

Spondylarthrites

Décembre 2008

OBJECTIFS

- Mieux identifier les patients atteints de spondylarthrite afin de raccourcir le délai entre l'apparition des symptômes et leur prise en charge spécifique.
- Améliorer la qualité de vie des patients atteints de spondylarthrite, affection douloureuse et invalidante, au travers de stratégies de prise en charge qui précisent la place des différents moyens thérapeutiques.
- Prévenir ou limiter les complications et obtenir un impact positif et mesurable sur la douleur et le retentissement fonctionnel.

1. CLASSIFICATION DES SPONDYLARTHrites

Les spondylarthrites sont réparties en 3 sous groupes selon la présentation clinique prédominante : axiale, périphérique articulaire ou périphérique enthésitique. Ces 3 formes sont fréquemment associées et leur prédominance chez un même patient peut varier au cours du temps.

Critères diagnostiques :

Critères de New York modifiés (forme axiale), d'après van der Linden *et al.*, 1984

A – Diagnostic

1. Critères cliniques

- a) lombalgie et raideur depuis plus de 3 mois, qui s'améliorent avec l'exercice mais ne sont pas soulagées par le repos
- b) diminution de la mobilité du rachis lombaire dans les plans sagittal et frontal
- c) diminution de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales ajustées à l'âge et au sexe

2. Critères radiologiques

Sacro-iliite de grade ≥ 2 bilatérale ou sacroiliite de grades 3-4 unilatérale

B – Gradation

1. spondylarthrite ankylosante avérée si le critère radiologique est associé à au moins 1 critère clinique
2. spondylarthrite ankylosante probable si présence :
 - a) de 3 critères cliniques
 - b) du critère radiologique sans signe ou symptôme clinique (d'autres causes de sacroiliites doivent être envisagées)

Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8. Copyright © Wiley 1984 ; reprinted with permission of Wiley-Liss, Inc., a subsidiary of John Wiley and Sons, Inc

Critères de classification (ils peuvent faciliter la démarche diagnostique)

1 - Classification d'Amor, d'après Amor *et al.*, 1990

Critère	Score
A – Symptômes cliniques (ou antécédents)	
Douleurs nocturnes lombaires/dorsales ou raideur matinale lombaire/dorsale	1
Oligoarthrite asymétrique	2
Fessalgie (caractère à bascule)	1 (2)
Orteil ou doigt en saucisse	2
Talalgie ou autre enthésite	2
Uvéite antérieure	2
Urétrite ou cervicite non gonococcique, moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1
Diarrhée aiguë, moins d'un mois avant une arthrite	1
Psoriasis, balanite, entéropathie inflammatoire chronique	2
B – Signes radiographiques	
Sacro-iliite (grade 2 bilatérale, ou grades 3 et 4)	3
C – Terrain génétique	
HLA B27 positif ou antécédent familial de SPA, MICI ou Psoriasis	2
D – Réponse au traitement	
Nette amélioration en moins de 48 h sous AINS et rechute à l'arrêt	2

Le malade sera déclaré comme ayant une spondylarthrite si la somme des points des 12 critères est ≥ 6 .

Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. Rev Rhum 1990;57(2):85-9. © Elsevier Masson SAS, Editeur

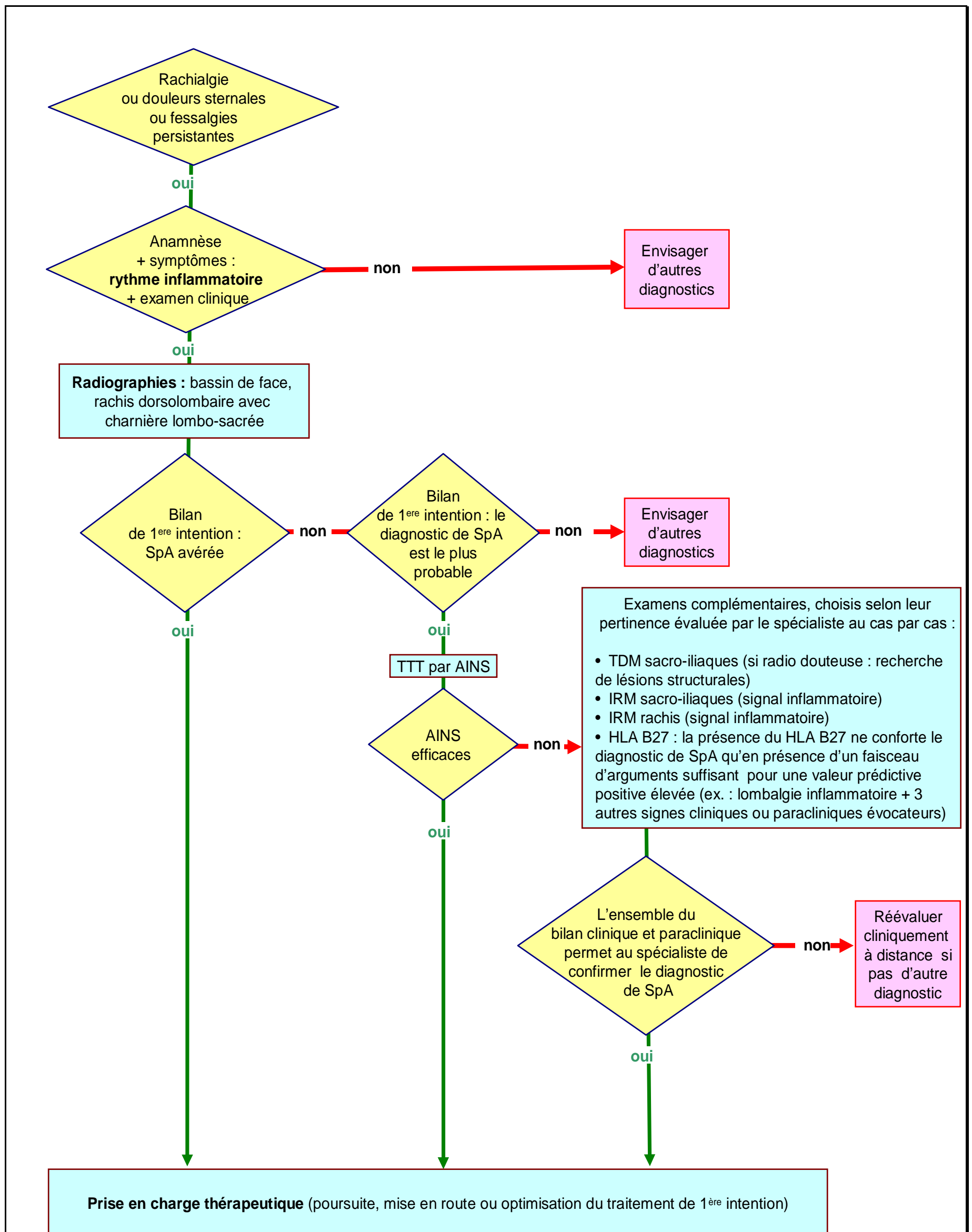
2 – Classification de l'ESSG, d'après Dougados *et al.*, 1991

Critères de l'ESSG	
OU	Rachialgies inflammatoires Synovites : Asymétriques ou Prédominant aux membres inférieurs
■	ET un ou plus des éléments suivants :
○	Fessalgies à bascule
○	Sacro-iliite radiographique
○	Enthésopathie (achilléenne ou plantaire)
○	Antécédent familial au 1 ^{er} ou 2 ^e degré (spondylarthrite ankylosante, psoriasis, uvéite, arthrite réactionnelle, MICI)
■	Psoriasis
■	Entéropathie inflammatoire chronique
■	Urétrite ou cervicite ou diarrhée aiguë moins d'un mois avant l'arthrite

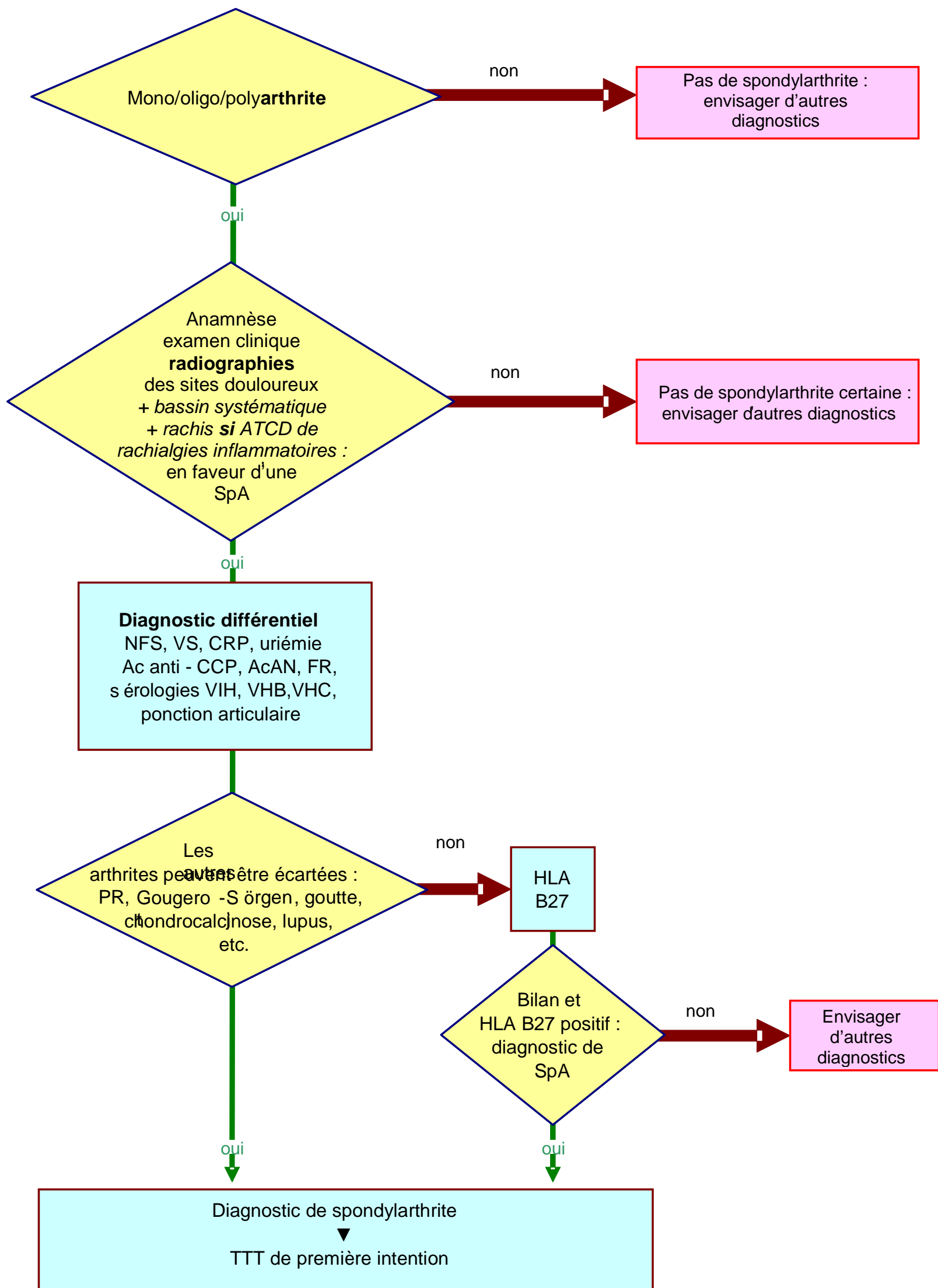
Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, *et al.* The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991;34(10):1218-27. Copyright © Wiley 1991 ; reprinted with permission of Wiley-Liss, Inc., a subsidiary of John Wiley and Sons, Inc

2. ALGORITHMES DIAGNOSTIQUES DES SPONDYLARTHRIQUES

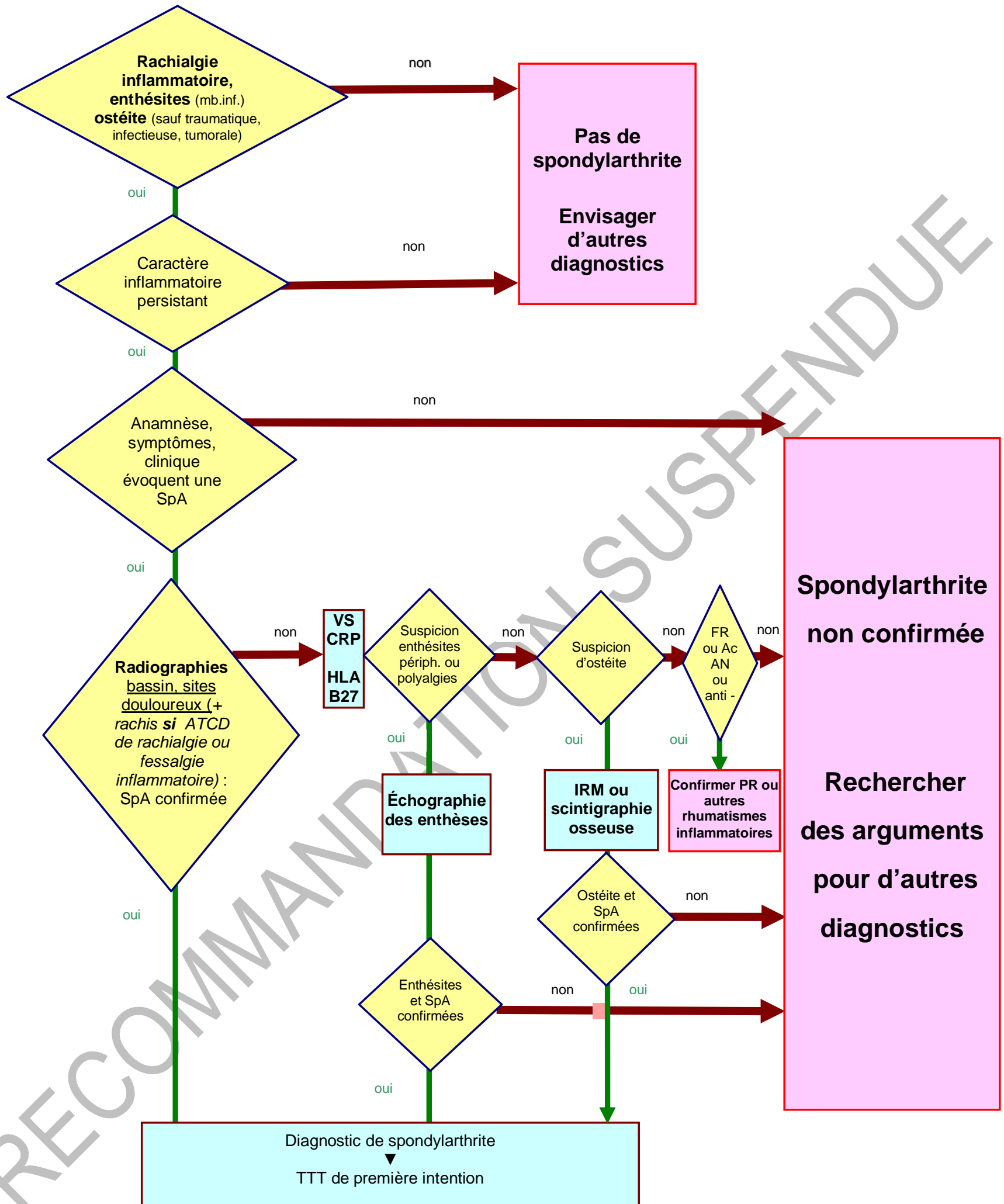
1. Formes axiales de spondylarthrite



2. Formes périphériques arthritiques prédominantes



3. Formes périphériques enthésitiques prédominantes



- La recherche de l'antigène HLA B27 ne doit pas être systématique. Sa présence ne permet pas d'affirmer le diagnostic et son absence n'exclut pas le diagnostic.
- La spondylarthritis n'a pas d'incidence sur la fertilité et le déroulement de la grossesse.
- Les vaccinations habituelles doivent être réalisées chez les patients atteints de spondylarthritis.

3. PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

1. Formes axiales prédominantes

	Traitement	Précisions	Conditions d'utilisation
À tout moment	Antalgiques	Paracétamol ± opioïdes faibles	À tous les stades de la maladie
Traitement de 1 ^{ère} intention	AINS	Dose minimale efficace	Limitier aux périodes douloureuses
Traitement de 2 ^e intention	4 critères de décision : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic validé par le rhumatologue ou l'interniste ▪ maladie active : BASDAI > 4, à 2 reprises au moins, à 3 mois d'intervalle) 		Uniquement en cas d'échec du traitement de 1 ^{ère} intention Évaluation au cas par cas du rapport bénéfice/risque Réévaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance
	Les 4 critères sont présents : anti-TNF	L'un des critères est absent : Sulfasalazine surtout si atteintes périphériques associées	

2. Formes arthritiques périphériques prédominantes

	Traitement	Précisions	Conditions d'utilisation
À tout moment	Antalgiques	Paracétamol ± opioïdes faibles	À tous les stades de la maladie
Traitement de 1 ^{ère} intention	AINS	Dose minimale efficace	Limitier aux périodes douloureuses
	Infiltration Intra articulaire d'un corticoïde	Si mono ou oligo-arthrite associée	
Traitement de 2 ^e intention	Méthotrexate ou léflunomide ou sulfasalazine ou anti-TNF	Évaluation au cas par cas du rapport bénéfice/risque	Uniquement en cas d'échec du traitement de 1 ^{ère} intention
		Anti-TNF : 4 conditions impératives <ul style="list-style-type: none"> ▪ spondylarthrite avérée ▪ maladie active : plus de 3 articulations gonflées simultanément, à 2 reprises au moins, à 3 mois d'intervalle ▪ maladie sévère* ▪ malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée 	

* voir définition en dernière page

3. Formes périphériques enthésitiques prédominantes

Leur stratégie de prise en charge médicamenteuse doit être adaptée au cas par cas à partir de la stratégie définie pour les formes périphériques arthritiques.

- Les antalgiques à base de paracétamol ou d'opioïdes faibles peuvent être utilisés seuls ou associés à toutes les phases de la maladie, quelle qu'en soit la forme clinique. Les opioïdes forts sont parfois nécessaires.

4. TRAITEMENTS PHYSIQUES

Prise en charge rééducative : à envisager systématiquement à tous les stades de la maladie. L'adapter selon la phase de la maladie et selon l'état clinique.

- **Entretenir** mobilité, muscles, forme physique, capacité respiratoire.
- **Prévenir** les déformations.
- **Lutter contre la douleur**.

	Phase douloureuse	Phase de rémission	Phase d'ankylose
Objectif principal	Lutter contre la douleur	Lutter contre la raideur et les positions vicieuses	Améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne
Techniques passives	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie
Techniques actives	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie
Travail respiratoire	Recherche d'une amplitude thoracique maximale		Maintien de la capacité vitale respiratoire
Exercices aérobie		Oui	Oui
Corrections posturales	Adaptés selon la douleur ± adaptation du traitement antalgique	Oui	Non
Renforcement musculaire		Dynamique ou isométrique	Isométrique
Conseils ergonomiques	Oui	Oui	Oui
Prise en charge par ergothérapeute	Oui	Oui	Oui
Éducation du patient	Entretien articulaire	Autoprogramme	Autoprogramme

- Encadrer les séances de rééducation par un bilan de début et de fin.
- Enseigner un autoprogramme : exercices peu nombreux, contrôlés.
- Recommander les activités sportives, adaptées à l'état général et physique.

5. PRISE EN CHARGE MÉDICO SOCIALE

Objet	Interventions et précisions
Demande d'ALD	Dès que les critères d'admission sont confirmés par le spécialiste
Aménagement professionnel	Médecin du travail dès qu'il y a répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient (maintien de l'activité professionnelle) Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès que le patient n'est plus en mesure durablement d'assurer son emploi dans les conditions habituelles ou d'y postuler sans aménagement Mise en invalidité ou retraite , anticipée ou pour inaptitude si nécessité d'une cessation totale ou partielle d'activité professionnelle : entretien avec un assistant de service social, avant de déclencher les procédures
Entretien avec un assistant de service social	<ul style="list-style-type: none"> - situation sociale du patient précaire ou difficile - arrêt de travail prévisible > 3 mois (droits, maintien à l'emploi) - demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée - gêne durable pour les actes de la vie quotidienne, au travail ou à la maison (évaluation des besoins, orientation/maison du handicap, mise en place d'aides humaines ou matérielles)
Associations de malades	Information dès confirmation du diagnostic (associations : coordonnées, activités) Conseils d'adaptation du mode de vie à la maladie : vie quotidienne, projets personnels et professionnels) (cf. RPC « Diagnostic des spondylarthrites » ; « Prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites » 2008 www.has-sante.fr)

6. SUIVI HABITUEL DU PATIENT (ANNUEL)

Domaine	Interventions et précisions
Ressenti du patient	BASDAI + appréciation globale du patient — si forme périphérique : nombre d'articulations gonflées et/ou enthèses douloureuses)
Fonction	BASFI
Mobilité (divers outils possibles)	Inflexion latérale lombaire, ampliation thoracique, indice de Schöber, distances mur-occiput ou tragus-mur, mobilité cervicale...
Articulations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinique des articulations coxo-fémorales ▪ Évaluation des articulations douloureuses ou gonflées et des enthèses douloureuses
Ne sont pas recommandés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le suivi biologique systématique de marqueurs de l'inflammation (VS ou CRP) ▪ Le suivi radiographique systématique

Hors suivi habituel

- Évaluation à chaque consultation : activité de la maladie (BASDAI) + appréciation globale du patient.
- Consultation rapide en cas de manifestation articulaire, axiale ou enthésopathique inhabituelle ou aiguë.
- Consultation spécialisée en cas de manifestation extra articulaire aiguë (en urgence, en particulier si uvéite).

Une spondylarthrite est sévère si l'un des critères suivants est présent :

- atteinte sévère articulaire (destructrice : coxite) ou extra articulaire (MICI, uvéite répétée, cardiaque)
- malgré AINS à pleine dose, constatation 2 fois à 3 mois d'intervalle :
BASDAI > 4 *ou* BASFI > 4 *ou* arthrites (> 3 articulations simultanément)
- nécessité d'un traitement par AINS à la dose maximale ou d'un traitement de fond.

HAS