

ED 3 Rhumato - Spondylarthrite

CAS 1 : diagnostic SPA

H 25 ans

Douleurs lombaires évoluant depuis 12 mois

Rachialgies d'horaire inflammatoire

Douleurs situées au niveau de la charnière dorso-lombaire

Pas de fièvre

Diagnostiques à évoquer devant rachialgie inflammatoire

- métastase
- **spondylarthrite** +++ : pas de fièvre, pas de perte de poids
- discopathie lombaire (sciatiques peuvent réveiller la nuit si hyperalgiques)

Éléments à rechercher à l'interrogatoire

SPA?

- ATCD familiaux : psoriasis, MICI, SPA
- (PR : ATCD de maladies autoimmunes dans la famille type thyroïdite, DT1.. car maladie dédiée par des anticorps, contrairement à la SPA)
- signes extra-articulaires
- fessalgies
- lombalgies
- ATCD d'arthrite (gonflement articulation), dactylite, enthésite (**talalgie** +++)

Lombalgie commune?

- effort de soulèvement
- ATCD de lumbago
- impulsivité
- position antalgique

Causes tumorales?

- AEG, ATCD de cancer

Causes infectieuses?

- fièvre, ATCD infectieux

Signes de gravité

- déficit moteur, sd de la queue de cheval

A eu une uvéite, **confirmée par OPH**, reste de l'interrogatoire est négatif

Examen clinique

- **raideur axiale** : test de Schöber (normalement on gagne 5 cm en se baissant pour toucher ses pieds)
- **rotation cervicale** (mesure menton-acromion, tragus-acromion, C7 mur, occiput mur)
- articulation sacro-iliaque : **manoeuvre de cisaillement, test de Patrick, signe du trépied**
- coxite
- douleurs sternum (articulation sterno-claviculaire ou chondro-sternale)
- **enthésites** : ligament quadricipital, patellaire distal et proximal, tendon d'Achille (post ou inf (aponévrose)), épicondylien
- articulations : arthrites??, séquelles de dactylite
- signes extra-articulaires : psoriasis (coudes, genoux, cuir chevelu, ombilic, unguéal, rétro auriculaire)

Examens complémentaires morphologiques

- radio de bassin de face : articulations sacro-iliaques
- radio rachis dorso-lombaire face et profil
- IRM pas en 1e intention (on voit bien l'inflammation des enthèse, mais si signes radio on a pas besoin de faire l'IRM)

Séquence T2 STIR (saturation de la graisse) sont le plus utilisées en rhumato

Examens complémentaires biologiques

- **CRP, VS** : peuvent souvent être normales à la différence de la PR
- **HLA B27** : 6 à 7 % de la population générale, beaucoup plus fréquent dans les pathologies axiales (90%), mais ce n'est pas ça qui fait le diagnostic
- + de HLA B27 en Indonésie et USA, - en Afrique
- retard diagnostique de 15 ans
- NFS pour objectiver si inflammation

Diagnostic confirmé => PEC?

- **AINS** : 1^e intention, en prescrire 3-5 différents pour que le patient les essaye et continue celui qui est le plus efficace pour lui. Pleine dose, réparti dans la journée, le soir au coucher
- **éducation thérapeutique**
- **kiné** : entretien articulaire, évite l'enraidissement (tête courbée, donc flessum hanche de compensation pour regarder en l'air, ampliation thoracique (pour éviter IRC)

CAS 2 : Suivi SPA

H 32 ans

Suivi spondylarthropathie axiale. A depuis l'âge de 20 ans, lombalgies inflammatoires et fessalgies à bascule

HLA B27 +, VS 21, CRP 2

Prise d'AINS depuis 10 ans logique?

