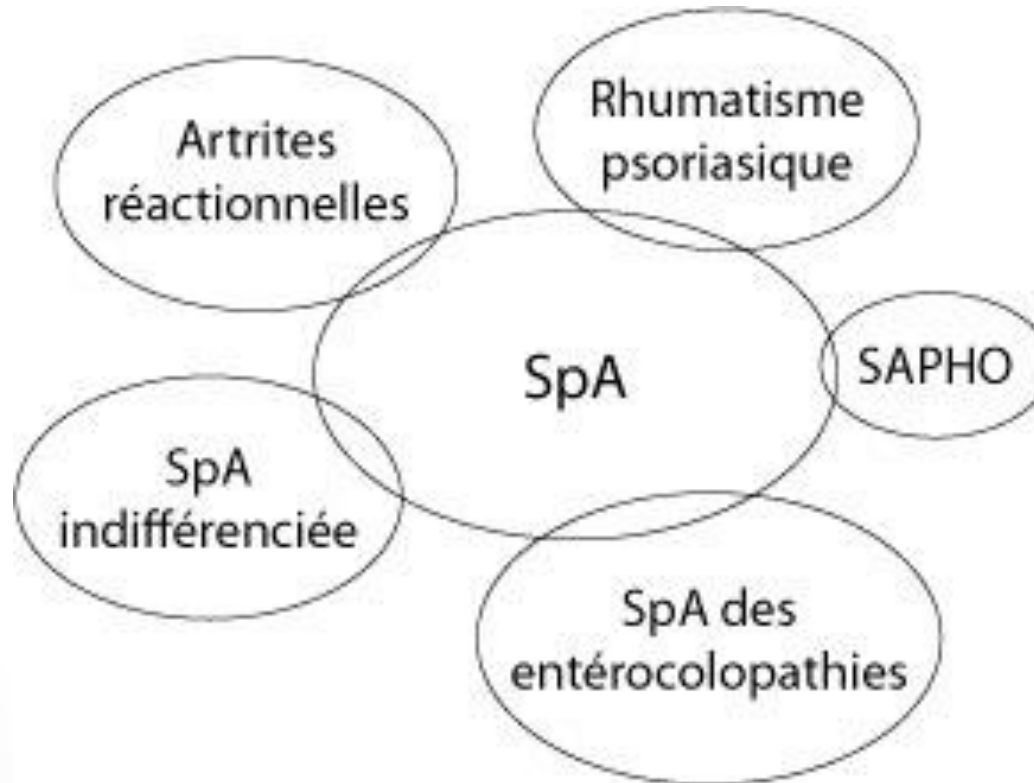


Les arthrites réactionnelles

Introduction

- **Spondylo-arthrite** :
 - Rhumatisme inflammatoire chronique
 - Terrain génétique commun
 - Manifestations cliniques proches

Introduction



Introduction

5 Pathologies	5 éléments diagnostiques
Spondylarthrite ankylosante	<u>Syndrome pelvi-rachidien</u> : Raideur rachidienne (3 mois), Atteinte paroi thoracique ant, Pygalgie
Rhumatisme psoriasique	<u>Enthésopathies</u> : Talalgie, Dactylite
Spondylo-arthropathie associée aux Entérocolopathies	<u>Atteintes articulations périphs</u> : Tableau d'oligo-arthrite asymétrique
Arthrite réactionnelle	<u>Atteintes extra-articulaires</u> : Uvéite antérieure, ATCD pso, balanite, Urétrite ou diarrhée il y a moins de 1 mois
Spondylo-arthropathie indifférenciée	<u>Sensibilité aux AINS</u>

Introduction

Critères de Classification ASAS de Spondylarthrite Périphérique (SpA)

**Arthrite ou enthésite ou dactylite
plus**

≥ 1 critère de SpA

- uvéite
- psoriasis
- Crohn/RCH
- infection préalable
- HLA-B27
- sacro-iliite à l' imagerie

