

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Diagnostic, prise en charge
thérapeutique et suivi des
spondylarthrites**

RECOMMANDATIONS

Décembre 2008

Cette recommandation de bonne pratique a été suspendue dans l'attente de son actualisation.

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juillet 2008.
© Haute Autorité de Santé – 2008

Sommaire

Abréviations	5
Recommandations	6
1 Introduction	6
1.1 Thème des recommandations	6
1.2 Objectifs des recommandations	6
1.3 Patients concernés	6
1.4 Professionnels concernés	7
1.5 Structure du coût de la maladie	7
1.6 Actualisation	7
1.7 Gradation des recommandations	7
2 Classification des spondylarthrites et données médico-économiques	8
2.1 Classification	8
2.2 Définition de la sévérité d'une spondylarthrite	8
3 Principes généraux de la prise en charge des spondylarthrites	9
4 Situations cliniques qui doivent amener à envisager le diagnostic de spondylarthrite	9
4.1 Manifestations axiales	10
4.2 Manifestations périphériques articulaires	10
4.3 Manifestations périphériques enthésitiques	10
4.4 Manifestations extra rhumatologiques	10
5 Quelles stratégies d'investigations adopter pour confirmer le diagnostic de spondylarthrite ?	11
5.1 Anamnèse	11
5.2 Examen somatique	11
5.3 Examens complémentaires de première intention	12
5.4 Examens complémentaires de deuxième intention	13
6 Quel bilan de référence après le diagnostic ?	14
7 Information du patient	15
7.1 Pronostic des spondylarthrites	15
7.2 Spondylarthrite et grossesse	15
7.3 Spondylarthrite et transmission familiale	15
7.4 Manifestations extra rhumatologiques nécessitant le recours urgent au spécialiste	15
7.5 Spondylarthrites et vaccination	16
7.6 Sources d'informations pour le patient	16
8 Quelle stratégie médicamenteuse adopter ?	16
8.1 Spondylarthrites à prédominance axiale	16
8.2 Spondylarthrites à prédominance arthritique périphérique	19
9 Prise en charge non médicamenteuse	21
9.1 Traitements physiques	21
9.2 Autres traitements non médicamenteux	23
9.3 Prise en charge médico sociale	23

10	Surveillance et suivi d'un patient atteint de spondylarthrite.....	25
10.1	Suivi habituel du patient	25
10.2	Hors suivi habituel du patient	26
	Annexe 1. Critères diagnostiques et critères de classification des spondylarthrites	27
	Annexe 2. BASDAI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index</i>).....	29
	Annexe 3. BASFI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index</i>)	30
	Annexe 4. Algorithmes. Stratégies diagnostiques pour les spondylarthrites	32
	Annexe 5. Associations de malades	35
	Annexe 6. Conditions de délivrance des anti-TNF dans les spondylarthrites	36
	Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>.....	37
	Participants.....	39
	Fiche descriptive	42

RECOMMANDATION SUSPENDUE

Abréviations

En vue de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

Abréviation	Libellé
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD	affection de longue durée
AMM	autorisation de mise sur le marché
Anti-CCP	anticorps anti-peptide cyclique citrulliné
Anti-TNF	<i>anti-tumor necrosis factor</i>
BASDAI	<i>Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index</i>
BASFI	<i>Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index</i>
CRP	protéine C réactive
ESSG	<i>European Spondylitis Study Group</i>
EMEA	<i>European Medical Agency</i>
EVA	échelle visuelle analogique
FAN	facteur antinucléaire
FR	facteur rhumatoïde
IPD	articulation interphalangienne distale
IRM	imagerie par résonance magnétique
MDPH	maison départementale pour les personnes handicapées
MICI	maladie inflammatoire chronique de l'intestin
MTX	méthotrexate
NNT	nombre de patients à traiter
OMS	organisation mondiale de la santé
PR	polyarthrite rhumatoïde
SLZ	salazopyrine
TTT	traitement
VS	vitesse de sédimentation

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Les recommandations sur le thème des spondylarthrites ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé à la demande de l'ensemble des caisses d'assurance maladie¹.

1.2 Objectifs des recommandations

- 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.

Ce travail répond aux questions suivantes :

- Nosologie et diagnostic
 - Comment classer les spondylarthrites ?
 - Quelles sont les présentations cliniques qui doivent amener à envisager le diagnostic de spondylarthrite ?
 - Quelles stratégies d'investigation adopter pour confirmer le diagnostic de spondylarthrite ?
 - Quel bilan de référence après le diagnostic ?
 - Comment informer le patient chez qui une spondylarthrite a été diagnostiquée ?
- Prise en charge thérapeutique
 - Quels sont les traitements symptomatiques et les traitements de fond à proposer au patient, quelles stratégies thérapeutiques recommander ?
 - Comment adapter le traitement ?
 - Quelles places et indications pour les différentes interventions et techniques non médicamenteuses ?
- Suivi du patient
 - Quelles modalités de surveillance des patients atteints de spondylarthrite ?
 - Quelles prises en charge sociale et professionnelle (préciser les démarches et conseils à transmettre aux soignants, aux patients et si besoin à leur entourage) ?

1.3 Patients concernés

Ces recommandations concernent l'ensemble des adultes souffrant d'une des formes cliniques de spondylarthrite décrites ci-après.

Les patients atteints de maladies inflammatoires de l'intestin (MICI), de la maladie Behçet, d'un syndrome extra-articulaire fréquemment associé aux spondylarthrites (uvéïte, psoriasis, balanite, uréthrite, diarrhée) mais sans atteinte rhumatologique entrant dans le cadre des spondylarthrites ne sont pas concernés par ces recommandations.

¹Caisses de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime social des indépendants, Mutualité sociale agricole

1.4 Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé et travailleurs sociaux impliqués dans la prise en charge des patients atteints de spondylarthrite et notamment :

- médecins rhumatologues ;
- médecins internistes ;
- médecins généralistes ;
- médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- masseurs-kinésithérapeutes ;
- pédicures-podologues ;
- podo-orthésistes ;
- ergothérapeutes ;
- médecins du travail ;
- assistants de service social.

1.5 Structure du coût de la maladie

Sur le plan économique, le coût direct des spondylarthrites est faible par rapport aux autres affections de longue durée. Les coûts indirects représentent une part importante des coûts totaux et un nombre restreint de patients génèrent l'essentiel des coûts. L'atteinte fonctionnelle constitue le premier déterminant des coûts.

Les modalités de la prise en charge thérapeutique des spondylarthrites ont considérablement évolué depuis une dizaine d'années, notamment avec l'apparition des biothérapies. De ce fait, la structure du coût de la maladie se modifie, le poste médicaments devenant un des principaux postes de dépenses du coût direct.

1.6 Actualisation

L'actualisation de ces recommandations devra être envisagée dans 2 ans, compte tenu des études en cours sur ce sujet.

1.7 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel.

L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

2 Classification des spondylarthrites et données médico-économiques

2.1 Classification

À partir des années 1970, les similitudes phénotypiques, le caractère d'agrégation familiale, l'absence du facteur rhumatoïde et l'association avec la présence de l'antigène HLA B27 de plusieurs rhumatismes inflammatoires ont donné progressivement naissance au concept de spondylarthropathie, dont les manifestations cliniques combinent de façon variable un syndrome pelvi-rachidien (ou axial), un syndrome enthésopathique périphérique, un syndrome articulaire périphérique et un syndrome extra-articulaire (uvéïte, psoriasis, balanite, urétrite, diarrhée). Les spondylarthropathies sont presque aussi fréquentes que la polyarthrite rhumatoïde dans la population générale. Leur prévalence serait au minimum de 0,30 % dans la population générale en France, vraisemblablement identique dans les deux sexes.

Il est recommandé d'utiliser la dénomination « spondylarthrites » au lieu de « spondylarthropathies » pour insister sur le caractère inflammatoire de cet ensemble de rhumatismes chroniques et par souci de cohérence avec la littérature anglo-saxonne.

Le concept de spondylarthrite est dorénavant clairement défini tant d'un point de vue clinique que physiopathologique et génétique. Classiquement, cinq entités sont définies : spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, arthrites réactionnelles, arthrites associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et spondylarthrites indifférenciées. Une classification en sous groupes distinguant les formes axiales avec atteinte pelvi-rachidienne des formes périphériques sans atteinte pelvi-rachidienne est désormais proposée, auxquelles peut être ajoutée une forme enthésopathique. Cette classification permet d'inclure l'ensemble des spondylarthrites définies selon les critères proposés par l'*European Spondylitis Study Group* (ESSG) et par Amor (Annexe 1). L'inclusion de tout ou partie des rhumatismes psoriasiques au sein des spondylarthrites reste un sujet discuté. Le cadre général de ces classifications n'est pas remis en cause par la classification actuelle selon la présentation principale et peut être utilisé pour la classification des spondylarthrites.

Il est recommandé d'utiliser la classification des spondylarthrites en sous groupes selon la présentation clinique prédominante :

- forme axiale ;
- forme périphérique articulaire ;
- forme périphérique enthésitique.

Ces 3 formes sont fréquemment associées et peuvent se succéder chez un même patient. Les formes masculines sont souvent plus bruyantes cliniquement.

2.2 Définition de la sévérité d'une spondylarthrite

Il n'existe pas dans la littérature d'unanimité sur la définition d'une spondylarthrite sévère ni sur le(s) facteur(s) prédictif(s) d'une évolution péjorative de la spondylarthrite. A partir des données de la littérature (essais cliniques comparatifs, suivis de cohortes, revues, consensus et recommandations d'experts), un accord professionnel s'établit concernant les facteurs associés

à la gravité de la maladie. Il est recommandé de définir la gravité ou la sévérité d'une spondylarthrite par l'un des constats suivants.

1 – Il existe une manifestation « sévère » évidente :

- une arthrite destructrice et tout particulièrement une coxite (grade C) ;
- une pathologie sévère extra articulaire associée :
 - maladie inflammatoire chronique intestinale sévère (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) ;
 - uvéite à répétition (grade C) ;
 - atteinte cardiaque (valvulopathie aortique ou mitrale, myocardopathie, péricardite, bloc auriculo ventriculaire) sévère liée à la spondylarthrite.

2 – Le médecin constate, à au moins 2 reprises à 3 mois d'intervalle malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée, l'une des manifestations suivantes :

- plus de 3 atteintes articulaires inflammatoires simultanées ;
- une activité de la spondylarthrite (BASDAI² supérieur à 4)³ ;
- une incapacité fonctionnelle importante liée à la spondylarthrite (en particulier BASFI⁴ supérieur à 4) (grade C).

