

Spondylarthrite ankylosante

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Diagnostiquer une spondylarthrite ankylosante.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

COFER

Connaître les différentes spondylarthropathies et leurs manifestations communes, en connaître les données épidémiologiques (prévalence, éléments génétiques, facteurs étiologiques).

Connaître la notion d'enthèse et d'enthésite.

Savoir définir les manifestations axiales articulaires périphériques, enthésiopathiques et extra-articulaires des spondylarthropathies.

Savoir distinguer, au début, une spondylarthrite ankylosante des autres causes de rachialgies ou d'arthrite sur des arguments cliniques, radiologiques ou biologiques.

Connaître les signes cliniques et radiologiques de la spondylarthrite ankylosante à la phase d'état.

Connaître les principes généraux pharmacologiques et non pharmacologiques du traitement et connaître les éléments de suivi d'une spondylarthrite.

CONCEPT DE SPONDYLARTHROPATHIE

Le concept de spondylarthropathie (SpA) regroupe des rhumatismes inflammatoires chroniques qui partagent certaines de leurs manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun. En font partie la spondylarthrite ankylosante (SA), le

rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux entérocolopathies inflammatoires (figure 39.1).

Insérer figure 39.1, anciennement 84.1 page 378

La prévalence globale de l'ensemble des SpA est de 0,35 % en France, le *sex ratio* étant de 1,2 (H/F).

Les manifestations cliniques des SpA combinent de façon variable :

- un syndrome pelvi-rachidien ou axial (atteinte rachidienne et sacroiliite) ;
- un syndrome enthésopathique ;
- un syndrome articulaire périphérique ;
- un syndrome extra-articulaire (iritis, psoriasis, balanite, urétrite, diarrhée, entérocolopathie inflammatoire).

MANIFESTATIONS CLINIQUES COMMUNES DES SPONDYLARTHROPATHIES

Syndrome pelvirachidien

Il s'agit du syndrome axial traduisant l'inflammation des enthèses du rachis et des sacro-iliaques.

Dorsolombalgies inflammatoires

Il s'agit de dorsolombalgies présentes depuis au moins trois mois, d'horaire inflammatoire (réveil nocturne, dérouillage matinal de plus de 30 minutes), aggravées par le repos mais cédant à l'activité physique. Elles débutent habituellement au niveau de la charnière dorsolombaire puis s'étendent de façon descendante puis ascendante.

L'examen clinique montre une raideur axiale (évaluée par la mesure de l'indice de Schöber) puis l'ankylose rachidienne dont l'un des premiers signes est la disparition de la lordose lombaire physiologique (évaluée par la distance L3-mur).

Fessalgies

La sacroiliite se traduit par l'apparition de douleurs de la fesse d'horaire le plus souvent inflammatoire. La douleur fessière est soit unilatérale, soit bilatérale, soit à bascule. Cette fessalgie encore appelée sciatalgie tronquée est une douleur en pleine fesse irradiant parfois en dessous du pli fessier. Elle n'a aucun caractère neurogène (absence de dysesthésies, absence de paroxysme douloureux) ni trajet radiculaire (pas d'irradiation complète au membre inférieur), ni de signe neurologique

objectif associé. Cette fessalgie peut être déclenché par les manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques.

Syndrome articulaire périphérique

Il s'agit d'une oligoarthrite des membres inférieurs touchant volontiers les grosses articulations (par ordre de fréquence le genou puis la cheville).

L'atteinte coxofémorale est fréquente et redoutable (certains classent la coxite dans les atteintes rachidiennes axiales). On peut noter également des arthrites des **IPD** (dans le rhumatisme psoriasique en particulier) ou des dactylites.

Atteinte enthésopathique périphérique

Il s'agit de l'atteinte caractéristique des spondylarthropathies : c'est la traduction clinique de l'enthésopathie inflammatoire, ou enthésite.

Enthésite

Toutes les enthèses peuvent être atteintes, mais les enthésites siègent de façon préférentielle aux membres inférieurs. L'atteinte la plus fréquente et la plus caractéristique est la talalgie.

La talalgie est d'horaire inflammatoire, survenant le matin au lever lors du premier pas, elle s'améliore au cours de la journée. Elle est très évocatrice lorsque, survenant chez un sujet jeune, elle est bilatérale ou à bascule.

À la palpation, on note soit une talalgie plantaire inférieure traduisant l'aponévrosite plantaire inférieure siégeant sous le calcanéus, soit une talalgie postérieure correspondant à l'enthésopathie du tendon achilléen ou traduisant l'existence d'une bursite pré- ou rétro-achilléenne.

