



Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Évitez de prescrire un ANA comme examen de dépistage chez les patients qui n'ont pas de signes ou de symptômes précis d'un lupus érythémateux disséminé (LED) ou d'une autre collagénose.

Il ne faut pas utiliser un ANA pour investiguer des patients qui ne présentent pas de symptômes précis (par exemple, la photosensibilité, l'érythème en papillon, la polyarthrite symétrique, etc.) ou sans avoir procédé à une évaluation clinique qui peut aboutir à un diagnostic présomptif de LED ou d'une autre collagénose, puisque beaucoup d'affections non rhumatismales produisent une réactivité aux ANA et que cette réactivité peut être présente même chez des sujets témoins « en bonne santé » (jusqu'à 20 %). Chez un patient qui présente, avant l'examen, une faible probabilité de maladie rhumatologique associée aux ANA, les résultats positifs de tests ANA peuvent être trompeurs et entraîner d'autres examens inutiles, un diagnostic erroné et même un traitement inapproprié.

2 Évitez de prescrire un test HLA-B27, sauf si l'on soupçonne une spondylarthrite à cause de signaux ou de symptômes particuliers.

Le test HLA-B27 n'est pas utile à lui seul comme examen de diagnostic chez un patient qui souffre de lombalgie et qui ne présente pas d'autres signes ou symptômes de spondylarthrite (SpA) (par exemple, la dorsalgie inflammatoire depuis plus de trois mois apparue avant l'âge de 45 ans, la synovite périphérique, l'enthésite, la dactylite, le psoriasis ou l'uvéïte) parce qu'il est peu probable que l'on diagnostique une spondylarthropathie chez ces patients. Si l'on utilise le test HLA-B27, il faut au moins deux signes ou symptômes de SpA ou des résultats d'imagerie positifs pour déclarer qu'un patient est atteint de SpA axiale. Il ne sert à rien, sur le plan clinique, de prescrire un test HLA-B27 sans résultat d'imagerie positif ni signes ou symptômes suggestifs de SpA.

3 Évitez de répéter des examens d'ostéodensitométrie plus souvent qu'aux 2 ans.

Les ostéodensitométries répétées aux 2 ans sont appropriés dans la plupart des contextes cliniques et plusieurs lignes directrices en vigueur sur l'ostéoporose les appuient. À cause de la précision limitée de l'examen, il peut falloir au moins deux ans pour mesurer de façon fiable un changement de la densité minérale osseuse. Si les teneurs minérales de l'os sont stables ou si les personnes présentent un faible risque de fracture, on peut alors envisager un contrôle moins fréquent, par exemple, aux cinq à dix ans. Des intervalles plus courts et plus longs entre la répétition des examens peuvent être appropriés compte tenu du taux prévu de changements de la teneur minérale de l'os et du risque de fracture.

4 Évitez de prescrire des bisphosphonates aux patients qui ont un faible risque de fracture.

Il n'y a pas d'éléments de preuve convaincants selon lesquels une thérapie contre l'ostéoporose chez les patients atteints d'ostéopénie seulement réduit le risque de fracture. Les revues Cochrane de trois bisphosphonates (alendronate, étidronate, risédronate), réalisés en 2008, n'ont révélé aucune réduction statistiquement significative de la prévention primaire des fractures chez les femmes ménopausées. Le risque de fracture est calculé au moyen de l'outil d'évaluation des risques de l'Association canadienne des radiologistes et d'Ostéoporose Canada (CAROC), ou de FRAXMC, outil d'évaluation des risques de fracture de l'Organisation mondiale de la Santé. Les deux sont disponibles sous forme de calculateurs en ligne. Comme l'efficacité n'en est pas démontrée, l'utilisation généralisée des bisphosphonates chez les patients qui présentent un faible risque de fracture n'est pas recommandée à l'heure actuelle.

5 Évitez de procéder à des scintigraphies osseuses totales pour le dépistage diagnostique de l'arthrite périphérique et axiale chez les adultes.

Il est habituellement possible de diagnostiquer une arthrite inflammatoire périphérique et axiale en se basant sur un questionnaire et des antécédents appropriés, un examen médical et des investigations de base. En effet, les scintigraphies osseuses totales, comme la scintigraphie au MDP Tc-99m, ne sont pas suffisamment spécifiques pour permettre de diagnostiquer une polyarthrite inflammatoire ou une spondyloarthrite. De plus, leur utilité clinique est limitée. Cette approche sans scintigraphie est moins coûteuse et réduit l'exposition aux radiations.

Comment cette liste a-t-elle été créée?

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) a formulé ses cinq principales recommandations dans le contexte du programme *Choisir avec soin* en utilisant un processus à étapes multiples qui combine une méthodologie consensuelle et une revue de la littérature. Un compte directeur a demandé à un groupe de rhumatologues actifs de diverses régions du Canada et de types de pratiques diverses de créer un comité *Choisir avec soin*. Le groupe a formulé une liste de recommandations potentielles en se basant sur la méthode Delphi. Les recommandations très convergentes et considérées très prévalentes ont été soumises par sondage aux membres de la SCR. Ceux-ci ont classé ces principaux points en fonction du contenu, de leur impact et de leur importance. Un sous-comité de la méthodologie a discuté des éléments en fonction de leur pertinence pour la rhumatologie, de leur incidence possible sur les patients et des résultats du sondage des membres. Les cinq principaux éléments potentiels sont passés au stade de la revue de la littérature. Le conseil d'administration de la SCR a approuvé la liste qui a été revue par un groupe de collaborateurs qui sont aussi des patients atteints de maladies rhumatismales. Ces collaborateurs travailleront avec la SCR pour veiller à ce que les énoncés *Choisir avec soin* soient traduits en langage clair et rendus accessibles pour les patients et le public.

Sources

- 1** BC Guidelines. Antinuclear antibody (ANA) testing protocol [Internet]. Juin 2013 [consulté le 22 février 2014]. Disponible ici : <http://www.bcguidelines.ca/pdf/ana.pdf>.
Kavanaugh A, Tomar R, Reveille J, Solomon DH, Homburger HA. Guidelines for clinical use of the antinuclear antibody test and tests for specific autoantibodies to nuclear antigens. *American College of Pathologists. Arch Pathol Lab Med.* Janvier 2000; 124(1):71-81.
Solomon DH, Kavanaugh AJ, Schur PH, American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Immunologic Testing Guidelines. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. *Arthritis Rheum.* Août 2002; 47(4):434-44.
Tozzoli R, Bizzaro N, Tonutti E, Villalta D, Bassetti D, Manoni F, et coll. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. *Am J Clin Pathol.* Février 2002; 117(2):316-24.
- 2** Rostom S, Dougados M, Gossec L. New tools for diagnosing spondyloarthritis. *Joint Bone Spine.* Mars 2010; 77(2):108-14.
Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis.* Mai 2004; 63(5):535-43.
Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et coll. The development of assessment of SpondyloArthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* Juin 2009; 68(6):777-83.
Sidiropoulos PI, Hatemi G, Song IH, Avouac J, Collantes E, Hamuryudan V, et coll. Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: Systematic literature search of the 3E initiative in rheumatology involving a broad panel of experts and practising rheumatologists. *Rheumatology (Oxford).* Mars 2008; 47(3):355-61.
- 3** Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et coll. Lignes directrices de pratique clinique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada – Sommaire. *JAMC.* Le 2 août 2011; cmaj.100771.DC3.
Schousboe JT, Shepherd JA, Bilezikian JP, Baim S. Executive summary of the 2013 international society for clinical densitometry position development conference on bone densitometry. *J Clin Densitom.* Octobre-décembre 2013; 16(4):455-66.
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* Le 1er mars 2011; 154(5):356-64.
- 4** FRAX®. WHO fracture risk assessment tool [Internet]. Juin 2011 [consulté le 22 février 2014]. Disponible ici : <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx>.
Osteoporose Canada. Évaluation du risque sur 10 ans – Femmes et hommes [Internet]. 2010 [consulté le 22 février 2014]. Disponible ici : http://www.osteoporosis.ca/multimedia/pdf/CAROC_FR.pdf.
Roux C. Osteopenia: Is it a problem? *Int J Clin Rheumatol.* Décembre 2009; 4(6):651-5.
Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, et coll. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* Le 23 janvier 2008; (1):CD001155.
Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, et coll. Etidronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* Le 23 janvier 2008; (1):CD003376.
Wells G, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, et coll. Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* Le 23 janvier 2008; (1):CD004523.
- 5** Fisher BA, Frank JW, Taylor PC. Do tc-99m-diphosphonate bone scans have any place in the investigation of polyarthralgia? *Rheumatology (Oxford).* Juin 2007; 46(6):1036-7.
Picano E, Matucci-Cerinic M. Unnecessary radiation exposure from medical imaging in the rheumatology patient. *Rheumatology (Oxford).* Septembre 2011; 50(9):1537-9.
Song IH, Carrasco-Fernandez J, Rudwaleit M, Sieper J. The diagnostic value of scintigraphy in assessing sacroiliitis in ankylosing spondylitis: A systematic literature research. *Ann Rheum Dis.* Novembre 2008; 67(11):1535-40.
Whalley A, Evans N, Bradley S, Jobanputra P. Isotope bone scans: An assessment of their diagnostic use in polyarticular pain of uncertain origin. *Ann Rheum Dis.* Août 2003; 62(8):784-5.

Au sujet de *Choisir avec soin*

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne *Choisir avec soin* reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de la Société canadienne de rhumatologie

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est une fière partenaire de *Choisir avec soin*. Comptant plus de 500 membres, dont un peu plus de 400 rhumatologues, la SCR s'est donné la mission de promouvoir la poursuite de l'excellence dans les soins de l'arthrite ainsi que dans l'éducation et la recherche. La SCR s'efforce de fournir les meilleurs services et le soutien nécessaire à ses membres pour prodiguer la meilleure qualité de soins possible aux patients. Cela comprend un large éventail de sujets abordés par des conférenciers au cours de la réunion scientifique annuelle, un site Web riche en information, des programmes visant à attirer les étudiants en médecine en rhumatologie, des prix pour récompenser ses membres, le développement de lignes directrices, des possibilités de financement de la recherche et d'excellents partenariats de travail avec d'autres organisations.