

Spondylarthropathies

Pr W Mammeri Oussedik

SAMER Tlemcen 22 et 23 septembre 2012

spondylarthropathies

- Le terme de « spondylarthropathies » : adopté sur le plan international.
- Concept clinique: regroupement de plusieurs rhumatismes inflammatoires chroniques



■ Manif ostéo art des
entérocolopathies
inflammatoires
(Crohn, RCH),

■ Sd Reiter et arthrite réactionnelle

■ Spondylarthrite
ankylosante

■ Rhumatisme psoriasique

■ Spondylarthropathies
indifférenciées

Les spécificités du concept des spondylarthropathies

➤ 1/ Terrain:

- Adulte jeune
- Notion d'hérabilité: 2/3
 - même rhumatisme
 - Rhumatisme appartenant aux autres SA
 - Maladie digestive
 - Psoriasis
- HLA B 27

➤ 2/ Lésion élémentaire: enthésite:

- Zone de jonction entre l'os et les structures qui s'y attachent (tendons, caps, art, ligts, aponévrose)
- Après une phase de destruction, une phase de reconstruction avec ossification des structures juxta osseuses => caractère clinique très spécifique de ces rhumatismes = RIGIDITE

➤ 3/ Le déterminisme bactérien:

- Pas d'arthrite septique
- Réaction pathologique de certains germes, par voie digestive ou urogénitale

Rats transgéniques pour HLA B27 humain

➤ 1^{er} mois de la vie: affection grave

- Arthrite asymétrique
- Psoriasis
- Atteinte rachidienne
- Enthésites inflammatoires



➤ Élevés en condition stérile: RAS

Les techniques de biologie moléculaire:

➤ **ADN** bactérien ds la synoviale des articulations touchées

➤ Alors qu'**aucun germe complet** n'est retrouvé

- Pas d'explication claire de ces résultats
- Mais hypothèse+++:
- Réaction pathologique à un germe pathogène
- HLA B27 autorise cette réponse immune anormale.
- Les trt ATB et Salazopyrine.
- Entité des SA par rapport aux autres rhumatismes inflammatoires qui sont des formes d'autoimmunité.

Critères de l'ESSG

- **A- Rachialgies inflammatoires ou synovite asymétrique ou prédominant aux membres inf**
- **B- Au moins un critère suivant:**
 - Histoire familiale de SA ou d'uvéite ou d'entérocopathies
 - Psoriasis
 - Enterocolopathies inflammatoires
 - Enthésopathies
 - Sacro-iliite radiologique

Diagnostic de SA = (1critère de A)+ (1critère de B)

Critères de classification des spondylarthropathies B.Amor

A/ signes cliniques ou histoire clinique

- 1/ Dlr nocturne lombaire ou dorsale et (ou) raideur matinale lombaire ou dorsale → 1
- 2/ Oligoarthritis asymétrique → 2
- 3/ Dlr fessière sans précision ou dlr fessière à bascule → 1
- 4/ Doigt ou orteil en saucisse → 2
- 5/ Talalgies ou toute autre enthésopathie → 2
- 6/ Iritis aigu → 2
- 7/ Urétrite non gonococcique ou cervicite moins de 01 mois avant le début de l'arthrite -> 1
- 8/ Diarrhée moins de 01 mois avant le début de l'arthrite
- 9/ Présence ou ATCD de psoriasis et/ou d'une balanite et/ou d'une entérocologie -> 2

B/ signes radiologiques:

- 10/ Sacroiliite (St > ou = 2 si bilatérale, ou St > ou = 3 si unilatérale) → 3

C/ terrain génétique:

- 11/ Présence de HLA B27 et/ou ATCD familiaux de SPA et/ou de FLR et/ou de psoriasis et/ou d'entérocologies chroniques → 2

D/ Sensibilité au trt:

- 12/ Amélioration en 48h aux AINS et/ou rechute rapide (48 h) des douleurs à l'arrêt → 2

