

DOULEUR MONO- OU PAUCI-ARTICULAIRE AIGUE

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. APPROCHE DIAGNOSTIQUE
3. ATTITUDE THERAPEUTIQUE
4. ARTHRITE MICROCRISTALLINE
5. LES 3 POINTS LES PLUS IMPORTANTS A RETENIR
6. RÉFÉRENCES

1 INTRODUCTION

En médecine générale, 15 à 25% des consultations sont motivées par des problèmes ostéoarticulaires. A quelques exceptions près, toutes les pathologies articulaires peuvent se présenter initialement comme une douleur, avec ou sans tuméfaction, mono ou pauci-articulaire aiguë ¹. Il est très important de reconnaître les urgences et les arthropathies nécessitant un traitement spécifique. En cas d'arthrite septique, la destruction du cartilage peut aller très vite, en moins de deux jours dans les cas extrêmes. En cas d'arthrite gonococcique, la guérison sans séquelles est de 64% chez les patients traités dans la semaine suivant le début des symptômes, et de seulement 22% chez ceux traités plus tard. Jusqu'à preuve du contraire, une douleur articulaire aiguë est donc une urgence rhumatologique.

La tuméfaction mono ou pauci-articulaire aiguë, ou suspicion de monoarthrite, est un défi diagnostique même pour le clinicien averti, et reste souvent peu claire après l'évaluation initiale. Néanmoins, il est presque toujours possible d'identifier les cas qui nécessitent une prise en charge spécifique et /ou urgente.

2 APPROCHE DIAGNOSTIQUE

2.1 Anamnèse

Le diagnostic différentiel étant vaste (tableau 1), il est primordial d'effectuer une anamnèse ciblée et un examen physique détaillé (tableaux 2 et 3) pour répondre aux questions essentielles suivantes:

- Quelle structure est concernée:
- Articulaire? (synoviale, cartilage, capsule, ligaments).
- Péri-articulaire? (tendons, bourses, os, nerfs, muscles, peau)
- L'élément inflammatoire est-il prédominant?
- S'agit-il d'une urgence (arthrites septiques, certaines connectivites ou vasculites, trauma)?
- S'agit-il d'une maladie à traiter de manière spécifique (maladies systémiques, goutte, HIV, hépatite C, hémochromatose, tumeur, arthrite réactive)?

Néanmoins, l'anamnèse et l'examen clinique ne sont généralement pas suffisants pour poser un diagnostic. Des examens complémentaires sont indispensables (voir tableaux 4 et 5). Il n'est cependant pas rare de devoir prendre des décisions thérapeutiques avant de connaître la totalité des résultats: 16-36% des monoarthrites aiguës sont initialement inclassables et une monoarthrite peut rester un événement transitoire sans récurrence.

En situation de premier recours, les diagnostics les plus fréquents sont une cause microcristalline (15-27%), septique (8-27%), dégénérative (arthrose) (5-17%) et inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde en particulier) 11-16%.

Arthrites	
Arthrites infectieuses	Bactériennes (cocci+, bacilles-), y compris Lyme Mycobactériennes (rare) Fongiques (rare) Virales (rare)
Arthrites réactives	Spondylarthrites réactives (chlamydiae, mycoplasmes, salmonella, yersinia, shigella, campylobacter) RAA (streptocoque bêta-hémolytique) (rare) Clostridium difficile, Trichomonas (rare)
Arthrites micro-cristallines	Urate de sodium (goutte) Pyrophosphate de calcium (pseudo-goutte) Hydroxy-apatite Oxalates de calcium (rare) Cristaux lipidiques (rare)
Maladies immuno-inflammatoires systémiques	Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthrites (ankylosante, réactives, psoriasique, liée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) Connectivites (LED, Sjögren, etc.) (rare) Vasculite (PAN, Henoch-Schönlein, Behçet) (rare) Sarcoïdose (rare)
Arthrites métaboliques	Hémochromatose (rare) Hyperlipidémies type II et IV (rare)
Arthrites médicamenteuses	Fluoroquinolones (rare) Oméprazole (rare) Bêtabloquants (rare)
Divers	Synovite liée à un corps étranger (épine par exemple)
Conditions pouvant mimer une arthrite :	
Arthrose	
Trauma, microtrauma	Fractures Fractures lentes Hémarthrose
Ostéonécrose ischémique (rare)	Idiopathique Secondaire Alcoolisme chronique Lupus érythémateux disséminé Trauma Dyslipidémies Corticoïdes
Tumeurs bénignes et malignes (rare)	Métastases Tumeurs épiphysaires Ostéochondromatose Synovite villonodulaire pigmentée Synoviome
Divers	Bursite (fréquent) Lésions méniscales, tendineuses ou ligamentaires Dermo-hypodermite Hypothyroïdie (rare) Ostéoarthropathie hypertrophique (rare) Ostéochondrite disséquante (rare)

