

LA SPONDYLOARTHRITE

UNE MALADIE COMPLEXE

Pendant des décennies, dans l'esprit des malades comme celui des médecins, la spondylarthrite ankylosante, c'était une maladie inflammatoire et douloureuse, lentement évolutive, touchant surtout les hommes dont elle enraidissait et déformait inexorablement la colonne vertébrale. Aujourd'hui, les progrès diagnostiques et thérapeutiques ont révolutionné l'évolution de la spondylarthrite au point que le qualificatif d'ankylosante n'est plus approprié, et que sa définition-même a évolué. C'est pourquoi la rédaction de PolyArthrite *infos* vous propose cet éclairage.

Rédaction : Irène Pico

Avec l'aimable relecture du Pr Pierre Lafforgue, chef de service de rhumatologie à l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille.

Question de terminologie

Les spondyloarthrites font partie des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Auparavant, on ne parlait que de spondylarthrite ankylosante, qui est une forme de la maladie avec des signes radiographiques.

Est ensuite apparu le concept plus vaste de spondylarthropathies, ensemble de maladies ayant en commun l'inflammation des enthèses. Ce terme est maintenant remplacé par celui de spondyloarthrites (Fig.1).

spondyloarthrites = spondylarthropathies = SpA
spondyloarthrite axiale = SA, dont fait partie la spondylarthrite ankylosante

peuvent se combiner chez un même patient, simultanément ou successivement ou être présentes dans la famille du malade.

0,3 % de la population française est atteinte de spondyloarthrite (même prévalence que pour la polyarthrite rhumatoïde), dont la moitié de spondylarthrite ankylosante. Les hommes et les femmes sont finalement touchés dans des proportions sensiblement équivalentes. La maladie débute dans plus d'un cas sur deux entre 20 et 30 ans.

Les spondyloarthrites : de quoi parle-t-on exactement ?

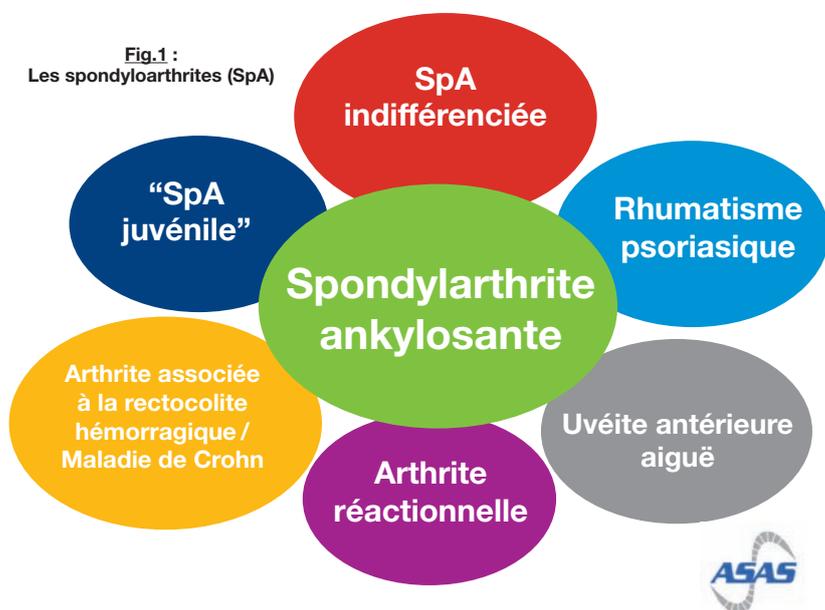
Ce terme est formé à partir de la racine *spondylos* qui signifie **vertèbre** en grec, et de *arthron* qui signifie **articulation**. Le suffixe *-ite* désigne **l'inflammation**. Ces affections ont en commun le fait qu'elles se traduisent par une atteinte inflammatoire du squelette. Elles sont parfois associées à d'autres maladies inflammatoires : cutanées (psoriasis), digestives (MICI : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) ou de l'œil (uvéïte antérieure aiguë). Plusieurs de ces atteintes

Où se manifeste l'inflammation dans la spondylarthrite ankylosante ?

L'inflammation du squelette axial est caractéristique de la spondyloarthrite axiale (SA).

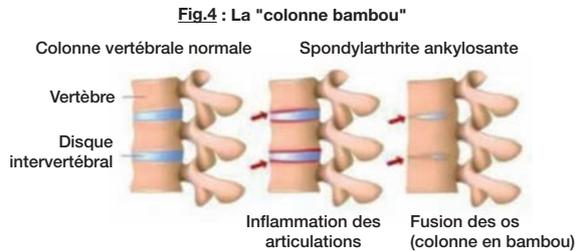
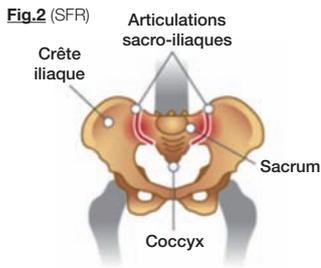
Elle peut toucher tous les os et articulations de l'axe du corps ou rachis, depuis les vertèbres cervicales jusqu'aux articulations sacro-iliaques, situées entre l'extrémité de la colonne vertébrale et le bassin (Fig.2), souvent les premières touchées. Dans la spondylarthrite ankylosante, l'inflammation des sacro-iliaques, visible radiologiquement, se traduit par des douleurs alternant d'une fesse à l'autre et peut aboutir à une soudure des os du bassin. L'inflammation de la colonne progresse plutôt du bassin vers le cou mais concerne aussi parfois la cage thoracique.

Fig.1 :
Les spondyloarthrites (SpA)



L'inflammation des enthèses (enthésite)

Les SpA provoquent une inflammation des enthèses, zones où les tendons, les ligaments et la capsule articulaire s'accrochent à l'os. L'enthésite touche en particulier les vertèbres, l'articulation sacro-iliaque et l'os du talon (Fig.3). En l'absence de traitement, l'enthésite entraîne une inflammation de l'os sous-jacent, puis son érosion et enfin sa cicatrisation qui s'accompagne d'une construction osseuse pouvant entraîner une soudure de l'os au niveau des articulations sacro-iliaques ou des vertèbres, responsable de l'ankylose et de l'évolution vers l'aspect en "colonne bambou" (Fig.4).



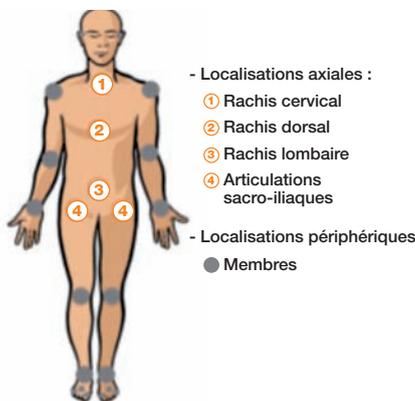
La spondylarthrite, une maladie articulaire mais pas seulement

Les manifestations articulaires sont caractéristiques de la spondylarthrite axiale (SA).

Elles sont responsables de symptômes communs aux rhumatismes inflammatoires chroniques mais aussi de la raideur caractéristique de la SA. Leurs localisations sont très variables d'un patient à l'autre, et chez un même patient.

→ **La douleur** : survenant au repos et responsable de réveils nocturnes. L'inflammation axiale siège classiquement au niveau du rachis et des fesses, irradiant vers les cuisses et les genoux, comme une sciatique. Quand il y a une inflammation périphérique associée, la douleur peut également se manifester au niveau des talons et des grosses articulations : épaules, coudes, poignets, genoux et chevilles (Fig.5).

Fig.5 : Localisations de l'inflammation (Pfizer)



→ **Le gonflement** de l'articulation, qui devient rouge et chaude quand l'inflammation touche la membrane synoviale ou un tendon des doigts ou des orteils (dactylite ou aspect "en saucisse").

→ **Le dérouillage matinal** se manifestant par une raideur lombaire prolongée.

→ **Les déformations de la colonne** : liées à l'ankylose, elles peuvent affecter la mobilité, l'autonomie et la vie sociale des malades (Fig.6).