Diagnostic aisé

■ Rhumatisme psoriasique

- Présence de PSO = 2
- Oligoarthrite asymétrique = 2
- HLA B27 Présent = 2



■ SPA

- Sacroiliite bilatérale = 3
- HLA B27 présent = 2
- Raideur matinale lombaire = 1

■ Arthrite réactionnelle

- Présence d'une balanite = 2
- Doigt en saucisse = 2
- Oligoarthrite asymétrique = 1



■ Entérocopathies

- Entérocopathie = 2
- Talagie = 2
- Sacroiliite bilatérale = 3

Diagnostic non aisé

■ Spondyloarthropathies indifférenciées (pas d'atteinte articulaire)

- Iritis aigu = 2
- Talagies = 2
- Entérocologie dans la famille = 2

■ Spondyloarthropathies indifférenciées (avec atteinte articulaire)

- Oligoarthrite
- Antécédents familiaux de SA
- Sensibilité aux AINS en 48 heures

Intérêt de l'ANAMNESE devant toute plainte

- cadre nosologique
- diagnostic précoce

Clinique

- Atteinte axiale +/-.
- Atteinte des enthèses.
- Atteinte des articulations périphériques.
- Atteinte extra articulaires.

Syndrome axial

■ Syndrome pelvi rachidien:

- inaugural dans 2/3 des cas.
- douleurs lombaires + fessières hautes = inflammatoires+++
- début: 1) Progressif plutôt (15à20% brutal)
2) Crise qlq jours à qlq semaines -> jusqu'à permanent.

■ Fessalgies: Uni ou bilatérales avec irradiation face post ou post ext cuisse.

■ Lombalgies:

- d'intensité variables.
- s'accompagnent + souvent de raideur.
- sciatique L5 à bascule (A.I.A.P?).

■ Autres segments du rachis:

- rarement inaugural.
- dorsalgies moyennes ou intercostales basses en ceinture ou en 1/2 ceinture.

■ Cervical:

- rarement au début.
- cervicalgies à irradiation scapulaire.
- raideur +++
- plus fréquente chez la femme.

- Intriquées avec att thoracique (ds les 5ans:25%)
Sterno claviculaire
Chondro-costales
Manubrio-sternales } dlr thoracique antérieure

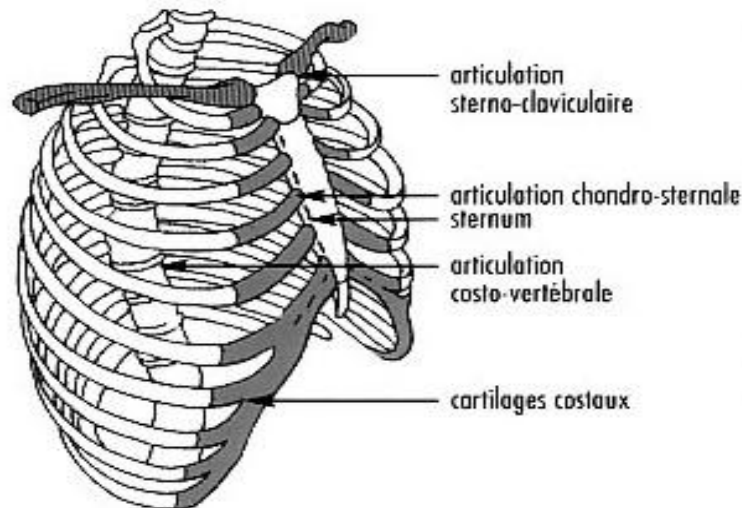


Figure 1 L'atteinte des articulations du thorax gêne la respiration.



figure 7 : Arthrite sterno-claviculaire droite.