3 - Nécessité d'une prise permanente d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée pour contrôler les symptômes.

3 Principes généraux de la prise en charge des spondylarthrites

La prise en charge des spondylarthrites doit être une démarche globale, médicamenteuse, physique, éducative et chirurgicale, complétée par des mesures sociales et professionnelles.

La prise en charge physique s'adresse à tous les patients quel que soit le stade de leur maladie. Les traitements médicamenteux ne sont pas systématiques.

4 Situations cliniques qui doivent amener à envisager le diagnostic de spondylarthrite

Le diagnostic des formes axiales est le plus souvent évoqué devant des consultations itératives pour des lombalgies inflammatoires, des douleurs fessières (pygalgies) à bascule ou des talalgies.

Leur identification est facilitée par la recherche des signes et symptômes listés dans les critères de classification des spondylarthrites (annexe 1).

L'évolution se faisant typiquement par poussées entrecoupées de périodes de quiescence des symptômes, il s'agit typiquement d'un patient qui consulte de façon répétée pour ces mêmes symptômes, dont la persistance doit attirer l'attention.

Les manifestations ostéo articulaires des spondylarthrites sont caractérisées par la persistance des symptômes (> 3 mois) et le rythme inflammatoire des douleurs. Le rythme inflammatoire des douleurs est défini ainsi :

- prédominantes en deuxième partie de nuit et/ou au réveil ;
- avec un dérouillage matinal supérieur à 30 minutes ;
- pouvant s'améliorer par l'exercice et/ou les activités physiques.

² Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index : cf. annexe 2

³ Dans ce document, le BASDAI et le BASFI (voir annexes 2 et 3) sont cotés sur une échelle de 0 à 10.

⁴ Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index : cf. annexe 3

4.1 Manifestations axiales

- Rachialgies : douleurs rachidiennes de rythme inflammatoire et/ou raideur (> 3 mois).
- Pygalgies : douleurs fessières unilatérales, bilatérales ou à bascule pouvant irradier aux membres inférieurs ; pseudo sciatique ; rythme inflammatoire.
- Douleurs thoraciques antérieures persistantes de rythme inflammatoire, blockpnée (sensation de blocage thoracique).

4.2 Manifestations périphériques articulaires

Mono/oligo/polyarthrite, souvent asymétrique et prédominant aux membres inférieurs (pouvant toucher les interphalangiennes distales [IPD]).

4.3 Manifestations périphériques enthésitiques

- Talalgie : face postérieure ou inférieure, survenant dès le lever, s'améliorant habituellement au cours de la journée.
- Autres enthésites : particulièrement aux membres inférieurs.
- Poly-enthésites persistantes.
- Dactylite : aspect de doigt ou d'orteil en saucisse.
- Ostéite sans cause traumatique, infectieuse ou tumorale.

4.4 Manifestations extra rhumatologiques

▶ Dermatologiques

- Antécédent personnel documenté ou lésions évocatrices de psoriasis :
 - plaques érythémato-squameuses : coudes, genoux, cuir chevelu ;
 - plaques érythémateuses des muqueuses génitales ou buccales ;
 - ongles : onycholyse, hyperkératose, ponctuations unguéales.
- Pustulose palmo-plantaire.

▶ Gastro entérologiques

Antécédent personnel ou symptômes évocateurs de maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI : maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) : diarrhée \geq 3 selles par jour de consistance anormale pendant plus de 15 jours, présence de sang ou de glaires dans les selles.

▶ Ophtalmologiques

Antécédent personnel ou symptômes évocateurs d'uvéite antérieure aiguë (iridocyclite ou iritis) : œil rouge et douloureux, souvent photophobie et baisse de la vision.

▶ Manifestations extra rhumatologiques évocatrices d'une arthrite réactionnelle

Arthrite précédée de moins d'un mois par une diarrhée, une urétrite, une cervicite non gonococcique ou une conjonctivite.

▶ Antécédents familiaux

- Rhumatologique : spondylarthrite chez un parent du 1^{er} ou du 2^e degré.
- Dermatologique : lésions évocatrices de psoriasis.
- Gastroentérologique : MICI.

5 Quelles stratégies d'investigations adopter pour confirmer le diagnostic de spondylarthrite ?

Le début de la maladie est souvent insidieux. Son évolution est généralement lente et progressive, initialement entrecoupée de rémissions.

L'anamnèse et l'examen somatique sont nécessaires en premier lieu si l'on suspecte une spondylarthrite. De la multiplicité des éléments recueillis en faveur d'une spondylarthrite, de leur intensité et de leur nature dépend la probabilité diagnostique initiale, laquelle influe sur le choix des examens complémentaires, notamment en cas d'échec du traitement initial.

5.1 Anamnèse

En cas de suspicion de spondylarthrite, l'interrogatoire doit rechercher la présence de tous symptômes et/ou antécédents évocateurs du diagnostic :

- rachialgies inflammatoires ;
- pygalgies (douleurs fessières) inflammatoires ;
- douleur thoracique antérieure persistante ;
- antécédent de mono/oligoarthrite/polyarthrite de rythme inflammatoire, pouvant toucher les IPD, souvent asymétrique et prédominant aux membres inférieurs ;
- antécédent de talalgie de rythme inflammatoire ;
- antécédent de dactylite : aspect de doigt ou d'orteil en saucisse ;
- antécédent ou présence de diarrhée. La notion de sang et de glaires dans les selles doit être recherchée ;
- antécédent de MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique ;
- antécédent personnel documenté ou lésion évocatrice de psoriasis ;
- antécédent familial de spondylarthrite et/ou de psoriasis ;
- efficacité des AINS : amélioration en 48 h des douleurs par AINS à la dose maximale conseillée ± rechute rapide (48 h) des douleurs à l'arrêt. L'absence d'amélioration ne réfute pas le diagnostic.

5.2 Examen somatique

Les manifestations somatiques des spondylarthrites sont variables dans le temps et leur valeur diagnostique demeure faible pour la plupart. Un examen somatique normal ne permet pas d'exclure le diagnostic.

1- Examen des sacro-iliaques :

- douleur reproduite par la mobilisation de ces articulations (ex. manœuvre du trépied, appui monopodal, manœuvre d'écartement) ;
- douleurs à la pression directe.

2- Examen du rachis :

- recherche d'une limitation de la mobilité rachidienne.

3- Examen des enthèses :

- recherche d'une enthésite, caractérisée par la présence d'une douleur à la pression et parfois d'une tuméfaction :
 - des insertions du tendon quadricipital et du tendon patellaire ;
 - de l'insertion du tendon calcanéen (tendon d'Achille) et du fascia plantaire superficiel (aponévrose plantaire) ;
 - de la paroi thoracique antérieure.

- 4- Articulations périphériques, notamment recherche :
 - d'une atteinte des hanches : douleur et/ou limitation des articulations coxo fémorales ;
 - d'une atteinte des IPD ;
 - d'une dactylite : aspect de doigt ou d'orteil en saucisse (photo).



5- Recherche de manifestations extra rhumatologiques :

- Dermatologiques

1) Psoriasis

- plaques érythémato-squameuses : coudes, genoux, cuir chevelu ;
- plaques érythémateuses des muqueuses génitales ou buccales ;
- ongles : onycholyse, hyperkératose, ponctuations unguéales.

2) Pustulose palmo-plantaire

- en cas de doute, le recours au dermatologue est recommandé.

- Ophtalmologiques

- uvéite antérieure (œil rouge, douloureux, souvent baisse de l'acuité visuelle et photophobie) dont la suspicion impose le recours en urgence à l'ophtalmologiste.

5.3 Examens complémentaires de première intention

Les investigations complémentaires utiles au diagnostic des spondylarthrites diffèrent selon la présentation clinique prédominante.

Le diagnostic de spondylarthrite est difficile à établir, notamment quand peu d'éléments sont présents pour l'étayer. La prescription en routine d'examen spécialisés telles que la recherche de l'antigène HLA B27 et l'imagerie – hors radiographie conventionnelle – n'est pas justifiée. La confirmation du diagnostic est du ressort du spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

► Biologie de l'inflammation

Forme axiale prédominante de spondylarthrite

L'absence de syndrome inflammatoire biologique est fréquente au cours des spondylarthrites axiales et ne doit pas exclure le diagnostic. Inversement, la présence de rachialgies et d'un syndrome inflammatoire doit faire évoquer également d'autres diagnostics (diagnostic différentiel avec des pathologies infectieuses ou malignes notamment).

Formes périphériques prédominantes de spondylarthrite

L'absence de syndrome inflammatoire biologique n'exclut pas le diagnostic.

La réalisation d'un bilan immunologique comportant les facteurs rhumatoïdes, les anticorps anti-peptide cyclique citrulliné (anti-CCP) et les anticorps antinucléaires peut être utile pour rechercher d'autres rhumatismes inflammatoires.

► Radiographies

Forme axiale prédominante

Il est nécessaire de réaliser des radiographies standard comprenant : le bassin de face, le rachis lombaire de face et de profil incluant la jonction dorso-lombaire. L'interprétation des clichés au niveau des articulations sacro-iliaques est délicate, et la normalité des radiographies ne permet pas d'éliminer le diagnostic.

Des radiographies centrées sur les articulations périphériques ne sont pas nécessaires en l'absence d'antécédents douloureux ou de signes cliniques.

Forme périphérique prédominante

Il est nécessaire de réaliser des radiographies des sites douloureux.

Une radiographie du bassin et des radiographies du rachis lombaire incluant la jonction dorso-lombaire peuvent être utiles au diagnostic. La normalité de ces radiographies n'exclut pas le diagnostic.

5.4 Examens complémentaires de deuxième intention

Les examens de 2^{ème} intention ne sont utilisés que si le bilan de 1^{ère} intention n'est pas concluant.

Dans cette optique, chaque examen supplémentaire doit être choisi en fonction de :

- la performance de l'examen, qui dépend des éléments diagnostiques déjà recueillis (le nombre d'éléments évocateurs, leur nature et leur intensité doivent être pris en compte) ;
- la présentation clinique du patient (forme clinique prédominante, douleur, gêne fonctionnelle, sévérité) ;
- l'impact attendu sur la prise en charge thérapeutique ;
- les risques potentiels liés aux traitements envisagés.

► HLA B27

En présence de signes cliniques ou radiologiques évocateurs mais sans certitude diagnostique, la positivité du HLA B27 renforce le faisceau d'arguments en faveur d'une spondylarthrite. Sa négativité n'élimine pas le diagnostic.

