

La spondylite ankylosante

Cette maladie chronique et incurable affecte les jeunes dans plusieurs sphères de leur vie.

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, inf., M.Sc.

Parmi les centaines de formes de maladies arthritiques, la spondylarthrite ou spondylite ankylosante (SA) n'épargne pas les jeunes. Cette maladie atteint des personnes âgées de 15 à 30 ans, et même des enfants. Au Canada, le nombre de personnes atteintes de SA varierait entre 150 000 et 300 000.

La spondylarthrite ou spondylite ankylosante (SA) est une forme d'arthrite inflammatoire auto-immune. Cette maladie touche trois fois plus souvent les hommes que les femmes. Dans 90 % des cas, les personnes touchées sont porteuses du gène HLA-B27. Mais être porteur de ce gène ne signifie pas que la maladie se développera. Le test sanguin HLA-B27 est un marqueur génétique et non un test diagnostique de la SA.

Douleurs et raideurs dans le bas du dos et dans les fesses constituent les premiers signes. Elles surviennent le matin, période où elles atteignent leur paroxysme. Il faut parfois pratiquer des mouvements et des étirements pendant deux heures avant de « se déverrouiller ». Les symptômes perdurent jour et nuit, nuisant ainsi à la qualité du sommeil.

Comme d'autres maladies arthritiques, la SA évolue par poussées : elle peut être active ou stable. Avec le temps, les vertèbres peuvent se souder entre elles et provoquer un raidissement, d'où son qualificatif d'ankylosante. En plus des douleurs et des raideurs dans le dos, des gonflements peuvent se produire dans les grosses articulations comme les hanches, les épaules, les genoux ou les coudes. Certaines personnes se plaignent d'inflammations au tendon d'Achille



© Jacopin / BSIP / Science Photo Library

Les atteintes articulaires sont multiples.

(tendinite), aux hanches (bursite trochantérienne) ou à la plante des pieds (fasciite plantaire). Une fatigue, avec perte d'appétit et de poids, s'ajoute aux symptômes. Les atteintes sont multiples et parfois extra-articulaires comme la diarrhée, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn ou l'uvéïte caractérisée par des douleurs et des rougeurs de l'œil.

Les symptômes varient d'une personne à l'autre. Alors que certaines sont seulement incommodées, d'autres voient leurs capacités motrices réduites et leur qualité de vie altérée par des lésions squelettiques permanentes.

Traitements

Comme il s'agit d'une maladie inflammatoire, le rhumatologue cherchera les signes biologiques d'inflammation. La vitesse de sédimentation érythrocytaire et le dosage de la protéine C-réactive seront évalués. Il n'existe pratiquement aucun signe radiologique au début de la maladie. Avec le temps, des examens d'imagerie apportent des informations précieuses sur l'avancement de la SA. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) confirme l'inflammation active de la colonne. Plus le traitement est précoce, plus les lésions permanentes seront prévenues ou retardées. Tout au long de la progression, divers outils sont employés pour obtenir des données objectives et ajuster le traitement de la SA (voir Encadré 1).

L'objectif est de prévenir le raidissement articulaire et les incapacités qui en découlent. Le volet thérapeutique comprend l'activité physique, la prise de médicaments et parfois une opération chirurgicale.

Encadré 1 Indices d'évaluation de la progression de la spondylarthrite ankylosante

- **Indice BASDAI** : auto-questionnaire évaluant l'activité de la maladie sur une échelle de 1 à 10, à l'aide de six questions qui portent sur la fatigue, les douleurs, les zones sensibles à la pression, l'importance et la durée de la raideur matinale au cours des 48 dernières heures.
- **Indice BASFI** : évaluation en dix questions des répercussions de la maladie sur les capacités du patient à pratiquer certaines activités sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur, par exemple, se relever, monter des marches, etc.
- **Indice BASMI** : évaluation de la mobilité spinale.

Source : www.arthritisalliance.ca/images/caremap/fr/tools/20140821-care-path-toolkit_FR.pdf



Chelga Exilus

Infirmière clinicienne en rhumatologie,
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

« Il faut garder à l'esprit les objectifs de vie des patients et le stade de leur maladie, qu'elle soit stable ou active. Nous accompagnons ces jeunes pour qu'ils retrouvent et conservent une vie active. »

Activité physique

Reconnue comme un facteur de prévention des complications liées aux maladies chroniques arthritiques, l'activité physique aide à maintenir une bonne posture, à atténuer la douleur et à augmenter la mobilité (voir Encadré 2).

Exercer une activité physique améliore la qualité du sommeil, l'image et l'estime de soi et réduit les troubles de l'humeur. Il existe différents types d'exercices adaptés aux limitations des personnes atteintes de SA. Le repos est recommandé pendant les phases inflammatoires pour prévenir l'aggravation des symptômes.

Traitement pharmacologique et chirurgical

En première intention, le rhumatologue prescrit des AINS dont le but principal est de soulager la douleur et de réduire l'inflammation. Si cette classe de médicaments n'est pas efficace ou cause trop d'effets secondaires, il faut trouver une autre solution. Les corticostéroïdes injectés dans l'articulation servent à diminuer l'inflammation rapidement. Les antirhumatismaux à action lente (ARAL) sont employés en seconde intention dans les cas de SA, uniquement s'il y a une atteinte des articulations périphériques. Depuis quelques années, de nouveaux traitements dits biologiques ont fait leur apparition et ont démontré leur efficacité. Il s'agit d'agents anti-TNF (facteurs de nécrose tumorale) administrés en perfusion lente ou en injection (voir Tableau 2).

Le TNF est une protéine produite par l'organisme. Dans la maladie inflammatoire, le TNF en surproduction entraîne des douleurs et de l'enflure aux articulations. Pratiquée rarement et en dernier recours, l'arthroplastie permet de

Tableau 1 Distinction des symptômes mécaniques ou inflammatoires

Symptômes inflammatoires	Symptômes mécaniques
Douleur à prépondérance nocturne ou matinale. Elle éveille le patient à la fin de la nuit, classiquement vers quatre heures du matin.	Douleur principalement dans la journée, prédominante en après-midi ou en soirée. La douleur nocturne, si elle est présente, est habituellement légère et surtout associée aux changements de position.
Raideur matinale de plus d'une heure.	Absence de raideur matinale significative.
La raideur s'atténue à la mobilisation ou « se réchauffe à l'exercice ».	La douleur augmente à la mobilisation.
La raideur réapparaît au repos.	La douleur est soulagée par le repos.

Source : Fournier, 2008.

Encadré 2

Types d'exercices physiques

Les étirements aident à développer et à maintenir la souplesse des tendons. La région lombaire étant la plus affectée, les étirements ciblent cette région et sont répétés quotidiennement.

Les exercices d'amplitude visent à bouger l'articulation dans toute son amplitude. Le mouvement doit se faire sans effort et ne doit ni être maintenu ni exercé avec un poids. Si l'exercice est trop douloureux, il faut l'interrompre ou réduire le nombre de répétitions.

Les exercices de musculation (ou renforcement) renforcent les muscles et protègent les articulations. Contrairement aux deux premiers types, ils n'ont pas besoin d'être faits tous les jours. Trois ou quatre séances hebdomadaires sont idéales. Le nombre de répétitions et le poids soulevé seront déterminés par un physiothérapeute ou un kinésologue.

Les exercices d'endurance font travailler le cœur et les poumons. La marche, la bicyclette et la natation ne comportent pas d'impacts pouvant blesser les articulations ou le dos. Ces activités sont recommandées en insistant sur l'importance de porter une bonne chaussure, ou de bien régler la position de la selle de la bicyclette, ou d'éviter les mouvements trop vigoureux dans l'eau.

Source : La Société de l'arthrite (2011).

rétablir la fonctionnalité de l'articulation et peut améliorer la qualité de vie.

Infirmière en rhumatologie

Chelga Exilus est infirmière clinicienne à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La clinique de rhumatologie comprend des médecins rhumatologues, un ergothérapeute et des physiothérapeutes. M^{me} Exilus reconnaît que la SA se distingue des autres types d'arthrite, surtout en raison de l'âge des individus touchés. Jeunes et actifs à l'école ou au travail, ils souffrent d'une maladie invisible qui affecte presque toutes les sphères de leur vie. À tel point que certains se voient contraints d'arrêter leurs activités à cause de douleurs constantes.

« Il faut déterminer s'il s'agit de symptômes mécaniques ou inflammatoires », précise l'infirmière. Consulter en rhumatologie permet d'apporter certaines réponses, même si le diagnostic de SA n'est pas facile à poser. « Lorsqu'un nom est apposé sur leurs symptômes, la plupart des jeunes patients se disent libérés », souligne M^{me} Exilus. Pendant la consultation, il est crucial de comprendre l'histoire de la douleur, son intensité et le moment où elle se manifeste. « Tous les aspects doivent être explorés pour être mieux traités », insiste-t-elle.

L'infirmière procède à la collecte de données la plus complète possible. En plus des rendez-vous à la clinique, une partie du travail de M^{me} Exilus se fait par téléphone pour répondre aux demandes de ses patients. L'infirmière donne divers enseignements sur le système immunitaire, l'importance de maintenir une bonne activité physique, les classes de médicaments et leurs effets secondaires.

