La spondyloarthrite

Dénominations et abréviations

Les spondyloarthrites (SpA), précédemment nommées spondylarthropathies, comportent des formes périphériques (le rhumatisme psoriasique) et/ou des formes axiales parfois dites ankylosantes (SA) en présence de signes radiographiques.

Population touchée

La malade débute dans plus d'un cas sur deux entre 20 et 30 ans. On a longtemps pensé qu'elle touchait plus les hommes que les femmes mais les études les plus récentes montrent que les deux sexes sont touchés dans des proportions équivalentes.

Fréquence

0,3 % de la population française est atteinte de spondyloarthrite, dont la moitié de spondylarthrite ankylosante.

Causes identifiées

La SpA est une maladie multifactorielle associant :

- Une prédisposition génétique certaine : l'antigène HLA B27 est retrouvé chez 50 à 90 % des personnes souffrant de SpA, selon la forme clinique périphérique ou axiale du rhumatisme. Mais ce gène est également présent dans 10 % de la population générale, dont seulement 5 % déclenchera une SpA. Les formes familiales sont fréquentes, concernant environ 20 % des patients ;
- Des facteurs environnementaux, dont certaines infections bactériennes, intestinales ou génitales.

Symptômes

La SpA est liée à une enthésite (inflammation des zones où les tendons, les ligaments et la capsule articulaire s'accrochent sur l'os). Elle évolue par poussées inflammatoires, d'intensité et de fréquence variables selon les patients, entrecoupées de périodes d'accalmie qui peuvent durer de quelques jours à plusieurs années.
L'inflammation du squelette axial est caractéristique de la SpA. Elle peut toucher tous les os et articulations de l'axe du corps ou rachis, depuis les vertèbres cervicales jusqu'aux articulations sacro-iliaques, qui relient le bas de la colonne vertébrale au bassin.
Les manifestations articulaires caractéristiques de la SpA sont :

- Les douleurs : dans 80 % des cas, la SpA commence par des douleurs axiales dans le bas du dos et les fesses, tantôt à droite, tantôt à gauche, qui irradient vers l'arrière des cuisses comme une "sciatique", responsables de réveils nocturnes et non soulagées par le repos. Les douleurs axiales de la cage thoracique sont moins fréquentes mais très évocatrices. Les douleurs périphériques se manifestent au niveau des talons et des grosses articulations : épaules, coudes, poignets, genoux, chevilles. L'atteinte de la hanche est moins fréquente mais parfois sévère ;
- Le dérouillage matinal : ces douleurs du rachis, des sacro-iliaques ou des articulations périphériques s'améliorant après la mise en mouvement ;
- Le gonflement de l'articulation : elle devient rouge et chaude quand l'inflammation touche la membrane synoviale ou un tendon des doigts ou des orteils ;
- Les déformations de la colonne quand est atteint le stade de l'ankylose ;
- Une fatigue anormale : commune aux autres rhumatismes inflammatoires chroniques, c'est parfois le symptôme le plus gênant.

Les manifestations extra-articulaires, présentes dans plus de la moitié des cas de SpA, sont :

- Une atteinte oculaire : l'uvéite antérieure aiguë (inflammation de la partie antérieure de l'œil), rapportée chez près de la moitié des patients ; c'est une urgence ophtalmologique ;
- Du psoriasis : présent chez plus d'un patient sur 10, c'est classiquement une inflammation de la peau (plaques rouges qui pèlent), des ongles et plus rarement des plis et des muqueuses (démangeaisons voire suintements) ;
- Une inflammation intestinale : elle peut correspondre à une maladie de Crohn ou à une rectocolite hémorragique.

Diagnostic

Un diagnostic précoce est essentiel pour ralentir voire stopper l'évolution de la maladie. Mais celui-ci est délicat à poser car il est basé sur un faisceau d'arguments :

- Les maîtres-symptômes : "mal de dos" chez des personnes jeunes, raideur et fatigue. Mais ils sont d'une grande banalité et les signes objectifs d'inflammation sont inconstants. Le caractère nocturne des douleurs doit impérativement faire évoquer ce diagnostic ;
- La présence chez le patient ou dans sa famille d'une SpA ou de signes extra-articulaires ;
- La présence de marqueurs biologiques de l'inflammation (VS : vitesse de sédimentation et CRP : protéine C-réactive), chez la moitié des patients seulement ;
- La présence d'un gène, l'antigène HLA B27, chez une personne présentant des symptômes évocateurs ; toutefois, sa présence ne signe pas la maladie et son absence ne l'exclut pas ;
- L'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sur les douleurs rachidiennes ou sacro-iliaques ;
- La présence d'anomalies des sacro-iliaques et/ou d'ossifications intervertébrales visibles en radiographie ou, en l'absence de ces signes, une inflammation des sacro-iliaques visible à l'IRM.

Traitement

Il a pour objectif de permettre au patient de retrouver une bonne qualité de vie. Il associe :

❑ Des traitements médicamenteux

- Les traitements symptomatiques : les AINS (kétoprofène, diclofénac, célécoxib…) sont prescrits en première intention, associés ou non à des antalgiques (paracétamol, opiacés) ou à des infiltrations locales de corticoïdes ;

→ Les traitements de fond. En cas de réponse insuffisante aux AINS (un malade sur deux), le rhumatologue préconisera des biomédicaments : anti-TNF alpha (adalimumab, certolizumab, étanercept, golimumab, infliximab) ou anti-IL17 (sécukinumab, ixékizumab et bimékizumab) et plus récemment les inhibiteurs de JAK (tofacitinib, upadacitinib) correspondant à des traitements de fond synthétiques ciblés.

❑ **Une prise en charge non médicamenteuse :** arrêt du tabac, qui favorise l'efficacité des traitements, pratique régulière d'une activité physique adaptée et auto-exercices à domicile voire kinésithérapie en périodes de poussées, ergothérapie. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) aide les malades dans cette prise en charge.

Évolution

En l'absence de prise en charge thérapeutique précoce et adaptée, l'enthésite peut entraîner une inflammation de l'os sous-jacent, son érosion puis sa cicatrisation accompagnée de la soudure de l'os au niveau des articulations sacro-iliaques ou des vertèbres. C'est alors qu'on parle de spondylarthrite ankylosante pouvant affecter significativement la mobilité, l'autonomie et la vie sociale des patients. Néanmoins, grâce à l'efficacité des traitements de fond, la chirurgie de la colonne est devenue exceptionnelle.

À savoir

Les spondyloarthrites sont un groupe de rhumatismes inflammatoires chroniques, comportant entre autres la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, l'arthrite associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn), l'uvéite antérieure aiguë, l'arthrite réactionnelle à une maladie infectieuse…

LE REGARD DE LA RHUMATOLOGUE

Pr Corinne Miceli-Richard, hôpital Cochin à Paris

→ La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique dont l'atteinte axiale conduit à des douleurs de la colonne et des fesses encore trop souvent confondues avec des atteintes mécaniques du rachis, comme les atteintes discales avec "sciatique".

→ Un interrogatoire précis permet d'orienter le diagnostic, les explorations complémentaires biologiques et d'imagerie complétant souvent avec succès l'approche diagnostique.

→ Un diagnostic précoce est capital afin de procurer au plus vite le meilleur traitement à ces patients, à une période où nous avons maintenant un arsenal thérapeutique qui s'étoffe.

→ Les formes sévères de SpA axiale sont maintenant rares, probablement grâce à ces nouvelles thérapeutiques, permettant aux patients, dans la majorité des cas, d'obtenir une très bonne qualité de vie.