

Item 282 : Spondylarthrite ankylosante (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°1

Scénario :

Monsieur A., vingt-cinq ans, étudiant vétérinaire, vient consulter pour lombalgies. La symptomatologie évolue depuis trois ans. Le patient n'avait jamais consulté car les douleurs étaient auparavant intermittentes, de faible intensité, et étaient soulagées par du paracétamol acheté en vente libre en pharmacie. Depuis quatre mois, la symptomatologie s'est modifiée. Les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes. Elles siègent au rachis lombaire et dans les fesses. Elles réveillent le patient vers 3 h du matin. Elles sont maximales en début de journée et entraînent un dérouillage matinal que le patient évalue à environ une heure. Le traitement par paracétamol s'est avéré inefficace.

L'examen clinique trouve un sujet d'état général conservé. Il n'y a pas de fièvre. Le rachis lombaire est raide et douloureux à la palpation. Les manœuvres sacroiliaques sont douloureuses, en particulier à gauche. Il n'y a pas de signe de Lasègue. L'examen neurologique est sans particularité. L'examen général est normal. Parmi les antécédents, on retient un tabagisme à cinq paquets-années et quelques lésions traumatiques : deux entorses de la cheville droite il y a cinq et deux ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a trois ans, un accident de la voie publique il y a cinq mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

QUESTION 1/7 :

Vous évoquez le diagnostic de spondylarthropathie. Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Interrogatoire : antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante ou de spondylarthropathie, antécédents familiaux de psoriasis, antécédents personnels de psoriasis, d'entéropathie inflammatoire (Crohn et rectocolite hémorragique), d'arthrites périphériques, d'orteil ou doigt en « saucisse », de talalgies, d'uvéite antérieure. Examen clinique : psoriasis.

QUESTION 2/7 :

Ces recherches sont négatives. Vous revoyez le patient avec les résultats de clichés radiographiques (rachis thoracique et lombaire face et profil, bassin de face — ce dernier étant sur le cliché joint).

Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants :

- hémoglobininémie : 13 g/100 ml ; leucocytes : 5 300/mm³ (65 % de polynucléaires neutrophiles, 25 % de lymphocytes) ; plaquettes : 188 000/mm³ ;

- vitesse de sédimentation : 8 mm ; protéine C réactive : 4 mg/l (N < 5) ;
- natrémie : 142 mEq/l ; kaliémie : 4,1 mEq/l ; albuminémie : 39 g/l ; créatininémie : 85 µmol/l ;
- calcémie = 2,35 mmol/l.

Outre une spondylarthropathie :

1. Quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques ? Discutez-les.
2. Quel examen d'imagerie doit être privilégié dans le cadre du diagnostic ?

Réponse attendue :

- Spondylodiscite infectieuse ou sacro-iliite infectieuse :

- Pour cette hypothèse :

lombo-fessalgies d'horaire inflammatoire ;

plaies cutanées peu de temps avant le début des troubles ;

brucellose, compte tenu de son emploi.

- Contre cette hypothèse :

pas de fièvre ;

pas de syndrome inflammatoire ;

pas de polynucléose neutrophile ;

radiographies retrouvant une sacro-iliite bilatérale.

- Tumeur osseuse :

- Pour cette hypothèse : douleurs d'horaire inflammatoire.

- Contre cette hypothèse :

pas d'altération de l'état général ;

examens biologiques et radiographie standards.

Il existe une sacro-iliite évidente radiologiquement, ce qui permet de ne pas discuter d'autre imagerie.

QUESTION 3/7 :

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?

Réponse attendue :

- Information du patient.

- Éducation du patient.

- Conseil d'arrêt du tabac.

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en l'absence de contre-indication.

- Antalgiques.

- Kinésithérapie :

- en extension rachidienne ;

- avec travail de l'amplitude respiratoire ;

- apprentissage d'une autoréducation.
- Suivi tous les trois à six mois :
- évaluation de la douleur par échelle visuelle analogique ;
- évaluation de la statique et des mobilités rachidiennes ;
- indice BASDAI.

