

Arthrite réactionnelle

DEFINITION :

- Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles survenant au décours immédiat d'une infection bactérienne déclenchante touchant la muqueuse intestinale ou urétrale, siégeant à distance de l'articulation (1), et pour lesquelles les cultures bactériologiques classiques des prélèvements articulaires demeurent stériles

Agents infectieux responsables des AR :

- Les bactéries reconnues pour déclencher des AR de façon certaine ont une porte d'entrée muqueuse, soit intestinale, soit urétrale (tableau 1).

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

BCG thérapie intravésicale

Parasites (amibes, taenias, lamblase...)

Cas particuliers :

- Il existe de nombreuses observations isolées, qui pourraient correspondre à des AR déclenchées par l'exposition à des parasites intestinaux (gardiases, taenias, amibes...), à certaines vaccinations (salmonelles, BCG thérapie intravésicale à visée anti-cancéreuse), ou encore à d'autres bactéries, mais trop exceptionnelles pour pouvoir conclure.

Epidémiologie :

- Selon les pays et les populations, la prévalence des AR varie schématiquement entre cinq et 15/100000 habitants. La fréquence des AR recensées lors des infections digestives est parfois élevée parmi les sujets exposés, de 2-3 % en cas d'infection à salmonelle ou shigelle, à plus de 30% en cas de yersiniose

*Le sexe ratio est proche de 1 pour les AR post-entériques, alors qu'il existe une forte prédominance masculine des AR déclenchées par une urétrite (10 hommes/1 femme).

*L'âge moyen de survenue se situe entre 20 et 30 ans. Les AR ont toutefois été décrites à tous les âges (avant 10 ans et après 70 ans).

Diagnostic :

- **1. Présentation clinique**

- L'épisode infectieux déclenchant précède de 15 jours en moyenne le tableau d'AR qui peut prendre les aspects suivants :
- a- **Forme complète des AR :**
- Il s'agit du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Il associe des signes cutanéomuqueux aux manifestations rhumatismales (triade oculo-urétro-synoviale) et des signes généraux (fièvre, altération de l'état général).

- **Atteinte inflammatoire rhumatismale :**

- **tableau souvent bruyant pouvant comprendre :**
- ***α-1. Arthrites périphériques*** : typiquement, il s'agit d'une oligoarthrite asymétrique prédominant sur les grosses articulations des membres inférieurs. Par ordre de fréquence décroissante, les articulations les plus fréquemment touchées sont les genoux (70 à 90% des cas), les chevilles (20 à 50%), les métatarso-phalangiennes (10 à 45%) et les poignets.

- ***a-2. Ténosynovites et enthésopathies périphériques : dactylite***

- (tuméfaction inflammatoire globale d'un orteil ou moins souvent d'un doigt de main), talalgies inflammatoires...
- ***a-3. une atteinte axiale pelvi-rachidienne*** : présente dans 30 à 90% des cas : fessalgies, rachialgies inflammatoires

- **Atteintes extra-rhumatismales :**

- a-1. Manifestations oculaires :***

- Ces manifestations peuvent comprendre une conjonctivite, une kératite ou une uvéite antérieure aigue. La conjonctivite est l'atteinte la plus fréquente, uni- ou le plus souvent bilatérale. Elle apparaît dès les premières manifestations de l'AR, 35% des patients ayant une AR postvénérienne développent une conjonctivite. Plus rarement, il peut s'agir d'une uvéite antérieure, contrairement à la conjonctivite, cette atteinte est la plus souvent unilatérale mais peut aussi se bilatéraliser.
- Les symptômes de l'uvéite associent des douleurs intenses, une photophobie et à une baisse de l'acuité visuelle. Elle succède le plus souvent aux manifestations rhumatologiques

- a-2. Manifestations digestives :***

- En cas d'infection digestive déclenchante (Shigella, Yersinia, Salmonella, Campylobacter), la diarrhée en est le principal symptôme et elle précède les signes articulaires de 15 jours à un mois. Une atteinte digestive avec diarrhée peut cependant être présente au cours des AR à porte d'entrée urogénitale (7), l'AR peut parfois révéler une maladie inflammatoire intestinale.

- a-3. Manifestations urogénitales :***

- En cas de porte d'entrée génitale, l'urétrite précède les signes articulaires, elle se traduit par une dysurie et un écoulement muco-purulent peu abondant, elle peut aussi être aseptique et alors faire partie des AR.

