

SPONDYLARTHROPATHIES SERONEGATIVES

Introduction

- **Regroupement** de certaines maladies justifié par :
 - - des ATCD familiaux communs
 - - une association à l'Ag HLAB27
 - - des similitudes cliniques et évolutives
- Les *SSN* représentent un **nombre de cas égal** à celui des *Polyarthrites Rhumatoïdes*

Double intérêt du regroupement

1) Dg général de SSN grâce à un système de critères qui affirment le diagnostic si le score est > 6 :

■ *A - Clinique :*

- 1. Douleurs dorsales ou lombaires nocturnes, ou raideur matinale dans le même territoire = 1
- 2. Oligoarthritis asymétrique = 2
- 3. Douleurs fessières sans précision, ou à bascule = 1 ou 2
- 4. Doigts ou orteils « en saucisse » = 2
- 5. Talalgie ou autre enthésopathie = 2
- 6. Iritis = 2
- 7. Urétrite non gonococcique ou cervicite < 1mois avant le début de l'arthrite = 1
- 8. Diarrhée < 1mois avant le début de l'arthrite = 1
- 9. ATCD ou présence d'un psoriasis et/ou d'une balanite = 1

Double intérêt du regroupement

- ***B - Radiologique :***
- Sacroiliite de stade II si bilatérale ou stade III si unilatérale = 3
- ***C - Terrain génétique :***
- ATCD familiaux de SSN et/ou présence de l'Ag HLAB27 = 2
- ***D - Sensibilité au traitement :***
- Amélioration ou reprise de la symptomatologie moins de 48h après l'institution ou l'arrêt des AINS = 2

Double intérêt du regroupement

2) sur le plan fondamental :

- les progrès réalisés dans l'une des affections se répercutent sur les autres :
 - en Physiopathologie
 - en Thérapeutique

Les 11 caractéristiques physiopathologiques des SSN

01. Début entre 16 et 26ans
02. Homme > femme
03. Enthèse, siège électif de l'inflammation
04. formation d'os ectopique au siège de l'inflammation
05. P Neutro. dominant dans les sites inflammatoires
06. Effet bénéfique spectaculaire des AINS
07. Rémissions prolongées possibles
08. Le SIDA aggrave ou déclenche
09. Souvent familiales liés aux Ag d'histocompatibilité de classe I
10. Plus fréquentes dans certains isolats, sans affecter la survie
11. Rapports étroits avec certains agents infectieux

Les affections SSN

- **Les affections appartenant aux SSN :**
- **La PelviSpondylite Rhumatismale (PSR)**
- **Les arthrites réactionnelles dont le syndrome de Fiessinger Leroy Reiter (FLR)**
- **Le rhumatisme psoriasique**
- **Les arthropathies des entérocolopathies inflammatoires chroniques :**
 - **le Crohn**
 - **la Rectocolite Ulcéro-Hémorragique (RCH)**
- **Maladies qualifiées de frontière :**
 - *la maladie de Whipple*
 - *la maladie de Behçet*
 - *la maladie périodique*
 - *le SAPHO (Synovite Acné Pustulose Hyperostose Ostéite)*

CARACTERISER LE TYPE DE SSN

- **Présentation rhumatologique axiale et/ou périphérique**
- **Signes extra-articulaires spécifiques ou non :**
 - *Uvéite non spécifique* : Oeil rouge et douloureux pendant plus de 48h et/ou ayant motivé une corticothérapie locale
 - *Atteinte cutanée du psoriasis* ou ATCD familial
 - *Atteinte oculo-uréthrale du FLR* : si survenue dans le mois précédent. L'examen des muqueuses est indispensable (cas de lésions indolentes).
 - *Atteinte digestive des entéropathies inflammatoires chroniques* : troubles digestifs évocateurs (1/3). Exploration complémentaire de l'atteinte du tube digestif

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

*Il faut reprendre chaque pathologie et exposer les points
qui la distinguent des autres SSN*

1 – LES ARTHRITES REACTIONNELLES

- **Définition**
- *Rhumatismes inflammatoires aigus et subaigus caractérisés par leur étiologie infectieuse avec absence de tout germe dans l'articulation et inefficacité des antibiotiques*
- L'arthrite est la traduction articulaire d'une réaction immunologique à une infection à distance
- Le germe est retrouvé dans 20% des cas (Culture et sérologie Ig M)
- *Chlamydiae*
- *Salmonelles Shigelles Yersinia*