Il faudra savoir systématiquement rechercher l'existence d'autres enthésites par la palpation et la mise en tension systématique des enthèses.

Orteil ou doigt « en saucisse »

L'orteil ou le doigt « en saucisse » correspond à une tuméfaction globale de l'orteil ou du doigt. Il s'agit dans la grande majorité des cas de l'association d'une enthésopathie inflammatoire distale, avec une arthrite le plus souvent tripolaire. Au niveau du premier rayon, elle ne doit pas être confondue avec l'atteinte exclusive de la **MTP**.

La recherche d'un orteil « en saucisse » indolent ou pausi-symptomatique est également très importante, justifiant l'examen minutieux des pieds des patients.

Syndrome extra-articulaire

L'une des caractéristiques des spondylarthropathies, nous l'avons vu, est l'existence de manifestations cliniques communes, dont la fréquence varie en fonction de la forme clinique.

Uvéite aiguë antérieure

Il s'agit d'une uvéite aiguë antérieure, non granulomateuse dans la plupart des cas, souvent pauci-symptomatique mais parfois sévère. Cette uvéite est uni- ou bilatérale, voire à bascule. Elle s'associe rarement à une atteinte postérieure mais sa répétition peut conduire à des synéchies. Le dépistage et la surveillance de cette atteinte sont absolument nécessaires.

Entérocolopathie inflammatoire

Elle se traduit le plus souvent par des diarrhées, d'allure banale mais aussi parfois glairo-sanglantes. Toute diarrhée ou amaigrissement inexplicable chez un patient suspect de SpA doit faire rechercher une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique.

Les autres signes des entérocolopathies sont à rechercher : fissurations anales, pancolite inflammatoire, sténoses inflammatoires, etc. La prise en charge multidisciplinaire de ces atteintes et la collaboration avec un gastro-entérologue sont absolument nécessaires.

Psoriasis (cf. chapitre 20)

Ces différentes manifestations ont été utilisées pour établir des critères de classification des SpA : les critères de B. Amor (cf. tableau 39.I) et ceux de l'ESSG (*European Spondylarthropathy Study Group*, cf. tableau 39.II) ayant une sensibilité respective de 85 % et de 87 %, et une spécificité de 90 % et de 87 %.

Tableau 39.I. Critères d'Amor. Diagnostic = score supérieur à 6 points

Catégorie	Critère	Points
Signes cliniques ou histoire clinique	Douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale	1 point
	Douleurs fessières uni- ou bilatérales	1 point
	Douleurs fessières à bascule	2 points
	Oligoarthrite asymétrique	2 points
	Doigt ou orteil « en saucisse »	2 points
	Talalgie ou autre enthésopathie	2 points
	Iritis	2 points
	Urétrite non gonococcique ou cervicite moins d'un mois avant le début d'une arthrite.	1 point
	Diarrhée moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1 point

	Présence ou antécédent de psoriasis et/ou de balanite et/ou d'entérocolopathie chronique	2 points
Signes radiologiques	Sacroiliite radiologique ≥ stade 2 si bilatérale ou stade 3 si unilatérale	3 points
Terrain génétique	Présence de l'antigène HLA-B27 ou antécédents familiaux de pelvispondylite, de syndrome de Reiter, de psoriasis, d'entérocolopathies chroniques	2 points
Sensibilité au traitement	Amélioration en 48 heures des douleurs par AINS et/ou rechute rapide (48 h) des douleurs à leur arrêt	2 points

Tableau 39.II. Critères de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG). Un critère majeur + un critère mineur permettent le diagnostic.

Critères majeurs	Douleurs rachidiennes inflammatoires (début avant 45 ans, amélioration par l'exercice, avec raideur matinale et durée > 3 mois)
	Synovites asymétriques ou prédominantes aux membres inférieurs
Critères mineurs	Antécédents familiaux de spondylarthropathie ou d'uvéite ou d'entérocolopathie
	Psoriasis
	Maladie inflammatoire intestinale (entérocolopathie)
	Urétrite, cervicite ou diarrhée aiguë dans le mois précédent l'arthrite
	Diarrhée aiguë
	Douleurs fessières à bascule
	Enthésopathie
	Sacroiliite radiologique (bilatérale si grade ≥ 2, unilatérale si grade > 3)

DIFFÉRENTS TYPES DE SPA

Spondylarthrite ankylosante

La spondylarthrite ankylosante (SA) est la forme la plus typique et la plus sévère caractérisée par une enthésite du squelette axial (rachis et sacro-iliaques) conduisant à une ankylose. Sur le plan clinique, elle se manifeste par un syndrome pelvi-rachidien prédominant. L'atteinte sacro-iliaque radiologique, la sacroiliite stade II bilatérale ou stade III, est indispensable pour porter le diagnostic de SA.

