



# Spondylarthrite ANKYLOSANTE

en 100 questions



Le contenu de cet ouvrage est rédigé sous la seule responsabilité de ses auteurs, dont il reflète l'opinion et l'expérience qu'ils ont souhaité faire partager dans une volonté d'information. En aucun cas cet ouvrage ne peut se substituer à l'avis de votre médecin traitant.

#### **INSTITUT** DE RHUMATOLOGIE

Maxime DOUGADOS, André KAHAN, Michel REVEL Groupe Hospitalier Cochin, Paris

Ce fascicule a été réalisé par :

Anne-Marie MAYOUX-BENHAMOU Christophe HUDRY

Janine-Sophie GIRAUDET-LE QUINTREC

Laure GOSSEC

Médecins des Hôpitaux de Paris

Annie CAVECCHI Anne LAMBERT Kinésithérapeutes

**Catherine BEDIN** Franck CHAGNY **Ergothérapeutes**  **Patricia SERRES** Olivia ROYER Assistance Sociale

ÉDITION 2005

Céline PROVOST Diététicienne

Claudine GICQUERE Maryse MÉZIÈRE Infirmières

**Martine ROUTIER** Secrétaire médicale

Sous la coordination de **Maxime Dougados** 

3° ÉDITION

### Spondylarthrite ANKYLOSANTE



La prise en charge des patients souffrant de spondylarthrite ankylosante est en pleine révolution. Si l'avènement des anti-inflammatoires non stéroidiens a marqué un tournant important dans les années soixante, nous franchissons à l'heure actuelle une autre étape importante avec l'arrivée de nouvelles molécules, différentes des anti-inflammatoires non stéroïdiens et capables non seulement d'améliorer les symptômes les plus couramment observés (douleur, gêne fonctionnelle), mais également d'autres symptômes souvent rebelles aux anti-inflammatoires, tels que la fatigue. Surtout, ces nouvelles thérapeutiques sont très prometteuses car pouvant prévenir les déformations et attitudes vicieuses parfois observées.

Ces nouvelles thérapeutiques, coûteuses et non dénuées de toxicité, nécessitent de savoir

les indiquer, déterminer quels patients justi-

fient d'un tel traitement, et de bien les surveiller. Ceci a conduit la communauté rhumatologique scientifique internationale à revoir les différents problèmes posés par cette affection. Tous ces changements nous (membres de l'Institut de Rhumatologie de l'hôpital Cochin) ont naturellement incité à revoir cette brochure d'information. En effet, quand bien même les médecins "revisitent" leur façon de voir cette maladie, qui d'autre, mieux que le patient luimême, peut prendre en charge cette affection chronique ?

questions

Cette brochure ne dispense évidemment pas le médecin des informations verbales qu'il doit à son malade. Au contraire, elle doit être considérée comme un aide-mémoire qui, nous l'espérons, suscitera de nouvelles questions.

#### Pr Maxime Dougados,

Institut de Rhumatologie, Groupe hospitalier Cochin, Paris



# Spondylarthrite ANKYLOSANTE



#### Spondylarthrite et spondylarthropathies

Question 1	Qu'est-ce qu'un rhumatisme ?	05
Question 2	Comment définir la spondylarthrite ?	05
Question 3	Quelle différence entre spondylarthrite ankylosante	
	et pelvispondylite rhumatismale ?	05
Question 4	Quelle différence entre spondylarthrite ankylosante et spondylarthropathie?	06
<b>Question 5</b>	Qu'est-ce qu'une arthrite réactionnelle ?	06
<b>Question 6</b>	Qu'est-ce qu'un rhumatisme psoriasique ?	07
Question 7	Qu'est-ce qu'une entérocolopathie inflammatoire ?	07
<b>Question 8</b>	Quels sont les principaux signes cliniques de la spondylarthrite?	07

#### Diagnostic et évolution de la Spondylarthrite

Question 9	Comment décrire au mieux un patient souffrant de spondylarthropathie?	08
Question 10	Que veut dire "atteinte axiale au cours de la spondylarthrite"?	08
<b>Question 11</b>	Quels sont les signes de l'atteinte des articulations sacro-iliaques ?	09
Question 12	Quels sont les risques de l'atteinte des articulations sacro-iliaques ?	09
Question 13	Quels sont les signes de l'atteinte rachidienne ?	10
Question 14	À côté de la survenue nocturne ou matinale de la douleur,	
	existe-t-il d'autres caractéristiques de l'inflammation rachidienne ?	10
<b>Question 15</b>	Quels sont les risques de l'atteinte rachidienne ?	11
<b>Question 16</b>	Quels sont les signes de l'ankylose rachidienne ?	11
Question 17	Pourquoi l'ankylose se fait-elle parfois en position normale	
	et parfois en position anormale (attitude vicieuse) ?	12
Question 18	Peut-on prévenir l'ankylose rachidienne ?	12
Question 19	Comment empêcher les attitudes vicieuses de s'installer ?	13
<b>Question 20</b>	Quels sont les signes de l'atteinte de la paroi thoracique ?	13
Question 21	Quels sont les risques de l'atteinte de la paroi thoracique ?	14
<b>Question 22</b>	Quels sont les signes de l'atteinte articulaire périphérique ?	14
<b>Question 23</b>	Quels sont les risques de l'atteinte articulaire périphérique ?	15
<b>Question 24</b>	Qu'est-ce qu'une enthèse ?	15
<b>Question 25</b>	Quels sont les signes de l'atteinte des enthèses ?	15
<b>Question 26</b>	Quels sont les risques de l'enthésiopathie ?	16
<b>Question 27</b>	À quoi est due la douleur du talon ?	16
<b>Question 28</b>	Quels sont les signes de la talalgie ?	17
Question 29	Quels sont les signes d'une uvéite ?	17
Question 30	Quels sont les risques de l'uvéite ?	17
Question 31	Existe-t-il des manifestations cardiaques au cours de la spondylarthrite?	17
Question 32	Existe-t-il un risque de fracture au cours de la spondylarthrite?	18
Question 33	Une déminéralisation osseuse peut-elle être associée à la spondylarthrite ?	18
Question 34	Qu'est-ce que l'antigène HLA B27 ?	18

Question 35	Quel est le rôle physiologique de l'antigène HLA B27 ?	18
<b>Question 36</b>	Quel est le lien existant entre HLA B27 et spondylarthrite ?	19
Question 37	Si je souffre de spondylarthrite, mes enfants en souffriront-ils ?	19
Question 38	Qu'en est-il des voies de recherche génétiques de la spondylarthrite ?	19
<b>Question 39</b>	Existe-t-il d'autres voies de recherche ?	20
Question 40	Une infection peut-elle être responsable d'une poussée de spondylarthrite?	20
<b>Question 41</b>	Comment la spondylarthrite évolue-t-elle ?	20
Question 42	Existe-t-il des moyens permettant d'établir un pronostic ?	21
Question 43	Quel est le profil type d'un patient souffrant de spondylarthrite ?	21
Question 44	Existe-t-il des différences entre la spondylarthrite de l'homme	
	et celle de la femme, de l'enfant ?	21
Question 45	Existe-t-il un risque particulier de poussée de la maladie en cas de grossesse ?	22
Question 46	Quelle est l'espérance de vie d'un patient souffrant de spondylarthrite?	22
Question 47	Quels sont les principaux traitements de la spondylarthrite?	23
Question 48	Quels sont les moyens permettant de vaincre la douleur ?	23
	Traitement de la Spondylarth	rita
	<u>Italitement de la Sporidylarti</u>	IIILE
Question 49	Qu'est-ce qu'un médicament anti-inflammatoire ?	23
Question 50	Quelles sont les indications de l'administration des AINS par voie intraveineuse ?	24
Question 51	Quelles sont les indications de l'administration des AINS par voie intramusculaire ?	24
Question 52	Quelles sont les indications de l'administration percutanée des AINS ?	24
Question 53	Quels sont les principaux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS?	25
Question 54	À quel moment de la journée doit-on prendre	
	son traitement anti-inflammatoire non stéroïdien ou AINS ?	25
Question 55	Est-ce que l'aspirine est un AINS ?	26
Question 56	Peut-on associer plusieurs AINS entre eux ?	26
Question 57	Peut-on prévenir les complications digestives des AINS ?	26
Question 58	Existe-t-il des complications des AINS autres que digestives ?	27
Question 59 Question 60	Pourquoi la phénylbutazone est-elle souvent considérée comme un AINS particulier ?	27
Question 60	Les AINS doivent-ils être pris de manière systématique	27
Question 61	ou seulement en cas de poussée douloureuse ? Si je vais bien sous AINS, comment savoir si cela est dû à l'effet du traitement	27
Question of	ou bien à une accalmie de la maladie ?	28
Question 62	Quelle est la différence entre anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et coxibs ?	28
Question 63	Qu'en est-il des effets digestifs et/ou cardio-vasculaires des AINS	20
quodion oo	et notamment des coxibs ?	29
<b>Question 64</b>	Qu'est-ce que la rééducation ?	30
Question 65	À quoi sert le port d'un corset dans la spondylarthrite ?	31
Question 66	Comment effectuer la kinésithérapie ?	31
<b>Question 67</b>	Quel est le rôle du kinésithérapeute ?	31
Question 68	Quels sont les mouvements à privilégier au cours de la spondylarthrite ?	32
<b>Question 69</b>	Pourquoi insiste-t-on sur la rééducation respiratoire ?	32
<b>Question 70</b>	Peut-on faire du sport quand on a une spondylarthrite ?	32
<b>Question 71</b>	Comment le médecin fait-il pour évaluer les déformations	
	de la spondylarthrite ?	33
Question 72	Comment le médecin fait-il pour évaluer l'activité de la spondylarthrite ?	33
Question 73	Comment gérer une activité professionnelle quand on souffre de spondylarthrite ?	34
Question 74	La cortisone est-elle efficace au cours de la spondylarthrite ?	34

Question 75	Quelles sont les indications des infiltrations de cortisone dans la spondylarthrite?	34
<b>Question 76</b>	Qu'appelle-t-on traitement de fond de la spondylarthrite ?	35
Question 77	Quelle est la place des traitements de fond dans la spondylarthrite ?	36
Question 78	Qu'entend-on par anti-TNF-alpha ?	36
Question 79	Quels sont les principaux risques des traitements anti-TNF?	37
Question 80	Quels sont les différents moyens de traiter une talalgie ?	37
Question 81	En dehors des infiltrations de cortisone,	
	quels sont les autres moyens locaux de traitement d'une arthrite périphérique ?	38
Question 82	Comment traiter une atteinte des orteils ?	38
Question 83	Y a-t-il urgence à traiter les épisodes d'uvéite ?	38
Question 84	Quand et pourquoi avoir recours à la chirurgie au cours de la spondylarthrite ?	39
	Spondylarthrite et mode de v	∕ie
Question 85	La constant de la colonida del colonida de la colonida de la colonida del colonida de la colonida del colonida de la colonida de la colonida del colonida de la colonida de la colonida de la colonida de la colonida del coloni	
Question 65	La spondylarthrite peut-elle entraîner une fatigue importante,	20
Ougstion 96	voire une dépression ?	39
Question 86 Question 87	Doit-on suivre un régime particulier dans le cadre de la spondylarthrite?	40
	Les vaccins peuvent-ils être administrés au cours de la spondylarthrite ?	40
Question 88	Peut-on être traité par un "sérum" vaccinal préparé à partir de ses selles ?	41
Question 89	Quelle est la place de l'homéopathie dans la spondylarthrite?	41
Question 90	Que penser de l'acupuncture, des cures thermales et du traitement	
Ougation 04	par les plantes (phytothérapie) dans la spondylarthrite?	42
Question 91	Que penser des médecines parallèles ?	42
Question 92	Existe-t-il des associations de malades atteints de spondylarthrite?	42
Question 93	Quel est le rôle de l'assistant(e) social(e) ?	43
Question 94	Comment solliciter l'aide d'un(e) assistant(e) social(e) ?	43
Question 95	Qu'est-ce que la Sécurité sociale et quelle est la différence	
	entre assuré social et ayant-droit ?	43
Question 96	Que veut dire être pris en charge à 100 % lorsque l'on a une spondylarthrite ?	44
Question 97	Que sont la CDES et la COTOREP ?	44
Question 98	Que sont la pension d'invalidité, l'allocation d'adulte handicapé,	
	l'allocation compensatrice et existe-t-il d'autres aides possibles ?	45
Question 99	Est-il possible de bénéficier d'une aide à domicile pour les tâches ménagères si l'on est	
	atteint de spondylarthrite ?	47
Question 100	Peut-on obtenir guelgues avantages sociaux guand on a une spondylarthrite?	47

<u>Annexes</u>

#### Qu'est-ce qu'un rhumatisme?

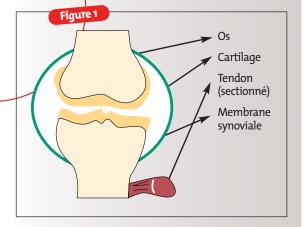
1

n appelle "rhumatismes" toutes les maladies qui touchent l'appareil locomoteur (c'est-àdire les os, les articulations, les muscles, les tendons et ligaments).

Les principaux rhumatismes sont :

- quand l'os est atteint : l'ostéoporose ;
  - quand le cartilage est atteint : l'arthrose ;
    - quand le tendon est atteint : la tendinite ;
       quand la membrane synoviale est atteinte :
       l'arthrite.

Figure I: Coupe d'une articulation normale



# À RETENIR À côté de l'atteinte de la colonne vertébrale, la plus fréquente, peuvent être observées d'autres manifestations comme les arthrites, les tendinites ou même des atteintes oculaires.

Quelle différence entre spondylarthrite ankylosante et pelvispondylite rhumatismale?

3

#### Comment définir la spondylarthrite ?

a spondylarthrite est un rhumatisme inflammatoire touchant essentiellement la colonne vertébrale ou rachis (spondylos en grec), mais pouvant également entraîner des arthrites, ainsi que des inflammations des tendons et/ou des ligaments. De plus, des organes différents de l'appareil locomoteur comme l'œil peuvent être atteints.

À RETENIR

Le terme de pelvispondylite décrit mieux la maladie mais est moins souvent utilisé que celui de spondylarthrite. L'ankylose est loin d'être fréquemment observée durant l'évolution de la maladie.

e sont deux dénominations différentes d'une même affection. Étant donné que l'inflammation touche surtout les articulations du bassin (pelvis) et les ligaments qui entourent les vertèbres (spondylos) plutôt que les articulations du rachis (arthrite), le terme de pelvispondylite décrit mieux ce qui est observé au cours de cette maladie.

De plus, l'ankylose est de moins en moins observée. C'est pourquoi, il ne semble pas nécessaire d'utiliser cet adjectif "ankylosante" qui suggère, à tort, que l'évolution naturelle de la maladie va se faire vers l'ankylose.

# Quelle différence entre spondylarthrite ankylosante et spondylarthropathie?

À RETENIR
La spondylarthrite
peut être associée à
d'autres maladies
(psoriasis, arthrite réactionnelle, maladies
inflammatoires du tube
digestif). Toutes ces
affections ont été
regroupées sous le
terme de spondylarthropathie.

epuis 1950, les cliniciens ont remarqué que chez un même malade, en même temps ou à des temps successifs, ou bien dans la famille d'un malade, on rencontrait certaines affections avec une fréquence plus grande que ne le voudrait le hasard. Ces affections sont:

- bien entendu la spondylarthrite:
- mais également le rhumatisme psoriasique, l'arthrite réactionnelle, les manifestations articulaires associées

à des maladies inflammatoires du tube digestif comme la maladie de Crohn.



#### Qu'est-ce qu'une arthrite réactionnelle?

5

urant la Première Guerre mondiale, un médecin allemand, le docteur Reiter, et deux médecins français, les docteurs Fiessinger et Leroy, ont décrit chez les militaires en campagne une affection associant conjonctivite (inflammation de l'œil, rougi comme par du sable dans l'œil), urétrite (écoulement purulent de la verge) et arthrite (inflammation articulaire, surtout des grosses articulations des membres inférieurs : genoux, chevilles). Cette affection a été appelée "syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter" ou "maladie de Reiter". Surtout, on s'est vite rendu compte d'une part qu'elle pouvait être associée à une spondylarthrite et, d'autre part (et de manière plus récente) que cette maladie survenait 2 à 3 semaines après une infection génitale (surtout en cas d'urétrite à un germe particulier : le Chlamydia), ou digestive (surtout en cas de diarrhée aiguë secondaire à une infection particulière). Si le germe responsable de l'infection initiale était depuis longtemps facile à retrouver, aucun germe n'était jamais retrouvé dans l'écoulement de la conjonctivite ou dans l'articulation. C'est pourquoi on parlait de réaction articulaire inflammatoire aseptique (non infectieuse) à une infection (siégeant en dehors de l'ar-

ticulation), d'où le terme d'arthrite réactionnelle. De nombreux travaux de recherche sont en cours pour vérifier que le germe n'est pas en fait dans l'articulation.

#### À RETENIR

L'arthrite réactionnelle regroupe des manifestations cliniques associant conjonctivite, urétrite et arthrite apparaissant 2 à 3 semaines après une infection. Cette maladie se retrouve souvent associée à la spondylarthrite. Le plus souvent, elle guérit spontanément en quelques semaines ou moins. Elle peut, toutefois, dans certains cas rares, être plus chronique ou récidiver.

### Qu'est-ce qu'un rhumatisme psoriasique?

6

e rhumatisme psoriasique est l'expression rhumatologique d'une maladie appelée psoriasis qui touche d'abord et le plus souvent la peau. Le psoriasis cutané est une maladie de peau très fréquente (3 à 5 % des Français). Elle se traduit par des plaques rouges recouvertes de squames de telle sorte que lorsqu'elles siègent au cuir chevelu,

elles libèrent des pellicules dans les cheveux. L'évolution est le plus souvent prolongée, mais les

s'agit notamment des spon-

dylarthropathies. On parle alors

de rhumatisme psoriasique.

