

Vivre sa
Spondylarthrite
ankylosante

Madame, Monsieur

Ce livret patient est le fruit d'une collaboration entre l'équipe d'Immuno-rhumatologie et de Médecine Physique et de Réadaptation du CHRU de Montpellier. Nous avons essayé d'utiliser une terminologie non spécialisée pour faciliter la lecture et la compréhension de ce document. Nous l'avons écrit pour améliorer l'information, l'éducation et le suivi des patients atteints de spondylarthrite ankylosante (SPA). Les renseignements que vous obtiendrez en lisant ce livret vous aideront à comprendre les traitements proposés et participer ainsi aux décisions thérapeutiques, en vue d'une meilleure adhésion aux traitements choisis. Par ailleurs, même si des progrès considérables ont été réalisés dans les traitements médicamenteux de la SPA, la rééducation reste une des bases du traitement de cette maladie. En effet, les « nouveaux traitements » n'ont pas encore démontré leur capacité à ralentir l'enraidissement rachidien lié aux ponts osseux (ankylose) observée dans la SPA. Les mouvements de rééducation pour lutter contre cette ankylose doivent donc être acquis et reproduits régulièrement. Nous avons conçu ce livret patient sous la forme d'un classeur comportant différents chapitres. Les trois premiers chapitres donnent des informations sur la maladie, les examens complémentaires et les principaux traitements proposés dans la SPA. Un chapitre est exclusivement dédié à la rééducation et vous pourrez insérer des fiches de rééducation personnalisées et adaptées au handicap secondaire à votre SPA. Le chapitre « mon dossier médical » a été fait pour faciliter le suivi de votre maladie. Nous espérons que ce document répondra à vos attentes et qu'il sera le lien entre vous et les différents intervenants qui participeront à la prise en charge de votre SPA.

Pr Jacques Morel
Chef Unité Immuno-rhumatologie. Département de Rhumatologie
Dr Isabelle Tavares
Département de Médecine Physique et de Réadaptation

SOMMAIRE

Chapitre 1

Qu'est ce que la spondylarthrite ankylosante ?

Chapitre 2

Les examens complémentaires

Chapitre 3

Prise en charge et modalités des traitements

Chapitre 4

Ma rééducation

Chapitre 5

Mon dossier médical

Chapitre 6

Annexes pour la mesure



Chapitre 1

**Qu'est ce que la
Spondylarthrite
ankylosante**

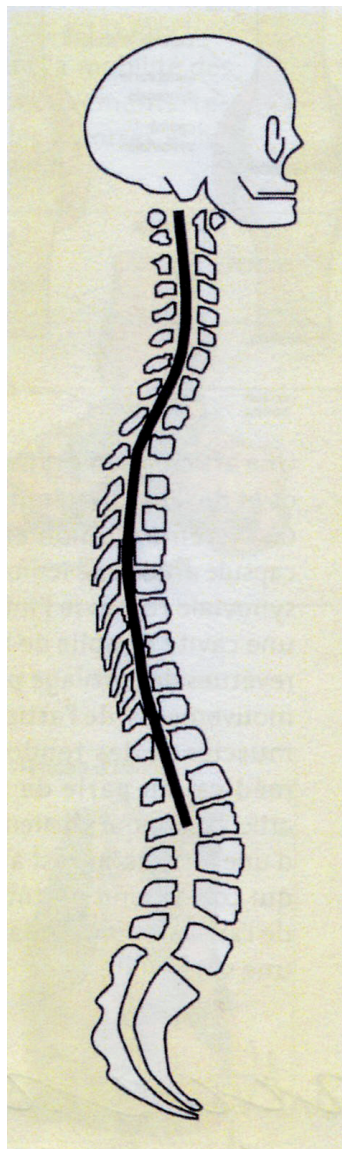
La spondylarthrite

Informations et conseils à l'usage des malades atteints de spondylarthrite ankylosante.

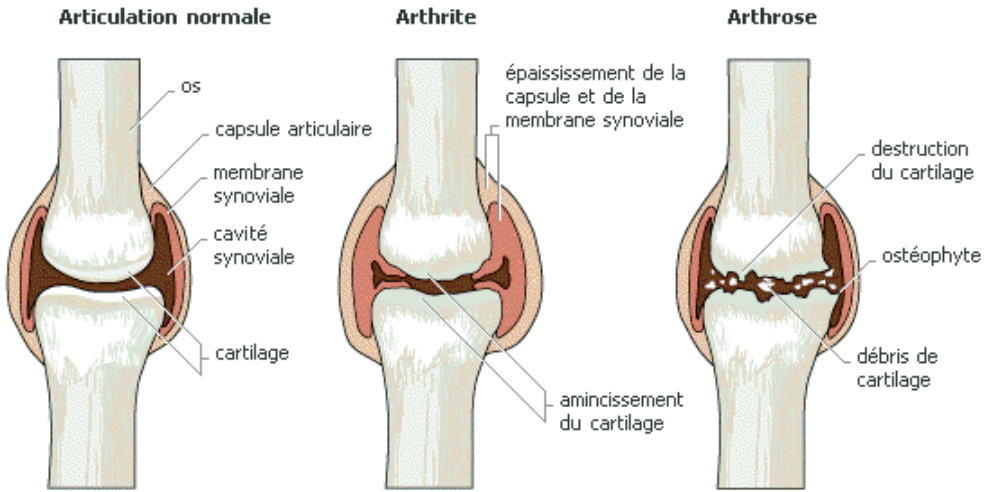
Les informations contenues dans ce livret visent à informer les malades atteints de spondylarthrite ankylosante, ainsi que leur entourage, sur l'affection qui les frappe et à leur donner quelques informations essentielles sur la conduite générale du traitement.

Qu'est ce que le rachis ?

Le rachis représente l'axe du squelette humain. Il est composé de vertèbres (en grec le rachis vertébral se dit spondylos) qui s'articulent entre la base du crâne jusqu'au sacrum. Le rachis se divise en trois étages : cervical, dorsal et lombaire composé respectivement de 7, 12 et 5 vertèbres. Les vertèbres sont séparées par des disques qui absorbent les contraintes mécaniques et assurent la stabilité du rachis. Le rachis assure trois fonctions principales. Il supporte le poids du corps ; il favorise la mobilité de la tête jusqu'au bas du dos et il protège la moelle épinière. Des ligaments permettent de relier les vertèbres entre elles. L'inflammation d'une vertèbre s'appelle une spondylite.



Qu'est ce qu'une articulation ?

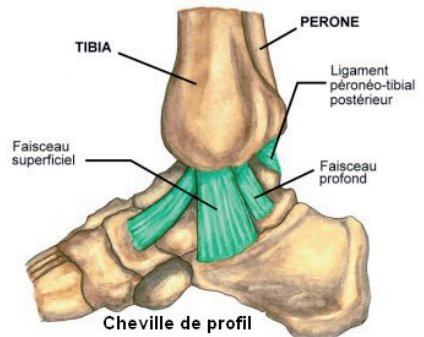
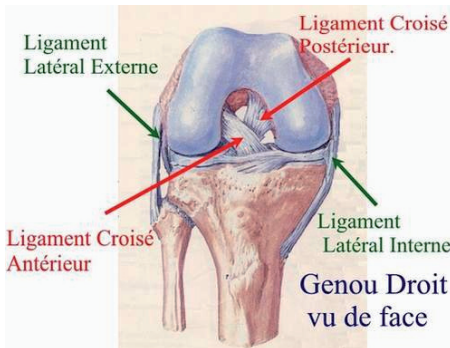


Une articulation est une jonction permettant de relier des os et de leur donner une mobilité l'un par rapport à l'autre. Ce système d'union entre 2 os est possible grâce à la capsule articulaire renforcée par des ligaments. Une membrane synoviale recouvre l'intérieur de la capsule délimitant ainsi une cavité remplie de liquide. Les extrémités osseuses sont revêtues de cartilage permettant la mobilité articulaire. Les mouvements de l'articulation dépendent de la position des muscles et des tendons. Au niveau du bassin (en terme médical on parle de pelvis), les sacro-iliaques sont des articulations qui séparent l'os sacré de l'os iliaque. L'inflammation d'une articulation est appelée arthrite qui est différente de l'arthrose qui correspond plutôt à une dégénérescence du cartilage de l'articulation. L'inflammation de la sacroiliaque s'appelle une sacroiliite.

