

(rares) avec bloc de conduction ou aortite, et la présence du HLA B27 est inconstante.

Les enthesites sont plus fréquentes que les synovites, et on nous rappelle en passant que les enthèses sont tous les points d'insertion sur l'os, d'un ligament, d'un tendon, d'un cartilage, même d'un ongle...et que l'enthésite concerne justement une inflammation au point de l'interface avec l'os.

Ces enthésites sont favorisées par un stress mécanique (trauma, microtrauma), par un stress biologique (infection à chlamydia, infection intestinale ou simple rhume...).

Alors que chez l'individu «non prédisposé» l'inflammation aiguë aboutit à une libération de cytokines et de facteurs de croissance conduisant finalement à la réparation et à la guérison, chez l'individu génétiquement prédisposé (cf HLA B27, ERAP 1, IL-23R) le système s'emballé avec une prédominance de la destruction sur la réparation .

Il faut donc chercher à éviter les stress biologiques, rechercher activement les infections urogénitales (cf Chlamydia), éviter les stress mécaniques et ne pas confondre avec un CRPS (chronic regional pain syndrome, anciennement algodystrophie de Südeck).

Une équipe française a même récemment mis en évidence le lien entre les stress environnementaux et l'activité de la maladie.(Influence of environmental factors on disease activity in spondyloarthritis: a prospective cohort study; [Zeboulon-Ktorza N. J Rheumatol.](#) 2013 Apr;40(4):469-75.)

Les spondylarthrites c'est fréquent mais c'est aussi complexe...Dans les formes axiales le HLA B27 est présent dans 90% des cas...moins dans les formes périphériques (pas eu le temps de noter).

Il y a des facteurs prédictifs de gravité comme la CRP, l'inflammation visible à l'IRM et la présence de syndesmophytes (prolifération osseuse) sur la RX standard.

On sera attentif à classer les spondylarthrites dans le sous type «ad hoc», de tenir compte de la sévérité, de l'association avec d'autres maladies et de l'âge d'apparition.

Les formes d'apparition tardive sont souvent plus difficiles à diagnostiquer car elles ont peu de signes biologiques et radiologiques et peuvent être facilement confondues avec une polymyalgia rheumatica une arthrose ou une polyarthrite rhumatoïde.

On se méfiera des oedèmes des membres inférieurs (qui peuvent être un signe d'apparition), ainsi que des atteintes des hanches, des épaules et de la colonne cervicale.

Pour poser le diagnostic d'une spondylarthrite axiale on cherche la sacroiléite à l'imagerie avec en plus 1 critère diagnostique (cf spA features) ou la présence du HLA B27 avec 2 critères diagnostics (cf spA features).

Pour diagnostiquer une spondylarthrite périphérique il faut une arthrite + une enthésite...

Les enthésites peuvent survenir partout et aussi dans d'autres contextes comme la chondrocalcinose, l'arthrose digitale, l'hémochromatose, l'hypercholestérolémie familiale, et la fièvre familiale méditerranéenne...

Au niveau du genou par exemple, on cherche une inflammation du tendon du quadriceps sur la rotule, ou une inflammation de l'insertion du ligament quadricipital sous la rotule, ou encore son insertion sur la tubérosité du tibia...

On cherchera aussi l'uvéïte, soit l'œil rouge et douloureux avec baisse de vision.

Pour ce qui est du traitement des spondylarthrites périphériques:

1. les AINS
2. les traitements de fond avec Sulphasalazine, Methotrexate ou Leflunomide
3. les anti TNF

Pour les spondylarthropathies axiales:

1. les AINS et la Physio
2. les anti TNF (les ttts de fond ne marchent pas bien)

Les anti TNF semblent ralentir la progression de la maladie.

Les AINS n'ont pas d'effets sur l'inflammation déterminée par la CRP ou vue à l'IRM, mais ont un bon effet sur la progression radiologique (effet antiprolifération sur l'os).

Les corticoïdes sont très efficaces en injection locale.

Les corticoïdes systémiques sont peu efficaces à doses normales, mais peuvent être très efficaces à hautes doses chez certains patients.

On retiendra que les spondylarthrites sont fréquentes à tout âge, que le stress (mécanique, biologique ou psy) a un rôle déclenchant majeur, que le diagnostic est facilité si l'on recherche la présence d'une enthésite et que les traitements vont des AINS aux antiTNF, avec les traitements de fond avec immunomodulateurs pour les formes périphériques.

...mais surtout restons zen...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch