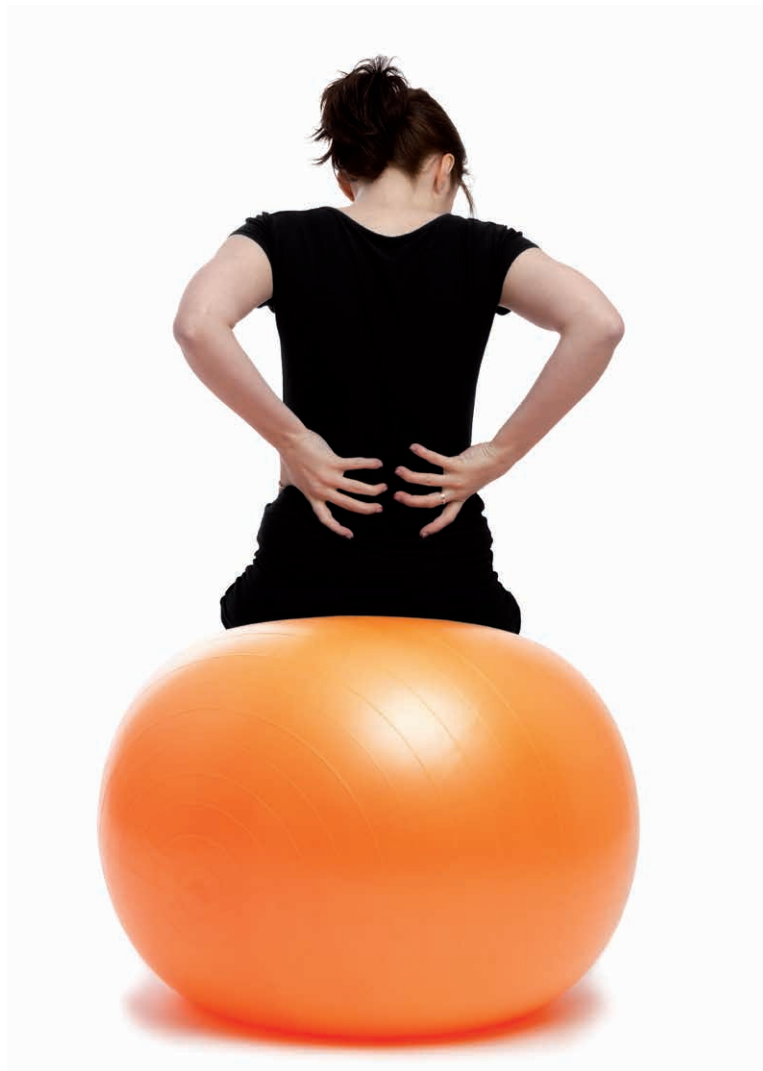


Spondyloarthrites

Spondylarthrite ankylosante & maladies apparentées
de la colonne vertébrale.





*Chère patiente, cher patient,
Chers proches,*

Dans mon cabinet, je reçois de nombreux patients souffrant de mal de dos: ces personnes touchées endurent souvent depuis des années d'intenses douleurs dans le bas du dos. Ces douleurs chroniques du dos ont diverses origines; certains patients souffrent de spondyloarthrite, une affection qui se caractérise très souvent par des «douleurs inflammatoires du dos».

L'examen médical d'une spondyloarthrite (SpA) demande beaucoup de doigté et d'expérience. En raison du caractère cyclique de la maladie et de la grande diversité des symptômes, le diagnostic est difficile à poser. On distingue la spondyloarthrite axiale (avec atteinte de la colonne vertébrale) de la spondyloarthrite périphérique (colonne vertébrale préservée). Une spondyloarthrite axiale non détectée et, par conséquent, non traitée peut entraîner des atteintes fonctionnelles de la colonne vertébrale.

