

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-10 - Douleurs dorsales et raideur - Homme 26 ans

 Service d'urgences

 Justin Cooper, homme de 26 ans, consultant aux urgences pour douleurs dorsales

T°
37°C

TA
120/80 mmHg

FC
74 bpm

FR
16/min

Anamnèse (25%)

Score : 0/54

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mon dos me fait mal. Et je me sens raide le matin]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur dorsale				0
Localisation [Hmm... c'est presque tout le dos qui fait mal]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [Je dirais un 4]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est une douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Je pense il y a 3 mois]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [Ça a commencé par une douleur très subtile mais c'est devenu pire]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [La raideur du matin s'améliore avec le temps. Vingt minutes après le réveil, après avoir pris une douche et fait du café, j'ai l'impression d'être plus flexible]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Parfois j'ai des douleurs dans mon genou droit et dans mes deux mains. Contrairement au mal de dos, cette douleur va et vient. Elle n'est pas là tout le temps, seulement quelques jours par mois. Mais c'est aussi pire le matin et ça s'améliore au cours de la journée]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Traumatisme [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Oui, je me sens un peu plus fatigué que d'habitude]	<input type="checkbox"/>			
Éruption/changements cutanés et unguéaux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [J'ai un appétit normal]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Il y a quatre mois j'ai eu une diarrhée qui a été traitée avec des antibiotiques]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes oculaires [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Sensation de picotements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse musculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Engourdissement (particulièrement membres inférieurs) [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dysfonction érectile [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [Comme je vous l'ai dit, j'ai eu une diarrhée il y a 4 mois après avoir mangé du poulet. C'était assez horrible et on m'a prescrit des antibiotiques. Et j'ai de l'asthme]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
6. Antécédents chirurgicaux [J'ai eu mon appendice enlevé quand j'avais 18 ans]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

7. Allergies [Je suis allergique au pollen]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	
8. Médicaments [J'utilise un inhalateur de salbutamol]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	
9. Hospitalisations [Jamais]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0	
10. Antécédents familiaux [Ma mère a une maladie thyroïdienne. Elle doit prendre des médicaments parce que sa thyroïde est hyperactive. Mon père a du psoriasis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Habitudes et mode de vie				0
Occupation [Je travaille comme ingénieur logiciel]	<input type="checkbox"/>			
Domicile [Je vis avec ma petite amie]	<input type="checkbox"/>			
Alcool [Je bois 1 ou 2 bières le week-end]	<input type="checkbox"/>			
Drogues illicites [Je fume de la marijuana]	<input type="checkbox"/>			
Consommation de marijuana (durée, fréquence, dernière utilisation) [Je fume deux fois par semaine depuis 5 ans ; la dernière fois c'était il y a 2 jours]	<input type="checkbox"/>			
Tabac [Jamais]	<input type="checkbox"/>			
Exercice [Non, je n'ai pas le temps de faire de l'exercice]	<input type="checkbox"/>			
12. Histoire sexuelle				0
Activité sexuelle [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Avec qui [Avec ma petite amie]	<input type="checkbox"/>			
Nombre de partenaires dans l'année [3 partenaires]	<input type="checkbox"/>			
Protection [Toutes mes anciennes partenaires, y compris ma petite amie, prennent la contraception, donc je n'ai pas besoin de porter de préservatif]	<input type="checkbox"/>			
IST antérieures [Non]	<input type="checkbox"/>			

Examen clinique (25%)				Score : 0/21
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen tête et cou				0
Inspection des conjonctives	<input type="checkbox"/>			
Inspection de l'oropharynx	<input type="checkbox"/>			
3. Examen du dos				0
Inspection du dos	<input type="checkbox"/>			
Examen de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>			
Test d'élévation jambe tendue (signe de Lasègue) [Négatif]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Mennell [Positif]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen thoracique				0
Inspection du thorax	<input type="checkbox"/>			
Palpation du thorax	<input type="checkbox"/>			
Percussion des champs pulmonaires	<input type="checkbox"/>			
Auscultation des poumons	<input type="checkbox"/>			
5. Examen cutané	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

6. Examen des extrémités

0

Inspection des membres supérieurs

☐

Inspection des mains

☐

Inspection des membres inférieurs

☐

Examen du genou

☐

Examen de la cheville

☐

7. Examen neurologique

0

Examen ciblé des mouvements passifs et actifs

☐

Examen ciblé de la marche

☐

Management (25%)

Score : 0/19

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Hypothèses diagnostiques

☐☐☐

0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Spondylarthropathies inflammatoires

• Spondylarthrite ankylosante → HLA-B27 + radiographie bassin/rachis + IRM sacro-iliaques

Arguments POUR:

- ☐ Homme jeune (26 ans), pic 15-40 ans
- ☐ Lombalgie inflammatoire progressive depuis 3 mois
- ☐ Raideur matinale s'améliorant avec activité (>20 min)
- ☐ Douleur sourde diffuse du dos
- ☐ Signe de Mennell positif (sacro-iliite)
- ☐ Douleur à la palpation des crêtes iliaques
- ☐ Arthrite périphérique (genou, mains)
- ☐ Fatigue associée

• Arthrite réactionnelle → Sérologies Chlamydia/gonocoque + coproculture + HLA-B27

Arguments POUR:

- ☐ Homme 20-40 ans
- ☐ Antécédent entérite bactérienne il y a 4 mois
- ☐ Délai compatible (1-4 semaines post-infection)
- ☐ Sacro-iliite (Mennell positif)
- ☐ Oligoarthritis (genou, mains)
- ☐ Rapports non protégés (infection urogénitale possible)

Contre : Raideur matinale, pas de symptômes cutanés/oculaires/constitutionnels

• Arthrite psoriasique → Recherche lésions psoriasiques + radiographie mains/rachis

Arguments POUR:

- ☐ Âge 20-40 ans
- ☐ Antécédents familiaux psoriasis (père)
- ☐ Dactylite possible
- ☐ Oligoarthritis
- ☐ Atteinte rachidienne avec sacro-iliite
- ☐ Arthrite peut précéder psoriasis cutané

Contre : Raideur matinale marquée, pas de lésions cutanées/unguéales

Autres causes à considérer

• Polyarthrite rhumatoïde → FR + anti-CCP

Contre : Homme jeune, atteinte rachidienne prédominante, pas d'atteinte symétrique

• Hernie discale → IRM rachis si suspicion

Contre : Lasègue négatif, pas d'irradiation, évolution progressive

• Ostéomyélite vertébrale → Hémo cultures + IRM rachis

Contre : Pas de fièvre, pas de syndrome inflammatoire

2. Examens complémentaires urgents

0

Examen génital [peut montrer des lésions cutanées du gland dans l'arthrite réactionnelle]

☐

FSC, VS [Les patients avec arthrite réactionnelle peuvent avoir une leucocytose et une anémie normochrome normocytaire. La VS serait probablement élevée dans la spondylarthrite ankylosante, l'arthrite réactionnelle et l'arthrite psoriasique]

☐

3. Examens immunologiques

Facteur rhumatoïde, anticorps anti-nucléaires, HLA-B27 [Les auto-anticorps sont négatifs dans la spondylarthrite ankylosante, l'arthrite réactionnelle et l'arthrite psoriasique. HLA-B27 est positif dans 90-95% des patients avec spondylarthrite ankylosante et est aussi souvent positif dans l'arthrite réactionnelle]

☐☐☐

0

4. Examens microbiologiques

0

Tests d'amplification des acides nucléiques pour chlamydia et gonocoque [pour évaluer une infection à chlamydia comme cause d'arthrite réactionnelle ; le patient devrait aussi être dépisté pour la gonorrhée vu ses antécédents de rapports sexuels non protégés]

☐

Cultures de selles et d'urine [peuvent détecter les organismes causaux de l'arthrite réactionnelle]

☐

Test VIH [antécédents de rapports sexuels non protégés. L'arthrite réactionnelle pourrait être la manifestation initiale du VIH]

☐

5. Examens d'imagerie

0

Radiographie du rachis et des articulations sacro-iliaques [pour évaluer une colonne en bambou, signe de spondylarthrite ankylosante, ainsi que les syndesmophytes, l'ankylose des articulations sacro-iliaques et la sacro-iliite, qui peuvent survenir dans la spondylarthrite ankylosante et l'arthrite psoriasique]

☐

Radiographie des mains et du genou droit [pour exclure des changements dégénératifs ; pour évaluer la déformation en crayon dans tasse des doigts comme signe d'arthrite psoriasique]

☐

6. Communication avec le patient

0

Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires

☐

Explication du plan de prise en charge

☐

Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux

☐

Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique

☐

Recherche des préoccupations et questions du patient

☐

7. Conseil et prévention

0

Conseil sur les drogues récréatives

☐

Conseil sur les pratiques sexuelles sûres

☐

Réaction appropriée au défi concernant le manque d'exercice

☐

Traitement de la gastro-entérite aiguë

- Réhydratation orale : SRO ou boissons sucrées-salées
- Si vomissements : métoclopramide 10 mg
- Antipyrétiques si fièvre : paracétamol
- Régime : BRAT (banane, riz, compote, toast)
- Probiotiques peuvent réduire durée diarrhée
- Éviter anti-diarrhéiques si fièvre/sang

Indications antibiothérapie

- Rarement nécessaire (viral > bactérien)
- Si diarrhée invasive : ciprofloxacine 500 mg × 2/j × 3j
- Campylobacter : azithromycine 500 mg × 3j
- C. difficile : métronidazole ou vancomycine PO
- Adaptation selon coproculture
- Éviter si STEC suspecté (risque SHU)

Critères d'hospitalisation

- Déshydratation sévère (pli cutané, hypotension)
- Impossibilité réhydratation orale
- Signes de choc ou sepsis
- Immunodépression
- Diarrhée sanglante avec fièvre élevée
- Échec traitement ambulatoire 48h

Clôture de consultation

Défi : Question sur la responsabilité personnelle

[Est-ce ma faute parce que je ne fais pas assez d'exercice ?]

Réponse type du candidat

M. Cooper, je peux voir que vous êtes vraiment préoccupé par le fait qu'un manque d'exercice pourrait avoir causé votre mal de dos. J'aimerais prescrire quelques tests pour aller au fond de ce qui cause exactement vos symptômes, mais, d'après ce que j'ai entendu de vous jusqu'à présent, je ne pense pas qu'un manque d'exercice régulier ait causé vos symptômes directement. Cependant, en tant que votre médecin, j'aimerais vous conseiller que l'exercice régulier aide à la forme physique générale, peut prévenir la progression de vos symptômes et pourrait même améliorer votre mal de dos. Si vous êtes intéressé, j'aimerais vous mettre en contact avec notre physiothérapeute, qui peut vous enseigner quelques exercices et parler du type d'activités qui pourraient être les meilleures pour vous. Avez-vous d'autres questions ?

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

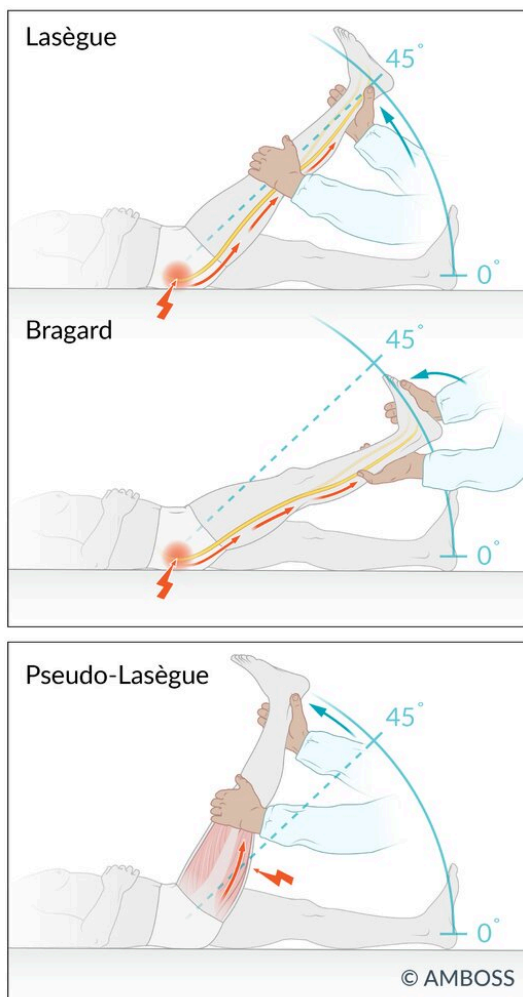
60-69%

E

<60%

Tests d'élévation de la jambe tendue

Tests d'élévation de la jambe tendue : Illustrations des différentes techniques pour évaluer l'irritation des racines nerveuses lombaires.



Tests de provocation de la douleur sacro-iliaque (test de Mennell)

Le test de Mennell peut être réalisé dans trois positions différentes :

1. Position ventrale : Soulever la jambe passivement (extension de la hanche) avec une main tout en appliquant une pression sur l'articulation sacro-iliaque avec l'autre main.
2. Position latérale : Demander au patient de fléchir la hanche et le genou inférieurs à environ 90°.

Soulever la jambe supérieure et étendre la hanche supérieure avec une main tout en fixant le bassin avec l'autre main.

3. Position dorsale : Appliquer une pression dirigée vers l'arrière sur les épaules iliaques antéro-supérieures.

Ces manœuvres ne devraient pas causer de douleur chez un individu sain.

La douleur dans la région de l'articulation sacro-iliaque est appelée signe de Mennell.



Psoriasis du cuir chevelu

Des squames et plaques blanc argenté sont visibles sur le cuir chevelu et le front parallèlement à la ligne des cheveux. C'est l'apparence caractéristique du psoriasis du cuir chevelu.



Psoriasis en plaques

Multiplés plaques confluentes nettement délimitées recouvertes de squames dures, grossières, blanc argenté sont visibles sur la surface d'extension du genou. C'est l'apparence caractéristique du psoriasis en plaques.



Ongles en dé à coudre dans le psoriasis

De multiples petites dépressions rondes sont visibles dans les ongles.

Cette apparence est causée par la présence de cellules parakératosiques (cellules avec kératinisation altérée) dans la matrice unguale.

Au fil du temps, ces cellules poussent dans la tablette unguale à partir de la matrice unguale, où elles font éruption de la couche cornée, laissant de petites dépressions visibles.



Dactylite

L'index gauche entier de ce patient avec arthrite psoriasique est gonflé.

Cette apparence est typique de la dactylite, qui peut être causée par une variété de conditions, incluant les spondylarthropathies, les infections et la drépanocytose.



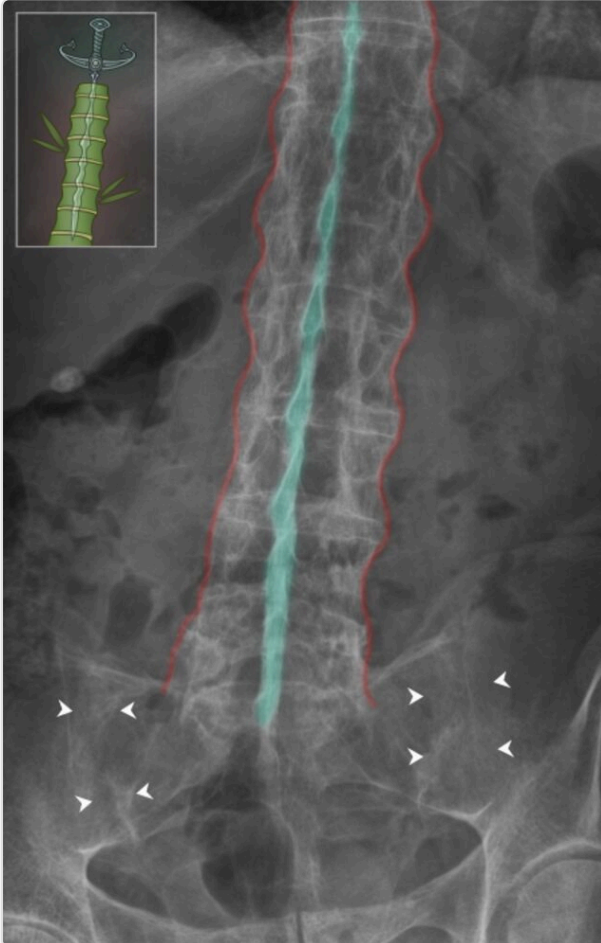
Colonne en bambou et signe du poignard dans la spondylarthrite ankylosante

Radiographie du rachis lombaire (vue AP).

Les syndesmophytes marginaux formés par l'ossification des fibres externes de l'annulus fibrosus ont fait ressembler la colonne vertébrale à une tige de bambou (appelée 'colonne en bambou' ; contours rouges).

L'ossification supplémentaire des ligaments supra-épineux et inter-épineux a produit une ligne dense (signe du poignard ; superposition verte) se projetant à travers les vertèbres.

La fusion (ankylose) à travers les articulations sacro-iliaques (indiquée par des pointes de flèche) est également visible.

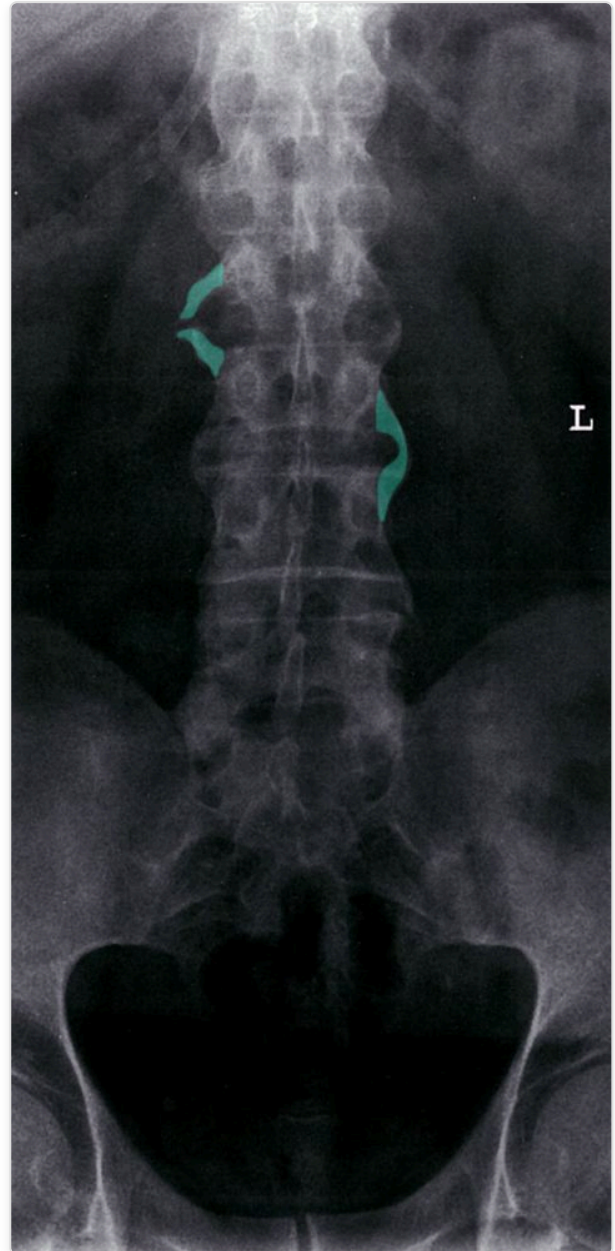


Arthrite psoriasique

Radiographie antéropostérieure du rachis lombaire :

1. Syndesmophytes : par exemple, entre L3 et L4 (exemple montré à gauche).

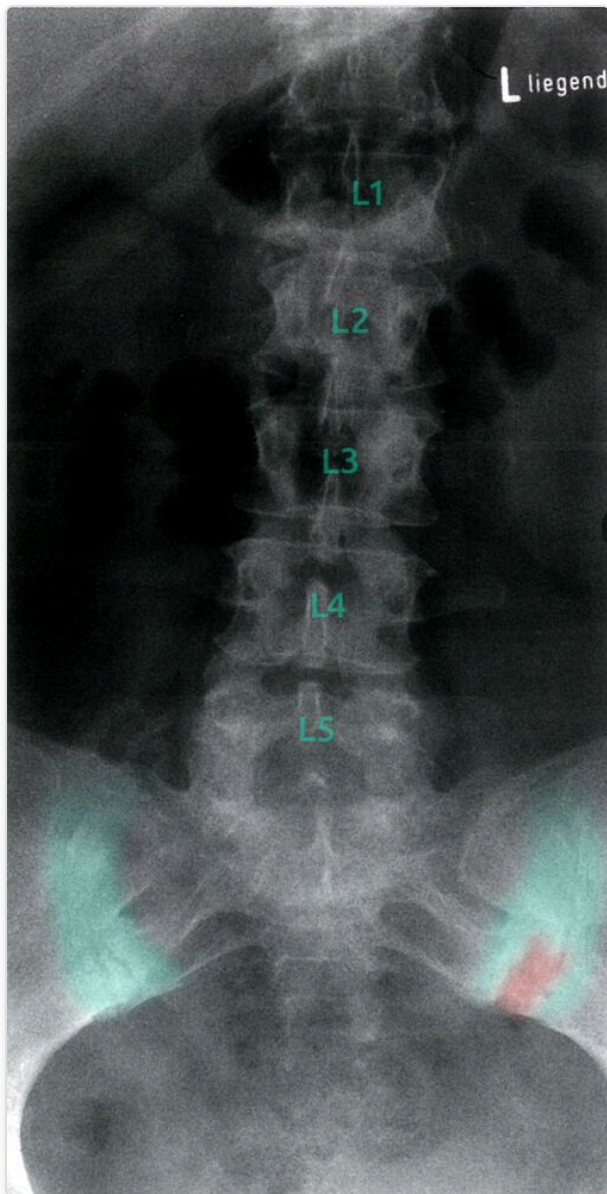
2. Parasyndesmophytes : par exemple, latéral droit de L2-L3.



Sacro-iliite

Radiographie du rachis lombaire (vue AP ; position dorsale)
d'un patient avec spondylarthrite ankylosante.

Des signes caractéristiques de sacro-iliite sont visibles sur les
articulations sacro-iliaques, incluant une sclérose périarticulaire
étendue (superposition verte) et des érosions (exemple indiqué
par superposition rouge).



Arthrite psoriasique (manifestations cliniques)

Radiographie des mains (vue PA).

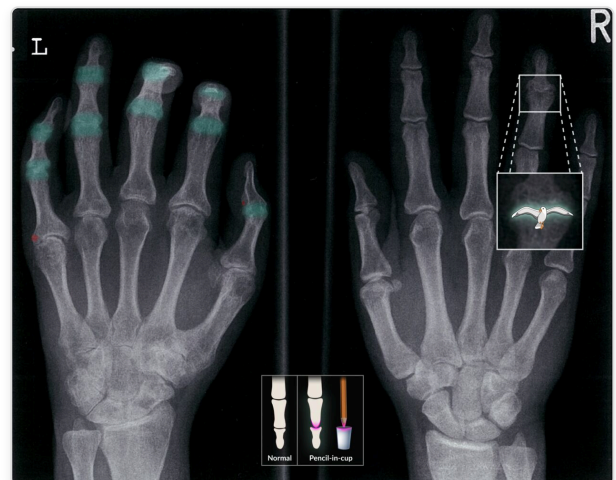
Une arthrite avancée asymétrique atteint la main gauche, avec
ankylose de plusieurs articulations interphalangiennes
proximales et distales (IPP et IPD) (exemples indiqués par
superposition verte) ainsi que de multiples déformations en
flexion.

Des érosions marginales sont présentes aux bases de la
phalange proximale du petit doigt et de la phalange distale du
pouce (superposition rouge).

Des érosions sous-chondrales centrales et des changements
prolifératifs avec une déformation en aile de mouette sont
visibles à l'articulation IPD de l'annulaire droit.

Une illustration d'une déformation en crayon dans tasse (non
présente ici) est également montrée, qui peut survenir dans
l'arthrite psoriasique et plusieurs autres arthrites
inflammatoires.

Des changements dégénératifs avancés impliquent également
de multiples articulations carpiennes et métacarpiennes
gauches.

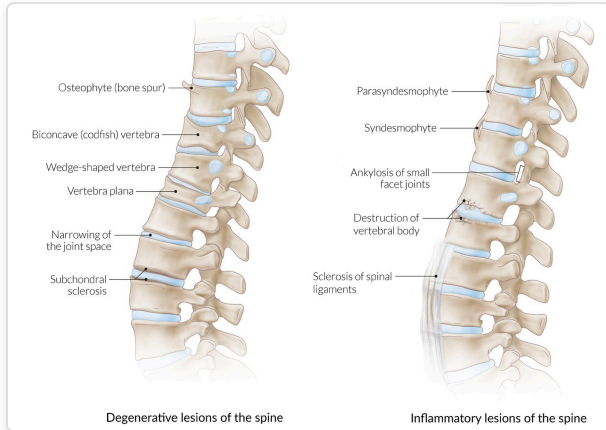


Lésions dégénératives et inflammatoires du rachis

Les lésions dégénératives résultent de l'usure et sont associées à l'âge avancé.

Les lésions inflammatoires surviennent dans des maladies comme la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis.

S'il y a une érosion sous-chondrale ou une destruction du corps vertébral, considérer une infection bactérienne ou une tumeur comme étiologies possibles.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : Justin Cooper | **Âge :** 26 ans

Contexte : Ingénieur logiciel consultant aux urgences pour douleurs dorsales chroniques avec raideur matinale

Motif de consultation

Plainte principale : «Mon dos me fait mal. Et je me sens raide le matin.»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est pire le matin et ça s'améliore après que je bouge.»

Consignes

- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: radiographie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Quand l'examineur appuie sur les deux côtés de vos hanches (crête iliaque) alors que vous êtes couché sur le dos, dites à l'examineur que ça fait mal.
- Si l'examineur soulève votre jambe dans le cadre d'un test clinique (test de la jambe tendue), cela ne vous cause aucune douleur.
- Défi : Demander 'Est-ce ma faute parce que je ne fais pas assez d'exercice ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur dorsale diffuse depuis 3 mois
- Intensité 4/10, sourde
- Raideur matinale importante
- Amélioration après 20 minutes d'activité
- Début progressif sans facteur déclenchant

Symptômes associés :

- Douleurs genou droit et mains (intermittentes)
- Fatigue accrue
- Diarrhée traitée par antibiotiques il y a 4 mois
- Pas de symptômes neurologiques
- Pas de drapeaux rouges

Simulation

Durant l'entretien :

- Montrer une posture légèrement voûtée
- Gestuelle limitée due à la raideur
- Mentionner spontanément la raideur matinale
- Demander des clarifications pour termes médicaux
- Exprimer l'inquiétude sur le manque d'exercice

Durant le status :

- Douleur à la pression bilatérale des crêtes iliaques
- Pas de douleur au test de Lasègue
- Mobilité rachidienne légèrement limitée
- Démarche normale mais prudente

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 26 ans avec lombalgie inflammatoire évoluant depuis 3 mois. Raideur matinale > 20 minutes s'améliorant avec activité. Antécédents familiaux de psoriasis (père). Entérite bactérienne il y a 4 mois. Rapports non protégés multiples. Tableau évocateur de spondylarthropathie débutante.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e fait :

- Test de Mennell : Douleur bilatérale à la compression des crêtes iliaques
- Test de Lasègue : Négatif bilatéralement
- Examen cutané : Pas de lésions psoriasiques visibles
- Examen des mains : Pas de dactylite actuellement
- HLA-B27 : Positif
- VS : 35 mm/h, CRP 18 mg/L

Points clés

- Lombalgie inflammatoire = jeune < 45 ans + raideur matinale + amélioration activité
- Toujours rechercher antécédents infectieux (arthrite réactionnelle)
- Antécédents familiaux psoriasis = risque arthrite psoriasique
- HLA-B27 positif dans 90% spondylarthrite ankylosante
- Sacro-iliite précoce peut être uniquement clinique (IRM plus sensible que radio)

Pièges

- Attribuer la douleur au manque d'exercice
- Ne pas reconnaître le caractère inflammatoire
- Oublier de rechercher les IST (arthrite réactionnelle)
- Manquer les antécédents familiaux de psoriasis
- Ne pas faire d'examen génital (lésions balanite circonscrite)

Diagnostic le plus probable

Spondylarthrite ankylosante débutante ou arthrite réactionnelle post-entéritique

Spondylarthrite ankylosante

Spondylarthropathie inflammatoire la plus fréquente :

- Prévalence : 0.5-1% population, ratio H:F = 3:1
- Début typique : 15-40 ans (pic 20-30 ans)
- Association HLA-B27 : 90-95% des cas
- Critères ASAS : lombalgie > 3 mois + âge < 45 ans + critères inflammatoires
- Évolution : sacro-iliite → syndesmophytes → ankylose (10-20 ans)
- Manifestations extra-articulaires : uvéite (25%), MICI (5-10%)

Arthrite réactionnelle

Arthrite aseptique post-infectieuse :

- Délai : 1-4 semaines après infection (GI ou GU)
- Agents : Chlamydia (plus fréquent), Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter
- Triade classique de Reiter : arthrite + urétrite + conjonctivite (rare forme complète)
- Atteinte articulaire : oligoarthritis asymétrique MI > MS
- Enthésites fréquentes : talon (fasciite plantaire)
- Évolution : 80% résolution < 1 an, 20% chronique

Arthrite psoriasique

Spondylarthropathie associée au psoriasis :

- Prévalence : 30% des patients psoriasiques
- Arthrite peut précéder psoriasis dans 15% cas
- 5 formes : oligoarticulaire (70%), polyarticulaire, axiale, IPD, mutilante
- Dactylite : pathognomonique des spondylarthropathies
- Enthésites : talon, coude, genou
- Atteinte unguéale dans 80% (pitting, onycholyse)

Caractéristiques de la lombalgie inflammatoire

Critères ASAS pour distinguer mécanique vs inflammatoire :

- Âge début < 40 ans
- Début insidieux
- Amélioration avec exercice
- Pas d'amélioration au repos
- Douleur nocturne (2e partie nuit)
- ≥ 4/5 critères = sensibilité 80%, spécificité 72%

Examens complémentaires dans les spondylarthropathies

Bilan diagnostique et suivi :

- HLA-B27 : Pas diagnostique seul (8% population générale positive)
- Marqueurs inflammation : VS/CRP élevés dans 50-70%
- Radiographie bassin : Sacro-iliite bilatérale (tardive)
- IRM sacro-iliaques : Gold standard précoce (œdème osseux)
- Recherche infection : TAAN Chlamydia/gonocoque, sérologies, coproculture
- Auto-anticorps : FR et anti-CCP négatifs (spondylarthropathies séronégatives)

Prise en charge des spondylarthropathies

Approche multimodale précoce :

- 1re ligne : AINS continus (indométacine 75-150mg/j)
- Exercice physique : Programme structuré quotidien

- Physiothérapie : Maintien mobilité rachidienne
- Infiltrations : Corticoïdes sacro-iliaques si échec AINS
- Biologiques : Anti-TNF si échec AINS (adalimumab, étanercept)
- Suivi : BASDAI, mobilité rachidienne, VS/CRP

Rappels thérapeutiques

- AINS première ligne : Indométacine 75mg BID ou naproxène 500mg BID
- Exercices quotidiens : Extension rachidienne, natation recommandée
- Anti-TNF si BASDAI > 4 malgré 2 AINS : Adalimumab 40mg SC/2 sem
- Sulfasalazine 2-3g/j si arthrite périphérique prédominante
- Méthotrexate inefficace sur l'atteinte axiale
- Uvéite aiguë : Corticoïdes topiques urgents
- Arrêt tabac impératif (facteur aggravant)

Examens complémentaires

- HLA-B27 : Typisation par PCR ou cytométrie flux
- IRM sacro-iliaques STIR/T2 : Œdème sous-chondral = sacro-iliite active
- Radiographie bassin face : Érosions, sclérose, fusion (classification New York)
- TAAN urinaire premier jet : Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae
- Coproculture + PCR entéropathogènes : Si diarrhée < 6 mois
- Bilan pré-biologique : NFS, transaminases, sérologies hépatites/VIH/tuberculose