Atteinte enthésique

■ Sd douloureux local

■ Réveillé par:

1/ La palpation

2/ Mise en tension de l'attache teno périosté (aspect trompeur mécanique)

■ **Enthésopathie calcanéenne+++** : Talalgies

- Fréq (15 à 35%)
- Pfs révélatrice de la maladie
- Bilatérale ou non
- Au cours de la mdie
- Régressive de +eurs mois à 2 ans



Autres localisations

- Tubérosité tibiale antérieure.
- Rotule.
- Grand trochanter.
- Les ischions .
- Les crêtes iliaques

Atteinte articulaire périphérique:

- Se voit à tous les St de la mdie (oligo+++)
- Hanches +++ (30à40% des cas).
- Epaules ++ (30% des cas).
- Genoux.
- Chevilles.
- Pieds (10%) - médio tarse.
 - interligne métatars-phalangienne.
 - orteil en saucisse.
- Coudes-poignets-doigts (rare)
- Scandinaves (20% des mains).

Manifestations extra articulaires:

- Parfois inaugurales,
- Elles accompagnent svt le cours évolutif de la maladie
- Dvt un tableau rhumatologique indéterminé , elles peuvent orienter le Dc

■ **Atteinte ophtalmologique:**

Iritis +++ = uvéite antérieure aiguë non granulomateuse.

■ **Atteinte cardiaque:**

- atteinte valvulaire: I Ao (tardive).
- troubles de la conduction: 7 à 33%.
- bloc auriculo ventriculaire (1^{er} °) tardif svt associé à l'I Ao.
- péricardite: rare peu symptomatique.

■ **Atteinte pulmonaire:**

- conséquence de la maladie rhumatismale (forme évolutive).
- maladie fibro bulleuse bi apicale.
- syndrome restrictif à l' E.F.R.

■ **Atteinte rénale:**

- amylose (rare).
- néphropathie à Ig A.
- rarement glomérulonéphrite.

■ **Atteinte osseuse:**

- ostéoporose avec fréquence accrue des tassements vertébraux.
- pathologie mal connue.

■ **Atteinte neurologique:**

- compression médullaire (par fracture C1 –C2 , spondylodiscite... etc).
- syndrome de la queue de cheval.
- amyotrophie spinale satellite de l'enraidissement: aspect peigné des MPV au scanner.

Bilan biologique:

- Bilan inflammatoire (VS, CRP)
- Ig A augmentés
- Sérologie d'arthrite réactionnelle:
 - * Yersinia, Shigelle, Klebsiella, Campylobacter jejuni, Salmonelle, brucelle
 - * Chlamydia trachomatis, Mycoplasmes génitaux

■ Liquide synovial:

- Liquide inflammatoire
- ↗ des leucocytes et % des PN

■ Éliminer d'autres diagnostics:

Fact rhumatoïde, AAN, ASLO, système
complément ACPA

■ Cytokines:

