

DOULEUR ET EPANCHEMENT ARTICULAIRE
ARTHRITE D'EVOLUTION RECENTE
ORIENTATIONS DIAGNOSTIQUES
(question 307)

Jean SIBILIA

Service de Rhumatologie, CHU de Strasbourg

Correspondance :

Pr Jean SIBILIA

Service de Rhumatologie – Hôpital de Hautepierre

1, avenue Molière – 67098 Strasbourg Cedex

Tél : 03.88.12.79.55 Fax : 03.88.12.81.50

E-mail : jean.sibilia@wanadoo.fr

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE EN CAS DE SUSPICION D'ATTEINTE ARTICULAIRE

De nombreuses affections peuvent être révélées par des manifestations articulaires qui se caractérisent par des symptômes et des signes cliniques.

- Les principaux symptômes sont la douleur et ses corollaires (handicap, retentissement psycho-affectif). Quelle que soit l'affection, l'analyse de la douleur est réellement la "clé de voûte" du diagnostic.
- Les signes cliniques sont principalement un épanchement articulaire, une déformation ostéo-articulaires (constitutionnelle ou acquise), une douleur localisée, une limitation de la mobilité active ou passive associée parfois à une amyotrophie et une impotence fonctionnelle (boiterie, déhanchement, ...).

Cette démarche justifie un interrogatoire précis et un examen clinique minutieux.

1. L'interrogatoire a comme objectifs :

- de préciser les caractères individuels (âge, sexe, profession, ...)
- de préciser les antécédents utiles personnels et familiaux
- de déterminer le contexte clinique :
 - * les circonstances déclenchantes : traumatismes, geste local (infiltration), porte d'entrée infectieuse, infection virale récente, vaccination, prise d'un médicament ;
 - * les prodromes qui peuvent être l'expression des circonstances déclenchantes : *ex* : infection;
 - * les signes associés, en particulier les signes généraux (fièvre) et d'autres symptômes extra-articulaires (cutanés, digestifs, neurologiques) qui peuvent orienter vers une étiologie particulière.
- de caractériser avec précision la douleur en s'appuyant sur 3 questions clés :
 - * Depuis quand ?
 - * Où ?
 - * Comment ?

2. L'examen clinique a comme objectifs :

- de caractériser l'atteinte articulaire en précisant 2 points importants :
 - * S'agit-il simplement d'arthralgie (douleur articulaire isolée sans signe objectif) ou d'arthropathie plus importante, caractérisée par un signe objectif, en particulier un épanchement ?

- * Quelle est la topographie des atteintes, en particulier quels sont les localisations et le nombre d'articulations touchées ?
- d'effectuer un examen clinique général en précisant plus particulièrement 2 points :
 - * Existe-t-il des signes généraux (fièvre, amaigrissement...) ?
 - * Existe-t-il des signes cliniques d'accompagnement extra-articulaires (*ex* : atteinte cutanée, digestive, neurologique...) ?

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE EN CAS DE DOULEUR ARTICULAIRE

1. Définition et signification d'une douleur articulaire

La douleur est le symptôme le plus fréquent en cas d'atteinte articulaire. C'est un motif très fréquent de consultation (10 à 15% des consultations de médecine générale). Sauf exception, il n'y a pas d'arthropathie sans douleur articulaire, sauf dans 2 circonstances :

- lors de la phase initiale d'une affection qui ne deviendra symptomatique qu'en fonction de la sévérité et de la progression des lésions,
- soit dans certaines formes rares d'arthropathies nerveuses (*ex* : arthropathie diabétique) caractérisée par des destructions importantes avec généralement peu ou parfois très peu de douleur.

2. Conduite à tenir en cas de douleur articulaire

Quand un patient consulte pour une douleur articulaire, la démarche diagnostique repose sur 3 étapes.

- Un pré-requis indispensable qui est d'éliminer toute douleur "d'allure articulaire" liée à l'atteinte d'une autre structure anatomique.
- Une caractérisation de la douleur articulaire par un interrogatoire et un examen clinique minutieux.
- Une stratégie d'exploration avec des examens complémentaires simples et pertinents.

2.1. Un pré-requis indispensable : éliminer une douleur "d'allure articulaire" liée à l'atteinte d'une autre structure

L'objectif est d'éliminer :

- soit une douleur « régionale » péri-articulaire, musculaire ou osseuse ou vasculaire,
- soit une douleur projetée ostéo-articulaire ou viscérale.

2.1.1. Les douleurs « pseudo-articulaires » locorégionales

✂ Les douleurs périarticulaires

Ces douleurs liées à l'atteinte d'une structure tendineuse (enthèse, capsule) ou d'un espace de glissement (gaine, bourse) peuvent donner des douleurs qui semblent articulaires. Quelques exemples peuvent être cités :

- une tendinite de l'épaule (lésion de la coiffe des rotateurs) ou une capsulite rétractile se traduit par une douleur d'épaule mécanique;
- une ténosynovite des gaines des tendons fléchisseurs des doigts se traduit par des douleurs des doigts;
- une enthésite des ischiojambiers au cours d'une spondylarthrite ankylosante peut faire croire à une atteinte coxo-fémorale (coxite).

Ces douleurs périarticulaires se caractérisent par :

- une localisation de la douleur typiquement en regard du tendon, de l'enthèse ou de la bourse atteinte;
- une douleur reproduite par l'étirement passif ou des manœuvres contrariées, mettant en jeu le tendon ou l'enthèse;
- l'absence de signe articulaire objectif, en particulier d'épanchement et de limitation de la mobilité articulaire passive. Ce dernier point mérite 2 commentaires :
 - * En cas de tendino-bursite ou d'enthésite importante, un petit épanchement articulaire de "contiguïté" peut être observé mais il est toujours de faible importance. En revanche, en cas de tendinopathie microtraumatique (sport, profession), il n'y a jamais d'épanchement.
 - * En cas de capsulite, la mobilité articulaire active mais aussi passive est réduite.

✂ *Les douleurs osseuses*

Les lésions osseuses épiphysométaphysaires peuvent se traduire par des douleurs d'allure articulaire. Quelques exemples peuvent être cités :

- une fissure osseuse (*ex* : fissure ostéoporotique du col du fémur, fracture de fatigue du pied du marcheur) ;
- une ostéonécrose (*ex* : ostéonécrose cortisonique de la tête fémorale);
- une algodystrophie;
- une tumeur osseuse bénigne (*ex* : ostéome ostéoïde) ou maligne (*ex* : ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur);
- une maladie de Paget.

Les douleurs osseuses sont caractérisées par :

- une localisation évocatrice typique sus ou sous-articulaire qui peut être déterminé à la pression mais également à la percussion.

- l'absence de signe articulaire objectif, notamment de limitation de la mobilité ou d'épanchement. Néanmoins, si l'atteinte osseuse épiphysaire est proche de l'articulation, il peut être observé un petit épanchement dit « réactionnel ».

☞ *Les douleurs musculaires*

Différentes atteintes musculaires peuvent aussi faire croire à des douleurs articulaires. Deux cas de figure peuvent être décrits :

- une lésion musculaire isolée (post-traumatique, infectieuse, tumorale) peut donner une douleur trompeuse localisée ;
- des douleurs musculaires diffuses, quelle que soit l'origine, peuvent faire croire à des douleurs articulaires multifocales.

Dans différentes maladies inflammatoires, ces myalgies peuvent s'associer à d'authentiques arthralgies d'où l'utilisation du terme "arthromyalgie".

Les douleurs musculaires sont caractérisées par :

- une localisation évocatrice qui touche le corps ou la jonction myotendineuse, révélée par l'activité musculaire et la palpation,
- l'absence de signe articulaire objectif.

☞ *Les douleurs d'origine vasculaire*

Différentes affections vasculaires (veineuses ou artérielles) peuvent se traduire par des douleurs trompeuses, d'allure articulaire. Quelques exemples peuvent être cités :

- une phlébite peut se traduire par un gonflement (parfois indolore) d'un membre ou de son extrémité. La douleur peut être mal systématisée et associée (rarement) à un épanchement réactionnel (*ex* : épanchement du genou associé à une phlébite poplitée),
- une atteinte artérielle aiguë ou chronique peut se manifester par des douleurs pouvant mimer des atteintes articulaires. Deux cas particuliers peuvent être décrits :
 - un syndrome de Raynaud est un acrosyndrome caractérisé par des troubles vasculaires digitaux qui se traduisent, dans les formes bénignes, par des troubles vasomoteurs douloureux des doigts et, dans les formes plus sévères, par une nécrose pulpaire parfois hyperalgique;
 - certains syndromes canaux (ex : syndrome du défilé cervico-thoracique) peuvent se traduire par un acrosyndrome (de type Raynaud) ou par des manifestations moins spécifiques comme des arthromyalgies à l'effort.

