

# Objectif 282 : Spondylarthrite ankylosante

II : "Maladie et grands syndromes"

## OBJECTIFS

### de Médecine Physique et de Réadaptation

- 1 – Savoir citer les effets principaux de la rééducation au cours de la spondylarthrite ankylosante
- 2 – Connaître les éléments du bilan clinique nécessaires pour la décision et le suivi de la rééducation
- 3 – Connaître les principaux moyens de rééducation qui peuvent être mis en œuvre
- 4 – Connaître les principales orientations en fonction du stade de la maladie

### 1 – Savoir citer les effets principaux de la rééducation au cours de la spondylarthrite ankylosante

Les effets principaux d'une rééducation dans le cadre d'une spondylarthrite sont :

- de conserver, voire d'améliorer la mobilité, la force, la forme physique générale
- de prévenir, voire de réduire, les déformations vertébrales.

Cette rééducation repose sur différentes techniques dont la kinésithérapie et le port d'orthèses vertébrales. Ces traitements ne peuvent pas être dissociés de la prise en charge médicamenteuse car la plupart des techniques sont inefficaces voire impossibles tant que l'inflammation et la douleur ne sont pas bien contrôlées.

### 2 – Connaître les éléments du bilan clinique nécessaires pour la décision et le suivi de la rééducation

Ces éléments sont les paramètres d'activité de la maladie, les paramètres de déficience et le retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie :

#### A) Paramètres d'activité de la maladie

- Certains paramètres ne sont pas seulement utiles au diagnostic et à l'ajustement du traitement médicamenteux mais aussi à l'adaptation des exercices physiques.

- la douleur : elle doit être mesurée sur une EVA de 100 mm, au moins le jour de chaque consultation.

- le nombre de réveils nocturnes : ce paramètre est utile pour adapter la dose d'AINS du soir mais il donne aussi un reflet de l'activité inflammatoire permettant d'orienter l'intensité de la rééducation.

- la durée de la raideur matinale en minutes : ce paramètre donne sensiblement les mêmes résultats que le précédent.

- les paramètres biologiques de l'inflammation : ils donnent eux aussi une idée générale de l'état inflammatoire bien que certaines spondylarthrites douloureuses ne s'accompagnent pas d'une élévation notable de la VS et de la CRP.

- la capacité à réaliser complètement le programme d'exercices personnels : ce paramètre est pertinent pour adapter le programme d'exercices chez les patients qui en ont accepté l'utilité et dont l'observance est bonne.

- On peut attribuer le score 0 quand le programme est impossible, 1 quand il est possible avec des difficultés, 2 quand il est possible sans difficulté. Les valeurs 0 et 1 nécessitent une adaptation des exercices en

durée et en intensité ainsi qu'une adaptation du traitement médicamenteux, plus rarement une interruption momentanée des exercices.

#### B) Paramètres de déficiences

##### a - évaluation de la mobilité

La mobilité doit être mesurée pour indiquer, diriger et évaluer les techniques d'assouplissement.

- La *mobilité dorsale et lombaire* : plusieurs techniques permettent de mesurer la mobilité rachidienne. L'indice de Schöber évalue cliniquement la mobilité lombaire. L'indice de Schöber étagé permet de mesurer la mobilité de la charnière dorso-lombaire et du rachis dorsal.

- La *mobilité globale dorso-lombo-pelvi-fémorale* est mesurée par la distance doigts sol en flexion maximale jambes tendues.

- La *mobilité cervicale* est évaluée pour la flexion et l'extension par la mesure de la distance menton-sternum mâchoires serrées. Les rotations sont évaluées par la mesure de la distance menton-acromion.

- La *mobilité costo-vertébrale* est globalement évaluée par la mesure de l'ampliation thoracique au niveau du 4<sup>ème</sup> espace intercostal. La différence moyenne est de 5 à 6 cm.

- Les *articulations périphériques* : toutes les articulations cliniquement atteintes doivent être prises en compte dans le bilan global de mobilité. Une attention particulière, même en cas d'absence de coxite connue, doit être portée sur la mobilité des hanches et surtout l'extension.

##### b - évaluation des déformations

- Un fil à plomb, une règle, un centimètre de couturière et une toise suffisent à obtenir des mesures pratiques pour diriger et évaluer la rééducation.

