

Rhumatismes inflammatoires :

du commun à ce qu'il ne faut pas manquer

Marwène GIRRA

Michael NISSEN

2023

Introduction : anamnèse – “douleur”

- **Où**
 - Articulation (intra/extra), tendon, ligament, muscle (« indiquer avec 1 doigt ») ?
 - Mono/oligo/poly-articulaire, symétrique ou pas ?
 - Localisé / diffuse (irradiations) ?
- **Comment et quand**
 - Début quand ? Début rapide / progressif ?
 - Durée, «crises», chronique, récidivant ?
 - Facteurs +/- (repos, charge, activité – laquelle, traitements) ?
 - Mécanique vs. inflam ?
 - Sévérité (EVA), impact – fonctionnel, travail, sport, AVQ ?
- **Traitements**
 - Oral (avec/sans ordonnance), patches, crèmes, injections (IM, IA) – effet / durée / E2 ?
- **ATCD perso et fam**

Introduction : anamnèse – “connectivite”

- Arthralgies / arthrites
- Atteinte musculaire (douleur / faiblesse)
- Atteinte cutanée
- Aphtes (buccale, bipolaire)
- Alopécie (diffuse / localisée)
- Raynaud's
- Syndrome sec (bouche, yeux, peau, génital)
- MTE – maladie thrombo-embolique (quel contexte)
- Fausses couches (combien, âge, nombre de semaines)
- Anamnèse familiale d'une maladie AI
 - Lupus, PR, sclérodermie, vitiligo, diabète T1, thyroïdite, SEP, etc.

Ordre général de l'examen OA – « IPAT »

- **Inspection** (bilatérale) – marche, se déshabiller, etc.
- **Palpation** (douleur, tuméfaction, atrophie, chaleur, crépitation)
- **Examen fonctionnel** :
 - **Amplitude** :
 - Active (comparaison au côté sain)
 - Passive (uniquement si limitée en actif)
 - **Testing** :
 - Force (groupe musculaire)
 - Tests spécifiques (structure (tendon, ménisque,..) ou phénomène pathologique (laxité, instabilité...))

Exception : pas d'actif lors de l'examen de la hanche (+/- genou)

Introduction : mécanique vs. inflammatoire

Infections	Rhumatisme inflammatoire/Connectivites /Autres Ex: PR, SpA, lupus, sclérodermie, myopathie inflammatoire, PMR	
Microcristallin Ex: goutte CCA, apatite	Tumeur/ Paranéoplasie	Vasculite Ex: Horton, Wegener

Arthrose	Traumatisme Ex: fracture
Pathologie abarticulaire Ex: épicondylite sportif	
Ostéonécrose	
Algodystrophie	

Inflammatoire

Pire en début de journée
Souvent "soulagé" par l'activité
Douleur nocturne "spontanée"
Raideur matinale souvent >30 à 60 mins

Mécanique

Pire après l'activité et en fin de journée
Douleur nocturne possible avec mouvement
Pas (ou peu) de raideur matinale

Introduction : âge et atteinte (mono-, oligo-, poly-articulaire)

	Mono-	Oligo-	Poly-articulaire	
âge croissant ↓	Arthrite juvénile		**	
	SpA	*	**	*
	Vascularites [†]	*	*	*
	Lupus [†]		*	**
	PR [†]		*	**
	Arthrites septiques [†]	***	*	*
	Goutte	***	**	*
	Arthrose	**	**	**
	CPPD	***	**	*
	PMR / AGC		**	*
	Fractures ostéoporotiques			
	Paranéoplasie		*	*

† Tous les âges

Douleurs mécaniques des mains



- Femme de 65 ans
- Douleurs mécaniques des mains
- Sa mère avec des «rhumatismes»
- Augmentation depuis 10 ans
- 5 mins raideur matinale

Diagnostic ?

→ Arthrose des doigts

Douleurs des IPD – étiologie ?



- Arthrose des doigts
- Arthrite psoriasique
- Goutte
- Lupus
- ~~Polyarthrite rhumatoïde~~

Diagnostic ?

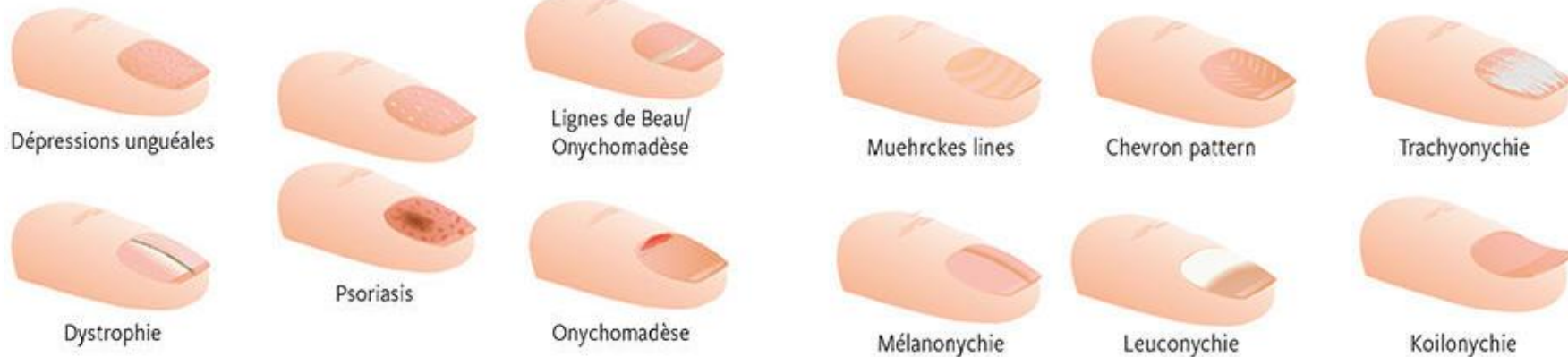
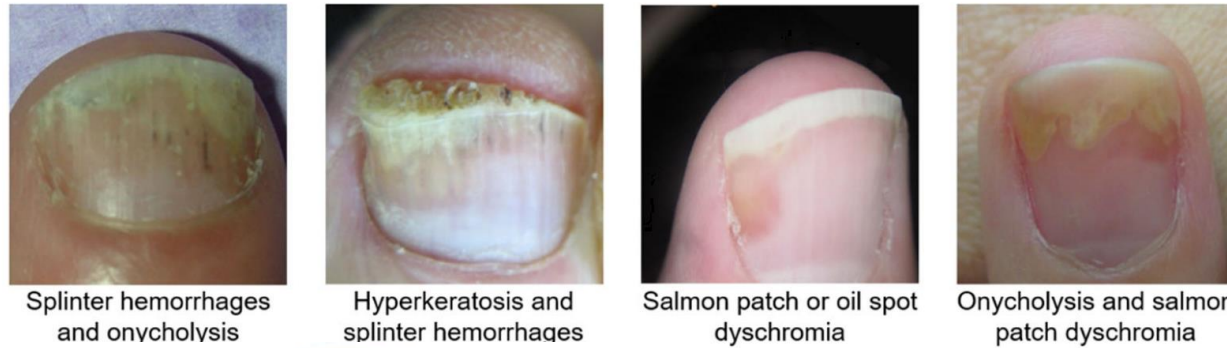
→ Arthrite psoriasique

