



MALADIE DE BECHTEREW

🕒 paru le 27/01/2020 • traduit du néerlandais

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La maladie de Bechterew, ou spondylarthrite ankylosante, est une forme de spondylarthrite.

Le terme « spondylarthrite » (SpA) regroupe toute une série de maladies rhumatismales caractérisées par une inflammation 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 les articulations de votre dos (la colonne vertébrale) restent enflammées pendant une longue période, des dommages peuvent apparaître suite à la formation de nouveaux os. Les articulations deviennent de plus en plus raides et peuvent, à terme, s'immobiliser. Il est alors question de maladie de Bechterew.

QUELLE EST SA FRÉQUENCE ?

En Allemagne, la prévalence de la spondylarthrite (SpA) est d'environ 0,9 %, soit identique à celle de 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 bien établi.

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

Entre 85 et 95 % des personnes atteintes de SpA sont porteuses de la protéine HLA B27, contre 5 à 9 % de la population totale.

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), contrairement à la hernie, par exemple, dont les symptômes se cantonnent généralement d'un seul côté.

Un autre trait caractéristique des plaintes liées à la SpA 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. Dans 50 % des cas, l'inflammation touche une ou plusieurs des grandes articulations. Les tendons et les gaines tendineuses peuvent aussi s'enflammer, notamment le tendon d'Achille.

Les autres symptômes associés à la SpA sont l'uvéïte (inflammation des yeux, touchant environ 20 % des patients) et la colite (maladie intestinale inflammatoire 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 ans.
- 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 maladie de Bechterew en fonction de la description de vos symptômes. S'il suspecte la maladie, il vous soumettra à 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, contre 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.

Il vous prescrira ensuite un bilan sanguin, 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 du raidissement et des déformations des articulations. L'idéal est de suivre un programme d'exercices quotidien. Au début, les exercices vous seront enseignés par un kinésithérapeute. Puis vous devrez les poursuivre à la maison, y compris pendant les périodes sans symptômes. Le programme ne se focalisera pas uniquement sur le dos, mais aussi sur les autres articulations et 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 enclin à 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 d'opter pour un siège auto adapté, doté d'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 ont des effets secondaires sur 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 de tendinites, les infiltrations de cortisone peuvent être bénéfiques.

SOURCES

<https://www.ebpnet.be>

¹ Banque de données Intego