

Chapitre 21 Item 193 – Spondylarthrite

Objectifs de rééducation et principales techniques

- I. Indication
- II. Modalités organisationnelles
- III. Cibles thérapeutiques
- IV. Programme de rééducation
- V. Pronostic de récupération et suivi

Item : 197 Spondyloarthrite			
Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Définition et description des spondyloarthrites	None
B	Prévalence, épidémiologie	Epidémiologie	None
B	Éléments physiopathologiques	Rôle du terrain génétique : le gène HLA-B27	Connaitre l'existence du lien fort avec le HLA B27 et sa prévalence
B	Éléments physiopathologiques	Enthèse et enthésopathie inflammatoire (enthésite)	None
A	Diagnostic positif	Signes articulaires et périarticulaires	Savoir reconnaître les manifestations cliniques: syndrome articulaire périphérique, syndrome pelvi-rachidien, atteinte enthésopathique périphérique
B	Diagnostic positif	Signes extra-articulaires	Savoir reconnaître les manifestations cliniques
B	Diagnostic positif	Connaitre les critères cliniques biologiques et radiologiques	Connaitre les critères de classification ASAS 2009
B	Diagnostic positif	Différents types de spondyloarthrites	None
A	Contenu multimédia	Photographie d'une dactylite	Savoir reconnaître une dactylite
A	Contenu multimédia	Radiographie du rachis	Savoir reconnaître un syndesmophyte

B	Contenu multimédia	Radiographie du bassin	Savoir reconnaître une coxite (cliché de De Seze)
A	Examens complémentaires	Utilisation rationnelle des examens biologiques et d'imagerie	CRP HLA B27
A	Prise en charge	Connaitre les principes de la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique	Anti-inflammatoires non stéroïdiens, traitements de fond, rééducation fonctionnelle
B	Suivi et/ou pronostic	Pronostic à long terme	Connaitre les complications potentielles

227	découverte d'une anomalie médullaire ou vertébrale à l'examen d'imagerie médicale
228	découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale

35	douleur chronique
36	douleur de la région lombaire

56	raideur articulaire
----	---------------------

65	déformation rachidienne
----	-------------------------

67	douleurs articulaires
----	-----------------------

70	déformation articulaire
71	douleur d'un membre (supérieur ou inférieur)
72	douleur du rachis (cervical, dorsal ou lombaire)

186	syndrome inflammatoire aigu ou chronique
-----	--

203	élévation de la protéine C-réactive (CRP)
-----	---

227	découverte d'une anomalie médullaire ou vertébrale à l'examen d'imagerie médicale
228	découverte d'une anomalie osseuse et articulaire à l'examen d'imagerie médicale
247	prescription d'une rééducation

277	consultation de suivi d'un patient présentant une lombalgie aiguë ou chronique
279	consultation de suivi d'une pathologie chronique

I Indication

La rééducation est indiquée dans les formes axiale et périphérique. Pour la forme périphérique, l'approche est similaire à la polyarthrite rhumatoïde. La rééducation de la forme axiale est spécifique et est essentielle afin d'éviter l'évolution vers l'ankylose. L'appareillage, plus particulièrement les orthèses rachidiennes visant à prévenir les déformations dans le plan sagittal, répond à des indications très sélectives. L'éducation portant sur l'usage des médicaments, l'activité physique et l'adaptée est quant à elle systématique.

II Modalités organisationnelles

La rééducation est réalisée en séances individuelles ou collectives, ambulatoires.

III Cibles thérapeutiques

Les cibles de la rééducation sont la limitation de mobilité axiale et périphérique, les déformations rachidiennes dans le plan sagittal que sont la perte de la lordose lombaire, l'accentuation de la cyphose thoracique et l'antéprojection cervicale, le flexum des grosses articulations des membres inférieurs, la réduction de la capacité à l'effort et la limitation fonctionnelle.

IV Programme de rééducation

- **Objectifs et moyens :**
 - entretien ou récupération des mobilités ;
 - mobilisation rachidienne globale et segmentaire active et passive ;
 - mobilisation de la paroi thoracique active et passive ;
 - mobilisation de la hanche et du genou active et passive.
- **Prévention ou réduction des déformations :**
 - cyphose thoracolombaire et antéprojection cervicale : postures en extension rachidienne ; étirements des muscles pectoraux contre l'enroulement des épaules ; renforcement des muscles extenseurs et érecteurs du rachis ;
 - flexum de hanche : postures en extension coxofémorale ; étirements des muscles psoas et droit fémoral ; renforcement du muscle grand fessier ;
 - flexum de genou : postures en extension fémoro-tibiale ; étirements des muscles ischio-jambiers ; renforcement de l'appareil extenseur du genou.
- **Entretien ou récupération de la capacité à l'effort :** activités aérobies.
- **Commentaires :**
 - la masso-kinésithérapie de la spondylarthrite axiale est initialement supervisée puis prolongée par une autorééducation ;
 - un appareillage rachidien peut être proposé dans l'indication sélective d'une déformation axiale cyphosante évolutive sous traitement pharmacologique et masso-kinésithérapique. Elle est réalisée selon le concept de l'appui et du contre-appui pour s'opposer à la déformation sagittale.

V Pronostic de récupération et suivi

L'évolution chronique de la spondylarthrite ankylosante se fait par poussées pouvant être entrecoupées de périodes de rémission. Elle est variable d'un individu à un autre. Le pronostic fonctionnel de la spondylarthrite ankylosante dépend de la sévérité et de l'activité de la maladie. Une limitation d'amplitude liée à une ankylose constituée n'est pas récupérable par la rééducation.

Le suivi tient compte de l'évolution de l'activité de la spondylarthrite ankylosante, des déficiences et de la limitation fonctionnelle. Celle-ci peut être évaluée par le *bath ankylosing spondylitis functional index* (BASFI).