



Les professionnels de la santé alliés : un chaînon critique pour le dépistage de la spondylarthrite ankylosante

Commentaire éditorial :

Robert D. Inman, MD, FACP, FRCPC
Directeur du programme des spondylarthropathies
Toronto Western Hospital
Professeur titulaire de médecine
University of Toronto
Toronto, Ontario

Les patients en proie à des dorsalgies aiguës ou chroniques sont souvent dirigés vers un physiothérapeute ou traités d'emblée par un chiropraticien. Le soulagement des symptômes douloureux et le rétablissement de la mobilité et de la qualité de vie sont essentiels à la satisfaction du patient. Cela dit, la différenciation d'une dorsalgie mécanique et d'une dorsalgie inflammatoire place le clinicien devant un dilemme, la présence d'une inflammation pouvant dénoter une maladie sous-jacente évolutive et plus chronique comme la spondylarthrite ankylosante (SA). Le chiropraticien et le physiothérapeute doivent tous les deux être conscients de l'importance de pousser l'exploration plus à fond en l'absence de traumatisme inaugural. De nouveaux critères de classification pour la détermination de la probabilité d'une SA et des questionnaires simples peuvent éveiller les soupçons du professionnel de la santé, qui pourra alors diriger son patient vers un rhumatologue. Pour maîtriser ou ralentir la progression de cette maladie rhumatismale invalidante, voire prévenir l'atteinte structurale qui en découle, il est primordial de la diagnostiquer et de consulter un spécialiste sans délai. Les chiropraticiens et les physiothérapeutes sont donc des intervenants clés qui peuvent favoriser le dépistage précoce de la SA et diriger le patient vers un rhumatologue en temps opportun.

Les lombalgies constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays industrialisés (Loney PL, Stratford PW. *Phys Ther* 1999;79:384-94), mais il semble qu'elles soient encore plus fréquentes si l'on en juge par la pratique des physiothérapeutes et des chiropraticiens. Par exemple, il ressort d'un sondage mené auprès de 311 physiothérapeutes d'Edmonton, en Alberta, que près de 50 % des patients présentent des dorsalgies liées au travail, ce qui est significativement plus élevé que la prévalence de 27 % rapportée au sein de la population générale (Mierzejewski M, Kumar S. *Disabil Rehabil* 1997;19:309-17).

La prévalence globale des dorsalgies estimée à partir d'un échantillon de 320 chiropraticiens du Canada serait de 87 %, et 74 % d'entre elles seraient des lombalgies (Mior SA, Diakow PR. *J Manipulative Physiol Ther* 1987;10:305-9). Au vu de ces taux élevés, il est clair que les physiothérapeutes et les chiropraticiens doivent souvent évaluer des lombalgies et qu'ils sont donc en bonne position pour repérer les 5 % de patients qui, estime-t-on, se présentent en pratique générale

pour des lombalgies en fait imputables à une spondylarthrite ankylosante (SA) débutante.

Prévalence de la maladie

Bien que la prévalence de la SA soit faible, cette maladie rhumatismale est l'une des plus invalidantes. Lorsqu'une sacro-iliite est visible à la radiographie, le diagnostic ne soulève généralement aucun doute. Les anomalies au niveau des articulations sacro-iliaques peuvent toutefois être visibles à l'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) avant de l'être à la radiographie. À mesure qu'évolue la maladie, on aperçoit à la radiographie des altérations rachidiennes comme l'apparition de syndesmophytes et la fusion des facettes articulaires qui traduisent la sévérité et la chronicité de la maladie de même qu'une mobilité très limitée.