Qu'est ce qu'un ligament ?

N. m. Du latin *ligamentum*, bande, bandage, lien.

Un ligament est une courte bande de tissu conjonctif fibreux composée principalement de longues molécules de collagène. Les ligaments connectent les os à d'autres os dans des articulations. (Ils ne relient pas les muscles aux os; ceci étant la fonction des tendons). Certains ligaments limitent la mobilité des articulations ou empêchent certains mouvements. Les blessures typiques aux ligaments sont les entorses et les déchirures.



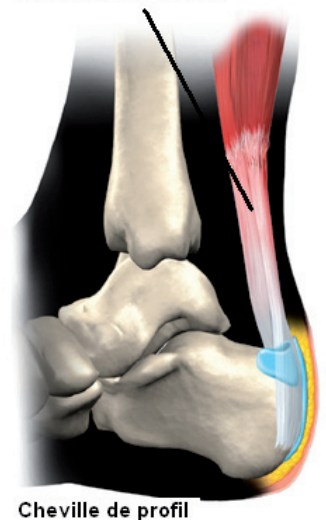
Qu'est ce qu'un tendon ?

N. m. Du grec *tenôn*.

Les muscles sont rattachés au squelette par les tendons ou enthèses. Ce sont des prolongements du muscle de nature fibreuse et très résistante. La contraction du muscle se transmet aux tendons, et va ainsi provoquer le mouvement de l'articulation. La partie du tendon qui le rattache à l'os s'appelle l'enthèse.

L'inflammation d'un tendon s'appelle aussi une enthésite.

Tendon d'achille



Qu'est ce que la spondylarthrite ankylosante ?

La spondylarthrite ankylosante est un **rhumatisme inflammatoire** relativement fréquent touchant essentiellement la colonne vertébrale. En effet on estime que 0.2% de la population est atteinte soit 150 000 malades en France.

Classiquement la maladie touche préférentiellement les hommes avec 3 hommes atteints pour 1 femme. Mais les formes féminines seraient peut être sous estimées.

L'âge classique du début des symptômes se situe dans la majorité des cas entre 20 et 30 ans. On sait néanmoins que la maladie peut débuter dans la petite enfance et qu'il existe des cas apparaissant après 50 ans.

La spondylarthrite ankylosante qui est aussi appelée par certains **pelvispondylite rhumatismale** est un **rhumatisme** qui atteint les **ligaments** qui entourent les **vertèbres** et les articulations des sacro-iliaques.

Mais on peut voir également dans la maladie l'inflammation d'**articulations périphériques** (comme les genoux, les épaules, les chevilles...), l'inflammation de **tendons** encore appelée enthésio-pathie et/ou de **ligaments**, et même l'atteinte d'organes différents de l'appareil locomoteur (on parle alors d'atteinte extra articulaire).

Quelles différences entre spondylarthrite ankylosante et spondyloarthrite ?

La spondylarthrite ankylosante (SpA) appartient à un groupe de rhumatismes inflammatoires incluant le rhumatisme psoriasique, les maladies inflammatoires des intestins (maladie de Crohn et rectocolite ulcéro-hémorragique), les arthrites réactionnelles. Toutes ces entités sont regroupées sous le terme de **spondyloarthrite (SpA)**.

Ainsi sous l'appellation «**spondyloarthrite**» on retrouve :

- la spondylarthrite ankylosante qui atteint toujours le rachis et le pelvis
- le **rhumatisme psoriasique** : le psoriasis est une maladie de la peau qui se traduit par des plaques rouges recouvertes de squames. Cette atteinte cutanée est associée à des manifestations inflammatoires des articulations et des tendons.
- le rhumatisme des **entérocolopathies inflammatoires** : il s'agit de maladies inflammatoires touchant les intestins, on en compte deux principales : la maladie de Crohn et la rectocolite ulcéro hémorragique (RCUH). Elles se manifestent par des douleurs abdominales et des diarrhées glaireuses et sanglantes. Elles sont parfois associées à des manifestations articulaires et tendineuses.
- **les arthrites réactionnelles** : il s'agit de manifestations articulaires qui apparaissent 2 à 3 semaines dans les suites d'une infection digestives (diarrhée) ou génitales (urétrite). Ces arthrites peuvent s'associer à des signes de conjonctivites (= inflammation de la conjonctive de l'oeil) et d'urétrite (= inflammation de l'appareil urogénital). Cette affection est également appelée syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.
- les SPA non classables sont les spondyloarthrites qui ne correspondent à aucun des diagnostics précédents.

Les principaux signes cliniques

On distinguera l'**atteinte axiale**, l'**atteinte articulaire périphérique**, les **enthésiopathies**, et l'**atteinte extra articulaire**.

L'**atteinte axiale** comprend les manifestations de l'axe central du corps, il s'agit des symptômes qui sont dus à l'atteinte des articulations du **bassin** (articulations sacro-iliaques), à l'atteinte des articulations et des ligaments des **vertèbres** et à l'atteinte des articulations du **thorax**.

En pratique cela se traduit par des douleurs dans les fesses pouvant descendre derrière la cuisse qui réveillent la nuit et augmentent quand on pose le pied par terre et qui par conséquent peuvent engendrer une boiterie. Au niveau du dos on observe des douleurs en fin de nuit et au lever (on parle d'**horaire inflammatoire**), ces douleurs sont associées à une raideur qui est maximum le matin au réveil et qui généralement diminue au fur et à mesure de la journée. Elles peuvent être parfois confondues avec une sciatique. Au niveau du thorax l'atteinte des articulations entre les côtes et les vertèbres, et entre les côtes et le sternum se traduit par des douleurs lors de la toux, l'éternuement et l'inspiration profonde.

L'**atteinte articulaire périphérique** correspond à l'atteinte inflammatoire d'articulations des membres. Une articulation correspond à la jonction entre deux extrémités osseuses recouvertes de cartilages. Elle est tapissée par une membrane appelée membrane synoviale. Au cours de la spondylarthrite apparaît une inflammation de cette **membrane synoviale**, on parle alors de synovite. L'articulation est alors **gonflée** et **douloureuse**. Comme pour les douleurs du dos et du bassin, les douleurs des articulations des membres sont maximales la nuit et le matin au réveil.

Les enthésiopathies correspondent à l'inflammation d'enthèses. L'enthèse est la région où le tendon s'attache sur l'os. Il s'agit de point douloureux très localisé, la douleur est réveillée par la

pression et lors de la mise en tension du tendon. L'enthésiopathie la plus fréquente est l'atteinte du dessous du talon (aponévrose plantaire). La douleur sous le talon survient dès le réveil, dès les premiers pas et elle s'améliore dans la journée. Elle touche le plus souvent les deux talons.

L'atteinte extra articulaire est représentée essentiellement par l'atteinte des yeux. Ceux ci peuvent être le siège d'une uvéite. L'uvéite est une inflammation de l'œil qui se traduit par un œil rouge et douloureux.

Rarement on décrit une atteinte cardiaque associée, il s'agit de trouble du rythme cardiaque (bloc auriculoventriculaire) ou d'anomalies de valves cardiaque (valve aortique). D'autre part la fatigue est décrite comme une plainte majeure tout comme la douleur par les patients.

L'évolution de la spondylarthrite ankylosante

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique, **aucun schéma d'évolution à long terme ne peut être donné.**

- Elle peut se faire sous forme de **poussées inflammatoires totalement régressives** qui ne s'accompagnent jamais de complications. C'est la forme la plus fréquente.
- Elle peut se faire sous forme de poussées évolutives avec des complications pour certaines localisations.
- Elle peut se faire sous forme d'une maladie inflammatoire chronique sans période de régression.