ARTHRITES REACTIONNELLES

- **Clinique**

Diarrhée – infection urogénitale – Uvéite – Iridocyclite
– Rash cutané

- **Biologie**

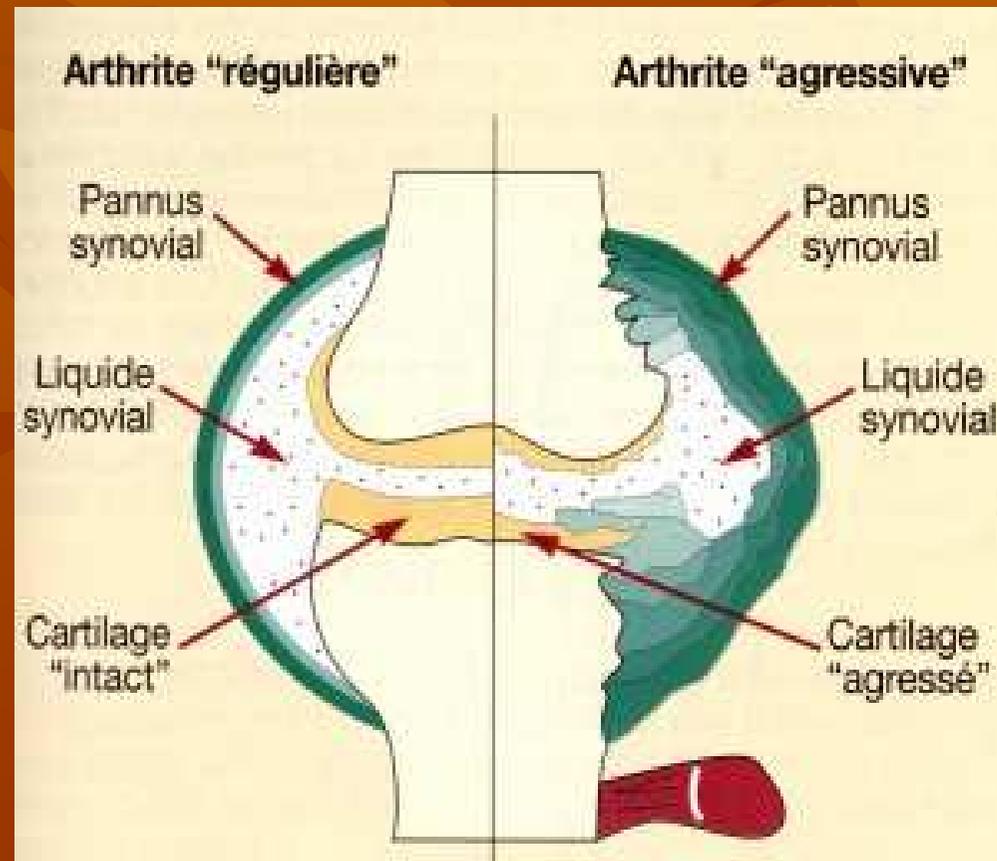
HLA BW 27 dans 70% des cas

- **Le type même des Arthrites Réactionnelles**

est le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter ou syndrome oculo-uréthro-synovial

ARTHRITES REACTIONNELLES

- Arthrite :
Simple
et
déformante



2 – LE SYNDROME OCULO-URETHRO-SYNOVIAL

ou syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter

- **Définition**
- *Rhumatisme inflammatoire aigu ou subaigu associé à une atteinte uréthrale et conjonctivale*
- *Appartient au groupe des Arthrites Réactionnelles*
- Le Fiessinger-Leroy-Reiter (FLR) est d'évolution la plupart du temps bénigne
- Une évolution vers la SPA est possible

Fiessinger-Leroy-Reiter

- **Physiopathologie**
- L'affection se rencontre dans les 2 sexes,
classiquement : homme jeune entre 20 et 40 ans
- peut se présenter sous forme d'épidémie dans les
collectivités

F L R : CLINIQUE

- **1) Typique**
- **Un facteur déclenchant** : épisode infectieux uréthral non gonococcique à *Chlamydia Trachomatis*
- ou une infection intestinale (*Shigella, Salmonella, Yersinia et Campylobacter*)
- Latence de 1 à 4 semaines

F L R : CLINIQUE

- **Trois types de symptômes :**
- **1) *une uréthrite amicrobienne*** le plus souvent discrète et fugace se développant 7 à 14 jours après le contact infectant

