

Item 174 : Prescriptions et surveillance des anti- inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°1

Scénario :

Monsieur A., vingt-cinq ans, étudiant vétérinaire, vient consulter pour lombalgies. La symptomatologie évolue depuis trois ans. Le patient n'avait jamais consulté car les douleurs étaient auparavant intermittentes, de faible intensité, et étaient soulagées par du paracétamol acheté en vente libre en pharmacie. Depuis quatre mois, la symptomatologie s'est modifiée. Les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes. Elles siègent au rachis lombaire et dans les fesses. Elles réveillent le patient vers 3 h du matin. Elles sont maximales en début de journée et entraînent un dérouillage matinal que le patient évalue à environ une heure. Le traitement par paracétamol s'est avéré inefficace.

L'examen clinique trouve un sujet d'état général conservé. Il n'y a pas de fièvre. Le rachis lombaire est raide et douloureux à la palpation. Les manœuvres sacroiliaques sont douloureuses, en particulier à gauche. Il n'y a pas de signe de Lasègue.

L'examen neurologique est sans particularité. L'examen général est normal. Parmi les antécédents, on retient un tabagisme à cinq paquets-années et quelques lésions traumatiques : deux entorses de la cheville droite il y a cinq et deux ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a trois ans, un accident de la voie publique il y a cinq mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

QUESTION 1/7 : Vous évoquez le diagnostic de spondylarthropathie. Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Réponse attendue :

Interrogatoire : antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante ou de spondylarthropathie, antécédents familiaux de psoriasis, antécédents personnels de psoriasis, d'entéropathie inflammatoire (Crohn et rectocolite hémorragique), d'arthrites périphériques, d'orteil ou doigt en « saucisse », de talalgies, d'uvéite antérieure.

Examen clinique : psoriasis.

QUESTION 2/7 : Ces recherches sont négatives. Vous revoyez le patient avec les résultats de clichés radiographiques (rachis thoracique et lombaire face et profil, bassin de face – ce

étant sur le cliché joint). Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants :

- hémoglobinémie : 13 g/100 ml ; leucocytes : 5 300/mm³ (65 % de polynucléaires neutrophiles, 25 % de lymphocytes) ; plaquettes : 188 000/mm³ ;

- vitesse de sédimentation : 8 mm ; protéine C réactive : 4 mg/l (N < 5) ;
- natrémie : 142 mEq/l ; kaliémie : 4,1 mEq/l ; albuminémie : 39 g/l ; créatininémie : 85 µmol/l ;
- calcémie = 2,35 mmol/l.

Outre une spondylarthropathie :

1. Quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques ? Discutez-les.
2. Quel examen d'imagerie doit être privilégié dans le cadre du diagnostic ?

Réponse attendue :

- Spondylodiscite infectieuse ou sacro-iliite infectieuse :
- Pour cette hypothèse : lombo-fessalgies d'horaire inflammatoire ; plaies cutanées peu de temps avant le début des troubles ; brucellose, compte tenu de son emploi.
- Contre cette hypothèse : pas de fièvre ; pas de syndrome inflammatoire ; pas de polynucléose neutrophile ; radiographies retrouvant une sacro-iliite bilatérale.
- Tumeur osseuse :
- Pour cette hypothèse : douleurs d'horaire inflammatoire.
- Contre cette hypothèse : pas d'altération de l'état général ; examens biologiques et radiographie standards.

Il existe une sacro-iliite évidente radiologiquement, ce qui permet de ne pas discuter d'autre imagerie.

QUESTION 3/7 : Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?

Réponse attendue :

- Information du patient.
- Éducation du patient.
- Conseil d'arrêt du tabac.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en l'absence de contre-indication.
- Antalgiques.
- Kinésithérapie :
 - en extension rachidienne ;
 - avec travail de l'amplitude respiratoire ;
 - apprentissage d'une autorééducation.
- Suivi tous les trois à six mois :
 - évaluation de la douleur par échelle visuelle analogique ;
 - évaluation de la statique et des mobilités rachidiennes ;
 - indice BASDAI.

QUESTION 4/7 : Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie oesogastroduodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de

diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals). Quelle doit être la conduite à tenir ?