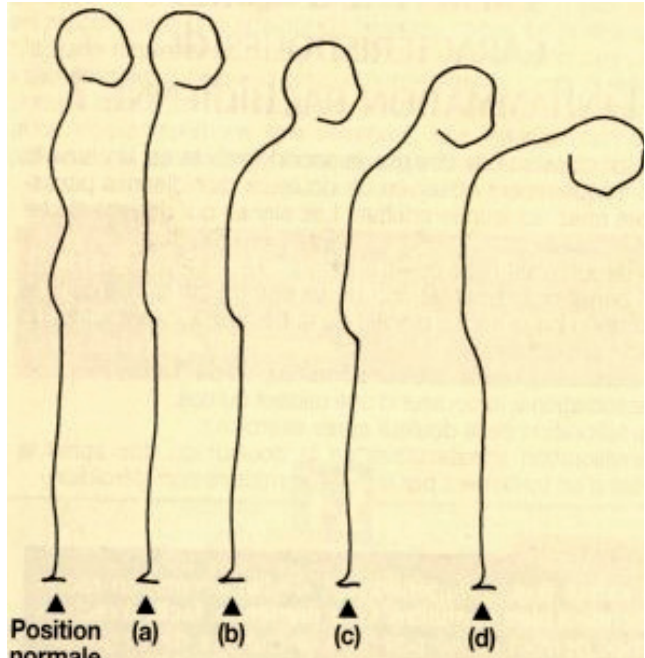
Les complications sont essentiellement représentées au rachis par l'**ankylose** et la survenue d'**attitudes vicieuses**. L'ankylose correspond à la formation d'un pont osseux qui unit les vertèbres ou les deux berges des sacro-iliaques. Une **raideur** secondaire apparaît. Cette raideur peut se faire dans une position normale

ou anormale, on parle alors d'**attitude vicieuse**. Les attitudes vicieuses les plus souvent observées sont :

- la perte de la cambrure des reins (on parle de perte de la lordose lombaire)(a).

- une position penchée en avant, avec une bosse au niveau du dos (on parle de cyphose dorsale)(b).

- peut s'en-suivre une ankylose du cou qui va alors empêcher le malade de relever la tête (c).



- la déformation la plus extrême (rare) représente le patient qui n'arrive plus à voir en face de lui (d)

L'ankylose des articulations de la paroi thoracique peut à long terme entraîner des problèmes respiratoires (on parle d'insuffisance respiratoire par syndrome restrictif).

L'ankylose et les attitudes vicieuses posent le problème de la gêne fonctionnelle et du retentissement sur les activités de la vie quotidienne. Une autre complication articulaire est la destruction des articulations et en particulier des hanches qui doivent faire l'objet d'une surveillance particulière.

Le plus souvent l'espérance de vie d'un patient souffrant de spondylarthrite ankylosante est identique à celle de la population générale. Dans les formes sévères, il peut exister une atteinte cardiaque ou pulmonaire qui peuvent réduire l'espérance de vie.



Chapitre 2

**Les examens
complémentaires**

Les examens complémentaires

L'antigène HLA B27

Il s'agit d'une protéine retrouvée à la surface des globules blancs. 8% de français sont porteurs de cet antigène. Il a été remarqué que 90% des malades souffrant de spondylarthrite portent l'antigène HLA B27. Mais le fait d'être porteur de l'antigène HLA-B27 seul n'est pas suffisant pour conclure à une spondylarthrite.

La liaison de la maladie avec l'antigène HLA B27 apporte la notion d'une composante génétique à la maladie. Le grand nombre de cas de spondylarthrite ankylosante héréditaire ou familiale fait également suggérer une composante génétique. La recherche de l'antigène HLA B 27 ne se fait qu'une fois, puisque sa présence ou son absence ne varie pas dans le temps.

5 à 20% des malades auraient au moins un parent atteint. Toutefois, le risque de voir survenir une spondylarthrite dans la descendance d'un patient est de moins d'une chance sur 10.000.

Lors d'analyses sanguines une inflammation biologique peut être observée et se traduit par une accélération de la vitesse de sédimentation (VS) et/ou une élévation de la C réactive protéine ou CRP.

L'imagerie

Des radiographies des sacro-iliaques sont réalisées pour rechercher une inflammation de la sacro-iliaque appelée aussi sacro-iliite. Elles peuvent être normales au début et cela n'élimine pas le diagnostic. En cas de doute, au début de la maladie, l'IRM des sacro-iliaques peut

être réalisée car plus sensible pour détecter une sacro-iliite.

En cas de douleurs rachidiennes, des radiographies du rachis lombaire (face et profil) incluant la jonction dorsolombaire doivent être réalisées. En cas de radiographies normales, une IRM lombaire peut être utile pour mettre en évidence une inflammation du rachis.

L'échographie comme l'IRM sont des bons examens pour mettre en évidence une enthésopathie. En cas d'atteinte des articulations périphériques, une radiographie centrée sur ces articulations est indiquée.

Pour les enthésiopathies (douleurs des tendons), les radiographies peuvent montrer de fines calcifications en particulier sur le calcanéum où s'insèrent les tendons d'Achille.



Chapitre 3

**Prise en charge
et modalités
des traitements**

Prise en charge et modalités des traitements

Le traitement de la spondylarthrite ankylosante a pour but de freiner et si possible d'arrêter l'évolution de la maladie, d'éviter l'ankylose et de maintenir la qualité de vie, c'est-à-dire **préserver l'insertion sociale et professionnelle** du malade.

Le traitement doit être global, il comprend les médicaments (traitements symptomatiques et traitement de fond), les gestes locaux (infiltrations de corticoïdes), la rééducation, la réalisation d'orthèses ou de corset, sans oublier l'aspect psychologique, social et professionnel de la maladie.

C'est ainsi que le malade est pris en charge dans sa globalité par une **équipe multidisciplinaire** qui comprend le rhumatologue, le médecin rééducateur, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'infirmière, le podologue, le psychologue, la diététicienne et l'assistante sociale. Cette équipe mobilisée autour du malade, lui assure une prise en charge optimum en établissant la stratégie thérapeutique et en surveillant son efficacité.

Les médicaments

Les médicaments comprennent les **traitements symptomatiques et les traitements de fond**.

Le traitement symptomatique est le traitement qui calme les symptômes autrement dit la douleur. On fait appel aux différentes classes d'antalgique.

Les antalgiques :

Classe I le paracétamol (Doliprane®, Daffalgan®, Efferalgan®...)

Classe II la codéine, le tramadol souvent associé au paracétamol (Efferalgan codéiné®, Propofan®, Zaldiar®, Ixprim®, Lamaline®, Topalgic®, Contramal®...)

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS constituent le plus souvent la base du traitement de la spondylarthrite ankylosante car très efficaces. Ils sont la plupart du temps utilisés per os (par la bouche). Ils peuvent être utilisés par voie transdermique (pommade) mais jamais par voie intra-articulaire. L'injection intra musculaire a peu d'intérêt car le risque d'avoir une intolérance digestive est le même per os que intramusculaire avec une efficacité comparable. Seule la rapidité d'action diffère, elle est plus rapide en injection musculaire ou intraveineuse.

Les AINS sont très nombreux, ils varient en fonction de leur durée d'action, leur composition chimique, leur présentation (comprimé, gélule, suppositoire...). Il faut parfois (avec l'aide du médecin) en essayer plusieurs afin de trouver celui qui est le plus adapté.

Il n'y a pas de critères de choix d'une molécule d'AINS par rapport à une autre, y compris en cas d'inefficacité de l'AINS précédent. Il est souhaitable d'utiliser la dose maximale recommandée pendant une durée minimale de 2 à 4 semaines et d'adapter son administration à l'horaire des symptômes. En cas de bonne réponse à un AINS, il est nécessaire de rechercher la dose minimale efficace. La prescription en continue systématique d'un AINS n'est pas indiquée.

Il est recommandé de prendre l'AINS au milieu d'un repas avec un grand verre d'eau. Il ne faut pas associer différents AINS entre eux.

Le principal effet secondaire des AINS est l'**intolérance digestive** avec la survenue de douleur gastrique, de trouble de la digestion et parfois d'ulcère d'estomac. Pour limiter la survenue de ces effets secondaires il est conseillé de **respecter les doses prescrites** et de limiter la consommation d'alcool et de tabac.

