

Spondylarthrite ankylosante (Pelvispondylite rhumatismale)

GENERALITES

- **FREQUENCE** : le deuxième rang des rhumatismes inflammatoires chroniques après la polyarthrite rhumatoïde.

- N'entraîne que **rarement une invalidité importante**, exception faite des atteintes coxofémorales ou coxites, a conditions d'avoir une **reconnaissance précoce et un traitement continu doivent permettre d'éviter l'évolution défavorable vers l'ankylose en mauvaise position.**

ETIOLOGIES

Sexe, âge, fréquence

a. Sexe

La SPA touche classiquement le sexe masculin : 9 hommes pour 1 femme, mais il a été montré que les cas féminins ont été sous-estimés du fait de leur atypie ou de leur caractère plus fruste.

b. Age de début

Il se situe, plus de 1 fois sur 2, dans la troisième décennie, mais les débuts infantiles sont d'autant plus fréquents qu'il s'agit de sujets vivant dans des pays à niveau socio-économique déshérité (Maghreb). Cette notion se retrouve dans les facteurs d'environnement favorisant la survenue de la maladie.

c. Fréquence

Elle est très diversement appréciée : les enquêtes épidémiologiques concluaient à 1 cas pour 1000 ou 2000 habitants. Les radiographies systématiques effectuées chez les donneurs de sang porteurs de l'antigène HLA B27, donc une population à priori indemne de toute affection, ont montré dans certains cas que 20 p. 100 environ de sacro-iliaques étaient anormales et compatibles avec le diagnostic de SPA. Puisque 5 p. 100 de la population est HLA B27, la fréquence de la maladie pourrait être de $0,5 \times 0,3 = 1$ p. 100, chiffre certainement excessif.

Incidence annuelle variable selon les études et les contrées: 0.5 à 14 /100 000 personnes

La cause reste inconnue mais **certains facteurs favorisants sont connus** et peuvent être classés en deux rubriques: **facteurs génétiques** et **facteurs d'environnement**. Ils coexistent fréquemment et l'**association des deux paraît nécessaire au développement de la maladie.**

A Facteurs génétiques

1 Etude des généalogies

On connaît des formes familiales de SPA (10 p. 100 des cas), surtout fréquentes chez les parents des SPA féminines. Il existe des observations de SPA chez des jumeaux homozygotes.

2 Antigènes d'histocompatibilité HLA

Bien que plusieurs gènes semblent devoir être associés à la SPA, le concept de terrain génétique repose en grande partie sur l'association avec l'antigène HLA B27.

- Environ 90 p. 100 des malades **blancs européens** sont porteurs de cet antigène, alors que la fréquence du B27 dans la population est de 5 à 14 p. 100 selon les pays d'Europe.

- Certaines **tribus indiennes** du Canada pratiquant l'endogamie ont une fréquence très élevée de SPA : 1 sujet sur 2 de ces tribus est porteur de l'antigène HLA-B27.
- On connaît 25 sous-types d'allèles B27 grâce aux techniques actuelles de typage par biologie moléculaire. Tous ne sont pas associés à la SPA, soulignant la complexité des rapports entre B27 et SPA. Les malades français sont habituellement B*2705.
- Néanmoins, un certain contingent de malades caucasiens n'a pas l'antigène B27 et la maladie existe, bien que beaucoup plus rare, chez les Noirs d'Afrique en l'absence de cet antigène d'histocompatibilité. D'autres allèles HLA B sont parfois retrouvés associés à la SPA, le principal étant B7.

La SPA constitue cependant le chef de file des maladies liées au complexe d'histocompatibilité HLA avec un risque relatif voisin de 100 pour les sujets B27.

