

La lombalgie inflammatoire

Inflammatory low back pain

A. Peretz

Clinique de Rhumatologie, C.H.U. Brugmann

RESUME

La lombalgie est une cause très fréquente de consultation chez le médecin généraliste et chez les spécialistes de la pathologie ostéo-articulaire. Il est important de pouvoir identifier les patients qui souffrent de lombalgies inflammatoires (5 à 10 %), dont l'approche et le traitement sont différents. Parmi ces causes, les spondylarthropathies et, en particulier, la spondylarthrite ankylosante (SPA) sont les plus fréquentes. Les caractéristiques de la douleur à caractère inflammatoire permettent d'orienter le diagnostic et de proposer la mise au point adéquate qui comporte une biologie et des examens radiologiques qui vont des examens standards à l'IRM. Le traitement de la SPA repose d'abord sur l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et pour les formes périphériques, la salazopyrine et le méthotrexate (MTX). En cas de non-réponse à ces traitements, l'administration de molécules anti tumor necrosis factor (TNF) comme l'infliximab, l'éta nercept ou l'adalimumab offre un bénéfice chez environ 50 % des patients. Une restriction concerne les patients présentant une atteinte oculaire (uvéite) qui ne doivent pas recevoir d'éta nercept qui risque d'aggraver leur uvéite.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 290-3

ABSTRACT

Low back pain is a frequent symptom to consult the general practitioner or the osteo-articular specialist. It is important to identify patients with inflammatory back pain (5 to 10 %) because the management and the treatment are different. Spondylarthropathies, especially ankylosing spondylitis (AS) are the most frequently encountered. The inflammatory characteristics of pain give clues for the diagnosis and allow to make appropriate management. Biological tests and imaging from X rays to MRI are used. As therapy is primarily based on NSAID use, in case of unsatisfactory response in peripheral arthritis, disease modifying drugs such as salazopyrine and methotexate (MTX) are used. Anti TNF are used in AS patients unresponsive to previous therapy (infliximab, etanercept, adalimumab) with a response in 50 % of the patients. Etanercept is however not indicated in patients with uveitis.

Rev Med Brux 2007 ; 28 : 290-3

Key words : back pain, inflammation, ankylosing spondylitis, anti-TNF therapy

INTRODUCTION

La lombalgie est un symptôme, non une maladie. La définition de la lombalgie est une douleur de la région lombaire basse, pouvant être accompagnée d'une limitation de la mobilité et d'une raideur. On parle de lombalgie commune ou lombalgie non spécifique lorsqu'il n'existe aucune évidence d'une pathologie entrant dans un cadre nosologique précis (lombalgie spécifique). Si la durée de la symptomatologie est inférieure à un mois, on parle de lombalgie aiguë, sinon de lombalgie chronique. 50 à 85 % des sujets de la population générale souffrent au moins une fois dans leur vie de douleurs de dos. La prévalence annuelle de

la lombalgie aiguë varie entre 20 et 45 % et la lombalgie aiguë est la deuxième plainte motivant une consultation médicale. Même si cette affection évolue en règle générale favorablement, avec un taux de guérison de 90 % dans les 6 à 12 semaines, les 10 % qui évoluent mal occasionnent environ 75 % des coûts ; parmi ceux qui nécessitent un arrêt de travail de 6 mois, 50 % n'y retournent plus jamais, ceci augmente à 90 % après 2 ans d'arrêt de travail !^{1,2}.

Les lombalgies sont parmi les cinq motifs de consultation les plus fréquents et représentent entre 3 à 6 % des consultations en médecine générale.

La lombalgie inflammatoire représente 5 à 10 % des lombalgies rencontrées. Il est cependant impérieux de ne pas passer à côté cet aspect.

Les caractéristiques principales de la lombalgie inflammatoire sont, selon Calin *et al.*³ :

- début à un âge < 40 ans ;
- douleur depuis plus de 3 mois ;
- début insidieux ;
- raideur matinale ;
- amélioration par l'exercice.

Il faut 4 sur 5 critères pour stipuler qu'il s'agit d'une lombalgie inflammatoire.

Plus récemment, Rudwaleit *et al.*⁴ ont suggéré d'appliquer d'autres critères chez les patients dont l'affection a commencé avant l'âge de 30 ans et souffrant de douleurs vertébrales depuis au moins 3 mois :

- raideur matinale de plus de 30 minutes ;
- amélioration des symptômes avec l'exercice et non calmée par le repos ;
- réveil nocturne à cause des douleurs vertébrales en 2^{ème} partie de nuit ;
- douleur irradiant au niveau des cuisses.