Les corticoïdes

Les corticoïdes par voie générale sont des anti-inflammatoires très puissants qui sont parfois utilisés dans les SpA. La prise prolongée de ce traitement peut entraîner des complications à long terme (diabète, hypertension artérielle, déminéralisation et une mise au repos des surrénales).

Les traitements locaux

L'infiltration de corticoïdes consiste à apporter localement à l'aide d'une aiguille de la cortisone. Elles peuvent permettre de passer un cap douloureux. Elles sont indiquées en cas d'enthésiopathie ou d'arthrite localisée persistante. Les sacro-iliaques peuvent être infiltrées en cas de douleurs des fesses. Il n'y a aucun risque de prise de poids après infiltrations et aucun régime sans sel n'est nécessaire. En cas d'anxiété, une préparation peut être proposée.

Les synoviorthèses isotopiques consistent à infiltrer dans l'articulation périphérique un produit radioactif ou isotope qui peut être de l'Yttrium ou du Rhénium. Ce produit radioactif détruit la synoviale réduisant ainsi l'inflammation locale. Elles ont une efficacité prolongée. Pour augmenter l'efficacité de l'infiltration, l'articulation

est immobilisée dans une attelle pendant deux jours. Les incidents secondaires à la synoviorthèse, comme la radiodermite qui est une brûlure cutanée secondaire à l'isotope, sont exceptionnelles. Chez les sujets jeunes, il est préférable d'éviter une synoviorthèse au niveau des hanches en raison de la proximité des organes génitaux.

Les traitements de fond

Le **traitement de fond** a deux objectifs essentiels, **vaincre la douleur et l'inflammation** et **prévenir les éventuelles complications**.

On distinguera les traitements classiques d'une part et les anti TNF- α d'autre part. Les traitements de fond sont généralement appelés traitements à action lente.

Ils agissent sur l'inflammation et la douleur qu'après quelques semaines d'utilisation. Il est inutile d'attendre un effet bénéfique en quelques jours et d'arrêter ces traitements précocement.

Les traitements de fonds classique sont surtout représentés par le **Salazopyrine®**. Ce traitement est indiqué en cas d'atteinte articulaire périphérique importante, en cas d'atteinte extra-articulaire sévère. **Ils ne sont pas efficaces en cas d'atteinte axiale de la spondylarthrite.**

La Salazopyrine est un dérivé de la famille des sulfamides qui se présente sous la forme de comprimés. La dose habituelle est de 4 comprimés par jour et peut être augmentée jusqu'à 6 comprimés par jour. La Salazopyrine doit être arrêtée en cas d'éruption cutanée ou d'aphtes ou en cas d'anomalies biologiques, en particulier : une anémie, une baisse des globules blancs ou des plaquettes. Un bilan biologique mensuel doit être réalisé dans la surveillance. Il est efficace au bout d'1 à 3 mois. Les autres traitements de fond sont plus rarement utilisés et exclusivement dans les formes périphériques.

Les anti-TNF

Les anti TNF- α appartiennent à une nouvelle classe de médicaments : les biothérapies. Ils bloquent l'action du TNF- α qui est une molécule fabriquée par l'organisme au cours de l'inflammation. Cinq molécules sont actuellement autorisées dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante : le Rémicade®, l'Enbrel®, l'Humira®, le Simponi®, le Cimzia®.

Ils ont un délai d'action plus court que les autres traitements de fond, ils sont efficaces sur l'atteinte axiale et périphérique et ont peut-être une influence sur l'évolution de la maladie. Ce sont des traitements très efficaces et très coûteux réservés aux spondylarthrites ankylosantes certaines actives et rebelles à au moins deux AINS différents. Le TNF- α joue un rôle important dans la défense de l'Homme contre les infections.

Les complications infectieuses représentent la préoccupation principale au cours du traitement. L'évaluation de ce risque infectieux doit faire partie des éléments de surveillance et peut représenter un motif d'arrêt du traitement.

En particulier il faut dépister les risques de réactivation de tuberculose en réalisant un interrogatoire à la recherche d'un contact, d'une infection tuberculeuse, de la vaccination BCG, une IDR à la tuberculine (intradermoréaction) ainsi qu'une radiographie du thorax.

L'Enbrel® s'administre dans la spondylarthrite ankylosante en une injection sous cutanée 1 fois par semaine.

Le Rémicade® s'administre en perfusion intra veineuse en secteur hospitalier d'une journée toutes les 6 à 8 semaines.

L'Humira® s'administre en une injection sous cutanée 1 fois tous les 15 jours.

Le Simponi® s'administre en une injection sous cutanée tous les mois.

Le Cimzia® s'administre en une injection sous cutanée tous les 15 jours ou tous les mois.

Ces traitements sont en général bien tolérés. Des éruptions au site d'injection peuvent être observées dans les trois premiers mois de traitement. Le risque est essentiellement infectieux et en cas de fièvre, le traitement anti TNF- α doit être différé jusqu'à guérison de l'infection. En cas de chirurgie programmée ou pour certains soins dentaires (extraction dentaire, granulome, abcès), l'anti TNF- α doit être arrêté avant l'intervention et peut être repris une fois la plaie cicatrisée.

Actuellement, il n'y a pas de preuve d'un risque plus élevé de cancer ou de lymphome mais pour en avoir la certitude un recul est encore nécessaire. Il n'y a pas de nécessité de surveillance biologique mais il est tout de même recommandé de réaliser une prise de sang de contrôle mensuelle les trois premiers mois puis ensuite tous les trois mois avec dosage des globules rouges et des globules blancs, des plaquettes, du bilan hépatique et rénal. Même si les données sont rassurantes avec les anti TNF- α lors de la grossesse, une contraception est nécessaire avec ce traitement. En cas de désir de grossesse, l'anti-TNF- α sera arrêté à déclaration de la grossesse.

La chirurgie

Le recours à la chirurgie sur le rachis est exceptionnel dans la spondylarthrite ankylosante et n'est proposé qu'en cas d'attitude vicieuse trop importante avec tendance à l'horizontalisation du rachis. Pour les articulations périphériques, en cas d'arthrite persistante malgré les infiltrations de corticoïdes ou de produits radioactifs (synoviorthèses), une exérèse de la synoviale appelée synovectomie peut être proposée. Lorsqu'une articulation périphérique est trop détruite, une prothèse ou une arthrodèse peut être envisagée. L'arthrodèse consiste à bloquer une articulation avec un effet essentiellement antalgique mais une limitation de la mobilité. Elle est très rarement proposée. La prothèse a également un effet antalgique avec une mobilité de l'articulation conservée avec parfois une amélioration de la fonction.



Chapitre 4

Ma rééducation

La rééducation

La Médecine Physique et de Réadaptation utilise les techniques de kinésithérapie, d'ergothérapie pour **prévenir l'apparition de l'ankylose articulaire** ou quand l'ankylose est inévitable pour permettre que les articulations s'enraidissent en bonne position.

La rééducation est indispensable au cours de la spondylarthrite ankylosante car elle peut améliorer les symptômes comme la douleur, la raideur, la gêne fonctionnelle et prévenir les déformations et les attitudes vicieuses. L'activité physique est la pierre angulaire d'un traitement de longue durée efficace.

L'exercice vise trois objectifs :

- ① Préserver ou rétablir la mobilité vertébrale.
- ② Maintenir et améliorer la posture et la tonicité musculaire.
- ③ Préserver la capacité d'expansion thoracique.

Chaque patient est différent, il n'y a pas **une** mais **des** formes de spondylarthrites et donc la rééducation doit être adaptée à chacun en fonction des raideurs, des douleurs, de la gêne fonctionnelle.

La rééducation peut s'effectuer chez le kinésithérapeute qui apprend et fait pratiquer les mouvements et les exercices. Dans un second temps elle s'effectue à domicile où le patient réalise son auto rééducation adaptée à sa maladie à un rythme quotidien.

Le kinésithérapeute avec le médecin rééducateur adapte le programme en fonction de l'état clinique du patient. Le kinésithérapeute vérifie régulièrement que le programme est réalisé correctement et qu'il est bien adapté au patient.