Les douleurs vasculaires sont caractérisées par :

- l'existence de signes vasculaires objectifs : œdème, cyanose, aspect froid, acrosyndrome, anomalie des pouls périphériques, troubles trophiques (dermite ocre, ulcère);
- l'absence de signe articulaire objectif en dehors d'exceptionnels épanchements de contiguïté à l'occasion d'une phlébite.

2.1.2. Les douleurs « pseudo-articulaires » projetées

Parmi ces douleurs « projetées, on distingue

- ① les douleurs « rapportées » d'origine neurologique qui sont « normalement projetées » dans un territoire neurologique (métamère) bien systématisé
- ② les douleurs « référées » d'origine articulaire (périphériques et rachidiennes) et surtout viscérales qui sont « anormalement projetées » dans un territoire (métamère) apparemment articulaire.

1) Les douleurs projetées « référées » dans un territoire inattendu

✂ *Les douleurs articulaires référées*

Certaines atteintes articulaires peuvent être projetées dans un territoire articulaire, avec deux exemples particuliers :

- * l'atteinte de la hanche peut se projeter et se traduire par une douleur de la face antérieure de la cuisse, voire même du genou,
- * *l'atteinte de l'épaule peut se projeter au membre supérieur en donnant parfois des douleurs qui vont jusqu'à la main.

Ces douleurs articulaires référées sont caractérisées par :

- * l'absence de signe articulaire objectif dans le territoire direct
- * l'existence de signes articulaires objectifs pour l'articulation en cause.

✂ *Les douleurs rachidiennes référées*

Ces douleurs projetées sont liées à des atteintes articulaires postérieures qui ont la particularité d'être à proximité de rameaux sensitifs postérieurs. Quelques exemples peuvent être cités :

- une atteinte de la charnière cervico-dorsale peut se traduire par des douleurs interscapulaires et scapulaires, irradiant parfois aux membres supérieurs,

- une atteinte de la charnière dorso-lombaire peut se traduire par une douleur trochantérienne et parfois inguinale, pouvant mimer une atteinte coxo-fémorale.

Les douleurs projetées sont caractérisées par :

- l'existence d'une sémiologie caractéristique . Ainsi, une atteinte de la charnière dorso-lombaire se traduit par des douleurs à la palpation de cette charnière et par un syndrome cellulo-ténomyalgique de la région iliaque postérieure (pointe de crête), de la région trochantérienne et parfois inguinale;
- l'absence de signe articulaire objectif dans la zone douloureuse.

✂ *Les douleurs viscérales référées*

De nombreuses affections viscérales (cardiologiques, pulmonaires, digestives) peuvent se traduire par des douleurs projetées « référées » d'allure articulaire. Quelques exemples méritent d'être cités :

- une pathologie cardiovasculaire ou splénique peut se traduire par des douleurs de l'épaule gauche;
- les pathologies hépato-vésiculaires peuvent se traduire par des douleurs de l'épaule.

Les douleurs viscérales projetées sont caractérisées par :

- des circonstances déclenchantes particulières (*ex* : angor d'effort, douleur d'origine splénique post-traumatique);
- une topographie caractéristique;
- une tonalité de la douleur particulière, souvent térébrante, décrite comme un « serrement »;
- l'absence de signe articulaire objectif dans le territoire douloureux.

2) Les douleurs projetées « rapportées » dans un métamère systématisé

✂ *Les douleurs d'origine neurologique*

Les atteintes radiculaires ou tronculaires peuvent se traduire par des douleurs distales et même rhizomélisque, qui peuvent mimer une atteinte articulaire. Quelques exemples peuvent être cités :

- Les atteintes radiculaires
 - * les lombocruralgies (L3 et/ou L4) peuvent se traduire par des gonalgies,

- * les lombosciatiques (L5 et/ou S1) peuvent se traduire par des douleurs tronquées du creux poplité ou de la face postérieure de la cuisse (atteinte S1) ou plus rarement de la cheville (atteinte L5),
 - * des névralgies cervico-brachiales (C2 à C7) peuvent se manifester par une douleur scapulaire (atteinte C3-C5) ou digitale (atteinte C6-C7).
- Les atteintes tronculaires
 - * l'exemple le plus caractéristique est celui du canal carpien qui est lié à une compression canalaire du nerf médian au niveau du poignet. Ce syndrome se traduit par des douleurs des 3 premiers doigts, pouvant mimer des douleurs articulaires.

Les douleurs neurologiques sont caractérisées par :

- l'existence de signes neurologiques caractéristiques, surtout par leur systématisation (atteinte motrice sensitive et réflexe),
- la tonalité particulière de la douleur décrite comme des « brûlures » ou du « courant électrique », qui sont l'expression habituelle des paresthésies ou des dysesthésies,
- l'absence de tout signe articulaire objectif dans la zone douloureuse.

2.2. La caractérisation de la douleur

2.2.1. L'interrogatoire

Cet interrogatoire repose sur trois questions :

➤ ***Depuis quand ?***

La douleur peut être récente ou chronique (> 3 mois). Deux points méritent d'être précisés :

- La douleur peut être intermittente expliquant qu'il est souvent difficile de dater son début.
- Une douleur récente est le plus souvent aiguë car son intensité a certainement amené à consulter plus rapidement. Une douleur chronique est souvent moins intense car le patient a souvent attendu avant de consulter.

Cette notion d'ancienneté est très importante dans la démarche diagnostique, en particulier pour analyser la signification des examens complémentaires.

➤ ***Où ?***

L'analyse de la topographie de la douleur et du nombre d'articulations touchées sont très importants pour le raisonnement diagnostique.

- Le nombre d'articulations

L'atteinte des articulations périphériques peut être mono (une articulation), oligo (2 à 3 articulations) ou polyarticulaire (> 3 articulations).

- La topographie des atteintes articulaires peut être très informative. L'atteinte de certaines articulations peut être caractéristique d'une étiologie.
 - * Parmi les rhumatismes inflammatoires, le rhumatisme psoriasique est le seul qui touche avec prédilection toutes les articulations d'un seul doigt, y compris l'interphalangienne distale qui est une localisation très spécifique.
 - * L'arthrose des doigts touche avec prédilection les interphalangiennes distales et proximales mais presque jamais les métacarpophalangiennes, ce qui est l'inverse de la polyarthrite rhumatoïde qui touche surtout les métacarpophalangiennes et les interphalangiennes proximales mais presque jamais les interphalangiennes distales.
- L'existence de signes rachidiens est fondamentale pour la démarche diagnostique. En cas d'atteinte axiale, il existe schématiquement 3 situations étiologiques.
 - * Soit l'atteinte rachidienne (surtout cervicale et lombaire) est mécanique et s'intègre à une arthrose souvent diffuse,.
 - * Soit il s'agit de signes rachidiens inflammatoires (atteinte dorso-lombaire, sacro-iliaque, cervicale) qui révèle une spondylarthropathie.
 - * Soit il s'agit de cervicalgies inflammatoires a priori isolées (sans atteinte dorsale ou lombaire), ce qui évoque une polyarthrite rhumatoïde.

➤ *Comment ?*

Quelles sont les caractéristiques de ces douleurs articulaires ? Quatre points doivent être analysés :

- L'analyse de la nature mécanique ou inflammatoire de la douleur est le point le plus important pour l'orientation étiologique.

Une douleur inflammatoire se caractérise par :

- une recrudescence en fin de nuit qui réveille souvent le patient,

- une amélioration partielle (rarement complète) en cours d'activité,
- un enraidissement matinal durable (> 15 minutes), parfois de plusieurs heures.

Une douleur mécanique se caractérise par :

- une recrudescence à l'activité ou juste au décours de cette activité avec au début des manifestations uniquement en cas d'effort important,
- une amélioration complète ou partielle au repos,
- l'absence d'enraidissement matinal durable (< 15 minutes).

