

**MANIFESTATIONS  
OSTEO-ARTICULAIRES  
DE LA MALADIE DE CRHON**

**Pr H. DJOUDI  
EHS DE DOUERA**

## **Deux types de lésions**

**au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) :**

- **Atteintes inflammatoires**
  - **articulaires**
  - **osseuses**
  
- **Retentissement purement osseux** qui expose à un risque accru de fracture

- **Atteintes inflammatoires**
  - **articulaires**
  - osseuses

## **Lésions articulaires : 2 TYPES**

- **manifestations articulaires périphériques**
- rhumatismes axiaux

# **Manifestations articulaires périphériques**

**Sex-ratio proche de 1**

**Age entre 25 et 45 ans.**

# Manifestations articulaires périphériques

- **Arthralgies**, très fréquentes (difficiles à rattacher avec certitude MICI)

- **Arthrites vraies (15 à 20 % ):**

  - Mono-, oligo-, ou polyarthrites

    - séronégatives pour le facteur rhumatoïde,

    - non déformantes,

    - non associées à HLA B27.

    - +++Oligoarthrite asymétrique,**

      - d'apparition brutale

      - tendance migratrice,

      - grosses et les petites articulations des extrémités  
genoux, chevilles, poignets, articulations MCP

**Dactylites ou orteils en saucisses possibles  
contemporaines d'une poussée de la maladie.**



**1998,**

## **2 formes cliniques °**

**forme oligoarticulaire (-) 5 articulations  
(6 % des MC et 4 % des RCH.)**

- pouvant précéder l'atteinte digestive.**
- évolution est rythmée par les poussées MICI**

**forme polyarticulaire asymétrique  
(3,6 % des MC et 2,5 % des RCH)**

- évolution semble être indépendante de l'atteinte digestive,**

°Orchard T R,Wordsworth B P, Jewell D P . Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. Gut 1998; 42: 387-391.



**Souvent associées à d'autres manifestations extra-intestinales :**

**Erythème noueux,**

**Uvéite antérieure...**

## Manifestations articulaires

- **précèdent les manifestations digestives chez environ 20 %**
- **être concomitantes dans 35 % des cas et**
- **apparaître après les signes digestifs chez 50 %.**

**Après un premier épisode articulaire, la récurrence survient dans plus de 50 % des cas.**

.

**Arthrites sont non destructrices.**

**Mais arthrites destructrices rapportées en association avec une synovite granulomateuse.**

**Syndrome inflammatoire.**

**Liquide articulaire est le plus souvent inflammatoire**

**Biopsie synoviale non spécifique.  
( granulomes peuvent s'observer)**

.

## **Lésions articulaires 2 TYPES**

- manifestations articulaires périphériques
- **rhumatismes axiaux**

**Rhumatisme axial touche la colonne vertébrale et le bassin.**

**Il peut s'agir:**

**sacro-iliite.**

**spondyloarthrite**



## **Sacro-iliite ( 4-18 %)**

Apanage des femmes .

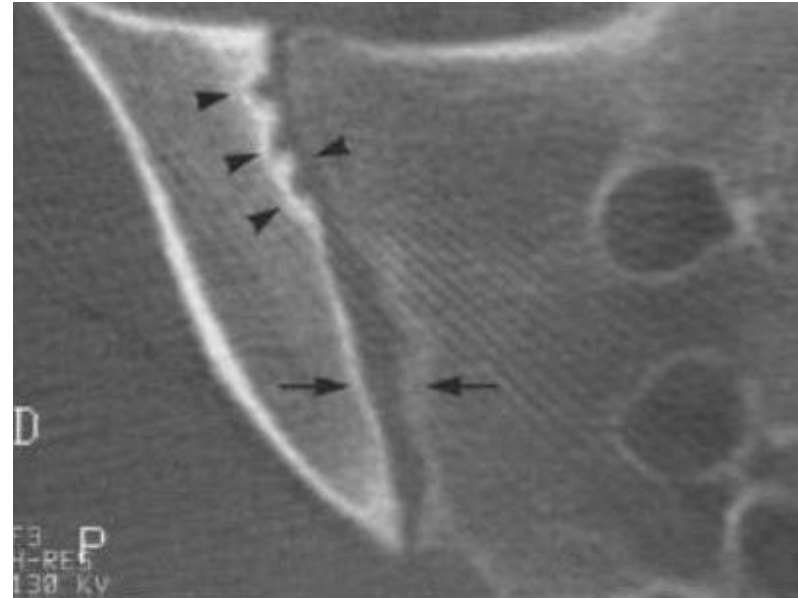
### **- Fessalgies**

- volontiers unilatérales
- souvent asymptomatique

**- ou douleurs lombaires basses avec raideur matinale**

**- peut rester le plus souvent isolée, n'évoluant pas vers la forme complète de spondyloarthrite.**

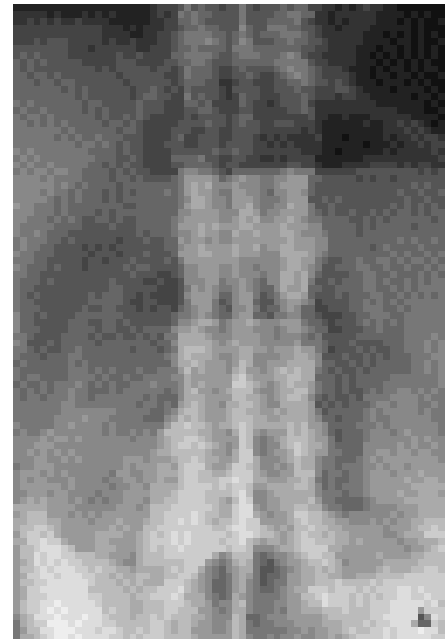
**- moins souvent associée à l'antigène HLA B27.**



Sacro-iléite droite. Scanner des sacro-iliaques : érosion en "timbre de poste" des berges articulaires associée à un élargissement de l'interligne.

## **Rhumatisme axial touche la colonne vertébrale et le bassin.**

- 1 à 8 % des MICI,  
( égale fréquence Crohn et RCH).





**Prédominance masculine moindre (2/1 vs 4-78/)**

**Evolution généralement indépendante de la MICI**

**Précède son diagnostic 1 fois sur 2**

**Tableau clinique comparable à spondyloarthrite primitive  
Avec sacroiliite symétrique**

**Plus grande fréquence des atteintes périphériques**

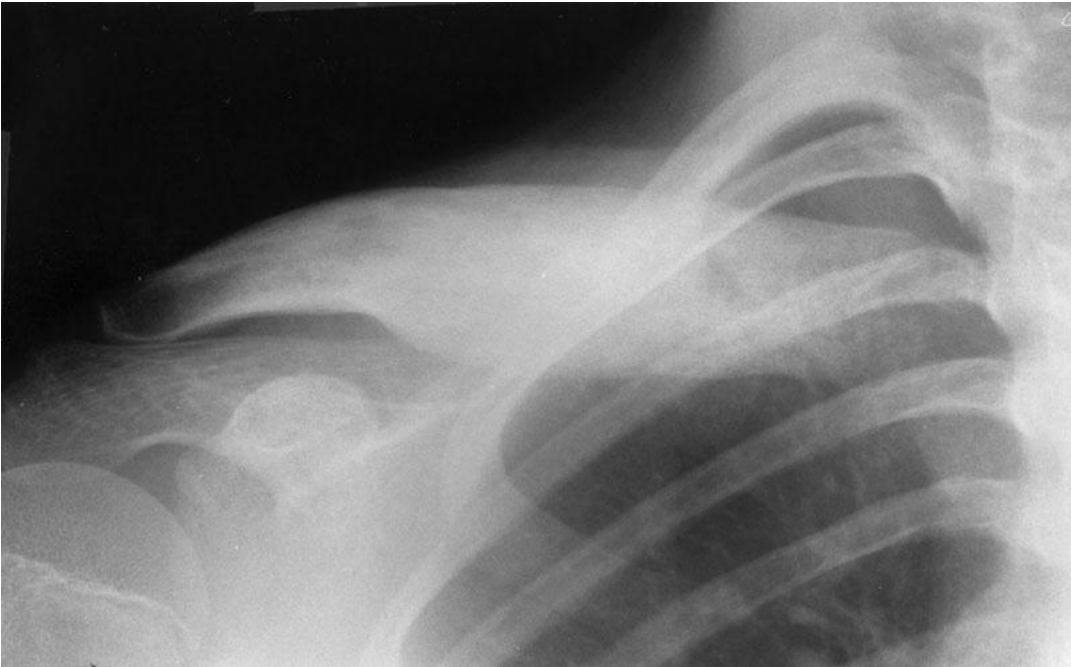
**Douleurs du rachis et du pelvis essentiellement le matin avec raideur.**

**Fréquence moindre du HLA B27 (50-75 % des cas)**

**Association avec un syndrome SAPHO**  
(association de synovite, acné, pustulose, hyperostose et ostéite).



# Ostéomyélite aseptique chronique et multifocale chez des enfants



## **Autres atteintes articulaires**

**Arthrites septiques** compliquant des abcès ou fistules d'origine intestinale.

### **Arthralgies iatrogènes:**

ciclosporine,  
azathioprine,  
6-mercaptopurine,  
anti TNF ( lupus induit),

### **Tendinopathies iatrogènes:**

ciprofloxacine

# Recommandations

## **Au cours des spondylarthropathies :** **rechercher systématiquement une MC**

- **interrogatoire existence**
  - **de douleurs abdominales,**
  - **diarrhée chronique, glaireuse, sanglante,**
  - **amaigrissement inexpliqué, etc.)**
- **l'examen clinique (fébricule, fissure, fistule, aphtes, sensibilité à la palpation abdominale...**
- **devant un syndrome inflammatoire persistant**

**Au cours des spondylarthropathies :**

**Présence du HLA B27 chez un patient ayant une MICI augmente le risque de développer une spondyloarthrite**

## Deux types de lésions

au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) :

- Atteintes inflammatoires
  - articulaires
  - osseuses
- **Retentissement purement osseux qui expose à un risque accru de fracture**



## **Prévalence au cours des MICI**

**Ostéomalacie est rare (< 5 %) :**

**surtout en cas de résection étendue du grêle.**

**Augmentation du risque d'ostéopénie, d'ostéoporose et de fractures**

**Prévalence diversement appréciée dans les travaux de la littérature :**

**la sélection initiale des malades,**

**la définition utilisée,**

**le site et la méthode de mesure,**

**existence d'une population contrôle.**

## **2 facteurs retrouvés dans la plupart des études :**

- **Degré de dénutrition**

**(évalué par le poids, l'indice de masse corporelle ou l'épaisseur du pli cutané)**

- **Prise de corticoïdes.**

**Reflets de la sévérité de la maladie.**

# **Recommandations**

# Dépistage et diagnostic dans les MICI

## DMO recommandée:

1. Année qui suit le diagnostic et si existe 1 facteur de risque surajouté :
2. Cortico-thérapie d'une durée supérieure à 3 mois
  - soit prévue,
  - soit déjà réalisée.

# **Première mesure préventive**

**limiter usage des corticoïdes en évitant**

**les posologies**

**les durées excessives de traitement.+++**

# Première mesure préventive

**La dose et la durée du traitement modifient le risque :**

**des fractures apparaissent le plus souvent pour une posologie supérieure à 15 mg de prednisone par jour(1) et une dose cumulée dépassant 30 g ;**

**Risque d'ostéopénie au-delà de 7,5 mg/jour. (PR)**

**Seuil d'intervention thérapeutique: T score <1.5**

**Supplémentation vitamino-calcique**

**Activité physique**

(1)Adinoff AD, Hollister JR. Steroid-induced fractures and bone loss in patients with asthma. N Engl J Med 1983;309:265-8.

# **Au plan thérapeutique, plusieurs points:**

- 1. Contre-indication classique aux AINS dans les MICI  
(implication dans le déclenchement des poussées)**

*Difficulté à respecter lorsqu'il existe un rhumatisme axial symptomatique.  
Prescription, après concertation avec le gastroentérologue et amélioration de  
l'entérocolopathie.*

- 2. Corticoïdes systémiques efficaces dans les SpA**
  - posologies élevées**
  - problèmes de corticodépendance  
de tolérance**

**Infiltrations cortisoniques utiles en cas d'arthrite**

.

### **3. Efficacité de la sulfasalazine,**

- assez modeste,**
- démontrée essais contrôlés SpA idiopathique avec atteintes périphériques**

**Posologies > 3-6g/j en cas d'association avec MICI.**

### **4. Efficacité des immunosuppresseurs classiques non étudié dans SpA**

- Préférer metho à azathioprine MICI et SpA**



## **5. Efficacité des anti TNF dans la SpA et le Crhon**

**Affections associées, cette efficacité intervient dans le choix de stratégies thérapeutiques.**

# Autres lésions osseuses

**Nécroses osseuses aseptiques (moins de 1 %).**

-corticothérapie °

-en absence de corticoïdes



°[Koo KH, kim R, KimYS,Ahn IO, Cho SH, Song HR, et al. Risk period for developing osteonecrosis of the femoral head in patients on steroid treatment. Clin Rheumatol 2002;21:299-303.43],

-°[Freeman HJ, Peter Kwan WC. Brief report : non-corticosteroidassociated osteonecrosis of the femoral heads in two patients with inflammatory bowel disease. N Engl J Med 1993;329:1914-6.44].

# Autres lésions osseuses

**Ostéoarthropathie hypertrophiante,**

**Hypocratisme digital :**

- (38) % des maladies de Crohn
- corrélé à l'activité de la maladie.



# Autres lésions osseuses

Plus rarement :

- périostite

- ostéoarthropathie hypertrophiante



# **CONCLUSION**

# **Recommandations thérapeutiques**

## **1. Arthralgies ou Arthrites lors d'une poussée digestive**

**Le traitement est celui de la poussée.**

## **2. Manifestations articulaires modérées et pas d'indication à modifier le traitement pour la maladie digestive**

**Commencer par des antalgiques simples.**

**AINS :**

**Risques des même en dehors de s MICI**

**Si nécessaires: utilisation de courte durée.**

**3. Corticothérapie possible en cas d'intensité des manifestations articulaires alors que les signes digestifs sont minimes ou modérés.**

**prednisone (20-40 mg/j),**

**durée plus brève qu'au cours des poussées digestives.**

**5. - Persistence ou survenue de manifestations articulaires  
avec peu ou pas symptômes digestifs,  
- Manifestations articulaires invalidantes**

**Sulfasalazine ?**

**Méthotrexate ?**

**AntiTNF+++**