En raison de la tendance du dos à se voûter et de la raideur articulaire que cause cette position, les exercices de renforcement musculaire ont pour but d'accroître la force des muscles qui nous aident à **maintenir une posture droite** (les extenseurs ou muscles dorsaux). Pour que la cage thoracique ne perde pas sa mobilité, on recommandera des exercices respiratoires pour faciliter la mobilité des côtes et l'expansion thoracique.

Les exercices d'auto rééducation doivent être réalisés de façon régulière afin d'apporter un bénéfice sur les douleurs et les limitations de mobilités. Ils **doivent être poursuivis en cas de poussée**.

Les exercices comprennent : des postures, des étirements, du renforcement musculaire, des exercices respiratoires, des assouplissements... La motivation et l'implication à la réalisation régulière d'exercices sont indispensables.

Sport et spondylarthrite ankylosante

Il n'est pas contre indiqué dans cette maladie bien au contraire **il est conseillé et encouragé**.

Réalisée correctement l'activité sportive vient compléter la rééducation.

Le sport entretient le capital musculaire et articulaire ainsi que les capacités cardio-respiratoires.

Certains sports seront préférés comme la natation, le volley, le handball, le ski de fond qui mettent le dos en extension et luttent contre les déformations de la maladie.

Mais tous les sports peuvent être pratiqués, seulement parfois il est intéressant d'adapter le geste technique avec le médecin ou le kinésithérapeute.

Activité professionnelle et spondylarthrite ankylosante

La spondylarthrite ankylosante permet le plus souvent **une vie professionnelle normale**. Certaines professions sont moins adaptées à la SPA comme celles imposant une immobilisation prolongée dans une même position, ou encore 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.

Quand la spondylarthrite débute à l'âge adulte alors que l'on a déjà une profession, il faut la poursuivre tant que l'état de santé le permet. Par contre, il ne faut pas hésiter à faire appel au médecin du travail pour envisager l'aménagement du poste de travail quand cela peut améliorer les conditions de travail. Ce n'est qu'en dernier recours que l'on envisage un reclassement professionnel.

L'assistant(e) social(e) intervient pour aider le patient dans toutes les démarches qui lui permettront de bénéficier des droits et des aides auxquels il a droit.

Il(elle) intervient dans l'aide à la reconnaissance du handicap, dans l'aménagement du poste de travail ou le reclassement professionnel.

La spondylarthrite ankylosante grave est reconnue comme une affection à longue durée prise en charge à 100%.

Associations de malades

Les principales associations de malades souffrant de spondylarthrite ankylosante en France sont Spondylis¹ et l'AFS (l'Association Française des Spondylarthritiques)².

Les principaux objectifs des associations sont de mieux faire

connaître la pathologie du grand public ainsi que du milieu médical, aider les malades et leurs familles à résoudre les problèmes engendrés par cette pathologie, distribuer des bulletins d'informations médicales ou sociales.

L'affection qui vous frappe vous demandera un combat constant, dont l'issue dépendra pour beaucoup de vous-même.

En effet, un des atouts majeurs est sans doute votre volonté personnelle de vaincre la maladie. Le rôle de l'équipe soignante est de vous proposer des traitements efficaces et de vous aider sur tous les plans, dans un climat de compréhension et de confiance réciproques.

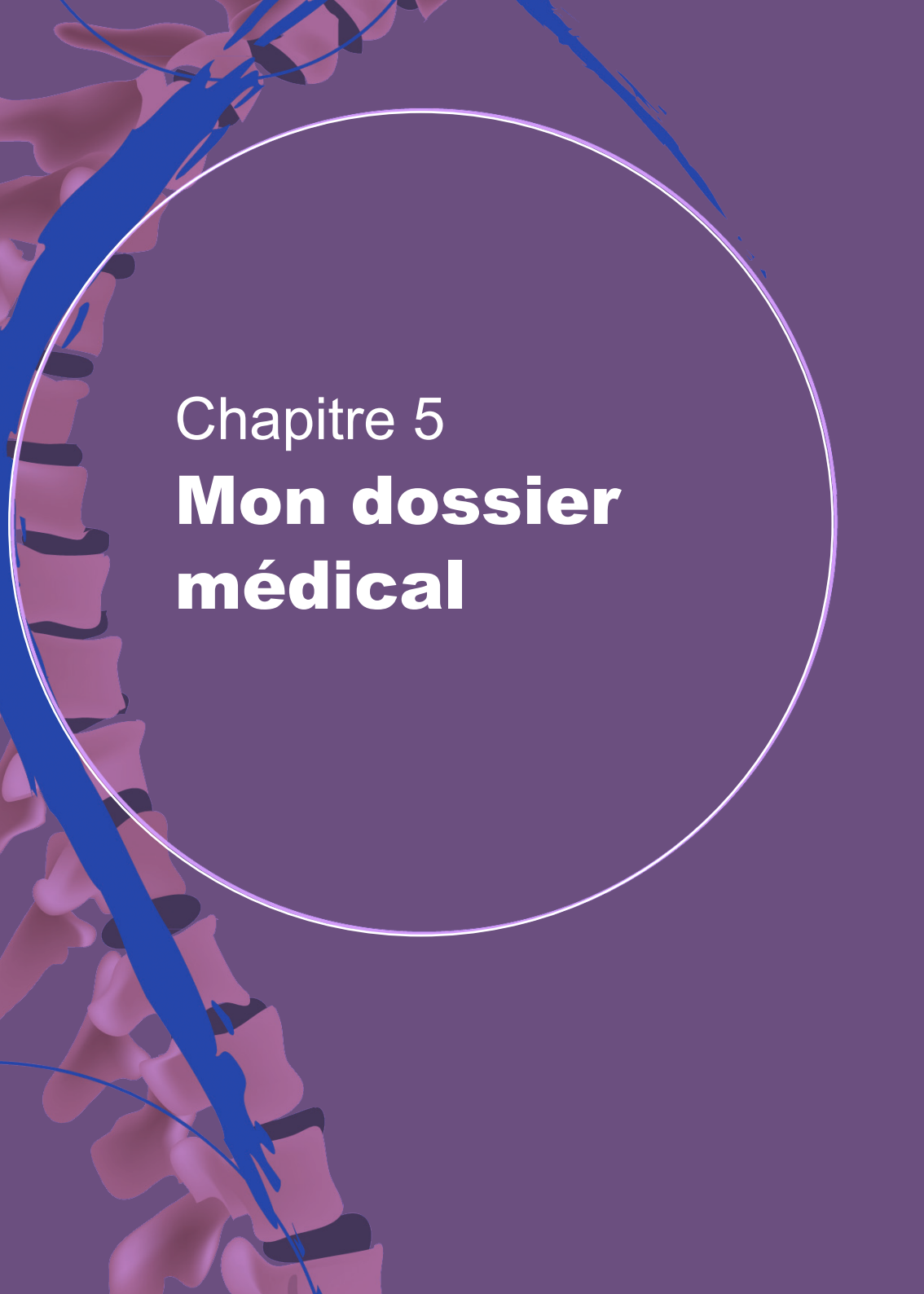
¹ : Spondylis - Hôpital Henri Mondor - Service de Rhumatologie
Site : www.spondylis.org

² : AFS - CHU Rennes-Hôpital Sud - Service de Rhumatologie
Site : www.afs.st

³ ACSAC (association contre la spondylarthrite et ses conséquences)
languedoc Roussillon

Contact CHU :

education.therapeutique.spa@chu-montpellier.fr



Chapitre 5
**Mon dossier
médical**

Numéros de téléphone utiles

Date : / / /

Adresse :

N° de téléphone

Domicile
Portable

Professionnel
Fax

Email :

N° de Sécurité sociale :

