

LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

- *Rhumatisme inflammatoire chronique du bassin et de la colonne vertébrale*
- **3^{ème} rhumatisme inflammatoire chronique** après la **Polyarthrite Rhumatoïde** et le **Rhumatisme Psoriasique**
- Typiquement, le rhumatisme chronique du sujet jeune
- **Fréquence, évolution péjorative et handicap** sont nettement moindres que ceux de la Polyarthrite Rhumatoïde

PHYSIOPATHOLOGIE

- 1/1000 individu
- Affection de *l'homme* (80 à 90%), *jeune*, entre 18 et 30 ans
- 80% des cas : présence de *l'Ag HLA B27* en faveur de la maladie. Les témoins caucasoïdes ne possèdent cet Ag que dans 4 à 8% des cas
- Le plus souvent, elle paraît primitive
- Rôle déclenchant du *froid*, de *l'humidité* ou d'un *traumatisme*
- Facteur favorisant d'un *ATCD familial*

PHYSIOPATHOLOGIE

- Elle peut être **secondaire** à :
- Une *entéro-colopathie*,
 - aiguë** : diarrhée à Salmonelle, Shigella, Yersinia...
 - ou **chronique** : RCH, Crohn
- Une *urétrite* gonococcique, à Chlamydia, à Mycoplasme
- Un *Syndrome oculo-uréthro-synovial* ou *Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter*

CLINIQUE

- **1) Inflammation de la colonne à début sacro-iliaque**
- Douleurs inflammatoires lombo-fessières uni- ou bilatérales : la **sacro-iliite**
- Irradiation à la face postérieure de la cuisse, **d'allure sciatique**, diffuse, +/- bilatérale, avec arrêt au creux poplité
- **Lombalgies** de la charnière Dorso-Lombaire
- **Atteinte cervico-dorsale** tardive
- Douleurs en rapport avec des **enthésopathies** calcanéenne, trochantérienne ou ischiatique
- Sensibilité bénéfique aux AINS

CLINIQUE

- **2) AEG** lors des poussées. Absente en dehors
- **3) Signes Physiques :**
- **Points douloureux sacro-iliaques** à la pression, et aux tests cliniques
- **Enraidissement de la colonne** avec diminution de l'indice de Schoeber, augmentation de la distance doigt/sol et perte de la lordose physiologique
- Apparition d'une cyphose dorsale + lordose cervicale
- **Enthésopathies** fréquentes

CLINIQUE

- **4) Formes atypiques :**
 - Dans 50% des cas : début à type d'arthrites périphériques des grosses articulations
 - S'observe au cours de l'évolution dans 2/3 des cas
 - Aux membres, elle touche préférentiellement les **épaules** et les **hanches**
- **5) Parfois :**
 - Débute directement par des **talalgies** postérieures par **enthésopathie calcanéenne**

CLINIQUE

- **6) Manifestations extra-articulaires possibles :**
- *Iritis ou uvéite*
- *Manifestations cardiaques*
- *Manifestations neurologiques*
- Orteils en « saucisses »

CLINIQUE

- **Dans la forme typique** de l'atteinte initiale pelvi-lombaire, le Dg se fait à l'aide de la **radiologie**
- Il faut penser à la **SPA** devant des **douleurs** à recrudescence **nocturne** intéressant la région **lombosacrée** chez un **homme jeune**
- Tests des articulations **sacro-iliaques** en decubitus et debout
- Tests des **enthésopathies** en isométrique course externe

BIOLOGIE

- Syndrome inflammatoire
- Liquide synovial inflammatoire
- Dans 80% des cas : Ag HLA B27
- Autres marqueurs (ASLO, FR, ACAN...) sont négatifs

RADIOLOGIE

- **1) L'arthrite sacro-iliaque ou sacroiliite**
- C'est la clé du diagnostic de SPA
- Elle est constante, précoce et bilatérale mais parfois elle peut être plus tardive et/ou unilatérale
- Evolution progressive par plusieurs stades avec possibilité d'arrêt à un stade

RADIOLOGIE

- *La sacro-iliite :*
- *Stade I :* **pseudo-élargissement** de l'interligne articulaire
C'est une déminéralisation de la région sous-chondrale de l'articulation sacro-iliaque
- *Stade II :* interligne plus étroit par condensation osseuse et formation de ponts : aspect en « **timbre-poste** »
- *Stade III :* **ankylose** de l'articulation

Rx : SI



RADIOLOGIE

- **2) La syndesmophytose rachidienne**
- Débute à la **charnière dorso-lombaire**
- Précédée par une résorption osseuse du coin antérieur de la vertèbre : **spondylite antérieure de Romanus**
- Est une **ossification** qui naît au coin de la vertèbre, se développe **verticalement** et fusionne avec une formation similaire de la vertèbre adjacente
- A terme, la syndesmophytose réalise l'aspect en « **colonne de bambou** »

Syndesmophytose rachidienne

- Romanus



Syndesmophytose rachidienne

- RL Face



Syndesmophytose rachidienne



Syndesmophytose rachidienne

- Colonne de bambou



RADIOLOGIE

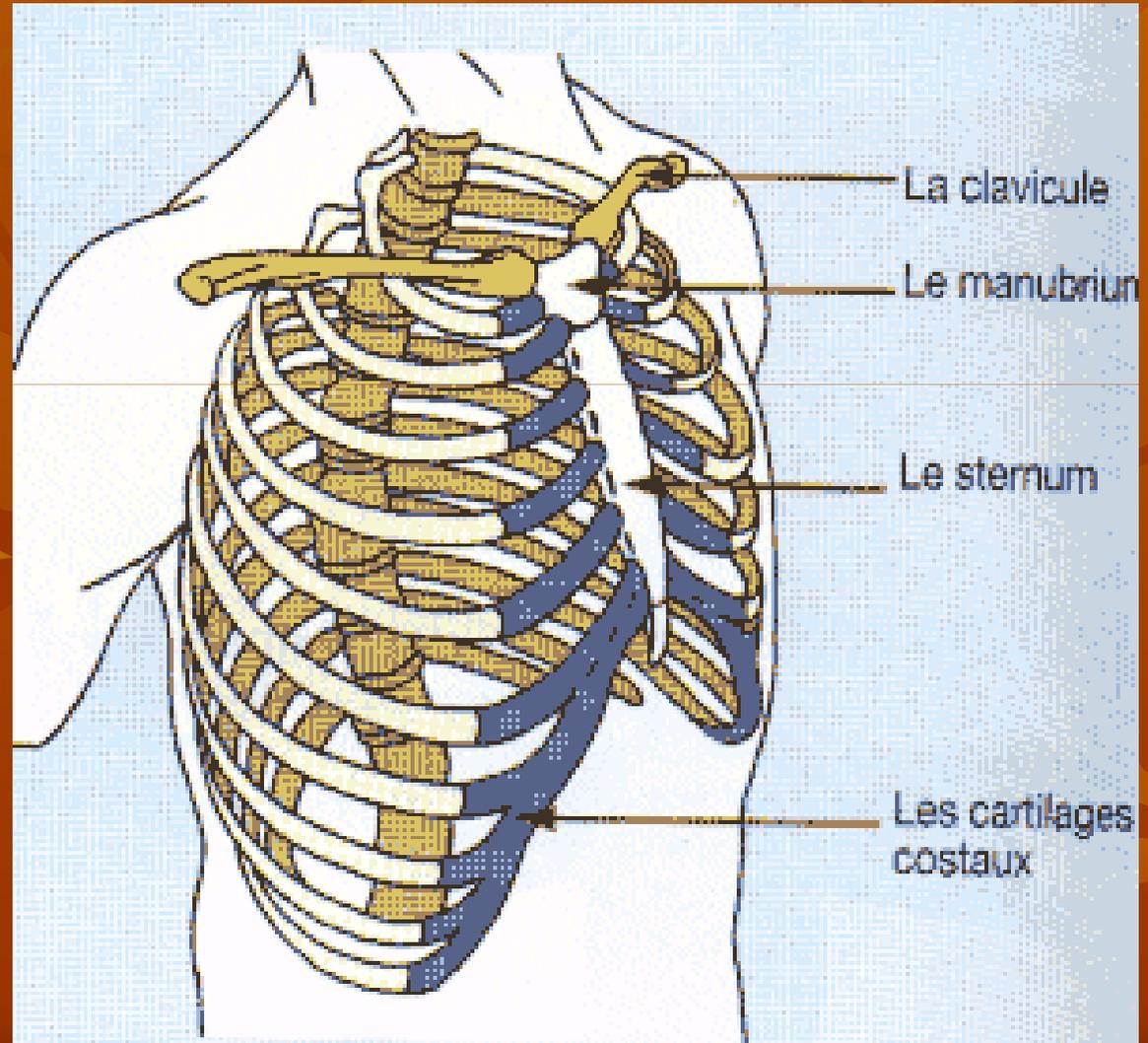
- **De + :**
- **Arthrite des inter-apophysaires postérieures**
- **Ossification des ligaments jaunes**, inter-épineux et inter-apophysaires en 3 « **rails de tramway** »
- Spondylodiscite inflammatoire atloïdo-axoïdienne
- En **périphérique**, les signes radiologiques sont similaires à ceux de la PR mais ont une **tendance moins destructrice et plus constructive**
- **Hanche** : coxites banale, densifiante ou synostosante
- **Epaule**