L'urétrite peut s'associer à une prostatite, une épididymite, ou une orchite. Chez la femme, l'atteinte est souvent silencieuse. Les symptômes, lorsqu'ils sont présents, peuvent associer une dysurie à une cervicite et plus rarement à une vulvovaginite ou à une salpingite.

a-4. Manifestations cutanées :

- L'atteinte cutanée réalise typiquement la kératodermie blennorragique de Vidal et Jaquet. Il s'agit d'une éruption d'éléments vésiculeux, puis pustuleux qui se couvrent d'une couche cornée épaisse et croûteuse (hyperkératosique). Touchant en particulier les paumes des mains et les plantes des pieds (où elle prend un aspect dit en «clous de tapissier»), elle peut concerner tous les téguments. Elle est proche du psoriasis pustuleux. L'atteinte hyperkératosique peut aussi toucher les ongles qui sont le siège d'un épaissement jaunâtre. Par ailleurs, des lésions muqueuses indolores peuvent toucher le gland (balanite circonscrite, siégeant autour du méat) ou la muqueuse buccale (ulcérations, plaques érythémateuses sur le



palais, la gencive, la langue ou le voile) .



a-5. Autres manifestations plus exceptionnelles : troubles

- de la conduction cardiaque, valvulopathie aortique.

b- Formes incomplètes d'AR :

- Il s'agit d'arthrites survenant à l'occasion d'un épisode infectieux déclenchant, et dont le caractère typique est celui d'une monoou d'une oligoarthrite. Ces arthrites peuvent être entièrement nues, ou diversement associées à certains symptômes du FLR.
- Le tableau clinique typique d'une AR peut aussi s'observer en l'absence d'infection déclenchante détectable. Cette situation donne lieu à deux interprétations possibles : soit il s'agit d'une amis en évidence, soit il s'agit des manifestations aiguës d'une SPA, sans lien de causalité avec un germe.uthentique AR, mais dont le germe déclenchant n'a pu être

2. Critères diagnostiques :

- Les AR font partie des SPA, elles en remplissent donc les critères de classification validés sur le plan international.

3. Biologie :

- une inflammation systémique inconstante. Ces caractères n'ont pas de spécificité :
- • hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
- • anémie inflammatoire
- • hyperplaquettose
- • augmentation de la vitesse de sédimentation et de la
- C-réactive protéine sérique
- • **Liquide articulaire :**
- Les anomalies du liquide articulaire sont elles aussi sans spécificité. L'analyse du liquide montre une réaction cellulaire à prédominance de polynucléaires neutrophiles, pouvant atteindre 50.000 éléments/mm³. Toutefois, il est essentiel que la recherche de germes et de cristaux par les techniques usuelles soit négative, écartant ainsi les deux diagnostics différentiels importants, l'arthrite septique et l'arthrite microcristalline

4. Bactériologie :

- Ils ont pour objectif de rattacher l'AR à l'exposition à un agent infectieux compatible avec ce diagnostic. Seule la preuve de l'infection bactérienne permet en fait de porter avec certitude le diagnostic d'AR.

• Au moment des manifestations articulaires les symptômes de l'affection déclenchante (surtout digestive) ont le plus souvent disparu

a. Infection vaginale :

- La grande fréquence du portage asymptomatique urétral ou vaginal de Chlamydia, ainsi que les conséquences thérapeutiques qui découlent de sa mise en évidence justifient la réalisation systématique de tests diagnostiques appropriés, dans le bilan d'une arthrite d'étiologie indéterminée.

- Le diagnostic d'infection à *Chlamydia trachomatis* repose soit sur des tests bactériologiques, soit sur des tests sérologiques.
- Le prélèvement génital par écouvillonnage urétral (et endocervical chez la femme) est une technique délicate en raison de la fragilité de la bactérie, il permet cependant sa mise en culture sur une lignée cellulaire ou la recherche des antigènes bactériens, soit par immunofluorescence directe sur frottis, soit par technique ELISA. La mise en évidence d'inclusions de *Chlamydia* après culture est la technique de détection considérée comme la plus spécifique (100%), mais sa sensibilité est variable, de 50% à 80% selon le laboratoire. La détection des antigènes de *Chlamydia*, qu'elle soit pratiquée par immunofluorescence directe sur frottis cellulaire réalisé à partir du prélèvement local, ou par technique ELISA a une sensibilité inférieure.
- La détection de l'ADN bactérien par amplification génique (PCR) est maintenant devenue la technique bactériologique de référence. En effet, la sensibilité de cette technique est supérieure à celle de la culture (> 95%), tout en conservant une spécificité proche de 100%.

b. Infection digestive :

- En cas de porte d'entrée digestive, l'identification du germe responsable a moins d'intérêt pratique qu'en cas de porte d'entrée urétrale.
- En effet elle est sans conséquence pour le traitement du patient.

