



Spondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew

🕒 paru le 27/01/2020 • adapté au contexte belge francophone

Un guide-patient est un outil réalisé pour vous aider à faire des choix pour votre santé. Il vous propose des informations basées sur la recherche scientifique. Il vous explique ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé ou ce que les professionnels peuvent vous proposer lors d'une consultation. Bonne lecture !

De quoi s'agit-il ?

La spondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew est une spondylarthrite axiale (SpA), c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par une inflammation des articulations se trouvant sur l'axe du corps. Principalement au niveau de la colonne vertébrale et des articulations situées entre le sacrum et le bassin (les articulations sacro-iliaques). D'autres articulations peuvent également s'enflammer, comme les genoux, les chevilles et les épaules.

Lorsque ces articulations restent enflammées pendant une longue période, les articulations deviennent de plus en plus raides et peuvent, à terme, s'immobiliser.

Quelle est sa fréquence ?

En Allemagne, la spondylarthrite axiale (SpA) touche environ 1 personne sur 100, comme la polyarthrite rhumatoïde (PR). Nous ne disposons pas de données fiables pour la Belgique, mais nous savons que 1 % environ de la population belge souffre de PR¹. Selon les dernières estimations, la maladie de Bechterew touche 1 personne sur 1 000 aux Pays-Bas.

La SpA débute généralement vers l'âge de 25 ans, et presque toujours avant l'âge de 45 ans. La prédisposition familiale joue également un rôle.

La SpA a longtemps été considérée comme une maladie spécifique aux jeunes adultes de sexe masculin. L'affection évolue moins sévèrement chez les femmes ; c'est la raison pour laquelle elle passe souvent inaperçue.

Environ 9 personnes sur 10 atteintes de SpA sont porteuses de la protéine HLA B27. Dans la population générale, il s'agit de moins d'1 personne sur 10.

Comment la reconnaître ?

La maladie peut évoluer de manière très différente : par poussées agressives chez certains, lentement et doucement chez d'autres, surtout chez les femmes, à tel point qu'elle n'est pas diagnostiquée.

Le premier signe est généralement une douleur dans le bas du dos, qui irradie vers la fesse, l'aîne et la cuisse. La douleur alterne parfois entre le côté droit et le côté gauche du corps. Il s'agit d'un signe caractéristique de la spondylarthrite (SpA).

Un autre trait caractéristique est l'aggravation de la douleur suite à une immobilisation prolongée, suivie d'une amélioration à la mobilisation. Souvent, la douleur se fait sentir durant la seconde moitié de la nuit, vous réveillant et vous obligeant à vous lever. Le matin, la douleur fait place à une importante raideur du dos. Tout mouvement brusque peut déclencher une douleur intense.

Il est possible que la maladie ne se limite pas à la colonne vertébrale. Chez 1 personne sur 2, l'inflammation touche une ou plusieurs des grandes articulations (épaules, chevilles). Les tendons et les gaines tendineuses peuvent aussi s'enflammer, notamment le gros tendon à l'arrière de la cheville (tendon d'Achille).

Les autres symptômes associés à la SpA sont une inflammation des yeux (uvéïte) touchant environ 1 personne sur 5, et une inflammation du colon (colite) telle que la [maladie de Crohn](#) et la [colite ulcéreuse](#). Les inflammations du muscle du cœur (myocarde) et de l'aorte sont extrêmement rares.

Il faut en moyenne 7 ans pour poser le bon diagnostic. Cette durée s'explique par les nombreuses manifestations possibles de la maladie. Une SpA sera suspectée chez une personne qui souffre de maux de dos depuis au moins 3 mois répondant à 4 des 5 critères suivants :

- les plaintes ont débuté avant l'âge de 40 ans ;
- la douleur augmente progressivement au fil des années ;
- la douleur se manifeste la nuit ;
- le repos n'améliore pas les symptômes ;
- le mouvement améliore les symptômes.

