

# Arthrite rhumatoïde: diagnostic, évaluation et contrôle de qualité

J. Bernhard, H.-R. Ziswiler, P. M. Villiger

*Le diagnostic de l'arthrite rhumatoïde est établi à partir des symptômes typiques et des signes cliniques, et complété par des modifications radiologiques et des résultats d'examens en laboratoire.*

*En ce qui concerne l'établissement du diagnostic, les symptômes et résultats précoces sont en l'occurrence prépondérants; la détection de la maladie en temps voulu et une thérapie individualisée permettent en effet de mieux appréhender la destruction des articulations et d'empêcher ainsi dans de nombreux cas une invalidisation à long terme.*

## Pose du diagnostic

Il n'existe pas de résultat pathognomonique de l'arthrite rhumatoïde. Le facteur rhumatismal est certes typique, mais ne constitue pas une preuve. Dans la mesure où il n'est initialement présent que dans 50% des cas et que sa présence peut également être détectée dans le plasma pour d'autres maladies différentes, il ne nous est souvent d'aucune aide dans le quotidien clinique. On est tenté dans cette situation de faire appel aux critères formulés par l'American College of Rheumatology (ACR) (Tableau 1). Mais il s'agit en l'occurrence de critères de classification et de diagnostic. Autrement dit, ce catalogue de critères n'a pas été formulé pour la pose d'un diagnostic chez le patient individuel, mais plutôt dans l'objectif d'une classification unifiée dans le but de pouvoir comparer des données et réaliser des études. Selon les

conditions, des mois voire des années peuvent s'écouler avant que les critères de l'ACR soient remplis, un temps précieux qui devrait être utilisé pour une thérapie adéquate. Le fait que la moitié des lésions osseuses apparaisse déjà au cours des deux premières années de la maladie d'une part, la large palette des médicaments de base disponibles aujourd'hui d'autre part, nous contraignent à une thérapie précoce et individualisée. Un groupe de travail hollandais a établi récemment une liste de critères qui devraient permettre un diagnostic dans la phase précoce de l'arthrite rhumatoïde, et qui sont supérieurs aux critères de l'ACR (sensibilité et spécificité supérieures) (Tableau 2). Ces critères sont actuellement en cours de validation auprès de collectifs plus importants.

Les symptômes typiques du **stade précoce** sont: troubles symétriques dans les petites articulations des mains et des pieds (surtout car-

Correspondance:  
Pr Peter Villiger  
Clinique de rhumatologie  
et d'immunologie et allergologie  
clinique  
Hôpital de l'Île  
CH-3010 Berne

E-mail: [peter.villiger@insel.ch](mailto:peter.villiger@insel.ch)

**Tableau 1. Critères de classification de l'arthrite rhumatoïde (selon l'American College of Rheumatology, 1987).**

1. Raideur matinale d'une durée d'au moins 1 heure
2. Œdème des parties molles / arthrite d'au moins 3 régions articulaires (articulation interphalangienne proximale, carpo-phalangienne, carpe, coude, genou, tarse, métatarso-phalangienne) pendant au moins 6 semaines
3. Œdème des parties molles / arthrite du carpe, des articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales pendant au moins 6 semaines
4. Atteinte symétrique
5. Nœud rhumatique
6. Taux sanguin de facteurs rhumatiques
7. Altérations radiologiques typiques de la main avec érosions ou ostéoporose localisée

Au moins trois critères doivent être présents. La sensibilité des critères est de 91-94%, la spécificité de 89%.

**Tableau 2. Critères diagnostiques selon H. Visser et al.**

1. Durée des symptômes lors de la première visite (>6 semaines)
2. Raideur matinale d'au moins 1 heure
3. Arthrite dans au moins 3 articulations
4. Douleur de compression bilatérale des articulations métacarpo-phalangiennes
5. Taux sanguin de facteurs rhumatiques
6. Taux sanguin d'anticorps contre des peptides contenant la citrulline\*
7. Erosions radiologiques des mains et des pieds

\* Citrulline = arginine déaminée = composante de filaggrine.