Dans certaines formes sévères, l'évolution peut se faire vers une ankylose rachidienne complète, par ossification des enthèses.

L'atteinte rhumatismale périphérique est présente dans 50 % des cas. La manifestation extrarhumatismale la plus fréquente est l'uvéite antérieure aiguë, présente dans 10 à 30 % des cas, parfois révélatrice et évoluant de façon indépendante de l'atteinte rhumatismale.

L'évolution chronique de la SA se fait par poussées, plus ou moins interrompues par des périodes de rémission.

Rhumatisme psoriasique

Pour la description du rhumatisme psoriasique, se reporter au chapitre 20. Il s'agit d'une des formes les plus fréquentes de SpA.

Arthrites réactionnelles

Les arthrites réactionnelles (Are) sont des arthrites aseptiques parfois associées à une conjonctivite, une urétrite chez l'homme, une cervicite chez la femme et survenant quelques semaines après une infection génitale ou digestive. Le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter est la forme la plus complète d'Are et est défini par la triade urétrite-conjonctivite-arthrite.

Les germes en cause dans l'urétrite ou la diarrhée sont le plus fréquemment : Chlamydia trachomatis, Shigella flexnerii, Yersinia enterocolitica et Pseudotuberculosis, Salmonella enteritidis et Typhimurium, Campylobacter jejuni. L'association au HLA-B27 concerne 50 à 95 % des cas. L'évolution de l'atteinte articulaire se fait sur un mode chronique dans 10 à 20 % des cas.

Entérocolopathies inflammatoires chroniques

Dans 10 à 20 % des maladies de Crohn et des rectocolites hémorragiques, surviennent des arthrites périphériques ou une sacroiliite radiologique le plus souvent asymptomatique. Une forme axiale complète remplissant les critères de SA est plus rare : moins de 5 %. Classiquement, l'atteinte périphérique évolue parallèlement à l'atteinte digestive, contrairement à l'atteinte axiale qui évolue pour son propre compte.

Spondylarthropathies indifférenciées

Les spondylarthropathies indifférenciées (SpAi) sont des SpA répondant aux critères de l'ESSG ou de B. Amor. L'enthésite périphérique est la manifestation clinique la plus fréquente, présente chez 92 % des patients. Il s'agit habituellement de formes plus bénignes mais dont l'évolution peut se faire vers une forme différenciée.

RÔLE DU TERRAIN GÉNÉTIQUE : LE HLA-B27

On observe une agrégation familiale des SpA chez 20 à 30 % des patients (spondylarthropathie, uvéite, entérocolopathie, psoriasis, présence du HLA-B27) avec une coségrégation des différentes manifestations cliniques, indiquant des facteurs de prédisposition communs aux différentes formes de SpA.

Le HLA-B27 qui est un allèle normal du complexe majeur d'histocompatibilité (CMH) est très fortement associé avec la SA (il s'agit de l'une des plus fortes associations actuellement connues entre un antigène du système HLA et une maladie, avec un risque relatif (RR) supérieur à 200). La prévalence du HLA-B27 dans la population générale caucasienne est de 6 à 8 %. La prévalence du HLA-B27 parmi les malades atteints de SA est supérieure à 90 %, de 63 à 75 % parmi les malades souffrant d'Are ou de syndrome de Reiter, de 50 à 70 % pour le rhumatisme psoriasique et les rhumatismes associés aux entérocolopathies inflammatoires.

Bien qu'il existe plusieurs modèles animaux permettant de les étudier, la physiopathologie précise des SpA reste actuellement mal connue. Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont évoquées : le HLA-B27 porterait des motifs analogues à certains déterminants antigéniques bactériens (mimétisme moléculaire), ce qui pourrait faciliter, à l'occasion d'une infection bactérienne, une rupture de la tolérance vis à vis du HLA-B27. Le rôle de présentation antigénique de la molécule HLA de classe I, ainsi que l'isolement de bactéries ou de constituants bactériens dans le tissu synovial ou le liquide articulaire au cours des ArE plaident en faveur d'une origine microbienne des SpA. Dans cette hypothèse, le HLA-B27 empêcherait l'élimination des bactéries.

