

Comment faire le diagnostic précoce des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques (RIC)

Pr Mohamed YOUNES

**Service de Rhumatologie
CHU Mahdia – Tunisie**

JNSBM 31oct et 1-2 nov 2024

Introduction

- RIC= Polyarthrite rhumatoïde + spondyloarthrites.
- Maladies inflammatoires chroniques articulaires mais aussi systémiques.
- Sémiologiquement hétérogènes, ce qui en fait un **défi diagnostique** pour le clinicien.
- Diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et d'imagerie.

Introduction

- Les chiffres en termes d'**invalidité** sont éloquentes (50% des patients PR arrêteront leur travail au bout de 10 ans)
- **Progrès thérapeutiques par la survenue des ttt ciblés.**
- Le médecin généraliste a un rôle important:
 - Référer les patients suspects avoir un RIC pour permettre un diagnostic précoce.
 - Optimiser la coordination avec le rhumatologue dans toutes les phases de la prise en charge de la maladie (**Atteindre la rémission**).

En 2024



Définitions

- Selon le nombre :
 - Monoarthrite : touche une seule articulation
 - Oligoarthrite : 2 à 4 articulations
 - Polyarthrite : 5 articulations et plus
- Selon la durée d'évolution :
 - Arthrite aiguë : évolution depuis de moins de 2 semaines
 - Arthrite subaiguë : plus de 2 semaines et moins de 3 mois
 - Arthrite chronique : évolution depuis plus de 3 mois

Cas clinique :

- Mme E. P.
- 55 ans, sans ATCDs
- Adressée pour arthrite des deux poignets évoluant depuis 15 jours et cédant le matin après un dérouillage de 1 heure.

Examen clinique :

- Douleurs à la pression avec synovite des métacarpo-phalangiennes (MCP) et des inter-phalangiennes proximales (IPP) des doigts ainsi que des poignets, de façon bilatérale.
- Reste de l'examen : sans particularités.



Quels sont les diagnostics à évoquer chez cette patiente ?

- A- Polyarthrite Rhumatoïde (PR)
- B- Chondrocalcinose articulaire (CCA)
- C- Pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)
- D- Lupus
- E- Poussée d'arthrose



Quels sont les diagnostics à évoquer chez cette patiente ?

- A- Polyarthrite Rhumatoïde (PR)
- B- Chondrocalcinose articulaire (CCA)
- C- Pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR)
- D- Lupus
- E- Poussée d'arthrose



Relevez dans l'énoncé les éléments cliniques en faveur de la PR :

- A- Atteinte des poignets, MCP et IPP
- B- Horaire inflammatoire
- C- Terrain
- D- Évolution aigüe
- E- Dérouillage matinal



Relevez dans l'énoncé les éléments cliniques en faveur de la PR :

A- Atteinte des poignets, MCP et IPP

B- Horaire inflammatoire

C- Terrain

D- Évolution aigüe

E- Dérouillage matinal

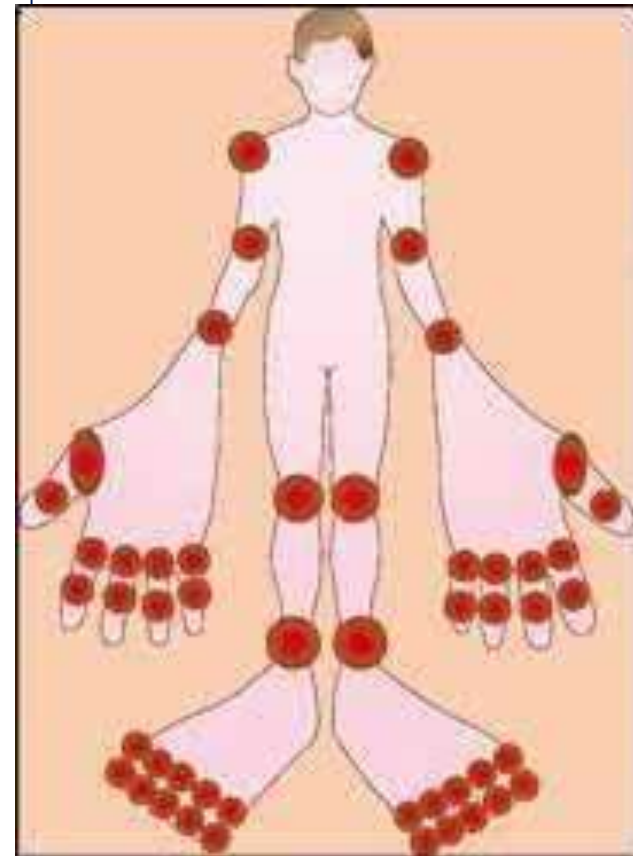


Polyarthrite Rhumatoïde

- PR : RIC le plus fréquent ++
- Prévalence : 0,5-1%
- Prédominance féminine, ratio 2à4 /1
- Pic d'incidence vers 50 ans, péri-ménopause
- Maladie systémique avec prédominance de l'atteinte articulaire destructrice.

Présentation typique

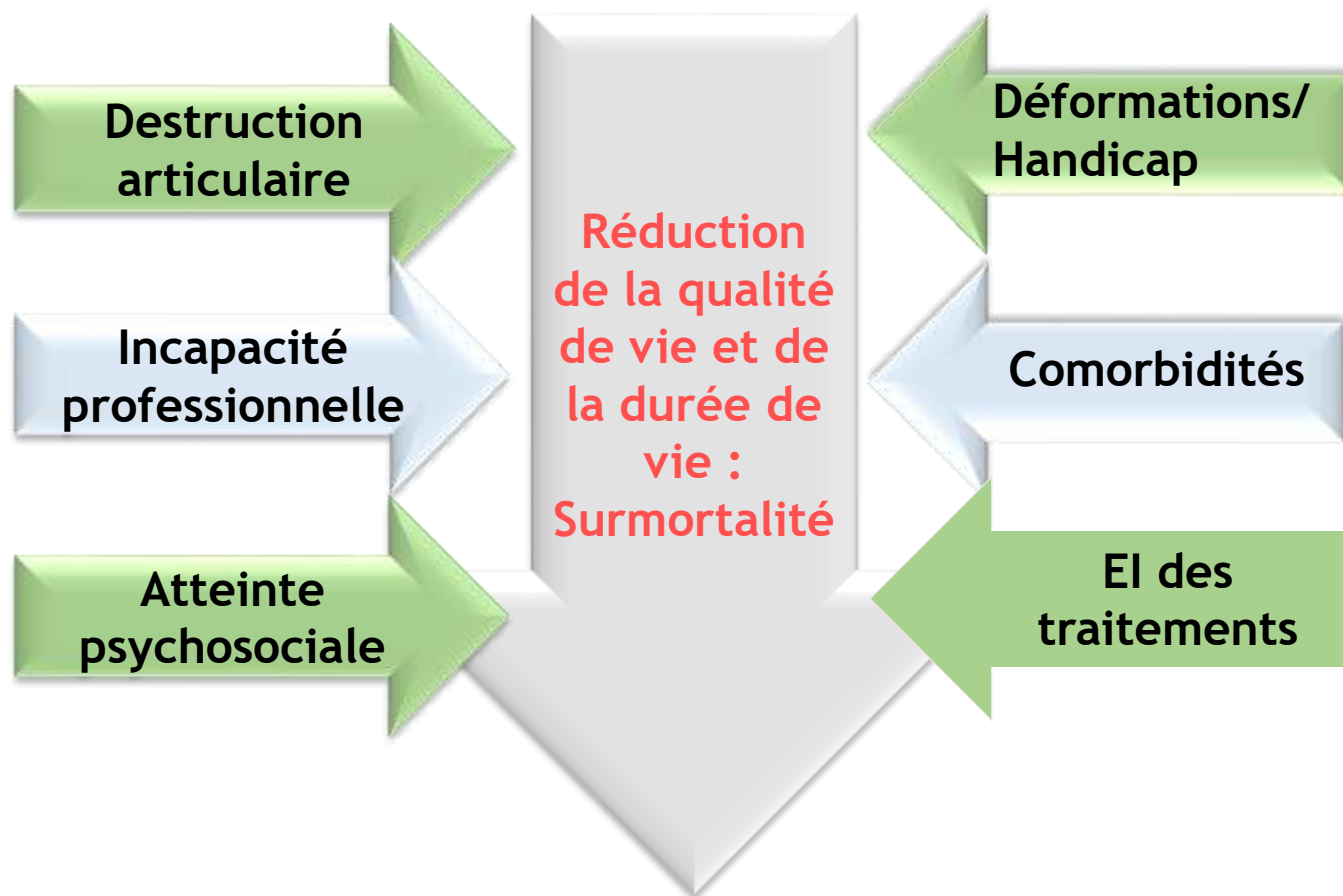
- Polyarthrite chronique à prédominance distale, bilatérale et symétrique
- Poignets et MCP (2^e et 3^e MCP++), IPP et MTP.
- Articulations IPD respectées.
- Douleurs d'horaire inflammatoire + dérouillage matinal (>30 min)



MAIS... NOMBREUSES PRÉSENTATIONS NON CLASSIQUES !