**Figure 1.**  
Œdème articulaire et coloration brunâtre au niveau des articulations.

piennes, articulations métatarsiennes et tarsiennes, ainsi qu'articulations des coudes et des genoux). Les symptômes des articulations composent la triade douleur, faiblesse et raideur matinale de 15 minutes. Les patientes et les patients se plaignent souvent, en plus des troubles au niveau des articulations, de symptômes généraux de l'inflammation systémique (fatigue, températures subfébriles, pertes de poids, sensation d'être malade). Il n'est pas rare de trouver aussi, en plus des troubles des articulations, des inflammations des gaines synoviales tendineuses; il est possible occasionnellement de diagnostiquer dès le stade précoce dans le cadre de l'inflammation du carpe un syndrome du canal carpien.

L'examen clinique montre un œdème articulaire, un suréchauffement et occasionnellement une coloration brunâtre des articulations des mains (Figure 1). Une rougeur est atypique et doit évoquer l'éventualité d'une infection ou d'une arthropathie cristalline. Les examens en laboratoire montrent les signes typiques de l'inflammation systémique (indice de sédimentation augmentée, protéine C-réactive augmentée, anémie inflammatoire et thrombocytose). La preuve précoce de facteurs de rhumatisme dans le plasma revêt une certaine importance au niveau du pronostic. L'arthrite rhumatoïde séropositive a souvent un déroulement plus agressif, conduit plus tôt à des érosions et à des manifestations extraarticulaires dans l'évolution plus tardive de la maladie. Du point de vue radiologique, on peut détecter dans la phase précoce une ostéoporose proche de l'articulation et éventuellement un rétrécissement de l'espace cartilagineux, en plus d'un œdème des parties molles périarticulaires.

A l'aide des nouvelles technologies d'imagerie médicale telles que les ultrasons et la MRI, on

tente de saisir l'inflammation synoviale plus tôt et, le cas échéant, de la quantifier. De nouvelles enquêtes ont effectivement montré que les modifications inflammatoires ne sont souvent pas détectées cliniquement. Etant donné les coûts élevés, la MRI n'est cependant utilisée que dans le cadre d'études. Grâce aux améliorations considérables de la qualité des images des appareils à ultrasons obtenues ces dernières années, cette méthode s'est maintenant établie dans les centres les plus importants et ne tardera sans doute pas à être introduite dans le quotidien clinique.

### Swiss Clinical Quality Management in Rheumatoid Arthritis

Cliniquement parlant, l'arthrite rhumatoïde suit des évolutions différentes. A côté de variantes bénignes, on trouve des formes destructrices des articulations, avec participation viscérale et pronostics de long termes sérieux. En d'autres termes, il s'agit d'une maladie dont l'activité devrait être monitorisée de manière aussi continue que possible, pour permettre la sélection de la meilleure thérapie de base et la prescription de la posologie optimale. Un instrumentaire pour l'appréciation régulière et standardisée de l'évolution de la maladie chez les patients souffrant d'arthrite rhumatoïde a été créé il y a quelques années, sous la direction de Gerold Stucki, appelé Swiss Clinical Quality Management (SCQM) dans l'arthrite rhumatoïde. Les objectifs principaux de cette entreprise de grande envergure consistent en une amélioration continue du traitement de l'arthrite rhumatoïde, une optimisation de la collaboration entre les cabinets médicaux et la clinique et la mise sur pied d'une cohorte de patients suisses pour des études cliniques et épidémiologiques.

Dans l'objectif d'une saisie de la maladie et de ses conséquences pour la personne concernée, on quantifie d'une part l'activité de la maladie et d'autre part les lésions occasionnées par la maladie. Les outils d'évaluation suivants sont utilisés à cette fin à l'heure actuelle: l'activité de la maladie est évaluée d'une part par le rhumatologue, et d'autre part par le patient lui-même à l'aide d'un questionnaire. Le médecin apprécie le score d'activité de la maladie, appelé Disease Activity Score (DAS), qui peut être évalué à partir du nombre d'articulations enflammées, du nombre d'articulations douloureuses et de la vitesse de sédimentation du sang. Le patient remplit un questionnaire qui permet d'établir l'indice dit Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI). Les questions posées dans le questionnaire concernent surtout les handicaps fonctionnels. Autrement dit – et de manière analogue à la médecine