SCANNER RL : arthrite inter apophysaire

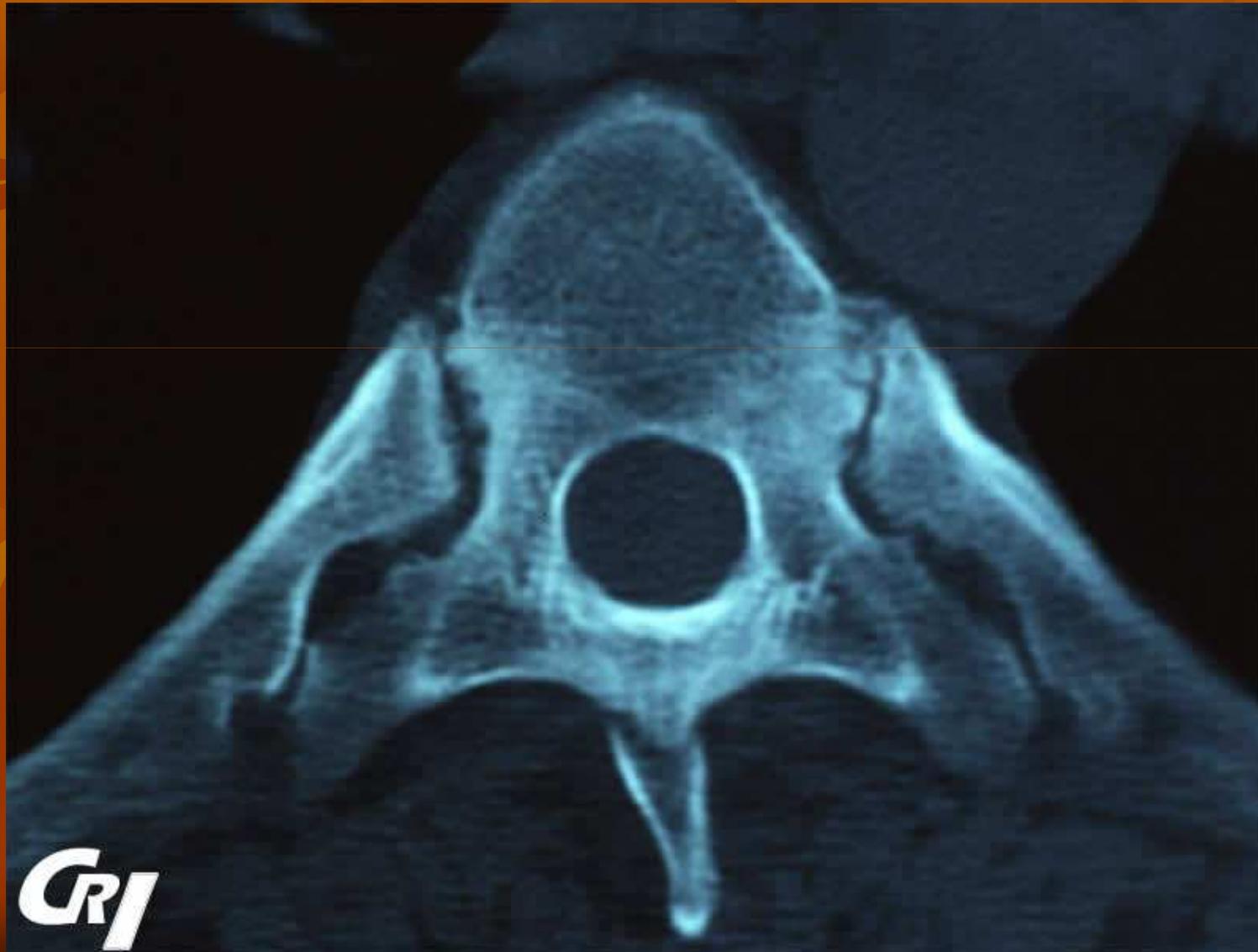


Arthrite costale

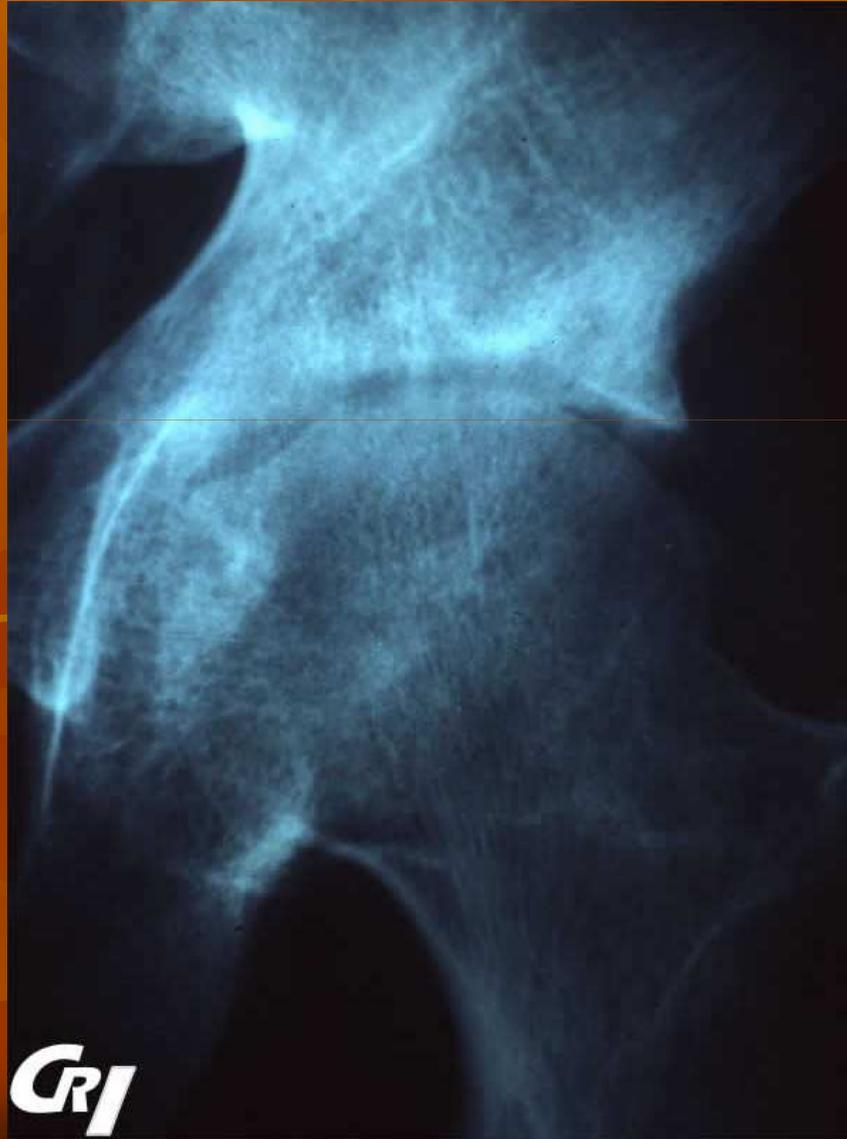
- Le thorax



SCANNER : arthrite costale



Rx : coxite



CRJ

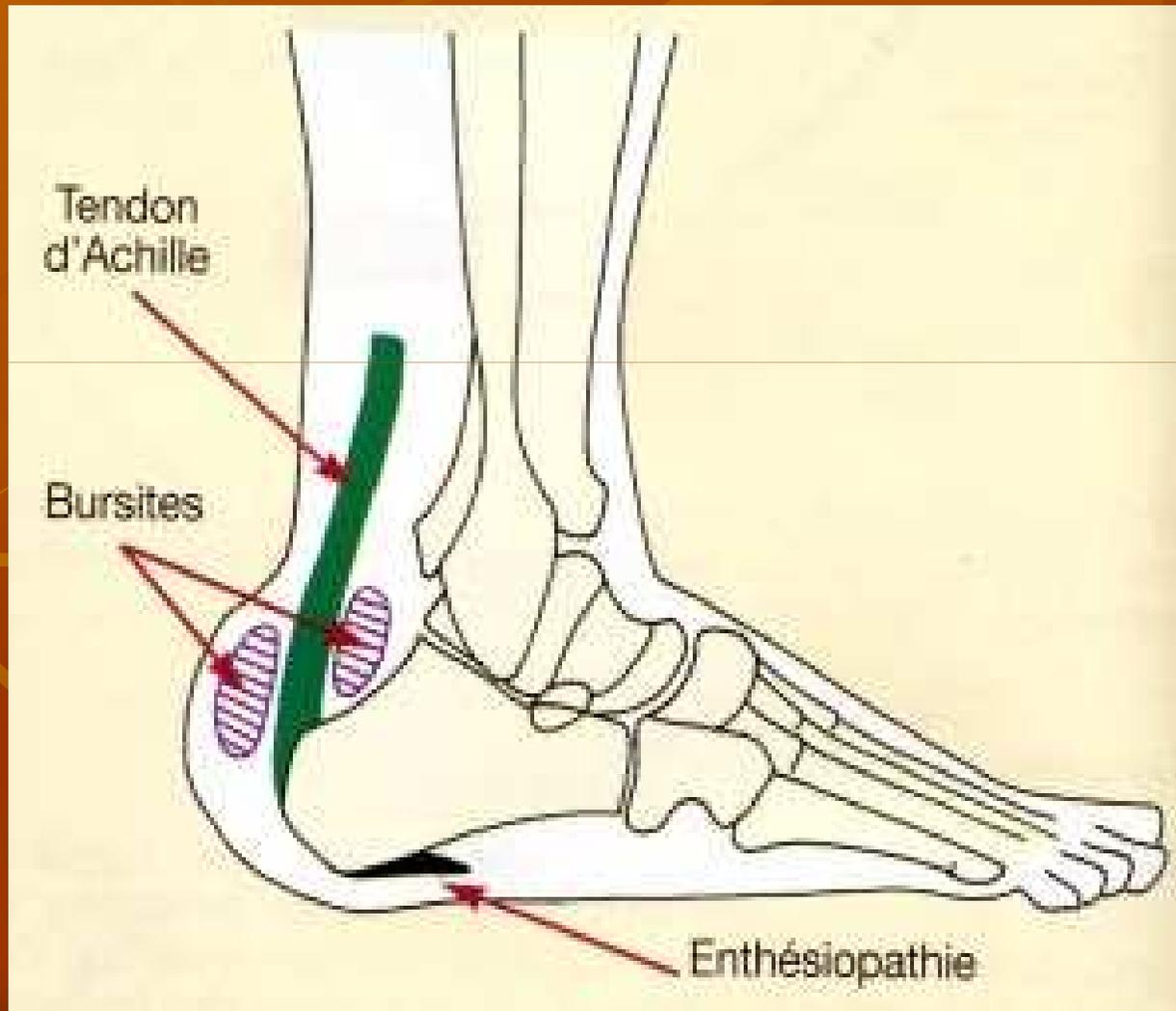
Rx : Arthrite de Symphyse pubienne



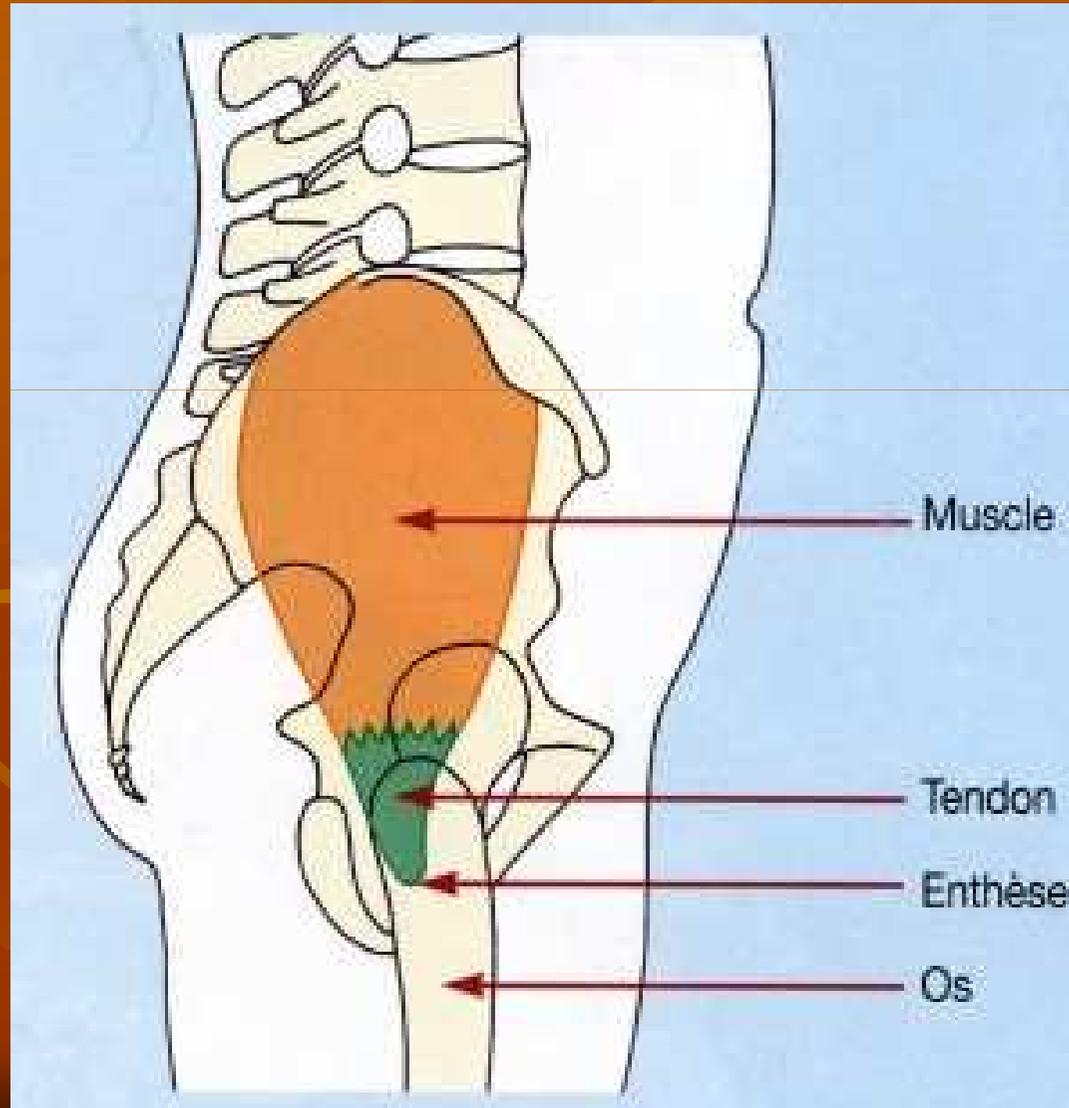
RADIOLOGIE

- **Les enthésopathies**
- 2 phases successives : **déminéralisation osseuse locale** puis **ossification en spicule** pouvant réaliser un *aspect 'hérissé' de l'os*, notamment au niveau du calcaneus, des branches ischio-pubiennes et du grand trochanter

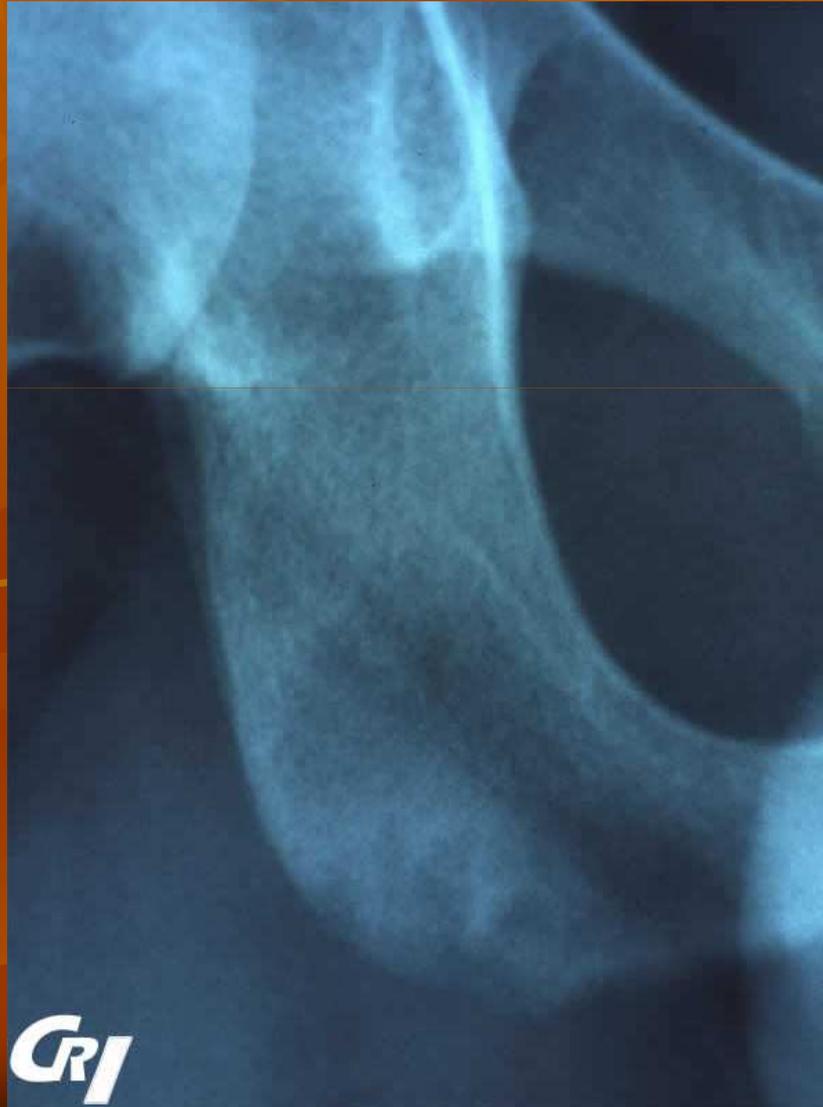
Enthesopathie



Enthesopathie

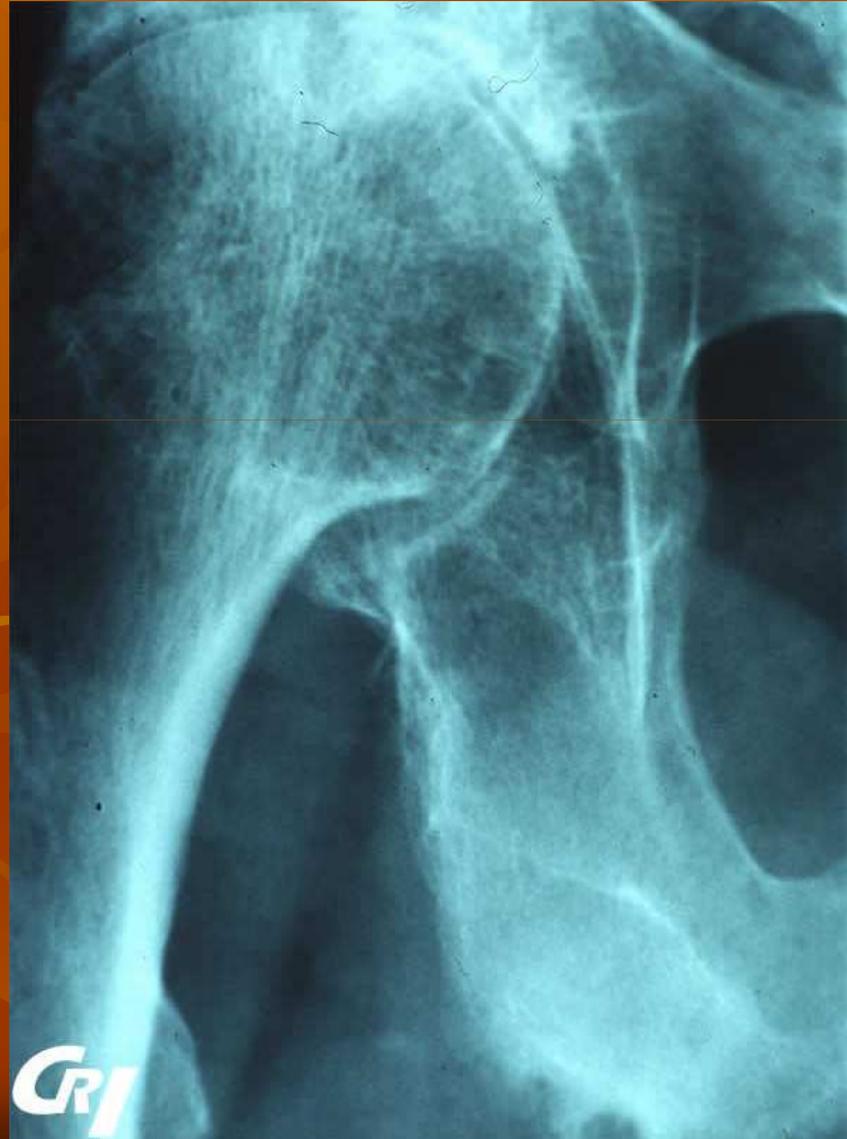


RADIOLOGIE : enthésopathie



CRJ

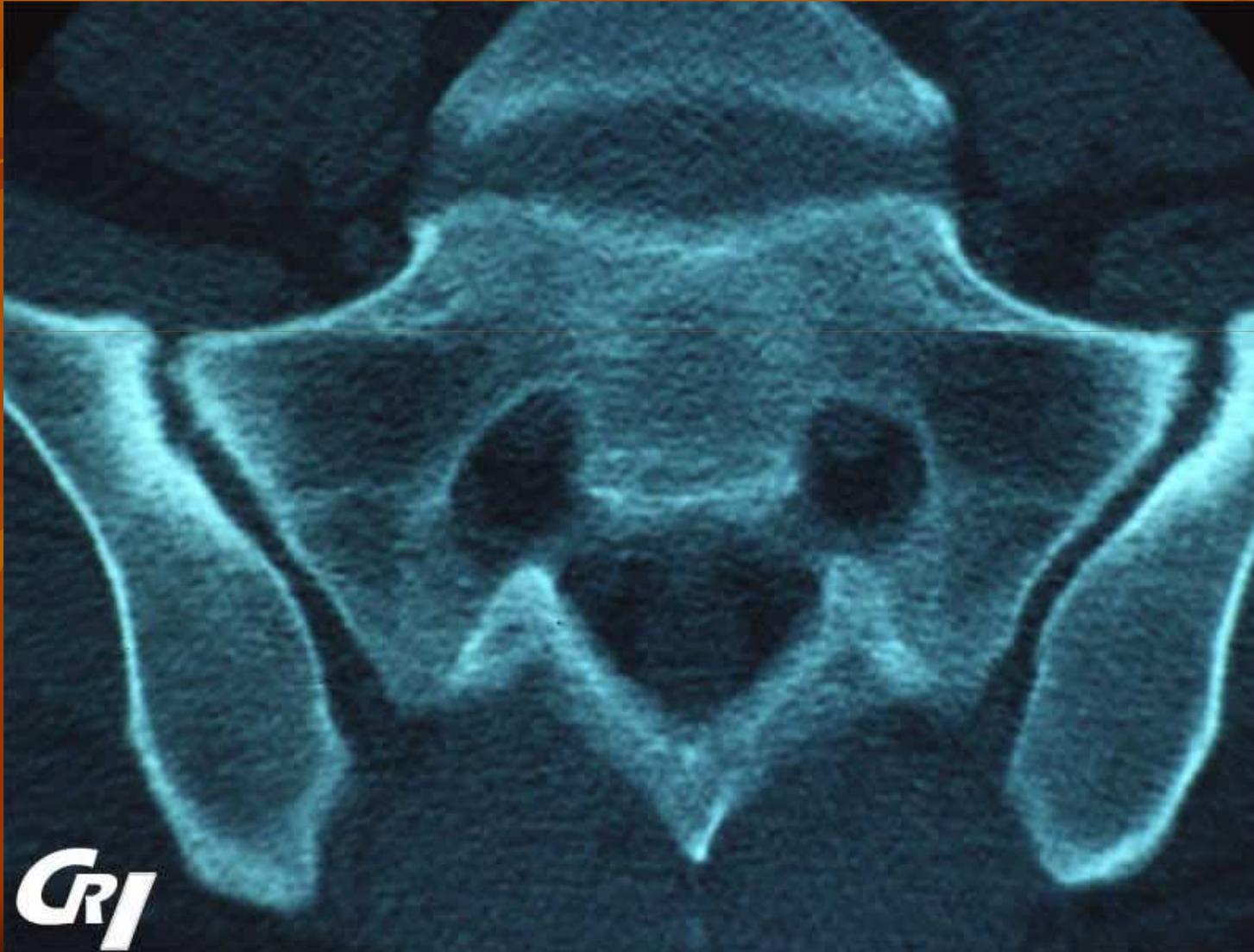
Rx : enthésopathie + coxite



SCANNER – SCINTIGRAPHIE - I.R.M.

- **Scanner** : permet d'objectiver des lésions précoces sacro-iliaques et vertébrales. **Spicules pré stade II**
- **Scintigraphie** : très sensible mais peu spécifique, *montre de façon très précoce les lésions évolutives parfois infracliniques par 3 ou 4 foyers d'hyperfixations, évocatrices par leur topographie et la comparaison aux radiographies*
- **I R M**

SCANNER : SI : pseudoélargissement



IRM : SID



EVOLUTION

- Progressivement ascendante, ankylosante
- Par poussées successives dans 2/3 des cas
- de façon continue dans le 1/3 restant
- Après 10 à 20 ans, la maladie s'éteint laissant alors des séquelles variables
- Seul la clinique permet d'affirmer l'extinction de la maladie
- **Pronostic défavorable :**
 - Sexe masculin
 - Début précoce dans l'enfance
 - Atteinte des coxo-fémorales
- **L'Ag HLA B27 n'a aucune influence sur l'évolution**

RAMSES II

- Une SPA célèbre !

