

Manifestations Articulaires des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

P. Claudepierre

CHU Henri Mondor Créteil

Objectifs pédagogiques

- Connaitre l'épidémiologie des arthropathies liées aux MICI
- Connaitre la démarche diagnostique des spondyloarthrites axiales et des atteintes périphériques
- Connaitre les effets secondaires rhumatologiques des traitements

Liens d'intérêts : P Claudepierre

Intérêts financiers

Aucun

Liens durables ou permanents

Aucun

Interventions ponctuelles

- Essais cliniques, travaux scientifiques : Abbvie, BMS, Celgène, MSD, Pfizer, Roche-Chugai, UCB
- Activités de conseil : Abbvie, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, UCB, Celgène, Lilly
- Action de formation lors de congrès, réunions : Abbvie, MSD, Pfizer, Lilly

Intérêts indirects

- Invitations à des congrès : Abbvie, BMS, Janssen, MSD, Novartis, Pfizer, Roche-Chugai
- Soutien pour des activités de recherche : MSD, Novartis, Pfizer, Roche-Chugai

Le rhumatisme des MICI : une spondylarthropathie ou une spondyloarthrite

spondylarthrite
ankylosante

rhumatisme
psoriasique

arthrites
réactionnelles

arthrites chroniques juvéniles (en partie)

**rhumatisme des
MICI**

formes indifférenciées

Terminologie

Tableau 1

Proposition de terminologie permettant de décrire le phénotype clinique d'un patient atteint de spondyloarthrite.

Spondyloarthrites axiales

Radiographiques^a

Non radiographiques^a

Spondyloarthrites périphériques articulaires

Érosives^a

Non érosives^a

Spondyloarthrites périphériques enthésitiques^a

^a Ajouter ici les éventuelles manifestations extra-articulaires concomitantes pour mieux caractériser le phénotype de l'atteinte (avec : psoriasis, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, uvéite antérieure).

Terminologie

Tableau 1

Proposition de terminologie permettant de décrire le phénotype clinique d'un patient atteint de spondyloarthrite.

Spondyloarthrites axiales

Radiographiques^a

Non radiographiques^a

Spondyloarthrites périphériques articulaires

Érosives^a

Non érosives^a

Spondyloarthrites périphériques enthésitiques^a

^a Ajouter ici les éventuelles manifestations extra-articulaires concomitantes pour mieux caractériser le phénotype de l'atteinte (avec : psoriasis, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, uvéite antérieure).

Critères d'Amor

- **Présence ou histoire clinique de :**
 - douleur nocturne lombaire ou dorsale et/ou de raideur matinale lombaire ou dorsale
 - de fessalgies sans précision ou fessalgies à bascule
 - d'oligoarthrite asymétrique
 - de doigt ou orteil en saucisse
 - de talalgie ou autre enthésopathie bien définie
 - d'uvéite antérieure aiguë
 - d'urétrite, de cervicite, de diarrhée moins d'un mois avant une arthrite
 - de psoriasis et/ou de balanite et/ou **de MICI**

Critères d 'Amor

- **Sensibilité aux AINS**
- **Signes radiologiques : Sacro-iliite**
- **Facteurs génétiques : Présence de l'antigène HLA B27 et/ou antécédents familiaux**



Critères ASAS de classification des spondyloarthrites

Forme axiale

Rudwaleit M. et al.
Ann Rheum Dis. 2009; 68:770-6; et 777-83

Forme périphérique

Rudwaleit M. et al.
Ann Rheum Dis. 2011;70:25–31

Critères ASAS pour les spondyloarthrites axiales

(Patients avec rachialgies \geq à 3 mois et âge au début $<$ 45 ans)

Sacro-iliite *
+ \geq 1 signe de SPA**

OU

HLA-B27 +
 \geq 2 autres signes de SPA**

*** Inflammation hautement compatible avec une sacro-iliite à l'IRM ou une sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New York modifiés**