QUESTION 4/7 :

Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie oesogastroduodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals).

Quelle doit être la conduite à tenir ?

Réponse attendue :

- Arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Arrêt du tabac si non fait.
- Traitement antisécrétoire pendant six semaines (IPP).
- Éradication d'*Helicobacter pylori* si la recherche est positive :
- antisécrétoire double dose pendant une semaine ;
- associé à double antibiothérapie parmi amoxicilline, clarithromycine, métronidazole pendant une semaine ;
- puis arrêt ou poursuite de l'antisécrétoire trois semaines à simple dose.
- Contrôle endoscopique et histologique à huit semaines.

Contre-indications : aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ;
ou association définitive AINS-IPP et contrôle de la fibroscopie.

QUESTION 5/7 :

Le problème digestif est réglé. L'évolution ultérieure de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes. Le patient est très invalidé. Il existe une résistance ou une contre-indication à tous les traitements « classiques » locaux ou généraux.

1. Quelle classe thérapeutique peut être envisagée ?
2. Quelles sont ses principales contre-indications ?

Réponse attendue :

Anti-TNFa.

Principales contre-indications :

- infections actives ;
- situations à haut risque d'infection ;
- sclérose en plaques ;
- insuffisance cardiaque congestive ;

- néoplasies et cancers, saufs ceux traités depuis plus de cinq ans et guéris ;
- lésions précancéreuses en l'absence d'avis d'un oncologue ou d'un hématologue ;
- grossesse, allaitement.

Le bilan préthérapeutique doit comporter obligatoirement un interrogatoire et un examen soigneux à la recherche de contre-indications et/ou d'antécédents ou signes pouvant faire craindre une contre-indication. Selon l'AFSSAPS : interrogatoire soigneux à la recherche de situation à risque de tuberculose, une radiographie pulmonaire, une IDR à la tuberculine.

QUESTION 6/7 :

La thérapeutique envisagée est efficace, mais le patient garde quelques douleurs persistantes. Il a entendu parler des cures thermales et vous demande quelles en sont les modalités et si elles pourraient lui être bénéfiques. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

La crénothérapie est l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour dans la station thermale :

- dans la plupart des cas, des soins de kinésithérapie et de rééducation sont effectués ;
- utilisant souvent les eaux thermales ou leurs dérivés (boue) ;
- ayant lieu dans une station agréée ;
- au cours d'une période d'environ trois semaines en général. Les soins sont quotidiens.

Le médecin doit remplir un formulaire de prise en charge comportant l'orientation thérapeutique et le nom de la station thermale. La demande est adressée par le patient à la sécurité sociale. L'efficacité à long terme des cures thermales sur la douleur ou le handicap n'est pas démontrée. Elles peuvent cependant être utiles dans la spondylarthrite ankylosante. Elles sont contre-indiquées en cas de poussée inflammatoire. Elles sont également contre-indiquées en cas de traitement immunosupresseur.

QUESTION 7/7 :

La maladie est peu active pendant plusieurs mois. Malheureusement, l'évolution se fait vers un échappement thérapeutique. Le patient vient vous demander conseil. Il lui a été proposé d'être inclus dans une étude testant l'efficacité d'un nouveau traitement, en comparaison avec un placebo.



Il vous demande ce qu'est :

1. un placebo ;
2. l'effet placebo ;
3. l'effet thérapeutique ;
4. et pourquoi l'étude comporte un groupe « placebo ».

Réponse attendue :

1. Le placebo est une substance inerte (dépourvue d'activité pharmacologique), délivrée dans un contexte thérapeutique.
2. L'effet placebo est un effet thérapeutique produit par la prescription d'une substance inerte (dépourvue d'effet pharmacologique).
3. L'effet de tout traitement pharmacologique résulte d'un effet pharmacologique et d'un effet placebo.
4. Dans l'étude, l'utilisation d'un groupe placebo permettra de connaître les effets pharmacologiques de la molécule testée à condition que l'étude soit réalisée en double aveugle (double insu) et soit randomisée. Les études contre placebo sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°13

Scénario :

Monsieur M., quarante et un ans, arrive le dimanche soir dans le service des urgences où vous êtes de garde, pour une polyarthrite. Dans ses antécédents, vous notez une douleur de la racine de la cuisse droite depuis deux ans qui a déjà fait l'objet d'une exploration radiographique et scintigraphique (clichés ci-dessous).