► Imagerie

Forme axiale de spondylarthrite

En l'absence de lésion radiographique évidente, un avis spécialisé est nécessaire pour juger de l'intérêt d'une imagerie complémentaire :

- IRM des sacro-iliaques et/ou du rachis à la recherche de signes inflammatoires ;
- scanner des sacro-iliaques à la recherche de lésions structurales, si la radiographie des sacro-iliaques est douteuse.

Leur normalité n'exclut pas le diagnostic.

La scintigraphie osseuse n'est pas recommandée pour faire le diagnostic de sacro-iliite.

Formes périphériques de spondylarthrite

L'IRM et le scanner des sacro-iliaques ne sont pas recommandés pour le diagnostic s'il n'existe pas de symptômes axiaux.

Une IRM à la recherche de signes d'enthésite (centrée sur le site le plus symptomatique) n'est justifiée que si le résultat permet d'adapter la prise en charge.

La scintigraphie osseuse est utile en cas de suspicion d'ostéite, en permettant de rechercher d'autres sites osseux atteints.

Des algorithmes schématisant les stratégies diagnostiques adaptées aux différentes formes cliniques sont proposés en annexe 4.

6 Quel bilan de référence après le diagnostic ?

En complément du bilan diagnostique, il est recommandé que le patient bénéficie d'une évaluation clinique réalisée par un médecin rhumatologue ou interniste, qui servira de référence pour optimiser le suivi ultérieur.

Contenu de cette évaluation :

Interrogatoire

- Recueil des données cliniques générales :
 - âge, taille, sexe ;
 - comorbidités et antécédents ;
 - facteurs de risques cardiovasculaires dont le tabac ;
 - traitements en cours.

- Il est recommandé d'évaluer le ressenti du patient par :
 - l'appréciation par le patient de son état de santé ;
 - la douleur nocturne rachidienne ;
 - une EVA de la douleur globale liée à la spondylarthrite la semaine précédente ;
 - le dérouillage matinal rachidien ;
 - une EVA de l'asthénie.

Au mieux, ces éléments sont recueillis par l'indice composite BASDAI pour les formes axiales et par le compte des articulations et/ou entèses douloureuses pour les formes périphériques, et par l'appréciation globale du patient.

- Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles, par exemple en utilisant l'indice composite BASFI.

Examen somatique

- Il est recommandé d'évaluer :
 - la statique et la mobilité rachidienne aux niveaux cervical et lombaire ;
 - la mobilité des hanches ;
 - l'ampliation thoracique.

- Outre les articulations coxo-fémorales, il est recommandé d'évaluer les articulations douloureuses, les articulations gonflées et les entèses douloureuses. Aucun index n'a pu montrer de supériorité par rapport à l'autre.

Examens paracliniques

Le diagnostic étant posé, aucun examen biologique ou d'imagerie supplémentaire n'est nécessaire pour l'évaluation initiale (en dehors du bilan préthérapeutique). Cependant, en présence de signes cliniques (douleur, raideur) les radiographies du rachis cervical et dorsal permettent d'évaluer l'atteinte structurale.

7 Information du patient

Les principales informations qu'il est recommandé que le praticien soit à même de transmettre sont les suivantes.

7.1 Pronostic des spondylarthrites

- L'évolution symptomatique des spondylarthrites est imprévisible mais demeure le plus souvent compatible avec une vie sociale et professionnelle normale chez un patient informé, éduqué, traité et accompagné.
- Au quotidien les principaux symptômes de la maladie (douleur, fatigue, etc.) demeurent peu visibles au plan individuel. Leur quantification est recommandée (EVA) pour une meilleure prise en compte de leurs répercussions sur la qualité de vie.
- Il existe des formes sévères qui peuvent évoluer vers une atteinte structurale invalidante.
- Une activité professionnelle normale doit être encouragée. L'adaptation du poste de travail ou la mise en invalidité sont discutées s'il existe des éléments de sévérité.
- À l'échelle individuelle, les principaux facteurs semblant indiquer un moins bon pronostic sont à prendre en considération lorsqu'ils surviennent au cours des deux premières années de la maladie :
 - atteinte coxo-fémorale ;
 - autre atteinte périphérique ;
 - âge de début précoce de la maladie (< 16 ans) ;
 - sexe masculin ;
 - faible efficacité des AINS ;
 - vitesse de sédimentation supérieure à 30 mn à la première heure ;
 - le tabagisme est associé à un moins bon pronostic dans plusieurs études.

7.2 Spondylarthrite et grossesse

- La spondylarthrite n'a pas d'incidence sur la fertilité et le déroulement de la grossesse.
- Un désir de procréation nécessite de reconsidérer la prise en charge thérapeutique.
- L'effet de la grossesse sur l'activité de la spondylarthrite est variable.

7.3 Spondylarthrite et transmission familiale

- Le gène HLA B27 n'est pas le seul déterminant génétique des spondylarthrites. La présence de ce gène ne permet pas à elle seule d'affirmer le diagnostic et son absence n'exclut pas le diagnostic.
- Aussi, en l'absence de symptôme évocateur de spondylarthrite, la recherche de l'HLA B27 au sein de la famille d'un patient atteint de spondylarthrite n'a pas d'intérêt.
- La probabilité de transmission à un parent du premier degré (par exemple : enfant d'un patient atteint) serait environ de 10 %.

7.4 Manifestations extra rhumatologiques nécessitant le recours urgent au spécialiste

- La survenue de manifestations ophtalmologiques évocatrices d'uvéïte nécessite l'avis urgent d'un ophtalmologiste pour confirmation diagnostique et prise en charge thérapeutique immédiate dans le but de prévenir la survenue de complications.
- En dehors des complications aiguës liées aux traitements, telles que la survenue d'un ulcère gastro-duodéal lié aux AINS, l'apparition de manifestations intestinales

évocatrices de maladies inflammatoires chroniques des intestins ne nécessite que rarement une prise en charge spécialisée en urgence.

7.5 Spondylarthrites et vaccination

- Les vaccinations habituelles doivent être réalisées chez les patients atteints de spondylarthrite. La vaccination antigrippale peut être pratiquée quel que soit le traitement en cours. L'utilisation de vaccins vivants atténués, vaccin contre la fièvre jaune ou BCG par exemple, est contre indiquée en cas de traitement par anti-TNF ou immunosuppresseur.

7.6 Sources d'informations pour le patient

- Plusieurs brochures d'informations sont distribuées par les associations de patients atteints de spondylarthrite : Association française des spondylarthritiques (AFS), Spondylis, Association de lutte contre la spondylarthrite ankylosante et les spondylarthropathies apparentées, notamment.
- Les principales associations de patients atteints de spondylarthrite sont indiquées en annexe 5.

8 Quelle stratégie médicamenteuse adopter ?

Les traitements actuels sont symptomatiques. Ils visent à lutter contre la douleur, la raideur et le retentissement fonctionnel de la maladie. L'efficacité du traitement doit être évaluée à l'aide des critères de jugement correspondants (voir chapitre 10 : surveillance et suivi du patient). La stratégie thérapeutique dépend de la forme clinique (axiale ou périphérique).

► Antalgiques

Quelle que soit la présentation clinique de la spondylarthrite, et à tous les stades de la maladie, selon l'intensité de la douleur, il est recommandé de proposer un traitement antalgique à base de paracétamol ou d'opioïdes faibles (dextropropoxyphène, tramadol, codéine, dihydrocodéine), seul ou en association avec les traitements de première ou de deuxième intention. Bien que leur efficacité n'ait pas été validée pour les spondylarthrites, le recours aux opioïdes forts est parfois nécessaire.

8.1 Spondylarthrites à prédominance axiale

► Médicaments symptomatiques de première intention

AINS

Lors des phases douloureuses, il est recommandé de débiter un traitement par un AINS *per os* (grade A) en recherchant la dose minimale efficace, sans dépasser la dose maximale définie par l'AMM. Le traitement est limité à la période symptomatique.

Les différentes molécules disponibles sont efficaces (grade A) notamment sur la douleur, la raideur, la durée du dérouillage matinal, l'incapacité fonctionnelle et l'activité de la maladie. Il n'y a pas d'argument pour privilégier une molécule par rapport aux autres, y compris au regard de leur sélectivité vis à vis de la cyclo-oxygénase 2. La tolérance de la phénylbutazone et du piroxicam étant moins bonne que celle des autres AINS, ces molécules ne sont pas recommandées en première intention.

En cas d'échec (inefficacité ou mauvaise tolérance), il est recommandé de changer d'AINS car il existe des différences individuelles d'efficacité et de tolérance.

Le risque gastro-duodéal augmente avec la dose d'AINS (niveau de preuve 1 sur des critères endoscopiques). Le caractère dose-dépendant du risque d'ulcère symptomatique et de saignement digestif a été confirmé par des études épidémiologiques. Le risque de lésions gastriques et duodénales augmente également avec la durée du traitement (niveau de preuve 1). Le traitement préventif par inhibiteurs de la pompe à protons ou par misoprostol est efficace (niveau de preuve 1).

Si l'administration prolongée d'AINS à une dose élevée est nécessaire, il est recommandé de lui associer un gastroprotecteur efficace (inhibiteur de la pompe à protons ou misoprostol - prescription hors AMM). Il convient de rappeler que ce traitement préventif n'est recommandé par l'Afssaps que dans les situations suivantes :

- âge supérieur à 65 ans ;
- antécédent d'ulcère gastrique ou duodéal, compliqué ou non compliqué. Dans ce cas une infection à *Helicobacter pylori* doit être recherchée et traitée ;
- association d'antiagrégant plaquettaire, notamment d'aspirine à faible dose et de clopidogrel, et/ou de corticoïdes et/ou d'anticoagulant. Ces associations doivent de principe être évitées.

Corticoïdes

Les corticoïdes par voie orale n'ont pas démontré leur efficacité dans les formes axiales de spondylarthrite. Ils sont jugés efficaces chez certains patients (sur la base de données empiriques) en cas de contre indication, d'échec ou d'intolérance aux AINS. **Leur utilisation doit être limitée à de courtes périodes et aux posologies minimales efficaces** notamment pour éviter une corticodépendance. Le suivi du patient doit comporter l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance.

Les infiltrations locales de corticoïdes, en particulier des sacro-iliaques, peuvent également être utilisées (grade C).

► Médicaments de deuxième intention (traitements de fond conventionnels et anti-TNF)

Le traitement de 2^e intention ne doit être **envisagé qu'après l'échec du traitement symptomatique de première intention**, qui se définit comme une utilisation infructueuse, sur une période minimale de 3 mois au total, d'au moins 3 AINS différents employés à leur posologie maximale préconisée par l'AMM ou tolérée.

