

Item 193 – Spondylarthrite inflammatoire

Terminologie des pondylarthrites		Epidémiologie
○ Spondylarthrites axiales - Radiographiques = avec sacro-iliite = spondylarthrite ankylosante - Non radiographiques sans sacro-iliite ○ Spondylarthrites périphériques articulaires érosives ou non érosives ○ Spondylarthrites périphériques enthésitiques		▪ 0,35% ▪ Avant 35-40 ans
Clinique		
Syndrome pelvirachidien	▪ = syndrome axial inflammatoire ⇔ inflammation des enthèses du rachis et des sacro-iliaques ▪ Dorsolombalgies inflammatoires : - > 3 mois, horaire inflammatoire - Débutent à charnière dorso-lombaire -> extensions descendante -> extensions ascendante - Radieur axiale (indice de Schöber, inflexion latérale lombaire) => ankylose rachidienne (disparition lordose lombaire => distance L3-mur) ▪ Pygalgies ou fessalgies : - Douleurs de la fesse inflammatoires, uni/bi-latérales ou à bascule - En pleine fesse irradiant parfois sous le pli fessier - Déclenchée par manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques	
Syndrome articulaire périphérique	▪ Oligoartrite des MI : grosses articulations ++ (genoux, chevilles) ▪ Atteinte coxofémorale fréquente ▪ +/- arthrites des interphalangiennes distales ou dactylités	
Atteinte enthésopathique périphérique	▪ Enthésite : - MI ++ : talagie ++ - Horaire inflammatoire - A la palpation : talagie plantaire inférieure (⇔ aponévrosite plantaire inférieure) sous le calcaneus OU talagie postérieure (⇔ enthésopathie du tendon achilléen ou burste pré/rétro-achilléenne) - Rechercher autres enthésites ++ ▪ Dactylite (orteil ou doigt en « saucisse ») : - Tuméfaction gloale de l'orteil/doigt : enthésopathie inflammatoire distale + ténosynovite + arthrite (tripolaire ++) - +++ dans le rhumatisme psoriasique, et dans spondyloarthrites ▪ Atteinte de la paroi thoracique antérieure : articulations sternoclaviculaires, manbriosternale, chondrosternale	
Signes extra-articulaires	▪ Uvéite antérieure aigüe : - Non granulomateuse, pauci-symptomatique - Attention si répétition => synéchies - 20% - Dépistage et surveillance +++ ▪ Entérocolopathie inflammatoire : - Diarrhée, fissurations anales, pancolite inflammatoire, sténoses inflammatoires - Rechercher maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique ▪ Psoriasis : - Atteinte du scalp, psoriasis inversé, psoriasis unguéal = zones bastion, = associées ++ au rhumatisme psoriasique - Autres localisations : psoriasis vulgaire en plaques, psoriasis en gouttes, pustulose palmoplantaire (SAPHO : synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite), maladie de Verneuil, hydrosadénite suppurée - Psoriasis précède de 10 ans le rhumatisme psoriasique ▪ Atteinte cardiaque : valvulopathies, trb du rythme et de la conduction	
Critères diagnostiques ASAS		
Sacro-iliite à imagerie + 1 signe de SpA OU		○ Sacro-iliite à imagerie : → Inflammation active à IRM

HLA-B27 + 2 signes de SpA		→ Sacro-iliite radiologique selon les critères modifiés de New York ○ Signes de SpA : rahcialgie inflammatoire, arthrite, enthésite, dactylite, psoriasis, maladie de Crohn/rectocolite hémorragique, bonne réponse aux AINS, ATCD familial de SpA, HLAB27, CRP élevée	
Critères de New York modifiés pour la spondylarthrite			
Critères cliniques	- Lombalgies avec raideur > 3mois, cédant à effort mais pas au repos - Limitations des mouvements rachis lombaire dans plan frontal ET sagittal - Limitation ampliatio		
Critères radiologiques	Sacro-iliite bilatérale de grade ≥ 2 ou sacro-iliite unilatérale de garde ≥ 3		
Score : SpA définie si critère radiologique + 1 critère clinique			
Types de spondylarthrites			
Spondylarthrite ankylosante	▪ La plus sévère, +/- évolution vers ankylose rachidienne complète par ossification des enthèses ▪ Atteinte du squelette axial => ankylose ▪ Syndrome pelvirachidien prédominant ▪ Atteinte périphérique 50%, uvéite antérieure aigüe 10-30% ▪ Evolution chronique par poussée, sur période de 10-20 ans		
Rhumatisme psoriasique	▪ Cf QS		
Artrhites réactionnelles	▪ = Artrhites aseptiques +/- conjonctivite / urétrite / cervicite ▪ Qq semaines après infection génitale ou digestive ▪ Sd de Fie		
Entérocolopathies inflammatoires chroniques	▪ 10-20% des maladies de Crohn et rectocolites hémorragiques ▪ Arthrites périphériques ou sacro-iliite ▪ Forme axiale complète dans 5% des cas		
Spondylarthrites indifférenciées	▪ Enthésite périphérique ++		
Terrain génétique HLA-B27			
Prévalence population générale : 6-8%	Spondylarthrite ankylosante : 90%	Artrhite réactionnelle : 63-75%	Rhumatisme psoriasique et entérocolopathies inflammatoires : 50-70%
Explorations complémentaires			
▪ Radiographie : - Stade 0 : infraradiologique, inflammation de la zone d'enthèse - Stade I : érosion ou irrégularité du cortex et ostéopénie sous-chondrale à l'insertion osseuse de l'enthèse - Stade II : érosion avec ébauche d'apposition périostée - Satde III : enthésophyte ▪ IRM, Echo-doppler, Scintigraphie ▪ CRP et VS anormales ▪ Recherche HLAB27 ▪ EFR pour documentation atteinte respiratoire restrictive et fibrose pulmonaire ▪ ECG pour trb rythme et conduction			
▪ Traitement			
Traitements médicamenteux	▪ AINS ▪ Antalgiques et myorelaxants ▪ Tt locaux : - Artrhite : infiltration de corticoïdes, synoviorthèse isotopique - Si enthésopathie : infiltration cortisonique ▪ Phvsiothérapie. ergothérapie. techniques d'appareillage		

