

Utilisation judicieuse des analyses biomédicales

Test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Utilisation judicieuse des analyses biomédicales

Test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire

Rédaction

Kevin Gonthier
Bertrand Neveu
Hubert Robitaille

Collaboration

Mario Méthot
Éric Shink

Coordination scientifique

Véronique Provost

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteurs principaux

Kevin Gonthier, Ph. D.
Bertrand Neveu, Ph. D.
Hubert Robitaille, Ph. D.

Collaborateur(s) et collaboratrice(s) interne(s)

Mario Méthot, Ph. D.
Éric Shink, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Véronique Provost, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Karine Bélanger, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Transfert des connaissances

Caroline Plante, M. Ed. Adm. A.
Geneviève Corriveau, M. Sc

Soutien administratif

Théodore Dubois
Laura Guiol

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique (Outil)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-03196-8 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Utilisation judicieuse des analyses biomédicales – Test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire. Québec, Qc : INESSS. 44 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Les parties prenantes consultées étaient représentatives des différentes régions et spécialités médicales impliquées et de différentes disciplines ayant une expertise reliée à l'analyse biomédicale évaluée.

Comité consultatif

Pour la réalisation de la présente fiche et la révision du présent rapport, les membres du comité consultatif sont :

M^{me} Ruth Bernine Marcelin, pharmacienne d'établissement, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^r Marc Bilodeau, gastro-entérologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Hôpital Saint-Luc

D^r Simon Bissonnette, biochimiste clinique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Notre-Dame

D^r Samuel Boudreault, médecin de famille, GMF-U du Nord de Lanaudière

D^{re} Cynthia Cameron, médecin de famille, GMF-U de Lévis

D^r François Corbin, médecin spécialiste en biochimie médicale, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D^r Claude Garceau, médecin spécialiste en médecine interne, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval

D^r Jean-Marc Girard, neurologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal - CHUM

D^{re} Catherine Grenier Cliche, pédiatre, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, Hôpital de Chicoutimi

D^{re} Nathalie Guilbeault, gynécologue-obstétricienne, CISSS de la Gaspésie

D^{re} Lucie Lavoie, gériatre, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Pavillon Sainte-Marie

D^{re} Marie-Hélène Levesque, biochimiste clinique, CISSS du Bas-Saint-Laurent, Hôpital régional de Rimouski

D^{re} Arielle Mendel, rhumatologue, CUSM - Hôpital général de Montréal

D^{re} Chloé Pelletier, endocrinologue, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Estelle Rancourt, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, GMF Nouvelle-Beauce

D^{re} Anne-Marie Saey, médecin de famille pratiquant à l'urgence, CISSS de Laval, Cité-de-la-santé de Laval

D^{re} Danielle Talbot, hémato-oncologue, CISSS de Laval, Cité-de-la-santé de Laval

Lectrices et lecteurs externes

Pour la réalisation de la présente fiche et la révision du présent rapport, les lecteurs externes sont :

D^{re} Sylvie Desmarais, médecin spécialiste en médecine interne, CISSS de la Montérégie-Est

M. Alex Fontaine, infirmier praticien spécialisé en première ligne, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^{re} Évelyne Lapointe, biochimiste clinique, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

D^r Christian Lavallée, directeur médical, grappe Optilab Montréal-CHUM, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Marc-Antoine Turgeon, médecin de famille, GMF-U du Nord de Lanaudière

Déclaration d'intérêts

Les membres du comité consultatif et les lecteurs externes déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ACRONYMES	V
INTRODUCTION.....	1
1 PARTICULARITÉS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ANALYSE BIOMÉDICALE ÉVALUÉE.....	3
1.1 Question clé d'évaluation.....	3
1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique et critères d'inclusion.....	3
2 DOCUMENTS RETENUS.....	4
2.1 Documents scientifiques sélectionnés.....	4
2.2 Documents d'établissements répertoriés.....	4
3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	5
3.1 Informations et recommandations tirées des documents retenus.....	5
3.2 Informations contextuelles et expérientielles	8
DISCUSSION.....	12
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	13
ANNEXE A.....	20
Stratégie de repérage de l'information scientifique	20
ANNEXE B.....	24
Sélection des études	24
ANNEXE C.....	25
Recommandations/indications issues des documents et constats	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Critères de sélection de la littérature.....	3
Tableau C-1 Liste des recommandations/indications issues des documents et constats	25

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Nombre annuel de tests de la vitesse de sédimentation érythrocytaire entre 2015 et 2024	9
Figure B-1 Diagramme de flux	24

RÉSUMÉ

Introduction

Le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire est soumis à plusieurs enjeux de pertinence étant donné qu'il est peu spécifique et manque de précision. Néanmoins, il peut s'avérer utile dans certaines situations cliniques particulières. Au Québec, une diminution du recours au test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire est observée depuis les dix dernières années. L'objectif de ces travaux est de produire une fiche d'utilisation judicieuse afin de réduire le volume d'actes à faible valeur ajoutée dans le réseau de la santé du Québec.

Méthodologie

Une revue de la littérature sur les indications et les recommandations liées au test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire a été réalisée selon la méthodologie des revues rapides de l'INESSS. Des professionnels de la santé ont contribué à fournir les savoirs expérimentiels et contextuels propres au Québec.

Résultats

À la suite de l'analyse des informations recensées et du processus itératif avec les parties prenantes, les non-indications et les indications suivantes ont été formulées.

La vitesse de sédimentation érythrocytaire **n'est pas indiquée** :

- lors d'un dépistage :
 - d'inflammation chez des personnes asymptomatiques,
 - général de maladies (p. ex. infection ou myélome);
- pour vérifier la présence d'inflammation chez les personnes présentant des conditions médicales non diagnostiquées;
- lors d'un bilan général chez les patients avec une suspicion de condition rhumatologique;
- en présence d'**un taux élevé de protéine C-réactive (CRP)**.

La vitesse de sédimentation érythrocytaire **peut être indiquée** pour l'étayage ou la confirmation d'un diagnostic, ou le suivi :

- de rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polymyalgia rheumatica, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, l'arthrite précoce, ou un rhumatisme articulaire aigu;
- de vasculites comme l'artérite à cellules géantes ou l'artérite de Takayasu;

- d'affections rhumatismales ne causant pas systématiquement de changement du taux de CRP (p. ex. lupus érythémateux disséminé), à la suite d'un résultat normal de dosage de CRP;
- de pathologies infectieuses comme des infections osseuses ou ostéoarticulaires (p. ex. ostéomyélite ou infection prothétique), sauf en présence d'une amélioration de la condition des patients traités aux antibiotiques;
- de certains effets indésirables immunomédiés chez les patients traités pour un cancer.

Conclusion

La fiche élaborée vise à mobiliser, orienter et outiller les professionnels de la santé afin de favoriser une utilisation plus judicieuse du test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire. Elle pourrait ainsi contribuer à réduire le nombre de demandes annuelles, les coûts et la charge de travail associés, tout en générant un impact environnemental positif.

SUMMARY

Appropriate Use of Laboratory Tests – Erythrocyte Sedimentation Rate Test

Introduction

The erythrocyte sedimentation rate test raises several issues concerning its low specificity and limited precision. Nevertheless, it can be useful in certain clinical situations. In Québec, a decreasing trend in the use of the erythrocyte sedimentation rate test has been observed over the past ten years. The objective of this work is to develop a guidance sheet to support appropriate use, in order to reduce the volume of procedures with low added value within Québec's healthcare system.

Methodology

A review of the literature on the indications and recommendations related to erythrocyte sedimentation rate test was conducted using INESSS's rapid review methodology. Healthcare professionals provided experiential and contextual knowledge specific to Québec.

Results

After the analysis of the information gathered and an iterative process with stakeholders, the following non-indications and indications were formulated:

The erythrocyte sedimentation rate test **is not indicated**:

- For screening for inflammation in asymptomatic persons;
- For general disease screening (e.g. for infection or myeloma);
- To check for the presence of inflammation in individuals with undiagnosed medical conditions;
- As part of a general workup in patients with suspected rheumatologic conditions;
- When **C-reactive protein (CRP) levels are elevated**.

The erythrocyte sedimentation rate test **may be indicated** to support or confirm a diagnosis, or for follow-up of:

- Chronic inflammatory rheumatic diseases such as polymyalgia rheumatica, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, early arthritis, or acute rheumatic fever;
- Vasculitis such as giant cell arteritis or Takayasu arteritis;
- Rheumatic diseases that do not systematically cause changes in CRP levels (e.g., systemic lupus erythematosus), following a normal CRP result;

- Infectious conditions such as bone or osteoarticular infections (e.g., osteomyelitis or prosthetic joint infection), except when the condition of patients being treated with antibiotics is improving;
- Specific immune-mediated adverse effects in patients undergoing cancer treatment.

Conclusion

The guidance sheet that was developed aims to engage, guide, and support healthcare professionals in promoting the appropriate use of serum protein electrophoresis tests. It may thus contribute to reduce the annual number of test requests and associated costs and workload, while also generating a positive environmental impact.

SIGLES ET ACRONYMES

CRP	Protéine C-réactive
ÉTMIS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé
ÉTS	Évaluation des technologies de la santé
GEFA	Groupe d'étude français des artérites des gros vaisseaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>

INTRODUCTION

Ces travaux visent à soutenir les cliniciens, les gestionnaires et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans leurs efforts d'accroître la pertinence de l'utilisation des analyses biomédicales dans le but de diminuer le volume d'actes à faible valeur ajoutée, d'alléger la charge de travail des professionnels de la santé impliqués dans les requêtes des analyses biomédicales et de favoriser une harmonisation des pratiques concernant les analyses biomédicales dans les laboratoires cliniques du Québec.

Ce rapport s'inscrit dans une série de travaux visant à promouvoir une utilisation judicieuse des analyses biomédicales. Pour obtenir une perspective plus complète, l'ensemble de ces travaux peut être consulté [ici](#).

La vitesse de sédimentation érythrocytaire, un test imprécis et peu spécifique

La vitesse de sédimentation érythrocytaire est un test qui mesure le temps requis par les globules rouges pour migrer vers le fond d'un tube gradué (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020). Ce test hématologique est utilisé pour détecter la présence d'un état inflammatoire et en estimer l'intensité (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023; Bienvenu *et al.*, 2016; Taylor et Deleuran, 2024a). En effet, la sédimentation des globules rouges varie selon leurs caractéristiques morphologiques et leurs charges négatives. Lors d'inflammation, certaines protéines produites en plus grande quantité neutralisent l'effet de ces charges négatives, ce qui favorise l'agrégation des globules rouges, et accélère ainsi leur sédimentation.

La vitesse de sédimentation érythrocytaire est un marqueur indirect et non spécifique de l'inflammation, car elle peut non seulement être influencée par la taille, la forme et le nombre de globules rouges (Taylor et Deleuran, 2024a), mais aussi par des facteurs comme la grossesse, le tabagisme, l'anémie (AMBC, 2024) et la concentration sanguine en fibrinogène (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023). Les valeurs de référence peuvent aussi varier selon les populations en fonction de l'âge (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023; Salvarani et Muratore, 2024d; RCPA, 2024a) et du sexe (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020).

De plus, la vitesse de sédimentation érythrocytaire est peu précise, car en cas d'inflammation, son augmentation est lente et sa diminution peut prendre plusieurs semaines, contrairement à la protéine C-réactive (CRP) dont la concentration sérique s'élève rapidement et revient à la normale en environ 48 heures (ASCP, 2020; AMBC, 2024; BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023). Autrement dit, la concentration sérique de la CRP traduit plus fidèlement une phase inflammatoire aiguë (Salvarani et Muratore, 2024a) et est plus utile pour la recherche d'inflammation systémique dans une démarche diagnostique, car plus sensible (AMBC, 2024; Caylor et Perkins, 2013; SIPMeL, 2023) (notamment aux fluctuations à court terme) (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022) et plus spécifique

(ASCP, 2020; AMBC, 2024; SIPMeL, 2023). Si une disparité entre le résultat de la vitesse de sédimentation érythrocytaire et celui de la CRP survient, elle peut être causée dans la très grande majorité des cas par des résultats faussement positifs de la vitesse de sédimentation érythrocytaire (AMBC, 2022; BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023). Par ailleurs, une vitesse de sédimentation érythrocytaire dans les valeurs normales n'exclut pas d'emblée une maladie active (ASCP, 2020; AMBC, 2024; BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022; Caylor et Perkins, 2013; Isobe *et al.*, 2020; Merkel, 2023; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; Saadoun *et al.*, 2019; Salvarani et Muratore, 2024c; RCPA, 2024a). Selon le Groupe d'étude français des artérites des gros vaisseaux (GEFA), l'utilisation de la vitesse de sédimentation érythrocytaire serait en diminution relativement à celle d'autres marqueurs inflammatoires à cinétique lente, comme le fibrinogène, dont la spécificité serait supérieure (HAS, 2024).

Le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire peut cependant être utile, notamment dans le contexte de maladies inflammatoires telles que les vasculites des gros vaisseaux (p. ex. l'artérite à cellules géantes [Bienvenu *et al.*, 2016; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020] et l'artérite de Takayasu [Saadoun *et al.*, 2019]), et de rhumatismes inflammatoires chroniques (p. ex. la polyarthrite rhumatoïde [Daïen *et al.*, 2019] et la polymyalgie rhumatique, aussi nommée polymyalgie rhumatismale). Pour cette dernière, le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire semble présenter une meilleure valeur prédictive que le dosage de la CRP (Caylor et Perkins, 2013). Toutefois, le tocilizumab, un inhibiteur du récepteur de l'interleukine-6 humaine, peut normaliser les marqueurs inflammatoires comme la vitesse de sédimentation érythrocytaire et la CRP, limitant leur utilité clinique chez les patients traités avec ce médicament, notamment pour l'artérite à cellules géantes (HAS, 2024; Salvarani et Muratore, 2024d; Turesson *et al.*, 2019).

L'incidence de l'artérite à cellules géantes, de la polymyalgie rhumatique et de la polyarthrite rhumatoïde varie selon la situation géographique (Haaversen *et al.*, 2022; Mollan *et al.*, 2020; Raleigh *et al.*, 2022), l'ethnicité (Haaversen *et al.*, 2022; Mollan *et al.*, 2020), le sexe (plus fréquent chez les femmes) (Bornstein *et al.*, 2014; Haaversen *et al.*, 2022; Mollan *et al.*, 2020), et augmente avec l'âge (Raleigh *et al.*, 2022; Turesson *et al.*, 2019). Bien que l'artérite à cellules géantes et que la polymyalgie rhumatique soient des maladies relativement rares (Bienvenu *et al.*, 2016; Ughi *et al.*, 2020), la polyarthrite rhumatoïde affecte environ 1 % de la population au Canada (INSPQ, 2017).

Ainsi, la vitesse de sédimentation érythrocytaire est un marqueur d'inflammation moins spécifique et moins sensible que le dosage de la CRP, mais peut s'avérer utile dans des contextes cliniques particuliers.

1 PARTICULARITÉS MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ANALYSE BIOMÉDICALE ÉVALUÉE

La méthodologie adoptée pour les différentes analyses biomédicales est présentée dans le document « Utilisation judicieuse des analyses biomédicales - [Méthodologie](#) ». La présente section fait état des particularités méthodologiques relatives à la réalisation d'une vitesse de sédimentation érythrocytaire.

