***LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE EN QUELQUES MOTS !!!***

***ÉTYMOLOGIE DU MOT SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE***

*Spondylarthrite vient du grec spondylos (spondyl) qui veut dire vertèbre et e la racine « arthro », « arthri », arthrite, qui désigne l’atteinte articulaire.*

*Et Ankylosante vient de « ankylos » qui veut dire « courbé » parce que cette maladie courbe le corps.*

***LA SPONDYLARTHRITE EST-ELLE FREQUENTE ?***

*Il est estimé qu’entre 0.5 % à 2 % de la population en serait atteinte.*

*La maladie touche préférentiellement les hommes avec 3 hommes atteints pour 1 femme. Mais les formes féminines seraient peut-être sous estimées.*

*L’âge classique du début des symptômes se situe dans la majorité des cas entre 20 et 30 ans. On sait néanmoins que la maladie peut débuter dans la petite enfance et qu’il existe des cas apparaissant après 50 ans.*

*Le temps entre les premiers symptômes et le diagnostic est en moyenne de 7 à 12 ans.*

***QU’EST-CE QUE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?***

*La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique qui atteint les ligaments qui entourent les vertèbres et les articulations des sacro-iliaques.*

*Mais on peut voir également dans la maladie l’inflammation d’articulations périphériques (comme les genoux, les épaules, les chevilles…)*

*Mais aussi l’inflammation de tendons encore appelée enthésiopathie et/ou de ligaments.*

*Elle peut toucher également les yeux (Uvéite), les talons (talalgie), un gonflement d’un orteil (Doigt en saucisse).*

*Elle évolue sous forme de poussées inflammatoires.*

***QUELLES SONT LES CAUSES DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?***

*Dans environ 80 % des cas, la spondylarthrite ankylosante est d’origine génétique.*

*Mais il s’avère que dans 30 % des cas, la spondylarthrite ankylosante se manifeste suite à :*

* *Chocs émotionnels*
* *Traumatisme dans l’enfance*
* *Suite à des violences, abus….*
* *Choc dû à des accidents…*

***COMMENT EST POSE LE DIAGNOSTIC ?***

*Le diagnostic est posé à la suite de différents examens médicaux.*

*Comme précisé précédemment, Il a été remarqué que 80% des malades souffrant de spondylarthrite sont porteur de l’antigène HLA B27. Mais le fait d’être porteur de l’antigène HLA-B27 seul n’est pas suffisant pour conclure à une spondylarthrite.*

*Lors d’analyses sanguines une inflammation biologique peut être observée et se traduit par une accélération de la vitesse de sédimentation (VS) et/ou une élévation de la C réactive protéine ou CRP)*

*Des radiographies des sacro-iliaques sont réalisées pour rechercher une inflammation de la sacro-iliaque appelée aussi sacro-illite.*

*Elles peuvent être normales au début et cela n’élimine pas le diagnostic. En cas de doute, au début de la maladie, l’IRM des sacro-iliaques peut être réalisée car plus sensible pour détecter une sacro-illite.*

 *En cas de douleurs rachidiennes, des radiographies du rachis lombaire (face et profil) incluant la jonction dorsolombaire doivent être réalisées. En cas de radiographies normales, une IRM lombaire peut être utile pour mettre en évidence une inflammation du rachis.*

 *L’échographie comme l’IRM sont des bons examens pour mettre en évidence une enthésopathie.*

*En cas d’atteinte des articulations périphériques, une radiographie centrée sur ces articulations est indiquée. Pour les enthésiopathies (douleurs des tendons), les radiographies peuvent montrer de fines calcifications en particulier sur le calcanéum où s’insèrent les tendons d’Achille.*

***QUELS TRAITEMENTS et/ou PRISE EN CHARGE POUR LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?***

*Le traitement de la spondylarthrite ankylosante a pour but de freiner et si possible d’arrêter l’évolution de la maladie, d’éviter l’ankylose et de maintenir la qualité de vie.*