Parfois, les caractéristiques de la douleur ne sont pas faciles à définir en particulier l'horaire nocturne et la durée de la raideur matinale. Cela s'observe dans deux cas particuliers :

- Certaines arthropathies inflammatoires évoluent en détruisant l'articulation, ce qui fait qu'au cours de l'évolution, même si la part inflammatoire disparaît, des douleurs mécaniques séquellaires des destructions ostéo-articulaires vont apparaître.
- Des atteintes mécaniques peuvent se traduire par des douleurs, pouvant être considérées comme d'horaire mixte (c'est-à-dire que ce sont des douleurs d'horaire inflammatoire et mécanique). Cette situation se rencontre surtout quand la destruction est rapide (*ex* : coxarthrose à destruction rapide).
- L'intensité de la douleur est aussi importante car elle permet également l'orientation étiologique.
 - * Les douleurs très intenses (souvent récentes) évoquent en premier lieu une atteinte articulaire inflammatoire microcristalline (*ex* : crise de goutte) ou septique.
 - * Les douleurs articulaires moins intenses sont souvent mécaniques, sauf quand il existe des phénomènes de destruction ostéo-articulaire rapide et/ou importante.

Cette intensité peut être évaluée par une échelle visuelle analogique graduée de 0 à 10 (10 cm).

- Le rythme de la douleur est aussi un élément important. Une douleur peut être continue ou intermittente.
- Les facteurs susceptibles d'améliorer la douleur sont aussi importants, en particulier le repos, mais aussi les traitements (*ex* : les douleurs de la spondylarthrite ankylosante sont habituellement très sensibles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens).

2.2.2. L'examen clinique

- **L'examen articulaire**

Il comporte essentiellement l'inspection, la palpation et plus rarement la percussion. Son objectif est triple :

- 1) Préciser la topographie et le nombre d'atteintes articulaires, en complément de l'interrogatoire.
- 2) Préciser l'existence de signes articulaires locaux :
 - * Un épanchement articulaire associé ou non à des signes locaux :
 - intenses, marqués par une rougeur, une chaleur cutanée et un épanchement parfois important. Dans ce cas, ces formes dites « aiguës » traduisent une arthrite (septique, microcristalline ou plus rarement rhumatoïde), ou plus rarement une hémarthrose récente. L'existence d'un épaissement (« pannus ») de la membrane synoviale (synovite) est l'expression de la sévérité de l'inflammation, ce qui est spécifique de la polyarthrite rhumatoïde ;
 - peu intenses, marqués surtout par un épanchement « froid » sans chaleur ou rougeur. Cet aspect caractérise surtout les arthropathies mécaniques, mais aussi certaines arthrites chroniques.
 - * une déformation ostéo-articulaire (*ex* : genu valgum) constitutionnelle ou acquise, liée à une arthropathie destructrice (*ex* : polyarthrite rhumatoïde) ou plus rarement à une lésion tumorale;
 - * une limitation de l'amplitude articulaire qui peut s'examiner de façon active (le malade suit les consignes données par le médecin) ou passive (le médecin mobilise l'articulation). En pratique, tout processus douloureux peut entraîner une limitation de la mobilité active mais seuls des phénomènes de destruction ostéo-articulaires et/ou une capsulite peuvent entraîner une limitation de la mobilité passive;
 - * une amyotrophie de proximité traduit une souffrance articulaire (*ex* : amyotrophie du quadriceps en cas d'arthropathie du genou).
- 3) Préciser l'importance de l'impotence fonctionnelle (boiterie, ...) qui résulte de la douleur et de la limitation articulaire.

En pratique, au terme de cet examen articulaire, il est primordial de distinguer :

- 1) les arthralgies (mécaniques ou inflammatoires) qui ne se manifestent par aucun signe objectif. Le terme "arthralgie" ne traduit donc que la plainte douloureuse articulaire du malade;
- 2) les arthropathies (mécaniques ou inflammatoires) caractérisées par des signes locaux objectifs qui permettent de distinguer :
 - les arthropathies inflammatoires ou arthrites ;
 - les arthropathies mécaniques.

- **L'examen général**

L'objectif de cet examen est double :

- 1) Préciser s'il existe des signes généraux, en particulier de la fièvre car elle peut évoquer une origine infectieuse (arthrite septique), ce qui est une urgence diagnostique et thérapeutique. Un état fébrile peut aussi, avec une fréquence et une intensité moindre, être observé dans d'autres arthropathies, en particulier microcristallines et plus rarement dans d'autres rhumatismes. Dans ce cas, il traduit généralement une forme active et sévère.
- 2) Préciser s'il existe des signes extra-articulaires qui permettront d'orienter l'enquête étiologique. Ces signes, parfois très spécifiques, doivent être recherchés systématiquement (tableau 1) . Ils sont particulièrement utiles pour le bilan étiologique d'une arthrite (cf paragraphe Orientation diagnostique devant une arthrite récente).

2.3. La stratégie des examens complémentaires

La stratégie des examens complémentaires ne peut pas être décrite avec précision car elle dépend de différents facteurs, en particulier la caractérisation de la douleur et des atteintes articulaires.

Schématiquement, l'exploration de douleurs articulaires justifie différents examens complémentaires.

- 1) Un bilan biologique non spécifique, comprenant l'analyse des protéines de l'inflammation (C-reactive protéine, fibrinogène ou autres protéines), un hémogramme, un bilan hépatique, un bilan rénal et de façon facultative une calcémie.
- 2) Des examens biologiques plus spécifiques en fonction de l'étiologie évoquée (uricémie, facteurs rhumatoïdes, anticorps anti-illagrine, anticorps antinucléaires) ;
- 3) Une analyse systématique du liquide synovial en cas d'épanchement inexplicé,
- 4) Différents examens d'imagerie (radiographie standard, échographie, IRM, scintigraphie) centrés sur la ou les zones douloureuses. Leur indication va dépendre de l'articulation touchée et la pathologie évoquée (tableau 3).

3. Orientation diagnostique

L'ensemble des éléments va permettre une orientation diagnostique plus précise (tableaux 2-3)

- 1) une affection rhumatismale inflammatoire (tableau 4)
- 2) une arthropathie microcristalline (tableau 5)

- 3) une arthropathie infectieuse ou post-infectieuse
- 4) une arthropathie mécanique
- 5) une arthropathie métabolique

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UN EPANCHEMENT ARTICULAIRE

1. Définition d'un épanchement

C'est un gonflement liquidien de la cavité articulaire lié à différents phénomènes qui "agressent" la membrane synoviale. Le terme "épanchement de synovie" est souvent utilisé dans le langage commun. Cet épanchement est souvent douloureux, mais dans certaines arthropathies peu sévères ou débutantes, il peut exister un épanchement minime peu (ou pas) douloureux.

2. Signification d'un épanchement

Un épanchement est toujours la traduction d'une souffrance intra-articulaire qui peut être d'étiologies diverses. Physiologiquement, dans une articulation normale, il n'y a pas d'épanchement macroscopique mais un simple petit film liquidien qui, dans la plupart des cas, n'est pas visible même aux examens complémentaires sensibles (échographie, IRM).

3. Diagnostic d'un épanchement articulaire

3.1. L'examen clinique

La recherche d'un épanchement articulaire est une des étapes clés de l'examen clinique d'une articulation. Cet épanchement peut être observé dès l'inspection pour les articulations "superficielles" (doigts, poignets, coudes, genoux, pieds). Il peut se palper, en particulier au niveau des genoux par des manœuvres spécifiques (signe du "glaçon") ou du « choc rotulien ».

Quand un épanchement est détecté, différents éléments sont importants à recueillir :

- son ancienneté (récent – chronique)
- son importance qui ne peut être appréciée cliniquement que de façon approximative
- son association avec des signes locaux inflammatoires permettait de distinguer les épanchements « chauds » et « froids »
- son association avec un épaissement de la membrane synoviale (synovite) qui est palpable surtout dans la polyarthrite rhumatoïde (« pannus rhumatoïde »).

3.2. Les examens complémentaires

- La radiographie standard et le scanner (sans injection).ne permettent pas d'identifier directement un épanchement.
- L'échographie, qui a l'avantage de la simplicité, est un excellent examen pour rechercher un épanchement d'une articulation profonde.

