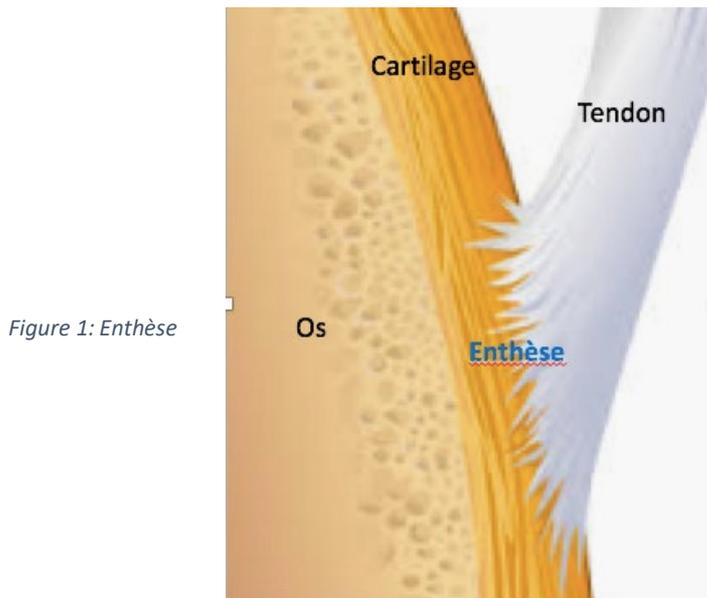


SPONDYLOARTHRITE

Qu'est ce qu'une spondyloarthrite (SA) ?

C'est un rhumatisme inflammatoire qui fait partie de la famille des « spondyloarthropathies » regroupant la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, l'arthrite chronique juvénile, les arthrites réactionnelles, les rhumatismes associés aux maladies inflammatoires de l'intestin et le SAPHO. Ce rhumatisme atteint les enthèses (partie reliant l'articulation aux tendons) du rachis et/ou des articulations (Figure 1)



Quelles sont les données épidémiologiques ?

- La fréquence de la SA est située entre 0,3 à 0,5% de la population, légèrement inférieure à la fréquence de la polyarthrite rhumatoïde.
- L'âge de début est jeune, le plus souvent entre 20 et 30 ans, avec une répartition hommes – femmes équivalente, bien qu'il ait été décrit il y a quelques années une prédominance masculine.
- Elle semble plus rare dans certaines populations, notamment africaines. Les populations asiatiques ont plus d'atteintes périphériques par rapport aux formes axiales en comparaison des populations européennes.

Quelle est la cause de la SA ?

Il y a plusieurs facteurs qui interviennent dans le déterminisme de la SA :

- Un terrain génétique avec entre autre dans les populations occidentales une fréquence de l'antigène d'histocompatibilité HLA B27 d'environ 90% dans la SA, retrouvé également mais avec une fréquence moindre dans les autres spondyloarthropathies (30 à 50%). L'antigène HLA B27 est retrouvé chez 6 à 8 % de la population occidentale et moins de 10 % des patients porteurs de cet antigène développent des signes articulaires

- Le rôle du microbiote intestinal. Plus de 50% des patients atteints de SA ont une inflammation du tube digestif microscopique le plus souvent sans symptômes
- Le stress mécanique, en particulier sur les enthèses, serait susceptible d'initier une réaction inflammatoire

Comment fait-on le diagnostic ?