Le diagnostic bactériologique repose sur la coproculture

- Le diagnostic sérologique des différentes espèces d'entérobactéries responsables d'AR est difficile, en raison des nombreuses réactions croisées entre espèces voisines pouvant conclure à des faux positifs ou des faux négatifs.

5. Typage HLA :

- Comme pour les autres variétés de SPA, il existe une forte association entre l'antigène majeur d'histocompatibilité de classe I, sa fréquence chez les

patients atteints d'AR varie de 60% en cas d'AR postchlamydienne, à 70-80% pour les formes succédant à une infection digestive.

- La recherche isolée du B27 se justifie dans les formes incomplètes d'AR

Imagerie :

1. Radiographie standard :

- Au début de la maladie les radiographies sont souvent normales en dehors d'un épaississement des parties molles en regard des articulations, l'existence d'une sacroïlite ou plus rarement d'une arthropathie érosive témoigne obligatoirement d'une évolution chronique passée inaperçue

2. Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) :

Elle montre des anomalies de signal dès la phase initiale de la maladie, un signal de nature inflammatoire (hyposignal en séquence pondérée en T1 et hypersignal STIR) au sein des articulations sacroiliaques, et du rachis, ainsi des articulations et des enthèses si l'atteinte est périphérique.

3. Echographie :

Est utile pour visualiser l'atteinte inflammatoire des enthèses, des synovites et tendinites infracliniques.

Diagnostic différentiel :

- **Maladie de Lyme.** L'arthrite de la maladie de Lyme due au spirochète *Borrelia burgdorferi* (habitat rural, séjour en zone endémique, morsure de tique, erythema chronicum migrans), sur la sérologie,
- **Maladie de Whipple.** *Tropheryma whippelii*,
- **Maladie de Behçet.**
- **Arthrites des entérocolopathies inflammatoires.**

Evolution des AR :

- L'évolution immédiate des AR se fait vers la rémission spontanée, d'autant plus lente à survenir que les manifestations inflammatoires initiales ont été plus intenses.
- Cette décroissance s'étale en moyenne sur 4 à 5 mois, pouvant parfois se prolonger au-delà de 12 mois.
- Le HLA-B27 favorise la persistance plus prolongée des symptômes.
- Pour la majorité des patients, la rémission est assimilable à une guérison.
- Cependant, une forte proportion de patients (de 20 à 50% selon les études), développe des manifestations chroniques ou récidivantes à type d'arthrites, ou d'urétrites, et pour 10 à 20% d'entre eux une spondylarthrite ankylosante typique.

Traitement des arthrites réactionnelles :

- **1. Traitement symptomatique :**
- Les traitements symptomatiques sont nécessaires dans les AR. Ils associent le repos, l'utilisation d'antalgiques adaptés pour lutter contre la douleur et faciliter la reprise d'une activité progressive permettant de lutter contre les attitudes vicieuses, l'éducation, et l'information du patient sur sa pathologie pour le rassurer et aussi améliorer son observance des thérapeutiques.

2. Traitements anti-inflammatoires :

Les Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) constituent le traitement de première intention. Comparativement aux AINS, la corticothérapie générale a souvent une efficacité décevante, et constitue donc un traitement symptomatique de seconde ligne. Même en cas d'efficacité elle ne doit pas être prescrite de façon prolongée à des doses supérieures à 10 mg/jour, en raison des risques d'effets indésirables. En cas d'atteinte monoarticulaire ou oligoarticulaire, l'injection intra-articulaire de corticoïde retard peut être utile.

3. Antibiotiques :

*En effet, le chlamydia semble persister sous forme active au sein des articulations atteintes, contrairement aux germes d'origine digestive.

*Toute infection génitale à Chlamydia trachomatis, doit bénéficier d'un traitement antibiotique ainsi que chez le partenaire par azythromycine (1g en mono dose) ou doxycycline (200mg/j pendant 6 jours)

4. Traitements de fond :

- L'évolution spontanée des AR vers la rémission rend difficile le suivi de tels traitements dont les délais d'efficacité sont souvent de plusieurs semaines. Ils ne sont donc habituellement proposés qu'aux patients dont l'évolution se prolonge au delà de trois mois, sans tendance à l'amélioration. La sulfasalazine est le premier traitement de fond dont l'efficacité a été démontrée au cours des SPA, plus particulièrement dans les formes avec arthrites périphériques.
- La dose thérapeutique est de 2 à 3 g/jour et le délai d'efficacité de 2 à 4 mois pendant au moins deux ans.
- méthotrexate (entre 7,5 et 20 mg/semaine)
- Les agents biologiques bloquant le TNF α circulant sont doués d'une efficacité remarquable au cours des SPA, y compris des AR.

GOOD LUCK ^_^