

Le Rhumatologue

APSS : LA CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE SOUS LA LOUPE

AUTEURS

Gaëlle Chédeville, M.D.

CUSM – Hôpital de Montréal pour enfants

Frédéric Massicotte, ph.D., M.D., FRCPC

CHUM

Frédéric Morin, M.D.

CIUSSS de la Maurice et du Centre-du-Québec

Angèle Turcotte, M.D., FRCP

Centre de l'ostéoporose et de rhumatologie de Québec

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- 1 | Expliquer le formulaire APSS pour une référence en rhumatologie;
- 2 | Donner de l'information pratique qui aidera à évaluer un patient atteint d'une pathologie rhumatismale;
- 3 | Favoriser la référence efficace en rhumatologie.

Centre et services sociaux Québec

CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE ADULTE

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser le remplissage du formulaire (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Raison de consultation

Arthropathie inflammatoire (excluant arthrose)

Échelle de priorité clinique : A : < 3 jrs B : 3-10 jrs C : < 28 jrs D : < 3 mois E : > 12 mois

Spontylite(s) aiguë(s) : Ankylosante ou oligoarthrite standard du genre appariée Goutte localisée multiple Arthrite avec suspicion de polyarthrite au hystéroscopie

Spontylite(s) chronique(s) : Facteur rhumatoïde ou anti-CCP ou autres auto-anticorps ou CRP augmentés Présence Absence

Spontylite inflammatoire : Antécédent d'événement de polyarthrite ou de polyarthrite interstitielle récente ou d'une réaction à l'usage d'un médicament

Autre (Utiliser cette section pour mentionner une priorité ou pour toute autre raison de consultation et justifier) :

Renseignements cliniques pertinents

Reins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service

Signature

Medecin de famille :

Reference nominative (si requis) :

CONSULTATION EN RHUMATOLOGIE ADULTE DOSSIER DE L'USAGER

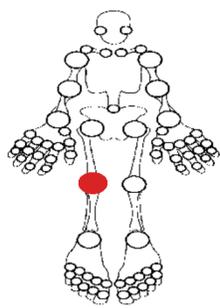
L'arrivée de l'APSS au Québec amène un nouveau mode de communication pour la référence d'un patient vers la médecine spécialisée. Les pathologies musculosquelettiques sont le quotidien du médecin de famille et certains cas, à des fins diagnostiques et/ou thérapeutiques, doivent être dirigés vers la rhumatologie, spécialité des pathologies inflammatoires articulaires et systémiques. Nous croyons qu'une explication détaillée du formulaire de consultation en rhumatologie favorisera une utilisation optimale de celui-ci et, à terme, une référence efficace des patients.

Bonne lecture !

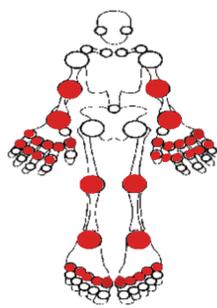
Le 911 de la rhumatologie - Appelez-nous!

Bien qu'inscrites au verso de la feuille de référence, certaines situations cliniques ne peuvent pas attendre. Pour toutes ces situations, le rhumatologue de garde de votre région peut être rejoint en tout temps en vue d'une évaluation diligente. Les éléments du tableau ci-joint, non exhaustifs, représentent les situations cliniques auxquelles nous répondrons sans délai. (Tableau 1)

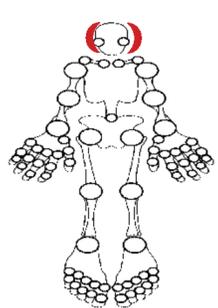
Tableau 1 Le 911 de la rhumatologie



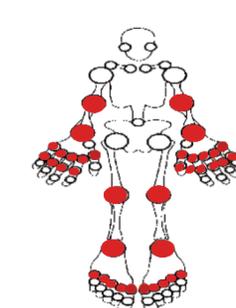
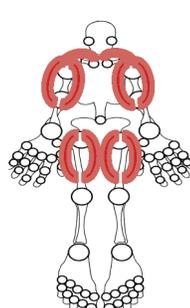
Arthrite septique suspectée



Arthrite + fièvre



Artérite temporelle ± PMR
 ? Céphalée
 Amaurose / diplopie
 Douleur cuir chevelu
 Claudication mâchoires