**ATTENTION** plaques peuvent totale-Ce n'est pas parce que l'on a un psoriament disparaître sans sis cutané et une laisser de traces. Chez douleur articulaire ou les patients ayant un tendineuse que l'on a un psoriasis cutané, il existe des manifestarhumatisme psoriasique. tions articulaires et On peut aussi avoir une arthrose, une tendinite tendineuses qui s'obbanale ou autre chose servent avec une plus encore... grande fréquence que sans rapport avec ne le voudrait le hasard. Il

manifestent par des douleurs abdominales, une diarrhée chronique évoluant par poussées, la présence de sang ou de glaires dans les selles. Les poussées sont souvent responsables d'une perte de poids. Ces affections sont parfois associées à des manifestations articulaires dont la spondylarthrite.



#### Qu'est-ce qu'une entérocolopathie inflammatoire?

le psoriasis.

n appelle entérocolopathie inflammatoire toute maladie responsable d'une inflammation du gros intestin (côlon) ou de l'intestin grêle (entéro).

Les maladies les plus fréquentes sont la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. Elles se

# Quels sont les principaux signes cliniques de la spondylarthrite?

l existe trois principaux signes rhumatologiques :

- l'atteinte axiale ;
- l'atteinte articulaire périphérique ;
- l'atteinte enthésiopathique (inflammation de l'insertion du tendon dans l'os);

Et deux manifestations extra-rhumatologiques :

- l'atteinte génétique ou familiale ;
- et les manifestations cliniques extra-articulaires avec notamment l'atteinte oculaire.



#### Comment décrire au mieux un patient souffrant de spondylarthropathie?

À RETENIR

différents.

**Des manifestations** cliniques aussi différentes que douleur du talon, douleur de la cage thoracique (poitrine), œil rouge, peuvent s'observer au cours de la spondylarthrite. Le traitement et le suivi de ces manifestations cliniques sont

n voit, d'après le tableau résumant à la fois les affections faisant partie du groupe des spondylarthropathies et les signes cliniques des spondylarthropathies, qu'il y a deux manières de décrire un tel patient :

- soit décrire l'affection, par exemple spondylarthrite ankylosante;
- soit décrire les signes cliniques dont il se plaint, par exemple atteinte axiale pure de spondylarthropathie.

On voit tout de suite que la deuxième façon est plus explicite pour tout le monde (non seulement pour le patient, mais également pour les médecins qui prennent en charge de tels patients).

#### SPONDYLARTHROPATHIE→ MALADIES

- Spondylarthrite ankylosante
- Arthrite réactionnelle
- Rhumatisme psoriasique
- Entérocolopathies inflammatoires

#### SPONDYLARTHROPATHIE → MANIFESTATIONS CLINIQUES

#### **■** Manifestations rhumatologiques

- A. Atteinte axiale
  - douleurs fessières
  - douleurs rachidiennes
  - douleurs de la poitrine
- B. Atteinte articulaire périphérique
  - arthrite des grosses articulations
  - doigt ou orteil en "saucisse"
- C. Enthésiopathie
  - douleur du talon
  - autre douleur très localisée sur un tendon

#### ■ Terrain génétique

- Présence de l'antigène HLA B27
- Notions de maladies analogues dans la famille

#### ■ Manifestations extra-articulaires

- Atteinte oculaire (uvéite)
- Atteinte cutanée (psoriasis)
- Atteinte digestive (entérocolopathie)

#### Oue veut dire atteinte axiale au cours de la spondylarthrite?





atteinte axiale désigne toutes les manifestations cliniques en rapport avec une atteinte de l'axe du corps. En pratique, il s'agit de douleurs en rapport avec une inflammation des articulations sacro-iliaques (articulations situées dans la fesse entre le sacrum et l'os iliaque),

une inflammation des ligaments et/ou des articulations des vertèbres, une inflammation des articulations du thorax (poitrine ou cage thoracil'atteinte des articulaque). tions sacro-iliaques,

cage thoracique.

À RETENIR

L'atteinte axiale

peut se définir par

l'atteinte des liga-

ments et/ou des arti-

culations des vertè-

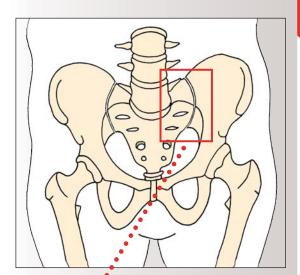
bres, l'atteinte des

articulations de la

12

#### **Quels sont** les signes de l'atteinte des articulations sacro-iliaques?

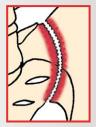
inflammation de l'articulation des sacro-iliaques est responsable de douleurs siégeant le plus souvent en pleine fesse, pouvant réveiller la nuit et augmenter dès que l'on pose le pied à terre, à un point tel qu'il s'en suit une boiterie.



Sacro-iliaque normale



Articulation normale



**Articulation** enflammée



**Articulation** ankylosée

#### **Quels sont** les risques de l'atteinte des articulations À RETENIR sacro-iliaques?

**L'atteinte** sacro-iliaque, si elle peut être douloureuse, n'est jamais à l'origine d'un handicap même si elle évolue vers une ankylose.

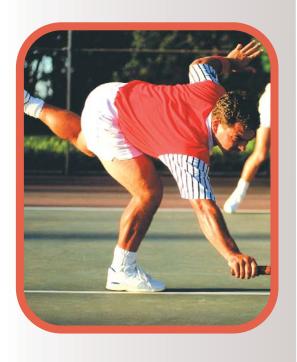
À SIGNALER En cas de grossesse, il n'y a aucun risque, ni pour le bébé, ni pour la maman. Par exemple, il n'y a pas d'indication particulière à effectuer une césarienne.

e principal risque est la douleur. L'évolution peut se faire vers l'ankylose articulaire, c'està-dire qu'un pont osseux unit les deux berges de l'articulation et la fait donc disparaître.

Toutefois, cette ankylose est le plus souvent la bienvenue car les douleurs disparaissent et il n'existe pas pour autant de gêne dans les gestes de la

vie quotidienne. Cette absence de gêne est due au fait que l'arti-

culation sacro-iliaque n'est pas primordiale au maintien de la souplesse et des activités physiques.



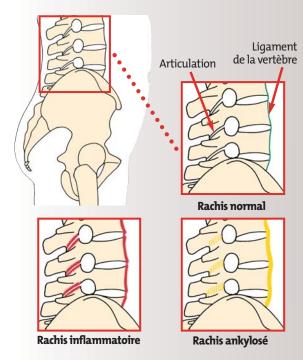
### Quels sont 13 les signes de l'atteinte rachidienne?

À RETENIR
L'inflammation
rachidienne
se traduit par des
douleurs survenant
en fin de nuit ou
au réveil,
elle est responsable
d'une raideur
du dos qui
s'estompe dans
la journée.

inflammation, qu'elle siège sur les ligaments qui relient les vertèbres ou bien au sein des articulations situées en arrière des vertèbres, est responsable de douleurs, d'impotence fonctionnelle et de diminution de la mobilité du rachis. La douleur de la spondylarthrite est dite de type inflammatoire, c'est-à-dire qu'elle est responsable de réveils nocturnes et qu'elle est surtout nette le matin au réveil. Il est fréquent que les patients ressentent,

associée à cette douleur, une raideur du dos qui va mettre longtemps (plus de 30 minutes, voire plusieurs heures) à disparaître.

On comprend aisément que dans ces conditions les gestes de la vie quotidienne (toilette, cuisine, déplacements, etc.) soient perturbés. On parle alors d'impotence ou de gêne fonctionnelle. D'ailleurs,



le médecin peut noter alors que le malade a perdu de sa souplesse rachidienne. Cette douleur se différencie aisément de la douleur due à d'autres affections dites "mécaniques" du rachis comme le lumbago, la hernie discale, l'arthrose. En effet, dans ces derniers cas, la douleur est surtout nette après des exercices physiques et disparaît au repos.

# À côté de la survenue nocturne ou matinale de la douleur, existe-t-il d'autres caractéristiques de l'inflammation rachidienne?

l est classique de dire que la spondylarthrite est la cause la plus fréquemment observée de douleurs rachidiennes persistantes chez les jeunes adultes. Les signes qui doivent alerter sont les suivants :

- un début avant l'âge de 40 ans ;
  - un début progressif (et non brutal comme on le voit dans le lumbago ou la hernie discale où la douleur survient après un effort physique);
    - la persistance de la douleur pendant plus de 3 mois;
      - l'association de cette douleur à une raideur du dos;
      - l'amélioration de la douleur après exercice;
    - l'amélioration spectaculaire de la douleur du dos après la prise d'un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien.

10

À RETENIR

Il existe des caractéristi-

ques de l'inflammation

rachidienne à bien connaî-

tre. Leur présence, facile à

rechercher, permet de ne

pas faire d'erreur de diag-

nostic en considérant le mal de dos comme étant

lié à un problème méca-

nique ou traumatique.

### Quels sont les risques de l'atteinte rachidienne?

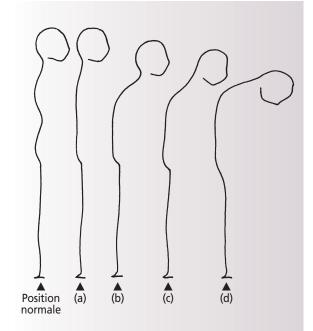
ous avons vu que l'inflammation du rachis pouvait entraîner douleur et gêne dans les gestes de la vie quotidienne. L'inflammation peut :

soit disparaître sans traitement en ne laissant aucune séquelle ;

À RETENIR
Les risques
de l'atteinte
rachidienne sont
dus, d'une part à
l'inflammation
(douleur, raideur),
d'autre part à
l'ankylose (raideur,
gêne dans les
gestes de la vie
courante).

soit évoluer vers une ankylose, c'est-à-dire qu'une ossification des ligaments s'observe à l'endroit où il y avait inflammation, comme si l'ossification était une sorte de cicatrisation de la maladie inflammatoire:

soit persister avec des poussées plus ou moins fortes, mais sans jamais évoluer vers l'ossification.



essaie de corriger cette position en relevant la tête; peut s'ensuivre une ankylose du cou qui va alors empêcher le malade de relever la tête (c). Ici, la gêne peut être très importante, notamment si l'attitude vicieuse est telle que le patient n'arrive pas à voir en face de lui (d).

#### Quels sont les signes de l'ankylose rachidienne?

16

ankylose est due à l'ossification des ligaments et des articulations entourant les vertèbres. Elle est responsable d'une perte de la souplesse rachidienne (raideur). Cette raideur peut se faire dans une position normale ou anormale (attitude vicieuse). Les attitudes anormales les plus souvent observées sont :

- d'abord la perte de la cambrure des reins (le terme médical est "perte de la lordose lombaire") (a);
- peut s'ensuivre une position penchée en avant, due à une bosse du dos (le terme médical est "cyphose dorsale") (b). Dans ce cas, le patient



#### Pourquoi l'ankylose se fait-elle parfois en position normale et parfois en position anormale (attitude vicieuse)?



n peut avancer l'explication suivante : en cas d'inflammation, le patient ressent une douleur ; instinctivement, il prend l'attitude qui lui est la plus confortable ; cette attitude est la position fœtale (le patient recroquevillé sur lui-même). L'ossification va alors se faire en maintenant

le patient dans cette position. Cette À RETENIR position est surtout prise aux La position moments où l'inflammation est antalgique (la plus à son maximum, c'est-à-dire la confortable) en cas nuit pendant le sommeil. d'inflammation C'est donc inconsciemment rachidienne est la posique le patient se met dans tion "recroquevillé cette position. sur soi-même". Le patient en est

inconscient car elle se fait pendant le

sommeil.

Peut-on prévenir l'ankylose rachidienne?

18

ette question en sous-entend en fait deux :

Peut-on prévenir l'ossification des ligaments ?

Peut-on empêcher les attitudes vicieuses de s'installer ?

À RETENIR

Le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien, pris lors des poussées douloureuses de l'inflammation, pourrait avoir, à côté de l'effet immédiat sur la douleur, un autre effet favorable à plus long terme, à savoir la prévention de l'ankylose. On peut également espérer que les nouveaux traitements (anti-TNF) auront également cet effet.

répondre à la première partie de la question. Toutefois, le nombre de patients ayant une évolution de la maladie se faisant vers l'ossification (l'ankylose) est de plus en plus rare. En d'autres

termes, on voit

moins d'ankylose en

Il n'est pas évident de

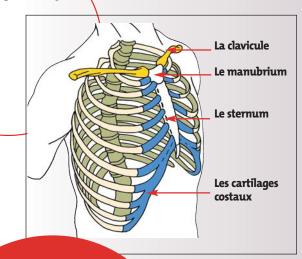
2000 chez des patients ayant commencé leur maladie en 1980 qu'on en voyait en 1950 chez des patients

ayant débuté leur maladie en 1930. Le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien pris depuis les années soixante pourrait être un moyen efficace pour empêcher cette ossification d'apparaître. Des études sont en cours pour évaluer l'effet des anti-TNF sur cette ankylose.



#### Comment empêcher les attitudes vicieuses de s'installer?

Figure I : Cage thoracique



e plus simple est de ne pas se mettre en attitude vicieuse. Comme on l'a vu, cette attitude survient de manière inconsciente pendant le sommeil, en cas de poussée inflammatoire. Le seul moyen logique est surtout de ne pas hésiter à prendre des anti-inflammatoires non stéroï-

> diens dès lors qu'il existe des signes cliniques de poussée inflammatoire (douleur nocturne, raideur matinale).

À RETENIR
Un traitement antiinflammatoire non
stéroïdien bien
adapté, couplé à des
moyens physiques
simples, suffit le plus
souvent à prévenir
l'ankylose et les attitudes vicieuses qui
en résultent.

En plus des médicaments, il est essentiel de conserver une bonne position par des mesures "physiques" diverses. Nous recommandons notamment des séances de posture pluriquotidiennes (Annexe 5). Un corset peut également être utile dans certains cas (cf. question n° 65).

#### À RETENIR

L'atteinte de la paroi thoracique peut être responsable de douleurs très localisées, aggravées par les efforts de toux et d'éternuement. Ces caractéristiques les font facilement se différencier des douleurs de poitrine que l'on rencontre au cours des maladies cardiaques comme l'infarctus.

eurs En dehors des douleurs inflammatoires du dos (dorsalgies), on retient comme signes plus spécifiques de l'atteinte articulaire de la paroi thoracique :

une augmentation des douleurs lors des efforts de toux ou d'éternuement en cas d'atteinte articulaire :

■ l'existence de douleurs localisées sur la poitrine qui peuvent faire craindre à tort une atteinte du cœur.

Ce dernier diagnostic est facilement écarté car la douleur due à la spondylarthrite est très localisée et réveillée par la pression d'un point précis de la paroi thoracique comme par exemple l'endroit de l'articulation manubrio-sternale (Figure).

#### Quels sont les signes de l'atteinte de la paroi thoracique ?

a paroi de la cage thoracique (qui contient notamment le cœur et les poumons) est constituée en arrière par la colonne vertébrale, en avant par le sternum, et sur les côtés par les côtes qui unissent la colonne vertébrale et le sternum. Il existe donc de très nombreuses articulations qui peuvent être touchées dans la spondylarthrite.

#### Quels sont les risques de l'atteinte de la paroi thoracique ?

21

À RETENIR

La kinésithérapie respiratoire est importante à bien suivre dès lors qu'il y a la moindre suspicion d'installation d'une ankylose de la paroi thoracique pour éviter l'insuffisance respiratoire.

n cas d'ankylose des articulations de la paroi thoracique, les capacités respiratoires peuvent être diminuées. À terme, dans des cas exceptionnels, une insuffisance respiratoire peut survenir. En pratique, on évalue cette ankylose en mesurant la différence de périmètre du thorax (grâce à un simple mètre de couturière) en expiration (après avoir vidé ses poumons).

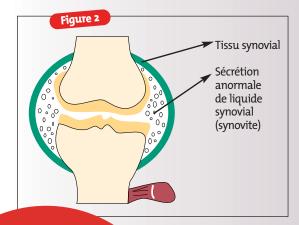
Quels sont 22 les signes de l'atteinte articulaire périphérique?

atteinte articulaire périphérique se manifeste par des inflammations du tissu qui recouvre l'articulation appelée encore membrane synoviale. La membrane synoviale enflammée sécrète alors anormalement du liquide qui s'accumule dans l'articulation (créant un épanchement de synovie). L'articulation est gonflée et douloureuse. Cette inflammation peut toucher une seule ou plusieurs articulations. Lorsqu'elle touche toutes les articulations d'un même doigt ou orteil et qu'en plus il y a inflammation des tendons entourant l'articulation, le doigt ou l'orteil apparaît gonflé dans son ensemble et prend l'aspect d'une saucisse (le terme médical est soit

doigt ou orteil "en saucisse", soit dacFigure I:
Coupe
d'une articulation
normale

Figure 2:
Arthrite

Os
Cartilage
Tendon
(sectionné)
Membrane
synoviale



À RETENIR

L'atteinte articulaire périphérique se manifeste par des arthrites (inflammation de la membrane synoviale qui entoure les articulations), ou par des gonflements touchant toutes les parties d'un doigt ou d'un orteil. On parle alors d'un doigt ou orteil "en saucisse".

#### **Quels sont** les risques de l'atteinte articulaire périphérique?

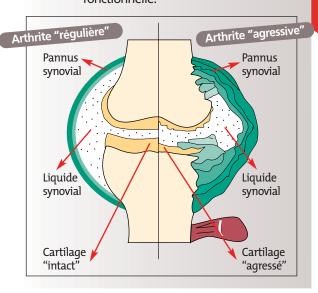
ouvent, la gêne va se limiter à une douleur et un gonflement qui vont régresser soit spontanément, soit sous l'effet du traitement.

Deux risques toutefois:

■ En cas d'atteinte d'un doigt ou orteil en "saucisse", risque de raideur séquellaire (surtout à la main), voire de raideur en mauvaise position comme par exemple une rétraction des orteils. Ces attitudes vicieuses peuvent apparaître très rapidement, notamment aux pieds;

À RETENIR La douleur et la gêne fonctionnelle peuvent être dues à l'inflammation, mais également à ses conséquences, à savoir : soit les attitudes vicieuses articulaires, soit les lésions cartilagineuses.

■ Le liquide fabriqué par la membrane synoviale enflammée peut contenir des enzymes qui vont attaquer le cartilage. Cette lésion du cartilage est appelée chondropathie. Quand ces lésions existent, on parle d'arthrite destructrice ou d'arthrite érosive. Ces lésions cartilagineuses sont responsables de douleurs résiduelles dites mécaniques (survenant surtout après des activités physiques) et d'impotence fonctionnelle.



#### Qu'est-ce qu'une enthèse? 24

À RETENIR L'enthèse, région anatomique se situant à l'endroit où le tendon pénètre dans l'os, est la cible privilégiée de la spondylarthrite.

enthèse est la région anatomique qui fait la transition entre les tendons et l'os sur lequel s'attache le tendon.

#### **Ouels sont les** signes de l'atteinte des enthèses ?

À RETENIR L'atteinte de l'enthèse ou enthésiopathie est responsable de douleurs très localisées comme par exemple la douleur du talon, douleur de la région des genoux, des

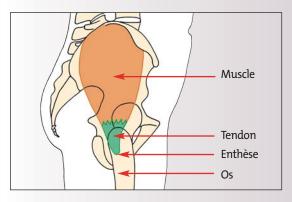
épaules, etc.

inflammation de l'enthèse va entraîner une douleur qui aura les caractéristiques suivantes:

■ elle est très localisée (située à un point précis : par exemple le talon):

■ elle est réveillée par la pression (en appuyant avec un doigt sur cette région, on réveille la douleur);

elle est augmentée à la mise sous tension du tendon par la contraction ou l'étirement du muscle.



#### Quels sont les risques de l'enthésiopathie?

26

À RETENIR
En cas de douleur en rapport
avec une enthésiopathie, il faut
savoir que la douleur finit pratiquement toujours par
s'estomper sans
laisser de
séquelles.

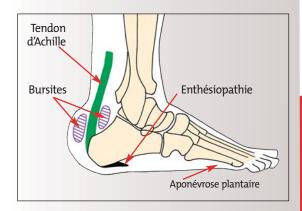
e seul risque (rare) est la pérennisation (persistance prolongée pendant plusieurs mois) de la douleur. Le plus souvent, la douleur disparaît, soit spontanément, soit sous l'effet du traitement en quelques jours ou quelques semaines. Il n'y a jamais de risque de rupture du tendon. les frottements à chaque pas, des structures protectrices lubrifiantes sont interposées entre os et tendon. Ces structures s'appellent des bourses séreuses. Elles permettent au tendon de glisser sans frottement sur l'os à chaque fois que le pied bouge. Ces bourses séreuses sont constituées d'une membrane qui est voisine de la membrane synoviale des articulations et peuvent être le siège d'une inflammation comme les articulations. On parle alors de "bursite".

La douleur du dessous du talon (terme médical :

- La douleur du dessous du talon (terme médical : talalgie inférieure) est une enthésiopathie.
- La douleur en arrière du talon (terme médical : talalgie postérieure) peut être due soit à une enthésiopathie, à l'endroit où le tendon d'Achille pénètre dans le calcanéum (dans ces cas, il y a une douleur sans gonflement), soit à une inflammation d'une bourse en avant ou en arrière du tendon d'Achille (on parle alors de bursite pré- ou rétroachilléenne). La bourse contient du tissu synovial et sert à éviter les frictions contre le tendon d'Achille avec soit la chaussure en arrière, soit l'os en avant.

### À quoi est due la douleur du talon?





I n'y a pas une, mais plusieurs causes à la douleur du talon. Pour mieux comprendre, tout d'abord une petite leçon d'anatomie! Le tendon d'Achille, qui fixe le muscle du mollet (triceps) sur l'os du talon (calcanéum), est en fait en continuité avec une toile fibreuse solide (aponévrose plantaire) qui couvre la plante du pied et maintient son architecture. Le tendon d'Achille est contre l'os du talon dans ses derniers centimètres et, pour éviter



### Quels sont les signes de la talalgie?

#### 28

### Quels sont les risques de l'uvéite?

30

#### ertaines caractéristiques de la douleur du talon sont très suggestives du diagnostic de spondylarthrite:

- elle survient le matin au réveil ;
- elle survient dès les premiers pas (dès la mise en position debout);
- elle s'améliore dans la journée ;
- elle est alternée (c'est-à-dire qu'elle peut toucher le talon droit puis le talon gauche).



### Quels sont les signes d'une uvéite?



# À RETENIR En cas d'œil rouge, le fait qu'il existe une douleur et, au contraire, le fait qu'il n'existe pas de sensation de sable doit faire craindre une uvéite plutôt qu'une simple conjonctivite.

uvéite est une inflammation de la partie antérieure de l'œil. On l'appelle encore iridocyclite car c'est une inflammation qui peut toucher soit l'iris, soit les corps ciliaires. Elle se traduit le plus souvent par un œil rouge et douloureux dans son ensemble et parfois un flou visuel.

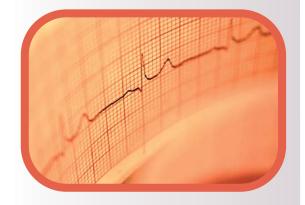
#### À RETENIR

L'uvéite nécessite un traitement urgent qui permet d'éviter les séquelles pouvant se traduire par une baisse de la vision. ien que peu fréquentes, les récidives sont possibles. Elles concernent souvent le même œil. On parle alors d'œil dominant.

L'inflammation oculaire peut entraîner des cicatrices (synéchies) responsables de troubles de la vision.

## Existe-t-il des manifestations cardiaques au cours de la spondylarthrite?

- ui, mais rarement. Il a été décrit avec une plus grande fréquence que ne le voudrait le hasard :
- d'une part, des troubles du rythme des battements du cœur (le terme médical est "bloc auriculo-ventriculaire");
- d'autre part, des anomalies de certaines valves qui séparent le cœur des gros vaisseaux et notamment de la valve de l'aorte.



#### Existe-t-il un risque de fracture au cours de la spondylarthrite?

À RETENIR En cas d'atteinte rachidienne importante, il existe effectivement un risque de fracture qu'il faut connaître pour essayer de le prévenir par des mesures physiques, voire médicamenteuses.

- ffectivement, ce risque existe au rachis et ce pour deux raisons :
  - L'os des patients souffrant de spondylarthrite inflammatoire est probablement plus fragile que celui de la population générale.
- En cas d'ossification rachidienne, le dos est moins souple et donc plus fragile.

On peut prendre comme comparaison le roseau qui plie mais ne se rompt pas, alors qu'un bout de bois raide peut casser en cas de pression trop importante.

#### Qu'est-ce que l'antigène HLA B27?

our le comprendre, le plus simple (mais également le plus vrai) est de le comparer au groupe sanguin. À la surface des globules rouges du sang, les personnes peuvent être différenciées en fonction de certaines protéines, comme par exemple les protéines A, B, O ou

rhésus. Ainsi, on peut définir une personne comme étant du groupe sanguin A+... ou AB-. Il L'antigène HLA B27 existe également des protéines est une protéine que à la surface des globules l'on trouve tout à fait blancs du sang que l'on naturellement à la appelle HLA (pour Human

> Leukocyte Antigen). Il existe plusieurs protéines : A, B, DR... Pour chacune d'entre elles, il en existe plusieurs types : B1, B2...

Ainsi, la protéine B27 est une protéine du système HLA.

#### Une déminéralisation osseuse peut-elle être associée à la spondylarthrite?

**NOTRE** CONSEIL Une ostéodensitométrie doit être réalisée au cours de la spondylarthrite.

ui. On peut observer une diminution de la densité osseuse. Cette déminéralisation pourrait être due à l'immobilisation des vertèbres ("coincées" par l'ossification qui les entoure), mais également aux phénomènes inflammatoires observés dans la spondylarthrite.

#### Ouel est le rôle physiologique de l'antigène HLA B27?

À RETENIR L'antigène HLA B27 est une protéine normale retrouvée à la surface des cellules normales de personnes normales.

À RETENIR

personnes.

surface de globules

blancs de certaines

uit pour cent des personnes en France sont porteuses de l'antigène HLA B27. Le rôle de cet antigène (ou protéine) n'est pas clairement établi. Il pourrait être utile dans la lutte naturelle contre les infections.

#### Quel est le lien existant entre HLA B27 et spondylarthrite?

36

À RETENIR
L'antigène HLA
B27 (que l'on
recherche en effectuant une simple prise
de sang) est beaucoup
plus fréquemment
retrouvé au cours
de la spondylarthrite
que dans
la population
générale.
B

I s'agit d'un lien purement statistique. En d'autres termes, on retrouve l'antigène HLA B27 chez 8 % des gens sans spondylarthrite et chez 60 à 90 % des personnes souffrant de spondylarthropathie. Toutefois, on ne sait pas encore pourquoi ni comment l'antigène HLA B27 pourrait entraîner ou être associé à la spondylarthrite.



#### Si je souffre de spondylarthrite, mes enfants en souffriront-ils?

37

es études montrent que si vous êtes à la fois malade (souffrant vous-même de spondylarthrite) et porteur de l'antigène HLA B27, le risque de voir survenir une maladie chez vos enfants dépend de la transmission de l'antigène HLA B27. Ainsi, chez ceux qui seront porteurs de l'antigène HLA B27, ce risque sera de l'ordre de 10 %, alors que chez ceux qui ne seront pas porteurs de l'antigène HLA B27, le risque ne sera que de l'ordre de 2 %.

# Qu'en est-il des voies de recher-che génétique de la spondylarthrite?

ous venons de voir que si l'antigène HLA B27 est souvent retrouvé chez les patients souffrant de spondylarthrite, il n'en reste pas moins vrai que la génétique est loin d'être élucidée. Plusieurs voies de recherche sont en cours :

■ la protéine B27 pourrait interférer avec le système inflammatoire ou immunitaire :

À RETENIR

Nombreux sont les
travaux de recherche
en cours, cherchant à
mieux connaître les
aspects génétiques de la
spondylarthrite. Pour cela,
la collaboration des
patients et de leur famille
est indispensable (en
acceptant de répondre à
un questionnaire et en
acceptant une prise
de sang).

surtout, d'autres gènes, différents de HLA B27, pourraient intervenir dans la survenue de la spondylarthrite.

# Une infection peut-elle être responsable d'une poussée de spondylarthrite?

40

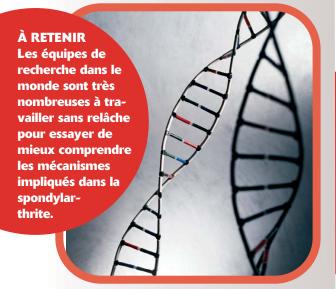
À RETENIR
La spondylarthrite n'est ni
une maladie
infectieuse,
ni une maladie
contagieuse.

out dépend si l'on parle de spondylarthrite ou de spondylarthropathie. Il est évident qu'une infection particulière peut être à l'origine d'une arthrite réactionnelle (cf. Question n° 5). Il est beaucoup moins évident (ceci n'a jamais été montré) qu'une infection puisse être responsable de la spondylarthrite.

### Existe-t-il d'autres voies de recherche?

la spondylarthrite.

l'évidence, oui. Nombreux sont les travaux essayant de mettre en évidence un trouble du système immunitaire ou un trouble de la réponse inflammatoire ou un agent infectieux à l'origine de



### Comment la spondylarthrite évolue-t-elle?

41

ous avons vu pour chacune des localisations cliniques (cf. Questions n° 8 à 30) leurs signes cliniques et leurs risques à long terme. L'évolution peut :

soit se faire sous forme de poussées inflammatoires totalement régressives qui ne s'accompagnent jamais de complications (pas d'an-

gnent jamais de complications (pas d'ankylose, ni d'attitude vicieuse pour l'atteinte axiale, pas d'atteinte

> périphérique, pas de trouble de la vision en cas d'uvéite). C'est la forme la plus fréquente:

cartilagineuse en cas d'arthrite

- soit se faire sous forme de poussées évolutives avec des complications pour certaines localisations;
- soit se faire sous forme d'une maladie inflammatoire chronique sans période d'accalmie.

À RETENIR

Toutes les situa-

tions peuvent être

rencontrées. Générale-

ment, l'évolution est le

ce sens qu'un handicap

physique est rarement

observé, même après

plusieurs années

d'évolution.

plus souvent bénigne en

## Existe-t-il des moyens permettant d'établir un pronostic?

ui, mais aucun n'est parfait. Il existe tout au plus des signes cliniques qui, s'ils sont absents au début (dans les deux premières années de la maladie), sont prédictifs d'un bon pronostic à long terme.

À RETENIR
Il existe des
caractéristiques
de la maladie
qui sont
prédictives
d'une bonne
évolution.

C'est ainsi qu'un patient ayant les caractéristiques suivantes durant les 2 premières années d'évolution de sa maladie aura très probablement une maladie bénigne à long

- début de la maladie après l'âge de 16 ans :
- bonne réponse au traitement antiinflammatoire;
- sans atteinte de la hanche;
- sans arthrite périphérique ;
- sans élévation de la vitesse de sédimentation audelà de 30 min à la première heure ;
- sans raideur rachidienne importante.

ble par ailleurs que la spondylarthrite se rencontre plus souvent chez certaines ethnies particulières, notamment les Esquimaux, certains Indiens d'Amérique, alors qu'elle est rare chez le Noir Africain. Ces différences inter-ethniques semblent s'expliquer par les différences et la fréquence de l'antigène HLA B27 (exceptionnel chez le Noir, très fréquent chez les Esquimaux). Enfin, il semble que la spondylarthrite est aussi fréquente, mais plus sévère dans certaines régions du monde comme l'Afrique du Nord, le Sud-Est Asiatique, l'Amérique Latine. Ces différences de sévérité pourraient être expliquées par les différences de niveau socio-économique, mais également de niveau d'hygiène.

# Existe-t-il des différences entre la spondylarthrite de l'homme et celle de la femme, de l'enfant?

ui. Entre l'homme et la femme, il y a assez peu de différence. La spondylarthrite de la femme se manifeste plus souvent par des arthrites périphériques; le diagnostic de l'atteinte axiale est souvent plus long à faire car les radio-

graphies sont longtemps normales. La spondylarthrite chez

l'enfant n'est pas rare puisque 15 à 20 % des spondylarthrites débutent avant l'âge de 16 ans. La maladie débute alors autour de 10-12 ans et touche préférentiellement les articulations périphériques (pieds, genoux, hanches). À l'âge adulte, 40 %

ches). À l'âge adulte, 40 % de ces spondylarthrites restent évolutives.

## Quel est le profil type d'un patient souffrant de spondylarthrite?

I est classique de dire que la spondylarthrite touche préférentiellement l'homme, jeune, avec un début des symptômes vers 25 ans. En fait, on sait maintenant que la spondylarthrite peut tout aussi bien toucher la femme et qu'elle peut débuter dès la petite enfance (on parle alors de spondylarthropathie juvénile). Plus rares sont les spondylarthrites qui débutent après 50 ans. Il sem-



À RETENIR

Alors que l'on pensait que la spondylarthrite

trent qu'elle peut

plus fréquente.

était l'apanage de l'homme,

les études récentes mon-

aussi toucher la femme.

Chez l'enfant, l'atteinte

articulaire périphérique

est, de loin, l'atteinte la

#### Existe-t-il un risque particulier de poussée de la maladie en cas de grossesse?



n peut reformuler cette question de deux façons :

■ Est-ce que la grossesse a des conséquences sur la spondylarthrite ?

■ Est-ce que la spondylarthrite a des conséquences sur la grossesse ?

#### **NOTRE CONSEIL**

- Si vous désirez une grossesse, parlez-en

  à votre rhumatologue en lui
  demandant notamment
  si vous devez arrêter ou non
  les médicaments avant
  de concevoir l'enfant ou bien
  dès que vous êtes enceinte.
- Si vous êtes enceinte, prévenez immédiatement votre rhumatologue.
- Pour des informations plus détaillées concernant la conduite que nous vous conseillons, se référer à l'annexe 1.

#### Grossesse et spondylarthrite:

Toutes les études menées dans ce domaine montrent que tout peut se voir :

- amélioration de la spondylarthrite;
- aucun effet ;
- poussée de la maladie, surtout après l'accouchement.

#### Spondylarthrite et grossesse:

La spondylarthrite n'a pas d'effet sur la grossesse. En d'autres termes :

- il n'y a pas plus de stérilité chez les femmes ayant une spondylarthrite que dans la population générale;
- en cas de grossesse, il n'y a pas plus de fausses-couches spontanées ou d'accouchements prématurés. Cependant, certains traitements administrés pour la spondylarthrite peuvent avoir un effet sur la grossesse.

#### Quelle est l'espérance de vie d'un patient souffrant de spondylarthrite?

e caractère bénin de cette affection se traduit le plus souvent par une espérance de vie similaire à celle de la population générale. Bien entendu, en cas de maladie sévère, et notamment en cas d'atteinte cardiaque ou pulmonaire, l'espérance de vie peut alors être diminuée.





#### **Quels sont** les principaux traitements de la spondylarthrite?

Is sont nombreux. Toutefois, ils ont tous deux objectifs essentiels:

■ vaincre la douleur et l'inflammation ;

prévenir les éventuelles complications : séquelles irréversibles telles que l'attitude vicieuse du rachis Les traitements

de la spondylarthrite sont nombreux. Deux objectifs essentiels: d'une part vaincre la douleur et l'inflammation, d'autre part prévenir les complications de la

À RETENIR

maladie.

en rapport avec une ankylose, la diminution des capacités respiratoires, la rétraction tendineuse et/ou l'atteinte cartilagineuse en cas d'arthrite périphérique, la diminution de l'acuité visuelle en cas d'atteinte oculaire (uvéite).

vicieuses, atteinte cartilagineuse, rétraction des orteils, etc.) causés par la maladie. Ils nécessitent une prise en charge thérapeutique particulière.



#### Quels sont les moyens permettant de vaincre la douleur?

a douleur observée au cours de la spondylarthrite est essentiellement due aux phénomènes inflammatoires. Il est donc logique d'utiliser en priorité un traitement anti-inflammatoire. Toutefois, deux éléments à ne pas oublier :

à côté des médicaments anti-inflammatoires, d'autres moyens thérapeutiques à base de médicaments ou non peuvent être utilisés;

■ à côté de l'inflammation, il existe d'autres causes de la douleur et notamment les dégâts (attitudes

#### Qu'est-ce qu'un médicament anti-inflammatoire

n distingue schématiquement deux types de traitements anti-inflammatoires selon qu'ils contiennent ou non de la cortisone. Ceux qui contiennent de la cortisone sont appelés antiinflammatoires stéroïdiens et ceux qui n'en contiennent pas, anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS dans le jargon médical. Les AINS sont la plupart du temps utilisés par voie orale. Ils peuvent être utilisés par voie transdermique (pommade), mais jamais par voie intra-articulaire. Les dérivés corticoïdes ou anti-inflammatoires stéroïdiens peuvent être utilisés en se servant de nombreuses voies d'administration, y compris la voie intra- (dedans) ou péri-(à côté) articulaire (infiltrations).

Il y a deux grands
groupes d'anti-inflammatoires,
selon qu'ils contiennent
ou non de la cortisone.
Ceux qui n'en contiennent
pas : les anti-inflammatoires non stéroïdiens
ou AINS
sont les plus utilisés
au cours de la spondylarthrite.

À RETENIR

# Quelles sont les indications de l'administration des AINS par voie intraveineuse?

OPINION
Il n'y a habituellement pas lieu de
recourir à l'injection intraveineuse
d'AINS (injection
directe ou perfusion) au cours de
la spondylar-

NOTRE

thrite.

es AINS sont très bien absorbés dans le tube digestif. L'administration intraveineuse a une plus grande rapidité d'action, mais ceci est de peu, voire d'aucun intérêt dans la spondylarthrite.

# Quelles sont les indications de l'administration des AINS par voie intramusculaire?

NOTRE
CONSEIL
Éviter
les injections
intramusculaires
d'AINS.

ci encore, il n'y en a guère. Deux éléments à comprendre : le risque d'avoir un effet secondaire digestif lié à la prise d'AINS n'a rien à voir avec sa voie d'administration (par la bouche ou en intramusculaire), mais est lié à son mécanisme d'action. En d'autres termes, le risque d'avoir une intolérance digestive est le même que l'AINS soit avalé ou injecté

dans la fesse. L'efficacité des AINS est la même quelle que soit la voie d'administration. Seule la rapidité d'action diffère (mais seulement de quelques heures), ce qui est de peu d'intérêt au cours de la spondylarthrite. Enfin, dernier élément, et non des moindres, il existe avec certains AINS un risque d'infection ou d'intolérance locale (nécrose des muscles de la fesse après injection intramusculaire d'AINS).

# Quelles sont les indications de l'administration percutanée des AINS?

es AINS sous forme de gel peuvent être appliqués sur une surface douloureuse. À notre connaissance, il n'y a jamais eu d'études scientifiques bien menées dans la spondylarthrite, mais il n'est pas illogique de l'essayer en cas de douleur localisée, d'autant plus que cette voie n'est pas toxique. Si cette décision est prise, il faut avoir à l'esprit



que la technique d'administration est importante : au moins 3 applications par jour, bien faire pénétrer le produit à chaque application en débordant de la zone douloureuse.



#### Quels sont les principaux anti-inflammatoires non stéroïdiens ou AINS?

Is sont très nombreux. L'analyse de la liste (non complète) en annexe 3 vous permettra peut-être de retrouver le vôtre. Il y a plusieurs façons de classer les traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens :

■ soit en fonction de leur composition chimique (on utilise alors des noms très techniques comme les "propioniques", les "oxicams";

- soit en fonction de leur durée d'action;
- soit en fonction de leur présentation (comprimés, gélules, suppositoires, etc.).

#### À quel moment de la journée doit-on prendre son traitement anti-inflammatoire non stéroïdien ou AINS?

out dépend de l'AINS. Chacun de ces médicaments se caractérise par un temps prévisible au bout duquel il est habituellement efficace et surtout par sa durée prévisible d'action. Si la durée d'action est courte (4 à 8 heures), il sera nécessaire de prendre l'AINS plusieurs fois par jour (selon les conseils de votre médecin). Si la durée d'action est longue (12 à 24 heures), une seule prise quotidienne pourra être suffisante. De plus, un même AINS à durée d'action courte peut avoir une durée d'action prolongée, grâce à une forme galénique particulière : on parle généralement de formes à libération prolongée.

Il est généralement recommandé de prendre son AINS avec un grand verre d'eau, au milieu d'un repas.





### Est-ce que l'aspirine est un AINS ?





aspirine a en fait trois actions différentes selon la dose à laquelle ce médicament est utilisé :

**NOTRE CONSEIL** 

Quelle que soit la dose utilisée, il faut se rappeler que ce médicament n'est pas anodin et qu'en particulier il peut avoir un effet dangereux sur l'estomac (surtout en cas d'association à un autre traitement anti-inflammatoire). Il ne faut donc pas traiter son mal de tête, sa "gueule de bois" ou son mal de dent par de l'aspirine sans en aviser son médecin. Ceci est d'autant plus trompeur que nombre de préparations à base d'aspirine sont disponibles sans ordonnance (Annexe 2).

à petites doses (moins de 350 mg par jour), l'aspirine "fluidifie" le sang (action anti-agrégante plaquettaire);

- à doses moyennes (de 500 à 2000 mg), l'aspirine est antalgique (lutte contre la douleur);
- à doses fortes (plus de 2000 mg par jour), l'aspirine devient anti-inflammatoire.

### Peut-on associer plusieurs AINS entre eux?

56

on, car c'est dangereux. Par contre, en fonction de l'horaire et de l'intensité des douleurs, on peut utiliser un même médicament à posologie et à présentation différente. Par exemple, on peut utiliser une forme à libération prolongée à forte dose le soir au coucher et une forme à libération rapide à moindre dose le matin, voire à midi.

# Peut-on prévenir les complications digestives des AINS?



ui et non.

Non, en ce sens que l'on ne peut actuellement pas garantir à 100 % l'absence de survenue de complications digestives.

Oui, en ce sens que l'on connaît les facteurs qui favorisent ces complications et notamment les ulcères d'estomac. Ce risque digestif est en effet accentué par la prise d'alcool et/ou de tabac. Il convient donc de l'éviter pendant la durée du traitement.



L'autre facteur qui majore ce risque est le "stress" (lors d'une intervention chirurgicale par exemple). Chez certaines personnes fragiles (âge avancé, antécédents d'ulcère, période péri-opératoire), des médicaments pourront être proposés. De nouvelles molécules AINS agissant sur l'inflamma-

tion articulaire avec un risque diges-À RETENIR Si le risque de voir survenir une complication digestive liée à la prise d'AINS ne peut être totalement écarté, il n'en reste pas moins vrai que certaines mesures simples permettent de le réduire notablement.

tif diminué ont été mises au point et sont délivrables sur prescription médicale (les coxibs). Enfin, ne jamais oublier que le risque digestif est dû... à la prise d'AINS. En pratique, cela veut dire qu'il ne faut jamais dépasser les doses prescrites et qu'il ne semble pas à l'heure actuelle justifié de poursuivre un traitement AINS en dehors des poussées douloureuses.

#### Existe-t-il des complications des AINS autres que digestives?

À RETENIR Les AINS sont de véritables médicaments en ce sens au'ils sont efficaces mais ne sont toutefois pas dénués de risques. Ils sont très utiles dans la spondylarthrite. Ils sont le plus souvent bien tolérés sous réserve d'une surveillance médicale.

alheureusement, oui. Bien que moins fréquents, il faut signaler la possibilité de voir survenir, avec certains AINS, d'autres problèmes : possibilité d'aggraver une hypertension artérielle, possibilité d'aggraver un asthme, des accidents allergiques (éruptions), etc.

#### Pourquoi la phénylbutazone est-elle souvent considérée comme un AINS particulier?

**NOTRE CONSEIL** La phénylbutazone est un AINS particulièrement efficace au cours de la spondylarthrite ankylosante. Sa toxicité digestive fait que l'on réserve ce traitement aux patients résistant aux autres AINS et pour qui un traitement anti-TNF est contreindiqué.

a phénylbutazone a été un des tout premiers AINS utilisés. Elle s'est révélée rapidement et particulièrement efficace chez les patients souffrant de spondylarthrite ankylosante. Malheureusement, la phénylbutazone semble avoir une toxicité digestive plus grande que les autres AINS. Par ailleurs, elle présente le risque non spécifique

d'anomalies des globules blancs, risques heureusement très rare.

Les AINS doivent-ils être pris de manière systématique ou seulement en cas de poussée douloureuse?

a réponse devrait être oui si la prise quotidienne systématique d'AINS était capable de prévenir les complications de la maladie (prévention des rechutes douloureuses, prévention des épisodes d'uvéite, prévention de l'ankylose rachidienne, prévention des attitudes vicieuses, etc.). La réponse doit être non si les AINS sont "seulement" des traitements symptomatiques, c'est-àdire qu'ils n'agissent que sur la douleur ressentie au cours des poussées douloureuses et pas sur le cours évolutif de la maladie. Actuellement, il n'existe pas de données scientifiques suffisantes pour répondre à cette question.



**NOTRE OPINION** 

À ce jour, il n'existe pas de données scientifiques pour répondre à cette question. Étant donné le risque potentiel toxique d'une prise d'AINS au long cours et l'absence de preuve irréfutable d'un effet préventif sur l'évolution à long terme, il nous paraît raisonnable de recommander de limiter la prise d'AINS aux poussées douloureuses. Bien entendu, chaque patient est particulier et certains peuvent nécessiter une prise quotidienne, continue, sur plusieurs années.

Si je vais bien sous AINS, comment savoir si cela est dû à l'effet du traitement ou bien à une accalmie de la maladie?

**NOTRE CONSEIL** Après en avoir discuté avec votre médecin, en cas d'accalmie de votre maladie sous traitement, il est justifié d'essayer de l'arrêter et, en cas de rechute à l'arrêt, le reprendre.

ela n'est possible qu'en faisant un test d'arrêt du traitement. S'il s'agit d'une accalmie, la douleur ne réapparaît pas. S'il s'agit d'un effet dû à la prise d'AINS, la douleur va très rapidement revenir.

#### Ouelle est la différence entre 62 anti-inflammatoires non stéroidiens (AINS) et coxibs?

- I y a une différence et il n'y en a pas. Pour cela, il faut se rappeler les principales étapes de la recherche ayant permis les avancées thérapeutiques dans ce domaine :
- 1960-1970 : découverte d'une enzyme (au nom technique de cyclo-oxygénase) responsable de l'inflammation. Dès lors que cette enzyme a été connue, on a cherché et réussi à bloquer, empêcher, inhiber son action. Les médicaments issus de cette recherche sont appelés inhibiteurs de la cyclo-oxygénase (ce sont les AINS habituels).



Malheureusement, l'action de

À RETENIR l'enzyme (la cyclo-oxygé-Les AINS conventionnase) ne se limite pas à créer l'inflammation, nels empêchent l'action mais a également des 2 enzymes (cyclo-oxygénase I et II) alors que les d'autres actions autres empêchent seulement comme par exeml'action de la cyclo-oxygénase ple de protéger la de type II. Ainsi, si on peut s'attendre à ce que l'efficacité des coxibs soit similaire à celle des AINS conventionnels, on peut également s'attendre à ce que les coxibs aient une toxicité digestive moin-

paroi de l'estomac et de réauler le flux artériel. Aussi. empêcher l'action de la cyclo-oxygénase revient à diminuer l'inflammation (ce qui est bien), mais dre mais une toxicité également revient à fracardio-vasculaire giliser l'estomac et à déséquilibrer la tension artérielle identique. (ce qui n'est pas souhaitable). ■ 1990-2000 : découverte qu'en fait il n'y a pas

qu'une enzyme, mais deux (cyclo-oxygénase de type I : Cox-I et cyclo-oxygénase de type II : Cox-II). La cyclo-oxygénase de type I est l'enzyme qui maintient l'intégrité de la muqueuse gastrique. La cyclo-oxygénase de type II est responsable de l'inflammation et de la tonicité vasculaire. Les médicaments empêchant de manière sélective la cyclo-oxygénase de type II sont appelés coxibs.

#### Ou'en est-il des effets digestifs et/ou cardiovasculaires des AINS et notamment des coxibs?

a toxicité la plus importante des AINS est digestive avec risque non seulement de simples brûlures d'estomac, mais également de véritables ulcères ("trous") dans l'estomac. Ces ulcères (trous) peuvent se compliquer d'hémorragies, parfois cataclysmiques, ou de perforation (péritonite). Pour lutter contre ces effets néfastes (qui apparaissent surtout chez les personnes âgées et/ou ayant des antécédents d'ulcères) on peut associer des "protecteurs gastriques".

Plus récemment, de nouvelles molécules regroupées sous le terme de coxibs, ayant une efficacité similaire aux AINS mais avec une moindre toxicité digestive, ont été développés.

Ces molécules récentes ont été beaucoup mieux évaluées que les AINS dits "conventionnels" (sur un grand nombre de malades et sur une longue période). Ces études ont comparé l'efficacité, mais aussi la tolérance

des coxibs par rapport aux AINS dits "conventionnels". Elles

ont confirmé la meilleure tolérance digestive des coxibs, mais ont permis

de quantifier la toxicité cardiovasculaire (risque d'accident vasculaire cérébral. d'infarctus du myocarde) de toute cette classe thérapeutique (non seulement coxibs, mais également les AINS dits conventionnels).

#### À RETENIR

Les études récentes ont précisé que tous les AINS (y compris les coxibs) ont un risque cardio-vasculaire qui semble être dosedépendant (plus on en prend plus le risque est grand) et temps-dépendant (plus longtemps on en prend plus le risque est grand). C'est pourquoi la recommandation actuelle est que, si possible, on en prenne à la dose la plus faible possible et le moins de temps possible. Toutes ces études récentes ont confirmé la meilleure tolérance digestive des coxibs par rapport aux AINS dits conventionnels.

Toutes ces études ont montré que la meilleure tolérance des coxibs apparaissait dès le premier mois de traitement et également que la mauvaise tolérance cardio-vasculaire commune aux coxibs et aux AINS apparaissait après plusieurs mois d'utilisation, de manière systématique et quotidienne.

#### Qu'est-ce que la rééducation?

a rééducation et la réadaptation fonctionnelle représentent une spécialité médicale (encore appelée médecine physique). La rééducation a pour but de corriger une déficience d'installation récente. La réadaptation a pour but de limiter les conséquences d'un handicap. Mais qu'est-ce qu'une déficience ? Qu'est-ce qu'un handicap ? Prenons un exemple qui n'a rien à voir avec les rhumatismes. La presbytie est une "déficience" : nos yeux nous rendent "incapables" de voir de près. Et si nous aimons lire ou coudre par exemple, nous sommes "handicapés" pour le faire. L'ophtalmologiste, malgré les progrès de la médecine, n'a pas le pouvoir de corriger cette déficience, mais supprime le handicap en prescrivant un "appareil" approprié, c'est-à-dire des lunettes.

En d'autres termes, aucun traitement ne permet aux yeux de recouvrer une acuité visuelle normale, mais les lunettes rendent la possibilité de faire toutes les activités qui nécessitent de bien voir de près. Reprenons le cas des spondylarthropathies : la rééducation, associée à un traitement médicamenteux bien conduit, tend à prévenir l'ankylose articulaire (par exemple l'ankylose des petites articulations de la paroi thoracique qui compromet les capacités respiratoires). Quand l'ankylose ne peut être évitée, la rééducation peut au moins permettre que les articulations s'enraidissent en bonne position, c'est-à-dire dans une position qui ne compromet pas la fonction. Par exemple, si le cou est enraidi, il faut faire tout ce qui est possible pour qu'il s'enraidisse avec la tête droite afin de pouvoir continuer à regarder en face de soi sans peine. Malheureusement, l'équipe de rééducation intervient parfois trop tardivement, c'est-à-dire quand une

"attitude vicieuse" s'est installée de façon irréversible. La réadaptation aide alors la personne handicapée à retrouver un maximum d'autonomie et donc sa place dans sa famille et dans son milieu socioprofessionnel.

Les moyens utilisés sont divers et dépendent de la nature du handicap, des besoins et de l'environnement.