1.1 Question clé d'évaluation

La question d'évaluation suivante a été élaborée pour répondre au présent mandat :

- Quelles sont les recommandations, les non-indications et les indications cliniques concernant l'utilisation judicieuse de la vitesse de sédimentation érythrocytaire?

1.2 Stratégie de repérage de l'information scientifique et critères d'inclusion

La stratégie de recherche documentaire est présentée à l'[annexe A](#).

La sélection de la littérature incluse était basée sur les critères d'inclusion présentés au [tableau 1](#).

Tableau 1 Critères de sélection de la littérature

CRITÈRES	DESCRIPTION
Population	Personnes pouvant potentiellement se voir prescrire une analyse biomédicale (test de laboratoire)
Analyse biomédicale	Vitesse de sédimentation érythrocytaire
Paramètres d'intérêt (outcomes)	<ul style="list-style-type: none">▪ Pertinence clinique (utilité clinique) ou valeur ajoutée▪ Recommandations et/ou indications d'utilisation des analyses biomédicales
Types de documents	<ul style="list-style-type: none">▪ Guides de pratique (guides de bon usage)▪ Lignes directrices▪ Documents d'orientation ou de discussion▪ Rapports d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS et ÉTMIS)▪ Chapitres de livres▪ Revues systématiques*▪ Méta-analyses*
Période de recherche	Janvier 2013 (date de la dernière mise à jour du document) à juin 2024

ÉTMIS : évaluation des technologies et modes d'intervention en santé; ÉTS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; s. o. : sans objet

*Les revues systématiques avec ou sans méta-analyses ont été retenues si elles présentaient des recommandations et/ou des indications sur les analyses biomédicales.

2 DOCUMENTS RETENUS

La présente section fait état de la collecte des données issues des documents scientifiques retenus et des documents d'établissements recueillis. Les annexes A à C présentent le détail de ces informations.

2.1 Documents scientifiques sélectionnés

La stratégie de recherche de littérature scientifique a permis de recenser 3 123 documents alors que le repérage dans d'autres sources a permis le repérage de 55 documents ([Annexe B](#)). Après le retrait des doublons et la sélection à partir des titres et des résumés, 209 documents ont été retenus pour évaluation. Après la lecture des textes intégraux, 164 ont été exclus pour les raisons suivantes : type de documents (n = 13), paramètre d'intérêt (*outcome*) (n = 131), population (n = 9). Onze doublons ont été retirés lors de la lecture complète des documents issus de la littérature scientifique et d'autres sources. Au total, 47 guides ont été retenus pour l'élaboration des constats et des recommandations. Parmi les documents retenus, cinq ont été publiés au Canada, 13 aux États-Unis, 20 en Europe, un International, deux en Asie et six en Australie. L'[annexe B](#) présente le diagramme de flux inspiré de PRISMA ([Figure B-1](#)). Enfin, la synthèse des données issues de la littérature pour chacun des éléments recensés (recommandations et indications), ainsi que les constats qui en découlent peuvent être consultés à l'[annexe C](#).

2.2 Documents d'établissements répertoriés

La recherche a permis de repérer 23 documents provenant de 15 établissements, dont 18 formulaires de requête interne ou externe, et cinq documents contenant des règles d'utilisation des analyses biomédicales.

3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

3.1 Informations et recommandations tirées des documents retenus

Quatre guides recommandent de ne pas recourir à la vitesse de sédimentation érythrocytaire dans le cadre d'un dépistage chez des patients asymptomatiques (AMBC, 2024; SIPMeL, 2023; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; RCPA, 2024a). De plus, un de ces documents précise que la vitesse de sédimentation érythrocytaire n'est pas recommandée pour le dépistage des infections (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020), ou de myélome (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020). Un autre guide ne recommande pas non plus le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire chez les femmes enceintes (SOMANZ, 2017).

Aussi, le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire n'est pas recommandé en présence d'un résultat élevé de CRP (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023), notamment dans le contexte de recherche d'inflammation chez les personnes atteintes de maladies non diagnostiquées (ASCP, 2020; AMBC, 2024; SIPMeL, 2023).

Certains guides précisent qu'il n'est pas indiqué d'évaluer la vitesse de sédimentation érythrocytaire :

- lors d'une investigation chez des patients présentant une anémie qui entraîne une augmentation de la vitesse de sédimentation érythrocytaire (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020), ou dans le cadre d'un bilan général chez un patient suspecté d'une affection rhumatologique (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020);
- lors de la surveillance ou d'un suivi de la réponse au traitement antibiotique, en présence d'une amélioration de la condition chez les patients avec une infection (IMSANZ, 2017).

Enfin, un guide du GEFA rapporte que le dosage du fibrinogène devrait être effectué, plutôt que la vitesse de sédimentation érythrocytaire (HAS, 2024) :

- lors d'une investigation d'une artérite à cellules géantes nécessitant l'obtention d'un résultat de marqueur inflammatoire à cinétique lente, par exemple en présence d'un résultat normal de CRP;
- lors d'un suivi d'artérite à cellules géantes.

D'un autre côté, plusieurs des guides retenus relèvent des contextes cliniques particuliers pour lesquels le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire peut être recommandé ou indiqué, notamment :

- pour une investigation :
 - de la polyarthrite rhumatoïde (Katchamart *et al.*, 2017);
 - de l'arthrite psoriasique (Lapadula *et al.*, 2016);
 - du rhumatisme articulaire aigu, en situation d'urgence (Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group), 2022);
 - d'un syndrome vasculitique pédiatrique spécifique (de Graeff *et al.*, 2019);
 - d'infections osseuses et articulaires de bas grade (p. ex. infections de prothèse articulaire précoce, ostéomyélite), en présence d'un résultat normal de CRP, et en association avec d'autres tests cliniques (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023).
- pour l'étayage ou la confirmation d'un diagnostic chez les personnes atteintes de rhumatismes inflammatoires chroniques ou de vasculites comme :
 - la polymyalgia rheumatica (Caylor et Perkins, 2013; Dejaco *et al.*, 2015; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; Salvarani et Muratore, 2024a; Ughi *et al.*, 2020);
 - la polyarthrite rhumatoïde (Bornstein *et al.*, 2014; Caporali *et al.*, 2017), chez les personnes avec de l'arthrite persistante depuis plus de 12 semaines (RCPA, 2024b), ou en présence de signes cliniques pour exclure d'autres types d'arthrite (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022; Daien *et al.*, 2019);
 - l'artérite à cellules géantes (Bienvenu *et al.*, 2016; Caylor et Perkins, 2013; Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; Haaversen *et al.*, 2022; Isobe *et al.*, 2020; Mollan *et al.*, 2020; Raleigh *et al.*, 2022; Salvarani et Muratore, 2024b, 2024c) notamment chez les plus de 50 ans (Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group, 2016);
 - l'artérite de Takayasu (Isobe *et al.*, 2020; Merkel, 2023; Saadoun *et al.*, 2019).
- dans le cadre d'un diagnostic différentiel, si d'autres maladies associées à la fibromyalgie sont suspectées (Ariani *et al.*, 2021).
- pour la surveillance de l'activité d'une maladie ou un suivi médical de rhumatismes inflammatoires chroniques, de vasculites (RCPA, 2024c) (incluant les vasculites des gros vaisseaux (Hellmich *et al.*, 2020), ou de pathologies infectieuses comme :
 - la polymyalgia rheumatica (Caylor et Perkins, 2013; Hellmich *et al.*, 2020; Salvarani et Muratore, 2024a, 2024e; Ughi *et al.*, 2020);

- la polyarthrite rhumatoïde (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022; Bornstein *et al.*, 2014; Caporali *et al.*, 2017; Daien *et al.*, 2019; Katchamart *et al.*, 2017; Taylor et Deleuran, 2024a, 2024b; Vassilopoulos *et al.*, 2020);
 - l'arthrite précoce (Combe *et al.*, 2017);
 - le rhumatisme articulaire aigu (Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group), 2022);
 - l'artérite à cellules géantes (Bienvenu *et al.*, 2016; Haaversen *et al.*, 2022; Hellmich *et al.*, 2020; Isobe *et al.*, 2020; Mackie *et al.*, 2020; Maz *et al.*, 2021; Raleigh *et al.*, 2022; Salvarani et Muratore, 2024d; Turesson *et al.*, 2019);
 - l'artérite de Takayasu (Hellmich *et al.*, 2020; Maz *et al.*, 2021; Saadoun *et al.*, 2019) lors d'une suspicion de rechute (Ughi *et al.*, 2022);
 - l'ostéomyélite (RCPA, 2024a);
 - l'infection des prothèses articulaires (RCPA, 2024a);
 - les infections graves (IMSANZ, 2017).
- pour le suivi des affections rhumatismales ne causant pas systématiquement de changement du taux de CRP, comme un lupus érythémateux disséminé, à la suite d'un résultat normal de CRP, et en association avec d'autres biomarqueurs (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023).
 - pour la gestion de certains effets indésirables immunomédiés chez les patients traités pour un cancer (Brahmer *et al.*, 2018). Les effets indésirables des inhibiteurs de point de contrôle immunitaire rapportés dans ce document, pour lesquels le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire est indiqué, incluent notamment :
 - une arthrite inflammatoire si les symptômes persistent;
 - un syndrome polymyalgique pour le grade 1;
 - une colite de toxicité de grade 2;
 - une myosite;
 - une encéphalite;
 - une myasthénie.

En novembre 2025, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié un rapport d'évaluation à la demande de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (HAS, 2025). Dans ce rapport, la HAS examine la pertinence de prescrire la vitesse de sédimentation érythrocytaire en soin courant, en vue de modifier ses conditions d'inscription à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) voire d'aboutir à sa radiation. La NABM décrit les différents actes biologiques pouvant être réalisés dans le cadre de soins

médicaux en France. La HAS estime que la mesure de la vitesse de la sédimentation érythrocytaire n'a pas démontré d'intérêt médical pour les personnes asymptomatiques et pour les indications médicales suivantes : l'artérite à cellules géantes et/ou la pseudopolyarthrite rhizomélisque (aussi nommée polymyalgia rheumatica), le lupus systémique (aussi nommé lupus érythémateux disséminé), la polyarthrite rhumatoïde, les arthrites juvéniles idiopathiques / la maladie de Still, le lymphome de Hodgkin, et le myélome multiple et autres gammopathies monoclonales dont la gammopathie monoclonale de signification indéterminée (GMSI) (HAS, 2025). Le contexte de la pertinence de l'utilisation de la vitesse de sédimentation érythrocytaire décrit dans ce rapport est différent de celui du Québec. En effet, en 2023, près de 16 millions de tests ont été prescrits (dont 79% par des médecins généralistes) pour une population d'environ 68 millions de personnes (HAS, 2025) contre environ 225 000 tests pour 9 millions de personnes au Québec. Autrement dit, il y a eu, en 2023, près de 10 fois plus de tests de vitesse de sédimentation érythrocytaire par personne en France comparativement au Québec.

En bref, la HAS n'a retenu aucune indication clinique qui justifie la prescription de la vitesse de sédimentation érythrocytaire en soin courant, et recommande le dosage de la CRP comme test de première intention en cas d'inflammation aiguë (HAS, 2025). Les conclusions présentées dans le présent rapport de l'INESSS, qui découlent des constats issus de la littérature internationale et de la consultation de parties prenantes de diverses spécialités, sont plus nuancées et font état d'indications pour des situations cliniques particulières pour lesquelles la vitesse de sédimentation érythrocytaire pourrait s'avérer utile pour étayer ou confirmer un diagnostic, ou pour le suivi clinique, notamment quand le dosage de la CRP présente des limites.

3.2 Informations contextuelles et expérientielles

Documents d'établissements

Plusieurs formulaires de requêtes stipulent des règles de pertinence, des critères d'acceptation ou des justifications avec renseignements cliniques obligatoires pour la vitesse de sédimentation érythrocytaire. Ces documents ne sont pas détaillés ci-bas, mais ils demeurent disponibles sur demande.

Justifications avec renseignements cliniques obligatoires :

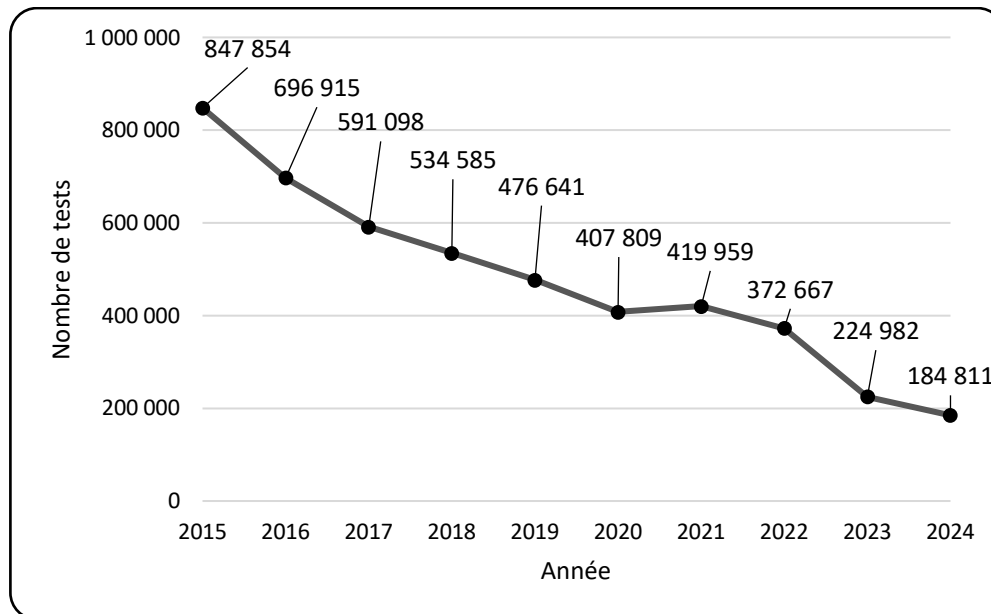
- à préciser dans le formulaire (3 documents);
- artérite temporelle (artérite à cellules géantes) (2 documents), pour le diagnostic et le suivi thérapeutique (2 documents);
- polymyalgia rheumatica (2 documents), pour le diagnostic et le suivi thérapeutique (2 documents);
- arthrite inflammatoire (2 documents), pour le diagnostic et le suivi (2 documents);
- le suivi de certaines vasculites (1 document);

- le suivi de certaines infections profondes comme l'ostéomyélite (2 documents) ou une infection prothétique (1 document);
- anémie (1 document);
- cancer comme un lymphome hodgkinien (1 document).

Coûts, volume d'utilisation et enjeux environnementaux

En 2015, 847 854 tests de la vitesse de sédimentation érythrocytaire ont été effectués dans les laboratoires du Québec, et 184 811 en 2024 ([Figure 1](#)). Le nombre de tests a diminué de 78,2 % au cours de cette période. La valeur pondérée (2024) pour une vitesse de sédimentation érythrocytaire était de 3,40 \$ pour la méthode manuelle, et de 3,00 \$ pour la méthode automatisée. Ces tests représentent un coût d'environ 575 000 \$ pour l'année 2024.