- Monoarthrite aiguë
- Oligoarthrite des grosses articulations (ex: genoux)
- Rhumatisme palindromique (accès généralement mono-articulaires, très inflammatoires, d'évolution spontanément régressive en quelques jours, mais récidivants)
- Atteinte rhizomélique (Ceintures)
- Atteinte extra-articulaire inaugurale (ex: pulmonaire)

Conséquences...



Pourtant...

Prévenir la destruction et la déformation

Préserver la fonction

Réduire la mortalité



Objectifs réalisables

Diagnostic précoce (Fenêtre d'opportunité)

Traitement précoce = Rémission

meilleur pronostic

Quand suspecter une PR ?

Quand faut-il référer au rhumatologue ?

Rapid referral to a rheumatologist advised in the event of clinical suspicion of RA, which may be supported by the presence of any of the following:



- ≥ 3 swollen joints
- MTP/MCP involvement
 - Squeeze test positive
- Morning stiffness ≥ 30 minutes

Consider anticyclic citrullinated peptide (anti-CCP)

Emery P, et al. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:290-297.

Recommendation 1: a diagnosis of RA should be considered in patients with specific clinical findings such as joint swelling (clinical arthritis), morning stiffness lasting longer than 30 minutes, and a positive hand or forefoot squeeze test then confirmed as promptly as possible (ideally within 6 weeks) by a physical examination performed by a rheumatologist, laboratory tests [erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), anti-citrullinated protein antibodies (ACPA), and rheumatoid factors (RFs)], and imaging studies (radiographs with or without ultrasonography), after ruling out the differential diagnoses.

Examen physique ++

- Confirmer l'existence d'arthrite ou de synovite :
Gonflement articulaire / Rougeur et chaleur
- Petites articulations :
 - Empâtement de l'articulation à la palpation

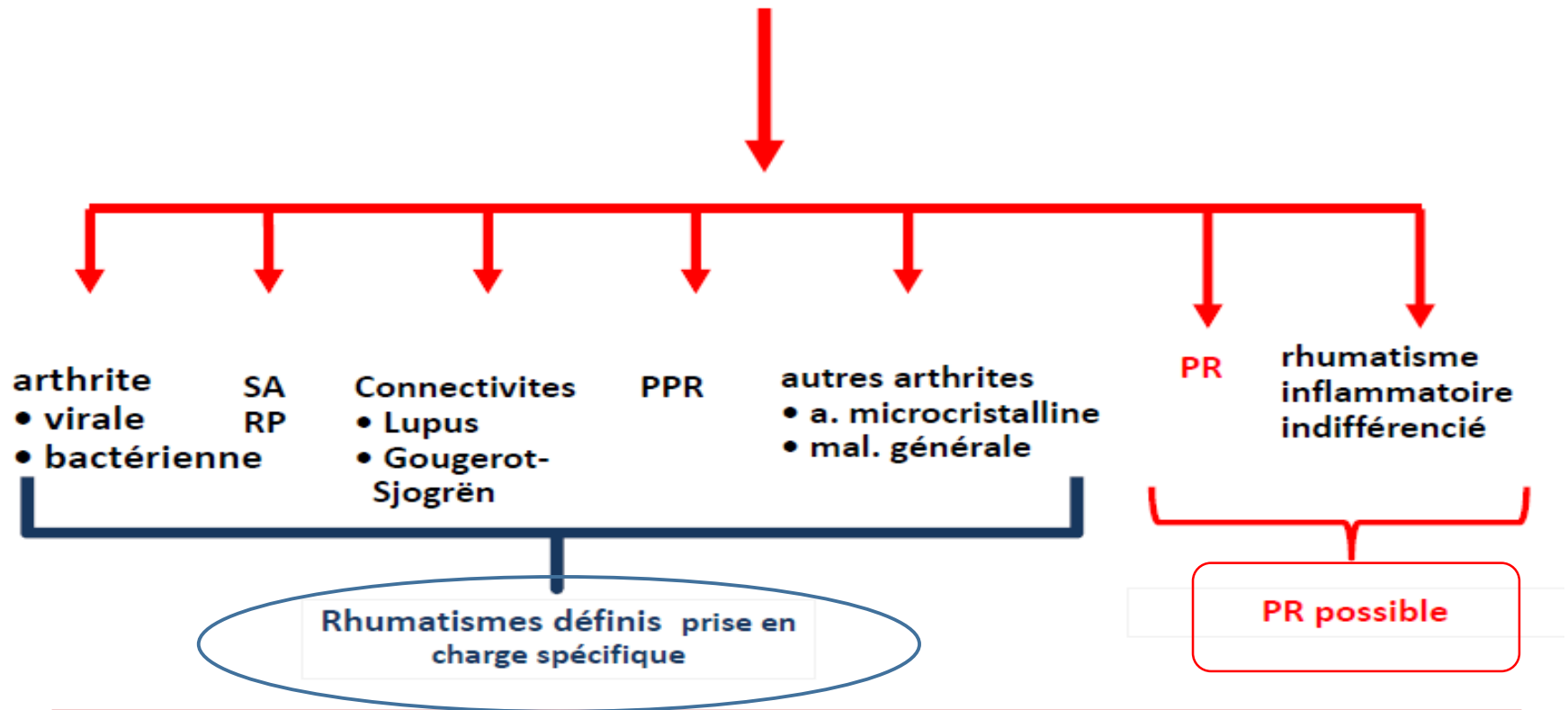


- Arthrite ou synovite des MCP/MTP non évidente:
démasquée par la réalisation du « squeeze test» (ST)



Exclure les causes d'arthrites en dehors de la PR

Face à un rhumatisme débutant ...



Comment va-t-on avancer dans la démarche diagnostique : PR ou autre ?

Données cliniques indispensables++

Interrogatoire - Examen physique

- **Manifestations extra-articulaires de la PR :**
Nodules rhumatoïdes, Pneumopathie interst diffuse, Sd sec... → **Rares dans la PR récente ++**
- **Manifestations extra-articulaires spécifiques d'autres RI :**
 - LES : rash malaire, sérites
 - Syndrome de Gougerot Jögren: parotidite, synd sec
 - Rhumatisme Psoriasique : psoriasis, dystrophie unguéale



Données cliniques indispensables++

Interrogatoire - Examen physique

-Maladie de Behçet: aphtose bipolaire



-Maladie de Horton -PPR chez des sujets âgé



-Polyarthrites métaboliques

➤ Goutte

➤ Chondrocalcinose



-Poussée inflammatoire d'arthrose digitale



Quel bilan biologique initial à demander pour le diagnostic de PR :

A- NFS

B- VS

C- CRP

D- Uricémie

E- Bilan phosphocalcique



Quel bilan biologique initial à demander pour le diagnostic de PR :

A- NFS

B- VS

C- CRP

D- Uricémie

E- Bilan phosphocalcique



Données complémentaires : biologie

- **Bilan initial :**

- **CRP/VS**

- **NFS**

→ **SIB** : non spécifique, 90% des cas

- **Autres:** Transaminases, Fonction rénale (pré-thérap)

- **Ponction articulaire:** Etude cyto-bactériologique : liq inflammatoire stérile / recherche de microcristaux

Quel bilan immunologique demander pour le diagnostic positif de PR :

- A- Facteur rhumatoïde
- B- Ac Anti-CCP
- C- AAN
- D- Anti-RNP
- E- HLA-DR-B1



Quel bilan immunologique demander pour le diagnostic positif de PR :

A- Facteur rhumatoïde

B- Ac Anti-CCP

C- AAN

D- Anti-RNP

E- HLA-DR-B1



Bilan immunologique

Facteur rhumatoïde = FR

- 1er test immunologique dans la PR
- ELISA++
- 60% des PR récentes
- Problème de spécificité +++
(Sujets âgés > 65 ans, S.Sjögren, Endocardite Infect, Leishmaniose , tuberculose...)

Bilan immunologique

Les anticorps antipeptides citrullinés, Anticorps anti-CCP ou ACPA

- ELISA
 - **spécificité > FR :**
 - Positifs ds 60 à 70 % des cas de PR débutante.
 - Positifs jusqu'à 10 ans avant début PR clinique
 - Leur spécificité est forte, proche de 95 %.
- ➔ Intérêt dans le diagnostic précoce +++**

**Le diagnostic de PR est envisagé.
Quel(s) examen(s) complémentaire(s)
demandez-vous en bilan Radiologique
initial ?**

- A- Rx 2 mains
- B- Rx 2 avant-pieds
- C- Rx thorax
- D- Echographie mains et poignets
- E- IRM mains et poignets



**Le diagnostic de PR est envisagé.
Quel(s) examen(s) complémentaire(s)
demandez-vous en bilan Radiologique
initial ?**

A- Rx 2 mains

B- Rx 2 avant-pieds

C- Rx thorax

D- Echographie mains et poignets

E- IRM mains et poignets



Recommandations EULAR



Recommandation n° 4

Les RX doivent être utilisées comme la technique d'imagerie initiale pour détecter les dégâts articulaires. L'US ou l'IRM peuvent être envisagés lorsque les RX ne montrent pas de lésion.

