



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Manifestations pulmonaires dans la spondylarthrite ankylosante



Salima Challal*, Nathalie Saidenberg Kermanac'h, Géraldine Falgarone

Service de rhumatologie, Sorbonne Paris Cité Li2P, université Paris 13, hôpital Avicenne, AP-HP, 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Accepté le 2 juillet 2014
 Disponible sur Internet le 16 octobre 2014

Mots clés :
 Spondyloarthrite
 Spondyloarthropathies
 Syndrome restrictif
 Fibrose pulmonaire
 Manifestations pulmonaires

RÉSUMÉ

L'atteinte pulmonaire est l'une des atteintes extra-articulaires décrites dans la spondyloarthrite (SA). Parmi ces atteintes pulmonaires, le syndrome restrictif est la seule atteinte symptomatique. La première atteinte pulmonaire décrite est la fibrose apicale. Les atteintes pulmonaires sont décrites avec précision dans de nombreux articles depuis la fin des années 1990 avec l'utilisation courante de la tomodensitométrie. L'effet bénéfique des anti-TNF alpha a été prouvé uniquement dans le cas du syndrome restrictif. Les atteintes parenchymateuses pulmonaires sont peu symptomatiques et leur évolution sous traitement n'a pas été étudiée. La consommation tabagique peut interférer sur ces atteintes pulmonaires en les accentuant. Récemment, une étude a retrouvé un lien entre le tabagisme et la progression radiologique rachidienne avec inflammation dans la spondyloarthrite axiale. Du fait de l'intrication entre la maladie pulmonaire en général et le tabagisme, ces atteintes pulmonaires de la SA nécessitent d'être recherchées et mieux évaluées.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

La spondyloarthrite (SA) incluant toutes les formes de spondyloarthropathie comporte des manifestations extra-articulaires dont les plus fréquentes sont les uvéites, les inflammations digestives, les atteintes cardiaques (insuffisance aortique et bloc auriculo-ventriculaire).

L'atteinte pulmonaire de la SA est dominée par les troubles restrictifs.

Les lésions pleurales et du parenchyme pulmonaire sont plus rarement recherchées car souvent asymptomatiques. Parmi celles-ci, la fibrose apicale, l'emphysème, les bronchectasies, les images en verre dépoli, les micronodules, les épaissements pleuraux et les épaissements de la paroi bronchique sont les plus couramment décrites au cours des SA. Il ne semble pas y avoir de facteurs prédictifs de la survenue d'atteinte pleuro-pulmonaire. Dans la majorité des études, les patients inclus remplissent les critères de New York de spondylarthrite ankylosante (SpA). Peu de travaux ont été publiés sur les autres formes de spondyloarthropathies. Un article permet de catégoriser les atteintes pulmonaires dans les différents sous-groupes de spondyloarthropathies. Il s'agit d'un registre brésilien comprenant 1472 patients sélectionnés entre 2006 et 2009, tous ont eu un scanner thoracique [1]. Dix-neuf patients avaient des anomalies pulmonaires parenchymateuses retrouvées sur la tomodensitométrie. Ces anomalies sont la fibrose

apicale et l'épaississement pleural. Sur ces 19 patients, 14 patients avaient une SpA et 1 patient dans chaque autre catégorie de spondyloarthropathie (rhumatisme psoriasique, arthrite réactionnelle, spondyloarthrite indifférenciée, spondyloarthrite associé aux maladies inflammatoires cryptogéniques de l'intestin et spondyloarthrite juvénile). Ces anomalies pulmonaires ont été vues dans les formes axiales ou mixtes de SA.

La fréquence des atteintes pulmonaires varie selon les séries mais peut atteindre 70% dans les séries utilisant la tomodensitométrie pour le dépistage [2]. Certains incluent des patients fumeurs, dont on peut supposer que cela majore la fréquence des atteintes pulmonaires, quelles qu'elles soient.

Avant la mise en place de la tomodensitométrie, Rosenow et al. [3] évaluent l'incidence de l'atteinte pleuro-pulmonaire dans la SpA à 28 sur 2080 patients soit 1,3%, correspondant dans la plupart des cas à des fibroses apicales.

Ce n'est qu'en 1997, grâce à l'utilisation de la tomodensitométrie, que Caserly et al. [2] décrivent les autres atteintes pulmonaires de SpA. Ils démontrent que la plupart des anomalies pulmonaires ne sont pas visibles à la radiographie standard. En effet, sur 26 patients, 4 patients avaient des anomalies radiologiques alors que 19 patients avaient une tomodensitométrie anormale (Tableau 1).

De plus les atteintes pulmonaires semblent survenir précocement dans l'évolution de la maladie. Baser et al. [4] montrent que 50% des patients (13 sur 26) atteints de SpA depuis moins de 5 ans sans autre facteur confondant ont un scanner thoracique anormal (alors que les radiographies standards sont normales dans tous les cas).

* Auteur correspondant.
 Adresse e-mail : salima.challal@avc.aphp.fr (S. Challal).

Tableau 1
Représentation des anomalies pulmonaires à l'imagerie dans les différentes études.

	Fenlon et al., 1997 [9]	Casserly et al., 1997 [2]	Kiris et al., 2003 [22]	El Maghraoui et al., 2004 [23]	Altin et al., 2005 [20]	Baser et al., 2006 [4]	Hasiloglu 2012 [21]
Radiographie pulmonaire anormale n/effectif total (%)	4/26 (15)	4/26 (15)	0/28 (0)	2/55 (4)	NC	0/26 (0)	NC
Scanner thoracique anormal n/effectif total (%)	18/26 (69)	19/26 (73)	18/28 (64)	31/55 (53)	27/38 (71)	13/26 (50)	46/26 (59)

Ce travail s'est principalement intéressé aux publications concernant les SpA du fait de données trop parcellaires dans les autres SA. Les mots clés utilisés pour la recherche bibliographique étaient *ankylosing spondylitis* et *lung manifestation*. La recherche avec les autres spondyloarthropathies n'a abouti qu'à un article sur ce sujet.

2. Le syndrome restrictif

La SpA provoque une inflammation vertébrale et des articulations sterno-costales entraînant à long terme une ankylose thoracique responsable d'un syndrome restrictif. En effet, il a été décrit une association entre une diminution de l'ampliation thoracique et la capacité vitale [5]. Cette diminution de l'ampliation thoracique n'a pas de conséquence sur la tolérance à l'activité physique.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la présence d'un syndrome restrictif et la présence d'une atteinte parenchymateuse pulmonaire. Baser et al. [4] en 2006 ont évalué la fonction respiratoire chez 26 patients atteints de SpA récente, 8 avaient un syndrome restrictif, indépendamment des anomalies tomographiques rencontrées. Dans une autre étude [6] incluant 162 patients atteints de SpA et 121 témoins sains, 18% ($n = 27$) avaient un syndrome restrictif dans le groupe SpA et aucun dans le groupe témoin. Les facteurs favorisant l'apparition d'un syndrome restrictif étaient l'âge avancé, une plus longue durée de la maladie et une réduction de la mobilité vertébrale. Il n'a pas été effectué de scanner dans cette étude.

D'autres auteurs [7,8] ont démontré l'absence de corrélation entre les atteintes parenchymateuses pulmonaires et le syndrome restrictif, ce dernier étant lié à l'ankylose rachidienne de la SpA. L'atteinte parenchymateuse pulmonaire de la SpA pourrait ainsi être liée à une inflammation spécifique pulmonaire.

3. L'atteinte interstitielle

Les atteintes interstitielles regroupent des pathologies respiratoires, de cause et de mécanisme variés dont le point commun est de se traduire radiologiquement par des opacités infiltratives. Dans l'étude menée par Fenlon et al. [9] sur une série de 26 patients ayant une SpA, 4 avaient une maladie interstitielle diffuse et tous ces patients avaient des tests respiratoires perturbés, 3 patients avec syndrome restrictif et 1 patient avec syndrome obstructif. Ces atteintes interstitielles sont développées dans les 4 chapitres qui suivent.

3.1. Fibrose apicale

La première description historique de la fibrose apicale comme atteinte extra-articulaire de la SpA est faite en 1949 par Hamilton [10]. À cette époque, elle est considérée comme une tuberculose sans germe. Les caractéristiques de cette tuberculose sont qu'il n'y a pas de preuve bactériologique ni d'efficacité des traitements anti-tuberculeux.

Grâce à l'utilisation du scanner, on peut quantifier la fibrose pulmonaire à 7,7% des cas de SpA débutantes [4], moins fréquente que

les autres atteintes pulmonaires décrites au cours de cette série où la moitié des patients avaient une tomographie anormale.

La prévalence de cette atteinte qui peut être uni- ou bilatérale varie de 1,3 à 30% selon les études [11] et augmente avec la durée de la maladie, atteignant 21% lorsque l'évolution est supérieure à 10 ans [12]. En comparant les études à travers l'année de leur réalisation, il ne se dégage pas de modification de l'incidence, peut-être due à la faible taille des effectifs ou du fait d'une grande hétérogénéité sur la durée de la SpA dans la plupart des études (Tableau 2).

La physiopathologie de cette atteinte est inconnue. Une des théories serait qu'une inflammation spécifique soit à l'origine des lésions pulmonaires, et ce en dehors de toute atteinte de l'activité ciliaire [13]. Mais une autre hypothèse est que la fibrose soit la conséquence de troubles ventilatoires avec difficulté de ventilation des sommets, alors moins sollicités dans les échanges gazeux. Cette hypothèse ne semble pas confirmée par l'étude de Parkin et al. [14] où les auteurs ont analysés précisément les variations ventilatoires dans les différentes zones de ventilation des patients souffrant de SpA. À l'époque, 2 groupes de 12 patients avec une ampliation respectivement inférieure et supérieure à 2 cm ont été comparés à des patients ayant des anomalies apicales pulmonaires. Sur les 27 SpA et les 18 volontaires sains, aucun n'avait de trouble ventilatoire régional sans anomalie radiologique. Ainsi les auteurs considèrent que les troubles ventilatoires observés sont la conséquence du processus fibrotique. Ceci semble confirmé par le fait qu'il n'existe pas d'étude démontrant un lien entre atteinte restrictive et atteinte fibrosante.

Le pronostic de cette fibrose est corrélé au risque de surinfection, le plus souvent fongique à *Aspergillus fumigatus* ou à mycobactéries [15]. En effet, des cavités peuvent se former et se surinfecter secondairement.

Une autre complication est la survenue de pneumothorax spontané. Dans une étude incluant 1028 patients atteints de SpA [16], dont 22 sont porteurs d'une fibrose apicale (2,1%), 3 ont eu un ou plusieurs épisodes de pneumothorax. Cette incidence est plus élevée que celle rapportée dans la population générale mais il a été retrouvé comme co-facteur principal le tabagisme. Plusieurs cas de pneumothorax ont été rapportés dans la littérature, la totalité de ces pneumothorax survenait sur une fibrose pulmonaire [17–19].

3.2. Images en verre dépoli

Les images en verre dépoli traduisent un remplissage partiel des lumières alvéolaires et/ou un épaississement des cloisons alvéolaires (Fig. 1). Cette lésion n'est pas spécifique, les étiologies sont multiples. La majorité de ces lésions est considérée comme réversible si l'on traite la cause.

Altin et al. [20] en 2005 retrouvent des images en verre dépoli chez 14 patients sur 38 soit 36,8% indépendamment de l'ancienneté de la maladie. À l'inverse, El Maghraoui et al., dans une série de 55 patients, retrouvent des atteintes en verres dépolis chez 2 patients dont la maladie évoluait depuis moins de 5 ans alors qu'il n'y en avait pas chez ceux dont la durée excédait 10 ans.

La différence entre les prévalences de cette atteinte dans ces 2 séries est marquée. D'autres études ont des prévalences variant de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387247>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387247>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)