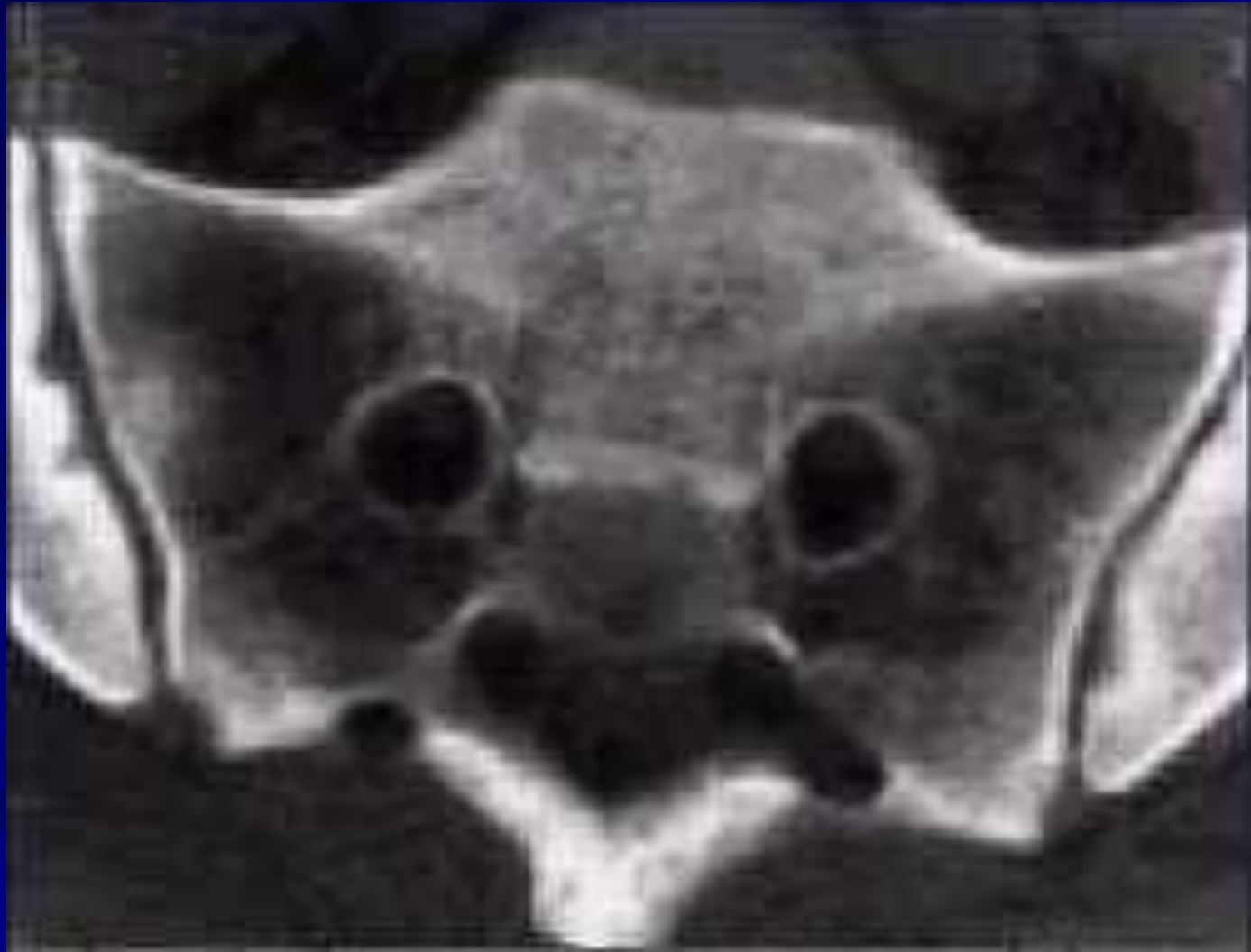
IL6 et TNF alpha augmentés