Les ongles du psoriasis

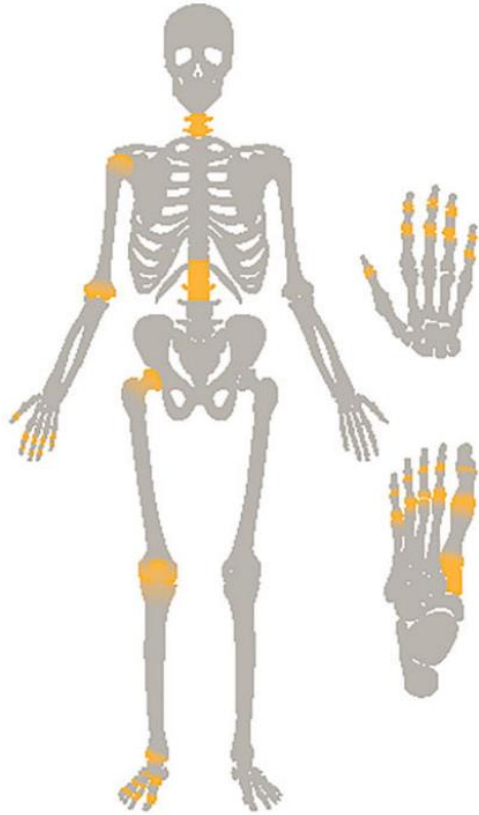
A Nail matrix psoriasis



B Nail bed psoriasis



Osteoarthritis



Asymmetric
peripheral
disease
Distal and
proximal
involvement
DIP joints
Synovitis

Stiffness with activity
Sclerosis
Bone spurs
Joint space narrowing

Psoriatic Arthritis



Psoriasis
Nail dystrophy
Sacroiliitis
Ankylosis
Dactylitis
Enthesitis

Rheumatoid Arthritis



Synovitis
Morning
stiffness and/or
immobility
PIP joints

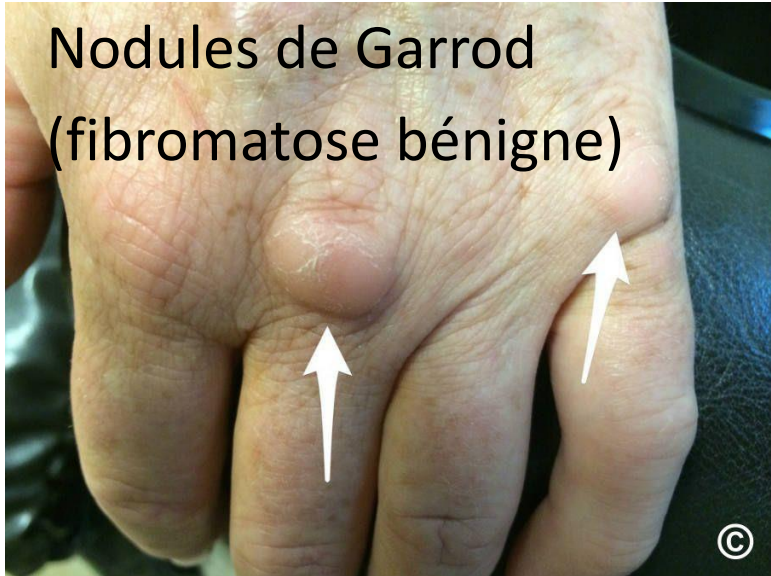
Symmetric peripheral disease
Bone erosion
Proximal involvement
Destructive bone lesions

Dactylite - DDX

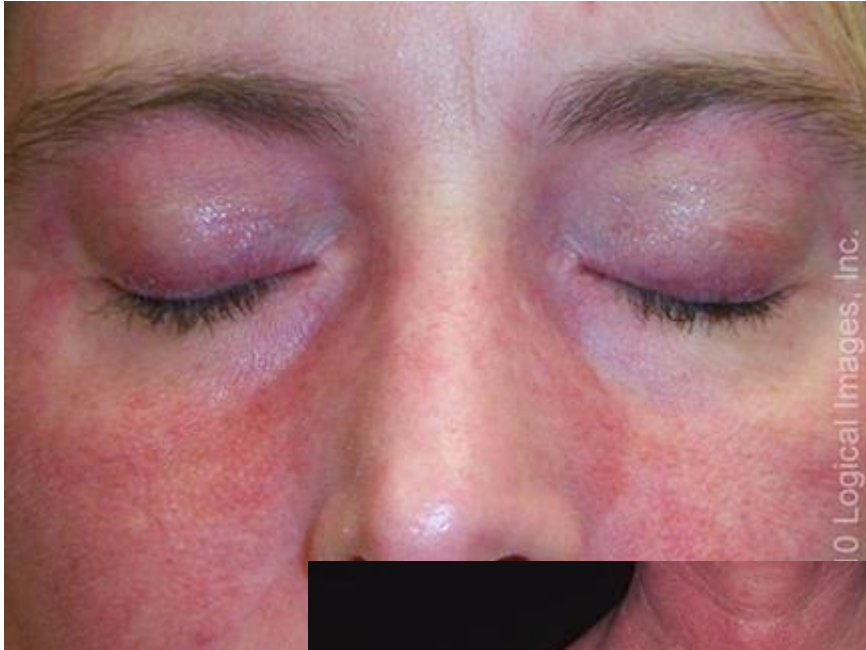
- SpA – surtout PsA (PR rare !)
- Infection
- Goutte / CPPD
- Drépanocytose
- Tuberculose (rare)
- Sarcoidose (rare)
- Lèpre, syphilis (rares)