La douleur peut être considérée comme inflammatoire si 2 des 4 critères sont présents.

Le diagnostic différentiel à faire concerne principalement :

- la spondylarthrite ankylosante (SPA) et les pathologies associées dénommées spondylarthropathies ;
- la spondylodiscite infectieuse ;
- la (les) métastase(s), le myélome ;
- autres : la pathologie microcristalline vertébrale (goutte, chondrocalcinose).

Le propos de ce travail sera axé essentiellement sur la SPA, son diagnostic avec ses écueils et les nouveautés thérapeutiques.

DEFINITION

Le terme actuel de spondylarthropathie couvre la spondylarthrite ankylosante et les affections qui lui sont apparentées comme la spondylarthrite associée au psoriasis, aux pathologies inflammatoires du tube digestif (Crohn, RCHU), les arthrites réactionnelles, spondylites indifférenciées, ce qui signifie que les patients ont les signes et les symptômes d'une des pathologies décrites ci-dessus sans remplir tous les critères pour pouvoir établir un diagnostic de certitude.

Les critères principaux de diagnostic sont les critères de New York (Tableau 1). Ils sont utilisés dans le cadre d'études et pour l'établissement du diagnostic en vue de l'obtention du remboursement des médicaments immunosuppresseurs comme les anti-TNF⁵.

Tableau 1 : Critères de New York.

- Lombalgie et raideur depuis plus de 3 mois qui s'améliore avec l'exercice et non par le repos.
- Limitation de la mobilité de la colonne lombaire dans les plans sagittaux et frontaux.
- Limitation de l'expansion pulmonaire par rapport aux normes pour l'âge et le sexe.

PHYSIOPATHOLOGIE

Les facteurs prédisposants sont d'ordre génétique (HLA B27) ou infectieux dans le cadre des arthrites réactionnelles avec des antécédents d'infections à chlamydia, salmonella, shigella, etc. La présence d'élévation des concentrations d'IgA peut suggérer qu'une infection récente ait eu lieu⁶.

La réaction de base est la présence d'une inflammation à l'insertion de tendon ou du ligament au niveau de l'os (enthésite) qui va secondairement se calcifier pour donner les images classiques de syndesmophytes⁷. Au début, il s'agit simplement d'inflammation avec tendance érosive à l'insertion. Ceci se voit au niveau vertébral (RX, IRM), au niveau de l'insertion du tendon d'Achille (échographie).

SYMPTOMES

Les douleurs touchent principalement la colonne vertébrale, les sacro-iliaques et " grosses articulations " comme les hanches, les épaules et les genoux. L'atteinte du tendon d'Achille (enthésite) est pathognomonique et doit être attentivement recherchée. D'autres atteintes articulaires sont moins fréquentes mais particulières : les articulations sterno-claviculaires, chondro-costales, manubrio-sternales. Ces atteintes ont des conséquences sur la fonction pulmonaire et peuvent aussi mimer une pathologie cardiaque⁸.

A côté de ces atteintes articulaires, il y a également des atteintes extra-articulaires comme les uvéites (20 à 40 %), les atteintes souvent asymptomatiques du tube digestif (25 à 50 %).

ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC

L'anamnèse (douleur inflammatoire articulaire, tendinite d'Achille, histoire d'inflammation oculaire ou digestive) doit y faire penser.

L'examen physique porte sur l'examen clinique attentif des sacro-iliaques : la douleur évoquée par la pression, par la mobilisation de la colonne mais aussi des hanches. Un des signes intéressants est la flexion-pression sur le bassin de la colonne vertébrale qui évoque une douleur sacro-iliaque. L'indice de Shöber modifié (mesure de l'ampliation de la flexion d'un segment d'arc de 15 cm) est toujours fréquemment utilisé pour évaluer la flexion lombaire antérieure mais n'est pas utile dans les atteintes débutantes ; la flexion latérale également, de même que la distance intermalléolaire qui est normalement de minimum 1 m

en décubitus. La colonne cervicale ne doit pas être oubliée : mobilité en flexion, extension, rotation externe et interne et la distance entre l'oreille et le mur (NI > 15 cm). De même que l'ampliation thoracique.

Les examens à demander comportent :

- La biologie : VS et CRP : sensibilité 50 % et spécificité 80 %, EHC, HLA B27 (sujet jeune), sensibilité et spécificité de 90 % pour une population européenne.
- Les radiographies standards : colonne, sacro-iliaques, thorax et articulations sterno-claviculaires et manubrio-sternales.
- L'échographie : pour la mise en évidence des enthésopathies périphériques.
- La tomodensitométrie ou l'IRM pour la visualisation des sacro-iliaques (pathologie débutante) : sensibilité et spécificité de 90 % pour l'IRM⁹.
- L'examen ophtalmologique à la recherche d'uvéite.
- L'examen pulmonaire et la fonction respiratoire.
- Le BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylarthritis Disease Activity Index*¹⁰) est un test fonctionnel (Tableau 2).

Tableau 2 : Test fonctionnel BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylarthritis Disease Activity Index*).

1. Comment évalueriez-vous votre degré de fatigue ?
2. Comment évalueriez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans la cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?
3. Comment évalueriez-vous votre degré global de douleur / gonflement en dehors du dos et des hanches ?
4. Comment évalueriez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou à la pression ?
5. Comment évalueriez-vous votre degré de raideur matinale depuis votre réveil ?
6. Combien de temps dure votre raideur matinale après votre réveil ?

La mesure se fait selon l'échelle visuelle analogique de 0 à 10 pour les questions de 1 à 5.

La question 6 est évaluée en temps (0, 1/4 h ... 2 h, et rapporté en score de 0 à 10).

Le calcul se fait par le total des scores pour les questions de 1 à 4 qui donne un chiffre sur 40, ensuite le total des scores des questions 5 et 6 qui donne un chiffre sur 10. Le score total sur 50 est ensuite divisé par 5 pour donner un chiffre final sur 10.

Un algorithme développé par Rudwaleit *et al.*¹¹ permet d'orienter le praticien vers une lombalgie commune ou une lombalgie inflammatoire (Tableau 3).

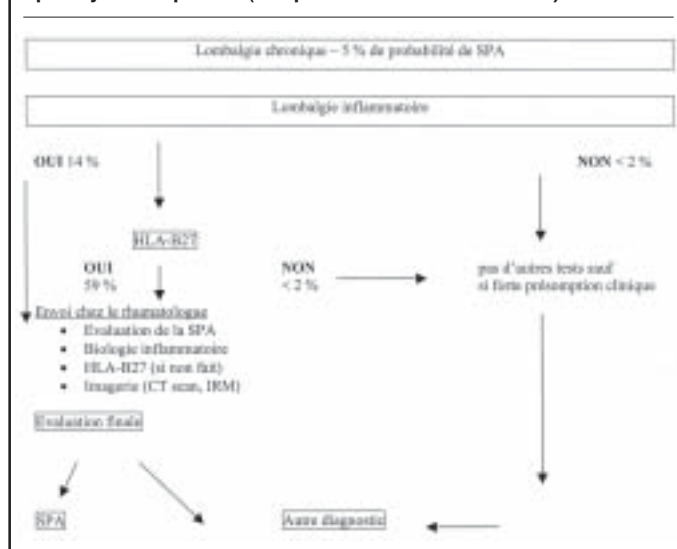
TRAITEMENT

Médicamenteux

Ce sont les AINS qui ont une place de choix en première intention. Le traitement peut être continu ou discontinu notamment en raison de leurs effets secondaires.

Les traitements de fond (DMD), sulfasalazine et MTX sont peu efficaces lors des atteintes axiales. Les anti-TNF sont actuellement proposés chez les patients qui sont intolérants aux AINS ou chez qui la réponse

Tableau 3 : Algorithme pour le diagnostic de spondylarthropathie (adapté de Rudwaleit *et al.*¹¹).



est insuffisante. Chez ces patients, au moins 50 % d'entre eux obtiennent une réponse de 50 % de diminution de l'activité de la maladie mesurée par le BASDAI. Certains arrivent même à une rémission complète de la maladie. Les patients qui sont pris tôt dans l'évolution de leur maladie ont plus de chance d'avoir une meilleure réponse et d'atteindre une rémission que ceux dont la maladie dure depuis plusieurs années.

Il n'y a pas de différence majeure pour les trois anti-TNF en ce qui concerne la réponse générale. Par contre, il existe des différences en ce qui concerne les uvéites¹².

Infliximab

Les premières études, limitées à 12 semaines, ont montré l'efficacité de l'administration par voie intraveineuse de 5 mg/kg selon un schéma comparable à celui de la polyarthrite rhumatoïde (J0, + 2 sem, + 6 sem et toutes les 6 semaines ensuite). Par la suite, des études de 24 mois en double aveugle (étude ASSERT) et jusqu'à 3 ans en ouvert, confirment ces données¹³. Pour les trois traitements, une amélioration du score de BASDAI a été observée après 6 mois de traitement.

Étanercept

L'efficacité de l'étanercept (2 x 25 mg en sous-cutané par semaine) a d'abord été montrée dans une étude en double aveugle contre placebo de courte durée (16 semaines) ; puis, une étude plus large comportant 277 patients, d'une durée 24 semaines a montré une efficacité chez 57 % des patients. Une extension ouverte de 72 semaines montre une réponse chez 74 % des patients. Les résultats positifs sont déjà observables à la 2^{ème} semaine de traitement¹⁴. Aucune infection sévère n'a été observée mais des infections des voies respiratoires supérieures et des réactions au site d'injection.

L'étanercept s'est montré inefficace sur les poussées d'uvéïtes, et de plus semble les favoriser. Le mécanisme est inconnu à ce jour¹⁵.

Adalimumab

De même, l'adalimumab s'est montré efficace dans une étude en double aveugle contre placebo à la dose de 40 mg en sous-cutané toutes les 2 semaines, étude ATLAS¹⁶. La réponse clinique était aussi observable à la 2^{ème} semaine. La durée de l'étude était de 24 semaines. A la 12^{ème} semaine, une réponse significative était observée chez 58 % des patients qui se maintient pendant la durée de l'observation. Les effets secondaires étaient peu importants (réaction au site d'injection et infection des voies respiratoires supérieures) ; pas d'infection sévère.

CONCLUSION

La reconnaissance des lombalgies inflammatoires est essentielle en dépit du nombre peu élevé de patients touchés par cette pathologie vertébrale. Elle touche le sujet jeune et mérite une approche standardisée afin de ne pas passer à côté de la SPA. En effet, la prise en charge aujourd'hui et les propositions thérapeutiques permettent de modifier considérablement l'impact de cette affection sur la qualité de vie du patient et de le maintenir en activité. Il est loin le temps où l'hydrothérapie était la seule approche possible pour cette affection.

BIBLIOGRAPHIE

1. Van Tulder M, Koes B : Chronic low back pain. *Am Fam Physician* 2006 ; 74 : 1577-9
2. Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP : Fear avoidance and prognosis in back pain : a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum* 2006 ; 54 : 3999-4010
3. Calin A, Porta J, Fries JF, Schurman DJ : Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA* 1977 ; 237 : 2613-4
4. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J : Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis : a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 2006 ; 54 : 569-78
5. Gorman JD, Sack KE, Davis JC Jr : Treatment of ankylosing spondylitis by inhibition of tumor necrosis factor α . *N Engl J Med* 2002 ; 346 : 1349-56

6. Maksymowych WP : Etiology and pathogenesis of ankylosing spondylitis. In : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Philadelphia, Elsevier Ltd, 2003 : 1183-92
7. Khan MA : Update on spondylarthropathies. *Ann Int Med* 2002 ; 136 : 896-907
8. Khan MA : Clinical features of ankylosing spondylitis. In : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Philadelphia, Elsevier Ltd, 2003 : 1161-81
9. Oostveen J, Prevo R, den Boer J, van de Laar M : Early detection of sacroiliitis in spondylarthrosis on magnetic resonance imaging and subsequent development of sacroiliitis on plain radiography. A prospective, longitudinal study. *J Rheumatol* 1999 ; 26 : 1953-8
10. Garret SH, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock Gaisford P, Calin A : A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis : the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994 ; 21 : 2286-91
11. Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J : How to diagnose axial spondylarthritis early ? *Ann Rheum Dis* 2004 ; 61 : 535-43
12. van der Heijde D, Dijkmans B, Geusens P *et al.* : For the Ankylosing Spondylitis Study for the Evaluation of Recombinant Infliximab Therapy Study Group. Efficacy and safety of infliximab in patients with ankylosing spondylitis : results of a randomized, placebo-controlled trial (ASSERT). *Arthritis Rheum* 2005 ; 52 : 582-91
13. Davis JC, van der Heijde D, Braun J *et al.* : Recombinant human tumor necrosis factor receptor (etanercept) for treating ankylosing spondylitis : a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003 ; 48 : 3230-6
14. Taban M, Dupps WJ, Mandell B, Perez VL : Etanercept (enbrel) associated inflammatory eye disease : case report and review of the literature. *Ocul Immunol Inflamm* 2006 ; 14 : 145-50
15. van der Heijde D, Kivitz A, Schiff MH *et al.* : Efficacy and safety of Adalimumab in patients with Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Rheum* 2006 ; 54 : 2136-46

Correspondance et tirés à part :

A. PERETZ
C.H.U. Brugmann
Clinique de Rhumatologie
Place Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles

Travail reçu le 4 juin 2007 ; accepté dans sa version définitive le 19 juin 2007.