- Une diminution de la taille constitue déjà une évaluation globale et simple de l'**augmentation des courbures vertébrales**.

- La *courbure dorsale* : la cyphose dorsale est appréciée par la distance C7-fil à plomb. Le fil à plomb dans le plan de la raie des fesses est amené jusqu'au contact de la ligne médiane des épineuses déterminant ainsi le niveau du sommet de la cyphose.

- La *courbure lombaire* : pendant le même examen, la distance entre le fil à plomb et le sommet de la concavité lombaire (généralement L3) donne une mesure indirecte de la lordose lombaire.

La diminution progressive de cette flèche lombaire est un des premiers paramètres de déformation vertébrale qui doit guider des mesures de kinésithérapie voire d'appareillage. Cette diminution de la lordose lombaire s'accompagne généralement d'une rétroversion pelvienne plus difficile à mesurer cliniquement.

- La *posture cervico-céphalique* : l'atteinte cervicale est généralement tardive sauf dans certaines formes graves ou du sujet jeune. Elle a tendance à entraîner une flexion cervicale basse avec extension haute pour conserver la hauteur du regard. La tête est de plus en plus projetée en avant, au dessus du rachis dorsal en cyphose.

- L'*antéprojection* est mesurée par la distance occiput-mur .

- La *posture globale* : On apprécie l'effacement de la lordose lombaire, l'accentuation de la cyphose dorsale, l'antéprojection de la tête. Ces déformations rachidiennes s'accompagnent généralement d'un flessus des genoux et des hanches pour maintenir l'équilibre debout tout en conservant un champ visuel maximum.

##### c) Incapacité fonctionnelle, handicap et qualité de vie

- Le **retentissement** de la douleur, de la raideur et des déformations vertébrales sur la vie quotidienne dans ses aspects domestiques, professionnels, de loisirs est une donnée importante. Il existe des instruments de

mesure spécifique de l'incapacité fonctionnelle dans la spondylarthrite.

□ La **forme physique générale** peut-être mesurée à partir de la consommation maximale d'oxygène mais cette méthode est guère utilisée dans la prise en charge courante et le suivi des patients.

□ Les **capacités ventilatoires** peuvent être diminuées avec apparition d'un syndrome restrictif secondaire à l'enraidissement costo-vertébral et thoracique. Il est possible d'évaluer cela par des épreuves fonctionnelles respiratoires. Ce paramètre n'est pas utile dans le bilan systématique de suivi d'un patient porteur de spondylarthrite. Seuls les patients ayant des manifestations cliniques respiratoires justifient de ces épreuves.

### 3 – Connaître les principaux moyens de rééducation qui peuvent être mis en oeuvre

#### A) La kinésithérapie individuelle

□ en présence d'un kinésithérapeute, est le mode de prise en charge le plus courant en France. Il a l'avantage d'adapter les techniques aux particularités de chaque malade, d'alterner les techniques passives et actives.

□ Le **principal objectif** est d'enseigner, de contrôler et d'améliorer le programme d'exercices personnels que devra faire le patient seul chez lui.

□ Dans la grande majorité des cas, **8 à 15 séances** sont suffisantes pour atteindre cet objectif mais il peut être utile, au décours d'une phase évolutive de la maladie, d'effectuer quelques séances pour relancer ou modifier le programme.

□ les **techniques utilisées** sont :

• des exercices de mobilisation passives, actives, et des postures.

Ces exercices sont préférentiellement dirigés vers les zones en cours d'enraidissement ou susceptibles de s'enraidir et c'est parmi eux qu'on choisira les exercices du programme quotidien à faire à domicile.

Les exercices porteront ainsi sur la colonne dorsale et lombaire, la colonne cervicale, les articulations costo-vertébrales et certaines articulations périphériques.

• des exercices de renforcement musculaire. Leurs objectifs sont :

□ de **renforcer les muscles luttant contre la déformation**, c'est-à-dire principalement les muscles spinaux, cervicaux, dorsaux et lombaires, le travail des muscles des membres s'opposant aux principales attitudes vicieuses, c'est à dire les extenseurs de hanche et de genou

□ de faire un **travail plus général des membres** pour entretenir la forme physique.

□ Tous ces exercices spécifiques sont utilement complétés par une incitation à avoir des **activités physiques générales aérobie**.