Tableau 1: diagnostic différentiel de la monoarthrite

	Éléments anamnestiques	Diagnostics suggérés
Début de la symptomatologie	Subit, en quelques heures	Goutte (particulièrement nocturne), chondrocalcinose et autres arthropathies microcristallines
	En quelques jours à semaines	Infections
	Lente	Infections lentes (champignons, mycobactéries), arthrose, tumeurs
Traumatisme	Traumatisme récent, même mineur	Tendinite, bursite, fracture, Hémarthrose
	Intervention chirurgicale	Microcristaux, arthrite septique
Antécédents d'infection	Plaie infectée ou intervention dentaire récente	Arthrite septique
	Instrumentation génito-urinaire	Arthrite septique à germe Gram-
	Antécédents récents (7-21 jours) de pharyngite à streptocoques	Rhumatisme articulaire aiguë
	Urétrite	Arthrite gonococcique ou réactive
	Morsure de tique	Maladie de Lyme
	Infection intestinale	Arthrite réactive
Drogues	Drogues par voie intraveineuse	Arthrite septique, hépatites C, B; HIV
Médicaments	diurétiques, aspirine à petites doses, ciclosporine, tacrolimus,	Goutte
	Anticoagulation	Hémarthrose
	Fluoroquinolones, oméprazole bêtabloquants	Arthrite médicamenteuse
	Corticostéroïdes	Ostéonécrose ischémique
Anamnèse familiale		Connectivite, goutte, psoriasis, spondylarthropathie, hémochromatose, hémoglobinopathie

Tableau 2: principaux éléments anamnestiques à rechercher en présence d'une arthrite

2.2 Examen physique

- Examen articulaire

Il faut distinguer les atteintes **articulaires** des atteintes **abarticulaires** : les arthrites entraînent en général une importante limitation à la mobilisation active *et* passive. Les atteintes abarticulaires se caractérisent souvent par une limitation surtout aux mouvements actifs.

- Examen général

La recherche de signes cliniques clés implique un examen clinique poussé

	Signes	Diagnostics suggérés
Lésions muco-cutanées	Rash papulo-pustuleux	Gonocoque (image 1) Parvovirus B19, rubéole
	Rash photosensible	Lupus érythémateux, Dermatomyosite
	Purpura	Vasculites, méningococcémie
	Nodules sous-cutanés : - inflammatoires - tophus - graisseux	- Polyarthrite rhumatoïde, - Lupus érythémateux - Goutte - Hypercholestérolémie
	Pyodermie gangreneuse et érythème noueux	Arthropathies liés à la recto-colite ulcéro-hémorragique ou au Crohn, sarcoïdose
	Psoriasis cutané et /ou lésions unguéales (kératose sub-unguéale, onycholyse)	Arthrite psoriasique
Lésions oculaires	Kérato-conjonctivite sèche, ulcérations cornéennes	Syndrome de Sjögren, (polyarthrite rhumatoïde et autres connectivites)
	Conjonctivite	Syndrome de Reiter
	Uvéite	Spondylarthrites, maladie de Behçet, sarcoïdose, arthrite rhumatoïde juvénile,
Atteintes neurologiques	Névrites des nerfs crâniens et périphériques, radiculonevrite motrice ou sensorielle	Polyarthrite rhumatoïde, vasculites, connectivites et cryoglobulinémies
	Méningite, encéphalite	Behçet, connectivites, arthrite à méningocoque