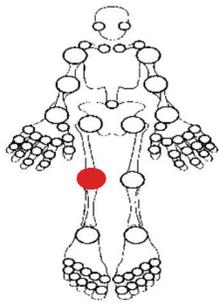
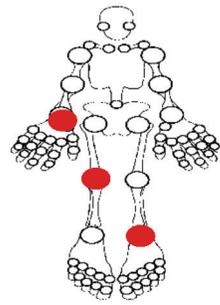
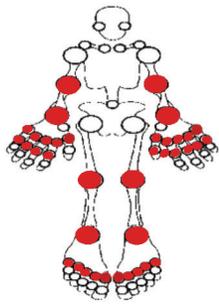


Vasculite ou collagénose
 ? État général
 Purpura palpable
 Atteinte pulmonaire
 Atteinte rénale
 Atteinte neurologique

Arthropathies inflammatoires

Les arthropathies inflammatoires sont au cœur du travail du rhumatologue. L'approche diagnostique est différente selon la durée d'évolution et le nombre d'articulations atteintes.

Tableau 2 Approche des arthropathies inflammatoires

SYNOVITES			
			→ + Atteinte axiale
MONO	OLIGO < 5	POLY	
Infection* ⁹¹¹ Métabolique - Goutte - Pseudogoutte - Hydroxyapatite Inflammatoire début	Inflammatoire - Ar. réactive - Ar. psoriasique - PAR débutante	Ar. virale < 6 sem PAR Ar. psoriasique PMR Collagénoses* ⁹¹¹ Vasculites* ⁹¹¹	Spondylite ankylosante Ar. psoriasique Ar. réactive (ITSS) Ar. associée MII ? Uvéite
Prérequis FSC CRP Créatinine Acide urique Radiographie	Prérequis FSC CRP Créatinine ALT Facteur rhumatoïde Anti-CCP Radiographie	Prérequis FSC CRP Créatinine HLA B 27 Radiographie S-I	

Synovite aiguë évoluant depuis moins de 6 semaines

En cas de synovite(s) évoluant depuis moins de 6 semaines, le diagnostic différentiel sera orienté par le nombre d'articulations atteintes. (Tableau 2)

Pour une **monoarthrite**, il faut considérer immédiatement la possibilité d'une arthrite septique^{*911} qui est une urgence. S'il n'y a pas de suspicion d'arthrite septique, il faudra penser aux arthrites cristallines telles que la goutte, la pseudo-goutte ou l'arthrite liée à l'hydroxyapatite. Il pourrait également s'agir d'une arthrite inflammatoire débutante.

Le bilan nécessaire avant toute évaluation en rhumatologie doit comporter une formule sanguine complète, CRP, créatinine, dosage de l'uricémie et radiographies des articulations atteintes.

En cas **d'oligoarthrite ou d'une polyarthrite**, le diagnostic différentiel s'oriente vers les arthropathies inflammatoires telles que l'arthrite réactive, l'arthrite psoriasique ou la polyarthrite rhumatoïde débutante. Une arthrite d'origine virale peut aussi présenter un tableau oligo ou polyarticulaire aigu.

Pour ces situations, le bilan doit comporter une formule sanguine complète, CRP, créatinine et ALT. Les dosages du facteur rhumatoïde et de l'anti-CCP seront ajoutés en cas de suspicion de polyarthrite rhumatoïde débutante. Les radiographies des articulations atteintes pourront être demandées en fonction du contexte clinique. De même, d'autres tests peuvent être ajoutés selon le contexte clinique.

Synovite chronique évoluant depuis plus de 6 semaines

Les présentations cliniques **d'oligoarthrite ou polyarthrite chronique** peuvent conduire à un éventail diagnostique plus élargi. (Tableau 2) De fait, il pourrait s'agir, entre autres, d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une arthrite psoriasique, d'une polymyalgia rheumatica, de collagénoses ou vasculites.

Le bilan préalable comporte une formule sanguine complète, CRP, créatinine, ALT, facteur rhumatoïde et anti-CCP, ainsi que des radiographies des articulations atteintes.

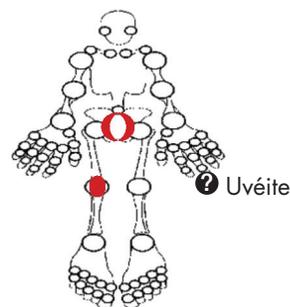
La présence du facteur rhumatoïde et/ou de l'anti-CCP pointera vers le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde et justifiera une évaluation plus rapide en rhumatologie afin de débiter un traitement immunomodulateur, d'autant plus s'il y a présence d'érosions au bilan radiologique.