Comment explique t-on le rôle de la molécule B27 au cours de la SPA ?

| Hypothèses | Implication de la molécule HLA B27 | Mécanisme immunologique |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Théories spécifiques d'antigène | | |
| Peptide arthritogène | Présentation par le HLA B27 d'un peptide du soi dérivant d'un antigène exprimé dans les tissu cibles | Activation d'un clone T CB8+ autoréactif dirigé contre le peptide du soi |
| Mimétisme moléculaire | Ressemblance moléculaire entre un peptide du HLA B27 ou présenté par HLA B27 et un antigène bactérien | Réponse T croisée contre la bactérie responsable de l'infection et le peptide du HLA B27 |
| Théories indépendantes de l'antigène | | |
| Anomalie de repliement | Repliement ralenti de la molécule HLA B27 dans le réticulum endoplasmique | Réponse de stress. Activation de la voie NFκB. Amplification de la réaction inflammatoire |
| Formation d'homodimères | Complexes homodimériques de chaînes lourdes du HLA B27 reliés par des ponts disulfure entre Cys67 | Interaction inhabituelle entre homodimères du HLA B27 et des LT CD4+ ou des récepteurs de type Natural Killer |

B Facteurs d'environnement

1. Concept des arthrites réactionnelles

Certains rhumatismes inflammatoires surviennent après une infection bactérienne ou virale.

- Le germe n'est pas cultivable par les méthodes habituelles dans l'articulation, mais certains de ses constituants : protéines, ARN ribosomal ou ADN, sont encore présents laissant penser que le germe a déclenché une réaction inflammatoire de la synoviale articulaire.
- Les manifestations articulaires peuvent être isolées, on parle alors d'arthrites réactionnelles, ou associées à des signes cutanés, muqueux (balanite, érosions buccales), génito-urinaires (urétrite) et intestinaux (gastroentérite), constituant alors le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (FLR).
- Les articulations touchées sont le plus souvent les articulations périphériques des membres inférieurs. Les fluxions articulaires disparaissent généralement en quelques mois. Peuvent s'y associer des douleurs aux points d'insertion des tendons sur le périoste (appelé enthèse) avec tendinite (Achille, aponévrose plantaire, etc ...).
- Dans les années qui suivent on peut voir survenir des récurrences articulaires, mais surtout des manifestations pelvirachidiennes identiques par bien des points à la spondylarthrite ankylosante en apparence idiopathique. Cette association ultérieure à une SPA est d'autant plus fréquente que le sujet est porteur de l'antigène B27.
- Parmi les germes en cause, citons les Salmonella, les Shigella, les Yersinia, les Campylobacter, Ureaplasma urealyticum, les Chlamydiae (trachomatis surtout, pneumoniae plus rarement), voire certaines Klebsiella. On peut en rapprocher quelques observations de

pelvispondylite survenant au cours d'une maladie de **Behçet**, bien qu'aucun germe n'ait été incriminé avec certitude dans cette maladie.

2. Autres affections pouvant s'associer à la SPA

Il existe une fréquence inhabituelle de SPA au cours des rhumatismes des entérocolopathies chroniques, qu'il s'agisse de **la maladie de Crohn (2 à 8,5 p. 100)** de la **rectocolite ulcérohémorragique (1,1 à 12,6 p. 100)** ou de **la maladie de Whipple (6 p. 100)**. De même, il existe une forme axiale du **rhumatisme psoriasique**.

C. Le concept de "spondylarthropathie séronégative"

On regroupe sous cette appellation l'ensemble des affections précédentes (SPA, arthrites réactionnelles, FLR, arthrites des entérocolopathies chroniques, rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale).

Des critères diagnostiques ont été proposés et validés en Europe (critères ESSG) et en France (critères d'AMOR).

Les critères du groupe européen d'étude des spondylarthropathies (ESSG 1991)

Critères majeurs :

- rachialgies inflammatoires
- synovite asymétrique ou prédominant aux membres inférieurs

Critères mineurs :

- histoire familiale de spondylarthropathie ou d'uvéïte ou d'entérocolopathie
- psoriasis
- entérocolopathie inflammatoire
- enthésopathie
- sacro-iliite radiologique

Spondylarthropathie si : 1 critère majeur + au moins un critère mineur.
sensibilité : 87 % spécificité : 96 %

Critères d'Amor, 1990 (12 critères)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Douleurs nocturnes ou raideur matinale de siège lombaire ou dorsal | 1 |
| 2. Oligoarthritis asymétrique | 2 |
| 3. Douleurs fessières sans précision Douleurs fessières à bascule | 1 ou 2 |
| 4. Doigt ou orteil en saucisse | 2 |
| 5. Talalgies ou autre enthésopathie | 2 |
| 6. Iritis | 2 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 7. Urétrite non gonococcique ou cervicite (< 1 mois avant arthrite) | 1 |
| 8. Diarrhée moins d'un mois avant une arthrite | 1 |
| 9. Présence ou antécédents : psoriasis et/ou balanite et/ou entérocolopathie | 2 |
| 10. Sacro-iliite radiologique unilatérale (stade 3) ou bilatérale (stade 2) (ou IRM) | 3 |
| 11. Présence de l'antigène HLA B27 et/ou antécédent familial : SPA, Reiter, psoriasis, uvéite, entérocolopathie | 2 |
| 12. Efficacité rapide (48 h) des AINS ou rechute rapide (48 h) après arrêt | 2 |
| Spondylarthropathie si \geq 6 points sensibilité : 92 % spécificité : 98 % | |

D. Modèles expérimentaux

Le modèle le plus utile à la compréhension de l'étiologie multifactorielle de la SPA est celui de **rat transgénique pour le gène codant pour HLA B27**. Les souches qui expriment à la surface de leurs cellules la grande quantité de molécules B27 développent une polyarthrite, des signes digestifs et cutanés proches des spondylarthropathies. Les animaux élevés en situation stérile sont indemnes alors que ceux vivants en situation non stérile (germes intestinaux) développent la maladie, soulignant l'interaction nécessaire avec les germes de l'environnement.

DIAGNOSTIC

A. Diagnostic positif

1. Modes de début

Il existe deux principaux modes de début de la spondylarthrite ankylosante :

- un **début pelvirachidien**, le plus classique (**80 p. 100 des cas**)
- un **début par une arthrite des membres** (**20 p. 100 des cas**)

a. Atteinte pelvirachidienne

Elle inaugure le plus souvent les symptômes cliniques.

- Les signes prédominent au rachis lombaire et au bassin. Il s'agit habituellement de douleurs lombaires ou fessières, particulières par leur horaire matinal ou nocturne, indépendant des efforts physiques.
- Les douleurs rachidiennes peuvent s'accompagner d'irradiations dans les fesses, voire dans les membres inférieurs selon un trajet crural postérieur, s'arrêtant habituellement au creux poplité. Elles sont uni- ou bilatérales, voire à bascule.
- Une raideur rachidienne, avec un dérouillage matinal, complète la symptomatologie clinique.
- L'examen clinique apprécie la mobilité du rachis dans le plan antéropostérieur et transversal, recherche des points douloureux, notamment à la pression des articulations sacro-iliaques. Les manoeuvres mettant en tension l'articulation sacro-iliaque provoquent une douleur comparable à la douleur spontanée. Enfin, l'examen clinique vérifie l'absence de signes neurologiques radiculaires.

b. Début périphérique

Plus rarement, la maladie débute par une arthrite des membres.

- Il s'agit le plus souvent d'une **oligoarthrite** (moins de 4 articulations touchées) asymétrique, ou d'une **monoarthrite** touchant les grosses articulations des membres inférieurs (genoux surtout). Parfois, il s'agit de douleurs dues à une **enthésopathie** : talalgie inférieure ou postérieure uni ou bilatérale.
- L'atteinte **coxo-fémorale inaugurale est plus rare** mais elle engage le pronostic fonctionnel car elle est source d'invalidité.

c. Eléments du diagnostic précoce

A cette période de début le diagnostic repose sur trois examens complémentaires principaux :

- la vitesse de sédimentation, souvent élevée;
- la radiographie des articulations sacro-iliaques; mais les signes radiographiques sont souvent en retard sur la clinique et il faudrait répéter cet examen après 6 mois d'évolution; **le scanner des sacro-iliaques (mais surtout l'IRM) peut montrer des anomalies dès ce stade;**



Scanner sacro-iliaques : sacro-iliite débutante

- enfin, la recherche de l'antigène HLA-B27 dont nous avons vu avec quelle fréquence cet antigène est associé à la SPA; néanmoins, un résultat négatif ne doit pas faire rejeter le diagnostic.

