

Spondylarthropathies

S. Jean

*Institut Mère-Enfant, annexe pédiatrique, Hôpital sud,
BP 56129, 35056 Rennes Cedex 2*

mis à jour le 26 avril 1999

1 Classification

- [1.1 Spondylarthrite ankylosante](#)
- [1.2 Rhumatisme psoriasique](#)
- [1.3 Arthrites réactionnelles](#)
- [1.4 Entérocolopathies cryptogénétiques \(Crohn, RCH\)](#)

2 Diagnostic positif

- [2.1 Critères diagnostiques d'Amor](#)

2.2 Bilan paraclinique

3 Prise en charge thérapeutique

3.1 Traitement de première intention

3.2 Traitement de fond

3.3 Kinésithérapie +++

3.4 Antibiotiques ?

3.5 Uvéite aiguë

Objectifs

1. Principales caractéristiques des spondylarthropathies

Définition

Concept regroupant les manifestations articulaires observées au cours de :

- spondylarthrite ankylosante,
- rhumatisme psoriasique,
- arthrites réactionnelles,
- maladie de Crohn et RCH.

Caractéristiques :

- Présentation clinique particulière :

- atteinte articulaire,
- atteinte des enthèses (zones d'insertion des ligaments et des tendons de l'os)

- Terrain génétique particulier :

- association au HLA B27 avec une fréquence variable,
- antécédents familiaux.

1 Classification

1.1 Spondylarthrite ankylosante

C'est l'exemple classique des spondylarthropathies.

1.1.1 Particularités

Chez l'enfant, l'atteinte axiale est rare (sacro-iliite, signes rachidiens). L'atteinte articulaire, surtout périphérique, est souvent au premier plan, mono ou pauci-articulaire. Elle touche préférentiellement les membres inférieurs.

1.1.2 Clinique

Garçon (60 à 90%)

Age moyen de début : 10 - 11 ans.

L'atteinte est asymétrique ; l'orteil en saucisse et les talalgies sont évocatrices.

1.1.3 Evolution

Par poussées, impotence fonctionnelle dans 1/3 des cas.

– Atteinte rachidienne : inconstante, tardive (d'écart de 1 à 12 ans pour l'atteinte sacro-iliaque)

– Atteintes viscérales : cardiaque (IAo) : exceptionnelle, uvéite : aiguë => patente dans 19 à 27%

1.1.4 Biologie

Syndrome inflammatoire, pas d'anticorps anti-nucléaires, pas de facteurs rhumatoïdes, HLA B27 + dans 80 à 90% des cas.
Liquide synovial inflammatoire, stérile :

- globules blancs > 1500/mm³
- pas de germe en direct et en culture :
 - sur milieu standard,
 - sur milieu de Löwenstein

1.1.5 Radiologie

– Rachis : syndesmophytes : spicule osseux de direction verticale naissant au-dessus de l'angle de la vertèbre

– Sacro-iliite

Seuls sont fiables chez l'enfant l'aspect de condensation avec pincement et irrégularité des berges iliaques.

1.1.6 Scintigraphie osseuse

– Tenir compte de l'âge,

– Hyperfixation relative des sacro-iliaques par rapport au sacrum (mesure quantitative).

1.2 Rhumatisme psoriasique

5 % des sujets atteints de psoriasis cutané auront une atteinte articulaire caractérisée par :

- atteinte des IPD (50 %),
- sans AAN,
- sans facteurs rhumatoïdes,
- s'associant à une atteinte des sacro-iliaques (30 %) => HLA B27,
- filles, 9-10 ans.

1.3 Arthrites réactionnelles

1.3.1 Définition

Atteintes articulaires non suppuratives : infection digestive ou urogénitale, pas de germe dans l'articulation, terrain HLA B27 (75 - 80 %)

1.3.2 Clinique

– Oligo-polyarthrite,

– Enthésopathies,

– Signes cutanés : érythème buccal, érythème maculaire, érythème noueux

– Signes oculaires : conjonctivite,

– Notion : d'infection digestive +++ ou génitale, avec de la fièvre.