- *Arguments cliniques*
 - douleurs nocturnes avec réveils en 2^{ème} partie de nuit
 - douleurs rachidiennes et du bassin d'horaires inflammatoires
 - Raideur matinale de durée supérieure à 45 mn
 - Raideur du rachis à l'examen en flexion, extension et inclinaisons latérales
 - Déformations rachidiennes liées à l'ankylose (signes tardifs) (photo 1 et 2)
 - Arthrite périphérique
 - Dactylite (photo 3)
 - Psoriasis
 - Uvéite...(photo 4)



Photo 1 : SPA : Inclinaison latérale du cou fixée



Photo 2 : SPA : Cyphose dorsale



Photo 3 : SPA : Dactylite du 3^{ème} orteil droit



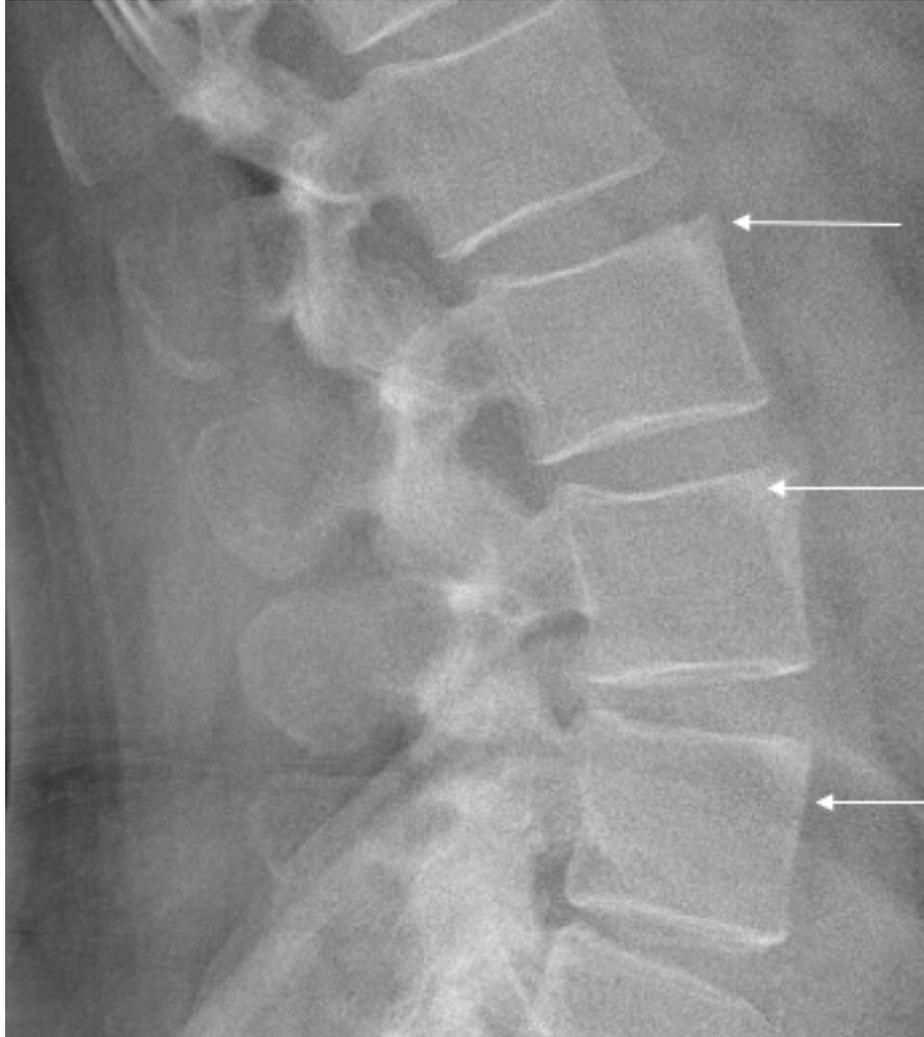
Photo 4 : SPA Uvéite antérieure aiguë

- **Arguments biologiques**

- Présence de l'Ag HLA B27
- Elévation de la C Réactive protéine

- **Arguments d'imagerie**

- *Radiographies standard* : Aspect carré et non concave du bord antérieur du corps vertébral, syndesmophytes, condensation des coins antérieurs des corps vertébraux sans atteinte discale sous jacente (photo 5), modification des interlignes des sacroiliaques, ankylose rachidienne (photo 6) et sacroiliaque



