

Faire le lien : la rapidité de la pensée, le réflexe pavlovien et les retards dans le diagnostic de la spondylarthropathie axiale

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

La spondylarthropathie axiale (axSpA) est malheureusement caractérisée par des retards diagnostiques estimés entre 5 et 9 ans, et ce, malgré des décennies de labeur fructueux visant à mettre au point des critères diagnostiques et de classification, ainsi qu'à rendre plus largement accessibles le test HLA-B27 et l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Bien que des études indiquent que la prévalence de l'axSpA avoisine celle de la polyarthrite rhumatoïde (PR), je constate que je peux compter mes patients atteints de PR par centaines, mais ceux atteints d'axSpA par dizaines seulement. Où se trouvent les patients restés dans l'ombre? Peut-être que leurs symptômes sont si légers qu'ils échappent à l'attention médicale, ou bien qu'ils parviennent à gérer eux-mêmes leur maladie, voire qu'ils se tournent vers des chiropraticiens, physiothérapeutes, kinésithérapeutes, ostéopathes et autres praticiens pour trouver un soulagement à leurs maux.

Entre-temps, je constate une tendance récente à l'envoi de patients de plus de 50 ans pour évaluation en cas de découverte radiographique fortuite d'une « sacro-iliite », la question étant de savoir s'ils pourraient être atteints d'axSpA.

Deux de ces patients ont été récemment vus durant deux journées consécutives. L'un d'eux était une femme de 67 ans atteinte de diabète et dont la radiographie de la colonne lombaire indiquait : « On observe une sclérose de l'articulation sacro-iliaque et des éperons bilatéraux. Avis du radiologue : changements dégénératifs importants autour des articulations sacro-iliaques (SI) bilatérales. Une spondylarthrite ankylosante ou une sacro-iliite doit être envisagée ». Lorsque je l'ai vue, elle avait des antécédents de nombreuses blessures au dos liées à son travail, avec une douleur mécanique chronique et absolument aucun signe d'axSpA. Pour faire bonne mesure, un test négatif de l'antigène leucocytaire humain B27 (HLA-B27) accompagnait la demande.

Le lendemain, j'ai vu un homme de 68 ans adressé pour une douleur et une raideur au dos qui s'étaient récemment aggravées. Les radiographies montraient une hyperostose diffuse idiopathique (maladie de Forestier). « Pourrait-il s'agir d'une spondylarthrite ankylosante (SA)? » Aucun test HLA-B27 n'avait été effectué cette fois-ci, et le rapport de radiographie indiquait : « Hyperostose diffuse idiopathique, discopathie lombaire dégénérative et une légère sclérose et érosion dégénérative de l'articulation sacro-iliaque (SI). Aucune preuve spécifique de SA. » Le patient a déclaré qu'il était prédiabétique, bien que ses taux de glycémie et d'HbA_{1c} étaient tout à fait normaux. Les antécédents indiquaient qu'au cours des deux dernières années, il avait ressenti une très légère tension

chronique dans le milieu et le bas du dos, qui s'aggravait après un effort, tel que jardiner ou se pencher, pendant environ un jour, ce qu'il n'avait jamais ressenti auparavant. Cette douleur n'a pas nécessité de traitement médicamenteux ou autre. L'examen réalisé a révélé une légère restriction des mouvements de la colonne vertébrale. Diagnostic final : maladie de Forestier.

Il semble qu'un réflexe pavlovien soit actif ici, où la mention d'une sacro-iliite sur un rapport de radiographie déclenche une orientation automatique vers un rhumatologue. La présence du mot « dégénérative », immédiatement avant « sacro-iliite », ne semble pas annuler ce réflexe. Tout ceci est très similaire au fait de recevoir des demandes de consultation pour ce qui est clairement de l'arthrose, accompagnées d'analyses de laboratoire démontrant un autre réflexe rhumatologique malheureux, avec des anticorps antinucléaires (ANA), le facteur rhumatoïde (FR), et parfois l'antigène nucléaire extractible, les anticorps anti-ADN double brin et les analyses complémentaires qui ont tous été demandés de manière inappropriée. Nous pouvons spéculer sur les causes profondes de ces réflexes : le manque d'éducation sur les troubles musculo-squelettiques tout au long de la formation médicale, l'épuisement professionnel des praticiens et la rémunération à l'acte dans le domaine des soins primaires sont des idées courantes.

En fin de compte, nous sommes confrontés à un problème d'inadéquation et de mauvaise répartition des ressources. En tant que rhumatologue, mes portes sont ouvertes aux patients atteints d'axSpA pour lesquels nous disposons d'une panoplie de traitements avancés (« le bon patient reçoit le bon traitement au bon moment »). Dans le même temps, mes patients référés sont désormais généralement des patients plus âgés souffrant de lombalgie mécanique et de dégénérescence des articulations sacro-iliaques (« le mauvais patient qui voit le mauvais consultant », tout en occupant un créneau de consultation rare en rhumatologie). Bien qu'il s'agisse d'un problème relativement insignifiant dans une pratique individuelle, ce même problème fait que les services d'urgence sont engorgés de patients nécessitant une admission, alors que jusqu'à 20 % des patients hospitalisés dans les hôpitaux canadiens ne nécessitent pas de soins de courte durée, mais attendent d'être pris en charge pour d'autres niveaux de soins.

Les réflexes conditionnés et la « rapidité de la pensée » sont des principes fondamentaux de la psychologie et de l'économie comportementale, respectivement. *Thinking, Fast and Slow* est un superbe livre de Daniel Kahneman, qui couvre son

Suite à la page 5

Les projets de recherche passés, présents et futurs de l'ICORA



L'Initiative canadienne pour des résultats en soins rhumatologiques (ICORA) a organisé un webinaire présentant leur six projets passés, actuels et à venir. Les chercheurs ont discuté de leurs résultats, des prochaines étapes et de l'impact de leur recherche sur les soins rhumatologiques et sur leur carrière. Le webinaire est disponible sur demande par le biais du portail de la SCR.

La D^{re} Laëtitia Michou a présenté sa bourse ICORA 2014 : *Measuring the Impact of an Innovative Educational Intervention in Inflammatory Arthritis: A Natural Evolution of the CHU de Québec's Multidisciplinary Information Session.*

Cette étude visait à déterminer si les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) active, débutant la prise ou changeant d'antirhumatismaux modificateurs de la maladie biologiques (ARMM-b) ou de synthèse ciblés (ARMMsci), démontrent de meilleures compétences en matière d'auto-gestion de la sécurité trois mois après avoir bénéficié d'une intervention éducative par rapport aux soins habituels.

Un essai ouvert, à répartition aléatoire et contrôlé a été mené entre octobre 2015 et octobre 2018 auprès de 107 patients atteints de PR qui recevaient un traitement ou chez qui le traitement par ARMM-b ou ARMMsci avait été modifié. Le groupe 1 a bénéficié d'une intervention initiale supplémen-

taire avec un DVD éducatif et une téléconférence. Le groupe 2 a reçu les soins habituels et s'est vu proposer l'intervention après trois mois. À chaque visite, les patients ont rempli le questionnaire BioSecur mesurant les compétences en matière de sécurité des soins personnels, un questionnaire sur les intentions comportementales et le questionnaire sur les croyances relatives aux médicaments (*Beliefs about Medicines Questionnaire* – BMQ).

Aucune différence significative n'a été observée dans le score Biosecure au bout de trois mois. Après avoir regroupé les données des trois premiers mois du groupe 1 et des trois derniers mois du groupe 2, le score moyen du questionnaire BioSecure a augmenté à $7,10 \pm 0,92$ après que le groupe ait reçu l'intervention éducative ($p < 0,0001$). Le taux d'intention comportementale appropriée est passé de 76 % au départ à 85 % après six mois. Il n'y a eu aucun changement dans le BMQ.

Conclusion :

Un DVD éducatif suivi d'une téléconférence semble améliorer les compétences des patients atteints de PR à l'égard de la sécurité des soins auto-administrés dans des situations pratiques.

Faire le lien : la rapidité de la pensée, le réflexe pavlovien et les retards dans le diagnostic de la spondylarthropathie axiale (suite de la page 3)

travail avec Amos Tversky, récipiendaire d'un prix Nobel, et qui explique le comportement humain dans de nombreuses situations courantes. La rapidité de la pensée repose sur des heuristiques et signifie généralement ne pas penser du tout, ce qui conduit à des réponses réflexes telles que sacro-iliite = consultation en rhumatologie. Le réflexe conditionné décrit par Pavlov chez ses chiens fonctionne de manière très similaire : une cloche qui sonne peut déclencher la salivation en prévision d'un repas en l'absence de toute nourriture. Pavlov a reçu le prix Nobel de médecine en 1904 pour ses travaux. Il est intéressant de noter que la question de savoir si Pavlov a réellement utilisé une cloche dans ses expériences est controversée. Selon Wikipédia, l'image de la cloche est attribuée à l'un des rivaux et contemporains de Pavlov, le neurologue russe

Vladimir Bechterev (ou Bechterew). Pour boucler la boucle, Bechterev a été l'un des premiers cliniciens à décrire la spondylarthrite ankylosante en 1893¹, qui portait auparavant le nom de maladie de Bechterew. Il n'aurait certainement jamais pu imaginer les difficultés que nous rencontrerions encore, plus d'un siècle plus tard, pour diagnostiquer cette maladie et le spectre des troubles de l'axSpA.

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP
Rédacteur en chef, JSCR
Scarborough (Ontario)

Référence :

1. Bechterew W. Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform. *Neurol Centralbl.* 1983; 12:426-434.