

# Spondylarthrites

Décembre 2008

## OBJECTIFS

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

## 1. CLASSIFICATION DES SPONDYLARTHrites

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

### Critères diagnostiques :

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

##### **A – Diagnostic**

##### **1. Critères cliniques**

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

##### **2. Critères radiologiques**

Sacro-iliite de grade  $\geq 2$  bilatérale ou sacroiliite de grades 3-4 unilatérale

##### **B – Gradation**

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

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

## Critères de classification (ils peuvent faciliter la démarche diagnostique)

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

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

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

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

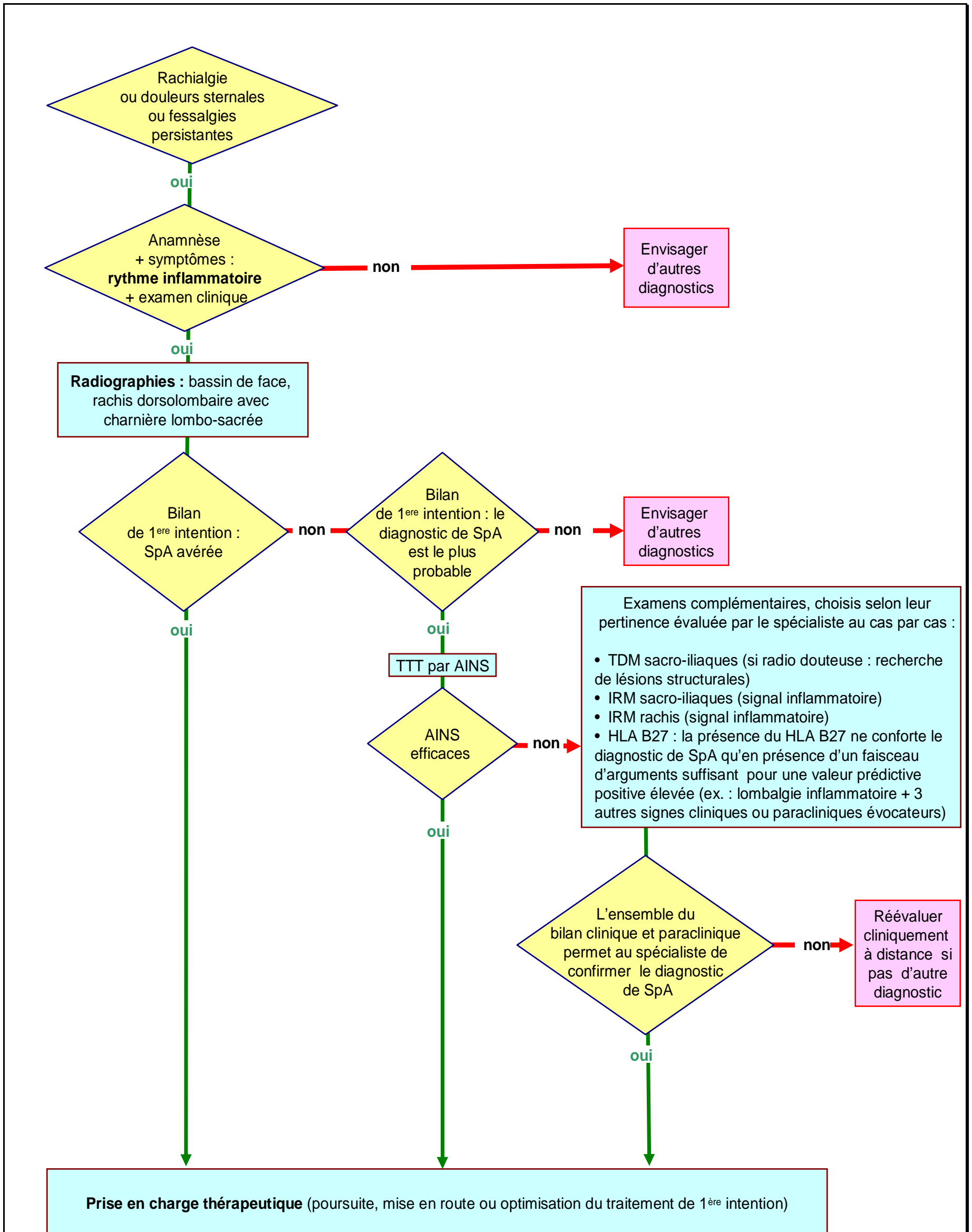
### 2 – Classification de l'ESSG, d'après Dougados *et al.*, 1991