Traitements de fond

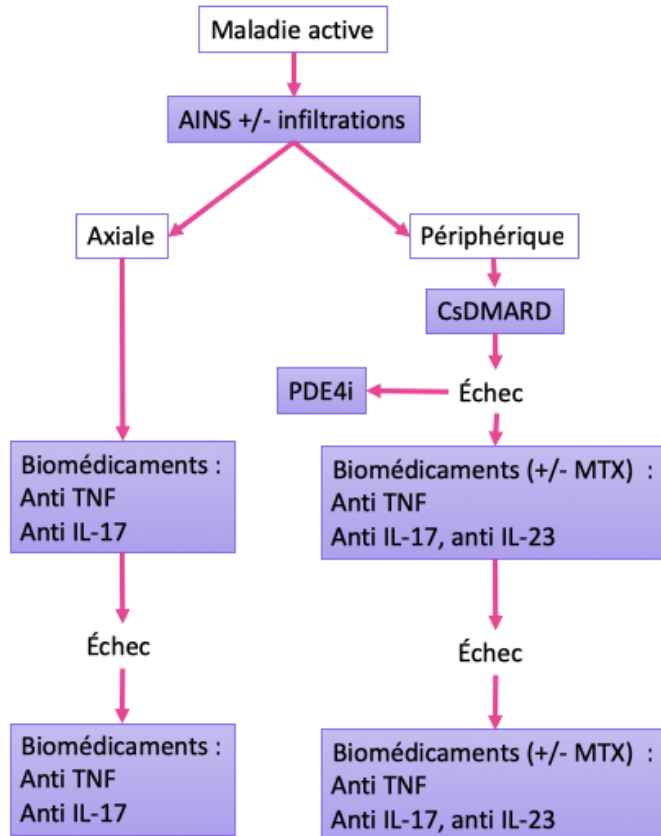
Durée
d'évaluation

4 semaines

≥ 12
semaines

≥ 12
semaines

≥ 12
semaines



- **DMARD** : action sur forme périphérique
 - **CsDMARD** :
 - **Sulfasalazine** (Salazopyrine®)
 - **Méthotrexate**
 - **Léflunomide** (Arava®)
 - **tsDMARD** :
 - **Aprémilaste** (Otezla®) : PED4
- **Biomédicaments** :
 - **Anti-TNFα**
 - **Anti-TNF** :
 - **Etanercept** (Enbrel®), **adalimumab** (Humira®), **certolizumab** (Cimzia®), **golimumab** (Simponi®) => rhumatisme psoriasique et spondyloarthrite axiale
 - **Infliximab** (Remicade®) => spondylarthrite ankylosante et rhumatisme psoriasique
 - **Anti-IL17** : **Sécukinumab** (Cosentyx®)
 - **Anti IL-23/12** : **ustékinumab** (Stelara®)

Autres

- **Chirurgie** : remplacement prothétique articulaire, libération articulaire, ostéotomie rachidienne de correction des cyphoses dorsales majeures
- Arrêt tabac, Activité physique régulière
- ALD 100%

Pronostic et complications

Facteurs de mauvais pronostic	Coxite, début précoce, dactylite, importance du syndrome inflammatoire, résistance aux AINS, tabagisme actif, syndesmophytes
Scores d'activité	▪ Score BASDAI : > 4 => maladie active ▪ Score ASDAS : < 1,3 => maladie inactive, > 3,5 => maladie très active
Sources de handicap	▪ Ankylose rachidienne, atteinte des hanches, atteinte restrictive pulmonaire
Complications propres	▪ Amylose AA ▪ Dysplasies bulleuses kystiques des apex, fibrose pulmonaire, syndrome restrictif ▪ Atteinte cardiaque : insuffisance aortique, trb conduction ▪ Atteinte osseuse : ostéoporose, risque fracturaire ▪ Dilatation du cul de sac dural => trb neurologiques sensitivo-moteurs des MI et trb génito-sphinctériens
Complications des traitements	▪ Risque de trb de la fertilité masculine : salazopyrine, méthotrexate ▪ Risque lors grossesse : méthotrexate