

SYNTHESE

Spondylarthrite axiale

Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 28 mars 2024

Les données

La spondylarthrite axiale (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche 150 000 à 200 000 personnes en France, dont près de la moitié souffrent de formes sévères. Elle se déclare souvent chez les jeunes adultes entre 16 et 30 ans. Il existe une prédisposition génétique avec un antigène HLA-B27 (60 à 90 % des patients) et des facteurs environnementaux comme le tabac.

Chez les patients âgés de moins de 45 ans qui souffrent de lombalgies persistantes d'allure inflammatoire, c'est-à-dire de survenue nocturne améliorées par l'activité, on doit suspecter une SA. La confirmation du diagnostic repose sur la mise en évidence de signes de sacro-iliite à la radiographie simple (SA dite « radiographique », anciennement dénommée spondylarthrite ankylosante). En l'absence d'anomalies radiographiques, un avis spécialisé et des examens complémentaires sont nécessaires afin de caractériser une SA dite « non radiographique ».

La spondylarthrite axiale provoque essentiellement des douleurs et des raideurs articulaires, ainsi qu'une fatigue souvent importante et fréquemment des symptômes d'anxiété et de dépression. Elle peut au long cours retentir sur les muscles et les os, la fonction respiratoire, le système cardiovasculaire et le sommeil. Elle influe ainsi sur la condition physique et les capacités fonctionnelles du patient et altère sa qualité de vie.

Le niveau d'AP spontané des patients atteints de SA est inférieur à celui des sujets sains, niveau qui n'est ni influencé par le degré d'activité de la maladie, ni par la prise d'un traitement de fond. La diminution d'activité physique (AP) porte en particulier sur les AP d'intensité élevée.

La consultation médicale d'AP

Une consultation médicale d'AP est recommandée pour les AP d'intensité modérée à élevée. Elle permet de :

- évaluer la sédentarité, le niveau d'activité physique et la condition physique du patient ;
- évaluer le retentissement de la SA sur les activités de la vie quotidienne, avec éventuellement le calcul de l'index BASFI (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*) ;
- évaluer l'activité de la maladie (avec les douleurs, les raideurs, la fatigue), avec éventuellement le calcul de l'index BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) ;
- évaluer la motivation du patient aux AP et repérer les freins et les leviers à leur pratique, et si nécessaire proposer au patient la participation à un programme d'éducation thérapeutique ;
- évaluer le niveau de risque cardiovasculaire du patient (cf. guide HAS, tableau 15, page 29) et si nécessaire prendre un avis cardiologique (cf. guide HAS, tableau 25, page 42). Un haut degré d'inflammation est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant ;
- rechercher les contre-indications et points de vigilance aux AP ou sportives.

Les contre-indications et points de vigilance

La douleur est un facteur limitant la pratique d'une AP chez les personnes atteintes de SA. Il faut donc soulager la douleur et éviter les risques de blessure.

Certaines activités (sauts, course) peuvent entraîner l'apparition d'un œdème des sacro-iliaques avec des douleurs.

En cas de surdosage des exercices et de contraintes mécaniques exagérées sur les articulations portantes, des incidents peuvent survenir, tels qu'une poussée douloureuse sur des lésions d'enthésite préexistantes au rachis ou aux membres inférieurs (moyen glutéal, pointe de rotule, tendons calcaneés...).

Dans les formes sévères ankylosantes de la maladie, dites « colonne bambou », il existe, du fait de la réduction de la mobilité et de la baisse de la densité minérale osseuse, un risque grave et potentiellement létal de fracture instable du rachis lors d'un traumatisme même minime ou d'une chute (42-45).

Dans ces formes de SA sévères :

- certains mouvements sont soit impossibles, soit très limités, ce qui doit être connu du professionnel de santé, du professionnel de l'AP et du patient, pour la pratique d'une AP ou sportive ;
- la pratique d'un sport violent à risque de fracture rachidienne (sport de combat ou sport à risque de chute) est contre-indiquée et l'avis préalable d'un spécialiste est recommandé.

Conseils et prescription d'AP

Les conseils

Diminuer le temps total de sédentarité à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

Augmenter ses AP régulières de la vie quotidienne

La prescription d'AP selon la classification en 4 niveaux d'intervention du guide HAS

Une AP est toujours possible au minimum et même en cas de maladie active. Le risque de déclencher une poussée inflammatoire est réduit si l'AP est personnalisée, adaptée à la forme topographique de l'atteinte (axiale, périphérique, enthésitique) et à la phase évolutive de la maladie, dosée et progressive par paliers.

La maladie n'est pas stabilisée par le traitement pharmacologique

En cas de déficience à type de raideur rachidienne, costo-vertébrale, articulaire ou tendino-musculaire, de faiblesse musculaire ou de trouble de la proprioception, une prescription de rééducation (niveau 1) est proposée en SMR ou à domicile par un masseur-kinésithérapeute qui vise : à lutter contre l'enraidissement du rachis, de la cage thoracique (trouble de la statique à type de cyphose) et des articulations périphériques par des postures et des techniques d'assouplissement et un travail respiratoire ; à améliorer l'endurance musculaire et la force musculaire par un travail en renforcement musculaire ; à optimiser le contrôle neuromoteur des membres par un travail proprioceptif ; et à développer la capacité cardiorespiratoire par des exercices en endurance à sec ou en milieu aquatique, spécifiques ou non.

Selon la situation clinique et son évolution, la rééducation peut être associée ou poursuivie par un programme d'APA (niveau 2) par le masseur-kinésithérapeute, ou au mieux dans le cadre d'une collaboration avec un enseignant APA-S.

Chez un patient dont la maladie est stabilisée

La pratique d'une AP s'adresse à tous les patients atteints d'une SA dont l'état de santé est stable, quel que soit leur handicap, que l'atteinte soit axiale ou périphérique.

- Un programme APA supervisé par un professionnel de l'APA-S (niveau 2), qui associe des exercices d'endurance et de renforcement musculaire, peut être débuté chez un patient dont le traitement de fond est stable depuis plusieurs semaines et sur une maladie modérément active qui s'accompagne de facteurs associés de type inactivité, comorbidité et/ou d'un déconditionnement à l'effort.
- Une activité physique ou sportive de loisir ordinaire ou de type sport-santé supervisée par un éducateur sportif (niveau 3) ou en autonomie (niveau 4) est recommandée chez des patients avec une SA stabilisée avec des facteurs de risque contrôlés, ainsi qu'à la suite d'un programme d'APA, afin de maintenir ses effets bénéfiques par la pratique d'une AP régulière et durable.

Afin de favoriser une pratique sur le long terme, il est important de proposer des programmes intégrant des exercices simples, facilement reproductibles, à planifier dans sa vie quotidienne. Dans tous les cas, les barrières à l'AP doivent être identifiées et le patient doit être progressivement accompagné vers des AP et sportives en autonomie (niveau 4) ou supervisées par un éducateur sportif en tenant compte de ses choix et de ses préférences.