La rééducation est utile au début de la spondylarthrite pour au moins deux raisons : d'une part elle, est capable d'améliorer les symptômes des patients (douleur, sensation de raideur, etc.), d'autre part elle est probablement capable de prévenir les déformations de la maladie dues aux attitudes vicieuses. Mais la rééducation est également utile plus tard pour corriger les déformations, voire pour pallier leurs conséquences.



**NOTRE CONSEIL** 

La médecine de rééducation utilise diverses méthodes, notamment la kinésithérapie ("kinésie" = mouvement), l'ergothérapie ("ergon" = travail) et l'appareillage (par exemple l'élaboration de corsets). C'est donc un travail d'équipe au mieux coordonné par un médecin rééducateur. Il y a toujours une indication à la rééducation au cours de la spondylarthrite. La question est de savoir comment l'administrer (cf. Question n° 66).

#### À quoi sert le port d'un corset dans la spondylarthrite?

À RETENIR
Le corset et/ou
un autre appareillage
peuvent être utiles pour
réduire les déformations.
Le traitement nécessite
un suivi régulier afin
de juger son efficacité
et sa tolérance, mais
également pour pouvoir
l'adapter à chaque
patient en fonction de
la réponse au traitement.

n corset peut corriger, au moins partiellement, une déformation quand celle-ci est réductible, parce qu'il reste une certaine souplesse du rachis. Il peut être indiqué pour améliorer la cambrure des reins ou pour réduire la cyphose dorsale (dos voûté), ou encore pour réduire la cyphose dorsale et cervicale (dos voûté avec projection en avant de la tête et du cou).

- Par vous-même, après de simples conseils promulgués par votre médecin et/ou une brochure d'information comme celle-ci.
- Certaines équipes vantent les mérites de l'apprentissage de la rééducation par groupes de patients réunis au cours d'une même séance.
- En cas de problème particulièrement sévère, il peut y avoir indication à une hospitalisation en service de rééducation.



### Comment effectuer la kinésithérapie?

66

À RETENIR
Kinésithérapie n'est
pas synonyme de
kinésithérapeute.
L'implication du patient
dans sa prise en charge
kinésithérapique est
au moins tout aussi
importante que les
conseils médicaux ou
les séances de
kinésithérapie.

lusieurs façons:

Bien entendu, en présence d'un kinésithérapeute qui, sur ordonnance médicale, peut d'une part améliorer votre "raideur", d'autre part vous apprendre les mouvements que vous aurez à effectuer par vousmême, enfin vérifier régulièrement que vous effectuez correctement les mouvements prescrits.

### Quel est le rôle du kinésithérapeute?

n, mais plusieurs

- e kinésithérapeute n'a pas un, mais plusieurs rôles à jouer dans la prise en charge des patients souffrant de spondylarthrite:
- Il assure la kinéthérapie traditionnelle en séances individuelles et sur prescription médicale où il peut par exemple traiter une raideur articulaire;
- il enseigne au patient le programme de gymnastique que celui-ci aura à effectuer à son domicile ;
- il adapte ce programme en fonction de l'état clinique du patient;
- il vérifie que le programme est bien exécuté ;
- il participe à la prise en charge des patients au centre de rééducation, que ce soit lors des séances de groupe des patients ou lors de l'hospitalisation d'un patient particulier.

#### Quels sont les mouvements à privilégier au cours de la spondylarthrite?

es mouvements sont à apprécier au cas par cas. On ne peut suppléer ici au médecin traitant qui posera les indications de kinésithérapie en fonction de l'état clinique du patient. Toutefois, on peut schématiser plusieurs situations:

À RETENIR

pronostic à long

terme de la ma-

ladie sans pour autant être trop

astreignants.

en l'absence de symptômes (douleurs, raideur) évoquant une atteinte axiale, il ne semble pas y avoir lieu de **Certains gestes** proposer une kinésithérapie systésimples peuvent matique; être utiles pour le

en présence de symptômes cliniques, mais sans déformation à l'examen clinique et notamment pas de perte de la cambrure des reins (cf. Question n° 16), deux attitudes sont possibles:

 apprendre quelques mouvements à effectuer auprès d'un kinésithérapeute;

- ou effectuer soi-même quelques mouvements simples, à savoir : d'une part s'astreindre à des postures en hyper-extension du rachis lombaire au moins 20 minutes par jour (en pratique, lire ou regarder la télévision à plat ventre sur le sol dans la position du sphinx), d'autre part maintenir des activités physiques et si possible les activités sportives telle la natation;
- ou effectuer soi-même des mouvements plus complexes tels que ceux proposés dans l'annexe 5; en présence de symptômes cliniques avec déformation, il y a lieu de consulter en milieu spécialisé pour une prise en charge multidisciplinaire (rhumatologue, rééducateur, kinésithérapeute, etc.).



#### Pourquoi insiste-t-on sur la rééducation respiratoire?

À RETENIR

Mieux vaut prévenir que guérir. Même si l'insuffisance respiratoire par ankylose de la cage thoracique est rarement observée, nous recommandons des mouvements pour prévenir cette complication.

ous avons vu qu'un des risques à long terme de l'atteinte axiale est la réduction de mobilité, voire l'ankylose des articulations du rachis, mais également des côtes. Cette ankylose de la cage thoracique peut entraîner des difficultés à ventiler correctement les poumons. Cette ankylose peut survenir de manière sournoise. Une fois installée, elle sera difficile à traiter.

#### Peut-on faire du sport quand on a une spondylarthrite?

n peut bien évidemment faire du sport, mais il ne faut pas le faire dans un esprit de compétition. Le sport vient en complément de la gymnastique préconisée par le

**NOTRE** CONSEIL Faites du sport en prenant conseil auprès de votre médecin, de votre kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute.

médecin et le kinésithérapeute. La pratique de certains sports peut même – au moins partiellement – remplacer la gymnastique conseillée. Et comme pour tous, le sport entretient le capital musculaire, les performances cardio-respiratoires, le moral... Il faut choisir de préférence des sports qui n'exposent pas à des traumatismes ou des microtraumatismes,

au froid et à l'humidité.

- La natation est excellente, mais il est recommandé de se baigner dans une eau tiède (température > 25 °C). Le dos crawlé est la nage conseillée : il permet de mobiliser et de muscler l'ensemble du corps, de redresser le dos et, à chaque battement de bras, d'ouvrir la cage thoracique et de travailler la respiration. Par contre la brasse et le crawl ne sont pas recommandés parce que la position du dos n'est pas bonne.
- Le volley-ball est également un excellent sport parce qu'il incite à se redresser.
- Si vous aimez faire du vélo, ne vous privez pas, mais aménagez votre vélo pour ne pas vous tenir avec le dos rond. Ne choisissez pas un VTT, mais plutôt un vélo hollandais et remontez le quidon!

# Comment 7 le médecin fait-il pour évaluer les déformations de la spondylarthrite?

À RETENIR

Même si vous allez
bien, il est utile
d'effectuer un examen
médical régulier qui
permettra de détecter
les déformations cliniques le plus tôt possible.
La détection précoce est
le seul garant d'une
bonne efficacité du
traitement physi-

n examen est nécessaire pour vérifier l'absence d'apparition de déformations rachidiennes et utile pour poser les indications du traitement physique.

Cet examen comprend notamment :

- l'évaluation de la cambrure des reins ;
- l'évaluation de la capacité du thorax à s'expandre;
- l'évaluation de l'absence de projection de la tête et du cou en avant.

Comment le médecin fait-il pour évaluer l'activité de la spondylarthrite?



- lusieurs paramètres peuvent être évalués par le médecin :
- la quantité de comprimés d'anti-inflammatoires consommés sur une période donnée ;
- l'existence et/ou le nombre de réveils nocturnes dus à la douleur ;
- la durée de la raideur matinale ;
- l'indice de BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index).

L'indice de BASDAI est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer plusieurs domaines de la maladie. Il est composé de 6 questions avec un score total qui varie de 0 (absence d'activité de la maladie) à 10 (activité maximale de la maladie) (annexe 6).

L'évaluation de ces paramètres subjectifs est suffisante en pratique quotidienne.

tiver l'inflammation.

Cependant, si la maladie reste active malgré les traitements proposés

et qu'il se discute
alors le recours aux
anti-TNF-alpha, il
paraît justifié de
réaliser des explorations complémentaires biologiques (prise de
sang) et d'imagerie
(Imagerie par Résonance Magnétique ou
IRM, échographie, scintigraphie osseuse) pour objec-

TNF?

À RETENIR

La place du malade est prépondérante dans l'appréciation de l'activité de la maladie. Plus que le médecin, il est le plus à même de savoir si sa maladie est active. Toutefois, à l'heure actuelle la question suivante se pose : faut-il objectiver ces signes d'activité à travers certains examens complémentaires dès lors qu'on envisage un traitement anti-

# Comment gérer 73 une activité professionnelle quand on souffre de spondylarthrite?

e plus souvent, la spondylarthrite permet une vie professionnelle normale quelle que soit la nature de cette profession. Toutefois, si la spondylarthrite semble sévère et qu'elle se déclare avant toute activité professionnelle, il est prudent d'envisager une orientation professionnelle. Cela ne veut pas dire que seuls les métiers strictement sédentaires seront alors autorisés! Au contraire, il vaut mieux écarter les professions immobilisant longtemps dans une même position. Il faut exclure les travaux de force, ou même les métiers imposant le port de charges lourdes, les travaux exposant au froid et à l'humidité et les métiers imposant de longs trajets ou dans des véhicules mal suspendus.

Quand la spondylarthrite débute à l'âge adulte alors que l'on a déjà une profession, il faut continuer tant que la santé le permet même si ce n'est pas une activité professionnelle parfaitement adaptée. On se porte souvent mieux en poursuivant son travail, même en souffrant (parce qu'arrêter retentit sur le moral...). Par contre, il ne faut pas hésiter à faire appel au médecin du travail, éventuellement par l'intermédiaire d'un(e) assistant(e) social(e), car l'aménagement du poste de travail peut apporter un grand soulagement. Ce n'est qu'en dernier recours que l'on envisage un reclassement professionnel.

À RETENIR
La spondylarthrite est compatible avec l'activité
professionnelle.
Lorsque c'est possible,
il faut adapter l'activité professionnelle
(éviter travaux de
force et longs
trajets).

## La cortisone est-elle efficace au cours de la spondylarthrite?

- out dépend de ce que l'on entend par cortisone et par spondylarthrite.
- La cortisone peut s'administrer par voie systémique ou générale (par voie orale, par perfusion, par piqûre intramusculaire) ou par voie locale (infiltration dans les articulations, injection autour de l'œil, etc.).
- À l'évidence, la cortisone est utile pour traiter les épisodes d'uvéite (soit par voie locale, soit par voie systémique).
- À l'évidence, la cortisone, administrée par voie générale, est efficace sur les arthrites périphériques observées au cours des spondylarthropathies.
- Par contre, la cortisone, administrée par voie générale, n'est que très peu efficace sur l'atteinte axiale de la spondylarthrite.

#### Quelles sont les indications des infiltrations de cortisone dans la spondylarthrite?

#### ■ En cas d'enthésiopathie?

C'est une très bonne indication en cas d'atteinte localisée, persistante.

#### ■ En cas d'arthrite périphérique?

C'est également une très bonne indication, à condition de ne pas répéter les infiltrations trop souvent (2 à 3 par an).

#### ■ En cas d'atteinte axiale ?

Cela peut être utile quand la douleur est très localisée, par exemple à une articulation sacro-iliaque



et/ou à une articulation vertébrale (articulaire postérieure, voir question n° 13).



# Qu'appelle-t-on traitement de fond de la spondylarthrite?

70

I faut différencier ici les traitements de fond "classiques" actuellement utilisés dans la spondylarthrite également appelés traitements à action lente et une nouvelle classe médicamenteuse appelée "les anti-TNF-alpha".

Pour ce qui est des traitements de fond usuels, ils se différencient des anti-inflammatoires non stéroïdiens par leur délai d'action, leur effet sur l'inflammation et leur effet à long terme.

#### ■ Leur délai d'action :

À l'inverse des AINS, ces médicaments n'agissent sur l'inflammation et la douleur qu'après quelques semaines, voire quelques mois d'utilisation. Il est donc inutile d'escompter un effet bénéfique en quelques jours et "ridicule" d'arrêter ces traitements prématurément.

#### ■ Leur effet sur l'inflammation :

Les traitements de fond sont capables de réduire

l'inflammation, que celle-ci se manifeste par la présence d'articulations périphériques gonflées ou par une élévation dans le sang de la protéine C-réactive (CRP) ou de la vitesse de sédimentation globulaire (VS) (marqueurs de l'inflammation dans les examens sanguins).

#### ■ Leur effet à long terme :

À l'heure actuelle, on ne sait pas (mais on espère que) si les traitements de fond sont capables d'influencer ou non le cours évolutif de la maladie.

Les médicaments les plus couramment utilisés sont :

- avant tout la salazosulfasalazine (Annexe 7);
- mais également les sels d'or (Annexe 8);
- et le méthotrexate (Annexe 9).

Les anti-TNF-alpha se différencient des traitements de fond "usuels" d'une part par une plus grande rapidité d'action, d'autre part par une meilleure efficacité et, enfin et surtout, par une action nette sur les manifestations axiales et enthésiopathiques. Ils sont détaillés dans l'annexe 10.



## Quelle est la place des traitements de fond dans la spondylarthrite?





es traitements de fond traditionnels sont indiqués :

■ en cas d'atteinte articulaire périphérique importante (plusieurs articulations atteintes) et persistantes (plusieurs semaines ou mois) malgré un traitement AINS;

en cas d'atteinte extra-articulaire sévère (par exemple, récidive trop fréquente d'épisodes d'uvéites);

NOTRE AVIS
Les anti-TNF-alpha
peuvent être prescrits
après échec des traitements de fond traditionnels
dans les atteintes articulaires
périphériques ou extra-articulaires importantes. En cas
d'atteinte axiale ou enthésiopathique résistante au
traitement anti-inflammatoire non stéroïdien, les
anti-TNF sont également indiqués.

par contre, ces traitements n'ont en général pas ou peu d'efficacité en cas d'atteinte axiale ou enthésiopathique de la spondylarthrite.

Les nouveaux traitements anti-TNF-alpha sont efficaces quelle que soit la forme de la maladie. Ils ont donc les mêmes indications auxquelles s'ajoutent les maladies avec atteintes axiale et enthésiopathique importantes et persistantes.

# Qu'entend-on par anti-TNF-alpha?

78

es anti-TNF-alpha appartiennent à une nouvelle classe thérapeutique. Le TNF qui signifie "Tumor Necrosis Factor" est une molécule produite naturellement par l'organisme au cours de l'inflammation.

■ Le rôle des anti-TNF-alpha est de bloquer l'action du TNF afin de limiter l'intensité et l'extension de la réaction inflammatoire au cours des poussées rhumatismales. Ces nouveaux médicaments existent soit sous forme d'anticorps dirigés contre le TNF (Rémicade®, Humira®), soit sous forme de récepteur soluble du TNF (Enbrel®).

■ Les anti-TNF-alpha sont issus de la fabrication par biothérapie, ce qui entraîne un prix très élevé de ces médicaments (environ 10000 euros par an). À la différence des traitements de fond actuellement disponibles, ils ont un délai d'action très rapide, avec à long terme une influence probable sur le cours évolutif de la maladie. Ce traitement nécessite toutefois une surveil-

lance attentive car il est également impliqué dans la défense anti-infectieuse et donc antitumorale (Annexe 10).

#### **NOTRE CONSEIL**

Si les traitements de fond classiques sont efficaces et donc indiqués en cas d'atteinte articulaire périphérique persistante ou d'atteinte extra-articulaire sévère, ils sont généralement peu ou pas efficaces en cas d'atteinte axiale ou enthésiopathique. En revanche, les anti-TNF-alpha ont une plus grande efficacité, avec un délai d'action beaucoup plus court et ce quelle que soit la présentation clinique.

# **Quels sont** les principaux risques des traitements anti-TNF?

**NOTRE CONSEIL** Les anti-TNF sont de vrais médicaments, c'est-à-dire que s'ils sont à l'évidence très efficaces, il n'en reste pas moins qu'ils peuvent être toxiques. Toutefois, il existe des moyens de prévenir et/ou de traiter de manière adéquate les complications de ces traitements.

I en existe deux principaux:

- Le risque de voir survenir une infection.
- Le risque de voir survenir une tumeur. Le risque d'infection est certain. L'infection qui est le plus à redouter est la tuberculose. Aussi, avant d'initier un traitement, des précautions sont à prendre (vérifier l'absence de tuberculose antérieure en effectuant un test cutané et une

radiographie de thorax). De même, durant la période de traitement, une attention particulière sera portée aux soins corporels (brossage régulier des dents, visites régulières chez le dentiste, soins méticuleux des ongles, arrêt du traitement avant toute intervention chirurgicale, consultation rapide en cas de fièvre en signalant au médecin consulté la prise d'anti-TNF).

Le risque tumoral est plus hypothétique que réellement démontré. Toutefois, à ce jour, il n'est pas recommandé d'initier ce traitement chez un malade ayant eu un cancer dans un passé récent (moins de 5 ans) et il est recommandé de consulter au moindre doute (apparition d'un ganglion, d'une lésion cutanée, etc.).

## **Quels sont** les différents moyens de traiter une talalgie?



a talalgie, qu'elle soit inférieure ou postérieure (cf. Question n° 27), réagit souvent bien au repos... et ne résiste qu'exceptionnellement au temps. En d'autres termes, même quand elle semble très douloureuse, très invalidante, elle finit généralement par céder complètement et spontanément. Nombreux sont les moyens thérapeutiques spécifiques (en dehors des AINS) :

En cas de talalgie inférieure :

manifestation clinique

bénigne qui ne justifie

que de mesures thérapeutiques simples.

En cas de symptômes

résistants à ces traite-

ments, l'emploi des

anti-TNF peut être

envisagé.

le plus souvent

- infiltration:
- port d'une talonnette permettant d'éviter l'appui du talon à la marche;
- exceptionnellement (en cas d'atteinte évoluant depuis plus de 2 ans, rebelle au traitement) **NOTRE AVIS** peut se discuter une radio-La talalgie est une thérapie anti-inflamma-

toire locale.

En cas de talalgie postérieure:

- infiltration d'une bursite:
- exceptionnellement, en cas d'atteinte sévère et persistante, une intervention chirurgicale peut être envisagée.

Enfin, quelle que soit la localisation, en cas de talalgie réfractaire à deux infiltrations, un traitement anti-TNF particulièrement efficace dans cette manifestation peut être envisagé.



# En dehors des infiltrations de cortisone, quels sont les autres moyens locaux de traitement d'une arthrite périphérique?

ls sont de deux types : les traitements physiques et les traitements médico-chirurgicaux. Les traitements physiques comprennent le repos articulaire, la rééducation (ergothérapie, kinésithérapie).

> L'indication des traitements chirurgicaux dépend de l'importance de

> > l'inflammation synoviale et de l'existence d'une destruction cartilagineuse (cf. Question n° 23)

Pour lutter contre l'inflam-

mation du tissu synovial, on

peut avoir recours à des

synoviorthèses (injection

intra-articulaire d'un produit

locaux d'une
arthrite périphérique
sont nombreux et
permettent le plus
souvent d'empêcher
l'atteinte du cartilage
et, par voie de
conséquence,
de prévenir un
handicap

À RETENIR

Les traitements

agissant non seulement sur l'inflammation, mais également sur la prolifération du tissu synovial). On peut injecter, soit un corticoïde retard (Hexatrione®), soit un produit radioactif appelé isotope (erbium, rhénium, ytrium). On peut également atteindre ce but (supprimer l'augmentation du tissu synovial) en enlevant cette synovie. On parle alors de synovectomie, que celle-ci soit réalisée à l'aide d'une arthroscopie ou au cours d'un acte chirurgical.

Si le cartilage est trop abîmé, on peut soit bloquer l'articulation chirurgicalement (arthrodèse), soit la remplacer (prothèse).

# Comment traiter une atteinte des orteils?

82

NOTRE CONSEIL
Alertez votre médecin
le plus tôt possible en
cas d'atteinte
de la base des orteils.
Ceci permettra d'administrer les traitements
le plus précocement
possible et ainsi
empêcher les attitudes vicieuses.

omme toute atteinte articulaire périphérique. Toutefois, en cas d'atteinte des articulations des orteils, une attitude vicieuse (rétraction des orteils) peut apparaître très rapidement qui sera alors difficile à réduire.

Le port de semelles adaptées à la déformation du pied peut permettre de limi-

ter l'aggravation des déforma-

tions et de diminuer la douleur.

## Y a-t-il urgence à traiter les épisodes d'uvéite ?

83

#### **NOTRE CONSEIL**

En cas d'œil rouge et douloureux, consulter très rapidement un ophtalmologue en lui signalant que vous souffrez par ailleurs d'une spondylarthrite. S'il s'agit d'une uvéite, il pourra alors vous administrer le traitement adéquat permettant d'éviter les complications de l'uvéite.

ui, si l'on veut éviter les complications. Celles-ci se font sous forme de cicatrices (synéchies) qui peuvent avoir pour conséquence une diminution de l'acuité visuelle.

# Quand et pourquoi avoir recours à la chirurgie au cours de la spondylarthrite?

ous avons déjà abordé les indications de la chirurgie :

■ en cas de talalgie postérieure rebelle (cf. Question n° 80);

■ en cas de persistance d'inflammation d'arthrite périphérique (justifiant alors une synovectomie) (cf. Question n° 81);

■ en cas d'atteinte articulaire périphérique destructrice (justifiant alors une arthrodèse ou une mise en place de prothèse (cf. Question n° 81).

La chirurgie peut également être (mais exceptionnellement) indiquée en cas d'atteinte axiale et notamment pour réparer une fracture ou pour réparer une attitude vicieuse trop prononcée (par exemple, dos voûté et projection de la tête et du cou en avant telle que le patient ne peut plus voir la ligne d'horizon en face de lui).



# La spondylarthrite peut-elle entraîner une fatigue importante, voire une dépression?

#### **NOTRE CONSEIL**

N'accusez pas la spondylarthrite de tous les maux. Il existe de multiples raisons d'être fatigué. À l'inverse, en cas de baisse de moral, n'hésitez pas à en parler à votre entourage ainsi qu'à l'équipe soignante qui pourra vous orienter vers les structures adaptées.

a maladie peut effectivement entraîner une fatique importante, qui est souvent très peu améliorée par les traitements médicamenteux conventionnels tels que les AINS, même lorsqu'ils sont efficaces sur la douleur et la raideur ressenties par le patient. La fatigue en ellemême n'est pas synonyme de maladie sévère et, jusqu'à ce jour,

n'est pas une indication à un traitement particulier. Mais lorsqu'elle est associée à une maladie très inflammatoire, elle peut inciter à recourir aux nouveaux traitements tels que les anti-TNF-alpha qui semblent efficaces sur ce symptôme.

En ce qui concerne la dépression, comme dans toutes les maladies chroniques elle peut coexister. L'entourage est alors d'un précieux secours. Si elle entraîne un retentissement important sur la vie quotidienne et professionnelle, il faut savoir la diagnostiquer et la prendre en charge à part entière (médicaments, consultation chez un psychologue ou un psychiatre).

# Doit-on suivre un régime particulier dans le cadre de la spondylarthrite?

*priori* non. On pourrait éventuellement apporter deux nuances à cette affirmation :

■ En cas de traitement par la cortisone, il est recommandé de suivre un régime peu salé, pauvre en sucre et en produits sucrés (confitures, miel, etc.), riche en calcium et en protéines et également un régime pauvre en graisses animales (beurre, crème fraîche, charcuterie, etc.).

■ La supplémentation en graisses particulières (acides gras poly-insaturés) pourrait avoir un effet anti-inflammatoire.

Ceci n'a jamais été démontré de manière scientifique au cours de la spondylarthrite ankylosante. Les principales sources alimentaires d'acides gras sont résumées dans l'annexe 11. Il existe plusieurs possibilités pour enrichir l'alimentation avec ces acides gras particuliers :

■ Modifier ses habitudes alimentaires et préférer les acides gras qui ont une action anti-inflammatoire (acides gras oméga 3, acides gras oméga 6). En annexe se trouve la liste des principales sources alimentaires de ces acides gras. Il faut reconnaître que cette simple modification d'habitude alimentaire ne peut avoir qu'une efficacité minime. Ainsi, les deux attitudes suivantes ont été préconisées :

- supplémenter l'alimentation par des gélules contenant ces acides gras particuliers. Ces gélules (d'huile de bourrache ou d'onagre) sont disponibles en pharmacie et parapharmacie, mais elles sont chères, et peu dosées en acide gras (à titre d'exemple, 20 gélules d'huile de bourrache ou d'onagre sont équivalentes à 1 cuillère à soupe d'huile de bourrache);
- s'aider de médicaments contenant de plus fortes doses de tels acides gras. Les médicaments disponibles en France ont été développés pour traiter des troubles métaboliques (hypertriglycéridémie). Ils ne sont pas indiqués dans la spondylarthrite. Par ailleurs, le dosage est encore insuffisant pour avoir un effet anti-inflammatoire net. Dans d'autres pays, et

notamment dans les pays scandinaves, des gélules chères et non remboursées par les services de santé sont disponibles en pharmacie.

#### **NOTRE CONSEIL**

- Avoir une alimentation équilibrée.
- Nous manquons d'arguments scientifiques pour recommander systématiquement une supplémentation en acides gras.
- À la différence de la population générale, vos besoins énergétiques sont augmentés.
   En cas de perte de poids importante, il est nécessaire d'enrichir votre alimentation en calories et en protéines.

#### Pour cela:

- faites 3 repas par jour ;
- pensez aux collations indispensables pour obtenir ou maintenir un poids de forme;
- reportez-vous à l'annexe 12 qui vous donne quelques exemples de recettes hyper-caloriques.

# Les vaccins peuvent-ils être administrés au cours de la spondylarthrite?

ui, sans aucune restriction. Aucune vaccination n'est contre-indiquée. Tous les vaccins sont efficaces. Il n'existe pas de vaccin contre la spondylarthrite. Par contre, certains traitements (et notamment le méthotrexate et les anti-TNF) pourraient rendre dangereux des vaccins à base de virus atténués, comme par exemple celui de la fièvre jaune.





## Peut-on être traité par un "sérum" vaccinal préparé à partir de ses selles ?

I s'agit d'une pratique utilisant un pseudovaccin fabriqué à partir des selles du patient. Il a suscité le développement d'un vaste réseau en France qui a pris pour cible privilégiée la rhumatologie. Ce traitement est guidé par

NOTRE
CONSEIL
Ce traitement
est à éviter.

des examens complémentaires très nombreux, inutiles, non remboursés, avec une connotation pseudoscientifique abusant le patient, mais aussi certains médecins mal informés. Il faut savoir que ce pseudo-vaccin n'a pas démontré son efficacité, ni son innocuité. Il n'y a pas non plus (et à juste titre) de prise en charge par la Sécurité sociale.

# Quelle est la place de l'homéopathie dans la spondylarthrite?

homéopathie utilise les mêmes produits de base que la médecine traditionnelle, mais en très faibles quantités. Des études scientifiques correctement conduites ont conclu à l'inefficacité de l'homéopathie, c'est-à-dire à l'absence de supériorité d'un traitement homéopathique par rapport à un traitement contrôle : placebo. Ceci n'empêche toutefois pas de nombreux malades d'y avoir recours. Ces traitements semblent non toxiques et peuvent donc être associés au traitement conventionnel mais uniquement s'ils sont prescrits par un médecin et délivrés par une officine. En effet, il faut se méfier de certains traitements dits "homéopathiques" qui, en fait, ne le sont pas, et qui contiennent toutes sortes de produits (corticoïdes, diurétiques, anabolisants, sédatifs, etc.) pouvant interférer avec les traitements conventionnels.



# Que penser de l'acupuncture, des cures thermales et du traitement par les plantes (phytothérapie) dans la spondylarthrite?

lles ne peuvent en aucun cas remplacer les thérapeutiques traditionnelles. En revanche, il n'y a pas de contre-indication à les associer, tout en sachant que du point de vue scientifique, la preuve de leur efficacité n'a jamais été faite.

Pour ce qui est des cures thermales, elles peuvent être l'occasion de s'éloigner pendant quelque temps de son environnement habituel, afin de prendre du recul face à ses difficultés quotidiennes. Une cure thermale doit être prescrite par un médecin.

Il remplit un formulaire spécial d'entente préalable que vous devez adresser au centre de Sécurité sociale.

Si vous obtenez un accord à l'entente préalable, 65 % des frais liés aux soins thermaux et 70 % des soins médicaux seront remboursés. Le

solde sera à votre charge mais pourra être remboursé par votre mutuelle. La La phytothérapie, l'acupuncture et la cure thermale n'ont totalité des frais peut être prise en charge pour les

> personnes bénéficiant

d'un 100 %.

aucun effet sur le processus évolutif de la spondylarthrite et ne peuvent en aucun cas remplacer les thérapeutiques traditionnelles. Toutefois, il n'y a pas de contre-indication à les associer. Pour les cures thermales, il n'y a aucune raison de s'astreindre à en

faire de façon régulière. Mais si vous

**NOTRE CONSEIL** 

êtes fatigué et si vous ressentez un vif besoin de vous échapper, pensez à cette solution. Il n'y a pas de contre-indication en dehors des poussées inflammatoires sévères.

# Que penser des médecines parallèles?

es enquêtes effectuées montrent que la plupart des utilisateurs de médecines non conventionnelles n'en parlent pas à leur médecin traitant. Cela suggère qu'il y a un manque de communication entre le médecin et le patient. Il est d'une part lié au fait que les médecins n'envisagent pas que leurs patients sollicitent en parallèle d'autres traitements et, d'autre part, au fait que les malades n'osent pas dire qu'ils ont essayé tel ou tel traitement de peur d'être mal compris. Les médecins manquent de données objectives pour se forger une réelle opinion sur les médecines parallèles et informer les malades.

# Existe-t-il des associations de malades atteints de spondylarthrite?

- ui. Il en existe dans de nombreux pays et plusieurs en France (adresses fournies à la fin de ce manuel, à l'annexe 13). Faire partie d'une association de malades a un triple intérêt :
- le premier est de renforcer "l'image" de la maladie vis-à-vis des pouvoirs publics. En d'autres termes, plus la représentation de ces associations est grande, plus la maladie est reconnue par les pouvoirs publics, plus les attributions (moyens financiers, reconnaissance sociale, etc.) leur seront accordées;
- le deuxième est d'informer les patients. Le présent manuel est un moyen d'informer. Nous ne pouvons que recommander l'accès à d'autres sources d'information telles les brochures éditées régulièrement par les associations;
- le troisième est de pouvoir aborder les problèmes



NOTRE CONSEIL

Vous avez tout
à gagner en vous
inscrivant auprès d'une
association de malades.
N'oubliez pas non plus
que ces associations
ont toujours besoin de
bénévoles pour améliorer leurs prestations. Pourquoi pas
vous ?

spécifiques des patients souffrant de spondylarthrite. Nombre de patients (même s'ils n'en sont pas convaincus au début) nous disent profiter grandement des réunions que les associations organisent.

# Quel est le rôle de l'assistant(e) social(e) ?

93

a complexité du système social et la multiplicité des aides qui peuvent vous être offertes justifient l'aide de professionnels. Ces professionnels sont les assistants sociaux qui vous accompagnent et vous guident afin de faire connaître les droits et aides dont vous pouvez bénéficier en fonction de votre état de santé, de votre statut social, du lieu d'habitation et bien d'autres paramètres encore.

Ainsi l'assistant(e) social(e) intervient pour :

- la prise en charge sociale : ouverture de droits, rétablissement ou maintien des droits, mutuelles, carte santé, etc.
- l'aide à la reconnaissance du handicap auprès de la COTOREP, orientation, maintien dans l'emploi (aménagement du poste de travail);
- reclassement ou formation professionnelle, maintien à domicile et mise en place éventuelle des aides financières nécessaires (aménagement du domicile, aides manuelles, etc.);
- l'information concernant les associations s'adressant aux personnes atteintes de spondylarthrite, les différents organismes juridiques ;
- le soutien psychologique.

# Comment solliciter l'aide d'un(e) assistant(e) social(e)?

i vous êtes hospitalisé, il est relativement facile de voir l'assistant(e) social(e) qui est rattaché(e) au service hospitalier qui vous accueille. Si vous n'êtes pas hospitalisé, vous pouvez alors téléphoner, aller à la mairie ou au centre de Sécurité sociale auquel vous êtes rattaché.



# Qu'est-ce que la Sécurité sociale et quelle est la différence entre assuré social et ayant-droit?

es régimes de la Sécurité sociale sont des assurances obligatoires et automatiques dont les ressources proviennent des cotisations des travailleurs et employeurs (selon les revenus du travail et jusqu'à 60 ans). Un "assuré social" est une personne qui travaille au moins 60 heures par mois. "L'ayant-droit" est la personne qui se trouve à la

charge de l'assuré social (par exemple les enfants) et qui bénéficie de la Sécurité sociale par son intermédiaire. La différence entre "assuré social" et "ayant-droit" est importante. En effet, "assuré social" et "ayant-droit" peuvent être pris en charge à 100 % pour le remboursement des soins (médicaments, consultations médicales, rééducation, hospitalisations, etc.) mais seul l'assuré social en activité peut obtenir des indemnités (aides financières) telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail et, éventuellement, la pension d'invalidité (faite pour compenser la perte de salaire liée à la réduction de la capacité de travail).

Que veut dire être pris en charge à 100 % lorsque l'on a une spondylarthrite?

our que les soins d'un patient souffrant de spondylarthrite ankylosante soient remboursés à 100 % par la Sécurité sociale, il faut que le rhumatisme ait une certaine gravité et que la maladie soit évolutive (c'est-à-dire qu'elle justifie finalement de traitements coûteux et prolongés).

La demande de prise en charge à 100 % est établie par le médecin et accordée par le médecin conseil de la Sécurité sociale. Les malades "ayants-droit" comme les malades "assurés" peuvent bénéficier du remboursement des soins à 100 %. Cet avantage n'est pas définitif et la demande doit être renouvelée régulièrement.

Être pris en charge à 100 % signifie que les soins (médicaments, consultations médicales, examens sanguins, radiologiques ou autres, kinésithérapie, séjours à l'hôpital, etc.) sont totalement remboursés pour la maladie dont vous êtes affecté(e).

Mais attention! La Sécurité sociale a défini un tarif pour chaque médicament, chaque acte médical ou paramédical et c'est ce montant défini par la Sécurité sociale (TIPS: tarif de responsabilité ou tarif interministériel des prestations sanitaires) qui est remboursé à 100 %. Ainsi, par exemple, si vous êtes soigné par un médecin dont la consultation coûte plus cher que le montant fixé par la Sécurité sociale (médecin conventionné en secteur II), le "dépassement d'honoraires" est à votre charge (il est remboursé par votre mutuelle si vous avez choisi d'en prendre une et que votre contrat le prévoit).

Attention! Si vous êtes pris en charge à 100 % pour la spondylarthrite, cela signifie que seuls les soins du rhumatisme sont totalement remboursés. Par exemple, le traitement d'une verrue plantaire ne sera pas remboursé à 100 % : cette fois-ci, il faudra payer le ticket modérateur (frais éventuellement remboursé par votre mutuelle).

# Qu'est-ce que la COTOREP?

97

a CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) et la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) sont deux organismes équivalents, mais la CDES s'occupe des enfants et des adultes de moins de 20 ans, alors que la COTOREP s'adresse aux adultes de plus de 20 ans. Comme ce sont des organismes qui relèvent de la solidarité nationale, les aides accordées sont identiques que l'on soit travailleur ou non. La CDES décide si l'état d'un jeune patient handicapé justifie un hébergement dans un centre spécialisé (les frais d'accueil dans ce centre étant ensuite pris en charge par la Sécurité sociale), s'il a le droit de recevoir une allocation spéciale pour faciliter son éducation (cette aide financière est accordée par le CDES puis versée mensuellement par la Caisse d'allocations familiales (CAF)).

La COTOREP est chargée de mettre en œuvre et de coordonner l'ensemble des mesures en faveur des personnes handicapées adultes (âgées de plus de 20 ans). Elle est s'occupe de :

■ l'étude des droits à la carte d'invalidité, la carte européenne de stationnement, de l'allocation compensatrice pour frais professionnels ou tierce personne et du placement en établissements médico-sociaux;



- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'orientation pour le travail en milieu ordinaire ou protégé;
- du reclassement professionnel;
- l'attribution ou non de l'Allocation Adulte Handicapé versée par la CAF.

Attention! à partir de janvier 2006, la loi pour l'égalité des droits n° 2005-102 du 11 février 2005 (JO du 12 février 2005) prévoit la mise en place d'un nouveau dispositif par la création d'une Maison Départementale des personnes handicapées.

Cette loi modifie les règles d'organisation et d'indemnisation concernant le handicap.

Dans l'attente de la mise en place de ce projet dans chaque département, la CDES ainsi que la COTO-REP restent les organismes de référence.



Ces organismes ne sont pas réservés aux "grands handicapés". Ils aident aussi les patients qui rencontrent des difficultés durables, en particulier professionnelles.

Demandez conseil à votre médecin ou à un(e) assistant(e) social(e).

# Que sont la pension d'invalidité, l'allocation d'adulte handicapé, l'allocation compensatrice et existe-t-il d'autres aides possibles?

a pension d'invalidité est une prestation qui vient le plus souvent relayer une période d'indemnités journalières versées pendant une durée maximale de 3 ans (selon les cas). La mise en invalidité peut être déclenchée soit par l'assuré, soit par le médecin traitant ou hospitalier, sur demande auprès du médecin-conseil de votre centre de Sécurité sociale.

La pension d'invalidité est une indemnité versée mensuellement par la Sécurité sociale aux assurés sociaux incapables de travailler partiellement ou totalement. En d'autres termes, cette pension vise à compenser la perte de salaire liée à la réduction de la capacité de travail. Son montant est déterminé par un taux appliqué au salaire annuel moyen des 10 meilleures années de cotisations. Le taux est de : 30 % pour les invalides de 1<sup>re</sup> catégorie (capables

- d'exercer une activité réduite); ■ 50 % pour les invalides de 2<sup>e</sup> catégorie (incapa-
- bles d'exercer une activité);
- 50 % + majoration pour les invalides de 3° catégorie (obligés d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie).

Cette pension est revalorisée une fois par an. Elle est versée jusqu'à l'âge de 60 ans et est remplacée par la retraite au titre de l'inaptitude au travail.

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est un revenu mensuel garanti, soumis à conditions de ressources. Elle ne dépend pas de la Sécurité Sociale mais de la COTOREP qui examine la demande et statue médicalement. Elle est réservée aux personnes ayant un handicap assez important, c'est-à-dire égal ou supérieur à 80 % (Attention! le pourcentage du handicap défini par la COTOREP n'a aucun rapport avec la classification en invalidité 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie définie par la Sécurité Sociale).



Cette allocation peut également être accordée aux personnes ayant un handicap compris entre 50 et 80 % lorsqu'il y a impossibilité à se procurer un emploi en raison du handicap.

L'AAH peut être une allocation différentielle dans la mesure où l'ensemble des ressources du foyer est soumis à un barème qui est révisé annuellement. Le calcul des ressources se fait en référence à l'année fiscale précédant la date de dépôt de la demande. C'est la CAF qui verse cette prestation sous réserve de conditions administratives.

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) est une aide financière mensuelle examinée par la COTOREP sur le plan médical et versée sous conditions de ressources par les services du Conseil Général. Comme l'allocation adulte handicapé, elle est soumise à des conditions de ressources. Cette allocation compensatrice est destinée à rétribuer une tierce personne dans le cadre d'un handicap qui ne permet pas d'effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne (manger seul, faire sa toilette, marcher, etc.).

La COTOREP peut vous attribuer d'autres allocations dites "compensatrices" en cas de frais supplémentaires liés au handicap (frais de transport pour atteindre son lieu de travail quand l'utilisation des transports en commun est impossible du fait du handicap, acquisition de matériel adapté, aménagement d'un véhicule, etc.). Elle peut être cumulée avec l'allocation pour adulte handicapé.

Les autres aides financières : si vous êtes âgé de plus de 60 ans et que vous êtes en perte d'autonomie, vous pouvez solliciter auprès du Conseil Général une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Mise en place à partir du 1er janvier 2002 et financée par l'État, les départements et les caisses de Sécurité Sociale, l'APA vous apporte une aide financière afin de favoriser votre maintien au domicile. Cette aide doit être utilisée pour rémunérer des personnes, des services ou aides techniques favorisant votre autonomie. Son montant est calculé en fonction de votre degré de perte d'autonomie et de vos ressources. La décision d'attribution est prise par le président du Conseil Général après passage d'un ou plusieurs professionnels à votre domicile et avis d'une commission spécialisée.

Plus la perte d'autonomie est importante et plus l'aide apportée par l'APA sera élevée. Il existe néanmoins un plafond.

Le montant de l'APA est calculé différemment dans le cadre d'un placement de la personne en établissement (maisons de retraite ou long séjour).

En dehors des aides financières versées par ces organismes publics, il est possible que vous perceviez des indemnités complémentaires versées par des compagnies d'assurances privées auxquelles vous avez décidé d'adhérer. Il

s'agit d'une initiative per-

#### **NOTRE CONSEIL**

L'obtention de toutes ces aides n'est possible que dans certains cas, nécessite des démarches complexes et varie en fonction des cas. Les indemnités versées par la Sécurité sociale et les allocations accordées par la COTOREP et versées par la CAF et/ou le Conseil Général peuvent s'additionner, mais il existe des plafonds. Parlez-en à votre assistant(e) social(e). Étudiez bien les contrats que vous avez signés avec des compagnies privées.



# Est-il possible de bénéficier d'une aide à domicile pour les tâches ménagères si l'on est atteint de spondylarthrite?



n entend par aide à domicile : l'aide ménagère, l'aide familiale, la garde-malade. Pour entrer en contact avec la personne capable d'assurer cette fonction, vous pouvez vous rendre à la mairie ou demander à des associations spécialisées. Une demande écrite par votre médecin doit accompagner vos démarches, précisant l'importance et la durée de l'aide nécessaire.

Pour financer une assistance à domicile, il est possible de demander une aide financière exceptionnelle auprès de la Sécurité sociale (qui est différente de l'allocation compensatrice pour tierce personne étudiée par la COTOREP aux personnes présentant un handicap important et permanent). Dans certaines conditions, ces aides sont accordées plus facilement : par exemple aux personnes de plus de 65 ans (caisse de retraite) ou aux femmes ayant en charge des jeunes enfants (Caisse d'allocations familiales).

# Peut-on obtenir quelques avantages sociaux quand on a une spondylarthrite?

NOTRE CONSEIL
Pensez à faire les
demandes de
renouvellement de ces
cartes 6 mois
avant l'expiration
de la carte précédente.

- a plupart du temps, aucun. En cas de maladie sévère, on peut éventuellement obtenir:
  - la carte d'invalidité;
  - une carte européenne de stationnement nominative, qui remplace le macaron GIC (grand invalide civil);
- une carte spéciale pour transports en commun (carte station debout pénible);
- des avantages fiscaux.

Pour bénéficier de la carte d'invalidité, de la carte de stationnement, de la carte station debout pénible, il faut en faire la demande à la COTOREP. Le handicap évalué doit être supérieur à plus de 80 % par la COTOREP (sauf pour la carte station debout pénible).



# Liste des annexes

**Annexe I** 

au cours d'une grossesse. Annexe II Liste des principaux médicaments contenant de l'aspirine (acide acétylsalicylique). Annexe III Liste des principaux anti-inflammatoires non stéroïdiens (autres que l'aspirine). Annexe IV Liste des principaux médicaments antalgiques (en dehors de l'aspirine). Annexe V Mouvements recommandés au cours de la spondylarthrite ankylosante.

Principes à considérer pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante

Annexe VI Auto-questionnaire BASDAI.

Annexe VII Salazosulfasalazine.

Annexe VIII ) Sels d'or.

**Annexe IX** ) Méthotrexate.

Annexe X Anti-TNF-alpha.

Annexe XI ) Les acides gras (graisses).

Annexe XII ) Quelques recettes hyper-caloriques (quantités moyennes pour 2 personnes).

**Annexe XIII** ) Adresses des principales associations.

### Annexe I

# Principes à considérer pour le traitement de la spondylarthrite ankylosante au cours d'une grossesse

#### Interrompre tous les traitements ne paraissant pas indispensables.

#### Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

- Non formellement contre-indiqués ;
- Interrompre si possible avant 32 semaines de gestation (6º mois de grossesse).

#### Cortisone:

Utilisable pendant toute la durée de la grossesse sous forme de prednisone et/ou de prednisolone.

#### Traitements de fond :

- À interrompre 3 à 6 mois avant d'envisager une grossesse :
  - les anti-TNF-alpha.
- À interrompre 3 mois avant d'envisager une grossesse :
  - méthotrexate;
  - ciclosporine.
- À interrompre lorsque la grossesse est connue (selon certains rhumatologues, possibilité de poursuivre durant la grossesse) :
  - sels d'or,
  - sulfasalazine.
- Discuter (au cas par cas) la reprise après l'accouchement.



### Annexe II

# Liste des principaux médicaments contenant de l'aspirine (acide acétylsalicylique)

#### Médicaments (nom commercial)

Actron®	Aspirine UPSA®	Kardégic <sup>®</sup>
Afébryl®	Aspirine UPSA® vitamine C	Métaspirine®
Algo-Névriton®	Aspirine vitamine B1 C Derol®	Migpriv <sup>®</sup>
Alka-Seltzer®	Aspro®	Novacétol®
Antigrippine® à l'aspirine	Aspro® vitamine C	Prénoxan <sup>®</sup>
Aspégic <sup>®</sup>	Broncho-Tulisan eucalyptol®	Protéosulfan <sup>®</sup>
Aspirine Vitamine C Oberlin®	Catalgine®	Rhonal®
Aspirine Nicholas®	Céphyl <sup>®</sup>	Rumicine®
Aspirine à croquer Monot®	Claragine®	Sargépirine <sup>®</sup>
Aspirine Bayer®	Compralgyl®	Sédaspir <sup>®</sup>
Aspirine entérique Sarein®	Détoxalgine®	Sédoquinase <sup>®</sup>
Aspirine pH8®	Finidol <sup>®</sup>	Solucétyl <sup>®</sup>
Aspirine du Rhône®	Hémagène Tailleur®	Trancogésic <sup>®</sup>
Aspirine du Rhône® vitaminée C	Hexagrip <sup>®</sup> vitamine C	
Aspirine soluble Evans®	Juvépirine®	

### Annexe III

# Liste des principaux anti-inflammatoires non stéroïdiens (autres que l'aspirine)

#### Médicaments (nom commercial)

#### Principe actif

Indométacine Ibuprofène
Ihunrofàna
ibupiolelle
Flubiprofène
Ibuprofène
Naproxène
Sulindac
Diclofénac + misoprostol
Kétoprofène
Piroxicam-b-cyclodextrine
Ibuprofène
Phénylbutazone



#### Médicaments (nom commercial) **Principe actif** • Cébutid® Flubiprofène Célébrex® Célécoxib • Chrono-indocid® Indométacine Fenbufène • Cinopal® • Cycladol® Piroxicam-b-cyclodextrine • Dolobis® Diflusinal • Ergix® Ibuprofène • Feldène® Piroxicam Flector® Diclofénac • Flexil® Piroxicam • Gélufène® Ibuprofène • Ibuprofène® Ibuprofène • Indocid® Indométacine • Inflaced® Piroxicam • Kétum® Kétoprofène • Lodine® Étodolac • Longalgic® Bénorilate • Minalfène® Alminoprofène • Mobic® Méloxicam Nabucox® Nabumétone • Nalgésic® Fénoprofène • Naprosyne® Naproxène • Nexen® Nimésulide • Nifluril® Acide niflumique • Nuréflex® Ibuprofène • Nurofen® Ibuprofène Olcam<sup>®</sup> Piroxicam • Oralfène® Ibuprofène • Piroxicam® Piroxicam Ponstyl<sup>®</sup> Acide méfénamique • Profénid® Kétoprofène • Proxalyoc® Rofécoxib • Rhinadvil® Ibuprofène Bénorilate ou ester d'aspirine et de paracétamol • Salipran® • Solupsan® Carbasalate calcique • Surgam® Acide tiaprofénique • Tiburon® Ibuprofène • Tilcotil® Ténoxicam • Topfena® Kétoprofène • Toprec® Kétoprofène • Végadéine® Acide tiaprofénique • Vicks Rhume® Ibuprofène • Voldal® Diclofénac



Diclofénac

Diclofénac

• Voltarène®

• Xénid®

## **Annexe IV**

# Liste des principaux médicaments antalgiques (en dehors de l'aspirine)

## I. Médicaments contenant du paracétamol

• Aféradol®
• Claradol®
• Dafalgan®
Doliprane®
• Dolko®
• Dolotec <sup>®</sup>
• Efferalgan®
• Géluprane®
Gynospasmine®
• Oralgan®
• Panadol®
• Paracétamol GNR®
• Paralyoc®
Pro-Dafalgan®

# II. Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et dérivés utilisés comme antalgiques

To thin to the total graphs	
Fénoprofène	Nalgésic <sup>®</sup>
lbuprofène	Advil® Algifène® Ergix® Gélufène® Ibuprofène Boehringer Ingelheim® Nuréflex® Nurofen® Oralfène® Tiburon®
Kétoprofène	Profénid <sup>®</sup> Topfena <sup>®</sup> Toprec <sup>®</sup>
Acide Méfénamique	Ponstyl®

# III. Médicaments contenant de la noramidopyrine

Noramidopyrine non associée : Pyréthane à la noramidopyrine® Noramidopyrine + antispasmodique : Avafortan à la noramidopyrine®

Viscéralgine Forte à la noramidopyrine®

Noramidopyrine + autres substances :

Céfaline pyrazolé®

Optalidon à la noramidopyrine® Salgydal à la noramidopyrine®

# IV. Liste des principaux médicaments antalgiques (en dehors de l'aspirine)

Floctafénine	Idarac®
Néfopam	Acupan <sup>®</sup>
Autres antalgiques (contenant de la codéine ou du dextropropoxyphène)	
Codéine et dérivés :	
Dihydrocodéine Codéine + paracétamol	Dicodin® Algisedal® Claradol codéine® Codoliprane® Dafalgan codéine® Efferalgan codéine® Klipal® Lindilane®
	Oralgan codéine®
Dextropropoxyphène:  Dextropropoxyphène non associé Dextropropoxyphène associé	Antalgic® Di-Antalvic®-
	Propofan®
Autres antalgiques :	
Tramadol : action immédiate	Biodalgic® Gé Contramal® Prédalgic® Gé Takadol® Topalgic® Tramadol MSD® Traséral® Zumalgic®
Tramadol : action prolongée	Contramal LP® Topalgic LP® Zamudol LP®
Tramadol + Paracétamol	Zaldiar®



#### V. Antalgiques très puissants (moins utilisés)

Buprénorphine	Temgésic®
Nalbuphine	Nubain <sup>®</sup>
Morphine et autres	
Morphine	Morphine Meram® Moscontin®
	Skenan LP®
Péthidine	Dolosal <sup>®</sup>
Dextromoramide	Palfium <sup>®</sup>
Pentazocine	Fortal <sup>®</sup>
Oxycodone	Eubine®
Fentanyl	Durogésic®

### Annexe V

# Auto-programme: spondylarthropathie

Chaque exercice dure 6 à 10 secondes. On le répète 10 fois. Faire 2 séries de chaque exercice au moins 2 fois par jour. Travailler sur un revêtement mou (couverture, tapis de gymnastique) avec une tenue confortable.

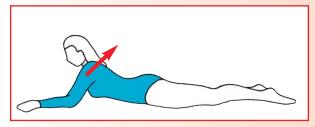


schéma 1 Posture du sphinx: bien allongé(e) à plat ventre sur le sol, se relever en s'appuyant sur les coudes. Garder cette position pendant 15 à 20 minutes (il n'est pas interdit de lire et/ou de regarder la télévision).

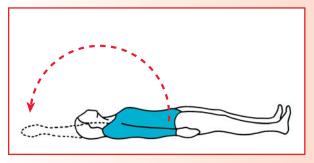


schéma 2 Démarrer cet exercice dans la position allongée

sur le dos, jambes tendues, les bras le long du corps. En inspirant, porter les bras au-dessus de la tête tout en les maintenant tendus. Ramener les bras en soufflant.