#### B) Programme d'exercices quotidiens à domicile

□ Il s'agit d'une partie indispensable de la rééducation dont l'intérêt doit être souligné par le médecin prescripteur et par le kinésithérapeute tant au cours des séances individuelles que des séances de groupe. Des schémas annotés voire des photos faciliteront la bonne exécution des exercices à distance des séances de kinésithérapie.

□ Les exercices et les postures doivent être adaptés aux principaux objectifs d'assouplissement et de lutte contre les déformations, parfaitement appris, peu nombreux, simples à réaliser pour que l'observance soit optimale.

#### C) La kinésithérapie de groupe

□ seule ou en complément de la kinésithérapie individuelle, elle offre l'avantage de la dynamique de groupe avec un aspect ludique souvent stimulant.

□ Les exercices sont réalisés habituellement dans un gymnase mais

peuvent être très utilement associés à des exercices en balnéothérapie.

#### D) Des orthèses vertébrales

peuvent être nécessaires lorsque les déformations s'aggravent malgré un traitement (médical et physique) bien suivi.

## 4 – Connaître les principales orientations en fonction du stade de la maladie

A tous les stades de la maladie et quel que soit le programme de rééducation, la douleur doit être contrôlée par les traitements symptomatiques médicamenteux anti-inflammatoires et antalgiques voire les traitements de fond.

### 1 - Au début de la maladie

□ La raideur est absente ou modérée, il n'y a pas encore de déformations, la forme physique générale n'est pas altérée, le patient n'est pas en situation d'incapacité fonctionnelle : quelques séances (8 à 10) de kinésithérapie individuelle, au rythme de 1 par semaine, sont suffisantes pour enseigner et diriger un programme d'exercices individuels et de postures. Les exercices sont dirigés principalement vers le rachis dorsal et lombaire, la mobilité costo-vertébrale et des hanches. Le patient est incité à une bonne observance de ces exercices. La kinésithérapie de groupe peut-être un facteur dynamisant. L'activité physique générale est recommandée.

□ Les résultats des différentes mesures sont communiqués au patient qui pourra participer à la comparaison avec les valeurs obtenues lors des consultations suivantes.

### 2 – A un stade avancé de la maladie avec enraidissement et apparition d'anomalies dans les courbures

□ Une série de 15 à 20 séances de kinésithérapie individuelle ou en groupe est nécessaire pour adapter les exercices et les diriger vers les anomalies déduites de l'examen et de la comparaison des mesures. Le programme d'exercices personnels doit être adapté aux caractéristiques de chaque cas particulier.

□ Dès qu'une déformation est mise en évidence par comparaison des mesures successives, les exercices sont d'abord intensifiés et dirigés sur la courbure concernée. Si on observe une aggravation malgré l'intensification des exercices, l'indication d'une orthèse doit être envisagée et discutée avec le patient.

□ Dans tous les cas, le patient est incité à pratiquer régulièrement ses exercices personnels et le traitement médicamenteux est ajusté si nécessaire.

### 3 – Au stade d'enraidissement sévère avec déformations

□ Les exercices d'assouplissement peuvent être dangereux et au minimum inutiles. Tant qu'il existe un peu de distraction cutanée lors des épreuves de Schöber aux différents étages, il est logique de poursuivre le programme de rééducation comme aux stades précédents. Quand cette distraction est nulle malgré un traitement médicamenteux efficace de la douleur et de l'inflammation, il est probable qu'on est au stade d'ankylose. Si les radiographies montrent des syndesmophytes étendus et a fortiori avec aspect de colonne bambou ou de triple rail, il ne faut plus faire d'exercices d'assouplissement vertébral, pas de tentative de réduction passive des courbures et se limiter à un travail isométrique des muscles spinaux, un travail ventilatoire costal s'il existe encore une variation de l'ampliation thoracique et en tout cas diaphragmatique. Le risque de techniques trop intensives est celui d'une fracture des syndesmophytes particulièrement grave à l'étage dorsal et cervical avec possibilité d'instabilité et de complications neurologiques. Il n'y a plus non plus d'indication à la mise en place d'une orthèse vertébrale.

□ Les ankyloses étendues respectent généralement les 2 premiers étages cervicaux dont l'hypersollicitation peut entraîner des douleurs par arthropathie microtraumatique.

Dernière mise à jour : 12/2005