Chez la *femme*, *une cervicite* peut être associée mais cette phase passe souvent inaperçue rendant le diagnostic difficile

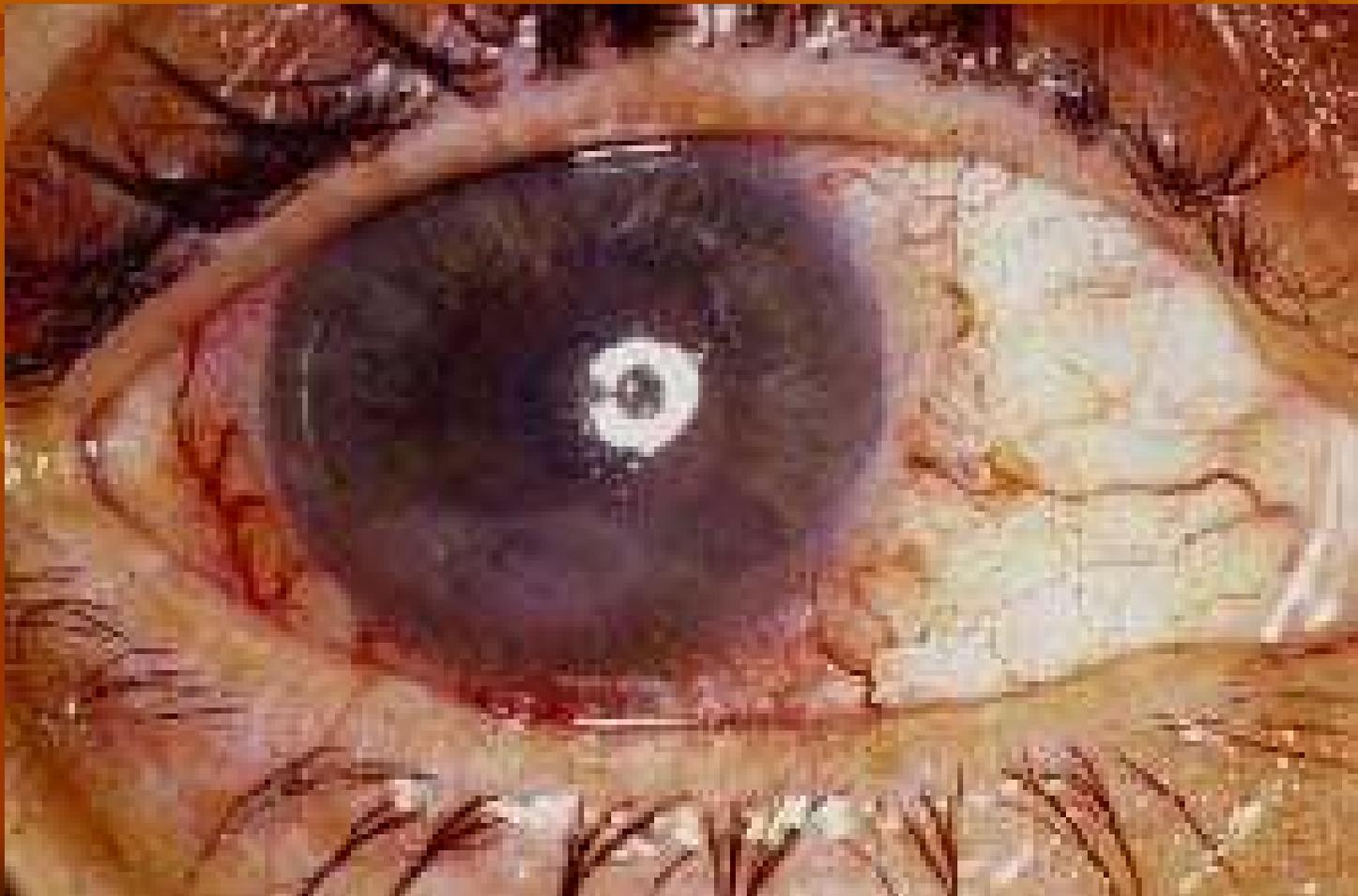
Bilan :

Prélèvement uréthral

ECBU

F L R : CLINIQUE

- 2) *une conjonctivite pouvant évoluer en iritis / kératite*



FLR : CLINIQUE

- **3) un rhumatisme aigu ou subaigu oligoarticulaire**
 - Atteinte asymétrique avec prédilection des MI
 - Sacro-iliaques inflammatoire en cas de FLR grave
 - Aux MS : *les poignets*
 - Des *enthésopathies*
- **Fréquemment, des lésions cutané-muqueuses :**
 - *vésiculeuses puis érosives du gland (balanite circinée), en péri-buccale, linguale et périanale*
 - *hyperkératose palmo-plantaire*

