

Définitions

Pelvi-spondylite rhumatismale

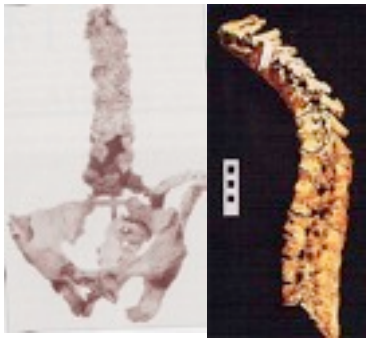


Appelé aussi spondylarthrite rhyzomélisque ou spondylarthrite ankylosante, c'est un rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une atteinte sélective des articulations axiales (sacro-iliaques, inter-vertébrales et costo-vertébrales) et inconstamment des grosses articulations notamment du membre inférieur.

Tendance ankylosante et ossifiante

Survenue chez l'adulte jeune.

Retrouvée sur des squelettes égyptiens vieux de 3000 ans, c'est donc pas la maladie du siècle.



Plus fréquente chez les esquimaux, exceptionnelle chez le noir africain, en parallèle avec la fréquence de l'antigène HLA B 27.

Spondylarthropathies

Hormis la PSR, ce terme regroupe les affections fréquemment associées à des degrés divers à la PSR. Il en est des arthrites réactionnelles¹, psoriasis, maladie de Crohn,)

Anatomo-pathologie

La PSR est une atteinte des zones d'ancrage des tendons, aponévroses, ligaments ou capsules. Ces zones d'ancrage sont appelées des ENTHESES.

Atteinte des enthèses



L'atteinte réalise une inflammation, une érosion, puis une ossification.

Les enthèses périphériques (calcanéus, tubérosité tibiale antérieure, rotule, grand trochanter) peuvent être touchées, mais aussi les enthèses capsulo-ligamentaires de l'articulation sacro-iliaque, enthèses des fibres périphériques du disque inter-vertébral).

¹ Réaction articulaire inflammatoire aseptique (non infectieuse) apparaissant 2 à 3 semaines après une infection. Exemple : le syndrome de Reiter, cumulant uréthrite, oligo-arthrite et iritis, fréquemment associé à la PSR et lié à une infection génitale à Chlamydia ou digestive.

Leur inflammation engendre une douleur

Leur ossification est responsable des déformations et de l'ankylose



La survenue des enthésites est en partie sous la dépendance de facteurs mécaniques, d'où la constance des enthésites sacro-iliaques (solicitation mécanique par la simple station debout) et costales (respiration).

Il n'y a jamais de risque de rupture du tendon.

Atteinte des articulations

La maladie s'étend par proximité à la membrane synoviale. Un œdème puis une fibrose de l'ensemble capsulo-synovial induisent des rétractions, particulièrement dans les zones où l'environnement musculaire est faible.

*T12 est souvent une localisation débutante, c'est une vertèbre sans insertions musculaires majeures.

*L'articulation sacro-iliaque idem.

Le cartilage est remplacé petit à petit par une couche de tissu fibreux qui finit par s'ossifier.

La clinique

Selon l'HAS

Le diagnostic précoce de spondylarthrite reste difficile.

Ainsi, de nouveaux critères de classification ont été proposés par le groupe Assessment of spondylo arthris (ASAS), et publiés en 2009 et 2010. Ils concernent les formes axiales, avec deux entrées possibles chez des sujets de moins de 45 ans souffrant de rachialgies depuis plus de trois mois, sacro-iliite (radiographique ou IRM) d'une part, présence de HLA-B27 d'autre part, associées à un ou plusieurs signes de spondylarthrite (uvéite, psoriasis, entérocolopathie, antécédents familiaux, sensibilité aux AINS...).

Diagnostic à l'aide de signes cliniques

CRITERES	
douleurs nocturnes lombaires ou dorsales et/ou raideur matinale lombaire ou dorsale	1
oligoarthrite asymétrique	2
douleurs fessières sans précision	1
douleurs fessières à bascule	2
doigt ou orteil en saucisse	2
talalgie	2
iritis	2
urétrite non gonococcique moins d'un mois avant l'apparition de l'arthrite	1
diarrhée moins d'un mois avant l'apparition de l'arthrite	1
présence ou antécédent de psoriasis ou balanite	1
sacro-iliite radiologique	3
présence de l'HLAB27 et/ou antécédents familiaux de PSR, entérocolopathies, psoriasis	2

amélioration en 48 heures des douleurs par les AINS et/ou rechute rapide des douleurs à leur arrêt	2
--	---

Un patient présentant une somme de 6 points ou plus est déclaré porteur de PSR.

L'IRM

L'IRM permet de retenir le diagnostic de sacro-iliite en l'absence de modification radiographique, permettant ainsi de définir des spondylarthrites pré-ou non-radiographiques. Ceci suppose une définition consensuelle de la sacro-iliite en IRM. L'élément de définition est la présence d'un œdème des berges sacro iliaques, visualisé par un hypersignal après injection de gadolinium (Source HAS).

L'antigène HLA B27

C'est une protéine que l'on retrouve tout à fait normalement à la surface des globules blancs de certaines personnes. 8% des français sont porteurs de cet antigène. Son rôle n'est pas clairement établi ; il pourrait être utile dans la lutte naturelle contre les infections. C'est une protéine normale qui se retrouve à la surface de cellules normales de personnes normales.

Il existe un lien purement statistique entre la PSR et la présence de l'antigène HLA B27 : 60 à 90% de patients porteurs de spondylarthropathies en sont porteurs. Bien sûr, les enfants de PSR auront 1 possibilité sur 4 ou sur 2 de posséder cet antigène, ce qui ne veut pas dire qu'ils seront atteints de l'affection (60% des responsables d'accidents de la route ont bu au moins un verre de vin dans les heures qui précèdent l'accident. Le pourcentage de personnes buvant un verre de vin et ayant un accident de la route est infime).

Le pronostic

Un patient :

1. Débutant la maladie après l'âge de 16 ans
2. Répondant bien au traitement anti-inflammatoire
3. Sans atteinte de hanche
4. Sans atteinte périphérique
5. Sans élévation de la VS au delà de 30 mm à la 1^o heure
6. Sans raideur rachidienne importante

Aura probablement une maladie bénigne à long terme.

Prise en charge par l'Assurance-Maladie

La PSR est une Affection de Longue Durée (ALD), prise en charge à 100% par la CNAM. Elle est cotée en AMK 9 (18,36 €) ; un bilan, pour toutes les séances prescrites entre 10 et 20 séances, puis toutes les 20 séances, est facturable à partir de la 1^o séance en AMK 8,1 (16,52 €).



La PSR est un rhumatisme inflammatoire chronique qui voit s'éteindre progressivement l'inflammation (donc la douleur) tandis que l'ossification (donc la raideur) s'étend. Elle évolue sur 20 à 30 ans.

L'évolution est appréciée :

- *À court terme sur les douleurs et poussées, ce qui est le travail du médecin.
- *À long terme sur les mensurations et les signes radiologiques, ce qui est le travail du kinésithérapeute et du radiologue (Il n'y a pas de changements radiologiques mesurables en moins d'une année chez les patients porteurs de

PSR²).

L'atteinte des membres



L'apparition de formes périphériques est possible à n'importe quel moment. Ce sont des mono- ou oligo-arthrites bilatérales et symétriques touchant les grosses articulations et qui guérissent en deux à six mois sans séquelles sauf pour la hanche. Il existe alors des formes "malignes" évoluant en six mois qui rendent le sujet grabataire par coxite bilatérale.

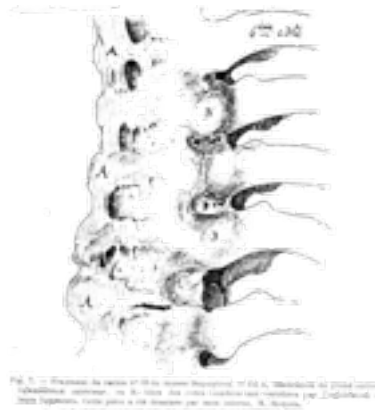
L'atteinte du rachis

L'évolution des courbures rachidiennes va dans le sens d'une mise en cyphose dorsale avec aplatissement du thorax d'avant en arrière, abdomen globuleux participant activement à la respiration, effacement de la lordose lombaire voire cyphose lombaire, projection en avant du rachis cervical.

Cette anté-projection du tronc entraîne un déplacement en avant du centre de gravité du corps qui, ne pouvant être compensé par une lordose lombaire tend à l'être par une flexion des coxo-fémorales et des genoux, réalisant l'attitude du skieur, attitude aujourd'hui anecdotique.

Il existe de plus un risque de fracture plus élevé : l'os des patients PSR est probablement plus fragile, le dos est moins souple et donc plus fragile (le roseau qui plie se transforme en bout de bois raide).

² Spoorenberg A; de Vlam K. Radiological scoring methods in ankylosing spondylitis: reliability and sensitivity to change over one year. J Rheumatol, 26(4):997-1002 1999 Apr



Conclusion

Les formes graves apparaissent moins fréquentes grâce au diagnostic précoce, au traitement par AINS et à la rééducation. 50% des PSR françaises

n'entraînent pas d'ankylose rachidienne et ont un risque minime de se développer. La SPA conduit à une infirmité souvent modérée dès lors que l'ankylose se fait en rectitude.

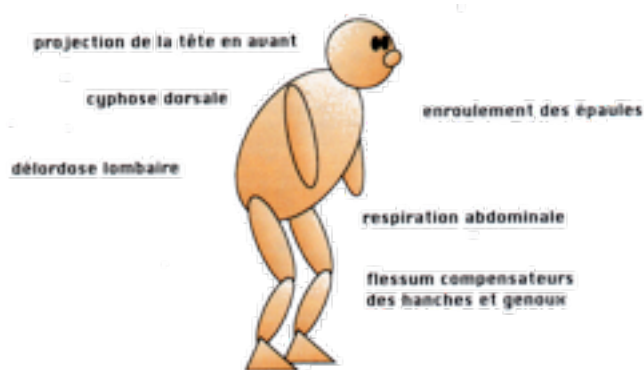
Bilans

La radiologie



C'est elle qui fait penser au praticien que cette lombalgie pourrait être une PSR, qui est prescrite en cas de suspicion de PSR. Il existe des images radiologiques caractéristiques, à type de condensations sacro-iliaques bilatérales, à bords flous à un stade précoce, de syndesmophytes, coulées ostéophytiques matérialisant le trajet ligamentaire, à un stade plus tardif. Cette syndesmophytose est verticale à contrario des ostéophytes dégénératifs (en bec-de-perroquet), plutôt horizontaux. Elle est réputée débiter au niveau de la charnière thoraco-lombale, donne une image de «colonne-bambou» à un stade plus évolué.

L'attitude



L'attitude du skieur ne se retrouve qu'exceptionnellement... en fin de parcours et donc de moins en moins. Elle est liée à la recherche d'une position de confort lors des poussées douloureuses.



C'est donc la position fœtale que prend le patient la nuit lors de ses poussées douloureuses nocturnes³.

Mesure de la taille

Sa reproduction régulière renseigne indirectement sur l'importance de la cyphose dorsale et de la projection en avant du rachis cervical. Son augmentation est un des signes d'amélioration liés au traitement.

Mesure des flèches

Occiput-toise objective la projection de la tête en avant.

C7-toise (de 4 à 6 cm) permet d'objectiver le début de la cyphose.

Le sommet de la cyphose est en T6/T7.

La distance avec L4 mesure la lordose lombaire (réduction au cours de l'évolution).



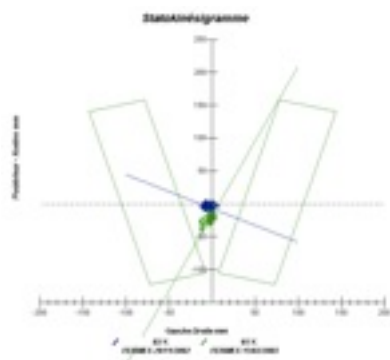
Photographie numérique



Un appareil photo numérique et un logiciel de retouche photo permettent de réaliser des calques successifs en différentes positions. L'utilisation de Photoshop afin d'automatiser les prises de vues en traitement par lots, du filtre « photocopie » afin de ne conserver que les contours importants du patient en préservant son anonymat.

³ Dougados M. Spondylarthrite en 100 questions. AP-HP.

Stabilométrie

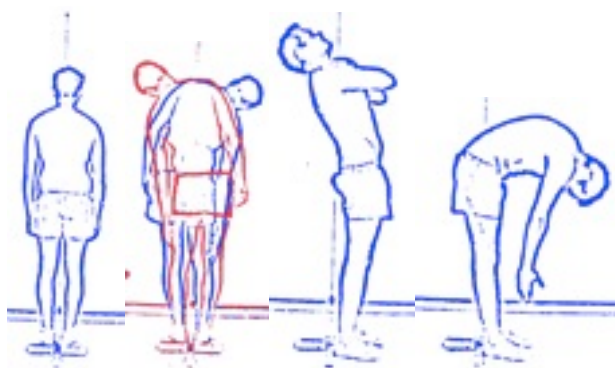


Elle permet aussi de prendre date en quantifiant l'équilibre statique.

Les articulations

Appréciation de la mobilité globale du rachis

À l'aide de photographies en différentes positions du sujet debout.



Appréciation de la mobilité segmentaire

On peut avoir à la fois la grippe et une jambe de bois. Il n'y a aucune raison qu'un défaut de mobilité segmentaire soit mal supporté par un rachis non inflammatoire et qu'il soit parfaitement bien accepté par une PSR.

Donc

Recherche d'une dysharmonie de courbure rachidienne lors de la rotation et de l'inflexion latérale, avec un méplat ou une voussure para-vertébrale localisée au niveau de cette dysharmonie. Ceci peut traduire un défaut de mobilité localisé et donc un manque dans la répartition des contraintes imposées à la colonne vertébrale. Marquer l'étage et le sens de la dysharmonie (inflexion latérale gauche ou droite, rotation idem, flexion ou extension).

Le rachis lombaire

L'inflexion latérale est la plus précocement limitée.

La lordose lombaire diminue progressivement.

Inclinométrie lombaire debout



Distance Doigts-Sol

Mesure de l'inflexion latérale debout

Ou photographie numérique...

Mesure de la rotation vertébrale

Au mètre-ruban (acromion-EIPS) ou à la boussole de randonnée.

Le rachis dorsal

La cyphose dorsale est augmentée.

Il y a une diminution de l'ampliation thoracique par atteinte des articulations costo-transversaires et costo-vertébrales. Elle peut entraîner une diminution de la capacité vitale et l'apparition progressive d'un syndrome restrictif (de façon exceptionnelle)

Diminution du diamètre antéro-postérieur du thorax et enroulement des épaules.

Mesure de l'expansion thoracique

1. Périmètre axillaire
2. Périmètre mamelonnaire (différence de 5 cm entre inspi et expi forcée chez le sujet normal)
3. Périmètre xiphoïdien

EFR - mesure de la capacité vitale

Spiromètre de type Spengler en litres.

La rigidité thoracique peut-être responsable d'un syndrome restrictif, proportionnel à la gravité de l'atteinte, d'où l'intérêt de la mesure.

Les muscles inspiratoires luttent contre cette rétraction.

Le rachis cervical

Touché le plus tardivement. La projection de la tête en avant engendre une augmentation de la lordose cervicale. A terme, le sujet n'est capable que de rotation atloïdo-axoïdienne.

Mesure de la souplesse du rachis cervical

Au travers de doigt, mesure des distances :

1. Tragus-acromion

2. Menton-acromion

3. Menton-fourchette sternale

Les hanches



La coxite est extrêmement grave car elle aboutit à l'ankylose, cette dernière ne permettant pas les compensations sur un rachis lombaire déjà enraidie.

Survenant le plus souvent au cours des 5 premières années d'évolution, elle est révélée par :

1.Des douleurs inguinales à recrudescence nocturne,

2.Une boiterie, souvent bilatérale.

3.Une mobilisation en circumduction douloureuse dans les amplitudes extrêmes, de tous les secteurs. A communiquer de suite au prescripteur.

La PTH est indiquée en cas de douleurs non contrôlées par les traitements médicaux et/ou de raideurs. La coxo-fémorale redevient mobile et indolente.

En phase aiguë nécessitant l'alitement, conseiller le procubitus pour éviter le flessum.

Goniométrie de la coxo-fémorale en flexion et extension

Radiologie

En cas de coxite, déminéralisation des extrémités osseuses, flou des contours, aspect grignoté, condensation et ostéophytose affrontées, pincement global de l'interligne.

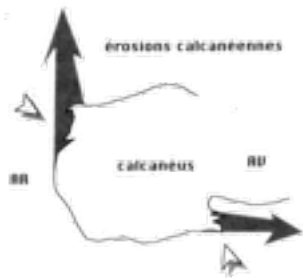
Les genoux

Douleurs possibles mais plus rares, au niveau des enthèses, soit sur la tubérosité tibiale antérieure et le tendon quadricipital.

Sur une PSR évoluée, l'attitude en cyphose engendre un déplacement du centre de gravité vers l'avant, qui ne peut-être rattrapé que par un flessum de hanche et de genou

Pas d'évolution en règle vers l'ankylose.

Les talons



Il existe parfois des talalgies bilatérales, postérieures ou inférieures, avec douleur à la pression et œdème de l'arrière pied, pathognomoniques de la PSR.

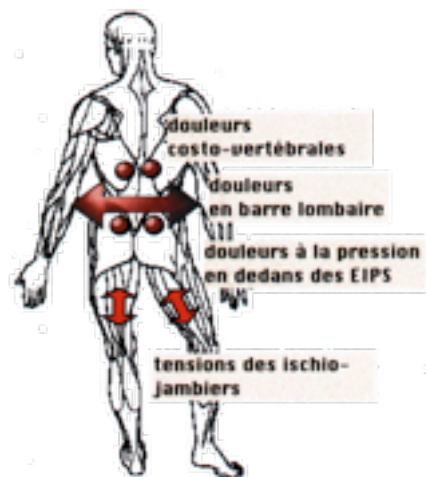
Les talalgies postérieures sont dues à l'inflammation des bourses séreuses antérieure ou postérieure du tendon d'Achille. Les talalgies inférieures sont liées à l'enthésite de l'aponévrose plantaire.

Fréquemment inaugurale, érosive au début, elle évolue secondairement vers la guérison, en deux ans maximum, par ossification.

La talalgie est fréquemment matinale, survenant aux premiers pas, s'améliorant dans la journée, pouvant alterner d'un pied à l'autre.

Rassurer le patient, lui faire acheter des chaussures de sport amortissantes.

Les douleurs



Essentiellement des douleurs fessières, volontiers bilatérales, plus ou moins sciatalgiques, en barre lombaire.

Elles sont inflammatoires donc nocturnes, réveillant le sujet dans la deuxième moitié de la nuit, avec un enraidissement matinal, diminuant au cours de la matinée et à la prise d'AINS.

Recherche de douleurs sacro-iliaques



Il y a des douleurs provoquées à la pression sur l'interligne sacro-iliaque, lors du saut unipodal, à la mobilisation (ouverture-fermeture des sacro-iliaques), lors du test de Patrick, du signe de Gaenslen.

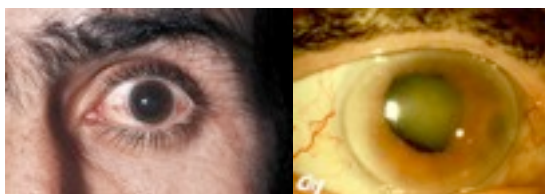
Les sacro-iliaques, très ligamentaires, sont très sollicitées.

L'état général

L'examen général est excellent, a contrario de la PR. L'examen peut être négatif dans les formes de début si le patient est examiné le soir. La fatigue est une des plaintes majeure des patients.

La VS est augmentée parallèlement à l'évolutivité de la maladie.

L'uvéïte



La constatation d'un œil rouge chez un malade atteint d'une PSR nécessite un avis ophtalmologique urgent. Il peut signer une atteinte de l'uvéïte, soit la partie antérieure de l'œil. Cette inflammation peut entraîner des cicatrices

responsables de troubles de la vision. Elle survient dans 25% des cas de PSR, peut être inaugurale.

Les muscles

Il y aura tendance à la rétraction des muscles accompagnant l'attitude, soit les pectoraux, les psoas, les grands dorsaux, les ischio-jambiers.

Donc :

Mesure de la distance membres supérieurs-table

En décubitus, les jambes posées sur un tabouret pour éviter une participation lombaire.

Influence de la tension des grands dorsaux



Lors de l'enroulement des membres inférieurs sur le tronc, les membres supérieurs s'élèvent lorsqu'il existe une tension anormale du grand dorsal.

Le signe de la corde de l'arc



Lors de l'inflexion latérale, les spinaux du côté du mouvement restent contractés au lieu de se relâcher. L'enraidissement rachidien implique une participation des muscles homolatéraux au mouvement. Ce signe est décrit classiquement, même si le rachis, relativement raide même chez le sujet sain, peut nécessiter aussi la contraction dynamique concentrique des muscles homolatéraux à l'inclinaison latérale pour s'incliner.

Appréciation de la tension des psoas

Décubitus en bout de table ou procubitus.

Tension des ischio-jambiers

Q.S

La fonction

L'indice de Dougados

0	<i>oui, sans difficulté</i>
1	<i>oui, avec difficulté</i>
2	<i>non</i>

POUVEZ-VOUS :	
mettre vos chaussures	effectuer votre métier ou vos activités de maison
enfiler un pull-over	enfiler un pantalon
rester debout 10 minutes	monter dans une baignoire
courir	vous asseoir
vous lever d'une chaise	monter dans une voiture
vous baisser pour ramasser un objet	vous accroupir
vous coucher	vous tourner dans votre lit
dormir sur le dos	dormir sur le ventre
tousser ou éternuer	respirer à fond

L'indice de Bath

Tableau III. – BASFI (bath ankylosing spondylitis functional index).

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures

1. Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex. petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes) ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
2. Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
3. Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
4. Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accoudoir sans utiliser vos mains ou toute autre aide ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
5. Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos », sans aide ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
6. Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
7. Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien ?	
Sans aucune difficulté	Impossible
8. Pouvez-vous regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner ?	
Sans aucune difficulté	Impossible

L'Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)

Prend en compte, la douleur rachidienne, la durée de la raideur matinale, l'évaluation globale par le patient, la douleur ou épanchement articulaire périphérique, et la CRP assortis de différents indices. Ce score, plus performant que les précédents, introduit un élément biologique objectif avec la CRP.

Sur le site de [l'ASDAS](#), il est possible de coter la pathologie du patient.

Conséquences sur le mouvement

L'immobilité

La raideur engendrée par l'inflammation s'accompagne de l'immobilisation relative et spontanée de l'articulation. Or, l'absence de mouvement à elle seule engendre une rétraction capsulaire et une perte d'amplitude articulaire.

La limitation spontanée des amplitudes articulaires, liée à la douleur et à l'inflammation induit une diminution de la course des muscles agonistes et antagonistes, elle-même responsable d'une rétraction musculaire. Les fibres musculaires voient leur diamètre diminuer, le nombre des fibres rapides diminue.

Les deux composantes de la raideur

Il existe :

- *Une composante variable, liée à la douleur, à l'inflammation, à l'œdème, voire à la contracture musculaire réflexe. Présentant des variations journalières elle est accessible aux médicaments anti-inflammatoires.
- *Une composante constante, liée aux rétractions fibreuses capsulo-ligamentaires et aux limitations de la longueur des corps musculaires. Elle ne peut être améliorée que par des moyens physiques et de façon progressive.

Conséquences sur le traitement

Pendant les poussées

L'immobilisation est préférable à l'entretien de l'inflammation par la mobilisation. Une mise au repos de 4 semaines n'entraîne qu'une perte d'amplitude modérée, totalement réversible en deux semaines.

La perte de force musculaire liée à l'immobilisation est d'environ 5% par jour lors de la première semaine d'immobilisation. Elle peut-être évitée par un entretien musculaire isométrique avec peu de résistance (20% de la force maximale).

En dehors des poussées

La prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens limite l'apparition de la douleur et peut être une aide pour la mobilisation.

Toute mobilisation induisant une douleur doit donc être à proscrire. La règle de la non-douleur est un impératif absolu.

Il existe un horaire préférentiel de traitement, à distance du début ou de la fin de la journée.



Il existe différents modes d'application ; le risque d'avoir un effet secondaire digestif n'a rien à voir avec son mode d'administration. L'efficacité et la dangerosité sont les mêmes, seule la rapidité d'action diffère (de quelques heures...). Le risque digestif est majoré par le stress, la prise d'alcool ou de tabac.

Il ne semble pas justifié à l'heure actuelle de poursuivre un traitement AINS en dehors des poussées douloureuses. Il existe aussi des risques d'aggraver un asthme, une HTA, de provoquer des accidents allergiques (éruptions,).

Injection intra-articulaire :

Elle a été abandonnée du fait qu'elle était très douloureuse.

Injection intra-veineuse :

Elle a une plus grande rapidité d'action et les AINS sont très bien absorbés dans le tube digestif.

Injection intra-musculaire :

Il y a des risques d'infection ou d'intolérance locale (nécrose musculaire après injection d'AINS).

Administration percutanée :

Elle ne semble pas toxique. Son efficacité est donnée au conditionnel... il est recommandé de faire au moins 3 applications par jour, en faisant bien pénétrer le produit.

Voie médicamenteuse :

Les AINS ont des durées d'actions variables. L'administration est donc fonction du médicament. Il est recommandé de le prendre avec un grand verre d'eau, au milieu d'un repas. En cas de douleur nocturne ou le matin au réveil, il faut le prendre debout ou assis avec un grand verre d'eau ou de lait. Sa prise en position couchée fait courir le risque d'un comprimé bloqué entre bouche et estomac.

Les autres médicaments

Aspirine

A petites doses (< 300 mg/J), elle fluidifie le sang (empêche l'agrégation plaquettaire). A doses moyennes (entre 500 et 2000 mg/J), elle est antalgique. A fortes doses (> 2000 mg/J) elle devient anti-inflammatoire.

Cortisone

Elle n'est pas efficace sur les manifestations axiales de la PSR sans que l'on ne sache trop pourquoi. Elle est utile et non toxique en infiltrations à condition de ne pas les répéter plus de 2 à 3 fois par an.

Méthotrexate⁵

Le méthotrexate (abréviation : MTX ; anciennement : améthoptérine) est un agent de la classe des antimétabolites, utilisé dans le traitement de certains cancers et dans les maladies auto-immunes (source Wikipedia)

Utilisé dans la PR, il a de ce fait été proposé pour la PSR.

3 études (116 patients) ont été retenues par la revue Cochrane. Comparé à un autre médicament (naproxen) et à un placebo, sur 12 mois ou 24 semaines, elles ne montrent aucune différence statistiquement significative pour ce qui est des déficiences physiques, de la douleur, de la mobilité rachidienne des modifications radiologiques. Une seule étude montre une différence statistique comparée à un placebo lorsque l'évaluateur combine à la raideur matinale les différents indices (Bath ankylosing spondylitis disease activity index, Bath ankylosing spondylitis functional index), mais cela n'est pas suffisant pour apporter suffisamment de preuves pour affirmer que ce médicament soit utile dans la PSR.

Il n'y aurait pas d'effets secondaires sérieux, mais il n'y a pas assez de preuves pour en être certain. Des effets annexes peuvent être retrouvés à type de nausées, douleurs gastriques, vomissements, diarrhée, maux de tête, sécheresse buccale, modification de la fonction hépatique, perte de cheveux, infections modérées.

Salazopyrine (Sulfasalazine)⁶

Ce médicament appartient à la famille des sulfamides et des salicylés. Il a une action anti-inflammatoire sur la muqueuse intestinale. Il peut être administré chez les patients ne supportant pas les AINS, en 2° intention.

12 études ont été sélectionnées par la Revue Cochrane ; cumulées, elles révèlent que le médicament améliore la VS et la raideur matinale comparativement au placebo. Elle ne joue pas sur la douleur la mobilité rachidienne, les enthésites, la fonction. Il existe des effets secondaires mineurs, rarement importants.

Anti-TNF α

Nouvelle classe de traitement de fond qui lutte contre l'inflammation, la douleur, l'enraidissement et la fatigue en agissant sur le système immunitaire. Initialement prescrit à l'hôpital, ce traitement est renouvelé par le rhumatologue. Sa prescription est réservée à certaines formes de spondyloarthrites sévères et qui ne répondent pas aux traitements anti-inflammatoires courants (source HAS).

Validité des bilans :

Il existe une haute fiabilité inter-examineurs mais une relation pauvre avec le ressenti du patient⁷.

⁵ Methotrexate for ankylosing spondylitis. Junmin Chen, Chao Liu, Junfang Lin. January 2009. The Cochrane Reviews

⁶ Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. Junmin Chen, Chao Liu. January 2009. The Cochrane Reviews

⁷ Moncur C; Cannon GW; Shaw M; Willardson D; Clegg DO. Inter-observer reliability of the Spondylitis Functional Index Instrument for assessing spondylarthropathies. Arthritis Care Res, 9(3):182-8 1996 Jun

La comparaison entre les mobilités cliniques et radiologiques du rachis cervical de patients porteurs de PSR montre une haute corrélation (même pour des mesures cliniques du type occiput–mur ou tragus–mur...), à l'exception de la mesure menton–sternum⁸.

Traitements

Principes

Il s'agit de lutter contre la douleur, l'enraidissement, favoriser et encourager l'éducation gymnique, tout en suivant le patient avec des bilans répétitifs.

Action contre la douleur

Les douleurs en barre matinales s'estompent grâce à la prise d'AINS, seul traitement efficace.

Massage et applications de chaleur

Longtemps contre-indiqués, la chaleur favorisant l'inflammation. Cela reste comme toujours bien apprécié des patients...

Il est possible (étude randomisée mais avec peu de patients) que l'application de packs de paraffine sur le rachis de patients porteurs de PSR entraîne une activation de l'inflammation, ce qui n'est pas le cas de l'application de froid⁹.

Il n'y a aucun intérêt de rechercher les points douloureux (sacro–iliaques, costo–vertébraux, ...) et de les traiter par frictions et ponçage, sauf si l'on ne veut plus du patient.

Le froid

La cryothérapie entraîne :

- *Une vasoconstriction locale, ce qui bloque l'action des substances vaso–dilatatrices.
- *Un ralentissement des métabolismes tissulaires
- *Une analgésie par inhibition de la conduction des fibres nociceptives.

Il faut que la température de la peau descende en deçà de 15 degrés. Elle peut–être utilisée plusieurs fois par jour, pendant une durée de 20 mn.

Il est difficile d'en placer sur le rachis du patient, mais ce peut être utile sur les inflammations des articulations périphériques.

8 Viitanen JV; Kokko ML; Heikkilä S; Kautiainen H. Neck mobility assessment in ankylosing spondylitis: a clinical study of nine measurements including new tape methods for cervical rotation and lateral flexion. Br J Rheumatol, 37(4):377–81 1998 Apr

9 Samborski W; Sobieska M; Mackiewicz T; Stratz T; Mennet M; Müller W. Can thermal therapy of ankylosing spondylitis induce an activation of the disease? Z Rheumatol, 51(3):127–31 1992 May–Jun

Elle présente les meilleures améliorations à court terme, augmente significativement les rotations cervicales¹⁰.

Traitement articulaire

Traitement des dysharmonies segmentaires



Par :

- *Massage localisé sur le segment présentant la dysharmonie
- *Levée de tension des muscles et structures limitant passivement la mobilité
- *Recrutement localisé des muscles permettant cette mobilité (antagonistes)



Nota-beunets

La manipulation vertébrale n'est pas légalement de la compétence du kinésithérapeute, est considérée comme contre-indiquée pour ce type d'affection, a très mauvaise presse auprès du médecin prescripteur qui hésitera dorénavant à vous confier ce type de patient...



Etirements



Etirement des grands dorsaux

Etirement des ischio-jambiers

Debout, pied sur un tabouret

Couché, les pieds portant sur un mur, les fesses les plus rapprochées possibles.

Etirement des grands pectoraux

Etirement des scalènes

Etirement des psoas

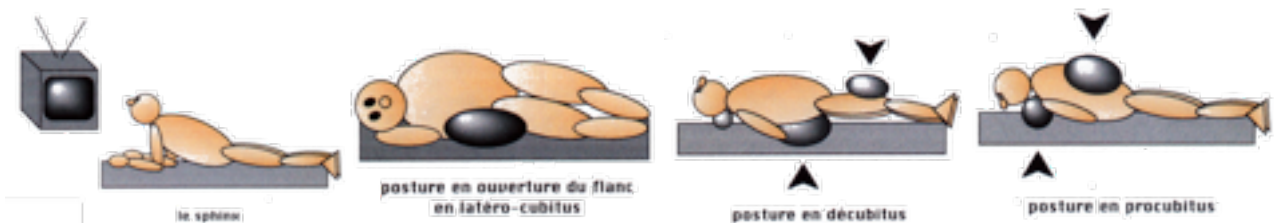
Décubitus en bord de table.

10 Helliwell P. Abbott C. A randomised trial of three different physiotherapy regimes in ankylosing spondylitis. Physiotherapy, Feb 1996, vol 82, n°2



Postures

Postures



Posture en décubitus membres supérieurs en élévation maximale



Les jambes sont allongées pour provoquer une extension non-douloureuse de la colonne lombaire. Le patient, membres supérieurs en élévation, une haltère dans chaque main, doit ressentir une tension dans les pectoraux.

Prière mahométane

Le sujet est assis sur ses talons pour enrouler les lombaires et s'étire vers l'avant en creusant la région dorsale.

Dérivés du Klapp

- *Action sur les dorsales moyenne en quadrupédie
- *Action sur la charnière dorso-lombaire en semi-redressé
- *Action sur les lombaires en redressé.

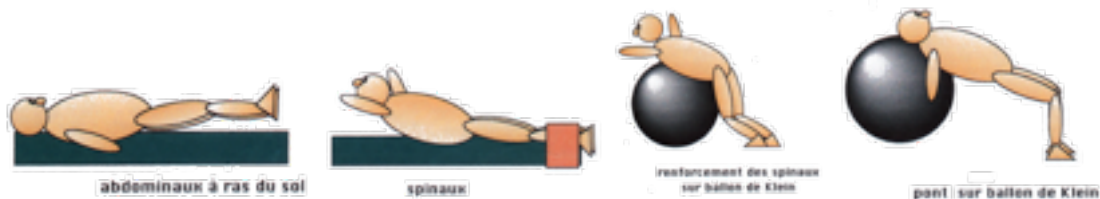
Califourchon avec bâton

Pour le travail de l'inflexion latérale, les bras en arrière du bâton pour réduire l'enroulement.

Demander au sujet de mimer l'étonnement, l'interrogation, pour réduire la projection de la tête en avant.

Tonification musculaire

C'est une gymnastique en lordose. Historiquement, elle apparaissait fondamentalement différente de la gymnastique proposée au lombalgique, pour lequel une position intermédiaire voire en cyphose pouvait être habituellement conseillée. Aujourd'hui, il est recommandé de travailler les spinaux en lordose même chez le lombalgique, mais il reste contre-indiqué de pratiquer des abdominaux au ras du sol de part les contraintes en compression lombale engendrées par les psoas.



Des spinaux

Pont bustal ou général, tenu le plus longtemps possible sans douleurs (montre en main)

Des abdominaux

Décoller légèrement les membres inférieurs tendus du sol, maintien de la position 6 secondes et repos sans douleurs.

La respiration

Appareillage



Le corset de Swaim (appelé aussi corset du Vésinet) est réalisé avec une culotte plâtrée avec un appui antérieur sternal voire mentonnier. Réservé aux cyphoses importantes avec un potentiel évolutif élevé, il permet de les corriger par le jeu respiratoire. Il est conseillé pendant deux mois, si la kinésithérapie ne suffit plus pour corriger la cyphose. Il est très contraignant, souvent mal supporté.

Exercices respiratoires

Utilisation d'une sangle élastique offrant une résistance à l'inspiration et augmentant le mouvement expiratoire.



Hygiène de vie

Apprentissage et répétition quotidienne des postures et exercices

Vœu pieux. Faire apprendre les exercices au patient et lui confier une feuille les

résumant.

Fiche patient

Vous devez réaliser QUOTIDIENNEMENT ces exercices pour éviter de vous enraidir DEFINITIVEMENT.

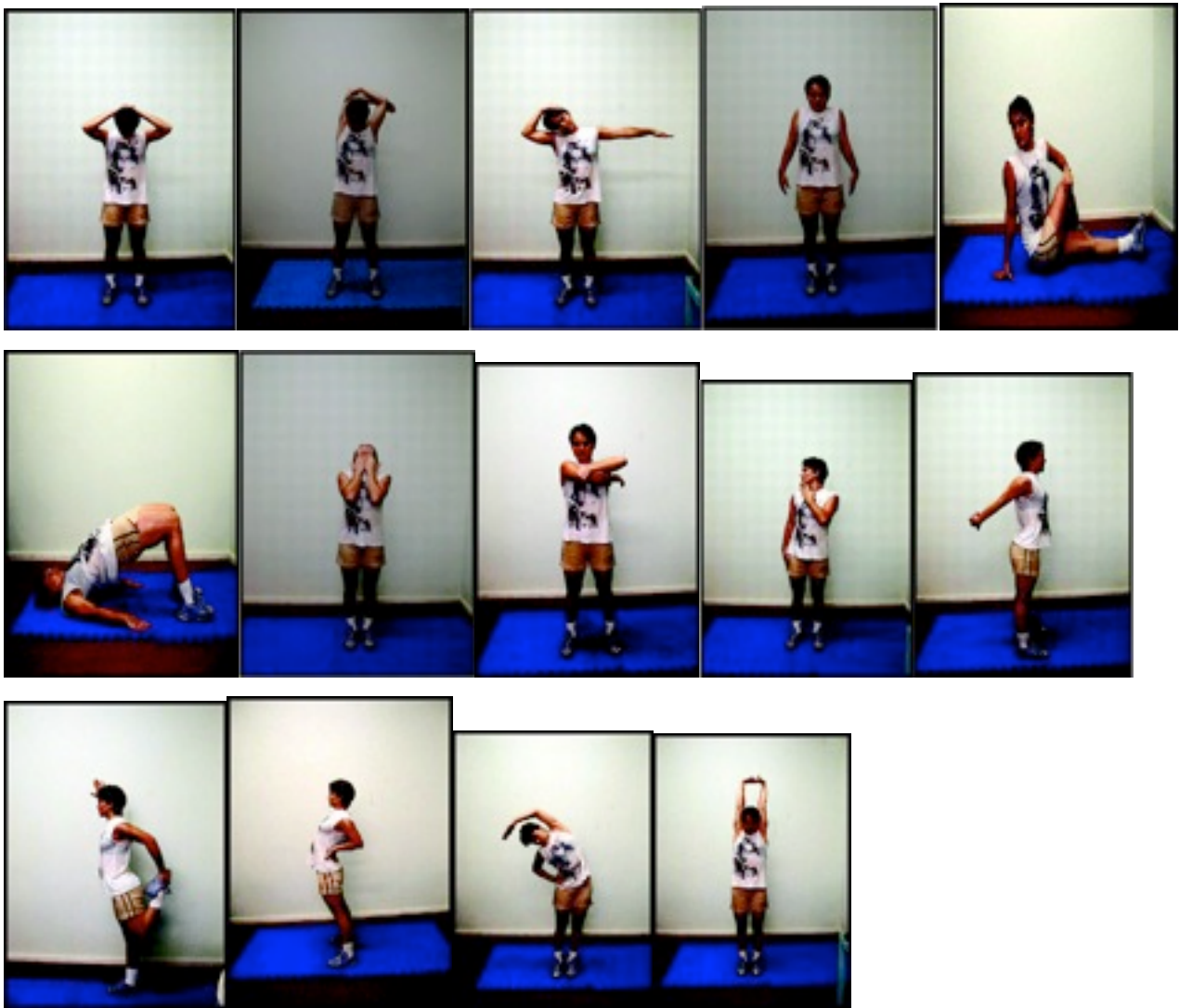
positions	EXERCICES	répétitions
Couché sur le dos	Les jambes en crochet les pieds posés au sol, écraser les lombaires et les cervicales sur le sol, puis relâchez-vous	5
	Dans la même position des jambes, décollez les fesses de manière à les aligner avec les genoux et les épaules	5
	Les jambes allongées, appuyez avec la tête, les épaules, les bras et les talons sur le sol de manière à creuser votre dos.	5
	Glissez la main droite le long de la cuisse pour aller chercher le genou droit. Répétez avec la main gauche et le genou gauche.	3 chaque côté
	Les jambes en crochet, amenez les genoux le plus vite possible vers la droite, puis vers la gauche.	3 chaque côté
Couché sur le ventre	Levez la jambe gauche du lit vers l'arrière, genou tendu. Faites pareil pour la jambe droite.	3 chaque côté
	Les mains dans le dos, décollez la tête et les épaules.	3
	Les mains dans le dos, décollez le coude droit et la jambe gauche, puis le coude gauche et la jambe droite.	3 chaque côté
Debout face à la glace	Prenez une inspiration profonde en gonflant le bas des côtes, puis soufflez.	5
A quatre pattes	Assis talons les mains au contact du sol, venez toucher le sol de la tête en pliant vos coudes et revenez à la position de départ. (Pluto sniff)	5
	Arrondissez le dos comme un chat, en rentrant la tête, puis étirez-vous en poussant la tête vers le haut et les fesses vers le bas.	5
	Etirez le bras gauche devant vous et regardez la main gauche, pendant que vous tendez la jambe droite en arrière, genou tendu. Répétez avec le bras droit et la jambe gauche.	3 chaque côté
Assis sur une chaise	Les mains sur les hanches, tournez le tronc et la tête vers la droite le plus rapidement possible. Recommencez à gauche	3 chaque côté
	Les mains sur les hanches, penchez-vous avec la tête et le tronc vers la gauche. Recommencez à droite	3 chaque côté
	Les mains sur les épaules, faites des ronds avec les coudes en inspirant lorsque les coudes sont vers le haut et l'avant, en expirant lorsqu'ils sont vers le bas et l'arrière	5

Exemples d'exercices proposés¹¹

15 patients ont eu un traitement médical + kinésithérapie comparé à 15 patients ayant eu un traitement médical isolé, à raison de 3 séances par semaine pendant 3 mois. Ce traitement kinésithérapique permet une amélioration de la mobilité rachidienne, des capacités fonctionnelles, de l'expansion thoracique.



¹¹ Gonca Ince, Tunay Sarpel, Behice Durgun, and Seref Erdogan. Effects of a Multimodal Exercise Program for People With Ankylosing Spondylitis. Physical Therapy 2006 86: 924-935



Conseils sportifs

- *Ne pas faire de compétition, déconseiller les sports exposant à traumatismes ou micro-traumatismes, au froid, à l'humidité.
- *Le dos crawlé est conseillé mais jamais pratiqué... La brasse est déconseillée car cyphosante ??? Pourtant nager la brasse tête hors de l'eau décypnose le dos et entraîne un recul de la tête, la balnéothérapie et améliore notablement les rotations du cou. Nager s'il en a envie, ne pas faire de vélo même s'il en a envie (cyphosant).
- *Volley-ball.
- *S'asseoir sur un tabouret haut, à califourchon.

Diététique

La supplémentation en acides gras poly-insaturés (huiles de tournesol, olive, noix, soja, onagre, bourrache, poissons gras comme saumon, flétan, sardine, harengs) pourrait avoir une action anti-inflammatoire. Cette action n'est pas démontrée dans la PSR.

Validité du traitement kinésithérapique

Une étude Cochrane

11 études regroupant 763 patients ont été incluses dans cette méta-analyse Cochrane¹².

Des exercices en auto-traitement

4 études comparent des exercices à domicile ou des exercices supervisés par un kinésithérapeute à une abstention thérapeutique et montrent un effet positif sur la mobilité rachidienne.

3 études comparent des exercices à domicile à des exercices supervisés par un kinésithérapeute et montrent un effet positif sur la mobilité rachidienne dans le second cas.

De la balnéothérapie

Dans une étude, 3 semaines de balnéothérapie (spa-exercise therapy) suivies de 37 semaines de kinésithérapie de groupe (1 fois par semaine) a été comparée à ce dernier traitement isolé. Il y avait des preuves de qualité modérée en faveur du traitement aquatique sur la douleur, les déficits fonctionnels, l'appréciation globale du patient de son traitement.

Une étude a comparé de la balnéothérapie quotidienne et un programme d'exercice à ce dernier traitement isolé, et n'a pas montré de différences significatives.

Les conclusions des auteurs Cochrane :

Les résultats suggèrent qu'un traitement d'exercices à domicile ou supervisés par un kinésithérapeute sont préférables à une absence d'intervention ; qu'un traitement sous l'oeil du kinésithérapeute est plus efficace qu'un traitement par auto-exercices ; qu'un traitement combinant des exercices en balnéothérapie suivis d'un prise en charge collective était de meilleure efficacité que cette dernière prise isolément.

La kinésithérapie et les exercices physiques sont une aide pour les patients PSR.

Autres études, plus anciennes

*Il est préférable de faire de la kinésithérapie associée à l'éducation du patient PSR plutôt que de ne rien faire du tout. Au bout de 4 mois, la distance doigts-sol est diminuée, la fonction augmentée¹³.

*L'auto-traitement par éducation du patient entraîne une amélioration en terme de bien-être physique et psychique au bout de trois semaines, amélioration soutenue jusqu'à six mois¹⁴.

*La tendance à l'amélioration est plus nette chez les femmes que chez les hommes. Ce n'est pas le nombre de séances qui augmente le résultat. Les jeunes patients sont plus facilement améliorés que les patients âgés. L'âge du début de la maladie a peu d'effet ¹⁵.

12 Hanne Dagfinrud, Kåre Birger Hagen, Tore K Kvien. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. April 2009. The Cochrane Reviews. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002822.pub3/abstract>

13 Kraag G; Stokes B; Groh J; Helewa A; Goldsmith C. The effects of comprehensive home physiotherapy and supervision on patients with ankylosing spondylitis : a randomized controlled trial. J Rheumatol, 17(2):228-33 1990 Feb

14 Barlow JH; Barefoot J. Group education for people with arthritis. Patient Educ Couns, 27(3):257-67 1996 Apr

15 Band DA; Jones SD. Which patients with ankylosing spondylitis derive most benefit from an inpatient management program ? J Rheumatol, 24(12):2381-4 1997 Dec

*Trois semaines de kinésithérapie intensive améliorent l'expansion thoracique, la distance doigts-sol, la hauteur du sujet, la flexion lombaire et la rotation cervicale. Des améliorations plus légères mais mesurables s'observent pour des traitements à plus long terme¹⁶. 3 semaines de traitements tous les ans est recommandé. Faire une "cure" de kinésithérapie permettra de juger de l'évolution au fil des années.

*Ils sont mieux après 3 semaines de thalassothérapie que s'ils restent chez eux avec un traitement standard¹⁷

*Une simple information sous forme de livret éducatif et video d'exercices ne suffit pas ¹⁸

*L'évolution naturelle de la PSR semble être prévenue par une rééducation intensive, au moins sur le court terme ¹⁹

*Une kinésithérapie de groupe maintient voire améliore l'état des PSR comparativement à une population témoin ²⁰

Rééducation posturale globale et PSR

N= 45 patients répartis en 2 groupes, l'un en rééducation conventionnelle, l'autre avec renforcement et étirement de chaînes musculaires postérieures et antérieures. Durant 4 mois, 15 séances de rééducation d'une heure ont été réalisées, à raison d'une séance par semaine. Il y a une amélioration des 2 groupes, avec un avantage en faveur de la méthode RPG pour la plupart des mesures²¹.

Devenir socioprofessionnel

*15% de patients sont déclarés invalides, 18% des patients bénéficient de reclassement professionnel.

Associations de malades (source HAS)

Action contre les spondylarthropathies France (ACS-FRANCE) 12 ter, place Garibaldi 06300 Nice Tél. : 0 820 066 350 (Numéro indigo) Site internet : www.acs-france.org Courriel : info@acs-france.org

Fédération nationale des associations de lutte contre les conséquences de la Spondylarthrite ankylosante et des spondylarthropathies (ACSAC-FRANCE) 19 rue Park al Leur 29700 Plomelin Site internet : acsac.france.free.fr

Association France Spondylarthrites (AFS) 50 bis, rue des Armuriers 19150 Laguenne

Tél. : 05 55 21 61 49 Site internet : www.spondylarthrite.org Courriel : info@spondylarthrite.org

16 Roberts WN; Larson MG. Sensitivity of anthropometric techniques for clinical trials in ankylosing spondylitis. Br J Rheumatol, 28(1):40-5 1989 Feb

17 Van Tubergen A, Boonen A. Cost effectiveness of combined spa-exercise therapy in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. Arthritis Rheum. 2002 Oct 15;47(5):459-67.

18 Sweeney S, Taylor G, Calin A. The effect of a home based exercise intervention package on outcome in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. J Rheumatol. 2002 Apr;29(4):763-6.

19 Viitanen JV, Heikkilä S. Functional changes in patients with spondylarthropathy. A controlled trial of the effects of short-term rehabilitation and 3-year follow-up. Rheumatol Int. 2001 Jul;20(5):211-4.

20 Hidding A, van der Linden S. Continuation of group physical therapy is necessary in ankylosing spondylitis: results of a randomized controlled trial. Arthritis Care Res. 1994 Jun;7(2):90-6.

21 Fernandez-de-las-Penas C, Alonso-Blanco C, Morales-Cabezas M, Miangolarra-Page JC : Two exercise interventions for the management of patients with ankylosing spondylitis : A randomized controlled trial. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2005 ; 84 : pages 407-19

Association de Lutte contre la Spondylarthrite ankylosante et les Spondylarthropathies Associées (ALUSSA)

La Cité des associations – B.L. 325 93, La Canebière 13233 Marseille Cedex 20 Tél : 04 91 40 54 48

Site internet : www.alussa.org Courriel : alussa@alussa.org

Bibliographie

Solau, Gervais, Lamarque, Hardouin – Rééducation des pelvispondylites rhumatismales EMC 26-291-A-10

Spondylarthrite ankylosante – Aspects cliniques et thérapeutiques. Ed SPECIA

Simon, Hérissou, Rodineau – Pathologie des insertions et enthésopathies Masson 1991

E.Viel – Application pratique du froid. Annales de Kinésithérapie 1985 pages 107-108

A.Schiano – Raideurs articulaires au cours des arthropathies – La raideur articulaire Editions Masson 1995

W.Esselinckx – Physiopathologie et pratique du traitement physique des arthropathies – Annales de Kinésithérapie 1984 t11 p263-269

P.Minaire – Pathologie de l'immobilité – Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 1986 tome 28

P.Gouilly – Rééducation en rhumatologie. Pathologies inflammatoires. Dossiers de kinésithérapie n° 15.

P.Marie – Sur la spondylarthrite rhyzomélisque – 1898

B.Amor : Comment je traite la spondylarthrite ankylosante – La Revue du Praticien – tome 9 n° 319 – 1995

Viitanen J, Suni : Management principles of physiotherapy in ankylosing spondylitis – Which treatments are effective ?– Physiotherapy, 81(6), 322-329 – 1995

Dougados M. Spondylarthrite en 100 questions. AP-HP.

Recommandations HAS sur la spondylarthrite

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1063190/spondylarthrite

