

Rhumatologie pédiatrique

Sept interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne de rhumatologie

Dernière mise à jour : juin 2021



1 Évitez de demander un test de dépistage AAN en l'absence de signes ou de symptômes de maladie rhumatismale.

Les anticorps antinucléaires (AAN) ne doivent pas être utilisés comme test de dépistage chez les patients ne présentant pas de signes ou de symptômes liés au lupus érythémateux disséminé ou à une autre maladie rhumatismale auto-immune systémique (comme l'arthrite inflammatoire, l'érythème en forme de papillon ou la photosensibilité), car la positivité des AAN est possible chez des personnes souffrant de maladies non rhumatismales et dans la population « en santé » (jusqu'à 20 %). Par ailleurs, un test AAN positif indique un risque accru d'uvéite, mais n'est pas utile pour le dépistage de l'arthrite juvénile idiopathique. Des tests AAN inappropriés peuvent être trompeurs, générer d'autres tests inutiles et causer de l'anxiété aux patients.

2 Évitez de demander des analyses de laboratoire pour évaluer la toxicité médicamenteuse (formule sanguine complète, enzymes hépatiques, créatinine) plus fréquemment qu'une fois toutes les 12 semaines pour les patients qui reçoivent des doses stables d'ARMM non biologiques.

Les patients pédiatriques sans facteurs de risque précis (obésité, diabète sucré, maladie rénale, consommation d'alcool, utilisation concomitante de médicaments hépatotoxiques ou myélosuppresseurs, etc.) qui reçoivent des doses stables d'antirhumatisme modificateurs de la maladie (ARMM) non biologiques (comme du méthotrexate ou de la sulfasalazine) présentent un faible risque global de toxicité. Des analyses sanguines plus fréquentes imposent un fardeau inutile à ces patients et au système de santé. Les patients nouvellement traités, qui reçoivent des doses croissantes ou qui présentent des résultats de laboratoire de base anormaux nécessitent cependant un suivi plus serré.

3 Évitez de demander un test HLA-B27 en l'absence de signes et de symptômes cliniques de spondylarthropathie.

Les douleurs au dos sont un symptôme commun par rapport à l'incidence de la spondylarthropathie (SpA) chez les enfants. En outre, la prévalence de l'antigène HLA-B27 est de 2 à 8 % dans la population générale, et les personnes dont le test HLA-B27 est positif ont une faible probabilité de développer une SpA. Ce test n'est donc pas utile en tant qu'examen diagnostique unique chez un patient souffrant de lombalgie sans signes ou symptômes spécifiques à la SpA (comme une douleur inflammatoire au dos, une arthrite périphérique, une enthésite ou une uvéite antérieure aiguë) ou sans résultats d'IRM évocateurs d'une SpA. Par ailleurs, il importe de mentionner que les patients ayant reçu un diagnostic confirmé d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) peuvent subir un test HLA-B27 afin de classer leur sous-type d'AJI.

4 Évitez de demander un test FR ou anti-CCP chez les patients souffrant d'une arthralgie, mais dont l'examen physique ne révèle pas d'arthrite.

Chez les enfants, la grande majorité des douleurs musculosquelettiques sont non inflammatoires (97 %) et ont rarement pour cause une maladie rhumatismale. Pour les patients souffrant d'arthralgies (douleurs articulaires), mais dont l'examen physique ne révèle pas d'arthrite (définie par la présence d'un épanchement articulaire ou d'au moins deux symptômes spécifiques [chaleur, sensibilité, douleur à l'effort, réduction de l'amplitude de mouvement]), les tests FR (facteur rhumatoïde) et anti-CCP (anticorps anti-peptide cyclique citrulliné) ne sont pas utiles du point de vue clinique et ont une faible utilité diagnostique. Par exemple, un test FR positif peut être secondaire à diverses infections. L'exécution de ces tests, lorsqu'ils ne sont pas pertinents sur le plan clinique, peut mener à d'autres analyses inutiles et causer de l'anxiété.

5 Évitez de demander un test sérologique de la maladie de Lyme pour expliquer des douleurs musculosquelettiques en l'absence d'antécédents d'exposition à la maladie et de résultats d'examen évocateurs de celle-ci.

La maladie de Lyme est plus souvent observée chez des personnes qui résident ou effectuent une visite dans une région endémique. L'atteinte musculosquelettique la plus courante est une arthrite persistante ou intermittente dans au moins une articulation (généralement le genou) qui se développe dans les semaines ou les mois suivant la piqûre de tique. Les arthralgies diffuses chroniques, les myalgies ou la fibromyalgie ne constituent pas en elles-mêmes des manifestations musculosquelettiques typiques de la maladie de Lyme. Le dépistage de la maladie de Lyme doit être limité aux enfants ayant été soumis à un risque d'exposition à la maladie et présentant des signes cliniques caractéristiques afin d'éviter les faux positifs et les traitements inutiles.

6 Évitez d'utiliser les injections intra-articulaires de corticostéroïdes en guise d'approche thérapeutique lorsque de multiples articulations sont touchées ou que les articulations ont été soumises à des injections répétées.

Les patients pédiatriques atteints d'arthrite juvénile idiopathique bénéficient souvent d'un traitement par injections intra-articulaires de corticostéroïdes, en particulier lorsque l'arthrite nuit à leurs activités quotidiennes. Cependant, chez les patients atteints d'AJI pluri-articulaires (≥ 5 articulations affectées), la probabilité d'une réponse de courte durée ou d'une mauvaise réponse aux injections de corticostéroïdes est augmentée par rapport aux patients atteints d'AJI oligoarticulaire (≤ 4 articulations affectées). L'absence d'initiation concomitante d'antirhumatismes modificateurs de la maladie (ARMM) dans la maladie pluri-articulaire est également un facteur de risque de réponse sous-optimale aux injections articulaires. En outre, la répétition d'injections articulaires dans la même articulation (p. ex., $> 2-3$ fois/an) a une probabilité plus faible de contrôler la maladie par rapport à l'initiation d'un ARMM et peut être un facteur de risque d'ostéochondrite disséquante. Des injections intra-articulaires multiples ou récurrentes de corticoïdes peuvent être envisagées comme traitement d'appoint en attendant des effets d'une intensification du traitement systémique.

7 Évitez de demander un profil génétique de fièvre récurrente pour des patients présentant les caractéristiques classiques du syndrome PFAPA – sans caractéristique préoccupante évoquant un autre syndrome de fièvre récurrente génétique.

Le syndrome PFAPA (fièvre récurrente, avec stomatite aphteuse, pharyngite et adénite) est un diagnostic clinique et, actuellement, aucune mutation génétique n'a été identifiée pour cette affection. Le profil génétique de fièvre récurrente chez les patients présentant les caractéristiques classiques du syndrome PFAPA – sans caractéristique d'un autre syndrome de fièvre récurrente – permet rarement d'obtenir un autre diagnostic; de plus, il est coûteux et n'offre aucun avantage clinique. Cela dit, un test génétique peut être justifié si les patients présentent des caractéristiques atypiques lors de la consultation, ne répondent pas au traitement comme prévu ou développent des caractéristiques préoccupantes au fil du temps.

Comment la liste a été établie

Le Comité exécutif pédiatrique de la Société canadienne de rhumatologie (SCR) a formulé ces sept recommandations Choisir avec soin dans le cadre d'un processus échelonné combinant la méthodologie consensuelle et la revue documentaire. Un groupe de travail Choisir avec soin formé de rhumatologues pédiatriques de partout au pays et de divers milieux cliniques, d'un professionnel paramédical, d'un parent et d'un patient a été constitué. Ce groupe a produit des recommandations au moyen d'une série de sondages Delphi. Les recommandations qui ont obtenu un degré d'accord et une prévalence perçue élevés ont été intégrées à un sondage soumis à tous les membres de la SCR qui exercent la rhumatologie pédiatrique. Les membres de la SCR ont classé ces recommandations en fonction du degré d'accord avec le contenu, de l'incidence et du classement des recommandations. Un sous-comité de la méthodologie a discuté des recommandations à la lumière de leur pertinence pour la rhumatologie pédiatrique, de leur incidence potentielle sur les patients et des résultats du sondage auprès des membres. Sept recommandations ont été sélectionnées pour faire l'objet d'une revue documentaire. La liste a été examinée par tous les membres du Comité exécutif pédiatrique et par les patients partenaires, puis elle a été approuvée par le conseil d'administration de la SCR.