Les critères diagnostiques des spondylarthropathies sont très utiles au début pour poser le diagnostic. Cependant il n'est pas rare que le diagnostic soit porté plus tardivement devant un tableau clinique et radiologique plus évolué.

2 La période d'état

a. Clinique

• Douleurs rachidiennes

- Initialement intermittentes, elles sont souvent plus durables, évoluant par périodes de plusieurs semaines ou mois.
- On assiste habituellement à une extension ascendante des douleurs rachidiennes qui, de lombaires, vont ensuite atteindre la région dorsale avec parfois des douleurs thoraciques sternocostales, limitant l'amplitude des mouvements respiratoires, voire plus tardivement le rachis cervical.
- Une raideur plus ou moins grande peut accompagner les douleurs, plus rarement résumer la clinique.
- L'examen étudie la mobilité rachidienne: plusieurs index sont utiles à mesurer car ils permettent un suivi clinique quel que soit l'examineur :
 - au rachis lombaire on mesure l'indice de Schober (on place un repère au feutre 10 cm au-dessus de l'épineuse de L5 lorsque le sujet est debout, puis on lui demande d'essayer de toucher ses pieds avec ses doigts, les genoux restant tendus: chez un sujet normal, cette distance passe de 10 cm à 15 cm environ). On mesure également la distance doigt-sol en antéflexion et surtout en inclinaisons latérales.
 - au rachis dorsal on mesure le périmètre thoracique en inspiration et en expiration forcées;
 - au rachis cervical on mesure les distances nuque-mur ou tragus-mur et menton-sternum

Tous ces chiffres sont consignés et serviront de repères pour les examens ultérieurs.

- A l'atteinte rachidienne peuvent s'associer de façon très variable:
 - soit **des manifestations articulaires ou tendinopériostées (enthésopathies);**
 - soit **des manifestations viscérales au premier rang desquelles figure l'uvéïté ou iridocyclite.**

• Arthrites périphériques

- Elles s'observent au cours de l'évolution chez 50 à 70 p. 100 des malades: il s'agit surtout d'atteinte inflammatoire proximale, des **épaules** et **coxofémorales**, plus rarement d'une atteinte des genoux ou des pieds.
- Un tableau de **polyarthrite touchant les mains, exceptionnel en France, serait plus fréquent dans les pays scandinaves.**
- Parmi les atteintes **tendinopériostées il faut toujours citer les talalgies inférieures ou postérieures qui peuvent révéler une SPA.** Leur horaire matinal ou nocturne doit éveiller l'attention et amener à pratiquer une radiographie des sacro-iliaques.

• Manifestations viscérales

Elles sont d'inégale fréquence.

- **L'oeil est l'organe le plus touché:**
 - il s'agit d'une **uvéite antérieure** (oeil rouge, douloureux, à l'acuité diminuée), le plus souvent unilatérale, guérissant en quelques semaines ou mois; cette manifestation peut inaugurer la maladie ou survenir à n'importe quel moment de l'évolution chez 20 p. 100 environ des SPA;
 - il ne s'agit pas à proprement parler d'une complication mais d'**une manifestation indépendante survenant sur le même terrain de prédisposition génétique, c'est-à-dire chez les sujets HLA-B27.**
- **D'autres manifestations viscérales sont propres à la SPA:**
 - **pulmonaire:** insuffisance ventilatoire restrictive, liée à la rigidité de la paroi thoracique: elle sera chiffrée lors d'épreuves fonctionnelles respiratoires; beaucoup plus rarement on peut voir survenir une fibrose pulmonaire radiologique, prédominant aux deux sommets, imposant d'éliminer une surinfection, notamment tuberculeuse;
 - **deux manifestations cardiaques sont classiques mais rares: l'insuffisance aortique et les troubles de la conduction auriculoventriculaire avec un bloc électrique complet ou incomplet;**
 - citons pour mémoire quelques complications exceptionnelles et tardives telles que le **syndrome de la queue de cheval** par **arachnoïdite**, qui ne s'observe que dans certaines formes très évoluées de SPA, et **l'amylose**.