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

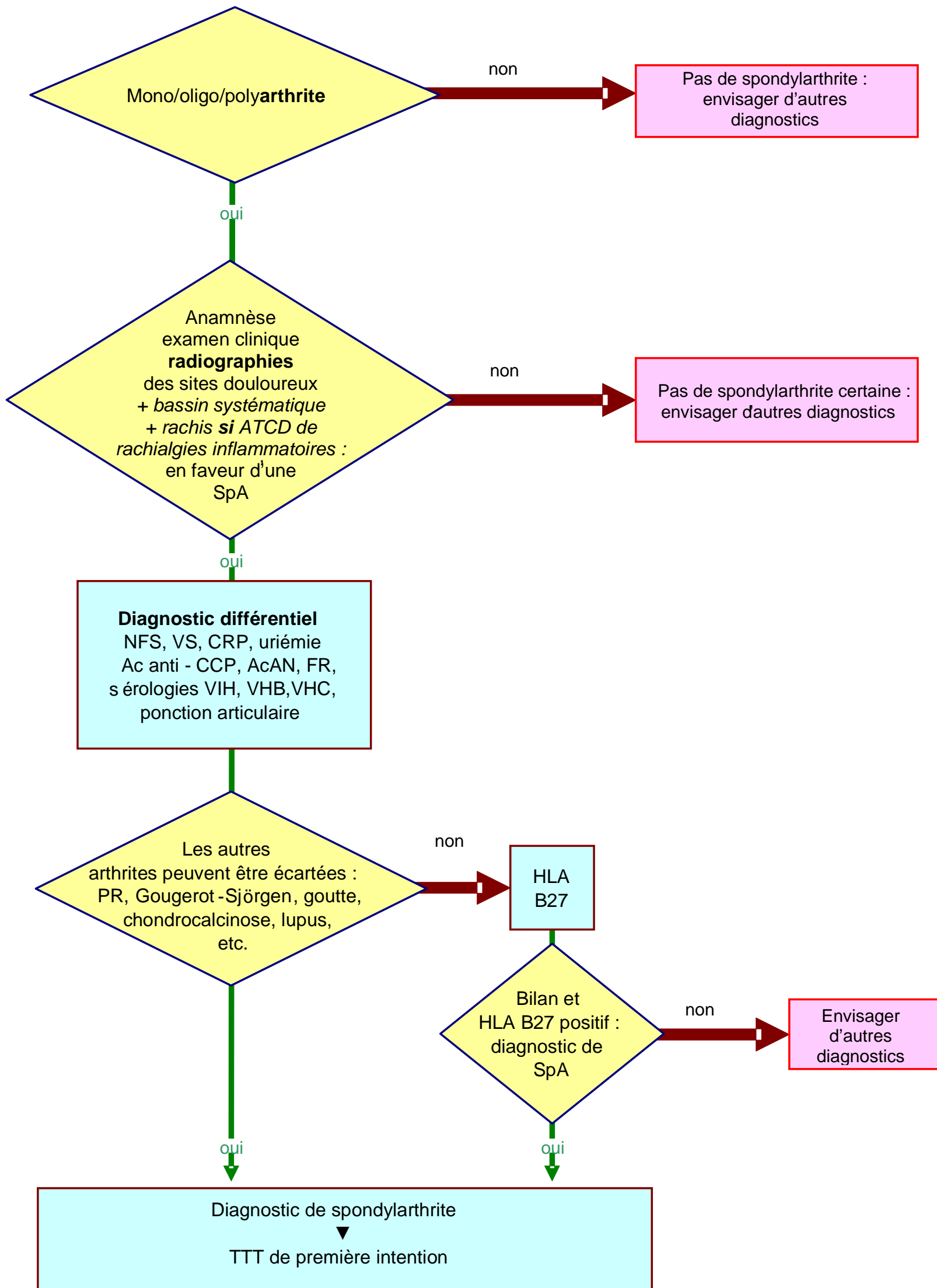
Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, *et al.* The European Spondylarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. Arthritis Rheum 1991;34(10):1218-27. Copyright © Wiley 1991 ; reprinted with permission of Wiley-Liss, Inc., a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