Dix-huit jours plus tôt est survenue une urétrite, contractée à Madagascar, traitée par ampicilline pendant sept jours. Depuis cinq jours, Monsieur M. se plaint de talalgies bilatérales à la marche, de lombalgies le réveillant la nuit, d'un gonflement douloureux avec augmentation de chaleur locale de l'épaule droite, du genou droit et des deux chevilles. L'examen clinique objective une fébricule (37,8 °C), des adénopathies cervicales et des arthrites au niveau des articulations précitées.

Biologiquement, la vitesse de sédimentation est élevée à 50 mm. La numération formule sanguine, l'ionogramme sanguin, l'uricémie et la fonction rénale sont normaux. Les phosphatases alcalines sont augmentées à 250 UI (normales : 40-160 UI) sans anomalie des ASAT, ALAT, γ -GT et bilirubine.

Vous évoquez une arthrite réactionnelle.

QUESTION 1/5 :

Citez deux diagnostics différentiels que vous envisagez en priorité ?

Réponse attendue :

Polyarthrite septique (gonocoque) et primo-infection à VIH.

QUESTION 2/5 :

Quels examens complémentaires programmez-vous pour étayer le diagnostic ? Pour le problème de l'urétrite ?

Réponse attendue :

Ponction articulaire, hémocultures, prélèvement urétral ou des urines du matin, consultation ophtalmologique, sérodiagnostics pour *Chlamydiae* et mycoplasme, HLA B27. En outre, du fait de l'urétrite : sérologies de la syphilis, du VIH, des hépatites B et C et consultation au service des infections sexuellement transmissibles.

QUESTION 3/5 :

Quelle est votre attitude thérapeutique pour les douze premières heures ?

Réponse attendue :

- Hospitalisation.
- Repos relatif au lit.
- AINS.

QUESTION 4/5 :

Par quel mécanisme expliquez-vous les talalgies ? Qu'en déduisez-vous ?

Réponse attendue :

Enthésite, très en faveur d'une spondylarthropathie.

QUESTION 5/5 :

Concernant la douleur de la racine de la cuisse droite depuis deux ans, comment l'expliquer-vous ? Est-ce lié à la pathologie actuelle ?

Réponse attendue :

Maladie de Paget, car :

- en radiographie ;
- hypertrophie de l'os ;
- hypertrophie des corticales ;
- trame hétérogène, condensée, fibrillaire ;
- dédifférenciation corticomédullaire ;
- élévation isolée des phosphatases alcalines. L'association est fortuite.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°14

Scénario :

Monsieur N., vingt et un ans, étudiant en médecine, est hospitalisé pour une polyarthrite qui a débuté il y a six mois. Elle a touché les talons, les genoux puis les épaules dans un contexte de fébricule. Il existe en outre une douleur de la fesse droite qui le réveille le matin vers 6 h et persiste toute la journée. Dans ses antécédents personnels médicaux, on note un rhumatisme articulaire à douze ans et un eczéma des deux mains. Il a été opéré il y douze ans d'une torsion du testicule droit. Sur le plan familial, il vous signale une uvéite chez sa soeur âgée de vingt-quatre ans. Son père et sa mère ont été opérés d'une hernie discale lombaire. Sa mère a une diverticulose colique. Son frère a un eczéma.

À l'examen physique, vous notez de discrets signes inflammatoires locaux des genoux, une limitation des épaules en abduction. L'articulation sacro-iliaque droite est douloureuse à la palpation. Le rachis lombaire est limité en flexion antérieure (main-sol 40 cm, indice de Schöber 2 cm). Le tendon d'Achille droit est un peu sensible à la palpation. L'auscultation cardiaque vous permet de noter un souffle systolique du foyer aortique irradiant aux vaisseaux du cou d'intensité 2/10. Il a de nombreux nævi d'allure bénigne. Le reste de l'examen clinique est normal.