Comment le diagnostic est-il posé ?

Le médecin pensera ou non à la spondylarthrite en fonction de la description de vos symptômes. S'il suspecte la maladie, il réalisera un examen clinique. Les anomalies qu'il peut trouver se situent principalement au niveau de la colonne vertébrale. La raideur peut en effet diminuer la mobilité de la colonne vertébrale dans tous les sens. Il s'agit cependant d'un signe tardif.

La raideur des vertèbres du thorax est évaluée en mesurant la différence du tour de poitrine à l'inspiration et à l'expiration ; chez la plupart des personnes atteintes de SpA, cette différence est inférieure à 2,5 cm (elle est de 6 à 9 cm chez les personnes en bonne santé).

S'il constate des anomalies aux yeux ou au cœur, le médecin vous orientera vers un spécialiste (rhumatologue).

Il vous prescrira ensuite une prise de sang, non seulement pour détecter la protéine HLA B27, mais aussi pour dépister d'autres formes de rhumatisme.

Enfin, il demandera une radiographie des articulations sacro-iliaques, des vertèbres du bas du dos et des vertèbres du thorax. Notez que certaines anomalies ne sont pas visibles avant 2 à 8 ans. À un stade avancé, les vertèbres ont littéralement fusionné et ressemblent à une tige de bambou.

Un examen d'IRM est plus sensible, mais il est effectué uniquement si vous répondez aux critères de la SpA et si la simple radiographie n'a révélé aucune anomalie.

Que pouvez-vous faire ?

L'un des piliers du traitement est la prévention de l'enraidissement et des déformations des articulations. L'idéal est de suivre un programme d'exercices quotidien. Au début, les exercices vous seront expliqués par un kinésithérapeute. Puis vous devrez les poursuivre à la maison, y compris pendant les périodes sans symptômes. Le programme concerne le dos, les autres articulations et les tendons.

Les exercices de respiration sont également indispensables. Demandez à votre kinésithérapeute de revoir votre programme d'exercices de temps en temps. Vous éviterez ainsi la routine et serez moins tenté d'arrêter vos exercices pendant les périodes sans symptômes.

Évitez de rester assis ou courbé trop longtemps. Si cela n'est pas possible, par exemple en raison de la nature de votre travail, essayez de vous lever et de faire quelques pas à intervalles réguliers. Il est recommandé de choisir un siège auto adapté, avec un bon appui-tête.

Que peut faire votre médecin ?

Les anti-inflammatoires soulagent efficacement les symptômes associés à la SpA. Sauf avis contraire du médecin, [limitez](#) leur prise au traitement des poussées et à de courtes périodes, car ils peuvent avoir des effets secondaires sur l'estomac, la tension artérielle et les reins. Parfois, il s'avère toutefois nécessaire de prolonger leur prise pendant quelques mois.

En parallèle, le médecin mettra en place un traitement de fond pour les personnes atteintes d'une SpA à un stade précoce qui connaissent des poussées fréquentes de la maladie. Ce traitement peut ralentir la progression de la maladie et réduire le nombre de poussées.

En cas d'inflammation d'une seule grande articulation et d'une tendinite, les infiltrations de cortisone peuvent être bénéfiques.

En savoir plus ?

- [Qu'est-ce que la spondylarthrite ankylosante ? \(vidéo\) – Société suisse de la spondylarthrite ankylosante](#)
- [La radiographie, ici](#), ou [à trouver sur cette page des Cliniques universitaires Saint-Luc \(UCLouvain\)](#)
- [IRM – Hôpital Erasme](#) ULB
- [Anti-inflammatoires non-stéroïdiens – CBIP – Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique](#)

Sources

- [Guide de pratique clinique étranger 'Spondylarthrite ankylosante et spondylarthrite axiale' \(2000\), mis à jour le 17.03.2017 – ebpracticenet](#)
- ¹ Banque de données Intego