## 2. ALGORITHMES DIAGNOSTIQUES DES SPONDYLARTHRIQUES

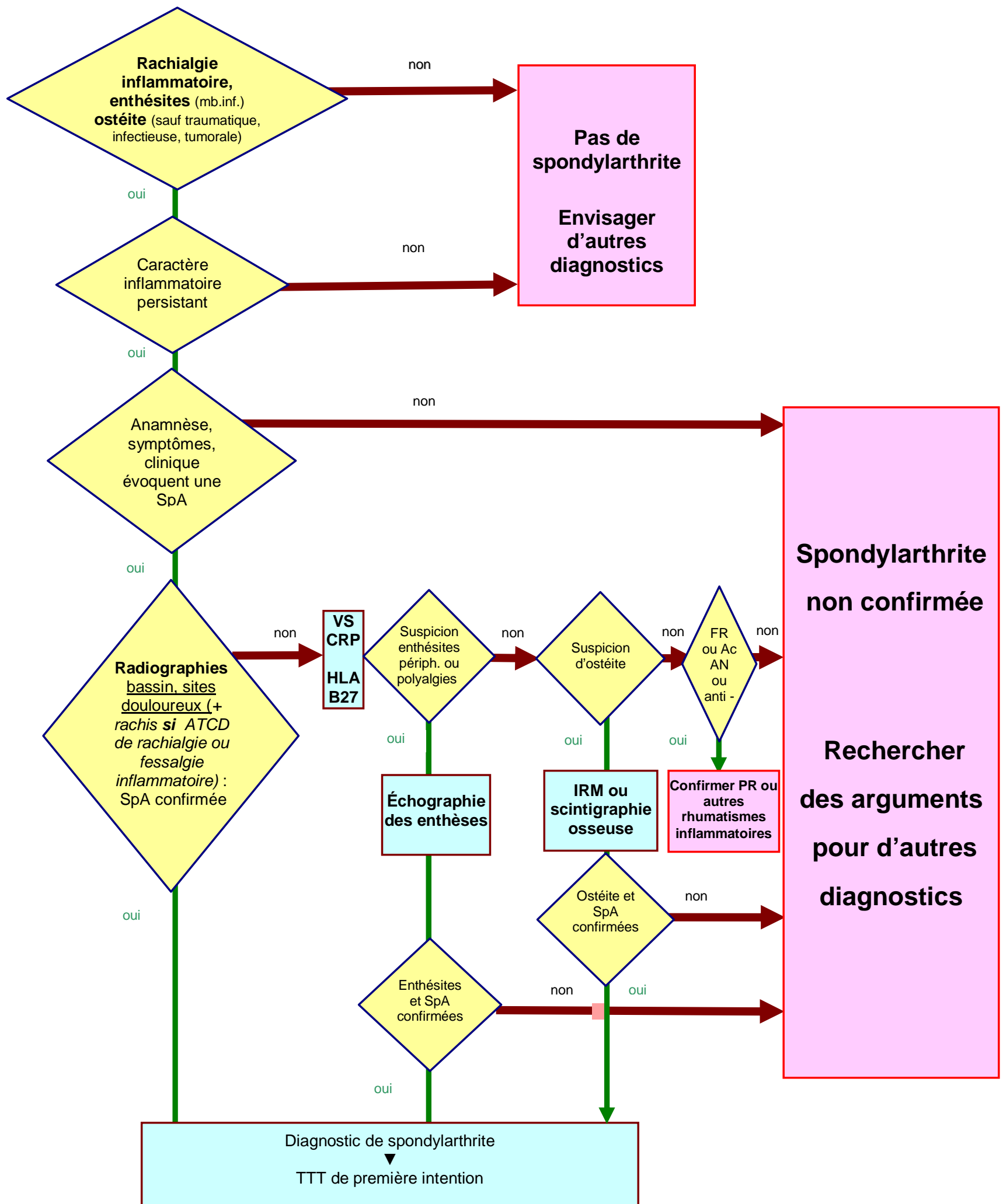
### 1. Formes axiales de spondylarthrite



## 2. Formes périphériques arthritiques prédominantes



### 3. Formes périphériques enthésitiques prédominantes



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

## 3. PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

### 1. Formes axiales prédominantes

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

### 2. Formes arthritiques périphériques prédominantes

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

\* voir définition en dernière page

### 3. Formes périphériques enthésitiques prédominantes

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

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

## 4. TRAITEMENTS PHYSIQUES

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

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

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

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

## 5 . PRISE EN CHARGE MÉDICO SOCIALE

Objet	Interventions et précisions
<b>Demande d'ALD</b>	Dès que les critères d'admission sont confirmés par le spécialiste
<b>Aménagement professionnel</b>	<b>Médecin du travail</b> dès qu'il y a répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient (maintien de l'activité professionnelle) <b>Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé</b> dès que le patient n'est plus en mesure durablement d'assurer son emploi dans les conditions habituelles ou d'y postuler sans aménagement <b>Mise en invalidité ou retraite</b> , anticipée ou pour inaptitude si nécessité d'une cessation totale ou partielle d'activité professionnelle : entretien avec un assistant de service social, avant de déclencher les procédures
<b>Entretien avec un assistant de service social</b>	- situation sociale du patient précaire ou difficile - arrêt de travail prévisible > 3 mois (droits, maintien à l'emploi) - demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée - gêne durable pour les actes de la vie quotidienne, au travail ou à la maison (évaluation des besoins, orientation/maison du handicap, mise en place d'aides humaines ou matérielles)
<b>Associations de malades</b>	Information dès confirmation du diagnostic (associations : coordonnées, activités) Conseils d'adaptation du mode de vie à la maladie : vie quotidienne, projets personnels et professionnels) (cf. RPC « Diagnostic des spondylarthrites » ; « Prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites » 2008 <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> )

## 6 . SUIVI HABITUEL DU PATIENT (ANNUEL)

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

### Hors suivi habituel

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

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

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