Une telle aggravation peut être évitée aujourd'hui: un dépistage précoce et une prise en charge thérapeutique moderne et efficace permettent de réduire les douleurs et les lésions inflammatoires, aussi bien de l'appareil locomoteur que des autres organes touchés, et ainsi d'augmenter fortement la qualité de vie.

Cette brochure présente des informations sur les différentes formes de la spondyloarthrite ankylosante. Vous trouverez également des conseils & recommandations pour le quotidien. Pour toute demande de renseignements complémentaires, veuillez consulter votre médecin.

Une agréable lecture & une bonne santé (du dos) vous sont souhaitées par

Dr méd. Jürg Bernhard

Médecin-chef, Centre de rééducation et de réadaptation soH
Bürgerspital Soleure

Table des matières

Spondyloarthrites p. 2

Formes et symptômes p. 3

Diagnostic des spondyloarthrites p. 4

Formes indifférenciées p. 5

Caractéristiques de la maladie p. 6–7

Manifestations oculaires p. 8–9

Manifestations cutanées p. 10–11

Manifestations gastro-intestinales p. 12–13

Manifestations tendineuses p. 14–15

Traitement médicamenteux p. 16

Physiothérapie, activités physiques et sportives p. 17

Liens et adresses p. 17

Les spondyloarthrites

Qu'est-ce que la spondyloarthrite?

La spondyloarthrite, abrégée «SpA», se manifeste généralement par une inflammation des petites articulations de la colonne vertébrale ou des articulations sacroiliaques (ou articulation ilio-sacrée). Mais l'inflammation peut également toucher d'autres articulations ou les enthèses. La spondylarthrite ankylosante (aussi appelée «maladie de Bechterew») est la forme la plus typique de spondyloarthrite. **En fonction de l'atteinte ou non de la colonne vertébrale, on distingue la SpA axiale de la SpA périphérique.**¹

Que sont les «douleurs inflammatoires du dos»?

Les douleurs dorsales causées par la SpA sont aussi appelées «douleurs inflammatoires du dos».

Quels sont les symptômes de la SpA?

Les symptômes les plus importants sont les douleurs dorsales profondes au niveau des articulations sacro-iliaques et le long de la colonne vertébrale.¹

Autres signes de la maladie¹ (extrait)

- Inflammations oculaires, exemple: uvéite (inflammation de l'uvée)
- Inflammations gastro-intestinales (exemple: maladie de Crohn)
- Altérations inflammatoires des insertions tendineuses et ligamentaires
- Présence de l'antigène HLA-B27 (hérédité)
- Affections dermatologiques (exemple: psoriasis)

EST-CE QUE JE SOUFFRE DE DOULEURS DORSALES INFLAMMATOIRES?²¹

(positif, douleur depuis plus de 3 mois et ≥ 4 points):

- apparition avant 40 ans
- évolution lente
- douleurs nocturnes (atténuation au lever)
- atténuation des douleurs par l'exercice
- pas d'atténuation des douleurs au repos.

* Attention: le diagnostic peut être uniquement posé par un professionnel de santé. Faites confiance à votre médecin.

Formes et symptômes

La spondyloarthrite a différentes formes et manifestations dont les plus importantes sont les douleurs du dos.

Les différentes formes de la maladie^{1,2}

1. Spondyloarthrite ankylosante («maladie de Bechterew»)
2. Arthrite réactionnelle (exemple: après une infection des voies urinaires)
3. Arthrite psoriasique
4. Arthrite entéropathique (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
5. Spondyloarthrite indifférenciée (non associée à une forme définie)
6. Spondyloarthrite juvénile (apparition chez l'enfant et l'adolescent)

En fonction du site anatomique touché, on distingue la forme **axiale** (= atteinte de la colonne vertébrale) et la forme **périphérique** (= atteinte des articulations uniquement périphériques) de la SpA.³

La **forme périphérique** se manifeste par divers signes cliniques en différents endroits du corps. Exemple: arthrite psoriasique chez les patients atteints de psoriasis vulgaire.

Les deux formes, périphérique et axiale, de la SpA peuvent présenter des signes cliniques plus ou moins marqués. Il peut ainsi arriver qu'un patient développe aussi bien les symptômes de la maladie de Crohn

que ceux du psoriasis vulgaire. La forme la plus typique, la spondyloarthrite ankylosante, est caractérisée par des douleurs dorsales inflammatoires et comprend les altérations inflammatoires qui touchent principalement les articulations de la colonne vertébrale et les enthèses au niveau de l'os.¹

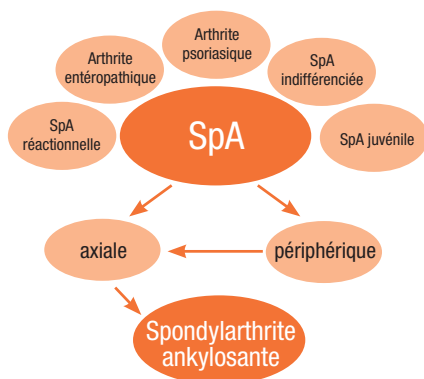


Fig.: Relation entre les différentes formes de SpA et la spondyloarthrite ankylosante¹

Il est primordial d'établir le diagnostic le plus précoce possible d'une spondyloarthrite axiale pour le patient: sans diagnostic ni prise en charge thérapeutique adaptée, la forme axiale peut entraîner des atteintes fonctionnelles croissantes de la colonne vertébrale ainsi qu'une réduction de la qualité de vie.

Diagnostic des spondyloarthrites

Il n'existe actuellement aucun test diagnostique de dépistage de la spondyloarthrite (SpA). Le diagnostic doit donc être posé par un rhumatologue à partir des antécédents personnels mais aussi familiaux, d'examen cliniques et radiologiques et de tests en laboratoire.^{4,5}

Un diagnostic précoce d'une SpA est essentiel pour prévenir de possibles lésions articulaires.¹

Les signes caractéristiques d'une spondyloarthrite sont les atteintes de la colonne vertébrale et des tendons, associés au marqueur génétique HLA-B27. On parle de spondyloarthrite axiale quand les douleurs dorsales s'expriment au premier plan.

Un dépistage radiographique clair des altérations osseuses dans les articulations des sacro-iliaques permet, en outre, de confirmer le diagnostic et est important pour le pronostic.⁶



Formes indifférenciées

La «spondyloarthrite (SpA) indifférenciée» est la forme la plus courante: environ un tiers de toutes les formes de SpA est indifférencié.

Sans diagnostic ni prise en charge thérapeutique adaptée, une SpA indifférenciée peut évoluer vers une autre forme plus sévère.¹

Qu'est-ce qu'une «SpA indifférenciée»?

Il s'agit de douleurs dorsales inflammatoires, mais dont l'examen radiologique ne révèle aucune altération clairement visible permettant d'établir un lien avec une forme déterminée.

Caractéristiques

Une SpA indifférenciée se caractérise par différents signes cliniques localisés.

Exemples (extrait):

- inflammations au niveau du tendon d'Achille
- inflammations unilatérales des articulations sacro-iliaques
- inflammations articulaires et présence de l'antigène HLA-B27.

Traitement et évolution de la maladie

Le traitement est déterminé en fonction des signes cliniques individuels et des douleurs du patient. En cas de diagnostic précoce, le pronostic est bon en règle générale: un traitement médicamenteux moderne et très efficace permet de ralentir l'évolution vers une forme sévère de la maladie et d'améliorer considérablement la qualité de vie.

Caractéristiques de la maladie

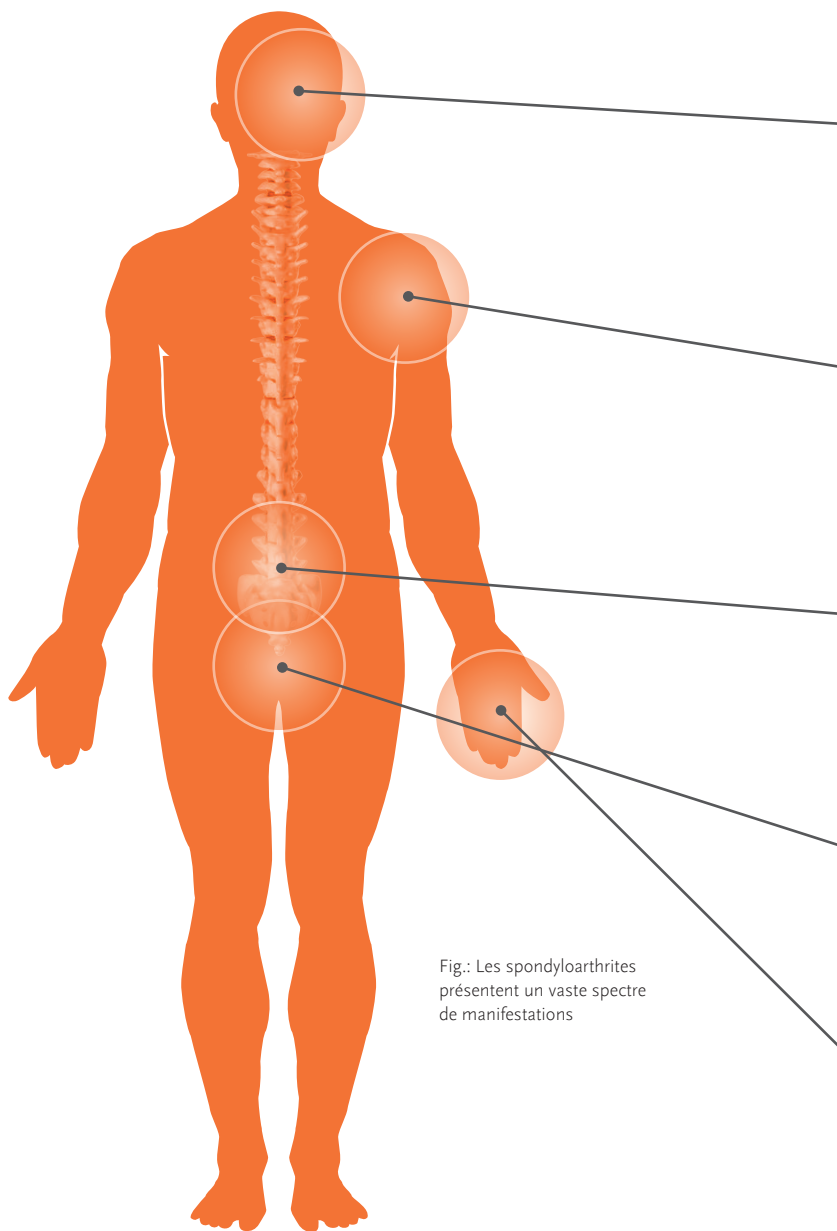


Fig.: Les spondyloarthrites présentent un vaste spectre de manifestations

Exemples de maladies associées possibles:

Manifestations oculaires

- Inflammation de l'uvéa (uvéite)
- Inflammation de la conjonctive (conjonctivite)
- Inflammation de la sclérotique (sclérite)



Manifestations sur l'appareil locomoteur

- Inflammations des articulations et des enthèses
- Inflammation des doigts seuls ou des orteils seuls (dactylitis)
- Inflammation de la colonne vertébrale



Manifestations gastro-intestinales

- Douleurs abdominales
- Altérations inflammatoires de la muqueuse intestinale
- Diarrhée mucopurulente, parfois sanglante



Manifestations urogénitales

- Inflammation de l'urètre (urétrite)
- Inflammation de la prostate (prostatite)
- Inflammation du vagin (vaginite)



Manifestations cutanées, muqueuses, ongles

- Psoriasis vulgaire
- Altérations des ongles



Manifestations oculaires

Inflammation oculaire liée à l'HLA-B27: l'uvéïte

La présence chez un patient de l'antigène HLA-B27 le **prédispose** aux inflammations oculaires ou uvéïtes qui se manifestent par une rougeur oculaire, une gêne à la lumière (photophobie) et parfois une baisse de la vision.

Seul 1% des patients porteurs de l'antigène HLA-B27 vont développer une uvéïte. Par contre, si une personne de la famille porteuse de l'antigène a une uvéïte, le risque monte à 13%.

Les manifestations de l'uvéïte sont variables et traitées uniquement par collyres: corticoïdes et augmentation du diamètre de la pupille. Dans moins de 20% des cas, il peut s'agir d'une uvéïte postérieure (= inflammation de la rétine et la choroïde) qui nécessite alors un traitement par voie générale.

Une maladie générale rhumatismale est présente chez 20% des patients (maladie de Bechterew ou spondylarthrite ankylosante, atteinte digestive, etc.), ce qui justifie une prise en charge multidisciplinaire. Dans de rares situations une maladie plus bruyante associant conjonctivite, arthrite et urétrite est appelée syndrome de Reiter.

QUE CONSTATE L'OPHTALMOLOGUE?

Un suivi régulier chez l'ophtalmologue permet d'éviter des complications oculaires grâce à:

- la mesure de l'acuité visuelle
- la mesure de la tension oculaire
- l'examen du fond de l'œil par dilatation de la pupille
- la détection d'un éventuel œdème maculaire responsable d'une diminution de la vue (accumulation de liquide dans la rétine lors de l'inflammation).

Une collaboration étroite entre un ophtalmologue spécialiste des uvéïtes et le médecin généraliste ou le rhumatologue permettra de décider de l'introduction d'un traitement par voie générale lors d'atteinte oculaire sévère.



«Les vécites antérieures aiguës associées au HLA-B27 sont fréquentes et de bon pronostic. Lors de poussées répétées ou lors de complications oculaires, un avis spécialisé est nécessaire et requiert parfois l'introduction d'un traitement par voie générale qui sera introduit sous la recommandation d'un ophtalmologue spécialiste des vécites.»

*Citation du PD Dr méd. Yan Guex-Crosier,
ophtalmologue Hôpital Jules Gonin, Lausanne*

Manifestations cutanées

Le psoriasis est une maladie de peau inflammatoire chronique fréquente qui touche environ 1,5–2% de la population en Suisse.

Outre les manifestations cutanées, environ 20% des personnes touchées développent aussi des inflammations articulaires douloureuses appelées arthrite psoriasique. Dans la majorité des cas, les manifestations dermatologiques précèdent l'inflammation articulaire.

QUE VOIT LE DERMATOLOGUE?

La forme la plus courante de psoriasis est ce que l'on appelle le psoriasis en plaques qui se manifeste par des lésions cutanées rondes, nettement délimitées, irritées et squameuses, généralement localisées dans la région des coudes, des genoux, du cuir chevelu, du nombril et du bas du dos. En plus des altérations cutanées peuvent être accompagnées, en partie, de démangeaisons.

Outre les altérations cutanées, il peut également apparaître des altérations des ongles (exemple: ponctuations, tâches jaunâtres, décollement, ongle grêlé). En plus des altérations des ongles sont plus fréquentes en cas d'atteinte articulaire et signalent alors une arthrite psoriasique.



«Des douleurs dorsales sévères et une raideur au réveil chez les personnes présentant des altérations psoriasiques de la peau et des ongles justifient des examens plus poussés pour diagnostiquer une éventuelle SpA.»

*Citation du Prof. Dr méd. Nikhil Yawalkar,
Médecin spécialiste de dermatologie et
vénérologie, spécialiste d'allergologie et
d'immunologie clinique, clinique universitaire
de dermatologie, Inselspital Berne*

Manifestations gastro-intestinales

Il existe un lien étroit entre les spondyloarthrite et les maladies intestinales inflammatoires chroniques, comme la maladie de Crohn et autres.

Chez près de 60% des patients atteints de spondyloarthrite, ce type d'inflammation chronique de l'intestin peut être diagnostiqué. Les principaux symptômes, tels que la diarrhée ou même des selles sanglantes, n'apparaissent pas systématiquement en cas de maladie intestinale inflammatoire chronique. Il peut arriver que les seuls symptômes soient des symptômes non spécifiques, tels que la fatigue, le manque d'appétit ou les maux de ventre.

Un test simple de détection d'une inflammation intestinale consiste à doser la calprotectine dans les selles. Un taux élevé justifie une consultation chez le gastroentérologue.

QUAND ENVISAGE-T-ON UN EXAMEN CHEZ LE GASTRO-ENTÉROLOGUE?

En cas de:

- crampes et /ou de douleurs abdominales
- diarrhée sur une période prolongée (sanglante ou non)
- fièvre
- fatigue et épuisement
- perte de poids (par manque d'appétit, nausées et vomissements).



«En cas de maux de ventre ou de selles irrégulières chez les patients souffrant de douleurs dorsales chroniques, des examens plus poussés s'imposent. Réalisé en laboratoire, le dosage de la calprotectine dans les selles est un test simple qui permet de détecter une inflammation intestinale chez un patient. Le diagnostic et le traitement d'une maladie intestinale inflammatoire chronique sont justifiés pour prévenir les complications, tels que cicatrices et rétrécissements de l'intestin.»

*Citation du Prof. Dr méd. Frank Seibold,
Médecin-chef de gastro-entérologie,
Hôpital Tiefenau, Berne*

Manifestations tendineuses

La spondyloarthrite est une maladie fréquente caractérisée dans certains cas par une évolution insidieuse et la quasi-absence de symptômes, mais qui peut aussi s'accompagner de poussées aiguës.

Des symptômes non spécifiques au niveau des articulations et des tissus mous, avec parfois l'implication d'autres organes et des tests de laboratoire souvent négatifs, rendent le diagnostic difficile à poser.

Au regard de ces nouvelles options thérapeutiques, il me semble justement important de pouvoir établir le diagnostic d'une spondyloarthrite le plus tôt possible pour réduire les états douloureux prolongés.

QUE VOIT LE MÉDECIN DE FAMILLE?

- Pour le médecin de famille, qui s'avère souvent être la première personne consultée par le patient, les différents symptômes et les maladies associées représentent un défi de taille. – En conséquence, il n'est pas rare que le diagnostic définitif ne soit établi que tardivement, voire plusieurs années après cette première consultation chez le médecin de famille.
- Une bonne collaboration entre le médecin de famille et les spécialistes (rhumatologues) est de ce fait essentielle.



«Le diagnostic précoce de la spondyloarthrite est très complexe pour le médecin de famille. C'est un vrai défi. Chez les patients avec des douleurs au niveau des articulations, des enthèses et des tissus mous, le diagnostic 'SpA' doit toujours rester une éventualité. Établi en collaboration avec des spécialistes, le diagnostic peut également signifier pour le patient le soulagement de symptômes particulièrement désagréables.»

*Citation du Dr méd. Ruedi Walter,
Médecine générale FMH, Rüttenen*

Traitement médicamenteux

Pour le traitement médicamenteux des formes axiale et périphérique de la spondyloarthrite (SpA), il existe aujourd'hui des médicaments de différentes classes d'activité.²

Les médicaments de la classe pharmacologique des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont les plus prescrits. Les AINS ont un effet analgésique et anti-inflammatoire.

Les médicaments indiqués dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) sont, depuis plusieurs années, les médicaments de la classe des **inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α)**.

Les anti-TNF- α sont également utilisés depuis de nombreuses années dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. De part leur action anti-douleur et anti-inflammatoire, ils réduisent les limitations fonctionnelles de la vie quotidienne et augmentent la capacité de mouvement des personnes touchées, et de ce fait leur qualité de vie.²



Physiothérapie, activités physiques et sportives

L'activité physique et sportive est aussi importante que le traitement médicamenteux. Les directives internationales recommandent des groupes d'exercices dirigés par des physiothérapeutes. De plus, il est important d'avoir un mode de vie actif avec au moins 150 minutes d'activités par semaine comme le sport, mais également des activités d'endurance.

Objectifs du mouvement et du sport:

- Maintien et amélioration de la mobilité rachidienne
- Amélioration de la force, en particulier renforcement des muscles du tronc
- Conscience du corps et de la respiration
- Forme cardiovasculaire.

Des exercices qui augmentent la mobilité et permettent des mouvements vigoureux tels que le yoga ou le Pilates sont recommandés. Pour les exercices d'endurance la marche nordique, la randonnée, le vélo, la natation mais également le jogging sont possibles. Les physiothérapeutes vous conseilleront sur le sport et le rythme d'entraînement appropriés.

Une physiothérapie individuelle est indiquée pour les limitations fonctionnelles.

Informez-vous auprès de votre médecin pour être mis en contact avec un physiothérapeute ou contactez l'Association Suisse de la spondylarthrite ankylosante (SSSA).

Littérature



Chacun son sport
Ligue suisse contre le rhumatisme (2008)

Liens sur le thème

www.bechterew.ch
www.rheumaliga.ch
www.physioswiss.ch
www.ergotherapie.ch

Adresse recommandée

bechterew.ch

Société suisse de la
spondylarthrite ankylosante.

Adresse

Société suisse de la spondylarthrite
ankylosante (SSSA)

Leutschenbachstr. 45

8050 Zurich

☎ 044 272 78 66

📠 044 272 78 75

✉ mail@bechterew.ch

La Société suisse de la spondylarthrite ankylosante (SSSA) fournit des informations sur la maladie et organise des séances de thérapie. Elle conseille aussi les patients et leur entourage et soutient la recherche sur la spondylarthrite ankylosante.

Avec le soutien d'AbbVie

abbvie

Mentions légales

Images / photos Shutterstock

Langues allemand, français, italien

Direction médicale

Dr méd. J. Bernhard,

Bürgerspital Soleure

Autres collaborateurs / experts médicaux

- Prof. Dr méd. N. Yawalkar, Inselspital Berne
- Prof. Dr méd. F. Seibold, Spital Tiefenau, Berne
- PD Dr méd. Y. Guex-Crosier, Hôpital Jules Gonin, Lausanne
- Dr méd. R. Walter, Rüttenen
- Prof. Dr K. Niedermann, Institut de physiothérapie, ZHAW Winterthour

Références

1 Schirmer M, Gander A. Spondyloarthritis oder Morbus Bechterew: Neue Klassifikation der axialen Spondyloarthritis mit Morbus Bechterew als Endstadium. J Miner Stoffwechs 2011; 18(2): 77–80. **2** Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. Lancet. 2011;377:2127–2137. **3** Kiltz U, Sieper J, Braun J. ASAS-Empfehlungen zur Anwendung von TNF-Blockern bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis: Evaluation des Updates von 2010 im deutschsprachigen Raum. Z Rheumatol 2013;72: 81–88. **4** Rudwaleit M et al. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. Ann Rheum Dis 2009;68(10): 1520–1527. **5** Akgul O et al. Classification criteria for spondyloarthropathies. World J Orthop 2011;2(12): 107–115. **6** Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis 2004;63: 535–543.