Radiographies standard

Clichés recommandés :

- Rx 2 poignets et Mains (F)
- Rx 2 avant-pieds (F + $\frac{3}{4}$)
- Rx des articulations douloureuses

Résultats :

→ Erosions, géodes, pincement articulaire (Destruction)

Définition EULAR de l'érosion typique de PR =

≥3 érosions touchant 3 articulations ou plus parmi les MCP, IPP, poignets ou MTP

→ Erosion/géodes de la tête du 5^{ème} métatarsien : **signe Rx précoce**



Radiographies standard

→ Intérêt pour le diagnostic différentiel :

- Calcifications (CCA).
- Erosions asymétriques avec réaction périostée (R Pso)
- Pincement et ostéophytes (Arthrose)



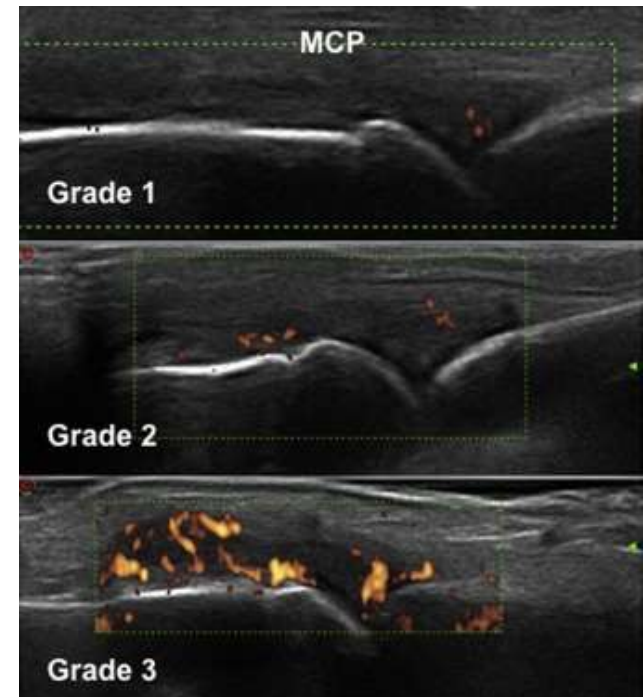
→ Peuvent être normales, **stade précoce ++**



**Intérêt de l'écho et de l'IRM
des mains**

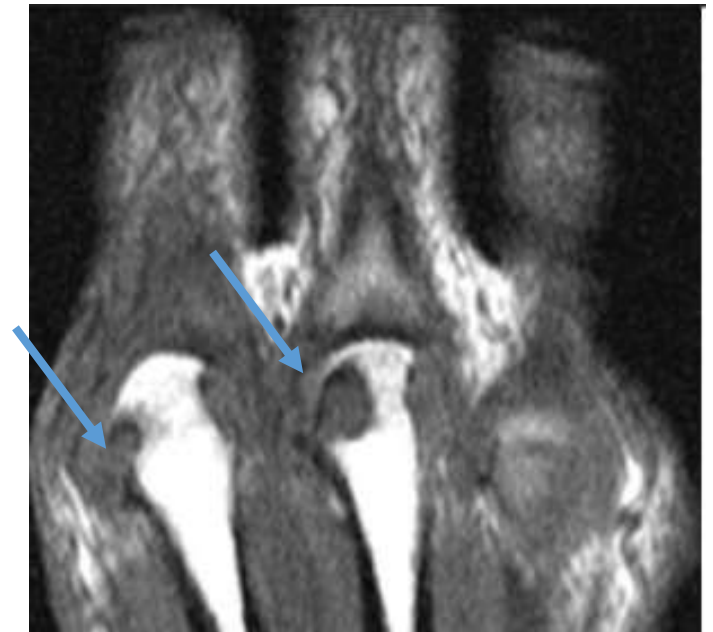
Echographie articulaire :

- Echographie = aide pour le **diagnostic précoce de la PR**,
Sensibilité > clinique
- Apport: Détecter de manière précoce des synovites infracliniques et des érosions infra-Rx ++



IRM de la main :

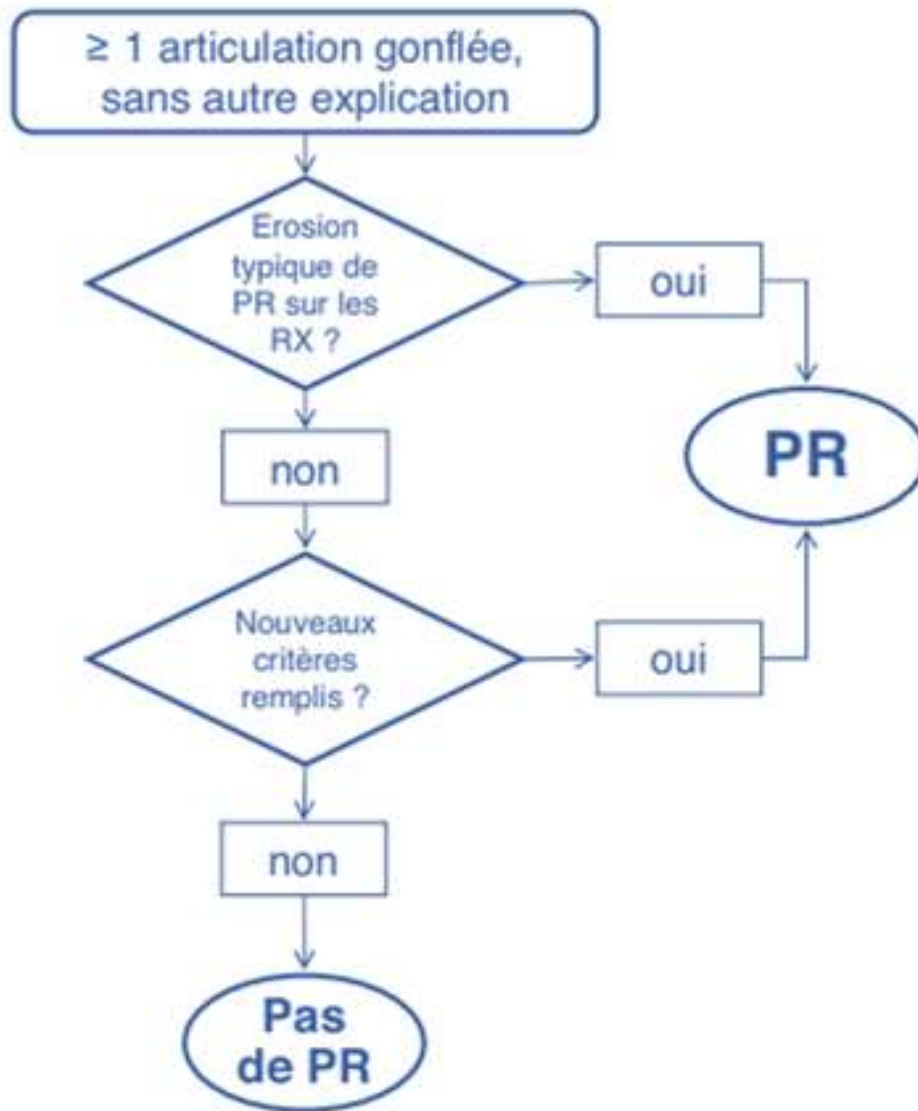
- Permet d'explorer :
 - ✓ Erosions +++
 - ✓ Le synovites
 - ✓ Œdème osseux
- Plus sensible que l'échographie pour rechercher des **signes précoces** de PR.
- Son coût, son manque d'accessibilité en limitent actuellement l'usage.



