

## Item193-Spondylarthrite inflammatoire.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une spondylarthrite inflammatoire. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC <a href="#">Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites / HAS / 2008</a> - Polycopié national: <a href="#">Spondylarthrite ankylosante</a> - COFER	- Horaire inflammatoire / dérouillage - Atteinte axiale: sacro-iliite / rachis - Enthésopathie périphérique: talagie - Atteinte articulaire / dactylite - Atteintes extra-articulaires (5) - Rachis: spondylite / syndesmophyte / ankylose - Pelvis: ostéopénie / érosion / ostéocondensation / ankylose - AINS dose minimale / forme LP soir - MHD / adaptation professionnelle - Prise en charge à 100%	- Spondylarthropathie ≠ SpA - HLA-B27 (!! limites) - Atteintes extra-articulaires - Traitement de base = AINS PO - Tuberculose si anti-TNFα - Rééducation-Kinésithérapie - MA aux AINS (IPP / créat)

### Généralités

#### Définitions

- **Spondylarthropathies (Sp)** = groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques
  - **Caractérisés par (4) points communs**
    - Atteinte axiale: syndrome pelvi-rachidien
    - Atteinte articulaire périphérique: arthrite inflammatoire
    - Atteinte enthésopathique périphérique
    - Atteinte extra-articulaire: variable (iritis; psoriasis..)
  - **Regroupe**
    - spondylarthrite ankylosante (SPA)
    - rhumatisme psoriasique (cf [Psoriasis](#))
    - rhumatismes associés aux entéro-colopathies (MICI: cf [Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin \(MICI\) chez l'adulte et l'enfant.](#))
    - arthrites réactionnelles (post-infectieuses)
    - SAPHO = synovite / acné / pustulose palmo-plantaire / hyperostose / ostéite
- **!! Remarques: enthèses**
  - = zones d'ancrage dans l'os des structures fibreuses
  - → tendons / ligaments / fascias / capsules articulaires
- **Dénomination**
  - Il vaut mieux dire « spondylarthrites » que « spondylarthropathies » ([Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites / HAS / 2008](#))

#### Epidémiologie

- SPA = 2ème rhumatisme inflammatoire le plus fréquent après la PR
- Ensemble des spondylarthropathies: p = 1% / pour la SPA: p = 0.3%
- **Facteurs de risque**
  - Sexe: H > F (sex ratio = 3x dans SPA / 1.3 pour l'ensemble des SP)
  - Age: début entre 20 et 25ans / avant 40ans dans 90% des cas
  - Facteurs génétiques: **HLA B27 +++** : RR x200 (8% de la population / 90% des SPA)

#### Physiopathologie

- **Facteurs étiologiques**
  - Facteur endogène = allèle HLA B27 / facteurs exogènes = infectieux +++ (bactéries)
  - Hypothèse auto-immune: HLA B27 ~ Ag bactériens = mimétisme moléculaire
  - Si infection → rupture de tolérance = inflammation auto-entretenu = SP
- **Mécanismes lésionnels = 2 phases +++**
  - Inflammation des enthèses (enthésite) et de la synoviale (arthrite)