Réponse attendue :

- Arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Arrêt du tabac si non fait.
- Traitement antisécrétoire pendant six semaines (IPP).
- Éradication d'*Helicobacter pylori* si la recherche est positive :
 - antisécrétoire double dose pendant une semaine ;
 - associé à double antibiothérapie parmi amoxicilline, clarithromycine, métronidazole pendant une semaine ;
 - puis arrêt ou poursuite de l'antisécrétoire trois semaines à simple dose.
- Contrôle endoscopique et histologique à huit semaines.

Contre-indications : aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; ou association définitive AINS-IPP et contrôle de la fibroscopie.

QUESTION 5/7 : Le problème digestif est réglé. L'évolution ultérieure de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes. Le patient est très invalidé. Il existe une résistance ou une contre-indication à tous les traitements « classiques » locaux ou généraux.

1. Quelle classe thérapeutique peut être envisagée ?
2. Quelles sont ses principales contre-indications ?

Réponse attendue :

Anti-TNFa.

Principales contre-indications :

- infections actives ; - situations à haut risque d'infection
- sclérose en plaques ;
- insuffisance cardiaque congestive ;
- néoplasies et cancers, saufs ceux traités depuis plus de cinq ans et guéris ;
- lésions précancéreuses en l'absence d'avis d'un cancérologue ou d'un hématologue ;
- grossesse, allaitement. Le bilan préthérapeutique doit comporter obligatoirement un interrogatoire et un examen soigneux à la recherche de contre-indications et/ou d'antécédents ou signes pouvant faire craindre une contre-indication.

Selon l'AFSSAPS : interrogatoire soigneux à la recherche de situation à risque de tuberculose, une radiographie pulmonaire, une IDR à la tuberculine.

QUESTION 6/7 : La thérapeutique envisagée est efficace, mais le patient garde quelques douleurs persistantes. Il a entendu parler des cures thermales et vous demande quelles en sont les modalités et si elles pourraient lui être bénéfiques. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

La crénothérapie est l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour dans la station thermale :

- dans la plupart des cas, des soins de kinésithérapie et de rééducation sont effectués ;
- utilisant souvent les eaux thermales ou leurs dérivés (boue) ;
- ayant lieu dans une station agréée ;
- au cours d'une période d'environ trois semaines en général.

Les soins sont quotidiens.

Le médecin doit remplir un formulaire de prise en charge comportant l'orientation thérapeutique et le nom de la station thermale. La demande est adressée par le patient à la sécurité sociale.

L'efficacité à long terme des cures thermales sur la douleur ou le handicap n'est pas démontrée. Elles peuvent cependant être utiles dans la spondylarthrite ankylosante. Elles sont contre-indiquées en cas de poussée inflammatoire. Elles sont également contre-indiquées en cas de traitement immunosupresseur.

QUESTION 7/7 : La maladie est peu active pendant plusieurs mois. Malheureusement, l'évolution se fait vers un échappement thérapeutique. Le patient vient vous demander conseil. Il lui a été proposé d'être inclus dans une étude testant l'efficacité d'un nouveau traitement, en comparaison avec un placebo.



Il vous demande ce qu'est :

1. un placebo ;
2. l'effet placebo ;
3. l'effet thérapeutique ;
4. et pourquoi l'étude comporte un groupe « placebo ».

Réponse attendue : 1. Le placebo est une substance inerte (dépourvue d'activité pharmacologique), délivrée dans un contexte thérapeutique.

2. L'effet placebo est un effet thérapeutique produit par la prescription d'une substance inerte (dépourvue d'effet pharmacologique).

3. L'effet de tout traitement pharmacologique résulte d'un effet pharmacologique et d'un effet placebo.

4. Dans l'étude, l'utilisation d'un groupe placebo permettra de connaître les effets pharmacologiques de la molécule testée à condition que l'étude soit réalisée en double aveugle (double insu) et soit randomisée. Les études contre placebo sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°2

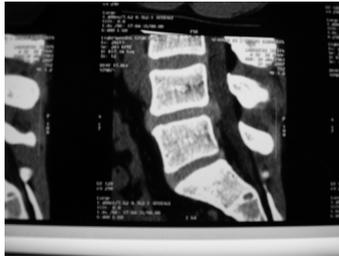
Scénario :

Monsieur B., quarante-quatre ans, professeur de mathématiques, sans antécédents, vient vous consulter pour une lombalgie irradiant dans le membre inférieur gauche. La douleur lombaire est apparue il y a quinze jours après un effort de soulèvement. Il s'agit d'une douleur lombaire basse, relativement supportable, irradiant à la face postéro-externe de la cuisse, à la face externe de la jambe et au dos du pied. La douleur est aggravée par les efforts, soulagée par le repos, impulsive à la toux. Son seul antécédent est une malposition urétérale opérée dans l'enfance.

