



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Échographie et PR



Ultrasonography and rheumatoid arthritis

Fabien Etchepare ^{a,*,b}^a Cabinet de rhumatologie, 97, Grande-Rue, 91290 Arpajon, France^b Service de rhumatologie, Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 30 juin 2015

Disponible sur Internet le 30 juillet 2015

Mots clés :

PR

Échographie

Doppler

Polyarthrite débutante

R É S U M É

La polyarthrite rhumatoïde nécessite un diagnostic précoce, afin d'introduire rapidement un traitement de fond pour prévenir les destructions articulaires et maintenir la fonction. Depuis quelques années, l'échographie est devenue incontournable dans l'évaluation initiale des polyarthrites, car sa sensibilité est supérieure à l'examen clinique pour la recherche des synovites et des ténosynovites. Elle a également une sensibilité supérieure aux radiographies standard pour la recherche des érosions métacarpophalangiennes et métatarsophalangiennes. Les lésions élémentaires de la polyarthrite rhumatoïde ne sont pas spécifiques, elles peuvent être retrouvées chez des sujets normaux. Les futurs travaux devront aboutir à un consensus sur les articulations à explorer au moment du diagnostic et pour le suivi des polyarthrites débutantes.

© 2015 Société française de rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Rheumatoid arthritis (RA) requires an early diagnosis to introduce DMARD quickly to prevent articular destructions and maintain joint function. For a few years, ultrasonography became inescapable in the initial evaluation of polyarthritis, because its sensibility is superior to clinical examination to search for synovitis and tenosynovitis. It also has sensibility superior to standard radiography for the research of erosions of MCP and MTP joints. The elementary lesions of RA are not specific, they can be found in healthy subjects. Future works will have to reach a consensus on the joints to be explored at the time of diagnosis and for follow-up of early arthritis.

© 2015 Société française de rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La polyarthrite rhumatoïde (PR) nécessite un diagnostic précoce et l'introduction rapide d'un traitement de fond, pour prévenir les destructions articulaires et maintenir la fonction. En quelques années, l'échographie articulaire est devenue incontournable dans l'évaluation initiale d'une suspicion de polyarthrite. Nous verrons dans cet article les atouts et les limites de cette technique.

1. Diagnostic

1.1. Lésions échographiques élémentaires de la PR et leur spécificité

Dans la polyarthrite rhumatoïde, la synovite a été définie par l'OMERACT comme une zone d'hypertrophie synoviale

hypoéchogène par rapport à la graisse sous-cutanée, peu compressible, non déplaçable, associée ou non à un épanchement articulaire, pouvant ou non être hypervascularisée au doppler puissance ou couleur [1] (Fig. 1 et 2). Les synovites sont gradées dans les publications selon des scores semi-quantitatifs allant de 0 à 3 en mode B et en mode doppler. La synovite retrouvée dans une PR n'a rien de spécifique par rapport à une synovite infectieuse ou psoriasique par exemple.

L'échographie est plus sensible que l'examen clinique pour la détection de l'hypertrophie synoviale, que les articulations soient symptomatiques ou non [2,3]. La cohorte ESPOIR a permis l'étude de polyarthrites de moins de 6 mois d'évolution. Dans cette cohorte multicentrique, 126 patients ont eu une échographie à la recherche de synovites sur les métacarpophalangiennes (MCP) 2 à 5 et les métatarsophalangiennes (MTP) 5, soit 10 articulations. L'échographie confirmait la présence des synovites cliniques dans seulement 52% des cas et retrouvait une

* Correspondance.

Adresse e-mail : f.etchepare@free.fr

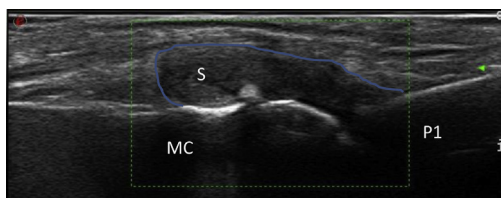


Fig. 1. Synovite MCP 2 en mode B coupe longitudinale dorsale. S : synovite ; MC : métacarpien ; P1 : phalange P1.

synovite dans 26% des articulations cliniquement considérées normales [4].

Dans une suspicion de polyarthrite débutante, il n'est pas toujours aisé de différencier ce qui est pathologique ou non et de différencier ce qui revient à une pathologie inflammatoire ou à une autre atteinte, notamment dégénérative. Par exemple, il est peut-être délicat de différencier un épanchement de faible abondance sur une IPP et une minime synovite, ou encore une hypertrophie synoviale dans les interphalangiennes proximales ou distales lorsqu'il existe des lésions arthrosiques. La question s'agit-il d'une arthrose érosive ou d'une polyarthrite surajoutée des lésions d'arthrose n'est que très difficilement soluble par l'échographie seule sauf s'il existe des ténosynovites associées.

Ellegard et al. [5] ont montré qu'en gradant des articulations de sujets normaux en utilisant le mode B, on aboutissait à un score pathologique élevé, en particulier chez le sujet âgé. Il faut donc rester prudent en termes diagnostiques lorsque l'on fait une échographie sans le contexte clinique, biologique, immunologique et radiologique, et toujours se rappeler que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde repose sur un faisceau d'arguments et non sur un seul et unique examen qu'il soit immunologique ou d'imagerie.

Dans l'étude de Millot et al. [6], 127 sujets sains appariés à une cohorte de polyarthrite débutante (cohorte ESPOIR) ont eu une échographie pour recherche de synovites (MCP 2 à 5, et MTP 5 bilatérales). Il existait des synovites (grade 2 ou 3 en mode B) chez 9% des sujets sains. Pour le diagnostic de polyarthrite débutante, la présence d'une synovite de grade ≥ 2 avait une sensibilité de 74% et une spécificité de 90,5% ; la présence de 2 synovites de grade ≥ 2 avait une sensibilité de 59% et une spécificité de 98%.

De la même façon, la présence d'une hypervascularisation artérielle ou tendineuse détectée au doppler puissance, synonyme d'une inflammation, était jusqu'alors toujours considérée comme pathologique ; mais la sensibilité de détection de nos machines d'échographie augmentant, nous parvenons maintenant à détecter des vaisseaux normaux artériels (en particulier dans le poignet, et dans les articulations métacarpophalangiennes) ou tendineux, correspondant à des artères nourricières [7]. Il faudra donc tenir compte de cette hypervascularisation uniquement si elle est associée à une hypertrophie synoviale hypoéchogène pour parler d'arthrite.

La ténosynovite a été définie par l'OMERACT en mode B par un épaissement tissulaire hypo- et/ou anéchogène, avec ou sans liquide, visible dans la gaine tendineuse, dans 2 plans perpendiculaires (Fig. 3). Elle peut être le siège d'une hypervascularisation



Fig. 2. Synovite MCP 2 en mode doppler coupe longitudinale dorsale. S : synovite ; MC : métacarpien ; P1 : phalange P1.

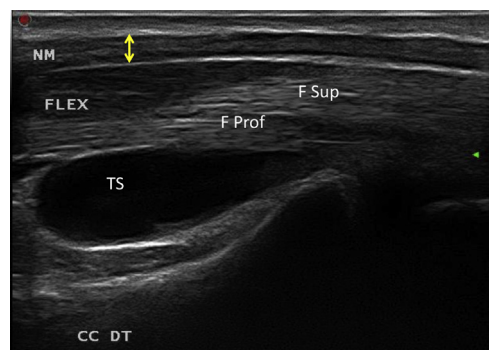


Fig. 3. Coupe longitudinale palmaire du poignet en mode B. Ténosynovite liquidiennne des fléchisseurs profonds, refoulant le nerf médian. FProf : tendons fléchisseurs profonds ; FSup : tendons fléchisseurs superficiels ; NM : nerf médian (flèche jaune) ; TS : ténosynovite ; CC DT : canal carpien droit.

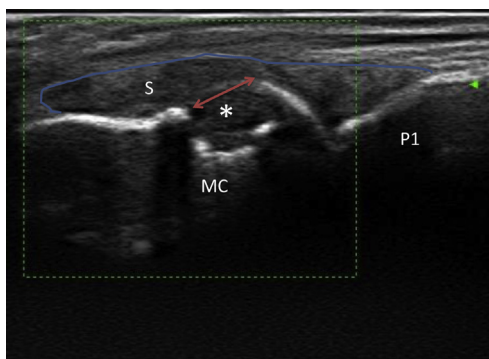


Fig. 4. Érosion de la tête métacarpienne (MCP 2) en coupe longitudinale mode B. * : érosion.

au doppler péri-tendineuse qui doit être visible dans la gaine tendineuse, dans 2 plans perpendiculaires [1]. Ceci en excluant les vaisseaux nourriciers, ce qui n'est jamais facile.

Les érosions osseuses sont considérées comme une anomalie clé dans le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. Ces érosions sont retrouvées en échographie, avec une sensibilité supérieure aux radiographies pour les MCP et MTP (Fig. 4 et 5). Dans l'étude de Wakefield et al., portant sur 40 PR de moins d'un an, l'échographie des MCP permettait de retrouver 6,5 fois plus d'érosions chez 7,5 fois plus de patients que les radiographies standard. Des résultats concordants ont été retrouvés sur les MTP [8].

La recherche d'érosion dans les os du carpe ou du tarse est très difficile en échographie et ne doit pas être recommandée. Plusieurs études ont montré que l'on retrouvait des anomalies mimant des érosions chez les sujets sains correspondant soit à des trous nourriciers, soit à des kystes intra-osseux notamment [2,6].

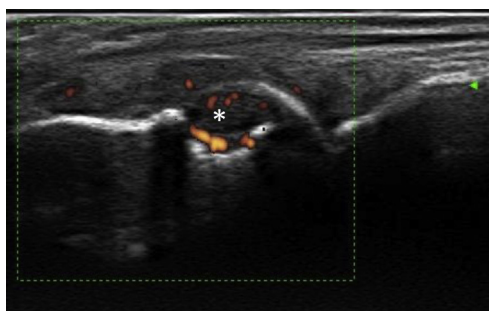


Fig. 5. Érosion de la tête métacarpienne (MCP 2) en coupe longitudinale mode doppler : hypervascularisation de la synoviale, pénétrant dans l'érosion. * : érosion.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389743>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389743>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)