OU

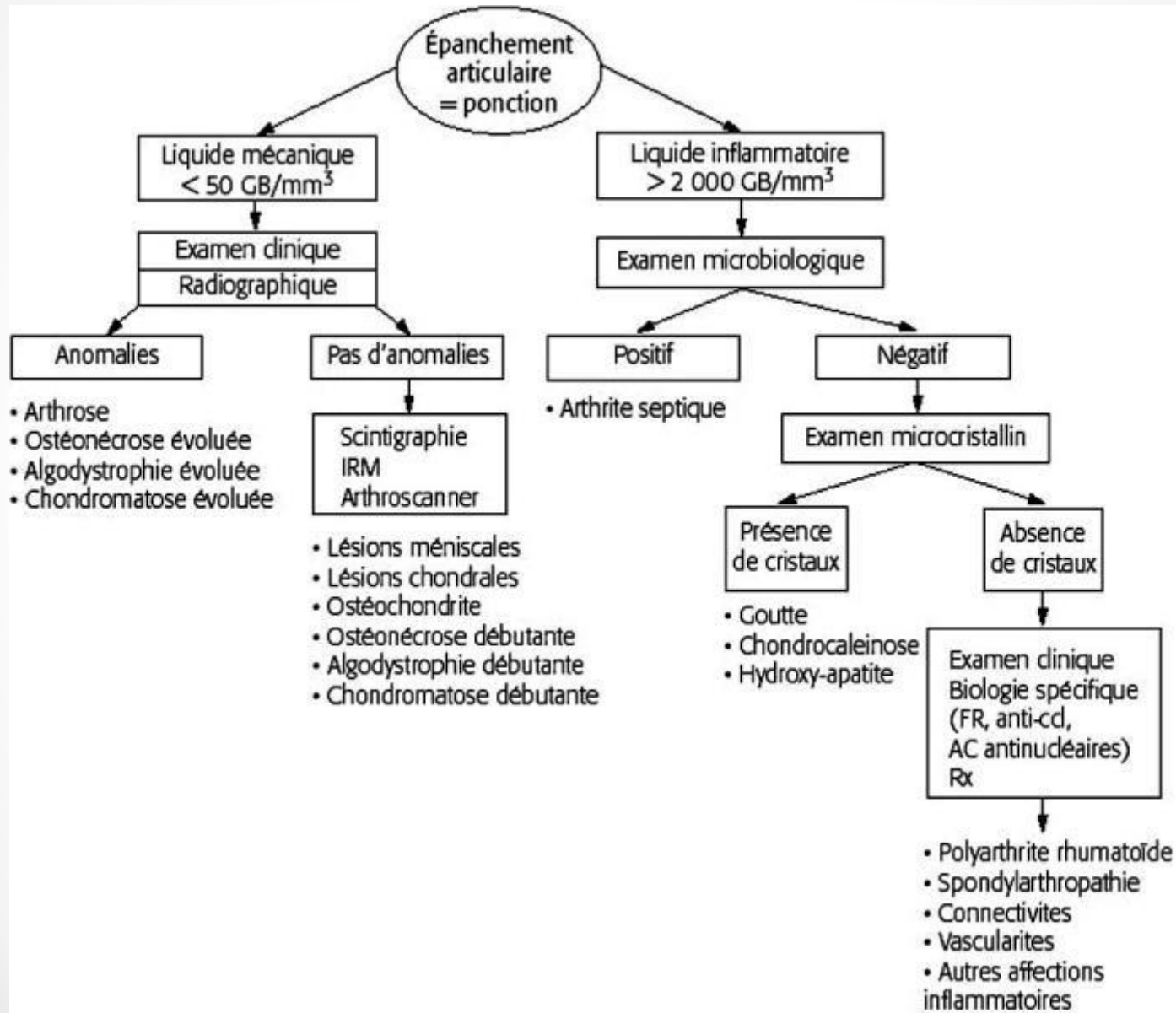
≥ 2 critères de SpA

- arthrite
- enthésite
- dactylite
- rachialgie inflammatoire (présente ou passée)
- ATCD familial de SpA

Arthrite périphérique : prédominant habituellement aux membres inférieurs et/ou arthrites asymétriques
Enthésite : évaluée cliniquement
Dactylite : évaluée cliniquement

Sensibilité : 77,8%, Spécificité: 82,2%; n=266

Introduction



Epidémiologie

- Âge surtout entre 20 et 30 ans, possible à tout âge
- Prévalence faible difficilement évaluable, en régression
- Sexe Ratio variable en fonction du germe : proche de 1 pour digestif, 10 hommes pour 1 femme pour post-urétrites
- Rare chez sujet d'Afrique Noire

Porte d'entrée génitale

Chlamydia trachomatis

Porte d'entrée digestive

Shigella dysenteriae et flexneri

Salmonella enteritidis et typhimurium

Yersinia enterocolitica et pseudotuberculosis

Campylobacter jejuni

Autres causes possibles (liste non exhaustive)

Ureaplasma urealyticum

Vaccination anti-salmonelle

BCGthérapie intravésicale

Parasites (amibes, taenias, lambliaose...)

Physiopathologie

- Réponse humorale : Production exagérée d'Ig A spécifique du germe, soit liée à la persistance du germe ou à l'action du TGF Béta
- Réponse lymphocytaire T : Intensité très marquée de la prolifération des LT CD4+ spé du germe au sein de l'articulation, Clones TCD8+ spécifiques
- Cellules présentatrices d'Ag : Présentation des germes anormales via les cellules dendritiques aux LT spécifiques

Physiopathologie

- **Concernant le germe en cause :**
 - Considéré comme absent dans l'articulation atteinte
 - Cas particulier : Chlamydia
 - Antigènes liposaccharidiques (Yersinia, Salmonella, Shigella)
 - Quid de la différenciation septique/réactionnelle ?