IL10 svt augmentés dans les SA

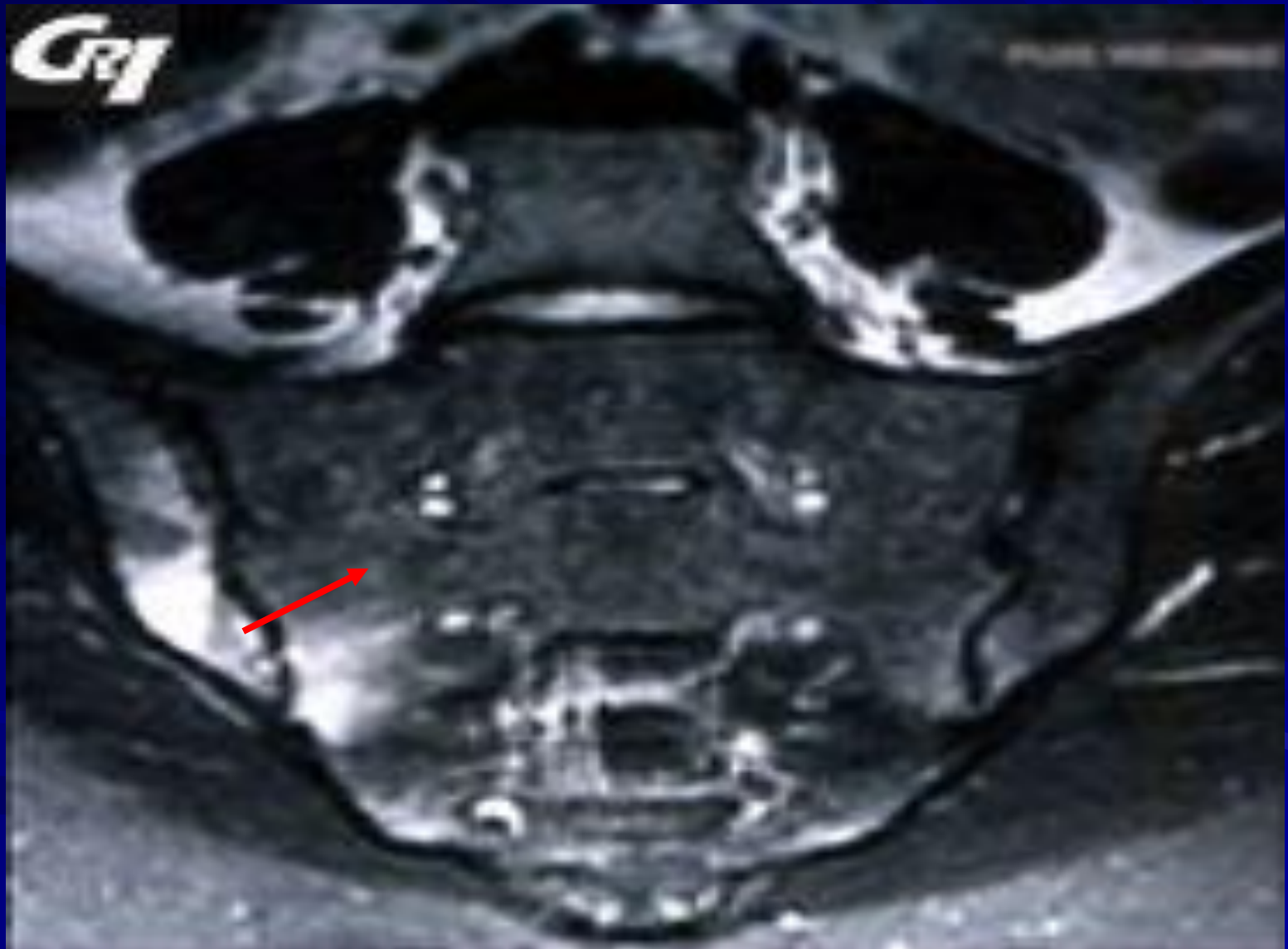
1/Atteinte des SI:

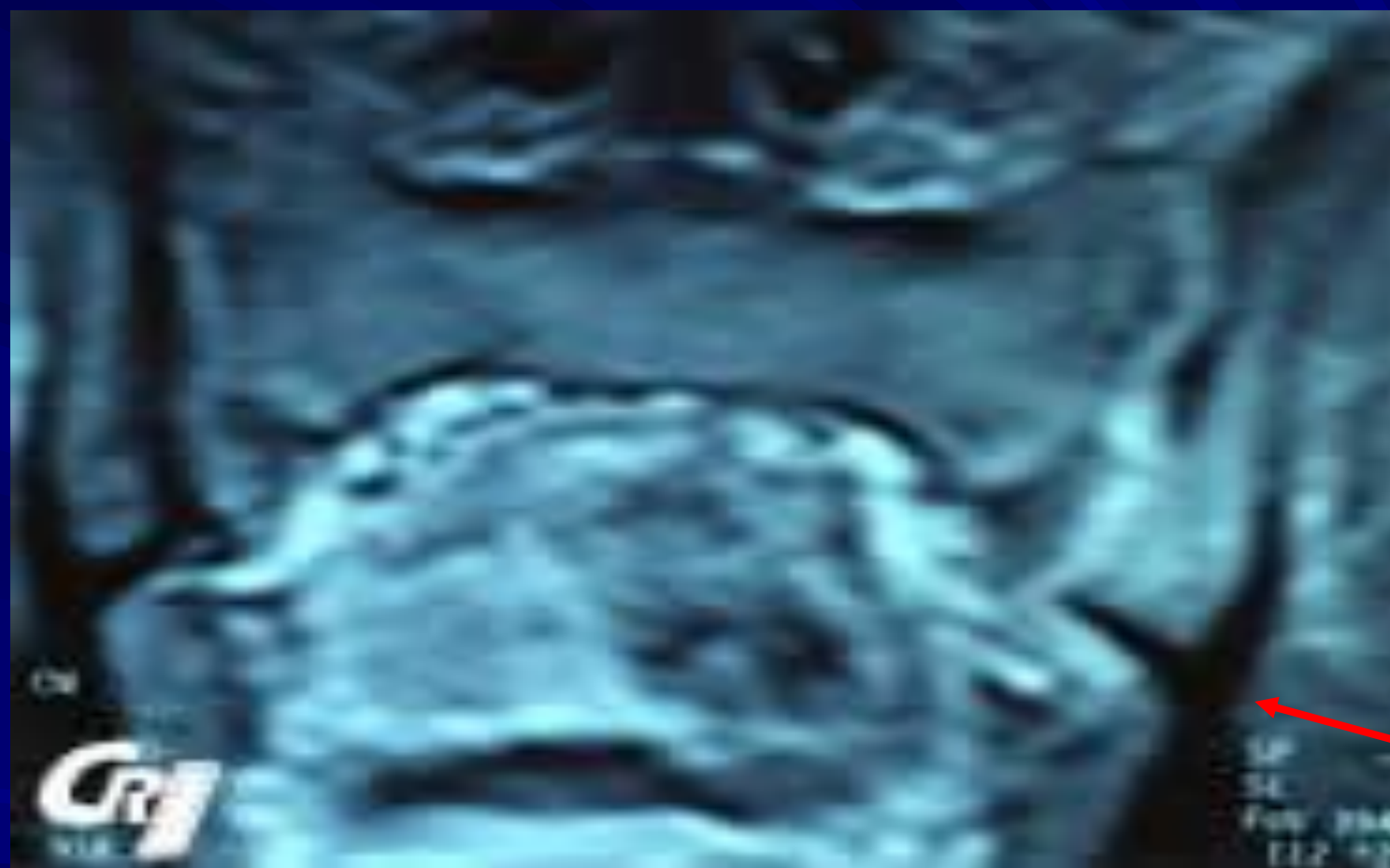
- En 03 ou 04 stades:
- Quasi cste dans SPA
- Au début doute → scintigraphie (-)
 - scanner
 - IRM++ (anomalies cartilagineuses)
 - + gadolinium oedème inflammatoire de la moelle osseuse peri articulaire)











2/ Atteinte vertébrale:

- Syndesmophytes (Dc +++)



- Ossification du ligt jaune et inter épineux «Rail de Tramway »



- Spondylite antérieure =>squarring



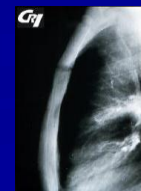
- Spondylodiscite inflammatoire



- A.I.A.P



Autres structures axiales: S pubienne, manubrio sternale

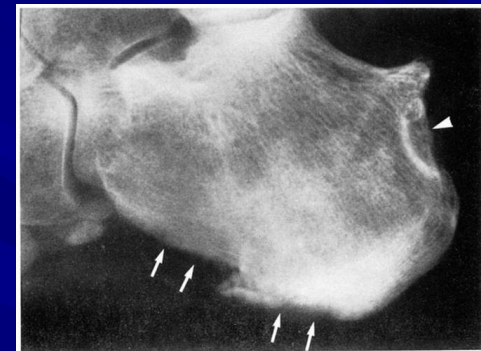


3/ Entesopathies périphériques:

■ Calcanéum +++

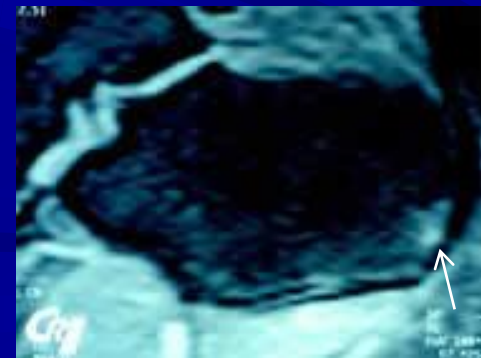
- radiologie conventionnelle:

- * épine osseuse et érosion pré-achilléenne
- * épine sous-calcanéenne à contours flous
- * discrètes érosions face inf calacaneum
- * importante condensation post-inf grosse tubérosité

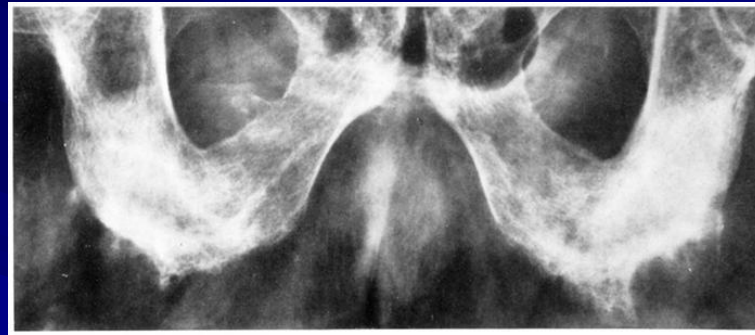


- Imagerie par Résonance Magnétique:

séquence T2=> hypersignal de l'enthèse sous calcanéenne débordant sur l'os sous chondral.



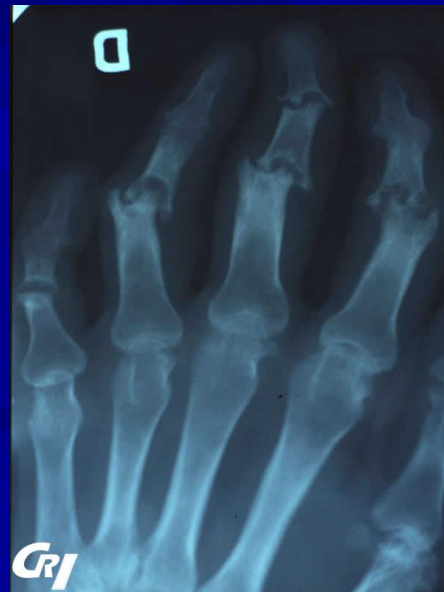
- Bassin: 1) crête iliaque:
2) ischions:



- 3) symphyse pubienne:



- Tubérosité tibiale ant; rotule; grd.
.trochanter; condyle fémoral ext.
- Rarement: phalanges ou métatarses dans
la SPA.
- Caractéristiques de certaines SA:



4/ Atteinte articulaire périphérique:

■ Coxo fémorales:

- F densifiante ou scléreuse (protrusion acétabulaire)



- F destructrice



- F ankylosante

■ Epaules rarement ankylosées:

■ Autres:

- Genoux;
chevilles
 - + rarement mains
- } déminéralisation
pincement art
ankylose très rare

Formes cliniques:

■ F juvéniles: Afrique du nord +++

Atteinte périphérique +

Enthésopathies

■ F du sujet âgé:

❖ Attention aux f de révélation tardive

❖ Rare (LOSPA) ou (LOPS)

- atteinte axiale minime

- oligoarthritis modérée

- signes généraux francs

- HLA B27 +

- Svt corticothérapie +++

- 4/10 => SPA typique.

■ F féminines:

rachis lombaire – cervicalgies +++

IRM SI svt - , BASDAI et fatigue élevée

Évolution:

➤ Pronostic:

■ Fonctionnel

■ Fact de mauvais pronostic:

- coxite
- VS \geq 30 mm
- L'inefficacité des AINS
- Limitation de la mobilité articulaire
- Orteil ou doigt en saucisse
- Oligoarthrite périphérique
- Début avant 16 ans

Traitement:

■ Les AINS:

- Toutes les classes.
- Phénylbutazone.
- Dose.
- En continu ou pas.