Figure 1 Nombre annuel de tests de la vitesse de sédimentation érythrocytaire entre 2015 et 2024



Ces données incluent les vitesses de sédimentation effectuées par la méthode manuelle, par la méthode automatisée, et par la méthode Wintrobe (disponible jusqu'en 2016).

Les enjeux environnementaux n'ont pas été abordés dans les documents retenus pour documenter l'utilisation judicieuse du test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire. De plus, un survol de la littérature n'a pas permis de repérer de document traitant spécifiquement de l'impact du test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire sur les enjeux environnementaux. Cependant, éviter de prescrire un test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire sans valeur ajoutée pourrait contribuer à optimiser l'utilisation des ressources du système de santé et aussi à diminuer l'empreinte carbone en réduisant l'utilisation de matériel médical, en réduisant la consommation d'énergie et en limitant les déplacements des patients.

Comité consultatif

Un membre du comité consultatif a souligné que lors d'une évaluation chez les personnes avec une suspicion d'artérite à cellules géantes, qui est un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente, un test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire peut être requis en même temps qu'un dosage de la CRP dans le cadre d'une recherche d'inflammation chronique. Selon ce membre, ces informations peuvent être utilisées pour établir un score prédictif servant à la décision d'effectuer une échographie ou une biopsie de l'artère temporale, ou pour exclure le diagnostic.

Un membre du comité consultatif a mentionné l'utilisation d'un test de vitesse de sédimentation érythrocytaire ou le dosage de la CRP pour orienter le traitement pharmacologique de la polyarthrite rhumatoïde. Toutefois, le comité a convenu que cette information n'était pas pertinente pour les objectifs de la fiche, notamment puisque les traitements sont en évolution constante, et que cela pourrait laisser croire que le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire est nécessaire en complément d'un dosage de la CRP. Cette information n'a donc pas été retenue pour la fiche.

Selon le comité consultatif, l'ajout à la fiche des intervalles de répétitions n'est pas pertinent étant donné que :

- 1) la fiche est conçue pour les professionnels de la santé œuvrant en 1^{re} ligne et que le suivi des maladies requérant une vitesse de sédimentation érythrocytaire est fait en soins spécialisés;
- 2) la répétition inappropriée de ce test demeure très rare;
- 3) l'artérite à cellules géantes et la polymyalgia rheumatica sont des maladies rares, et donc que les intervalles de répétition auraient peu d'impact sur leur volumétrie.

Selon le comité consultatif, il est commun d'observer, chez la population pédiatrique, un résultat normal de CRP combiné à un résultat de vitesse de sédimentation érythrocytaire anormal. Un membre a souligné qu'il faudrait préciser que ce test est destiné au diagnostic des pathologies rhumatologiques et des maladies auto-inflammatoires chez l'enfant, sans pour autant dresser une liste exhaustive des conditions cliniques concernées.

Étant donné que les requêtes de vitesse de sédimentation érythrocytaire pour les femmes enceintes sont rares, plusieurs membres du comité ont suggéré de ne pas indiquer la grossesse comme une non-indication, mais plutôt de l'ajouter dans la liste des facteurs pouvant influencer la vitesse de sédimentation érythrocytaire.

Il a été précisé que l'insuffisance rénale fait aussi partie des facteurs pouvant influencer la vitesse de sédimentation érythrocytaire. De plus, le comité consultatif était d'avis de mentionner dans la fiche que la valeur normale de la vitesse de sédimentation érythrocytaire peut varier en fonction de l'âge et du sexe.

S'appuyant sur un document élaboré par Choisir avec soin (AMBC, 2022), un membre du comité consultatif a rapporté que la très grande majorité des différences entre les résultats de la vitesse de sédimentation érythrocytaire, et ceux du dosage de la CRP, est

causée par des résultats faussement positifs de la vitesse de sédimentation érythrocytaire. Cette information a donc été ajoutée à la fiche en tant qu'enjeu de pertinence.

Le comité consultatif a tenu à rappeler que les requêtes non pertinentes de vitesse de sédimentation érythrocytaire génèrent un surcroît de travail considérable, en raison du temps technique requis à la réalisation manuelle de cette analyse.

Selon trois guides publiés en France, le dosage du fibrinogène pourrait constituer une alternative au test de vitesse de sédimentation érythrocytaire comme marqueur d'inflammation à cinétique lente chez les personnes pour lesquelles une artérite à cellules géantes est suspectée. Questionné sur l'applicabilité de ces recommandations, deux membres du comité précisent que, dans le contexte canadien, la vitesse de sédimentation demeure le marqueur d'inflammation indiqué pour cette population.

Lecteurs externes

Un lecteur externe s'interroge sur le fait que le nombre d'indications retenues pour le test de la vitesse de sédimentation érythrocytaire pourrait entraîner une hausse du nombre de requêtes. Cependant, bien que ces indications puissent sembler nombreuses comparativement à celles d'autres tests, les non-indications définies limitent considérablement les situations pour lesquelles le test de la vitesse de sédimentation est pertinent. Par exemple, lorsque la protéine C-réactive (CRP) est élevée, la mesure de la vitesse de sédimentation perd sa pertinence, mais peut s'avérer utile dans certains cas où la CRP est normale.

DISCUSSION

Forces et limites

Les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse qui comprend une recherche de littératures scientifique et grise, une évaluation critique des documents pertinents par deux professionnels scientifiques ainsi qu'une consultation de documents d'établissements et des parties prenantes engagées dans les requêtes d'analyses biomédicales.

Certaines limites inhérentes à la réalisation des présents travaux doivent être reconnues. Les présents travaux reposent sur une méthodologie de revue rapide de la littérature qui est soumise à certaines limites et certains biais. Les guides retenus sont également de qualité méthodologique variable (très faible, faible, modérée ou bonne) et certaines recommandations incluses sont basées sur de faibles niveaux de preuves (positions d'experts). Certains des énoncés ont été tirés de guides qui présentent des recommandations non gradées. Les informations présentées dans les fiches s'appliquent à la pratique médicale courante et ont pour objectif de promouvoir l'utilisation judicieuse des analyses biomédicales, elles pourraient donc ne pas convenir à certaines situations cliniques particulières. De plus, la liste des indications mentionnées pourrait ne pas être exhaustive.

Enjeux et stratégies de mise en œuvre spécifiques des recommandations

Les changements de pratique qui pourraient découler de ces travaux dépendront de :

- la diffusion de la fiche associée à ce rapport;
- l'appropriation de l'information clinique et des recommandations par les établissements et les professionnels de la santé concernés.

Différentes stratégies pourraient favoriser une utilisation judicieuse de la vitesse de sédimentation érythrocytaire, telles que la mise en place de règles de pertinence et de rappels intégrés à un système de requêtes électroniques (AMBC, 2022). Enfin, l'harmonisation des pratiques pourrait favoriser la mise en place de règles de pertinence basées sur les meilleures pratiques internationales.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La vitesse de sédimentation érythrocytaire est un test généralement utilisé chez les patients pour l'évaluation et le suivi de pathologies rhumatologiques ou de maladies telles que les vasculites. Sa pertinence peut varier selon les contextes cliniques à cause des nombreux facteurs qui peuvent en influencer le résultat, de son manque de spécificité et de sensibilité, et de l'importante charge de travail qu'implique sa réalisation.

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les recommandations suivantes ont été formulées pour une utilisation judicieuse de la vitesse de sédimentation érythrocytaire :

Non-indications

La vitesse de sédimentation érythrocytaire **n'est pas indiquée** :

- lors d'un dépistage :
 - d'inflammation chez des personnes asymptomatiques,
 - général de maladies (p. ex. infection ou myélome);
- pour vérifier la présence d'inflammation chez les personnes présentant des conditions médicales non diagnostiquées;
- lors d'un bilan général chez les patients avec une suspicion de condition rhumatologique;
- en présence d'**un taux élevé de protéine C-réactive (CRP)**.

Indications

La vitesse de sédimentation érythrocytaire **peut être indiquée** pour l'étayage ou la confirmation d'un diagnostic, ou le suivi :

- de rhumatismes inflammatoires chroniques comme la polymyalgia rheumatica, la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite psoriasique, l'arthrite précoce, ou un rhumatisme articulaire aigu;
- de vasculites comme l'artérite à cellules géantes ou l'artérite de Takayasu;
- d'affections rhumatismales ne causant pas systématiquement de changement du taux de CRP (p. ex. lupus érythémateux disséminé), à la suite d'un résultat normal de dosage de CRP;
- de pathologies infectieuses comme des infections osseuses ou ostéoarticulaires (p. ex. ostéomyélite ou infection prothétique), sauf en présence d'une amélioration de la condition des patients traités aux antibiotiques;
- de certains effets indésirables immunomédiés chez les patients traités pour un cancer.

RÉFÉRENCES

- American Society for Clinical Pathology. (2020, 1^{er} septembre). *Thirty Five Things Physicians and Patients Should Question*. Choisir avec soin. https://www.ascp.org/content/docs/default-source/get-involved-pdfs/istp_choosingwisely/ascp-35-things-list_2020_final.pdf?srsId=AfmBOoouq5juqEcznCT9edusZStoWg7tZn74wQHj6JhJHLoh0pDwFvl-
- Ariani, A., Bazzichi, L., Sarzi-Puttini, P., Salaffi, F., Manara, M., Prevete, I., Bortoluzzi, A., Carrara, G., Scirè, C. A., Ughi, N. et Parisi, S. (2021). The Italian Society for Rheumatology clinical practice guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia Best practices based on current scientific evidence. *Reumatismo*, 73(2), 89-105. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2021.1362>
- Association des médecins biochimistes du Canada. (2022). *Lab test: erythrocyte sedimentation rate (esr)*. Choosing wisely Canada. <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2022/10/ESR.pdf>
- Association des médecins biochimistes du Canada. (2024, Mai). *Biochimie médicale : Huit interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger*. Choisir avec soin. <https://choisiravecsoin.org/recommandation/biochimie-medicale/>
- BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee. (2022, 6 décembre). *Rheumatoid Arthritis - Diagnosis, Management and Monitoring*. British Columbia Ministry of Health. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/rheumatoid-arthritis>
- BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee. (2023, 24 août). *C-Reactive Protein and Erythrocyte Sedimentation Rate Testing*. British Columbia Ministry of Health. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/esr>
- Bienvenu, B., Ly, K. H., Lambert, M., Agard, C., Andre, M., Benhamou, Y., Bonnotte, B., de Boysson, H., Espitia, O., Fau, G., Fauchais, A. L., Galateau-Salle, F., Haroche, J., Heron, E., Lapebie, F. X., Liozon, E., Luong Nguyen, L. B., Magnant, J., Manrique, A., . . . Mahr, A. (2016). Management of giant cell arteritis: Recommendations of the French Study Group for Large Vessel Vasculitis (GEFA). *Revue de Medecine Interne*, 37(3), 154-165. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2015.12.015>
- Bornstein, C., Craig, M. et Tin, D. (2014). Practice guidelines for pharmacists: The pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *Canadian Pharmacists Journal*, 147(2), 97-109. <https://doi.org/10.1177/1715163514521377>
- Brahmer, J. R., Lacchetti, C., Schneider, B. J., Atkins, M. B., Brassil, K. J., Caterino, J. M., Chau, I., Ernstoff, M. S., Gardner, J. M., Ginex, P., Hallmeyer, S., Chakrabarty, J. H., Leighl, N. B., Mammen, J. S., McDermott, D. F., Naing, A., Nastoupil, L. J., Phillips, T., Porter, L. D., . . . Thompson, J. A. (2018). Management of immune-related adverse events in patients treated with immune

checkpoint inhibitor therapy: American society of clinical oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 36(17), 1714-1768.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.6385>

Caporali, R., Carletto, A., Conti, F., D'Angelo, S., Foti, R., Gremese, E., Govoni, M., Iannone, F., Pellerito, R. et Sinigaglia, L. (2017). Using a modified Delphi process to establish clinical consensus for the diagnosis, risk assessment and abatacept treatment in patients with aggressive rheumatoid arthritis. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 35(5), 772-776.

<https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=11452>

Caylor, T. L. et Perkins, A. (2013). Recognition and management of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *American Family Physician*, 88(10), 676-684.

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/1115/p676.html>

Combe, B., Landewe, R., Daien, C. I., Hua, C., Aletaha, D., Alvaro-Gracia, J. M., Bakkers, M., Brodin, N., Burmester, G. R., Codreanu, C., Conway, R., Dougados, M., Emery, P., Ferraccioli, G., Fonseca, J., Raza, K., Silva-Fernandez, L., Smolen, J. S., Skingle, D., . . . Van Vollenhoven, R. (2017). 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(6), 948-959. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210602>

Coventry and Warwickshire Integrated Care Board. (2020). *ESR*.

<https://www.coventryrugbygateway.nhs.uk/pages/esr/>

Daien, C., Hua, C., Gaujoux-Viala, C., Cantagrel, A., Dubremetz, M., Dougados, M., Fautrel, B., Mariette, X., Nayral, N., Richez, C., Saraux, A., Thibaud, G., Wendling, D., Gossec, L. et Combe, B. (2019). Update of French society for rheumatology recommendations for managing rheumatoid arthritis. *Joint, Bone, Spine: Revue du Rhumatisme*, 86(2), 135-150.

<https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.10.002>

de Boysson, H., Devauchelle-Pensec, V., Agard, C., André, M., Bienvenu, B., Bonnotte, B., Carvajal, G., Espitia, O., Hachulla, E., Heron, E., Lambert, M., Lega, J., Ly, K., Mekinian, A., Morel, J., Regent, A., Richez, C., Sailler, L., Seror, R., . . . et coll. (2024). *Artérite à Cellules Géantes (Horton)*. Haute Autorité de Santé.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2789359/fr/arterite-a-cellules-geantes-horton

de Graeff, N., Groot, N., Brogan, P., Ozen, S., Avcin, T., Bader-Meunier, B., Dolezalova, P., Feldman, B. M., Kone-Paut, I., Lahdenne, P., Marks, S. D., McCann, L., Pilkington, C., Ravelli, A., van Royen, A., Uziel, Y., Vastert, B., Wulffraat, N., Kamphuis, S. et Beresford, M. W. (2019). European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of rare paediatric vasculitides - the SHARE initiative. *Rheumatology*, 58(4), 656-671.