• *Photo 5 : Rachis lombaire profil : aspect carré du bord antérieur, du corps vertébral, condensation des coins antérosupérieurs des vertèbres*

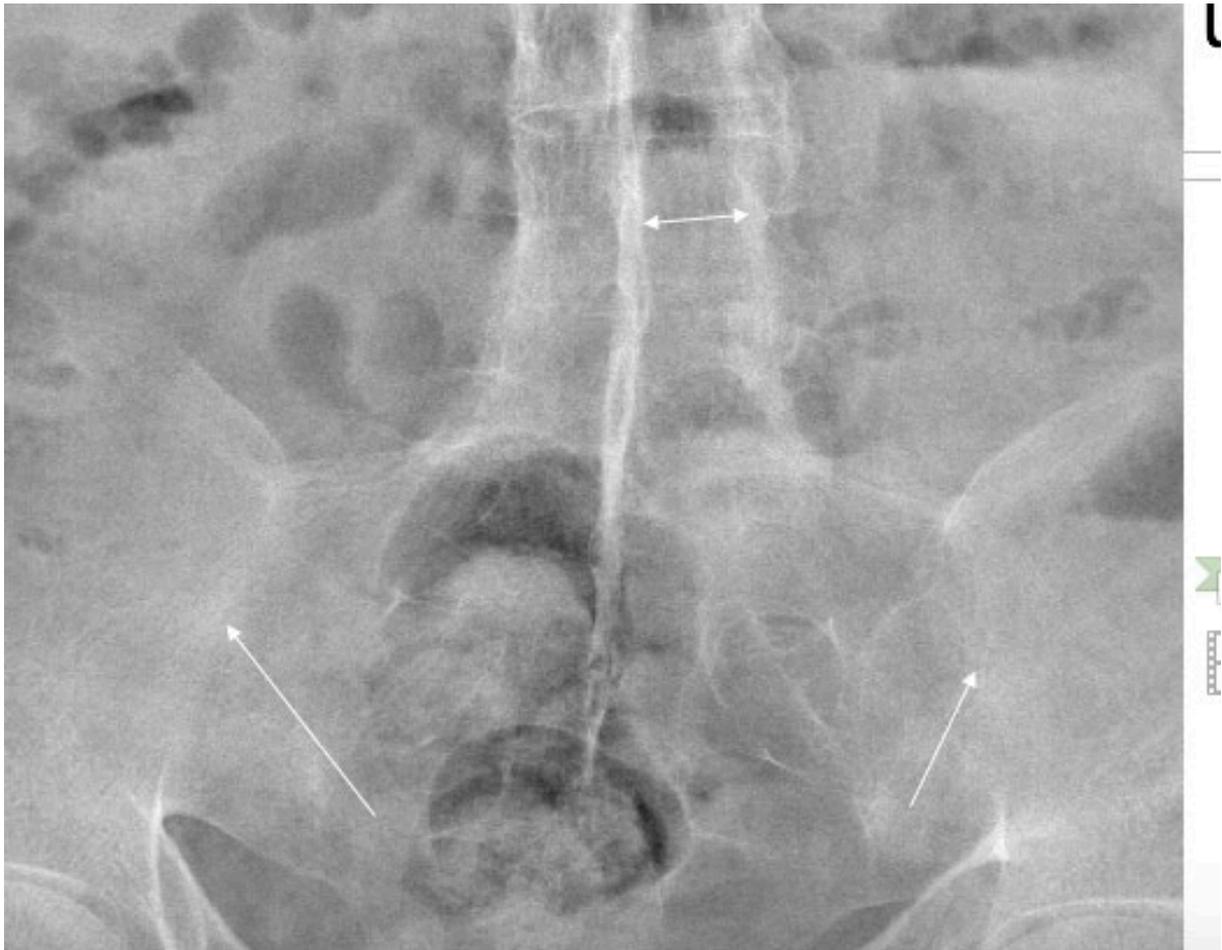


Photo 6 : SPA ankylose des articulations sacroiliaques, colonne dite de bambou

- *Imagerie par résonance magnétique (IRM)* : examen surtout performant pour l'étude des sacroiliaques, d'interprétation difficile nécessitant un radiologue entraîné retrouvant un oedeme inflammatoire des berges articulaires, des érosions(photo 7)

