



Actualisation de la prescription en biologie rhumatologie



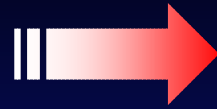
Pathologies inflammatoires et
connectivites

Pathologies dégénératives

Exclusion du métabolisme phospho-
calcique et des marqueurs du
remodelage osseux

Pathologies inflammatoires et connectivites

Atteinte poly articulaire
périphérique



Polyarthrite rhumatoïde
Arthrites réactionnelles

Manifestations axiales et
tendineuses chroniques



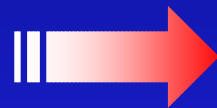
Spondylarthropathie

Syndrome sec et douleurs
Articulaires



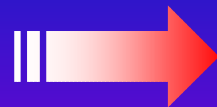
Syndrome de Gougerot

Syndrome de Raynaud et
troubles de la déglutition



Sclérodermie et CREST

Douleurs musculaires



Myosites inflammatoires

Monoarthrite très inflammatoire
ou bursite ou oligoarthrite



Goutte

Polyarthrite rhumatoïde

L'intérêt de la biologie



Faire le diagnostic le plus précocement possible



Avant les signes radiographiques



Afin de mettre en route rapidement, dès le 3eme mois d'évolution et parfois avant la certitude diagnostique, un ttt soit en monothérapie séquentielle soit en bi ou trithérapie de fond



Le rapport bénéfice /risque doit toujours être évalué mais l'enjeu est de ne pas voir apparaître de lésions anatomiques

Polyarthrite rhumatoïde

Diagnostic positif



génétique



immunologie



syndrome inflammatoire

Diagnostic différentiel

Surveillance des traitements

Génétique de la polyarthrite rhumatoïde

HLA DR

la présence de cet épitope n'est ni nécessaire
ni suffisante pour le diagnostic positif

l'évaluation de l'évolutivité de la maladie

HLA DR4 connotation péjorative

HLA DR2 connotation protectrice

Intérêt surtout dans les PR séronégatives
sans facteurs rhumatoïdes

Immunologie de la polyarthrite rhumatoïde

FACTEUR RHUMATOÏDE: Auto anticorps dirigés contre le fragment Fc des immunoglobuline IgG de nature IgM

Latex et Waaler Rose: produits par le lymphocyte B

non spécifiques: retrouvés dans un certain nombre d'affections chroniques

non nécessaires puisque 20% des PR sont séro négatives

cependant celles qui sont positives sont souvent plus agressives et associées à des atteintes viscérales

Auto anticorps dirigés contre des peptides citrullinés

Ac CCP: moins sensibles mais prédictifs d'érosions osseuses

mais plus spécifiques(plus de 70 % des sérums des PR)

Polyarthrite rhumatoïde

Syndrome inflammatoire

VS

+élément de surveillance puisqu'elle fait partie du score composite DAS 28
évaluation des douleurs et gonflements de 28 articulations testées

VS

EVA

-Sensible à l'anémie (en relation gamma G et alpha 2 G)

CRP qui reflète plus le facteur péjoratif de l'évolution

perturbée très précocement témoin de la sécrétion d' IL6

l'haptoglobine, l'orosomucoïde et le fibrinogène sont perturbés plus tardivement et ont moins d'intérêt

Polyarthrite rhumatoïde

Diagnostic différentiel

Arthrites réactionnelles: hépatites B et C, m. de LYME, parvo virus B 19,VIH,CMV

Goutte expression polyarticulaire ou tendineuse

Autres connectivites

Surveillance des traitements

atteinte rénale (AINS)