<https://doi.org/10.1093/rheumatology/key322>

Dejaco, C., Singh, Y. P., Perel, P., Hutchings, A., Camellino, D., Mackie, S., Abril, A., Bachta, A., Balint, P., Barraclough, K., Bianconi, L., Buttgereit, F., Carsons, S., Ching, D., Cid, M., Cimmino, M., Diamantopoulos, A., Docken, W., Duftner, C., . . . Dasgupta, B. (2015). 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American

- College of Rheumatology collaborative initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(10), 1799-1807. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-207492>
- Haaversen, A. B., Brekke, L. K., Bakland, G., Rodevand, E., Myklebust, G. et Diamantopoulos, A. P. (2022). Norwegian society of rheumatology recommendations on diagnosis and treatment of patients with giant cell arteritis. *Frontiers in Medicine*, 9, 1082604. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1082604>
- Haute Autorité de Santé. (2025, 13 novembre). *Pertinence de prescrire la vitesse de sédimentation (VS) – Reste-t-il des indications à la VS ?* https://www.has-sante.fr/jcms/p_3609754/en/pertinence-de-prescrire-la-vitesse-de-sedimentation-vs-reste-t-il-des-indications-a-la-vs-rapport-d-evaluation
- Hellmich, B., Agueda, A., Monti, S., Buttgereit, F., de Boysson, H., Brouwer, E., Cassie, R., Cid, M. C., Dasgupta, B., Dejaco, C., Hatemi, G., Hollinger, N., Mahr, A., Mollan, S. P., Mukhtyar, C., Ponte, C., Salvarani, C., Sivakumar, R., Tian, X., . . . Luqmani, R. A. (2020). 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79(1), 19-30. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215672>
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Surveillance de la polyarthrite rhumatoïde au Québec : prévalence, incidence et mortalité*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2328_surveillance_polyarthrite_rhumatoide.pdf
- Internal Medicine Society of Australia and New Zealand. (2017, 25 September). *Recommendations - Internal Medicine Society of Australia and New Zealand. Choosing Wisely Australia*. <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/imsanz2>
- Isobe, M., Amano, K., Arimura, Y., Ishizu, A., Ito, S., Kaname, S., Kobayashi, S., Komagata, Y., Komuro, I., Komori, K., Takahashi, K., Tanemoto, K., Hasegawa, H., Harigai, M., Fujimoto, S., Miyazaki, T., Miyata, T., Yamada, H., Yoshida, A., . . . Momomura, S. I. (2020). JCS 2017 Guideline on Management of Vasculitis Syndrome - Digest Version. *Circulation Journal*, 84(2), 299-359. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0773>
- Italian Society for Clinical Pathology and Laboratory Medicine. (2023, September). *Five Recommendations from SIPMeL*
- Italian Society of Clinical Pathology and Laboratory Medicine- 2nd List. Choosing Wisely Italia*. <https://choosingwiselyitaly.org/wp-content/uploads/2023/11/Scheda-SIPMeL-2023-english.pdf>
- Katchamart, W., Narongroeknawin, P., Chevairakul, P., Dechanuwong, P., Mahakkanukrauh, A., Kasitanon, N., Pakchotanon, R., Sumethkul, K., Ueareewongsa, P., Ukritchon, S., Bhurihirun, T., Duangkum, K., Intapiboon, P., Intongkam, S., Jangsombatsiri, W., Jatuworapruk, K., Kositpesat, N., Leungroongroj, P., Lomarat, W., . . . Kitumnuaypong, T. (2017). Evidence-based recommendations for the diagnosis and management of rheumatoid arthritis for non-rheumatologists: Integrating systematic literature research and expert opinion of the Thai Rheumatism Association. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 20(9), 1142-1165. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.12905>

- Lapadula, G., Marchesoni, A., Salaffi, F., Ramonda, R., Salvarani, C., Punzi, L., Costa, L., Caso, F., Simone, D., Baiocchi, G., Scioscia, C., Di Carlo, M., Scarpa, R. et Ferraccioli, G. (2016). Evidence-based algorithm for diagnosis and assessment in psoriatic arthritis: results by Italian DELphi in psoriatic Arthritis (IDEA). *Reumatismo*, 68(3), 126-136. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2016.913>
- Mackie, S. L., Dejaco, C., Appenzeller, S., Camellino, D., Duftner, C., Gonzalez-Chiappe, S., Mahr, A., Mukhtyar, C., Reynolds, G., de Souza, A. W. S., Brouwer, E., Bukhari, M., Buttgereit, F., Byrne, D., Cid, M. C., Cimmino, M., Direskeneli, H., Gilbert, K., Kermani, T. A., . . . Dasgupta, B. (2020). British Society for Rheumatology guideline on diagnosis and treatment of giant cell arteritis. *Rheumatology*, 59(3), e1-e23. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez672>
- Maz, M., Chung, S. A., Abril, A., Langford, C. A., Gorelik, M., Guyatt, G., Archer, A. M., Conn, D. L., Full, K. A., Grayson, P. C., Ibarra, M. F., Imundo, L. F., Kim, S., Merkel, P. A., Rhee, R. L., Seo, P., Stone, J. H., Sule, S., Sundel, R. P., . . . Mustafa, R. A. (2021). 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Giant Cell Arteritis and Takayasu Arteritis. *Arthritis & Rheumatology*, 73(8), 1349-1365. <https://doi.org/10.1002/art.41774>
- Merkel, P. A. (2023, 25 juillet). *Clinical features and diagnosis of Takayasu arteritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-takayasu-arteritis>
- Mollan, S. P., Paemeleire, K., Versijpt, J., Luqmani, R. et Sinclair, A. J. (2020). European Headache Federation recommendations for neurologists managing giant cell arteritis. *Journal of Headache & Pain*, 21(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01093-7>
- NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board. (2020). *ESR*. <https://www.coventryrugbygateway.nhs.uk/pages/esr/>
- Raleigh, M. F., Stoddard, J. et Darrow, H. J. (2022). Polymyalgia Rheumatica and Giant Cell Arteritis: Rapid Evidence Review. *American Family Physician*, 106(4), 420-426. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1000/polymyalgia-rheumatica-giant-cell-arteritis.html>
- Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group). (2022). *The 2020 Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (3.2 edition, March 2022)*. https://www.rhdaustralia.org.au/system/files/fileuploads/arf_rhd_guidelines_3.2_edition_march_2022.pdf
- Saadoun, D., Bura-Rivière, A., Comarmond, C., Lambert, M., Redheuil, A., Mirault, T. et coll. (2019). *Artérite de Takayasu*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148994/fr/arterite-de-takayasu
- Salvarani, C. et Muratore, F. (2024a). *Clinical manifestations and diagnosis of polymyalgia rheumatica*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polymyalgia-rheumatica>

- Salvarani, C. et Muratore, F. (2024b). *Clinical manifestations of giant cell arteritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-giant-cell-arteritis>
- Salvarani, C. et Muratore, F. (2024c). *Diagnosis of giant cell arteritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-giant-cell-arteritis>
- Salvarani, C. et Muratore, F. (2024d). *Treatment of giant cell arteritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-giant-cell-arteritis>
- Salvarani, C. et Muratore, F. (2024e). *Treatment of polymyalgia rheumatica*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-polymyalgia-rheumatica>
- Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ). (2017, 25 September 2017). *Choosing Wisely Australia Recommendations - Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand*. <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/somanz4>
- Taylor, P. C. et Deleuran, B. (2024a). *Biologic markers in the assessment of rheumatoid arthritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/biologic-markers-in-the-assessment-of-rheumatoid-arthritis>
- Taylor, P. C. et Deleuran, B. (2024b). *Investigational biologic markers in the diagnosis and assessment of rheumatoid arthritis*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/investigational-biologic-markers-in-the-diagnosis-and-assessment-of-rheumatoid-arthritis>
- The Royal College of Pathologists of Australasia. (2024a, 2 janvier). *Erythrocyte Sedimentation Rate*. <https://www.rcpa.edu.au/Manuals/RCPA-Manual/Pathology-Tests/E/Erythrocyte-sedimentation-rate>
- The Royal College of Pathologists of Australasia. (2024b, 2 janvier). *Rheumatoid Arthritis*. <https://www.rcpa.edu.au/Manuals/RCPA-Manual/Clinical-Presentations-and-Diagnoses/R/Rheumatoid-arthritis>
- The Royal College of Pathologists of Australasia. (2024c, 2 janvier). *Vasculitis*. <https://www.rcpa.edu.au/Manuals/RCPA-Manual/Clinical-Presentations-and-Diagnoses/V/Vasculitis>
- Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. (2016, Septembre). *Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition*. Institute of Health Economics. <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065>.
- Turesson, C., Borjesson, O., Larsson, K., Mohammad, A. J. et Knight, A. (2019). Swedish Society of Rheumatology 2018 guidelines for investigation, treatment, and follow-up of giant cell arteritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 48(4), 259-265. <https://doi.org/10.1080/03009742.2019.1571223>
- Ughi, N., Padoan, R., Crotti, C., Sciascia, S., Carrara, G., Zanetti, A., Rozza, D., Monti, S., Camellino, D., Muratore, F., Emmi, G., Quartuccio, L., Morbelli, S., El Aoufy, K., Tonolo, S., Caporali, R., De Vita, S., Salvarani, C. et Cimmino, M. A. (2022). The Italian Society of Rheumatology clinical practice guidelines for the management of large vessel vasculitis. *Reumatismo*, 73(4), 07. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2021.1470>

Ughi, N., Sebastiani, G. D., Gerli, R., Salvarani, C., Parisi, S., Ariani, A., Prevete, I., Manara, M., Rumi, F., Scire, C. A. et Bortoluzzi, A. (2020). The Italian Society of Rheumatology clinical practice guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. *Reumatismo*, 72(1), 1-15.

<https://doi.org/10.4081/reumatismo.2020.1268>

Vassilopoulos, D., Aslanidis, S., Boumpas, D., Kitas, G., Nikas, S. N., Patrikos, D., Sfikakis, P. P. et Sidiropoulos, P. (2020). Updated Greek Rheumatology Society Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. *Mediterranean Journal of Rheumatology*, 31(Suppl 1), 163-171. <https://doi.org/10.31138/mjr.31.1.163>

ANNEXE A

Stratégie de repérage de l'information scientifique

MEDLINE (Ovid)	
Segment : ALL 1946 to June 11 2024	
Date du repérage : 12 juin 2024	
Limites : 2013- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	Giant Cell Arteritis/di
2	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).ti, bt
3	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).ab/freq=2
4	Takayasu Arteritis/di
5	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).ti, bt
6	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).ab/freq=2
7	Vasculitis/di
8	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).ti, bt
9	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).ab/freq=2
10	Polymyalgia Rheumatica/di
11	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).ti, bt
12	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).ab/freq=2
13	Arthritis, Rheumatoid/di
14	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthritis).ti, bt.
15	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthritis).ab/freq=2
16	Arthritis, Psoriatic/di
17	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*).ti, bt
18	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*).ab/freq=2
19	OR/1-18
20	Consensus/ OR exp Consensus Development Conference/ OR exp Consensus Development Conferences as Topic/ OR exp Guideline/ OR exp Guidelines as Topic/ OR (guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH).pt. OR ((algorithm* AND (assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing OR examination OR screening OR test OR tested OR testing)) OR best practice* OR (care ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR map OR maps OR plan OR plans)) OR CPG OR CPGs OR consensus* OR ((critical OR clinical OR practice) ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR recommendat* OR standard?).ti, bt OR (guideline* OR standard? OR consensus* OR recommendat*).au. OR (systematic review.ti, pt, kf, sh. AND (practice guideline* OR clinical guideline* OR guideline recommendation*).ti, bt, ab, kf.)
21	(assess* OR diagnos* OR evaluat* OR examinat* OR manag* OR measur* OR screen* OR test* OR treat*).ti, bt
22	19 AND 20 AND 21
23	Blood Sedimentation/
24	(blood sedimentation* OR erythrocyte sedimentation rate*).ti, bt, ab, kf
25	23 OR 24
26	(diagnos* OR test*).ti, bt, ab, kf
27	19 AND 25 AND 26
28	22 OR 27

29	(Comment OR Congress OR Editorial OR Letter).pt OR Case Report/ OR Interview/ OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editor* OR interview OR letter OR replies OR reply).ti
30	exp Animals/ OR exp Animal Experimentation/ OR exp Animal Experiment/ OR exp Models Animal/ OR exp Vertebrates/ OR (animal* OR canine* OR cat OR cats OR cow OR cows OR dog OR dogs OR drosophila* OR feline* OR goat* OR hamster* OR horse* OR lamb? OR macaque* OR mice OR mouse OR monkey? OR murine* OR pig OR pigs OR piglet* OR porcin* OR rabbit* OR rat OR rats OR rodent* OR sheep* OR zebrafish* OR veterinar*).ti
31	exp Humans/ OR exp Human Experimentation/ OR (human* OR patient*).ti
32	30 NOT 31
33	28 NOT (29 OR 32)

Embase (Ovid)	
Segment : 1974 to 2024 June 11	
Date du repérage : 12 juin 2024	
Limites : 2013- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	Giant Cell Arteritis/di
2	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).ti, bt
3	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).ab/freq=2
4	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).ti, bt
5	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).ab/freq=2
6	Vasculitis/di
7	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).ti, bt
8	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).ab/freq=2
9	Rheumatic Polymyalgia/di
10	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).ti, bt
11	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).ab/freq=2
12	Rheumatoid Arthritis/di
13	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthritis).ti, bt.
14	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthritis).ab/freq=2
15	Psoriatic Arthritis/di
16	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*)).ti, bt
17	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*)).ab/freq=2
18	OR/1-17
19	Clinical Decision Rule/ OR Consensus/ OR Health Care Planning/ OR exp Practice Guideline/ OR ((algorithm* AND (assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing OR examination OR screening OR test OR tested OR testing)) OR best practice* OR (care ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR map OR maps OR plan OR plans)) OR CPG OR CPGs OR consensus* OR ((critical OR clinical OR practice) ADJ2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)) OR guideline* OR guide line* OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR recommendat* OR standard?).ti, bt OR (guideline* OR standard? OR consensus* OR recommendat*).au, co. OR (systematic review.ti, pt, kf, sh. AND (practice guideline* OR clinical guideline* OR guideline recommendation*).ti, bt, ab, kf.)
20	(assess* OR diagnos* OR evaluat* OR examinat* OR manag* OR measur* OR screen* OR test* OR treat*).ti, bt
21	18 AND 19 AND 20
22	*Erythrocyte Sedimentation Rate/
23	(blood sedimentation* OR erythrocyte sedimentation rate*).ti, bt, ab
24	22 OR 23

25	(diagnos* OR test*).ti,bt,ab,kf
26	18 AND 24 AND 25
27	21 OR 26
28	(Conference OR Conference Abstract OR Conference Paper OR "Conference Review" OR Editorial OR Letter).pt OR Case Report/ OR Interview/ OR (case report* OR case stud* OR comment* OR editor* OR interview OR letter OR replies OR reply).ti
29	exp Animals/ OR exp Animal Experiment/ OR exp Animal Model OR Nonhuman/ OR exp Vertebrate/ OR (animal* OR baboon? OR boar OR boars OR calf OR calves OR canine* OR cat OR cats OR cattle? OR cow OR cows OR dog OR dogs OR drosophila* OR feline* OR goat? OR gorilla? OR guineapig? OR hamster* OR horse? OR lamb? OR macaque* OR mice OR mouse OR monkey? OR murine* OR orangutan? OR pig OR pigs OR piglet* OR porcin* OR rabbit* OR rat OR rats OR rodent* OR sheep* OR veterinar* OR zebrafish*).ti
30	exp Human/ OR exp Human Experiment/ OR (human* OR patient*).ti
31	29 NOT 30
32	27 NOT (28 OR 31)

EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (Ovid)	
Segment : 2005 to June 12, 2024	
Date du repérage : 12 juin 2024	
Limites : 2013- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).ti,ab,kw
2	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).ti,ab,kw
3	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).ti,ab,kw
4	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).ti,ab,kw
5	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthriti).ti,ab,kw
6	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*)).ti,ab,kw
7	OR/1-6
8	(blood sedimentation* OR erythrocyte sedimentation rate*).ti,bt,ab
9	7 AND 8

