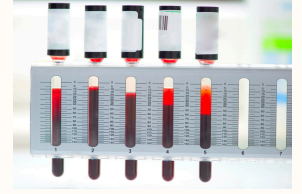


VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)

Déremboursement par l'assurance maladie depuis le 16/04/2026



La **Vitesse de Sédimentation (VS)** est un marqueur inflammatoire historique, facile à réaliser, mais dont les **limites** sont désormais bien établies : manque de spécificité, variabilité technique, sensibilité aux facteurs physiologiques ou pathologiques non inflammatoires, et cinétique lente.

Malgré une **diminution de 25 % de ses prescriptions depuis 2014**, la VS reste largement utilisée en France (16 millions d'actes remboursés en 2023, pour un coût de 12 millions d'euros), souvent en association avec la **CRP** et un hémogramme, y compris chez des patients asymptomatiques.

La **Haute Autorité de Santé (HAS)** a évalué, à la demande de l'Assurance Maladie, **l'intérêt médical résiduel de la VS** dans plusieurs indications, afin de préciser ses conditions de prescription et, le cas échéant, de proposer sa radiation de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) :

1. Patients asymptomatiques ou paucisymptomatiques : la VS est souvent prescrite en "bilan de routine" chez des patients sans signe d'appel inflammatoire

- Aucune preuve d'un bénéfice diagnostique ou pronostique
- Risque de **faux positifs** (investigations inutiles, anxiété) ou de **faux négatifs** (retard diagnostique)

2. Artérite à cellules géantes (ACG) / Pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) : la VS était historiquement utilisée pour le diagnostic et le suivi de ces vascularites du sujet âgé

- **Diagnostic** :
 - La VS a une **sensibilité élevée** (93 % pour VS > 40 mm/h) mais une **spécificité faible** (37 %)
 - La **CRP seule** est suffisante pour confirmer un syndrome inflammatoire
 - La **combinaison VS + CRP** n'améliore pas la sensibilité diagnostique
 - En cas de **traitement par anti-IL6 (tocilizumab)**, VS et CRP sont **non interprétables** (inhibition de la synthèse hépatique)
- **Pronostic** :
 - Aucune preuve que la VS prédise les rechutes ou la réponse au traitement
- **Suivi** :
 - Les recommandations françaises (2024) privilégient la **CRP + fibrinogène** (marqueur de cinétique lente plus fiable)
 - La VS est **explicitement déconseillée** dans le PNDS 2024 en raison de ses interférences (anémie, gammopathies)

3. Lupus systémique : Maladie auto-immune multisystémique où l'inflammation est inconstante

- **Diagnostic :**
 - La VS **ne fait pas partie des critères diagnostiques** (EULAR/ACR 2019, SLICC 2012)
 - Un syndrome inflammatoire est **inconstant** et non spécifique
- **Suivi :**
 - La VS est **souvent élevée** (hypergammaglobulinémie), mais **ne corrèle pas avec l'activité de la maladie**
 - Les scores d'activité (SLEDAI, BILAG) **n'incluent pas la VS** (sauf ECLAM/SLAM, peu utilisés)
 - La **CRP** est préférée en cas de suspicion d'infection ou d'atteinte séreuse

4. Polyarthrite rhumatoïde (PR) : La VS était incluse dans les anciens scores d'activité (DAS28-VS)

- **Diagnostic :**
 - La VS fait partie des **critères ACR/EULAR 2010**, mais son apport est **limité** (la CRP est équivalente)
 - Les recommandations françaises (2024) **ne la mentionnent pas spécifiquement** pour le diagnostic
- **Pronostic :**
 - Aucune preuve que la VS prédise l'évolution radiologique ou fonctionnelle
- **Suivi :**
 - Le **DAS28-CRP** est désormais privilégié (meilleure reproductibilité)
 - La VS peut être **faussement normale** sous anti-IL6 ou **faussement élevée** (anémie, gammopathie)

5. Arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) / Maladie de Still de l'adulte :

- **Diagnostic :**
 - La VS est **parfois élevée**, mais sans spécificité
 - Les recommandations pédiatriques européennes (2017) la mentionnent sans argumentaire solide
- **Suivi :**
 - Les critères d'activité (JADAS, ACR Pedi) **n'incluent pas la VS**
 - La **CRP** est préférée pour évaluer l'inflammation

6. Lymphome de Hodgkin : La VS était utilisée comme marqueur pronostique

- **Données :**
 - Aucune preuve que la VS améliore la stratification pronostique (remplacée par le **score IPS** et la **TEP-scan**)
 - Les recommandations récentes **ne la mentionnent plus**

7. Myélome multiple et gammopathies monoclonales : La VS peut être élevée en raison de l'hypergammaglobulinémie

- **Diagnostic** :
 - La VS est **non spécifique** (élévation fréquente sans inflammation)
- **Suivi** :
 - Les recommandations privilégient l'**électrophorèse des protéines** et la **chaîne légère libre**

Conclusions générales :

À l'issue de cette évaluation, la HAS conclut que **la VS n'a plus d'intérêt médical démontré** dans les situations cliniques évaluées, en raison de :

- **Ses nombreuses limites** : manque de reproductibilité (variabilité inter- et intra-technique jusqu'à 30 %), faible spécificité (influencée par l'âge, le sexe, la grossesse, l'anémie, les gammopathies, etc.), cinétique lente (retard à la normalisation après résolution de l'inflammation).
- **L'existence de marqueurs plus performants** : la **CRP** (cinétique rapide, moins sensible aux interférences) est privilégiée en première intention pour évaluer une inflammation aiguë. D'autres marqueurs (fibrinogène, procalcitonine) ou examens (imagerie) sont disponibles selon le contexte.

La VS va donc disparaître de notre panel d'analyse, du fait de son manque d'utilité et de son déremboursement.

Adaptons nos pratiques dès aujourd'hui !

Les Biologistes Bio-Val

Références clés :

- HAS. *Pertinence de prescrire la vitesse de sédimentation (VS) - Reste-t-il des indications à la VS ?* Novembre 2025.
- Recommandations EULAR 2023-2024 (ACG, PR, lupus).
- Société Française de Rhumatologie (PNDS Horton 2024, PR 2024).