

Spondylarthrite ankylosante

Concept de spondylarthrite

- Famille de maladies regroupant des manifestations cliniques communes et un terrain génétique commun :
 - Spondylarthrite ankylosante
 - Rhumatisme psoriasique
 - Arthrites réactionnelles
 - Arthrites associées aux MICI
 - Spondylarthrites indifférenciées

Définition de la spondylarthrite ankylosante

- Inflammation chronique des articulations évoluant vers un enraidissement des articulations touchées après de nombreuses années
- Touche préférentiellement la colonne vertébrale, le bassin et la cage thoracique

Épidémiologie des spondylarthrites

- Touche surtout les sujets jeunes avec une moyenne entre 15 et 40 ans
- Second rhumatisme inflammatoire chronique après la polyarthrite rhumatoïde
- 0,2 à 1 % de la population = 300 000 malades en France
- En France sex ratio H=F
- La prise en charge précoce a rendu rares les formes sévères

Épidémiologie de la spondylarthrite ankylosante

- Chef de file des spondylarthrites avec prévalence d'environ 0,3 à 0,4% de la population générale
- Les premiers symptômes apparaissent dans 80% des cas avant 30 ans

Clinique commune aux spondylarthrites

- Syndrome pelvi-rachidien traduisant l'inflammation des enthèses du rachis et des sacro-iliaques :
 - Lombalgies depuis au moins 3 mois
 - Pygalgie : douleur en pleine fesse irradiant parfois en dessous du pli fessier sans caractère neurogène ou radiculaire.
- Elle peut être déclenchée par des manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques : chaque position devant être maintenue 20 secondes
- = présence d'une pygalgie si 3/5 des positions reproduisent la douleur spontanée

TEST POUSSÉE SUR LA CUISSE



TEST DE GAENSLEN



TEST COMPRESSION AILES ILIAQUES



TEST TRUST SACRÉ



Clinique commune aux spondylarthrites

- Syndrome articulaire périphérique
 - Oligarthrite des membres inférieurs touchant volontiers le genou et la cheville le plus souvent
 - Atteinte coxofémoral fréquente et redoutable
 - Atteinte des interphalangiennes distales

Clinique commune aux spondylarthrites

- Enthésite périphérique +++ : il s'agit de l'atteinte caractéristique des spondylarthrites
 - Talalgie : survenant aux premiers pas le matin de façon bilatérale ou à bascule
 - Dactylite : tuméfaction globale d'un orteil ou d'un doigt, il s'agit le plus souvent d'une association entre enthésite, ténosynovite et arthrite tripolaire des phalanges
 - Articulations sternoclaviculaires et manubriosternale



Caractéristiques de la spondylarthrite ankylosante

- Forme de spondylarthrite la plus sévère caractérisée par une ankylose du rachis et des articulations sacro-iliaques pouvant devenir complète par ossification des enthèses
- Atteinte axiale prédominante, atteinte périphérique dans 50% des cas
- Atteinte extra-rhumatismale dans 10 à 30% des cas à type d'uvéite antérieure aiguë
- L'atteinte sacro-iliaque radiologique est indispensable pour porter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante
- Évolue par poussées sur 10 à 20 ans

Diagnostics différentiels de la famille des spondylarthrites

- **Rhumatisme psoriasique** : atteintes périphériques +++ et cutanées
- **Arthrite réactionnelles** : aseptiques elles surviennent quelques semaines après une infection génitale ou digestive, elle peut évoluer vers un mode chronique dans 10 à 20% des cas puis vers une spondylarthrite ankylosante
- **MICI** : dans 10 à 20 % des cas surviennent des arthrites périphériques ou une sacro-ilite
- **Spondylarthrite indifférenciée** : l'enthésite est dominante avec 92% de cas, formes plus bénignes mais pouvant évoluer vers une forme différenciée

Diagnostics différentiels autres

- arthrites d'origine infectieuse (tuberculose, brucellose, salmonellose...)
- hyperparathyroïdie
- ochronose (alcaptonurie)
- ostéochondrose
- hyperostose vertébrale ankylosant
- discarthrose
- polyarthrite rhumatoïde
- ...

Biologie

- Standard : 60% des spondylarthrites ont une CRP et/ou VS augmentées mais ce syndrome inflammatoire reste modeste comparé aux autres rhumatismes inflammatoires
- HLA B27 : présent chez 90% des patients atteints de spondylarthrite ankylosante contre 6 à 8% dans la population générale
 - Dosage inutile si spondylarthrite diagnostiquée par critères clinico-radiologiques
 - Absent n'élimine pas le diagnostic
 - Positif il conforte un cas douteux mais n'est en aucun cas spécifique (97% des porteurs d'HLA B27 ne feront pas de spondylarthrite)

Traitement aigu

- Les AINS +++ : efficaces sur 70% des lombalgies, si arrêté une rechute douloureuse dans les 48h est classique
 - Échec à 2 semaines : essai d'un autre AINS
 - Au total 4 semaines et 2 AINS utilisés pour conclure à un échec
- Infiltration de corticoïdes, kinésithérapie, ergothérapie, techniques d'appareillage

Traitement de fond

- Indiqué chez les patients ne répondant pas ou insuffisamment au traitement par AINS
- Le choix du traitement de fond se fait en fonction de la localisation des manifestations de la spondylarthrite

Traitement de fond

- **En cas de spondylarthrite axiale** : en 1ère intention traitement par DMARD biologique (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug)

- **Anti TNF α** : efficacité rapide et remarquable, mais ne sont indiqués qu'après au moins 2 mois d'AINS

Il s'agit de l'étanercept (Enbrel), l'adalimumab (Humira), le certolizumab (Cimzia) et le golimumab (Simponi) pour la spondylarthrite axiale auxquels s'ajoute l'infliximab (Remicade) pour la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique

- **Anti IL17** : le sécukinumab (Cosentyx) est indiqué dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique

Traitement de fond

- **En cas de spondylarthrite périphérique** : en 1ère intention traitement par un csDMARD (conventional synthetic) qui sont tous inefficaces sur la forme axiale
 - **Sulfasalazine (Salazopyrine)**
 - **Méthotrexate** pour les formes articulaires périphériques notamment dans le rhumatisme psoriasique
 - **Léflunomid (Arava)** dans le rhumatisme psoriasique

Traitement de fond

- En cas d'échec, 2ème intention de la forme périphérique : les DMARD biologiques
 - **Anti-TNF α**
 - **Anti-IL17**
 - **Anti-IL23** seul biomédicament a avoir une efficacité que sur la forme périphérique

Mesures complémentaires

- Arrêt du tabac indispensable
- Activité physique régulière

Complications de la spondylarthrite ankylosante

- En cas de retard au diagnostic et d'introduction au traitement la spondylarthrite va évoluer progressivement vers :
 - Perte de la lordose lombaire
 - Puis cyphose lombaire
 - Exagération de la cyphose dorsale pouvant conduire à un flessum des hanches
- Elle peut évoluer vers des complications dans d'autres localisations
 - Ankylose du rachis cervical à haut risque de fractures transdiscales ou corporéales et compressions médulaires
 - Syndrome restrictif en cas d'atteinte costovertébral

Traitement envisageable en cas de complication

- Chirurgie :
 - Remplacement prothétique articulaire
 - Libération articulaire
 - Ostéotomie rachidienne de correction des cyphoses dorsales majeures

Fin