LES SPONDYLARTHROPATHIES

Pr. L. ACHEMLAL.

Objectifs

- Définir le concept de spondylarthropathie
- Faire le diagnostic précoce de spondylarthrite ankylosante
  - Reconnaître une atteinte axiale débutante
  - Reconnaître une atteinte périphérique débutante
  - Reconnaître les autres modes de début de la SPA
- Décrire cliniquement une sacroiliite à la phase d'état
- Rechercher une atteinte axiale à la phase d'état
- Identifier une atteinte périphérique
- Rechercher une atteinte extra articulaire
- Décrire les signes radiologiques de l'atteinte sacro-iliaque
- Décrire les signes radiologiques de l'atteinte rachidienne
- Utiliser les examens biologiques
- Décrire les formes cliniques de la maladie
- Identifier les étiologies de la maladie
- Utiliser les critères de diagnostic
- Comprendre les principes du traitement des spondylarthropathies

INTRODUCTION

Les Spondylarthropathies (SpA) sont des rhumatismes inflammatoires ayant en commun :

- Début souvent précoce chez l'adulte jeune : 20 - 30 ans
- Lésion élémentaire : enthésopathie
- Atteinte des articulations axiales et périphériques
- Manifestions extra-articulaires (uvéite antérieure, cardite…)
- Terrain génétique (HLA B 27, antécédents familiaux)

INTRODUCTION

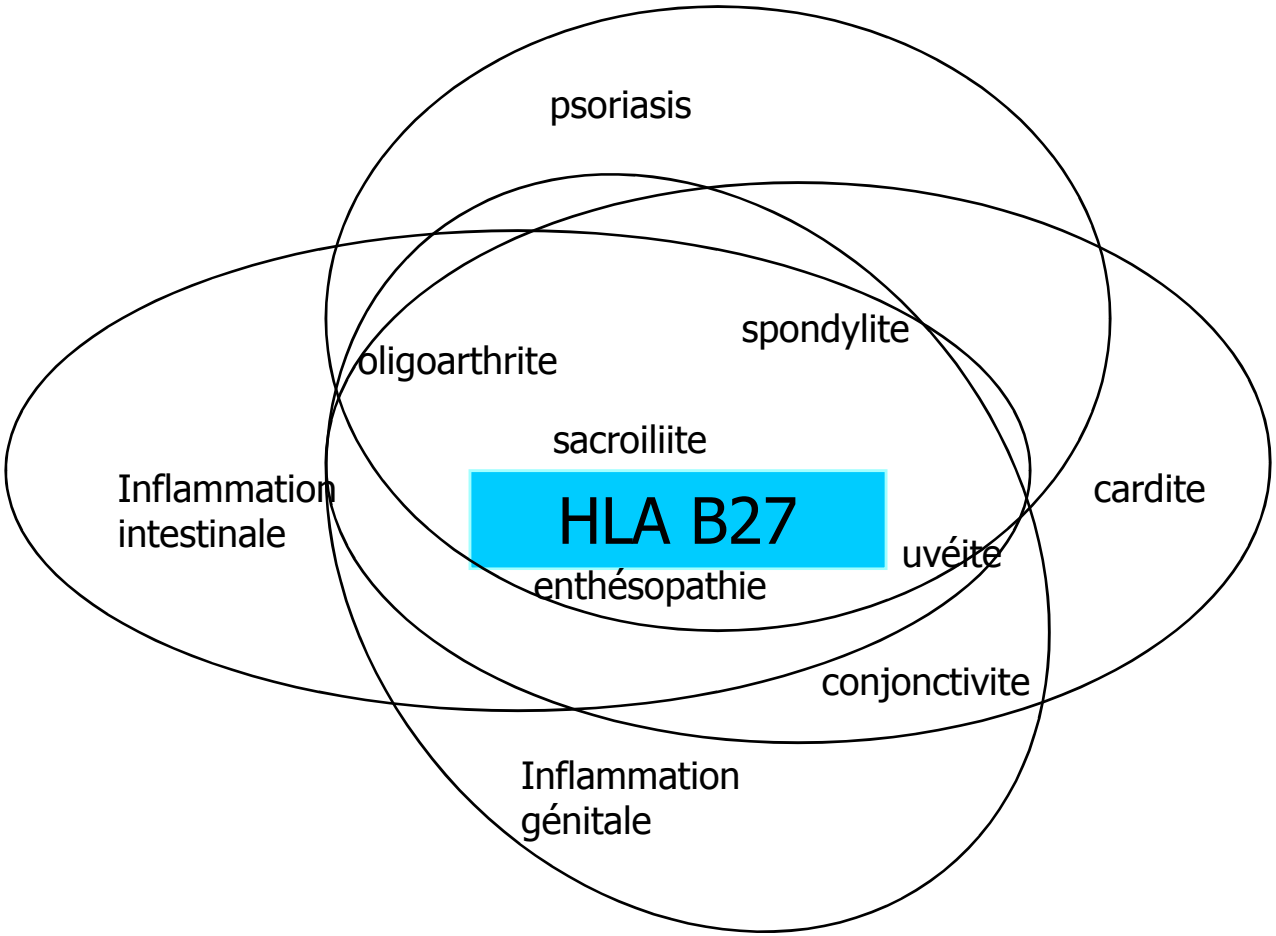
Les principales SpA sont:

- La spondylarthrite ankylosante (SPA)
- Les arthrites réactionnelles
- Le rhumatisme psoriasique
- Le rhumatisme des entérocolopathies
- Les SpA juvéniles
- Le SAPHO
- Les SpA indifférenciées