L'examen clinique montre un signe de Lasègue à gauche à 55°, une colonne lombaire enraidie et douloureuse à la palpation. Il n'y a pas d'anomalie à l'examen neurologique, pas de fièvre, pas d'altération de l'état général.

Il vous apporte ses radiographies et son scanner qui explore L5S1 et L4L5 (clichés ci-dessous).





QUESTION 1/7 : Quel diagnostic proposez-vous ? Certains examens complémentaires sont-ils indispensables ? Si oui, lequel (justifiez) ? Le scanner lombaire était-il justifié ?

Réponse attendue :

Lombosciatique L5 gauche non déficitaire d'origine discale.

Je prescris :

- radiographies du rachis lombaire face et profil indiquées après quinze jours d'évolution pour apprécier la statique, le pincement discal, éliminer une fracture vertébrale ou une tumeur visible en radiographie ;

- créatininémie dans le bilan pré-anti-inflammatoire, d'autant qu'il a un antécédent rénal.

Le scanner n'est pas justifié car le tableau clinique est typiquement discal non compliqué et l'atteinte est récente (moins d'un mois).

QUESTION 2/7 : Décrivez l'image scannographique. Est-elle compatible avec le tableau clinique ?

Réponse attendue :

Oui, il y a une hernie paramédiane (postéro-latérale) L4-L5 gauche au contact de la racine L5.

QUESTION 3/7 : Quel traitement proposez-vous ? L'hospitalisez-vous ?

Réponse attendue :

- Repos relatif selon la douleur.

- Une hospitalisation n'est pas justifiée.

- Anti-inflammatoire non stéroïdien *per os* en l'absence de contre-indication.

- Antalgique de palier I en première intention.

- Il n'y a pas d'indication à prescrire un protecteur gastrique en première intention sans antécédent ulcéreux et à son âge.

QUESTION 4/7 : Quelques jours plus tard, le patient revient consulter. Les douleurs vont un peu mieux, sans plus. Par ailleurs, sont apparues des épigastralgies, et il a noté depuis 48 heures des selles noires. Que suspectez-vous et que faites-vous ?

Réponse attendue :

Gastrite ou ulcère responsable d'un méléna :

- Arrêt des anti-inflammatoires.
- Traitement par inhibiteur de la pompe à proton.
- Fibroscopie gastrique.
- Numération-formule sanguine-plaquettes.

QUESTION 5/7 : Le problème digestif finit par se résoudre. En revanche, la douleur lombaire et du membre inférieur gauche persiste. Le patient est revu deux semaines après la première consultation. Il est toujours gêné. La douleur ne s'est pas modifiée. Une indication chirurgicale est-elle envisageable ?

Réponse attendue :

En termes de tableau clinique, il n'y a pas de problème de décision si on conclut à deux mois à l'échec du traitement médical. Une indication chirurgicale est envisageable après six semaines d'évolution mais la décision finale appartient au patient après qu'on lui a expliqué les bénéfices (guérison plus rapide) et les risques (essentiellement infection, échec, difficulté en cas de nécessité de réintervention).

QUESTION 6/7 : Quelques jours plus tard, malgré un traitement médical bien conduit, le patient bénéficie finalement d'une discectomie L4-L5 chirurgicale en urgence du fait d'un déficit avec un syndrome de la queue de cheval. Il est dans un premier temps amélioré, avec notamment régression de la radiculalgie. Cependant, deux semaines après la chirurgie, il présente une réaggravation de ses lombalgies. Ces dernières sont permanentes, insomniantes, non irradiées. Il existe une fièvre à 38-38,5 °C. La vitesse de sédimentation est de 45 mm à la première heure et la protéine C réactive à 120 mg/l. Une IRM est réalisée (T1 + gadolinium) (cliché ci-dessous).



