



DOULEUR ARTICULAIRE

EXAMENS FRÉQUENTS EN RHUMATOLOGIE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les médecins qui travaillent en première ligne voient souvent des problèmes rhumatologiques dont plusieurs s'accompagnent d'un niveau élevé de douleur et d'incapacité. Un diagnostic précis est essentiel pour une prise en charge efficace, mais savoir à quel moment il faut demander des examens et comment interpréter les résultats demeure un défi de taille. Dans la plupart des cas, un seul test n'est pas suffisant pour diagnostiquer une maladie rhumatologique; de plus, la faible spécificité et sensibilité de plusieurs examens compliquent le diagnostic. Souvent, le diagnostic rhumatologique se fonde en fin de compte sur l'histoire médicale détaillée du patient et ses antécédents familiaux, sur l'examen clinique rhumatologique complété par des examens d'imagerie médicale et des analyses de laboratoire qui sont surtout utilisés pour confirmer la suspicion clinique.

Ce module vise à fournir une approche pour utiliser et interpréter les tests rhumatologiques les plus fréquents chez les patients qui se présentent avec une douleur articulaire dont l'origine est potentiellement inflammatoire:

- en revoyant les éléments d'une bonne histoire et d'un examen physique rhumatologique
- en discutant du moment et du choix des analyses de laboratoire et de l'imagerie médicale à demander, et la façon d'interpréter les résultats.

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Thérèse, âgée de 46 ans

Thérèse souffre de douleurs articulaires récurrentes depuis trois mois.

Quels autres détails à l'histoire serait-il utile de connaître?

Deuxième partie

Thérèse a des douleurs articulaires au niveau des poignets, des articulations métacarpophalangiennes (MCP), des genoux, et des articulations métatarsophalangiennes (MTP). Il y a deux semaines, les premières articulations

métacarpophalangiennes ont commencé à enfler aux deux mains et ont été douloureuses pendant quelques jours pour ensuite désenfler. Ces articulations présentent une raideur modérée pendant environ 30 minutes le matin. Ses symptômes articulaires sont plus sévères le matin, mais sont présents pendant presque toute la journée. Elle dit ne pas avoir d'autres symptômes que ses douleurs articulaires et mentionne qu'avant cet épisode elle est était en très bonne santé. Thérèse prend des contraceptifs oraux et de l'acétaminophène lorsque ses articulations lui font mal, ce qui la soulage temporairement. Elle a une histoire familiale d'arthrose chez sa grand-mère qui a exigé une prothèse de la hanche à l'âge de 70 ans. L'examen physique montre un léger œdème bilatéral des articulations métacarpophalangiennes et de la douleur en mobilisation active et passive. Le reste de l'examen physique est sans particularité.

Quelle est votre première évaluation de la douleur de Thérèse et quels examens demanderiez-vous?

Troisième partie

Les résultats du bilan sanguin de Thérèse sont les suivants: hémoglobine (138 g/L), globules blancs ($6.7 \times 10^9/L$), numération plaquettaire ($258 \times 10^9/L$) et vitesse de sédimentation (VS) (5 mm/h); ils sont tous dans les valeurs normales. La protéine C-réactive (CRP) est élevée à 15,2 mg/L (valeurs normales entre 5 et 6 mg/L), le facteur rhumatoïde (FR) est faiblement positif avec 21 unités/mL, et les anticorps antinucléaires (ANA) sont négatifs. Ses fonctions hépatique et rénale sont normales. Les radiographies n'ont montré aucune anomalie.

Quelles seraient vos prochaines étapes?

Cas numéro 2: Bérénice, âgée de 32 ans

Depuis deux mois, Bérénice souffre de douleur articulaire intermittente aux coudes, aux doigts, aux genoux et aux orteils. La douleur est plus intense le matin et diminue avec la mobilisation. Elle n'a aucun symptôme extra-articulaire. Bérénice a eu des symptômes grippaux il y a deux mois avec fièvre et toux. Plusieurs mois avant, elle a eu un bref épisode d'hépatite aiguë, qu'on a attribué à un weekend bien arrosé. Bérénice prend de la minocycline (Minocin) pour l'acné et des contraceptifs oraux. Sa grand-mère maternelle a souffert de polyarthrite rhumatoïde. L'examen rhumatologique révèle une sensibilité bilatérale en fin de mouvement des articulations métacarpophalangiennes et des poignets. Elle n'a pas de signes systémiques de maladie.

En se fondant sur cette histoire, comment procéderiez-vous avec Bérénice?

Deuxième partie

Les tests hépatiques et rénaux de Bérénice tout comme les tests sanguins pour l'hépatite virale ont tous donné des résultats normaux. Les résultats des tests hématologiques et immunologiques sont les suivants: faible hémoglobine (118 g/L), globules blancs légèrement augmentés ($10.5 \times 10^9/L$), numération plaquettaire normale ($332 \times 10^9/L$), vitesse de sédimentation élevée (65 mm/h), facteur rhumatoïde normal (< 20 unités/mL), protéine C-réactive normale (5,1 mg/L), et un résultat positif aux anticorps antinucléaires ($> 1:640$). Le reste de ses tests ont donné des résultats normaux.

Comment interpréteriez-vous ces résultats et quelles seraient vos prochaines étapes?

Cas numéro 3: Jean, âgé de 59 ans

Jean, un nouveau patient de votre pratique, se présente avec une histoire de lombalgie qui dure depuis six mois et qui s'aggrave. Cette lombalgie l'incommoder surtout au fur et à mesure que la journée avance et, en particulier, lorsqu'il va s'entraîner au gymnase. Il a amené avec lui une copie de son rapport normal de radiographie de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques, et ses résultats d'analyses de laboratoire qui montrent un résultat positif de l'antigène leucocytaire humain HLA-B27 que son précédent médecin avait demandé. Il a fait quelques recherches sur Internet et il s'inquiète que son médecin n'ait rien fait pour traiter sa «spondylite ankylosante».

Que répondriez-vous face à ses inquiétudes?

Deuxième partie

Autrement, Jean est en bonne santé et son histoire médicale et son examen physique ne nous permettent pas de penser à un diagnostic de maladie inflammatoire. Vous l'informez du taux élevé de résultats faussement positifs du HLA-B27 et vous lui donnez un programme d'exercices et d'étirement de la colonne ainsi que de renforcement du tronc à faire à la maison.

En quoi votre approche serait différente si son histoire médicale suggérait une maladie inflammatoire?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

«Les problèmes musculosquelettiques sont parmi les motifs les plus fréquents des gens pour consulter leur médecin de famille et sont les premières causes d'incapacité et d'absence au travail au Canada...Un diagnostic précoce peut modifier l'évolution de plusieurs de ces maladies, en particulier, les plus sévères»¹.

1. **L'histoire rhumatologique et l'examen clinique constituent la base du diagnostic des problèmes rhumatologiques**¹. Les analyses sérologiques et les examens d'imagerie peuvent *soutenir* ou *confirmer* un diagnostic, mais les résultats d'examen sont souvent non spécifiques. Ces résultats peuvent être normaux même en présence d'une douleur significative, en particulier, au début de la maladie. Ces facteurs rendent donc les problèmes rhumatologiques difficiles à diagnostiquer et, dans certains cas, il peut s'écouler des mois et même des années avant qu'un diagnostic définitif soit établi.

2. *Trucs cliniques*

- Le diagnostic et le traitement précoces peuvent aider à prévenir la destruction irréversible des articulations.
- *La consultation d'un rhumatologue*: Ces spécialistes sont très occupés et vont faire le triage des demandes de consultation. Le fait de fournir une histoire rhumatologique appropriée, les résultats de l'examen clinique et des investigations peut aider à vous assurer que votre patient sera vu plus rapidement. De plus, il peut être utile de prendre le téléphone et de parler directement à votre collègue.
- La polyarthrite aiguë est toujours inflammatoire².
- Les maladies rhumatologiques fréquentes [par exemple, la polyarthrite rhumatoïde (PAR), l'arthrite psoriasique et l'arthrose] peuvent être diagnostiquées sans aucune analyse de laboratoire³.
- Le diagnostic des troubles rhumatologiques des tissus mous notamment les causes d'une douleur étendue, par exemple, fibromyalgie, *polymyalgia rheumatica* (PMR) et artérite temporale à cellules géantes se fait, au départ, par l'évaluation clinique⁴. La principale utilisation des analyses des anticorps dans ces conditions est de diagnostiquer ou d'exclure d'autres troubles rhumatologiques.

