

Choisir avec soin: Les neuf examens et traitements à s'interroger en Rhumatologie

by

La Société canadienne de rhumatologie

Version 3.0 September 30, 2022

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'uvéite) 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, risedronate), 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.

6) Ne prescrivez pas d'opioïdes pour la prise en charge d'une maladie rhumatismale chronique sans avoir d'abord épuisé les approches non opioïdes de soulagement de la douleur.

L'utilisation d'opioïdes pour soulager la douleur chronique non cancéreuse comporte des risques importants. Il faut d'abord essayer les méthodes non opioïdes et non pharmacologiques. Les opioïdes ne sont pas supérieurs aux non-opioïdes pour le soulagement de la douleur sur une période de 12 mois chez les patients souffrant d'arthrose de la hanche ou du genou modérée à grave ou de dorsalgie d'origine mécanique. Les opioïdes ne devraient être prescrits que par des médecins formés à leur sujet.

7) Ne retardez pas et n'évitez pas la gestion palliative des symptômes ni la planification préalable des soins en raison d'un traitement ciblant la maladie chez un patient dont l'espérance de vie est compromise par une maladie rhumatismale.

L'adoption d'une approche palliative des soins, associée au traitement ciblant la maladie, doit faire partie du continuum de soins des patients atteints d'une maladie rhumatismale avancée vers la fin de leur vie. Cette approche vise à améliorer, grâce à la prévention et au soulagement de la souffrance, au contrôle des symptômes et à la gestion de la détresse physique, psychosociale et spirituelle, la qualité de vie des patients dont l'espérance de vie est compromise par la maladie. Un volume croissant de données probantes démontre qu'une approche palliative des soins intégrée rapidement à la trajectoire de la maladie donne lieu à une plus grande satisfaction des patients en matière de soins, au soulagement des symptômes et, dans certains cas, à une meilleure chance de survie.

8) Ne demandez pas d'analyses de laboratoire pour toxicologie médicamenteuse (p.ex., formule sanguine complète, enzymes hépatiques, créatinine) à une fréquence supérieure à 8 à 12 semaines chez les patients qui prennent une dose stable d'antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM) non biologiques et ne présentent ni comorbidités ni anomalies à leurs analyses de laboratoire.

Les patients qui reçoivent des doses stables d'antirhumatismaux modifiant la maladie (ARMM) non biologiques (p. ex., méthotrexate, sulfasalazine) et qui sont indemnes de comorbidités (p. ex., obésité, diabète sucré, maladie rénale ou hépatique, alcoolisme, utilisation concomitante de médicaments hépatotoxiques ou myélosuppresseurs) présentent un faible risque global de toxicité. Des analyses sanguines plus fréquentes imposent un fardeau inutile à ces patients. Les patients nouvellement traités, qui reçoivent des doses croissantes ou qui présentent des résultats de laboratoire de base anormaux, doivent généralement faire l'objet d'un suivi plus serré.

9) Ne demandez pas de dosages du facteur rhumatoïde (FR) ou des anticorps anti-protéines citrullinées (AAPC), à moins d'une arthralgie cliniquement suspecte (ACS) ou d'arthrite à l'examen.

Évitez les demandes de dosages de ces autoanticorps chez les patients qui souffrent d'arthralgie (douleur articulaire) sans répondre aux critères d'une arthralgie cliniquement suspecte (ACS), ou qui souffrent d'arthrite (> d'une articulation enflée) à l'examen physique. Selon l'Alliance européenne des associations de rhumatologie (EULAR), l'ACS liée à un risque de polyarthrite rhumatoïde (PR) doit s'accompagner d'au moins 3 des critères suivants : symptômes articulaires nouveaux (depuis moins d'un an), symptômes aux articulations métacarpophalangiennes (MCP), raideur matinale > 60 min, intensité maximale des symptômes le matin, PR chez un parent au 1er degré, difficulté à serrer le poing et test de serrage digitopalmaire positif à l'examen physique. Même dans les cas d'ACS avec résultats positifs aux tests de FR et d'AAPC, plus de 30 % à 60 % des patients n'évolueront pas vers une PR dans les deux années suivantes. En général, la douleur musculosquelettique causant une incapacité globale n'est pas liée à la polyarthrite rhumatoïde. Le dosage sérologique inapproprié du FR chez les patients peu susceptibles de souffrir de PR est associé à une valeur prédictive positive (VPP) faible et à des coûts élevés.