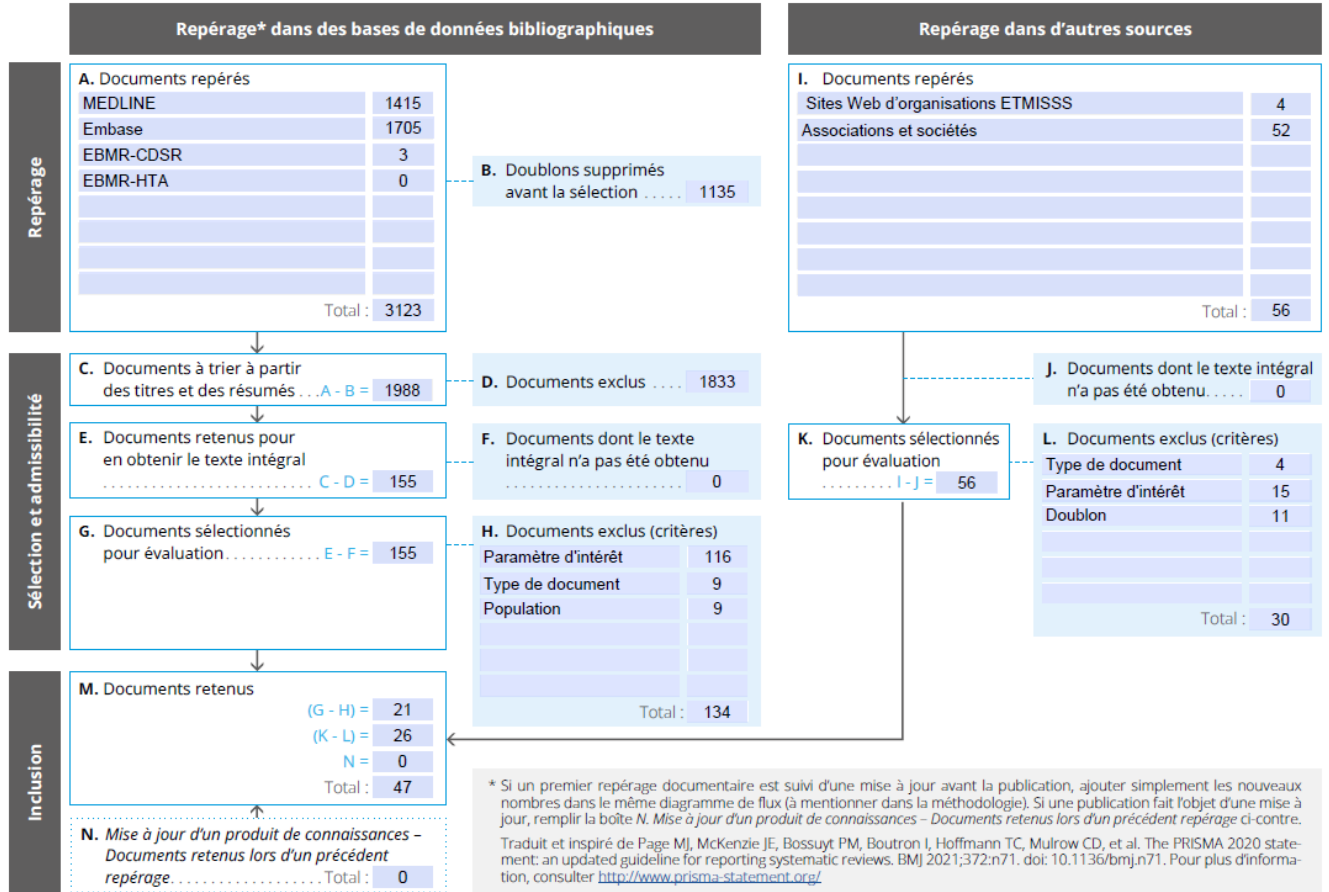
EBM Reviews – Health Technology Assessment (Ovid)	
Segment : 4 th Quarter 2016	
Date du repérage : 12 juin 2024	
Limites : 2013- ; anglais, français	
#	Requêtes
1	Giant Cell Arteritis/
2	((((cranial OR giant cell OR temporal) ADJ2 (aortitis* OR arteri?ti*)) OR GCA OR (horton* ADJ (arteri?ti* OR disease* OR disorder* OR syndrome*))).tw
3	Takayasu Arteritis/
4	((((aortitis* OR pulseless) ADJ (disease* OR syndrome*)) OR (takayasu* ADJ2 (arter?itis OR disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR (young female ADJ arteri?tis*)).tw
5	Vasculitis/
6	(angi?tides OR ang?itis OR vasculitides OR vasculitis).tw
7	Polymyalgia Rheumatica/
8	((forestier certonciny ADJ (disease* OR disorder* OR syndrome*)) OR ((poly myalgia* OR polymyalgia*) ADJ (arteritica* OR rheumatica*)) OR (rhizomelic* ADJ (pseudo poly arthriti* OR pseudo polyarthriti* OR pseudopolyarthriti* OR rheumatism*)) OR rheumatic myalgia*).tw
9	Arthritis, Rheumatoid/
10	((inflammatory OR rheumatoid OR rheumatic) ADJ arthriti).tw
11	Arthritis, Psoriatic/
12	((arthriti* OR arthropathi* OR poly arthriti* OR polyarthriti* OR rheumat*) ADJ2 (psoriasis OR psoriatic*)).tw

13	OR/1-12
14	Blood Sedimentation/
15	(blood sedimentation* OR erythrocyte sedimentation rate*).ti, bt, ab, kf
16	14 OR 15
17	13 AND 16

ANNEXE B

Sélection des études

Figure B-1 Diagramme de flux



ANNEXE C

Recommandations/indications issues des documents et constats

Tableau C-1 Liste des recommandations/indications issues des documents et constats

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
Utilité clinique							
1	<p>Saadoun et al. HAS 2025 (HAS, 2025) (France)</p>	<p>AGREE II : Modérée (73%)</p>	<p>À l'issue de cette évaluation avec des données (publiées, positions d'experts et points de vue des parties prenantes) exclusivement ou quasi-exclusivement selon les situations, en défaveur de son utilisation, les conclusions concernant l'intérêt médical de la mesure de la vitesse de sédimentation dans le cadre du soin courant sont les suivantes : La mesure de la vitesse de sédimentation n'a pas démontré d'intérêt médical dans les indications résiduelles évaluées : –dans le cadre des examens de biologie médicale prescrits à l'issue d'une consultation de routine d'un patient asymptomatique en médecine générale ; –ni dans les autres indications résiduelles évaluées : •l'artérite à cellules géantes (ACG) et/ou la pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) •le lupus systémique •la polyarthrite rhumatoïde (PR) •les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) / la maladie de Still; •le lymphome de Hodgkin •le myélome multiple et autres gammopathies monoclonales dont le MGUS. Elle n'a donc plus lieu d'être prescrite en soin courant, quelle que soit la situation clinique pour orienter le diagnostic, le pronostic ou pour le suivi des patients, compte tenu : –de ses nombreux inconvénients –et de l'existence de plusieurs autres examens plus performants, en plus de la clinique (autres marqueurs biologiques inflammatoires, examens d'imagerie).</p>	✗			<p>La vitesse de sédimentation n'est pas indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> en présence d'un résultat élevé de protéine C-réactive (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023). pour la détection d'inflammation chez les personnes atteintes de maladies non diagnostiquées (ASCP, 2020; AMBC, 2024; SIPMeL, 2023) chez les femmes enceintes (SOMANZ, 2017). en soin courant quelle que soit la situation clinique (HAS, 2025). <p><u>Pour un dépistage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> chez des patients asymptomatiques (AMBC,

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
2	De Boysson et al. HAS 2024 (HAS, 2024) (France)	AGREE II : Modérée (66 %)	Quelle que soit la présentation clinico-radiologique initiale de l'artérite à cellules géantes (ACG), il existe de manière quasi constante un syndrome inflammatoire biologique attesté par une augmentation de la CRP. La mesure de la vitesse de sédimentation (VS) est aujourd'hui délaissée au profit d'autres marqueurs plus spécifiques du syndrome inflammatoire comme le fibrinogène.		✗	Nd	2024; SIPMeL, 2023; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; RCPA, 2024a) <ul style="list-style-type: none"> des infections (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020) de myélome (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020) <u>Lors d'une évaluation :</u> <ul style="list-style-type: none"> chez des patients présentant une anémie qui entraîne une augmentation de la VS (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020) dans le cadre d'un bilan général chez un patient suspecté d'une affection rhumatologique (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020) <u>Pour un suivi :</u> <ul style="list-style-type: none"> de réponse au traitement antibiotique en présence d'une amélioration de la condition du patient chez les patients avec une infection (IMSANZ, 2017). <u>Le dosage du fibrinogène devrait être effectué plutôt que la VS (HAS, 2024) :</u>
			<u>ACG – Signes biologiques :</u> Il est d'usage de doser à la fois la CRP en tant que marqueur inflammatoire de cinétique rapide, et au moins un marqueur de cinétique lente, comme le fibrinogène ou la vitesse de sédimentation (VS). Nous recommandons d'utiliser le fibrinogène plutôt que la VS, cette dernière pouvant varier en fonction de paramètres indépendants du syndrome inflammatoire (hypergammaglobulinémie polyclonale ou monoclonale et anémie notamment).	✗		Nd	
			<u>ACG :</u> Au diagnostic, la CRP seule est nécessaire. D'autres paramètres inflammatoires peuvent être explorés si la CRP est normale ou quasi-normale.		✓	Nd	
			<u>ACG :</u> Pour le suivi, il est recommandé de doser la CRP et un marqueur de cinétique lente (comme le fibrinogène).	✓		Nd	
			Le blocage de la signalisation de l'IL-6 conduit à une normalisation rapide des paramètres inflammatoires biologiques (CRP, VS, fibrinogène, haptoglobine...) les rendant ininterprétables pour le suivi de l'ACG et la détection des événements infectieux.		✗	Nd	
3	Choisir avec soin 2024b (AMBC, 2024) (Canada)	AGREE II : Faible (49 %)	Ne demandez pas de vitesse de sédimentation des érythrocytes (VS) pour un dépistage chez les patients asymptomatiques, ou comme analyse générale pour vérifier l'inflammation chez des patients dont le diagnostic n'est pas établi. La VS est un marqueur non spécifique de l'inflammation qui subit l'influence de plusieurs facteurs, dont l'anémie, la grossesse et le tabagisme. Le dosage de la protéine C réactive (CRP) est moins coûteux, plus sensible, et reflète plus spécifiquement la phase aiguë de l'inflammation; elle devrait donc être utilisée à cette fin. Au cours des 24 premières heures d'un processus pathologique, la CRP sera élevée, tandis que la VS pourrait être normale. Si on élimine la source de l'inflammation, la CRP se normalisera en une journée environ, tandis que la VS demeurera élevée pendant des jours. Seule la CRP devrait être utilisée comme mesure d'une inflammation systémique.	✗		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT	
				R	É	FORCE		
4	RCPA 2024a (RCPA, 2024a) (Australie)	AGREE II : Très faible (23 %)	Application : • La VS ne doit pas être utilisé pour dépister la présence d'une maladie chez les patients asymptomatiques.	✗		Nd	<ul style="list-style-type: none"> lors d'une investigation d'une artérite à cellules géantes nécessitant l'obtention d'un résultat de marqueur inflammatoire à cinétique lente, par exemple en présence d'un résultat normal de CRP ; lors d'un suivi d'une artérite à cellules géantes. <p>La vitesse de sédimentation peut être indiquée : <u>Pour une investigation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> de la polyarthrite rhumatoïde (Katchamart <i>et al.</i>, 2017) de l'arthrite psoriasique (Lapadula <i>et al.</i>, 2016); du rhumatisme articulaire aigu, en situation d'urgence (Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group), 2022); d'un syndrome vasculitique pédiatrique spécifique (de Graeff <i>et al.</i>, 2019); d'infections osseuses et articulaires de bas grade (p. ex. infections de prothèse articulaire précoce, ostéomyélite), en présence d'un résultat normal de CRP, et en association avec d'autres tests cliniques (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023); 	
			Application : • Suivi de l'ostéomyélite et de l'infection des prothèses articulaires, et d'autres affections inflammatoires/infectieuses.	✓		Nd		
5	RCPA 2024b (RCPA, 2024b) (Australie)	AGREE II : Très faible (20 %)	Le diagnostic d'arthrite rhumatoïde repose sur l'évaluation clinique d'une polyarthrite persistante depuis plus de 12 semaines et l'imagerie. Formule sanguine complète (FSC), CRP, VS pour confirmer le diagnostic d'arthrite inflammatoire		✓	Nd		
6	RCPA 2024c (RCPA, 2024c) (Australie)	AGREE II : Très faible (20 %)	Vasculite : L'activité de la maladie est évaluée par la CRP, la VS, occasionnellement le complément C3 et le complément C4.		✓	Nd		
7	Salvarani UpToDate 2024a (Salvarani et Muratore, 2024a) (États-Unis)	AGREE II : Modérée (57 %)	Polymyalgia Rheumatica (PMR) : Résultats de laboratoire - Les réactifs de la phase aiguë sont élevés chez pratiquement tous les patients atteints de PMR. Les études comparatives sur la valeur diagnostique de la VS et de la CRP sont peu nombreuses, mais dans l'expérience clinique, la CRP est un indice d'inflammation plus utile.			✗		Nd
			Examens de laboratoire - Les examens de laboratoire doivent comprendre une FSC, un décompte plaquettaire, une VS et des taux de CRP.	✓		Nd		
8	Salvarani UpToDate 2024b (Salvarani et Muratore, 2024b) (États-Unis)	AGREE II : Modérée (56 %)	Les résultats de laboratoire utiles dans l'évaluation de l'ACG comprennent les tests hématologiques de routine, certaines analyses biochimiques sanguines, la VS et la CRP.		✓	Nd		
9	Salvarani UpToDate 2024c (Salvarani et Muratore, 2024c) (États-Unis)	AGREE II : Modérée (56 %)	Quand suspecter une artérite à cellules géantes (ACG)- Le diagnostic l'ACG doit être envisagé chez un patient de plus de 50 ans qui présente un ou plusieurs des symptômes ou signes suivants, en particulier dans le cadre d'une VS et/ou d'une CRP élevées : - Nouvelle céphalée ou changement des caractéristiques d'une céphalée préexistante - Apparition soudaine de troubles visuels, en particulier une perte visuelle monoculaire transitoire/permanente		✓	Nd		