Que concluez-vous ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une spondylodiscite car :

- geste chirurgical (porte d'entrée) ;
- fièvre ;
- syndrome inflammatoire ;
- hypersignal des corps vertébraux en miroir avec hypersignal discal.

QUESTION 7/7 : Quelle est votre conduite à tenir paraclinique et thérapeutique ?

Réponse attendue :

- Repos au lit.
- Hémocultures, ECBU.
- Ponction discale radiologiquement guidée si hémocultures négatives.
- Double antibiothérapie après les prélèvements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°6

Scénario :

Madame F., âgée de soixante-quinze ans, consulte pour une altération de l'état général. Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle traitée par Diltiazem et une appendicectomie. Sa fille la soupçonne de débuter une maladie d'Alzheimer car elle ne supporte plus d'aller chez le coiffeur et préfère ne plus faire de coloration ni même se peigner. Elle refuse de manger car elle dit que cela la fatigue. Elle se plaint de douleurs des deux épaules et des deux cuisses et ne veut plus s'habiller le matin. Elle a perdu 10 kg en six mois. Lorsque vous la voyez en consultation cet après midi, l'examen est en revanche extrêmement pauvre. Tout au plus notez-vous qu'elle a des douleurs en fin de mouvement des deux épaules et une limitation des hanches en rotation interne (10°) avec quelques craquements.

Biologie : hémoglobine : 10,9 g/dl ;

VGM : 88 μm^3 ;

plaquettes : 500 000/mm³ ;

leucocytes : 8 500/mm³, avec une formule normale ;

créatinine : 90 $\mu\text{mol/l}$;

VS : 34 mm à la première heure ;

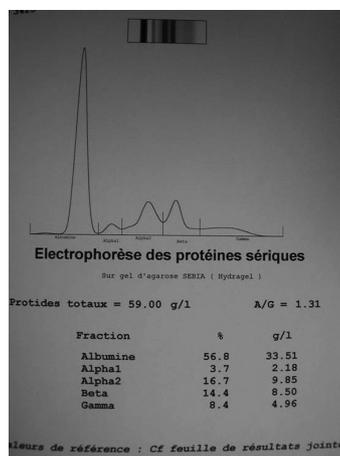
ASAT : 24 ;

ALAT : 32 ;

phosphatases alcalines 234 UI (N = 40-140 UI) ;

électrophorèse : cliché ci-dessous.

Vous faites des radiographies des épaules et du bassin (clichés ci-dessous).







QUESTION 1/5 : Comment interprétez-vous les radiographies ?

Réponse attendue : – Radiographies d'épaules normales hormis une condensation trochantérienne témoignant d'une souffrance sous-acromiale.

- Absence de signes de rupture de coiffe.
- Absence de calcifications.

Soit : normales pour l'âge.

QUESTION 2/5 : Comment interprétez-vous les examens biologiques ?

Réponse attendue : – VS élevée et probable syndrome inflammatoire (l'anémie seule ne peut expliquer cette élévation).

- Cholestase anictérique sans cytolyse.
- Absence de pic à l'électrophorèse.

QUESTION 3/5 : Quelle pathologie évoquez-vous en priorité ?

Quels arguments cliniques vous orientent vers une telle pathologie ?

Réponse attendue : Maladie de Horton avec pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR).

Arguments :

- Horton : probable claudication de mâchoires, signe du peigne, céphalées ;
- PPR : douleur inflammatoire des ceintures.

QUESTION 4/5 : Faites-vous d'autres examens complémentaires ?

Réponse attendue : – Biopsie d'artère temporale.

- CRP et/ou fibrine pour confirmer qu'une protéine de l'inflammation est augmentée.
- échographie abdominale : à discuter.

QUESTION 5/5 : Vous revoyez un an plus tard la patiente qui se plaint de la récurrence des douleurs inguinales, alors que celles-ci avaient complètement disparu. Vous demandez une nouvelle radiographie du bassin (cliché ci-dessous).



Quel diagnostic retenir-vous ? Mettez-vous en doute le diagnostic initial ? Quels facteurs de risque pour expliquer cette anomalie retenir-vous ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une ostéonécrose bilatérale de hanche. Ceci ne remet pas en doute le diagnostic et s'explique probablement par la corticothérapie. On recherche néanmoins d'autres facteurs de risque, notamment alcool, troubles lipidiques...