1. Sources:

BC Guidelines. [Antinuclear antibody \(ANA\) testing protocol](#) [Internet]. 2013 Jun [cited 2017 May 5].

Kavanaugh A, et al. 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. 2000 Jan;124(1):71-81. [PMID: 10629135](#).

Solomon DH, et al. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum. 2002 Aug;47(4):434-44. [PMID: 12209492](#).

Tozzoli R, et al. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. Am J Clin Pathol. 2002 Feb;117(2):316-24. [PMID: 11863229](#).

2. Sources:

Rostom S, et al. New tools for diagnosing spondyloarthritis. Joint Bone Spine. 2010 Mar;77(2):108-14. [PMID: 20153677](#).

Rudwaleit M, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis. 2004 May;63(5):535-43. [PMID: 15082484](#).

Rudwaleit M, et al. The development of assessment of SpondyloArthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009 Jun;68(6):777-83. [PMID: 19297344](#).

Sidiropoulos PI, et al. 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)*. 2008 Mar;47(3):355-61. [PMID: 18276738](#).

3. Sources:

Papaioannou A, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: Summary. *CMAJ*. 2010 Nov 23;182(17):1864-73. [PMID: 20940232](#).

Schousboe JT, et al. Executive summary of the 2013 international society for clinical densitometry position development conference on bone densitometry. *J Clin Densitom*. 2013 Oct-Dec;16(4):455-66. [PMID: 24183638](#).

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2011 Mar 1;154(5):356-64. [PMID: 21242341](#).

Related Resources:

Patient Pamphlet: [Bone Density Tests: When you need them and when you don't](#)

4. Sources:

FRAX®. [WHO fracture risk assessment tool](#) [Internet]. 2011 Jun [cited 2017 May 5].

Osteoporosis Canada. [Assessment of 10-year fracture risk – women and men](#) [Internet]. 2010 [cited 2017 May 5].

Roux C. Osteopenia: Is it a problem?. *Int J Clin Rheumtol*. 2009 Dec;4(6):651-5.

Wells GA, et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD001155. [PMID: 18253985](#).

Wells GA, et al. Etidronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD003376. [PMID: 18254018](#).

Wells G, et al. Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD004523. [PMID: 18254053](#).

Related Resources:

Patient Pamphlet: [Treating Rheumatoid Arthritis: “Non-biologic” drugs are a better first choice](#)

Patient Decision Aid: [Mayo Clinic's Bone Health Choice Decision Aid](#)

5. Sources:

Fisher BA, et al. Do tc-99m-diphosphonate bone scans have any place in the investigation of polyarthralgia? *Rheumatology (Oxford)*. 2007 Jun;46(6):1036-7. [PMID: 17449485](#).

Picano E, et al. Unnecessary radiation exposure from medical imaging in the rheumatology patient. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Sep;50(9):1537-9. [PMID: 21183451](#).

Song IH, et al. The diagnostic value of scintigraphy in assessing sacroiliitis in ankylosing spondylitis: A systematic literature research. *Ann Rheum Dis*. 2008 Nov;67(11):1535-40. [PMID: 18230629](#).

Whallett A, et al. Isotope bone scans: An assessment of their diagnostic use in polyarticular pain of uncertain origin. *Ann Rheum Dis*. 2003 Aug;62(8):784-5. [PMID: 12860741](#).

6. Sources:

Busse JW, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 2017 May 8;189(18):E659-E666. [PMID: 28483845](#).

Krebs EE, et al. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients with Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018; 319(9):872–882. [PMID: 29509867](#).

7. Sources:

Crosby V, Wilcock A. End-of-life care in rheumatology: room for improvement. *Rheumatology (Oxford)*. 2011 Jul;50(7):1187-8. [PMID: 21097447](#).

Karpoff M, et al. 2019, November. Palliative Care Curriculum in Rheumatology: Teaching Serious Illness Conversations. Paper presented at the meeting of American College of Rheumatology, USA. Abstract retrieved from

Saltman A. Palliative Care for the Rheumatologist: When Does the End Begin...And Why Does It Matter? *CRAJ*. 2019;29(2).

Saltman A, et al. (2020, November). Rheumatologists' Attitudes Toward Palliative Care and Medical Assistance in Dying. [Poster presentation]. American College of Rheumatology, Online (ACR Convergence).

Simon S, Schwarz-Eywill M, Bausewein C. Palliative care in rheumatic diseases: a first approach. *J Palliat Care*. Winter 2008;24(4):270-3. [PMID: 19227019](#).

8. Sources:

Hideto Kameda, Takao Fujii, Ayako Nakajima, Ryuji Koike, Akira Sagawa, Katsuaki Kanbe, Tetsuya Tomita, Masayoshi Harigai, Yasuo Suzuki & Japan College of Rheumatology subcommittee on the guideline for the use of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis (2019) Japan College of Rheumatology guideline for the use of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis, *Modern Rheumatology*, 29:1, 31-40, DOI: 10.1080/14397595.2018.1472358. [PMID: 29718746](#).

Jo Ledingham, Nicola Gullick, Katherine Irving, Rachel Gorodkin, Melissa Aris, Jean Burke, Patrick Gordon, Dimitrios Christidis, Sarah Galloway, Eranga Hayes, Andrew Jeffries, Scott Mercer, Janice Mooney, Sander van Leuven, James Galloway, on behalf of the BSR and BHPR Standards, Guidelines and Audit Working Group, BSR and BHPR guideline for the prescription and monitoring of non-biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs, *Rheumatology*, Volume 56, Issue 6, June 2017, Pages 865–868, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kew479>. [PMID: 28339817](#).

Nakafero G, Grainge MJ, Card T, Mallen CD, Zhang W, Doherty M, Taal MW, Aithal GP, Abhishek A. What is the incidence of methotrexate or leflunomide discontinuation related to cytopenia, liver enzyme elevation or kidney function decline? *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Dec 1;60(12):5785-5794. doi: 10.1093/rheumatology/keab254. [PMID: 33725120](#).

Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, Vaysbrot E, McNaughton C, Osani M, Shmerling RH, Curtis JR, Furst DE, Parks D, Kavanaugh A, O'Dell J, King C, Leong A, Matteson EL, Schousboe JT, Drevlow B, Ginsberg S, Grober J, St Clair EW, Tindall E, Miller AS, McAlindon T. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016 Jan;68(1):1-26. doi: 10.1002/art.39480. Epub 2015 Nov 6. [PMID: 26545940](#).

Yazici, Y et al. "Long term safety of methotrexate in routine clinical care: discontinuation is unusual and rarely the result of laboratory abnormalities." *Annals of the rheumatic diseases* vol. 64,2 (2005): 207-11. doi:10.1136/ard.2004.023408. [PMID: 15208176](#).

9. Sources:

Ahrari A, Barrett SS, Basharat P, Rohekar S, Pope JE: Appropriateness of laboratory tests in the diagnosis of inflammatory rheumatic diseases among patients newly referred to rheumatologists. *Joint Bone Spine* 2020, 87(6):588-595. [PMID: 32522598](#).

Bos WH, Wolbink GJ, Boers M, Tjhuis GJ, de Vries N, van der Horst-Bruinsma IE, Tak PP, van de Stadt RJ, van der Laken CJ, Dijkmans BA et al: Arthritis development in patients with arthralgia is strongly associated with anti-citrullinated protein antibody status: a prospective cohort study. *Ann Rheum Dis* 2010, 69(3):490-494. [PMID: 19363023](#).

Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, Homb N, Hoy DG, Kopansky-Giles D, Åkesson K, March L: Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2018, 96(5):366-368. [PMID: 29875522](#).

Ruta S, Prado ES, Chichande JT, Ruta A, Salvatori F, Magri S, Salinas RG: EULAR definition of "arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis" in a large cohort of patients included in a program for rapid diagnosis: role of auto-antibodies and ultrasound. *Clinical Rheumatology* 2020, 39(5):1493-1499. [PMID: 31933033](#).

Ten Brinck RM, van Steenberg HW, van Delft MAM, Verheul MK, Toes REM, Trouw LA, van der Helm-van Mil AHM: The risk of individual autoantibodies, autoantibody combinations and levels for arthritis development in clinically suspect arthralgia. *Rheumatology (Oxford)* 2017, 56(12):2145-2153. [PMID: 28968865](#).

Cette liste est également disponible dans son intégralité sur le site Web de Choisir avec soin [ici](#).