QUESTION 1/6 :

Quel est le diagnostic le plus probable ?

Réponse attendue :

Spondylarthrite ankylosante.

QUESTION 2/6 :

Quels arguments sont en faveur de ce diagnostic ?

Réponse attendue :

- Terrain : adulte jeune, homme.
- Polyarthrite périphérique des grosses articulations et prédominant aux membres inférieurs.
- Atteinte axiale : sacro-iliite et raideur rachidienne.
- Enthésopathies : talalgie.

QUESTION 3/6 :

Le patient vous demande de lui expliquer à quelle famille de rhumatisme appartient ce diagnostic ; quelles sont les autres affections appartenant à cette famille ?

Réponse attendue :

Les spondylarthropathies inflammatoires chroniques :

- spondylarthrite ankylosante ;
- arthrites des entérocolopathies (Crohn, RCH) ;
- arthrites réactionnelles et syndrome de Reiter ;
- rhumatisme psoriasique ;
- SAPHO ;
- indifférenciées.

QUESTION 4/6 :

Quels examens complémentaires effectuez-vous ?

Réponse attendue :

Numération-formule sanguine, VS, CRP, créatinine, TGO, TGP, g-GT, phosphatases alcalines, HLA B27, radiographies (rachis thoracique et lombaire incluant la charnière, bassin, pieds de profil, genoux, épaules), ECG, prélèvement urétral si orientation, sérodiagnostics si orientation.

QUESTION 5/6 :

Quel traitement proposez-vous ?

Réponse attendue :

AINS, kinésithérapie. En cas d'échec : traitement de fond (en débutant par la *Salazopyrine* ou le méthotrexate puisqu'il existe une atteinte périphérique ; en seconde intention sera envisagée une biothérapie anti-TNF).

QUESTION 6/6 :

Sur quels éléments considérés comme reproductibles à l'interrogatoire ou à l'examen clinique allez-vous suivre l'évolution de la maladie elle-même ?

Réponse attendue :

- BASDAI (dont raideur matinale).
- Articulations douloureuses et gonflées.
- Palpation des enthèses.
- Recherche des signes extra-articulaires de la lignée des spondylarthropathies (psoriasis, entérocolopathie, uvéite...).
- Ampliation thoracique.
- Schöber.
- Distances occiput-mur et menton-sternum.

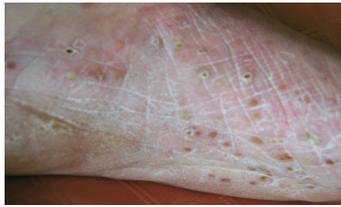
CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°27

Scénario :

Monsieur A., trente-six ans, chauffagiste, sans aucun antécédent notable, consulte pour des douleurs lombaires et des mains. Vous apprenez à l'interrogatoire que les douleurs rachidiennes sont relativement anciennes et évoluent depuis au moins un an. Il s'agit de douleurs lombaires basses, irradiant vers les fesses. Elles se sont majorées depuis trois mois. À ce moment, des douleurs des extrémités des doigts des deux mains sont également apparues ainsi qu'une déformation des ongles des doigts concernés.

À l'examen, il est en bon état général. Il pèse 72 kg pour 1,70 m. Il a mal à la pression des articulations sacro-iliaques. Il a un érythème et un gonflement en regard des articulations interphalangiennes proximales des 2e, 3e et 4e doigts des deux mains. Vous observez des lésions cutanées (clichés ci-dessous).

Voir photos dans le cahier couleur (cas cliniques 27.1 et 27.2).



QUESTION 1/7 :

Quelles lésions élémentaires définissent le mieux les lésions cutanées que présente ce patient ?

Réponse attendue :

Pustulose palmoplantaire.