Quand le rhumatologue prescrit des produits injectables, l'infirmière enseigne et supervise la technique d'injection sous-cutanée pour que les personnes puissent faire elles-

Tableau 2 Traitement pharmacologique de la spondylarthrite ankylosante

Classe	Molécules [Nom commercial]	Effets sur les symptômes	Note
Anti-inflammatoires			
AINS	diclofénac [Sandoz diclofenac] naproxène [Naprosyn] ibuprofène [Advil, Motrin]	Calment la douleur, l'enflure et les symptômes d'inflammation.	Administration <i>per os</i> . Effets secondaires : nausées, brûlures d'estomac, maux de tête.
Coxib ou inhibiteurs de la COX-2	célécoxib [Celebrex]	Soulage la douleur, l'enflure et les symptômes d'inflammation.	Administration <i>per os</i> . Effets secondaires : irritation gastrique.
Antirhumatismaux à action lente (ARAL) (uniquement en cas de synovite périphérique)			
	méthothrexate [Méthothrexate]	Maîtrise les atteintes périphériques de la maladie aux genoux et aux hanches. Soulage la douleur. Supprime les réactions du système immunitaire.	Administration <i>per os</i> ou en auto-injection. Effets secondaires : nausées, stomatite et asthénie.
	sulfasalazine [Salazopyrine]	Atténuent l'inflammation.	Administration <i>per os</i> . En association avec le méthotrexate. Effets secondaires : nausées, érythème cutané, maux de tête, sensibilité au soleil.
Corticostéroïdes			
	triamcinolone [Hexatrione]	Diminue l'inflammation.	Administration seulement en injection intra-articulaire. Effets secondaires : céphalées, bouffées vasomotrices.
Facteurs biologiques ou anti-TNF (facteurs de nécrose tumorale)			
	étanercept [Enbrel] adalimumab [Humira] infliximab [Remicade] golimumab [Simponi] certolizumab pegol [Cimzia]	Utilisés en phase active de la SA. Maîtrisent l'inflammation de la colonne vertébrale.	Administration par perfusion intraveineuse ou injections sous-cutanées. Fréquence hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle. Quelques effets secondaires communs : infection des voies respiratoires supérieures, réaction ou douleur au point d'injection, infection virale, maux de tête, nausées et douleurs abdominales, démangeaisons, réactivation de la tuberculose.

Source : Données adaptées de <http://rheuminfo.com>.



Uritis aiguë dans la spondylite ankylosante

mêmes leurs injections. « Pour les agents biologiques, il existe des programmes de soutien aux patients », précise M^{me} Exilus. Lorsqu'ils tentent de comprendre leur maladie, les jeunes se perdent dans les méandres des forums ou des sites Internet plus ou moins sérieux. Comme infirmière, il lui revient de les orienter vers des sources fiables pour qu'ils se prennent en charge. Il faut garder à l'esprit les objectifs de vie des patients et l'évolution de leur SA, qu'elle soit stable ou active. « Nous accompagnons ces jeunes pour qu'ils retrouvent et conservent une vie active ! », conclut l'infirmière. ■

Bibliographie

Alliance de l'arthrite du Canada (AAC). *Boîte à outils de la trajectoire de soins pour l'arthrite inflammatoire*. Toronto, AAC, août 2014, 24 p. [En ligne : www.arthritisalliance.ca/images/caremap/fr/tools/20140821-care-path-toolkit_FR.pdf] (Page consultée le 2 mars 2015.)
Entrevue avec M^{me} Chelga Exilus le 27 février 2015.
Fournier, C. « De douloureux maux de dos : la spondylite ankylosante », *Le Clinicien*, vol. 23, n° 10, nov./déc. 2008, p. 15-17. [En ligne : www.stacomunications.com/journals/leclinicien/2008/11-NovembreD%C3%A9cembre2008/015-Cas_du_mois.pdf] (Page consultée le 28 février 2015.)
Hazzeltine, M. et J.L. Tremblay. « Les agents de rémission de l'arthrite et les biologiques : ce que tout médecin doit savoir », *Le Rhumatologue*, n° 10, mars 2012, p.1-12.
Hinkle, J.L. et K.H. Cheever. *Brunner & Suddarth's Testbook of Medical-Surgical Nursing* (13^e éd.). Philadelphia (PA), Lippincott Williams & Wilkins, 2013, 2288 p.
Institut de rhumatologie. « La spondylarthrite ankylosante en 100 questions », Groupe Hospitalier Cochin, Paris. [En ligne : rhumatismes.net/index.php?id_bro=13&p=7&rub=les100q] (Page consultée le 12 février 2015.)
La Société de l'arthrite. *La spondylarthrite ankylosante – Un aperçu des options de traitement*. Toronto, 2011, 20 p.
Rheuminfo. « Traitement de la spondylarthrite ankylosante ». [En ligne : <http://rheuminfo.com/fr/diseases/ankylosing-spondylitis/treatment-of-ankylosing-spondylitis-as>]