Facteurs de risque d'arthrite érosive = Facteurs de mauvais pronostic

- Nombre d'articulations gonflées/ **NAG**
- Marqueurs sériques d'inflammation : taux de CRP et VS
- Immuno : **Positivité** et taux du FR et des ACPA
- **Erosions** typiques précoces

Critères ACR/EULAR 2010



Atteinte articulaire (0-5)

1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulations non comptées)	2
4-10 petites articulations (grosses articulations non comptées)	3
> 10 articulations (au moins 1 petite articulation)	5

Sérologie (0-3)

FR négatif ET ACPA négatif	0
FR faiblement positif (1 à 3 x normale) OU ACPA faiblement positif (1 à 3 x normale)	2
FR fortement positif (> 3 x normale) OU ACPA fortement positif (> 3 x normale)	3

Durée des symptômes (0-1)

< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1

Biologie inflammatoire (0-1)

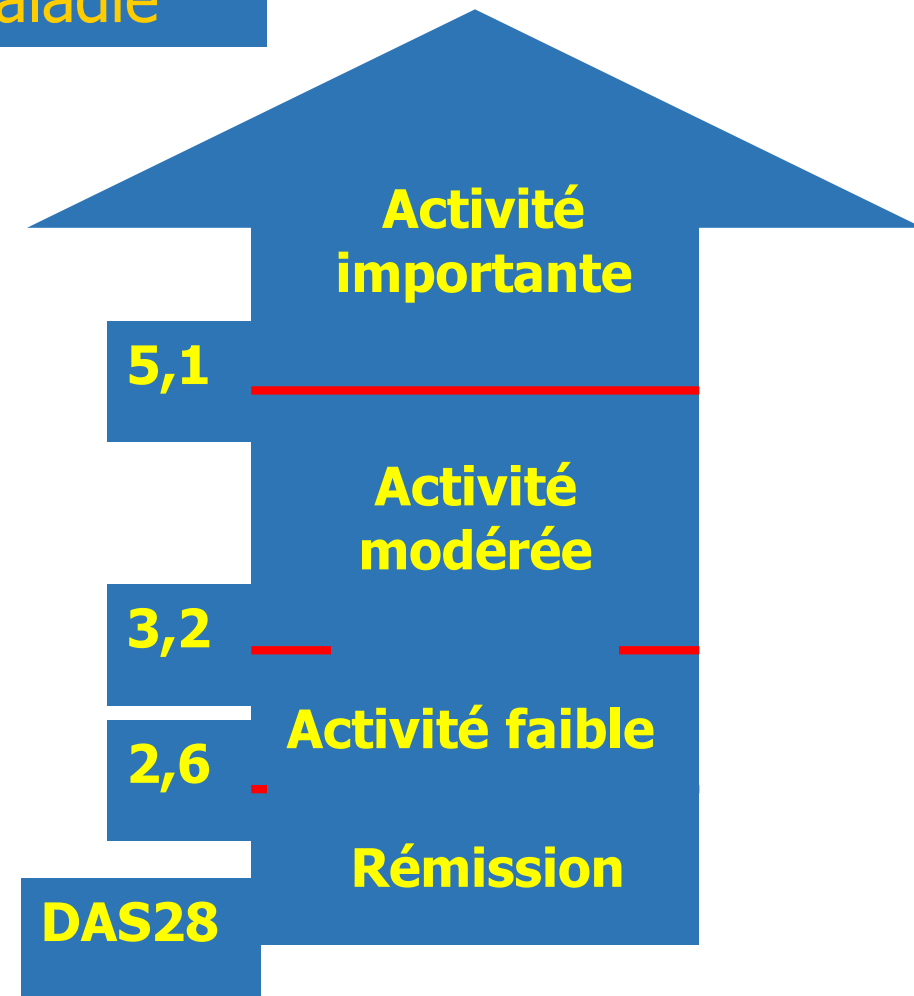
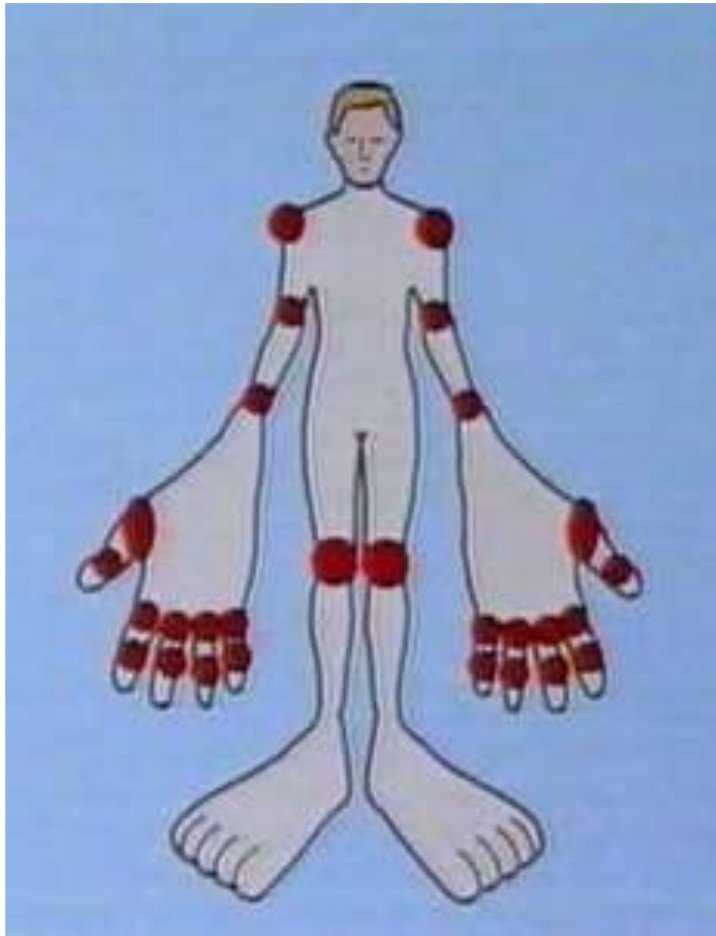
CRP normale ET VS normale	0
CRP anormale OU VS anormale	1

PR : Score ≥ 6

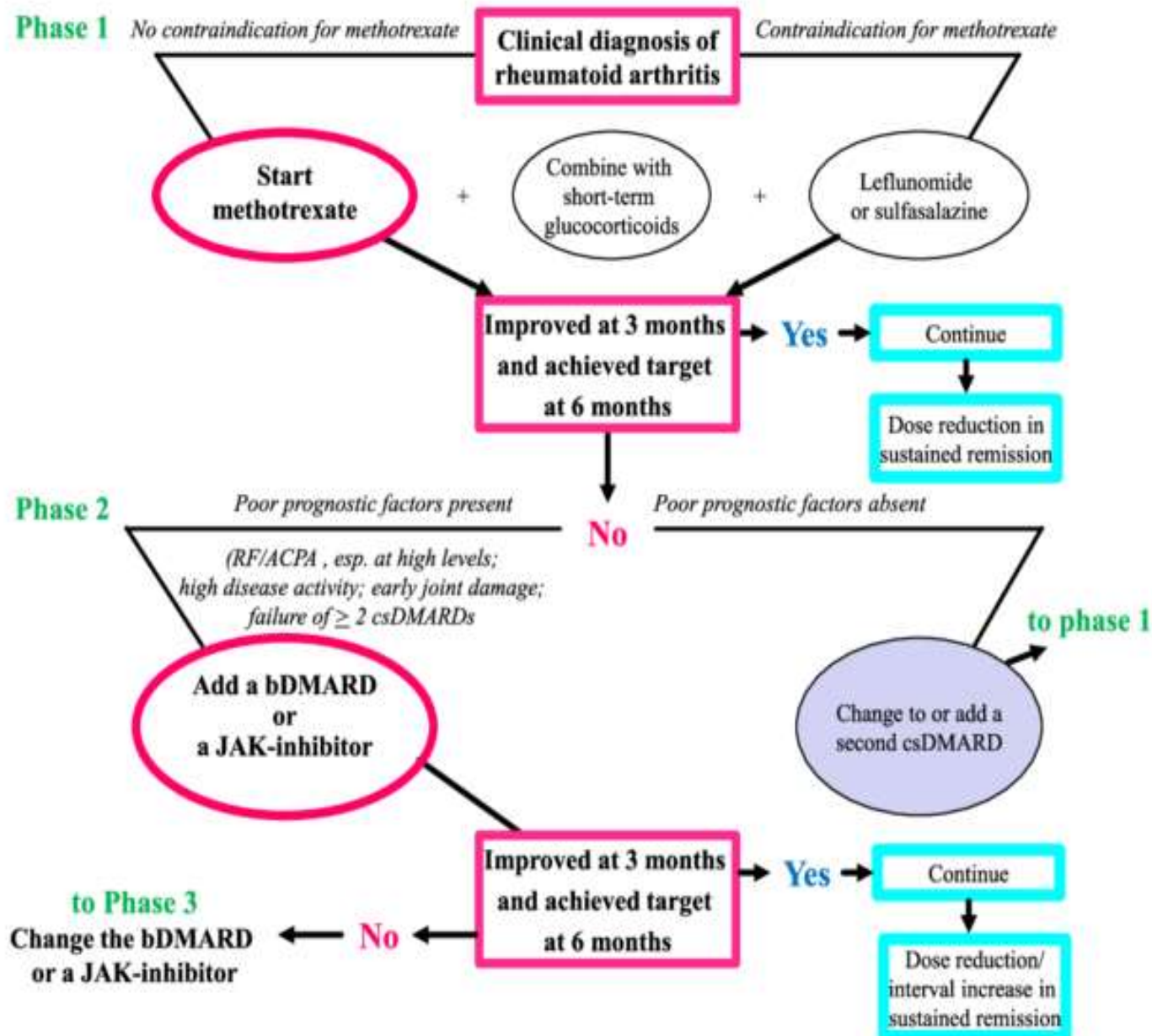
Le DAS28 en pratique

L'interprétation du DAS28 :