À l'heure actuelle, entre 150 000 et 300 000 Canadiens souffrent de SA. Cette maladie touche principalement la population blanche de descendance européenne (prévalence

variant entre 0,2 et 1,2 %), et elle s'installe typiquement entre 15 et 30 ans, mais il peut arriver, quoique rarement, qu'elle se manifeste après l'âge de 40 ans. La SA – qui est trois fois plus probable chez l'homme que chez la femme – semble plus fréquente dans certaines familles, ce qui évoque la possibilité que des facteurs héréditaires soient en cause. En effet, de 80 à 95 % des patients atteints de la maladie sont porteurs du gène codant pour l'antigène HLA B27, lequel n'est généralement présent que chez 7 % de la population blanche générale. Soulignons toutefois que seule une minorité d'individus porteurs de cet antigène développent la SA, ce qui donne à penser que d'autres facteurs, possiblement environnementaux, contribuent à l'apparition de la SA chez les sujets prédisposés.

Tableau 1. Caractéristiques fréquentes de la SA

Caractéristiques cliniques	Caractéristiques biologiques
Douleurs fessières à bascule	Élévation de la vitesse de sédimentation (VS) et du taux de CRP
Enthésite	Présence de l'antigène HLA B27
Arthrite périphérique	
Dactylite	
Uvéite antérieure aiguë, psoriasis ou maladie inflammatoire de l'intestin	
Antécédents familiaux de maladies inflammatoires	
Symptômes cédant aux AINS	

Profil du patient type

À la lumière de ces données sommaires, prenons l'exemple concret d'un patient chez qui il serait peut-être justifié de pousser plus à fond la recherche d'une SA éventuelle.

Un jeune homme blanc dans la vingtaine se plaint de lombalgies et de raideurs qui l'incommodent depuis plus de trois mois. Il mentionne au passage qu'il s'agit probablement d'arthrite, car sa mère souffre d'arthrite depuis longtemps déjà, et qu'en plus, sa hanche le fait souffrir, ce qui lui fait croire qu'il est probablement atteint d'arthrite lui-même. L'examen révèle la présence de plaques de desquamation sur les jambes et les bras, possiblement des plaques de psoriasis. Lorsque vous lui demandez si ses symptômes répondent bien à n'importe quel AINS, comme l'AAS ou l'ibuprofène, il confirme qu'ils répondent bien en effet, parfois de façon assez spectaculaire.

Autres symptômes

L'un des indices révélant qu'il s'agit bel et bien de SA et non de simples dorsalgies dégénératives est le début insidieux des lombalgies que l'on ne peut attribuer à aucune cause spécifique. La sacro-iliite – ou inflammation de l'articulation qui relie la portion inférieure du rachis au bassin – peut être présente et s'accompagne parfois d'une douleur au talon (talalgie) ou d'une enthésite. Une arthrite, surtout à l'épaule et à la hanche, peut aussi être présente, même à un stade peu avancé de la maladie. On observe parfois, quoique moins couramment, une tuméfaction diffuse des orteils ou des doigts («en saucisse» [dactylite]). Dans certains cas, là encore peu fréquents, le patient

peut développer une iritis ou une uvéite, qui se manifestent notamment par une hypersensibilité à la lumière, des yeux rouges, une vision trouble, un larmolement et une douleur oculaire. Une maladie inflammatoire de l'intestin et le psoriasis peuvent aussi accompagner la SA, chacune touchant environ 10 % des patients atteints de SA.

Simplification du diagnostic : les critères de probabilité

Ces signes cliniques augmentent la probabilité d'un diagnostic de SA, mais ils peuvent être absents aux premiers stades de la maladie, de sorte que l'absence des symptômes connexes n'élimine pas forcément un diagnostic de SA débutante.

Comme l'expliquent Rudwaleit et ses collaborateurs (*Arthritis Rheum* 2006;54:569-78), les dorsalgies aiguës sont souvent de nature non spécifique et, chez environ 90 % des patients, elles s'estompent sans intervention dans un délai de trois mois. Dans la SA, en revanche, les dorsalgies sont de nature inflammatoire, ce qui se traduit par des symptômes clés sur le plan clinique. Gardant ces balises à l'esprit, les chercheurs se sont intéressés à un groupe de patients de moins de 50 ans qui souffraient de dorsalgies chroniques : 101 d'entre eux étaient atteints de SA tandis que 112 présentaient des lombalgies mécaniques. Les chercheurs ont tenté de cerner les symptômes les plus discriminants dont l'incidence était significativement plus élevée en présence de SA.