Nodules des mains

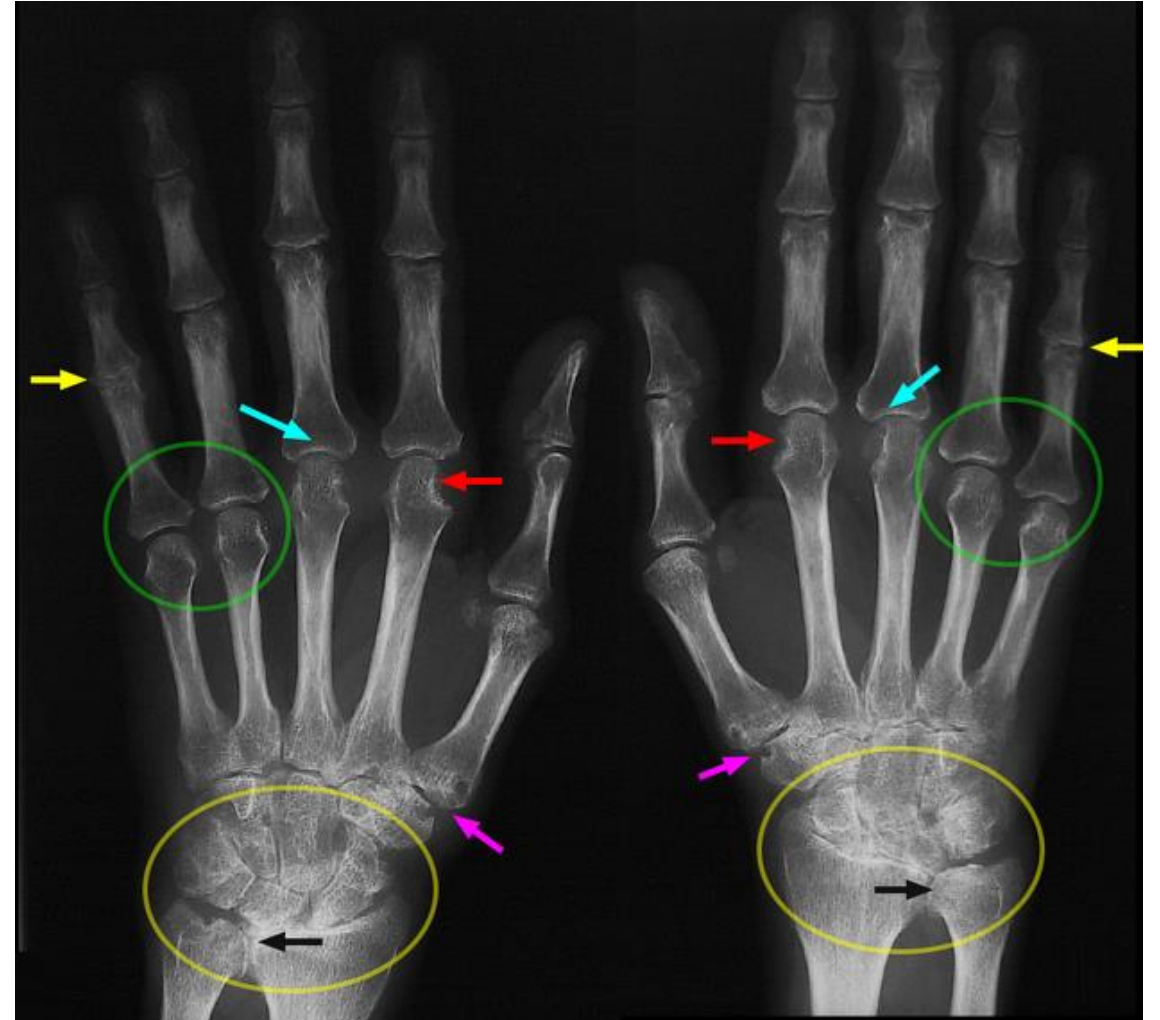


Dermatomyosite – signes cutanés

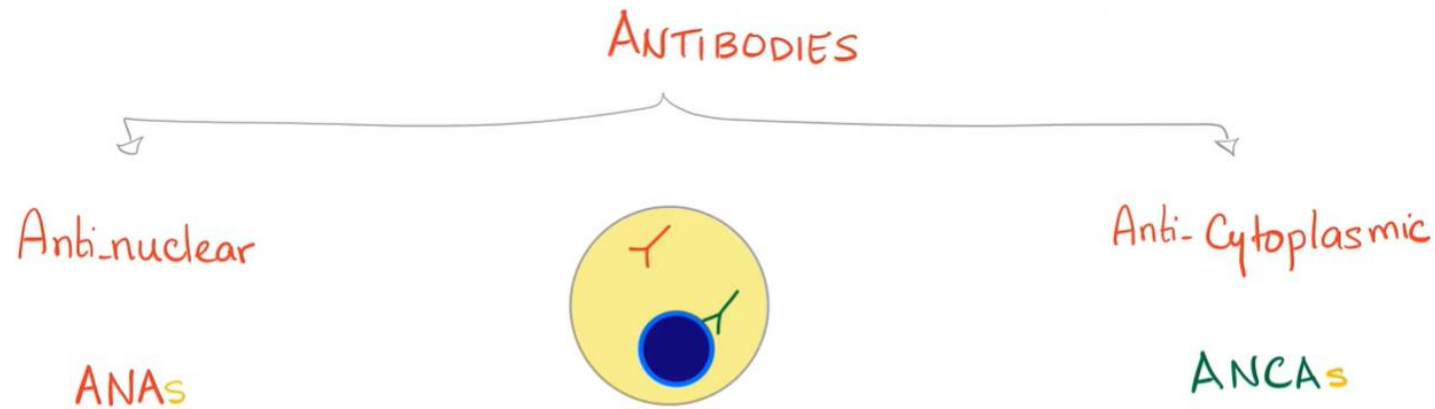


Bilan devant une suspicion de PR :

- VS, CRP
- Créatinine, bilan hépatique
- Sérologie – HBV, HCV, VIH
- FR (IgA et IgG)
- Anti-CCP (ACPA)
- ANA (pas d'ANCA !)
- Radio mains/pieds (face) ddc
- Radio du thorax
- +/- Echographie



FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA ???

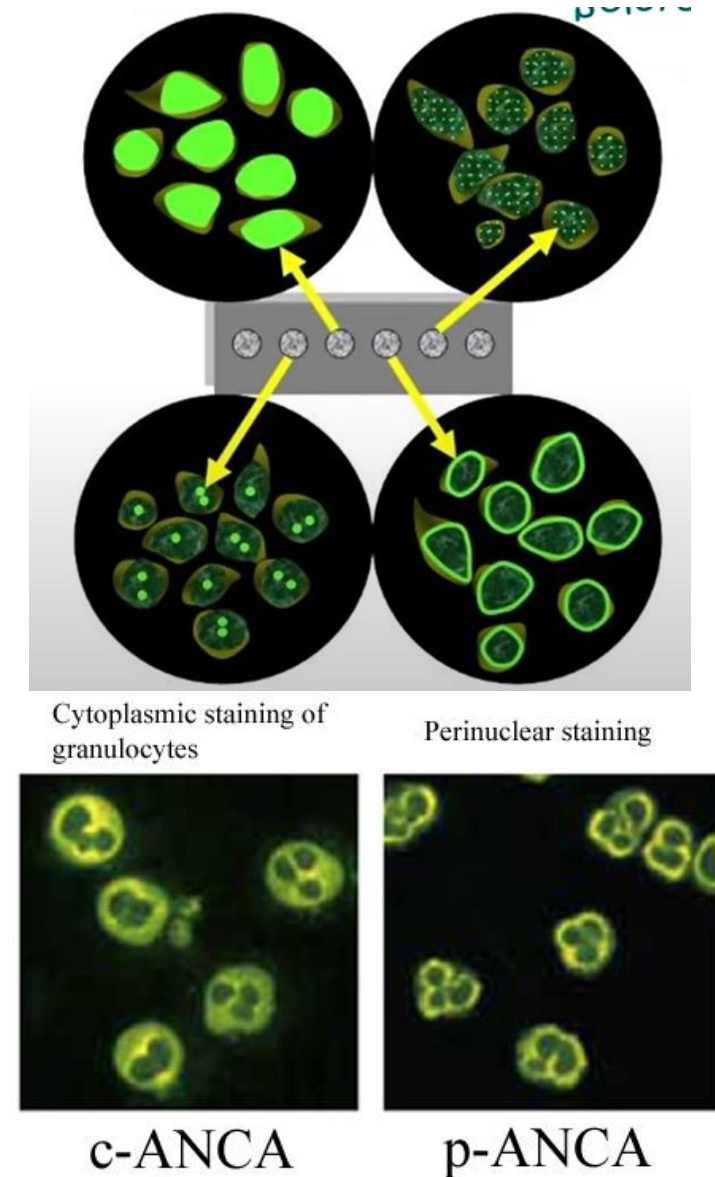


FAN (facteurs anti-nucléaires)

→ AAN/ANA (Anticorps antinucléaires / anti-nuclear antibody)

ENA / anti-nucléoprotéines

ANCA (anti-neutrophil cytoplasmic antibody)



FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

AAN dans la population normale ?

Titre	1/10-1/40	1/80-1/160	≥1/320
% de positivité	32%	13%	3%

FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

Auto-anticorps et vieillissement

Pourcentage de positivité en fonction de l'âge

Age	< 59	60-69	70-79	80-89	> 90
ANA	3 %	10 %	12 %	12 %	20 %
FR	1 %	3 %	5 %	10 %	23 %

FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

Maladies pouvant être associée à une positivité des ANA

■ Immuno-inflammatoires

- ◆ LED
- ◆ MCTD
- ◆ PR
- ◆ Sclérodémie
- ◆ Poly-dermatomyosite
- ◆ Sjögren
- ◆ Vasculites

■ Hépatiques

- ◆ Hépatite chronique active
- ◆ CPB
- ◆ Hépatite alcoolique

■ Pulmonaires

- ◆ Bronchite chronique
- ◆ Fibrose idiopathique
- ◆ Tuberculose

■ Lympho-prolifératives et autres néoplasies

■ Infectieuses

- ◆ Viroses (MNI, ..)
- ◆ Infections bactériennes chron.

■ Hématologiques

- ◆ Anémie hémolytique
- ◆ Purpura thrombopénique
- ◆ Syn. anti-PL

■ Endocriniennes

- ◆ Thyroïdite AI
- ◆ Diabète AI

■ Divers

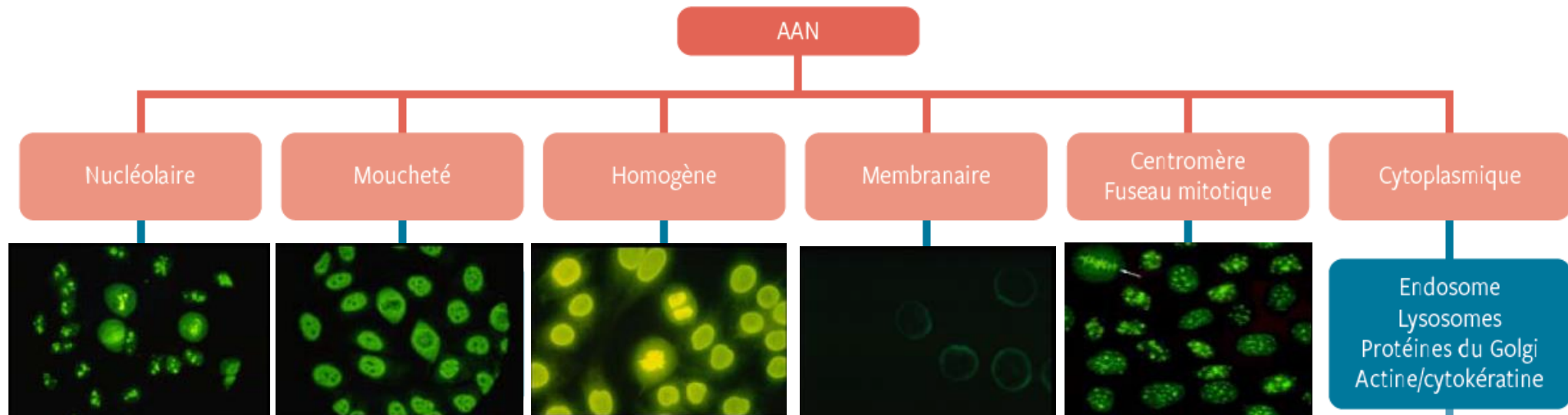
- ◆ Réaction médicam.
- ◆ Phlébite récurrente
- ◆ GN chronique
- ◆ SEP
- ◆ Transplantation
- ◆ Age
- ◆ Histoire familiale

FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

FIG 1

Pattern d'anticorps antinucléaires, aspect microscopique et diagnostic de suspicion

AAN: anticorps antinucléaires; AI: auto-immune; ARN-Pol-I (III): ARN polymérase de type 1 (3); CENP A/B: Centromere-Associated Proteins; LES: lupus érythémateux systémique; MCTD: Mixed Connective Tissue Disease; NUMA: Nuclear Mitotic Apparatus Protein; PAR: polyarthrite rhumatoïde; PM-Scl: polymyosite-sclérodémie; Sm: Smith; SSA: Sjögren Syndrom A; SSB: Sjögren Syndrom B; UI-RNP: Uracile 1-ribonucleoprotein.³