Spondylarthropathie inflammatoire

La lombalgie à caractère inflammatoire peut se présenter avec ou sans synovite périphérique. Il faut ainsi rechercher cliniquement les signes et symptômes de l'arthrite psoriasique, l'arthrite réactive liée aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ou l'arthrite liée à une maladie inflammatoire intestinale (MII). Au questionnaire, il est aussi important de valider si des signes en faveur d'une uvéite ont été ou sont présents.

Tableau 3 Lombalgie inflammatoire

- Âge au début < 45 ans
- Durée de plus de 3 mois
- Raideur matinale > 1 h
- Amélioration par AINS ou activité



Spondylite ankylosante
 Ar. psoriasique
 Ar. réactive (ITSS)
 Ar. associée MII

Le bilan prérequis comporte une formule sanguine complète, CRP, créatinine, la recherche du gène HLA B27 et une radiographie des sacro-iliaques. (Tableaux 2 et 3)

Les énigmatiques collagénoses et vasculites

La médecine de 1^{re} ligne est au front du dépistage de maladies inflammatoires complexes. Votre flair face à des pathologies touchant souvent plusieurs organes est requis. Le rhumatologue, par son expertise et son approche systémique, peut vous aider à tout mettre au clair rapidement.

Polymyalgia rheumatica de novo/rechute sans symptômes d'artérite temporale

La polymyalgia rheumatica, accompagnant parfois l'artérite temporale^{*911}, est caractérisée par une atteinte inflammatoire des ceintures scapulaires et pelviennes, associée à des paramètres inflammatoires élevés chez les patients de plus de 50 ans. (Tableau 4)

Vasculite autre que l'artérite temporale sans atteinte sévère d'organe

Les vasculites systémiques sont une urgence rhumatologique^{*911} s'il y a atteinte d'un ou plusieurs organes vitaux. N'hésitez pas à communiquer avec le rhumatologue de garde dans ces situations. Les présentations cliniques moins sévères doivent aussi être évaluées compte tenu de l'évolution potentielle et du traitement de ces conditions, mais sans le même degré d'urgence. (Tableau 4)

Tableau 4 Approche des atteintes inflammatoires systémiques

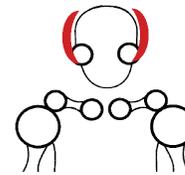
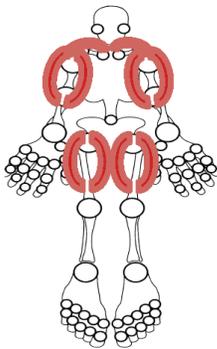
Polymyalgia rheumatica (PMR)

- Âge au début > 50 ans
- Douleurs des ceintures scapulaire et pelvienne
- Raideur matinale > 1 h
- Marqueur inflammatoire ↑ CRP ou VS

ET

🔍 Rechercher les signes et symptômes d'artérite temporale

- Céphalée nouvelle
- Trouble visuel / perte de vision ou diplopie
- Claudication des mâchoires
- Douleur au cuir chevelu
- Marqueur inflammatoire ↑ CRP ou VS



Phénomène de Raynaud avec FAN ≥ 1/160

Le phénomène de Raynaud est caractérisé par un changement de coloration principalement des doigts, mais aussi des orteils avec l'exposition au froid. Ces changements sont quelquefois biphasiques mais l'atteinte typique attendue est triphasique avec une couleur blanche, bleue, puis rouge. Le phénomène peut toucher un ou plusieurs doigts avec une ligne de démarcation souvent bien nette.

Le phénomène de Raynaud peut être le 1^{er} symptôme d'une collagénose, surtout en cas de positivité du FAN, et mérite donc une évaluation en rhumatologie afin de s'assurer de l'absence de maladie sous-jacente. Il est important de faire une revue complète des systèmes pour s'assurer de l'absence d'atteinte d'organe qui justifierait une évaluation plus rapide par le rhumatologue.