Tableau 3: manifestations extra-articulaires

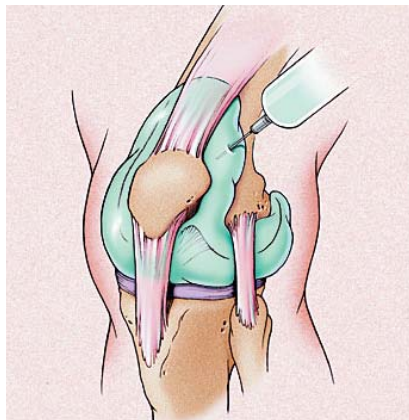


Image 1: éruption papulo-pustuleuse dans le cadre d'une arthrite gonococcique

2.3 Examens paracliniques

2.3.1 Arthrocenthèse

C'est l'examen-clé en cas d'atteinte mono- ou pauci-articulaire d'origine indéterminée. Elle est en principe indispensable devant tout épanchement ou suspicion d'épanchement intra-articulaire, notamment pour confirmer ou infirmer une arthrite bactérienne, sauf si l'on est sûr qu'il s'agit d'un problème non inflammatoire. En cas de doute il faut s'aider de l'ultrason, pour visualiser et localiser l'épanchement. Les indications sont le diagnostic d'un épanchement articulaire d'étiologie inconnue et le monitoring d'une réponse à un traitement antibiotique en cas d'arthrite septique. Elle permet aussi, dans ce dernier cas, de diminuer la pression intra-articulaire, la quantité de germes, de PMN et d'enzymes.



Il ne faut pas ponctionner à l'endroit d'une infection cutanée. Les troubles hémostatiques sont une contre-indication relative. En cas de doute, faire une échographie et prendre l'avis des spécialistes (dermatologue, rhumatologue ou orthopédiste), mais ne pas s'abstenir de ponctionner une possible arthrite.

Pour l'examen du liquide synovial, on se rappellera les «3 C»:

Cellularité (tube EDTA), **C**ristaux (tube sans additif) **C**ulture et frottis avec coloration de Gram (tube stérile)

Normalement, une articulation ne contient qu'une très petite quantité de liquide synovial visqueux, transparent, de couleur jaune paille. En raison de l'absence de fibrine, il ne coagule pas.

Le tableau 4 résume l'interprétation du liquide synovial et le tableau 5 oriente le diagnostic différentiel en fonction de l'interprétation.

Type	Arthropathies non inflammatoires	Arthropathies inflammatoires non infectieuses (exception : virales)	Arthropathies septiques
Aspect	clair, transparent	Trouble	trouble/opaque
Couleur	jaune,	Jaune	jaune à vert
Viscosité	élevée	Diminuée	Variable
Leucocytes par μ l	< 2'000	2'000-50'000 rarement > 100'000	>50'000
PMN	< 25%	généralement \geq 50%	généralement \geq 75%

Tableau 4: Interprétation du liquide synovial

Liquide non inflammatoire	Liquide inflammatoire	Liquide hémorragique
Arthrose	PR	Patient anticoagulé
Trauma, microtrauma	Arthrites micro-cristallines	Traumatisme
Ostéonécrose	Arthrites réactives	Synovite villo-nodulaire
Tumeurs	Spondylarthrites	Hémangiome, synovialome
Arthropathie neurogène	Connectivites (lupus, Sjögren sclérodémie, polymyosites)	Hémophilie et autres diathèses hémorragiques
Phase précoce d'un processus inflammatoire	Vasculites	Scorbut
Synovite villonodulaire	Arthrites virales	
Ostéoarthropathie hypertrophique	RAA	
Hypothyroïdie		

Tableau 5: diagnostic différentiel selon le type de liquide synovial

Attention: L'arthrocentèse montre souvent un processus inflammatoire sans qu'un diagnostic précis puisse être posé. Une monoarthrite peut d'ailleurs rester un événement transitoire sans récurrence.

2.3.2 Autres examens paracliniques :

Les examens sanguins ont tous une mauvaise sensibilité et spécificité et sont utiles uniquement s'ils sont utilisés de manière sélective en cas de probabilité clinique élevée.

Afin de juger de l'état inflammatoire, il est indiqué de pratiquer une formule sanguine complète, VS ou CRP. En l'absence de diagnostic évident, il faut rechercher les pathologies à traiter spécifiquement notamment les infections à gonocoques, chlamydiae ou mycoplasme (PCR ou culture du cervix, de l'urètre, des urines, du rectum et de la gorge), une hémochromatose (ferritine, recherche de la mutation HFE), une connectivite (FAN) et une vasculite (ANCA).