ENTHÈSE ET ENTHÉSOPATHIE INFLAMMATOIRE (ENTHÉSITE)

L'enthèse désigne la zone d'ancrage dans l'os de différentes structures fibreuses (les ligaments, les tendons, les capsules articulaires, les fascias). L'atteinte inflammatoire des enthèses (ou enthésites), axiale ou périphérique, est un phénomène central au cours des SpA, par opposition à la PR.

Il existe un grand nombre d'enthèses dans l'organisme, tant au voisinage des articulations synoviales, qu'au voisinage des amphiarthroses (symphyse pubienne, articulation manubriosternale, disque intervertébral), ou au voisinage des diarthroses fibreuses (articulation sacro-iliaque, sterno- ou acromioclaviculaire).

L'enthésite fait intervenir les mécanismes habituels de l'inflammation et des études fondamentales et cliniques récentes ont montré le rôle important joué par le TNF- α , expliquant ainsi la grande efficacité des biothérapies anti-TNF- α au cours des SpA.

L'enthésite se traduit par la douleur locale de type inflammatoire. Elle est réveillée à l'examen physique par la pression et par la mise en tension de l'enthèse. Une tuméfaction locale peut se voir en cas d'enthésite superficielle et très inflammatoire.

Les enthésites prédominent aux membres inférieurs : les plus fréquentes sont calcanéennes, responsables de talalgie dans 15 à 40 % des cas, puis viennent les enthésites rotuliennes.

EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES AU COURS DES SPA

Radiographie conventionnelle

Les clichés du rachis cervical, dorsal et lombaire de face et de profil, et du bassin de face sont nécessaires pour mettre en évidence des lésions caractéristiques des

spondylarthropathies. En fonction des manifestations cliniques, d'autres clichés peuvent être demandés.

Il faudra rechercher sur la radiographie conventionnelle les différents stades évolutifs de l'enthésopathie :

- Stade 0, infraradiologique, correspondant à l'inflammation de la zone d'enthèse sans traduction radioclinique ;
- Stade I : érosion ou irrégularité du cortex et ostéopénie sous-chondrale à l'insertion osseuse de l'enthèse ;
- Stade II : apparition d'une érosion avec ébauche d'apposition périostée ;
- Stade III : apparition d'un enthésophyte, il s'agit d'une ossification cicatricielle le long de l'enthèse (figure 39.2).

Insérer figure 39.2 anciennement photo 35 page 386 de l'ancienne édition

De façon caractéristique, nous pouvons retenir les lésions radiographiques suivantes :

- à la charnière dorsolombaire : l'existence de syndesmophytes ascendants ou descendants puis, dans les formes ankylosantes, la constitution d'ossifications des ligaments intervertébraux, étagées le long du rachis dorsolombaire, pouvant conduire à la classique « colonne bambou » ou donnant l'aspect « en rail de chemin de fer » ;
- la sacro-iliaque : là aussi l'enthésopathie siègeant à la partie basse de la sacro-iliaque va connaître les 4 phases évolutives : depuis le stade 0, sacro-iliaque normale, jusqu'au stade d'ankylose complète (figures 39.3 et 39.4) ;
- la calcanéite inflammatoire : nous l'avons vu, la talalgie inflammatoire est très caractéristique. Radiologiquement, elle évolue également selon 4 stades.

Insérer figure 39.3 anciennement photo 34.A page 385 de l'ancienne édition

Insérer figure 39.4 anciennement photo 34.B page 385 de l'ancienne édition

Autres techniques d'imagerie

- L'IRM : de nombreux travaux suggèrent que l'IRM du rachis dorsal et lombaire et l'IRM des sacro-iliaques apportent des arguments importants pour le diagnostic précoce des SpA.
- L'échographie doppler non pas des sacro-iliaques mais des enthésopathies périphériques est également utilisée, mais des études complémentaires sont en cours. La place exacte de l'IRM et de l'échographie dans le suivi et le diagnostic de SpA reste cependant à préciser.

- La scintigraphie osseuse au ^{99m}Tc a l'avantage d'avoir une meilleure sensibilité pour le diagnostic positif d'enthésite et de permettre l'étude simultanée de l'ensemble du squelette, mais sa spécificité est en revanche faible.

Examens complémentaires

CRP et/ou VS

On estime que 60 % des patients souffrant de SpA et non traités ont une CRP et/ou un VS anormale, mais le syndrome inflammatoire est habituellement plus modeste que dans les autres rhumatismes inflammatoires.

HLA-B27

L'intérêt diagnostique de la recherche du HLA-B27 est discuté : la recherche de critères diagnostiques et d'antécédents familiaux permet souvent de poser le diagnostic de SpA. Dans une SA certaine, la recherche du B27 est inutile.

En revanche, dans certains cas douteux (tableau clinique évocateur mais ne permettant pas d'être affirmatif), on peut demander ce typage :

- absent, il ne permet pas d'écarter le diagnostic (10 % d'authentiques SA sont B27 négatif) ;
- positif, il peut conforter un cas clinique douteux mais en aucun cas il ne signe la maladie (97 % des B27 n'ont jamais de SpA).

En effet, 7 à 8 % des sujets caucasiens sont HLA-B27 positifs, ce qui diminue beaucoup la spécificité de ce test.

PRINCIPES GÉNÉRAUX PHARMACOLOGIQUES ET NON PHARMACOLOGIQUES DU TRAITEMENT D'UNE SPONDYLARTHRITE

Éducation et information

Comme pour toute affection chronique, l'éducation est fondamentale et fait partie intégrante du traitement (cf. chapitre 19).

Traitement médicamenteux

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont la pierre angulaire du traitement des spondylarthropathies : les AINS sont efficaces dans plus de 70 % des cas sur la lombalgie inflammatoire au début de la maladie.

Les AINS sont habituellement rapidement efficaces et si l'AINS est arrêté, une rechute douloureuse est observée en moins de 48 heures.

L'AINS doit être utilisé à dose optimale (quand bien même elle correspond à la dose maximale autorisée) avec, si possible, la prise le soir d'une forme à délitement prolongé permettant de couvrir toute la phase inflammatoire nocturne et matinale.

En cas d'échec, après quelques jours de traitement, il convient de faire l'essai d'un autre AINS. Au moins 3 à 5 anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être essayés successivement avant de conclure à l'échec des AINS.

La phenylbutazole peut être essayée pour certains ; pour d'autres sa toxicité hématologique et néphrologique (HTA, œdème) en limite l'utilisation.

Cependant, chez 50 % des malades, la SpA reste active malgré le traitement par AINS.

Antalgiques et myorelaxants

Ils peuvent être utilisés en complément des AINS, surtout en cas de manifestations enthésiopathiques ou rachidiennes ; de plus ils permettent de faciliter la rééducation.

Traitements locaux

Un geste local peut être réalisé en cas d'arthrite (infiltration corticoïde, synoviorthèse isotopique) ou d'enthésopathie (infiltration cortisonique) rebelle au traitement général. La physiothérapie, l'ergothérapie et les techniques d'appareillage peuvent également être utilisées en fonction des atteintes et de leur évolution sous l'effet du traitement AINS.

Traitements dits « de fond »

Les traitements de fond s'adressent aux patients ne répondant pas, ou répondant partiellement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux gestes locaux. La mise en place d'un traitement de fond et sa surveillance nécessitent une collaboration étroite entre le médecin généraliste et le rhumatologue. Les traitements de fond, à l'exception de la salazopyrine et des anti-TNF- α , ont été mal évalués dans les SpA.

Sulfasalazine (Salazopyrine)

Elle est surtout efficace sur les arthrites périphériques, son action sur les formes axiales semble plus modeste voire inexistante pour certains. Elle est également utilisée dans les formes avec uvéites récidivantes.

Méthotrexate

Il est utilisé dans les formes articulaires périphériques en particulier dans le rhumatisme psoriasique.

Léflunomide (Arava)

Il est utilisé dans le rhumatisme psoriasique.

Anti-TNF- α

Ces traitements ont une efficacité remarquable. Toutefois, ils ne sont indiqués pour le traitement des formes actives de SpA qu'après échec d'au moins 2 AINS pendant 3 mois, échec des gestes locaux (si ceux ci sont possibles), et échec des traitements classiques. L'éta nercept (*Enbrel*) a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement du rhumatisme psoriasique et de la SA ; l'infliximab (*Remicade*) a l'AMM pour le traitement de la SA, rhumatisme psoriasique et maladie de Crohn.

Traitements non pharmacologiques

Les spondylarthropathies peuvent comporter des manifestations axiales dominantes. Il s'agit tout particulièrement de la spondylarthrite ankylosante qui peut aboutir à une ankylose rachidienne invalidante avec perte de la lordose lombaire puis cyphose lombaire, exagération de la cyphose dorsale pouvant conduire à une atteinte vicieuse en flessum des hanches. De même, l'atteinte des articulations costovertébrales peut être responsable d'un syndrome restrictif tout à fait invalidant. Il est absolument indispensable de prévenir l'ankylose rachidienne chez les patients ayant une affection évolutive. Le travail kinésithérapique en extension rachidienne, avec travail de l'amplitude respiratoire est indispensable (se reporter au chapitre 4 pour les modalités).

SUIVI D'UN PATIENT SPONDYLARTHRIQUE

Suivi clinique

Le suivi d'un patient spondylarthritique doit se baser sur l'évaluation régulière (tous les 3 à 6 mois selon l'évolutivité de la maladie) des différents symptômes cliniques.

Atteinte axiale

Elle est évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) rachidienne, le nombre de réveils nocturnes mais également la mesure régulière, par exemple de façon annuelle, de la taille, des courbures physiologiques (indice de Schöber, mesure de la lordose lombaire, mais également de la cyphose cervicale ou de la cyphose dorsale) et de l'ampliation thoracique.

Atteinte articulaire périphérique

Elle impose l'examen clinique systématique de l'ensemble des articulations (nombre d'articulations douloureuses et gonflées) et en particulier des coxofémorales pour ne pas méconnaître une coxopathie évolutive.

Enthésopathie

Elle justifie la palpation des différentes enthèses et de noter le nombre d'enthèses douloureuses.

Atteintes extra-articulaires

Les différentes manifestations doivent être recherchées et évaluées :

- le psoriasis doit être analysé en mesurant la surface corporelle atteinte ;
- une maladie inflammatoire digestive : on recherchera systématiquement l'existence de diarrhées, leur type et leur fréquence ;
- les uvéites : nombre, intensité depuis la dernière consultation.

Un index d'activité est également fréquemment utilisé : le score BASDAI (0-10) qui est un auto-questionnaire composé de 6 questions portant sur la douleur, la fatigue et le dérouillage matinal ressenti par le patient au cours de la semaine précédant l'évaluation.

Suivi biologique

Chez les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique, la surveillance régulière de la VS et/ou de la CRP est une aide dans l'évaluation de l'activité de la maladie.

Suivi radiologique

Dans les formes évolutives, la réalisation régulière (par exemple tous les 2-3 ans) de radiographies du rachis cervical de profil, du rachis lombaire de face et de profil et du bassin est nécessaire.

Pronostic à long terme

Pronostic fonctionnel

La coxite, le début précoce (< 16 ans), la dactylite, l'importance du syndrome inflammatoire, la résistance aux AINS sont classiquement des facteurs de mauvais pronostic. Nous l'avons vu, l'ankylose rachidienne, l'atteinte des hanches peut être source d'un handicap important, de même que l'atteinte restrictive pulmonaire.

Un indice fonctionnel le BASFI (*Bath spondylitis functional index*, auto-questionnaire de 10 items) permet d'évaluer régulièrement les patients.

Complications propres

- L'amylose AA est l'une des complications classiques des spondylarthrites non traitées.
- Les dysplasies bulleuses kystiques des apex sont parfois rencontrées.
- L'atteinte cardiaque : insuffisance aortique et troubles de la conduction (BAV).
- L'atteinte osseuse avec ostéoporose et risque fracturaire (surtout important sur une « colonne bambou » en cervicale avec fractures transcorporéales et transdiscales souvent instable pouvant entraîner des complications neurologiques).

Ces différentes complications sont très rares. Il semble que le nombre de lymphomes soit augmenté chez les patients ayant une spondylarthrite.

Complications des traitements

Le patient doit être informé des effets secondaires possibles des différents traitements et leur survenue doit être régulièrement recherchée (examen clinique, surveillance biologique).

Points clés

- Le concept de spondyloarthropathie (SpA) regroupe des rhumatismes inflammatoires chroniques qui partagent certaines de leurs manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun lié en partie au HLA-B27.
- La cible privilégiée des spondylarthropathies est l'enthèse.
- Les AINS sont la base du traitement des SpA.
- Le diagnostic et la prise en charge précoce des SpA sont essentiels.
- Les patients souffrant de SpA doivent régulièrement être évalués sur le plan clinique, métrologique et également fonctionnel.