Histoire rhumatologique et examen physique

3. Le recueil de l'histoire rhumatologique détaillée constitue la première étape critique du diagnostic précis des signes et symptômes musculosquelettiques du patient (voir les annexes 1 et 2)⁵. Les trouvailles lors de l'histoire approfondie aident aussi à cibler l'examen clinique. Les caractéristiques compatibles avec une arthrite inflammatoire sont: histoire d'œdème et de chaleur aux articulations; raideur matinale de plus de 30 minutes; amélioration avec l'activité physique; durée de plus de six semaines; présence de symptômes extra-articulaires et, dans certains cas, un patron particulier des articulations touchées¹.

4. L'examen clinique rhumatologique comprend l'examen des articulations, des structures périarticulaires, des os et des muscles (voir l'annexe 3)⁵. L'examen rhumatologique implique l'inspection, la palpation et la mobilisation. Le test de Shober mesure la possible diminution de la mobilité de la colonne lombaire alors que le patient effectue une flexion complète⁶ (la technique est décrite en détail, en anglais seulement, sur le site Web [Family Practice Notebook](#))^A. Les articulations sont évaluées de façon individuelle pour déterminer l'étendue du problème et s'il s'agit d'un problème articulaire ou extra-articulaire.

a) *L'inspection*⁶

Les caractéristiques à rechercher sont:

- démarche, œdème articulaire et péri-articulaire ou rougeur
- contractures articulaires ou déformations, atrophie musculaire et pathologie de la peau (la déformation articulaire est associée à des arthropathies plus sévères des tissus avoisinants. L'atrophie musculaire autour d'une articulation indique une pathologie articulaire chronique).
- comparaison entre le côté droit et le côté gauche du corps.

b) *La palpation*⁶

On palpe les articulations pour détecter la chaleur et l'œdème; ces deux caractéristiques sont plus typiques des maladies articulaires inflammatoires que non inflammatoires.

- On doit palper les contours de l'articulation qui peuvent être mous et spongieux en présence d'épaississement synovial ou de synovite.

^A <http://www.fpnotebook.com/rheum/exam/schbrstst.htm> (en anglais seulement) Accès vérifié en juillet 2012

- La sensibilité au-delà de la ligne articulaire peut se retrouver autant dans les problèmes inflammatoires que non inflammatoires.
- La sensibilité aux sites d'attachement des ligaments ou des tendons à l'os est compatible avec l'enthésite (inflammation de l'attachement des ligaments ou des tendons), qui peut suggérer des arthropathies séronégatives, par exemple, l'arthrite psoriasique.

c) La mobilité ⁶

Un mouvement actif, passif et résisté avec amplitude complète de l'articulation peut aider à localiser le problème.

- La douleur lors du mouvement actif indique un problème qui peut être à l'articulation ou aux structures associées.
- La douleur au mouvement passif est plus en accord avec un problème dans l'articulation.
- La douleur lors de certains mouvements résistés peut isoler le problème à un tendon ou un muscle spécifique.
- Dans les problèmes articulaires, la douleur, de façon typique, est ressentie tout au long du mouvement articulaire et peut être maximale en fin de mouvement (douleur de stress); dans les problèmes non articulaires, la douleur peut être présente uniquement lors de certaines amplitudes du mouvement ⁵.
- Les limitations dans l'amplitude du mouvement d'une articulation sont habituellement égales dans toutes les directions dans le cas d'un problème articulaire alors que les limitations des problèmes non articulaires peuvent être asymétriques.

et l'arthropathie induite par des cristaux peuvent coexister de même qu'il peut y avoir plus d'un type de cristaux. Un diagnostic spécifique est requis pour déterminer le traitement approprié.

L'imagerie médicale

6. Trucs pour l'imagerie médicale ⁷

- Formuler une question clinique précise auxquelles l'imagerie devra répondre avant de demander l'examen. Si nécessaire, travailler en collaboration avec un radiologiste pour choisir la meilleure technique pour obtenir votre réponse.
- En général, commencer par des radiographies simples.
- Établir des liens entre les résultats des différentes techniques d'imagerie.
- Faire la corrélation entre les résultats d'imagerie et les trouvailles cliniques.

7. La nécessité de passer des tests radiologiques dépend des trouvailles à l'histoire et à l'examen clinique ⁸. Dans la plupart des problèmes rhumatologiques, les radiographies simples constituent l'imagerie de choix au départ puisque pour la plupart des formes d'arthrite, aucune autre imagerie n'est requise ⁷. Une technique d'imagerie qui offre une *limite de résolution spatiale élevée* permet de visualiser les détails fins de l'os et de la calcification, alors qu'une technique ayant une *résolution de contraste élevée* permet de différencier les structures des tissus mous.

a) *La radiographie conventionnelle* offre une bonne résolution spatiale et une bonne visualisation de l'os trabéculaire, des petites érosions et des cancers osseux ⁷ tout en maintenant les doses de radiations basses. Dans les cas de polyarthrite inflammatoire qui affecte autant les grandes que les petites articulations, les petites articulations ont plus de chances de montrer les indicateurs diagnostiques plus tôt que les grandes articulations, même si la radiographie réalisée tôt dans l'évolution de la maladie peut être normale ⁸. Les prises de radiographie en position debout sont préférables pour les articulations qui soutiennent le poids du corps. Des trouvailles radiographiques de sacroiliite permettent de diagnostiquer la spondylite ankylosante.

b) *L'imagerie par résonance magnétique (IRM)* fournit une excellente résolution spatiale et la meilleure résolution de contraste des tissus mous et de la moelle osseuse ⁷. L'IRM est excellente pour

INVESTIGATIONS

Arthrocentèse

5. L'arthrocentèse est *immédiatement* indiquée à la moindre suspicion d'arthrite septique ou microcristalline (arthrite inflammatoire monoarticulaire et aiguë) ⁵. Des globules blancs du liquide synovial élevés de façon marquée sans présence de cristaux établissent le diagnostic d'arthrite septique. L'arthropathie induite par des cristaux est le plus souvent causée par l'urate monosodique (goutte), le dihydrate de pyrophosphate de calcium (maladie de dépôt de pyrophosphate de calcium ou pseudo-goutte) ou des cristaux d'hydroxyapatite (dépôt d'hydroxyapatite ou calcification). La septicémie

évaluer le cartilage, diagnostiquer une hernie discale, identifier les anomalies musculaires, détecter des microfractures, diagnostiquer une ostéonécrose et une ostéomyélite, et évaluer les cancers musculosquelettiques. Dans les cas de psoriasis, l'IRM peut montrer l'enthésite qui n'est pas visible sur les radiographies de base. Dans les cas de spondylite ankylosante, la technique d'IRM avec suppression des gras peut révéler précocement dans la sacroïliite, l'inflammation de la moelle osseuse de l'os sacroiliaque en sous-chondral, ce qui précède le développement de preuves radiographiques avec une sensibilité de pratiquement 100%.

- c) *La tomодensitométrie* offre une meilleure résolution de contraste que la radiographie conventionnelle, mais moins élevée que l'IRM (sauf la tomодensitométrie hélicoïdale, dont la résolution de contraste est comparable à l'IRM) ⁷. Même si la tomодensitométrie est associée à de plus fortes doses de radiations que les radiographies conventionnelles, elle est souvent plus facilement disponible que l'IRM. On peut privilégier la tomодensitométrie pour évaluer les problèmes qui sont difficiles à visualiser avec les radiographies de base, par exemple, sacroïliite, nécrose de la tête du fémur ou coalition du tarse. (**Remarque:** *La coalition du tarse est une fusion anormale qui se développe entre deux os tarsiens. Cette coalition peut être composée d'os, de cartilage ou de tissu fibreux et peut amener la limitation des mouvements et s'accompagner de douleur dans un pied ou les deux. Les causes sont des facteurs héréditaires, une infection, de l'arthrite ou un trauma*). Si on suspecte une spondylite ankylosante, on devrait faire une imagerie des sacro-iliaques puisque ces articulations sont souvent affectées au début de la maladie (voir l'annexe 4) et constituent une trouvaille importante ⁸.
- d) *L'échographie* a une limite de résolution spatiale semblable à la tomодensitométrie et à l'IRM alors que la résolution des tissus superficiels est supérieure à celle des tissus profonds ⁷. L'échographie est utile pour détecter l'érosion des articulations en début de polyarthrite rhumatoïde, les accumulations de liquides, les kystes, et les inflammations ou les déchirures des tendons superficiels. Dans une petite étude de patients présentant de la polyarthrite rhumatoïde (N=60), l'examen par échographie pour détecter les érosions osseuses a une sensibilité de 59%, une spécificité de 98% et une précision de 96%

si on la compare à l'IRM [preuves de niveau II-1] ⁹. L'échographie permet aussi de différencier la synovite exudative de la synovite proliférative, une différenciation importante à réaliser pour le diagnostic précoce de l'arthrite inflammatoire puisque la synovite est un précurseur de la destruction osseuse ¹⁰. Dans une autre petite étude (N=40), l'échographie était plus sensible à détecter l'inflammation musculosquelettique que l'examen clinique [preuves de niveau II-1] ¹¹. Toutefois, il est important de noter que l'efficacité de l'échographie dépend surtout de l'habileté de celui qui la fait.

Bilan sanguin

8. **Les analyses de laboratoire pour les maladies rhumatologiques combinées à un niveau élevé de suspicion clinique devraient confirmer ou éliminer ces maladies, et ne pas être utilisées comme outil de dépistage.**
9. *Les marqueurs de réponse inflammatoire aiguë:* La VS (vitesse de sédimentation) est souvent élevée lors de l'inflammation, mais cette élévation n'est pas spécifique. La VS augmente aussi avec l'âge, si on est une femme, dans les cas d'infection, d'anémie, de cancer, de myélome, de dommages tissulaires et dans les cas de problèmes qui augmentent le fibrinogène notamment, le diabète, la grossesse et le stade terminal d'une maladie rénale. Chez un patient qui a une histoire médicale et un examen physique suggérant une maladie rhumatologique, une VS de > 40 mm/h peut indiquer une *polymyalgia rheumatica* ou une artérite temporale à cellules géantes même si 20% des patients présentant ces problèmes peuvent avoir une VS de < 40 ³. La protéine C-réactive est légèrement plus spécifique parce qu'elle est produite par le foie lors des états inflammatoires, mais elle peut aussi être élevée chez les patients qui ont une maladie cardiaque ou chez les gens obèses ou diabétiques. Chez les patients qui ont un problème rhumatologique inflammatoire, la VS, la protéine C-réactive ou ces deux valeurs peuvent être élevées.
10. *Les tests d'anticorps* peuvent aider au diagnostic clinique, mais il n'y a aucun test qui peut établir seul le diagnostic. Plusieurs tests peuvent donner des résultats positifs dans plusieurs problèmes, incluant des maladies qui ne sont pas rhumatologiques ¹². Il est donc important de demander des tests pour **appuyer** un diagnostic clinique spécifique et non pas pour **déterminer** un diagnostic.

- a) *Le facteur rhumatoïde et les anticorps peptides citrullinés (anti-CCP):* Même si ces tests peuvent appuyer un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, des résultats négatifs à ce test n'éliminent pas d'office ce diagnostic (voir l'annexe 4). Chez les patients qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde, le facteur rhumatoïde est positif chez 50 à 60% d'entre eux dans la maladie à un stade précoce, et chez 70% des patients qui ont cette maladie depuis au moins une année¹³. Le facteur rhumatoïde peut aussi être positif dans une grande variété de conditions (voir l'annexe 5)¹⁴. Une méta-analyse qui a revu la précision du facteur rhumatoïde et de l'anti-CCP [preuves de niveau I-1]¹⁵ dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde a révélé que pour le facteur rhumatoïde, la sensibilité est de 69% et la spécificité de 85%; alors que pour l'anti-CCP la sensibilité est de 67% avec une spécificité de 95%.
- b) *Les anticorps antinucléaires (ANA):* Même si ce test est utile lorsqu'on suspecte des maladies rhumatologiques systémiques chez des patients, il est relativement non spécifique (voir l'annexe 5)¹⁶.
- Près de 30% de la population en santé obtient un titre d'anticorps antinucléaires de 1:40 et plus de 5% ont un titre de 1:160¹⁷. En l'absence de signes et de symptômes cliniques cohérents avec une maladie articulaire inflammatoire, aucun autre test n'est requis dans le cas d'un résultat faible au taux d'anticorps antinucléaires (< 1:160).
 - Puisque les anticorps antinucléaires ne sont pas utiles pour faire le suivi de l'évolution de la maladie, il n'est pas nécessaire de répéter ce test³.
 - Les anticorps antinucléaires peuvent donner des résultats positifs dans une grande variété d'infections chroniques incluant: la mononucléose infectieuse, l'endocardite bactérienne subaiguë et la tuberculose¹⁸.
 - Un titre élevé (> 1:640) augmente la suspicion d'un problème autoimmun.
 - Les anticorps antinucléaires est un test sensible pour le lupus érythémateux disséminé (LED) puisque 90 à 95% des patients obtiennent des résultats positifs aux anticorps antinucléaires.
 - Les anticorps antinucléaires ne sont pas utiles pour poser un diagnostic de syndrome de Sjögren; par contre, un résultat positif peut indiquer une collagénose sous-jacente concomitante.
- Un résultat positif fait partie des critères diagnostiques d'une maladie mixte du tissu conjonctif.
 - On devrait demander un test des anticorps antinucléaires lorsqu'on suspecte une sclérodermie puisqu'un résultat négatif peut indiquer d'autres maladies mixtes du tissu conjonctif, par exemple, la sclérodermie limitée au niveau cutané ou une fasciite à éosinophile¹⁷.
- c) *Les anticorps des antigènes nucléaires solubles et les anticorps antinucléaires spécifiques:* En présence d'un taux élevé d'anticorps antinucléaires, faire le suivi avec des anticorps des antigènes nucléaires solubles et de anti-ADN natifs devrait être utile pour confirmer ou éliminer un diagnostic (voir l'annexe 5)^{3;12;18;19-21}.
- *LED:* Les tests anti-Smith (anti-Sm) et anti-ADN natifs (dont la spécificité est de 95% pour le LED) peuvent aider à confirmer ce diagnostic (voir l'annexe 4). Le test des anticorps antiphospholipides peut aussi être utile.
 - *Sclérodermie disséminée:* Les anticorps anti-centromères sont très spécifiques pour la sclérodermie limitée au niveau cutané [calcinose, phénomène de Raynaud, trouble de motilité de l'œsophage, sclérodactylie et tégangiectasie (CREST-syndrome)]. L'anti-topoisomérase I (anti-Scl 70) est aussi très spécifique pour la sclérodermie disséminée, ce qui rend ce test particulièrement utile pour le diagnostic.
 - *Polymyosite et dermatomyosite:* Les anticorps spécifiques à la myosite.
 - *Maladie de Sjögren:* Les anticorps anti-syndrome A de Sjögren (Anti-SS-A/anti-Ro) et anti-syndrome B de Sjögren (Anti-SS-B/anti-La) sont très spécifiques mais moins sensibles pour cette maladie.
 - *Maladie mixte du tissu conjonctif:* En plus d'un résultat positif aux anticorps antinucléaires, ce diagnostic exige aussi un résultat positif au test anti-ribonucléoprotéine (anti-RNP).
- d) *Les anticorps anti-cytoplasmiques des neutrophiles (ANCA):* Les antigènes spécifiques sont la protéinase 3 (PR3) et la myéloperoxydase (MPO).¹² L'ANCA peut être de type cytoplasmique (c-ANCA) ou de type périnucléaire (p-ANCA).
- Un résultat positif à c-ANCA plus anti-PR3 a une valeur prédictive positive élevée pour la granulomatose de Wegener.

- Un résultat positif à p-ANCA plus anti-MPO a une valeur prédictive positive élevée de polyangiite microscopique.

11. Le complément:

- a) L'hypocomplémentémie se retrouve dans des problèmes associés à des niveaux élevés de complexes immuns circulants, incluant le LED, la cryoglobulinémie et la carence héréditaire en complément. Toutefois, l'hypocomplémentémie n'est pas spécifique puisqu'on peut la retrouver dans des problèmes comme l'endocardite bactérienne et la glomérulonéphrite post-streptococcique ^{12;22}.
- b) À l'autre extrémité, des taux élevés de complément peuvent être retrouvés dans des problèmes inflammatoires qui ne sont pas associés à un dépôt de complexe immun ¹².
- c) Les variations des taux de complément ont peu de corrélation avec le niveau d'activité de la maladie.

12. Les antigènes leucocytaires humains (HLA-B27): Le HLA-B27 est encodé par un locus d'histocompatibilité complexe et majeur ²³.

- a) Il s'agit d'un test de dépistage peu fiable, puisque le HLA-B27 donne des résultats positifs dans 5 à 8% de la population en santé.
- b) Chez les patients qui souffrent de spondylite ankylosante, le HLA-B27 donne des résultats positifs chez 95% des caucasiens et chez 50% des patients de race noire.
- c) Il donne aussi des résultats positifs chez 50 à 80% des patients qui ont une spondylarthropathie séronégative, par exemple, l'arthrite réactionnelle, arthrite psoriasique, et l'arthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin ^{3;23}.

13. Truc clinique pour les tests de laboratoire du LED et du lupus médicamenteux: L'American College of Rheumatology recommande aux médecins de première ligne d'adresser leurs patients à un rhumatologue s'ils ont les signes et les symptômes typiques du LED et obtiennent des résultats positifs au test des anticorps antinucléaires ²⁴.

- a) Les anticorps antiphospholipides sont souvent mesurés chez les patients qui ont un LED, une thrombose récurrente et des fausses couches récurrentes lorsqu'il y a possibilité de syndrome anticorps antiphospholipides ²². Les anticorps antiphospholipides et anticardiolipine ont une faible spécificité, mais peuvent donner des résultats positifs chez 20 à 30% des patients qui ont un LED ¹³. Les anticorps antinucléaires sont un test plus sensible. L'anticoagulant lupique n'a

pas de lien avec le LED, mais peut être associé au syndrome anticorps antiphospholipides.

- b) Les anticorps anti-histones sont pratiquement toujours présents dans le lupus médicamenteux, mais il donne aussi des résultats positifs chez 50 à 70% des personnes qui ont un LED ¹³. L'absence de ces anticorps fournit des preuves convaincantes que le lupus médicamenteux **n'est** vraiment pas le diagnostic à retenir.

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- Le diagnostic des problèmes rhumatologiques se fait au départ d'un point de vue clinique surtout avec une histoire rhumatologique poussée qui guide l'examen clinique rhumatologique.
- Les analyses de laboratoire s'alignent sur les trouvailles cliniques et sont utilisées pour soutenir ou confirmer un diagnostic et non pour faire le dépistage d'un problème rhumatologique: **IL NE S'AGIT PAS DE DÉPISTAGE DE ROUTINE.**
- La consultation rapide d'un rhumatologue ²⁵ dans les cas de suspicion de maladies inflammatoires permet un diagnostic rapide et un traitement approprié pour prévenir les dommages articulaires.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1: Thérèse, âgée de 46 ans

Quels autres détails à l'histoire serait-il utile de connaître?

On a posé les questions suivantes à Thérèse (voir la section Renseignements généraux, point 3 et les annexes 1 et 2).

- Quelles articulations sont affectées?
- Avez-vous de la raideur matinale et combien de temps dure-t-elle?
- Est-ce que vos articulations sont enflées?
- Est-ce que vos activités affectent vos symptômes?
- Est-ce que les anti-inflammatoires ou les analgésiques soulagent la douleur?
- Avez-vous eu de la fièvre, perdu du poids, de la fatigue, des infections récentes, des éruptions cutanées, ou des symptômes oculaires ou respiratoires?
- Avez-vous déjà eu des bursites ou des tendinites récurrentes?
- Avez-vous une histoire personnelle ou familiale de maladies autoimmunes, par exemple, psoriasis, problème thyroïdien ou maladie inflammatoire de l'intestin?
- Quels médicaments prenez-vous?

Deuxième partie

Quelle est votre première évaluation de la douleur de Thérèse et quels examens demanderiez-vous?

Elle a de fortes chances d'avoir un problème rhumatologique (voir la section Renseignements généraux, points 3, 4 et 9) et le diagnostic différentiel élargi devrait inclure la polyarthrite rhumatoïde, le LED, l'arthropathie séronégative, et l'arthrite réactionnelle ou infectieuse. Ces deux derniers diagnostics sont moins probables puisque le problème évolue depuis plus de 6 semaines. Chez les patients plus âgés, (> 50 ans), on devrait aussi envisager une poussée inflammatoire d'arthrose et la synovite microcristalline.

Il serait justifié de demander les tests suivants: facteur rhumatoïde et anticorps antinucléaires lorsqu'il y a une histoire d'inflammation polyarticulaire depuis plus de 6 semaines (voir la section Renseignements généraux, point 10 et l'annexe 4). Les autres examens pertinents pourraient être: FSC, bilan hépatique et rénal, protéine C-réactive, VS, et analyse d'urine. Il serait aussi adéquat de demander des radiographies conventionnelles des mains, des pieds et des genoux (voir la section Renseignements généraux, point 7a), même si les résultats peuvent être encore normaux à ce stade.

Troisième partie

Quelles seraient vos prochaines étapes?

En dépit d'un bilan sanguin légèrement anormal, l'histoire et l'examen physique sont compatibles avec une arthrite inflammatoire. Il serait approprié de commencer un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) pour soulager sa douleur articulaire et de consulter *immédiatement*²⁵ un rhumatologue pour commencer un traitement avec des antirhumatismeux modificateurs de la maladie (ARMM) qui pourraient minimiser les dommages aux articulations. Chez les patients qui obtiennent des résultats négatifs au facteur rhumatoïde, le test des anti-CCP (dont la spécificité est de 95% pour la polyarthrite rhumatoïde) pourrait confirmer une polyarthrite rhumatoïde tout comme prédire quels patients développeront une maladie inflammatoire plus sévère avec des érosions. Ce test n'est habituellement pas couvert par l'assurance-santé provinciale et doit donc être payé par le patient (coût approximatif de 50 \$).

NDT Au Québec, ce test est disponible gratuitement dans certains hôpitaux.

Évolution du cas réel qui a inspiré cette histoire

Le rhumatologue a vu Thérèse et n'a trouvé aucun signe d'arthrite inflammatoire. Parce qu'il s'inquiétait des fortes probabilités qu'une polyarthrite rhumatoïde se développe, le rhumatologue a continué les AINS et a assuré un suivi clinique serré. Au cours des trois mois suivants, Thérèse a continué à avoir des douleurs articulaires intermittentes et de l'œdème qui, au début, s'amélioraient avec les AINS, mais qui sont devenus de plus en plus fréquents et de moins en moins contrôlés par les médicaments. On lui a diagnostiqué un rhumatisme palindromique et elle a commencé l'hydroxychloroquine (Plaquenil) qui a réduit, de façon significative, ses symptômes.

Cas numéro 2: Bérénice, âgée de 32 ans

En se fondant sur cette histoire, comment procéderiez-vous avec Bérénice?

Le diagnostic différentiel inclut le LED, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus médicamenteux soit à cause de la minocycline ou soit, des contraceptifs oraux, l'arthrite réactionnelle et l'hépatite virale ou auto-immune. À partir de ces possibilités, il serait approprié de demander une FSC, un bilan hépatique et rénal, des tests sérologiques pour éliminer une hépatite virale, la protéine C-réactive, le facteur rhumatoïde, une analyse d'urine et les anticorps antinucléaires (voir la section Renseignements généraux, points 9 et 10) en plus de faire des radiographies.

Deuxième partie

Comment interpréteriez-vous ces résultats et quelles seraient vos prochaines étapes?

Un taux élevé d'anticorps antinucléaires (> 1:640) appuie le diagnostic de maladie auto-immune. Toutefois, un taux faible d'anticorps antinucléaires est très fréquent dans la population générale, il serait donc beaucoup moins utile (voir la section Renseignements généraux, point 10b). Une hémoglobine faible et des globules blancs légèrement augmentés suggéreraient aussi une possible maladie inflammatoire. En présence d'un taux élevé des anticorps antinucléaires, il serait raisonnable de passer à des tests d'anticorps anti-ADN natifs et anticorps des antigènes nucléaires solubles et de mesurer les niveaux du complément pour confirmer la suspicion clinique de LED (voir la section Renseignements généraux, points 10c et 11). Il serait aussi justifié d'évaluer la TSH et de faire un dépistage des infections associées à un résultat positif aux anticorps antinucléaires (voir la section Renseignements généraux, point 10b).

On ne pourrait pas éliminer complètement le lupus médicamenteux en se fondant uniquement sur ces résultats de laboratoire (voir la section Renseignements généraux, point 13), et il serait donc raisonnable de cesser les contraceptifs oraux et la minocycline, de traiter sa douleur articulaire avec du naproxène et l'adresser immédiatement²⁵ à un rhumatologue pour une évaluation plus poussée et pour faire des recommandations de prise en charge.

Évolution du cas réel qui a inspiré cette histoire

Le rhumatologue a trouvé une sensibilité marquée aux articulations MCP, aux poignets, aux articulations métatarsiennes et aux genoux. Des examens plus poussés ont révélé des niveaux faibles du complément, des résultats négatifs pour les anticorps antiphospholipides, anti-Sm, anti-SS-A/anti-Ro, anti-SS-B/anti-La, du virus Epstein-Barr et du cytomégalovirus; et un résultat légèrement positif pour les anti-ADN natifs à 25 U.I./mL.

Puisque Bérénice rencontre de justesse les critères diagnostiques du LED (voir l'annexe 4) et qu'il n'était pas encore clair si la minocycline avait précipité ses symptômes, on lui a donné du diclofénac sodique-misoprostol (Arthrotec) et on a continué à la suivre de près. Bérénice a continué à avoir des symptômes et elle est passée à l'hydroxychloroquine. Elle a décidé d'elle-même de cesser son médicament lorsqu'elle a commencé à aller mieux. Les mêmes douleurs articulaires sont réapparues six mois plus tard accompagnées en plus de fièvre, de fatigue, de photosensibilité et d'anomalies hématologiques persistantes. Elle rencontre maintenant les critères diagnostiques du LED et on a recommencé l'hydroxychloroquine.

Cas numéro: Jean, âgé de 59 ans

Que répondriez-vous face à ses inquiétudes?

Il est important de poser des questions à Jean au sujet de la présence d'autres symptômes typiques de douleur lombaire inflammatoire incluant les suivants: raideur matinale; douleur au repos qui s'améliore avec l'activité physique; douleur nocturne, en particulier, durant la dernière partie de la nuit; une douleur alternant d'une fesse à l'autre et une réponse thérapeutique positive aux AINS (voir les annexes 1 et 4). Il serait aussi utile de faire la revue de l'histoire personnelle et familiale de maladies extra-articulaires, par exemple, psoriasis, uvéite ou maladie inflammatoire de l'intestin (voir l'annexe 3). L'examen physique devrait inclure l'évaluation des éléments suivants: perte de la lordose; scoliose; test de Schober qui évalue la flexion lombaire; l'extension

lombaire, rotation et flexion latérale; manœuvre de Trendelenburg et mesure de la longueur des jambes; et palpation de l'articulation sacro-iliaque (voir la section Renseignements généraux, point 4).

Deuxième partie

En quoi votre approche serait différente si son histoire médicale suggérait une maladie inflammatoire?

Dans ce cas, il serait raisonnable de faire les tests inflammatoires correspondants à une phase aiguë (VS, protéine C-réactive) et de demander un IRM puisque la radiographie de la sacro-iliaque peut donner des résultats négatifs dans les cas précoces de spondylite ankylosante (voir la section Renseignements généraux, points 9 et 10b, et l'annexe 4).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue
Vol. 20(7), Août 2012

Auteur:

D^{re} Eleanor Colledge, CCFP

Médecin de famille

Toronto, Ontario

Réviseurs:

Sydney Brooks, PhD, MSc, BScPT

Director of Research, The Arthritis

Society, Ontario Division

Toronto, Ontario

D^{re} Alice Klinkhoff, FRCPC

Internist, Rheumatologist

Vancouver, Colombie-Britannique

Rédacteur

médical en chef:

D^r Lois MacGibbon, CCFP, FCFP

Médecin de famille

Bedford, Nouvelle-Écosse

Rédactrice

médicale:

Joanna Gorski, BSc

(Hons), BEd, DVM

Niagara-on-the-Lake, Ontario

Traduction:

Biograph

Coordonnatrice

développement

des modules:

Dawnelle Hawes, BA, BKin, MEd

Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction de La Fondation tient à remercier Kathleen Lafferty (Corner Brook, Terre-Neuve), Alexandre Motard (Montréal, Québec) et Christine Thornton (Barrie, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, La Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Regina Becker (Carbonear, Terre-Neuve) et Stan Oleksinski (Prince Albert, Saskatchewan)

qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgence de conflits d'intérêts:

Eleanor Colledge, Sydney Brooks, Alice Klinkhoff, Lois MacGibbon et Joanna Gorski n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable La Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives au moment de la publication.

NIVEAUX DE PREUVES

Catégories de preuves

- I-1 Preuves obtenues dans le cadre de méta-analyses, revues systématiques ou études comparatives randomisées d'envergure.
- I-2 Preuves obtenues dans le cadre d'au moins une étude comparative convenablement randomisée.
- II-1 Preuves obtenues dans le cadre d'études comparatives non randomisées bien conçues.
- II-2 Preuves obtenues dans le cadre de cohortes ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.
- II-3 Preuves découlant de comparaisons à différents moments ou selon qu'on a recours ou non à une intervention. Résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives.
- III Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapport de comités d'experts.

Recommandations

- A Preuves suffisantes pour recommander d'inclure l'intervention clinique.
- B Preuves acceptables pour recommander d'inclure l'intervention clinique.
- C Preuves existantes contradictoires qui ne permettent pas de faire une recommandation pour inclure ou exclure l'intervention clinique; toutefois, d'autres facteurs peuvent influencer la prise de décision.
- D Preuves acceptables pour recommander d'exclure l'intervention clinique.
- E Preuves suffisantes pour recommander d'exclure l'intervention clinique.
- I Preuves insuffisantes (en quantité ou en qualité) pour faire une recommandation d'inclure ou d'exclure l'intervention clinique; toutefois, d'autres facteurs peuvent influencer la prise de décision.

Adapté de:

The Canadian Task Force on Preventive Health Care. http://www.canadiantaskforce.ca/_archive/index.html See "History and Methods". Accès vérifié en novembre 2011.

Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, et al. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *Am J Prev Med* 2001;20(3S):21-35. PMID: 11306229 2007. Mise à jour disponible à:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm> Accès vérifié en novembre 2011.

Mis à jour: le 8 novembre 2010

Références bibliographiques

- (1) Ensworth S. Rheumatology: 1. Is it arthritis? *CMAJ* 2000; 162(7):1011-1016. PM:10763401
- (2) West S. Musculoskeletal Signs and Symptoms. B. Polyarticular Joint Disease. 2. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editors. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13 ed. New York, NY: Springer; 2008. 47-57.
- (3) Shojania K. Rheumatology: 2. What laboratory tests are needed? *CMAJ* 2000; 162(8):1157-1163. PM:10789634
- (4) Puttick MP. Rheumatology: 11. Evaluation of the patient with pain all over. *CMAJ* 2001; 164(2):223-227. PM:11332320
- (5) Robinson DB, El-Gabalawy HS. Evaluation of the Patient. A. History and Physical Examination. 2. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editors. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13 ed. New York, NY: Springer; 2008. 6-14.
- (6) Gotlieb D. *The Clinical Examination of the Rheumatic disease patient*. drdoc on-line. 2005. <http://www.arthritis.co.za/the%20clinical%20examination%20technique.html> Accessed Mar, 2012.
- (7) Scott WWJr, Didie WJ, Fayad LM. Evaluation of the Patient. D. Imaging of Rheumatologic Diseases. 2. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editors. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13 ed. New York, NY: Springer; 2008. 28-41.
- (8) Reid G, Esdaile JM. Rheumatology: 3. Getting the most out of radiology. *CMAJ* 2000; 162(9):1318-1325. PM:10813016
- (9) Szkudlarek M, Narvestad E, Klarlund M, Court-Payen, Thomsen HS, Ostergaard M. Ultrasonography of the metatarsophalangeal joints in rheumatoid arthritis: comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography, and clinical examination. *Arthritis Rheum* 2004; 50(7):2103-2112. PM:15248207
- (10) Backhaus M. Ultrasound and structural changes in inflammatory arthritis: synovitis and tenosynovitis. *Ann N Y Acad Sci* 2009; 1154:139-151. PM:19250235
- (11) Szkudlarek M, Narvestad E, Klarlund M, Court-Payen, Thomsen HS, Ostergaard M. Ultrasonography of the metatarsophalangeal joints in rheumatoid arthritis: comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography, and clinical examination. *Arthritis Rheum* 2004; 50(7):2103-2112. PM:15248207
- (12) Morehead K. Evaluation of the Patient. B. Laboratory Assessment. 2. In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editors. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13 ed. New York, NY: Springer; 2008. 15-20.
- (13) Meyer O. Evaluating inflammatory joint disease: how and when can autoantibodies help? *Joint Bone Spine* 2003; 70(6):433-447. PM:14667551
- (14) Wilson D. Rheumatoid factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can Fam Physician* 2006; 52:180-181. PM:16529390
- (15) Nishimura K, Sugiyama D, Kogata Y, Tsuji G, Nakazawa T, Kawano S et al. Meta-analysis: diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody and rheumatoid factor for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med* 2007; 146(11):797-808. PM:17548411
- (16) Schur PH. Know your labs: a review of state-of-the-art testing for SLE and connective tissue disease. *The Rheumatologist* 2009;(February). http://www.the-rheumatologist.org/details/article/873239/Know_Your_Labs.html Accessed Mar, 2012
- (17) Solomon DH, Kavanaugh AJ, Schur PH. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: antinuclear antibody testing. *Arthritis Rheum* 2002; 47(4):434-444. PM:12209492
- (18) Schur PH. Know Your Labs, Part 2. A review of testing for rheumatoid arthritis. *The Rheumatologist* 2009;(April). http://www.the-rheumatologist.org/details/article/873133/Know_Your_Labs_Part_2.html Accessed Mar, 2012
- (19) Antinuclear antibody testing in the systemic rheumatic diseases. *RDL (Rheumatic Disease Laboratory) Newsletter* 2006; 13(1). http://www.fbr.org/publications/rdlnewsletters/rdlnewsletter_v13n1.pdf Accessed Mar, 2012
- (20) Reveille JD, Solomon DH. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: anticentromere, Scl-70, and nucleolar antibodies. *Arthritis Rheum* 2003; 49(3):399-412. PM:12794797
- (21) Benito-Garcia E, Schur PH, Lahita R. Guidelines for immunologic laboratory testing in the rheumatic diseases: anti-Sm and anti-RNP antibody tests. *Arthritis Rheum* 2004; 51(6):1030-1044. PM:15593352
- (22) Magrey M, Abelson A. *Rheumatology. Laboratory Evaluation of Rheumatic Diseases*. Disease Management Project. 2010. Cleveland, OH., The Cleveland Clinic Foundation. Cleveland Clinic Center for Continuing Education. <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/rheumatology/laboratory-evaluation-rheumatic-diseases/> Accessed Mar, 2012.
- (23) Agarwal M, Sawhney S. Laboratory tests in pediatric rheumatology. *Indian J Pediatr* 2010; 77(9):1011-1016. PM:20740387
- (24) Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, Walters DT. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician* 2003; 68(11):2179-2186. PM:14677663
- (25) Bykerk V, Baron M, Boire G, Haraoui B, Khrashi M, LeClerq S et al. Canadian Consensus Statement on Early Optimal Therapy in early Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Canadian Rheumatology Association* 2004; Autumn:11-13. http://www.stacommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/CRAJ/crajPDFs/fall2004e/CRAJEngFall2004.pdf Accessed Mar, 2012

ANNEXE 1. Approche pour le recueil de l'histoire rhumatologique

Paramètre	Information pertinente
Localisation de la douleur, patron, caractéristique	<p><i>Généralisée ou régionale: douleur référée possible</i></p> <p><i>Symétrique ou asymétrique</i></p> <p><i>Articulaire ou non articulaire</i></p> <p><i>Articulation impliquée: petite, grosse ou les deux; atteinte de la colonne vertébrale</i></p> <p><i>Nombre d'articulations mono (1), oligo (2 à 4), poly (≥ 5)</i></p> <p><i>Facteurs aggravants</i></p>
Apparition et durée	<p><i>Aigu: soudain ou en quelques heures (arthrite septique, goutte)</i></p> <p><i>Chronique (> 6 semaines): progressif, réparti sur plusieurs semaines, mois même des années (fibromyalgie)</i></p> <p><i>Aigu ou chronique</i></p> <p><i>Facteurs précipitants: traumatisme, mouvement répété</i></p>
Inflammatoire	<i>Synovite: douleur, œdème et raideur au repos, en particulier, le matin</i>
Non inflammatoire	<i>Symptômes plus prononcés avec utilisation de l'articulation: arthropathies dégénératives</i>
Domage articulaire et péri-articulaire	<p><i>Déformation de l'articulation et instabilité</i></p> <p><i>Limitations de l'amplitude du mouvement</i></p>
Faiblesse	<p><i>Douleur causée par l'inflammation</i></p> <p><i>Neuropathie: souvent muscles distaux</i></p> <p><i>Myopathie: souvent les muscles proximaux, symétriques</i></p>
Symptômes systémiques	<p><i>Fatigue, perte de poids, fièvre: désordre systémique possible</i></p> <p><i>Caractéristiques non articulaires: infection génitourinaire, douleur abdominale et diarrhées, rash cutané, syndrome de Raynaud et ulcères buccaux</i></p>
Changements fonctionnels	<i>Perte de fonctionnement ou incapacité: légère, modérée ou sévère avec répercussions sur la qualité de vie, impact sur la prise en charge</i>
Histoire familiale	<i>Composante génétique: maladies rhumatologiques et autoimmunes</i>

Sources:

- 1) Ensworth S. *Rheumatology: 1. Is it arthritis?* CMAJ 2000;162(7):1011-1016.
- 2) Robinson DB, El-Gabalawy HS. *Evaluation of the Patient. A. History and Physical Examination.* in Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 13 ed. New York, NY: Springer, 2008:6-14.



ANNEXE 2. Caractéristiques fréquentes des maladies articulaires inflammatoires

Articulation impliquée	Causes inflammatoires possibles	Associations
Monoarticulaire	Cristaux	Goutte, pseudo-goutte, hydroxyapatite, oxalate de calcium, lipides
	Infection	Virus, bactéries, champignons, spirochètes (maladie de Lyme et autres), mycobactéries
	Maladie rhumatismale systémique	Polyarthrite rhumatoïde, LED, arthrite psoriasique, arthrite réactionnelle
Oligoarticulaire asymétrique ou polyarticulaire symétrique	Infection	<i>Oligoarticulaire</i> : gonocoques, méningocoques, maladie de Lyme, champignons, bactéries, endocardite bactérienne, maladie de Whipple <i>Polyarticulaire</i> : virus (Parvovirus, hépatites B et C, VIH, virus Epstein-Barr, rubéole)
	Post-infection (arthrite réactionnelle)	Fièvre rhumatismale, arthrite post-streptococcique, arthrite réactionnelle (entérique, urogénitale)
	Rhumatisme palindromique	
	Arthrite juvénile idiopathique	Polyarticulaire si symétrique; oligoarticulaire si asymétrique
	Arthrite psoriasique	
Polyarticulaire symétrique	Polyarthrite rhumatoïde	
	Maladie rhumatismale systémique	LED, maladie de Sjögren, sclérodermie disséminée, polyarthrite/dermatomyosite, maladie du tissu conjonctif mixte, maladie de Still, rechute de synovite symétrique séronégative avec œdème en godet, <i>polymyalgia rheumatica</i> , vasculite systémique, rechute de polychondrite
	Maladies systémiques	Maladie cœliaque, sarcoïdose aiguë, leucémie pédiatrique aiguë
	Atteinte axiale	Spondylite ankylosante, arthrite entéropathique associée à une maladie inflammatoire de l'intestin, arthrite psoriasique, arthrite réactionnelle (entérique, urogénitale), SAPHO, maladie de Whipple
Oligoarticulaire asymétrique	Arthrite entéropathique de la maladie inflammatoire de l'intestin	
	Spondylarthrite indifférenciée	
	Maladie rhumatismale systémique	Rechute de polychondrite, maladie de Behçet, fièvre méditerranéenne familiale, carcinome, arthrite associée à une maladie pancréatique, hyperlipoprotéïnémie, sarcoïdose, réticulo-histiocytose multicentrique
	Cristaux	Goutte, pseudo-goutte, phosphate de calcium

VIH: virus de l'immunodéficience humaine; SAPHO: synovite, acné, pustulose, hyperostose, ostéite; LED: lupus érythémateux disséminé

Sources:

- Schumacher HR, Chen LX. *Musculoskeletal signs and symptoms A. Monarticular joint disease*. in Klippel J, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 13th edn. New York: Springer, 2008.
- West S. *Musculoskeletal Signs and Symptoms. B. Polyarticular Joint Disease*. in Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 13 ed. New York, NY: Springer, 2008:47-57.



ANNEXE 3. Examen clinique des signes extra-articulaires des maladies rhumatologiques

Appareil	Caractéristiques extra-articulaires	Maladies associées
Peau, muqueuses	Perte de cheveux/ cheveux moins épais	Désordres du tissu conjonctif, LED
	Sclérite	Polyarthrite rhumatoïde
	Conjonctivite	Spondylarthrite réactionnelle, arthrite réactionnelle, LED
	Iritite, uvéite	Spondylarthropathies, arthrite inflammatoire juvénile
	Yeux secs	Polyarthrite rhumatoïde, désordres du tissu conjonctif
	Rash malaire ou érythème	Désordres du tissu conjonctif; LED, Parvovirus B19 humain, maladie de Lyme, dermatomyosite
	Ulcères nasaux ou buccaux	Désordres du tissu conjonctif
	Bouche sèche	Désordres du tissu conjonctif, PAR
	Photosensibilité	Désordres du tissu conjonctif
	Phénomène de Raynaud	Désordres du tissu conjonctif
	Sclérodactylie	Désordres du tissu conjonctif
	Psoriasis, dépression de l'ongle	Arthrite psoriasique
	Nodules rhumatoïdes	PAR
	Infarctus du lit de l'ongle	PAR, vasculite
	Tophi	Goutte
Nodules d'Heberden/ Bouchard	Ostéoarthrite/arthrose	
Cardiovasculaire	Péricardite	Désordres du tissu conjonctif
Respiratoire	Pleurésie	PAR, désordres du tissu conjonctif
Gastrointestinal	Trouble de motilité de l'œsophage	Désordres du tissu conjonctif
	Maladie inflammatoire de l'intestin	Spondylarthrite séronégative
	Syndrome du côlon irritable	Fibromyalgie
Génitourinaire	Cervicite/urétrite	Spondylarthrite réactionnelle, arthrite réactionnelle, arthrite gonococcique
	Syndrome de la vessie irritable	Fibromyalgie
Systémique	Fièvre	Infection, arthrite réactionnelle post-infection, maladie rhumatismale systémique (polyarthrite rhumatoïde, LED, maladie de Still, vasculite), maladie induite par des cristaux (goutte, pseudo-goutte)

LED: lupus érythémateux disséminé

PAR: polyarthrite rhumatoïde

Sources:

- 1) Ensworth S. *Rheumatology: 1. Is it arthritis?* CMAJ 2000;162(7):1011-1016.
- 2) West S. *Musculoskeletal Signs and Symptoms. B. Polyarticular Joint Disease.* in Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 13 ed. New York, NY: Springer, 2008:47-57.
- 3) Mies RA, Francis ML. *Diagnostic approach to polyarticular joint pain.* Am Fam Physician 2003;68(6):1151-1160.



ANNEXE 4. Critères de classification et de diagnostic des maladies rhumatologiques fréquentes

Critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde

Les nouveaux critères mettent l'accent sur un diagnostic précoce de cette maladie en utilisant un pointage d'au moins six sur dix dans quatre domaines différents pour confirmer un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. La population ciblée est constituée des patients qui ont au moins une articulation atteinte d'une synovite clinique claire qui ne peut pas mieux s'expliquer par une autre maladie.

Pointage ≥ 6 requis

Catégorie	Critère	Pointage
Articulation impliquée	1 grosse articulation	0
	2 à 10 grosses articulations	1
	1 à 3 petites articulations \pm grosses articulations	2
	4 à 10 petites articulations \pm grosses articulation	3
	> 10 articulations (au moins une petite articulation)	5
Sérologie*	Facteur rhumatoïde et anti-CCP négatifs	0
	Facteur rhumatoïde et anti-CCP faiblement positifs	2
	Facteur rhumatoïde et anti-CCP très élevés	3
Marqueurs de réponse inflammatoire aiguë*	Protéine C-réactive et VS normales	0
	Protéine C-réactive ou VS anormale	1
Durée des symptômes	< 6 semaines	0
	≥ 6 semaines	1

* ≥ 1 requis pour être dans la catégorie positif

Source:

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, III et al. 2010 *Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative*. *Arthritis Rheum* 2010; 62(9):2569-2581.

Critères de classification pour le lupus érythémateux disséminé

Ce diagnostic se fonde sur des critères cliniques et des résultats de laboratoire et exige la présence de ≥ 4 critères sur les 11 suivants, en série ou simultanément, pendant la période d'observation:

Rash malaire	
Rash discoïde	
Photosensibilité	
Ulcères buccaux	
Arthrite non-érosive	≥ 2 articulations périphériques avec œdème, sensibilité ou épanchement
Sérosite	Pleurésie ou péricardite
Trouble rénal	Protéinurie persistante ou cylindres cellulaires
Désordre neurologique	Convulsions ou psychose non liée à des médicaments ou à des troubles métaboliques
Désordre hématologique	Anémie hémolytique avec réticulocytose, leucopénie à ≥ 2 occasions, lymphopénie ≥ 2 occasions, ou thrombocytopénie non liée à des médicaments
Désordre immunologique	Résultats anormaux aux anti-ADN natifs; anti-Sm; ou résultats positif aux anticorps antiphospholipides fondé sur les anticorps anticardioplines anormaux, résultat positif pour anticoagulant lupique, ou résultat sérologique faussement positif à la syphilis présent depuis ≥ 6 mois
Anticorps antinucléaires anormaux	Non causés par les médicaments associés au lupus médicamenteux

Source:

Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, Walters DT. *Diagnosis of systemic lupus erythematosus*. *Am Fam Physician* 2003; 68(11):2179-2186.

Critères diagnostiques de la *Polymyalgia rheumatica*

Le diagnostic de cette maladie rhumatologique inflammatoire fréquente se fonde sur la présence de *tous* les critères d'inclusion et sur l'absence de *tous* les critères d'exclusion

Critères d'inclusion et d'exclusion du diagnostic de la *Polymyalgia rheumatica*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Douleur bilatérale de la ceinture scapulaire ou de la ceinture pelvienne, ou les deux Raideur matinale \geq 45 minutes Âge > 50 ans Durée > 2 semaines Marqueurs de réponse inflammatoire aiguë (VS élevée/protéine C-réactive)	Cancer Infection virale ou bactérienne Artérite à cellules géantes Autres maladies rhumatologiques Hypothyroïdie Problème induit par des médicaments, par exemple, myopathie induite par les statines Syndrome de douleur chronique (arthrose du cou et des épaules, fibromyalgie) Pathologie localisée à l'épaule ou à la hanche

Source:

van Hecke O. *Polymyalgia rheumatica – diagnosis and management*. Aust Fam Physician 2011; 40(5):303-306.

Spondylite ankylosante et maladie associée: caractéristiques cliniques de la maladie

Gène HLA-B27	Positif
Lombalgie	Douleur surtout nocturne ou raideur matinale (surtout > 30 minutes)
Réponse aux médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens	Réponse clinique chez 77% des patients en moins de 48 heures
Sacroiliite et enthésite: inflammation des sites d'attachement des ligaments ou des tendons aux os	Preuves radiographiques de sacroiliite peuvent prendre plusieurs années avant de devenir évidentes chez des patients qui sont pourtant devenus symptomatiques.

Sources:

- 1) Morehead K. Evaluation of the Patient. B. Laboratory Assessment.
- 2) In: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editors. Primer on the Rheumatic Diseases. 13 ed. New York, NY: Springer; 2008. 15-20.
- 3) Reid G, Esdaile JM. Rheumatology: 3. Getting the most out of radiology. CMAJ 2000; 162(9):1318-1325. PM:10813016



ANNEXE 5. Problèmes associés à des résultats positifs au facteur rhumatoïde, aux tests d'anticorps antinucléaires, aux anticorps des antigènes nucléaires solubles et aux anticorps antinucléaires spécifiques

Catégorie	Facteur rhumatoïde positif	Anticorps antinucléaires positifs
Normal	Âge > 60 ans (5 à 25%)	Âge: faible taux jusqu'à 30% de la population, en particulier, chez les femmes; médicaments (incluant procainamide, hydralazine et minocycline)
Maladies rhumatologiques	Polyarthrite rhumatoïde, LED, maladie de Sjögren, cryoglobulinémie mixte	Polyarthrite rhumatoïde, LED, maladie de Sjögren, sclérodémie, maladie du tissu conjonctif mixte, polymyosite/dermatomyosite, vasculite rhumatoïde, lupus médicamenteux, lupus discoïde, arthrite chronique oligoarticulaire juvénile
Maladies autoimmunes	Cirrhose biliaire primaire	Maladie de la thyroïde (Hashimoto, Graves), hépatite autoimmune, cholangite autoimmune primaire, cirrhose biliaire primaire, maladie de Crohn
Infection bactérienne	Endocardite, tuberculose, syphilis, maladie de Lyme	Endocardite, tuberculose
Infection virale	VIH, rubéole, oreillons, hépatite C, influenza, mononucléose infectieuse	VIH, mononucléose infectieuse
Maladie pulmonaire	Fibrose pulmonaire interstitielle, silicose, sarcoïdose, amiantose	Hypertension pulmonaire
Divers	Cancer, maladie parodontale, parasitose	Troubles lymphoprolifératifs

Sources:

1) Morehead K. *Evaluation of the Patient. B. Laboratory Assessment.* in Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 13 ed. New York, NY: Springer, 2008:15-20. 2) Wilson D. *Rheumatoid factors in patients with rheumatoid arthritis.* *Can Fam Physician* 2006;52:180-181. 3) Schur PH. *Know your labs: a review of state-of-the-art testing for SLE and connective tissue disease.* *The Rheumatologist* February 2009; 2011. 4) Magrey M, Abelson A. *Laboratory evaluation of rheumatic diseases.* Cleveland Clinic Center for Continuing Education; 2011.

Anticorps spécifique	Associations cliniques
Anti-ADN double brin (anti-ADN natif)	Spécifique (95%) mais peu sensible (70%) pour le LED. Peut être positif dans d'autres problèmes rhumatologiques et même chez des individus normaux
Anti-Smith (anti-Sm)	Présent chez 10 à 40% des patients avec LED. Spécificité très élevée.
Anti-histone	Positif dans 30% des LED et 95% des lupus médicamenteux. Rapporté dans les cas de polyarthrite rhumatoïde et de sclérodémie disséminée.
Anti-ribonucléoprotéine (anti-RNP)	Caractéristique définissant une maladie des tissus conjonctifs mixte. Présent chez 40 à 60% des patients avec LED. Peut être retrouvé dans d'autres problèmes rhumatologiques.
Anti-Syndrome Sjögren A (anti-SS-A/anti-Ro)	Présent chez 75% des patients avec une maladie de Sjögren primaire et chez 50% des patients avec LED. Utile si forte suspicion de LED, mais les anticorps antinucléaires sont négatifs.
Anti-Syndrome Sjögren B (anti-SS-B/anti-La)	Pratiquement toujours associé avec les anti-SS-A. Retrouvé dans 50 à 60% des cas de maladie de Sjögren et dans 15% des cas de LED.
Anticorps anti-centromère	Retrouvé chez environ 60% des patients avec sclérodémie localisée aux tissus cutanés. Très spécifique (pratiquement 100%).
Anti-Scl 70 (anti-topoisomérase I)	Positif chez 15 à 20% des patients avec sclérodémie disséminée. Spécificité très élevée (pratiquement 100%).
Anti-Jo 1 (anti-histidyl tRNA synthétase)	Spécificité très élevée et typiquement pour la forme sévère de la polymyosite résistante au traitement et la dermatomyosite, mais peu sensible

VIH: virus de l'immunodéficience humaine; LED: lupus érythémateux disséminé

Sources:

1) The Gotlieb D. *The Clinical Examination of the Rheumatic disease patient. drdoc on-line.* 2005. <http://www.arthritis.co.za/the%20clinical%20examination%20technique.html> Accessed Mar, 2012. 2) Reveille JD, Solomon DH. *Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: anticentromere, Scl-70, and nucleolar antibodies.* *Arthritis Rheum* 2003;49(3):399-412. 3) Benito-Garcia E, Schur PH, Lahita R. *Guidelines for immunologic laboratory testing in the rheumatic diseases: anti-Sm and anti-RNP antibody tests.* *Arthritis Rheum* 2004;51(6):1030-1044. 4) Shojania K. *Rheumatology: 2. What laboratory tests are needed?* *CMAJ* 2000;162(8):1157-116.



ANNEXE 6. Sources d'information

Examen clinique rhumatologique

- Woolf AD, Akesson K. Primer: history and examination in the assessment of musculoskeletal problems. Nature Clinical Practice Rheumatology 2008;4:26–33.
- **Drdoc on-line.** L'examen clinique d'un patient présentant une maladie rhumatologique. Disponible (en anglais seulement) à: <http://www.arthritis.co.za/theclinicalexaminationtechnique.html>.
- **Site web de l'Association canadienne de rhumatologie www.rheum.ca:** inclut des lignes directrices pour une consultation en spécialité (en anglais seulement) http://rheum.ca/images/documents/Referral_Letter.pdf
- **Site Web RheumInfo – inclut un outil pour demander une consultation en spécialité (en anglais seulement):** <http://rheuminfo.com/wp-content/uploads/2011/04/Canadian-Arthritis-Referral-Tool-CART.pdf>

La Société d'arthrite – Standardized Assessment of Joint Inflammation (en anglais seulement) www.arthritis.ca/saji

Critères de classification de l'American College of Rheumatology

Cette liste qui contient des critères pour une grande variété de problèmes rhumatologiques est disponible à: <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/>. La liste fournit aussi des résumés, des algorithmes et des textes complets de certains articles (voici la liste en anglais des articles disponibles):

- Rheumatoid arthritis (2010)
- Churg-Strauss Syndrome (1990)
- Fibromyalgia (1990); preliminary diagnostic criteria (2010)
- Giant cell (temporal) arteritis (1990)
- Gout
- Henoch-Schoenlein purpura (1990)
- Hypersensitivity vasculitis (1990)
- Osteoarthritis: hand (1990), hip (1991), knee (1986)
- Polyarteritis nodosa (1990)
- Reiter syndrome (1981)
- Scleroderma (systemic sclerosis (1980)
- Systemic lupus erythematosus (1997 update of 1982 criteria)
- Takayasu arteritis (1990)
- Wegener's granulomatosis (granulomatosis with polyangiitis) (1990)

Source d'information pour les patients

- La Société d'arthrite (<http://www.arthritis.ca>) (disponible en anglais et en français)

La Société d'arthrite offre aussi un programme d'éducation (en anglais et en français) qui s'adresse aux patients et à leur famille. Pour plus de détails, consulter: <http://www.arthritis.ca/page.aspx?pid=917>