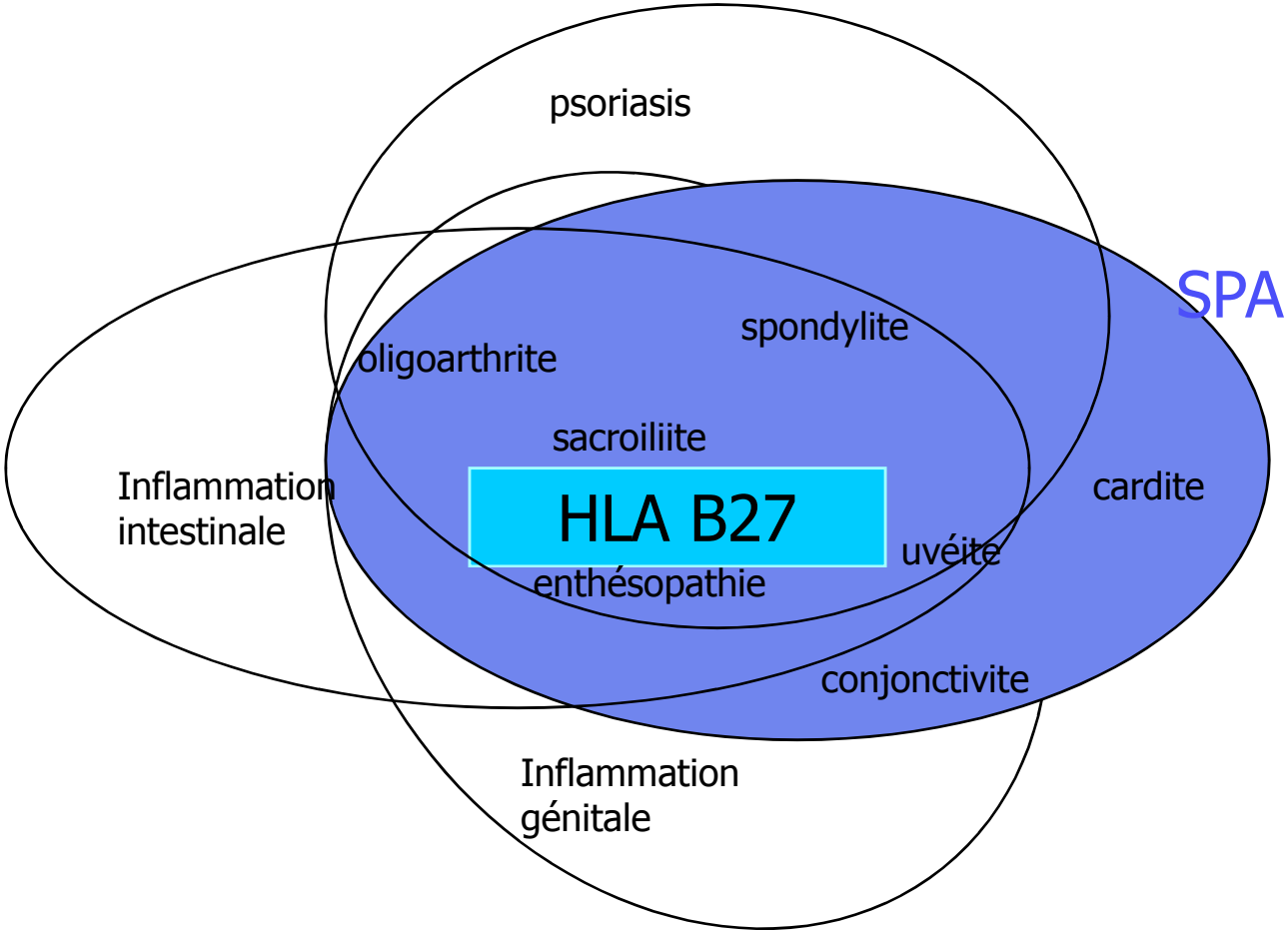
INTRODUCTION

- Intérêt :
  - Diagnostique :
    - Dc précoce +++
    - Meilleure prise en charge
    - Meilleur pronostic
  - Thérapeutique : mode de présentation (axial vs périphérique ou extra-articulaire)
- Épidémiologie : 0,47 à 1,9% de la population générale

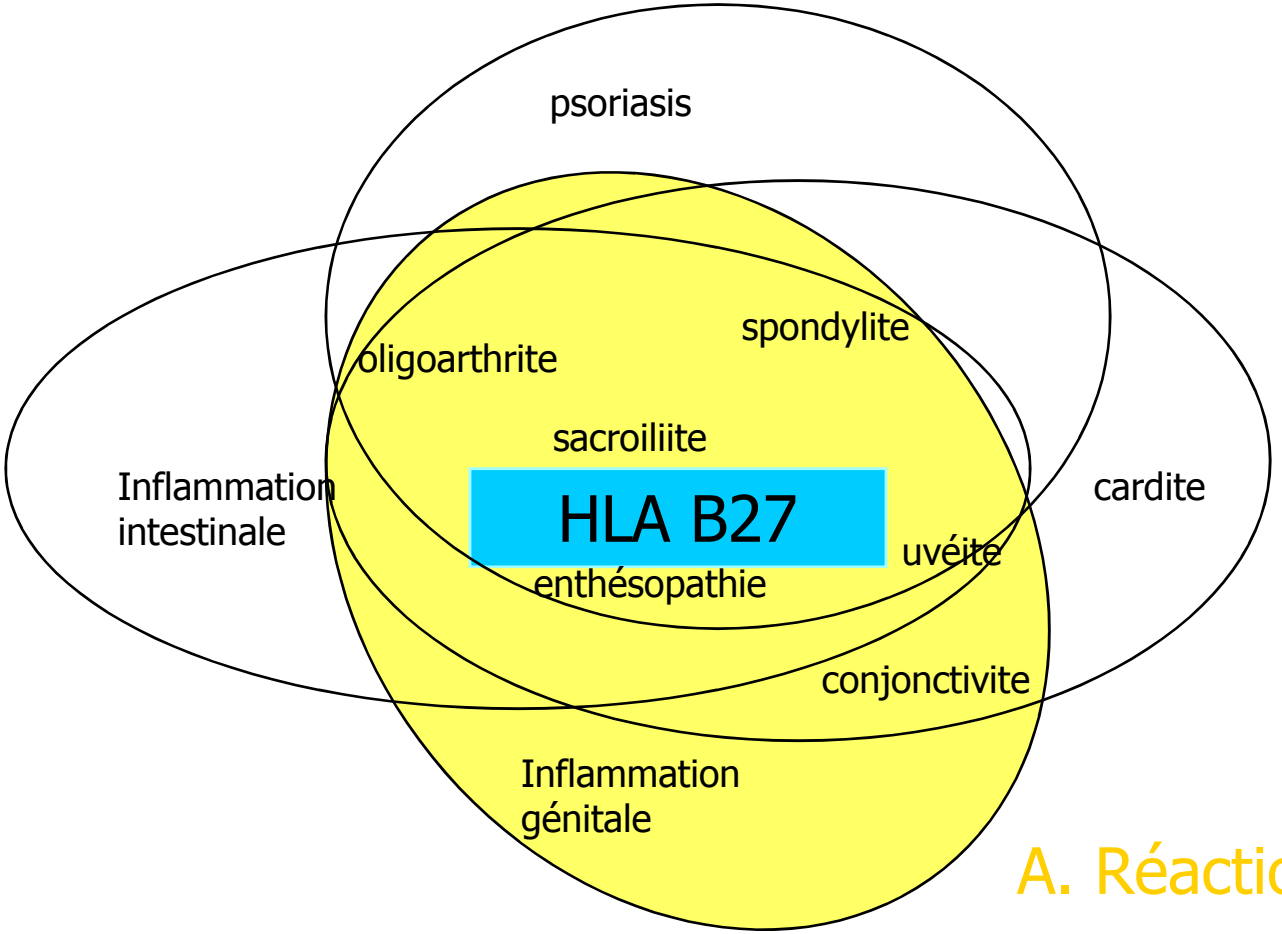
PATHOGÉNIE


psoriasis
spondylite
oligoarthrite
sacroiliite
Inflammation
intestinale
HLA B27
cardite
uvéite
enthésopathie
conjonctivite
Inflammation
génitale

PATHOGÉNIE

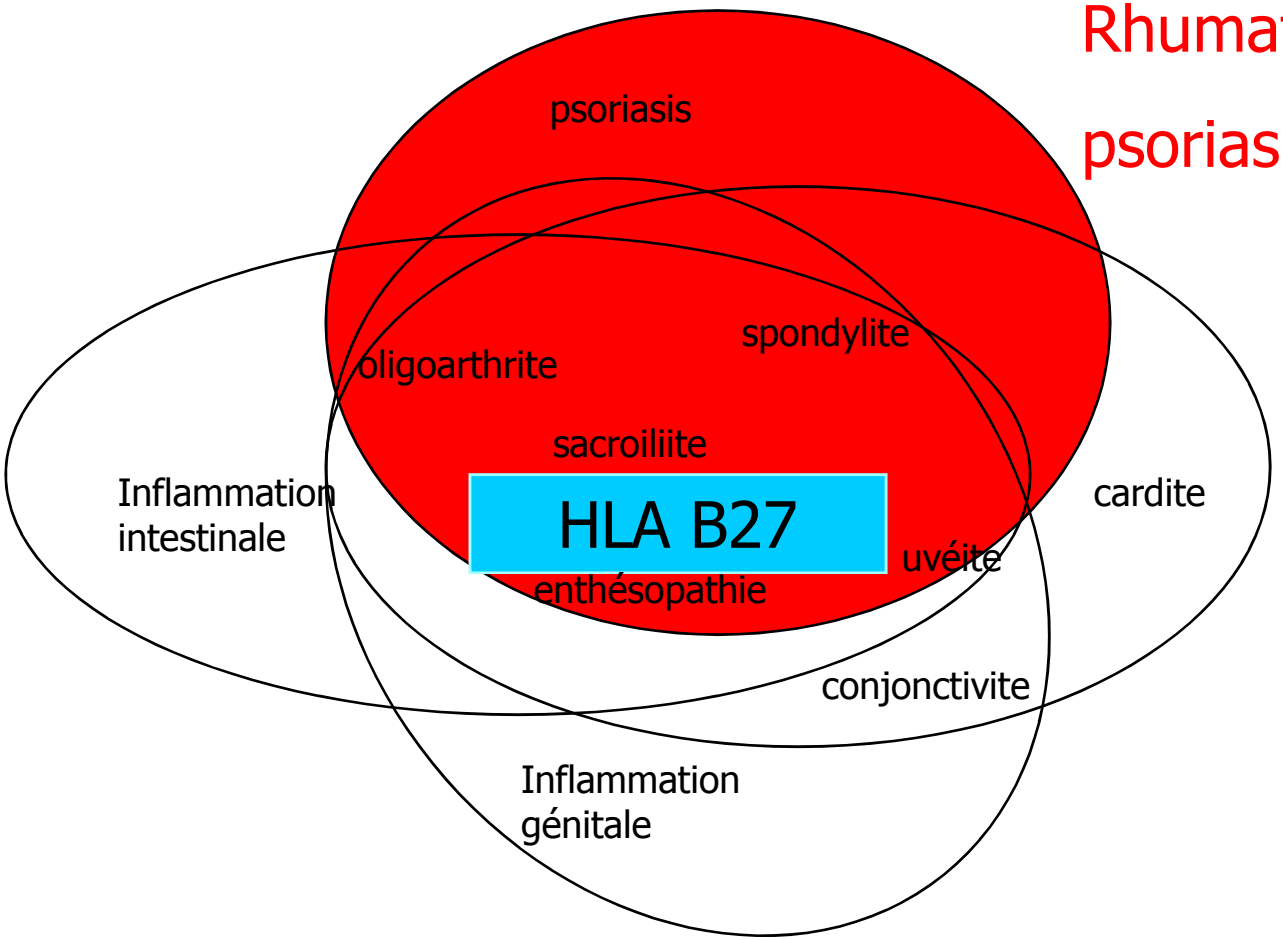

psoriasis
SPA
spondylite
oligoarthrite
sacroiliite
Inflammation
intestinale
HLA B27
cardite
uvéite
enthésopathie
conjonctivite
Inflammation
génitale