**** Signes de spondyloarthrite**

Rachialgie inflammatoire

Arthrite

Enthésite

Uvéite

Dactylite

Psoriasis

MICI

Bonne réponse aux AINS

Histoire familiale de SPA

HLA-B27

CRP augmentée

Critères ASAS pour les spondyloarthrites périphériques

Arthrite ou enthésite ou dactylite

≥ 1 critère

- Uvéite
- Psoriasis
- **MICI**
- Infection
(4 semaines précédentes)
- HLA-B27
- Sacro-iliite (Rx ou IRM)

+

≥ 2 critères

- Arthrite
- Enthésite
- Dactylite
- Rachialgie inflammatoire
(dans le passé)
- ATCD familiaux de
spondylarthrite



Critères ASAS globalement

Chez un patient avec **rachialgie > 3 mois de début avant 45 ans** (avec/sans atteinte périphérique)

≥ 1 critère de SpA*
+ Sacro iliite **

ou

HLA-B27 +
≥ 2 autres critères de SpA*

* Critères de SpA

- Lombalgies inflammatoires
- Arthrite
- Enthésite
- Uvéite
- Dactylite
- Psoriasis
- **MICI**
- Réponse aux AINS
- ATCD familial SpA
- HLA-B27
- CRP élevée

Chez un patient avec **seulement une atteinte périphérique**

Arthrite, Enthésite, ou Dactylite**

+

Plus d'1 parmi :

- Uvéite
- Psoriasis
- MICI**
- Infection prémonitoire
- HLA-B27
- Image de Sacro-iliite

ou

Au moins 2 parmi :

- Arthrite
- Enthésite
- Dactylite
- Lombalgie inflammatoire
- ATCD familiaux de SpA

JFHOD

2019

obésité



PALAIS DES
CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS



Le rhumatisme des MICI : une spondyloarthrite mais des particularités



Le rhumatisme des MICI : une spondyloarthrite mais des particularités

- **Épidémiologie**

Sex ratio : 1/1

Particularités : *Épidémiologie*

- **Chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante**
 - 5 à 10% ont une maladie digestive inflammatoire déclarée (MdC > RCH)
 - 25 à 49% ont une inflammation infra-clinique de l'intestin (lésions macroscopiques détectées par iléocolonoscopie)
 - Jusqu'à 50-60% des patients ont des lésions microscopiques sur les biopsies : on distingue les lésions chroniques et les lésions aiguës
 - Evolution de ces lésions vers une MICI chez 7% des patients
- **Chez des patients ayant une MICI :**
 - 4 à 10% des patients ont une spondylarthrite ankylosante associée
 - 10 à 30% ont une sacro-iliite radiologique

Le point de vue du gastroentérologue

- **Prévalence de la SA (selon critères de NY)**
 - dans les Crohn : 0,9%
 - dans les RCH : 1,2%
- **Si prise en compte de rachialgies inflammatoires**
 - 28% dont 16% avec SI radiologique



Particularités clinico-radiologiques

- Arthrites périphériques
- Atteinte axiale
- Atteinte enthésitique

Particularités

- **Clinique**

atteinte la plus fréquente : arthrite périphérique

- . **10 à 25 % des MICI**

- . **surtout dans la maladie de Crohn : 1ère manifestation extra-digestive**

- . **plus souvent dans les atteintes coliques de MdC**

- . **plus souvent dans les MdC étendues**

Particularités

- **Arthrites périphériques :**
 - presque toujours : MICI connue (plusieurs mois à plus de 10 ans)
 - coïncidant avec une poussée de MICI

Particularités

- **Arthrites périphériques : évolution**
 - poussées « suivant » les poussées digestives (MdC surtout)
 - fréquence des poussées diminuant
 - possibilité de chronicité
 - exérèse lésions digestives efficace dans la RCH
 - arthrites non destructrices ... sauf...!

Particularités

- **Arthrites périphériques érosives**
 - souvent monoarthrite érosive
 - souvent précoce voire inaugurale
 - hanche, genou, cheville, poignet
 - parfois polyarthrite destructrice
 - . localisations décrites + MCP
 - . PR-like mais asymétrie (+/- dactylite ...)