Une radiographie de l'articulation n'a que peu de valeur chez le sujet jeune en présence d'une affection aiguë inflammatoire car les lésions osseuses visibles se développent

tardivement. Elle est, par contre, indiquée dans la recherche de lésions dégénératives, d'une ostéonécrose, de tumeurs et d'éventuelles calcifications, par exemple en cas de suspicion de chondrocalcinose. La radiographie est également utile comme comparatif pour d'éventuels clichés ultérieurs. L'échographie est utile pour confirmer l'atteinte d'une articulation surtout profonde (hanche), pour guider une arthrocentèse ou une injection thérapeutique intra-articulaire. L'IRM et le CT scan permettent de mieux évaluer l'atteinte de la synoviale et des tissus périphériques et de rechercher une éventuelle ostéomyélite d'accompagnement.

3 ATTITUDES THERAPEUTIQUES

Ce chapitre ne traite que des douleurs mono- ou pauci-articulaires les plus fréquentes qui nécessitent un traitement d'urgence, en ne discutant que leurs caractéristiques principales.

3.1 Arthrites septiques

A considérer en premier lieu en raison de leur potentiel destructeur. Il faut d'abord prendre en compte les germes selon les différentes populations (tableau 6).

Population	Germes les plus fréquents
Adultes en bonne santé habituelle	Staphylocoque doré Gonocoque (sexuellement actif) Streptocoques
Traumatismes, abcès cutanés	Staphylocoque doré
Infections ou intervention uro-génitales ou digestives	Entérobactériacées Streptocoques
Immunosupprimés	Entérobactériacées
Dysfonction splénique	Pneumocoque Méningocoque
Toxicodépendance intraveineuse	Entérobactériacées, pseudomonas Anaérobies Staphylocoque doré, candida
Remplacement articulaire prothétique	Staphylocoque epidermidis Staphylocoque doré Entérobactériacées

Tableau 6: arthrite septique : germes selon les pathologies sous-jacentes

3.1.1 Arthrite à gonocoques

C'est la 1^{ère} cause d'arthrite septique chez l'adulte jeune sexuellement actif², touchant 3 femmes pour un homme. En plus d'une fièvre, la triade classique inclut une ténosynovite, des arthralgies migratoires ainsi que des lésions vésiculeuses et pustuleuses. Seuls 25% des examens directs (Gram) et des cultures synoviales sont positifs. La PCR dans le

liquide synovial n'est pas encore validée. Il est primordial de confirmer la suspicion clinique par un examen d'urine ou un frottis du col utérin (amplification par PCR).

- **Traitement:**

Hospitalisation, immobilisation, puis mobilisation progressive

Ceftriaxone 1 g/jour i.v. ou Cefotaxime 1 g/8h i.v. pdt 7 jours

3.1.2 Arthrite septique non-gonococcique

Elle touche souvent les grandes articulations (genou et hanche). Elle peut être oligo- (2-4) ou poly-articulaire (≥ 5 articulations). Elle est souvent transmise par voie hématogène

Fréquence	Germes
60%	Staphylocoque doré qui, en règle générale, est résistant à la pénicilline et souvent, à la méthicilline
18%	Germes Gram ⁻
15 %	Streptocoques β -hémolytiques
3%	Pneumocoques
3 à 4 %	Germes anaérobies

Tableau 7: fréquence des germes dans l'arthrite non-gonococcique

Le staphylocoque doré a un potentiel extrêmement destructeur et peut détruire une articulation en moins de 48 heures.

- **Traitement:**

Hospitalisation, immobilisation, puis mobilisation progressive

Traitement antibiotique parentéral selon le germe

Lavage à l'aiguille, éventuellement drainages fréquents à l'aiguille

Si pas d'amélioration après 24-48 h d'évolution, drainage chirurgical ou arthroscopique.

On considère généralement que les articulations difficiles d'accès à l'aiguille (hanche, épaule) nécessitent un drainage chirurgical ou arthroscopique d'emblée

3.1.3 Arthrite liée à la maladie de Lyme

60% des patients infectés par *Borrelia burgdorferi* non traités développent des arthralgies; une arthrite est cependant très rare. Il s'agit d'arthrites intermittentes des grandes articulations, surtout le genou. Une sérologie positive doit être confirmée par un test immunoblot en raison de nombreux faux positifs.

