



Manifestations rhumatologiques et MICI

Patrick Faure

Clinique Saint Jean Languedoc, 20, route de Revel, F-31077 Toulouse

Introduction

Les atteintes extra-digestives concernent près de 40 % des patients.

Les manifestations rhumatologiques sont les plus fréquentes, on estime que 25 à 30 % des patients porteurs de MICI souffrent de manifestations ostéo-articulaires. On distingue essentiellement deux types de manifestations articulaires associées aux MICI :

- ▶ les arthropathies périphériques ;
- ▶ et le rhumatisme axial.

Les arthropathies périphériques et le rhumatisme axial entrent dans le cadre des spondylarthropathies séronégatives (SpA). Cette entité est définie par l'European Spondylarthropathy Study Group ESSG (Tableau 1).

Aucun facteur ne permet d'isoler une sous-population de MICI à risque de développer ce type de manifestations articulaires. Cependant, les atteintes articulaires concernent plus volontiers :

- ▶ les patients porteurs d'une Maladie de Crohn avec atteinte colique et périnéale ;
- ▶ les formes familiales de MICI ;
- ▶ les patients ayant eu une autre atteinte extra digestive.

Le HLA B27 est présent chez les trois-quarts des patients avec une forme axiale, mais sa présence est peu discriminante à titre individuel.

Autres pathologies articulaires au cours des MICI à rechercher

- ▶ Poussée d'arthrose ;
- ▶ Arthrite septique ;
- ▶ Chondrocalcinose, goutte, rhumatisme à hydroxyapatite ;
- ▶ Polyarthrite rhumatoïde ou autres rhumatismes inflammatoires ;
- ▶ Enthésopathies ;
- ▶ Ostéo-arthropathie hypertrophiante ;
- ▶ Ostéonécrose aseptique ;
- ▶ Ostéopénie et ostéoporose ;
- ▶ Effets secondaires des traitements : aziathioprine, infliximab, corticoïdes.

Les manifestations articulaires associées au cours des MICI

Elles associent à une douleur inflammatoire rachidienne ou une synovite **au moins un des éléments suivants** : un antécédent familial, un psoriasis, une maladie inflammatoire intestinale, une urétrite, une cervicite ou une diarrhée aiguë dans le mois qui a précédé l'apparition de l'arthrite, des douleurs fessières, une sacro-iliite radiologique.

Seuls les patients porteurs d'une MICI avec sacro-iliite asymptomatique ne remplissent pas les critères de l'ESSG.



Tableau 1. Critères diagnostiques de spondylarthropathies de l'European Spondyl-artropathy Study Group (ESSG) (Se 87 % et Sp 96 %)

Critères majeurs	Critères mineurs
Synovites (passées ou présentes) asymétriques ou prédominant aux membres inférieurs.	Antécédents familiaux de spondylarthrite, psoriasis, uvéite, arthrite réactionnelle, entérocolopathie
Douleurs du rachis lombaire, dorsal ou cervical (passé ou présent) avec présence de 3 à 5 des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • début avant 45 ans • début progressif • améliorées par l'exercice • raideur matinale • depuis plus de 3 mois 	Psoriasis objectivé
	Infection génitale ou digestive
	MC ou RCH
	Enthésopathie achilléenne ou plantaire
	Douleur des fesses à bascule
	Sacro-iliite radiologique

Un critère majeur et un critère mineur sont nécessaires pour faire le diagnostic.