Autre vision : sous-types

- **Gut 1998, Orchard et al : formes périphériques**
 - **forme oligoarticulaire (< 5)**
 -
 -
 -
 -
 -
 - **forme polyarticulaire (≥ 5)**
 -
 -
 -
 -
 -

Autre vision : sous-types

- **Gut 1998, Orchard et al : formes périphériques**
- **forme oligoarticulaire (< 5)**
 - 3,6 à 6 % (RCH, MdC)
 - Asymétrique
 - grosses articulations
 - Poussées (en général < 10 semaines)
 - intermittentes suivant l'évolutivité de la MICI (double intérêt du contrôle de la MICI)
- **forme polyarticulaire (≥5)**
 -
 -
 -
 -
 -

Autre vision : sous-types

- **Gut 1998, Orchard et al : formes périphériques**
 - **forme oligoarticulaire (< 5)**
 - 3,6 à 6 % (RCH, MdC)
 - Asymétrique
 - grosses articulations
 - Poussées (en général < 10 semaines)
 - intermittentes suivant l'évolutivité de la MICI (double intérêt du contrôle de la MICI)
 - **forme polyarticulaire (≥5)**
 - 2,5 à 4 % (RCH, MdC)
 - polyarthrite bilatérale
 - Symétrique
 - plus chronique
 - non liée à l'évolutivité de la MICI
 - Inclue en général les formes minoritaires érosives

Autre vision : sous-types

- **Gastroenterology 2000, Orchard et al :**
- **forme oligoarticulaire (< 5)**
 - liaison à DRB1 0103
 - B35 (30%)
 - B27 (26%)
- **forme polyarticulaire (≥5)**
 - liaison à B44 (pas B27)

Particularités

- **Clinique**

- atteinte la plus fréquente : arthrite périphérique
- **autre atteinte : l'atteinte axiale**

Particularités

- **L'atteinte axiale : prévalence**

- **sacro-iliite : 7 à 12%**

- **mais probablement sous-estimée :**

- . **prévalence radiographique études TDM suggèrent >> 20%**

- . **formes infra-radiologiques**

- . **étude IRM : 16,7% Sacroiliite inflammatoire sur enteroIRM** (Leclerc-Jacob S, Aliment Pharmacol Ther 2014)

- **prévalence dans MdC = prévalence dans RCH**

Particularités

- **L 'atteinte axiale :**
 - précède en général de plusieurs années la MICI
 - présentation de SPA habituelle, association HLA B27
 - évolutivité indépendante de celle de la MICI
 - absence d'influence de la chirurgie intestinale sur l'évolution de l'atteinte axiale

Particularités

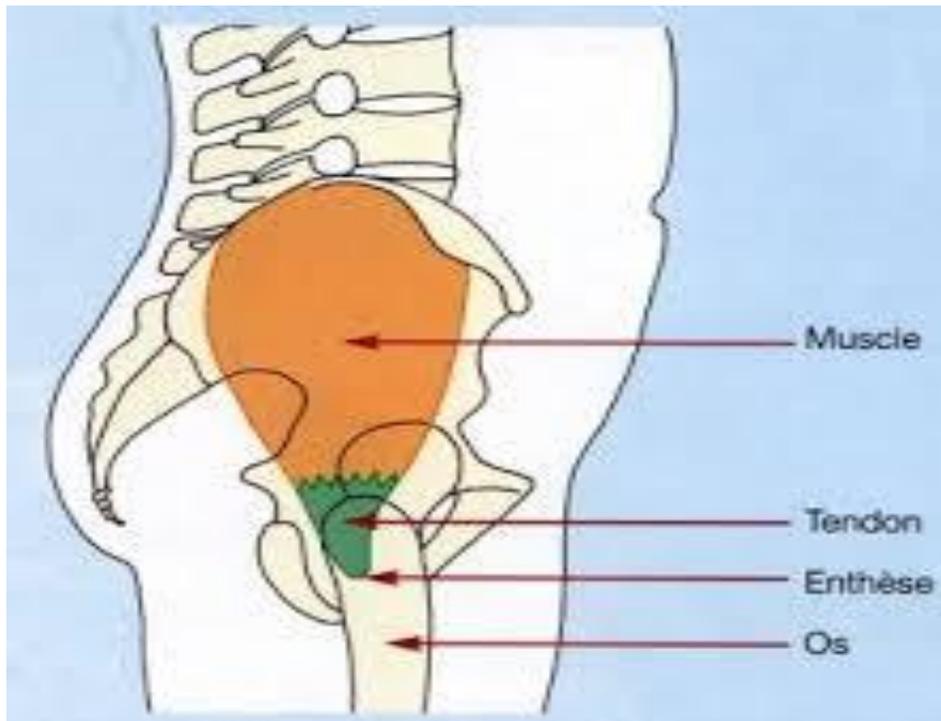
- **Clinique**

- atteinte la plus fréquente : arthrite périphérique
- autre atteinte : l'atteinte axiale
- autre atteinte : l'atteinte enthésitique

- Insertion
 - Dans l'os
 - Des tendons,
des ligaments,
des capsules



- Exemple : insertion sur des zones osseuses métaphysaires ou diaphysaires



■ Insertion

- Directement osseuse
- Ou sur le périoste

■ Histologie

- Tissu fibreux dense

Particularités

- **Clinique**

- atteinte la plus fréquente : arthrite périphérique
- autre atteinte : l'atteinte axiale
- autre atteinte : l'atteinte enthésitique
 - Souvent associée
 - Parfois isolée et/ou multiple, de diagnostic très difficile (formes pseudo-fibromyalgiques)

Vraie vie, hors critères

- **350 MICI**
- **36,9 % de patients avec au moins un symptôme évocateur de SpA**
- **La moitié seulement de ces derniers avaient déjà consulté un rhumatologue**
- **Au sein de cette moitié, 58% (38 patients) ont été « classés » SPA (18 axiale, 20 périphérique)**
- **Ainsi**
 - **Au moins 1/3 des MICI connaîtraient au moins un symptôme de SpA**
 - **La moitié seulement verrait un rhumatologue, qui pourtant retient le diagnostic de SpA dans plus de la moitié des cas**

Vraie vie, hors critères

- **Ainsi**
 - Au moins 1/3 des MICI connaîtraient au moins un symptôme de SpA
 - La moitié seulement verrait un rhumatologue, qui pourtant retient le diagnostic de SpA dans plus de la moitié des cas
- **En pratique : comme en dermatologie, aller vers une recherche systématique de manifestations douloureuses des membres ou du bassin; et adresser au rhumatologue si elles s'accompagnent de réveils nocturne ou de raideur matinale > 30 minutes**

Le diagnostic des MOA des MICI

- De « facile »
- En allant à « difficile »
- Jusqu'à « impossible avec certitude »

Le diagnostic des MOA des MICI

- **De « facile » : MICI connue +**
 - Mono ou oligoarthritis (épanchement ponctionnable)
 - « isolée »
 - Stérile, sans cristaux
 - FR-, anti-CCP -, FAN-
 - Pas d'autre examen pour le diagnostic

OU

- avec rachialgies avec sacroiliite franche à la radiographie
- Mais ... assez rares!!!

Le diagnostic des MOA des MICI

- En allant à « difficile »: MICI +
 - Arthralgies périphériques inflammatoires isolées
 - Immuno –
 - Radiographies normales
 - Écho? IRM?

OU:

- Rachialgies inflammatoires
- Radiographies normales
- IRM?

Le diagnostic des MOA des MICI

- Jusqu'à « impossible avec certitude » : MICI +

- Arthralgies périphériques inflammatoires isolées
- Immuno –
- Radiographies normales
- Écho -; IRM -

OU:

- Rachialgies inflammatoires
- Radiographies normales
- IRM -

Le diagnostic des MOA des MICI

- Jusqu'à « impossible avec certitude » : Pire : MICI +
 - Syndrome « polyenthésitique » ou fibromyalgie?
 - Ou association ?
 - Probable contingent de patients plus important que les formes arthritiques et axiales claires

Le diagnostic des MOA des MICI

- Jusqu'à « impossible avec certitude » : MICI +
- Le « faisceau d'arguments »
- Conviction du clinicien
- Rigueur dans l'analyse des symptômes « inflammatoires »

JFHOD

2019
obésité



PALAIS DES
CONGRÈS DE PARIS

21/24 MARS



MERCI