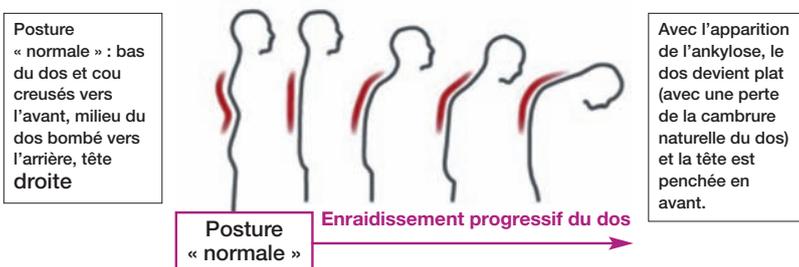
→ **Une fatigue anormale**, commune aux autres RIC, et qui constitue pour certains malades le symptôme le plus gênant.

Les manifestations extra-articulaires sont fréquentes dans la SA.

Elles sont présentes dans plus de la moitié des cas et contribuent au diagnostic clinique.

→ **Les atteintes oculaires**. L'uvéite antérieure aiguë est rapportée chez la moitié des patients. C'est une inflammation violente de la partie antérieure de l'œil qui devient rouge, douloureux ; la vue se trouble et la lumière devient insupportable. Il faut consulter un ophtalmologue en urgence pour éviter des séquelles définitives.

Fig.6 : Conséquences de l'ankylose (SFR)



La SA : une évolution variable dans le temps

Le plus souvent, la SA évolue par poussées inflammatoires entrecoupées de périodes d'accalmie parfois prolongées (plusieurs années) en début de maladie. La fréquence des poussées varie considérablement d'un patient à l'autre : entre celui qui décrit une seule poussée en toute une vie et celui qui souffre d'une inflammation permanente, toutes les variantes sont possibles.

Sans traitement, la SA peut devenir handicapante du fait des douleurs, de l'enraidissement, de la fatigue et des atteintes extra-articulaires éventuelles. La SA peut également se compliquer d'une ostéoporose et de problèmes cardiovasculaires. Les symptômes, l'inflammation, mais aussi l'imprévisibilité de la survenue, de la durée et de la sévérité des poussées affectent la qualité de vie des malades, compromettant leurs projets et générant une grande anxiété. La SA n'est pas une maladie dont on guérit, cependant elle affecte peu ou pas l'espérance de vie.

La SA : une maladie multifactorielle

Qui associe :

→ **une prédisposition génétique certaine** : le premier gène à avoir été identifié est celui de l'antigène HLA B27 (1973). Sa seule présence ne suffit pas à déclencher la maladie : près d'un Français sur 10 en est porteur, mais seuls 5 % d'entre eux déclencheront une SA. Les formes familiales de SA sont assez fréquentes : le risque pour un parent malade d'avoir un enfant malade est de 1/10, voire 1/5 si le parent a transmis l'antigène HLA B27 à son enfant.

→ **des facteurs environnementaux**, dont certaines infections intestinales ou génitales. Les patients mentionnent souvent le stress, le climat, l'alimentation, mais rien n'est prouvé scientifiquement.

Le diagnostic de la SA : rassembler les pièces d'un puzzle

Afin de ralentir, voire stopper l'évolution de la maladie, un diagnostic précoce permet une prise en charge optimale. Mais celui-ci est délicat à poser : c'est au rhumatologue de rassembler les pièces du puzzle. ►

La difficulté du diagnostic

Les symptômes de la SA sont d'une grande banalité : le "mal de dos", la raideur, la fatigue sont les symptômes-clés de la SA, mais le malade lui-même, sa famille et parfois les médecins vont au début les minimiser ou les interpréter comme de la "sciaticque". Plusieurs années peuvent s'écouler entre les premiers symptômes et le diagnostic.

La douleur lombaire, symptôme principal de la SA, est également fréquente en cas d'arthrose. Mais dans la SA, la douleur survient en pleine nuit, au repos. Celui-ci est suivi d'un long dérouillage matinal (30 minutes à plusieurs heures), les mouvements apportant finalement un certain soulagement. Le médecin orientera son diagnostic vers la SA si le patient est jeune ou décrit une première poussée entre 15 et 30 ans, et si les douleurs lombaires "montent" vers le milieu de la colonne et le cou.

Les signes objectifs d'inflammation ne sont pas toujours présents ou visibles : les manifestations inflammatoires visibles (doigts ou orteils "en saucisse" par exemple) vont et viennent et prennent un malin plaisir à disparaître le jour de la consultation ! Aussi il peut être utile de noter les dates, durée et intensité des manifestations visibles et de prendre des photos afin d'en parler en consultation. Le médecin complètera alors l'examen clinique par la recherche d'atteintes extra-articulaires et de zones douloureuses à la pression.

Les examens biologiques (prise de sang) sont souvent peu informatifs : des anomalies peuvent signer l'inflammation (VS, CRP), mais on les retrouve dans bien d'autres affections inflammatoires ou infectieuses. Et la moitié des spondyloarthritiques ne présentent pas ces anomalies !

Le test sanguin le plus utile au diagnostic de SA chez les personnes présentant des symptômes évocateurs est la recherche du gène HLA B27 car il est présent chez près de 90 % des personnes atteintes de SA. Mais son absence n'exclut pas la maladie : d'autres gènes peuvent être impliqués.

Pour que le "puzzle diagnostic" soit complet, le médecin va chercher d'autres pièces :

Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) soulagent les douleurs rachidiennes plus que les antalgiques type paracétamol. C'est une information importante à fournir au médecin car elle contribue au diagnostic.

Des signes visibles en imagerie : la radio du bassin peut révéler des anomalies sacro-iliaques et la radio du rachis des ossifications intervertébrales, qui sont des signes d'une affection évoluant depuis longtemps. Quand la radiologie n'est pas contributive, l'inflammation des sacro-iliaques visible à l'IRM est un élément capital du faisceau d'arguments diagnostiques.

Le traitement de la SA : des médicaments mais pas seulement

L'objectif de la prise en charge est la rémission ou au minimum une faible activité de la maladie, et de permettre au malade de retrouver une vie "normale". Elle résulte d'une décision médicale partagée entre le médecin et son patient éclairé, comme vous qui lisez cet article !

La prise en charge médicamenteuse associée :

→ **des traitements symptomatiques**, parmi lesquels les AINS par voie générale. Ils constituent le traitement de première intention de la SA, à dose minimale efficace, pour la durée nécessaire à l'obtention d'une bonne efficacité sur les symptômes, de préférence le soir pour agir contre l'inflammation nocturne. Ils peuvent être associés à des antalgiques pour soulager les douleurs résiduelles. Les corticoïdes sont indiqués uniquement sous forme d'infiltrations au niveau des arthrites ou des enthésites, le positionnement de l'aiguille pouvant être guidé sous radio- ou échographie.

→ **les traitements de fond** synthétiques prescrits dans la polyarthrite rhumatoïde ne sont pas indiqués dans les formes axiales de SA. En cas de réponse insuffisante ou d'intolérance aux AINS (1 cas sur 2), le rhumatologue préconisera des biomédicaments, les anti-TNF alpha tout particulièrement, prescrits à l'hôpital, ou l'anti-IL17 Cosentyx® dans certains cas.

La prise en charge non médicamenteuse associée :

→ l'arrêt du tabac, qui favorisera l'efficacité des traitements.

→ la pratique régulière d'une activité physique adaptée.

→ des auto-exercices à domicile, voire de la kinésithérapie en dehors des poussées : étirements, massages, assouplissements, entretien de la mobilité articulaire, lutte contre l'enraidissement.

L'éducation thérapeutique aide les malades dans cette prise en charge, en abordant aussi les aspects sociaux et professionnels.

Le recours à la chirurgie de la colonne est de plus en plus rare grâce à l'efficacité des anti-TNF alpha.

Les régimes d'exclusion ne sont pas recommandés. ■

EN BREF

- La spondyloarthrite se caractérise par une inflammation des articulations et des enthèses. Elle touche le bassin, la colonne, parfois les quatre membres, voire la peau, les intestins et l'œil.
- Elle débute tôt dans la vie, mais la banalité de ses symptômes rend son diagnostic délicat.
- Le traitement médicamenteux de première intention est à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, puis d'anti-TNF alpha si nécessaire.
- Les objectifs de la prise en charge (médicamenteuse ou non) : éviter un enraidissement irréversible de la colonne et permettre au malade de vivre une vie personnelle et sociale active.