- **Traitement:**

Doxycycline 2x100 mg/j p.o. pendant 28 jours ou

Ceftriaxone 2 g/j pendant 28 jours en cas d'échec

4 ARTHRITE MICROCRISTALLINE

4.1 Goutte

La goutte se manifeste généralement après 25 ans chez l'homme, après la ménopause chez la femme, et atteint 2 à 7 hommes pour 1 femme (3). La prévalence dans la population générale est de 1 à 2%. Il s'agit généralement d'une monoarthrite aiguë

touchant la MTP de l'hallux ou une grosse articulation. Les facteurs associés sont l'HTA, l'obésité, l'IRC, les diurétiques et l'hyperuricémie. Une consommation élevée de bière, de viande et de crustacés augmente le risque. Les tophus apparaissent généralement après 10 ans d'évolution d'une arthrite goutteuse récurrente non traitée.

4.1.1 Diagnostic

Le dosage de l'uricémie ne permet pas de confirmer le diagnostic; l'absence d'augmentation le rend moins probable mais il y a une augmentation de l'excrétion au moment d'une crise (sensibilité 90%) qui peut nécessiter un second dosage à distance. Le diagnostic se pose en présence de cristaux d'urate biréfringents en lumière polarisée dans le liquide synovial. Il convient d'exclure une infection concomitante (Gram, culture).

4.1.2 Traitement

- Repos, immobilisation et glace.
- Traitements médicamenteux:
 - AINS à hautes doses (traitement de choix en l'absence de contre-indications) p.ex : Indométhacine 3-4 x 50 mg/jour p.o. (max. 200 mg/jour) ; diclofénac 3-4 x 50 mg/jour p.o. (max. 200 mg/jour)
 - Colchicine : 3 x 0.5mg/j aussi efficace que doses 4-8mg/j et moins toxique sur le plan digestif. La colchicine n'est pas distribuée officiellement en CH mais peut être achetée ou commandée dans la plupart des pharmacies du canton ou en France.
 - Corticostéroïdes+paracétamol :
 - En intra-articulaire si infection exclue : bétaméthasone (Diprofos® 1 amp=7 mg)
 - Prednisone: indiquée en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS ou de la colchicine: 30 à 50 mg/j p.o. initial puis sevrer sur 7-10 jours.
 - Paracétamol 1g p.o 3-4 x/j
 - Les hypo-uricémiants ne font pas partie du traitement de la crise aiguë mais doivent être prescrits à distance (>1 semaine) lors d'épisodes répétés, de tophus ou néphropathie uratique (insuffisance, lithiases) sous couverture d'AINS, de colchicine (0,5-1 mg/j) ou de prednisone (≤7,5 mg/j) pendant les 3-6 premiers mois. Importance de l'éducation diététique du patient en insistant sur la réduction du poids et de la consommation de bière, alcools forts, viande rouge et crustacés.

4.2 Chondrocalcinose (pseudo-goutte)

Il s'agit de l'arthrite la plus fréquente de l'âge avancé. Elle se présente avec un tableau clinique similaire à la goutte. Elle touche essentiellement les genoux et les poignets mais peut survenir dans toute articulation. Le traitement de la crise aiguë est similaire à celui de la goutte (mais la colchicine est moins efficace).

Une association avec un hyperparathyroïdisme, une hémochromatose ou une hypomagnésémie doivent être recherchés surtout chez le sujet de moins de 55 ans.

4.3 Autres arthrites microcristallines

D'autres arthrites microcristallines sont dues à la précipitation d'apatites, d'oxalates de calcium et de cristaux lipidiques. Elles sont beaucoup plus rares mais peuvent être déclenchées par un traumatisme, même mineur ou par une surcharge (hémodialyse et l'hypervitaminose C pour les oxalates de Ca).

Le traitement est similaire à celui de la chondrocalcinose (AINS, pas de colchicine).

5 LES 3 POINTS LES PLUS IMPORTANTS A RETENIR

L'anamnèse et le status clinique ainsi que la ponction articulaire sont les éléments clé pour la prise en charge d'une monoarthrite.

La ponction articulaire est toujours indiquée, sauf si une arthrite septique peut être exclue avec une quasi-certitude.

Dans le liquide articulaire, les 3 C (Cellularité, Cristaux, Culture et Gram) doivent être systématiquement analysés.

6 REFERENCES

-Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc J. Acute monoarthritis: what is the cause of my patient's painful swollen joint? CMAJ 2009; 180(1):59-65.