- EI : hémorragique, HTA, cardio-vasculaire, augmente avec l'âge
- mais mieux que les autres traitements plus forts si marche
- Coxib (anti Cox2) est mieux toléré sur le plan digestif

Suivi en consultation

- métrologie
- EVA
- poussées, RN, DM => douleur inflammatoire
- complications du traitement
- score BASDAI (activité de la maladie) et BASFI (score fonctionnel), ASDAS (score d'activité comme le BASDAI mais on ajoute CRP)
- biologie : VS, CR, créat (suivi AINS)
- **pronostic** : enraidissement, IRC, coxite (PTH)
- facteurs mauvais pronostic : coxite, âge jeune (< 16 ans), résistance AINS

Radio

- **pseudo-élargissement** de l'articulation sacro-iliaque droit
- **syndesmophytes** sur le rachis (calcification des enthèses) puis ponts osseux entre les vertèbres aboutissant à la colonne bambou. Sont très fins, contrairement à l'arthrose où il y a de gros ostéophytes qui partent plutôt horizontalement



Stade 0 : normal

Stade 1

Stade 2 : franche condensation

Stade 3 : retentissement sur l'interligne, au début pseudo élargissement car condensation puis se fusionne

Stade 4 : plus d'articulation, ankylose totale

Caractéristiques cliniques des talalgies de SPA (patient a douleur arrière pied-gauche)

- ne réveille pas la nuit mais **arrive dès qu'il pose le 1e pied à terre** et cède après quelques pas de marche
- chercher douleur à la palpation

6 mois plus tard, lombalgie basse inflammatoire. VS 30, CRP 25. Plusieurs AINS essayés inutile

PEC

- anti TNF

MTX c'est seulement pour périphérique

SPA enthésitiques, difficile car personnes ont mal partout. Il faut objectiver un signe d'inflammation (gonflement articulaire)

Revient car touse, fièvre et frissons depuis le matin. L'un de ses enfants a fait rhino-pharyngite

PEC

- ATB
- **arrêt anti-TNF !!**

CAS 3 : rhumatisme psoriasique

F 52 ans

Douleurs IPD droites et gauches évoluant par poussées depuis 1 ans et demi

Articulations tuméfiées et douleurs d'horaire inflammatoire

Lésions squameuses du cuir chevelu

Prend ibuprofène, sans efficacité

Hypothèses diagnostiques

- **rhumatisme psoriasique**
 - **arthrose** digitale (touche IPD, peut donner douleurs très inflammatoires et très invalidantes)
- PR ne touche pas les IPD
Chondrocalcinose touche MCP 2 et 3 +++

Interrogatoire

psoriasis?

- ATCD familiaux : SPA, MICI, psoriasis
- ATCD personnel : uvéite, MICI, **dactylite**, talalgie inflammatoire, psoriasis, **arthrites réactionnelles** (aseptique) gonocoque ++ campylobacter, yersinia (triade conjonctivite-urétrite-arthrite) on fait la ponction quand même pour être sur qu'il n'y a pas de germe.

maladie rhumato?

- RN, DM
- retentissement vie personnelle
- rachialgies

Examens complémentaires

- radio mains et pieds, bassin (si symptomatique)
- écho : rechercher synoviales
- bio : VS, CRP, HLA B27, hémogramme

Prescription AINS mais garde 6 synovites et ses radios montrent un rhumatisme destructeur

Prescription MTX => principes de ce traitement ?

- marche très bien sur **psoriasis cutané**
- tératogène : informer et contraception
- **imagerie poumon** : **pneumopathie immuno-allergique** (apparaît quelques semaines après MTX, régresse après arrêt), PID (apparaît après longtemps traitement)
- alopecies, nausées, vomissements
- 1 prise hebdomadaire
- + **acide folique** 48 h après pour limiter ES
- **troubles biologiques** (rares) : agranulocytoses, cytolyses hépatiques

2 ans plus tard, arrêt traitement et poussée oligo-articulaire

Oeil rouge

Diagnostics

- **uvéïte** : BAV, très douloureux (on ne peut pas se passer d'aller voir l'OPH généralement)
- **conjonctivite** : écoulement, grain de sable, yeux collés



Examen OPH => pas d'uvéïte

+ diarrhées non sanglantes ayant débutées lors voyage en Inde alors que son compagnon avait les mêmes

Diagnostic

- arthrite réactionnelle