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			<p>- Claudication de la mâchoire</p> <p>- Fièvre inexpliquée ou autres symptômes et signes constitutionnels</p> <p>- Signes/symptômes d'anomalies vasculaires (par exemple, claudication des membres; pressions sanguines asymétriques; pouls radial anormal; ecchymoses vasculaires; anomalies de l'artère temporale telles que sensibilité à la palpation, diminution de l'amplitude du pouls et présence de nodules).</p>				<p><u>Pour l'étayage d'un diagnostic ou une de rhumatismes inflammatoires chroniques ou de vasculites comme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> la polymyalgia rheumatica (Caylor et Perkins, 2013; Dejaco <i>et al.</i>, 2015; NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; Salvarani et Muratore, 2024a; Ughi <i>et al.</i>, 2020); la polyarthrite rhumatoïde (Bornstein <i>et al.</i>, 2014; Caporali <i>et al.</i>, 2017), chez les personnes avec de l'arthrite persistante depuis plus de 12 semaines (RCPA, 2024b), ou en présence de signes cliniques pour exclure d'autres types d'arthrite (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022; Daien <i>et al.</i>, 2019); l'artérite à cellules géantes (Bienvenu <i>et al.</i>, 2016; Caylor et Perkins, 2013; Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020; Haaversen <i>et al.</i>, 2022; Isobe <i>et al.</i>, 2020; Mollan <i>et al.</i>, 2020; Raleigh <i>et al.</i>, 2022; Salvarani et Muratore, 2024b, 2024c) notamment chez les plus de 50 ans (Toward Optimized
			<p>Tests de laboratoire - Les tests de laboratoire initiaux doivent inclure les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> FSC Taux de VS et de CRP Bilan métabolique complet (comprenant la créatinine sérique, les tests de la fonction hépatique, la glycémie) Analyse par bandelette urinaire Électrophorèse des protéines sériques Bilan osseux (comprenant le calcium, le phosphore, l'albumine, les protéines totales, la phosphatase alcaline, la 25-hydroxyvitamine D) 	✓		Nd	
			<p>Évaluation diagnostique initiale : • Données de laboratoire - Les données de laboratoire peuvent aider à l'évaluation de l'ACG et à son diagnostic différentiel, mais elles ne sont pas spécifiques et ne peuvent pas être considérées comme une preuve définitive pour ou contre un diagnostic possible d'ACG. Les tests de laboratoire initiaux doivent inclure les niveaux de VS et de CRP, qui sont presque toujours élevés dans l'ACG. Cependant, les réactifs de phase aiguë normaux n'excluent pas le diagnostic d'ACG.</p>	✓		Nd	
10	Salvarani UpToDate 2024d (Salvarani et Muratore, 2024d) (États-Unis)	AGREE II :	L'artérite à cellules géantes (ACG), aussi connue comme la maladie de Horton, artérite crânienne, et artérite temporale) : Les données suivantes sont obtenues lors des visites de suivi : la VS et la CRP.		✓	Nd	
		Modérée (56 %)	Pour les patients qui ne sont pas sous tocilizumab, la VS et la CRP peuvent être des compléments utiles à la prise de décision clinique. Le blocage de l'activité de l'interleukine-6 (IL-6) par le tocilizumab normalise complètement les niveaux de VS et de CRP, ce qui fait que ces marqueurs inflammatoires ne sont pas utiles pour surveiller l'activité de la maladie. Malheureusement, il n'existe pas d'autres marqueurs utiles pour surveiller l'activité de la maladie chez les patients sous tocilizumab, et les cliniciens doivent se fier à l'évaluation		✓	Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			clinique et, dans le cas d'une atteinte des gros vaisseaux, à des examens d'imagerie périodiques.				Practice (TOP) Headache Working Group, 2016); <ul style="list-style-type: none"> l'artérite de Takayasu (Isobe <i>et al.</i>, 2020; Merkel, 2023; Saadoun <i>et al.</i>, 2019); <u>Dans le cadre d'un diagnostic différentiel</u> , si d'autres maladies associées à la fibromyalgie sont suspectées (Ariani <i>et al.</i> , 2021). <u>Pour la surveillance de l'activité d'une maladie ou un suivi médical de rhumatismes inflammatoires chroniques, de vasculites (RCPA, 2024c) (incluant celles à vaisseaux de gros calibre (Hellmich <i>et al.</i>, 2020)), ou de pathologies infectieuses comme :</u>
			Chez la plupart des patients sous monothérapie aux glucocorticoïdes, la VS et la CRP s'améliorent généralement de manière substantielle en quelques jours après le début du traitement ; la CRP diminue beaucoup plus rapidement que la VS. Les élévations de la VS et de la CRP doivent être accompagnées d'autres signes cliniques suggérant une recrudescence de l'AGC si des modifications des doses de glucocorticoïdes doivent être apportées. En tant que marqueurs de l'activité de la maladie pour l'AGC à gros vaisseaux, la VS et la CRP ont la même valeur et sont accompagnées des mêmes réserves que pour le phénotype crânien.		✓	Nd	
11	Salvarani UpToDate 2024e (Salvarani et Muratore, 2024e) (États-Unis)	AGREE II :	Certaines données et l'expérience clinique indiquent que la CRP semble être un indice plus sensible et plus fiable de l'activité de la maladie que la VS, bien qu'il n'existe pas d'études contrôlées à cet égard.		✓	Nd	<ul style="list-style-type: none"> la polymyalgia rheumatica (Caylor et Perkins, 2013; Hellmich <i>et al.</i>, 2020; Salvarani et Muratore, 2024a, 2024e; Ughi <i>et al.</i>, 2020); la polyarthrite rhumatoïde (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022; Bornstein <i>et al.</i>, 2014; Caporali <i>et al.</i>, 2017; Daien <i>et al.</i>, 2019; Katchamart <i>et al.</i>, 2017; Taylor et Deleuran, 2024a, 2024b; Vassilopoulos <i>et al.</i>, 2020); l'arthrite précoce (Combe <i>et al.</i>, 2017);
		Modérée (55 %)	Les réactifs de la phase aiguë doivent être contrôlés au moment de la première visite de suivi du patient après le diagnostic de PMR. La VS et la CRP sont ensuite répétées selon les indications tous les trois à six mois pendant le traitement par glucocorticoïdes, sachant que les patients présentant des rechutes récurrentes nécessitent souvent une surveillance de laboratoire plus fréquente.	✓		Nd	
12	Taylor UpToDate 2024a (Taylor et Deleuran, 2024a) (États-Unis)	AGREE II :	PR : Activité et pronostic de la maladie : Réactifs de la phase aiguë - Les principaux marqueurs biologiques cliniquement utiles chez les patients atteints de PR qui aident à évaluer l'activité de la maladie et à prédire les résultats fonctionnels et radiologiques comprennent les réactifs de la phase aiguë, en particulier la VS et la CRP. Des mesures de combinaisons de plusieurs protéines de la phase aiguë et d'autres marqueurs de la réponse immunitaire dans la PR ont également été utilisées à cette fin.		✓	Nd	<ul style="list-style-type: none"> l'arthrite précoce (Combe <i>et al.</i>, 2017);
		Modérée (53 %)	La VS tend à être corrélée à l'activité de la maladie dans la PR ainsi qu'à la gravité de la maladie et peut être utile pour surveiller la réponse thérapeutique. De plus, malgré certaines lacunes, une VS élevée chez les patients atteints de PR précoce est prédictive de lésions articulaires radiographiques		✓	Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			plus importantes au cours des années suivantes, malgré un traitement par des médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) conventionnels				<ul style="list-style-type: none"> le rhumatisme articulaire aigu (Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group), 2022); l'artérite à cellules géantes (Bienvenu <i>et al.</i>, 2016; Haaversen <i>et al.</i>, 2022; Hellmich <i>et al.</i>, 2020; Isobe <i>et al.</i>, 2020; Mackie <i>et al.</i>, 2020; Maz <i>et al.</i>, 2021; Raleigh <i>et al.</i>, 2022; Salvarani et Muratore, 2024d; Turesson <i>et al.</i>, 2019); l'artérite de Takayasu (Hellmich <i>et al.</i>, 2020; Maz <i>et al.</i>, 2021; Saadoun <i>et al.</i>, 2019) lors d'une suspicion de rechute (Ughi <i>et al.</i>, 2022); l'ostéomyélite (RCPA, 2024a); l'infection des prothèses articulaires (RCPA, 2024a); les infections graves (IMSANZ, 2017). <p>Pour le suivi des affections rhumatismales ne causant pas systématiquement de changement du taux de CRP, comme un lupus érythémateux disséminé, suite à un résultat normal de CRP, et en association avec d'autres biomarqueurs (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023).</p>
13	Taylor UpToDate 2024b (Taylor et Deleuran, 2024b) (États-Unis)	AGREE II : Modérée (52 %)	Parmi les nombreux marqueurs biologiques dont l'utilité pour estimer l'activité de la maladie et le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été évaluée, seuls quelques-uns ont trouvé un rôle dans la pratique clinique. Les principaux marqueurs biologiques cliniquement utiles chez les patients atteints de PR comprennent les facteurs rhumatoïdes (FR), les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP), la VS et la CRP. Ces tests et leur utilisation clinique dans le diagnostic et l'évaluation de l'évolution de la maladie sont décrits en détail ailleurs.		✓	Nd	
14	BC Guidelines 2023 (BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2023) (Canada)	AGREE II : Faible (44 %)	Il n'y a aucune indication pour demander une VS lorsque la CRP est élevée.	✗		Nd	
			Dans le contexte clinique approprié, et si la CRP est normale, la VS peut fournir des informations utiles lorsque : a) Utilisée en association avec d'autres biomarqueurs chez les patients connus pour être atteints de lupus érythémateux disséminé ou d'autres affections rhumatismales et dont on sait qu'ils ne développent pas de réponse CRP. b) Utilisée en association avec d'autres tests cliniques lors de l'examen de la possibilité d'infections osseuses et articulaires de bas grade (par exemple, ostéomyélite et infections articulaires prothétiques précoces).		✓	Nd	
15	CWI 2023 (SIPMeL, 2023) (Italie)	AGREE II : Faible (34 %)	Ne demandez pas la VS pour dépister les patients asymptomatiques ou comme test général pour rechercher des états inflammatoires chez les patients atteints de maladies non diagnostiquées. La CRP est plus sensible, spécifique et rapide dans la phase aiguë de l'inflammation. La CRP doit être privilégiée pour détecter à la fois l'apparition et la résolution d'un état inflammatoire systémique.	✗		Nd	
16	Merkel UpToDate 2023 (Merkel, 2023) (États-Unis)	AGREE II : Modérée (55 %)	Artérite de Takayasu (TAK) : Résultats de laboratoire - Les anomalies de laboratoire chez les patients atteints de TAK ne sont pas spécifiques et reflètent généralement un processus inflammatoire. Les réactifs de la phase aiguë tels que la VS et la CRP peuvent être élevés ; cependant, ces tests ne reflètent pas de manière fiable l'activité de la maladie et peuvent être normaux dans le cadre d'une maladie active		✓	Nd	
			Résultats de laboratoire - Il n'existe pas de tests de laboratoire diagnostiques pour la TAK. Les tests des réactifs de phase aiguë tels que la VS et la CRP peuvent apporter des preuves supplémentaires de la présence d'un processus inflammatoire		✓	Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			<p>systemique. Cependant, des valeurs normales de VS ou de CRP ne devraient pas empêcher de manière significative de poser le diagnostic de TAK.</p>				<p><u>Ou chez les patients atteints d'un cancer, traités par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, pour la gestion des effets indésirables immunomédiés (Brahmer <i>et al.</i>, 2018) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • une arthrite inflammatoire si les symptômes persistent; • un syndrome polymyalgique pour le grade 1; • une colite de toxicité de grade 2; • une myosite; • une encéphalite; • une myasthénie.
17	<p>BC Guidelines 2022</p> <p>(BC Guidelines - Guidelines & Protocols Advisory Committee, 2022)</p> <p>(Canada)</p>	<p>AGREE II :</p> <p>Faible (42 %)</p>	<p>Aucun test ne permet de poser un diagnostic fiable de PR. Si des signes cliniques sont présents, les analyses de laboratoire suivantes peuvent être utiles pour surveiller et exclure d'autres types d'arthrite.</p> <p>Tests : CRP ou VS - Peuvent être utiles pour surveiller l'activité de la maladie et la réponse au traitement. Les deux peuvent être utiles, mais la CRP est plus sensible aux fluctuations à court terme. La VS est élevée chez de nombreux patients présentant une inflammation active, mais pas chez tous.</p>		✓	Nd	
			<p>Prise en charge de la PR établie : envisager un suivi tous les 3 à 6 mois et un suivi par un spécialiste tous les 6 à 12 mois après la suppression de l'inflammation. À chaque visite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le traitement médicamenteux actuel, y compris la dose et la surveillance des effets secondaires • Examiner les articulations pour détecter une inflammation active (si nécessaire, examiner les caractéristiques cliniques) • Lorsque la CRP ou la VS de base est élevée, une évaluation en série peut être utile • Examiner les problèmes de santé généraux et les comorbidités 	✓		Nd	
18	<p>Haaversen <i>et al.</i> 2022</p> <p>(Haaversen <i>et al.</i>, 2022)</p> <p>(Norvège)</p>	<p>AGREE II :</p> <p>Modérée (50 %)</p>	<p>Diagnostic : Recommandation 1 - En cas de suspicion d'une artérite à cellules géantes (ACG), une anamnèse complète doit être réalisée, notamment des questions sur les symptômes de polymyalgie, les céphalées d'apparition récente, la claudication de la langue ou de la mâchoire, les troubles de la vision, la claudication des bras ou des jambes, les symptômes constitutionnels (fatigue, fièvre et perte de poids). De plus, un examen clinique complet et des analyses de laboratoire doivent être effectués, notamment une auscultation cardiaque et pulmonaire, la tension artérielle dans les deux bras, la température, la CRP, la VS et une FSC.</p>	✓		Nd	
			<p>Recommandation 11 - Chez les patients atteints d'ACG, le suivi doit être poursuivi tous les mois jusqu'à l'obtention d'une rémission. Par la suite, un suivi doit être effectué tous les 3 mois, tous les 6 mois, puis une fois par an (normalisation de la VS et de la CRP).</p>	✓		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
19	Raleigh et al. 2022 (Raleigh et al., 2022) (États-Unis)	AGREE II : Faible (49 %)	Examens de laboratoire pour l'artérite à cellules géantes : La VS et la CRP, la FSC et un bilan métabolique complet doivent être obtenus lors de la présentation et lors de la surveillance de la prise en charge médicale. La gravité de la maladie peut se refléter dans le degré d'élévation de la VS.	✓		Nd	
20	RHDA 2022 (Rheumatic Heart Disease (RHD) Australia (ARF/RHD writing group), 2022) (Australie)	AGREE II : Modérée (63 %)	Dépistage et surveillance du rhumatisme articulaire aigu (RAA) en situation d'urgence : Investigations : Demandez toujours : • Électrocardiogramme • Échocardiogramme • FSC • VS • CRP • Sérologie streptococcique (anti-streptolysine O et anti-DNase B)	✓		Nd	
			Fréquence des analyses de laboratoire : Une fois le diagnostic confirmé et le traitement commencé, les marqueurs inflammatoires (VS, CRP) doivent être mesurés une ou deux fois par semaine dans un premier temps, puis toutes les une à deux semaines, y compris après la sortie de l'hôpital, jusqu'à ce qu'ils soient normaux pendant un mois. Il n'existe aucune preuve à l'appui de cette approche ; c'est l'approche générale adoptée par ceux qui soignent régulièrement des personnes atteintes de RAA.	✓		Nd	
			Biomarqueurs pour le diagnostic de RAA : Il n'existe pas de test de laboratoire spécifique pour le diagnostic du RAA. Les critères de Jones modifiés incluent des recommandations pour la mesure de marqueurs généraux de l'inflammation tels que la CRP et la VS, ainsi que la sérologie streptococcique (antistreptolysine O et anti-DNase B).		✓	Nd	
21	Ughi et al. ISR 2022 (Ughi et al., 2022) (Italie)	AGREE II : Bonne (94 %)	Surveillance A) Chez les patients diagnostiqués avec une artérite à cellules géantes (ACG) et suspectés de rechute, les observations cliniques et les niveaux de VS et/ou de CRP sont fortement recommandés pour évaluer l'activité de la maladie.	✓		Qualité des données probantes : Basse Force de recommandation : Forte (A, B) / Conditionnelle (C) Niveau d'accord, moyenne (écart-type) : 7,8 (1,0)	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			Chez les patients ayant reçu un diagnostic d'artérite de TAK et suspectés de rechute, les observations cliniques et les taux de VS et/ou de CRP sont fortement recommandés pour l'évaluation de l'activité de la maladie.	✓		Qualité des données probantes : Basse (A) à Très basse (B, C) Force de recommandation : Forte (A, B) / Conditionnelle (C) Niveau d'accord, moyenne (écart-type) : 7,9 (1,0)	
22	Ariani et al. ISR 2021 (Ariani et al., 2021) (Italie)	AGREE II : Bonne (86 %)	Le syndrome fibromyalgique doit être diagnostiqué comme un concept clinique sans aucun test de laboratoire confirmatoire. Les analyses sanguines n'ont un rôle prépondérant que pour le diagnostic différentiel. Si d'autres maladies associées au syndrome fibromyalgique sont suspectées, les tests suivants doivent être envisagés : VS, CRP, FSC, thyroïdostimuline (TSH), créatine kinase (CK), transaminases et γ-glutamyl transférase.	✓		Nd	
23	Maz et al. ACR 2021 (Maz et al., 2021) (États-Unis)	AGREE II : Bonne (79 %)	<u>Recommandation : Pour les patients atteints d'une artérite à cellules géantes (ACG) en rémission clinique apparente, nous recommandons fortement une surveillance clinique (évaluation des signes et symptômes cliniques d'une maladie active, prise de la tension artérielle aux quatre extrémités, et obtenir des résultats de laboratoire clinique, y compris les taux de marqueurs de l'inflammation (VS, CRP)) à long terme plutôt que l'absence de surveillance clinique.</u> La fréquence et la durée optimales de la surveillance ne sont pas bien établies et dépendent de facteurs tels que la durée de la rémission, le site de l'atteinte, le risque de progression de la maladie, le fait que le patient reçoive ou non un traitement immunosuppresseur et la fiabilité du patient à signaler de nouveaux signes ou symptômes. La surveillance clinique peut comprendre l'anamnèse, des examens et des études de laboratoire et d'imagerie. Il s'agit d'une recommandation forte compte tenu des risques minimes et des résultats catastrophiques potentiels en l'absence de surveillance.	✓		Niveau de preuve : Très bas à bas	
			<u>Recommandation : Pour les patients atteints d'ACG qui présentent une augmentation des niveaux de marqueurs</u>	✓		Niveau de preuve : Très bas	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			<p>d'inflammation (VS et CPR) seuls, nous recommandons sous condition une observation clinique et une surveillance (<u>évaluation des signes et symptômes cliniques d'une maladie active, prise de la tension artérielle aux quatre extrémités, et obtenir des résultats de laboratoire clinique, y compris les taux de marqueurs de l'inflammation (VS, CRP)</u>) sans escalade du traitement immunosuppresseur.</p> <p>L'augmentation des taux de marqueurs de l'inflammation, tels que la VS et la CRP, peut être non spécifique. Par conséquent, l'augmentation du traitement immunosuppresseur n'est pas justifiée en cas d'augmentation des taux de marqueurs de l'inflammation en l'absence d'autres signes d'activité de la maladie. Cependant, ces taux accrus peuvent justifier des évaluations cliniques et/ou radiographiques plus fréquentes pour détecter une maladie active.</p>				
			<p><u>Recommandation</u> : Pour les patients atteints de TAK, nous recommandons sous conditions d'ajouter les marqueurs d'inflammation au suivi clinique (<u>évaluation des signes et symptômes cliniques d'une maladie active, prise de la tension artérielle aux quatre extrémités, et obtenir des résultats de laboratoire clinique, y compris les taux de marqueurs de l'inflammation (VS, CRP)</u>) comme outil d'évaluation de l'activité de la maladie.</p> <p>Bien que les marqueurs d'inflammation soient des indicateurs imparfaits de l'activité de la maladie, ils peuvent être utiles pour le suivi clinique.</p>	✓		Niveau de preuve : Très bas à bas	
			<p><u>Recommandation</u> : Pour les patients atteints de TAK en rémission clinique apparente, nous recommandons fortement une surveillance clinique (<u>évaluation des signes et symptômes cliniques d'une maladie active, prise de la tension artérielle aux quatre extrémités, et obtenir des résultats de laboratoire clinique, y compris les taux de marqueurs de l'inflammation (VS, CRP)</u>) à long terme plutôt que l'absence de surveillance clinique.</p> <p>La fréquence de la surveillance dépend de facteurs tels que la durée de la rémission, les sites d'atteinte, le risque de progression de la maladie, le régime immunosuppresseur du patient et la capacité et la probabilité que le patient signale de manière fiable de nouveaux signes ou symptômes de TAK. Il s'agit d'une recommandation forte compte tenu des risques minimes et des résultats catastrophiques potentiels en l'absence de suivi.</p>	✓		Niveau de preuve : Très bas	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			<p>Recommandation : Pour les patients atteints de TAK en rémission clinique apparente, mais présentant une augmentation des niveaux des marqueurs de l'inflammation, nous recommandons conditionnellement une observation clinique sans escalade de la thérapie immunosuppressive d'inflammation, <u>(évaluation des signes et symptômes cliniques d'une maladie active, prise de la tension artérielle aux quatre extrémités, et obtenir des résultats de laboratoire clinique, y compris les taux de marqueurs de l'inflammation (VS, CRP) sans escalade du traitement immunosuppresseur.</u></p> <p>Comme indiqué ci-dessus dans les recommandations de l'ACG, les augmentations des taux de marqueurs de l'inflammation peuvent être non spécifiques, et l'intensification du traitement immunosuppresseur dans le cadre d'une augmentation des marqueurs de l'inflammation n'est peut-être pas justifiée à elle seule. Des évaluations cliniques et/ou radiographiques plus fréquentes de la maladie active peuvent être envisagées.</p>	✓		Niveau de preuve : Très bas	