Physiopathologie

- **Rôle du HLA B27 :**

- Effet non connu réellement
- Risque x12 pour Chlamydia, x50 pour entérobactéries en cas de HLA B27 +
- Symptômes articulaires plus longs, plus sévères et plus fréquents
- Nombreuses hypothèses

Rôle HLA B27

Hypothèse 1 : Mimétisme moléculaire

Hypothèse 2 : Réaction croisée peptide bactérien et des tissus cibles

Hypothèse 3 : Diminution de la réponse bactérienne

Hypothèse 4 : Mauvais repliement, « stress cellulaire », réaction pro-inflammatoire

Au total

- Persistance prolongée de l'Ag
- Afflux trop important d'ag bactériens au niveau de la zone inflammatoire
- Anomalie de la présentation des Ag
- Migration et activation anormale des LT (CD4 et 8)
- Réponse immunitaire trop prolongée

Présentation clinique

- Arthrites définies comme aseptiques
- Localisation non liée à l'infection en cause : atteinte de la muqueuse intestinale ou uréthrale
- Développement dans les 4 semaines maximum
- Formes complètes et incomplètes
- Exclusion : Rhumatisme post streptococcique, post méningococcique, RAA, Arthrites liées aux endocardites

Symptomatologie

- **Atteintes rhumatismales :**
 - Oligo-arthrite asymétrique : surtout grosses articulations des membres inférieurs (genoux 70% > chevilles 20 à 50% > MTP 10 à 45% puis poignets)
 - Atteintes pelvi-rachidiennes 30 à 90 %, sacro-iliite radiologique 10%
 - Téo-synovites ou enthésopathies, dactylite



Ténosynovite

Dactylite



Symptomatologie

Atteintes extra-Rhumatismales :

- Diarrhée (précède ou contemporaine)
- Urétrite (précède ou contemporaine (10 à 70%))
- Oculaire : Uvéite antérieure (10%) ou conjonctivite (50%)
- Cutanée : à l'extrême Kératodermie blénnorragique de Vidal et Jacquet
 - Muqueuse : Ulcérations et plaques érythémateuses (caractéristiques histo psoriasis)
 - Autres : Troubles de conduction cardiaque



Balanite Circinée



Dépapillation



Hyperkératose sous-ungéale



Kératodermie
palmaire

Clou de tapissier



Cas typique : le Fiessinger-Leroy-Reiter

- Forme la plus complète
- Syndrome **oculo-uréthro-synovial** : Conjonctivite aseptique, Urétrite, Mono/oligo-arthrite asymétrique périphérique
- Signes généraux (AEG, fièvre) possibles



Conjonctivite

Urétrite



Uvéite antérieure



Précipités rétro cornéens



Uvéite antérieure

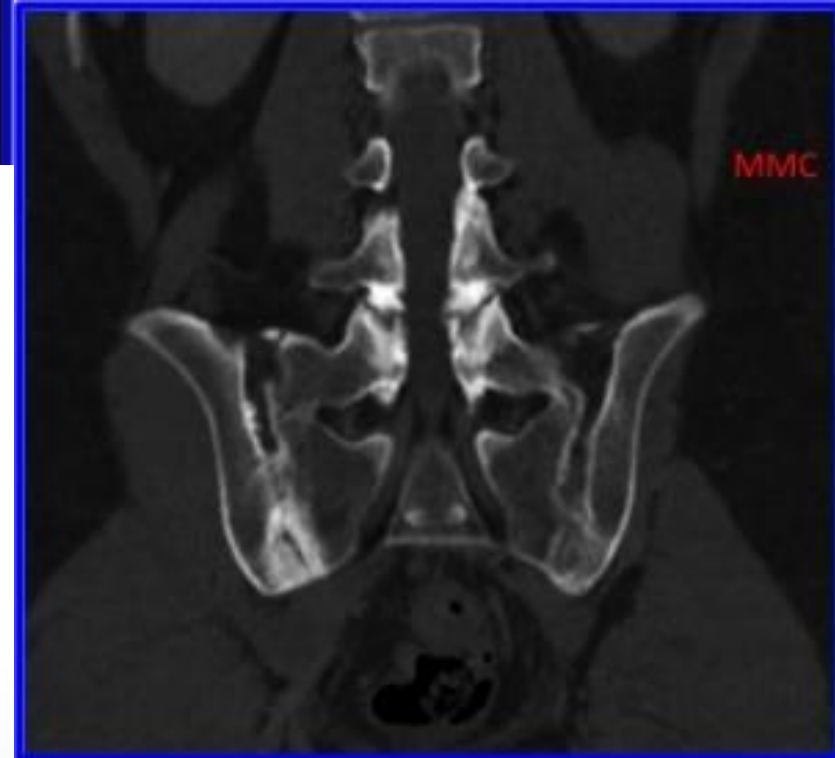
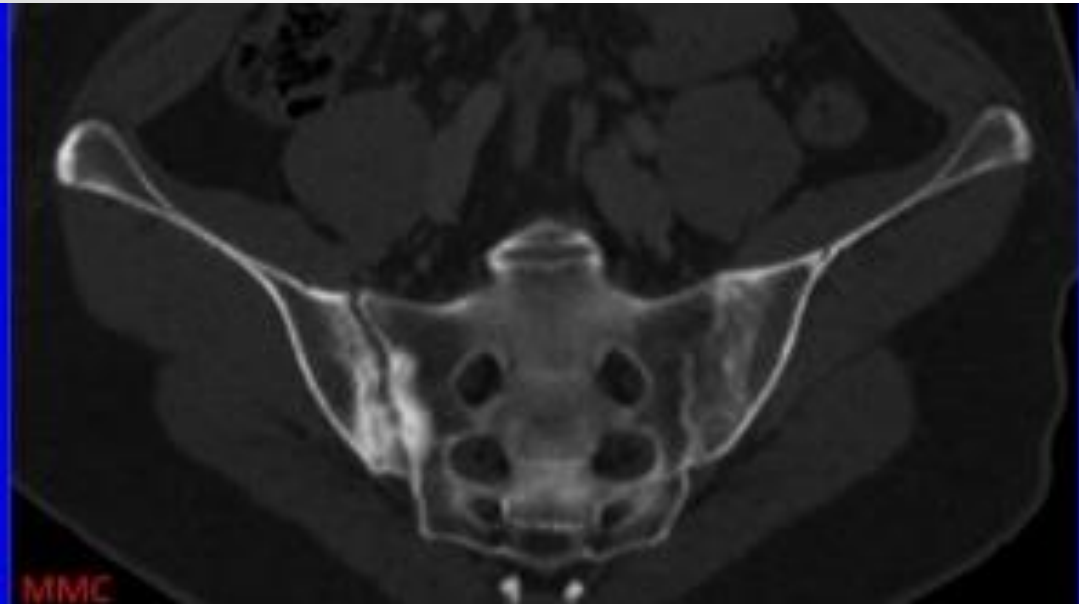
Arthrites périphériques



Examens paracliniques

- Bilans biologiques standards (CRP, NFS),
- Analyse du liquide de ponction articulaire
- Analyse bactériologique : PCR Chlamydia, PCR Mycoplasme, Coprocultures (peu utiles), séro VIH
- HLA B27 : 60% dans étiologie génitale, 70% dans étiologie digestive.
- Bilan immunologique négatif (FR, ANCA, Anti CCP..)
- Radio ou IRM rachidienne/sacro-iliaque si symptômes, Echo pour recherche des enthèses

Sacro-iliite Radiographique



Diagnostic positif

3 éléments nécessaires :

- Tableau articulaire
- Germe/infection déclenchante
- Germe mis en évidence

En pratique intérêt très marqué des critères diagnostiques car éléments rarement regroupés

Diagnostics différentiels

- Septiques +++ : germe banal, germe lent (mycobactérie), Lyme, Whipple
- Microcristallines : Goutte, CCA
- Rhumatisme post streptococcique, post méningo, RAA
- Rhumatisme inflammatoire chronique débutant : PR, Sarcoidose, autres Spondylo-arthropathies, Behçet

Evolution

- Rémission spontanée dans les 4 mois à 12 mois, décroissance lente des symptômes
- Facteurs de risque : HLA B27, sexe masculin, importance du tableau initial
- Manifestations chroniques dans 20 à 50 % des cas (arthrites/urétrites)
- SpA typique dans 10 à 20 % des cas
- Une ou deux pathologies ?

Traitements

- AINS +++++
- Traitements locaux : infiltrations
- Antibiotiques pour Chlamydia, pas pour les entérobactéries
- Traitement de fond :
 - Si persistance plus de 3 mois
 - Sulfasalazine, Méthotrexate
 - Anti TNF alpha

Questions en suspens

- Rôle véritable du HLA B27 ?
- Etudes orientées pour évolution réelle en fonction du HLA B27
- Une ou deux pathologies ?
- Arthrites septiques ou aseptiques ?

Carter, J. D., Espinoza, L. R., Inman, R. D., Sneed, K. B., Ricca, L. R., Vasey, F. B., Valeriano, J., Stanich, J. A., Oszust, C., Gerard, H. C. and Hudson, A. P. 2010 *Arthritis Rheum.* 62:1298-1307.