1.3.3 Evolution

– Immédiate : arthrites fixes, poussées additives, 2 à 3 mois (=> 1 an), pas de séquelles articulaires.

– A long terme : risque d'évolution vers une spondylarthrite ankylosante, surtout si HLA B27, mais aussi polyarthrite, uvéite.

1.3.4 Etiologies

- Infection digestives +++ : Yersinia, Shigelle, Klebsielle, Salmonelle, Brucelle Campylobacter jejuni.
- Infections génitales : Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealytica, Gonocoque
- Possiblement : Mycoplasme pneumoniae

1.4 Entérocolopathies cryptogénétiques (Crohn, RCH)

1.4.1 RCH

- 10 % RCH : oligoarthrite asymétrique, contemporaine d'une poussée digestive, quelques semaines => mois
- Sacro-iliite
- HLA B27 + dans 60 % des cas.

1.4.2 Crohn

idem

2 Diagnostic positif

2.1 Critères diagnostiques d'Amor

Ils définissent des caractères cliniques communs :

		Points
1	Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale	1
2	Oligoarthrite asymétrique	2
3	Douleurs fessières	2
4	Doigt ou orteil en saucisse	2
5	Talalgie ou tout autre enthésopathie	2
6	Uvéite antérieure aiguë	2
7	Urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début de l'arthrite	1
8	Diarrhée moins d'un mois avant le début de l'arthrite	1
9	<i>Antécédents personnels :</i> – de psoriasis – d'entérocolopathie chronique – de balanite	2
10	HLA B 27 +	2
11	<i>Antécédents familiaux :</i> – de spondylarthrite ankylosante – de syndrome de Reiter – d'uvéite	2
12	Sacro-iliite : seuls sont fiables chez l'enfant l'aspect de condensation avec pincement et irrégularité des berges iliaques	3
13	Amélioration en 48 heures des douleurs sous traitement par AINS et/ou rechute rapide (48 H) des douleurs leur arrêt.	2

Le malade sera déclaré comme ayant une spondylarthropathie si la somme des points est égale ou supérieure à 16.

2.2 Bilan paraclinique

- Sérologies d'arthrite réactionnelle :

- Yersinia, Shigelle, Klebsielle, Campylobacter jéjuni, Salmonelle, Brucelle
- Chlamydia trachomatis, mycoplasmes génitaux (pulmonaires).

- HLA B 27

- **Radios sacro-iliaques** si douleurs fessières

- **Scintigraphie osseuse** avec mesure quantitative au niveau des sacro-iliaques si, et seulement si le diagnostic de spondylarthropathie doit impérativement être posé.

- **Bilan inflammatoire** : V.S , CRP

- **Éliminer d'autres diagnostics** : facteurs rhumatoïdes, anticorps anti-nucléaires, sérologie de Lyme, ASLO, ASD, ASK.

3 Prise en charge thérapeutique

3.1 Traitement de première intention

- AINS : 1ère intention

- Aspirine : 70 - 80 mg/kg/j
- Diclofenac (Voltarène® , Xenid®) : 3 mg/kg/j
- Naproxène (Naprosyne® , Apranax®) : 10 mg/kg/j
- Acide niflunimique (Nifluril®) : 20 - 30 mg/kg/j
- Ketoprofène (Profenid®) ; 2,5 - 3 mg/kg/j

- **Corticoïdes** : peu efficaces dans ce type de rhumatisme

- **Antalgiques** : Paracétamol

- **Gestes locaux** : infiltration de corticoïdes (Hexatrione) si arthrite persistante (> 3 mois)

3.2 Traitement de fond

En cas de polyarthrite persistante (> 6 mois) : (cf [A.C.J.](#)) :

- Salazopyrine +++
- Sels d'or

3.3 Kinésithérapie+++

- Correction des attitudes vicieuses (flessum du genou)

- Entretien de la souplesse rachidienne en cas d'atteinte axiale

3.4 Antibiotiques ?

Seulement dans :

- arthrites réactionnelles
- d'origine urogénitale

3.5 Uvéite aiguë

Traitement d'urgence. Les traitements locaux suffisent le plus souvent.