■ Glucocorticoïdes:

- Rarement nécessaires.
- Uvéïte.
- Bolus: Poussée importante.
F poly articulaire
- Infiltration

■ Trt de fond :

- MTX.
- SULFASALAZINE

LE SCORE DE BASDAI

Le patient situe son niveau de réponse sur une ligne graduée de 10 cm. Le niveau 0 représente « aucun symptôme », le niveau 10 exprimant le degré « très élevé ».

- 1** - Comment décririez-vous le niveau global de fatigue que vous avez ressenti ?
- 2** - Comment décririez-vous le niveau de douleur de SPA du cou, du dos ou des hanches que vous avez ressenti ?
- 3** - Comment décririez-vous le niveau global de douleur ou de gonflement d'articulations autres que le cou, le dos ou les hanches que vous avez ressenti ?
- 4** - Comment décririez-vous le niveau global d'inconfort dû à des endroits sensibles au toucher ou à la pression que vous avez ressenti ?
- 5** - Comment décririez-vous le niveau global de raideur matinale après votre réveil ?
- 6** - Combien de temps dure votre raideur matinale après le réveil ?

Calcul du score de Basdai : calculer la moyenne des réponses aux questions 5 et 6 et l'additionner à la moyenne des réponses aux questions 1 à 4.

Maladie active au moins 4 semaines à 2 visites d'intervalles.
L'activité de la maladie sera définie selon la forme clinique prédominante

Spondylarthrite Ankylosante
en se référant aux critères de **New York modifiés**

↓

Certains patients ne répondant pas à ces critères mais présentant une atteinte inflammatoire clinique des sacro-iliaques ou du rachis objectivée par une imagerie (radiographie, IRM ou scanner selon la localisation) pourront aussi être considérés comme candidats potentiels aux anti-TNF 滙.

↓

Formes à prédominance axiale.

↓

BASDAI ≥ 4

&

Jugement global de l'activité par le médecin EN (0-10) >4

Le jugement global de l'activité par le médecin sera fondé particulièrement sur la présence : Coxite active, Synovites et/ou enthésites actives, Uvéite active ou récidivante, VS ou CRP élevée, Inflammation du rachis ou des sacro-iliaques en IRM, Progression radiologique articulaire périphérique.

&

Echec à au moins 3 AINS, incluant ou non la butazolidine, à dose maximale recommandée ou tolérée sauf contre-indication, pendant une période de 3 mois.

■ Les Anti TNF α (Biothérapie)

- Ac dirigés contre le TNF α (Remicade®, Humira®)
- Récepteurs solubles du TNF (Embrel®)

■ Complications:

- Infections
- Tumeurs

■ Anti TNF α :

Nom international:	étanercept, infliximab, adalimumab
Nom commercial:	Enbrel®, Rémicade®, Humira®
Voie d'administration:	S/C → Enbrel® & Humira® IV → Rémicade®
Posologie habituelle:	Enbrel®: 25mg X 2/W. Rémicade®: 5mg/Kg/[S ₁ -S ₂ -S ₆ -S _{nx8}] Humira®: 40mg/14jours
Délai d'action:	2 Semaines
Durée du TRT avant jugement définitif:	12 à 16 Semaines

CONCLUSION

- Les spondylarthropathies réunissent plusieurs rhumatismes inflammatoires dont certains indifférenciés.
- Les critères de diagnostic ne permettent pas toujours de faire des diagnostics précoces.
- L'enthèse est la cible privilégiée.
- Les spondylarthropathies se développent sur un terrain génétique propice.
- L'imagerie moderne révèle des atteintes infra radiologiques (IRM+++, échographie).
- La prise en charge se fait en fonction de l'évaluation de l'activité de la maladie (BASDAI).
- Les traitements de fond n'ont pas démontré d'efficacité sur les symptômes axiaux.

- L'effet bénéfique des anti TNF alpha est prouvée mais:
 - l'effet et la tolérance à long terme?
 - capacité à ralentir la progression structurale?
 - complication infectieuse (tuberculose).
 - quel est le risque d'immunisation?
- Après l'echec à la biothérapie = aucune alternative.