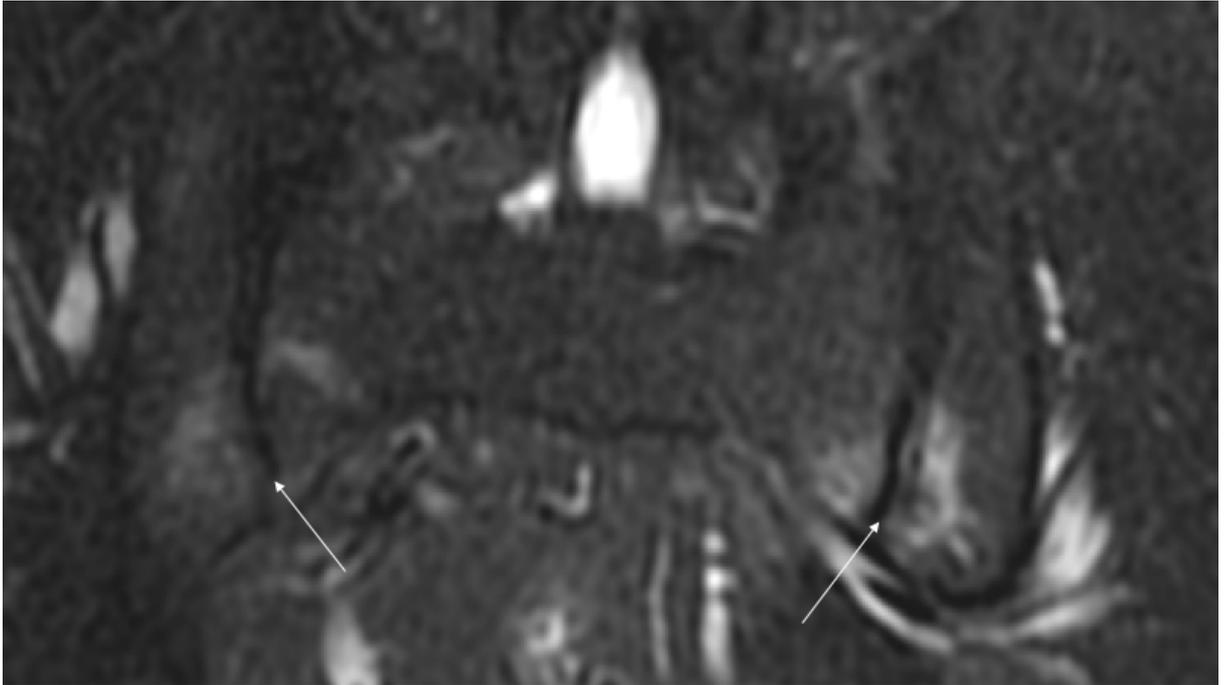


Photo 7 : SPA IRM des sacroiliaques en coupes coronales , en séquence STIR

- En cas de contre-indication à l'IRM, pour apprécier les érosions, le *scanner des sacro-iliaques* apporte des informations même si les anomalies sont plus tardives.

Le délai diagnostique peut parfois être très long (plusieurs années) en particulier quand les atteintes sont purement rachidiennes, attribuées à tort à une pathologie mécanique.

« Toute douleur rachidienne et du bassin d'allure inflammatoire chez un sujet jeune doit faire suspecter une SPA »

Des critères diagnostiques ont été développés utilisant les arguments précités pour analyser la probabilité du diagnostic (Critères ASAS, Critères d'Amor)

Un critère composite d'activité (ASDAS CRP) intégrant la raideur, douleur axiale et périphérique, la C réactive protéine aide à la décision de traitement permet de suivre l'activité sous traitement

Quel est le traitement ?