b. Signes radiographiques

Suspecté sur les signes cliniques, le diagnostic de SPA repose sur l'examen radiographique.

Technique

- La seule incidence réellement utile au diagnostic est un grand cliché dorso-lombo-pelvifémoral postéro-antérieur debout (cliché de de Sèze) qui permet de voir sur la même incidence la jonction dorsolombaire, le rachis lombaire, les articulations sacro-iliaques et coxofémorales.
- Un cliché du bassin de face centré sur les sacro-iliaques est parfois utile en s'aidant si nécessaire d'une compression.
- Les autres clichés seront demandés en fonction des signes cliniques.

Signes d'arthrite sacro-iliaque

Classiquement, ces signes sont bilatéraux et plus ou moins symétriques mais au début ils peuvent prédominer d'un côté. Ils évoluent en plusieurs stades qu'il est possible de schématiser comme suit (classification de Forestier).

- **Stade 0** : sacro-iliaques normales
- **Stade I**: déminéralisation de l'os sous-chondral avec léger flou de l'interligne, pseudo-élargissement irrégulier; les signes prédominent sur le pied de l'articulation dont les **berges paraissent dentelées (en timbre poste)**.
- **Stade II**: érosions, géodes et ostéosclérose de deux berges aboutissent à un aspect pommelé; **l'interligne apparaît pincé**.
- **Stade III: l'interligne a disparu**. L'ankylose est complète avec parfois des images de ponts osseux.



Cette évolution se fait dans un délai très variable de 1 à 20 ans.

- **Signes rachidiens**

On distingue les atteintes du corps vertébral et celles de l'arc postérieur. Elles peuvent exister seules, s'associer entre elles, voire être totalement absentes.

- Modifications corporéales

- **L'ossification intersomatique sous-ligamentaire** est l'image la plus classique: il s'agit d'une ossification partant quelques millimètres au-dessus ou au-dessous du plateau vertébral, de trajet vertical convexe en dehors, aboutissant à une fusion des corps vertébraux. Ces syndesmophytes débutent en général à **la jonction dorsolombaire** où il faudra donc les rechercher. Tous les corps vertébraux peuvent ainsi être solidarisés, ce qui explique l'ankylose progressive (colonne lombaire). A ce stade, il existe habituellement une ostéoporose prédisposant aux fractures traumatiques.



Rachis lombaire de face : syndesmophytes

- La **spondylite antérieure** est une lésion inflammatoire touchant le coin antéro-supérieur ou inférieur du corps vertébral; érosions et condensations s'associent, aboutissant parfois à un aspect rectiligne du bord antérieur de la vertèbre sur le cliché de profil : **le corps vertébral prend ainsi un aspect carré.**



Rachis lombaire profil : aspect carré des vertèbres

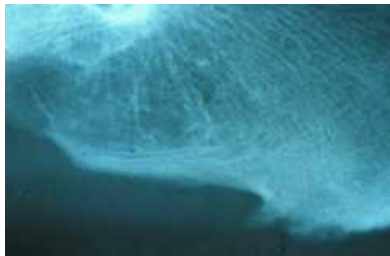
- Plus rarement, la lésion inflammatoire touche le disque intervertébral et les plateaux sus- et sous-jacents, réalisant une **spondylodiscite non infectieuse**.
- **Modifications des arcs postérieurs**
 - L'**arthrite interapophysaire postérieure** est probablement rare mais elle est source d'ankylose. Elle se traduit par une condensation et des érosions des berges des articulations interapophysaires puis par une ankylose, bien visualisée par des clichés de trois quarts.
 - Les **ossifications ligamentaires** peuvent toucher le ligament **interépineux**, les ligaments **interapophysaires**, le **ligament jaune** aboutissant sur les radiographies de face à un aspect en rail de chemin de fer.