Début de maladie : / / /

Date du diagnostic / / /

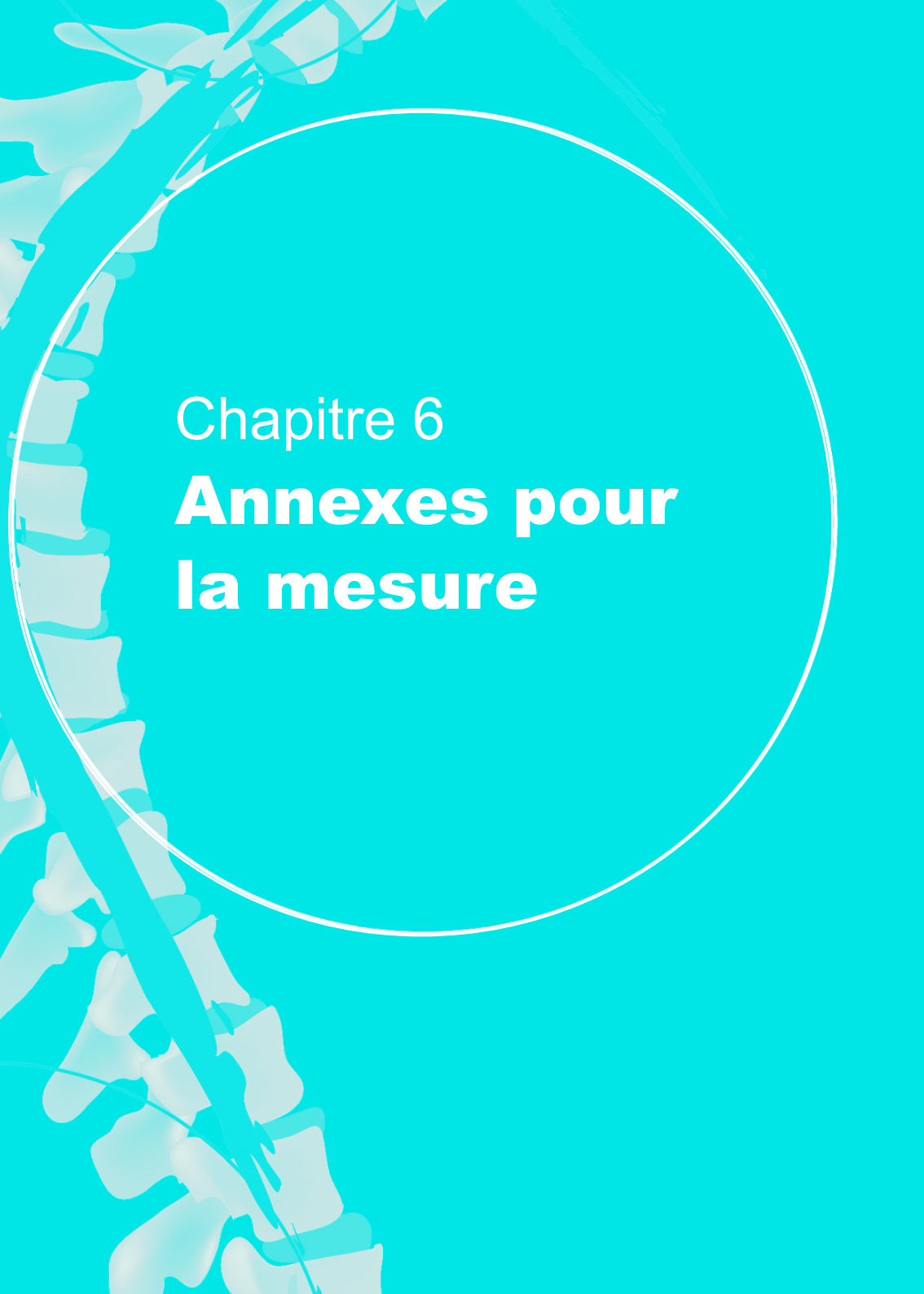
Nom et N° de téléphone de votre médecin référent :

Nom et N° de téléphone de votre rhumatologue libéral :

Nom et N° de téléphone de votre rhumatologue hospitalier :

Nom et N° de téléphone de votre infirmière :

Nom et N° de téléphone de votre pharmacien :



Chapitre 6
**Annexes pour
la mesure**

| | | |
|--|-------|--------|
| Date | | |
| Taille | | |
| Poids | | |
| EVA activité maladie | | |
| EVA douleur | | |
| BASDAI | | |
| BASFI | | |
| ASDAS | | |
| Raideur matinale (durée) | | |
| Nombre de réveils nocturnes | | |
| NAD | | |
| NAG | | |
| Distance doigt sol | | |
| Distance occiput mur | | |
| Inclinaison lombaire latérale D et G | Droit | Gauche |
| Schober | | |
| Schober modifié | | |
| Ampliation thoracique | | |
| Rachis cervical Distance menton sternum Distance tragus acromion Distance menton acromion | Droit | Gauche |
| Hanche D et G | | |
| Angles poplités | Droit | Gauche |
| Distance talon fesse | Droit | Gauche |

| | | |
|--|-------|--------|
| Date | | |
| Taille | | |
| Poids | | |
| EVA activité maladie | | |
| EVA douleur | | |
| BASDAI | | |
| BASFI | | |
| ASDAS | | |
| Raideur matinale (durée) | | |
| Nombre de réveils nocturnes | | |
| NAD | | |
| NAG | | |
| Distance doigt sol | | |
| Distance occiput mur | | |
| Inclinaison lombaire latérale D et G | Droit | Gauche |
| Schober | | |
| Schober modifié | | |
| Ampliation thoracique | | |
| Rachis cervical Distance menton sternum Distance tragus acromion Distance menton acromion | Droit | Gauche |
| Hanche D et G | | |
| Angles poplités | Droit | Gauche |
| Distance talon fesse | Droit | Gauche |

BASDAI

(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Questions :

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures ?

1 - Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

Mode de calcul :

- En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6.
- Puis, calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions).

Score : /10

BASFI

(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Functional Index)

Questions :

Marquer d'un trait la réponse à chacune des questions en vous référant aux dernières 48 heures ?

1 - Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex. petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes) ?

Absent  Extrême

2 - Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur ?

Absent  Extrême

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

Absent  Extrême

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

Absent  Extrême

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

Absent  Extrême

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

Absent  Extrême

7 - Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien ?

Absent  Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

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

Absent



Extrême

Score : **/100**

Auto-rééducation

Gymnastique régulière = qualité de vie

Sommaire

Chapitre 1 - Exercices respiratoires p. 60

Chapitre 2 - Exercices assouplissants p. 63

Chapitre 3 - Etirements p. 66

Chapitre 4 - Renforcement musculaire p. 73

Chapitre 5 - Postures p. 78

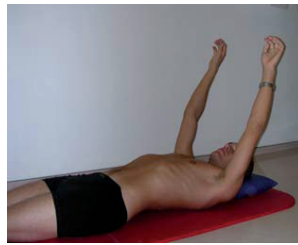
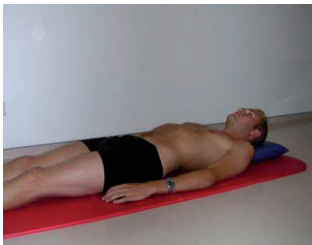
Exercices respiratoires

Buts : Conserver et/ou améliorer l'ampliation thoracique

- Allongé sur le dos, mains croisées derrière la nuque, jambes allongées
- Inspirer (gonfler la poitrine) en amenant les coudes vers le sol
- Retour à la position initiale en soufflant
- A réaliser 10 fois



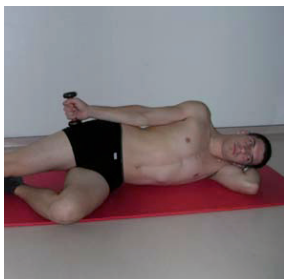
- Allongé sur le dos, bras le long du corps, jambes allongées
- Inspirer (gonfler la poitrine) en amenant les bras en arrière
- Retour à la position initiale en soufflant
- A réaliser 10 fois



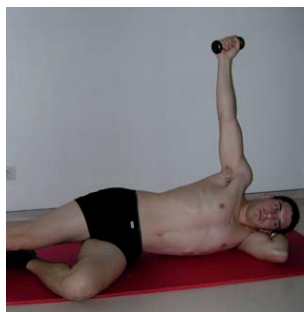
- *L'exercice peut être réalisé en tenant une altère de 500g dans chaque main*