Les arthropathies périphériques

- ▶ Manifestations les plus fréquentes (8 à 20 % des patients) ;
- ▶ Plus fréquentes au cours de la maladie de Crohn avec atteinte colique et RCH pancolique ;
- ▶ Toutes les articulations peuvent être touchées, mais le plus souvent oligo-arthrites asymétriques touchant les genoux, les chevilles, les poignets, les coudes ou les articulations métacarpo-phalangiennes ;
- ▶ Les symptômes articulaires peuvent précéder les manifestations digestives (19 % des patients), être concomitants (34 % des cas) ou apparaître après les signes digestifs (48 % des patients) ;
- ▶ Après un premier épisode articulaire, la récurrence survient dans 54 % des cas ;
- ▶ On distingue deux formes d'arthrites périphériques au cours des MICI dont l'évolution, l'atteinte articulaire et le fond génétique (HLA) sont différents :

L'arthrite de Type 1 (pauci-articulaire)

- Touche moins de 5 articulations (dont une articulation importante) ;
- Accompagne une poussée de MICI et se manifeste par un gonflement articulaire, spontanément résolutif qui peut durer jusqu'à 10 semaines, mais peut devenir chronique dans 10 à 20 % des cas ;
- L'activité des manifestations articulaires est corrélée à celle de la MICI, et ce type d'arthropathie est clairement associé à d'autres manifestations extra-digestives en particulier l'érythème noueux et l'uvéite (Tableau 2) ;
- Elle serait associée au groupe HLA-B27, B35 et DR103.

L'arthrite de Type 2 (polyarticulaire)

- Touche au moins 5 articulations, en particulier les articulations métacarpo-phalangiennes ;
- Souvent chronique, pouvant évoluer pendant 3 ans ;
- N'évolue pas parallèlement aux manifestations digestives et n'est associée qu'à une uvéite ;
- Elle serait associée au groupe HLA-B44.



Tableau 2. Caractéristiques des atteintes articulaires périphériques de type I et II

Caractéristiques	Type 1 pauci articulaire	Type 2 polyarticulaire
Nombres articulations	< 5	> 5
Type	Grosses	Petites
Durée de l'atteinte	Semaine	Mois voire années
Activité de la MICI	Association	Indépendante
HLA	HLA B27	HLA B44
Association	Erythème noueux/uvéïte	Uvéïte

Le rhumatisme axial

- ▶ S'intègre dans le groupe des spondylarthropathies inflammatoires ankylosantes (SpA) avec une évolution ankylosante identique ;
- ▶ Peut se limiter à une sacro-iliite isolée (SI) ;
- ▶ La prévalence de la SI est plus élevée que la SpA aussi bien au cours de la RCH que de la MC ;
- ▶ Elle est observée chez 1 à 12 % des patients porteurs de MICI ;
- ▶ Pas de parallélisme entre la sévérité de la MICI et celle de la SpA ;
- ▶ L'évolution est indépendante de la MICI ;
- ▶ La maladie peut précéder la MICI dans un cas sur 2 avec un délai pouvant atteindre 20 ans
- ▶ Le sexe ratio de la SpA au cours des MICI est équivalent et toutes les classes d'âge sont concernées ;
- ▶ La SpA est symptomatique chez moins de la moitié des malades ;
- ▶ Elle est responsable de douleurs rachidiennes, de la paroi thoracique survenant essentiellement le matin, accompagnées d'une raideur, d'une réduction de la mobilité rachidienne, voire d'une atteinte respiratoire ;
- ▶ Le diagnostic de SpA répond aux critères de l'ESSG (Tableau 1) ;
- ▶ À ce stade, l'IRM avant l'imagerie par Rx permet de retrouver des lésions précoces inflammatoires rachidiennes, spondylodiscales, ou enthésopathiques ;
- ▶ Si l'haplotype HLA-B27 est observé chez près de 90 % des patients porteurs de SpA idiopathique, la prévalence n'est que de 50 à 75 % chez les SpA associés au MICI.

La sacro iliite isolée est caractérisée par :

- une inflammation des articulations sacro-iliaques, parfois bilatérale mais volontiers unilatérale ;
- une prédominance féminine ;
- des douleurs pelviennes ou fessalgie au repos avec raideur matinale qui s'améliore après une période de dérouillage ;
- De nombreuses formes infra-cliniques (asymptomatiques) ;
- HLA B 27 présent que chez 14 % des patients mais lien possible avec NOD 2/CARD 15.

Le syndrome SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose, Hyperostose, Ostéïte)

- peut parfois s'associer à une MICI pour certains auteurs.

Le traitement des arthropathies périphériques et du rhumatisme axial

Il nécessite une prise en charge à la fois par le rhumatologue et le gastro-entérologue.

Mesures physiques

- Repos lors des périodes de poussées ;
- Lors des périodes d'indolence : l'essentiel du traitement est physique avec une kinésithérapie régulière, des séances intermittentes de physiothérapie, d'hydrothérapie et d'exercice régulier afin de lutter contre l'enraidissement rachidien, risque évolutif commun des SpA.



Médicaments antalgiques

- Les antalgiques de niveau I, II et III sont parfois nécessaires lors des poussées inflammatoires ;
- Les AINS doivent être classiquement évités au cours des MICI ; néanmoins, ils peuvent parfois constituer une alternative thérapeutique possible. L'utilisation de coxib semble être à privilégier ;
- La corticothérapie peut être utile dans les arthrites périphériques mais est peu sensible dans les symptômes axiaux.

Les médicaments spécifiques

- Dans les formes périphériques et corticodépendantes : la sulfasalazine et le méthotrexate sont deux solutions possibles ;
- En cas de rhumatisme axial, il est classique de remplacer le 5-ASA par de la sulfasalazine mais son efficacité est moindre par rapport aux formes périphériques. Les données sur le méthotrexate sont discordantes sur son efficacité dans la forme axiale ;
- Dans les formes invalidantes, les anti-TNF doivent se discuter. Seuls, L'infliximab et l'adalimumab ont fait la preuve de leur efficacité dans les formes sévères de Spa et d'arthrites périphériques ;
- Lors d'une colectomie pour RCH, les symptômes périphériques disparaissent mais la chirurgie d'exérèse n'a pas d'influence sur l'atteinte axiale.

Les enthésopathies

- ▶ Douleurs au niveau des insertions des tendons, essentiellement au niveau du tendon d'Achille, de l'insertion du tendon du fascia plantaire, source de talalgies ;
- ▶ Manifestations observées chez 6 % des patients porteurs de MICI.

L'ostéo-arthropathie hypertrophiante

- ▶ Sa fréquence est loin d'être négligeable ;
- ▶ On observe un hippocratisme digital qui peut associer une synovite et une périostose engainante responsables de douleurs articulaires et péri-articulaires ;
- ▶ La présence de l'hippocratisme est corrélée au degré de fibrose intestinale, à l'activité de la maladie et sa régression peut être observée après résection intestinale ;
- ▶ Le traitement peut nécessiter une corticothérapie à forte dose.

L'ostéonécrose aseptique

- ▶ Prévalence estimée à 0,5 % ;
- ▶ Touche préférentiellement les têtes fémorales mais peut concerner les condyles fémoraux, l'humérus et les talons ;
- ▶ Les MICI prédisposent à la survenue de l'ostéonécrose induite par les corticoïdes mais une ostéonécrose peut survenir en dehors de toute prise de corticoïde. D'autres facteurs vasculaires, métaboliques et mécaniques entrent en compte dans son déterminisme ;
- ▶ Le diagnostic est souvent difficile, pouvant simuler une arthropathie périphérique ;
- ▶ L'IRM présente un intérêt majeur pour en faire le diagnostic.

Effets secondaires de certains traitements des MICI

- ▶ La ciclosporine, l'azathioprine, le 6-mercaptopurine ou l'infliximab (il s'agirait de réaction retardée de type maladie sérique ou de lupus induit) peuvent induire des arthralgies ;
- ▶ Lors de la décroissance de la corticothérapie : douleurs articulaires transitoires possibles ;
- ▶ Lors de la prise de ciprofloxacine : tendinites ou périarthrites possibles.

Fiche réalisée avec le soutien des Laboratoires MSD France.