- L'imagerie par résonance magnétique permet de détecter un épanchement mais a aussi l'avantage de bien explorer les structures ostéo-articulaires et périarticulaires.
- En pratique, le meilleur examen pour confirmer un épanchement est la ponction à l'aiguille.

4. Diagnostic différentiel d'un épanchement

Un épanchement ne doit pas être confondu avec

- un hygroma (ou bursite) ou une ténosynovite qui est le gonflement d'une structure périarticulaire.
- des lésions cutanées inflammatoires en particulier un érysipèle
- une lésion tumorale, mais il faut signaler qu'un épanchement peut prendre un aspect pseudo-tumoral s'accumulant dans un kyste ou un diverticule de la capsule articulaire (ex : kyste poplité).

5. Conduite à tenir en cas d'épanchement articulaire

5.1. L'analyse de l'épanchement

Un épanchement inexpliqué justifie toujours une ponction articulaire car seule une analyse du liquide permettra d'orienter le bilan étiologique avec certitude.

Cette ponction doit se faire selon des règles précises :

- bonne position et mise en confiance du patient,
- avoir l'expérience du geste ou être guidé par un senior,
- utiliser une procédure de désinfection cutanée et une asepsie rigoureuse tout au long du geste,
- bien connaître les repères anatomiques et le cas échéant, pour les articulations profondes, utiliser une technique radioguidée,
- utiliser un matériel adapté (seringue, aiguille, tubes),
- prélever une quantité suffisante du liquide articulaire et évacuer l'épanchement en cas d'arthrite septique.

En pratique, tout liquide articulaire ponctionné doit être systématiquement analysé.

- 1) Une analyse du volume et de l'aspect macroscopique (aspect citrin, purulent ou hémorragique).
- 2) Une analyse cytologique : nombre de cellules/ml, type de cellules en utilisant un tube hépariné pour empêcher l'agglomération des cellules. La caractérisation des cellules n'a pas de valeur étiologique formelle, mais donne une orientation.

- les liquides riches en polynucléaires neutrophiles sont inflammatoires et doivent faire éliminer une cause septique,
- les liquides lymphocytaires peuvent aussi être septiques (surtout viraux), mais aussi rhumatismaux,
- les liquides monocytaires n'ont pas de spécificité, mais s'observent surtout dans les viroses et les formes rhumatismales,
- les liquides riches en éosinophiles évoquent une exceptionnelle arthrite parasitaire.

3) Une analyse microcristalline : recherche de microcristaux par différentes techniques (microscopie optique, microscopie par lumière polarisée, coloration) (tableau 5).

4) Une analyse microbienne par examen direct et mise en culture.

5) Une analyse biochimique n'a pas d'intérêt systématique. Seul le taux de protéine peut être indicateur de la nature inflammatoire mécanique de l'épanchement.

6) Les autres analyses du liquide articulaire, notamment immunologique, n'ont pas d'intérêt pratique.

5.2. L'étude "morphologique" de l'articulation atteinte

En cas d'épanchement inexplicé d'une articulation, une exploration radiographique doit être systématiquement effectuée.

- Une radiographie standard est un examen de dépistage indispensable qui pourra permettre un diagnostic étiologique, surtout dans les formes évoluées.
- En fonction de l'orientation diagnostique donnée par l'analyse de l'épanchement, différents autres examens complémentaires peuvent être réalisés :
 - * Le scanner ostéo-articulaire a l'avantage de montrer de petites lésions osseuses que la radiographie standard ne montre pas.
 - * L'IRM explore bien les structures ostéo-articulaires et périarticulaires mais manque encore de précision en pratique quotidienne pour l'exploration des petites lésions cartilagineuses et fibrocartilagineuses (bourselet, ménisque).
 - * L'arthroscanner a l'avantage de bien explorer ces lésions cartilagineuses et fibrocartilagineuses mais devrait être bientôt supplanté par l'IRM.
 - * La scintigraphie a surtout l'avantage de détecter avec sensibilité une lésion osseuse quelle que soit sa nature.

5.3. Les explorations complémentaires sont envisagées en fonction de l'étiologie suspectée.

6. Orientation diagnostique en cas d'épanchement articulaire

Cette orientation s'effectue en fonction de la nature de l'épanchement.

6.1. Un épanchement hémorragique ou hémarthrose

Cette hémarthrose traduit toujours une agression aiguë de la synoviale et/ou un trouble de la coagulation. Dans ce cas, la ponction rapporte un liquide hémorragique incoagulable (dans le tube), ce qui permet de le distinguer d'un liquide hémorragique par accident de ponction qui est coagulable.

- L'agression aiguë de la synoviale peut être liée à :
 - un traumatisme avec des lésions ligamentaires et/ou ostéo-articulaires (*ex* : entorse du genou), ce qui est le cas le plus fréquent.
 - une inflammation aiguë de la synoviale liée à des microcristaux, surtout chondrocalcinose ou à une infection aiguë,
 - une lésion tumorale de la membrane synoviale, en particulier une synovite villonodulaire.
- Les troubles de la coagulation :
 - l'hémophilie A (plus rarement B) peut être révélée dès la petite enfance par une hémarthrose,
 - exceptionnellement, d'autres troubles de la coagulation (maladie de Willebrandt, thrombopénie) peuvent aussi se compliquer d'hémarthrose.

6.2. Un épanchement "citrin"

Cet épanchement « citrin » (ou jaune clair) peut traduire un épanchement mécanique ou un épanchement inflammatoire débutant ou d'intensité modérée.

- L'épanchement mécanique est jaune clair, transparent et visqueux (il fait un fil en coulant), pauvre en cellules (< 2000 globules blancs/ml dont moins de 50% de polynucléaires) et pauvre en protéines (< 40 g/l). Cet épanchement peut évoquer :
 - une arthrose en poussée avec un épanchement "réactionnel",
 - une pathologie fibrocartilagineuse (lésions méniscales) ou chondrale (lésion chondrale, ostéochondrite),
 - une arthropathie rare (chondromatose, arthropathies nerveuses, arthropathies endocrinométaboliques...),

- une pathologie osseuse juxta-articulaire (algodystrophie, fissure, ostéonécrose ou plus rarement tumeur), responsable d'un épanchement réactionnel,
- L'épanchement inflammatoire est clair, parfois trouble, et citrin mais il est plus fluide et surtout riche en cellules (> 2000 globules blancs/ml avec souvent plus de 50% de polynucléaires neutrophiles (PNN)) et riche en protéines (> 40 g/l). Différentes étiologies sont possibles :
 - Une arthrite septique débutante (dans les formes constituées le liquide est puriforme).
 - * Une arthrite bactérienne est généralement caractérisée par un liquide très riche en PNN (>90%) sauf pour certaines formes (tuberculose) qui donnent un liquide plus polymorphe le plus souvent lymphocytaire. Le diagnostic repose alors sur l'identification du germe par examen direct ou culture.
 - * Le diagnostic microbiologique peut être difficile car le germe est difficile à cultiver (borrelia, gonocoque, mycobactérie) ou parce qu'il y a eu antibiothérapie aveugle préalable (infection décapitée). Dans ce cas, il est possible d'utiliser les techniques de culture spécifiques ou des méthodes de biologie moléculaire comme l'amplification génique (PCR) qui permettent de détecter directement l'acide nucléique bactérien. Cette technique est utilisable en routine pour la tuberculose.
 - * Les autres arthrites microbiennes (surtout virales) donnent le plus souvent un liquide polymorphe, riche en monocytes et surtout en lymphocytes.
 - Une arthrite microcristalline dont le liquide est riche en PNN avec un aspect macroscopique qui peut être puriforme dans les formes aiguës.
 - * une goutte liée à des cristaux d'urate de sodium
 - * une chondrocalcinose liée à des cristaux de pyrophosphate de calcium
 - * un rhumatisme à hydroxy-apatite lié à des cristaux d'hydroxy-apatite.
 Le diagnostic repose sur la caractérisation de ces cristaux et sur les arguments cliniques et d'imagerie (tableau 5).
 - Une affection rhumatismale inflammatoire (rhumatisme inflammatoire chronique, connectivite, vascularite) dont le liquide est le plus souvent polymorphe (PNN, monocytes, lymphocytes). Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques propre à chaque infection.

