

**Spondylarthrite ankylosante (SPA)** (fig. 1 et 2)

La hanche est souvent et sévèrement atteinte chez les patients atteints de SPA [1], contrairement aux autres articulations des ceintures comme l'épaule.

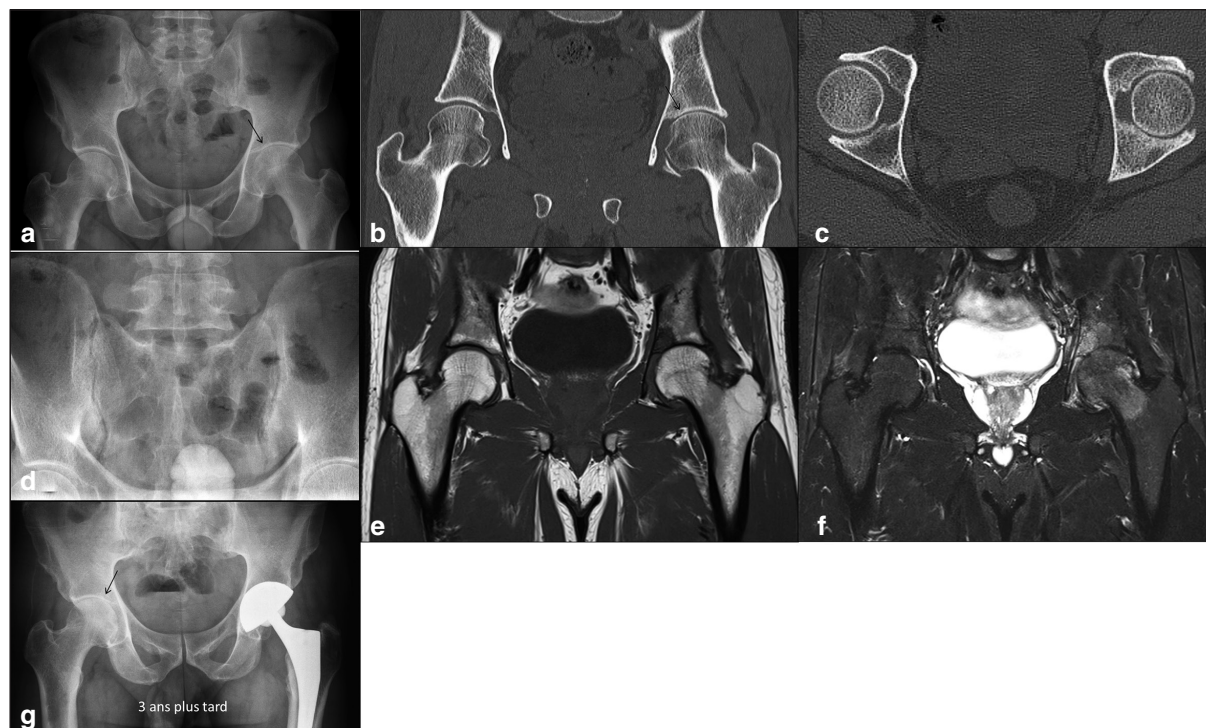
**Physiopathologie**

Dans la SPA, l'inflammation se produit à l'interface entre l'os et le cartilage [2]. C'est l'ostéite sous-chondrale qui serait l'élément physiopathologique principal [3]. A partir de la moelle osseuse sous-chondrale, des cellules T CD4 et CD8 infiltrent le cartilage et les ostéoclastes résorbent la lame osseuse sous-chondrale. Le cartilage serait nécessaire à l'induction de l'inflammation dans la moelle osseuse sous-chondrale. Ainsi, elle se trouve significativement diminuée lorsque la progression de la maladie a abouti à la destruction du cartilage.

La prévalence de la coxite est difficile à estimer. Elle serait présente chez un patient sur cinq [1] et conduirait à un remplacement prothétique chez 5 % de la population de patients porteurs d'une spondylarthrite

ankylosante [4]. Mais ces chiffres de prévalence dépendent largement de la définition utilisée : atteinte clinique, atteinte radiographique ou coxite très évoluée.

La prévalence de la coxite augmente avec le jeune âge de début de la maladie et avec la durée d'évolution de la maladie. En effet, les patients ayant une SPA à début juvénile ont un risque plus élevé de développer une coxite et d'avoir un remplacement prothétique que ceux dont la SPA a débuté à l'âge adulte [5]. Parallèlement, les dommages radiographiques au rachis semblent moins sévères chez les patients avec un début juvénile de maladie que chez ceux dont la SPA a débuté à l'âge adulte [6]. Une association entre l'atteinte de la hanche et la durée d'évolution de la maladie a été rapportée dans d'autres études [7]. En Afrique du Nord, le risque de coxite a été estimé à 40 % après 10 ans d'évolution de la maladie [8]. Une analyse multivariée a par ailleurs montré que les facteurs de risque étaient le délai diagnostique, le jeune âge de début de la maladie, une classe sociale modeste et l'absence de réfrigérateur à la maison [8].



**Fig. 1 :** Coxite et sacroiliite chez un patient de 41 ans ayant une spondylarthrite ankylosante. La radiographie (a) et le scanner (b, c) montrent un pincement global coxofémoral gauche à prédominance axiale (flèches), des efflorescences osseuses du bord de l'acétabulum gauche, un effacement de la lame osseuse sous-chondrale (c), pas/peu d'érosions. Il n'y a pas de déminéralisation sous-chondrale mais une condensation osseuse d'allure inflammatoire. La radiographie des sacroiliaques (d) montre une sacroiliite bilatérale relativement symétrique. L'IRM, séquences pondérées T1 (e) et STIR (f), montre des anomalies de signal de type œdème, en miroir, de l'acétabulum et de la tête et du col du fémur gauches, et de la fosse acétabulaire, un épanchement articulaire et/ou une synovite. Notez la prédominance axiale des anomalies de signal. Radiographie trois ans plus tard : prothèse de hanche gauche et coxite droite (même séméiologie que du côté gauche avec un pincement global coxofémoral droit à prédominance axiale et pas d'érosion).