

# Rhumatologie

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

par

La Société canadienne de rhumatologie

Dernière mise à jour : septembre 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, 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.

**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'antirhumatisme 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'antirhumatisme 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.

---

## Comment la liste a été établie

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.

## Recommandations 6 et 7

La recommandation 6 a été approuvée par le conseil d'administration de la SCR en septembre 2019. L'énoncé a été rédigé par le sous-comité pour la SCR de Choisir avec soin et a été retenu en raison des données solides présentées et de la fréquence des cas observés par les rhumatologues. Il a ensuite été évalué par le comité des guides de pratique et le conseil d'administration de la SCR, puis a fait l'objet de modifications d'ordre linguistique par le groupe de travail.

La recommandation 7 a été approuvée par le conseil d'administration de la SCR en février 2021. L'énoncé a été rédigé par le sous-comité pour la SCR de Choisir avec soin à la suite de la campagne menée par l'organisation sous le thème « Il est temps de discuter » pour encourager les discussions sur les maladies graves. Le sous-comité a travaillé en collaboration avec un médecin en soins palliatifs pour établir le libellé de l'énoncé compte tenu de l'insuffisance de données à ce jour en rhumatologie.

## Recommandations 8 et 9

Les recommandations 8 et 9 ont été approuvées par le Conseil d'administration de la SCR en juin 2022. Elles ont été sélectionnées à partir des recommandations Choisir avec soin de rhumatologie pédiatrique par des rhumatologues qui observent fréquemment ces problématiques dans les populations adultes. Le sous-comité Choisir avec soin de la SCR a confié à un groupe de travail le mandat de mettre à jour la revue de la littérature sur le sujet et de rédiger son propre énoncé. Ce dernier a ensuite été évalué par le sous-comité Choisir avec soin de la SCR et le Comité pour l'optimisation des soins de la SCR, puis le Conseil d'administration de la SCR. Les modifications nécessaires ont été apportées.

---

## Sources

- 1 BC Guidelines. [Antinuclear antibody \(ANA\) testing protocol](#) [Internet]. Juin 2013 [consulté le 5 mai 2017]  
Kavanaugh A, et coll. 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. PMID : 10629135.  
Solomon DH, et coll. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: Antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum. Août 2002; 47(4):434-44. PMID : 12209492.  
Tozzoli R, 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. PMID : 11863229.
- 2 Rostom S, et coll. New tools for diagnosing spondyloarthropathy. Joint Bone Spine. Mars 2010; 77(2):108-14. PMID : 20153677.  
Rudwaleit M, et coll. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Ann Rheum Dis. Mai 2004; 63(5):535-43. PMID : 15082484.  
Rudwaleit M, 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. PMID : 19297344.  
Sidiropoulos PI, 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. PMID : 18276738.
- 3 Papaioannou A, 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. PMID : 20940232.  
Schousboe JT, et coll. 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. PMID : 24183638.  
U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. Le 1<sup>er</sup> mars 2011; 154(5):356-64. PMID : 21242341.
- 4 FRAX®. [WHO fracture risk assessment tool](#) [Internet]. Juin 2011 [consulté le 5 mai 2017].  
Osteoporose Canada. [Évaluation du risque sur 10 ans → Femmes et hommes](#) [Internet]. 2010 [consulté le 5 mai 2017]  
Roux C. Osteopenia: Is it a problem?. Int J Clin Rheumatol. Décembre 2009; 4(6):651-5.  
Wells GA, 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. PMID : 18253985.  
Wells GA, 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. PMID : 18254018.  
Wells G, 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. PMID : 18254053.
- 5 Fisher BA, et coll. Do tc-99m-diphosphonate bone scans have any place in the investigation of polyarthralgia? Rheumatology (Oxford). Juin 2007; 46(6):1036-7. PMID : 17449485.  
Picano E, et coll. Unnecessary radiation exposure from medical imaging in the rheumatology patient. Rheumatology (Oxford). Septembre 2011; 50(9):1537-9. PMID : 21183451.  
Song IH, et coll. The diagnostic value of scintigraphy in assessing sacroiliitis in ankylosing spondylitis: A systematic literature research. Ann Rheum Dis. Novembre 2008; 67(11):1535-40. PMID : 18230629.  
Whallett A, et coll. Isotope bone scans: An assessment of their diagnostic use in polyarticular pain of uncertain origin. Ann Rheum Dis. Août 2003; 62(8):784-5. PMID : 12860741.

- 6 Busse JW, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ. Mai 2017; 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 Crosby V, Wilcock A. End-of-life care in rheumatology: room for improvement. Rheumatology (Oxford). Juillet 2011; vol. 50, n° 7 : p. 1187-8. PMID : 21097447.  
Karpoff M, et coll. Palliative Care Curriculum in Rheumatology: Teaching Serious Illness Conversations. Article présenté à la réunion de l'American College of Rheumatology, É.-U. Novembre 2019.  
Saltman A. Palliative Care for the Rheumatologist: When Does the End Begin... And Why Does It Matter? CRAJ. 2019; vol. 29, n° 2. [En ligne].  
Saltman A, et coll. Rheumatologists' Attitudes Toward Palliative Care and Medical Assistance in Dying. [Présentation par affiche en format PDF]. American College of Rheumatology, É.-U. ACR Convergence. Novembre 2020. [En ligne].  
Simon S, Schwarz-Eywill M, Bausewein C. Palliative care in rheumatic diseases: a first approach. J Palliat Care. Hiver 2008; vol. 24, n° 4 : p. 270-273. PMID : 19227019.
- 8 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. 2019; vol. 29, n° 1 : p. 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. Juin 2017; vol. 56, n° 6 : p. 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). 1er décembre 2021; vol. 60, n° 12 : p. 5785-5794. doi : 10.1093/rheumatology/keab254. PMID : 33725120.  
Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Aki 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. Janvier 2016; vol. 68, n° 1 : p. 1-26. doi : 10.1002/art.39480. Cyberpublication 6 novembre 2015. PMID: 26545940.  
Yazici, Y et coll. "Long term safety of methotrexate in routine clinical care: discontinuation is unusual and rarely the result of laboratory abnormalities." Annals of the rheumatic diseases. 2005; vol. 64, n°2 : p. 207-211. doi : 10.1136/ard.2004.023408. PMID: 15208176.
- 9 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, n° 6 : p. 588-595. PMID: 32522598.  
Bos WH, Wolbink GJ, Boers M, Tjihuis GJ, de Vries N, van der Horst-Bruinsma IE, Tak PP, van de Stadt RJ, van der Laken CJ, Dijkmans BA et coll. : Arthritis development in patients with arthralgia is strongly associated with anti-citrullinated protein antibody status: a prospective cohort study. Ann Rheum Dis. 2010; vol. 69, n° 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; vol. 96, n° 5 : p. 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; vol. 39, n° 5 : p.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; vol. 56, n° 12 : p. 2145-2153. PMID: 28968865.

## 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.



## Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 [choisiravecsoin.org](http://choisiravecsoin.org) | ✉ [info@choisiravecsoin.org](mailto:info@choisiravecsoin.org) | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)