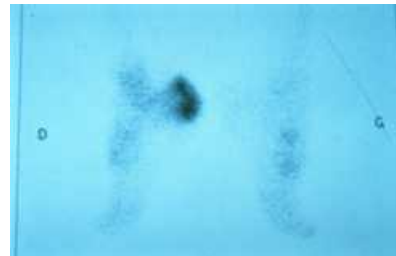
Rachis cervical de 3/4 : fusion des articulaires postérieures

■ Signes articulaires et tendinopériostés

- Les signes d'arthrite périphérique sont non spécifiques. Il faut insister cependant sur les images **d'ossification** ou **d'ankylose articulaires**, bien particulières à la SPA et qui s'observent aux cours des **coxites**.
- Les **ossifications sous-périostées** peuvent s'observer au bassin (**crêtes iliaques**, branches **ischio-pubiennes**), aux talons (**calcanéite postérieure** ou **inférieure**).



Radiographie de l'arrière-pied : enthésopathie calcanéenne inférieure et postérieure



Scintigraphie osseuse : hyperfixation postérieure du calcanéum par enthésopathie

c. Autres imageries

- **l'IRM** est utile pour diagnostiquer la sacro-iliite au début montrant un **hyposignal en T1** des berges, se **réhaussant après injection de gadolinium** et un **hypersignal en T2**
- **l'échographie avec doppler puissance** des enthèses authentifie **l'inflammation des points d'insertion des tendons**

d. Signes biologiques

- La vitesse de sédimentation est habituellement élevée au cours des poussées mais elle peut rester **normale** tout au long de l'évolution (**20 p. 100 des cas**).
- Les réactions sérologiques détectant les facteurs rhumatoïdes (latex, Waaler-Rose) sont négatives.
- Il en est de même des anticorps antinucléaires et antistreptococciques
- **La présence de l'antigène HLA-B27 est un fort argument de présomption mais il faut se rappeler que :**

10 p. 100 des SPA (notamment chez les sujets du Maghreb) n'ont pas l'antigène HLA-B27; elles sont tout à fait identiques cliniquement et radiologiquement à celles qui sont HLA-B27 ;

par ailleurs, 4 à 8 p. 100 de la population saine d'Europe du Sud est porteuse de cet antigène qui n'est donc pas synonyme de SPA.

B Critères du diagnostic positif

Le diagnostic de la SPA est clinique et radiologique. Il a été proposé un certain nombre de critères dont l'association permet d'affirmer la SPA.

1 Critères de Rome (1961)

1. **Douleur et raideur lombaire** d'horaire inflammatoire, durant depuis plus de 2mois.
2. **Douleur et raideur dorsale** ayant les mêmes caractères.
3. **Diminution de la mobilité du rachis lombaire.**
4. **Diminution de l'expansion thoracique.**
5. **Iritis** présent ou ancien.
6. **Image radiologique sacro-iliaque évocatrice.**

Il faut 4 des 5 premiers critères ou le 7e isolé pour affirmer la SPA.

2 Critères de New York (1966)

Ils sont très voisins de ceux de Rome.

1. **Diminution de l'amplitude du rachis lombaire** dans les trois plans.
2. **Douleur lombaire ou dorsolombaire** d'horaire inflammatoire.
3. **Diminution de l'expansion thoracique** (inférieure ou égale à 2,5 cm à hauteur du 4e espace intercostal).
4. **Sacro-iliite radiologique caractéristique.**

La SPA est définie lorsqu'au 4e critère s'associe l'un des précédents.