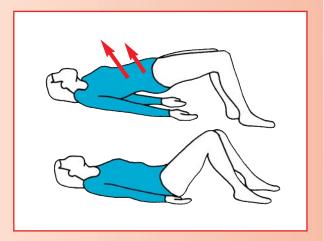


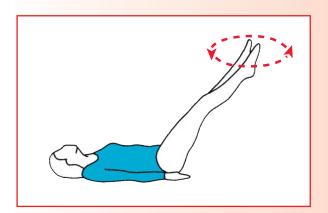
schéma 3 Toujours allongé(e) sur le dos avec les genoux fléchis, pousser sur les hanches de telle sorte que les fesses décollent du sol et qu'il y ait une prolongation entre les épaules et les genoux. Maintenir cette position en comptant jusqu'à 5 puis redescendre.



**NOTRE CONSEIL** Ces exercices sont importants à pratiquer régulièrement, surtout si l'on constate un début de raideur ; ils peuvent être intégrés dans les activités de la vie quotidienne, par exemple l'exercice n° 1 en regardant la télévision ou en lisant.

#### Les règles d'or de votre programme :

- Afin d'éviter les réactions négatives, commencez toujours progressivement. Au besoin réduisez la durée et le nombre de répétition conseillés.
- Allez lentement jusqu'à la limite de vos mouvements et ensuite essayez progressivement d'aller plus loin.
- Respirez calmement et régulièrement. Ne retenez en aucun cas votre respiration pendant les exercices.
- L'étirement des muscles est lent, une légère douleur (tension) est normale. Maintenir calmement la position le temps conseillé.
- Corrigez votre maintien constamment et pas seulement durant la période d'exercices.



membres inférieurs tendus.

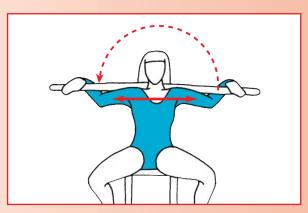


schéma 4 Démarrer cet exercice dans la position allongée schéma 6 Démarrer cet exercice assis(e) à califourchon sur sur le dos, jambes tendues à 45°. Faire des cercles avec les un tabouret. Placer un bâton derrière la nuque à la hauteur des omoplates. De cette position, faire deux sortes de mouvements: incliner le tronc à droite puis à gauche et faire des rotations du tronc à droite puis à gauche.

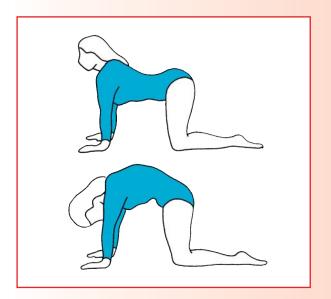


schéma 5 À quatre pattes, faire le dos creux en inspirant puis faire le dos rond en soufflant. Recommencer l'exercice 10 fois.

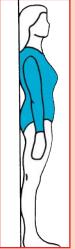


schéma 7 En position debout avec les talons, le dos et les fesses contre le mur, en gardant le menton rentré, presser la tête en arrière contre le mur et maintenir cette position en comptant jusqu'à 5 puis se détendre. Répéter l'exercice 10 fois.

### **Annexe VI**

# Auto-questionnaire BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Cochez la case qui correspond le mieux à votre état.

1. Où situez-vous votre degré global de fatigue ?	
Absent 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Extrême
2. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le du dylarthrite ankylosante ?	cadre de votre spon-
Absent 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Extrême
3. Où situez-vous votre degré de gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches î	?
Absent 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Extrême
4. Où situez-vous votre degré de gêne pour les zones sensibles au toucher ou à la pression ?  Absent 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Extrême
5. Où situez-vous votre degré de raideur matinale depuis votre réveil ?	
Absent 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Extrême
6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?	

1 heure

2 heures ou plus



0 heure

# **Annexe VII**

# Salazosulfasalazine

Nom international	Salazosulfasalazine
Nom commercial	Salazopyrine®
Voie d'administration	per os (par la bouche)
Posologie habituelle	Augmentation progressive des doses jusqu'à la dose habituelle de 4 comprimés par jour à 6 comprimés par jour (comprimés dosés à 500 mg à prendre avec un grand verre d'eau).
Délai d'action	1 à 3 mois
Durée du traitement nécessaire avant jugement définitif	4 mois
Informations particulières	<ul> <li>N'oubliez pas de faire les examens prescrits par votre médecin pour la surveillance de votre traitement (numération formule sanguine, plaquettes, bilan hépatique).</li> <li>Associations particulières: attention si vous prenez des antidiabétiques oraux ou des anti-coagulants oraux. Les risques d'hypoglycémie ou d'hémorragie seront évités par une surveillance particulière.</li> <li>Demandez conseil à votre médecin en cas de problème.</li> </ul>
N'hésitez pas à avertir	■ Troubles digestifs : nausées vomissements, douleurs abdominales, troubles du goût.
votre médecin	■ Maux de tête, vertiges, irritabilité, insomnie.
en cas de :	■ Fièvre.
	■ Éruption cutanée, démangeaisons, photosensibilité, allergie.
	■ Une coloration brune des urines peut s'observer au cours du traitement.

# Annexe VIII Sels d'or

Nom international	Sels d'or
Nom commercial	Allochrysine®
Voie d'administration	Intramusculaire
Posologie habituelle	5 cg par semaine au départ, puis espacer les injections.
Délai d'action	2 à 4 mois
Durée du traitement nécessaire avant jugement définitif	6 mois
Informations particulières :	<ul> <li>n'oubliez pas de faire les examens prescrits par votre médecin pour la surveillance de votre traitement (numération formule sanguine, plaquettes, protéinurie des 24 heures).</li> <li>la recherche d'albumine dans les urines (bandelette réactive) doit être faite AVANT CHAQUE injection des sels d'or. Elle doit être négative. En cas de résultat positif, il est indispensable de faire un dosage de la protéinurie dans les urines de 24 heures;</li> <li>demandez conseil à votre médecin en cas de problème.</li> </ul>
N'hésitez pas à avertir en cas de :	<ul> <li>troubles digestifs (selles molles ou diarrhées persistantes, douleurs abdominales);</li> <li>démangeaisons, rougeurs sur la peau, éruption, inflammation des gencives, aphtes dans la bouche;</li> <li>Toux, essoufflement.</li> </ul>

# Annexe IX Méthotrexate

Nom international	méthotrexate
Nom commercial	Lédertrexate® Méthotrexate® Novatrex®
Voie d'administration	Intramusculaire ou per os (par la bouche)
Posologie habituelle	5 à 25 mg par semaine
Délai d'action	4 à 6 semaines
Durée du traitement nécessaire avant jugement définitif	3 à 4 mois
Informations particulières :	<ul> <li>n'oubliez pas de faire les examens prescrits par votre médecin pour la surveillance de votre traitement (numération formule sanguine, plaquettes, bilan hépatique);</li> <li>respectez bien la prescription de votre médecin : traitement intramusculaire : 1 injection PAR SEMAINE ou traitement par voie buccale, un seul jour par semaine;</li> <li>supplémentation en acide folique (Spéciafoldine®) : nous recommandons 1 comprimé par jour pendant 3 à 5 jours par semaine (pas le jour et le lendemain de la prise de méthotrexate);</li> <li>veillez à avoir une bonne contraception pendant ce traitement;</li> <li>si vous devez vous faire opérer, n'oubliez pas de préciser à votre médecin que vous prenez ce traitement;</li> <li>consultez votre médecin en cas de fièvre ou d'infection;</li> <li>désinfectez bien toute plaie et évitez les soins pédicures trop agressifs;</li> <li>si vous devez vous faire vacciner, signalez au médecin que vous êtes traité(e) avec du méthotrexate.</li> </ul>
N'hésitez pas à avertir votre médecin en cas de	<ul> <li>troubles digestifs : nausées, vomissements, brûlures d'estomac, diarrhées ;</li> <li>éruption cutanée, aphtes dans la bouche ;</li> <li>en cas d'apparition simultanée de toux, fièvre et essoufflement, arrêtez immédiatement votre traitement et consultez votre médecin en urgence.</li> </ul>



# Anti-TNF-alpha

Nom international	étanercept, infliximab, adalimumab
Nom commercial	Enbrel®, Rémicade®, Humira®
Voie d'administration	Sous-cutanée pour Enbrel® et Humira®, intraveineuse pour Rémicade®
Posologie habituelle	<ul> <li>Pour Enbrel®: 25 mg x 2 par semaine</li> <li>Pour Rémicade®: 5 mg/kg par perfusion - perfusion initiale, puis à semaine 2, semaine 6, puis toutes les 8 semaines</li> <li>Pour Humira®: 40 mg tous les 14 jours</li> </ul>
Délai d'action	2 semaines
Durée du traitement nécessaire avant jugement définitif	12 à 16 semaines
Informations particulières	■ Rémicade® et Humira® se donnent habituellement en association avec du méthotrexate ou du léflunomide; ■ pensez à sortir Enbrel® du réfrigérateur 30 minutes avant l'injection et à changer les sites d'injections; ■ il est nécessaire d'éliminer au préalable tout problème infectieux, en particulier un antécédent de tuberculose ancienne qui risque de se réactiver sous traitement. Il faut donc faire de façon systématique au moins une radiographie du thorax et une intradermoréaction à la tuberculine (injection sur l'avant-bras à lire 72 heures après); ■ contre-indication en cas de cancer ou de sclérose en plaques; ■ veillez à avoir une bonne contraception pendant traitement : en cas de désir de grossesse, l'arrêt du traitement doit se faire plusieurs mois avant la conception pour la femme comme pour l'homme; ■ si vous devez vous faire opérer, prévenez votre médecin afin d'interrompre le traitement; ■ signalez à votre rhumatologue tout vaccin devant être fait.
N'hésitez pas à avertir votre médecin en cas de	■ allergie (urticaire, démangeaisons, gonflement du visage) ; ■ fièvre ; en cas de fièvre ne pas faire l'injection et appeler votre médecin ; ■ douleurs musculaires.

## Annexe XI

# Les acides gras\* (graisses)

#### Principales sources alimentaires d'acides gras oméga 6

- Huile de tournesol et pépins de raisin
- Huile de noix et maïs
- Huile de soja
- Huile d'arachide et colza
- Huile de palme

- Huile d'olive
- Huile d'onagre
- Huile de bourrache
- Huile de primevère **J**
- On ne retrouve pas ces huiles dans l'alimentation habituellement

#### Principales sources alimentaires d'acides gras oméga 3

- Les poissons gras : saumon, sardine, maquereau, hareng, flétan, etc.
- Certaines huiles végétales : huile de colza, soja, noix

<sup>\*</sup>Cependant, la variété des huiles assurera l'équilibre nécessaire à l'organisme car elles sont complémentaires. Exemples d'associations possibles : Olive et noix, soja et olive, maïs et colza, tournesol et colza... Il existe aussi des huiles mélangées (Isio 4, Équilibre, Primevère, etc.)



## **Annexe** XII

# Quelques recettes hyper-caloriques

## (quantités moyennes pour 2 personnes)

#### Pâtes au basilic

■ Faire cuire des pâtes. Dans une petite casserole, faire fondre une noix de beurre, ajouter deux bonnes cuillères à soupe de crème fraîche, des herbes (fraîches ou sèches) et du parmesan. Hors du feu, ajouter un jaune d'œuf extra-frais dilué dans un peu de lait et mélanger cette sauce aux pâtes cuites et égouttées.

#### Pâtes à la bolognaise

■ Faire cuire de la viande hachée fraîche ou surgelée (100 g minimum) dans de la matière grasse avec de l'oignon. Ajouter une boîte de tomates pelées concassées, thym, laurier, sel, poivre. Laissez mijoter 30 minutes et incorporer du parmesan. Servir avec des pâtes cuites préalablement.

#### Pâtes à la carbonara

■ Faire revenir des lardons (100 g environ), les mettre dans les pâtes cuites préalablement et ajouter un jaune d'œuf extra-frais battu avec de la crème fraîche puis du parmesan ou du gruyère râpé.

#### Riz cantonais

■ Dans le riz cuit, ajouter des champignons noirs déshydratés, quelques petits pois, du jambon coupé en petits dés (1 tranche) ou du poulet (100 g environ), des lamelles d'omelette (faire 3 petites omelettes très fines comme des crêpes avec l'œuf et les couper en fines lamelles).

#### Flan de légumes

■ Mettre vos légumes cuits bien égouttés dans un plat à gratin beurré et arroser d'un mélange de crème fraîche (2 cuillères à soupe), d'œufs (2), de lait (environ 150 cl), muscade, sel, poivre. Parsemer de gruyère râpé et mettre au four environ 30 minutes (th. 6/7).

#### Soufflé

■ Faire une béchamel épaisse (1/4 de litre de lait entier, 50 g de farine, 35 g de beurre, sel, poivre, muscade) dans laquelle vous ajoutez 2 jaunes d'œufs, du gruyère râpé et un autre ingrédient de votre choix qui différenciera votre soufflé (exemples : foies de volaille, jambon haché, épinards hachés, thon au naturel, saumon, crabe émietté, etc.). Monter les blancs en neige très ferme et les incorporer délicatement à la préparation. Mettre dans un moule beurré et faire cuire environ 30 minutes (th. 6/7).

#### Lait de poule

Lait entier: 300 ml

Poudre de lait écrémé : 30 g (3 c. à soupe)

Jaune d'œuf: 1

Sucre: 20 à 40 g selon votre goût

Parfum : café, chocolat, vanille, zeste de fruits...

■ Délayer la poudre de lait écrémé dans le lait entier. Ajouter le jaune d'œuf, le sucre et le parfum. Bien battre au fouet ou mixer. Une portion correspond à 1 boîte de Rénutryl ou à 2 boîtes de produits type Fortimel, Nutrigil ou Tonexis...

#### Milk-shake

Lait entier: 200 à 300 ml

Lait écrémé en poudre : 3 c. à soupe

Fruits: 1 banane ou 150 g de fraises ou 1 autre fruit

■ Mettre tous les ingrédients dans le mixeur et mixer.

Boire frais.

#### Flan à la noix de coco (pour 6 personnes)

Lait concentré sucré : 1 boîte de 400 g

Lait entier: même volume Œufs entiers: 3 Noix de coco: 100 q

■ Mélanger dans un saladier les laits et les jaunes d'œufs. Ajouter la noix de coco. Battre les blancs d'œuf en neige et les incorporer à la préparation. Mettre dans un moule beurré et faire cuire au four au bain-marie pendant 45 minutes (th. 5).

#### Semoule au lait (pour 4 personnes)

Lait entier: 1/2 litre Semoule: 50 g Sucre: 50 q

Beurre: 20 g ou 1 c. à soupe de crème fraîche

Jaunes d'œuf: 2

■ Verser en pluie la semoule dans le lait bouillant. Faire cuire 20 minutes en remuant. Ajouter le sucre, le beurre et les jaunes d'œuf dans la semoule cuite.

#### Œufs au lait au caramel (pour 6 personnes)

Lait entier: 1 litre

Poudre de lait écrémé : 100 g

**Sucre**: 80 g **Œufs entiers**: 6

**Parfum :** caramel, vanille ou zestes d'orange et de citron...

Caraméliser un moule. Mélanger tous les ingrédients.

Faire cuire au four au bain-marie (th. 5).



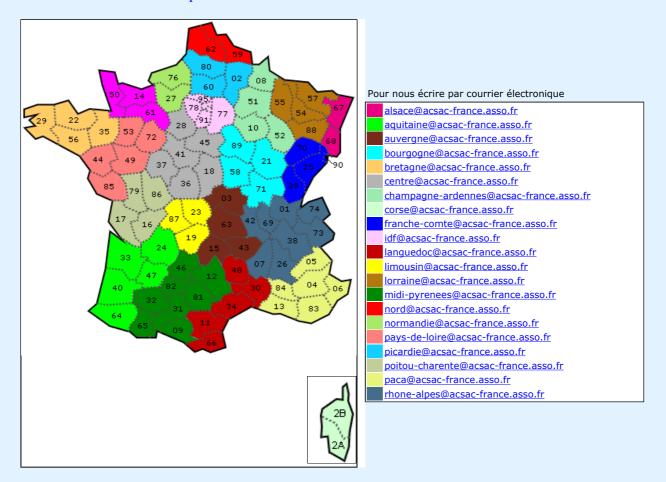
# A.C.S.A.C.-FRANCE

Fédération Nationale des Associations de Lutte Contre la Spondylarthrite Ankylosante et les Spondylarthropathies

Tous ensemble, luttons contre les conséquences de la spondylarthrite ankylosante et des spondylarthropathies

### Les contacts

http://acsac.france.free.fr/WEB2006bis/contacts.html



L'association ACSAC n'est pas présente dans toutes les régions de France . Seule une association régionale peut apporter un service de proximité aux personnes souffrant de Spondylarthropathie.

- Vous souffrez de spondylarthrite ankylosante
- un membre de votre famille en souffre peut-être
- vous connaissez un ami qui en souffre

#### Venez nous aider.

Nous recherchons des bénévoles pour mettre en place un réseau national . Seul un collectif peut faire avancer la prise en compte de cette pathologie . Tous unis nous sommes plus forts , seuls nous ne pouvons pas grand chose .



# Ce fascicule a été réalisé grâce au soutien institutionnel de **Wyeth**



Fascicule édité par : NHA Communication, 3 rue La Boëtie, 75008 Paris

Copyright 2005 N⋅H⋅A

Président Directeur Général : Norbert H. Attali ; Directrice commerciale : Isabelle Perochon ; Secrétariat de rédaction : François Leroux ; Rédactrice Graphiste : Pascale Moine

Crédits photographiques : Ingram@; Stockbyte@; Photodisc@; Image Ideas@

Achever d'imprimer par Imprimerie de Compiègne, 60205 Compiègne (France) Dépôt légal : à parution Imprimé en U.E.