PATHOGÉNIE



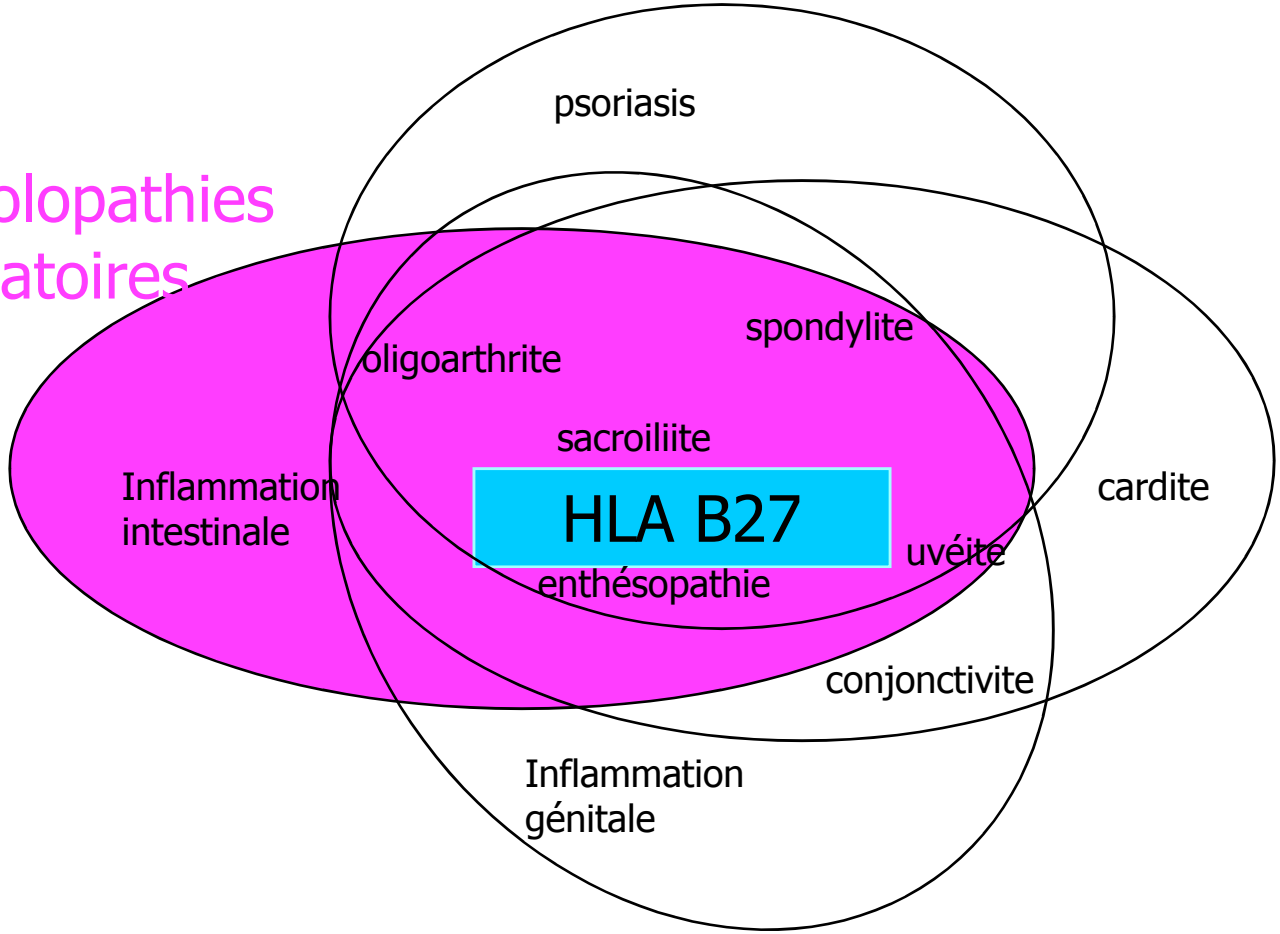
A. Réactionnelle

PATHOGÉNIE


Rhumatisme
psoriasique
psoriasis
spondylite
oligoarthrite
sacroiliite
HLA B27
uvéite
enthésopathie
Inflammation
intestinale
cardite
conjonctivite
Inflammation
génitale

PATHOGÉNIE

Entérocolopathies inflammatoires



PATHOGÉNIE

- Mal connue.
- Rôle important de l ’antigène HLA B 27.
- Liaison [SpA- HLA B 27] forte:

  30 - 90% contre 4 - 8% dans la population générale

  13,6% des B27 font une SpA
- Rôle probable des agents microbiens : similitude moléculaire entre épitopes communs à des agents infectieux et l ’Ag HLA B27.

ANATOMO-PATHOLOGIE

- La lésion caractéristique est l'enthésopathie :
- atteinte inflammatoire de l'insertion osseuse d'un tendon, ligament, ou d'une capsule, évoluant vers l'ossification.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (ESSG)

- Lombalgie inflammatoire **OU**
  Synovite (asymétrique ou MI)
- **ET** un des éléments suivants :
  - ATCD familiaux
  - Psoriasis
  - Entérocolopathie inflammatoire
  - Uréthrite , cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
  - Douleur fessière à bascule
  - Enthésopathie
  - Sacroiliite

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (AMOR)

- Signes cliniques :
  1. Lombalgie inflammatoire et/ou raideur **1**
  2. Oligoarthrite asymétrique ou MI **2**
  3. Douleur fessière sans précision **1**
     ou à bascule **2**
  4. Doigt ou orteil en saucisse **2**
  5. Talalgie ou autre enthésopathie **2**
  6. Iritis **1**
  7. Uréthrite ou cervicite dans le mois précédent l'arthrite **1**
  8. Diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite **1**
  9. Psoriasis ou entérocolopathie inflammatoire **2**
- Signes radiologiques
  10. Sacroiliite **3**
- Terrain génétique
  11. HLA B27 ou ATCD familiaux **2**
- Sensibilité au ttt
  12. Amélioration sous AINS en <48h **2**

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE (SPA)

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 3 hommes/1 femme
- 20 - 30 ans
- HLA B 27 : 90%

  fréquent : Indiens d 'Amérique du Nord

  exceptionnel: Noirs Africains

SIGNES CLINIQUES

- Syndrome pelvien
- Syndrome rachidien
- Syndrome enthésique
- Syndrome articulaire périphérique
- Syndrome extra-articulaire

① Syndrome pelvien

- Signes fonctionnels :
  - Douleurs fessières inflammatoires, unilatérales puis bilatérales ou à bascule
  - Parfois, irradiation à la face post. de la cuisse simulant une sciatalgie
- Examen physique :

  douleur des SI réveillée par plusieurs manœuvres

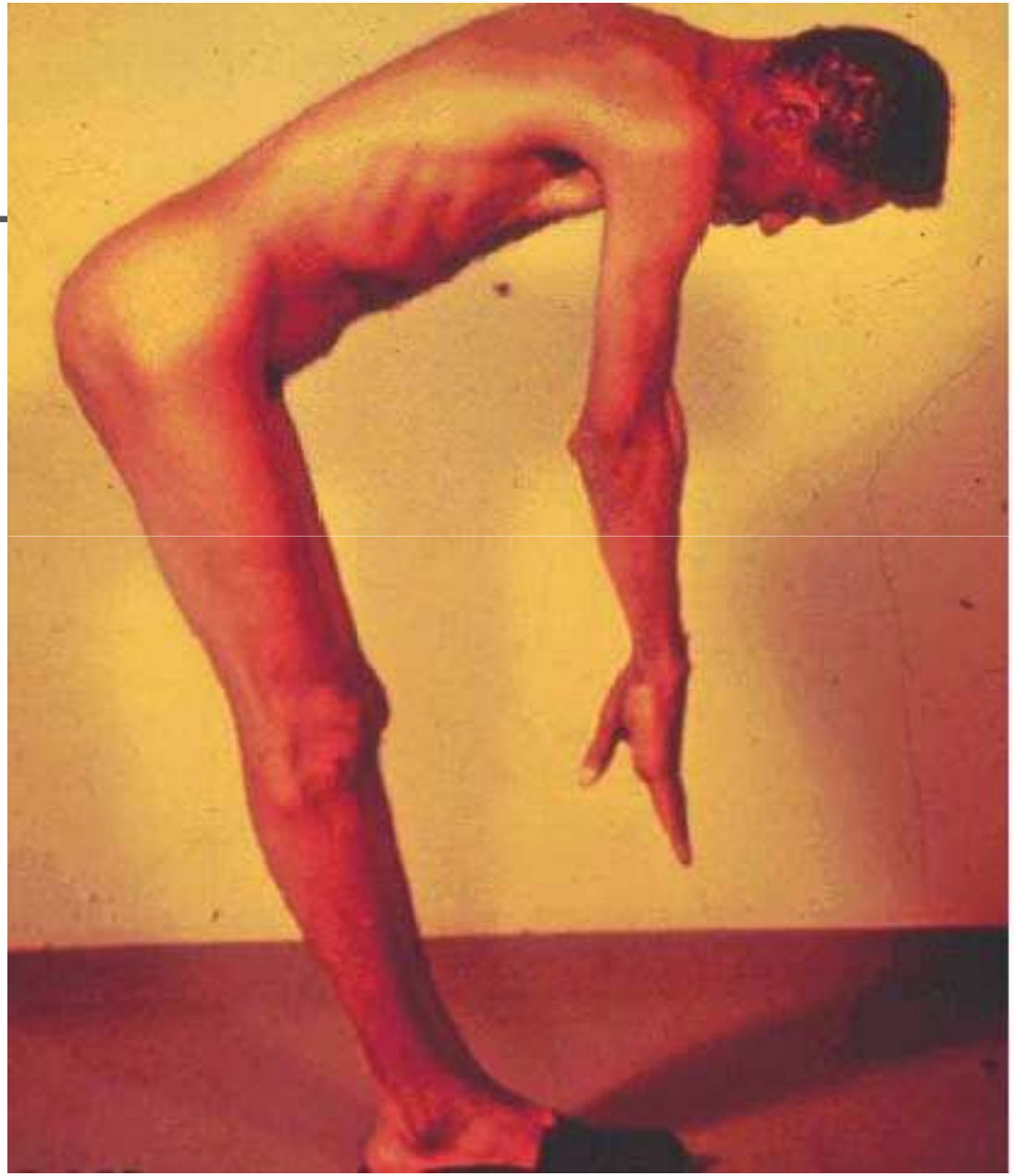
② Syndrome rachidien

- Signes fonctionnels :
  - rachialgie inflammatoire
  - Localisation :
    - lombaire et charnière dorso-lombaire +++
    - dorsale avec souvent des douleurs thoraciques antérieures ++
    - cervicale

② Syndrome rachidien

- Examen physique : => **enraidissement rachidien**
  - Lombaire: * distance doigt-sol
    * Indice de Schöber
  - Dorsal :
    - ampliation thoracique
    - cyphose dorsale (C7 - mur)
    - respiration abdominale
  - Cervical :
    - menton-sternum
    - menton-acromion
    - tragus-acromion





③ 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 - épine omoplate.

- Examen physique :

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

④ 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 et de l ’épaule redoutables (invalidantes).

⑤ Syndrome extra-articulaire



- Atteinte oculaire :
  25 % des cas
  - iridocyclite : uvéite antérieure
  - récidivante
  - peut laisser des séquelles (=> cécité)

- Atteinte cardiaque : rare
  - insuffisance aortique
  - troubles de conduction (bloc auriculo-ventriculaire)

⑤ Syndrome extra-articulaire

* Atteinte rénale :
  - Néphropathie à Ig A.
* Atteinte pulmonaire :
  - Syndrome restrictif IIaire à l 'atteinte axiale (EFR).
  - Maladie fibro-bulleuse : exceptionnelle.
* Atteinte digestive :
  - lésions intestinales inflammatoires souvent constatées à la colonoscopie.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

❶ Biologie :

- Syndrome inflammatoire:

  VS ↗, γ globulines ↗, Anémie

- HLA B 27: valeur diagnostique dans les cas douteux.

❷ Radiologie

Incidences:

- Grand cliché dorso-lombo-pelvi-fémoral de face dit cliché de «De Sèze »
- bassin face ou incidence des sacro-iliaques
- Cliché dorso-lombaire de face et profil
- Cliché centré sur la charnière dorso-lombaire
- Autres

❷ Radiologie

a- Sacro-iliite

✌Typiquement bilatérale, parfois asymétrique +++

✌ Passe par 4 stades de « *Forestier* » :

Stade I : Elargissement et Flou de l'interligne de SI.

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.

« EFICA »

❷ Radiologie



❷ Radiologie

b- Signes rachidiens

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

❷ Radiologie



❷ Radiologie





❷ Radiologie





❷ Radiologie

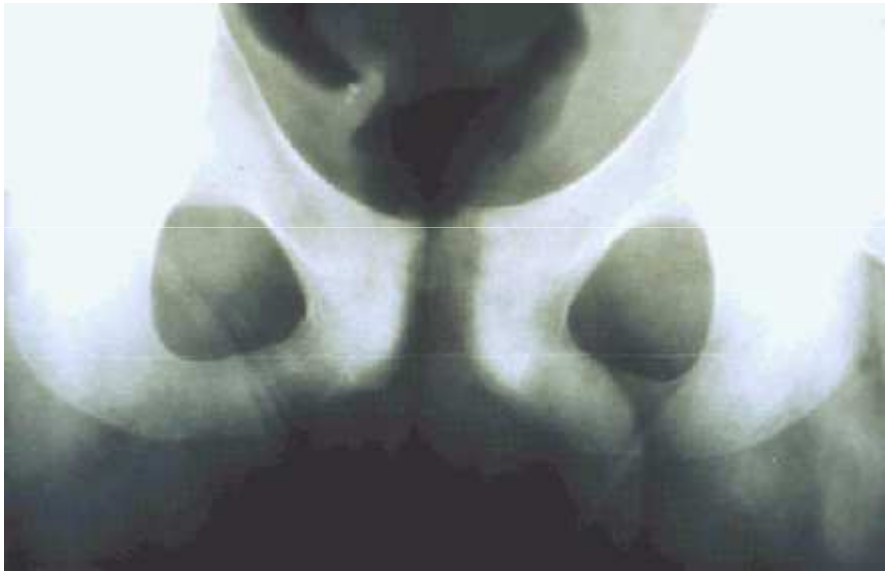
c- Enthésopathies :

Pied : Epines calcanéennes post. et inf.

bassin hérissé ou ischion barbu

Genou, coude …

❷ Radiologie





❷ Radiologie

d- Arthrites : Hanches +++

* forme érosive avec géodes sous chondrales

* forme ankylosante

DIAGNOSTIC POSITIF

Critères de New York

- Lombalgies inflammatoires
- Raideur lombaire
- Diminution de l'ampliation thoracique

ET

- Sacro-iliite bilatérale

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

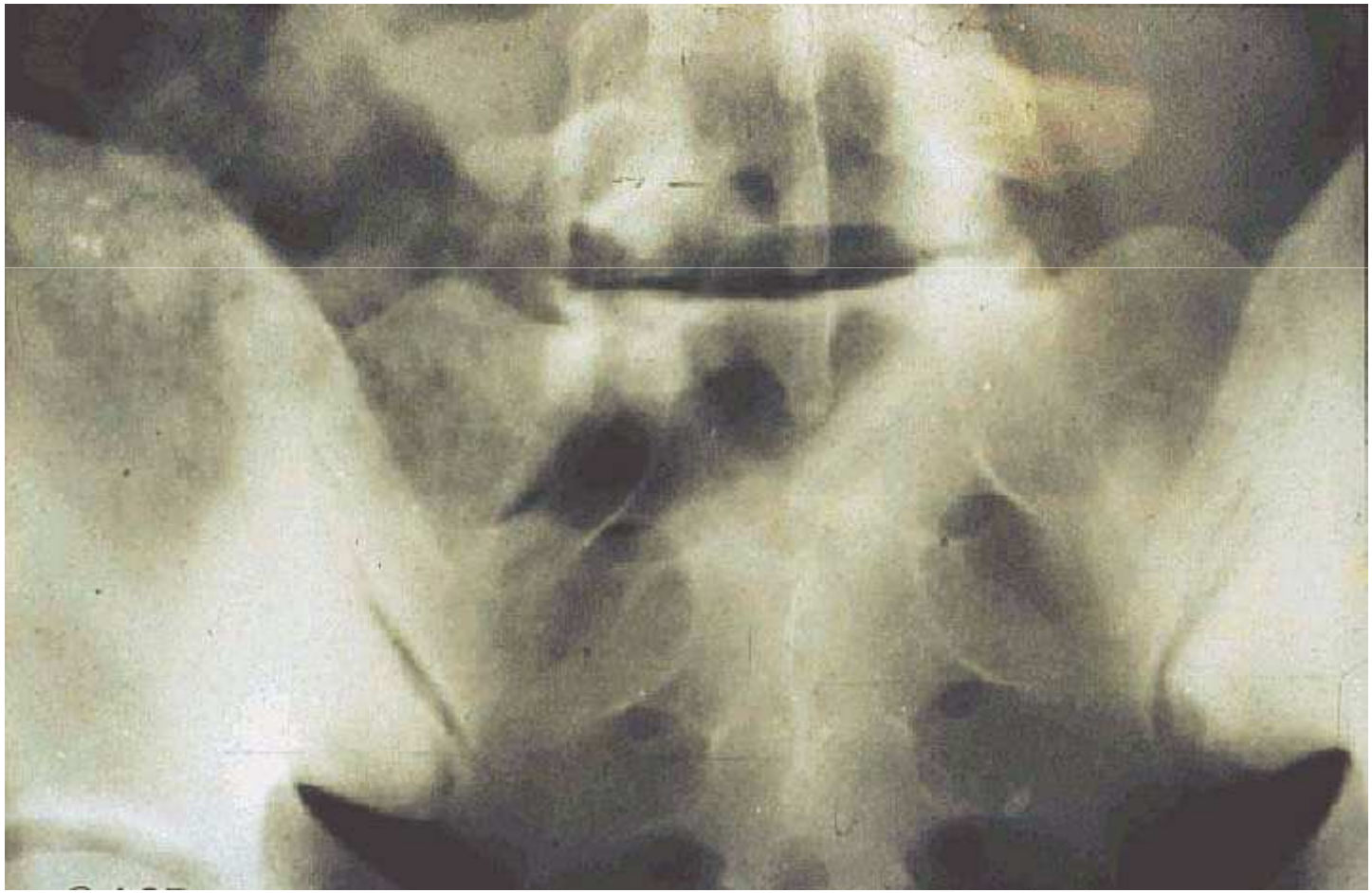
1/ Formes débutantes :

autres rhumatismes inflammatoires
intérêt de la scintigraphie, la TDM ou l'IRM et de l'Ag HLA B27

2/ Devant une sacro-iliïte :

- unilatérale :
  - Sacro-iliïte infectieuse: tuberculose, brucellose, autres.
    ⇒ ponction et biopsie de la SI.
- bilatérale :
  - Ostéose iliaque condensante : condensation triangulaire du versant iliaque
  - Sacro-iliaques normales : chez l 'adolescent
  - Arthrose des SI: sujets âgés, Rx : ostéophytes

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

3/ Devant des syndesmophytes :

- Arthrose : (ostéophytes)
  - base d'implantation large.
  - direction en dehors.

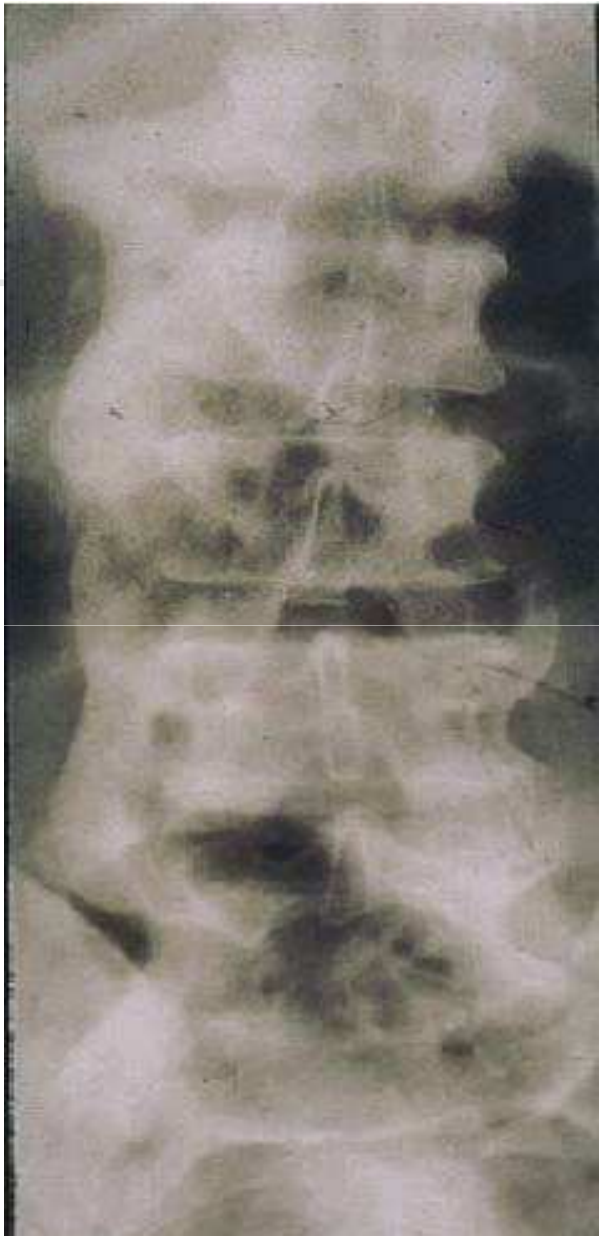


- Hyperostose vertébrale ankylosante (Maladie de Forestier):

• sujet âgé, diabétique

• coulées osseuses tapissant la paroi antéro-latérale droite des corps vertébraux avec des disques normaux





EVOLUTION

- Progressive sur des années.
- Se fait par poussées et rémissions +/- complètes.
- Mode habituellement ascendant.
- Schématiquement 3 étapes évolutives :

  Etape initiale : douleurs +++, raideur +
  Etape d'extension : douleurs+++; raideur ++
  Etape d'ankylose : douleurs ±, raideur +++

ARTHRITES RÉACTIONNELLES



INTRODUCTION

- Arthrites aseptiques déclenchées par les infections à distance transmise par voie sexuelle ou digestive.

- Forme typique: Sd oculo-urethro-synovial ou « Sd Fessinger-Leroy-Reiter ».

INTRODUCTION

- Germes les plus fréquents:

  - urétrites et cervicites non gonococciques :

    Chlamydiae+++,

    Mycoplasme

  - infections digestives:

    Shigella,

    Yersinia,

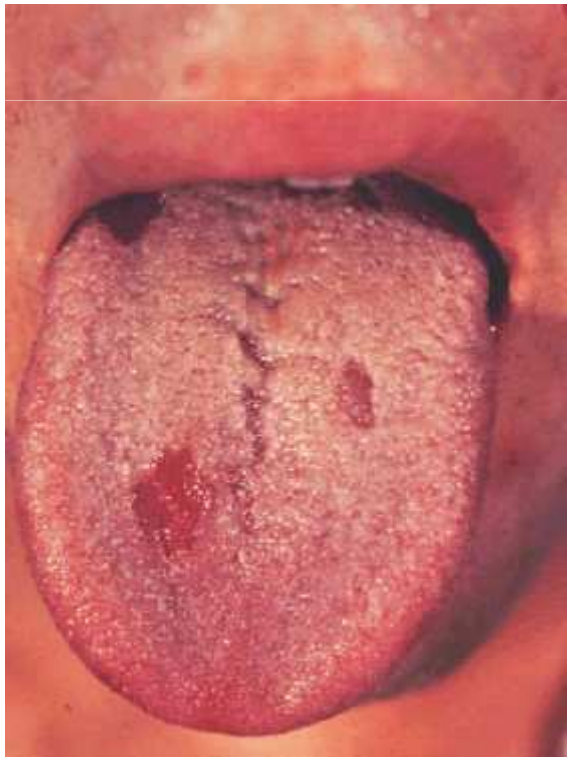
    Salmonella,

    Campylobacter

CLINIQUE

- Oligoarthrite asymétrique prédominant aux membres inférieurs
- Conjonctivite, iridocyclite
- Signes cutanés et muqueux :
  - Balanite
  - Érosion du palais
  - Kératodermie