6.3. Un épanchement puriforme

- Un épanchement inflammatoire peut aussi être trouble, voire puriforme ($> 20\,000$ GB/ml) constitué essentiellement de PNN. Dans ce cas, deux étiologies doivent être évoquées en priorité :
 - une arthrite septique bactérienne dont le diagnostic est une urgence.
 - une arthrite microcristalline (surtout une goutte, plus rarement une chondrocalcinose).

La stratégie d'exploration et les orientations diagnostiques qui découlent de l'étude du liquide sont résumées dans la figure 1.

UNE ARTHRITE RECENTE

1. Définition

Une arthrite est une atteinte articulaire inflammatoire caractérisée par des signes objectifs. Une ou plusieurs articulations sont le siège de douleurs inflammatoires associées à un enraidissement matinal, mais surtout caractérisé par un épanchement associé à des signes locaux variables selon l'étiologie. Deux points importants méritent d'être précisés :

- Le diagnostic clinique d'arthrite est plus difficile pour les articulations profondes (hanches, épaules). Dans ce cas, c'est l'intensité de la douleur et de la raideur qui fait évoquer l'existence d'une arthrite. Le cas échéant, l'épanchement peut être confirmé par une ponction, éventuellement précédé par un examen échographique ou IRM.
- La valeur diagnostique d'une arthrite est importante, contrairement aux arthralgies inflammatoires (simple douleur inflammatoire sans signe objectif) qui sont souvent non spécifiques.

2. Importance diagnostique d'une arthrite

Une arthrite est une manifestation très évocatrice d'une véritable maladie articulaire inflammatoire. La fréquence d'un certain nombre de ces affections justifie que les arthrites soient considérées comme un signe d'alarme extrêmement important. A type d'exemple, en France, la polyarthrite rhumatoïde (PR), les spondylarthropathies (SP) et le syndrome de Gougerot-Sjögren touchent respectivement 300 000, 300 000 et 120 000 patients.

3. Caractérisation d'une arthrite récente

3.1. L'interrogatoire

- 1) Préciser les antécédents personnels et familiaux utiles
- 2) Déterminer le contexte clinique
 - circonstances déclenchantes (traumatisme, geste local (infiltration), voyage vaccination, infection, prise médicamenteuse, ...
 - prodromes et mode d'installation
 - Signes généraux et extra-articulaires
- 3) Caractériser la ou les arthrites
 - depuis quand

- où
- comment

3.2. L'examen clinique

Il doit caractériser les signes articulaires :

- topographie des atteintes
- présence de signes locaux (chaleur, rougeur, épanchement, synovite)
- caractère fixe ou migrateur
- existence de signes rachidiens associés
- existence d'enthésopathies associées
- existence de signes généraux et extra-articulaires (Tableau 1)

3.3. Les examens complémentaires

Les examens complémentaires sont pour certains systématiques, pour d'autres orientés en fonction d'une hypothèse étiologique.

4. Orientation diagnostique devant une arthrite récente

Schématiquement, une arthrite peut être :

- mono (1 articulation), oligo (2 à 3 articulations) ou polyarticulaire (> 4 articulations)
- d'évolution récente (< 3 mois) ou chronique (>3 mois)
- intermittente (migratrice) ou fixe
- caractérisée par des signes locaux aigus (rougeur, chaleur) définissant une forme « chaude » ou des signes discrets définissant une forme « froide »
- associée ou non à des antécédents et/ou un contexte clinique particulier
- associée ou non à des signes généraux, en particulier de la fièvre
- associée ou non à des signes rachidiens
- associée ou non à des enthésopathies
- associée ou non à des signes extra-articulaires

4.1. Orientation diagnostique par l'interrogatoire et l'examen clinique

Une arthrite peut avoir de multiples étiologies. Certains éléments cliniques permettent une orientation étiologique plus ou moins précise, comme l'illustre cette « check-list » en 10 points.

- 1) Le caractère mono, oligo ou polyarticulaire est important.
 - Une arthrite septique bactérienne est presque toujours mono-articulaire (exceptionnellement oligoarticulaire).
 - Une arthrite virale est le plus souvent oligo ou polyarticulaire.
 - une polyarthrite rhumatoïde est le plus souvent polyarticulaire, même si elle peut débuter par une atteinte mono ou oligoarticulaire.
 - une goutte est le plus souvent initialement mono, mais peut devenir oligo ou polyarticulaire dans les formes sévères.

- 2) La topographie articulaire peut être caractéristique :
 - Une PR touche le plus souvent de façon bilatérale et plus ou moins symétrique les articulations des doigts et les orteils, mais en respectant les interphalangiennes distales.
 - Une spondylarthropathie se manifeste le plus souvent par une oligoarthrite asymétrique des membres inférieurs
 - Un rhumatisme psoriasique est asymétrique, touchant parfois l'ensemble des articulations d'un doigt ou d'orteil « en saucisse », y compris l'IPD.
 - Une biarthrite de cheville chez un adulte est très souvent une sarcoïdose.

- 3) Le caractère aigu d'une arthrite est aussi un signe d'orientation :
 - Les arthrites les plus aiguës sont septiques et microcristallines. Néanmoins, certaines arthrites septiques (tuberculose, staphylocoque épidermidis) peuvent être subaiguës, parfois sans signes locaux en-dehors d'un épanchement « froid ».

- 4) Le caractère fixe ou migrateur et intermittent des arthrites peut aussi être un élément d'orientation, mais rarement spécifique :
 - Le rhumatisme articulaire aigu se caractérise chez l'enfant par une polyarthrite fébrile brutale fugace et migratrice (1 à 5 jours par articulation).
 - Différents rhumatismes inflammatoires et même la polyarthrite rhumatoïde peuvent débuter par des arthrites migratrices ou intermittentes.
 - Une arthrite spontanément régressive (en quelques semaines à quelques mois) évoque en premier lieu une arthrite (mono – oligo – polyarticulaire) virale (virus hépatite A, B, C, Parvovirus B19, rubéole, VIH, ...)

- 5) Les antécédents et/ou de circonstances déclenchantes particulières peuvent être évocatrices :

- Une monoarthrite aiguë après un geste intra-articulaire (ex : une injection de corticoïde) évoque fortement une arthrite septique.
- Une polyarthrite apparue au décours de prodromes viraux évoque une polyarthrite virale.

6) Des antécédents familiaux peuvent aussi permettre une orientation diagnostique.

- Une goutte peut être familiale, mais il existe également des formes sporadiques.
- Une spondylarthropathie est associée à des antécédents familiaux.

7) L'existence de signes généraux est particulièrement importante pour l'orientation étiologique :

- Une monoarthrite fébrile évoque en priorité une arthrite septique.
- Une polyarthrite (ou une oligoarthrite) fébrile est un cas particulier évoquant :
 - * Une étiologie infectieuse ou post-infectieuse :
 - une virose (Parvovirus B19, rubéole, virus hépatotrope
 - une endocardite chronique bactérienne
 - un rhumatisme post-streptococcique
 - rarement une maladie de Whipple, une borreliose ou une gonococcie
 - exceptionnellement, une polyarthrite septique bactérienne (chez l'immunodéprimé.)
 - * Une connectivite (lupus surtout), une vascularite et parfois une polyarthrite rhumatoïde ou une spondylarthropathie (surtout une arthrite réactionnelle)
 - * Une maladie de Still, une maladie périodique ou rarement une sarcoïdose
 - * Une affection néoplasique (cancer solide (rein)) ou un lymphome
 - * Une arthropathie microcristalline (goutte, chondrocalcinose) s'il s'agit d'une forme sévère.

8) L'existence d'enthésopathies associées évoque spécifiquement une spondylarthropathie :

- Des talalgies (rétro ou sous-calcanéennes) peuvent révéler une spondylarthropathie.

9) L'existence de signes rachidiens est aussi un point-clé

- Une spondylarthropathie peut être révélée par une mono ou une oligoarthrite, mais elle est surtout caractérisée par l'existence de signes rachidiens (surtout dorsolombaires) et/ou sacro-iliaques inflammatoires.
- Une PR se caractérise dans plus de 30% des cas par une atteinte cervicale inflammatoire (sans atteinte dorsolombaire).

10) L'existence de signes extra-articulaires est fondamentale pour le diagnostic étiologique et certains signes sont très spécifiques. Ces principaux signes (liste non exhaustive) sont décrits dans le tableau 1.

4.2. Orientation diagnostique par les examens complémentaires

1) Les examens biologiques systématiques

VS et protéines de l'inflammation (CRP, fibrinogène, autres protéines)

Electrophorèse des protéines plasmatiques

Hémogramme

Uricémie

Calcémie

Bilan martial

Bilan hépatique : transaminases, gamma-GT, phosphatases alcalines)

Bilan rénal : créatinine, protéinurie, leucocyturie, hématurie

Facteurs rhumatoïdes et anticorps antifillagrine (anti-peptides citrullinés)

Anticorps antinucléaires

Sérologies microbiennes : VHC et VHB (si pas de vaccination)

2) Les examens biologiques non systématiques orientés en fonction du contexte

Autres sérologies microbiennes : Chlamydia trachomatis, Yersinia, Salmonella, Borrelia burgdorferi, ASLO, ASDO, VIH, Parvovirus B19, ...

Hémocultures en cas de suspicion d'arthrite septique ou d'endocardite.

Prélèvements microbiens d'une éventuelle porte d'entrée

Autres auto-anticorps : anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires (vascularites), anticorps antiphospholipides (syndrome des antiphospholipides)

Tests génétiques diagnostiques : HLA B27 (spondylarthropathies), mutation du gène MEFV (maladie périodique) et du gène HFE (hémochromatose).

3) L'examen systémique du liquide articulaire (cf paragraphe Epanchement articulaire)

C'est l'examen fondamental pour le diagnostic des formes septiques et microcristallines

4) L'imagerie

La radiographie standard reste l'imagerie élémentaire.

- Des radiographies des articulations douloureuses sont systématiques.

- D'autres clichés systématiques peuvent se discuter :
- * Dans un contexte évoquant une PR : clichés des mains, pieds et colonne cervicale (clichés dynamiques)
- * Dans un contexte évoquant une SP : rachis dorsolombaire, sacro-iliaque et talons
- * Dans un contexte évoquant une chondrocalcinose : poignets, genoux et symphyse pubienne
 - Un cliché du thorax même chez un sujet asymptomatique est utile compte-tenu de la fréquence des signes pleuropulmonaires associés aux arthrites (tableau 1).

Les autres techniques d'imagerie (échographie, scintigraphie, scanner, IRM) ne sont utiles que dans des cas particuliers.

- Le scanner des sacro-iliaques est plus performant que la radiographie pour détecter une sacro-iliite ou éventuellement une enthésite localisée.
- L'IRM rachidienne est particulièrement utile pour l'exploration des localisations rachidiennes (exemple : atteinte de la charnière cervico-occipitale) dans la PR et les SP.
- Dans un avenir proche, l'échodoppler et l'IRM articulaire devraient permettre de préciser la zone atteinte et de déterminer la nature du processus (destructeur ou non), ce qui aura des applications diagnostiques et pronostiques précoces. Pour l'instant, ces examens ne sont pas utilisés en routine.

5) Les autres examens complémentaires

Différents autres examens complémentaires peuvent être utiles :

L'examen ophtalmologique est particulièrement utile, notamment dans les spondylarthropathies qui se compliquent notamment de conjonctivite et surtout d'uvéite. En fait, l'œil, comme la peau ou le rein est un site particulièrement touché dans les affections rhumatismales inflammatoires (tableau 1).

La biopsie d'une lésion cutanée ou d'une autre atteinte tissulaire (rein, poumon) peut être particulièrement utile pour préciser le diagnostic étiologique surtout en cas de suspicion de connectivite.

La biopsie synoviale n'a d'intérêt qu'en cas de suspicion d'infection chronique liée à un germe difficile à identifier soit parce qu'il y a eu une antibiothérapie préalable (infection décapitée), soit parce qu'il s'agit d'un germe particulier (tuberculose, borreliose).

5. Les principes hiérarchisés de l'enquête étiologique d'arthrite récente

C'est une démarche hiérarchisée en 5 étapes :

5.1. La priorité est d'éliminer une arthrite d'origine infectieuse : c'est une urgence diagnostique

- une arthrite septique, le plus souvent à staphylocoque, se manifeste presque toujours par une monoarthrite aiguë fébrile touchant le plus souvent une grosse articulation (surtout le genou). Des atteintes septiques polyarticulaires sont aussi exceptionnelles, ne survenant que chez des sujets immunodéprimés.
- Des arthrites septiques plus rares peuvent aussi être évoquées devant une monoarthrite chronique (tuberculose) ou plus rarement devant une oligoarthrite d'intensité variable (borreliose de Lyme, gonococcie, brucellose, maladie de Whipple, ...). Ces arthrites ont la particularité d'être de diagnostic difficile car ces germes sont difficiles à identifier par examen direct ou en culture, ce qui justifie de faire appel à des techniques d'amplification génique (PCR), mais qui ne sont pas standardisées, ni disponibles dans tous les laboratoires.
- Les arthrites mycosiques et parasitaires sont exceptionnelles en France, ne survenant que dans des contextes particuliers.
- L'endocardite bactérienne chronique est un cas particulier car elle peut se manifester par une oligo ou une polyarthrite fébrile associée à différentes manifestations cutanées (purpura, faux panaris, ...) ou systémiques (splénomégalie, atteinte rénale, ...).

5.2. Il faut rechercher un rhumatisme microcristallin dont le traitement justifie des mesures spécifiques (tableau 5)

- la goutte débute le plus souvent chez l'homme d'âge moyen par une monoarthrite (gros orteil, cheville, genou) et évolue (rarement) dans les formes sévères vers une polyarthrite qui peut être fébrile. La goutte peut être déclenchée par des excès alimentaires ou la prescription d'un traitement hyperuricémiant (diurétiques, aspirine, cyclosporine, ...).
- La chondrocalcinose touche plutôt les sujets âgés sous la forme d'une mono, d'une oligo ou parfois d'une polyarthrite, parfois destructrice, localisée préférentiellement aux genoux et aux poignets.
- Le rhumatisme à hydroxy-apatite est le plus souvent responsable de tendinopathies calcifiantes hyperalgiques compliquées d'une bursite, mais aussi parfois d'une arthrite (surtout de l'épaule) qui peut être fébrile. Cette forme touche le plus souvent le sujet jeune ou d'âge moyen.

5.3. Il faut rechercher une affection rhumatismale inflammatoire potentiellement sévère

Schématiquement, il existe deux cas de figures :

- Un rhumatisme inflammatoire débutant qui peut évoluer vers une forme sévère

Une polyarthrite rhumatoïde touche généralement la femme d'âge moyen sous la forme d'une polyarthrite bilatérale plus ou moins symétrique à prédominance distale (mains, pieds). Le début peut être aigu ou progressif. Cliniquement, l'élément-clé est l'existence de véritables synovites surtout des doigts et des poignets. Seules 80% des formes sont érosives dont 20% destructrices et 10% se compliquant de manifestations extra-articulaires.

Une spondylarthropathie (spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, arthrites réactionnelles) se caractérisent généralement par une oligoarthrite asymétrique des membres inférieurs associée à des signes axiaux. L'évolution ankylosante n'est pas systématique, observée à des degrés variables chez 40 à 80% des patients. Parfois il est possible d'observer une polyarthrite distale très asymétrique caractérisée par des atteintes de type doigts ou orteils « en saucisse » avec une atteinte de l'interphalangienne distale. Cette forme caractérise surtout le rhumatisme psoriasique qui peut être destructeur dans 30 à 70% des cas.

- Une affection inflammatoire systémique révélée le plus souvent par une poly ou une oligoarthrite qui est en règle générale non destructrice et non déformante, mais compliquée d'atteintes viscérales parfois sévères.

Dans certaines maladies auto-immunes, les manifestations articulaires (arthralgies ou arthrites) sont particulièrement fréquentes et parfois révélatrices. A type d'exemple, 70% à 80% des syndromes de Gougerot-Sjögren et des lupus ont des manifestations articulaires inflammatoires. Ces manifestations sont observées avec une moindre fréquence dans la sclérodermie, les dermatomyosites et d'autres connectivites plus rares (syndrome de Sharp, polychondrite atrophiante, ...)

Certaines vascularites sont aussi révélées plus rarement par des arthrites, en particulier la maladie de Horton, la maladie de Behçet, la maladie de Wegener et la périartérite noueuse.

Certaines affections inflammatoires particulières, comme la maladie périodique (fièvre méditerranéenne) ou d'étiologie indéterminée, comme la sarcoïdose ou la maladie de Still de l'adulte, peuvent être révélées par une (ou des arthrites).

Au terme d'un bilan complet, il est malgré tout assez fréquent d'évoquer le diagnostic de rhumatisme inflammatoire indéterminé ou inclassé . Ces formes sont :

- soit des affections inflammatoires spontanément régressives pour lesquelles il n'y aura jamais de diagnostic étiologique précis,
- soit la forme de début d'une affection inflammatoire caractérisée (PR, SP, connectivite)
- soit un rhumatisme inflammatoire qui continuera à évoluer en restant inclassé parfois plusieurs années.

Seule une surveillance régulière permet une éventuelle classification nosologique.

5.4. Il faut éliminer un rhumatisme paranéoplasique qui par ordre de fréquence est une situation très rare.

- Un cancer solide ou un syndrome lymphoprolifératif peut se manifester par différentes complications rhumatologiques (paraostéoarthropathie, myosite, fasciite), mais aussi par d'authentiques arthrites qui n'ont pas de spécificité clinique. Le seul élément d'orientation peut être une altération de l'état général ou surtout des signes clinico-biologiques inhabituels.

5.5. Il faut évoquer de principe quelques étiologies rares qui sont du ressort du spécialiste

- Une des causes rares qu'il faut connaître est l'arthrite à corps étranger (épine d'oursin, épine végétale) qui est en fait une synovite de résorption, parfois intense, qui ne disparaît qu'après l'ablation du corps étranger.

Peau	<p>Eruption lupique du visage et des zones photoexposées</p> <p>Livedo, ulcères du syndrome des antiphospholipides</p> <p>Sclérodactylie de la sclérodermie</p> <p>Lésions cutanées de vascularite</p> <p>Erythème intermittent de la maladie de Still</p> <p>Erythème noueux de la sarcoïdose, d'une entérocolopathie, d'une arthrite réactionnelle à Yersinia ou d'un Behçet</p> <p>Nodules rhumatoïdes</p> <p>Psoriasis cutané du cuir chevelu et des ongles</p> <p>Pustulose palmoplantaire du SAPHO</p> <p>Erythème migrant de la maladie de Lyme</p> <p>Erythème viral (Parvovirus, rubéole)</p>
Sphère ORL	<p>Aphthose buccale du Gougerot-Sjögren et du Behçet</p> <p>Atteinte des glandes salivaires du Gougerot-Sjögren</p> <p>Atteinte du parodonte et perte dentaire des sclérodermie et syndrome de Gougerot-Sjögren</p> <p>Lésion du nez du Wegener et de la polychondrite atrophiante</p> <p>Lésions des oreilles de la polychondrite et les tophus goutteux</p> <p>Foyers infectieux (sinus, gorge, dents) des rhumatismes post-streptococcique, post-infectieux et de l'endocardite infectieuse</p>
Yeux	<p>Sécheresse et kératoconjonctivite du syndrome de Gougerot-Sjögren</p> <p>Sclérite de la polyarthrite rhumatoïde et des vascularites</p> <p>Conjonctivite du syndrome de Fiessinger Leroy Reiter</p> <p>Uvéites des spondylarthropathies et entérocolopathies, Behçet et sarcoïdose</p>
Cœur	<p>Valvulopathie des rhumatisme articulaire aigu, endocardite d'Osler, endocardite aseptique lupique (Libman-Sacks) et des spondylarthropathie</p> <p>Péricardite du lupus, de la polyarthrite rhumatoïde</p>
Atteinte vasculaire	<p>Phlébite du syndrome des anti-phospholipides primaire ou associé à un lupus</p> <p>Syndrome de Raynaud de la sclérodermie ou d'une autre connectivite</p> <p>Lésion artérielle ou artériolaire d'une vascularite</p>
Poumon -plèvre	<p>Infiltrats parenchymateux des pneumopathie infectieuse, connectivites, vascularites, lymphomes</p> <p>Lésion parenchymateuse des vascularite (Wegener), tuberculose, sarcoïdose ou cancer</p> <p>Pleurésie d'un lupus, polyarthrite rhumatoïde, cancer, tuberculose</p> <p>Adénopathies médiastinales de la sarcoïdose, d'un lymphome, d'une tuberculose ou d'un cancer</p>
Tube digestif	<p>Diarrhée infectieuse d'une arthrite réactionnelle</p> <p>Troubles digestifs des entérocolopathies inflammatoires (rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn), maladie de Whipple</p> <p>Douleurs abdominales de la maladie périodique</p>
Foie	<p>Syndrome ictérique ou autres anomalies hépatiques des hépatites virales (B, C), hépatites auto-immunes</p>
Rate – ganglion	<p>Splénomégalie d'une infection chronique (endocardite) ou d'un lymphome</p> <p>Adénopathies des infections, lymphomes, lupus, vascularite, sarcoïdose</p>
Rein - appareil uro-génital	<p>Atteinte rénale d'un lupus ou d'une vascularite</p> <p>Urétrite, balanite des gonococcie, arthrite réactionnelle</p> <p>Aphthose d'un Behçet, d'un Crohn</p> <p>Colique néphrétique de la goutte</p>
Système nerveux central et périphérique	<p>Neuropathies périphériques d'un Gougerot-Sjögren ou d'une vascularite, d'une polyarthrite rhumatoïde</p> <p>Atteintes centrales d'un lupus, vascularite, syndrome des anti-phospholipides, Behçet, syndrome de Gougerot-Sjögren ou d'une maladie de Lyme</p>

Tableau 1 : Orientation diagnostique face à une ou des arthrites débutantes caractérisées par des signes associés

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	PR	SP	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
Biologie « non spécifique » <ul style="list-style-type: none"> • anomalies inflammatoires • cytopénies • anomalies hépatiques • anomalies rénales 	Oui	Inconstant	Inconstant	Oui	Oui	Inconstant	Non
	Non	Non	Possible	Non	Non	Non	Non
	Non	Non	Possible	Non	Possible	Non	Non
	Rare	Rare	Possible	Non	Possible	Non	Non
Biologie spécifique	FR AFA	HLA B27	ANA Auto Ac	Hyperuricémie (inconstante au moment des crises)	Non	Non	Non
Liquide synovial	GB>2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB>2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB>2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB>2000/mm3 Présence de cristaux	GB>2000/mm3 (90% PNN) Présence de germes	GB>2000/mm3 (formule mixte) Présence de germes	GB<2000/mm3 Pas de cristaux Pas de germes
Examens complémentaires utiles	Recherche complications viscérales (rare)	Surveillance oculaire	Recherche complications viscérales (selon étiologie)	Bilan rénal et métabolique en cas de goutte et CCA	Hémoculture Autres prélèvements infectieux Echocardiographie	Recherche de BK IDR à la tuberculine	Non
Radiographie	Déminéralisation Erosions Destructions	Erosions Ostéite Hyperostose (ankylose)	Pas de lésion érosive	Tophus (goutte) Calcifications (CCA, hydroxy-apatite)	Déminéralisation Chondrolyse Erosion Destruction	Déminéralisation Chondrolyse Erosion Destruction	Chondrolyse Ostéocondensation et géodes sous-chondrales Ostéophytes

Tableau 3 : Caractéristiques des principales formes d'atteintes articulaires

AFA : Ac anti-filagrine, FR : facteurs rhumatoïdes, CCA : chondrocalcinoase, Auto Ac : auto-anticorps, ANA : anticorps antinucléaires, GB : globules blancs, IDR : : intradermoréaction, PR : polyarthrite rhumatoïde, SP : spondylarthrite ankylosante

