FICHE N° 3

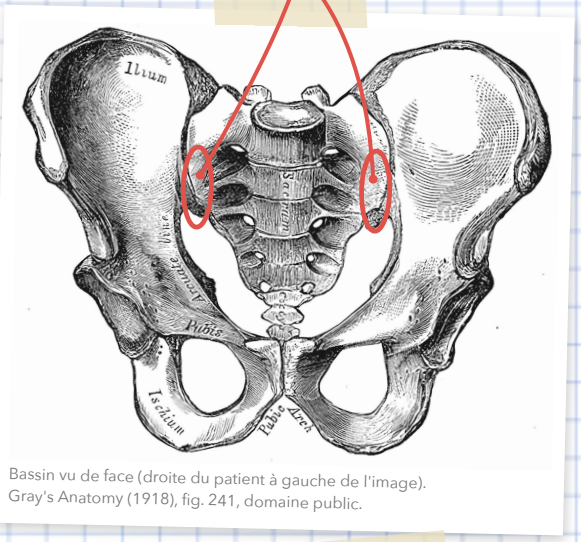
La spondyloarthrite axiale

« Un simple mal de dos » qui réveille à 4 heures du matin

1 Définition et anatomie

- La spondyloarthrite axiale est un rhumatisme inflammatoire chronique. Elle touche les sacro-iliaques et le rachis, et elle peut donner des enthésites (inflammation des insertions des tendons), une dactylite, une uvéite ou un psoriasis [1] (1.1.2).
- On distingue deux formes [1] (1.2.5 à 1.2.8) :
  - la **forme radiographique** (l'ancienne « spondylarthrite ankylosante ») : la radiographie montre une sacro-iliite selon les critères de New York modifiés ;
  - la **forme non radiographique** : la radiographie est normale, mais l'IRM montre l'inflammation selon les critères ASAS/OMERACT.
- **Une radiographie normale n'exclut pas la maladie** [1] (1.1.4).
- Les talons du cas traduisent une **enthésite**, sans doute de l'insertion du tendon d'Achille ou de l'aponévrose plantaire. C'est un des critères de NICE [1] (1.1.5).

sacro-iliaques

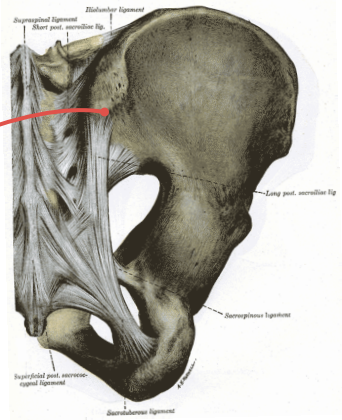


Bassin vu de face (droite du patient à gauche de l'image). Gray's Anatomy (1918), fig. 241, domaine public.

2 Épidémiologie et facteurs de risque

- Environ **5 % des adultes qui ont une lombalgie chronique** ont une spondyloarthrite axiale [3] (Introduction, chiffre cité par les auteurs).
- La maladie touche **autant de femmes que d'hommes** [1] (1.1.4).
- Elle peut exister chez une personne **HLA-B27 négative** [1] (1.1.4), et avec une CRP et une VS normales [1] (1.2.3).
- Les facteurs de risque sont une infection génito-urinaire récente et des antécédents familiaux de spondyloarthrite ou de psoriasis [1] (1.1.2).
- **Le retard diagnostique est important** : souvent plus de six ans selon [4] (« Research in context », affirmation des auteurs), et jusqu'à 14 ans aux États-Unis selon une étude citée par [3] (Introduction ; **seconde main**). NICE souligne que les diagnostics sont souvent tardifs ou manqués [1] (1.1.2).

sacro-iliaque droite, sous ses ligaments



Bassin droit, vue postérieure : ligaments. Gray's Anatomy (1918), fig. 320, domaine public.

3 Clinique

- La lombalgie commence **avant 45 ans** et dure **plus de 3 mois** [1] (1.1.5).
- Elle **réveille en deuxième partie de nuit** [1] (1.1.5).
- Elle **s'améliore avec le mouvement**, pas avec le repos [1] (1.1.5).
- Les **fesses** font mal ; une douleur qui alterne d'un côté à l'autre est typique [1][3].
- Le patient se dérouille longtemps le matin. **Attention :** NICE ne retient pas la raideur matinale dans ses critères [1], et la durée « plus d'une heure » vient des critères de Berlin, non relus ici.
- Les AINS soulagent nettement en 48 heures [1] (1.1.5).
- On peut trouver des enthésites (talons), une arthrite, un psoriasis, une uvéite ou une maladie inflammatoire de l'intestin [1] (1.1.2, 1.1.5).

Ce que vaut chaque signe pris seul

Méta-analyse [3], tableau 1 ; probabilité de départ de 5 %.

Signe	RV+	Probabilité après le signe
Lombalgie inflammatoire (concept global)	1,87	9 %
Fesses douloureuses en alternance	1,88	9 %
Bonne réponse aux AINS	2,32	11 %
Enthésite	1,53	8 %
Pas d'amélioration au repos	1,45	7 %
Amélioration à l'exercice	1,34	6 %
Raideur matinale	1,27	7 %
Douleur nocturne	1,15	6 %
HLA-B27 positif	4,20	18 %
Sacro-iliite à l'IRM	7,07	27 %

À retenir : chaque signe du cas, pris seul, pèse peu (RV+ de 1,15 à 1,88). C'est leur **accumulation** qui compte. NICE l'écrit : ne jamais écarter la maladie sur un signe isolé [1] (1.1.1). Les auteurs de [3] multiplient les RV pour estimer une combinaison, ce qui peut surestimer la probabilité [3] (Méthodes).

OUBA

4 · Tests au cabinet et diagnostic différentiel

La règle de NICE à appliquer au cabinet [1] (1.1.5). Si la lombalgie a débuté avant 45 ans et dure depuis plus de 3 mois, compte les critères suivants :

1. un début avant 35 ans ;
2. un réveil en deuxième partie de nuit ;
3. une douleur des fesses ;
4. une amélioration par le mouvement ;
5. une amélioration dans les 48 heures sous AINS ;
6. un parent du premier degré atteint de spondyloarthrite ;
7. une arthrite, actuelle ou passée ;
8. une enthésite, actuelle ou passée ;
9. un psoriasis, actuel ou passé.

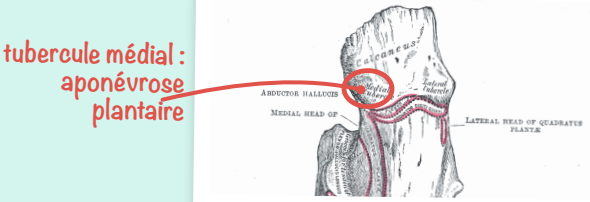
- **Avec 4 critères ou plus**, il faut adresser à un rhumatologue [1].
- **Avec exactement 3 critères**, il faut demander un HLA-B27 et adresser s'il est positif [1].
- **Le cas en coche 5** : début à 27 ans, réveil à 4 heures, fesses, amélioration au mouvement, talons. **Il faut l'adresser.**

La limite de ces règles. Aucune stratégie d'orientation n'a une bonne précision. Les critères ASAS d'orientation ont un RV− de 0,18, et aucune stratégie n'atteint les seuils d'une bonne précision (RV+ > 10, RV− < 0,10) [4] (Résumé). La preuve est de certitude faible à très faible [4]. **La règle aide à adresser, elle ne pose pas le diagnostic.**

L'examen du kiné. Note la mobilité du rachis et l'ampliation thoracique : ce sont les mesures que l'exercice améliore [5]. Palpe les enthèses (talon, aponévrose plantaire). Cherche une dactylite (« doigt ou orteil en saucisse »), qui justifie à elle seule un avis rhumatologique [1] (1.1.9).

Le diagnostic différentiel. C'est d'abord la lombalgie commune, dite « mécanique ». Elle est soulagée par le repos et aggravée par l'effort. Une enthésite sans cause mécanique, qui persiste ou touche plusieurs sites, oriente vers la spondyloarthrite [1] (1.1.10).

Le diagnostic est posé par le rhumatologue. Il s'appuie sur la radiographie des sacro-iliaques, puis sur l'IRM si la radiographie est normale [1] (1.2.4 à 1.2.8), et sur des critères validés comme ceux de l'ASAS [1] (1.2.1).



Calcanéum, pied droit, face plantaire.
Gray's Anatomy (1918), fig. 269, domaine public.

5 · Drapeaux rouges : adresser vite

- **Un œil rouge et douloureux**, une sensibilité à la lumière ou une vision floue : c'est peut-être une uvéite antérieure aiguë. Elle impose un avis ophtalmologique **le jour même** [1] (1.1.12).
- **Une arthrite inflammatoire récente** (articulation gonflée, chaude) : elle impose un avis rhumatologique **urgent** [1] (1.1.8).
- **Une dactylite** : il faut adresser au rhumatologue [1] (1.1.9).
- **Les autres drapeaux rouges de la lombalgie** (fièvre, amaigrissement, antécédent de cancer, traumatisme) ne sont pas traités dans les sources lues ; ils ne sont pas chiffrés ici.

6 · Conduite à tenir du kiné

1. **Compter les critères de NICE** dès qu'une lombalgie dure plus de 3 mois chez un patient de moins de 45 ans [1] (1.1.5).
2. **Adresser au rhumatologue**, par l'intermédiaire du médecin traitant si besoin. Ce n'est pas une urgence, sauf en cas de drapeau rouge [1].
3. **Ne pas dire au patient « c'est un simple mal de dos » ni « votre radio est normale, donc ce n'est rien »** [1] (1.1.4).
4. **Garder l'exercice : il fait partie du traitement.** NICE recommande un programme structuré et individualisé avec un kiné spécialisé : étirements, renforcement, posture, respiration profonde, extension du rachis, mobilité du rachis lombaire, thoracique et cervical, et exercice aérobie [1] (1.5.1). Il conseille aussi l'hydrothérapie en complément [1] (1.5.2).
5. **Superviser plutôt que tout donner à la maison.** L'exercice supervisé s'est montré plus efficace que les exercices à domicile, et les patients le suivent mieux [2] (recommandation 4, commentaire). La kinésithérapie a un niveau de preuve 1a [2].
6. **Doser l'exercice.** Dans les essais de [5], les séances avaient lieu deux à trois fois par semaine, sur 8, 12 ou 24 semaines le plus souvent [5]. L'exercice améliore l'activité de la maladie (BASDAI : DMS −0,75), la fonction (BASFI : DMS −0,37) et la mobilité du rachis (BASMI : DMS −0,26) [5].
7. **Pousser l'arrêt du tabac** : le tabac est un facteur de risque d'inflammation du rachis et de progression [2].
8. **Mesurer pour suivre** : la BASFI (fonction) et la BASMI (mobilité) sont les critères de jugement des essais de [5]. Mesure-les au début et pendant le suivi.

7 Pronostic

- La progression des lésions de structure est lente : les radiographies de contrôle du rachis ne sont pas utiles avant 2 ans d'intervalle [2] (recommandation 2, commentaire).
- La présence de syndesmophytes annonce un risque plus élevé d'en voir apparaître d'autres [2] (recommandation 2, commentaire).
- Le tabac s'associe à plus d'inflammation et de progression [2].
- Le traitement médical commence par les AINS ; les biothérapies viennent ensuite, prescrites par le rhumatologue [1] (1.4.2) [2] (recommandation 5).

Références. [1] NICE NG65, 2017, mise à jour 2025 (texte intégral). [2] Ramiro et al., ASAS-EULAR, Ann Rheum Dis 2023 (version acceptée, texte intégral). [3] Dubreuil et al. (SPARTAN), ACR Open Rheumatol 2026 (texte intégral). [4] Feller et al., EClinicalMedicine 2026 (texte intégral). [5] Yu et al., Front Med 2026 (texte intégral). [6] Critères ASAS 2009 (cités, non lus). Niveau de preuve : élevé pour l'exercice, faible à très faible pour les stratégies d'orientation. Recherche des 03/11 et 15/11/2026.

Planches : Henry Gray, *Anatomy of the Human Body* (1918), fig. 241, 269 et 320, domaine public, via Wikimedia Commons.