- o Puis ossification cicatricielle = syndesmophytes / raideur / ankylose

## Diagnostic

### Examen clinique

- Interrogatoire
  - o Terrain: **homme** > femme / **jeune** (20-30ans) / atcd familiaux de Sp/SpA / entérocolopathie/ psoriasis / uvéite antérieur
  - o Prises: efficacité des AINS sur les douleurs inflammatoires ++
  - o Anamnèse: épisodes: évolution paroxystique / atcd infectieux
  - o Signes fonctionnels = douleurs inflammatoires
    - Sacro-iliite +++
      - !! Révélatrices de la SPA dans 2/3 des cas
      - « pseudo-sciatiques »: lombalgies +/- fessalgies / à bascule ++
      - Horaire inflammatoire: **insomniantes** / non calmées par repos
      - Dérouillement matinal prolongé (> 30 min) / sensibles aux AINS
    - Autres atteintes
      - **Talalgies**: douleurs du pied / au 1er pas le matin puis amélioration
      - Autres atteintes rachidiennes = cervicalgies / dorsalgies
      - Douleurs thoraciques antérieures ou latérales
      - Arthrites périphériques
- Examen physique (3x2)
  - o Atteinte axiale = syndrome pelvi-rachidien
    - = limitation des mobilités axiales +/- **raideur**
    - atteinte du rachis
      - cervical: ↑ distance nuque-mur / ↑ distance **menton-sternum**
      - dorsal: ↓ rotation en bassin bloqué / ↓ **ampliation** thoracique
      - lombaire: ↓ indice de **Schöber** / ↑ distance mains-sol / ↓ lordose lombaire
    - atteinte du pelvis (sacro-iliaque)
      - Douleur à la pression / écartement des sacro-iliaques
      - Douleur à la flexion / adduction forcées de la hanche
      - Douleur au sautillement monopodal
  - o Atteinte périphérique = enthèses / arthrite
    - enthésopathie périphérique
      - !! palpation et mise en tension systématique de toutes les enthèses
      - atteinte calcanéenne (→ talalgies)
        - Localisation la plus fréquente d'enthésites périphériques
        - Talalgie plantaire à la palpation = aponévrose plantaire
        - Talalgie postérieure = enthésopathie du tendon achilléen
    - atteinte articulaire périphérique
      - **Dactylite**: orteil ou doigt « en saucisse » = tuméfaction globale des 3 rayons
      - Oligoarthrite **asymétrique**: membres inférieurs (genou / cheville / orteils)
      - Coxite +/- bilatérale = ↓ mobilité de la hanche / boiterie à la marche
  - o Signes associés non articulaires
    - Atteintes extra-articulaires de la SPA
      - Uvéite antérieure aiguë: oeil rouge douloureux avec BAV (cf **Ceil rouge et/ou douloureux**.)
      - Cardio-vasculaire: trouble conduction (BAV-BB) / valvulopathie (IAo-IM)
      - Dermatologique : dermatose neutrophilique type pyoderma gangrenosum
    - Arguments pour une autre spondylarthropathie +++
      - Psoriasis: examen du cuir chevelu / ongles / fesses (cf **Psoriasis**)
      - SAPHO
      - Inflammation digestive: cf MICI ou arthrite réactionnelle (25% des cas)
      - Infection uro-génitale: arthrites réactionnelles à la suite d'une IG (25%)

### Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
  - o Radiographies standards +++
    - Incidences à demander (4)
      - Radio du bassin de face (articulations sacro-iliaques)
      - Radios du rachis: cervical / dorsal / lombaire F+P
      - Radios des  **pieds**  de profil (incidence sur épines calcanéennes)
      - Radio thorax face / profil: évaluation de l'ampliation thoracique
      - En pratique: **cliché De Sèze** (bassin + rachis lombaire) en 1ère intention

- **Atteinte rachidienne**
  - **Spondylite**: vertèbre « mise au carré » par érosion (vertèbre de Romanus)
  - **Syndesmophytes**: ossification des enthèses après la phase inflammatoire
  - **Ankylose**: au maximum aspect de « colonne bambou » ou « en rail »
- **Atteinte sacro-iliaque**
  - **Stade 1**: ostéopénie (hypertransparence): **pseudo-élargissement**
  - **Stade 2**: **érosion**: berges irrégulières + début d'apposition périostée
  - **Stade 3**: **condensation** (entésophyte = ossification cicatricielle de l'enthèse)
  - **Stade 4**: **ankylose**: fusion de l'interligne (sacro-iliaque)
- **Atteinte calcanéenne**
  - Radio des pieds: rechercher une érosion des épines calcanéennes
- **Recherche Ag HLA B27 de classe 1**
  - Pas systématique: si doute diagnostique surtout (SPA débutante ++)
  - **!! Limites**
    - Son absence n'élimine pas une SPA (10% des SPA négatives)
    - Sa présence ne pose pas une SPA (8% de la population générale positive)
- **Imagerie: autres examens**
  - **IRM rachis et bassin +++**
    - Indispensable **si radio normale** pour recherche d'une sacro-iliite débutante
    - cf atteinte inflammatoire = hypersignal T2 / réhaussement en T1 + gad
  - **TDM**: pour atteintes osseuses: érosions/ syndesmophytes / ankylose
  - **Scintigraphie osseuse**: bonne Se mais Sp ↓
  - **EchoD des A° périphériques**: pour recherche arthrite périphérique
  - **Radio de thx** : normal, **maladie bulleuse des sommets**
- **Pour rechercher une atteinte extra-articulaire +++**
  - **Examen ophtalmologique**: à la recherche d'une **uvéite**
  - **ECG de repos**: rechercher un **BAV**
- **Pour rechercher un diagnostic différentiel**
  - **Bilan inflammatoire**: VS/CRP: Sd inflammatoire modéré (≠ PRR / PR)
  - **Bilan immunologique**: FR et anti-CCP (pour PR) / AAN (LED)
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
  - **Pré-AINS**: NFS-P / hémostase / bilan rénal ++ / bilan hépatique
  - **Bilan pré-anti-TNFα**
    - **Antécédents**: [BK / néoplasie / SEP / IC / auto-immunité] / foyer infectieux
    - **BK: IDR et radiographie thorax** +/- BK-tubage ou ECBC si crachat (**A savoir !**)
    - **Bilan infectieux**: EPP-NFS / VHB-VHC et VIH / ECU +/- sinus-panoramique