*En premier lieu, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Ils sont les traitements de base de la spondylarthrite et souvent prescrit au tout début des symptômes.*

*Ils permettent de réduire la douleur et l’inflammation.*

*L'aspirine, l’ibuprofène mais aussi des médicaments plus puissants, comme Voltarène, Feldène ou le Clinoril, qui doivent être prescrits par le médecin.*

*Les traitements par AINS sont généralement prescrits jusqu’à ce que la douleur et les raideurs articulaires s’estompent, parfois pendant plusieurs semaines.*

* *Pris sur une longue période, les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent entraîner des complications digestives, comme un ulcère de l’estomac d'où la nécessité de consulter un gastro-entérologue en cas de fortes douleurs.*

*Le médecin prescrit souvent un médicament destiné à protéger l’estomac.*

*Il y a également les injections de corticoïdes (Infiltration). En cas de douleur intense, le médecin peut injecter des corticoïdes (cortisone), directement dans les articulations douloureuses. Il s’agit d’anti-inflammatoires puissants qui apportent un soulagement à court terme.*

*Lorsque les AINS prescrits n’atténuent pas suffisamment la douleur, le rhumatologue prescrit un traitement de fond pour diminuer les crises douloureuses et pour contrôler l'évolution de la spondylarthrite ankylosante.*

*Ces traitements agissent après plusieurs semaines. (Minimum de 4 à 12 semaines)*

*• Sulfasalazine. (SALAZOPIRINE).*

*Ce médicament est parfois utilisé lorsque les articulations des membres sont touchées, mais il n’est pas très efficace contre les douleurs de la colonne vertébrale. On peut aussi utiliser le méthotrexate (Metoject) mais ces 2 médicaments peuvent entraîner des effets secondaires graves, en particulier dans le sang et au foie.*

*Puis arrivent les Anti-TNF alpha, appelés "Biothérapie".*

*Il faut savoir que la biothérapie est prescrite seulement après un bilan préalable :*

* *Bilan sanguin complet+++ (NFS avec numération des neutrophiles, lymphocytes et éosinophiles y CRP, bilan hépatique, électrophorèse des protéines sériques y créatinine et ionogramme sanguin y sérologies VZV, EBV y sérologies VHB (Ag HBs, Ac HBs et HBc, ADN viral si AgHBs+), VHC et HIV y béta-HCG, si femme)*
* *Radiologie abdomino pelvienne,*
* *Radiologie des poumons etc…*

*Contrôler et mettre à jour toutes les vaccinations et surtout le PNEUMOVAX (vaccin recommandé pour les personnes à risque élevé d'infections à pneumocoque (personne recevant une chimiothérapie anticancéreuse ou un traitement immunosuppresseur, ablation de la rate, insuffisance cardiaque...).*

*Sans oublier un contrôle dentaire, gynécologique, et éventuellement dermatologique.*

*Leur prescription initiale est faite soit à l'hôpital, soit par le rhumatologue. Seuls des spécialistes peuvent renouveler le traitement.*

*Il faut également savoir qu’une surveillance très stricte doit être respectée durant le traitement :*

* *Bilan sanguin mensuel,*
* *Visite mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle chez le rhumatologue, selon les cas.*
* *Contrôle également avec les spécialistes cités précédemment.*

***PEUT-ON EN GUERRIR ?***

*NON. Les traitements soulagent les douleurs uniquement. La maladie évolue par poussées entrecoupée par des périodes de rémission.*

***QUEL FACTEURS PEUVENT AGGRAVER LES DOULEURS ?***

*Les douleurs peuvent être accentuées par suite de stress, les conditions atmosphériques, de l’inactivité ou au contraire pousser son corps à l’extrême.*

*Il faut savoir que le système immunitaire est fragilisé déjà par la maladie en elle-même mais aussi par les traitements biothérapie, d’où la nécessité de prendre des précautions afin d’éviter d’être contaminé par d’autres virus (covid, grippe, etc …)*

***QUELS SONT LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE POUR UNE MEILLEUR PRISE EN CHARGE*** *?*

*Tout d’abord tous les professionnels de la santé qui suivront le patient doivent connaitre et être informés sur la Spondylarthrite Ankylosante.*

* *Médecins traitants, généralistes,*
* *Rhumatologues*
* *Neurologues*
* *Psychologues*
* *Kinésithérapeutes*
* *Dermatologue*
* *Pneumologue*
* *Ophtalmologue*
* *Gynécologue*
* *Infirmier*

 ***EXISTE-T-IL DES ORGANISMES POUR OBTENIR DES AIDES ?***

*Aujourd’hui la Spondylarthrite Ankylosante est reconnue en ALD 30.*

*Le médecin traitant doit en faire la demande auprès de Caisse Primaire d’Assurance Maladie. (A.L.D.) Affection Longue Durée. Cela permet d’être prise en charge à 100 % sur cette pathologie.*

*Une demande auprès de la Maison Départemental Personnes Handicapées M.D.P.H. afin :*

* *D’être reconnu en tant que Travailleur Handicapé. Une partie doit être remplie par le médecin traitant.*
* *Elle permet également d’obtenir une Carte Mobilité Inclusion. Il existe 3 cartes. La CMI Stationnement, elle permet de bénéficier d’un stationnement sur les places PMR. La CMI Priorité, elle permet d’éviter les files d’attente et/ou d’avoir une place assise. La CMI invalidité, elle est donnée s’il y a une perte d’autonomie importante.*
* *Demande d’A.A.H. Allocation Adultes Handicapés.*

***EST-CE QUE LES CURES THERMALES SONT EFFICACES ?***

*OUI. Une cure thermale dans une station qui propose une prise en charge bien ciblée pour la Spondylarthrite Ankylosante est très bénéfique. Les mouvements en bassin d’eaux thermales (chaudes et antalgiques) aident à soulager les douleurs.*

*Favoriser également les étirements, exercices respiratoires.*

***AMÉLIORER SA QUALITÉ DE VIE ET SA MOTRICITÉ GRÂCE À L’ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE.***

*L’éloignement du contexte familial pour certaines personnes favorise le bien être psychologique.*

|  |
| --- |
| ANTI-TNF |
| ***SUBSTANCE*** | ***NOM*** | ***MODE EMPLOI*** |
|  |  |  |
| L’infliximab (en intraveineux) | **REMICADE** | 8 semaines et en milieu hospitalier |
|  |  |  |
| L’adalimumab (en sous cutané | **HUMIRA** | Tous les 14 jours |
|  | **AMGEVITA** | Une fois par semaine ou tous les 14 jours selon indications |
| L’étanercept (en sous cutané | **EMBREL** | Une fois par semaine |
|  | **BENEPALI** | Une fois par semaine |
|  |  |  |
| Le certolizumab (en sous cutané | **CIMZIA** | Tous les 14 jours |
|  |  |  |
| Le golimumab (en sous cutané) | **SIMPONI** | Tous les mois |
|  |  |  |
| • Le sécukinumab (en sous cutané | **COSENTYX** | Tous les mois |
|  | **Inhibiteur de l’interneukine IL-17** |  |
| Ixékizumab | **TALZ** | 2 injections la 1ere fois puis une toute les 4 semaines |

Mai

**Mois de la Spondylarthrite Ankylosante**

**Avec un accent plus marqué le samedi 4 mai 2024 désigné comme la Journée Mondiale de la Spondylarthrite Ankylosante.**

**En France, on estime que 0.5 à 2 % de la population**

  **Souffrirait de la Spondylarthrite Ankylosante.**

 **VOS PROFESSIONNELS DE SANTE SE MOBILISENT**

**Rhumatologue, Médecin traitant, Kinésithérapeute, Ophtalmologue, Dermatologue, Podologue, Psychologue**