

Sclérodermie systémique associée à la spondylarthrite ankylosante : une situation rare

Amina Mounir, Nessrine Akasbi, Taoufik Harzy

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fès, université Sidi Mohammed Ben Abdellah <aminafmpf@gmail.com>

Nous rapportons un cas de polyarthralgie avec syndrome inflammatoire et présence d'anticorps antinucléaires et anti-Scl70, révélant l'association rare d'une sclérodermie systémique et d'une spondylarthrite ankylosante. La patiente est mise sous anti-inflammatoires et immunomodulateurs, avec une bonne évolution.

Mots clés : spondylarthrite, sclérodermie systémique, HLA, IRM

Cas clinique

Une Marocaine de 47 ans présente depuis un an une polyarthralgie, avec cervicalgie, talalgies et fessalgies inflammatoires, associées à un phénomène de Raynaud et à une dyspnée stade II. L'examen clinique relève une douleur des poignets et des métacarpophalangiennes, des manœuvres sacro-iliaques douloureuses avec limitation de l'ouverture buccale, sclérodactylie (*figure 1*) et télangiectasies périunguëales. Il existe un syndrome inflammatoire modéré avec présence d'anticorps

antinucléaires et anti-Scl70. La radiographie du bassin objective une sacro-iliite bilatérale (*figure 2*) confirmée à l'IRM. Le diagnostic de spondylarthrite axiale non radiographique périphérique et enthésique associée à une sclérodermie systémique a été retenu. Le bilan de retentissement présente des troubles moteurs de l'œsophage et un syndrome interstitiel pulmonaire. La patiente est mise sous célécoxib 200 mg/j, sulfasalazine 2 g/j, cyclophosphamide, oméprazole 20 mg/j et rééducation avec bonne évolution.

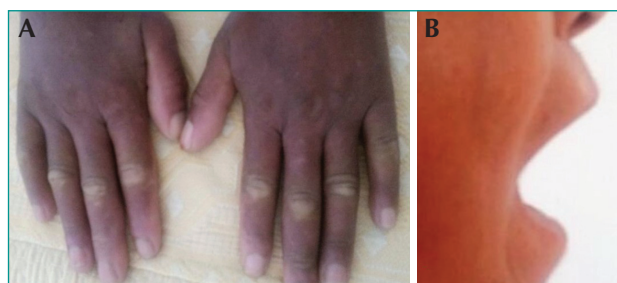


Figure 1. Signes cliniques de sclérodermie : sclérodactylie (A) et limitation de l'ouverture buccale (B).

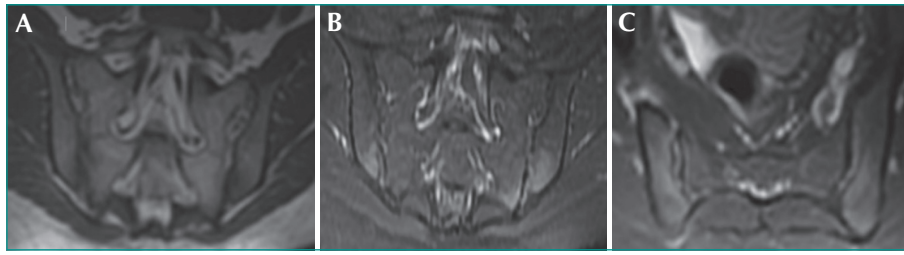


Figure 2. IRM des sacro-iliaques : coupe coronale T1 (A), hyposignal des deux berges de l'articulation sacro-iliaque gauche plus marquée au niveau iliaque ; coupes coronale T2 *sat fat* (B) et axiale *sat fat* (C), hypersignal des deux berges de l'articulation sacro-iliaque en bilatéral.

Discussion

La sclérodémie systémique (ScS) et la spondylarthrite ankylosante (SA) sont deux rhumatismes inflammatoires chroniques à médiation immunitaire exceptionnellement associés [1, 2]. Sur le plan génétique, la SA est, dans différentes populations, associée à l'HLA-B27 et la ScS à HLA-B35, à HLA-DRB1*11, à HLA-DRB1*15, à HLA-DRB3, à HLA-DQB1*03 et à HLA-DQB1*06 [1]. Ces gènes distincts pourraient coopérer pour favoriser la susceptibilité à ces deux maladies associées à des HLA différentes. Le recrutement de nouveaux cas permettra d'identifier les mécanismes étiopathogéniques de cette association et de rechercher les facteurs environnementaux déclenchant l'expression des deux maladies chez le même sujet. Cliniquement, les deux maladies peuvent par ailleurs poser un problème de diagnostic différentiel

en partageant certaines manifestations ostéoarticulaires telles que la polyarthralgie et les fessalgies, d'où l'intérêt du bilan immunologique et radiologique. L'orchestration du traitement est complexe et dirigée par la gravité des atteintes organiques.

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

Références

1. Kayser C, Alvarenga MC, Neves AS, *et al.* Severe ankylosing spondylitis and diffuse systemic sclerosis: case report of a genetic trap. *Scand J Rheumatol* 2005 ; 34 : 145-7.
2. Ouédraogo D, Palazzo E, Nlomé-Nzé M, Somogyi-Demerjian N, Meyer O. Ankylosing spondylitis and systemic sclerosis: A rare combination. *Joint, Bone, Spine* 2009 ; 76 : 290-2.