



Le

# Rhumatologue

JUILLET  
2010

Association  
des médecins  
rhumatologues  
du Québec

08

## LES SPONDYLARTHROPATHIES (SPONDYLARTHRISES) : APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

**MARK HAZELTINE, MD, FRCPC**  
CENTRE DE RHUMATOLOGIE DE LAVAL

**JEAN-LUC TREMBLAY, MD, FRCPC**  
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES

### INTRODUCTION

Le terme spondylarthropathie regroupe plusieurs entités distinctes incluant la spondylite ankylosante, l'arthrite associée aux maladies inflammatoires intestinales, l'arthrite psoriasique et l'arthrite réactive (Tableau 1). Elles sont caractérisées par leur association à des manifestations cliniques communes :

- lombalgie inflammatoire et sacro-iliite;
- arthrite affectant surtout les grosses articulations (hanches, épaules, genoux, chevilles);
- présence de douleurs enthésopathiques;
- prévalence accrue d'uvéïtes;
- association prépondérante à l'antigène HLA-B27.

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Après avoir lu ce texte, le médecin sera en mesure de :

- 1) connaître la prévalence des spondylarthropathies;
- 2) savoir distinguer les différentes formes de spondylarthropathies;
- 3) distinguer la lombalgie inflammatoire de la lombalgie mécanique;
- 4) savoir quand suspecter la présence d'une spondylarthropathie et comment l'investiguer;
- 5) connaître les grandes lignes thérapeutiques et l'importance de la référence en rhumatologie.

Les différentes formes de spondylarthropathies

TABLEAU I

	Spondylite ankylosante	Arthrite réactive	Arthrite psoriasique	Arthrite associée aux maladies inflammatoires intestinales (MII)
<b>Âge habituel de survenue de la maladie</b>	20-30 ans	20-40 ans	35-55 ans	20-30 ans
<b>Ratio hommes / femmes</b>	3 : 1	Prédominance mâle	1 : 1	1 : 1
<b>Mode de présentation usuel</b>	Progressif	Aigu, suite à une infection à chlamydiae ou une infection à germe entérique (Salmonelle, Shigelle, etc.)	Variable	Progressif
<b>Sacro-iliite (% d'atteinte des sacro-iliaques dans la maladie)</b>	Atteinte symétrique (> 95 %)	Atteinte asymétrique (60 %)	Atteinte asymétrique (10-25 %)	Atteinte symétrique (5-15 % des cas de MII ont une sacro-iliite)
<b>Arthrite périphérique</b>	25-50 %	90 %	95 %	10-20 %
<b>Atteinte oculaire</b>	25-30 %	Fréquente	Occasionnelle	Occasionnelle
<b>Atteinte cutanée ou unguéale</b>	Aucune	Fréquente	100 % (mais peut suivre la survenue de l'arthrite)	Rare
<b>Association au B27</b>	95 %	65-75 %	10-25 %	50 %
<b>Pronostic</b>	Évolution chronique et progressive.	La majorité des cas seront en rémission à 1 an mais plusieurs peuvent récidiver ultérieurement.	Évolution chronique et progressive.	L'arthrite périphérique suit habituellement l'évolution de la maladie intestinale. L'atteinte de la colonne évolue comme la spondylite ankylosante.
<b>Traitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS</li> <li>• MTX ou SSZ si arthrite périphérique</li> <li>• L'atteinte axiale répond aux Anti-TNF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS</li> <li>• Agents de rémission rarement requis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS</li> <li>• MTX, SSZ, sels d'or, leflunomide (surtout si arthrite périphérique)</li> <li>• Anti-TNF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINS (Attention : peut exacerber la maladie intestinale, un avis préalable du gastro-entérologue est suggéré)</li> <li>• Le traitement de la maladie intestinale résout habituellement l'arthrite</li> <li>• L'atteinte axiale répond aux Anti-TNF</li> </ul>

La spondylite ankylosante affecte caractéristiquement les jeunes adultes entre 20 et 30 ans. Sa prévalence varie de 0 à 1.4 % selon les groupes ethniques. Elle augmente à 5 à 6 % chez les patients porteurs de l'antigène HLA B27. Bien que longtemps considéré une maladie à prédominance masculine, il est maintenant bien reconnu que le ratio homme : femme est de 2 à 3 : 1. Le diagnostic n'est pas toujours facile à faire, surtout dans la forme précoce (avant l'apparition de changements radiologiques). Le présent article a pour objectif de permettre au médecin de famille d'identifier les différentes formes de spondylarthropathies et de réaliser l'importance de référer ces patients en spécialité au moment opportun.

## LES LOMBALGIES : COMMENT S'Y RECONNAÎTRE ?

On estime que 50 % à 90 % de la population adulte est à risque de souffrir d'une lombalgie au cours de sa vie<sup>1</sup>. Il s'agit d'une des causes les plus fréquentes de consultation médicale<sup>2</sup> et la première source de prestations liées à l'incapacité de travailler. Les causes de lombalgies sont relativement nombreuses (Tableau 2). Le but de l'évaluation médicale est d'identifier l'étiologie exacte de la lombalgie et de distinguer rapidement les douleurs axiales communes des lombalgies pouvant être traitées par des modalités spécifiques.

Un questionnaire ciblé sur la recherche de signaux d'alarmes (Tableau 3) permet d'orienter rapidement le diagnostic différentiel. Parmi les éléments-clés à rechercher, il faut déterminer si la douleur est d'origine **mécanique** ou **inflammatoire** (Tableau 4) :

- Les **douleurs inflammatoires** ont tendance à réveiller le patient ou à prédominer en fin de nuit. Elles sont accompagnées d'une raideur matinale qui persiste plus d'une heure. Elles tendent à s'atténuer avec l'activité et ne sont pas soulagées par le repos.
- Les **douleurs mécaniques** ont plutôt tendance à apparaître lors d'activités ou à la fin de la journée. Elles réveillent rarement le patient endormi, mais parfois, les changements de position pendant le sommeil sont douloureux. La raideur suivant l'immobilisation est de brève durée et s'atténue rapidement avec les premiers gestes ou les premiers pas.

### Diagnostiques différentiels de la lombalgie

TABLEAU 2

#### Lombalgie mécanique

Lombalgie idiopathique  
Processus dégénératifs discaux, facettaires, ou liés à l'âge  
Hernie discale  
Sténose spinale  
Écrasement vertébral ostéoporotique  
Fracture traumatique  
Malformation congénitale  
Spondylolyse  
Douleur discogénique

#### Lombalgies non mécaniques

##### Spondylarthropathie

##### Néoplasie :

Myélome  
Métastase  
Lymphome  
Leucémie  
Tumeur rétropéritonéale  
Tumeur vertébrale primaire

##### Infections :

Ostéomyélite  
Discite  
Abcès paraspinal ou épidual  
Zona

##### Autres :

Maladie de Forrester (DISH)  
Ostéocondrose  
Paget osseux  
Compression médullaire  
Syringomyélie

##### Pathologie viscérale

Néphrolithiase, pyélonéphrite, abcès rénal  
Anévrisme de l'aorte abdominale  
Pancréatite, cholécystite, ulcus peptique  
Prostatite  
Endométriose  
Infection génitale haute chronique

**PERLE CLINIQUE :**

Bien que la distinction des symptômes mécaniques ou inflammatoires soit utile sur le plan clinique, il est important de se rappeler que cette classification des douleurs axiales est imparfaite : certains patients avec une spondylite documentée ont une sémiologie mécanique et, à l'inverse, quelques patients avec une pathologie mécanique auront une sémiologie inflammatoire. Les femmes peuvent particulièrement se présenter avec une sémiologie atypique. Conséquemment, le diagnostic différentiel de la lombalgie doit être évalué à la lumière des autres éléments recueillis à l'histoire et à l'examen

**Signaux d'alarme qui nécessitent de compléter l'investigation avant de conclure à une lombalgie mécanique commune**

**TABLEAU 3**

Signal d'alarme	Diagnostic différentiel à considérer
Âge de plus de 50 ans	Fracture ostéoporotique ? Métastases ?
Douleur récurrente d'allure inflammatoire	Spondylarthropathie ? Métastase ?
Fièvre, utilisation de drogues intraveineuses, immunosuppression	Discite ?
Traumatisme majeur ou ostéoporose connue	Fracture ?
Antécédents de néoplasie, perte de poids inexpliquée	Métastases ? Processus infectieux ?
Parésie, paresthésies	Atteinte radiculaire ?
Incontinence urinaire, anesthésie en selle, parésie des membres inférieurs	Syndrome de la queue de cheval ?
Symptômes digestifs, urinaires, pulmonaires	Douleur viscérale irradiant au dos ?

**QUELS TYPES D'ARTHRITES AFFECTENT PARTICULIÈREMENT LE RACHIS ?**

Très peu d'arthropathies inflammatoires affectent spécifiquement le rachis. Le principal diagnostic à envisager chez un jeune adulte qui présente une lombalgie inflammatoire est le groupe des spondylarthropathies (Figure 1). Elles occasionnent des lombalgies inflammatoires et sont surtout associées à la présence d'enthésites, d'oligoarthrite asymétrique et/ou de dactylites.

**LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE EST-ELLE FRÉQUENTE ?**

On estime que parmi tous les patients qui consultent un médecin de famille pour un problème de lombalgie évoluant depuis plus de 3 mois, environ 5 % auraient une spondylite ankylosante ou une autre forme de spondylarthropathie<sup>3</sup>. Il est important de noter que les symptômes **débutent généralement dans la vingtaine** mais des formes atypiques peuvent apparaître à tout âge. La spondylite ankylosante est fréquemment associée à une histoire familiale positive : la prévalence augmente à 10-20 % si un membre de la famille est atteint.

**QUELLE EST L'HISTOIRE CLINIQUE HABITUELLE DE LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE ?**

La présentation classique d'une spondylite est une histoire de lombalgie chronique chez le jeune adulte. Les manifestations cliniques habituelles de la maladie comprennent :

- **La sacro-iliite** : elle est virtuellement toujours présente dans la spondylite ankylosante. Elle se manifeste par des douleurs ressenties au bas du dos ou à la fesse et peut parfois ressembler à une sciatalgie, à la différence qu'elle n'irradie pas en dessous du genou. Des douleurs fessières intermittentes et alternantes de gauche à droite au fil des mois devraient aussi faire considérer la possibilité de sacro-iliite.
- **La lombalgie** : contrairement aux lombalgies mécaniques communes, la lombalgie de la spondylite est généralement à caractère inflammatoire (Tableau 4). Elle apparaît souvent de manière insidieuse et intermittente. On peut la confondre avec des épisodes récurrents de lombalgie aiguë, mais le caractère inflammatoire de la douleur devrait suggérer le diagnostic. En général, elle répond bien aux AINS. Elle évolue généralement vers l'ankylose progressive du rachis et l'attitude spondylitique classique, surtout chez l'homme (Figure 2).

**Distinction des symptômes mécaniques ou inflammatoires.**

**TABLEAU 4**

Symptômes inflammatoires	Symptômes mécaniques
Douleur à prépondérance nocturne ou matinale. Elle réveille le patient à la fin de la nuit, classiquement vers les 4 heures du matin.	Douleur principalement dans la journée, prédominante en après-midi ou en soirée. La douleur nocturne, si elle est présente, est habituellement légère et surtout associée aux changements de position.
Raideur matinale <b>de plus d'une heure</b>	Absence de raideur matinale significative
La raideur s'atténue à la mobilisation ou « se réchauffe à l'exercice... »	La douleur augmente à la mobilisation
La raideur réapparaît au repos	La douleur est soulagée par le repos

- **L'arthrite** : elle est présente dans environ 50 % des cas; elle est généralement oligoarticulaire, asymétrique et elle implique les épaules, les hanches, les genoux, les poignets, les coudes ou les chevilles. Les petites articulations des mains sont rarement atteintes. Il en demeure néanmoins que la spondylite ankylosante est habituellement à prédominance axiale et que de nombreuses synovites périphériques devraient faire considérer une arthrite psoriasique ou une arthrite associée à une maladie inflammatoire intestinale.
- **Les enthésites** : elles se manifestent par des douleurs ressenties aux insertions des tendons. Évaluées isolément, elles peuvent être confondues avec une tendinose commune, mais le caractère douloureux qui leur est associé est généralement plus inflammatoire, elles sont souvent nombreuses, surviennent spontanément, durent quelques semaines et se résolvent. Les endroits où les enthésites se manifestent le plus souvent sont l'insertion du fascia plantaire, le tendon d'Achille, l'insertion du tendon rotulien, le tendon du quadriceps, la région péri-trochantérienne, la coiffe des rotateurs et les épicondyles.

**QUEL EST LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE ?**

Le diagnostic différentiel est relativement succinct : les spondylarthropathies représentent la grande majorité des cas. (Figure 3) :

- Nous avons déjà mentionné que la spondylite ankylosante est fréquemment associée à une **histoire familiale positive** : la prévalence augmente à 10-20 % si un membre de la famille est atteint.
- **L'atteinte asymétrique des grosses articulations** est caractéristique, particulièrement chez le jeune adulte.
- **L'uvéite antérieure aiguë** est une manifestation extra-articulaire fréquente des spondylarthropathies, particulièrement dans la spondylite ankylosante (40 % des cas). Elle occasionne de la douleur oculaire, de la rougeur, un larmoiement accru, une vision floue et de la photophobie.
- La présence de **psoriasis** évoque évidemment une arthrite psoriasique. Cette arthrite tend cependant à affecter davantage les articulations périphériques que dans la spondylite ankylosante. La présence de **dactylite** (gonflement fusiforme du doigt ou de l'orteil) ou l'atteinte isolée des interphalangiennes distales évoque aussi une arthrite psoriasique.
- **La présence de diarrhées** doit être recherchée avec soin afin de dépister la présence de maladie inflammatoire intestinale occulte.
- L'apparition d'une lombalgie à la suite de **relations sexuelles à risque** ou **suivant une diarrhée aiguë** évoque une arthrite réactive.

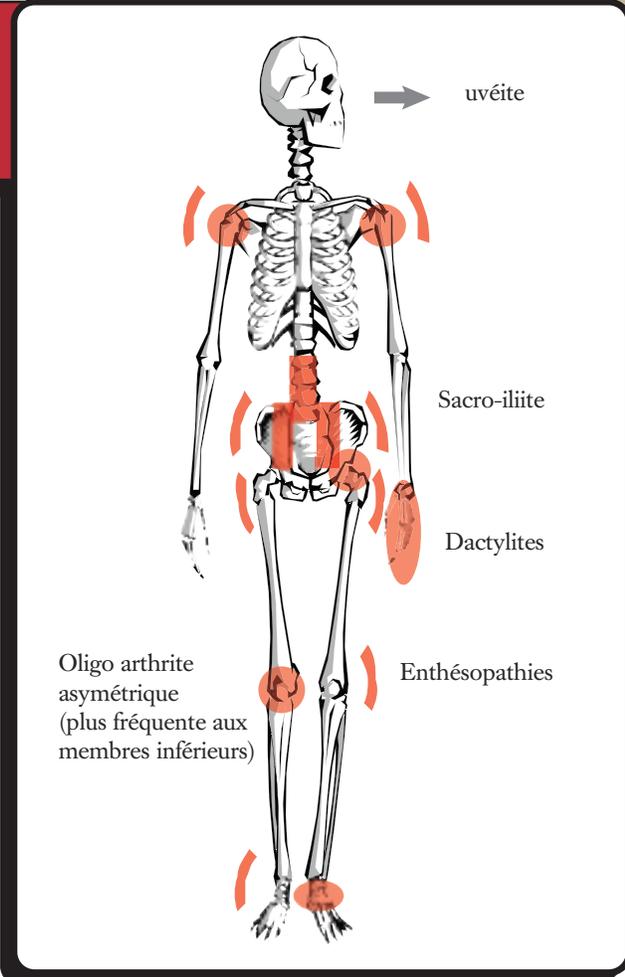
Parmi les causes beaucoup plus rares de sacro-iliites, mentionnons la sacro-iliite septique, la sarcoïdose, la maladie coeliaque et les maladies de Whipple ou de Behcet.

**PERLE CLINIQUE :**

**Une maladie fréquemment confondue avec la spondylite ankylosante est la maladie de Forrester (ou D.I.S.H.). Elle entraîne une calcification du ligament longitudinal antérieur, communément confondu avec des syndesmophytes. Contrairement à la spondylite, cette maladie affecte une population plus âgée et est souvent associée au diabète. Son traitement est similaire à celui de l'arthrose axiale symptomatique.**

**Caractéristiques cliniques des spondylarthropathies.**

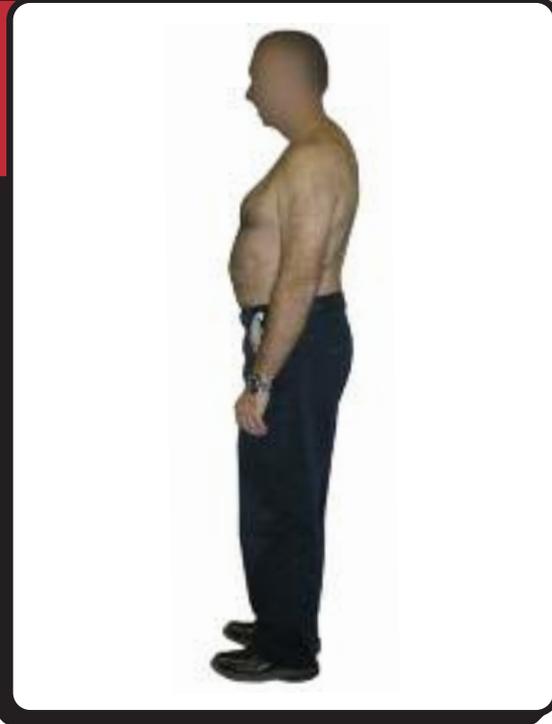
**FIGURE 1**



Ce matériel est tiré d'une conférence de Sieper faite en mai 2008.

**Attitude spondylitique classique**

**FIGURE 2**



**SI ON SUSPECTE UNE SPONDYLITE ANKYLOSANTE, QUELS SONT LES SIGNES CLINIQUES À RECHERCHER ?**

Les signes cliniques associés à la spondylite sont principalement liés à la limitation des amplitudes articulaires et à la douleur évoquée lors de la mise en tension des articulations sacro-iliaques. Le médecin peut retrouver les signes suivants :

- **L'attitude cyphotique classique** : le sujet présente une cyphose dorsale plus ou moins marquée, selon le degré d'évolution de la maladie. En cas de cyphose avancée, le sujet aura tendance à fléchir légèrement les genoux afin de ramener le rachis à la verticale (Figure 2).
- Si la cyphose est avancée, la **flèche occipitale** – distance mesurée entre le mur et l'occiput lorsque le sujet s'adosse au mur – qui est habituellement de 0 cm chez la personne normale, est accrue.
- Parmi les méthodes objectives visant à démontrer l'ankylose du rachis, les deux plus classiques sont :
  - **La mesure de l'expansion thoracique** : la circonférence thoracique est mesurée au torse (sous la poitrine chez la femme) en expiration, puis en inspiration maximale. Chez le jeune adulte, l'expansion thoracique normale est de plus de 5 cm. Elle est clairement anormale si elle est inférieure à 2,5 cm.

- **La manœuvre de Schober** évalue la flexion antérieure lombaire : l'examineur repère l'épine iliaque postéro-supérieure (fossette de venus). Il marque la peau à cette hauteur et fait une seconde marque 10 cm plus haut. Le sujet fléchit le tronc vers l'avant. On mesure alors l'espace entre les deux marques de crayon. Un résultat inférieur à 15 cm est anormal. Cette anomalie est cependant peu spécifique surtout chez la personne âgée.
- Plusieurs manœuvres visant à évaluer spécifiquement les sacro-iliaques ont été décrites. Les plus connues sont les manœuvres de Gaenslen ou de Patrick. Elles sont cependant peu spécifiques et doivent être interprétées avec prudence avant de conclure à une sacro-iliite. La description complète de ces manœuvres dépasse l'objectif de ce document mais le lecteur peut se référer au livre 'L'examen musculosquelettique' afin d'en obtenir une revue détaillée<sup>4</sup>.

**PERLE CLINIQUE :**

**Il faut retenir que l'examen du rachis est souvent normal au début de la maladie. Lorsqu'il y a limitation de la mobilité, l'atteinte axiale est souvent avancée.**

**COMMENT L'OMNIPRATICIEN PEUT-IL DÉPISTER LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE ?**

Le diagnostic de spondylite ankylosante est simple à poser si la présentation clinique est classique et que la radiographie de la région sacro-iliaque a montré une sacro-iliite. Malheureusement, ce n'est pas toujours aussi simple en clinique. Il a été démontré que la maladie évolue habituellement plusieurs années avant que le diagnostic soit posé (6-8 ans chez l'homme et 8-10 ans chez la femme). Conséquemment, le médecin doit maintenir un haut degré de suspicion clinique afin de dépister précocement la maladie. L'algorithme proposé et adapté de Rudwaleit et Sieper<sup>5</sup> aidera le clinicien à identifier le patient avec une spondylite potentielle (Figure 4).

**Le spectre clinique des spondylarthropathies**

**FIGURE 3**

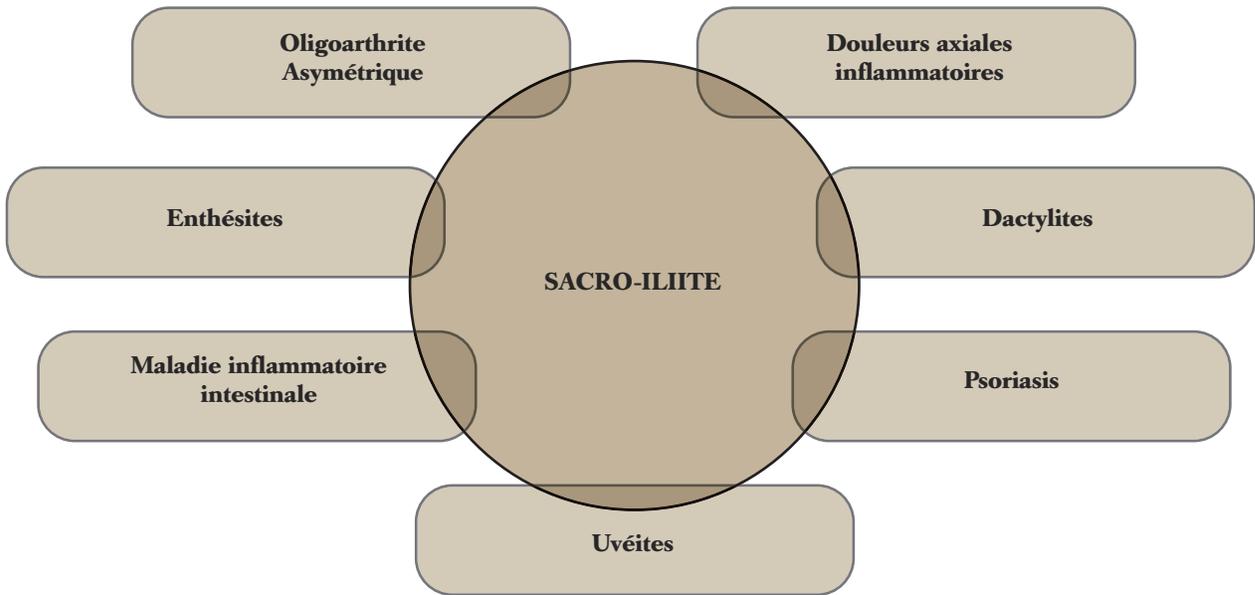
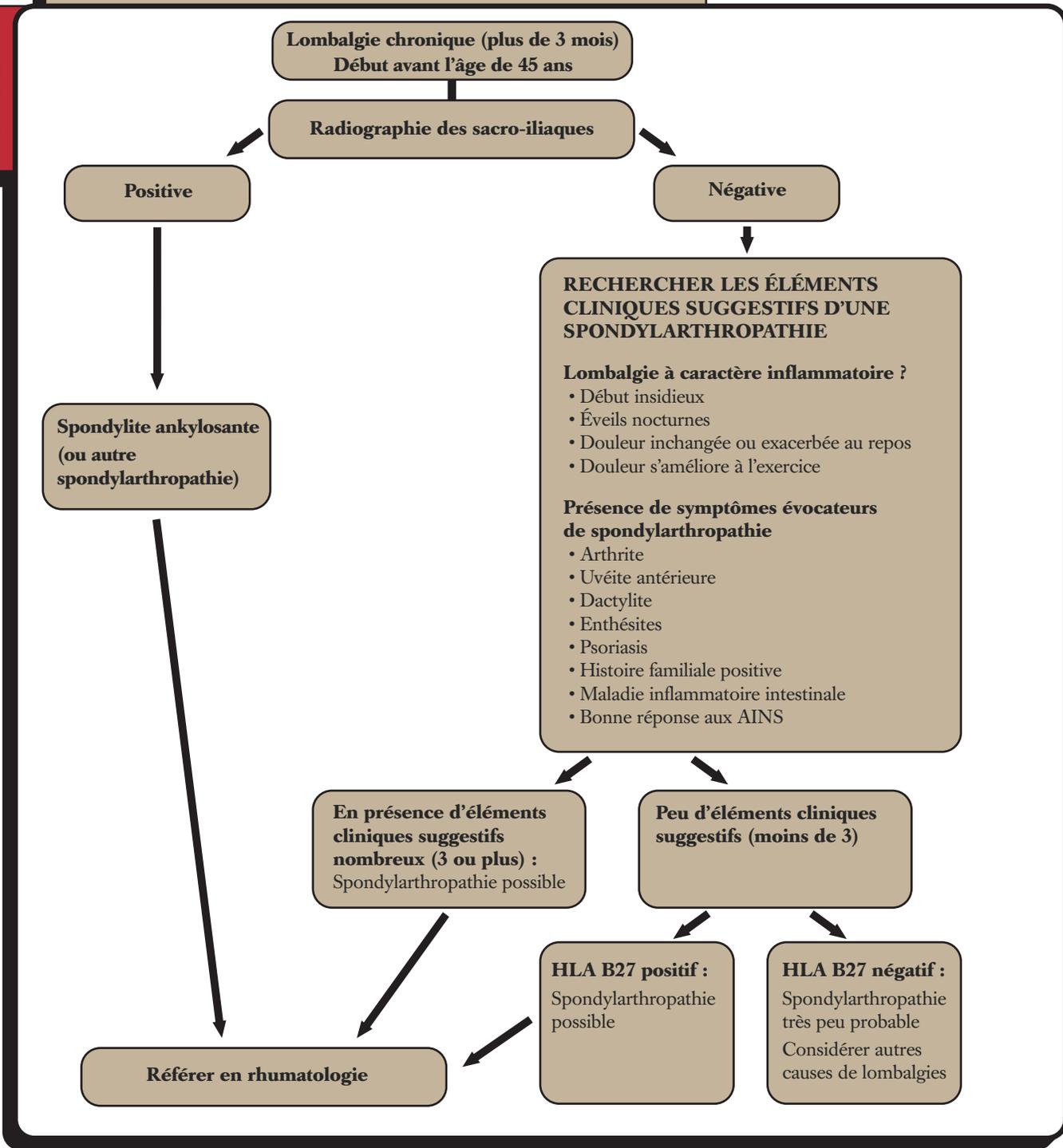


FIGURE 4

**Algorithme décisionnel pour le diagnostic de la spondylite ankylosante et des autres spondylarthropathies**



## QUELS EXAMENS DOIT-ON PRATIQUER À UN PATIENT CHEZ QUI ON SUSPECTE UNE SPONDYLITE ANKYLOSANTE ?

La recherche d'une possible spondylite ankylosante s'appuie principalement sur l'imagerie des articulations sacro-iliaques et du rachis. Chez la femme, les changements radiologiques sont souvent moins marqués, ce qui complique le diagnostic et peut nécessiter l'usage de modalités d'imagerie plus poussées.

### Étape I

- Une **radiographie simple du bassin et des sacro-iliaques** pourra révéler la présence d'une sacro-iliite. Elle peut cependant être normale dans les premières années d'évolution de la maladie. En effet, les changements radiologiques peuvent prendre jusqu'à 9-10 ans après le début de la maladie avant d'être présents. Progressivement apparaissent la sclérose du versant iliaque de l'articulation, des érosions, puis, tardivement, les articulations sacro-iliaques peuvent se fusionner. La présence de sacro-iliite ou de syndesmophytes sur les radiographies simples confirme le diagnostic et ne nécessite pas d'autres tests d'imagerie.
- **La radiographie de la colonne dorsale et lombaire** pourra révéler un équarrissement des vertèbres, une ossification graduelle des fibres extérieures de l'anneau fibreux des disques intervertébraux, formant des ponts osseux appelés « syndesmophytes », images distinctes des ostéophytes arthrosiques. Ultimement, l'ossification peut mener à la *colonne en bambou*.

**Étape II** – Lorsque les radiographies simples sont négatives, le médecin devrait d'abord reconsidérer le diagnostic différentiel de la lombalgie et l'investiguer en conséquence. Si les autres causes de lombalgies sont éliminées et que le patient présente des éléments suggestifs de spondylarthropathie décrits précédemment (porteur du HLA B27, psoriasis, enthésites, etc.), le médecin peut recourir à des techniques plus poussées (imagerie par résonnance magnétique ou tomographie axiale). À ce stade, une consultation en spécialité pourrait être considérée afin d'évaluer la pertinence de procéder à ces examens.

- **La résonnance magnétique des articulations sacro-iliaques, pondérée en T1 et STIR (qui supprime le signal graisseux de la moelle osseuse)** pourra révéler des changements précoces de sacro-iliite, notamment la présence d'un œdème médullaire sous-chondral (ostéite), ce qui est diagnostique. Toutefois, un examen négatif n'exclut pas le diagnostic et en cas de doute, une référence en rhumatologie est appropriée.
- **Une tomodensitométrie axiale** pourra mettre en évidence la présence de sclérose sous-chondrale et d'érosions des articulations sacro-iliaques, mais ces changements sont présents plus tardivement dans l'évolution de la maladie. Cet examen est principalement utilisé chez le patient où la radiographie standard est douteuse car les contours osseux y sont mieux définis. Cependant, la quantité d'irradiation générée par l'examen rend ce dernier moins attrayant chez les jeunes patientes.

## AUTRES ANALYSES POUVANT ÊTRE UTILES DANS L'ÉVALUATION D'UNE SPONDYLITE :

Il est important de se rappeler que ces analyses complémentaires apporteront peu d'informations utiles si la sacro-iliite est démontrée radiologiquement. Elles sont surtout utiles si le diagnostic est incertain et que les radiographies des sacro-iliaques sont négatives.

- La recherche de l'antigène **HLA B27** peut être utile afin d'évaluer le risque que le sujet soit atteint de spondylite ankylosante (Figure 4). Un résultat positif ne confirme pas le diagnostic puisque 6 % de la population générale de race blanche en est porteuse mais un résultat négatif diminue de beaucoup la probabilité de spondylite. Certains spécialistes ont cependant suggéré que l'antigène HLA B27 pourrait être utilisé comme outil de dépistage : chez les sujets de moins de 45 ans, la présence d'une lombalgie chronique (plus de trois mois) et de l'HLA B27 serait associée à un taux important de spondylite (33 %). Cette affirmation demeure toutefois controversée puisqu'elle n'a pas été validée dans d'autres populations. En pratique, le test est surtout utile si la probabilité de spondylite est intermédiaire : un résultat positif renforcera l'hypothèse. À l'inverse, un résultat négatif ira à l'encontre de cette hypothèse.

- **La vitesse de sédimentation** et le taux de protéine C réactive sont généralement élevés. Leur normalité n'exclut pas le diagnostic.
- **Le bilan biochimique de base** sera surtout utile pour le diagnostic différentiel (p. ex. : calcium et électrophorèse des protéines pour exclure un myélome).
- **La scintigraphie osseuse** a une utilité limitée dans l'évaluation des articulations sacro-iliaques et ne devrait généralement pas être utilisée pour confirmer spécifiquement la présence d'une sacro-iliite. Elle peut cependant être utile si le médecin désire exclure une autre cause de lombalgie (p. ex. : discite infectieuse, lésion osseuse telle qu'une métastase).
- **La recherche du facteur rhumatoïde**, des ANA ou **d'autres autoanticorps** n'est d'aucune utilité dans l'évaluation de la lombalgie puisque ces analyses ne sont pas associées à la spondylite. Si ces examens sont demandés dans le contexte d'une lombalgie, un résultat positif sera assurément un faux positif. L'utilité clinique de ces analyses fut discutée dans les rhumatologues précédents<sup>6,7</sup>.

#### PERLE CLINIQUE :

**Le typage du HLAB27 ne doit pas être fait de façon systématique chez tous les lombalgiques puisque la prévalence dans la population normale est trop élevée. Par conséquent sa valeur diagnostique est limitée si l'examen n'est demandé sans discernement. En pratique, le test est surtout utile si la probabilité de spondylite est intermédiaire : un résultat positif renforcera l'hypothèse. À l'inverse, un résultat négatif ira à l'encontre de cette hypothèse.**

## QUEL EST LE PRONOSTIC DE LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE ?

La spondylite ankylosante évolue généralement par intermitence. Elle entraîne progressivement une ankylose caractéristique du rachis, surtout chez l'homme. Des facteurs de mauvais pronostic ont été rapportés : atteinte de la hanche, vitesse de sédimentation de plus 30 mm/h, faible réponse aux AINS, ankylose du rachis lombaire, présence de dactylites ou d'oligoarthrite et début des symptômes avant l'âge de 16 ans<sup>8</sup>. En l'absence de ces facteurs de mauvais pronostic, la majorité des sujets affectés demeurent aptes au travail après plusieurs années d'évolution de la maladie, malgré l'ankylose progressive du rachis.

## DANS LA SPONDYLITE ANKYLOSANTE, QUELS TRAITEMENTS PEUVENT ÊTRE AMORCÉS PAR LE MÉDECIN DE FAMILLE ?

Les traitements de première ligne consistent en des AINS et de la physiothérapie :

- **Physiothérapie** : certaines études permettent de penser que la physiothérapie serait bénéfique pour maîtriser la douleur liée à la spondylite ankylosante et maintenir la fonction physique<sup>9</sup>.
- **AINS** : le traitement des douleurs axiales repose sur l'usage d'AINS<sup>10</sup>. Dans la spondylite ankylosante, quelques études ont suggéré que l'usage régulier pourrait ralentir la progression radiologique<sup>11</sup> mais il n'a pas été démontré qu'ils influent sur l'évolution à long terme de la maladie. Le choix de l'AINS doit tenir compte de l'âge du patient, de la présence de facteurs de risque gastro-intestinal et cardio-vasculaire. L'usage d'AINS ou de Coxibs dans le contexte d'une maladie inflammatoire de l'intestin est controversé. Certain gastro-entérologue considère qu'il s'agit d'une contre-indication. Il est important dans ce contexte d'en discuter avec le patient et son gastro-entérologue.
- Il est à noter que les stéroïdes oraux sont considérés inefficaces pour maîtriser les douleurs axiales et ne sont pas recommandés dans le traitement de la spondylite.

Les thérapies de 2<sup>ème</sup> ligne sont généralement prescrites par le rhumatologue :

- **Sulfasalazine ou methotrexate** : l'efficacité de la sulfasalazine et du methotrexate dans le soulagement des douleurs axiales n'a pas été prouvée. On utilise parfois ces produits pour maîtriser les arthrites périphériques de la maladie.
- **Les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF)** : depuis quelques années, de nouvelles options thérapeutiques, soit les anti-TNF, permettent de soulager les sujets qui ne répondent pas aux traitements mentionnés précédemment. Ces agents se sont révélés d'une efficacité impressionnante pour maîtriser l'activité de la maladie, aussi bien en ce qui concerne les douleurs axiales que les enthésites ou les arthrites périphériques<sup>12</sup>. Leur capacité à stopper l'évolution vers l'ankylose du rachis n'a cependant pas été démontrée.

## QUELS SONT LES ÉLÉMENTS À SURVEILLER CHEZ UN PATIENT SOUS ANTI-TNF ?

Les anti-TNF sont utilisés dans plusieurs types d'arthropathies depuis près de 10 ans. De nombreuses méta-analyses ont évalué non seulement leurs effets bénéfiques, mais aussi leur toxicité potentielle. Ces données découlent principalement de leur usage dans la polyarthrite rhumatoïde, pathologie plus fréquente et pour laquelle l'expérience thérapeutique à long terme est la plus grande. Le médecin doit savoir que les études évaluant ces risques sont parfois contradictoires. De plus, les études ont été menées chez des sujets qui, ayant généralement peu de comorbidités, sont souvent peu représentatifs de la pratique médicale générale.

Malgré ces réserves, on peut conclure que le principal risque associé aux agents anti-TNF est la survenue d'infections<sup>13,14</sup>. Selon une méta-analyse récente, le risque relatif d'infections bactériennes courantes (sinusite, otite, infection pulmonaire, etc.) et parfois d'infections opportunistes. Si le patient a de la fièvre, il faut lui conseiller de cesser de prendre l'anti-TNF et de consulter rapidement son médecin pour vérifier s'il aurait besoin d'un traitement antibiotique. Le traitement par anti-TNF peut être repris lorsque l'infection est résolue. En conséquence, le risque associé à l'usage d'un anti-TNF chez un sujet présentant des infections graves récurrentes devrait être pondéré par rapport à ses effets bénéfiques potentiels sur l'évolution de l'arthrite.

Des cas de réactivation de tuberculose latente ont été décrits chez des sujets traités par anti-TNF. À cet effet, le médecin doit évaluer l'exposition antérieure à la tuberculose, procéder à un test de réaction à la tuberculine et demander une radiographie pulmonaire avant de commencer le traitement. Si ces examens sont positifs, il faut envisager un traitement préventif par isoniazide.

Des craintes ont aussi été soulevées quant à l'apparition de néoplasies, particulièrement de lymphomes, chez des patients traités par anti-TNF. Si le risque existe, il est certainement très faible puisque la littérature médicale récente ne permet pas de conclure à une réelle augmentation du risque à cet effet<sup>15,16,17</sup>.

### MESSAGES CLÉS

- **On estime que 5 % des cas de lombalgies chroniques (≥ 3 mois) peuvent être reliés à une à une spondylarthropathie, particulièrement chez les jeunes adultes**
- **Face à une lombalgie chronique, les éléments à rechercher pour dépister une spondylarthropathie sont :**
  - a. **Début avant l'âge de 40 ans**
  - b. **Début insidieux**
  - c. **Douleur améliorée par l'exercice et non par le repos**
  - d. **Douleur nocturne (Améliorée avec la mobilisation)**
  - e. **Histoire familiale positive de spondylite**
  - f. **Uvéite antérieure aiguë**
  - g. **Bonne réponse aux AINS**
  - h. **Histoire d'enthésites ou de dactylite**
  - i. **Présence de psoriasis**
  - j. **Maladie inflammatoire de l'intestin**
- **Les femmes peuvent être atteintes de spondylite : les manifestations cliniques tendent à être plus atypiques et les changements radiologiques plus tardifs, menant à un délai diagnostique important.**
- **Le typage HLA B27 ne doit pas être fait de routine mais peut être utile dans certaine situation particulière, surtout si la suspicion clinique est intermédiaire : un résultat positif renforcera l'hypothèse. À l'inverse, un résultat négatif ira à l'encontre de cette hypothèse.**
- **L'imagerie par résonance magnétique est maintenant le standard au point de vue diagnostique mais son utilisation devrait être faite judicieusement. À ce stade, si la probabilité de sacro-iliite est incertaine, une consultation en spécialité peut être considérée afin d'évaluer la pertinence de recourir à des techniques d'imagerie plus poussées.**
- **Lorsque le diagnostic est suspecté, il est recommandé d'adresser les patients en rhumatologie afin de le confirmer et déterminer la meilleure approche thérapeutique.**
- **Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont la pierre angulaire du traitement mais certains cas bénéficieront de traitements plus poussés, tels les anti-TNF.**

**RÉFÉRENCES :**

1. Natvig B, Picavet HSJ: The epidemiology of soft tissue rheumatism. *Best Practice & Research Clinical rheumatology*, 2002; no16; pp. 777-93.
2. Manek NJ, MacGregor AJ Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr op rheum*, 2005, 17 : 134-140.
3. Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. *Br J Rheumatol*, 1995; no34 : pp. 1074-7
4. Tremblay JL, L'examen musculosquelettique, Les Presses de l'Université de Montréal, 2009. ISBN 978-2-7606-2170-1
5. Rudwaleit M, Sieper J. How to diagnosis axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004 : 63 : 535-543
6. Tremblay JL, Hazeltine M. La référence en rhumatologie : Quand et comment. *Le rhumatologue*, No5, nov 2006.
7. Boire G., Raisonner l'investigation en rhumatologie. *Le rhumatologue*, No6, nov 2008.
8. Amor B et coll. Predictive factors for the long term outcome of spondyloarthropathies. *J Rheumatol*, 1994; no.21 : pp. 1883-7.
9. Nghiem FT & Donohue JP: Rehabilitation in ankylosing spondylitis. *Curr op Rheum*, 2008; no. 20 : pp. 203-7.
10. Song IH. Benefits and risk of ankylosing spondylitis treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Arthritis & Rheum*, 2008; no. 58 : pp. 929-38.
11. Wanders A. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheum*, 2005; 52 : 1756-65.
12. Zochling J et coll. «Assessment in AS» international working group; European League Against Rheumatism. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*, 2006; 65 : 442-52.
13. Bongartz T et coll. Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. *JAMA*, 2006; 295 : 2275-85. Revue.
14. Leombruno JP et coll. The safety of anti-Tumor Necrosis Factor treatments in rheumatoid arthritis: meta and exposure adjusted pooled analyses of serious adverse events *Ann Rheum Dis*, 2009 Jul; 68 (7) : 1136-45
15. Wolfe F & Michaud K. The effect of methotrexate and antitumor necrosis factor therapy on the risk of lymphoma in rheumatoid arthritis in 19,562 patients during 89,710 person-years of observation. *Arthritis Rheum*, 2007; 56 : 1433-9.
16. Desai SB & Furst DE. Problems encountered during antitumor necrosis factor therapy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2006; 20 : 757-90.
17. Askling J et coll. Anti-TNF therapy in RA and risk of malignant Biologics Register. *Ann Rheum Dis*, 8 mai 2008.

Réalisé grâce à un don à l'éducation médicale de :



**Le Rhumatologue**

**AMRQ**  
2, Complexe Desjardins, Porte 3000  
C.P. 216, succ. Desjardins  
Montréal QC H5B 1G8

**Tél. : 514 350-5136**  
**Télec. : 514 350-5029**

amrq@fmsq.org  
www.rhumatologie.org

**Comité exécutif de l'AMRQ**

Dr Denis Choquette  
Dr Michel Gagné  
Dr Frédéric Morin  
Dr Anne St-Pierre  
Dr Sai Yan Yuen

**Comité de rédaction**

Dr Angèle Turcotte  
Dr François Croteau

**Conception et production**

Quatuor Communication  
Site internet : quatuor.ca