24	<p>CW 2020 (ASCP, 2020) (États-Unis)</p>	<p>AGREE II : Faible (47 %)</p>	<p>Ne demandez pas de mesure de la VS pour rechercher une inflammation chez les patients atteints de maladies non diagnostiquées. Demandez plutôt une mesure de la CRP pour détecter une inflammation en phase aiguë.</p> <p>La CRP reflète de manière plus sensible et plus spécifique la phase aiguë de l'inflammation que ne le fait la VS. Au cours des 24 premières heures d'un processus pathologique, la CRP sera élevée, tandis que la VS pourrait être normale. Si on élimine la source de l'inflammation, la CRP se normalisera en une journée environ, tandis que la VS demeurera élevée pendant des jours jusqu'à ce que l'excès de fibrinogène soit éliminé du sérum.</p>	✗		Nd	
25	<p>Hellmich et al. EULAR 2020 (Hellmich et al., 2020) (Europe)</p>	<p>AGREE II : Bonne (86 %)</p>	<p>Tous les patients présentant des signes et symptômes évocateurs d'une artérite à cellules géantes (ACG) doivent être adressés d'urgence à une équipe spécialisée pour un examen diagnostique et une prise en charge multidisciplinaire plus approfondis.</p> <p>Vasculites des gros vaisseaux (VVG) : Un suivi régulier et une surveillance de l'activité de la maladie chez les patients atteints de VVG sont recommandés, principalement en fonction des symptômes, des observations cliniques et des taux de VS/CRP (il n'existe aucune donnée disponible pour guider le suivi à long terme des patients atteints d'ACG ou de TAK. Compte tenu de la fréquence élevée des rechutes et des</p>	✓		Niveau de preuve : 2b Grade de recommandation : C	
				✓		Niveau de preuve: 3b Grade de recommandation : C Vote final (% des membres du comité d'experts en accord	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			dommages potentiels résultant des lésions vasculaires et organiques liées à la rechute, des visites de suivi de routine peuvent être programmées tous les 1 à 3 mois pendant la première année, puis à des intervalles de 3 à 6 mois. Chez les patients en rémission sans rechute, un suivi annuel sous soins partagés entre les rhumatologues et les soins primaires peut être envisagé. Comme des rechutes tardives peuvent survenir et que l'incidence des lésions vasculaires structurelles dans l'ACG augmente 5 ans après le diagnostic, un suivi à long terme des patients atteints d'ACG qui restent asymptomatiques peut être programmé au cas par cas). Les visites doivent inclure une surveillance clinique et la mesure de la VS et de la CRP.			avec la recommandation) : 100 Niveau d'accord (0-10) : 9.6±0.6	
26	Isobe et al. JCS 2020 (Isobe et al., 2020) (Japon)	AGREE II : Faible (46 %)	TAK : il n'existe actuellement aucun résultat spécifique sur les analyses sanguines ou biologiques pour le diagnostic de la TAK. Par conséquent, des indices non spécifiques d'inflammation, notamment la CRP et la VS, sont utilisés comme biomarqueurs pour le diagnostic de la TAK. Les résultats de laboratoire utiles pour l'évaluation de l'activité de la TAK comprennent une augmentation du nombre de leucocytes, une exacerbation de l'anémie et des anomalies des indices immunologiques tels que les taux d'immunoglobuline et de complément ainsi que l'élévation de la CRP et de la VS.		✓	Nd	
			Artérite à cellules géantes (ACG) : il n'existe pas de résultats de laboratoire spécifiques à l'ACG. Les analyses sanguines révèlent une VS élevée, une augmentation de la CRP, une anémie inflammatoire chronique et une hypoalbuminémie. Une VS ≥ 50 mm/h est incluse dans les critères de classification de l'ACG, et une ACG avec CRP et VS normales est rare. La CRP et la VS sont également utilisées comme marqueurs de la poussée d'activité de la maladie, et les élévations de la CRP et de la VS peuvent être les seules constatations lors de la rechute.		✓	Nd	
27	Mackie et al. BSR 2020 (Mackie et al., 2020) (Royaume-Uni)	AGREE II : Bonne (92 %)	Artérite à cellules géantes (ACG) - Investigations : Mesures de l'activité de l'ACG : marqueurs biologiques de l'inflammation (CRP pour tous les patients, plus la VS ou viscosité plasmatique) et FSC (le décompte plaquettaire peut être élevé dans l'ACG).		✓	Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
28	Mollan et al. EHF 2020 (Mollan et al., 2020) (Europe)	AGREE II : Modérée (61 %)	Artérite à cellules géantes (ACG) : Marqueurs de laboratoire : recommandation - Une combinaison de FSC, de VS (ou de viscosité plasmatique) et de CRP doit être réalisée chez les personnes suspectées d'ACG, ce qui peut étayer le diagnostic clinique.	✓		Nd	
29	NHS 2020 (NHS Coventry and Warwickshire Integrated Care Board, 2020) (Royaume-Uni)	AGREE II : Très faible (20 %)	La VS n'est pas utile dans les cas suivants : • Dépistage général des infections. • Dépistage du myélome : la VS peut être normale dans 25 % des cas de myélome. • Dépistage général des maladies : elle ne fait pas la distinction entre cancer, infection ou inflammation. • Bilan général d'un patient suspecté d'une affection rhumatologique : envisager des tests spécifiques. • Enquête sur les patients souffrant d'anémie, lorsque l'anémie elle-même entraîne une augmentation de la VS.		✗	Nd	
			Utilisations de la VS : Comme test de dépistage de l'artérite à cellules géantes ou de la PMR dans le contexte d'antécédents évocateurs.		✓	Nd	
30	Ughi et al. ISR 2020 (Ughi et al., 2020) (Italie)	AGREE II : Bonne (88 %)	PMR : Évaluations en laboratoire - Chaque patient atteint de PMR doit subir les évaluations suivantes avant la prescription du traitement et pour exclure les conditions mimant la maladie et établir une base de référence pour la surveillance du traitement : CRP et/ou VS, FR, anticorps anti-CCP, FSC, glucose, créatinine, tests de la fonction hépatique, profil osseux (y compris calcium, phosphatase alcaline) et analyse d'urine.	✓		Niveau de preuve : 5 Grade de recommandation : D Niveau d'accord, médiane (écart interquartile) : 9 (8, 9,25)	
31	Vassilopoulos et al. GRS 2020 (Vassilopoulos et al., 2020) (Grèce)	AGREE II : Faible (30 %)	PR : L'évaluation de l'activité de la maladie doit être effectuée à l'aide d'indices établis d'activité de la maladie tels que le score d'activité de la maladie (DAS) 28-ESR	✓		Nd	
			Les objectifs du traitement incluent une rémission prolongée (DAS28-ESR < 2,6) ou, si cela n'est pas possible, une faible activité de la maladie (DAS28-ESR < 3,2) pour tous les patients atteints de PR. Pour atteindre les objectifs thérapeutiques ci-dessus, une surveillance fréquente des patients est nécessaire tous les 1 à 3 mois (pour ceux présentant une activité modérée/élevée de la maladie) ou tous les 3 à 6 mois (pour ceux présentant une faible activité de la maladie ou en rémission).	✓		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
32	Daien et al. FSR 2019 (Daien et al., 2019) (France)	AGREE II : Bonne (79 %)	Un diagnostic de PR doit être envisagé chez les patients présentant des signes cliniques spécifiques tels qu'un gonflement des articulations (arthrite clinique), une raideur matinale durant plus de 30 minutes et un test de compression de la main ou de l'avant-pied positif, puis confirmé le plus rapidement possible (idéalement dans les 6 semaines) par un examen physique effectué par un rhumatologue, des tests de laboratoire (VS, CRP, anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) et FRs) et des études d'imagerie (radiographies avec ou sans échographie), après avoir exclu les diagnostics différentiels	✓		Niveau de preuve : IIb Grade : B Accord de la Task Force, moyenne (écart-type) : 9.7 (0.5) Accord de la commission d'examen, moyenne (écart-type) : 9.4 (1.0)	
			Un suivi par un rhumatologue doit être assuré à intervalles rapprochés (tous les 1 à 3 mois) tant que la maladie est active. Des ajustements thérapeutiques sont nécessaires chez les patients qui ne parviennent pas à s'améliorer dans les 3 mois ou à atteindre leur objectif thérapeutique dans les 6 mois.	✓		Niveau de preuve : IIb Grade : B Accord de la Task Force, moyenne (écart-type) : 9.8 (0.4) Accord de la commission d'examen, moyenne (écart-type) : 9.3 (1.2)	
33	de Graef et al. SHARE 2019 (de Graeff et al., 2019) (Europe)	AGREE II : Modérée (71 %)	Vasculite pédiatrique : Chez chaque patient chez qui un syndrome vasculitique spécifique est suspecté, les examens de dépistage de base, ainsi que la mesure de la pression artérielle, doivent inclure : • Hématologie et réactifs de phase aiguë : FSC, VS, CRP, coagulation, dépistage prothrombotique (en cas d'ischémie inégale des doigts ou de la peau) - Frottement de sang périphérique. • Biochimie de base : Fonction rénale, fonction hépatique, CK, lactate déshydrogénase.	✓		Niveau de preuve : 4 Force de recommandation : D	
34	Saadoun et al. HAS 2019 (Saadoun et al., 2019) (France)	AGREE II : Modérée (64 %)	Le syndrome inflammatoire est fréquent au début de la maladie (TAK) et doit être recherché par le dosage de la CRP et le taux de fibrinogène ou la VS, qui serviront par la suite pour la surveillance de l'activité de la maladie sous traitement.	✓		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
35	Turesson et al. SSR 2019 (Turesson et al., 2019) (Suède)	AGREE II : Modérée (54 %)	Le diagnostic de l'artérite à cellules géantes (ACG) repose sur l'histoire médicale et les résultats cliniques appuyés par des paramètres de laboratoire et, dans le meilleur des cas, une biopsie positive de l'artère temporale.		✓	Nd	
			Suivi de l'ACG : L'évaluation des effets du traitement doit être basée sur l'évaluation clinique : les antécédents médicaux et l'évaluation clinique des éventuels symptômes de l'ACG associés à la VS, à la CRP et à la FSC.	✓		Nd	
			Suivi et modification de traitement : Après chaque réduction de dose : la VS et la CRP sont vérifiées.	✓		Nd	
			Pendant le traitement par l'inhibiteur de l'IL-6 tocilizumab, la CRP ne peut pas être utilisée comme mesure efficace ; à la place, les évaluations cliniques et dans une certaine mesure d'autres tests de laboratoire indiquant une inflammation devraient donner des indications, mais la VS, l'hémoglobine et les plaquettes peuvent également être affectées par le tocilizumab		✗	Nd	
36	Brahmer et al. ASCO 2018 (Brahmer et al., 2018) (États-Unis)	AGREE II : Bonne (89 %)	Colite chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 2.1a – Bilan diagnostique. Aucun bilan diagnostique spécifique n'est recommandé pour les événements indésirables de grade 1.	✗		Nd	
			Colite: Il est recommandé que le bilan diagnostique comprenne les éléments suivants pour une toxicité de grade 2 : FSC, panel métabolique complet, TSH, VS, CRP, des selles (culture, Clostridium difficile, parasite, cytomégalovirus ou autre étiologie virale, ovules et parasite) doivent être effectués.	✓		Nd	
			Arthrite inflammatoire chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 5.1a – Bilan diagnostique. Il est recommandé que le bilan diagnostique comprenne les éléments suivants pour le grade 1 : envisager un bilan sanguin auto-immun, notamment des anticorps antinucléaires (ANA), du FR et des ACPA), ainsi que des marqueurs inflammatoires (VS et CRP) si les symptômes persistent.	✓		Nd	
			Myosite chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 5.2a – Bilan diagnostique. Il est recommandé que le bilan diagnostique comprenne les éléments suivants : Marqueurs inflammatoires (VS et CRP). Il est recommandé d'inclure les éléments suivants pour la surveillance : CK, VS, CRP	✓		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			Syndrome polymyalgique chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 5.3a – Bilan diagnostique. Il est recommandé que le bilan diagnostique comprenne les éléments suivants pour le grade 1 : Marqueurs inflammatoires (VS, CRP). Syndrome polymyalgique : Il est recommandé d'inclure les éléments suivants pour la surveillance : VS, CRP	✓		Nd	
			Myasthénie chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 7.1a – Bilan diagnostique. Il est recommandé que le bilan diagnostique pour tous les grades comprenne les éléments suivants : CK, aldolase, VS et CRP pour une éventuelle myosite concomitante.	✓		Nd	
			Encéphalite chez les patients présentant des effets indésirables immunomédiés causés par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire : Recommandation 7.6a – Bilan diagnostique. Il est recommandé que le bilan diagnostique comprenne les éléments suivants : Sang : métabolisme ; FSC; VS ; CRP ; anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles (en cas de suspicion de processus vascularitique) ; et bilan thyroïdien, y compris peroxydase thyroïdienne et thyroglobuline.	✓		Nd	
37	Caporali et al. 2017 (Caporali et al., 2017) (Italie)	AGREE II : Faible (45 %)	Chez les sujets atteints de PR d'apparition récente, les tests de laboratoire qui doivent être effectués au départ comprennent : FSC, des tests de la fonction hépatique et rénale, un test d'urine, un profil glycémique et lipidique, une VS/un taux de CRP, des dosages d'ACPA/FR et une électrophorèse des protéines sanguines.	✓		Déclaration qui a atteint le niveau de consensus défini	
			Chez les sujets atteints de PR de longue date (> 5 ans) et ayant répondu de manière inadéquate au méthotrexate et candidats à un traitement biologique par ARMM, les tests de laboratoire qui doivent être effectués au départ comprennent : FSC, tests de la fonction hépatique et rénale, analyse d'urine, profil glycémique et lipidique, taux VS/CRP, dosage ACPA/FR, électrophorèse des protéines sanguines, marqueurs sériques de l'hépatite B, tests d'anticorps contre le virus de l'hépatite C, test QuantiFERON-TB, test ANA, test des anticorps antiphospholipides (APL) (en cas de traitement par inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (anti-TNF).	✓		Déclaration qui a atteint le niveau de consensus défini	
			Chez les sujets atteints de PR avec une réponse inadéquate au traitement anti-TNF, qui doivent passer à un autre agent biologique cible moléculaire, les tests de laboratoire qui	✓		Déclaration pour laquelle un	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			doivent être effectués au départ comprennent : FSC, tests de la fonction hépatique et rénale, profil glycémique et lipidique, taux VS/CRP/FR/autres anticorps au départ, test ANA, test des anticorps APL.			consensus ≥ 75 % n'a pas été atteint.	
38	CWA 2017a (Internal Medicine Society of Australia and New Zealand, 2017) (Australie)	AGREE II : Faible (48 %)	Ne demandez pas de FSC quotidienne, de VS ou de CRP comme mesures de la réponse au traitement antibiotique si l'état clinique des patients s'améliore.	✗		Nd	
			Cependant, ces marqueurs peuvent aider à prédire un mauvais pronostic chez les patients atteints d'infections graves chez lesquels la réponse clinique peut être difficile à déterminer (par exemple, les patients immunodéprimés ou gravement malades ou présentant un risque d'infections nosocomiales résistantes aux médicaments). Dans ces cas, l'absence de diminution de la CRP et du nombre de globules blancs nettement élevés dans les quantités spécifiées suggère que le traitement antimicrobien n'est pas efficace.		✓	Nd	
			Bien qu'aucune référence n'ait pu être trouvée qui soutient explicitement la non-utilisation de la VS ou de la CRP dans les infections légères à modérées, les preuves disponibles suggèrent que leur utilisation n'est bénéfique que dans les infections graves.		✓	Nd	
39	CWA 2017b (SOMANZ, 2017) (Australie)	AGREE II : Faible (49 %)	Ne mesurez pas la VS pendant la grossesse. Cela reflète probablement des changements normaux au cours de la grossesse, ce qui signifie qu'une VS élevée ne permet pas de faire suffisamment la différence entre les femmes enceintes en bonne santé et celles qui peuvent souffrir de maladies inflammatoires.	✗		Nd	
40	Katchamart et al. TRA 2017 (Katchamart et al., 2017) (Thaïlande)	AGREE II : Modérée (75 %)	L'investigation pour le diagnostic de la PR comprend : FR et/ou ACPA. - VS et/ou CRP - Radiographies des mains et/ou des pieds.		✓	Niveau de preuve : 1 Grade de recommandation : A Niveau d'accord : 91 %	
			PR : Les paramètres suivants doivent être utilisés pour évaluer l'activité de la maladie : Douleur - Nombre d'articulations enflées et douloureuses - Évaluation de l'activité de la maladie par le patient - Évaluation de l'activité de la maladie par le médecin - Réactifs de phase aiguë, par exemple, VS ou CRP.	✓		Niveau de preuve : 1 Grade de recommandation : B Niveau d'accord : 81 %	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
41	IHE 2016 (Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group, 2016) (Canada)	AGREE II : Bonne (91 %)	Nouvelles céphalées chez des patients de plus de 50 ans présentant d'autres symptômes évoquant une artérite temporale : Les patients de plus de 50 ans présentant des céphalées d'apparition récente et d'autres symptômes d'une artérite à cellules géantes (ACG) (claudication de la mâchoire, perte visuelle transitoire, etc.) doivent faire l'objet d'un examen urgent, d'un dosage de la CRP, de la VS et, le cas échéant, d'une biopsie de l'artère temporale, et peuvent nécessiter la consultation d'un spécialiste et un traitement précoce par corticostéroïdes systémiques.	✓		Nd	
			Céphalées d'apparition tardive : Pour les patients dont les céphalées apparaissent après l'âge de 50 ans et qui ne présentent pas d'autres signes d'alerte, il convient d'envisager une neuro-imagerie à la recherche d'une lésion occupant l'espace et/ou une FSC, une CRP et une VS à la recherche d'une ACG.	✓		Nd	
42	Bienvenu et al. GEFA 2016 (Bienvenu et al., 2016) (France)	AGREE II : Modérée (52 %)	Artérite à cellules géantes (ACG) : Nous ne recommandons pas de mesurer des biomarqueurs autres que la CRP, la VS et le fibrinogène dans le cadre du diagnostic de l'ACG ou pour surveiller l'activité de la maladie.	✓		Fortement en accord ou en accord (%) : 96,8 % Médiane (écart interquartile) : 5 (1)	
			Les tests de laboratoire dans le cadre du diagnostic de l'ACG doivent inclure des mesures de la CRP et d'un marqueur inflammatoire à réponse plus lente (VS ou taux de fibrinogène).	✓		Fortement en accord ou en accord (%) : 100 % Médiane (écart interquartile) : 5 (1)	
43	Combe et al. EULAR 2016 (Combe et al., 2017) (Europe)	AGREE II : Bonne (79 %)	Arthrite précoce : La surveillance de l'activité de la maladie doit inclure le nombre d'articulations douloureuses et gonflées, les évaluations globales du patient et du médecin, la VS et la CRP, généralement en appliquant une mesure composite. L'activité de l'arthrite doit être évaluée à des intervalles de 1 à 3 mois jusqu'à ce que l'objectif du traitement soit atteint.	✓		Niveau de la preuve: IV Grade de recommandation : A, D Niveau d'accord : 9.13 ± 1.06	
44	Lapadula et al. 2016 (Lapadula et al., 2016) (Italie)	AGREE II : Faible (43 %)	Arthrite psoriasique : Test de laboratoire de 1 ^{er} niveau : FSC, Créatinine, alanine aminotransférase, VS, CRP, Analyse d'urine		✓	Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
45	Dejaco et al. 2015 (Dejaco et al., 2015) (États-Unis/Europe)	AGREE II : Bonne (87 %)	Chaque cas de PMR doit faire l'objet des évaluations suivantes avant la prescription d'un traitement (soins primaires ou secondaires) : Documentation d'un ensemble de données de laboratoire de base. Cela permettra d'exclure les conditions mimant la maladie et d'établir une base de référence pour la surveillance du traitement. Cela doit inclure le FR et/ou les anticorps anti-CCP, la CRP et/ou la VS, la FSC, la glycémie, la créatinine, les tests de la fonction hépatique, le profil osseux (y compris le calcium, la phosphatase alcaline) et l'analyse d'urine sur bandelette réactive. D'autres examens à envisager sont l'électrophorèse des protéines, la TSH, la CK et la vitamine D.	✓		Nd	
46	Bornstein et al. 2014 (Bornstein et al., 2014) (Canada)	AGREE II : Faible (46 %)	PR : La présence des caractéristiques de mauvais pronostic suivantes doit être évaluée au départ et prise en compte lors de la décision de traitement : positivité du FR, positivité des anticorps anti-CCP, limitation fonctionnelle, nombre élevé d'articulations enflées et sensibles, érosions précoces, caractéristiques extra-articulaires, VS élevée et CRP élevée.	✓		Nd	
47	Caylor et al. AAFP 2013 (Caylor et Perkins, 2013) (États-Unis)	AGREE II : Faible (45 %)	De nombreuses maladies ressemblent à la PMR et peuvent être une composante d'un syndrome paranéoplasique. Pour aider à différencier la PMR d'autres pathologies, le <i>British Society for Rheumatology</i> et le <i>British Health Professionals in Rheumatology</i> recommandent d'effectuer une FSC, des marqueurs inflammatoires, un bilan thyroïdien, des analyses de sang, un taux de CK, une mesure du FR, une analyse d'urine et une électrophorèse des protéines.	✓		Nd	
			Visites de suivi : Après une à trois semaines (corticostéroïdes commencés après des tests de laboratoire, évaluation une semaine après le début des corticostéroïdes); après six semaines ; et après trois, six, neuf et douze mois, avec des visites supplémentaires si nécessaire. - Examens de laboratoire de suivi (à chaque visite) ; FSC, VS/CRP, taux d'électrolytes, rapport azote uréique sanguin/créatinine, taux de glucose.	✓		Nd	
			De nombreuses maladies ressemblent à l'artérite à cellules géantes, notamment les néoplasmes, les infections systémiques, la pathologie intracrânienne, le zona, la spondylose cervicale, les troubles temporo-mandibulaires et d'autres vasculites. Selon les directives <i>British Society for Rheumatology/British Health Professionals in Rheumatology</i> , en plus de la biopsie, l'évaluation doit inclure une FSC, la mesure des marqueurs inflammatoires, des analyses de sang,	✓		Nd	