#### Critères diagnostiques

- **critères d'AMOR: spondylarthropathie si ≥ 6 critères (/12)**
  - Douleur nocturnes ou raideur matinale de siège lombaire ou dorsal
  - Oligo-arthrite asymétrique
  - Douleurs fessières sans précision ou à bascule
  - Doigt ou orteil en saucisse
  - Talalgie ou autre entésopathie
  - Iritis (uvéite)
  - Urétrite non gonococcique ou cervicite < 1M avant arthrite
  - Diarrhée < 1M avant arthrite
  - Présence ou antécédent de psoriasis / balanite / entéro-colopathie
  - Sacro-iliite radiologique unilatérale (stade 3) ou bilatérale (stade 2)
  - Présence HLA B27 et/ou atcd familial de SPA / Reiter / psoriasis / uvéite
  - Efficacité rapide (< 48h) des AINS ou rechute rapide (< 48h) après arrêt

#### Diagnostics différentiels

- **Autres spondylarthropathies +++**
  - **Rhumatisme psoriasique** (cf **Psoriasis**)
    - Rechercher **psoriasis cutané**
    - Atteinte sacro-iliaque asymétrique ++
  - **Rhumatisme associé aux entéro-colopathies**
    - sur MICI: Maladie de Crohn (+++) ou RCH (cf **Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant.**)
  - **Arthrite réactionnelle**
    - = arthrite réactionnelle à une infection récente avec liquide **aseptique** +++
    - Tableau d'oligo-arthrite aiguë aseptique asymétrique des membres inférieurs
    - Rechercher **infection** génitale (25%) ou digestives (25%) récente (**3S**)
    - → PCR du 1er jet d'urine (chlamydia) + coprocultures et sérologies

- **Sd de Fiessinger-Leroy-Reiter**: arthrite + conjonctivite + urétrite/cervicite
- **Syndrome SAPHO**
  - Sur acné sévère avec pustulose palmo-plantaire (cf **Dermatoses faciales : acné, rosacée, dermatite séborrhéique**)
- **Rhumatismes hors spondylarthropathies**
  - **Devant un rhumatisme axial**
    - Arthrose rachidienne
    - Maladie de Forestier (hyperostose vertébrale ankylosante)
  - **Devant l'atteinte sacro-iliaque**
    - Sacro-iliite infectieuse
    - Arthrose sacro-iliaque
  - **Devant l'oligo-arthrite périphérique**
    - Oligo-arthrite infectieuse
    - Polyarthrite rhumatoïde

## Evolution

### Histoire naturelle

- Evolution **chronique paroxystique** (poussées / rémissions)
- Forme fruste ou abortive fréquente
- **Facteurs de mauvais pronostic dans la SPA**
  - Atteinte coxo-fémorale (coxite)
  - Atteinte périphérique (dactylite)
  - Sexe M / âge de début < 16ans / tabac
  - Syndrome inflammatoire: VS > 30mm
  - Résistance aux AINS

### Complications rhumatologiques = ankylose

- **Ankylose axiale**
  - **Clinique**: ↓ lordose lombaire / ↑ cyphose dorsale / ↓ ampliation thoracique
  - **Radio**: fusion de l'articulation sacro-iliaque / rachis en « colonne bambou »
- **Ankylose périphérique**
  - **Clinique**: boiterie / impotence / ↓ périmètre de marche
  - **Radio**: coxite destructrice +/- ossifiante

### Complications extra-rhumatologiques +++

- **Ophthalmologique**: **uvéite** (iritis / iridocyclite) modérée mais récidivante
- **Osseuses**: fractures vertébrales fréquentes
- **Neurologiques**: compression médullaire +/- syndrome de la queue de cheval
- **Respiratoires**: IRespC par **TVR** secondaire à la diminution de l'ampliation thoracique
- **Néphrologiques**: GN sur amylose AA / GN à IgA (secondaire): cf **Néphropathie glomérulaire**.
- **Cardiologiques**: insuffisance aortique et BAV associés dans 10% des cas
- **latrogènes**: **UGD** par AINS ++

### Echelles fonctionnelles

- **Echelle d'activité = BASDAI (/10)**
  - EVA [asthénie / douleur axiale-périphérique-enthèses / raideur matinale]
- **Echelle fonctionnelle = BASFI (/10)**
  - EVA activités quotidiennes (ramasser un stylo, mettre ses chaussettes..)