Collagénose sans atteinte sévère d'organe

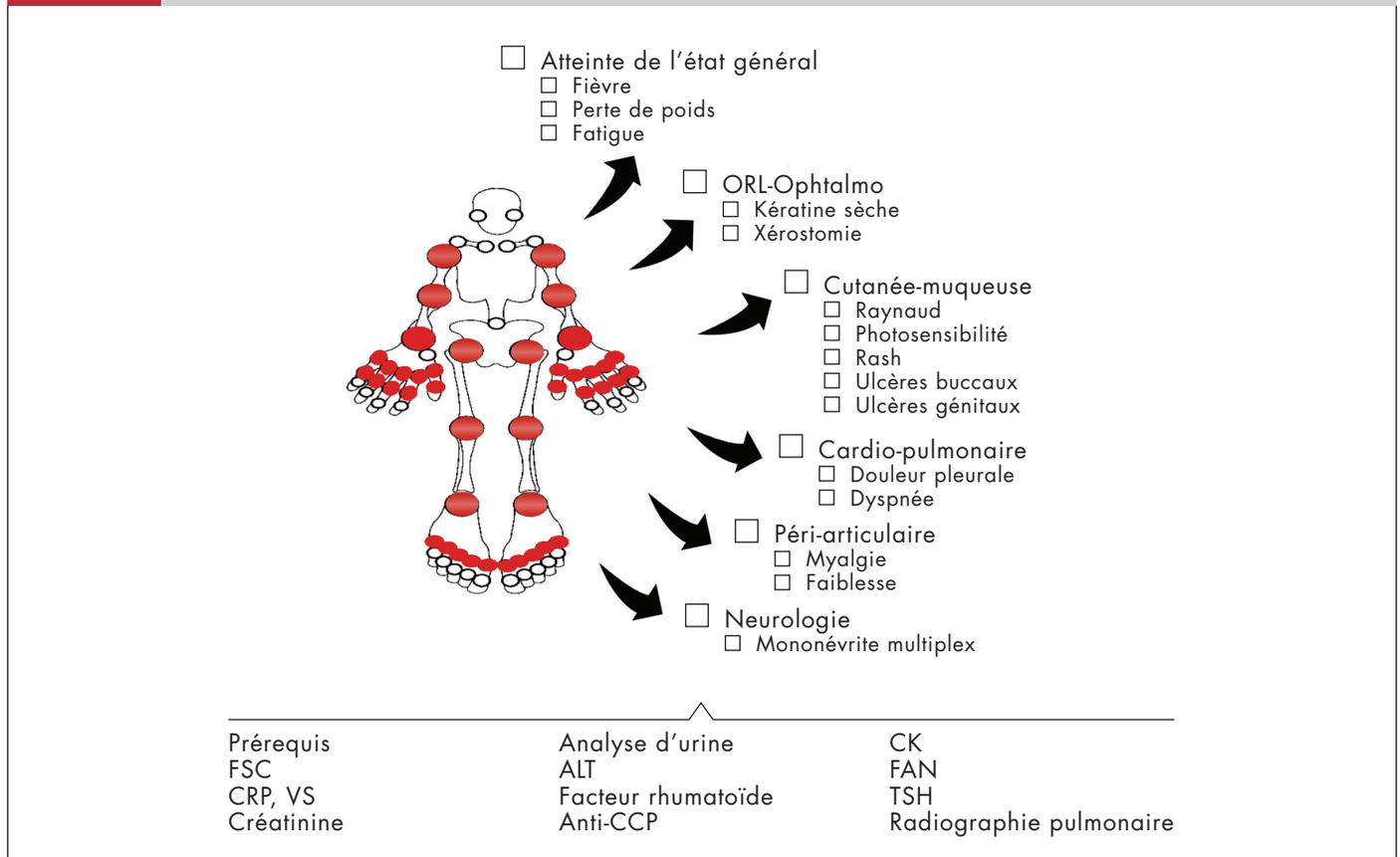
Le terme collagénose regroupe un ensemble de maladies autoimmunes caractérisées par une dysfonction du système immunitaire, une prédominance féminine et une association

au FAN. Ce sont des maladies multisystémiques qui peuvent se présenter sous différentes formes. L'arthrite peut en être une des présentations, mais il faut savoir rechercher d'autres atteintes d'organes par une revue des systèmes détaillée. (Tableau 5)

S'il y a une suspicion de collagénose, il est suggéré de demander une formule sanguine complète, CRP, créatinine, bilan hépatique, analyse d'urine et FAN. Si le FAN est positif (1/80 ou plus), d'autres anticorps spécifiques seront demandés en fonction des signes cliniques.

Les myopathies inflammatoires font partie des collagénoses. Elles sont le plus souvent caractérisées cliniquement par une faiblesse musculaire. Certaines auront une atteinte cutanée typique telle que la dermatomyosite, d'autres peuvent être induites par certains médicaments. Le bilan biologique est le même que celui d'une collagénose auquel s'ajoute le dosage des CK et de la TSH.

Tableau 5 Atteinte systémique – extra-articulaire



Maladie osseuse

Ostéoporose et maladie de Paget

L'ostéoporose est une maladie gérée par la médecine de 1^{re} ligne. Dans certaines situations comme un échec thérapeutique ou la suspicion d'une cause secondaire, l'expertise du rhumatologue est justifiée pour complément d'investigation ou ajustement thérapeutique. Le rhumatologue pourra procéder à la prise en charge du traitement pour la maladie de Paget. (Tableaux 6 et 7)

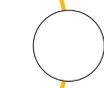
Tableau 6 Approche des maladies osseuses

Ostéoporose avec échec thérapeutique

- Nouvelle fracture de fragilité malgré traitement depuis ≥ 12 mois
- Diminution significative de la DMO malgré un traitement approprié

Prérequis
Créatinine
Calcium
Phosphore
Phosphatase alcaline
25(OH)D
DMO

Tableau 7 Maladie osseuse de Paget

	Phosphatase alcaline, GGT
	Radiographie
	Scintigraphie osseuse (activité et distribution de l'atteinte)

Autres

Fibromyalgie avec problématique diagnostique et non thérapeutique

Il fera plaisir au rhumatologue de vous accompagner dans le diagnostic de la fibromyalgie et d'exclure tout confondant. Notez toutefois que le patient doit avoir des douleurs depuis

plus de 3 mois, sans causes sous-jacentes. Par la suite, la prise en charge (gestion de la douleur, poids, sommeil, référence en psychothérapie et divers traitements pharmacologiques) sera laissée à la discrétion du médecin référent.

Arthrose invalidante non-axiale avec échec au traitement

L'arthrose étant une pathologie fréquente, le rhumatologue ne peut en faire la gestion systématique. Toutefois, il pourra donner son expertise pour les atteintes périphériques invalidantes ou les causes secondaires avec échec de traitement.

Rappelons aussi que la gestion de l'arthrose axiale, tant au niveau des douleurs chroniques que des infiltrations, doit plutôt être référée aux spécialistes réalisant des procédures thérapeutiques locales par imagerie ou aux cliniques de la douleur de la province.

Autre (section pour modifier une priorité ou pour tout autre raison de consultation et justifier)

Bien que l'intérêt principal du rhumatologue soit le diagnostic et le traitement des pathologies inflammatoires et systémiques, il peut vous apporter une aide précieuse dans le diagnostic et le traitement de conditions diverses. Par exemple, le rhumatologue de votre région peut offrir de façon ponctuelle, un service d'infiltrations de la plupart des articulations périphériques et d'autres conditions abarticulaires. De plus, devant le manque de service criant d'infiltrations musculosquelettiques, un service d'infiltrations écho-guidées en rhumatologie est en cours de développement dans plusieurs régions du Québec. Informez-vous auprès de votre rhumatologue !

CONCLUSION

La rhumatologie est en plein essor au Québec avec une croissance significative des effectifs au cours des dernières années. De nouvelles connaissances et modalités thérapeutiques foisonnent à un rythme soutenu. Le succès du traitement des maladies inflammatoires chroniques repose sur la force de l'équipe autour du patient et de sa condition. Les rhumatologues du Québec misent sur cette alliance avec les médecins de famille. Nous espérons que le processus de l'APSS sera, à terme, un moteur efficace de communication pour les médecins de famille et ce, au bénéfice des patients atteints de maladies rhumatismales.



Réalisé grâce à une subvention
inconditionnelle à visée éducative de :

PLATINE

Abbvie
Pfizer
Sanofi-Genzyme

OR

Amgen
Bristol Myers Squibb
Eli Lilly
Hoffmann LaRoche
Janssen
Merck
Novartis
Sandoz
UCB

ARGENT

Celgene
Medexus

Pour information complémentaire, voir le feuillet
Le Rhumatologue no 5 - La consultation en rhumatologie :
quand et comment ?

Disponible dans notre site internet :
www.rhumatologie.org



AMRQ

3000-2, Complexe Desjardins
C.P. 216, succ. Desjardins
Montréal QC H5B 1G8

Tél. : 514 350-5136
Télec. : 514 350-5029

amrq@fmsq.org
www.rhumatologie.org

CONSEIL GÉNÉRAL DE L'AMRQ

Dr Gaëlle Chédeville
Dr Isabelle Deschênes
Dr Nathalie Langlais
Dr Ariel R. Masetto
Dr Frédéric Massicotte
Dr Frédéric Morin
Dr Angèle Turcotte