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°8

Scénario :

Vous voyez en consultation pour la première fois Madame H., âgée de cinquante et un ans, fonctionnaire. Depuis trois mois, elle se plaint d'une douleur en fin de nuit (à partir de 4 h du matin), suivie d'une raideur (tous les matins pendant une heure), siégeant principalement aux articulations métatarsophalangiennes, métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales des deux pieds et des deux mains.

À l'interrogatoire, vous ne notez pas d'événement intercurrent ou ayant précédé le début des troubles. Elle présente pour principaux antécédents une hystérectomie pour fibrome utérin il y a deux ans, un glaucome à angle ouvert, une dilatation des bronches semble-t-il secondaire à une primo-infection tuberculeuse à l'âge de dix ans, un asthme allergique (depuis l'enfance) et une hypertension artérielle traitée depuis cinq ans par irbésartan et hydrochlorothiazide. Elle fume un paquet de cigarettes par jour.

Elle n'est pas ménopausée.

Son traitement habituel comprend, outre l'antihypertenseur, du salbutamol en spray à la demande.

L'examen rhumatologique retrouve un gonflement du genou droit, des poignets, des 1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e métacarpophalangiennes, et des 2^e, 3^e, 4^e interphalangiennes proximales des deux mains. Les interphalangiennes distales sont discrètement déformées, sans signes inflammatoires locaux, avec une palpation au travers de la peau de tuméfactions osseuses évocatrices d'ostéophytes. Il existe trois petits nodules fermes au bord des 2^e, 3^e et 4^e doigts.

L'examen général met en évidence la présence de crépitants à la base droite.

Elle vous montre un test au latex, demandé par son médecin traitant, positif au 160e, et des radiographies des mains.

Voir photo dans le cahier couleur (cas clinique 8.1).



QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic vous paraît le plus vraisemblable ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Polyarthrite rhumatoïde.

Arguments :

- Fréquence : il s'agit de l'étiologie la plus fréquente de polyarthrite chronique à cet âge.
- Terrain : femme âgée de la cinquantaine, pic de fréquence de la maladie.
- Signes rhumatologiques :
 - raideur articulaire > 1 heure depuis plus de six semaines ;
 - arthrites de plus de trois groupes articulaires depuis plus de six semaines ;
 - atteintes des mains depuis plus de six semaines ;
 - atteintes symétriques depuis plus de six semaines ;
 - nodules des doigts compatibles avec des nodules rhumatoïdes.
- Signes généraux : absence de signes articulaires (atteinte axiale, atteinte des interphalangiennes distales) ou extra-articulaires (atteintes viscérales...) orientant vers une autre pathologie.
- Signe biologique : présence de facteurs rhumatoïdes.

QUESTION 2/6 : Quel examen biologique immunologique vous paraît le plus important pour éliminer un diagnostic différentiel ? Décrivez brièvement la méthode habituellement utilisée pour sa réalisation.

Réponse attendue :

Facteurs antinucléaires pour rechercher des arguments en faveur d'une autre maladie auto-immune : lupus érythémateux ou syndrome de Gougerot-Sjögren.

On pratiquera un dépistage sur cellule Hep2, puis, en cas de positivité, une recherche de spécificité (notamment anti-ADN natif) par ELISA ou par test radio-immunologique selon la méthode de Farr ou sur *Crithidia luciliae*, mais aussi une recherche d'anticorps anti-antigène soluble (anti-Sm, anti-SSA et SSB notamment).

QUESTION 3/6 : Quel(s) examen(s) complémentaire(s) radiographique(s) vous paraît (paraissent) indispensable(s) ? Pour quelle(s) raison(s) ?

Réponse attendue :

- Radiographies des mains et poignets de face, des avant-pieds de face, et des avant-pieds de trois quarts pour la recherche de signes typiques de polyarthrite rhumatoïde
 - déminéralisation et, surtout, érosion – et afin d'avoir une image initiale en vue de la surveillance ultérieure. Elle permet en outre de vérifier l'absence de signe de chondrocalcinose.
- Radiographie pulmonaire pour obtenir un cliché initial et vérifier que les anomalies cliniques sont bien en rapport avec des images de dilatation de bronches.
- Radiographie des genoux pour vérifier l'absence de pincement articulaire et l'absence de

signes de chondrocalcinose.

- L'échographie et l'IRM pourraient être discutées.

