

Item 307 : Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Diagnostiquer un épanchement articulaire.....	1
1 . 1 Définition.....	1
1 . 2 Diagnostic.....	1
1 . 3 Diagnostic différentiel.....	1
2 Démarche diagnostique devant une monoarthropathie avec un épanchement.....	2
2 . 1 Depuis quand ?.....	1
2 . 2 Où ?.....	1
2 . 3 Comment ?.....	1
2 . 4 Examen articulaire.....	1
2 . 5 Examen général.....	1
3 Méthodes de ponction des principales articulations périphériques.....	3
4 Interprétation des résultats de la ponction articulaire.....	4
4 . 1 Épanchement hémorragique ou hémarthrose.....	1
4 . 2 Épanchement « citrin ».....	1
4 . 2 . 1 Épanchement mécanique.....	1
4 . 2 . 2 Épanchement inflammatoire.....	1
4 . 3 Épanchement puriforme.....	1
5 Principales étiologies des arthrites récentes.....	5
5 . 1 Définition.....	1
5 . 2 Orientation étiologique.....	1
5 . 3 Principes de l'enquête étiologique.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Devant une douleur ou un épanchement articulaire, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

- Devant une arthrite d'évolution récente, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

SPECIFIQUE :

- Savoir diagnostiquer un épanchement articulaire (le différencier de la douleur, de la bursite).
- Connaître la démarche diagnostic devant une monoarthropathie avec épanchement : en particulier connaître les symptômes et signes permettant de distinguer une arthrite (septique ou microcristalline) d'une affection non inflammatoire.
- Connaître les méthodes de ponction des principales articulations périphériques.
- Savoir interpréter les résultats de la ponction articulaire et connaître l'aspect macroscopique et microscopique d'un liquide synovial (arthrite septique, microcristalline, inflammatoire ou mécanique, hydarthrose d'une hémarthrose).
- Connaître les principales étiologies d'arthrite récente en fonction de la localisation et des éventuels signes d'accompagnement.

I DIAGNOSTIQUER UN ÉPANCHEMENT ARTICULAIRE

I.1 DÉFINITION

Un épanchement est toujours la traduction d'une souffrance intra-articulaire qui peut être d'origine diverse. Physiologiquement, dans une articulation normale, il existe un faible film liquidien qui, dans la plupart des cas, n'est pas visible, même avec des examens complémentaires sensibles (échographie, Imagerie par Résonance Magnétique). Le liquide articulaire a une fonction nutritive envers le cartilage, tissu avasculaire. Il exerce également un rôle mécanique de lubrification des surfaces articulaires par ses propriétés viscoélastiques reposant, particulièrement, sur sa haute teneur en acide hyaluronique.

I.2 DIAGNOSTIC

Un épanchement « pathologique » peut être identifié par l'examen clinique et les examens complémentaires. L'examen clinique permet de rechercher un épanchement qui peut être observé dès l'inspection pour les articulations « superficielles » (doigts, poignets, coudes, genoux, pieds) sous la forme d'une tuméfaction globale de l'articulation avec diminution ou disparition des reliefs anatomiques. L'épanchement peut se palper, en particulier au niveau du genou par la manœuvre du choc rotulien. Il faut signaler qu'un épanchement volumineux peut s'accumuler dans un kyste ou un diverticule de la capsule (kyste poplité, par exemple).

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

- le contexte médical : hémophilie chez un enfant, traitement anticoagulant, chondrocalcinose articulaire connue chez un sujet âgé... ;
- son ancienneté (récent, chronique) ;
- son importance ;
- l'existence de signes locaux inflammatoires ;
- l'existence d'un épaississement de la membrane synoviale (synovite), qui est palpable surtout dans la polyarthrite rhumatoïde (pannus rhumatoïde).

La suspicion clinique d'épanchement peut conduire directement à la réalisation d'une ponction articulaire dans certaines situations cliniques, telles que l'existence d'une fièvre ou la suspicion d'hémarthrose sous anticoagulant. Différents examens complémentaires peuvent se discuter :

- les radiographies standards 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 notamment d'une articulation profonde ;
- l'IRM permet aussi de détecter un épanchement et a aussi l'avantage de bien explorer les structures ostéoarticulaires et péri-articulaires.

Cependant, la ponction à l'aiguille est en pratique le meilleur moyen, simple et rapide, pour confirmer un épanchement et l'analyser.

I.3 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Un épanchement articulaire ne doit pas être confondu avec :

- un hygroma (ou bursite) ou une ténosynovite qui sont la conséquence d'une atteinte des structures péri-articulaires ;
- une lésion cutanée inflammatoire, en particulier d'un érysipèle ;
- une lésion tumorale ostéoarticulaire (rare).

II DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE MONOARTHROPATHIE AVEC UN ÉPANCHEMENT

Une arthropathie récente justifie une enquête précise comportant en particulier l'identification de la nature inflammatoire ou mécanique (tableaux 38.I et 38.II). L'interrogatoire doit permettre d'analyser la douleur articulaire. Trois questions doivent être posées : depuis quand, où et comment.

Tableau 38.I. Caractéristiques cliniques des principales formes d'atteintes articulaires.

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	Polyarthrite rhumatoïde	Spondylarthropathies	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
<i>Circonstances déclenchantes</i>	Non*	Non*	Non*	Alimentations Médicaments	Infection (porte d'entrée ?)	Infection (porte d'entrée ?)	Traumatisme
<i>Prodromes</i>	Non	Non	Non	Non = CCA Oui = goutte	Non	Non	Non
<i>Fièvre</i>	Rare	Rare	Rare	Possible	Oui	Inconstante	Non
<i>Arthralgies/artrites</i>	Artrites	Artrites Arthralgies	Arthralgies Artrites	Artrites Arthralgies	Artrites	Artrites	Arthralgies Arthropathies avec signes locaux
<i>Topographie articulaire</i> – type d'atteinte – localisation spécifique	Poly- ou oligoarthrite à prédominance distale Oui	Mono-, digo- ou polyarthrite Oui	Poly- ou oligoarthrite Non	Mono-, oligo- ou plus rarement polyarthrite Oui	Mono- ou plus rarement oligoarthrite Non	Monoarthrite Non	Mono-, digo- ou polyarticulaire Oui
<i>Caractéristiques de la douleur</i> – intensité faible/forte – type	Fort à faible Inflammatoire	Fort à faible Inflammatoire	Fort à faible Inflammatoire	Fort Inflammatoire	Fort Inflammatoire	Faible à forte Inflammatoire	Faible à forte Mécanique
<i>Signes locaux articulaires</i> – chaleur, rougeur – épanchement – synovite	Rarement Oui Oui	Rarement Oui Non	Rarement Parfois Parfois	Oui Oui Non	Oui Oui Parfois	Rarement Oui Parfois	Non Parfois Non
<i>Signes ostéoarticulaires associés</i> – atteinte rachidienne – enthésopathie	Possible (rachis cervical) Non	Oui Oui	Non Non	Rare Non	Possible (spondylodiscite ou sacro-illite) Non	Possible Non	Oui Non
<i>Signes extra-articulaires</i>	Possibles	Possibles	Oui	Tophus (goutte)	Oui	Oui	Non

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

Tableau 38.II. Caractéristiques des principales formes d'atteintes articulaires.

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	Polyarthrite rhumatoïde	Spondylarthrite ankylosante	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
<i>Biologie « non spécifique »</i> – anomalies inflammatoires – cytopénies – anomalies hépatiques – anomalies rénales	Oui Non Non Rare	Inconstant Non Non Rare	Inconstant Possible Possible Possible	Oui Non Non Non	Oui Non Possible Possible	Inconstant Non Non Non	Non Non Non Non
<i>Biologie spécifique</i>	FR Anti-CCP	HLA B27	ANA Auto Ac	Hyperuricémie (inconstante au moment des crises)	Non	Non	Non
<i>Liquide synovial</i>	GB > 2000/mm ³ Pas de germes Pas de cristaux	GB > 2000/mm ³ Pas de germes Pas de cristaux	GB > 2000/mm ³ Pas de germes Pas de cristaux	GB > 2000/mm ³ Présence de cristaux	GB > 2000/mm ³ (90 % PNN) Présence de germes	GB > 2000/mm ³ (formule mixte) Présence de germes	GB < 500/mm ³ Pas de cristaux Pas de germes
<i>Examens complémentaires utiles</i>	Recherche complications viscérales (rare)	Examen ophtalmologique (uvéite ?) Endoscopie digestive éventuellement (MICI ?)	Recherche complications viscérales (selon étiologie)	Bilan rénal et métabolique en cas de goutte et CCA	Hémoculture Autres prélèvements infectieux ECG	Recherche de BK IDR à la tuberculine	Non
<i>Radiographie</i>	Déminéralisation Érosions Destructions	Érosions (sacro-illite ?) Ostéite Hyperostose (ankylose)	Pas de lésion érosive	Tophus (goutte) Caldifications (CCA, hydroxy-apatite)	Déminéralisation Chondrolyse Érosion Destruction	Déminéralisation Chondrolyse Érosion Destruction	Chondrolyse Ostéocondensation et géodes sous-chondrales Ostéophytes

FR, facteurs rhumatoïdes ; CCA, chondrocalcinose ; Auto Ac, autoanticorps ; ANA, anticorps antinucléaires ; Anti-CCP, anti-peptides cycliques citrullinés ; GB, globules blancs ; IDR, intradermoréaction ; MICI, maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

II.1 DEPUIS QUAND ?

La douleur peut être récente ou chronique (plus de trois mois). Une douleur récente est le plus souvent aiguë, mais il existe des formes à début progressif avec des douleurs initiales très modérées.

II.2 OÙ ?

L'analyse de la topographie de la douleur et du nombre d'articulations touchées est très importante. Il faut noter :

- le nombre d'articulations : mono- (une articulation), oligo- (deux ou trois articulations) ou polyarticulaire (quatre articulations ou plus) ;
- la topographie des atteintes articulaires peut être informative car certaines localisations sont caractéristiques, par exemple l'atteinte des interphalangiennes distales dans l'arthrose et le rhumatisme psoriasique ou l'atteinte de la première métatarsophalangienne lors de la goutte ;
- l'existence de signes rachidiens associés est très importante pouvant évoquer soit une arthrose rachidienne (surtout cervicale et lombaire), soit une spondylarthropathie (rachialgies inflammatoires).

II.3 COMMENT ?

C'est cette caractéristique qui va permettre d'identifier la nature mécanique ou inflammatoire de la douleur :

- une *douleur inflammatoire* apparaît ou s'aggrave en fin de nuit, et s'améliore en cours d'activité. L'enraidissement matinal est supérieur à trente minutes (parfois de plusieurs heures) ;
- une *douleur mécanique* est aggravée par l'activité ou au décours de cette activité. L'amélioration est complète ou partielle au repos et il n'y a pas d'enraidissement matinal durable (inférieur à trente minutes).

II.4 EXAMEN ARTICULAIRE

L'examen articulaire est fondamental. Son objectif est double :

- préciser la topographie et le nombre d'atteintes articulaires ;
- préciser l'existence de signes articulaires locaux :
 - un épanchement articulaire peut être associé à des signes inflammatoires locaux (rougeur, chaleur), surtout dans les arthrites aiguës (septiques et microcristallines), plus rarement en cas d'hémarthrose. Un épanchement sans signes locaux est plus souvent observé souvent dans les arthropathies mécaniques, en particulier dans les formes chroniques ;
 - un épaissement synovial associé à l'épanchement articulaire est très fortement évocateur d'une polyarthrite rhumatoïde ;
 - des déformations ostéoarticulaires peuvent se voir dans les rhumatismes destructeurs (comme la polyarthrite rhumatoïde) ou dans les arthroses évoluées ;

- une limitation des amplitudes articulaires est la conséquence soit de la douleur (la limitation est alors surtout active), soit d'une destruction ostéoarticulaire ou d'une atteinte de la capsule (dans ce cas, la limitation est active et passive) ;
- une amyotrophie de proximité traduit de façon objective la souffrance articulaire (amyotrophie du quadriceps en cas d'arthropathie du genou, par exemple).

II.5 EXAMEN GÉNÉRAL

Cet examen permet de préciser :

- s'il existe des signes généraux, en particulier la fièvre qui peut évoquer une origine infectieuse ou plus rarement une origine microcristalline ;
- s'il existe des signes extra-articulaires qui permettent d'orienter l'enquête étiologique (tableau 38.III).

Tableau 38.III. Orientation diagnostique face à une ou des arthrites débutantes caractérisées par des signes associés.

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

III MÉTHODES DE PONCTION DES PRINCIPALES ARTICULATIONS PÉRIPHÉRIQUES

Toutes les articulations périphériques peuvent être ponctionnées. Il existe quelques règles essentielles :

- les articulations les plus superficielles sont les plus faciles à ponctionner directement (genoux, chevilles, poignets). Les articulations plus profondes (hanches) nécessitent un écho- ou radioguidage ;
- la ponction justifie de mettre le malade en confiance en lui expliquant les objectifs et le principe du geste ;
- la procédure exige une préparation cutanée antiseptique avec un nettoyage de la peau par un produit détergent, puis l'application d'un produit antiseptique (éventuellement iodé) sauf en cas d'allergie. La position du malade, le choix du matériel et le choix de la voie de ponction sont fonction de l'expérience et de la localisation de l'épanchement (figure 38.1) ;
- la ponction peut être précédée de l'application d'une pommade anesthésique ou d'une anesthésie locale ;
- la ponction a pour objectif d'analyser le liquide articulaire. De façon systémique, ce liquide justifiera quatre types d'analyses :
 - un examen cytologique (numération et typage des cellules) ;
 - un examen microbiologique (examen direct, culture) et éventuellement des recherches orientées (mycologiques) ;
 - la recherche de microcristaux (urates de sodium, pyrophosphates de calcium, hydroxy-apatite) ;
 - une analyse biochimique (taux de protéines), parfois utile ;
 - toute autre analyse sur le liquide articulaire (dosage de l'acide urique, recherche d'autoanticorps, dosage du complément) ne doit pas être réalisée en routine car son intérêt n'est pas validé.

Lors d'une ponction pour l'analyse de l'épanchement, il n'est pas recommandé d'effectuer une infiltration cortisonique car, par définition, si le liquide articulaire est analysé, c'est que la nature étiologique de l'épanchement n'est pas connue.

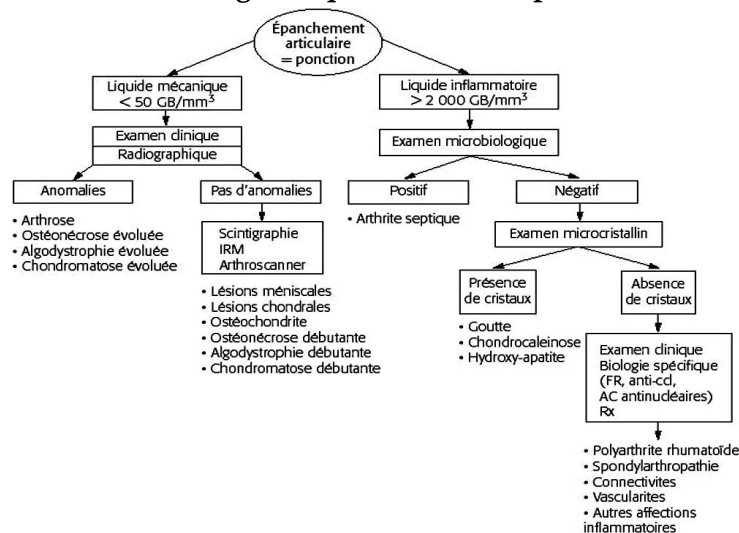
Fig. 38.1. Ponction articulaire du genou. Le plus souvent, l'aiguille pénètre dans la cavité articulaire au coin supérieur et latéral de la rotule.



IV INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DE LA PONCTION ARTICULAIRE

L'orientation diagnostique s'effectue dès l'analyse de l'aspect macroscopique de l'épanchement : il s'agit du raisonnement de base du rhumatologue (figure 38.2).

Fig. 38.2. Orientation diagnostique devant un épanchement articulaire.



IV.1 ÉPANCHEMENT HÉMORRAGIQUE OU HÉMARTHROSE

L'hémarthrose traduit toujours une agression aiguë de la synoviale et/ou un trouble de la coagulation. Dans ce cas, le liquide hémorragique est « incoagulable », 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 ostéoarticulaires ; par exemple, entorse d'un ligament collatéral du genou (c'est le cas le plus fréquent) ;
- une inflammation aiguë de la synoviale liée à des microcristaux (surtout une chondrocalcineose) ou plus rarement une infection aiguë ;
- une lésion tumorale de la membrane synoviale, en particulier une synovite villonodulaire ;
- un trouble de la coagulation ;
 - l'hémophilie A (plus rarement B) peut être révélée dès la petite enfance (acquisition de la marche) par une hémarthrose ;
 - exceptionnellement, d'autres troubles de la coagulation (maladie de Willebrand, thrombopénie, surdosage en Anti Vitamine K) peuvent aussi se compliquer d'hémarthrose

IV.2 ÉPANCHEMENT « CITRIN »

Cet épanchement citrin (ou jaune clair) peut traduire un épanchement mécanique ou un épanchement inflammatoire.

IV.2.1 Épanchement mécanique

L'épanchement mécanique est jaune clair, transparent et visqueux (il fait un « fil » en coulant). Ce liquide est pauvre en cellules (théoriquement moins de 1 000 cellules/ml mais, en pratique, souvent moins de 500), dont moins de 50 % de polynucléaires et pauvre en protéines (< 40 g/l). Il évoque : - une arthrose en poussée avec un épanchement ; - une pathologie fibrocartilagineuse (lésion méniscale) ou une lésion chondrale (ostéochondrite) ou une lésion traumatique ; - une pathologie osseuse juxta-articulaire (algodystrophie, fissure, ostéonécrose, ou plus rarement une tumeur) responsable d'un épanchement réactionnel ; - une arthropathie rare (chondromatose, arthropathie nerveuse).

IV.2.2 Épanchement inflammatoire

L'épanchement inflammatoire est initialement clair. Il est fluide et surtout riche en cellules (souvent plus de 2 000 GB/ml avec plus de 50 % de polynucléaires neutrophiles). Ce liquide est riche en protéines (> 40 g/l). Différentes étiologies sont possibles : - une arthrite septique : si le liquide est citrin, c'est que l'infection est débutante car dans les formes constituées, le liquide est puriforme. Ce type d'arthrite bactérienne est généralement caractérisé par un liquide très riche en polynucléaires (90 % et plus), sauf pour certaines formes chroniques (tuberculose) ou pour les arthrites virales qui donnent un liquide plus polymorphe, le plus souvent lymphocytaire. Le diagnostic repose sur l'identification du germe par examen direct ou culture. Pour certains germes difficiles à cultiver (*Borrelia*, mycobactérie), ou s'il y a eu une antibiothérapie préalable (infection décapitée), il est possible d'utiliser des techniques de culture spécifiques ou des méthodes de biologie moléculaire, comme l'amplification génique (Polymerase Chain Reaction). Cette technique est utilisable en routine pour la tuberculose. Il n'y a pas de technique de routine pour le diagnostic direct des arthrites virales, mais le diagnostic est clinique et sérologique ; - une arthrite microcristalline peut se traduire par un liquide riche en polynucléaires avec parfois des épanchements puriformes dans les formes aiguës de goutte ou de chondrocalcinose. Le diagnostic repose sur l'identification et la caractérisation des cristaux, ainsi que sur les arguments cliniques et d'imagerie ; - une affection rhumatismale inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, etc.) est à l'origine d'un épanchement inflammatoire.

IV.3 ÉPANCHEMENT PURIFORME

Un épanchement inflammatoire peut être trouble, voire puriforme (plus de 10 000 GB/ml). Dans ce cas, il est constitué essentiellement de polynucléaires neutrophiles et trois étiologies doivent être évoquées en priorité :

- une arthrite septique bactérienne dont le diagnostic et la prise en charge constituent une urgence ; - une arthrite microcristalline (surtout une goutte, plus rarement une chondrocalcinose) ; - une arthrite réactionnelle.

V PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES ARTHRITES RÉCENTES

V.1 DÉFINITION

Une arthrite récente est une atteinte articulaire inflammatoire. Une ou plusieurs articulations sont le siège de douleurs inflammatoires (avec souvent un enraidissement matinal) et un épanchement inflammatoire avec des signes locaux plus ou moins importants selon l'étiologie de l'arthrite.

Le diagnostic clinique d'arthrite est difficile pour les articulations profondes (hanche, épaule). Dans ce cas, c'est l'intensité de la douleur et la raideur qui peuvent faire évoquer l'existence d'une arthrite. Cette arthrite doit être considérée comme un signe d'alarme extrêmement important.

L'interrogatoire permet :

- de préciser les antécédents personnels et familiaux ;
- de déterminer le contexte clinique (circonstances déclenchantes, prodromes, signes généraux, extra-articulaires). L'examen clinique doit :
- définir la topographie de l'arthrite ;
- déterminer l'existence de signes locaux ;
- déterminer le caractère fixe ou migrateur ;
- rechercher des signes associés (tableau 38.I).

Les examens complémentaires sont systématiques pour certains d'entre eux et orientés pour d'autres.

V.2 ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE

Cette orientation (tableau 38.IV) repose sur cinq caractères essentiels de l'arthrite :

- le caractère mono- (une articulation), oligo- (deux à trois articulations), polyarticulaire ;
- le caractère récent (moins de trois mois) ou chronique (plus de trois mois) ;
- le caractère intermittent (migrateur) ou fixe ;
- l'existence de signes locaux (rougeur, chaleur) ;
- l'existence d'antécédents ou un contexte clinique particulier :
 - présence de signes généraux ;
 - présence de signes rachidiens et d'enthésopathies ;
 - présence de signes extra-articulaires

L'importance de ces caractères peut s'illustrer comme indiqué dans les tableaux 38.II et 38.III.

Le caractère mono-/oligo-/polyarticulaire est important :

- une arthrite septique bactérienne est presque toujours monoarticulaire ;
- une polyarthrite rhumatoïde est presque toujours polyarticulaire, même si elle peut débiter de façon mono- ou oligoarticulaire ;
- une goutte est le plus souvent initialement mono-, mais peut devenir oligo- ou

polyarticulaire dans les formes sévères.

La topographie peut être caractéristique :

- une polyarthrite rhumatoïde touche de façon plus ou moins bilatérale et symétrique les articulations des doigts, des poignets et des orteils, mais en respectant les interphalangiennes distales ;
 - une spondylarthropathie ou un rhumatisme psoriasique se caractérise par une atteinte asymétrique souvent oligoarticulaire pouvant toucher les interphalangiennes distales.
- Le caractère aigu d'une arthrite évoque plutôt une arthrite septique ou microcristalline. Néanmoins, certaines arthrites septiques (tuberculose, etc.) peuvent être subaiguës, voire chroniques.

Le caractère fixe ou migrateur peut être un élément d'orientation. Une arthrite éventuellement régressive (en quelques semaines) évoque en premier lieu une arthrite virale. En revanche, une arthrite « fixe » évoque plutôt un rhumatisme inflammatoire débutant (polyarthrite rhumatoïde).

Les antécédents et circonstances déclenchantes sont un point très important. Une arthrite septique débute dans plus de la moitié des cas après un geste intraarticulaire ou une effraction cutanée de proximité.

Les antécédents familiaux peuvent orienter vers différentes formes d'arthrite. À titre d'exemple, dans la goutte, il existe des antécédents familiaux dans un tiers des cas environ. C'est le cas également dans les spondylarthropathies (notion d'agrégation familiale).

L'existence de signes généraux est importante. Toute arthrite (a fortiori une monoarthrite) fébrile doit être considérée comme une arthrite septique. Une atteinte polyarticulaire fébrile est rare. Elle est exceptionnellement bactérienne, mais elle peut être virale ou traduire l'existence d'une maladie inflammatoire assez sévère (polyarthrite rhumatoïde, connectivite, vascularite, maladie de Still) ou plus rarement une arthropathie microcristalline sévère. L'existence d'enthésopathies (talalgies) ou de signes radicaux inflammatoires caractérise une spondylarthropathie. L'existence de signes extra-articulaires est fondamentale pour le diagnostic étiologique car certains sont très spécifiques. Par exemple, l'existence de signes cutanés peut traduire le fait qu'une polyarthrite est liée à un lupus.

Tableau 38.IV. Principales étiologies des arthrites.

Affections rhumatismales inflammatoires	<i>Rhumatismes inflammatoires chroniques</i> Polyarthrite rhumatoïde Arthrites juvéniles idiopathiques Spondylarthropathies : – spondylarthrite ankylosante – rhumatisme psoriasique – forme associée aux entéropathies (Crohn, rectocolite ulcérohémorragique) – arthrites réactionnelles
	<i>Maladies auto-immunes systémiques</i> Syndrome de Gougerot-Sjögren Lupus Sclérodémie Myosites Autres
	<i>Vascularites</i> Maladie de Horton Maladie de Wegener Maladie de Behçet Périartérite noueuse Purpura rhumatoïde
	<i>Autres</i> Pseudopolyarthrite rhizomélique Maladie de Still de l'adulte Sarcoidose Maladies auto-inflammatoires (maladie périodique, fièvre méditerranéenne et autres fièvres périodiques) Arthrites à corps étranger
Arthropathies infectieuses et post-infectieuses	<i>Bactériennes</i> Aiguë (gonocoque, staphylocoque, streptocoque, bacilles gram ⁻ , borreliose, etc.) Chronique (tuberculose, etc.) Endocardite
Arthropathies infectieuses et post-infectieuses	<i>Virales</i> Hépatites A, B, C Rubéole Parvovirus B19 VIH Autres
	<i>Mycosiques (rare)</i>
	<i>Parasitaires (rare)</i>
	<i>Post-infectieuses</i> Rhumatisme post-streptococcique
Arthropathies microcristallines et métaboliques	<i>Microcristallines</i> Goutte Chondrocalcinose Rhumatisme à apatite
	<i>Métaboliques</i> Hémochromatose

V.3 PRINCIPES DE L'ENQUETE ÉTIOLOGIQUE

Les principes hiérarchisés de l'enquête étiologique d'une arthrite récente justifient cinq étapes :

- la priorité est d'éliminer une arthrite d'origine infectieuse qui est une urgence diagnostique ;
- le rhumatisme microcristallin doit être éliminé car il existe un traitement spécifique ;
- une affection rhumatismale inflammatoire sévère doit être recherchée pour deux raisons :
 - une polyarthrite rhumatoïde justifie un diagnostic et une prise en charge rapide pour éviter l'apparition de destructions ostéoarticulaires ;
 - une affection inflammatoire systémique justifie un diagnostic étiologique rapide pour éviter l'apparition de complications viscérales ;

- il faut éliminer de principe un rhumatisme paranéoplasique qui est une situation très rare, mais souvent crainte par le malade et le médecin, surtout quand il existe des signes généraux. Les manifestations rhumatologiques paranéoplasiques ne sont pas forcément une arthrite, mais plus souvent d'autres manifestations (myosite, fasciite, paraostéoarthropathie) ;
- en cas de monoarthrite, il faut évoquer de principe une arthrite à corps étranger (épine végétale, épine d'oursin) car c'est une synovite de résorption parfois intense qui ne disparaît qu'après l'ablation du corps étranger.

VI ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- AVK : Anti Vitamine K
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- PCR : Polymerase Chain Reaction