- **L'arrêt du tabac, l'activité physique** sont encouragés. Des séances de kinésithérapie peuvent guider la réalisation d'exercices à réaliser ensuite de façon régulière
- **Les Antiinflammatoires non stéroïdiens (AINS)**
C'est le traitement de référence et de première intention de la SA avec une efficacité importante et rapide qui en fait même un critère de diagnostic. Il doit être prescrit à dose maximale et il faut essayer 2 à 3 classes différentes d'AINS

avant de conclure à une non réponse ou une réponse insuffisante. Les contre-indications sont rares dans la classe d'âge touchée par la SA : hypertension artérielle, insuffisance rénale, hépatopathie chronique, maladie inflammatoire du tube digestif associée, diverticulose, ulcère digestif..

- **Les infiltrations de dérivés cortisoniques**

Elles sont utiles dans les atteintes périphériques articulaires (hanche, genou) et dans les articulations sacroiliaques

- **Le Methotrexate**

C'est un traitement de fond qui a une efficacité uniquement sur les atteintes périphériques de la SA

- **Les biothérapies**

Elles sont prescrites en cas de réponse insuffisante ou contre-indications aux AINS, si la maladie est active

Il y a 2 classes de biothérapies disponibles

-Les *anti TNF alpha* au nombre de 5 disponibles en sous cutané (SC) pour 4 (etanercept, adalimumab, certolizumab, golimumab) et par voie intraveineuse (IV) pour 1 (infliximab). Des biosimilaires sont disponibles pour 3 d'entre eux.

-Les *anti IL 17* au nombre de 2 disponibles en SC (secukinumab, ixekinumab)

Ces nouveaux médicaments ont en commun une assez bonne tolérance, une susceptibilité accrue aux infections. Le bilan préthérapeutique doit vérifier l'absence de contact avec la tuberculose par un test sanguin, des sérologies virales éliminant une hépatite B, C, HIV, une radiographie du thorax

Quelle est la durée du traitement ?

La SA évolue assez souvent par poussées même si certains patients ont une évolution chronique continue. Les traitements ne permettent pas de guérir la maladie, mais de contrôler les symptômes et le processus inflammatoire. On envisage une décroissance du traitement, lorsque le patient est en rémission et en fonction de l'évolution des signes lors de la décroissance, on peut discuter l'arrêt

Quel est le pronostic de la SA ?

Les AINS et biothérapies ont permis d'éviter l'évolution qui se faisait préalablement vers des déformations (cyphose, flessum de hanches, position vicieuse du cou). On n'a pas de certitude sur la capacité des traitements à limiter les anomalies radiographiques. L'amélioration de la qualité de vie est très significative. Les patient(e)s atteint(e)s de SA sont plus à risque de développer des pathologies cardiovasculaires (AINS, état inflammatoire chronique), de l'ostéoporose avec un risque fracturaire majoré en cas d'ankylose.

La spondylarthrite à l'IMM

Le département de médecine dispose d'une unité rhumatologique (Dr Gayraud, Audren, Dubourg, Inaoui, Mitrovic) permettant d'instituer des traitements en consultation, hôpital de jour, hôpital traditionnel pour des poussées sévères et complications. Les rhumatologues ont à disposition un échographe articulaire et font des gestes locaux d'infiltrations sous échographie. Le département de radiologie permet un accès à l'IRM (résonance magnétique) pour explorer le rachis et les sacroiliaques. Les rendez vous peuvent être obtenus rapidement via un courrier du médecin traitant. Une kinésithérapeute est attachée au service. Une étroite collaboration avec le département d'orthopédie est développée avec un spectre chirurgical large pour les patients atteints de SA (prothèses). L'éducation thérapeutique est en cours d'organisation.