Exercices respiratoires

Buts : Conserver et/ou améliorer l'ampliation thoracique



- Allongé sur le côté, la jambe inférieure fléchie, pied sous le genou



- En inspirant (gonfler la poitrine), écarter le bras au-dessus de la tête



- En soufflant, ramener le bras le long du corps

- A réaliser 10 fois de chaque côté
- *L'exercice peut être réalisé en tenant un haltère de 500g*

Exercices respiratoires

Buts : Conserver et/ou améliorer l'ampliation thoracique



- Assis sur un tabouret, les pieds au sol, en tenant un bâton



- Inspirer (gonfler la poitrine) en levant les bras à la verticale



- Descendre le bâton derrière dans le dos
- A réaliser 10 fois

Exercices assouplissants

Mobilisation du rachis en inclinaison



- Assis sur un tabouret, pieds au sol, un bâton derrière les épaules
- En soufflant, se pencher à gauche puis à droite, retour en inspirant
- Garder la tête dans l'axe du tronc
- Les fesses et le bassin restent en contact avec le tabouret
- A réaliser 10 fois de chaque côté

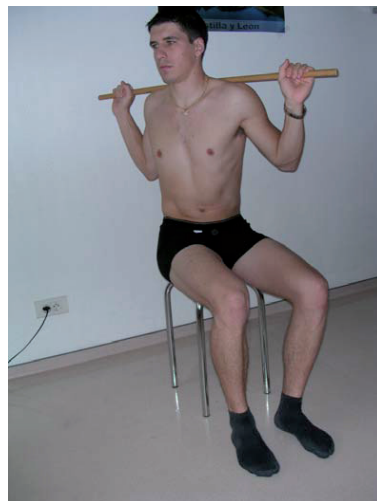


Exercices assouplissants

Mobilisation du rachis en rotation

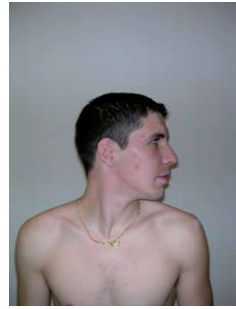
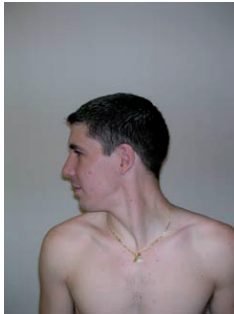
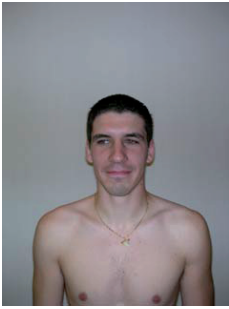


- Assis sur un tabouret, pieds au sol, un bâton derrière les épaules
- En soufflant, réaliser une rotation gauche puis droite
- Retour en inspirant
- Garder la tête dans l'axe du tronc
- Les fesses et le bassin restent en contact avec le tabouret
- A réaliser 10 fois de chaque coté

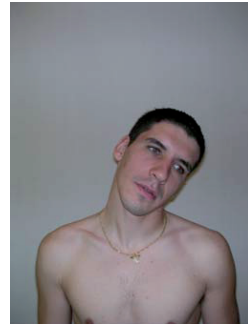
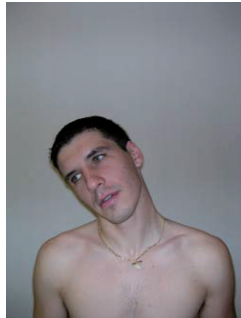
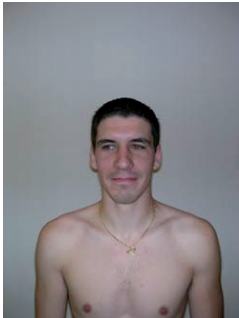


Exercices assouplissants

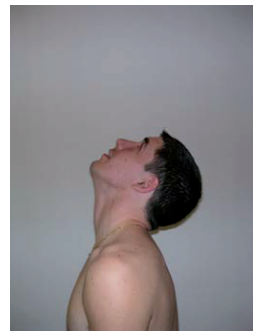
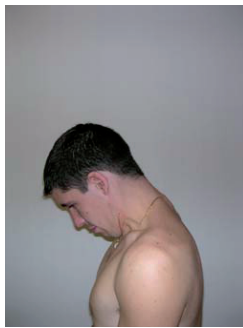
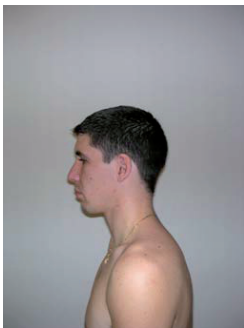
Mobilisation du rachis cervical



- Assis, si possible devant une glace
- Tourner la tête à droite puis à gauche en soufflant en faisant suivre le regard
- Garder les épaules basses et ne pas bouger le tronc



- Incliner la tête à droite puis à gauche en soufflant



- Souffler en lors de la flexion puis inspirer lors de l'extension
- Le regard suit le mouvement

Etirements musculaires

Ischio-jambiers



- Couché sur le dos, jambes allongées, une sangle ou une ceinture passée sous l'avant-pied
- Amener la jambe le plus possible à la verticale sans plier le genou
- Tenir la position 10s puis relâcher en reposant la jambe au sol
- A réaliser 5 fois de chaque côté

Etirements musculaires

Ischio-jambiers



- Couché sur le dos, bras le long du corps
- Jambes pliées reposant sur un mur
- Fesse plus ou moins proches du mur en fonction de sa souplesse
- Tendre une jambe en ramenant le pied vers la tête
- Tenir la position 10s
- A réaliser 5 fois de chaque coté



- Couché sur le dos, bras le long du corps
- Jambes pliées reposant sur un mur
- Tendre les deux jambes à la fois en ramenant les pieds vers la tête
- Tenir la position 10s
- A réaliser 5 fois



- Conserver le creux (lordose) lombaire
- Rentrer le menton
- Conserver le genou parfaitement tendu

Variante : cet exercice peut être une posture en tenant la position 5mn

Etirements musculaires

Ischio-jambiers



- Pied sur tabouret (ou une marche d'escalier)
- Dos droit, mains sur les hanches
- Se pencher en avant en conservant la lordose lombaire
- Ramener le pied vers la tête (flexion dorsale de la cheville)



Ne pas "arrondir" la région lombaire



- Tenir la position 10s
- A réaliser 5 fois de chaque coté

Etirements musculaires

Adducteurs



- Debout, pieds écartés, mains sur les hanches
- Réaliser une fente latérale
- Tenir la position 10s
- A réaliser 5 fois de chaque coté

Variante : Poser le pied sur une marche

Etirements musculaires

Psoas et droit antérieur



- Position en chevalier servant
- dos droit, mains sur le genou



- se pencher en avant en gardant le dos droit
- maintenir la position 10s
- 5 fois de chaque coté

Etirements musculaires

Droit antérieur (quadriceps)



- Debout sur un pied
- Attraper l'autre cheville avec la main
- Basculer le bassin en arrière en rentrant le ventre et en serrant les fesses
- Amener le talon à la fesse et tirer la cuisse vers l'arrière
- Maintenir la position 10s
- 5 fois de chaque côté



Ne pas creuser la région lombaire

Etirements global du rachis



- A quatre pattes
- Bras tendus, genoux écartés et dos plat
- La tête dans le prolongement de la colonne vertébrale



- En soufflant, s'asseoir sur les talons en descendant la poitrine vers le sol et en poussant les mains vers l'avant
- Conserver la tête dans l'axe du tronc
- Maintenir la position 15s
- A répéter 10 fois

Renforcement musculaire

Autograndissement



- Debout contre un mur, épaules basses
- En soufflant, Rentrer le menton en se grandissant
- Tenir la position environ 1 mn
- A répéter 5 fois

Renforcement musculaire

Extenseurs de hanche et spinaux



- Couché sur le dos, les genoux fléchis, les bras le long du corps



- Lever les fesses le plus haut possible, en inspirant
- Tenir la position 6s
- A répéter 10 fois

