

Les Anticorps antinucléaires : utilité clinique pour l'omnipraticien

Les autoanticorps sont les témoins de réactions d'auto-immunisation physiologiques et surtout pathologiques.

Parmi les nombreux auto-anticorps disponibles en biologie clinique, les anticorps anti-nucléaires (**AAN**) présentent pour le clinicien un **intérêt diagnostique** majeur au cours de certaines maladies systémiques et/ou auto-immunes, en particulier les **connectivites** (lupus, sclérodermie, maladie de Sjoëgren, dermatopolymyosite, maladie de Sharp) auxquelles ils sont très souvent associés. .

Ils peuvent également avoir un **intérêt pronostique**, , notamment au cours de la sclérodermie systémique.

Certains AAN peuvent être également **pathogènes**, comme les anti-SSA entraînant parfois un bloc auriculo-ventriculaire foetal.

Il existe une grande variété d'AAN, classés selon leur spécificité antigénique : acides nucléiques et nucléoprotéines, antigènes nucléaires solubles, protéines nucléolaires et protéines centromériques.

Les AAN sont dépistés par une technique d'immunofluorescence indirecte (IFI) sur étalements de cellules HEp-2. L'IFI permet d'identifier des AAN avec une sensibilité de 100 % et une spécificité de 86 %. Le seuil de positivité des AAN communément retenu comme significatif correspond à une dilution ³ 1/160 à 1/320. En cas de dépistage positif, la spécificité antigénique des AAN doit être déterminée par la recherche d'Ac anti-antigènes nucléaires solubles à l'aide d'autres techniques (immuno-enzymatiques, radioimmunologiques, immuno-diffusion, immuno-transfert,

immuno-précipitation).

Le dépistage des AAN dans un but diagnostique doit être proposé face aux syndromes cliniques rappelées dans le tableau 1 .

L'identification de la spécificité des AAN permet le diagnostic différentiel entre les différentes connectivites.

Il permet également d'évaluer le risque de développer une atteinte viscérale, en particulier au cours de la sclérodemie systémique : dans cette affection , les Ac anti-centromère sont associés au risque , bien que rare, de développer une hypertension artérielle pulmonaire et les anticorps anti-SCI-70 à celui de développer une atteinte interstitielle pulmonaire.

Le titre des AAN, sauf pour les anti-ADN natifs et les antinucléosomes (prédictifs d'une poussée de la maladie au cours du lupus érythémateux disséminé), n'est cependant pas corrélé à l'évolutivité de la maladie.

Dans l'interprétation d'un dépistage positif des AAN, le clinicien veillera toujours à intégrer le seuil de positivité du test, l'âge et le contexte clinico-biologique du patient .

Tableau 1 : situations cliniques justifiant la recherche d' AAN

Poly-oligoarthrite

Eruption cutanée évocatrice de lupus ou de dermatomyosite (*rash malarique, érythème en lunette et des paupières, photosensibilité*)

Ulcérations buccales récidivantes

Cytopénies auto-immunes (*purpura thrombopénique immunologique, anémie hémolytique*)

Manifestations neuro(psychiatriques), centrales et périphériques inexplicées

Myosite

Syndrome de Raynaud

Sclérose cutanée

Syndrome sec inexplicé

Suspicion de vascularite systémique

Néphropathie glomérulaire

Microangiopathie thrombotique

Syndrome thrombotique inexplicé

Pleuro-péricardite

Pneumopathie interstitielle, hémorragie intra-alvéolaire

Hypertension artérielle pulmonaire