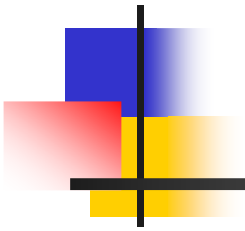
DIAGNOSTIC

- Clinique
  - Oligoarthrite asymétrique des MI
  - <1 mois après uréthrite ou diarrhée
  - Signes extra-articulaires
- Biologie :
  - Identification du germe (culture ou sérologie)
  - HLA B27 : 35 à 50%
- Radiologie : normale

EVOLUTION

- 1/3 : guérison en 1 à 6 mois
- 1/3 : récidives (réinfection ou réactivation)
- 1/3 : chronicité (évolution vers une SPA surtout pour les B27+)

RHUMATISME PSORIASIQUE



INTRODUCTION

- Rhumatisme inflammatoire très polymorphe : atteinte axiale et/ou périphérique + psoriasis
- Manifestations cliniques et radiologiques particulières
- HLA B27 dans 25%

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

- Psoriasis : 2% de la population générale
- 5 à 7% font un rhumatisme

L ’atteinte articulaire précède le psoriasis dans 5 à10 % des cas

- Hétérogénéité clinique :
  - Oligoarthrite asymétrique (70%)
  - Polyarthrite symétrique (15 à 20%)
  - Atteinte axiale ≡ SPA
  - Arthrite mutilante

ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

- Sont évocateurs :
  - Atteinte des IPD
  - Doigt ou orteil en saucisse
  - Enthésopathie
  - Atteinte Rx évocatrice
- Lésions cutanées : genoux, coudes, pli inter-fessier, ombilic, ongles et cuir chevelu.



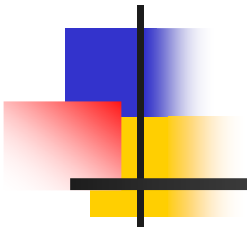




RHUMATISME DES ENTÉROCOLOPATHIES

CROHN ET RCH

- 10 à 20 % de manifestations rhumatologiques
- Atteinte polymorphe :
  - arthrites périphériques (membres inférieurs), souvent rythmés par l'évolutivité de la maladie digestive
  - SPA rare, évolution indépendante de la maladie digestive
  - Sacroiliite isolée



SpA JUVÉNILES

PARTICULARITES

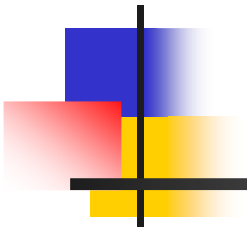
- Enthésopathies +++
- RX des Sacroiliaques non interprétables
- ATCD familiaux et HLA B27 +++



SAPHO

RARE OU MÉCONNU ?

- S : synovite
- A : acné (fulminans ou conglobata)
- P : pustulose (palmoplantaire)
- H : hyperostose (sternoclaviculaire)
- O : ostéite (amicrobienne)



SpA INDIFFÉRENCIÉES

DE PLUS EN PLUS FREQUENTES

- Aucun Dc précis
- De plus en plus fréquentes
- Rassurer le malade : bon pronostic !!!

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (ESSG)

- Lombalgie inflammatoire **OU**
  Synovite (asymétrique ou MI)
- **ET** un des suivants :
  - ATCD familiaux
  - Psoriasis
  - Entérocolopathie inflammatoire
  - Uréthrite , cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
  - Douleur fessière à bascule
  - Enthésopathie
  - Sacroiliite

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (AMOR)

- Signes cliniques :
  1. Lombalgie inflammatoire et/ou raideur **1**
  2. Oligoarthrite asymétrique ou MI **2**
  3. Douleur fessière sans précision **1**
     ou à bascule **2**
  4. Doigt ou orteil en saucisse **2**
  5. Talalgie ou autre enthésopathie **2**
  6. Iritis **1**
  7. Uréthrite ou cervicite dans le mois précédent l'arthrite **1**
  8. Diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite **1**
  9. Psoriasis ou entérocolopathie inflammatoire **2**
- Signes radiologiques
  10. Sacroiliite **3**
- Terrain génétique
  11. HLA B27 ou ATCD familiaux **2**
- Sensibilité au ttt
  12. Amélioration sous AINS en <48h **2**

PRONOSTIC

- Âge de début
- Mode de début
- Coxite
- Syndrome inflammatoire
- Efficacité des AINS

TRAITEMENT

- **Objectifs :**

traiter, réduire ou prévenir :

- Inflammation et douleur
- Raideur et ankylose
- Les déformations

TRAITEMENT

A- Symptomatique

1 / Les AINS : +++++

* effet spectaculaire
* dose efficace
* répartition des prises

2 / Les antalgiques

3 / Les corticoïdes : peu ou pas efficaces

TRAITEMENT

B- Traitement de fond :

- Salazopyrine, Sels d ’or, Méthotrexate
- Pamidronate, Thalidomide
- Anti-TNFα

TRAITEMENT

- **Indications :**
  - Atteinte axiale : AINS +++, SZP
  - Atteinte périphérique : SZP, MTX, sels d'or, Antibiotiques
  - Atteinte extra-articulaire : SZP, MTX
  - Anti-TNF +++

TRAITEMENT



C- Traitement local :

infiltration de corticoïdes ou synoviorthèse

D- Traitement physique : +++

prévention des déformations rachidiennes

* coucher à plat dos,
* pratique de postures à plat-ventre et gymnastique resp.
* en cas de cyphose récemment installée : corset de Swaim.

E- Traitement chirurgical :

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