atteinte hématologique ou hépatique

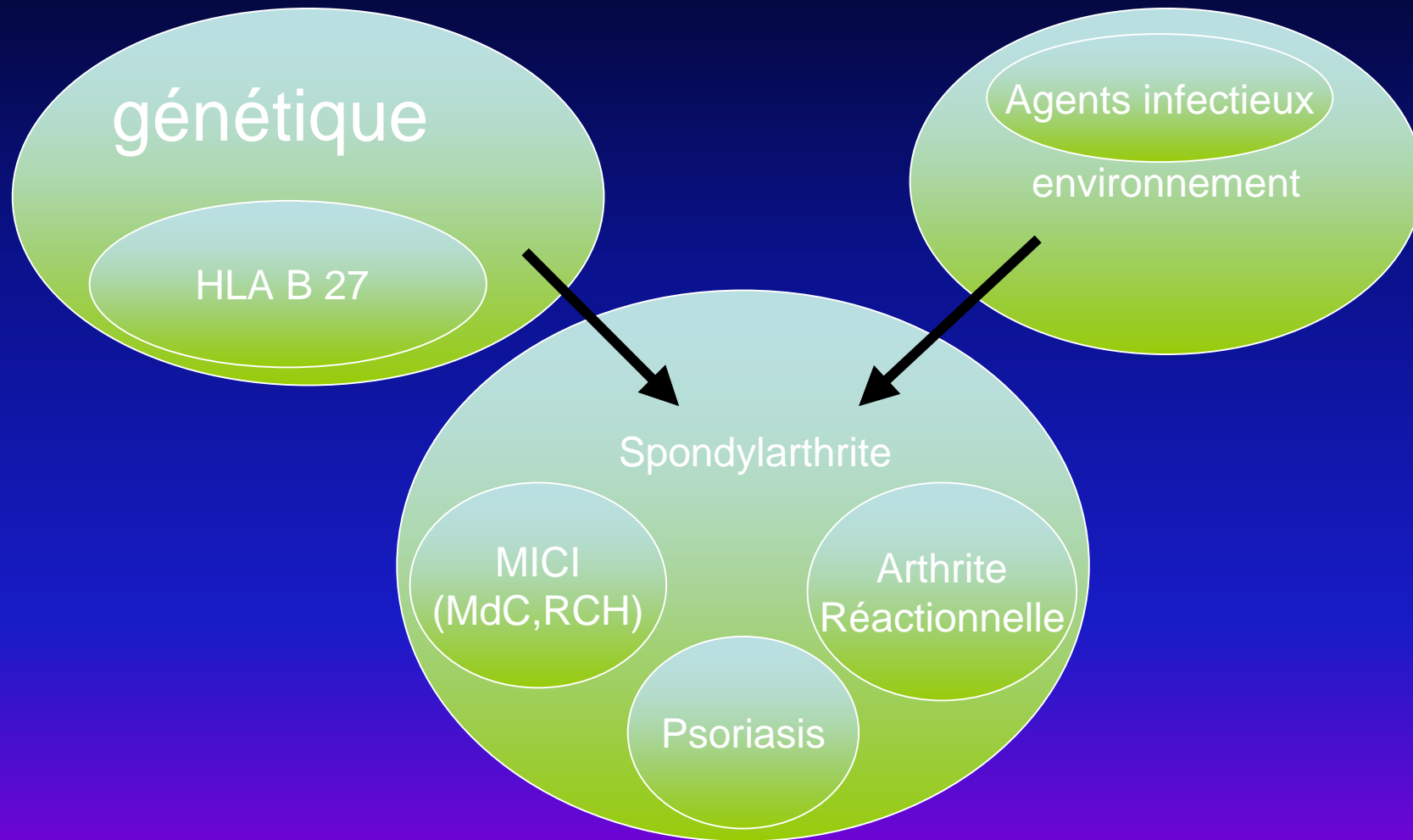
(MTX, SALAZOPYRINE, biothérapies)

effets secondaire des corticoïdes au long cours

l'évolution du syndrome inflammatoire(VS,CRP)

SPONDYLARTHROPATHIE

Rôle des facteurs génétiques et d'environnement





Age de début moyen 26 ans



Retard diagnostic moyen 5 à 6 ans (qqs années entre début des douleurs et premiers signes radiographiques de sacro iliite)



La normalité des radio des sacro iliaques n'exclut pas une atteinte inflammatoire que l'IRM peut objectiver plus tôt



Le principal signe révélateur est la lombalgie chronique du jeune avant 40ans



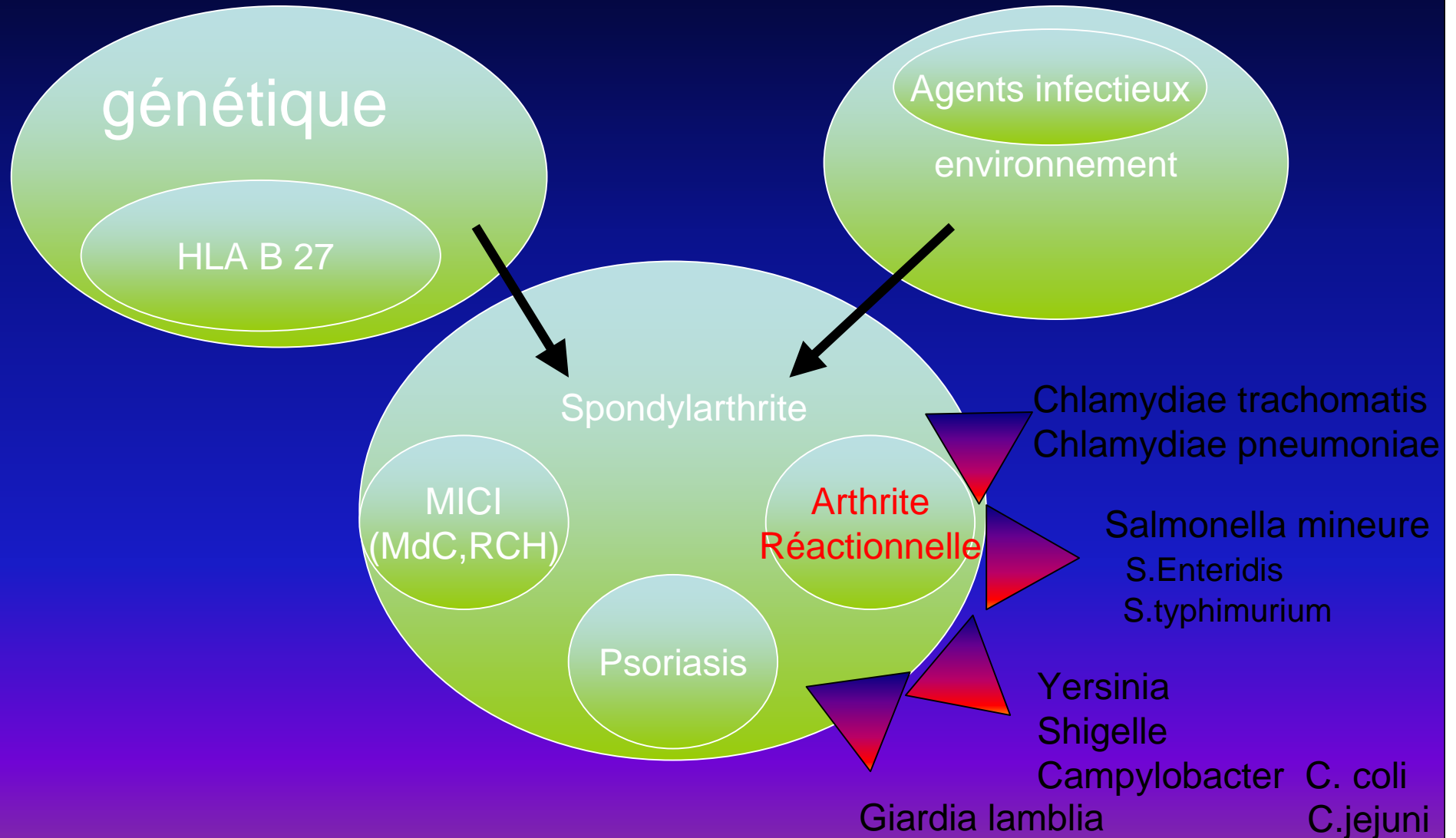
NF
VS
CRP
HLA B27

Radiographie
des sacro iliaques
IRM des sacro iliaques



Fessalgies à bascule
Talgies
Tendinites
Douleurs chondro sternales
Oligoarthritis asymétrique
Psoriasis (personnel ou familial)
MICI (personnel ou familial)
SpA familiale
Uvéite
urétrite

Arthrites réactionnelles



Les autres connectivites

Devant une polyarthrite inflammatoire avec
un syndrome inflammatoire biol.

Associée à des manifestations poly viscérales et
cutanées

LED

Ac anti-nucléaires (ACAN), ac anti -Sm
Ac anti DNA natif, leucopénie,

SYNDROME

Atteinte oculaire +buccale

SEC

Ac anti-SS-A Ro - SS-B La

SHARP

Mains boudinées
Synovite ,myosite,
s. de Raynaud, acrosclérose
Ac anti-RNP

Les autres connectivites

Syndrome des
antiphospholipides

Thrombose vasculaire

Pathologie obstétricale

Ac anti-cardiolipine IgG et ou IgM

Ac lupique sérique

Polymyosite

Faiblesse musculaire proximale

CPK, Ac anti-Jo1

Dermato-
polymyosite

atteinte cutanée en plus

Sclerodermie
systémique

Sclérodactylie, ulcérations cutanées,
fibrose pulmonaire, AC SCL70

Goutte

Hyperuricémie : chez l'homme: 50 à 60 \pm 10 mg/l
chez la femme: 40 à 45 \pm 10 mg/l).

Uricémie normale au moment de la crise

Il peut exister un syndrome inflammatoire sévère

Parfois seule l'analyse du liquide articulaire avec recherche des cristaux d'urate de sodium est positive

Doser uricurie en cas de prescription d'urico éliminateur

Pathologie dégénérative

Les marqueurs biologiques du remodelage du cartilages n'ont, pour l'instant, pas le même intérêt que les marqueurs du remodelage osseux

La biologie n'a d'intérêt dans ce domaine que sur le plan du diagnostic différentiel

devant une atteinte articulaire chronique périphérique ou axiale

avec les rhumatismes inflammatoires

devant une tendinite ou bursite d'évolution chronique

avec une SpA ou une goutte chronique

devant une poussée mono articulaire très inflammatoire

avec une goutte, une arthrite infectieuse, une forme à début mono articulaire d'une polyarthrite rhumatoïde

Conclusion

Les examens biologiques ont un coût non négligeable

Utilisés à bon escient ils hâtent un diagnostic et aboutissent à une prise en charge précoce, efficace et sûre.

Ils ne sont pas proposés sans un abord clinique structuré