Sources

- 1 Kavanaugh A, Tomar R, Reveille J, Solomon DH, Homburger HA. 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, 2000; vol. 124 : p. 71-81. [PMID : 10629135](#).
Solomon DH, Kavanaugh AJ, Schur PH; American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Immunologic Testing Guidelines. Evidence-based guidelines for the use of immunologic tests: antinuclear antibody testing. Arthritis Rheum, 2002; vol. 47 : p. 434-444. [PMID : 12209492](#).
Tozzoli R, Bizzaro N, Tonutti E, et coll. Guidelines for the laboratory use of autoantibody tests in the diagnosis and monitoring of autoimmune rheumatic diseases. Am J Clin Pathol, 2002; vol. 117 : p. 316-324. [PMID : 11863229](#).
- 2 Karlsson Sundbaum J, Eriksson N, Hallberg P, Lehto N, Wadelius M, Baecklund E. Methotrexate treatment in rheumatoid arthritis and elevated liver enzymes: A long-term follow-up of predictors, surveillance, and outcome in clinical practice. Int J Rheum Dis., juillet 2019; vol. 22, n° 7 : p. 1226-1232. [PMID : 31012257](#).
Ledingham J, Gullick N, Irving K, et coll.; BSR and BHPR Standards, Guidelines and Audit Working Group. Rheumatology (Oxford). 1^{er} juin 2017; vol. 56, n° 6 : p. 865-868. [PMID : 28339817](#).
Zajc Avramovic M, Dolžan V, Toplak N, Accetto M, Lusa L, Avcin T. Relationship Between Polymorphisms in Methotrexate Pathway Genes and Outcome of Methotrexate Treatment in a Cohort of 119 Patients with Juvenile Idiopathic Arthritis. J Rheumatol., août 2017; vol. 44, n° 8 : p. 1216-1223. [PMID : 28572465](#).
- 3 Gran JT, Husby G. HLA-B27 and spondyloarthropathy: value for early diagnosis? J Med Genet. 1995; vol. 32, n° 7 : p. 497-501. [PMID : 7562959](#).
Reveille JD. Epidemiology of spondyloarthritis in North America. Am J Med Sci., 2011; vol. 341, n° 4 : p. 284-286. [PMID : 21430444](#).
Reveille JD, Hirsch R, Dillon CF, Carroll MD, Weisman MH. The prevalence of HLA-B27 in the US: data from the US National Health and Nutrition Examination Survey, 2009. Arthritis Rheum., 2012; vol. 64, n° 5 : p. 1407-1411. [PMID : 22139851](#).
- 4 Hermosillo-Villafraña, J.A., et coll. , Role of rheumatoid factor isotypes and anti-citrullinated peptide antibodies in the differential diagnosis of non-selected patients with inflammatory arthralgia. Reumatol Clin., 2021. vol. 17, n° 1 : p. 12-15. [PMID: 31399351](#).
Wang, Y., et coll. , Meta-analysis: diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody for juvenile idiopathic arthritis. J Immunol Res. 2015 : p. 915276. [PMID : 25789331](#).
Wong, K.O., et coll. , Antinuclear Antibody, Rheumatoid Factor, and Cyclic-Citrullinated Peptide Tests for Evaluating Musculoskeletal Complaints in Children. Comparative Effectiveness Review No. 50 (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center under Contract No. HHSA 290 2007 10021 I), 012, Agency for Healthcare Research and Quality: Rockville (MD). [PMID : 22514802](#).
- 5 Gouvernement du Canada, [Surveillance de la maladie de Lyme](#). [Page Web].
Lantos PM, Rumbaugh J, Bockenstedt LK, et coll. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Academy of Neurology (AAN), and American College of Rheumatology (ACR): 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Lyme Disease. Arthritis Rheum., 2021; vol. 73, n° 1 : p. 12-20. [PMID : 33251700](#).
Lipsett SC, Nigrovic LE. Diagnosis of Lyme disease in the pediatric acute care setting. Curr Opin Pediatr., 2016; vol. 28, n° 3 : p. 287-293. [PMID : 27138805](#).
- 6 Heidt C, Grueberger N, Grisch D, Righini-Grunder F, Rueger M, Ramseier L. The assessment of steroid injections as a potential risk factor for osteochondral lesions in children with juvenile idiopathic arthritis. Osteoarthritis Cartilage., septembre 2020 : 1947603520961173. [PMID : 32985233](#).
Lanni S, Bertamino M, Consolaro A, et coll. Outcome and predicting factors of single and multiple intra-articular corticosteroid injections in children with juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology (Oxford)., septembre 2011; vol. 50, n° 9 : p. 1627-1634. [PMID : 21561981](#).
Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, et coll. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: therapeutic approaches for non-systemic polyarthritis, sacroiliitis, and enthesitis. Arthritis Care Res. (Hoboken), juin 2019; vol. 71, n° 6 : p. 717-734. [PMID : 31021516](#).
- 7 Berkun Y, Levy R, Hurwitz A, et coll. The familial Mediterranean fever gene as a modifier of periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome. Semin Arthritis Rheum., avril 2011; vol. 40, n° 5 : p. 467-472. [PMID : 20828792](#).
Dagan E, Gershoni-Baruch R, Khatib I, Mori A, Brik R. MEFV, TNF1 α , CARD15 and NLRP3 mutation analysis in PFAPA. Rheumatol Int., mars 2010; vol. 30, n° 5 : p. 633-636. [PMID : 19579027](#).
Gattorno M, Caorsi R, Meini A, et coll. Differentiating PFAPA syndrome from monogenic periodic fevers. Pediatrics., octobre 2009; vol. 124, n° 4 : p. e721-728. [PMID : 19786432](#).

À propos de la Société canadienne de rhumatologie

La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est une fière partenaire de Choisir avec soin. Représentant près de 600 rhumatologues à travers le Canada, 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 | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)