



Par le Docteur Fleur COHEN (Août 2018)

## Résumé

### **Présentation clinique et biologique des patients lupiques au diagnostic : au-delà des critères de classification, ce qui peut nous aider en consultation**

Le lupus systémique (LS) est une pathologie hétérogène d'évolution variable. Un diagnostic précoce est probablement bénéfique pour le pronostic global car il permet l'instauration de thérapeutiques avant la survenue de dommages irréversibles.

Les premiers signes du LS sont parfois insidieux, et les critères de classification (que ce soient les critères ACR révisés en 1997, ou les plus récents critères SLICC) ont une faible sensibilité pour le diagnostic au début de la maladie, et il est admis que ces critères sont sous-optimaux pour le diagnostic précoce du LS. Pour donner quelques chiffres, la sensibilité des critères ACR (révisés en 1997) est de 86%, mais de 76% seulement si les symptômes évoluent depuis moins de 5 ans. Les critères SLICC, réputés plus sensibles, atteignent une sensibilité de 94%, mais 89% seulement dans les 5 premières années après le début des symptômes.

L'autre élément important, qui est une problématique issue de « la vraie vie » de consultation, est que les symptômes initiaux du LS peuvent être présents dans une grande variété de diagnostics alternatifs, allant des pathologies auto-immunes à des maladies infectieuses, métaboliques, hématologiques, ou même la fibromyalgie. Les auteurs proposaient ici une étude pragmatique, internationale, observationnelle, visant à étudier la prévalence de divers signes cliniques et biologiques dans les LS précoces et la comparer à leur prévalence dans ces autres pathologies qui sont des diagnostics alternatifs ou différentiels du LS.

L'étude s'est déroulée dans 7 centres rhumatologiques, en Asie, Europe, Amérique du Nord et Amérique du Sud. Les patients inclus étaient ceux adressés dans ces centres pour « possible LS », dans les 3 années précédentes, et chez qui étaient finalement diagnostiqués un LS selon l'appréciation du clinicien. Le groupe « contrôle » était constitué des patients référés pour le même motif mais chez qui finalement un diagnostic alternatif était retenu. Les éléments constitutifs des critères ACR, SLICC, et de 30 items cliniques ou biologiques additionnels étaient évalués, sans réellement de définition standardisée (encore une fois, le jugement du clinicien était considéré comme la référence). Six cent seize patients étaient recrutés (avec des différences notables par site puisqu'on comptait de 6 patients à Chicago versus 294 patients à Pise en Italie).

Les items des critères SLICC et ACR étaient plus fréquemment associés au diagnostic de LS. De façon additionnelle, l'alopécie, la perte de poids, la fièvre avec CRP négative, et

l'ascite était significativement associés avec le diagnostic de LS. Inversement, le phénomène de Raynaud, le syndrome sec, les arthralgies, la dysphagie, et la fatigue, étaient plus fréquents dans les diagnostics différentiels. La valeur seuil des anticorps antinucléaires était fixée à 1/80. Tous les patients lupiques avaient des anticorps antinucléaires, mais également 95% des patients avec diagnostic différentiel (pour mémoire, ces patients étaient référés pour « suspicion de LS », ce qui explique probablement ce chiffre élevé). Les anticorps antiADN, anti-RNP, anticardiolipine, anti-beta 2 glycoprotéine I, l'hypocomplémentémie, et le test de Coombs positif, étaient plus souvent présents au cours du LS. Inversement, les anticorps anti-SS-A, anti-SS-B, et la thrombopénie n'étaient pas plus fréquents au cours du LS que dans le groupe des diagnostics différentiels. La sensibilité des critères ACR 1997 était de 66% (versus 83.5% pour les critères SLICC), et leur spécificité de 92% (versus 82% pour les critères SLICC).

Il faut prendre en compte comme limites de cette étude le peu de patients d'origine Afro-antillaise (6%), le recrutement rhumatologique de ces patients, et le fait que le « gold standard » diagnostique soit l'avis d'un clinicien sans comité d'adjudication. Toutefois, cette étude pragmatique de vraie vie a pour intérêt de se placer dans une situation unique (« patient référé pour suspicion de LS »), mais courante dans les consultations de médecine interne. Il serait intéressant d'avoir le suivi de ces patients et leur pronostic sur le long terme.

Mosca M, Costenbader KH, Johnson SR, Lorenzoni V, Sebastiani GD, Hoyer BF, et al. How Do Patients with Newly Diagnosed Systemic Lupus Erythematosus Present? A Multicenter Cohort of Early Systemic Lupus Erythematosus to Inform the Development of New Classification Criteria. *Arthritis & Rheumatology* [Internet]. 2018 Jul 23 [cited 2018 Aug 28]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/art.40674> ([PubMed](#))

---