

De douloureux maux de dos : la spondylite ankylosante

Carl Fournier, MD



En collaboration avec



Par Carl Fournier, MD

Les caractéristiques des douleurs de Charles

En interrogeant Charles, vous apprenez que les douleurs surviennent particulièrement tôt le matin ou lorsqu'il reste longtemps assis. Depuis quelques mois, la douleur le réveille vers quatre heures du matin, et il doit se lever plus tôt que d'habitude pour « se déraïdir » avant de partir au travail. Les douleurs s'atténuent environ deux heures après le lever.

Il tolère mal une position statique prolongée, qui exacerbe ses douleurs, ce qui l'incommode dans son travail.

Le cas de Charles

Charles, âgé de 44 ans, est un chauffeur de limousine qui vient vous voir pour une lombalgie basse apparue progressivement depuis l'âge de 42 ans. Jusqu'à il y a deux ans, les douleurs évoluaient par des crises intermittentes d'intensité modérée. Il les attribuait aux nombreuses heures passées à parcourir le réseau routier. Travailleur autonome, il s'absentait très rarement et parvenait à poursuivre ses activités physiques habituelles. Il a utilisé des anti-inflammatoires en vente libre qui l'ont soulagé. Depuis deux ans, les épisodes douloureux sont cependant plus fréquents, plus intenses et les AINS sont moins efficaces.

Il a déjà subi une radiographie de la colonne lombosacrée, qui était finalement normale. Un bilan sanguin s'était avéré sans particularité, mise à part une vitesse de sédimentation légèrement élevée à 21. Le reste du bilan inflammatoire, incluant un facteur rhumatoïde et des ANA, est négatif.

Il a tenté des traitements de physiothérapie, qui l'ont aidé à se remettre en forme, mais il continue d'avoir ces douleurs en début et en fin de journée. Depuis quelques mois, la douleur l'éveille une à deux fois par nuit. Il se demande si ces douleurs cachent une maladie sérieuse.

S'agit-il de douleurs inflammatoires ou mécaniques?

La douleur inflammatoire

La douleur inflammatoire a tendance à réveiller le patient ou à prédominer en fin de nuit. Elle est accompagnée d'une raideur matinale persistant plus d'une heure. Elle tend à s'atténuer avec l'activité et n'est pas soulagée par le repos.

La douleur mécanique

La douleur mécanique a plutôt tendance à apparaître lors d'activités ou à la fin de la journée. Elle réveille rarement le patient endormi, mais parfois les changements de position pendant le sommeil sont douloureux. La

raideur suivant l'immobilisation est de brève durée et s'atténue rapidement avec les premiers gestes ou les premiers pas.

Pourrait-il s'agir d'une spondylite ankylosante?

La présentation classique d'une spondylite est une histoire de lombalgie chronique chez le jeune adulte. Les manifestations cliniques habituelles de la maladie comprennent :

- la sacro-iliite : elle est virtuellement toujours présente dans la spondylite ankylosante. Elle se manifeste par des douleurs ressenties au bas du dos ou à la fesse, et peut parfois

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.

L'évaluation et le diagnostic de Charles

En questionnant davantage Charles, on apprend qu'il n'a jamais souffert de troubles digestifs associés à de la diarrhée. Il n'y a pas d'antécédents familiaux de psoriasis. L'an dernier, il a cependant fait une uvéite antérieure traitée en ophtalmologie sans complication.

Suspectant une spondylarthropathie, vous avez suggéré un nouvel anti-inflammatoire et demandé à ce qu'il soit soumis à une radiographie des articulations sacro-iliaques. Par ailleurs, une demande de consultation urgente en rhumatologie est faite.

Vous réévaluez le patient quelques semaines plus tard : il est mieux soulagé mais demeure encore symptomatique. La radiographie révèle des signes clairs de sacro-iliite bilatérale, confirmant votre hypothèse diagnostique de spondylite ankylosante. Ce diagnostic a été confirmé par le rhumatologue. Le patient s'inquiète de l'évolution de la maladie et se demande quoi tenter maintenant.

ressembler à une sciatalgie, à la différence qu'elle n'irradie pas en dessous du genou;

- la lombalgie : contrairement aux lombalgies mécaniques communes, la lombalgie de la spondylite est généralement à caractère inflammatoire (tableau 1). Elle apparaît souvent de manière insidieuse et intermittente. On peut la confondre avec des épisodes récurrents de lombalgie aiguë, mais le caractère inflammatoire de la douleur devrait suggérer le diagnostic. En général, elle répond bien aux AINS.