QUESTION 4/6 : Proposez-vous une biopsie synoviale pour étayer le diagnostic ?
Pourquoi ?

Réponse attendue :

Non, la biopsie synoviale n'est pas nécessaire devant un tel tableau car sa valeur diagnostique (faible sensibilité et spécificité) est très faible pour un coût et une lourdeur élevée.

QUESTION 5/6 : Après traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien, Madame H. présente une élévation de la créatinémie à 110 micromoles alors qu'elle était à 80 auparavant. Quel mécanisme évoquez-vous ? Quels examens complémentaires conseillez-vous ? Quelle attitude thérapeutique pratique conseillez-vous ?

Réponse attendue :

- Insuffisance rénale aiguë (IRA) fonctionnelle d'origine iatrogène.
- Coprescription d'une association sartan-thiazidique et d'un AINS : les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine empêchent la vasoconstriction de l'artère efférente du glomérule. Chez cette patiente sous ARA2, la pression intraglomérulaire est maintenue grâce à la vasodilatation de l'artère afférente. Les AINS inhibent la vasodilatation de l'artère afférente du glomérule : la pression intraglomérulaire chute, conduisant à la baisse du débit de filtration glomérulaire ; c'est l'insuffisance rénale aiguë. De plus, le diurétique thiazidique entraîne une hypovolémie majorant cette insuffisance rénale.
- Les examens complémentaires à réaliser sont :
 - ionogramme sanguin avec Na, K, Cl, HCO₃⁻, à la recherche d'une hyperkaliémie (et d'une acidose métabolique) ;
 - ECG en cas d'hyperkaliémie ; - bandelette urinaire : vérifier l'absence d'hématurie ou de protéinurie, qui orienteraient vers une cause organique surajoutée ;
 - échographie rénale de façon systématique devant une IRA : éliminer un obstacle, taille des reins.
- Arrêt des AINS : contre-indication si elle garde ce traitement antihypertenseur.
- Arrêt des ARA2 et du thiazidique : réévaluation de la nécessité du traitement. Quand la fonction rénale est rétablie, réintroduction ou remplacement par un inhibiteur calcique ou une association inhibiteur calcique-thiazidique (les bêtabloquants sont ici contre-indiqués).
- Surveillance de l'efficacité de ces mesures par ionogramme sanguin et créatininémie dans les 48 heures.

QUESTION 6/6 : Grâce à vos conseils, tout se passe bien pendant dix ans sur le plan rénal. Mais vous avez eu du mal à contrôler l'inflammation qui a toujours persisté durant le suivi. Elle développe alors une insuffisance rénale plus franche et, cette fois-ci, compte tenu de la

durée de l'inflammation, vous évoquez une amylose. De quel type d'amylose peut-il s'agir ? Quels autres signes peuvent vous orienter ? Quels examens complémentaires proposez-vous ?

Réponse attendue :

On évoque ici une amylose AA, dite secondaire, devant l'antécédent de polyarthrite rhumatoïde (40 % des causes d'amylose AA). Les amyloses AA peuvent également être secondaires à des infections chroniques : ici antécédent de dilatation des bronches.

À l'examen clinique, on recherchera une hépatomégalie, une splénomégalie. À l'interrogatoire, une diarrhée, un amaigrissement (localisation intestinale). La macroglossie est classiquement absente. L'atteinte cardiaque est rare et il n'y a pas de neuropathie périphérique dans l'amylose AA.

Les examens complémentaires à réaliser sont :

- ionogramme sanguin, urée, créatinine avec calcul de la clairance ;
- protidémie, albuminémie ;
- bandelette urinaire, protéinurie des 24 heures : abondante avec éventuellement syndrome néphrotique ;
- numération des éléments figurés des urines ;
- pour le diagnostic différentiel : sérologies des virus de l'hépatite B et de l'hépatite C, VIH, radiographie pulmonaire ;
- échographie rénale : gros reins ;
- échographie cardiaque : à la recherche d'une hypertrophie septale.

Preuve histologique :

- biopsie des glandes salivaires, de la muqueuse rectale ou de la graisse abdominale, avec examen anatomopathologique : coloration de la substance amyloïde au rouge Congo et dichroïsme jaune-vert en lumière polarisée ;
- ponction-biopsie rénale : dépôts extracellulaires amorphes.