QUESTION 2/7 :

Quel diagnostic portez-vous devant ce tableau ?

Réponse attendue :

Soit SAPHO (synovite, acné, pustulose, hyperostose et ostéite), soit rhumatisme psoriasique.

QUESTION 3/7 :

Quel bilan proposez-vous pour explorer le tableau articulaire ?

Réponse attendue :

- Biologie :
- CRP, hémogramme, bilan hépatique, créatinine, protéinurie, hématurie et leucocyturie ;
- calcémie et phosphorémie ;
- sérologies VHC, VHB, VIH, sérologie de Lyme et *Chlamydia*.
- Radiographies des mains et des pieds, du rachis thoracique et lombaire, des sacro-iliaques et scanner des sacro-iliaques en cas d'anomalie non interprétable sur les clichés standards.
- Radiographie du thorax.

La recherche de l'antigène HLA B27 peut se discuter mais l'examen est peu ou pas rentable devant un rhumatisme psoriasique ou un SAPHO.

QUESTION 4/7 :

En raison de l'échec d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire, vous décidez de traiter ce malade par méthotrexate.

Quel bilan préthérapeutique réalisez-vous ?

Réponse attendue :

- Hémogramme.
- Bilan hépatique.
- Créatinine.
- Sérologie VHC et VHB.
- Radiographie du thorax.

QUESTION 5/7 :

Concernant ce traitement, quelles informations donnez-vous à ce malade ?

Réponse attendue :

Risques du traitement par méthotrexate :

- cytopénie (le plus souvent une neutropénie) avec exceptionnellement une agranulocytose, qui résulte le plus souvent d'un surdosage, notamment en cas d'insuffisance rénale ou d'une interaction médicamenteuse, notamment avec le *Bactrim* ;
- pneumopathie d'hypersensibilité. Cet accident très rare peut être sévère avec un risque d'insuffisance respiratoire aiguë ;
- hépatotoxicité : initialement à type d'hépatite avec un risque de fibrose ou, exceptionnellement, de cirrhose, surtout en cas de consommation d'alcool ou de prise d'autres médicaments hépatotoxiques ;
- troubles digestifs mineurs (nausées, vomissements, aphtose et mucite) et diarrhées avec

parfois des malaises gênants. Ces effets peuvent justifier d'utiliser la voie intramusculaire ou sous-cutanée ;

- dans certains cas, on observe un syndrome post-prise qui est une sorte de malaise survenant dans les heures qui suivent la prise et qui dure 24 à 72 heures ;
- risques infectieux marqués par des infections banales à pyogènes mais aussi par des infections opportunistes (tuberculose, pneumocystose...) très rares dont l'imputabilité directe au méthotrexate est souvent discutable car elles touchent des patients fragiles prenant souvent des corticoïdes ;
- effet tératogène imposant l'arrêt du traitement trois mois avant d'envisager la conception ;
- céphalées et irritabilité ;
- alopécie.

L'information donnée au malade, conformément à la loi du 4 mars 2002, doit être éclairée, complète, expliquant les risques, même rares, et, surtout, précisant les symptômes d'alerte et la conduite à tenir (consultation urgente, arrêt des médicaments...).

QUESTION 6/7 :

À quelle posologie débutez-vous le traitement ?

Réponse attendue :

10 à 20 mg par semaine *per os* en une prise hebdomadaire. La dose est définie en fonction de l'état physique, hépatique et rénal du patient. Prescription systématique d'acide folique (*Spéciafoldine* 5 à 10 mg par semaine), à prendre 48 heures après le méthotrexate, ce qui permet de réduire certains effets indésirables (lésions muqueuses, cytopénie, cytolyse...).

QUESTION 7/7 :

Prescrivez-vous un suivi biologique ? Si oui, lequel et à quelle fréquence ?

Réponse attendue :

- Hémogramme et transaminases toutes les deux semaines pendant les trois premiers mois, puis toutes les six semaines à deux mois.
- Créatinine et bilan hépatique complet tous les trois à quatre mois.