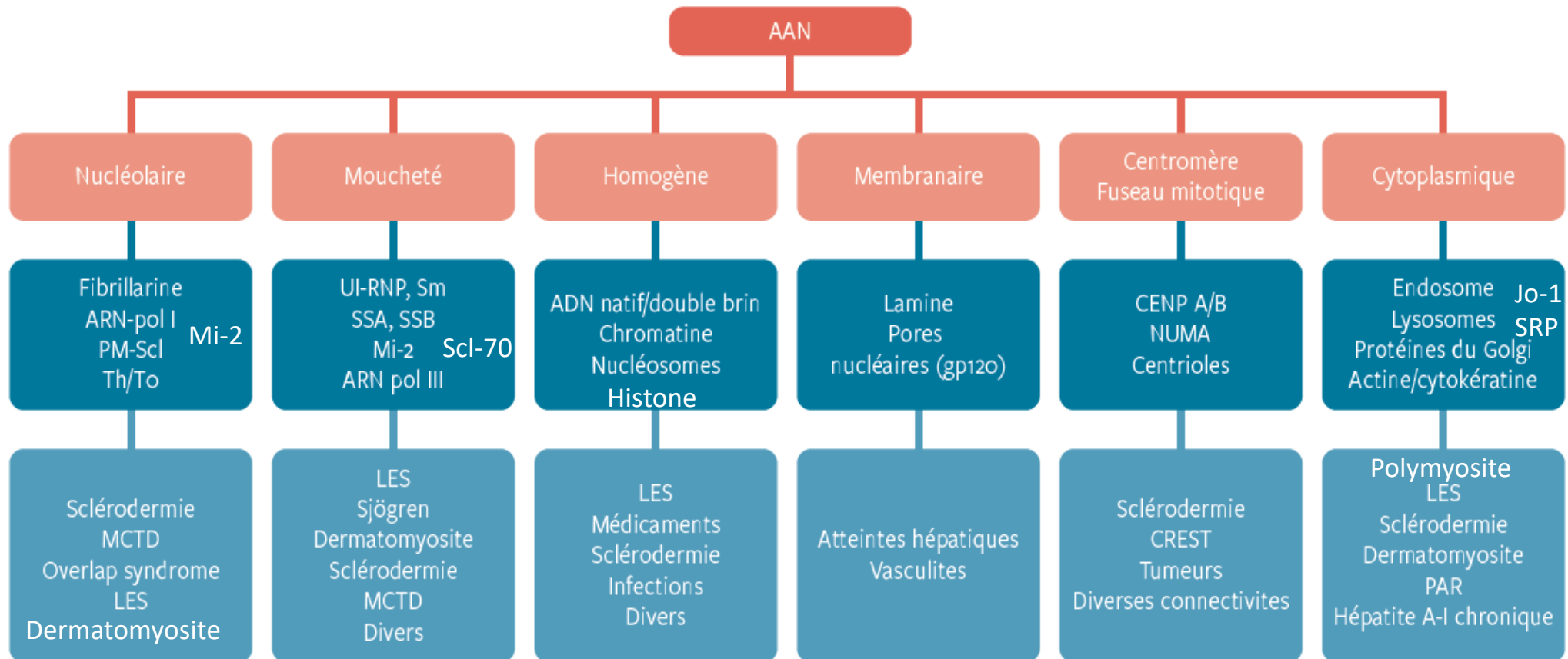


FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

FIG 1

Pattern d'anticorps antinucléaires, aspect microscopique et diagnostic de suspicion

AAN: anticorps antinucléaires; AI: auto-immune; ARN-Pol-I (III): ARN polymérase de type 1 (3); CENP A/B: Centromere-Associated Proteins; LES: lupus érythémateux systémique; MCTD: Mixed Connective Tissue Disease; NUMA: Nuclear Mitotic Apparatus Protein; PAR: polyarthrite rhumatoïde; PM-Scl: polymyosite-sclérodémie; Sm: Smith; SSA: Sjögren Syndrom A; SSB: Sjögren Syndrom B; UI-RNP: Uracile 1-ribonucleoprotein.³

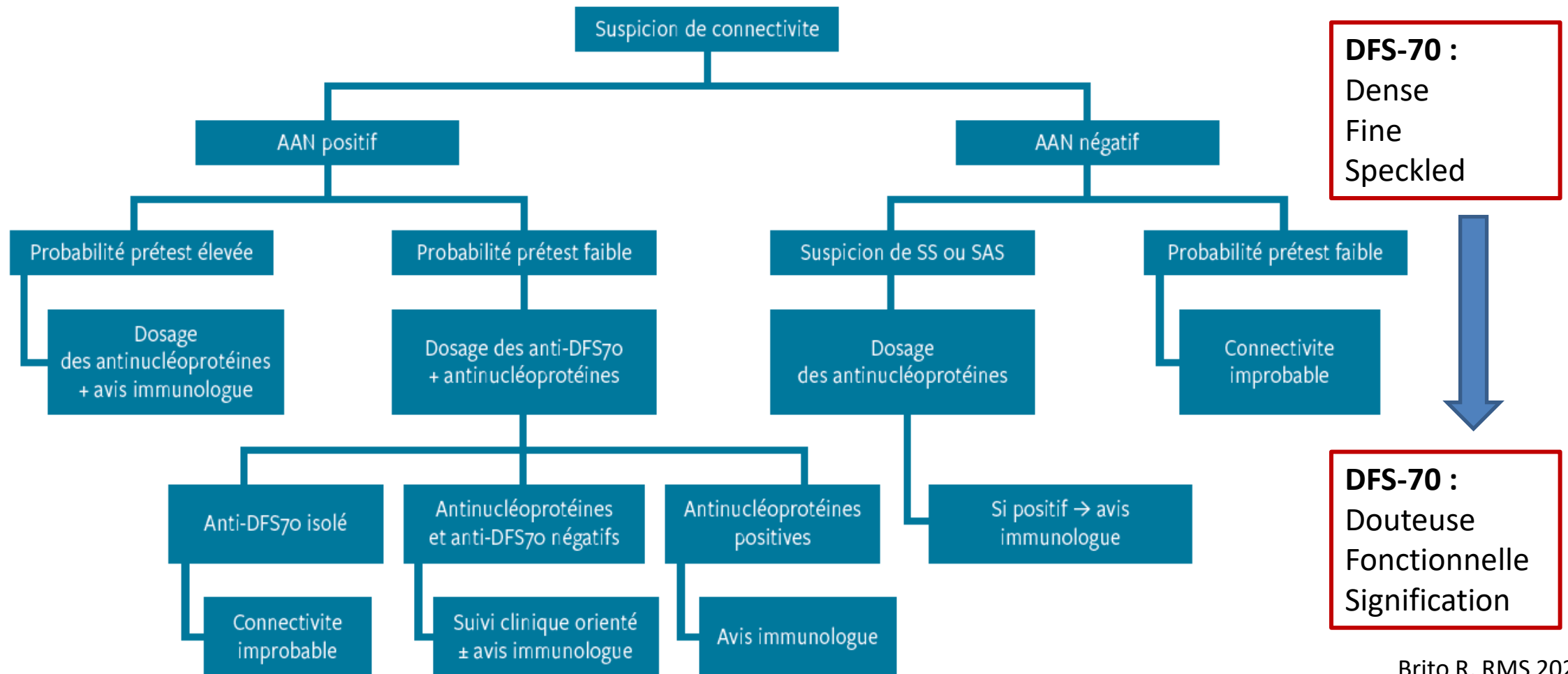


FAN, AAN, ANA, anti-nucléoprotéines et ANCA

FIG 3

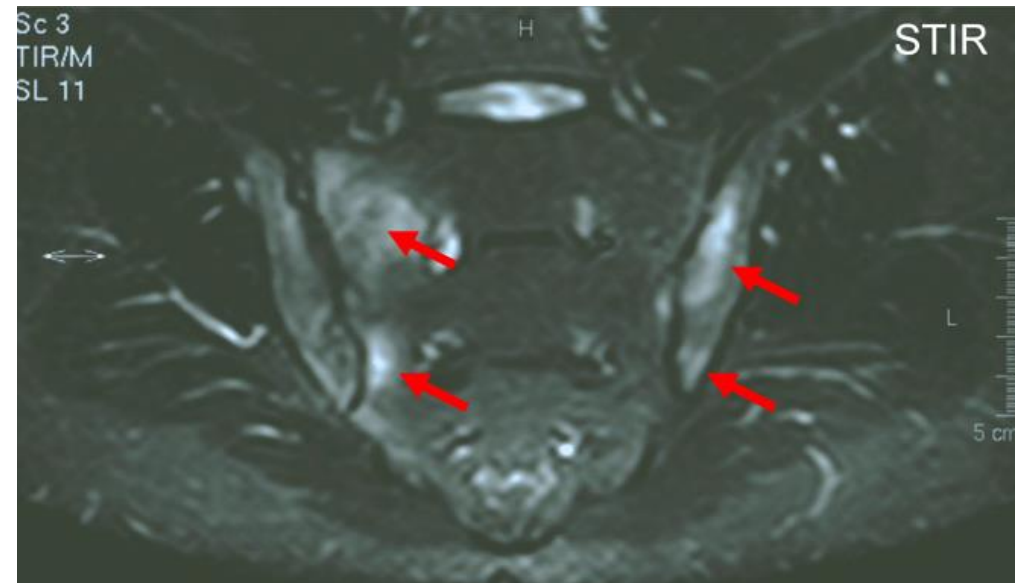
Algorithme de la démarche diagnostique

AAN: anticorps antinucléaires; DFS70: Dense Fine Speckled 70 kD; SAS: syndrome anti-synthétase; SS: Syndrome de Sjögren.



Bilan devant une suspicion de SpA axiale :

- VS, CRP
- Créatinine, bilan hépatique
- Sérologie – HBV, HCV, VIH
- HLA-B27
- Radio du bassin (face)
- Radio du rachis (lomb et cerv)
- IRM sacro-iliaques





Diagnostic ?

→ Arthropathie de Jaccoud

Etiologie :

- Lupus
- RAA
- PsA et MICI
- Maladie de Parkinson
- Néoplasie

Lupus – signes cutanées



Signe de...?



RAYNAUD SYNDROME



1. The skin turns white color as blood flow is restricted

2. The skin turns blue as blood vessels react

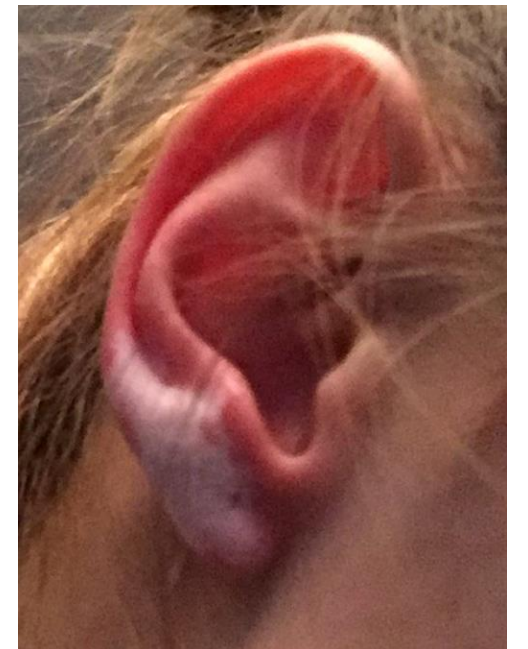
3. The skin turns red as blood flow returns

Phénomène de Raynaud



Etiologie :

- Primaire (début <25ans)
- Secondaire:
 - Sclérodermie / CREST
 - Lupus
 - PR
 - Syndrome de Sjögren
 - Polymyosite
 - Vibration



Oreille rouge...

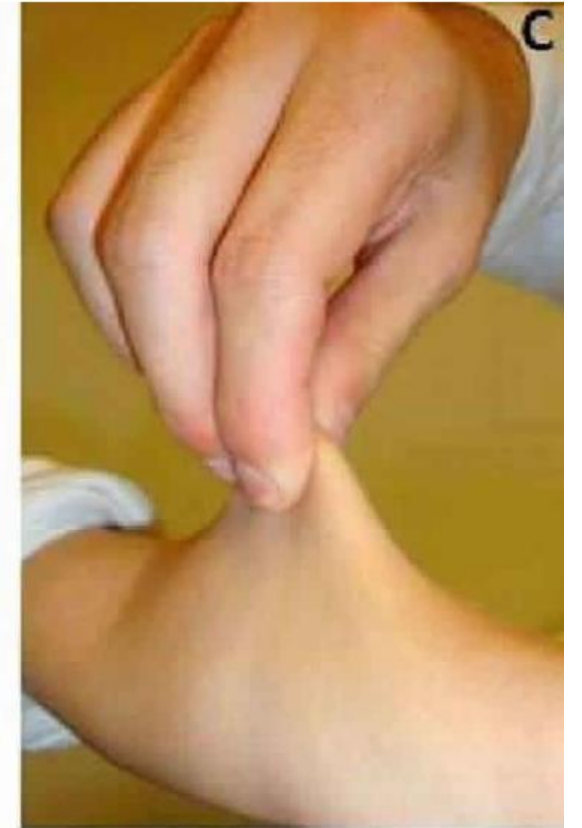
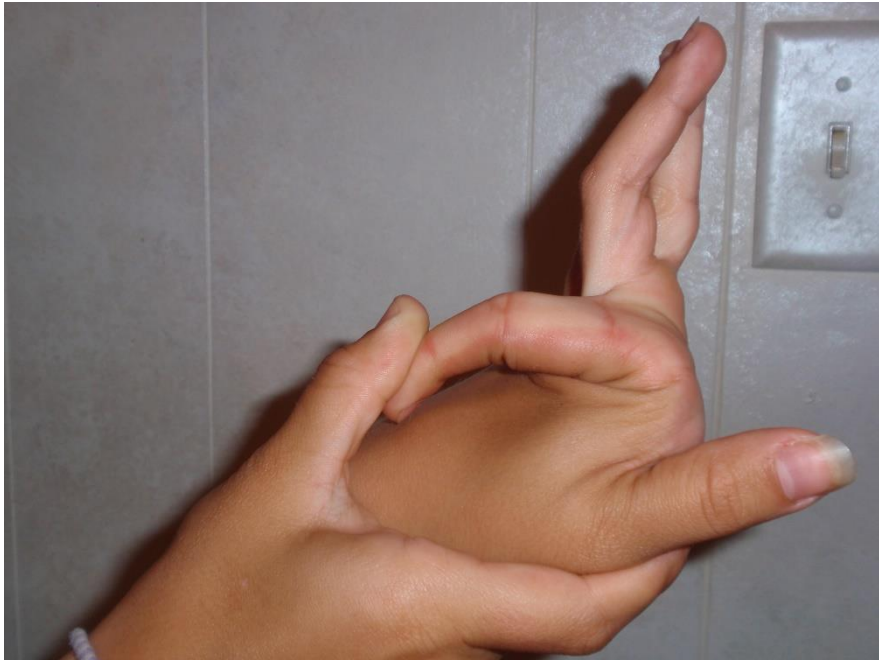