Quelque 96 % des patients atteints de SA ont rapporté que leur mal de dos était apparu avant l'âge de 40 ans et 84 %, avant l'âge de 30 ans. Un début très brutal (en l'espace d'une heure) était significativement moins fréquent chez les patients atteints de SA que chez les patients en proie à des lombalgies mécaniques, ce qui est compatible avec l'apparition insidieuse des symptômes de la SA.

Plus des deux tiers des sujets du groupe SA ont également rapporté une raideur matinale d'une durée supérieure à 30 minutes, par comparaison à environ 25 % des témoins. La majorité des patients atteints de SA ont indiqué que leurs dorsalgies s'atténuaient avec l'exercice, comparativement à seulement la moitié environ des témoins, lesquels ont toutefois rapporté significativement plus souvent que la douleur se calmait avec le repos. En outre, plus du tiers des patients atteints de SA avaient manifesté des douleurs fessières à bascule par comparaison à environ 11 % des témoins, et les patients atteints de SA étaient plus nombreux à se réveiller au petit matin.

À la lumière de leur étude chez des patients ayant reçu un diagnostic de SA, les auteurs ont conclu que l'outil diagnostique qui était le plus facile à utiliser au quotidien et qui offrait le meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité était une série de critères fondée sur quatre paramètres des dorsalgies inflammatoires. Lorsqu'ils ont utilisé les paramètres comme des critères de classification, ils ont calculé que le meilleur équilibre entre sensibilité et spécificité correspondait à l'atteinte de deux critères sur quatre; le rapport de vraisemblance de la présence de SA se chiffrait à 3,7 et s'accompagnait d'une sensibilité et d'une spécificité de 70,3 % et de 81,2 %, respectivement. Si les patients répondaient à trois des quatre critères diagnostiques, le rapport de vraisemblance

positif passait à 12,4. Il peut donc être utile d'interroger les patients au sujet des quatre critères clés du diagnostic de la SA (cf. questionnaire).

Évaluation de la mobilisation du rachis

Lorsqu'ils s'ajoutent aux antécédents du patient et aux quatre questions de base (les quatre premières du questionnaire en page 4) susmentionnées, les tests de mobilisation ajoutent du poids à la suspicion de SA. Lors de l'étude susmentionnée, Rudwaleit et ses collaborateurs ont évalué à la fois l'antéflexion du rachis et la flexion latérale du tronc dans les deux groupes de patients. À l'aide du test de Schöber, ils ont découvert une limitation de l'antéflexion rachidienne (<5 cm) chez 90,7 % des patients atteints de SA vs seulement 35 % environ des témoins en proie à des lombalgies mécaniques.

La flexion latérale du tronc était restreinte de façon comparable (<10 cm) chez un nombre significativement plus élevé de patients atteints de SA : 34 % vs seulement 5 % environ des témoins. Comme ils l'ont confirmé dans leur propre étude, les auteurs rappellent que la mobilité rachidienne est souvent restreinte en présence d'une SA établie depuis longtemps. Le test de la flexion latérale du tronc était beaucoup plus spécifique de la SA dans la cohorte étudiée (ancienneté moyenne des dorsalgies : 12,9 ans) que le test de l'antéflexion, ce qui ne concorde pas avec les autres études.

Il importe ici de souligner que, même si la mobilité rachidienne restreinte est un signe cardinal de la SA, l'utilité diagnostique des tests de mobilisation demeure inconnue au début de la maladie.

Imagerie

La radiographie n'est pas utile pour le diagnostic précoce de la SA. De l'avis de Rudwaleit et de ses collaborateurs (*Arthritis Rheum* 2005;52[4]:1000-8), le début des dorsalgies inflammatoires précède de plusieurs années l'apparition d'une sacro-iliite à la radiographie. Dans le cadre de cette étude, des signes radiographiques de sacro-iliite ont été observés chez 36 % des patients après cinq ans et chez jusqu'à 59 % des patients après 10 ans, ce qui concorde avec le délai usuel de confirmation du diagnostic de SA, qui oscille entre huit et 11 ans.