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	PR	SP	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
Circonstances déclenchantes	Non*	Non*	Non*	Alimentations Médicaments	Infection	Infection	Traumatisme
Prodrome	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
Fièvre	Rare	Rare	Rare	Possible	Oui	Inconstante	Non
Arthralgies/ arthrites	Arthrites	Arthrites Arthralgies	Arthralgies Arthrites	Arthrites Arthralgies	Arthrites	Arthrites	Arthralgies Arthropathies avec signes locaux
Topographie articulaire - type d'atteinte - localisation spécifique	Poly ou oligoartrite Oui	Mono, oligo, polyarthrite Oui	Poly-oligoarthrite Non	Mono – oligo rarement polyarthrite Oui	Monoarthrite Rarement oligoarthrite Non	Monoarthrite Non	Mono – oligo- polyarticulaire Oui
Caractéristiques de la douleur - intensité faible/forte - type	Forte ou faible Inflammatoire	Faible ou forte Inflammatoire	Forte ou faible Inflammatoire	Forte Inflammatoire	Forte Inflammatoire	Faible ou forte Inflammatoire	Faible ou forte Mécanique
Signes locaux articulaires - chaleur, rougeur - épanchement - synovite	Rarement Oui Oui	Rarement Oui Non	Rarement Parfois Non	Oui Oui Non	Oui Oui Parfois	Non Oui Parfois	Non Parfois Non
Signes ostéo-articulaires associés - atteinte rachidienne - enthésopathie	Possible Non	Oui Oui	Non Non	Rare Non	Possible Non	Possible Non	Oui Non
Signes extra-articulaires	Possible	Possible	Oui	Rare	Oui	Oui	Non

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques des principales formes d'atteintes articulaires

* Différentes formes de « stress » sont parfois des facteurs déclenchants des rhumatismes inflammatoires

PR : polyarthrite rhumatoïde, **SP** : spondylarthrite ankylosante

	Goutte	Chondrocalcinose	Rhumatisme à hydroxy-apatite
Epidémiologie	Homme – âge moyen	Femme – âge moyen ou âgée	Femme jeune ou âge moyen
Articulations touchées	Métatarsophalangiennes Chevilles – genoux – poignets – doigts – coudes	Genou Poignet Epaule Symphyse pubienne Rachis (disques)	Epaule Hanche Coude
Atteinte périarticulaire	Rare Tophus	Rare	Fréquente (tendinopathie calcifiante)
Signes biologiques associés	Hyperuricémie (non constante au cours des crises)	Hypercalcémie (en cas d'hyperparathyroïdie primitive associée)	Non
Signes radiologiques	Lésions destructrices (tophus ostéoarticulaires)	Calcifications linéaires des cartilages et fibrocartilages (ligament triangulaire du carpe, ménisque, symphyse, ...)	Calcifications en « motte » péri-articulaires
Caractéristiques des cristaux	urate de sodium <ul style="list-style-type: none"> • intra et extracellulaires • effilés (20µ) • birefringents • visibles en MO 	pyrophosphate de calcium <ul style="list-style-type: none"> • intra et extracellulaires • courts – parallépipédiques • non birefringents • visibles en MO 	Hydroxy-apatite <ul style="list-style-type: none"> • Non visibles au MO • Courts • Non birefringents • Colorés par le rouge Alizarin

Tableau 5 : Les arthropathies microcristallines

<p>Affections rhumatismales inflammatoires</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rhumatisme inflammatoire chronique <ul style="list-style-type: none"> • Polyarthrite rhumatoïde • Arthrite chronique juvénile • Spondylarthropathies → spondylarthrite ankylosante <ul style="list-style-type: none"> → rhumatisme psoriasique → forme associée aux entéropathies (Crohn, rectocolite ulcérohémorragique) → arthrites réactionnelles 2. Maladies auto-immunes systémiques <ul style="list-style-type: none"> • syndrome de Gougerot-Sjögren • lupus • sclérodermie • myosite • autres 3. Vascularites <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Horton • Maladie de Wegener • Maladie de Behçet • Périartérite noueuse • Purpura rhumatoïde 4. Autres <ul style="list-style-type: none"> • Affections inflammatoires • Pseudopolyarthrite rhizomélique • Maladie de Still de l'adulte • Sarcoïdose • Maladie périodique, fièvre méditerranéenne et autres fièvres périodiques • Arthrites à corps étranger
<p>Arthropathies infectieuses et post-infectieuses</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bactérienne <ul style="list-style-type: none"> • Aiguë (staphylocoque, streptocoque, bacilles gram -, borreliose, ...) • Chronique (tuberculose, ...) • Endocardite 2. Virale <ul style="list-style-type: none"> • Hépatites A, B, C • Rubéole • Parvovirus B19 • VIH • Autres 3. Mycosique (rare) 4. Parasitaire (rare) 5. Post-infectieuse <ul style="list-style-type: none"> • Rhumatisme post-streptococcique
<p>Arthropathies microcristallines et métaboliques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Microcristalline <ul style="list-style-type: none"> • goutte • chondrocalcinose • rhumatisme à apatite 2. Métabolique <ul style="list-style-type: none"> • Hémochromatose

Tableau 4 : Principales étiologies des arthrites

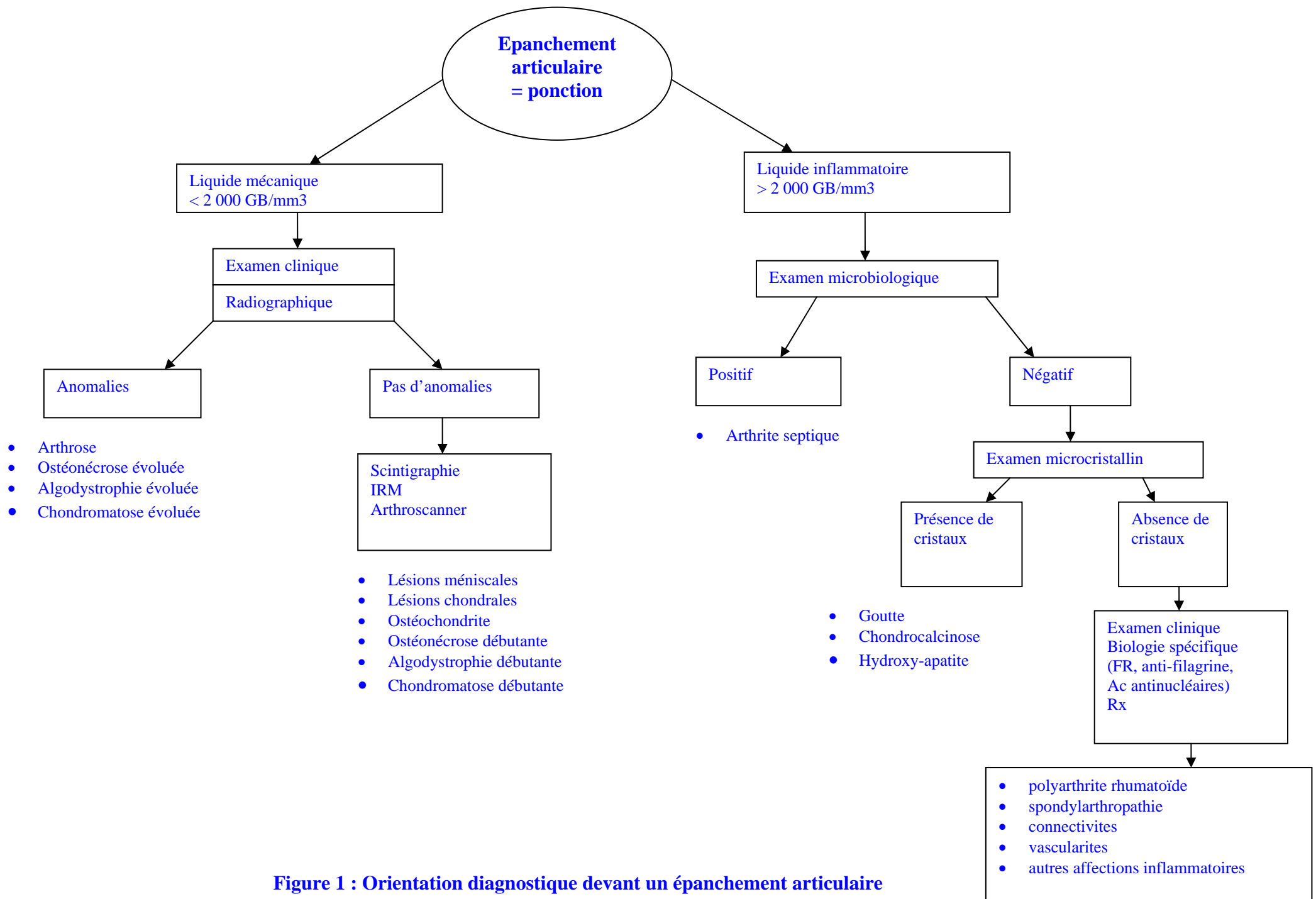


Figure 1 : Orientation diagnostique devant un épanchement artulaire