Polychondrite (récidivante/atrophiante):

- Inflammation récidivante des cartilages (nez, oreilles, larynx, trachée)
- Sclérite, épisclérite, uvéites
- Arthrites
- Valvulopathies

« Dr, je suis très souple ! »

*



Hyperlaxité / hypermobilité

≥5/9 = positif



The Ehlers Danlos Society

THE BEIGHTON SCORING SYSTEM

Measuring joint hypermobility

A. 5th FINGER / 'PINKIES'

Test **both sides**: Rest palm of the hand and forearm a **flat surface** with palm side down and fingers out straight.

Can the **fifth finger** be bent/lifted upwards at the knuckle to go back **beyond 90 degrees**?

If yes, add **one point** for each hand.



B. THUMBS

Test **both sides**: With the arm out straight, the palm facing down, and the wrist then fully bent downward, can the thumb be pushed back to touch the forearm?

If yes, add **one point** for each thumb.



C. ELBOWS

Test **both sides**: With arms outstretched and palms facing upwards, does the elbow extend (bend too far) upwards **more than an extra 10 degrees** beyond a normal outstretched position?

If yes, add **one point** for each side.



D. KNEES

Test **both sides**: While standing, with knees locked (bent backwards as far as possible), does the lower part of either leg extend **more than 10 degrees forward**?

If yes, add **one point** for each side.



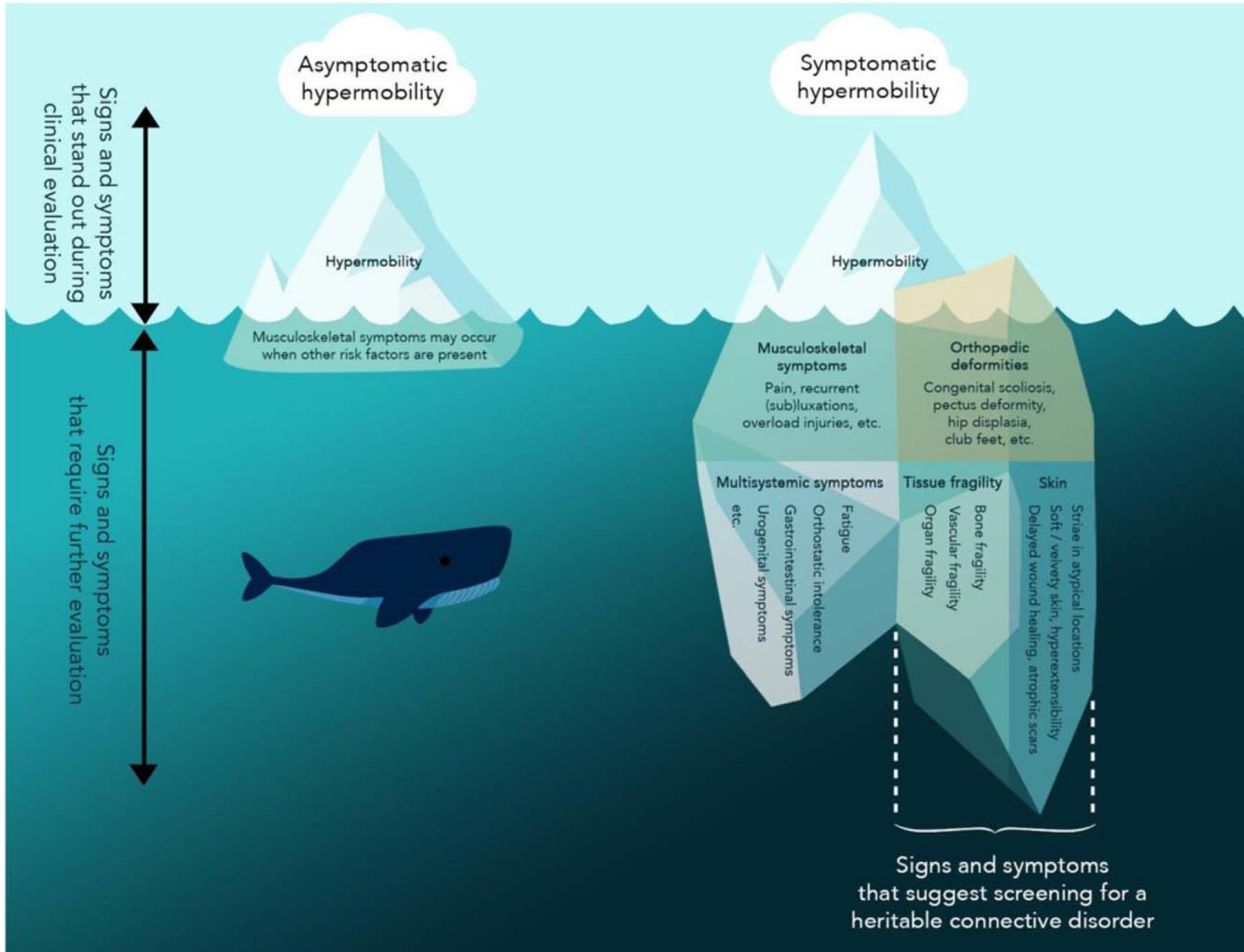
E. SPINE

Bend forward, can you place the palms of your hands **flat on the floor in front of your feet** without bending your knees?

If yes, add **one point**.



Hypermobilité



Hypermobilité

Term	Abbreviation	Description
Joint hypermobility	JHM	Joint hypermobility refers to the finding that a joint is more flexible (able to move through a wider range) than is normal among the general population. It may be applied to a single, several, or multiple joints. Joint hypermobility is of itself benign in the absence of symptoms such as ease of soft tissue injury, pain, ease of dislocation, or related findings. It is considered a heritable benign trait. Joint hypermobility is a principal sign in many hereditary disorders of connective tissue (HDCT).
Joint hypermobility syndrome	JHS	Prior to the 2017 International Criteria ^[1] , the term JHS was used to describe the findings of a person who met the Brighton Criteria for Joint Hypermobility Syndrome. The criteria included the presence of joint hypermobility, pain, spinal and peripheral joint injuries, skin signs, and other features of body habitus. Since 2017, these have been incorporated in the criteria for hypermobile Ehlers-Danlos syndrome (hEDS; refer to below).
Hypermobility spectrum disorder*	HSD	HSD is the term used to describe symptomatic joint hypermobility in the absence of any form of EDS or other HDCT. The joint involvement can be single, pauci and regional, or generalized. Like EDS, HSD can be associated with comorbidities such as autonomic dysfunction, anxiety disorder, and other features.
Ehlers-Danlos syndromes [¶]	EDS	EDS are a group of inherited conditions that affect connective tissues that provide support in skin, tendons, ligaments, blood vessels, internal organs, and bones. There are 14 variants of EDS defined by criteria that include phenotypes general to the EDS family and specific to particular variants. 13 of the 14 types (ie, excluding hEDS) are rare and known to be associated with genetic abnormalities that lead to changes in the structure or function of collagen and allied structural proteins.
Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome*	hEDS	hEDS is considered much more common than the other types of EDS. There are no known genetic markers for hEDS. It is defined within the 2017 International Criteria; its phenotype includes general features of the EDS family, in a form that is less extreme (eg, milder skin stretch and scarring), but is nevertheless associated with significant symptoms. hEDS is associated with a number of comorbidities that are not part of the criteria such as gastrointestinal dysfunction, autonomic dysfunction, and others.
Hereditary disorders of connective tissue	HDCT	HDCT are a heterogenous group of genetic conditions caused by defects of structural proteins such as collagen, fibrin, elastin, and related biomolecules. For many, the genetic cause has been elucidated. Many share features that overlap, but also have specific signs and pathologies within their phenotype that define them; these pathologies are attributable to specific gene mutations. Examples include EDS, Marfan syndrome, Loeys-Dietz syndrome, osteogenesis imperfecta, and Stickler syndrome.

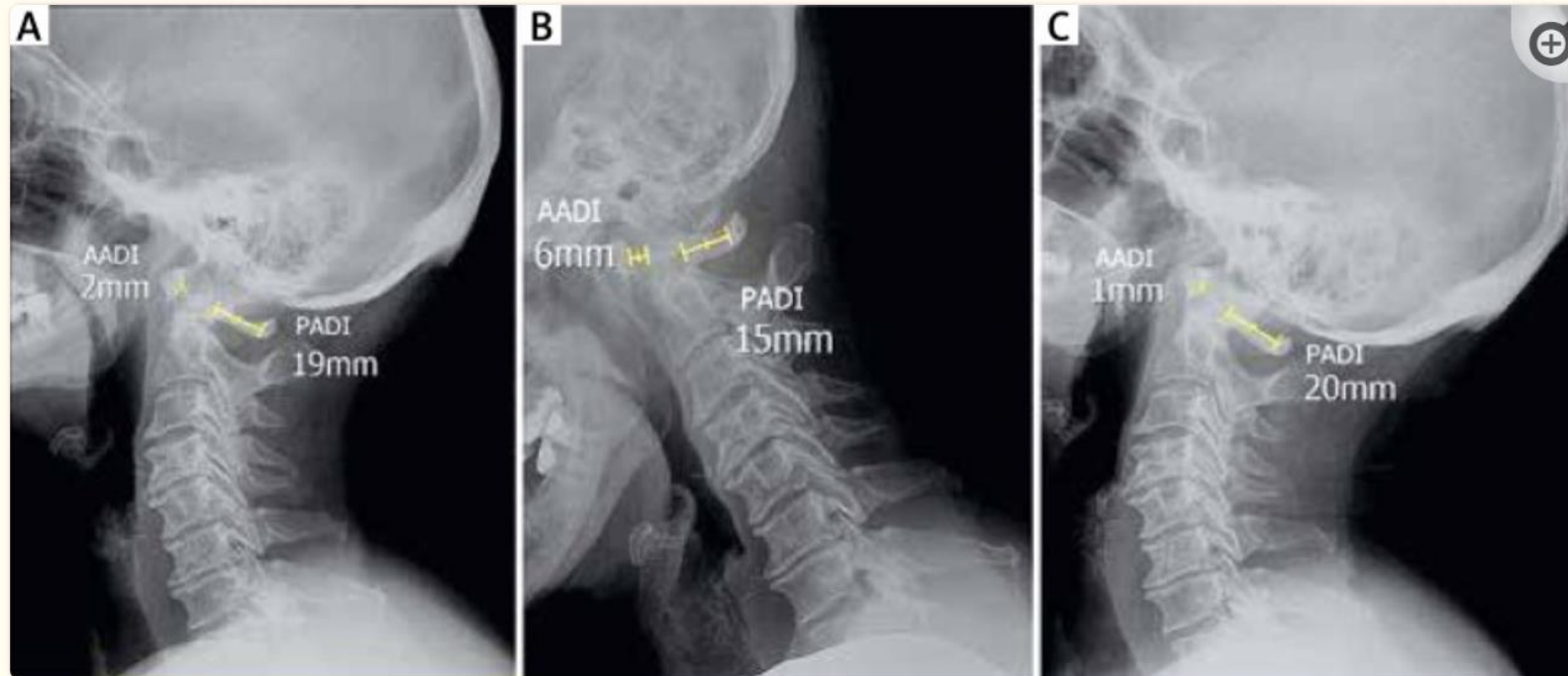
Urgences en rhumato – 1 - PR

- Polyarthrite rhumatoïde avec cervicalgies
- Il faut penser à quoi ?
- Investigations ?
 - Rien, radio, CT, MRI ?



Urgences en rhumato – 1 - PR

- Polyarthrite rhumatoïde avec cervicalgies



AADI :
N<3mm
>5mm = instabilité
>8mm = indication chir

PADI :
N>14mm

Fig.1

Lateral neutral (A), flexion (B) and extension (C) radiographs.

Urgences en rhumato – 2 - lupus

- Lupus en poussé
- Il faut penser à quoi ?
 - Infection
 - Cytopénie
 - Atteinte rénale
 - Atteinte pulmonaire
 - Atteinte cardiaque
 - Maladie thrombo-embolique
 - Vascularite

Lupus et vasculite cutanée



**Vasculite
leucocytoclastique -
pétéchie**



**IgA vasculitis (Henoch-Schönlein
purpura) - purpura palpable**



Livedo reticularis

Urgences en rhumato – 3

Patient de 75 ans avec céphalées aiguës +/- troubles visuels...



Urgences en rhumato – 3 – AGC / Horton

- Evaluation clinique:
 - Anam : claudication de la mâchoire ? Amaurose fugace ? PMR ?
 - Examen : palpation des artères temporales (sensibilité/palpable), TA des 2 bras, bruits (carotide, sous-clavière), langue (nécrose ?)
- Prise en charge :
 - Si doute → Pred 1mg/kg/j
 - Si perte visuelle → Bolus Pred IV 500mg
- Investigations
 - Formule, VS, CRP, créat, bilan hépatique, EPS, etc
 - US vs. IRM
 - Biopsie AT

Rhumatismes inflammatoires :

Questions ?