L'IRM permet de déceler la sacro-iliite plus tôt. Pour l'instant, il demeure difficile d'utiliser l'IRM, car cette technique

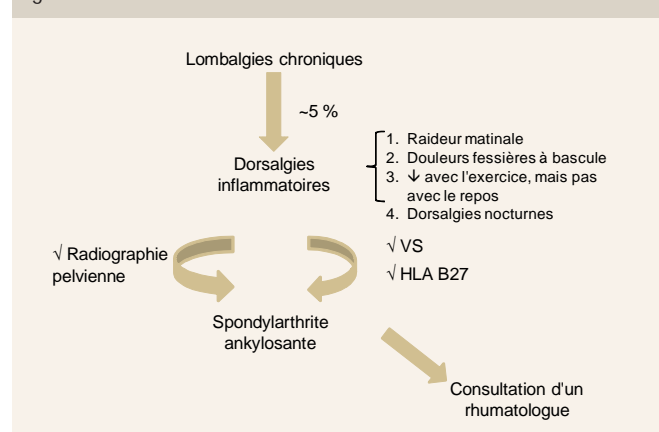
n'est ni offerte partout au Canada ni facile d'accès là où elle est offerte. Cela dit, une probabilité élevée de SA devrait justifier un examen IRM si la radiographie du bassin n'est pas évocatrice de ce diagnostic.

Lorsqu'on soupçonne une SA chez un patient présentant des dorsalgies chroniques dont les caractéristiques dénotent une origine inflammatoire, la recherche en laboratoire de l'antigène HLA B27 est utile et sa présence augmente la probabilité d'un diagnostic de SA.

Résumé

La SA est une maladie inflammatoire chronique qui entraîne une raideur, des érosions et une fusion du rachis. Bien que ce soit une maladie hétérogène difficile à diagnostiquer, on a conçu des outils diagnostiques simples, puis on les a raffinés pour favoriser un diagnostic plus précoce de la SA. À l'ère des nouveaux traitements efficaces de la SA, nous devons aspirer à diagnostiquer la maladie plus tôt et à diriger les patients vers un spécialiste plus tôt. Bien que l'objectif ultime soit la guérison, un diagnostic plus précoce est le principal défi que nous ayons à relever pour ralentir la progression de la maladie et permettre au patient de demeurer actif et de maintenir sa liberté de mouvement. Des études sur des agents biologiques comme l'infliximab ayant montré qu'il était possible de prévenir la détérioration de l'atteinte structurale, les physiothérapeutes et les chiropraticiens peuvent jouer un rôle clé en repérant les patients qui pourraient bénéficier d'une visite précoce chez un rhumatologue (Figure 1). □

Figure 1.



Pour obtenir la version informatisée de cette publication et, s'il y a lieu, des diapositives connexes, visitez le site www.mednet.ca/ho09-002f.

© 2008 L'Odyssée de la santé internationale. Tous droits réservés. Rapport de médecine intégrée^{MC} est un service indépendant de journalisme médical qui fait le point, à des fins éducatives, sur les opinions professionnelles exprimées lors de congrès médicaux et scientifiques du monde entier donnant droit à des crédits de formation et/ou publiées dans des revues médicales dotées d'un comité de lecture. Les vues exprimées sont celles des participants et ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur ou du commanditaire. La distribution de la présente publication éducative est possible grâce au financement de l'industrie en vertu d'un accord écrit qui garantit l'indépendance. Tout traitement mentionné dans la présente publication doit être utilisé conformément aux renseignements posologiques en vigueur au Canada. Aucune allégation ou recommandation n'y est faite quant aux produits, aux utilisations ou aux doses à l'étude. Aucune partie de la présente publication ne peut être reproduite sous quelque forme que ce soit ni être distribuée sans le consentement écrit de l'éditeur. L'information contenue dans la présente publication n'est pas destinée à justifier à elle seule les soins à prodiguer à quiconque. Notre objectif est d'aider les médecins et les autres professionnels de la santé à mieux comprendre les tendances actuelles de la médecine. Nous aimerions avoir vos commentaires.