La SPA est probable lorsque le 4e critère est seul présent.

3 critères de essg 1991

Les critères du groupe européen d'étude des spondylarthropathies (ESSG 1991)

Critères majeurs :

- **rachialgies** inflammatoires
- **synovite asymétrique** ou prédominant aux membres inférieurs

Critères mineurs :

- histoire familiale de spondylarthropathie ou d'uvéite ou d'entérocolopathie
- psoriasis
- entérocolopathie inflammatoire
- enthésopathie
- sacro-iliite radiologique

Spondylarthropathie si : 1 critère majeur + au moins un critère mineur.
sensibilité : 87 % spécificité : 96 %

4 Critères d'Amor, 1990 (12 critères)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Douleurs nocturnes ou raideur matinale de siège lombaire ou dorsal | 1 |
| 2. Oligoarthrite asymétrique | 2 |
| 3. Douleurs fessières sans précision Douleurs fessières à bascule | 1 ou 2 |
| 4. Doigt ou orteil en saucisse | 2 |
| 5. Talalgies ou autre enthésopathie | 2 |
| 6. Iritis | 2 |
| 7. Urétrite non gonococcique ou cervicite (< 1 mois avant arthrite) | 1 |
| 8. Diarrhée moins d'un mois avant une arthrite | 1 |
| 9. Présence ou antécédents : psoriasis et/ou balanite et/ou entérocolopathie | 2 |
| 10. Sacro-iliite radiologique unilatérale (stade 3) ou bilatérale (stade 2) (ou IRM) | 3 |
| 11. Présence de l'antigène HLA B27 et/ou antécédent familial : SPA, Reiter, psoriasis, uvéite, entérocolopathie | 2 |
| 12. Efficacité rapide (48 h) des AINS ou rechute rapide (48 h) après arrêt | 2 |

Spondylarthropathie si ≥ 6 points
sensibilité : 92 % spécificité : 98 %

C Diagnostic différentiel

La liste des affections pouvant être confondues avec la SPA est longue. Citons les principales.

1 Devant une arthrite **sacro-iliaque** à prédominance unilatérale

Il faut éliminer:

- avant tout une **origine infectieuse** (tuberculose, pyogènes, brucellose, salmonelloses...);
- plus rarement, une **hyperparathyroïdie**, une ochronose (alcaptonurie), une **ostéochondrose**.

- **on rapprochera de la SPA le syndrome SAPHO, acronyme signifiant synovite, acné, pustulose, palmo-plantaire ou psoriasis, hyperostose et ostéite, qui associe fréquemment une sacro-iliite unilatérale chez des sujets rarement B27. Cette affection répond souvent aux critères de spondylarthropathie.**

2 Devant une atteinte **rachidienne**

Différencier un syndesmophyte :

- d'un **ostéophyte de discarthrose** ;
- d'une coulée osseuse **d'hyperostose vertébrale ankylosante (maladie de Forestier)**.

3 Devant une **arthrite périphérique isolée**

Il faut discuter les **causes de polyarthrite chronique** ou de **monoarthrite**.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

A Evolution

L'évolution de la SPA se fait

- soit de façon intermittente (2/3 des cas);
- soit de façon continue durant un laps de temps très variable

¥ certaines formes très lentement progressives évolueront sur **plusieurs décennies;**
¥ d'autres au contraire, véritablement suraiguës, peuvent aboutir à une ankylose en **quelques mois.**

B Pronostic

1 Pronostic vital

Il est exceptionnellement menacé, conséquence soit d'une **insuffisance aortique négligée**, soit d'un **accident traumatique rachidien** (fracture pouvant se compliquer de **paraplégie**).