FLR : CLINIQUE

- Balanite circonscrite



F L R : CLINIQUE

- Lésions buccales



FLR : CLINIQUE

- Hyperkératose plantaire



FLR : CLINIQUE

- Hyperkératose palmaire



F L R : CLINIQUE

- **Symptôme général :**
- *Hyperthermie entre 38 et 39°C*

2) Biologie

a) Aspécifique : inflammation sérique et synoviale

b) Spécifique : Chlamydia Trachomatis :
sérologie, prélèvement, culture et test

c) HLABW27 + : dans 70-80% des cas

3) Radiologie

Négative

F L R : EVOLUTION

- **Habituellement bénigne** mais peut évoluer dans **30% des cas vers une véritable SPA**
- Dans les autres cas, la guérison se fait en 1 à 3 mois, avec des extrêmes allant de 15 jours à 1an
- Des rechutes sont possibles

FLR : TRAITEMENT

- **Contre l'infection et l'inflammation articulaire :**
 - Antibiotiques
 - AINS
 - Collyre corticoïdes
 - Kinésithérapie pour amyotrophie, rétractions articulaires...

3 – RHUMATISME PSORIASIQUE

- *Rhumatisme inflammatoire chronique associé à un psoriasis*
- C'est le 3^{ème} rhumatisme inflammatoire chronique
- **Aspect mixte, entre la PR et la SPA** d'où des difficultés diagnostic en l'absence de psoriasis

RHUMATISME PSORIASIQUE

- **PHYSIOPATHOLOGIE**
- *L'homme* est plus fréquemment atteint (60%)
- L'âge de survenue est compris *entre 30 et 50ans*
- Le RP ne touche que 5% des psoriasiques

RHUMATISME PSORIASIQUE

- *Le rhumatisme survient habituellement chez un patient atteint de psoriasis*



RP : CLINIQUE

- **Le début peut revêtir 3 aspects :**
- 1) une mono- ou polyarthrite aiguë évoquant une *goutte* ou un *RAA* (30%)
- 2) celui d'une polyarthrite subaiguë ou chronique telle que la *PR* (60%)
- 3) celui d'une pelvispondylite comme la *SPA*, cette forme étant plus rare que les autres
- **A la phase d'état :** association variable de *PR* et de *SPA* avec quelques particularités sémiologiques

RP : CLINIQUE

- **Signes généraux :**
- AEG modérée
- **Signes physiques :**
- Signes articulaires et lésions cutanées de **psoriasis**, *élément capital du diagnostic*
- **Atteinte articulaire inflammatoire chronique axiale + périphérique = suspicion de RP**
- ATCD familial de psoriasis doit attirer l'attention

RP : lésions cutanées



RP : lésions cutanées




(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727




(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727

RP : CLINIQUE

- **Biologie**

- Syndrome inflammatoire modéré
- Liquide synovial inflammatoire
- Tests immunologiques classiques négatifs
- **Groupage HLA** : évidente corrélation entre l'Ag HLA B27 dans la moitié des cas dans la forme pelvi-rachidienne, et des Ag HLA B13, B17 et B38 dans les formes périphériques

- **Radiologie**

- Comparables à ceux observés dans la PR avec des lésions de périostites et ostéolytiques plus fréquentes

RP : Rx



- Lésions > I P D



- Syndesmophytes épais
- Agrafe de Bywaters

RP : CLINIQUE

- Se fait sur le mode chronique par poussées aboutissant à des **ankyloses** et des **déformations invalidantes**.
- Tous les degrés sont possibles entre une forme bénigne et une forme grave.
- *Les rémissions thérapeutiques sont plus complètes et plus durables que dans la PR*
- *L'extinction de la maladie est possible*

RP : TRAITEMENT

- **Essai de traitement de SPA** : AINS + Kinésithérapie
- **TTT arrêté entre les poussées**
- **Si inefficace : TTT de PR :**
Chrysothérapie, Méthotrexate, Corticoïdes
(Attention : rebond du psoriasis à l'arrêt du traitement)
- **TTT du Psoriasis**
- **L'évolution** est moins sévère que dans les autres rhumatismes inflammatoires (SPA/PR) et les manifestations extra-articulaires moindres