L'Odyssée de la santé internationale inc.
132, chemin de l'Anse, Vaudreuil (Québec) J7V 8P3 courriel : mednet@mednet.ca
Membre du groupe d'entreprises Réseau d'éducation médicale du Canada inc.



Les praticiens qui suspectent fortement une SA pourraient s'aider des manœuvres suivantes afin d'étayer leur suspicion clinique :

Test pour le diagnostic de sacro-iliite : en cas de maladie active, une pression directe sur l'articulation sacro-iliaque, sur l'épine iliaque antérosupérieure ou une compression du bassin déclenchent une sensibilité ou une douleur sacro-iliaque.

Test de l'antéflexion du rachis ou test de Schöber : on trace un premier trait dans le dos du patient en regard de L5 et un deuxième 10 cm au-dessus. On demande ensuite au patient de se pencher en avant. La distance entre les deux traits doit augmenter d'au moins 5 cm. Une augmentation moindre traduit une diminution de la mobilité lombaire.

Test de flexion latérale du tronc : mesure la distance entre l'extrémité du majeur et le sol lors d'une flexion latérale complète du tronc, sans que le patient se penche en avant et sans qu'il plie les genoux. Dans un premier temps, le patient se tient debout, les bras le long du corps et les épaules aussi près que possible du mur. La distance majeur-sol est mesurée à l'aide d'un ruban à mesurer. On demande alors au patient de se pencher d'un côté sans plier les genoux ni décoller les talons tout en s'efforçant de garder les épaules dans le même plan. On mesure à nouveau la distance majeur-sol et la différence entre les deux résultats est consignée. On réalise le test deux fois de chaque côté et on ne conserve que la meilleure des deux mesures. Le résultat final est la moyenne des deux mesures (gauche et droite) arrondie au 1/10^e de cm.

Test d'évaluation de la sensibilité, de l'œdème et de l'amplitude des mouvements : s'il existe des symptômes au niveau des articulations ou des tendons.

Questionnaire et tests de flexibilité permettant d'évaluer la probabilité d'une SA

Si l'on considère que la prévalence de base de la spondylarthrite axiale est de 5 % :

- En présence de signes de dorsalgies inflammatoires, la probabilité de SA s'élève à 14 %.
- Si deux ou trois critères de SA sont présents, la probabilité de SA s'élève à 90 %.

Critères d'évaluation individuels des dorsalgies de nature inflammatoire

	Non	Oui
Raideur matinale persistant au-delà de 30 min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorsalgie soulagée par le mouvement mais non par le repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorsalgie qui réveille au cours de la seconde moitié de la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs fessières à bascule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres symptômes possibles

	Non	Oui
Antécédents familiaux de maladies inflammatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enthésites (sites habituels : tendon d'Achille, aponévrose plantaire, tubérosité tibiale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costochondrites ou épicondylites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis ou maladie inflammatoire de l'intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite périphérique, principalement au niveau de l'épaule et de la hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulagement des symptômes par les AINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lombalgies chroniques ou récurrentes, fatigue et raideur dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uvéite antérieure (iritis) : de présentation aiguë, avec un œil rouge douloureux et une photophobie sévère; tout retard de traitement peut entraîner une perte de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tests de flexibilité

Test de Schöber (modifié)

- Le patient se tenant bien droit, on trace deux repères au niveau du dos : 5 cm en dessous de la charnière lombo-sacrée et 10 cm au-dessus, sur la ligne médiane. Le patient se penche ensuite en avant, sans plier les genoux, et on mesure alors la distance entre les deux repères. Une augmentation inférieure à 5 cm signe une perte de flexibilité au niveau lombaire.

	Non	Oui
Augmentation <5 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SA probable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Pour obtenir la version informatisée de cette publication et de l'affiche connexe, visitez le site www.mednet.ca