**Sévérité d'une SPA: une SPA est dite sévère si (3) (Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites / HAS / 2008)**

- Manifestation sévère évidente: arthrite destructrice (coxite) ; extra-Ar: [MICI-uvéite-BAV]
- Constatation à ≥ 3M d'intervalle et sous AINS de: 3 A° atteintes ; BASDAI > 4 ; BASFI > 4
- Prise permanente d'AINS à dose maximale tolérée pour contrôler les symptômes

## Traitement

### Prise en charge

- En ambulatoire / pluri-disciplinaire et globale / avec médecin traitant

### Mesures hygiéno-diététiques / éducation du patient

- Dormir sur matelas ferme / en décubitus ventral / sans oreiller (pour cyphose)
- Activité physique régulière et adaptée (natation ++) 30min 3x/semaine
- Repos +/- arrêt de travail lors d'une poussée

### Rééducation fonctionnelle (A savoir !)

- Objectifs (6) (Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites / HAS / 2008)
  - entretien des mobilités / de la force musculaire / de la forme physique générale
  - prévention des déformations / lutte contre la douleur / conservation respiratoire
- Modalités
  - Kinésithérapie rachidienne et **respiratoire** (ampliation thoracique ++)
  - Auto-exercices: apprentissage éducation posturale / auto-agrandissement
  - Autres: kiné-balnéothérapie / ergothérapie / correction posturale..

#### Traitement symptomatique

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINSP +++ ())
  - Traitement de **base**: efficacité (70% des cas) = argument diagnostique pour SPA
  - A **dose minimale efficace** / à limiter aux périodes douloureuses si possible
  - Ex: Indocid® 50mg le matin / **forme LP** (ex: Chrono-Indocid® 75mg) le soir
  - !! NPO mesures associées aux AINS (cf infra)
- Traitement antalgique
  - Paracétamol +/- codéiné / en association avec AINS (diminue la dose)
  - Tramadol: antalgique de niveau II non antipyrétique: intérêt si fièvre ++
- Traitement local par infiltrations
  - Infiltration de corticoïdes: si échec des AINS / seulement suspensif
  - !! Remarque: corticoïdes systémiques à éviter au maximum (A savoir !)

#### Traitement de fond = immuno-suppresseur

- Indication = 2<sup>de</sup> intention
  - 4 critères sont nécessaires +++ (Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites / HAS / 2008)
    - Diagnostic de SPA avéré (confirmé par un spécialiste)
    - SPA active: BASDAI > 4 sur 2 consultations à ≥ 3 mois d'intervalle
    - SPA sévère: atteinte systémique - BASFI > 4 - AINS en permanence
    - Echec d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée sur 3 mois
- Modalités
  - Si tous les critères sont réunis: **anti-TNFα** en parentéral (si forme axiale ++)
  - S'il manque ≥ 1 critère: sulfasalazine PO (d'autant plus que atteinte périphérique)
  - Si atteinte périphérique prédominante: débiter par sulfasalazine / léflunomide / MTX
  - !! anti TNF alpha d'emblée si spondylarthrite associé aux MICI

#### Mesures associées

- MA aux AINS au long cours +++ (cf Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Connaître pour chacune les mécanismes d'action de classe et des produits individuels, les principes du bon usage, les critères de choix d'un médicament en première intention, les causes d'échec, les principaux effets indésirables et interactions)
  - Protection gastrique par IPP si sujet > 65ans ou atcd d'UGD
  - Contrôle de la fonction rénale / éviter diurétiques et IEC
  - Contrôle de la PA si patient avec HTA
- Mesures de soutien
  - Soutien psychologique (cf forme sévère invalidante)
  - Adaptation +/- reclassement professionnel ; demande RQTH (CDAPH)
  - Prise en charge à **100%** au titre des ALD
- Traitement des complications
  - Corset si cyphose majeure, PTH si coxite, etc.

#### Surveillance

- Clinique +++
  - Consultation tous les 3/6 mois / échelles fonctionnelles (**BASDAI-BASFI**) / **EVA**
  - **Métriologie**: Schober / distance mains-sol / distance L3-mur / menton-sternum
  - **Ampliation** thoracique / taille / lordose et cyphose
  - **Consommation** médicamenteuse et tolérance (épigastralgies +++)
- Paraclinique
  - Bilan inflammatoire (VS-CRP) et **radios** rachis/bassin réguliers (**1x/2ans**)

## Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 4 points communs des spondylarthropathies ?

- Atteinte axiale
- Atteinte articulaire périphérique
- Atteinte enthésopathique périphérique
- Atteinte extra-articulaire

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention de la SPA ?

- AINS

Quels sont les 4 critères nécessaires pour discuter l'instauration d'un traitement de fond dans la SPA ?

- Diagnostic de SPA avéré (confirmé par un spécialiste)
- SPA active
- SPA sévère
- Echec d'au moins 3 AINS à dose maximale tolérée sur 3 mois