Renforcement musculaire

Spinaux



- Allongé à plat ventre, mains derrière la tête ou croisées sous le front
 - En inspirant, relever le tronc en serrant les omoplates
 - Tenir la position 6s
 - A réaliser 10 fois
-
- En fonction des progrès, relever également les jambes



Renforcement musculaire

Fixateurs des omoplates



- Les bras en l'air (position *haut les mains*)
- En inspirant, tirer les coudes en arrière en rapprochant les omoplates l'une vers l'autre
- Tenir la position 10s
- A répéter 10 fois



Renforcement musculaire

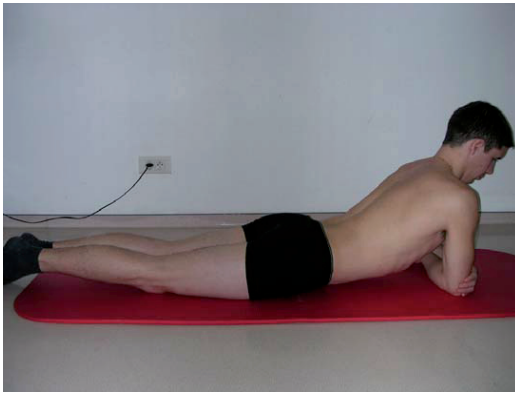
Abdominaux



- Couché sur le dos
- Jambes au ras du sol
- Réaliser des ciseaux, des battements, des pédalages
- Ne pas bloquer la respiration
- 2 séries de 10 mouvements

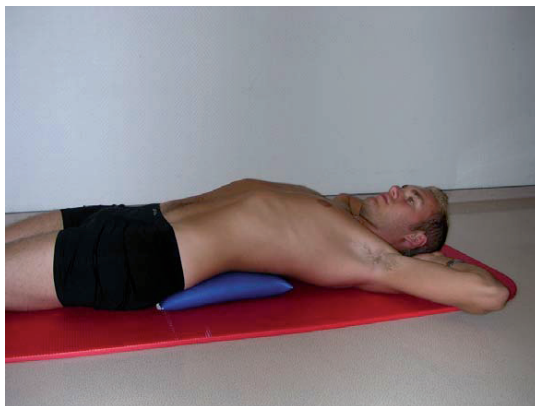
Posture en extension du rachis

Le sphinx



- Couché à plat ventre
- Relever le tronc en s'aidant des bras
- Veiller à ne pas décoller le bassin du sol
- Conserver la tête dans l'axe du tronc
- Position à maintenir une à deux minutes au début
- Augmenter progressivement la durée pour atteindre une quinzaine de minutes

Posture en extension du rachis



- Couché sur le dos, jambes allongées
- Mains croisée derrière la tête, coudes écartés
- Un petit coussin peut être placé au niveau des lombaires
- Position à maintenir une à deux minutes au début
- Augmenter progressivement la durée pour atteindre une dizaine de minutes

- **Variante** : jambes fléchies, rapprocher les genoux du sol et maintenir la position comme précédemment

Nom :

Date :

Prénom :

Auteur :

Profession :

Loisirs :

| Pouvez-vous | Possible | | | Impossible |
|---|-----------------|------------------|-----------------|------------|
| | Sans difficulté | avec ménagements | avec difficulté | |
| Mettre vos chaussures | | | | |
| Enfiler un pantalon | | | | |
| Enfiler un pull-over | | | | |
| Monter dans une baignoire | | | | |
| Rester debout 10 min | | | | |
| Monter un étage | | | | |
| Courir | | | | |
| Vous asseoir | | | | |
| Vous lever d'une chaise | | | | |
| Monter dans une voiture | | | | |
| Vous baisser pour ramasser un objet | | | | |
| Vous accroupir | | | | |
| Vous coucher | | | | |
| Vous tourner dans votre lit | | | | |
| Vous lever du lit | | | | |
| Dormir sur le dos | | | | |
| Dormir sur le ventre | | | | |
| Effectuer votre métier ou travailler de la maison | | | | |
| Tousser ou éternuer | | | | |
| Respirer à fond | | | | |

Cotation :

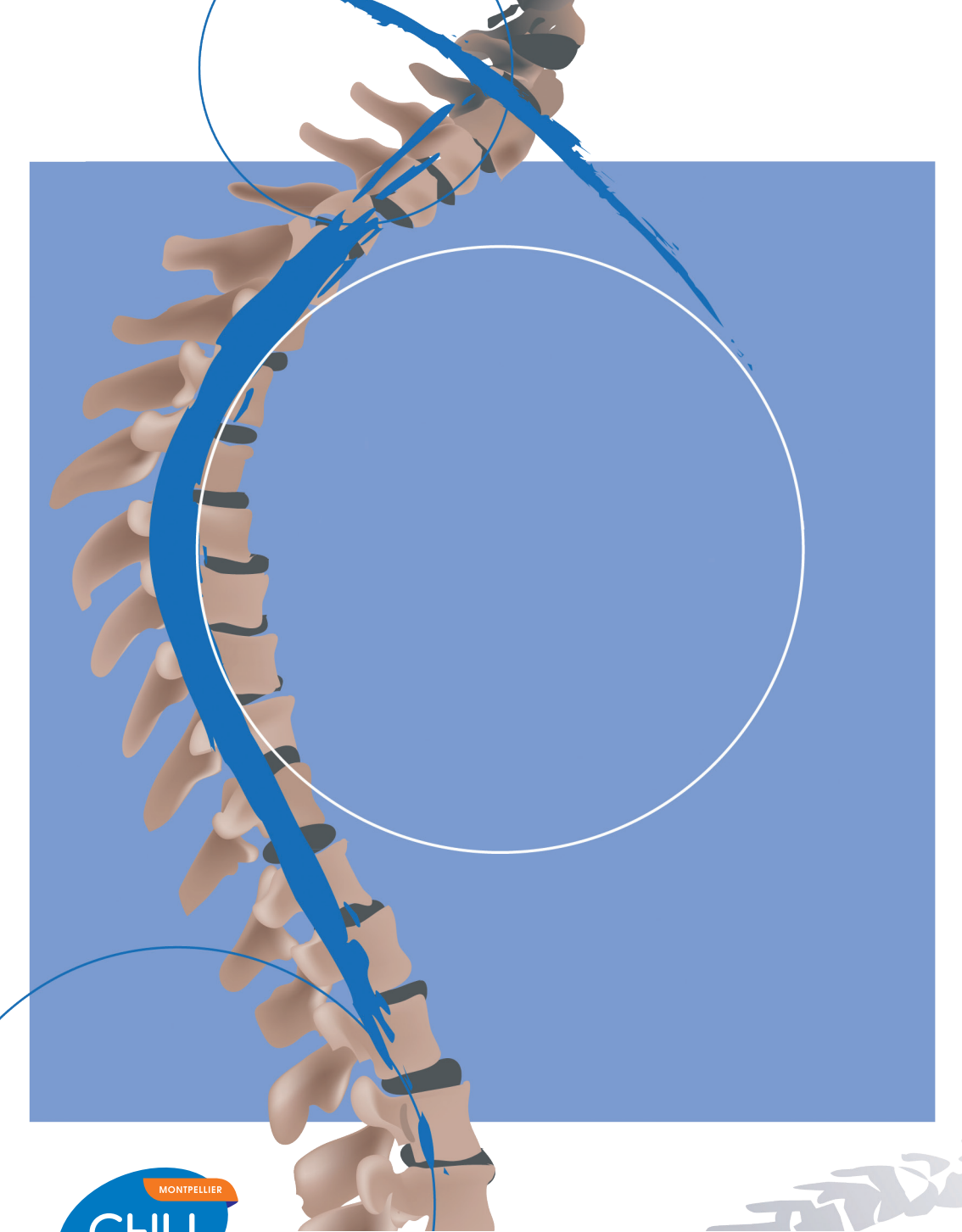
1,5 Action possible sans difficulté

1 Action possible avec quelques aménagements

0,5 Action possible avec difficulté

0 Action impossible

Total = /30



www.chu-montpellier.fr