	DOCUMENTS	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✓, ✗)			CONSTAT
				R	É	FORCE	
			une analyse d'urine et une radiographie thoracique, ainsi que tout test nécessaire en fonction des symptômes.				

Un ✓ indique une recommandation positive; un ✗ indique une recommandation négative; un ✓ indique une recommandation conditionnelle; Nd : Force de la preuve ou des recommandations non disponible.

ACG : Artérite à cellules géantes; ACPA : Anticorps anti-protéines citrullinés; ANA : Anticorps antinucléaires; anti-CCP : Anti-peptides cycliques citrullinés; anti-TNF : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale; APL : antiphospholipides; ARMM : antirhumatismaux modificateurs de la maladie; CK : Créatine kinase; CRP : Protéine C-réactive; FR : Facteur rhumatoïde;

FSC : Formule sanguine complète; IL-6 : interleukine-6; PMR : Polymyalgia rheumatica ; PR : Polyarthrite rhumatoïde; RAA : Rhumatisme articulaire aigu; TAK : Artérite de Takayasu;

TSH : Thyroïdostimuline; VS : Vitesse de sédimentation érythrocytaire; VVG : Vasculites des gros vaisseaux .

* Qualité du guide attribuée selon le score AGREE II : Très faible : ≤ 25 %; Faible : > 25 % - ≤ 50 %; Modérée : > 50 % - ≤ 75 %; Bonne : > 75 %.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