2 Pronostic fonctionnel

Il dépend de la rapidité de l'évolution : la plupart des sujets atteints de SPA peuvent avoir une activité physique et professionnelle sédentaire normale. De rares formes, souvent négligées, aboutissent à des ankyloses vicieuses incompatibles avec une vie socio-professionnelle normale. Il faut citer dans ce cadre les coxites ankylosantes bilatérales n'autorisant qu'une démarche pendulaire et les grandes cyphoses empêchant une vision horizontale.

PRINCIPES DU TRAITEMENT

Le traitement de la SPA est purement symptomatique. Il vise à limiter l'inflammation articulaire et à prévenir les attitudes vicieuses. Deux types de traitement sont complémentaires: médical et kinésithérapique. La chirurgie ne s'adresse qu'aux séquelles.

A Traitement médical

1 Repos

Il doit être complet lors des poussées douloureuses.

2 Anti inflammatoires non stéroïdiens

- Parmi les différentes familles, les pyrazolés sont les plus efficaces. Le seul encore commercialisé dans cette indication est la **phénylbutazone** qui s'emploie de préférence per os ou en suppositoires à des doses d'attaque ne devant pas dépasser 1 g/24 h. Une protection gastrique est souvent associée. Un traitement d'entretien à dose moindre sera ensuite mis en oeuvre.
- Avant la phénylbutazone, il faut essayer les **autres familles d'AINS tels que l'indométacine, les propioniques et le diclofénac**, voire de simples antalgiques.

3 Corticoïdes

Ils ne doivent pas être utilisés car ils sont généralement moins efficaces que les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Certains les utilisent en cas d'ulcère gastroduodéal provoqué par les traitements précédents, sous couvert d'anti-ulcéreux et sans dépasser 10 mg de prednisone/24 h.

4 Traitements de fond

Aucun des traitements de fond de la polyarthrite rhumatoïde n'est efficace sur les manifestations axiales de la SPA. **La salazopyrine** aurait une certaine efficacité sur les arthrites périphériques. Le **méthotrexate (10 mg 1 jour/semaine)** est parfois utile devant des arthrites réactionnelles ou psoriasiques et donc par extension devant des arthrites périphériques de SPA.

Les **anti-TNF alpha (Remicade®, Enbrel®)** ont l'AMM pour traiter les formes axiales ou périphériques de SPA (et le rhumatisme psoriasique) avec des résultats spectaculaires. Ils ne sont indiqués qu'**après échec d'au moins 2 AINS donnés un mois à la dose maximale tolérée.**

L'efficacité des anti-TNF alpha est souvent spectaculaire, notamment en cas de signes inflammatoires cliniques et biologiques nets.

-

5. Synoviorthèses osmiques ou avec des corticoïdes d'action retardée

Elles s'adressent aux arthrites des membres

B Réadaptation fonctionnelle

Elle doit être associée dès que les phénomènes douloureux sont maîtrisés.

1 Hygiène de vie

Les conditions d'hygiène de vie comportent notamment le repos nocturne sur un plan dur et le plus à plat possible.

2 Exercices

Il faut mettre en oeuvre **des exercices de posture et de gymnastique** qui s'efforcent de maintenir le rachis en rectitude. Les exercices seront effectués **quotidiennement** par le malade qui doit prendre conscience de l'importance de cette pratique. Les **exercices en piscine sont vivement recommandés**.

3 Kinésithérapie respiratoire

Elle est **toujours utile**

4 Corsets plâtrés et attelles de postures

Ils visent à **diminuer les attitudes vicieuses**.

5 Orthèses plantaires (semelles)

pour les **talalgies**

C Chirurgie orthopédique

Elle s'adresse aux ankyloses en mauvaises positions

1 Chirurgie de hanche

Elle est en général limitée aux **arthroplasties totales** au pronostic incertain chez des sujets souvent jeunes. La **réankylose** est plus fréquente que dans d'autres types de coxites. Il en est de même des sepsis.

2. Chirurgie vertébrale

Elle est exceptionnellement indiquée : il s'agit d'**ostéotomie du rachis ou du bassin** visant à permettre au sujet de se déplacer sans l'aide d'une tierce personne.