Dans cette situation, les seuls médicaments ayant démontré leur efficacité⁵ sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle et l'activité de la maladie sont les anti-TNF (niveau de preuve 1) mais leur impact sur l'évolution de la maladie et les dommages structuraux n'est pas établi. Il reste des incertitudes sur leurs effets indésirables, notamment à long terme⁶. La prescription initiale des anti-TNF dans les spondylarthrites est hospitalière et réservée aux spécialistes en rhumatologie ou en médecine interne (voir les conditions de délivrance en annexe 6). Les molécules disposant de l'AMM pour cette indication sont l'éta nercept, l'adalimumab et l'infliximab.

⁵ NNT = 2,6 pour l'ASAS20 (nombre nécessaire de patients à traiter pour que l'un d'entre eux soit répondeur)

⁶ Il est fortement recommandé de se référer au RCP du produit et au site de l'Afssaps (www.afssaps.sante.fr) car les anti-TNF alpha font l'objet d'une surveillance attentive en pharmacovigilance et les RCP des produits actuellement disponibles en France sont régulièrement mis à jour, notamment au niveau des rubriques 4.4 (précautions d'emploi et mises en garde spéciales) et 4.8 (effets indésirables). Il est également fortement recommandé de se rendre sur le site Internet de l'EMA (<http://www.emea.europa.eu/htms/human/epar/a.htm>).

Il est recommandé de prescrire un anti-TNF en cas d'échec du traitement de première intention (grade A), **sous réserve que les conditions suivantes soient réunies** :

1. le diagnostic de spondylarthrite est avéré⁷ ;
 2. la maladie est active : constatation à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervalle) d'une activité de la spondylarthrite (BASDAI supérieur à 4) ;
 3. la maladie est sévère (cf. § 2.2 page 9) ;
 4. malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée.
- Si ces conditions ne sont pas réunies, il est possible de recourir à la sulfasalazine (2 à 3 g par jour dans les essais cliniques, prescription hors AMM), sous réserve de l'évaluation de sa tolérance. Son efficacité est modeste dans les formes axiales de spondylarthrite, portant surtout sur la raideur matinale (niveau de preuve 1). Elle est vraisemblablement plus importante en cas d'atteinte périphérique associée (niveau de preuve 2).

Avant la mise en route du traitement de 2^e intention, il est recommandé d'apprécier avec chaque patient et pour les différentes options thérapeutiques la balance entre le bénéfice attendu compte tenu de la sévérité de la maladie et le risque potentiel encouru, puis d'en évaluer rigoureusement la tolérance, conformément à leur RCP.

Pour conclure à l'inefficacité d'un anti-TNF, il doit avoir été administré conformément à son AMM spécifique : durée maximale recommandée en cas d'absence d'amélioration, posologie (cf annexe 6).

Les modalités thérapeutiques des anti-TNF sont identiques, qu'il s'agisse de formes axiales pures ou de formes à prédominance axiale associées à des enthésites périphériques.

L'absence de données suffisantes dans la littérature ne permet pas de préciser :

- la hiérarchie de prescription des 3 anti-TNF disposant actuellement de l'AMM en France pour cette pathologie. Aucune étude publiée n'a comparé directement l'efficacité de ces 3 traitements. Le choix entre ces molécules doit prendre en compte pour chaque patient : les données de tolérance et d'efficacité et les pathologies associées ; les modalités d'administration ; les souhaits et attentes du patient ;
- des schémas d'adaptation des doses d'anti-TNF et du rythme d'administration en fonction de la réponse clinique, notamment dans les formes évoluant par poussées ;
- l'alternative la plus pertinente en cas de remplacement d'un anti-TNF par un autre ;
- l'utilité d'associer du méthotrexate aux anti-TNF dans le but d'augmenter l'efficacité du traitement.

Sur le plan économique, la littérature ne permet pas de conclure avec un degré de certitude suffisant sur le caractère significativement plus coût-efficace d'un traitement par rapport à un autre. À court terme, les rapports coût-efficacité des anti-TNF sont élevés (au-delà des seuils généralement acceptés). À long terme, les coûts ont tendance à diminuer mais l'impact budgétaire engendré par ces traitements demeure important.

En l'absence de données suffisantes dans la littérature il n'est pas recommandé d'utiliser le léflunomide, un antagoniste du récepteur de l'interleukine-1 ou un bisphosphonate.

⁷ La confirmation du diagnostic est du ressort du spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

Tableau 1. Stratégie de prise en charge des spondylarthrites à prédominance axiale : traitement médicamenteux

	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	Limiter 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) ▪ maladie sévère* ▪ malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée 		Uniquement en cas d'échec du traitement de 1 ^{ère} intention
	Les 4 critères sont présents : anti-TNF	L'un des critères est absent : Sulfasalazine surtout si atteintes périphériques associées	Évaluation au cas par cas du rapport bénéfique/risque Réévaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance

* voir § 2.2 page 9

8.2 Spondylarthrites à prédominance arthritique périphérique

Spondylarthrites avec arthrite périphérique

(NB : la stratégie de prise en charge des spondylarthrites périphériques à prédominance enthésitique est à adapter au cas par cas à partir des mêmes critères).

► Médicaments symptomatiques de première intention

Le choix des traitements de première intention doit prendre en compte le contexte local et/ou général et en particulier les éventuelles manifestations extra articulaires associées.

Il est recommandé d'utiliser en première intention :

- un AINS, selon les mêmes modalités que pour les formes axiales (grade C) ;
- ou une infiltration intra articulaire d'un corticoïde retard en cas de monoarthrite, voire d'oligoarthrite (grade B).

En cas d'**inefficacité ou de contre indication ou d'intolérance aux AINS**, il est possible de prescrire une corticothérapie par voie générale. Elle est notamment proposée en cas de poussée de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) associée.

La corticothérapie doit être administrée à la posologie minimale efficace et se limiter aux poussées évolutives, notamment pour éviter une corticodépendance. Le suivi du patient doit comporter l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance.

► Médicaments de deuxième intention (traitements de fond conventionnels et anti-TNF)

Un traitement de fond est justifié :

- en cas de contre indication, d'échec ou d'intolérance des médicaments de première intention (AINS ± corticothérapie locale) ;
- ou du fait des pathologies associées, selon leur sévérité (MICI, psoriasis, uvéite).

En l'absence de données formelles, il est recommandé d'apprécier avec chaque patient et pour les différentes options thérapeutiques la balance entre le bénéfice attendu compte tenu de la

sévérité de la maladie, et le risque potentiel encouru. Il est proposé de débiter le traitement de fond par l'une des molécules conventionnelles suivantes :

- sulfasalazine⁸ (hors AMM) ;
- léflunomide⁹ ;
- méthotrexate¹⁰.
 - ▶ Il est conseillé d'utiliser des doses de méthotrexate progressivement croissantes sans dépasser 25 mg/semaine. Il est justifié de poursuivre ce traitement pendant 3 mois avant de conclure à l'échec du méthotrexate.

Les autres traitements conventionnels de fond n'ont pas fait la preuve d'un rapport bénéfices/risques suffisant. Ils ne sont pas recommandés dans cette indication.

▶ Utilisation des anti-TNF

Les **anti-TNF** ont démontré leur efficacité¹¹ sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle et la qualité de vie (niveaux de preuve 1 et 2), mais il reste des incertitudes sur leurs effets indésirables à long terme. Dans les formes de spondylarthrite avec arthrite périphérique active et sévère, il est recommandé de passer à un traitement de deuxième intention par anti-TNF (grade A) si les conditions suivantes sont réunies :

1. le diagnostic de spondylarthrite est avéré¹² ;
2. la maladie est active : constatation à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervalle) de 3 articulations gonflées et douloureuses simultanément ;
3. la maladie est sévère (cf. § 2.2 page 9) ;
4. malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée, éventuellement associée à un médicament de fond (en particulier dans le rhumatisme psoriasique) et/ou à des thérapeutiques locales (en particulier, injections intra-articulaires de corticoïdes).

L'absence de données suffisantes dans la littérature ne permet pas de préciser :

- la hiérarchie de prescription des 3 molécules disposant actuellement de l'AMM en France pour cette pathologie : l'adalimumab, l'éta nercept, et l'infliximab. Aucune étude publiée n'a comparé directement l'efficacité de ces 3 traitements. Le choix entre ces molécules doit prendre en compte pour chaque patient : les données de tolérance et d'efficacité et les pathologies associées ; les modalités d'administration ; les souhaits et attentes du patient ;
- des schémas d'adaptation des doses d'anti-TNF et du rythme d'administration en fonction de la réponse clinique, notamment dans les formes évoluant par poussée ;
- l'alternative la plus pertinente en cas de remplacement d'un anti-TNF par un autre anti-TNF ;
- l'utilité de l'association du méthotrexate aux anti-TNF dans le but d'augmenter l'efficacité du traitement.

Les manifestations non rhumatologiques des spondylarthrites font l'objet d'une prise en charge spécifique et spécialisée au cas par cas.

⁸ Efficacité modeste (niveau de preuve 1)

⁹ Efficacité sur les symptômes cliniques démontrée seulement dans le rhumatisme psoriasique (niveau de preuve 1) (AMM dans le rhumatisme psoriasique).

¹⁰ Compte tenu des similitudes et par analogie avec la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde, en l'absence de données suffisantes dans la spondylarthrite - AMM pour le rhumatisme psoriasique.

¹¹ NNT = 2,6 pour le score ASAS20 (nombre de patients à traiter pour que l'un d'entre eux soit répondeur).

¹² La confirmation du diagnostic est du ressort du spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

Tableau 2. Stratégie de prise en charge des spondylarthrites à prédominance périphérique : traitement médicamenteux

	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	Limiter 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 § 2.2 page 9

9 Prise en charge non médicamenteuse

Les interventions thérapeutiques non médicamenteuses sont complémentaires des traitements médicamenteux et ne s'y substituent pas. Elles doivent être systématiquement envisagées lors de l'élaboration du projet thérapeutique global quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Le recours à ces interventions nécessite un examen clinique détaillé qui permet de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques en fonction de l'activité et du stade d'évolution de la maladie. Sa répétition permet de suivre les bénéfices obtenus par le traitement.

Ce chapitre concerne les formes axiales de spondylarthrite. Pour les formes périphériques, il est recommandé par analogie de s'inspirer de la prise en charge des polyarthrites rhumatoïdes, décrite dans les recommandations « Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels 2007 » (www.has-sante.fr).

9.1 Traitements physiques

Les principaux objectifs sont l'entretien de la mobilité rachidienne, de la force musculaire, de la forme physique générale, la prévention des déformations, la conservation de la capacité respiratoire et la lutte contre la douleur.

La prise en charge rééducative, recommandée à tous les stades de la maladie, doit être adaptée à l'état clinique du patient. Une évaluation précoce spécifique (en termes de déficience, d'incapacité et de handicap) est recommandée. Elle est réalisée par un masseur-kinésithérapeute (bilan-diagnostic en kinésithérapie) et/ou un médecin de médecine physique et de réadaptation et/ou le rhumatologue à la phase initiale de la maladie, et pourra être renouvelée en fonction de l'évolution.

Il est recommandé de réaliser la kinésithérapie préférentiellement en séances individuelles, plus efficaces à court terme que les séances en groupe et *a fortiori* que les auto-programmes seuls (grade B). La réalisation des séances de kinésithérapie doit être encadrée par un bilan de début et de fin de soins adressé au médecin prescripteur. Dans tous les cas, un auto-programme comportant quelques exercices (exercices actifs et exercices autopassifs : postures par ex.), doit être enseigné par le masseur-kinésithérapeute afin d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa maladie. Le masseur-kinésithérapeute doit s'assurer qu'ils sont compris et correctement réalisés.

Les activités physiques et sportives sont recommandées. Elles doivent être compatibles avec l'état général et physique du malade, notamment sur le plan ostéo-articulaire et cardiovasculaire.

Forme axiale de spondylarthrite

La faiblesse des preuves disponibles ne permet pas de hiérarchiser les techniques, méthodes et actions qui, selon la phase de la spondylarthrite, peuvent être utilisées. Les principes de base dont il est recommandé de s'inspirer pour la prise en charge du patient sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3. Stratégie de prise en charge des spondylarthrites à prédominance axiale : traitement physique

	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	Recherche d'une amplitude thoracique maximale	Maintien de la capacité vitale respiratoire
Exercices aérobie	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Oui	Oui
Corrections posturales	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Oui	Non
Renforcement musculaire	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Dynamique ou isométrique	Isométrique
Conseils ergonomiques	Oui	Oui	Oui
Prise en charge par un ergothérapeute	Oui	Oui	Oui
Éducation du patient	Entretien articulaire	Auto-programme	Auto-programme

TTT = traitement

Formes périphériques de spondylarthrite

Il est recommandé d'évaluer systématiquement et au cas par cas l'utilité des orthèses plantaires pour les atteintes de l'arrière pied (enthésite calcanéenne). Pour les autres localisations, se référer par analogie aux recommandations sur la polyarthrite rhumatoïde (recommandations professionnelles de la HAS : « Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels 2007 » (www.has-sante.fr)).

9.2 Autres traitements non médicamenteux

► Ostéopathie et chiropraxie

L'absence de preuves dans la littérature ne permet pas de recommander l'ostéopathie et la chiropraxie dans la prise en charge des spondylarthrites. Les techniques de manipulation vertébrale sont contre indiquées en cas d'ankylose rachidienne.

► Créno-balnéothérapie (thermalisme)

La crénothérapie avec exercices en groupe est supérieure à la rééducation hebdomadaire à domicile sur un indice composite et par rapport au naproxène sur la douleur, la raideur et la fonction, dans des études de niveau de preuve 2.

La créno-balnéothérapie peut être proposée dans la prise en charge des spondylarthrites, sans que les données de la littérature et l'avis des professionnels permettent d'en préciser les indications.

► Prise en charge chirurgicale

Les données disponibles ne permettent pas de dégager des spécificités pour la chirurgie prothétique de la hanche dans le cadre de la spondylarthrite par rapport à ses indications habituelles hors spondylarthrite. L'indication doit être posée au cas par cas en tenant compte de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle sous traitement, de l'atteinte structurale et des souhaits et attentes du patient.

La faiblesse des données de la littérature ne permet pas d'établir la place de la chirurgie rachidienne dans la prise en charge des spondylarthrites.

La mise en place d'essais cliniques prospectifs destinés à préciser l'efficacité, la sécurité et les indications de ces deux types de chirurgie dans le cadre de la spondylarthrite est recommandée.

9.3 Prise en charge médico sociale

► Demande d'exonération du ticket modérateur

Après discussion et accord du patient, il est recommandé au médecin traitant¹³ d'adresser une demande d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dès que les critères d'admission en ALD sont confirmés par le médecin spécialisé en rhumatologie ou en médecine physique et de réadaptation ou en médecine interne.

Il est recommandé au médecin traitant d'élaborer le protocole de soins en collaboration avec le médecin spécialisé en rhumatologie.

► Procédures d'aménagement professionnel

- Quand solliciter le médecin du travail ?

Il est recommandé de programmer, après discussion et accord du patient, un rendez vous avec le médecin du travail dès que la spondylarthrite entraîne une répercussion notable et durable

¹³ La loi de réforme de la sécurité sociale du 13 août 2004 confie au médecin traitant l'élaboration du protocole de soins. Néanmoins, afin de ne pas retarder la prise en charge à 100 % lorsque les conditions médicales sont satisfaites, une procédure dérogatoire existe : le médecin hospitalier ou spécialiste établit le protocole de soins pour demander une prise en charge à 100 % ; il en informe le médecin traitant, s'il est désigné. Il remet et fait signer au patient le volet qui lui est destiné. La prise en charge à 100 % est ouverte dans un premier temps pour 6 mois.

dans la vie professionnelle du patient. Cette mesure vise à promouvoir le maintien de l'activité professionnelle du patient.

Il est possible de programmer ce rendez vous au cours d'un arrêt de travail (visite de pré reprise) ce qui permet d'envisager les aménagements éventuels à organiser si la reprise du travail ne semble pas pouvoir être effectuée dans les conditions de travail antérieures.

Il est recommandé d'adresser au médecin du travail toutes les informations utiles à l'évaluation de la sévérité et de l'évolutivité de la pathologie après discussion et accord du patient et par son intermédiaire.

- **Quand solliciter une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ?**

Il est recommandé de conseiller au patient de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure, durablement, d'assurer son emploi dans les conditions habituelles ou d'y postuler sans aménagement. Cette reconnaissance est confidentielle et son utilisation auprès de l'employeur est laissée à l'appréciation du patient.

Cette reconnaissance s'obtient après avis de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)¹⁴ qui statue au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elle permet l'obtention d'aides pour le patient (techniques et humaines) et pour l'entreprise, visant au maintien ou à la recherche d'emploi.

- **Quand solliciter une mise en invalidité, ou une retraite pour inaptitude ou anticipée ?**

Lorsque l'état de santé stabilisé impose une cessation totale ou partielle d'activité professionnelle, il est recommandé de solliciter un entretien avec un assistant de service social avant de déclencher les procédures de mise en invalidité, retraite anticipée ou retraite pour inaptitude.

Du fait de la multiplicité des systèmes français de protection sociale, variant sensiblement selon le statut professionnel du patient, aucune recommandation générale ne peut être proposée.

► **Procédures de protection sociale**

Il est recommandé de programmer un entretien avec un assistant de service social dans les cas suivants :

- en cas de situation sociale précaire ou difficile, en particulier en l'absence de couverture complémentaire (mutuelle, prévoyance, assurance complémentaire) et dans l'attente de la prise en charge effective à 100 % des traitements et soins coûteux (délai de traitement administratif du dossier ALD) ;
- en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de 3 mois, afin que le patient connaisse rapidement ses droits et les adaptations prévisibles pour le maintien à l'emploi ;
- en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;
- en cas de gêne durable pour effectuer les actes de la vie quotidienne, au travail ou à la maison, afin d'évaluer ses besoins, de l'orienter vers la maison du handicap pour déposer l'ensemble des dossiers requis et de l'aider à mettre en place les aides nécessaires humaines (intervention d'ergonomes ou d'ergothérapeutes, d'aides ménagères, d'auxiliaires de vie ou d'intervenants en travail social et familial) ou matérielles (aides techniques, aménagement du domicile ou poste de travail).

► **Contact avec les associations de malades**

Il est recommandé d'informer tout patient atteint de spondylarthrite de l'existence d'associations de malades, dès que le diagnostic est formellement établi, et de lui en communiquer les coordonnées s'il le souhaite. Les associations de malades dispensent des conseils d'adaptation

¹⁴ CDAPH : cette commission remplace les anciennes Cotorep.

du mode de vie à la maladie : vie quotidienne, projets personnels et professionnels (voir la liste des associations de malades en annexe 5).

10 Surveillance et suivi d'un patient atteint de spondylarthrite

10.1 Suivi habituel du patient

Il est recommandé que le patient bénéficie d'une évaluation annuelle au minimum, par un praticien spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

► Il est recommandé d'évaluer le ressenti du patient, par :

soit :

- l'appréciation par le patient de son état de santé ;
- l'existence de douleur nocturne rachidienne ;
- une EVA¹⁵ de la douleur globale liée à la spondylarthrite la semaine précédente ;
- l'importance du dérouillage matinal rachidien ;
- une EVA de l'asthénie ;

soit l'indice composite BASDAI (et si forme périphérique : le nombre d'articulations gonflées et/ou enthèses douloureuses) et l'appréciation globale du patient.

► Il est recommandé d'évaluer la fonction, par exemple en utilisant le BASFI.

► Il est conseillé d'évaluer la mobilité. Plusieurs critères peuvent être considérés :

- l'inflexion latérale lombaire ;
- l'ampliation thoracique, bien que peu reproductible et peu sensible au changement ;
- l'indice de Schöber, bien que peu sensible au changement ;
- la mesure des distances mur-occiput ou tragus-mur ;
- la mobilité cervicale.

► La mesure de la taille peut être réalisée, bien que peu sensible au changement après 18 mois de suivi.

► Il est recommandé d'examiner cliniquement les articulations coxo-fémorales.

► Il est recommandé d'évaluer les articulations douloureuses, les articulations gonflées et les enthèses douloureuses. Aucun index n'a pu montrer de supériorité par rapport à un autre.

► Le suivi biologique systématique de marqueurs de l'inflammation (VS ou CRP) n'est pas recommandé.

► Il n'est pas recommandé de réaliser des radiographies systématiques de suivi. Par contre, la réalisation de clichés radiographiques doit être proposée lors d'un événement aigu ou particulièrement douloureux.

¹⁵ Echelle visuelle analogique

10.2 Hors suivi habituel du patient

- ▶ En dehors de ce bilan annuel, il est conseillé d'évaluer l'activité de la maladie par l'indice BASDAI (et si forme périphérique : le nombre d'articulations gonflées ou douloureuses) et par l'appréciation globale du patient à chaque consultation.
- ▶ En cas de manifestation articulaire, axiale ou enthésopathique inhabituelle ou aiguë, une consultation rapide est nécessaire.
- ▶ En cas de manifestation extra articulaire aiguë, une consultation spécialisée (en urgence, en particulier si uvéite) est recommandée.

RECOMMANDATION SUSPENDUE

Annexe 1. Critères diagnostiques et critères de classification des spondylarthrites

Critères diagnostiques :

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

A – Diagnostic

1. Critères cliniques

- lombalgie et raideur depuis plus de 3 mois, qui s'améliorent avec l'exercice mais ne sont pas soulagées par le repos
- diminution de la mobilité du rachis lombaire dans les plans sagittal et frontal
- 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

- spondylarthrite ankylosante avérée si le critère radiologique est associé à au moins 1 critère clinique
- spondylarthrite ankylosante probable si présence :
 - de 3 critères cliniques
 - 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 également 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 le début d'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 : <ul style="list-style-type: none">○ 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.

Annexe 2. BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*)

d'après Claudepierre *et al.*, 1997

Claudepierre P, Sibilia J, Goupille P, Flipo RM, Wendling D, Eulry F, *et al.* Evaluation of a French version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index in patients with spondyloarthritis. *J Rheumatol* 1997;24(10):1954-8.

Questions :

Cochez SVP la case la plus représentative de votre réponse, par exemple :
en vous référant à la dernière semaine



1. Où situez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Absent Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Où situez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Absent Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Où situez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou à la pression ?

Absent Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Où situez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

Absent Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0

½

1

1 ½

2 heures
ou plus

Méthode de calcul :

En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6. Puis calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions). Le score va donc de 0 à 10 (NB : dans la version originale de ces indices, ce sont des EVA de 100 mm que le malade doit cocher, et le résultat est compris entre 0 et 100).

Annexe 3. BASFI (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*)

d'après Calin *et al.*, 1994

Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, *et al.* A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994;21(12):2281-5.

Questions :

cocher SVP la case la plus représentative de votre réponse, par exemple :



en vous référant à la dernière semaine

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 vos chaussettes) ?**

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. **Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur ?**

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. **Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accoudoirs sans utiliser vos mains ou toute autre aide ?**

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. **Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos » sans aide ?**

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. **Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne ?**

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Pouvez-vous regarder par dessus votre épaule sans vous retourner ?

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (ex. : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports) ?

Sans aucune difficulté

Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail ?

Sans aucune difficulté

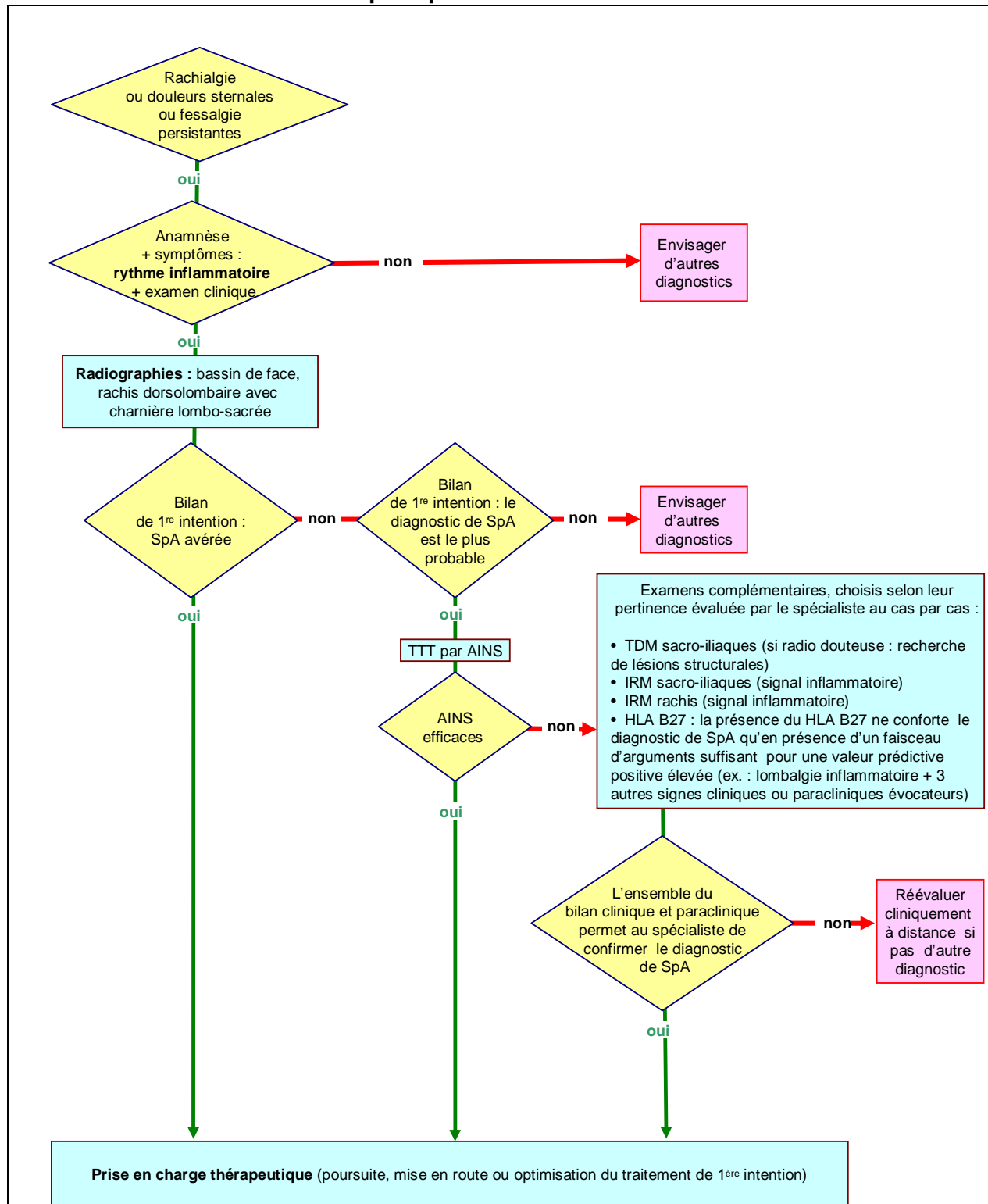
Impossible

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Méthode de calcul : la valeur du BASFI est la moyenne des valeurs obtenues aux 10 questions. Le score va donc de 0 à 10.

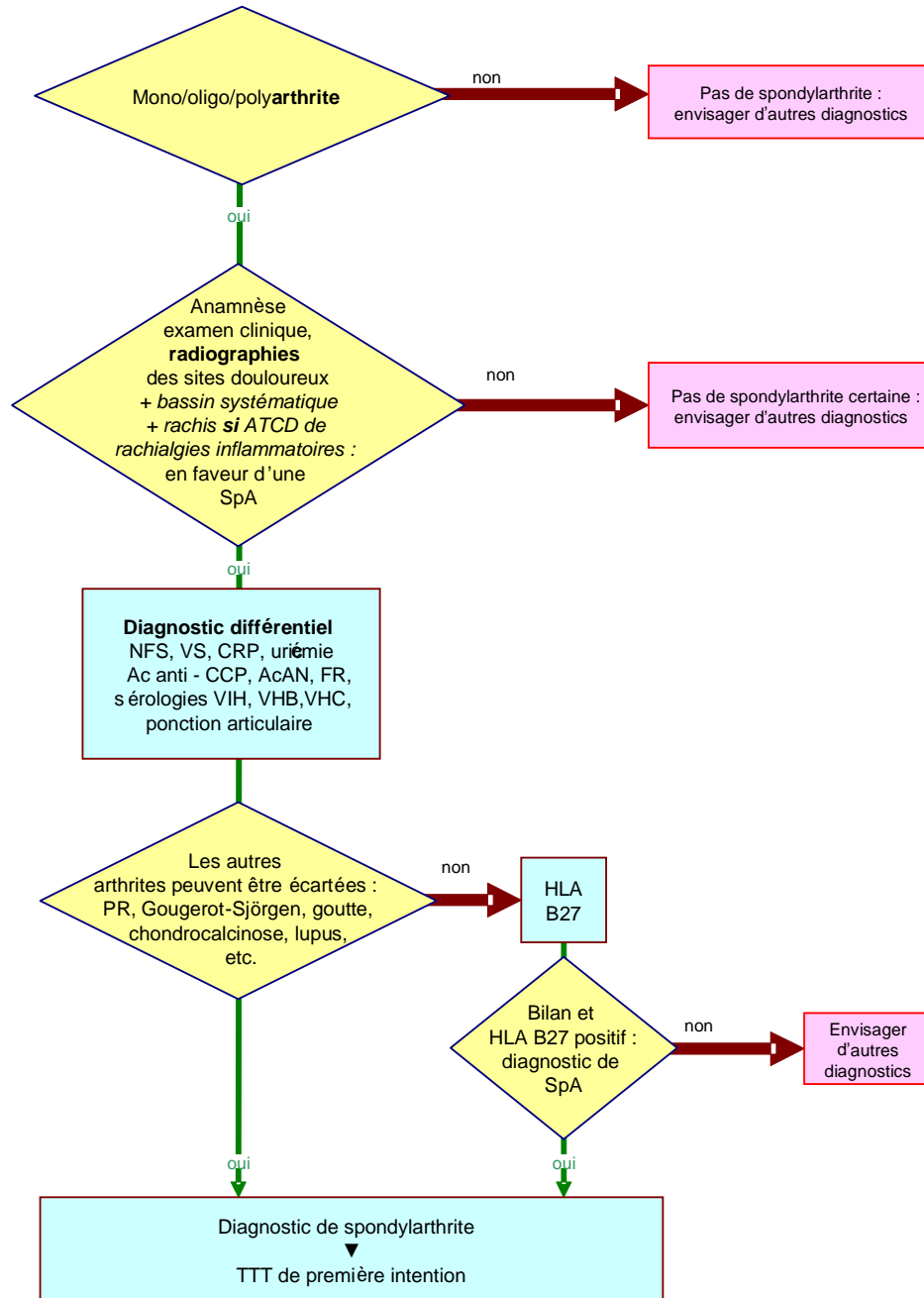
Annexe 4. Algorithmes. Stratégies diagnostiques pour les spondylarthrites

1 - Présentation clinique à prédominance axiale



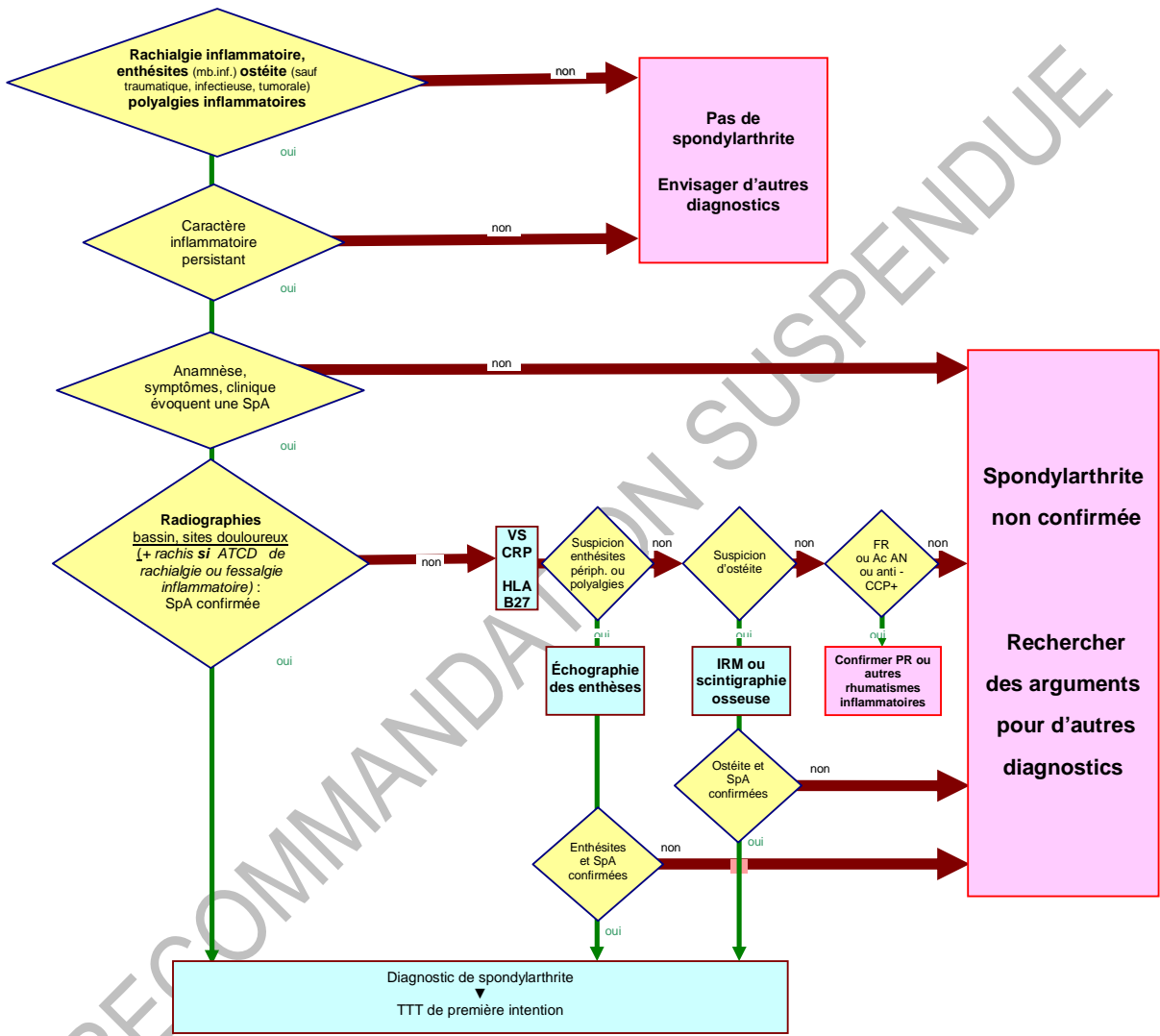
Stratégies diagnostiques pour les spondylarthrites

2 - Présentation clinique à prédominance périphérique arthritique.



REC

Diagnostic de Spondylarthrite
 TTT de première intention



RECOMMANDATION SUSPENDUE

Annexe 5. Associations de malades

Action Contre les Spondylarthropathies France (Acs-France)

9/11 rue du Borrego
75020 Paris
Tél : 0820 066 350 (Numéro indigo)
Site Internet : www.acs-france.org
Courriel : info@acs-france.org

ACSAC France - Fédération nationale des associations contre la spondylarthrite ankylosante et les spondylarthropathies

Mairie de Landivisiau
29400 Landivisiau
Tél : 02 98 24 72 80
Site Internet : www.acsac-france.asso.fr

Association Française de Lutte Antirhumatismale (AFLAR)

2 rue Bourgon
75013 Paris
Tél : 01 45 80 30 00
Numéro azur ALLO RHUMATISME : 0810 42 02 42
Site Internet : www.aflar.org
Courriel : aflar@wanadoo.fr

Association Française des Spondylarthritiques

50 rue des Armuriers
19150 LAGUENNE
Tél : 05 55 21 61 49
Site Internet : www.spondylarthrite.org
Courriel : info@spondylarthrite.org

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

Cité des associations
BL 325 - 93 la Canebière
13233 MARSEILLE CEDEX 20
Tél : 04 91 40 54 48
Site Internet : www.alussa.org
Courriel : alussa@alussa.org

Ligue Française Contre les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques Espace Rhumatisme Inflammatoire Chronique (ERIC)

9-11 rue Borrégo
75020 Paris
Téléphone : 01 46 36 10 05
Courriel : contact@espace-ric.com

SPONDYLIS

Hôpital Henri Mondor - Service Rhumatologie
51 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
94000 CRETEIL
Tél - Fax - Rép : 01 49 81 97 01
Site Internet : www.spondylis.org
Courriel : spondylis@wanadoo.fr

Annexe 6. Conditions de délivrance des anti-TNF dans les spondylarthrites

	Humira® (adalimumab)	Enbrel® 25 mg et 50 mg (étanercept)	Remicade® (infliximab)
Voie d'administration	Sous-cutanée	Sous-cutanée	Perfusion ≥ 2 h suivie d'une surveillance de 2 h
Disponibilité	Ville et hôpital	Ville et hôpital	Hôpital
Conditions de prescription et de délivrance	Prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en gastro-entérologie, en chirurgie digestive ou en médecine interne.	Prescription initiale hospitalière annuelle Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en pédiatrie et en dermatologie.	Médicament réservé à l'usage hospitalier Prescription réservée aux spécialistes et/ou aux services spécialisés en gastro-entérologie ou en médecine interne ou en chirurgie digestive ou en rhumatologie.
Remarque : les spécialistes sont rajoutés au fur et à mesure en fonction des extensions d'indications obtenues (dermatologie), concernant la SPA sont concernés les rhumatologues et la médecine interne.			
Indication	Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel.	Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.	Traitement de la spondylarthrite ankylosante chez les patients qui ont des signes axiaux sévères, des marqueurs sérologiques de l'activité inflammatoire élevés et qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel.
Posologie et voie d'administration	La posologie recommandée d'Humira pour les patients atteints de rhumatisme psoriasique et de spondylarthrite ankylosante est de 40 mg d'adalimumab en dose unique toutes les deux semaines, en injection sous-cutanée.	La dose recommandée est 25 mg d'Enbrel administrés deux fois par semaine ou de 50 mg administrés une fois par semaine.	5 mg/kg administrés en perfusion intraveineuse d'une durée de 2 heures suivie par des perfusions supplémentaires de 5 mg/kg aux semaines 2 et 6 après la première perfusion, puis ensuite toutes les 6 à 8 semaines. Si un patient ne répond pas à la semaine 6 (i.e. après 2 doses), aucun traitement supplémentaire par l'infliximab ne doit être administré.

RE

Méthode *Recommandations pour la pratique clinique*

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'utilisateurs.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'utilisateurs, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'utilisateurs. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission *Évaluation des stratégies de santé*).

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission *Évaluation des stratégies de santé*. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la commission *Évaluation des stratégies de santé*, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► Diffusion

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. § 1.7).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France 1999 ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Société française de rhumatologie (SFR)
- Collège français des enseignants de rhumatologie (Cofer)
- Société nationale française de médecine interne (SNFMI)
- Société française de radiologie et d'imagerie médicale (Sfrim)
- Société française de biochimie et d'immunochimie (SFBC)
- Société française d'immunologie (SFI)
- Société française de médecine générale (SFMG)
- Société française de thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)
- Société française de kinésithérapeute (SFK)
- Association française pour la recherche et l'évaluation en kinésithérapie (Afrek)
- Association nationale des kinésithérapeutes salariés (ANKS)
- Association française de lutte anti-rhumatismale (Aflar)
- Association de patients
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
- Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (Apnet)
- Société évaluation et de traitement de la douleur (SETD)
- Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cespharm)
- Société française de santé publique (SFSP)
- Fédération nationale des podologues (FNP)

Comité d'organisation

Pr Philippe Bertin, algologue, Limoges
Dr Sylvain Bouquet, généraliste, Villepinte
Mme Christine Cheyron, masseur-kinésithérapeute, Paris
Pr Pascal Claudepierre, rhumatologue, Créteil
Dr Richard Damade, médecine interne, Chartres
Dr Catherine Deguines, chef de projet Afssaps, Saint-Denis
Pr Jean-Luc Drape, radiologue, Paris
Pr Claude Dreux, Cespharm, ordre des pharmaciens, Paris
Dr Nathalie Dumarcet, chef de projet Afssaps, Saint-Denis
M. Marin-Philippe Durafourg, masseur-kinésithérapeute, Courbevoie

Pr Jean-François Eliaou, immunologiste, Montpellier
Dr Laurence Fond-Harmant, médecin de santé publique, Luxembourg
M. Jean-Pierre Godard, masseur-kinésithérapeute, Vitry-sur-Seine
Pr Christian Jorgensen, immunologiste, rhumatologue, Montpellier
Dr Lucile Musset, immunochimiste, Paris
M. Louis Olié, pédicure-podologue, Montpellier
Dr François Rannou, médecine physique et réadaptation, Paris
Dr Pascale Santana, médecin généraliste, Paris
Pr Alain Sarau, rhumatologue, Brest
Pr Daniel Wendling, rhumatologue, Besançon

Groupe de travail des recommandations sur la prise en charge thérapeutique et le suivi

Pr Bernard Bannwarth, rhumatologue, Bordeaux – Président du groupe de travail
Dr Emmanuelle Dernis-Labous, rhumatologue, Le Mans – Chargée de projet
Dr Gérald Streit, rhumatologue, Besançon – Chargé de projet
Dr Philippe Blanchard, chef de projet, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Nathalie Boutry, radiologue, Lille

Mme Chantal Buadès, masseur-kinésithérapeute, Paris
Pr Maxime Breban, rhumatologue, Boulogne-Billancourt
Dr Emmanuel Coudeyre, médecin de médecine physique et réadaptation, Chamalières
Mme Laurence Carton, représentante des malades, Créteil
Dr Guillaume Dantin, médecin généraliste, Villenave d'Ornon
Dr Christian De Gennes, médecine interne, Paris

M. Philippe Labarthe, masseur-kinésithérapeute, Cahors
Dr Jean-Marie Laroche, rhumatologue, Saint-Maur-dès-Fosses
Mme Odile Lesage, assistante sociale, Paris
Dr Pascale Nicaise-Roland, biologiste, Paris
Dr Stephan Pavy, rhumatologue, Paris
Dr Véronique Wilthien, médecin généraliste, Aubervilliers
Dr Isabelle Yoldjian, afssaps, Saint-Denis

Groupe de travail des recommandations sur le diagnostic

Pr Philippe Goupille, Rhumatologue, Tours, Président du groupe de travail
Dr Stephan Pavy, rhumatologue, Paris, Chargé de Projet
Dr Philippe Blanchard, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Mme Stéphanie Barré, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Mlle Fabienne Quentin, chef de projet, HAS, Saint-Denis
M. Sylvain Gueho, chef de projet Afssaps, Saint-Denis
Mme Isabelle Yoldjian, chef de projet, Afssaps, Saint-Denis
Mme Isabelle Bongiovanni, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Pr Martine Bagot, dermatologue, Créteil
Dr Sophie Caillat-Zucman, immunologiste, Paris
Docteur Bernard Carcone, médecine interne, Antony
Dr Karine Champion, médecine interne, Paris
Pr Isabelle Chary-Valckenaere, rhumatologue, Vandœuvre-lès-Nancy
Dr Maria-Antonietta d'Agostino, rhumatologue, Boulogne-Billancourt
M. Patrick Danesi, podologue, Trouville-sur-mer
Pr Jean-Charles Delchier, gastro-entérologue, Créteil

Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Paris
Dr Jean-Pierre Larrumbe, médecin généraliste, Velaux
M. Dominique Leroux, kinésithérapeute, Pontoise
Dr Jean-François Perrocheau, médecin généraliste, Cherbourg
Pr Thierry Schaefferbeke, rhumatologue, Bordeaux
Dr Thao Pham, rhumatologue, Marseille
Mme Martine Roch, représentante des malades, Vezin le coquet

Groupe de lecture des recommandations sur la prise en charge thérapeutique et le suivi

Pr Louis Auquier, rhumatologue, Paris
Pr Martine Bagot, dermatologue, Créteil
Dr Sophie Caillat-Zucman, immunologiste, Paris
Dr Bernard Carcone, médecine interne, Antony
M. Sylvain Célérier, masseur-kinésithérapeute, Maxéville-Nancy
Dr Karine Champion, médecine interne, Paris
Pr Isabelle Chary-Valckenaere, rhumatologue, Vandœuvre-lès-Nancy
M. Georges Chyderiotis, biologiste, Lyon
Pr Bernard Combe, rhumatologue, Montpellier
Dr Ornella Conort, pharmacien, Paris
Dr Maria-Antonietta d'Agostino, rhumatologue, Boulogne-Billancourt

M. Patrick Danesi, podologue, Trouville-sur-mer
Dr Sylvie Fabre, rhumatologue, Montpellier
Pr Bruno Fautrel, rhumatologue, Paris
Pr René-Marc Flipo, rhumatologue, Lille
Dr Romain Forestier, rhumatologue, Aix-les-Bains
Dr Gaetan Gentile, médecin généraliste, Puyricard
Dr Pascale Givron, médecine physique et réadaptation, Clermont-Ferrand
Pr Philippe Goupille, rhumatologue, Tours
Dr Jean-Claude Guiraud, médecin du travail, Ramonville-Saint-Agne

Mme Sarah Koné, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Dr Jean-Marie Laroche, médecin généraliste, Saint-Maur-dès-Fosses
Dr Jean-Pierre Larrumbe, médecin généraliste, Velaux
Dr Yves Le Noc, médecine générale, Nantes
M. Dominique Leroux, kinésithérapeute, Pontoise
Dr Michel Leveque, médecine générale, Thann
M. Pierre Lévy, économiste, Paris
Dr Philippe Lore, médecine interne, Tulle
Dr Albane Mainguy, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Dr Marie-Pascale Manet, rhumatologue, Paris
Dr Antoine Martin, rhumatologue, Saint-Brieuc
M. René Mazars, usager, La Primaube
Pr Olivier Meyer, rhumatologue, Paris
Dr Gilles Morlock, rhumatologue, Carcassonne

Dr Gaël Mouterde, rhumatologue, Montpellier
Mme Emmanuelle Orru Bravo, pharmacienne, Paris
Dr Jean-François Perrocheau, médecin généraliste, Cherbourg
Dr Thao Pham, rhumatologue, Marseille
Mme Célia Primus, chef de projet HAS, Saint-Denis
Mme Martine Roch, représentante des malades, Vezin le coquet
Mlle Sandrine Rollot, assistante sociale, Paris
M. Eric Savignat, masseur-kinésithérapeute, Lamentin
Pr Thierry Schaevebeke, rhumatologue, Bordeaux
Mme Karine Tilly, ergothérapeute, Rennes
Mme Christiane Wachter, ergothérapeute, Montpellier

Groupe de lecture des recommandations sur le diagnostic

Pr Bernard Bannwarth, rhumatologue, Bordeaux
Dr Hervé Bard, rhumatologue, Paris
Dr Jérôme Beaujard, médecin généraliste, La fare les oliviers
Dr Jean-Marie Berthelot, rhumatologue, Nantes
Dr Irina Bournerias, dermatologue, Créteil
Dr Jean-Louis Brasseur, radiodiagnostic, Montfermeil
Dr Nathalie Boutry, radiologue, Lille
Pr Maxime Breban, rhumatologue, Boulogne-Billancourt
Mme Chantal Buadès, masseur-kinésithérapeute, Paris
Mme Laurence Carton, représentante des malades, Créteil
Mr Sylvain Célérier, masseur-kinésithérapeute, Nancy
Pr Bernard Combe, rhumatologue, Montpellier
Dr Emmanuel Coudeyre, médecin de médecine physique et réadaptation, Chamalières
Dr Guillaume Dantin, médecin généraliste, Villenave d'Ornon
Dr Christian De Gennes, médecine interne, Paris
Dr Romain Forestier, rhumatologue, Aix les Bains
Dr Pierre Germain, rhumatologue, Le Bouscat

Dr Céline Kormann-Serre, médecin généraliste, Villepinte
M. Philippe Labarthe, masseur-kinésithérapeute, Cahors
Dr Jean-Marie Laroche, rhumatologue, Saint-Maur-dès-Fosses
Mme Odile Lesage, assistante sociale, Paris
Dr Pascale Nicaise-Roland, biologiste, Paris
Dr Olivier Obrecht, chef du service soldac, HAS, Saint-Denis
Dr Daniel Pariente, rhumatologue, Aix-en-Provence
Dr Stephan Pavy, rhumatologue, Paris
Dr Serge Perrot, rhumatologue, Paris,
Dr Anne-Marie Perroud, dermatologue, Brétigny-sur-Orge
Dr Thao Pham, rhumatologue, Marseille
Dr Xavier Puéchal, rhumatologue, Le Mans
Mr Dominique Rouland, podologue, Cherbourg
Dr Jean-Philippe Sanchez, rhumatologue, Billère
Dr Pascale Santana, médecin généraliste, Paris
Dr Olivier Scémama, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Dr Philippe Tauveron, rhumatologue, Tours
Mme Karine Tilly, ergothérapeute, Rennes
Mme Christiane Wachter, ergothérapeute, Montpellier
Dr Véronique Wilthien, médecin généraliste, Aubervilliers

Fiche descriptive

TITRE	Diagnostic, prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	<p>Les objectifs de ces recommandations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • préciser la place des traitements symptomatiques et de fond ainsi que des moyens non médicamenteux pour une stratégie de prise en charge globale des spondylarthrites • préciser les modalités de la prise en charge sociale et professionnelle des patients atteints de spondylarthrite • préciser les modalités de la surveillance du suivi des patients atteints de spondylarthrite
Professionnel(s) concerné(s)	Ces recommandations s'adressent en premier lieu aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge initiale des patients atteints de spondylarthrite, notamment rhumatologues, internistes, généralistes, biologistes, radiologues, spécialistes de la douleur, chirurgiens orthopédistes.
Demandeur	Caisses d'assurance maladie
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Pilotage du projet	<p>Coordination : Dr Philippe Blanchard, chef de projet, sous la direction de M. Frédéric de Bels, adjoint au chef de service, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) et M^{me} Stéphanie Barré, chef de projet, service évaluation économique et santé publique de la HAS (chef de service : M^{me} Catherine Rumeau-Pichon)</p> <p>Secrétariat : M^{me} Catherine Solomon, M^{lle} Jessica Layouni et M^{lle} Isabelle Le Puil</p> <p>Recherche documentaire : M^{lle} Mireille Cecchin, documentaliste, avec l'aide de M^{lle} Sylvie Lascols, service documentation de la HAS (chef de service : M^{me} Frédérique Pagès)</p>
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupes de travail (présidents : Pr Bernard Bannwarth, rhumatologue et pharmacologue, Bordeaux ; Pr Philippe Goupille, rhumatologue, Tours), groupe de lecture (cf. liste des participants)
Recherche documentaire	De janvier 1990 à septembre 2008
Auteurs de l'argumentaire	<p>Dr Emmanuelle Dernis-Labous, rhumatologue, Le Mans, chargée de projet</p> <p>Dr Stéphan Pavy, rhumatologue, Paris, chargé de projet</p> <p>Dr Gérald Streit, rhumatologue, Besançon, chargé de projet</p> <p>Dr Philippe Blanchard, Saint-Denis, chef de projet</p> <p>M^{lle} Ingrid Rebière, interne en pharmacie</p>
Validation	Avis de la Commission Évaluation des stratégies de santé Validation par le Collège de la HAS : juillet 2008
Autres formats	Synthèse et argumentaire téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr