

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université ABOU BEKR BELKAÏD Tlemcen
Faculté de Médecine
Centre Hospitalo-universitaire de Tlemcen
Service de Ophtalmologie

CHEF DE SERVICE : PR BOUSSALAH

Thème

Spondylarthrite ankylosante

PRÉSENTÉ PAR : Mr. BOUALI Ahmed
Melle. Dali YOUCEF Fatima

ENCADREUR : Pr. BOUSSALAH



2005 - 2006



Bo 11111
01+.+.02/1

La Spondylarthrite Ankylosante
(SA)

d'après "Spondylarthrite en 100 questions"

Institut de Rhumatologie

Maxime Dougados ; André Kahan ; Michel Revel

Groupe Hospitalier Cochin, Paris.

1. La maladie
2. Les traitements
3. L'aspect social

La maladie

Sommaire

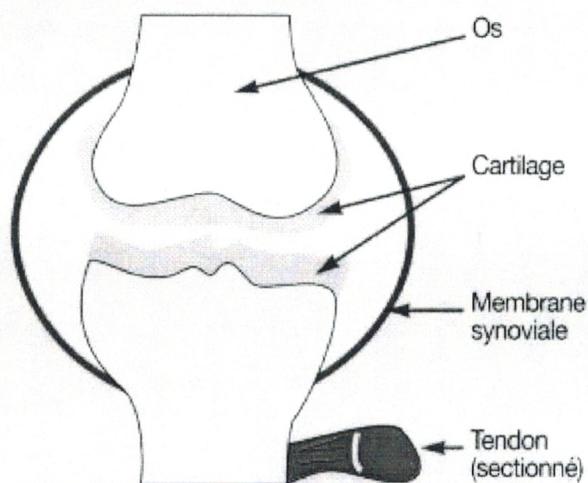
| | | |
|--|--|---|
| <u>La Spondylarthrite Ankylosante</u> | <u>Qu'est ce qu'un rhumatisme ?</u> | <u>La pelvispondylite rhumatismale</u> |
| <u>La spondylarthropathie</u> | <u>Signes cliniques de la spondylarthrite</u> | <u>L'arthrite réactionnelle</u> |
| <u>Que veut dire atteinte axiale ?</u> | <u>Description du patient souffrant de spondylarthrite</u> | <u>Atteinte des sacro-illiaques</u> |
| <u>Atteinte rachidienne</u> | <u>Risques de l'atteinte rachidienne</u> | <u>Signes de l'ankylose rachidienne ?</u> |
| <u>Peut-on prévenir l'ankylose rachidienne ?</u> | <u>Risque de fracture au cours de la spondylarthrite</u> | <u>Signes d'atteinte de la paroi thoracique</u> |
| <u>Atteinte articulaire périphérique</u> | <u>Quels sont les signes de l'atteinte des enthèses ?</u> | <u>Qu'est-ce qu'une enthèse ?</u> |
| <u>La douleur du talon</u> | <u>Manifestations cardiaques au cours de la S.A.</u> | <u>L'uveite</u> |
| <u>L'antigène HLA B27</u> | <u>Comment se fait l'évolution de la spondylarthrite ?</u> | <u>Qui est atteint de spondylarthrite ?</u> |
| <u>Etablissement d'un pronostic</u> | <u>Quelle est l'espérance de vie en cas de S.A. ?</u> | <u>Grossesse et spondylarthrite</u> |
| <u>La fatigue en cours de SA</u> | <u>Une infection peut elle déclencher une poussée de spondylarthrite ?</u> | <u>S.A. et génétique</u> |

Qu'est ce que la Spondylarthrite Ankylosante ?

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire touchant essentiellement la colonne vertébrale ou rachis, mais pouvant aussi entraîner des arthrites, des tendinites ou des atteintes oculaires. ☐

Qu'est ce qu'un rhumatisme ?

Coupe d'une articulation normale



On appelle "rhumatismes", toutes les maladies qui touchent l'appareil locomoteur (c'est à-dire les os, les articulations, les muscles, les tendons et ligaments).

Les principaux rhumatismes sont :

- quand l'os est atteint : l'ostéoporose ;
- quand le cartilage est atteint : l'arthrose ;
- quand le tendon est atteint : la tendinite ;
- quand la membrane synoviale est atteinte : l'arthrite. ☐

La pelvispondylite rhumatismale

C'est une autre dénomination de la spondylarthrite ankylosante. Etant donné que l'inflammation touche surtout les articulations du bassin (pelvis) et les ligaments qui entourent les vertèbres (spondylos) plutôt que les articulations du rachis (arthrite), le terme de pelvispondylite décrit mieux ce qui est observé au cours de cette maladie. De plus, l'ankylose est de moins en moins observée. ☐

La spondylarthropathie

La spondylarthrite peut être associée à d'autres maladies (psoriasis, arthrite réactionnelle, maladies inflammatoires du tube digestif). Toutes ces affections ont été regroupées sous le terme de spondylarthropathie. ☐

L'arthrite réactionnelle

L'arthrite réactionnelle regroupe des manifestations cliniques associant conjonctivite, urétrite et arthrite apparaissant 2 à 3 semaines après une infection. Cette maladie se retrouve souvent associée à la spondylarthrite. ☐

Signes cliniques de la spondylarthrite

Il existe trois principaux signes rhumatologiques :

- l'atteinte axiale ;
- l'atteinte articulaire périphérique ;
- l'atteinte enthésiopathique ;

et deux manifestations extra-rhumatologiques :

- l'atteinte génétique ou familiale ;
- et les manifestations cliniques extra-articulaires avec notamment l'atteinte oculaire. ☐

Description du patient souffrant de spondylarthrite

On voit, d'après le tableau résumant à la fois les affections faisant partie du groupe des spondylarthropathies et les signes cliniques des spondylarthropathies, qu'il y a deux manières de décrire un tel patient :

- soit décrire l'affection, par exemple spondylarthrite ankylosante ;
- soit décrire les signes cliniques dont il se plaint, par exemple atteinte axiale pure de spondylarthropathie.

La deuxième façon est plus explicite pour le patient, mais également pour les médecins qui prennent en charge de tels patients.

| Spondylarthropathie ➡ Maladies | Spondylarthropathie ➡ Signes cliniques |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Spondylarthrite ankylosante • Arthrite réactionnelle • Rhumatisme psoriasique • Entérocolopathies inflammatoires | <p>Manifestations rhumatologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Atteinte axiale</i> Douleurs fessières Douleurs rachidiennes Douleurs de la poitrine • <i>Atteinte articulaire périphérique</i> Arthrite des grosses articulations Doigt ou orteil en "saucisse" • <i>Enthésiopathie</i> Douleur du talon Autre douleur très localisée sur un tendon <p>Terrain génétique</p> |

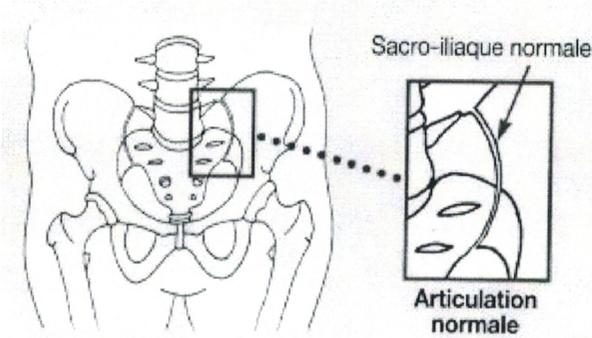
| | |
|--|---|
| | Présence de l'antigène HLA B27 |
| | Notions de maladies analogues dans la famille |
| | Manifestations extra-articulaires |
| | Atteinte oculaire (uvéïte) |
| | Atteinte cutanée (psoriasis) |
| | Atteinte digestive (entérocolopathie) |

□

Que veut dire atteinte axiale ?

L'atteinte axiale désigne toutes les manifestations cliniques en rapport avec une atteinte de l'axe du corps. En pratique, il s'agit de douleurs en rapport avec une inflammation des articulations sacro-iliaques (articulations situées dans la fesse entre le sacrum et l'os iliaque), une inflammation des articulations et/ou des articulations des vertèbres, une inflammation des articulations du thorax (poitrine ou cage thoracique). □

Quels sont les risques de l'atteinte des sacro-iliaques ?



L'inflammation de l'articulation des sacro-iliaques est responsable de douleurs siégeant le plus souvent en pleine fesse, pouvant réveiller la nuit et augmenter dès que l'on pose le pied à terre.

L'évolution peut se faire vers l'ankylose articulaire, c'est-à-dire qu'un pont osseux unit les deux berges de l'articulation et la fait donc disparaître.



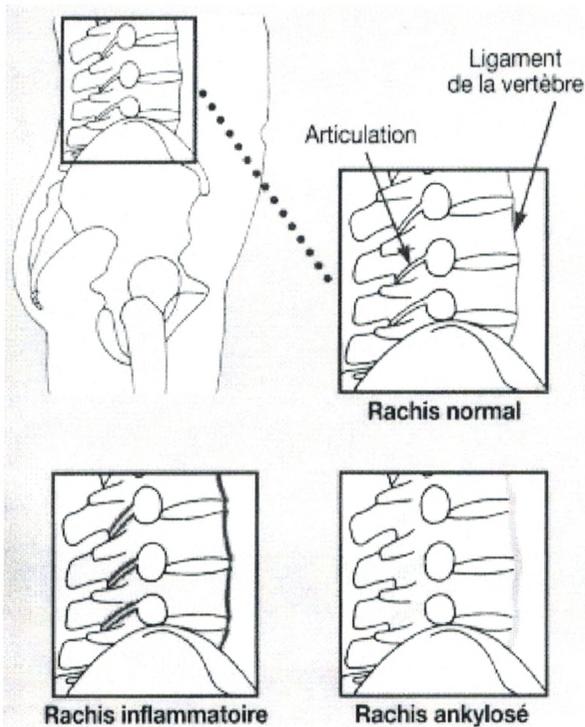
Articulation enflammée



Articulation ankylosée

En cas de grossesse, il n'y a aucun risque, ni pour le bébé, ni pour la maman. En particulier, il n'y a pas d'indication particulière à effectuer une césarienne. □

Quels sont les signes de l'atteinte rachidienne ?



L'inflammation, qu'elle siège sur les ligaments qui relient les vertèbres ou bien au sein des articulations situées en arrière des vertèbres, est responsable de douleurs, d'impotence fonctionnelle et de diminution de la mobilité du rachis.

La douleur de la spondylarthritis est dite de type inflammatoire, c'est-à-dire qu'elle est responsable de réveils nocturnes et qu'elle est surtout nette le matin au réveil.

Il est fréquent que les patients ressentent, associée à cette douleur, une raideur de leur dos qui va mettre longtemps (plus de 30 minute, voire plusieurs heures) à disparaître.

A côté de la survenue nocturne de la douleur, existe-t-il d'autres caractéristiques de l'inflammation rachidienne ?

Il est classique de dire que la spondylarthritis est la cause la plus fréquemment observée de douleurs rachidiennes persistantes chez les jeunes adultes. Les signes qui doivent alerter sont les suivants :

- un début avant l'âge de 40 ans ;
- un début progressif (et non brutal comme on le voit dans le lumbago ou la hernie discale où la douleur survient après un effort physique) ;
- la persistance de la douleur pendant plus de 3 mois ;
- l'association à la douleur d'une raideur du dos ;
- l'amélioration de la douleur après exercice ;
- l'amélioration spectaculaire de la douleur du dos après la prise d'un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien. ☐

Quels sont les risques de l'atteinte rachidienne ?

L'inflammation du rachis peut entraîner douleur et gêne dans les gestes de la vie quotidienne.

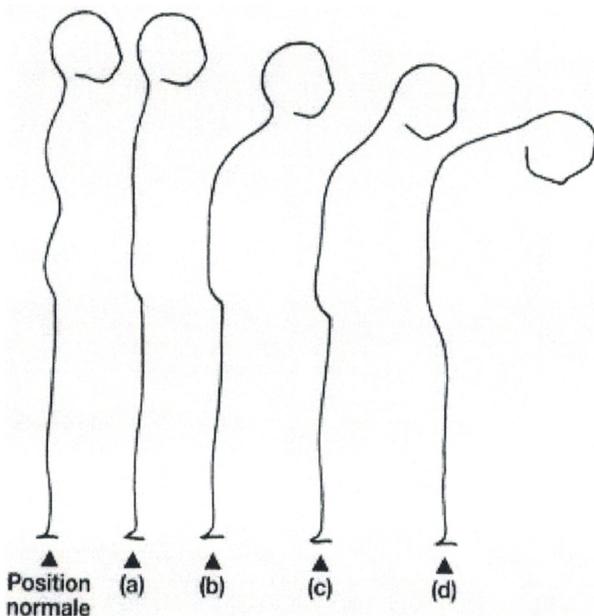
L'inflammation peut :

- soit disparaître sans traitement sans laisser aucune séquelle ;
- soit évoluer vers une ankylose, c'est-à-dire qu'une ossification des ligaments s'observe à l'endroit où il y avait inflammation, comme si l'ossification était une sorte de cicatrisation de la maladie inflammatoire ;

- soit persister avec des poussées plus ou moins fortes mais sans jamais évoluer vers l'ossification. □

Quels sont les signes de l'ankylose rachidienne ?

L'ankylose est due à l'ossification des ligaments et désarticulations entourant les vertèbres. Elle est responsable d'une perte de la souplesse rachidienne (raideur); cette raideur peut se faire dans une position normale ou anormale (attitude vicieuse). Ces attitudes anormales les plus souvent observées sont :



- d'abord la perte de la cambrure des reins (le terme médical est "perte de la lordose lombaire") (a) ;
- peut s'ensuivre une position penchée en avant, due à une bosse du dos (cyphose dorsale) (b). Dans ce cas, le patient essaie de corriger cette position en relevant la tête.
- peut s'ensuivre une ankylose du cou qui va alors empêcher le malade de relever la tête (c).
- Ici la gêne peut être très importante, notamment si l'attitude vicieuse est telle que le patient n'arrive pas à voir en face de lui (d).

Pourquoi l'ankylose se fait-elle parfois en position normale et parfois en position anormale (attitude vicieuse) ?

On peut avancer l'explication suivante : en cas d'inflammation, le patient ressent une douleur, instinctivement il prend l'attitude qui lui est la plus confortable. Cette attitude est la position foetale (le patient recroquevillé sur lui-même). L'ossification va alors se faire en maintenant le patient dans cette position. Cette position est surtout prise aux moments où l'inflammation est à son maximum, c'est-à-dire la nuit pendant le sommeil. C'est donc inconsciemment que le patient se met dans cette position. □

Peut-on prévenir l'ankylose rachidienne ?

Le traitement anti-inflammatoire non stéroïdien, pris lors des poussées douloureuses de l'inflammation pourrait avoir, à côté de l'effet immédiat sur la douleur, un autre effet favorable à plus long terme, à savoir la prévention de l'ankylose. □

Existe-t-il un risque de fracture au cours de la spondylarthrite ?

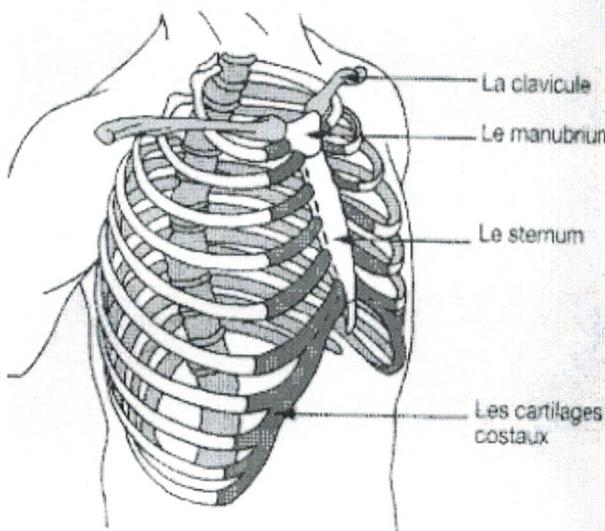
Ce risque existe au rachis et ce pour deux raisons :

- l'os des patients souffrant de spondylarthrite inflammatoire est probablement plus fragile que celui de la population générale ;
- en cas d'ossification rachidienne, le dos est moins souple et donc plus fragile.



Signes d'atteinte de la paroi thoracique

La paroi de la cage thoracique (qui contient notamment le coeur et les poumons) est constituée en arrière par la colonne vertébrale, en avant par le sternum, et sur les côtés par les côtes qui unissent la colonne vertébrale et le sternum. Il existe donc de très nombreuses articulations, d'autant que les côtes ne s'attachent pas directement sur le sternum, mais sont elles mêmes jointes au sternum par un pont cartilagineux (qui donne de l'élasticité à la paroi thoracique). Les articulations qui sont en arrière sont les articulations costo-vertébrales et celles qui sont en avant sont les articulations chondro-costales. Et ce n'est pas fini puisque la clavicule s'articule aussi avec le sternum !



En dehors des douleurs inflammatoires du dos (dorsalgies), on retient comme signes plus spécifiques de la paroi thoracique :

- une augmentation des douleurs lors des efforts de toux ou d'éternuement en cas d'atteinte articulaire ;
- l'existence de douleurs localisées sur la poitrine qui peuvent faire craindre à tort une atteinte du coeur ;

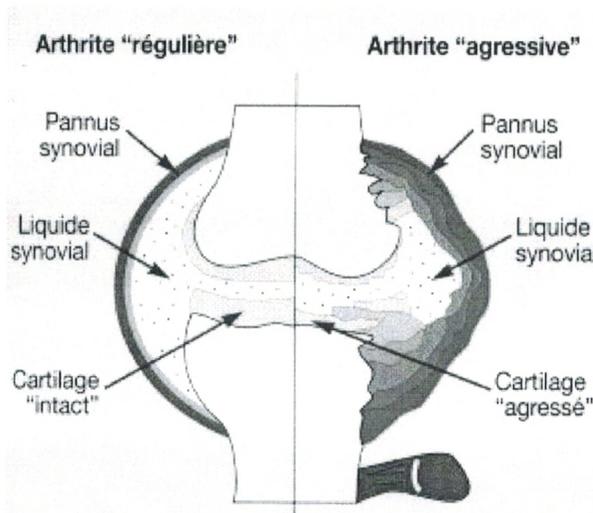
Ce dernier diagnostic est facilement écarté car la douleur due à la spondylarthrite est très localisée et réveillée par la pression d'un point précis de la paroi thoracique comme par exemple l'endroit de l'articulation manubrio-sternale (voir dessin). □

Atteinte articulaire périphérique

L'atteinte articulaire périphérique se manifeste par des inflammations du tissu qui recouvre l'articulation appelée encore membrane synoviale. La membrane synoviale enflammée sécrète alors anormalement du liquide qui s'accumule dans l'articulation (créant un épanchement de synovie). L'articulation est gonflée et douloureuse. Cette inflammation peut toucher une seule ou plusieurs articulations. Lorsqu'elle touche toutes les articulations d'un même doigt ou orteil et qu'en plus il y a une inflammation des tendons entourant l'articulation, le doigt ou l'orteil apparaît gonflé dans son ensemble et prend l'aspect d'une saucisse (le terme médical est soit doigt ou orteil "en saucisse", soit dactylite).

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ATTEINTE ARTICULAIRE PERIPHERIQUE ?

Souvent, la gêne va se limiter à une douleur et un gonflement qui vont régresser soit spontanément, soit sous l'effet du traitement.



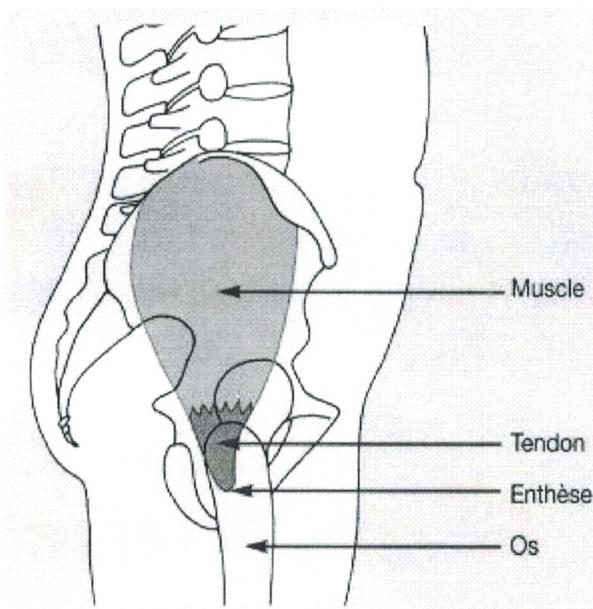
Deux risques toutefois :

1) en cas d'atteinte d'un doigt ou orteil en "saucisse", risque de raideur séquellaire (surtout à la main), voire de raideur en mauvaise position comme par exemple une rétraction des orteils. Ces attitudes vicieuses peuvent apparaître très rapidement, notamment aux pieds.

2) Le liquide fabriqué par la membrane synoviale enflammée peut contenir des enzymes qui vont attaquer le cartilage. Cette lésion du cartilage est appelée chondropathie. Quand ces lésions existent, on parle d'arthrite destructrice ou d'arthrite érosive.

Ces lésions cartilagineuses sont responsables de douleurs dites mécaniques (survenant surtout après des activités physiques) et d'impotence fonctionnelle. □

Qu'est-ce qu'une enthèse ?



L'enthèse est la région anatomique qui fait la transition entre les tendons et l'os sur lequel s'attache le tendon.

L'enthèse, région anatomique se situant à l'endroit où le tendon pénètre dans l'os, est la cible privilégiée de la spondylarthrite. □

Quels sont les signes de l'atteinte des enthèses ?

L'inflammation de l'enthèse va entraîner une douleur qui aura les caractéristiques suivantes :

- Elle est très localisée (située à un point précis : par exemple le talon) ;
- Elle est réveillée par la pression (en appuyant avec un doigt sur cette région, on réveille la douleur) ;
- Elle est augmentée à la mise sous tension du tendon.

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ENTHESIOPATHIE ?

Le seul risque (rare) est la pérennisation (persistance prolongée pendant plusieurs mois) de la douleur. Le plus souvent, la douleur disparaît, soit spontanément, soit sous l'effet du traitement en quelques jours ou quelques semaines. Il n'y a jamais de risque de rupture du tendon.

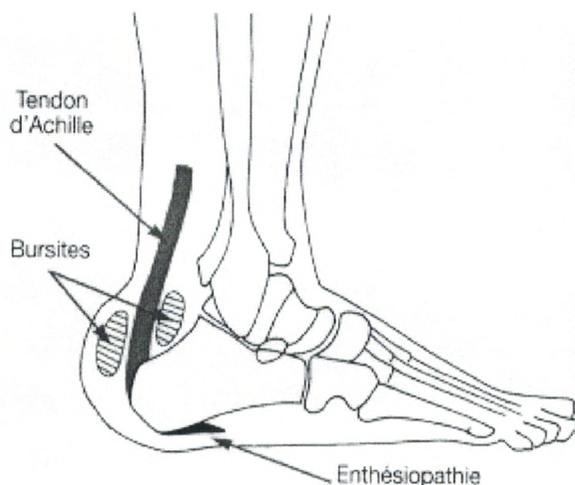
L'atteinte de l'enthèse ou enthésiopathie est responsable de douleurs très localisées comme par exemple la douleur du talon, douleur de la région des genoux, des épaules...☐

A quoi est due la douleur du talon ?

Il n'y a pas une, mais plusieurs causes à la douleur du talon. Pour mieux comprendre, tout d'abord une petite leçon d'anatomie !

Le talon d'Achille, qui fixe le muscle du mollet (triceps) sur l'os du talon (calcanéum) est en fait en continuité avec une toile fibreuse solide (aponévrose plantaire) qui couvre la plante du pied et maintient son architecture. Le tendon d'Achille est contre l'os du talon dans ses derniers centimètres, et pour éviter les frottements à chaque pas, des structures protectrices lubrifiantes sont interposées entre os et tendon.

Ces structures s'appellent des bourses séreuses. Elles permettent au tendon de glisser sans frottement sur l'os à chaque fois que le pied bouge. Ces bourses séreuses sont constituées d'une membrane qui est voisine de la membrane synoviale des articulations et peuvent être le siège d'une inflammation comme les articulations. On parle alors de "bursite".



- La douleur du dessous du talon (terme médical : talalgie inférieure) est une enthésiopathie.

- La douleur en arrière du talon (terme médical : talalgie postérieure) peut être due soit à une enthésiopathie, à l'endroit où le tendon d'Achille pénètre dans le calcanéum (dans ces cas, il y a une douleur sans gonflement), soit à une inflammation d'une bourse en avant ou en arrière du tendon d'Achille (on parle alors de bursite pré- ou rétro-achilléenne). La bourse contient du tissu synovial et sert à éviter les frictions contre le tendon d'Achille avec soit la chaussure en arrière, soit l'os en avant.

Quels sont les signes de la talalgie ?

Certaines caractéristiques de la douleur du talon sont très suggestives du diagnostic de spondylarthrite :

- elle survient le matin au réveil ;
- elle survient dès les premiers pas (dès la mise en position debout) ;
- elle s'améliore dans la journée ;
- elle est alternée (c'est-à-dire qu'elle peut toucher le talon droit puis le talon gauche).

L'uvéite

L'uvéite est une inflammation de la partie antérieure de l'oeil. On l'appelle encore iridocyclite car c'est une inflammation qui peut toucher soit l'iris soit les corps ciliaires. Elle se traduit le plus souvent par un oeil rouge et douloureux dans son ensemble.

Quels sont les signes de l'Uvéite ?

L'inflammation oculaire peut entraîner des cicatrices (synéchies) responsables des troubles de la vision.

L'uvéite nécessite un traitement urgent qui permet d'éviter les séquelles pouvant se traduire par une baisse de la vision.

Existe-t-il des manifestations cardiaques au cours de la spondylarthrite ?

OUI mais rarement, il a été décrit avec une plus grande fréquence que ne le voudrait le hasard :

- d'une part, des troubles du rythme des battements du coeur (le terme médical est "bloc auriculo-ventriculaire) ;
- d'autre part, des anomalies de certaines valves qui séparent le coeur des gros vaisseaux et notamment de la valve de l'aorte.

Est-il fréquent de se plaindre de fatigue lorsque l'on souffre de spondylarthrite ankylosante ?

A l'évidence, OUI, mais il ne faut pas pour autant accuser la spondylarthrite de tous les maux. Une enquête effectuée par l'association britannique de patients souffrant de spondylarthrite, a révélé que la fatigue était une de leurs plaintes majeures comme la douleur. La signification exacte de cette fatigue est encore mal connue.

L'antigène HLA B27

Pour le comprendre, le plus simple (mais également le plus vrai) est de le comparer au groupe sanguin.

A la surface des globules rouges du sang, les personnes peuvent être différenciées en fonction de certaines protéines, comme par exemple les protéines A, B, O ou rhésus.

Ainsi, on peut définir une personne comme étant du groupe sanguin A+,... ou AB-.

Il existe également des protéines à la surface des globules blancs du sang que l'on appelle HLA (pour Human Leukocyte Antigen). Il existe plusieurs protéines : A, B, DR,... Pour chacune d'entre elles, il en existe plusieurs types : B1, B2,...

Ainsi, la protéine B27 est une protéine du système HLA.

Rôle physiologique de l'antigène HLA B27 :

8 % des personnes en France sont porteuses de l'antigène HLA B27. Le rôle de cet antigène (ou cette protéine) n'est pas clairement établi. Il pourrait être utile dans la lutte naturelle contre les infections.

Quel est le lien existant entre HLA B27 et spondylarthrite :

Il s'agit d'un lien purement statistique. En d'autres termes, l'antigène HLA B27 est retrouvé chez 8 % des gens sans spondylarthrite et chez 60 à 90 % des personnes souffrant de spondylarthropathie. Toutefois, on ne sait pas encore pourquoi ni comment l'antigène HLA B27 pourrait entraîner ou être associé à la spondylarthrite.

Si je suis porteur de l'antigène HLA B27, mes enfants le seront-ils aussi ?

Oui, il existe une possibilité sur quatre ou sur deux pour qu'ils soient porteurs de l'antigène HLA B27...

Et alors ?

cela signifie simplement que ce sont vos enfants et non pas qu'ils vont souffrir de la maladie. □

Si je souffre de spondylarthrite, mes enfants en souffriront-ils ?

Ceci est loin d'être évident. S'il existe un risque plus important pour eux de souffrir de spondylarthrite, cela est loin d'être la règle.

Pour le comprendre, prenons l'exemple existant entre boissons alcoolisées et accidents de la voie publique. On sait que 60 % des responsables d'accidents de la route ont bu, dans les heures qui précèdent l'accident, au moins un verre de vin. A l'inverse (et heureusement) le pourcentage de personnes buvant un verre de vin qui va avoir un accident est infime.

Au cours de la spondylarthrite, la notion d'une atteinte familiale est de l'ordre de 20 à 30 %. Toutefois, le risque de voir survenir une spondylarthrite dans la descendance d'un patient est de moins d'une chance (ou malchance) sur 10.000.

Qu'en est-il des voies de recherche sur la génétique de la spondylarthrite ?

Nous venons de voir que si l'antigène HLA B27 est souvent retrouvé chez les patients souffrant de spondylarthrite, il n'en reste pas moins vrai que la génétique est loin d'être élucidée. Plusieurs voies de recherche sont en cours :

- la protéine B27 pourrait interférer avec le système inflammatoire ou immunitaire.
- Surtout, d'autres gènes, différents de HLA B27 pourraient intervenir dans la survenue de la spondylarthrite.

Existe-t-il d'autres voies de recherche ?

A l'évidence, oui. Nombreux sont les travaux essayant de mettre en évidence un trouble du système immunitaire ou un trouble de la réponse inflammatoire ou un agent infectieux à l'origine de la spondylarthrite. □

Une infection peut-elle être responsable d'une poussée de spondylarthrite ?

Tout dépend si l'on parle de spondylarthrite ou de spondylarthropathie. Il est évident qu'une infection particulière peut être à l'origine d'une arthrite réactionnelle . Il est beaucoup moins évident (ceci n'a jamais été montré) qu'une infection puisse être responsable de la spondylarthrite. □

Comment se fait l'évolution de la spondylarthrite

Nous avons vu pour chacune des localisations cliniques leurs signes cliniques et leurs risques à long terme. L'évolution peut :

- soit se faire sous forme de poussées inflammatoires totalement régressives qui ne s'accompagnent jamais de complications (pas d'ankylose ni d'attitude vicieuse pour l'atteinte axiale, pas d'atteinte cartilagineuse en cas d'arthrite périphérique, pas de trouble de la vision en cas d'uvéite). C'est la forme la plus fréquente ;
- soit se faire sous forme de poussées évolutives avec des complications pour certaines localisations ;
- soit se faire sous forme d'une maladie inflammatoire chronique sans période d'accalmie. □

Existe-t-il des moyens permettant d'établir un pronostic ?

Oui, mais aucun n'est parfait. Il existe tout au plus des signes cliniques qui, s'ils sont absents au début (dans les deux premières années de la maladie) sont prédictifs d'un bon pronostic à long terme. C'est ainsi qu'un patient ayant les caractéristiques suivantes durant les deux premières années d'évolution de sa maladie :

- début de la maladie après l'âge de 16 ans ;
- Bonne réponse au traitement anti-inflammatoire ;
- sans atteinte de la hanche ;
- sans arthrite périphérique ;
- sans élévation de la vitesse de sédimentation au-delà de 30 mn à la première heure ;
- sans raideur rachidienne importante ;

aura probablement une maladie bénigne à long terme.

Qui est atteint de spondylarthrite ?

Il est classique de dire que la spondylarthrite touche préférentiellement l'homme, jeune, avec un début des symptômes vers 25 ans. En fait, on sait maintenant que la spondylarthrite peut tout aussi bien toucher la femme et qu'elle peut débiter dès la petite enfance (on parle alors de spondylarthropathie juvénile).

Plus rares sont les spondylarthrites qui débutent après 50 ans. Il semble par ailleurs que la spondylarthrite se rencontre plus souvent chez certaines ethnies particulières, notamment les Esquimaux, certains indiens d'Amérique alors qu'elle est rare chez le noir africain. Ces différences inter-ethniques semblent s'expliquer par les différences et la fréquence de l'antigène HLA B27 (exceptionnel chez le noir, très fréquent chez les Esquimaux).

Enfin, il semble que la spondylarthrite est aussi fréquente mais plus sévère dans certaines régions du monde comme l'Afrique du Nord, le Sud-Est Asiatique, l'Amérique Latine. Ces différences de sévérité pourraient être expliquées par les différences de niveau socio-économique, mais également de niveau d'hygiène.

Existe-t-il des différences entre la spondylarthrite de l'homme et de la femme ?

Oui, mais en fait assez peu. La spondylarthrite de la femme se manifeste plus souvent par des arthrite périphériques, le diagnostic de l'atteinte axiale est souvent plus long à faire car les radiographies sont longtemps normales.

Existe-t-il un risque particulier de poussée de la maladie en cas de grossesse ?

On peut reformuler cette question de deux façons :

- est-ce que la grossesse influence la spondylarthrite ?
- est-ce que la spondylarthrite influence la grossesse ?

GROSSESSE ET SPONDYLARTHRITE

Toutes les études menées dans ce domaine montrent que tout peut se voir :

- amélioration de la spondylarthrite,
- aucun effet
- poussée de la maladie surtout après l'accouchement.

SPONDYLARTHRITE ET GROSSESSE

La spondylarthrite n'influence pas la grossesse. En d'autres termes :

- il n'y a pas plus de stérilité chez les femmes ayant une spondylarthrite que dans la population générale.
- en cas de grossesse, il n'y a pas plus de fausses couches spontanées ou d'accouchement prématurés.

Cependant, les traitements administrés pour la spondylarthrite peuvent avoir un effet sur la grossesse.

Quelle est l'espérance de vie d'un patient souffrant de spondylarthrite ?

Le caractère bénin de cette affection se traduit le plus souvent par une espérance de vie similaire à celle de la population générale. Bien entendu, en cas de maladie sévère, et notamment en cas d'atteinte cardiaque ou pulmonaire, l'espérance de vie peut alors être diminuée.

2 - TRAITEMENTS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

Sommaire

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <u>Principaux traitements de la S.A.</u> | <u>Quels sont les moyens de vaincre la douleur ?</u> | <u>Anti-inflammatoires AINS</u> |
| <u>Administration des AINS</u> | <u>Qu'est ce qu'un médicament anti-inflammatoire ?</u> | <u>Prise des AINS</u> |
| <u>Recherche en matière d'AINS</u> | <u>Prévention des complications digestives des AINS</u> | <u>Qu'est ce que la rééducation ?</u> |
| <u>Peut-on faire du sport ?</u> | <u>Comment effectuer la kinésithérapie ?</u> | <u>Evaluation des déformations</u> |
| <u>Port d'un corset</u> | <u>Traitement d'une arthrite périphérique</u> | <u>Efficacité de la cortisone</u> |
| <u>Traitement de fond de la S.A.</u> | <u>Régime alimentaire dans le cadre de la S.A.</u> | <u>Traitement d'une talalgie</u> |
| <u>Recours à la chirurgie</u> | <u>Traitement de la S.A. en cas de grossesse</u> | <u>Vaccins</u> |
| <u>Homéopathie</u> | | |

QUELS SONT LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Ils sont nombreux. Toutefois, ils ont tous deux objectifs essentiels :

- Vaincre la douleur et l'inflammation ;
- Prévenir les éventuelles complications : séquelles irréversibles telles que l'attitude vicieuse du rachis en rapport avec une ankylose, la diminution des capacités respiratoires, la rétraction tendineuse et/ou l'atteinte cartilagineuse en cas d'arthrite périphérique, la diminution de l'acuité visuelle en cas d'atteinte oculaire (uvéite).

QUELS SONT LES MOYENS PERMETTANT DE VAINCRE LA DOULEUR ?

La douleur observée au cours de la spondylarthrite est essentiellement due aux phénomènes inflammatoires. Il est donc logique d'utiliser en priorité un traitement anti-inflammatoire. Toutefois, deux éléments à ne pas oublier :

- à côté des médicaments anti-inflammatoires, d'autres moyens thérapeutiques à base de médicaments ou non peuvent être utilisés ;
- à côté de l'inflammation, il existe d'autres causes de la douleur, et notamment les dégâts (attitudes vicieuses, atteinte cartilagineuse, rétraction des orteils...) causés par la maladie. Ils nécessitent une prise en charge thérapeutique particulière.

QU'EST-CE QU'UN MEDICAMENT ANTI-INFLAMMATOIRE ?

On distingue schématiquement deux types de traitements anti-inflammatoires selon qu'ils contiennent ou non de la cortisone.

Ceux qui contiennent de la cortisone sont appelés anti-inflammatoires stéroïdiens et ceux qui n'en contiennent pas, anti-inflammatoires non stéroïdiens ou A.I.N.S. dans le jargon médical.

Les AINS sont la plupart du temps utilisés par voie buccale. Ils peuvent être utilisés par voie transdermique (pommade) mais jamais par voie intra-articulaire.

Les dérivés corticoïdes ou anti-inflammatoires stéroïdiens peuvent être utilisés en se servant de nombreuses voies d'administration, y compris la voie intra (dedans) ou peri (à côté) - articulaire (infiltrations) □

POURQUOI NE PEUT-ON PAS UTILISER LES AINS EN INJECTION INTRA-ARTICULAIRE ?

En fait, cette voie d'administration a déjà été essayée. Elle est très douloureuse ce qui fait qu'elle a été abandonnée.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'ADMINISTRATION DES AINS PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE ?

Ici encore, il n'y en a guère. Deux éléments à comprendre : le risque d'avoir un effet secondaire digestif lié à la prise d'AINS n'a rien à voir avec sa voie d'administration (par la bouche ou en intramusculaire) mais est lié à son mécanisme d'action. En d'autres termes, le risque d'avoir une intolérance digestive est le même que l'AINS soit avalé ou injecté dans la fesse. L'efficacité des AINS est la même quelle que soit la voie d'administration. Seule, la rapidité d'action diffère (mais seulement de quelques heures), ce qui est de peu d'intérêt au cours de la spondylarthrite. Enfin, dernier élément, et non des moindres, il y a un risque d'infection ou d'intolérance locale (nécrose des muscles de la fesse après injection intramusculaire d'AINS).

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'ADMINISTRATION PERCUTANEE DES AINS ?

L'AINS peut être inséré dans un gel, pommade, patch qui peut être appliqué sur une surface douloureuse. A notre connaissance, il n'y a jamais eu d'études scientifiques bien menées dans la spondylarthrite, mais il n'est pas illogique de l'essayer en cas de douleur localisée, d'autant plus que cette voie n'est pas toxique. Si cette décision est prise, il faut avoir à l'esprit que la technique d'administration est importante : au moins trois applications par jour, bien faire pénétrer le produit à chaque application en débordant de la zone douloureuse. □

QUELS SONT LES PRINCIPAUX ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS OU AINS ?

Ils sont très nombreux. L'analyse de la liste (non complète) en annexe 2 vous permettra peut-être de retrouver le vôtre. Il y a plusieurs façons de classer les traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens :

- soit en fonction de leur composition chimique (on utilise alors des noms très techniques comme les "propioniques", les "oxicams",
- soit en fonction de leur durée d'action,
- soit en fonction de leur présentation (comprimés, gélules, suppositoires).

*A QUEL MOMENT DE LA JOURNEE DOIT-ON PRENDRE SON TRAITEMENT ANTI-INFLAMMATOIRE
NON STEROIDIEN OU AINS ?*

Tout dépend de l'AINS. Pour chacun de ces médicaments, il est nécessaire de connaître le temps prévisible au bout duquel il est habituellement efficace et surtout sa durée prévisible d'action.

En effet, il sera nécessaire de prendre l'AINS plusieurs fois par jour si la durée d'action est courte (4 à 8 heures) et en une seule prise quotidienne en cas de durée d'action longue (au moins 12 à 24 heures). De plus, un même AINS à durée d'action courte peut avoir une durée d'action prolongée, grâce à une préparation particulière : on parle généralement de molécule à libération prolongée.

Il est généralement recommandé de prendre son AINS avec un grand verre d'eau et au milieu d'un repas. Néanmoins, en cas de douleur nocturne et/ou d'enraidissement matinal très prolongé, il est possible de prendre son AINS au coucher (et non pas au moment du dîner).

EST-CE QUE L'ASPIRINE EST UN AINS ?

L'aspirine a en fait trois actions différentes selon la dose à laquelle ce médicament est utilisé :

- à petites doses (moins de 300 mg par jour), l'aspirine "fluidifie" le sang (action antiagrégante plaquettaire)
- à doses moyennes (de 500 à 2.000 mg), l'aspirine est antalgique (lutte contre la douleur)
- à doses fortes (plus de 2.000 mg par jour) l'aspirine devient anti-inflammatoire.

PEUT-ON ASSOCIER PLUSIEURS AINS ENTRE EUX ?

NON, car cela est dangereux. Par contre, en fonction de l'horaire et de l'intensité des douleurs, on peut utiliser des médicaments à posologie et à présentation différente. Par exemple, on peut utiliser une forme à libération prolongée à forte dose le soir au coucher et une forme à libération rapide à moindre dose le matin, voire à midi. □

PEUT-ON PREVENIR LES COMPLICATIONS DIGESTIVES DES AINS ?

OUI et NON.

NON en ce sens que l'on ne peut actuellement pas garantir à 100 % l'absence de survenue de complications digestives.

OUI en ce sens que l'on connaît les facteurs qui favorisent ces complications et notamment les ulcères d'estomac. Ce risque digestif est en effet accentué par la prise d'alcool et/ou de tabac.

L'autre facteur qui majore ce risque est le "stress" (lors d'une intervention chirurgicale par exemple). Chez certaines personnes fragiles (âge avancé, antécédents d'ulcères, période péri-opératoire), des médicaments pourront être proposés. De nouvelles molécules AINS agissant sur l'inflammation articulaire avec un risque digestif moindre sont en cours de développement

et devraient être disponibles très prochainement en pharmacie. Enfin, ne jamais oublier que le risque digestif est dû... à la prise d'AINS.

En pratique, cela veut dire qu'il ne faut jamais dépasser les doses prescrites et qu'il ne semble pas, à l'heure actuelle, justifié de poursuivre un traitement AINS en dehors des poussées douloureuses.

EXISTE-T-IL DES COMPLICATIONS DES AINS AUTRES QUE DIGESTIVES ?

Malheureusement OUI, bien que moins fréquents, il faut signaler la possibilité de voir survenir d'autres problèmes : possibilité d'aggraver une hypertension artérielle, possibilité d'aggraver un asthme, des accidents allergiques (éruptions...).

POURQUOI LA PHENYLBUTAZONE EST-ELLE SOUVENT CONSIDEREE COMME UN AINS PARTICULIER ?

La phénylbutazone a été un des tous premiers AINS utilisés. Il s'est révélé rapidement et particulièrement efficace chez les patients souffrant de spondylarthrite ankylosante. Malheureusement, la phénylbutazone semble avoir une toxicité digestive plus grande que les autres AINS. Par ailleurs, elle présente deux autres effets toxiques un peu plus spécifiques (et heureusement très rares) : le risque de nécrose de fesse en cas d'injection intra-musculaire, et le risque d'anomalies des globules blancs. □

LES AINS DOIVENT-ILS ETRE PRIS DE MANIERE SYSTEMATIQUE OU SEULEMENT EN CAS DE POUSSEE DOULOUREUSE ?

La réponse devrait être **OUI** si la prise quotidienne systématique d'AINS était capable de prévenir les complications de la maladie (prévention des rechutes douloureuses, prévention des épisodes d'uvéite, prévention de l'ankylose rachidienne, prévention des attitudes vicieuses ...).

La réponse devrait être **NON** si les AINS sont "seulement" des traitements symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils n'agissent que sur la douleur ressentie au cours des poussées douloureuses et pas sur le cours évolutif de la maladie. Force est de constater qu'il n'existe pas de données scientifiques pour répondre à cette question. Ainsi, plusieurs attitudes sont possibles :

- Prendre le parti que les AINS ont un rôle favorable sur le cours de la maladie et en prendre de manière systématique.
- Considérer qu'il existe un risque non négligeable à la prise continue systématique sur plusieurs années d'AINS et donc le réserver aux périodes douloureuses et l'arrêter en cas d'accalmie de la maladie.
- Prendre l'AINS à une "forte" posologie en cas de poussée douloureuse et à "faible" posologie en cas d'accalmie.

SI JE VAIS BIEN SOUS AINS, COMMENT SAVOIR SI CELA EST DU A L'EFFET DU TRAITEMENT OU BIEN A UNE ACCALMIE DE LA MALADIE ?

installée de façon irréversible. La réadaptation aide alors la personne handicapée à retrouver un maximum d'autonomie et donc sa place dans sa famille et dans son milieu socio-professionnel. Les moyens utilisés sont divers et dépendent de la nature du handicap, des besoins et de l'environnement.

POURQUOI INSISTE-T-ON SUR LA REEDUCATION AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Pour au moins deux raisons : d'une part elle est capable d'améliorer les symptômes des patients (douleur, sensation de raideur...) d'autre part, elle est probablement capable de prévenir des déformations de la maladie dues aux attitudes vicieuses. □

COMMENT EFFECTUER LA KINESITHERAPIE ?

Plusieurs façons :

- bien entendu, en présence d'un kinésithérapeute qui, sur ordonnance médicale, peut d'une part améliorer votre "raideur", d'autre part, vous apprendre les mouvements que vous aurez à effectuer par vous-même, enfin vérifier régulièrement que vous effectuez correctement les mouvements prescrits ;
- par vous-même, après de simples conseils promulgués par votre médecin et/ou une brochure d'information comme celle-ci ;
- certaines équipes vantent les mérites de l'apprentissage de la rééducation par groupes de patients réunis au cours d'une même séance ;
- en cas de problème particulièrement sévère, il peut y avoir indication à une hospitalisation en service de rééducation.

QUEL EST LE ROLE DU KINESITHEREPEUTE ?

Le kinésithérapeute n'a pas un, mais plusieurs rôles à jouer dans la prise en charge des patients souffrant de spondylarthrite :

- il enseigne au patient le programme de gymnastique que celui-ci aura à effectuer à son domicile ;
- il adapte ce programme en fonction de l'état clinique du patient ;
- il vérifie que le programme est bien exécuté ;
- il participe à la prise en charge des patients au centre de rééducation, que ce soit lors des séances de groupe des patients ou lors de l'hospitalisation d'un patient particulier .

QUELS SONT LES MOUVEMENTS A PRIVILEGIER AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Ces mouvements sont affaires de cas d'espèce. On ne peut suppléer ici le rôle du médecin traitant qui posera les indications de kinésithérapie en fonction de l'état clinique du patient. Toutefois, on peut schématiser plusieurs situations :

Cela est en fait impossible. La seule solution est d'arrêter le traitement AINS. S'il s'agit d'une accalmie, la douleur ne réapparaît pas. S'il s'agit d'un effet dû à la prise d'AINS, la douleur va très rapidement revenir, justifiant alors la reprise de l'AINS. □

LA RECHERCHE FAIT-ELLE DES PROGRES EN MATIERE D'AINS ?

Enormément et de manière surprenante. Ces progrès sont liés à notre meilleure connaissance des mécanismes biologiques et biochimiques de l'inflammation. Un grand pas a été fait dans les années 60 quand on s'est aperçu qu'une enzyme (au nom technique de cyclooxygénase) était fortement impliquée dans l'inflammation. Dès lors qu'elle a été connue, on a cherché et réussi à bloquer, empêcher, inhiber son action. Les médicaments sont appelés inhibiteurs de la cyclooxygénase (ce sont les AINS habituels). Malheureusement, la cyclooxygénase est aussi impliquée dans le maintien d'une bonne paroi de l'estomac. Aussi, inhiber la cyclooxygénase revient à améliorer l'inflammation au risque de voir survenir des effets toxiques sur l'estomac. On croyait depuis ne faire des progrès qu'en améliorant quelques détails des AINS qui tous bloquent cette enzyme. En fait, parmi les voies de recherche, on s'est rendu compte au début des années 90 qu'il n'y avait pas une, mais deux enzymes (cyclooxygénase de type I et cyclooxygénase de type II). En résumé, l'enzyme de type I est dans l'estomac, celle de type II dans l'inflammation... Il ne reste plus qu'à trouver des médicaments qui bloquent l'enzyme de type II sans bloquer l'enzyme de type I. On peut ainsi espérer, dans un proche avenir, avoir de nouveaux AINS aussi efficaces que les anciens, mais peut-être mieux tolérés. □

QU'EST-CE QUE LA REEDUCATION ?

La rééducation et la réadaptation fonctionnelle représentent une spécialité médicale.

La rééducation a pour but de corriger une déficience d'installation récente.

La réadaptation a pour but de limiter les conséquences d'un handicap.

Mais qu'est-ce qu'une déficience ? Qu'est-ce qu'un handicap ?

Prenons un exemple qui n'a rien à voir avec les rhumatismes. La presbytie est une "déficience" : nos yeux nous rendent "incapables" de voir de près. Et si nous aimons lire ou coudre par exemple, nous sommes "handicapés" pour le faire. L'ophtalmologiste, malgré les progrès de la médecine, n'a pas le pouvoir de corriger cette déficience, mais supprime le handicap en prescrivant un "appareil" approprié, c'est-à-dire des lunettes. En d'autres termes, aucun traitement ne permet aux yeux de recouvrer une acuité visuelle normale, mais les lunettes rendent la possibilité de faire toutes les activités qui nécessitent de bien voir de près.

Reprenons le cas des spondylarthropathies.

La rééducation, associée à un traitement médicamenteux bien conduit, peut prévenir l'ankylose articulaire (par exemple l'ankylose des petites articulations de la paroi thoracique qui compromet les capacités respiratoires). Quand l'ankylose ne peut être évitée, la rééducation peut au moins permettre que les articulations s'enraidissent en bonne position, c'est-à-dire dans une position qui ne compromet pas la fonction. Par exemple, le cou est enraidit, il faut faire tout ce qui est possible pour qu'il s'enraidisse avec la tête droite afin de pouvoir continuer à regarder en face de soi sans peine. Malheureusement, l'équipe de rééducation intervient parfois trop tardivement c'est-à-dire quand une "attitude vicieuse" s'est

COMMENT LE MEDECIN FAIT-IL POUR EVALUER LES DEFORMATIONS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Des mesures simples sont nécessaires pour vérifier l'absence d'apparition de déformations rachidiennes et donc utiles pour aider les indications du traitement physique. Ces mesures comprennent notamment :

- l'évaluation de la cambrure des reins,
- l'évaluation de la capacité du thorax à s'expandre,
- l'évaluation de l'absence de projection de la tête et du cou en avant. □

A QUOI SERT LE PORT D'UN CORSET DANS LA SPONDYLARTHRITE ?

A réduire les déformations. Il peut être indiqué soit pour améliorer la cambrure des reins, soit pour réduire la cyphose dorsale (dos voûte), soit pour réduire la cyphose dorsale et cervicale (dos voûte avec projection en avant de la tête et du cou). □

LA CORTISONE EST-ELLE EFFICACE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Tout dépend de ce que l'on entend par cortisone et par spondylarthrite.

- La cortisone peut s'administrer par voie systémique ou générale (par le bouche, par perfusion, par piqûre intramusculaire) ou par voie locale (infiltration dans les articulations, injection autour de l'oeil)...
- A l'évidence, la cortisone est utile pour traiter les épisodes d'uvéïte (soit par voie locale, soit pas voie systémique).
- A l'évidence, la cortisone, administrée par voie générale est efficace sur les arthrites périphériques observées au cours des spondylarthropathies.
- Par contre, la cortisone administrée par voie générale, n'est que très peu efficace sur l'atteinte axiale de la spondylarthrite.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DES INFILTRATIONS DE CORTISONE DANS LA SPONDYLARTHRITE ?

- EN CAS D'ENTHESIOPATHIE ?

C'est une très bonne indication en cas d'atteinte localisée persistante.

- EN CAS D'ARTHRITE PERIPHERIQUE ?

- en l'absence de symptômes (douleur, raideur) évoquant une atteinte axiale, il ne semble pas y avoir lieu de proposer une kinésithérapie systématique ;

- en présence de symptômes cliniques, mis sans déformation à l'examen clinique et notamment pas de perte de la cambrure des reins (cf. "signes de l'ankylose rachidienne"), deux attitudes possibles :

. Soit apprendre quelques mouvements à effectuer auprès d'un kinésithérapeute,

. Soit effectuer soi-même quelques mouvements simples, à savoir d'une part s'astreindre à des postures en hyper-extension du rachis lombaire au moins 20 minutes par jour (en pratique, lire ou regarder la télévision à plat ventre sur le sol dans la position du sphinx), d'autre part, maintenir des activités physiques et si possibles les activités sportives telle la natation,

. Soit effectuer soi-même les mouvements plus complexes tels que ceux proposés dans l'annexe 4 ;

- En présence de symptômes cliniques avec déformation, il y a lieu de consulter en milieu spécialisé pour une prise en charge multidisciplinaire (rhumatologue, rééducateur, kinésithérapeute...).

POURQUOI INSISTE-T-ON SUR LA REEDUCATION RESPIRATOIRE ?

Nous avons vu qu'un des risques à long terme de l'atteinte axiale est la mobilité, voire l'ankylose des articulations du rachis, mais également des côtes. Cette ankylose de la cage thoracique peut entraîner des difficultés à ventiler correctement les poumons. Cette ankylose peut survenir de manière sournoise. Une fois installée elle sera difficile à traiter. ☐

PEUT-ON FAIRE DU SPORT QUAND ON A UNE SPONDYLARTHRITE ?

On peut bien évidemment faire du sport, mais il ne faut pas le faire dans un esprit de compétition. Le sport vient en complément de la gymnastique préconisée par le médecin et le kinésithérapeute. La pratique de certains sports peut même -au moins partiellement- remplacer la gymnastique conseillée. Et comme pour tous, le sport entretient le capital musculaire, les performances cardiorespiratoires, le moral... Il faut choisir de préférence des sports qui n'exposent pas à des traumatismes ou des microtraumatismes, au froid et à l'humidité.

La natation est excellente, mais il est recommandé de se baigner dans une eau tiède (température > 25°). Le dos crawlé est la nage conseillée : il permet de mobiliser et de muscler l'ensemble du corps, de redresser le dos et à chaque battement de bras, d'ouvrir la cage thoracique et de travailler la respiration. Par contre la brasse et le crawl ne sont pas recommandés parce que la position du dos n'est pas bonne.

Le Volley-ball est également un excellent sport, parce qu'il incite à se redresser.

Si vous aimez faire du vélo, ne vous privez pas, mais aménagez votre vélo pour ne pas vous tenir avec le dos rond. Ne choisissez pas un VTT, mais plutôt un vélo hollandais et remontez le guidon ! ☐

- en cas d'atteinte extra-articulaire sévère (par exemple, récurrence trop fréquente d'épisodes d'uvéïte) ;
- par contre, ces traitements n'ont généralement pas ou peu d'efficacité en cas d'atteinte axiale de la spondylarthrite. □

QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS DE TRAITER UNE TALALGIE ?

La talalgie, qu'elle soit inférieure ou postérieure (cf. "douleur du talon"), réagit souvent bien au repos... et ne résiste qu'exceptionnellement au temps. En d'autres termes, même quand elle semble très douloureuse, très invalidante, elle finit généralement par céder complètement et spontanément. Nombreux sont les moyens thérapeutiques spécifiques (en dehors des AINS) :

- en cas de talalgie inférieure :
 - infiltration,
 - port d'une talonnette permettant d'éviter l'appui du talon à la marche,
 - exceptionnellement, (en cas d'atteinte évoluant depuis plus de deux ans, rebelle au traitement), peut se discuter une radiothérapie anti-inflammatoire locale,

- en cas de talalgie postérieure :

infiltration d'une bursite,

exceptionnellement, en cas d'atteinte sévère et persistante peut se discuter une intervention chirurgicale. □

EN DEHORS DES INFILTRATIONS DE CORTISONE, QUELS SONT LES AUTRES MOYENS DE TRAITEMENT D'UNE ARTHRITE PERIPHERIQUE ?

Ils sont de deux types : les traitements physiques et les traitements médico-chirurgicaux.

- **Les traitements physiques** comprennent le repos articulaire, la rééducation (ergothérapie, kinésithérapie).

- **L'indication des traitements chirurgicaux** dépend de l'importance de l'inflammation synoviale et de l'existence d'une destruction cartilagineuse (cf. "atteinte articulaire périphérique").

Pour lutter contre l'inflammation du tissu synovial, on peut avoir recours à des synoviorthèses (injection intra-articulaire d'un produit agissant non seulement sur l'inflammation, mais également sur la prolifération du tissu synovial). On peut injecter, soit un corticoïde retard (Hexatrione) soit un produit radio-actif appelé isotope (Erbium, Rhénium, Yttrium). On peut également atteindre ce but (supprimer l'augmentation du tissu synovial) en enlevant cette synovie. On parle alors de synovectomie, que celle-ci soit réalisée à l'aide d'une arthroscopie

C'est également une très bonne indication à condition de ne pas les répéter trop souvent (2 à 3 par an).

- EN CAS D'ATTEINTE AXIALE ?

Cela peut être utile quand la douleur est très localisée, par exemple à une articulation sacro-illiaque et/ou à une articulation vertébrale (articulaire postérieure, cf "signes de l'atteinte rachidienne"). □

QU'APPELLE-T-ON TRAITEMENT DE FOND DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Les traitements de fond sont généralement appelés traitements à action lente. Ils se différencient des anti-inflammatoires non stéroïdiens par leur délai d'action, leur effet sur l'inflammation et leur effet à long terme.

Leur délai d'action : à l'inverse des AINS ces médicaments n'agissent sur l'inflammation et la douleur qu'après quelques semaines, voire quelques mois d'utilisation. Il est donc inutile d'escompter un effet bénéfique en quelques jours et "ridicule" d'arrêter ces traitements prématurément.

Leur effet sur l'inflammation : les traitements de fond sont capables de réduire l'inflammation, que celle-ci se manifeste par la présence d'articulations périphériques gonflées ou par une élévation dans le sang de la protéine C réactive ou de la vitesse de sédimentation globulaire (examen sanguin).

Leur effet à long terme : A l'heure actuelle, on ne sait pas si les traitements de fond sont capables ou non d'influencer le cours évolutif de la maladie.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS DE FOND DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Les médicaments les plus couramment utilisés sont :

- avant tout la salazosulfapyridine (annexe 5)

- mais également :

. les sels d'or

. Le méthotrexate .

QUELLES EST LA PLACE DES TRAITEMENTS DE FOND DANS LA SPONDYLARTHRITE ?

Ces traitements sont indiqués :

- en cas d'atteinte articulaire périphérique importante (plusieurs articulations atteintes) et persistantes (plusieurs semaines ou mois) malgré un traitement AINS ;

ou au cours d'un acte chirurgical. Si le cartilage est trop abîmé, on peut soit bloquer l'articulation chirurgicalement (arthrodèse), soit la remplacer (prothèse).

COMMENT TRAITER UNE ATTEINTE DES ORTEILS ?

Comme toute autre atteinte articulaire périphérique. Toutefois, en cas d'atteinte des articulations des orteils, une attitude vicieuse (rétraction des orteils) peut apparaître très rapidement et sera alors difficile à réduire. □

QUAND ET POURQUOI AVOIR RECOURS A LA CHIRURGIE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Nous avons déjà abordé les indications de la chirurgie :

- en cas de talalgie postérieure rebelle ;
- en cas de persistance d'inflammation d'arthrite périphérique (justifiant alors une synovectomie) ;
- en cas d'atteinte articulaire périphérique destructrice (justifiant alors soit une arthrodèse, soit une mise en place de prothèse ;

La chirurgie peut également être (mais exceptionnellement) indiquée en cas d'atteinte axiale et notamment pour réparer une fracture ou pour réparer une attitude vicieuse trop prononcée (par exemple, dos voûté et projection de la tête et du cou en avant telle que le patient ne peut plus voir la ligne d'horizon en face de lui). □

DOIT-ON SUIVRE UN REGIME PARTICULIER DANS LE CADRE DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

A priori, non. On pourrait éventuellement apporter deux nuances à cette affirmation - en cas de traitement par la cortisone, il est recommandé de suivre un régime peu salé, pauvre en sucre et en produits sucrés (confiture, miel...) riche en calcium et en protéines et également un régime pauvre en graisses animales (beurre, crème fraîche, charcuterie...)

- La supplémentation en graisses particulières (acides gras poly-insaturés) pourrait avoir un effet anti-inflammatoire. Ceci n'a jamais été démontré de manière scientifique au cours de la spondylarthrite ankylosante. Les principales sources alimentaires d'acides gras sont résumées dans l'annexe 6.

Il existe plusieurs possibilités pour enrichir l'alimentation avec ces acides gras particuliers :

- modifier ses habitudes alimentaires et préférer les acides gras qui ont une action anti-inflammatoire (acides gras oméga 3, acides gras oméga 6). En annexe, se trouve la liste des principales sources alimentaires de ces acides gras. Il faut reconnaître que cette simple modification d'habitude alimentaire ne peut avoir qu'une efficacité minime. Ainsi, les deux attitudes suivantes ont été préconisées :

- compléter l'alimentation par des gélules contenant ces acides gras particuliers. Ces gélules (d'huile de Bourrache ou d'onagre) sont disponibles en pharmacie et parapharmacie,

- en cas d'atteinte extra-articulaire sévère (par exemple, récurrence trop fréquente d'épisodes d'uvéïte) ;
- par contre, ces traitements n'ont généralement pas ou peu d'efficacité en cas d'atteinte axiale de la spondylarthrite. □

QUELS SONT LES DIFFERENTS MOYENS DE TRAITER UNE TALALGIE ?

La talalgie, qu'elle soit inférieure ou postérieure (cf. "douleur du talon"), réagit souvent bien au repos... et ne résiste qu'exceptionnellement au temps. En d'autres termes, même quand elle semble très douloureuse, très invalidante, elle finit généralement par céder complètement et spontanément. Nombreux sont les moyens thérapeutiques spécifiques (en dehors des AINS) :

- en cas de talalgie inférieure :
 - infiltration,
 - port d'une talonnette permettant d'éviter l'appui du talon à la marche,
 - exceptionnellement, (en cas d'atteinte évoluant depuis plus de deux ans, rebelle au traitement), peut se discuter une radiothérapie anti-inflammatoire locale,

- en cas de talalgie postérieure :

infiltration d'une bursite,

exceptionnellement, en cas d'atteinte sévère et persistante peut se discuter une intervention chirurgicale. □

EN DEHORS DES INFILTRATIONS DE CORTISONE, QUELS SONT LES AUTRES MOYENS DE TRAITEMENT D'UNE ARTHRITE PERIPHERIQUE ?

Ils sont de deux types : les traitements physiques et les traitements médico-chirurgicaux.

- **Les traitements physiques** comprennent le repos articulaire, la rééducation (ergothérapie, kinésithérapie).
- **L'indication des traitements chirurgicaux** dépend de l'importance de l'inflammation synoviale et de l'existence d'une destruction cartilagineuse (cf. "atteinte articulaire périphérique").

Pour lutter contre l'inflammation du tissu synovial, on peut avoir recours à des synoviorthèses (injection intra-articulaire d'un produit agissant non seulement sur l'inflammation, mais également sur la prolifération du tissu synovial). On peut injecter, soit un corticoïde retard (Hexatrione) soit un produit radio-actif appelé isotope (Erbium, Rhénium, Yttrium). On peut également atteindre ce but (supprimer l'augmentation du tissu synovial) en enlevant cette synovie. On parle alors de synovectomie, que celle-ci soit réalisée à l'aide d'une arthroscopie

mais elles sont chères et peu dosées en acide gras (à titre d'exemple, 20 gélules d'huile de Bourrache ou d'onagre sont équivalentes à 1 cuillère à soupe d'huile de Bourrache) ;

- s'aider de médicaments contenant de plus fortes doses de tels acides gras. Les médicaments disponibles en France ont été développés pour traiter des troubles métaboliques (hypertriglycéridémie). Ils ne sont pas indiqués dans la spondylarthrite. Par ailleurs, le dosage est encore insuffisant pour avoir un effet anti-inflammatoire net. Dans d'autres pays et notamment dans les pays scandinaves, des gélules chères et non remboursées par les services de santé sont disponibles en pharmacie. □

LES VACCINS PEUVENT-ILS ETRE ADMINISTRES AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

OUI sans aucune restriction.

Aucune vaccination n'est contre-indiquée.

Tous les vaccins sont efficaces.

Il n'existe pas de vaccin contre la spondylarthrite.

PEUT-ON ETRE TRAITÉ PAR UN "SERUM" VACCINAL PRÉPARÉ À PARTIR DE SES SELLES ?

Il s'agit d'une pratique utilisant un pseudo-vaccin fabriqué à partir des selles du patient. Il a suscité le développement d'un vaste réseau en France qui a pris pour cible privilégiée la rhumatologie. Ce traitement est guidé par des examens complémentaires très nombreux, inutiles, non remboursés, avec une connotation pseudo-scientifique abusant le patient, mais aussi certains médecins mal informés. Il faut savoir que ce pseudo-vaccin n'a pas démontré son efficacité, ni son innocuité. Il n'y a pas non plus (et à juste titre) de prise en charge par la sécurité sociale. □

L'HOMÉOPATHIE EST-ELLE EFFICACE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

L'homéopathie utilise les mêmes produits de base que la médecine traditionnelle, mais en très faible quantité. Des études scientifiques correctement conduites ont conclu à l'inefficacité de l'homéopathie, c'est-à-dire à l'absence de supériorité d'un traitement homéopathique par rapport à un traitement contrôle : placebo. Ceci n'empêche toutefois pas nombre de malades d'y avoir recours. Ces traitements semblent non toxiques.

EST-IL POSSIBLE D'ASSOCIER UN TRAITEMENT HOMÉOPATHIQUE AU TRAITEMENT CONVENTIONNEL ?

OUI, s'il s'agit d'un traitement homéopathique prescrit par un médecin et délivré par une officine. Cependant, il faut se méfier de certains traitements "homéopathiques" qui en fait ne le sont pas et qui contiennent toutes sortes de produits (corticoïdes, diurétiques, anabolisants, sédatifs ...) pouvant interférer avec les traitements conventionnels.

ou au cours d'un acte chirurgical. Si le cartilage est trop abîmé, on peut soit bloquer l'articulation chirurgicalement (arthrodèse), soit la remplacer (prothèse).

COMMENT TRAITER UNE ATTEINTE DES ORTEILS ?

Comme toute autre atteinte articulaire périphérique. Toutefois, en cas d'atteinte des articulations des orteils, une attitude vicieuse (rétraction des orteils) peut apparaître très rapidement et sera alors difficile à réduire. □

QUAND ET POURQUOI AVOIR RECOURS A LA CHIRURGIE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ?

Nous avons déjà abordé les indications de la chirurgie :

- en cas de talalgie postérieure rebelle ;
- en cas de persistance d'inflammation d'arthrite périphérique (justifiant alors une synovectomie) ;
- en cas d'atteinte articulaire périphérique destructrice (justifiant alors soit une arthrodèse, soit une mise en place de prothèse ;

La chirurgie peut également être (mais exceptionnellement) indiquée en cas d'atteinte axiale et notamment pour réparer une fracture ou pour réparer une attitude vicieuse trop prononcée (par exemple, dos voûte et projection de la tête et du cou en avant telle que le patient ne peut plus voir la ligne d'horizon en face de lui). □

DOIT-ON SUIVRE UN REGIME PARTICULIER DANS LE CADRE DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

A priori, non. On pourrait éventuellement apporter deux nuances à cette affirmation - en cas de traitement par la cortisone, il est recommandé de suivre un régime peu salé, pauvre en sucre et en produits sucrés (confiture, miel...) riche en calcium et en protéines et également un régime pauvre en graisses animales (beurre, crème fraîche, charcuterie...)

- La supplémentation en graisses particulières (acides gras poly-insaturés) pourrait avoir un effet anti-inflammatoire. Ceci n'a jamais été démontré de manière scientifique au cours de la spondylarthrite ankylosante. Les principales sources alimentaires d'acides gras sont résumées dans l'annexe 6.

Il existe plusieurs possibilités pour enrichir l'alimentation avec ces acides gras particuliers :

- modifier ses habitudes alimentaires et préférer les acides gras qui ont une action anti-inflammatoire (acides gras oméga 3, acides gras oméga 6). En annexe, se trouve la liste des principales sources alimentaires de ces acides gras. Il faut reconnaître que cette simple modification d'habitude alimentaire ne peut avoir qu'une efficacité minime. Ainsi, les deux attitudes suivantes ont été préconisées :

- compléter l'alimentation par des gélules contenant ces acides gras particuliers. Ces gélules (d'huile de Bourrache ou d'onagre) sont disponibles en pharmacie et parapharmacie,

QUE PENSER DES MEDECINES PARALLELES ?

Les enquêtes effectuées montrent que la plupart des utilisateurs de médecines non conventionnelles n'en parlent pas à leur médecin traitant. Ceci suggère un manque de communication entre le médecin et le malade. Il est, d'une part, lié au fait que les médecins n'envisagent pas que leur patient sollicite en parallèle d'autres traitements et, d'autre part, que les malades n'osent pas dire qu'ils ont essayé tel ou tel traitement de peur d'être mal compris. Les médecins manquent de données objectives pour se forger une réelle opinion des médecines parallèles et informer les malades. □

PRINCIPES A CONSIDERER POUR LE TRAITEMENT DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE AU COURS D'UNE GROSSESSE

INTERROMPRE TOUS LES TRAITEMENTS NE PARAISSANT PAS INDISPENSABLES

ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS (AINS)

- Non formellement contre-indiqués,
- interrompre si possible avant 32 semaines de gestation (6ème mois de grossesse).

CORTISONE

- Utilisables pendant toute la durée de la grossesse sous forme de prednisone et/ou de prednisolone.

TRAITEMENT DE FOND

- A interrompre 3 mois avant d'envisager une grossesse :

méthotrexate,

ciclosporine.

- A interrompre lorsque la grossesse est connue (selon certains rhumatologues possibilité de poursuivre durant la grossesse) :

sels d'or,

sulfasalazine.

- Discuter (cas par cas) la reprise après l'accouchement.

3 - Aspect social de la spondylarthrite ankylosante

Sommaire

| | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| <u>Association de malades</u> | <u>Comment gérer une activité professionnelle ?</u> | <u>Rôle de l'assistante sociale</u> |
| <u>Sécurité sociale</u> | <u>Prise en charge à 100%</u> | <u>CDES et COTOREP</u> |
| <u>Pension d'invalidité</u> | <u>Allocation adulte handicapé</u> | <u>Allocation compensatrice</u> |
| <u>Aide à domicile</u> | <u>Avantages sociaux</u> | |

EXISTE-T-IL DES ASSOCIATIONS DE MALADES ATTEINTS DE SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

OUI, il en existe dans de nombreux pays. En France, l'A.C.S.A.C. réunit les patients.

Faire partie d'une association de malades a un triple intérêt :

- le premier est de renforcer "l'image" de la maladie vis-à-vis des pouvoirs publics. En d'autres termes, plus la représentation de ces associations est grande, plus la maladie est reconnue par les pouvoirs publics, plus les attributions (moyens financiers, reconnaissance sociale...) leur seront accordées ;
- le deuxième est d'informer les patients. Le présent manuel est un moyen d'informer. Nous ne pouvons que recommander l'accès à d'autres sources d'information telles les brochures éditées régulièrement par les associations.
- la troisième est de pouvoir aborder les problèmes spécifiques des patients souffrant de spondylarthrite. Nombre de patients (même s'ils n'en sont pas convaincus au début) nous disent profiter grandement des réunions que les associations organisent. □

COMMENT GERER UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE QUAND ON SOUFFRE DE SPONDYLARTHRITE ?

Le plus souvent, la spondylarthrite permet une vie professionnelle normale quelle que soit la nature de cette profession. Toutefois, si la spondylarthrite semble sévère et qu'elle se déclare avant toute activité professionnelle, il est prudent d'envisager une orientation professionnelle. Cela ne veut pas dire que seuls les métiers strictement sédentaires seront alors autorisés ! Au contraire, il vaut mieux écarter les professions immobilisant longtemps dans une même position, il faut exclure les travaux de force ou même les métiers imposant le port de charges lourdes, les travaux exposant au froid et à l'humidité et les métiers imposant de longs trajets ou dans des véhicules mal suspendus. Quand la spondylarthrite débute à l'âge adulte alors que l'on a déjà une profession, il faut continuer tant que la santé le permet, même si ce n'est pas une activité professionnelle parfaitement adaptée. On se porte souvent mieux en poursuivant son travail, même en souffrant (parce que arrêter retentit sur le moral...). Par contre, il ne faut

pas hésiter à faire appel au médecin du travail, éventuellement par l'intermédiaire d'un(e) assistant(e) social(e), car l'aménagement du poste de travail peut apporter un grand soulagement. Ce n'est qu'en dernier recours que l'on envisage un reclassement professionnel.

QUEL EST LE ROLE DE L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E) ?

La complexité du système social et la multiplicité des aides qui peuvent vous être offertes justifient l'aide des professionnels. Ces professionnels sont les assistants sociaux qui vous accompagnent et vous guident afin de faire connaître les droits et aides dont vous pouvez bénéficier en fonction de votre état de santé, de votre statut social, du lieu d'habitation et bien d'autres paramètres encore.

Ainsi l'assistant(e) social(e) intervient pour :

- la prise en charge sociale : ouverture de droits, rétablissement ou maintien des droits, mutuelles, carte santé, etc...
- l'aide à la reconnaissance du handicap auprès de la COTOREP, orientation, maintien (aménagement du poste de travail), reclassement ou formation professionnelle, maintien à domicile et mise en place éventuelle des aides financières nécessaires (aménagement du domicile, aides manuelles...),
- l'information concernant les associations s'adressant aux personnes atteintes de la spondylarthrite, les différents organismes juridiques.
- le soutien psychologique.

COMMENT SOLLICITER L'AIDE D'UN(E) ASSISTANT(E) SOCIAL(E) ?

Si vous êtes hospitalisé, il est relativement facile de voir l'assistante sociale qui est rattachée au service hospitalier qui vous accueille. Si vous n'êtes pas hospitalisé, il faut alors téléphoner, aller à la mairie ou au centre de sécurité sociale auquel vous êtes rattaché.

QU'EST-CE QUE LA SECURITE SOCIALE ET QUELLE EST LA DIFFERENCE ENTRE ASSURE SOCIAL ET AYANT DROIT ?

Les régimes de la Sécurité Sociale sont des assurances obligatoires et automatiques dont les ressources proviennent des cotisations des travailleurs et employeurs (selon les revenus du travail et jusqu'à 60 ans). Un "assuré social" est une personne qui travaille au moins 60 heures par mois. "L'ayant droit" est la personne qui se trouve à la charge de l'assuré social (par exemple les enfants) et qui bénéficie de la Sécurité Sociale par son intermédiaire.

La différence entre "assuré social" et "ayant droit" est importante. En effet, "assuré social" et "ayant droit" peuvent être pris en charge à 100 % pour le remboursement des soins (médicaments, consultations médicales, rééducation, hospitalisations...) mais seul l'assuré social en activité peut obtenir des indemnités (aides financières) telles qu'indemnités

La COTOREP est chargée de mettre en oeuvre et de coordonner l'ensemble des mesures en faveur des personnes handicapées adultes (âgées de plus de 20 ans). Elle est organisée autour de deux pôles de compétence :

- l'insertion professionnelle : reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, orientation professionnelle.
- L'insertion sociale : carte d'invalidité, prestations, avantages, orientation en établissement médico-social.

QUE SONT LA PENSION D'INVALIDITE, L'ALLOCATION D'ADULTE HANDICAPE, L'ALLOCATION COMPENSATRICE ET EXISTE-T-IL D'AUTRES AIDES POSSIBLES?

La PENSION D'INVALIDITE est une indemnité versée mensuellement par la Sécurité Sociale aux assurés sociaux incapables de travailler partiellement ou totalement. En d'autres termes, cette pension vise à compenser la perte de salaire liée à la réduction de la capacité de travail. Son montant dépend des revenus habituels du patient et du nombre d'années pendant lesquelles il a travaillé. Cette pension est versée jusqu'à l'âge de 60 ans et est ensuite remplacée par une compensation à la retraite d'un montant nécessairement inférieur.

L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPE est une aide financière qui ne dépend pas de la Sécurité Sociale. Elle est accordée par la COTOREP et réservée aux personnes ayant un handicap assez important, c'est-à-dire égal ou supérieur à 80 % selon le barème établi par la COTOREP (attention ! le pourcentage de handicap défini par la COTOREP n'a aucun rapport avec la classification en invalidité (1ère, 2ème ou 3ème catégorie) définie par la Sécurité Sociale). Cette allocation peut également être accordée aux personnes ayant un handicap compris entre 50 et 80 % lorsqu'il y a impossibilité à se procurer un emploi en raison du handicap.

La COTOREP n'est pas organisme payeur. L'allocation est une somme d'argent versée chaque mois par la CAF ou Caisse d'Allocations Familiales. Vous disposez de l'argent que la CAF vous verse, c'est-à-dire que vous n'avez pas à vous justifier sur la façon dont vous le dépensez.

Attention !

La pension d'invalidité et l'allocation adulte handicapé, bien que n'étant ni accordées ni versées par les mêmes organismes ne s'additionnent pas au-delà d'un plafond égal à 3.500 F (septembre 1997), on ne peut espérer toucher en plus une allocation adulte handicapé. Comme toujours, il y a des plafonds.

L'ALLOCATION COMPENSATRICE est, comme l'allocation d'adulte handicapé, une aide financière accordée par la COTOREP et versée mensuellement par la CAF. Elle est complémentaire de l'allocation adulte handicapé pour aider à des besoins supplémentaires telles l'aide d'une tierce personne. En effet, ce n'est pas parce que la COTOREP reconnaît

journalières en cas d'arrêt de travail et éventuellement la pension d'invalidité (faite pour compenser la perte de salaire liée à la réduction de la capacité de travail).☐

QUE VEUT DIRE ETRE PRIS EN CHARGE A 100 % LORSQUE L'ON A UNE SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE ?

Pour que les soins d'un patient souffrant de spondylarthrite ankylosante soient remboursés à 100 % par la Sécurité Sociale, il faut que le rhumatisme ait une certaine gravité et que la maladie soit évolutive (c'est-à-dire qu'elle justifie finalement de traitements coûteux et prolongés).

La demande de prise en charge à 100 % est établie par le médecin et accordée par le médecin conseil de la Sécurité sociale. Les malades "ayant droit" comme les malades "assurés" peuvent bénéficier du remboursement des soins à 100 %. Cet avantage n'est pas définitif et la demande doit être renouvelée régulièrement. Etre pris en charge à 100 % signifie que les soins (médicaments, consultations médicales, examens sanguins, radiologiques ou autres, kinésithérapie, séjours à l'hôpital, etc) sont totalement remboursés pour la maladie dont vous êtes affecté.

Mais attention !

La Sécurité Sociale a défini un tarif pour chaque médicament, chaque acte médical ou paramédical et c'est ce montant défini par la Sécurité Sociale (TIPS : tarif de responsabilité ou tarif interministériel des prestations sanitaires) qui est remboursé à 100 %. Ainsi, par exemple, si vous êtes soigné par un médecin dont la consultation coûte plus cher que le montant fixé par la Sécurité sociale, (médecin conventionné en secteur II), le "dépassement d'honoraires" est à votre charge (il est remboursé par votre mutuelle si vous avez choisi d'en prendre une et que votre contrat le prévoit).

Attention ! Si vous êtes pris en charge à 100 % pour la spondylarthrite, cela signifie que seuls les soins du rhumatisme sont totalement remboursés. Par exemple, le traitement d'une verrue plantaire ne sera pas remboursé à 100 % : celle fois-ci, il faudra payer le ticket modérateur (frais éventuellement remboursé par votre mutuelle).☐

QUE SONT LA CDES ET LA COTOREP ?

La CDES (Commission Départementale de l'Education Spéciale) et la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) sont deux organismes équivalents, mais la CDES s'occupe des enfants et des adultes de moins de 20 ans, alors que la COTOREP s'adresse aux adultes de plus de 20 ans. Comme ce sont des organismes qui relèvent de la solidarité nationale, les aides accordées sont identiques que l'on soit travailleur ou non.

La CDES décide si l'état d'un jeune patient handicapé justifie un hébergement dans un centre spécialisé (les frais d'accueil dans ce centre étant ensuite pris en charge par la Sécurité Sociale), s'il a le droit de recevoir une allocation spéciale pour faciliter son éducation (cette aide financière est accordée par la CDES puis versée mensuellement par la CAF ou Caisse d'Allocations Familiales).