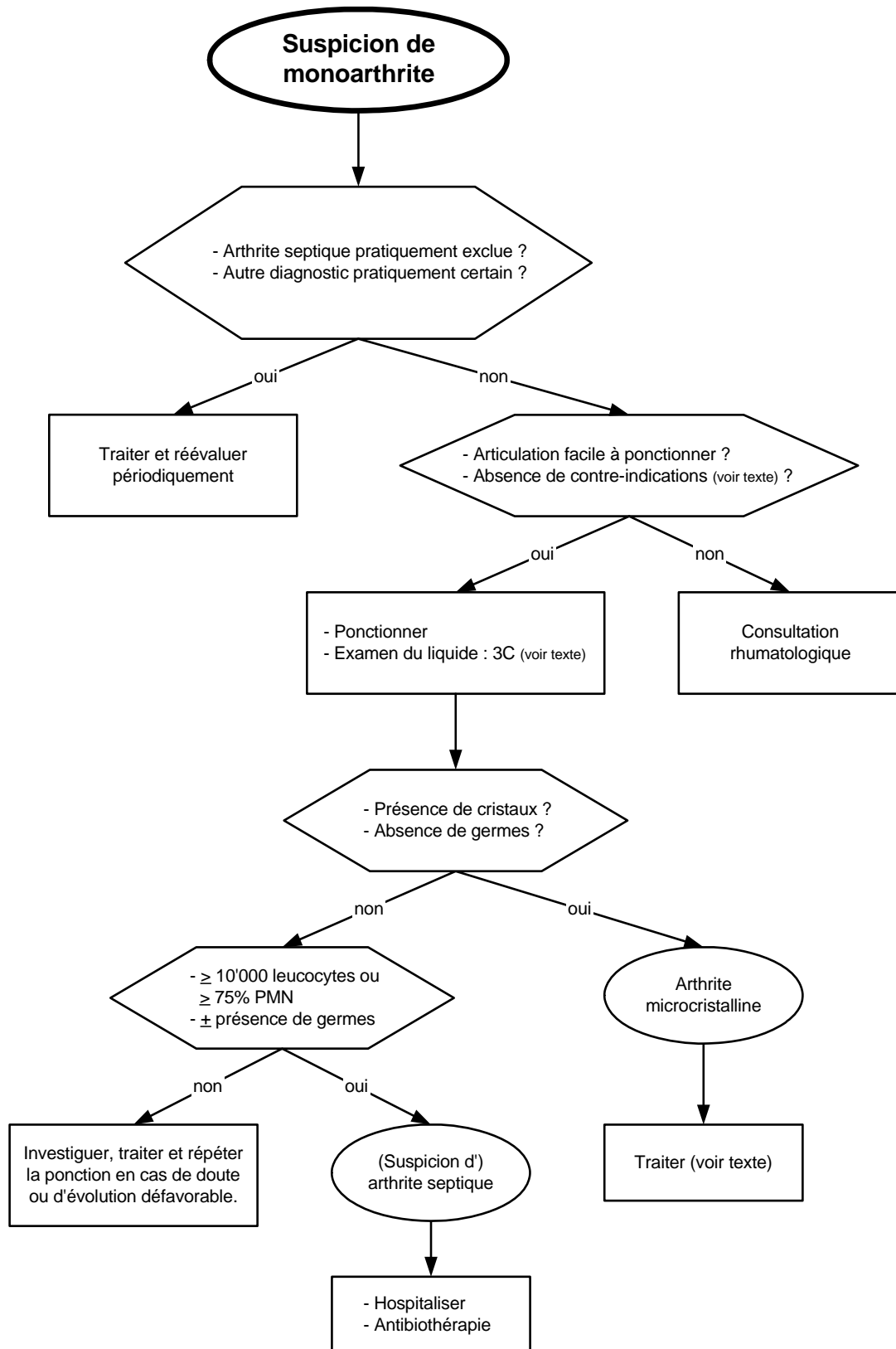
-Garcia-de la Torre I, Nava-Zavala A. Gonococcal and non-gonococcal arthritis. Rheum Dis Clin N Am 2009 ; 35:63-73.

-Richette, T, Bardin P. Gout. The Lancet 2010 ; 375(9711).318-28.

Date de la première édition : 30 janvier 2001 par H. Wolff, P.A. Guerne et H. Stalder

Mise à jour : mars 2010 par Y. Jackson, H. Wolff et P.A. Guerne, J.-M. Gaspoz

Pour tout renseignement, commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch



HS/HW/nr/23.07.2003