

Aspect radiologique inhabituel au cours d'une spondylarthrite axiale

Akasbi Nessrine¹, Alaoui Lamrani Youssef², Iken Mustapha², Harzy Taoufik¹

¹ Service de rhumatologie, CHU Hassan II, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Mohammed Benabdellah, Fès, Maroc
<nessrine_rhumato@hotmail.fr>

² Service de radiologie, CHU Hassan II, faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Mohammed Benabdellah, Fès, Maroc

La spondylodiscite aseptique peut – rarement – compliquer les spondylarthrites axiales, surtout anciennes. L'IRM est d'un intérêt majeur pour éliminer une origine infectieuse ou proliférative, faire un bilan lésionnel précis et suivre l'évolution sous traitement. Nous rapportons l'observation d'un patient de 50 ans suivi pour spondylarthrite axiale radiographique ayant développé une spondylodiscite aseptique.

Mots clés : spondylarthrite axiale, spondylodiscite aseptique, IRM

La spondylodiscite inflammatoire ou aseptique est une complication rare au cours d'une spondylarthrite axiale évoluée, mais elle reste de description ancienne. Elle pose un véritable problème de diagnostic différentiel avec la spondylodiscite infectieuse. Notre objectif est de montrer à travers cette observation les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives des spondylodiscites aseptiques au cours de la spondylarthrite axiale.

Observation

Patient de 50 ans, suivi depuis quinze ans pour une spondylarthrite axiale radiographique (SpA) et qui présente depuis trois mois des lombalgies inflammatoires intenses évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique identifie une douleur à la palpation des épineuses et des muscles paravertébraux lombaires, et une raideur dorsolombaire. Le bilan biologique a montré une vitesse de sédimentation à 104 mm et

une protéine C réactive à 91 mg/L. Du fait du changement récent de l'intensité des lombalgies et de la présence du syndrome inflammatoire important, le diagnostic de spondylodiscite infectieuse et celui de néoplasie ont été évoqués. La radiographie du bassin face et du rachis dorsolombaire est en faveur d'une sacro-iliite bilatérale stade 3 et des syndesmophytes dorsolombaires étagés. Une IRM de la colonne totale est réalisée ; elle montre des anomalies de signal des vertèbres et des disques sous forme d'un hyposignal du disque et des plateaux vertébraux D6-7-8, D12 et L1 en T1 et d'hypersignal en T2 avec un rehaussement après injection de gadolinium, avec absence d'épidurite ou d'abcès paravertébral (*figures 1-3*). Par ailleurs, le cordon médullaire est de morphologie et de signal normaux.

Les investigations sont complétées par un bilan infectieux, notamment phtisiologique, qui était normal : une intradermoréaction à la tuberculine, les trois crachats pour le bacille de Koch et la radiographie thoracique. L'hémogramme, les bilans rénal,



Figure 1. Coupe sagittale T1 montrant un hyposignal du CV L1 (flèche) et de son arc postérieur. Il s'y associe un hyposignal du coin antéro-inférieur du CV D12 cerné par un hypersignal (tête de flèche).



Figure 2. Coupe sagittale T2 STIR montrant un hypersignal du CV L1 (flèche) et de son arc postérieur. Il s'y associe un hypersignal du coin antéro-inférieur du CV D12.

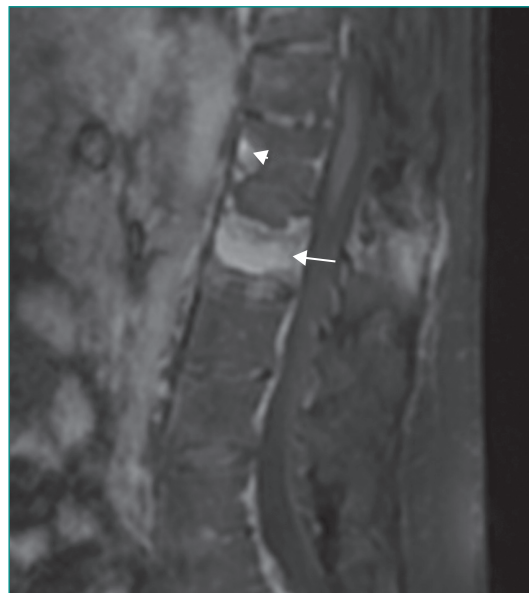


Figure 3. Coupe sagittale T1 avec injection de gadolinium montrant une prise de contraste du CV L1 (flèche) et de son arc postérieur. Il s'y associe une prise de contraste du coin antéro-inférieur du CV D12 cerné par un hypersignal (tête de flèche).

hépatique et phosphocalcique, l'ionogramme et les marqueurs tumoraux étaient normaux, l'immunofixation sanguine et urinaire, la protéinurie de Bence-Jones ainsi que la ponction sternale étaient sans particularités. Les hémocultures étaient négatives. Une tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelvienne ne montrait pas de néoplasie primitive ni d'adénopathie ni de foyer infectieux profond.

Le patient a été mis sous une autre classe d'anti-inflammatoires non stéroïdiens à type de célécoxib, à 200 mg/j en dose d'attaque puis à 100 mg/j avec un contrôle suffisant de la symptomatologie clinique et régression du syndrome inflammatoire.

Le diagnostic de spondylodiscite inflammatoire ou aseptique a été retenu.

Discussion

La spondylodiscite inflammatoire ou aseptique est une entité peu fréquente au cours de la spondylarthrite axiale (SpA), mais de description ancienne : elle a été rapportée pour la première fois par Anderson, en 1937. Elle est sous-estimée, soit parce qu'elle n'est pas systématiquement recherchée, soit parce que ses symptômes sont attribués à la SpA elle-même. Sa prévalence est de 5 à 10 % selon Rasker ou Agarwall [1, 2].

Dans la littérature, l'âge de diagnostic est de 40 ans et la prédominance masculine s'accorde avec celle de la SpA

[3]. Les lésions destructrices discovertébrales prédominent au niveau dorsolombaire (75 % entre D10 et L1). Elle est significativement plus fréquente en cas de sacro-iliite stade 3 [4], comme c'est le cas chez notre patient.

La physiopathologie de ces spondylodiscites aseptiques relève en premier lieu d'une cause inflammatoire, avec un infiltrat inflammatoire qui fragiliserait le plateau vertébral, et en second lieu de facteurs mécaniques, qui seraient responsables d'une destruction discale entre deux segments rachidiens ankylosés [5].

Chez notre patient, la réaction osseuse et les lésions discovertébrales apparentes sur l'IRM rachidienne sont secondaires au processus inflammatoire intense, avec un syndrome inflammatoire biologique important. L'IRM rachidienne permet un diagnostic précoce, en montrant des modifications de signal en rapport avec des lésions inflammatoires sous forme d'un hyposignal du disque et des plateaux vertébraux sus- et sous-jacents en T1, et d'un hypersignal en T2 et rehaussement après injection de gadolinium. Elle peut être mono- ou plurifocale, parfois inaugurale avec en général un bon pronostic [6].

Chez notre patient, l'éventualité d'une biopsie discovertébrale a été discutée, car c'est un geste parfois nécessaire pour trancher entre le processus infectieux ou néoplasique et la spondylodiscite inflammatoire de la SpA. Néanmoins, au vu de l'amélioration clinique et biologique du patient, il n'a pas été fait le recours à ce geste invasif.

Le traitement de la spondylodiscite aseptique rejoint celui de la SpA. Dans les formes rebelles, les biothérapies, notamment les anti-TNF α , constituent une arme thérapeutique efficace.

Conclusion

Notre observation présente les grandes caractéristiques générales des spondylodiscites aseptiques de la SpA, qui reste rare. Elle accompagne une SpA évoluée. Les manifestations cliniques correspondent à des rachialgies inflammatoires associées à une imagerie radiologique et à une IRM évocatrice. Sa prise en charge est celle de la SpA.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Rasker JJ, Prevo RL, Lanting DJ. Spondylodiscitis in ankylosing spondylitis, inflammation or trauma? A description of six cases. *Scand J Rheumatol* 1996 ; 25 : 52-7.
2. Agarwal AK, Reidbord HE, Kraus DR, Eisenbeis Jr CH. . Variable histopathology of discovertebral lesion (spondylodiscitis) of ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 1990 ; 8 : 67-9.
3. Marie-Bonnin A. Les spondylodiscites de la pelvispondylite rhumatismale. In : Th : Méd. Paris : Lariboisière; 1986: 2104.
4. Langlois S, Cedoz JP, Lohse A, Toussiot E, Wendling D. Les spondylodiscites aseptiques de la spondylarthrite ankylosante : étude rétrospective de 14 cas. *Joint Bone Spine* 2005 ; 72 :248-53.
5. Barozzi L, Olivieri I, De Matteis M, Podula A, Pavlica P. Seronegative spondylarthropathies : imaging of spondylitis, enthesitis and dactylitis. *Eur J Radiol* 1998 ; 27(Suppl 1):512-7.
6. Eschelman DJ, Beers GJ, Naimark A, Yablon I. Pseudarthrosis in ankylosing spondylitis mimicking infectious diskitis : MR appearance. *Am J Neuroradiol* 1991 ; 12 : 1113-4.