Quelles autres manifestations cliniques évoquent une spondylite ankylosante ou une autre spondylarthropathie?

- L'uvéite antérieure aiguë, qui est une manifestation extra-articulaire fréquente;
- Des antécédents familiaux de psoriasis, de maladie inflammatoire intestinale ou de spondylite ankylosante;

- La présence de diarrhée chronique, qui doit nous faire penser à une maladie inflammatoire intestinale;
- La présence de psoriasis ou de dactylite (gonflement fusiforme du doigt), qui évoque une arthrite psoriasique;
- L'apparition d'une lombalgie à la suite de relations sexuelles à risque ou suivant une diarrhée aiguë suggère un syndrome de Reiter.

La spondylite ankylosante évolue généralement par intermittence. Elle entraîne progressivement une ankylose caractéristique du rachis, surtout chez l'homme. Des facteurs de mauvais pronostic ont été rapportés :

- atteinte de la hanche;
- vitesse de sédimentation de plus 30 mm/h;
- faible réponse aux AINS;
- ankylose du rachis lombaire;
- présence de dactylites ou d'oligoarthrite;
- début des symptômes avant l'âge de 16 ans.

En l'absence de ces facteurs de mauvais pronostic, la majorité des sujets affectés demeurent aptes au travail après plusieurs années d'évolution de la maladie, malgré l'ankylose progressive du rachis.

Quels traitements peut-on proposer pour la spondylite ankylosante?

- La physiothérapie;
- Les AINS : le traitement des douleurs axiales repose sur l'usage d'AINS. Leur usage régulier

Les anti-TNF se sont tous révélés d'une efficacité impressionnante pour maîtriser l'activité de la maladie, aussi bien en ce qui concerne les douleurs axiales.

pourrait ralentir la progression radiologique, mais il n'a pas été démontré qu'ils influent sur l'évolution à long terme de la maladie;

- La sulfasalazine ou le méthotrexate : non prouvés, on utilise parfois ces produits pour maîtriser les arthrites périphériques de la maladie;
- Les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF) : depuis quelques années, de nouvelles alternatives thérapeutiques, soit les anti-TNF, permettent de soulager les sujets qui ne répondent pas aux traitements mentionnés précédemment. Ces agents se sont tous révélés d'une efficacité impressionnante, aussi bien pour maîtriser l'activité de la maladie qu'en ce qui concerne les douleurs axiales. Leur capacité à stopper l'évolution vers l'ankylose du rachis n'a cependant pas été démontrée. Il faut mentionner que les stéroïdes oraux sont inefficaces pour maîtriser les douleurs axiales.

Quels éléments cliniques devez-vous surveiller chez le patient traité par un anti-TNF?

La principale crainte liée à l'usage d'un anti-TNF consiste en l'exacer-

bation du risque infectieux; le risque relatif d'infections graves est rare. Il s'agit habituellement d'infections bactériennes courantes (sinusite, otite, infection pulmonaire, etc.) et parfois d'infections opportunistes.

Si le patient a de la fièvre, il faut lui conseiller de cesser de prendre l'anti-TNF et de consulter rapidement son médecin pour vérifier s'il a besoin d'un traitement antibiotique. Le traitement par anti-TNF peut être repris lorsque l'infection est résolue. En conséquence, le risque associé à l'usage d'un anti-TNF chez un sujet présentant des infections graves récurrentes devrait être pondéré par rapport à ses effets bénéfiques potentiels sur l'évolution de l'arthrite. **C**

Conclusion du cas de Charles

Un an plus tard, Charles revient vous voir pour son examen médical annuel.

Vous l'aviez adressé en rhumatologie. On lui a prescrit un anti-TNF. Grâce à ce traitement, il va beaucoup mieux; il n'a plus de douleurs nocturnes et ne prend ses anti-inflammatoires qu'à l'occasion.



Le **Dr Fournier** est médecin de famille à la Clinique médicale Cadillac et directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.