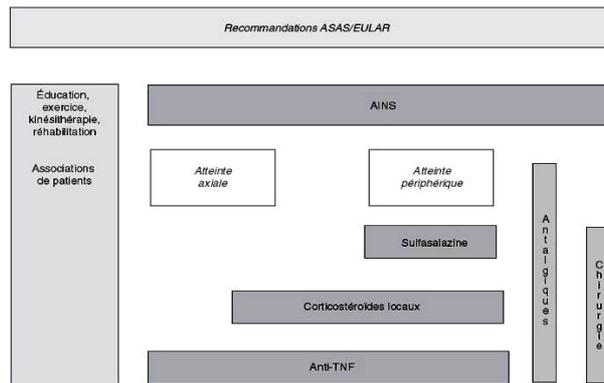
VI.3.4 Électrocardiogramme

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 la figure 35.10.

Fig. 35.9. Stratégie thérapeutique dans la spondylarthrite. Recommandations internationales (2006).



VII.1 ÉDUCATION ET INFORMATION

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

VII.2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

VII.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 48heures.

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.

Cependant, chez 50 % des malades, la spondylarthropathie reste active malgré le traitement par AINS.

(Se reporter également au chapitre 25, pour les précautions et la surveillance.)

VII.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.

VII.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.

VII.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.

VII.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.

VII.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.

VII.4.3 Léflunomide (Arava)[®]

Il est utilisé dans le rhumatisme psoriasique.

VII.4.4 Anti-TNF α

Ces traitements ont une efficacité remarquable. Toutefois, ils ne sont indiqués pour le traitement des formes actives de spondylarthropathie 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®) a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement du rhumatisme psoriasique et de la spondylarthrite ankylosante ; l'infliximab (Remicade®) a l'AMM pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, du rhumatisme psoriasique, de la maladie de Crohn ; et de la rectocolite hémorragique ; l'adalimumab (Humira®) a l'AMM pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante, du rhumatisme psoriasique et de la maladie de Crohn. Ils sont de prescription initiale hospitalière.

VII.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 (voir chapitre 2).

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

VII.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 SPONDYLARTHRIQUE

VIII.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).

VIII.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'ampliation thoracique.

VIII.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.

VIII.1.3 Enthésopathie

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

VIII.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.

VIII.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.

VIII.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.

VIII.4 PRONOSTIC À LONG TERME

VIII.4.1 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.

VIII.4.2 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).

VIII.4.3 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).