Evaluation de l'activité de la maladie



Traitement de la PR: recommandations EULAR



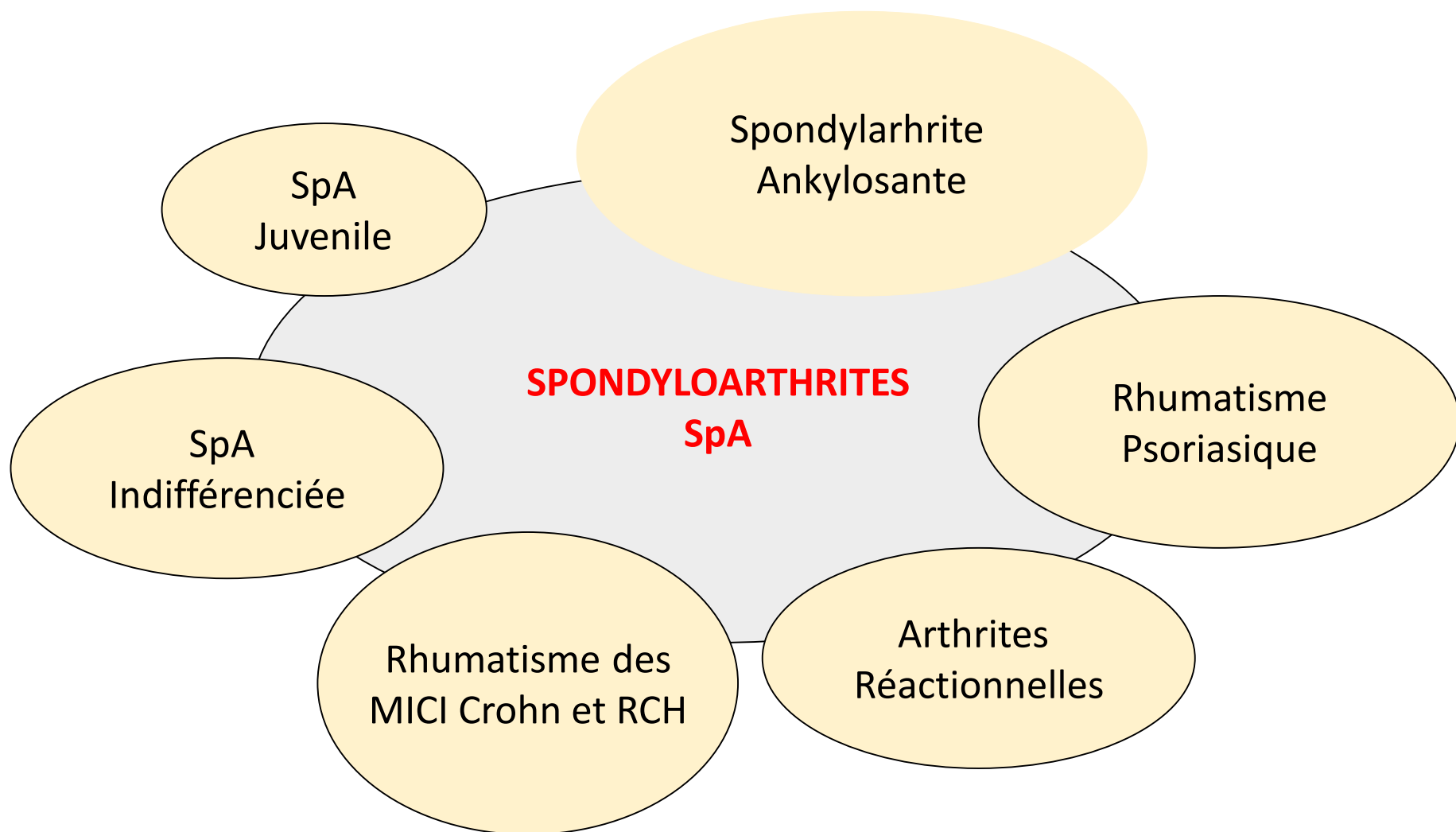
Spondyloarthritides



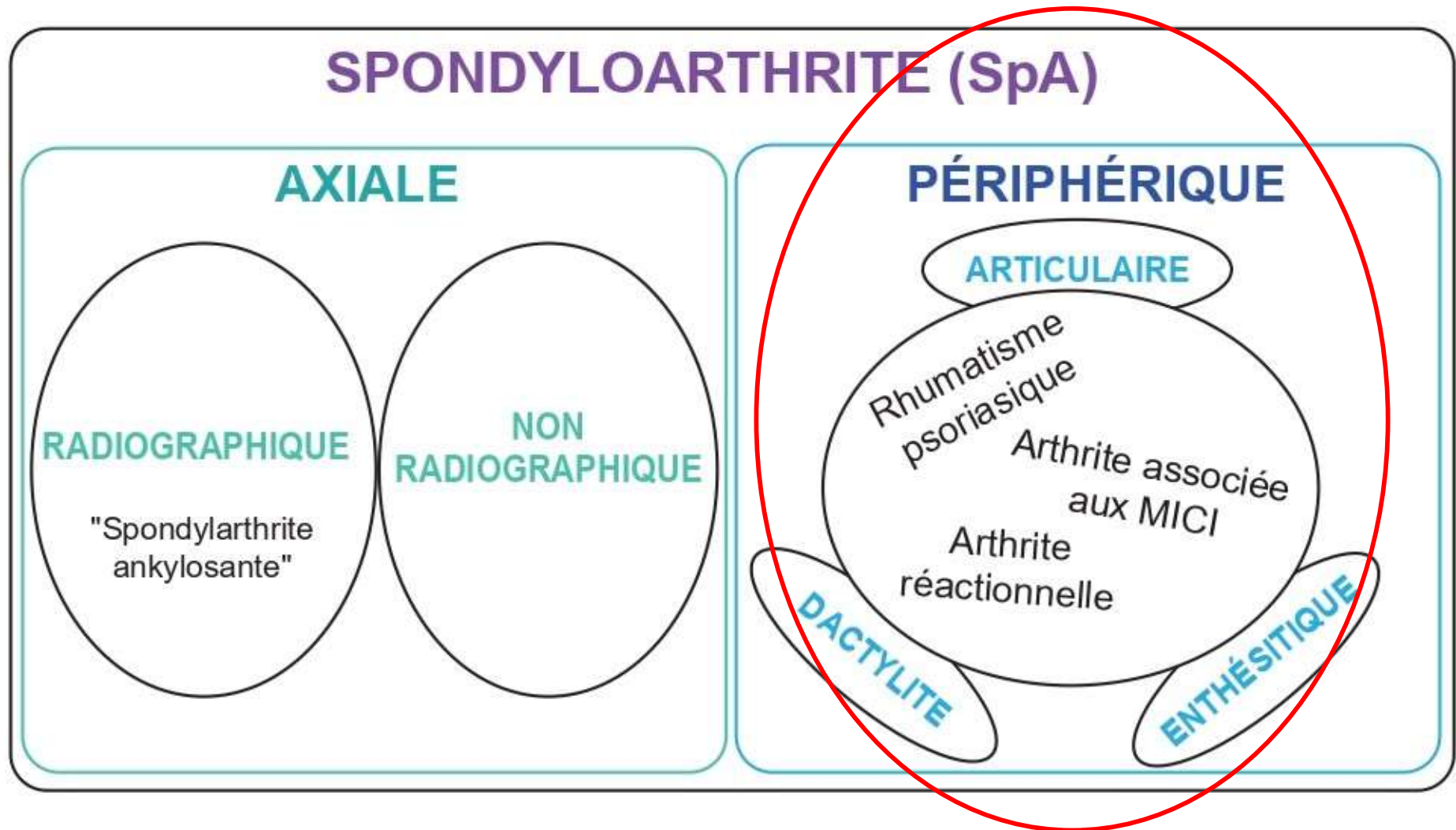
Introduction

- Les spondyloarthrites = SpA
- Groupe de RIC (2ème rang après la PR)
- Lésion initiale : **Enthésite +++**
- Terrain génétique (HLA B27+) et manifestations cliniques en commun!
- **Association de :** Manifestations axiales, *périphériques*, extra-articulaires

Concept de spondyloarthrites



Classification : Nouvelle Terminologie ...



Cas clinique



- Mr K. A.
- 29 ans
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
- Consulte pour :
 - Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois
 - Arthrite du genou gauche et douleur inguinale droite inflammatoire depuis 3 mois
 - Notion de talalgies matinales depuis 6 mois.
- Notion d'œil rouge avec à l'ex ophtalmo: uvéite antérieure
- Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Quels éléments de l'interrogatoire sont en faveur d'une SpA ?

Cas clinique



- Mr K. A.
 - 29 ans
- } **Homme jeune ++**
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
 - Consulte pour :
 - Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois
 - Arthrite du genou gauche et douleur inguinale droite inflammatoire depuis 3 mois
 - Notion de talalgies matinales depuis 6 mois.
 - Notion d'œil rouge avec à l'ex ophtalmo: uvéite antérieure
 - Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Quels éléments de l'interrogatoire sont en faveur d'une SpA ?

Cas clinique



- Mr K. A.
- 29 ans
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
- Consulte pour :
 - **Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois**
 - **Syndrome pelvi-rachidien**
 - Notion de talalgies matinales depuis 6 mois.
- Notion d'œil rouge avec à l'ex ophtalmo: uvéite antérieure
- Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Quels éléments de l'interrogatoire sont en faveur d'une SpA ?

Syndrome Pelvi-rachidien

Mode de début : 2/3 des cas, très caractéristique

- **Rachialgie inflammatoire chronique:** Lombaire , dorsale et cervicale
 - Douleurs thoraciques (Ant++)

Examen :

- Limitation de la mobilité/ raideur rachidienne
- Déformation du rachis aux stades avancés !!

Présentation clinique

- **Fessalgie inflammatoire +++ :**
 - Uni/bilat/ à bascule
 - **Examen :** Manœuvres testant la souffrance de la SI +++



Test de trépied



Test d'écartement
des ailes iliaques



Test de rapprochement
des ailes iliaques

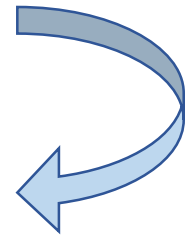
Cas clinique



- Mr K. A.
- 29 ans
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
- Consulte pour :
 - Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois
 - Arthrite du genou gauche et douleur inguinale droite inflammatoire depuis 3 mois

Notion de talalgies matinales depuis 6 mois

Syndrome articulaire périphérique



- Notion d'œil rouge avec à l'ex ophtalmo: uvéite antérieure
- Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Quels éléments de l'interrogatoire sont en faveur d'une SpA ?

Présentation clinique

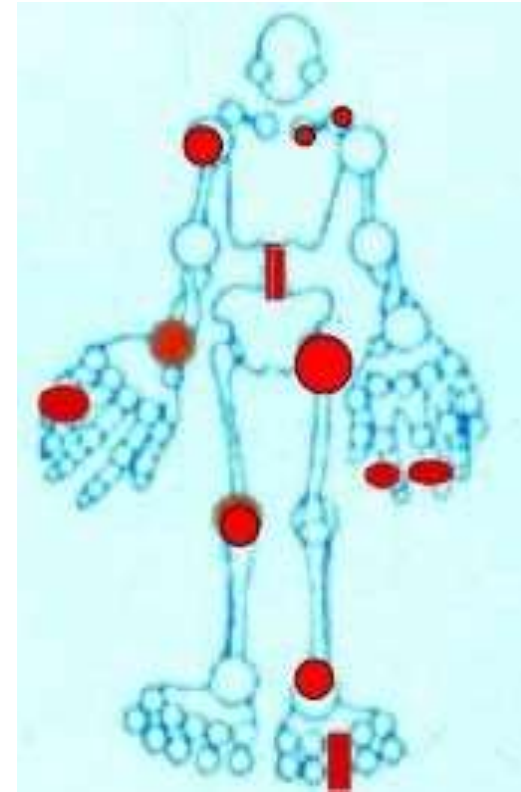
Syndrome articulaire périphérique

- 20 à 30% des cas au début

→ **Oligo-arthrite asymétrique des MI +++**

→ **Autres caractéristiques :**

- Atteinte IPD : Rhumatisme psoriasique
- Prédilection pour les grosses articulations
- Peu destructrice / tendance ankylosante
- Parfois aux MS (Épaule ++)



Présentation clinique

Syndrome articulaire périphérique

L'atteinte de la hanche : COXITE

- Peut inaugurer la maladie
- Survient souvent précocement
(Cinq 1^{ères} années) !
- Conditionne le pronostic fonctionnel.



Présentation clinique

Syndrome articulaire périphérique

Dactylite : Orteil / Doigt en saucisse

- Tuméfaction globale douloureuse+ coloration d'un rouge soutenu
- Association à des degrés divers de :
 - Enthésites
 - Synovites
 - Ténosynovites
 - Inflammation des tissus cellulograisseux sous-cutanés

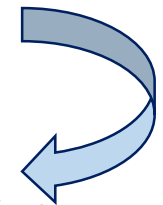


Cas clinique



- Mr K. A.
- 29 ans
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
- Consulte pour :
 - Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois
 - Arthrite du genou gauche et douleur inguinale droite inflammatoire depuis 3 mois
 - **Notion de talalgies matinales depuis 6 mois.**

Syndrome enthésitique



- Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Quels éléments de l'interrogatoire sont en faveur d'une SpA ?

Présentation clinique

Syndrome enthésitique

Talalgies inflammatoires rétro- et sous-calcanéennes +++ :

→ Doivent faire évoquer le diagnostic de SpA chez le sujet jeune !!



Cas clinique

- Mr K. A.
- 29 ans
- Sans ATCDs personnels ou familiaux
- Consulte pour :
 - Lombo-fessalgie inflammatoire depuis 6 mois
 - Arthrite du genou gauche et douleur inguinale droite inflammatoire depuis 3 mois
 - Notion de talalgies matinales depuis 6 mois.
- **Notion d'œil rouge avec à l'ex ophtalmo: uvéite antérieure**
- Adressé pour suspicion de spondyloarthrite

Manifestations extra-articulaires

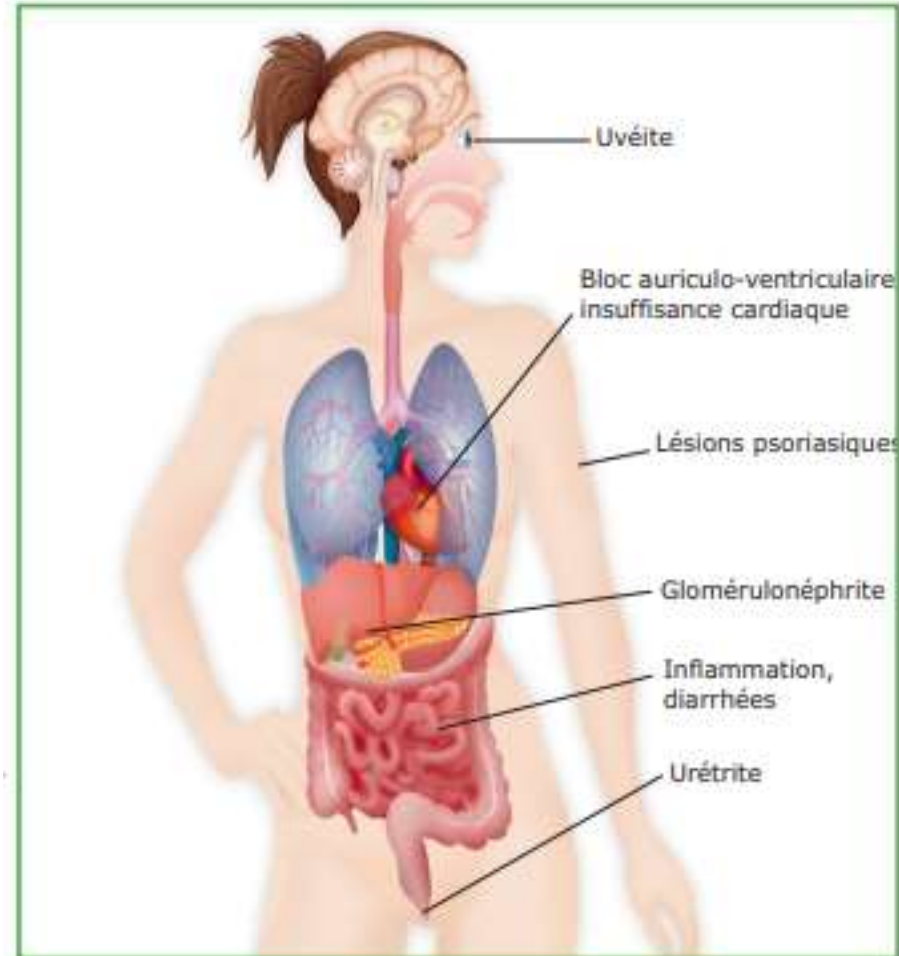
Quels autres éléments sont en faveur d'une SpA ?



Présentation clinique

Manifestations extra-articulaires

- Rarement inaugurales
- Très variables en termes de fréquence et de sévérité.
- **Les atteintes les + fréq :**
 - Uvéite ant
 - Psoriasis
 - MICI
 - Fibrose pulmonaire apicale
 - Insuffisance Aortique
 - Rénale (amylose..)



Bilan biologique et immunologique

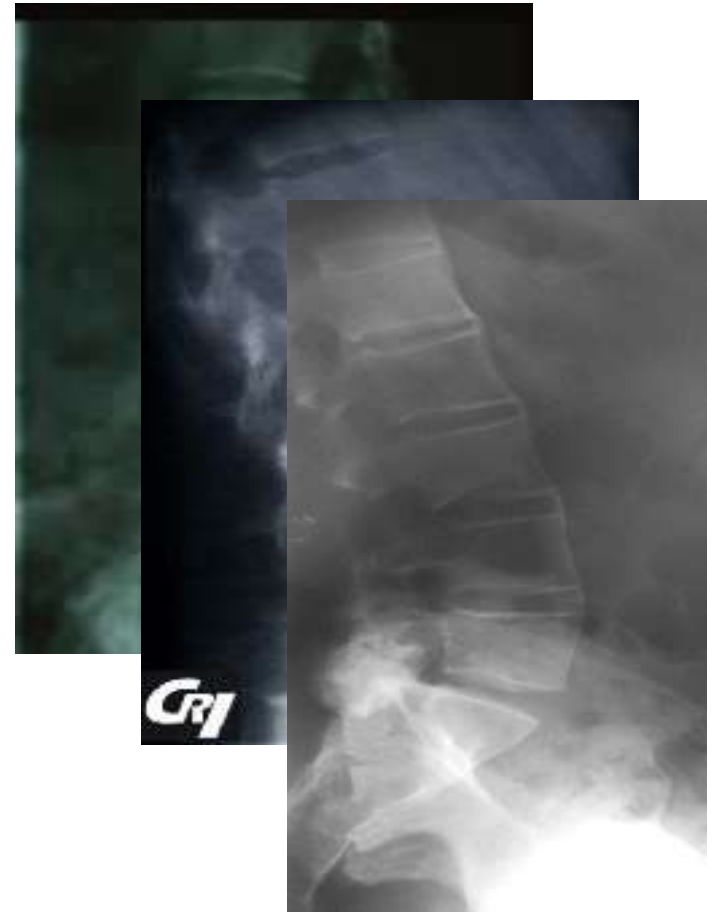
- **Syndrome inflammatoire : inconstant!!**
 - ❖ Vs et CRP
 - ❖ Anémie
- **HLA B 27 :**
 - ❖ Dans une SPA certaine : Recherche du B27 inutile
 - ❖ Dans les cas douteux (aide au **dg précoce++**)
- **Bilan immunologique : négatif**

Rx à demander :

Rx Bassin (F) + Rachis lombaire (F+P) + Rx des Artic
symptomatiques

Résultats :

- Rx RL :
 - Érosions des coins vertébraux
 - Mise en carré des vertèbres
 - Spondylite de Romanus
 - Syndesmophytes (tardifs)



Bilan radiologique

• Rx Bassin+++: sacroiléite

- Pseudo-élargissement des interlignes
- Flou, irrégularités (timbre de poste)
- Condensation des SI
- Ankylose des SI (tardive)



Bilan radiologique

- Rx artic périphériques et des enthèses :

- Pincement articulaire global
- **Érosions** au niveau des zones d'insertion tendineuses
- Ossification des enthèses : **Enthésophytes+++**



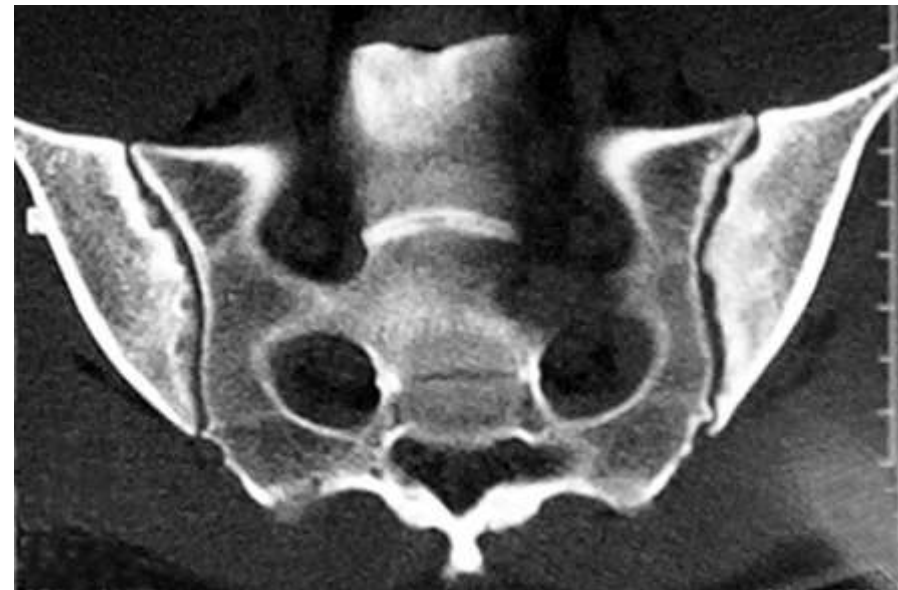
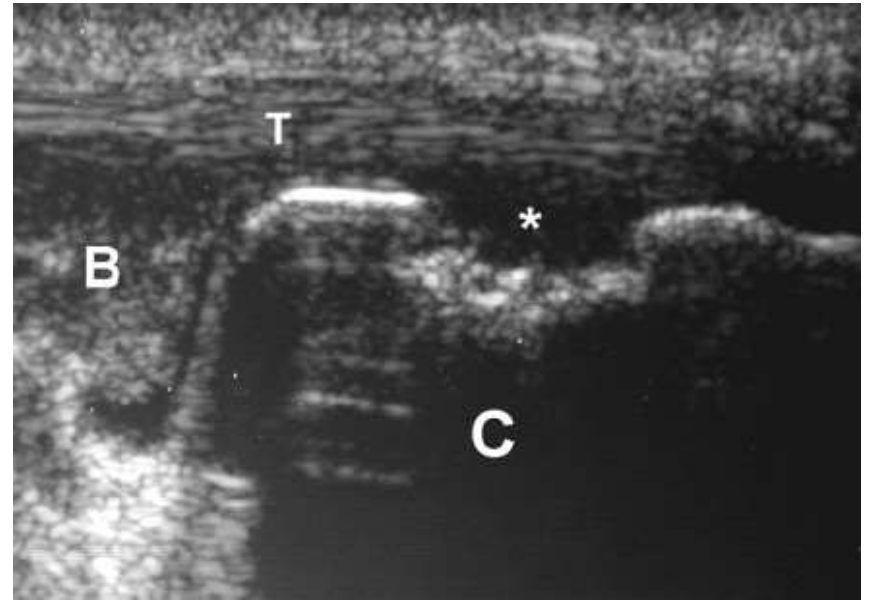
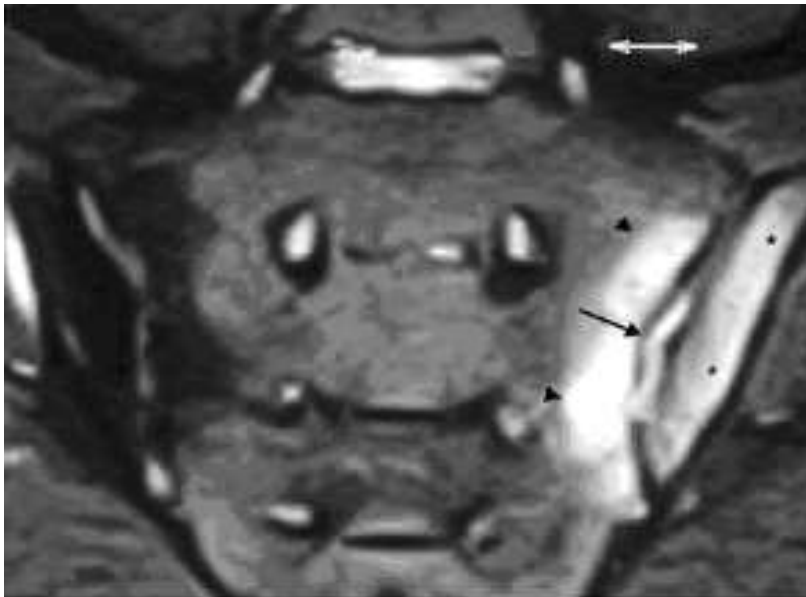
Si Rx normales

et SpA fortement suspectée

→ **IRM des sacro-iliaques +/-**
rachis lombaire +++

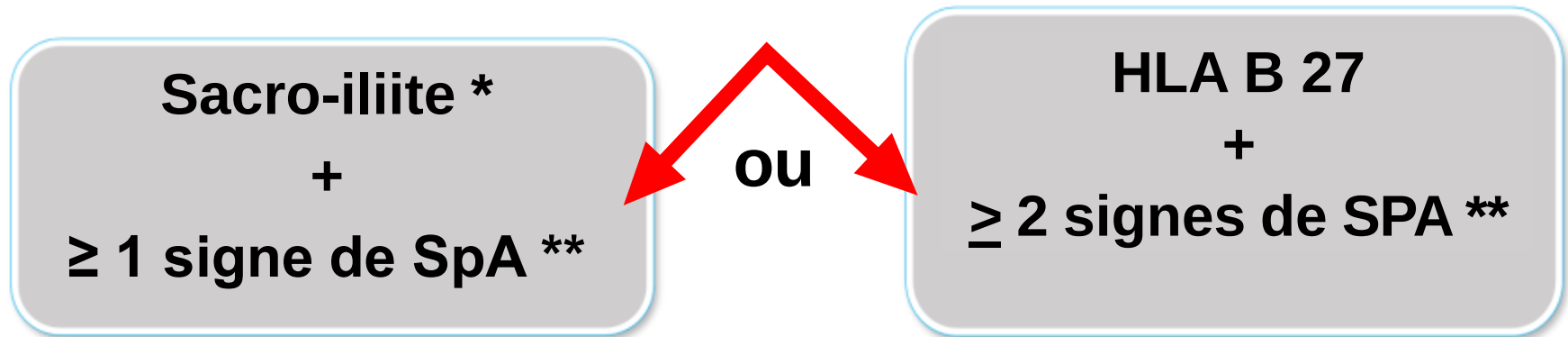


Diagnostic précoce +++



Critères de classification des SpA axiales (ASAS)

(chez les patients avec rachialgie $\geq$ à 3 mois et âge au début < 45 ans)



** Signes de spondylarthropathie :

- ✓ Rachialgie inflammatoire
- ✓ Arthrite
- ✓ Enthésite
- ✓ Uveite
- ✓ Dactylite
- ✓ Psoriasis
- ✓ Maladie de Crohn
- ✓ Bonne réponse aux AINS
- ✓ Histoire familiale de SpA HLA-B27
- ✓ CRP augmentée

- * Inflammation hautement compatible avec une **sacro-iliite à l'IRM** ou une sacro-iliite radiographique définie suivant les critères de New York modifiés: **SI $\geq$ stade 2 bilatérale** ou **SI $\geq$ stade 3 unilatérale**

■ **Sensibilité : 82,9 %**

■ **Spécificité : 84,4 %**

Critères de Classification ASAS de Spondylarthrite Périphérique (SpA)

**Arthrite ou enthésite ou dactylite
plus**

≥ 1 critère de SpA

- uvéite
- psoriasis
- Crohn/RCH
- infection préalable
- HLA-B27
- sacro-iliite à l'imagerie

OU

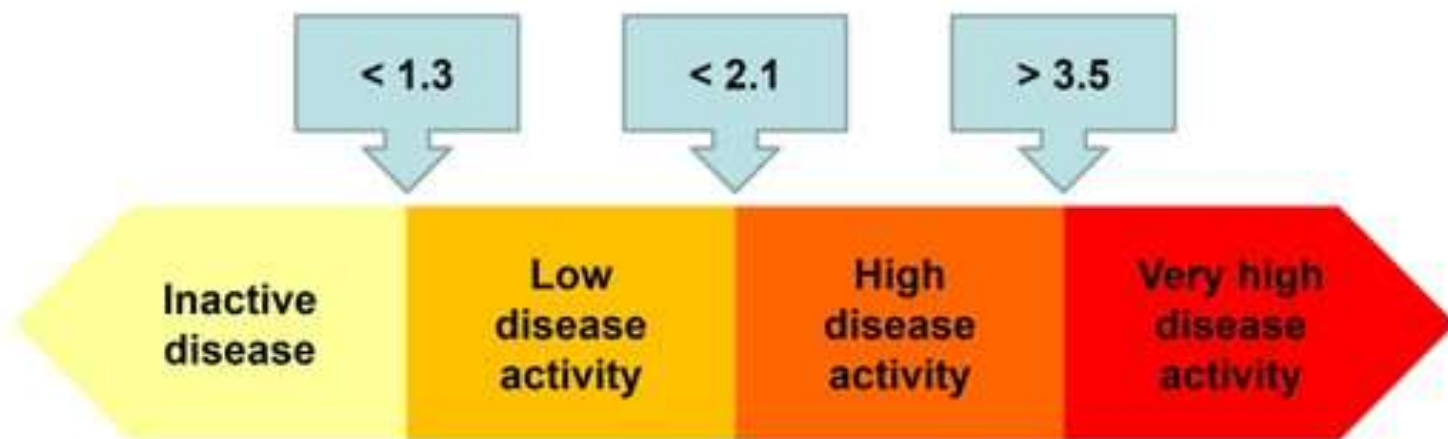
≥ 2 critères de SpA

- arthrite
- enthésite
- dactylite
- rachialgie inflammatoire (présente ou passée)
- ATCD familial de SpA

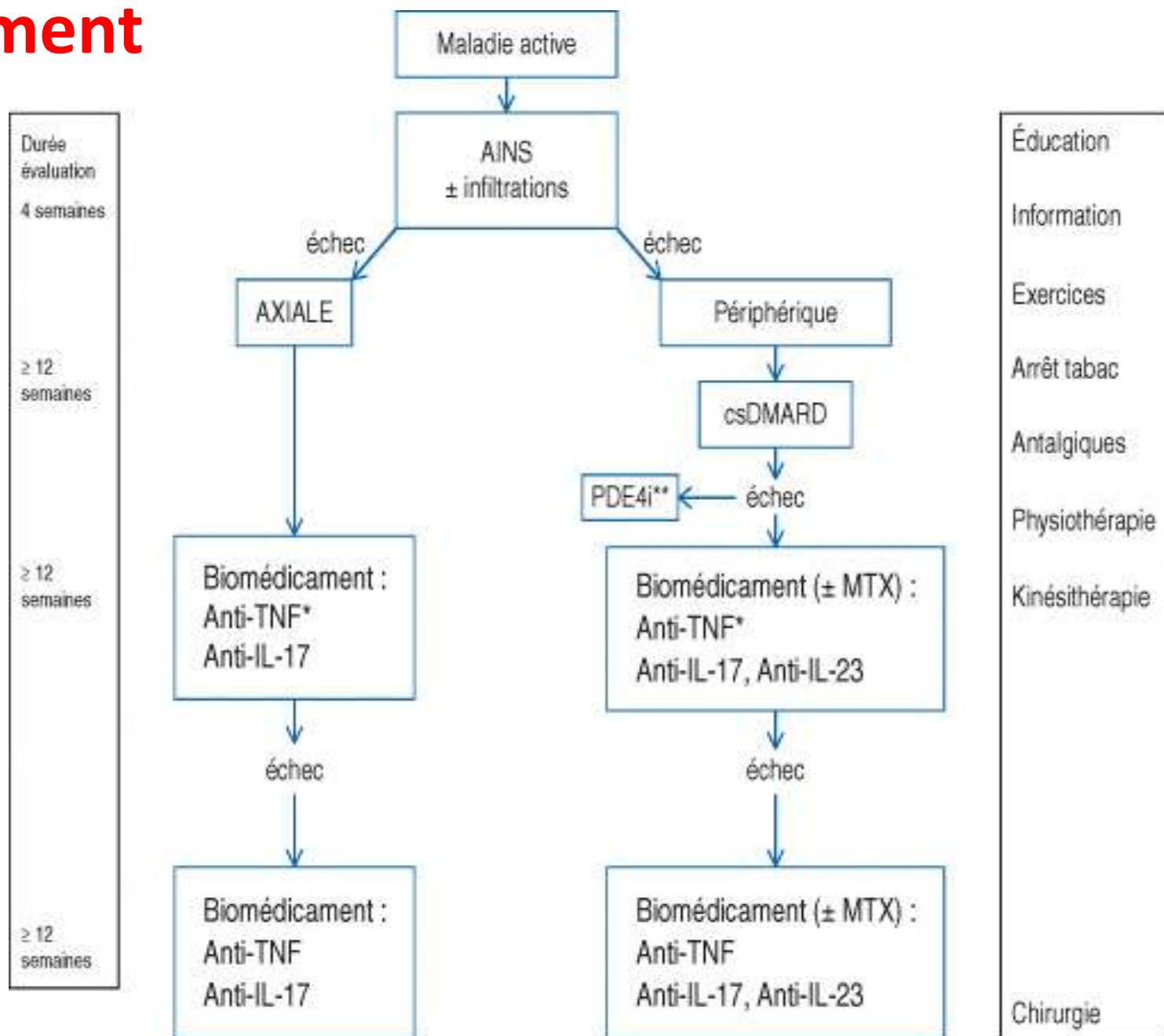
Arthrite périphérique : prédominant habituellement aux membres inférieurs et/ou arthrites asymétriques
Enthésite : évaluée cliniquement
Dactylite : évaluée cliniquement

Sensibilité : 77,8%, Spécificité : 82,2%; n=266

ASDAS Cut-Offs for Disease Activity States



Traitement

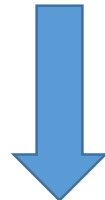


Conclusion

Importance du **diagnostic précoce** des RIC dans les **3 à 6 mois** de début = fenêtre d'opportunité



Prise en charge précoce et plus efficace



Meilleur pronostic + coût plus faible

Merci!