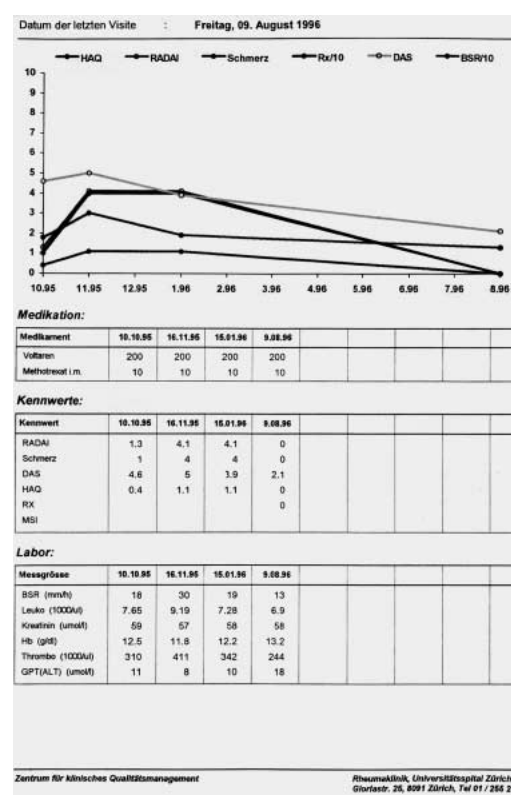
cine de rééducation – on mesure non seulement des troubles au niveau des organes mais également des restrictions au niveau des activités et de la participation. En plus de l'activité de la maladie, les **lésions dues à la maladie** sont saisies à l'aide de deux autres appareils de mesure. Le médecin évalue les dommages structurels à l'aide de radiographies conventionnelles (score radiographique), le patient répond pour sa part à des questions concernant les troubles fonctionnels (Health Assessment Questionnaire [HAQ]).

Les données recueillies sont enregistrées et exploitées sous forme anonyme dans un registre central. Le rhumatologue traitant obtient dans un délai de 10 à 14 jours un rapport contenant toutes les données significatives ainsi que les courbes d'évolution de la maladie sous la forme d'un «rapport de feed-back». Ce rapport lui permet de soumettre la thérapie pratiquée jusque-là à un examen critique et de procéder à d'éventuels changements de celle-ci.

La Figure 2 montre un exemple d'un rapport des données résumées issu du registre central. Tous les centres hospitaliers importants, les services de rhumatologie et les cliniques rhumatologiques les plus importants et un grand nombre de rhumatologues praticiens participent à ce SCQM. Etant donnés les médicaments

nouvellement introduits, qui, parallèlement à des améliorations thérapeutiques, entraînent également des coûts nettement plus élevés, le SCQM a été implémenté juste à temps. En conséquence, la prise en charge des coûts de la thérapie avec Etanercept (Enbrel®) et Infliximab (Remicade®) a été associée à juste titre à la condition préalable d'une participation au SCQM.

**Figure 2.**  
Synthèse des retours d'information du registre central.



## Quintessence

- De nouveaux critères diagnostiques et de nouvelles technologies d'imagerie médicale permettent une détection précoce et un meilleur monitoring de l'arthrite rhumatoïde et par là une thérapie de base commencée en temps voulu et correctement dosée.
- Le Swiss Clinical Quality Management dans l'arthrite rhumatoïde permet une analyse longitudinale de la maladie et des examens cliniques et épidémiologiques.

## Références

- Gordon DA, Hastings DE. Clinical Features of Early, Progressive and Late Disease. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. Rheumatology. 2nd ed. London: Mosby; 1998. p. 5.3.1-14.
- Van der Heijde DMFM. Radiographic Imaging: The 'Gold Standard' for Assessment of Disease Progression in Rheumatoid Arthritis. Rheumatology 2000;39(Suppl 1):9-16.
- Villiger PM, Brühlmann P. Rheumatoïde Arthritis. In: Alexander K, et al., Herausgeber. Thiemes Innere Medizin. Stuttgart: Thieme Verlag; 1999. p. 1622-31.
- Visser H, et al. How to Diagnose

Rheumatoid Arthritis Early: The Development of Diagnostic Criteria. Abstract on Disk. EULARthritis rhumatoïde 2000, 21-24 June.