

Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 15 novembre 2011

Hôpital cantonal de Genève

Spondylarthrite ankylosante: diagnostic et traitement

Prof. P.A. Guerne

On peut dire spondylarthrites, ou spondylarthropathies ou spondyloarthrites (mais c'est le 1^{er} qui est le plus juste).

Les atteintes sont classiquement axiales (rachis et sacro-iliaques) mais peuvent aussi être périphériques (classiquement asymétriques et pauciarticulaires); mais il y a encore les atteintes muco-cutanées (glossite, balanite...), les atteintes oculaires (uvéites) et les atteintes digestives (Crohn, Rectocolite), et l'association avec le HLA B27.

Les atteintes musculosquelettiques sont caractérisées par **l'enthésite**. Une enthèse c'est toute insertion sur l'os d'un tendon, d'un ligament, d'une capsule articulaire ou d'un fascia (même un ongle...).

Dans les spondylarthrites (SpA) il faut inclure la spondylarthrite ankylosante (Bechterew), l'arthrite psoriasique, les arthrites associées aux MICIS (Maladie inflammatoire chronique de l'intestin), les arthrites réactives, et des arthrites indifférenciées...

Actuellement la nouvelle classification s'intéresse plutôt à la clinique et parle de:

- prédominance axiale
- prédominance périphérique
- axiale et périphérique

avec + ou – infection urogénitale ou intestinale

avec ou non, un psoriasis

avec ou non, une atteinte intestinale inflammatoire.

La prévalence est estimée entre 2 et 3% (c'est à dire plus fréquent que la Polyarthrite Rhumatoïde= PR).

A ne pas confondre avec:

- une PR séronégative
- une meniscopathie
- des tendinites à répétition
- la fibromyalgie
- une inflammation postraumatique prolongée
- l'algodystrophie, ou maladie de Südeck ou comme on l'appelle maintenant: CRPS (Complexe regional pain syndrom)

Le HLA B27 est identifié chez 90% des SpA ankylosantes axiales, chez 30-70% des SpA périphériques, et chez 8% de la population générale.

On nous montre différents gènes et locus associés soit aux SpA, soit aux Psoriasis, soit aux maladies inflammatoires de l'intestin.

Les enthésites (ou les insertionnites) sont favorisées aussi bien par la sursollicitation et le stress mécanique, comme les traumatismes et micro-traumatismes, mais aussi par un stress biologique avec activation des pattern recognition receptors (PRRs) qui sont des protéines associées au système immunitaire inné (comme les TOLL receptors...).

La SpA axiale c'est le Bechterew.

Avant on recherchait la sacro-iléite ou les syndesmophytes sur la colonne vertébrale, maintenant il y a des critères ASAS plus précis qui disent qu'il faut:

une sacro-iléite à l'imagerie avec 1 caractère de la liste ci-dessous,
ou la présence du HLA B27 avec 2 critères ci-dessous....

Les critères c'est...

- des rachialgies
- une ou des arthrites
- des enthésites
- une dactylite
- un psoriasis
- une inflammation chronique de l'intestin p.ex. Crohn
- une bonne réponse aux AINS
- une élévation de la CRP
- une anamnèse familiale positive
(et peut-être un ou 2 autres critères que j'ai raté dans le feu de l'action...)

Avec ça on arrive à une sensibilité de 86% et une spécificité de 94%...

Ce qui fait qu'une rachialgie est inflammatoire c'est qu'elle est présente avant 35 ans, qu'elle réveille dans la deuxième moitié de la nuit, qu'elle «bascule» d'une fesse à l'autre, qu'elle est améliorée par les AINS, et par le mouvement, mais pas par le repos (classiquement le patient ne s'attarde pas au lit le matin, car il sait que c'est en en sortant qu'il ira mieux...).

Avec 4 critères ci-dessus la sensibilité est de 47% et la spécificité de 86%

Avec 3 critères 78% de sensibilité et 46 de spécificité%

Avec 2 critères 96% de sensibilité mais 17% de spécificité...

L'imagerie de choix c'est l'IRM avec des séquences STIR (sensibilité = 100%) qui veut dire: suppression du signal de la graisse par inversion-récupération, et qui montre probablement mieux les enthésites que les autres signaux (normalement l'injection de Gadolinium ne serait pas nécessaire sauf pour différencier l'inflammation d'un abcès...).

- Pour les SpA périphériques les critères ASAS sont la présence d'une arthrite, d'une enthésite ou d'une dactylite avec un critère du groupe A, soit une uvéite, ou un psoriasis, un Crohn, un HLA B27, une infection récente, une sacro-iléite à l'imagerie (groupe A) ou 2 critères du groupe B, une arthrite, une enthésite, une dactylite, une rachialgie inflammatoire, une anamnèse familiale de SpA (Groupe B).

Dans ces cas là, toujours rechercher un psoriasis, et toujours rechercher une atteinte extra-articulaire (balanite, glossite, uvéite)...plus rarement un bloc AV, une régurgitation ou une sténose aortique...

Penser aux arthrites réactives:

le plus souvent: ...salmonelles, shigelles, yersinias
mais aussi ...chlamydia trachomatis, mycoplasmes, ureaplasmes
ou encore ...strepto beta hémolytique
ou encore ...chlamydia pneumoniae, BK
ou encore ...borrelia

Pour le labo, rechercher le HLA B27, une VS et une CRP élevée (mais c'est inconstant)...qui sont cependant prédictives d'une réponse au traitement...(en cas d'élévation) .

Une nouvelle technique d'échographie, l'US-power Doppler semblait prometteuse mais a une sensibilité nettement plus basse que l'IRM (81% contre 58%) et aussi une mauvaise spécificité (94% contre 71%).

Ces SpA peuvent avoir des conséquences sévères sur la morbi/mortalité avec fatigue chronique, dépression, ostéoporose...

La mortalité est doublée par rapport à un groupe contrôle soit par mortalité cardiovasculaire, amyloïdose, aortite, fractures vertébrales, alcoolisme et suicide...

Le traitement de la SpA axiale consiste en AINS, physio (1^{ère} ligne) et antiTNF (2^e ligne) et pour les SpA périphériques en AINS (1^{ère} ligne) puis salazopyrine + ou – Methotrexate (2e ligne) et antiTNF (3e ligne).

En général les traitements combinés (methotrexate ou meflunomide) ne sont pas recommandés sauf pour la SpA psoriasique ou l'association avec le Methotrexate aurait montré une certaine supériorité.

Le Rituximab (antiCD 20 = antilymphe B) n'est pas efficace si les antiTNFs ne marchent pas...

Le Tocilizumab (??) a montré quelques effets positifs...

Les AINS sont particulièrement efficaces dans les SpAs, bien qu'ils n'aient pas un gros effet sur l'inflammation mais plutôt sur l'aggravation radiologique (les orthopédistes sauraient que la prise d'AINS en post op diminue la formation de cal osseux)...

Tout ça pour dire que si le suivi radiographique montre une progression osseuse des lésions les AINS peuvent être prescrit dans l'idée de ralentir l'ossification...

Faut-il traiter les arthrites réactives avec des antibiotiques?

Les chlamydia: probablement OUI avec de la rifampicine + azithromycine ou doxycycline pendant 6 mois...

Les infections urogénitales? On ne sait pas...

Les infections gastro-intestinales? NON

Les infections à BK, Borrelia ou Streptocoques? Probablement OUI

On retiendra que les SpA sont fréquentes

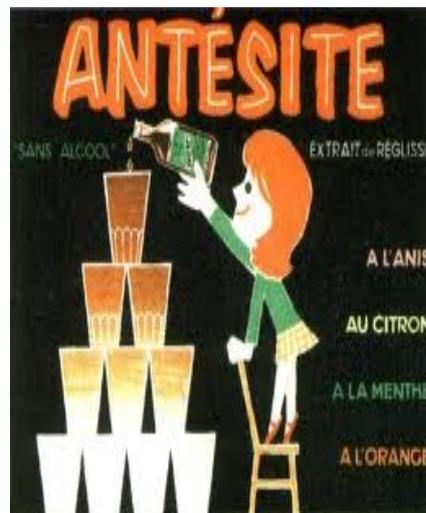
Que les critères ASAS doivent être suivis pour poser le diagnostic

Que l'IRM est souvent utile

Que la prescription d'AINS est en soi un test thérapeutique

Que le traitement ultérieur est différent selon qu'il s'agit d'une SpA axiale ou périphérique.

Qu'après 2 mois un antiTNF devrait avoir fait son effet, donc inutile de continuer au delà...



L'antésite, c'est aussi un jus de réglisse de mon enfance...mais ça ne s'écrit pas la même chose...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan

ericbdh@hin.ch

transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch