

L2

Date : 20/03/12

Professeur : Dr. Albert

Nombre de pages : 17



UE Locomoteur

Ronéo n° : 26

Intitulé du cours : **Sémiologie des arthrites**

Chef Ronéo : Sarah Iacono

Binôme : Laurette & Marion

**Corporation des
Carabins Niçois**

UFR Médecine
28, av. de Valombrose
06107 Nice Cedex 2
www.carabinsnicois.com
vproneo@gmail.com



BNP PARIBAS

PLAN

I/ Généralités

II/ Signes fonctionnels

III/ Etiologies des Arthrites

IV/ Orientation diagnostique

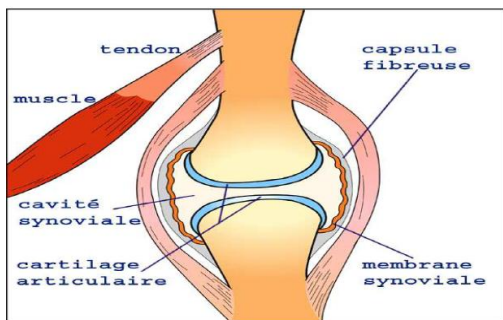
V/ Examen paraclinique

VI/ Rappels

I - GENERALITES

• Définition

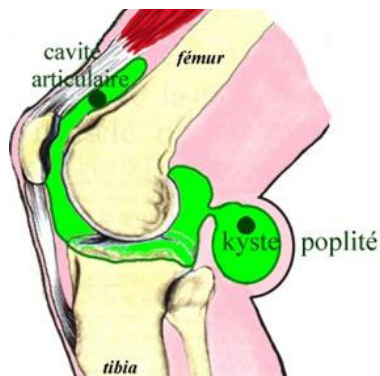
- ❖ Arthralgie = symptôme = douleur articulaire
- ❖ **Arthrite = atteinte inflammatoire d'une articulation.** La mb synoviale (MS) qui recouvre l'articulation va être le siège d'un processus inflammatoire par le biais d'un infiltrat cellulaire.
On peut avoir soit une :
 - **Monoarthrite : 1 seule** articulation atteinte
 - **Oligo-arthrite: 2 ou 3** articulations atteintes
 - **Polyarthrite: + de 4** articulations atteintes



Articulation normale

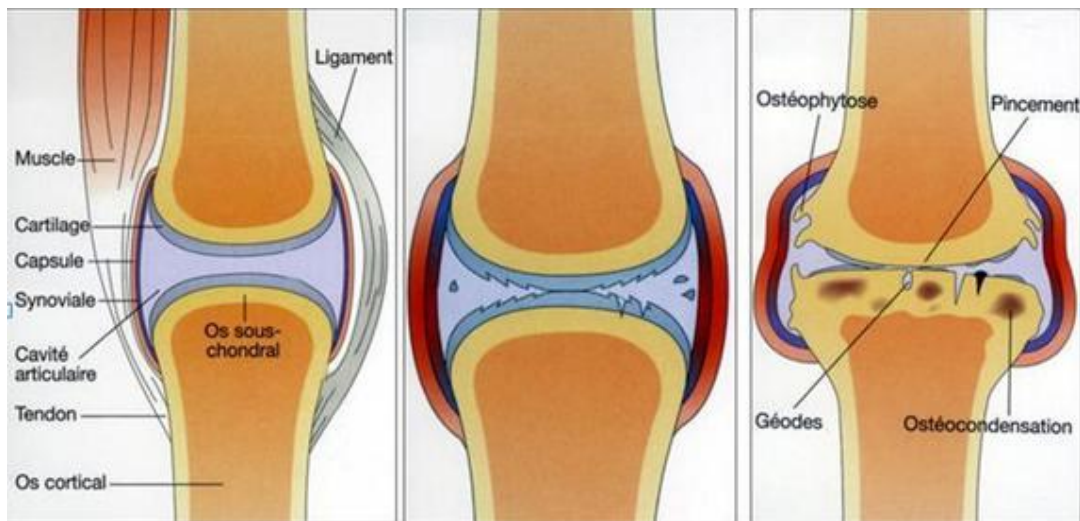
*Voici la coupe schématique d'un genou :
On voit le cartilage articulaire, la cavité synoviale, la MS (qui s'épaissit dans les phénomènes d'arthrite), les tendons, les muscles et les ligaments*

- ❖ Epanchement articulaire = présence de liquide intra-articulaire => (sauf pour les articulations profondes comme la hanche) gonflement/tuméfaction visible de l'articulation.
NB: Il y a physiologiquement du liquide synovial dans une articulation normale mais non visible



Epanchement Articulaire

*Le liquide vert correspond à l'épanchement. Quand son abondance est trop importante ce liquide déborde en arrière de la cavité articulaire du genou et forme un kyste poplité → la présence d'un kyste poplité est **tjrs** le témoin d'une souffrance articulaire !*



Dans les phénomènes d'arthrite on va avoir une atteinte inflammatoire de la MS qui va s'épaissir, avec une modification de la cavité articulaire, une usure du cartilage.

Dans les formes très évoluées on aura un **pincement** de l'articulation, c-a-d que le cartilage est mis à nu, les os se touchent presque entre eux => des remaniements dégénératifs = **ostéophytes**, des **géodes** (trous dans l'os), et un **ostéocondensation** sous-chondrale.

II - SIGNES FONCTIONNELS

A°/ Interrogatoire

- **Objectifs:** Devant une douleur articulaire il faut toujours :
 - ❖ Déterminer :
 - les **caractères individuels** (âge, sexe, profession, ...)
 - les **antécédents utiles personnels et familiaux**
 - le **contexte clinique** c-a-d les circonstances déclenchantes :
 - traumatismes, geste local (infiltration), porte d'entrée
 - infectieuse (effraction cutanée), infection virale récente, vaccination, prise d'un médicament...
 - les **prodromes** qui peuvent être l'expression des circonstances déclenchantes : *ex* : infection
 - les **signes associés** :
 - **généraux** : fièvre, asthénie, amaigrissement
 - **extra-articulaires** : atteinte cutanée, digestive, neurologique, rachidienne... qui peuvent orienter vers une étiologie particulière (maladies auto-immunes++)
 - ❖ Eliminer un **diagnostic différentiel**:
 - soit une **douleur « régionale » péri-articulaire, musculaire ou osseuse ou vasculaire**
 - soit une **douleur projetée ostéo-articulaire ou viscérale** (= *Fausse douleur articulaire, par ex une douleur du genou sans anomalie ni signes inquiétant au niveau de l'articulation va témoigner d'une pathologie de la hanche* → très souvent les atteintes de la hanche peuvent s'exprimer uniquement par une douleur projetée au genou)

- ❖ Caractériser avec précision **la douleur** en s'appuyant sur **3** questions clés :

1) Où ?

- Demander au malade de **montrer avec un seul doigt la zone douloureuse**
- **Préciser le siège:**
 - o faces antérieure, latérales, ou postérieure de(s) l'articulation(s)
Attention aux articulations des racines de membre
 - o **l'atteinte de la hanche** : douleur de la face antérieure de la cuisse, voire même du **genou**
 - o **l'atteinte de l'épaule**: peut irradier au niveau cervicale ou au membre supérieur en donnant parfois des douleurs qui vont jusqu'à la **main** (attention cette douleur peut être confondue avec une névralgie radiculaire !)
- **Préciser la topographie** qui permet très rapidement d'orienter le diagnostic étiologique. Certaines maladies ont une prédilection pour certaines articulations, par ex :
 - o *Arthrite au niveau du 1^{er} métatarso-phalangienne (MTP) du 1er orteil pour **la goutte** (pathologie microcristalline)*
 - o *Les inter-phalangiennes distales (IPD) pour **le rhumatisme psoriasique** (rhumatisme inflammatoire associé à des lésions cutanées appelées psoriasis) et **arthrose digitale***
- On peut avoir aussi **des signes rachidiens** (douleurs au niveau du rachis toujours de nature inflammatoires = **rachialgies inflammatoires**) : ***spondylarthropathie, atteinte tumorale, Polyarthrite rhumatoïde*** (cervical), ***infection disco-vertébral...***
- Préciser le caractère **symétrique** ou **asymétrique** des atteintes, par ex le ***rhumatisme psoriasique*** (qui appartient à la famille des spondylarthropathies) s'exprime très souvent par une oligo-arthrite ***asymétrique*** (atteinte d'un genou, d'un coude...)

2) Depuis quand ?

- **Récente** ou **chronique** (> 3 mois).
→ + ***c'est chronique + on peut éliminer les diagnostics d'arthrites infectieuses (septiques liées à la présence de germes) pour s'orienter vers des rhumatismes inflammatoires ou des maladies auto-immunes.***
- **Aigue** ou **progressive**
- La douleur peut être **intermittente** (phases avec et sans douleur) expliquant qu'il est souvent difficile de dater son début.

3) Comment ?

- **La douleur MECANIQUE** :
 - o **douleur d'effort**, de mise en charge
 - o **dérouillage matinal bref** (inférieur à 15 minutes)

NB : C'est le tps nécessaire au patient pour ne plus se sentir raide, ankylosé au niveau de ses articulations, se dérouiller. Ce tps est pertinent au-delà de 30 minutes et peut durer plusieurs heures.

 - o se produit après un certain temps d'utilisation de l'articulation et donc se manifeste plus volontiers **en fin de journée que le matin** (et absolument PAS la nuit !)
 - o **calmée par le repos**. Elle peut entraîner une difficulté d'endormissement mais **ne réveille pas le malade la nuit**
- **La douleur INFLAMMATOIRE** = douleur de l'ARTHRITE, c-a-d de tout ce qui est inflammatoire, infectieux, néoplasique (cancer, métastases osseuses...) :
 - o **réveille** le malade dans **la seconde partie de la nuit**
 - o **dérouillage matinal variable**
 - o **l'activité physique** non excessive **améliore** donc la symptomatologie douloureuse au cours de la **journée**

Mais attention ce n'est pas aussi simple...

- ❖ Certains rhumatismes inflammatoires chroniques (par ex la Polyarthrite Rhumatoïde = PR) ont un fort potentiel destructeur sur le plan articulaire (pincement articulaire, cavité articulaire affaissée, disparition du cartilage...) => le patient va ressentir des douleurs de type mécanique, c-a-d qu'au processus inflammatoire de PR vont s'ajouter des lésions dégénératives d'arthroses => géodes, ostéophytes, ostéocondensations. Ainsi un patient atteint de PR à un stade très évolué de destruction articulaire pourra se plaindre de douleurs mécaniques
- ❖ A l'inverse certaines pathologies mécaniques comme l'arthrose peuvent donner des douleurs d'horaires mixtes (à la fois inflammatoires et mécaniques). Une poussée d'arthrose => inflammation => réveil matinal et réveil nocturne
→ Il faut savoir faire la différence entre la part inflammatoire et la part mécanique car ce n'est pas la même chose en termes de traitement.

- **Evolution :**

- **d'une seule tenue ou par poussées?** Poussées entrecoupées de périodes d'accalmie / Continue
- **Fixe ou migrateur**
- Préciser l'évolution de la **douleur sous traitement** : nature, doses, durée
- Préciser le **résultat du traitement** : Echec, efficacité totale ou partielle, automédication
- **Facteurs qui calment la douleur et qui l'aggravent** : Repos, postures et positions (statiques, dynamiques), activité physique...

- **Intensité : difficile à évaluer car subjective**

- Demander au malade, sur une **Echelle Visuelle Analogique (EVA)**
→ soit horizontale de **10 cm**
→ soit à partir d'une languette quottée de **0 à 10**
→ soit par un système de colori en passant du **bleu ciel au bleu foncé**

L'EVA sert aussi à apprécier l'évolutivité de la maladie, l'importance du handicap, le degré de fatigue

- **Consommation d'antalgiques ou d'anti-inflammatoires** que prend le malade pour être soulagé.

B°/ Examen clinique articulaire

→ INSPECTION - PALPATION - MOBILISATION

- **Toujours bilatéral et comparatif ! C'est le complément de l'interrogatoire.**
- Il doit caractériser **les signes articulaires** :
 - **Topographie** et **nombre** d'atteintes articulaires en complément de l'interrogatoire
 - Présence de **signes locaux** (chaleur, rougeur...)
 - **Tuméfaction** (articulation gonflée) en rapport soit avec la présence de liquide = **épanchement articulaire**, soit avec un épaississement de la MS = **synovite**, soit avec **les 2**
 - Caractère **fixe / migrateur, Symétrique / Asymétrique**
 - Corrélation à une **spondylarthropathie** par la recherche de **signes rachidiens inflammatoires** associés
 - Existence d'**enthésopathies** associées

Enthèse = cible anatomique très précise qui correspond aux encrages des ligaments, des tendons et des muscles sur l'os. On en trouve partout : tendon d'achille, genou... Toutes les spondylarthropathies ont en commun une atteinte inflammatoire initiale au niveau de l'enthèse.

- **les signes généraux et extra-articulaires**











Arthrite de la cheville

Au niveau de la cheville on voit un œdème => s'agit-il simplement d'une tuméfaction articulaire ⇔ épanchement/synovie ou d'une atteinte des tendons qui possèdent une MS (siège d'épaississement + production de liquide qui comble la malléole externe) ⇔ ténosynovite (inflammation) des tendons fibulaires. Il est donc difficile de savoir si l'atteinte est articulaire, tendineuse, ou les 2.

La meilleure façon de savoir si l'articulation est touchée est de la mobiliser, ce qui redéclenche la douleur.

- Il faut rechercher des **déformations ostéo-articulaires** (*constitutionnelle ou acquise*) :
 - liées à un **trouble de l'axe** d'une articulation → *genu valgum* (genoux partent vers l'intérieur) ou *genu varum* (genoux partent vers l'extérieur => jambes arquées de cow-boy).
 - liées à une **arthropathie destructrice** → PR qui donne de nombreuses déformations :

<p><i>Doigts en coup de vent cubital</i></p> 	<p><i>Aspect en dos de chameau</i></p> 	<p><i>Doigts en col de cygne</i></p> 	<p><i>Doigts en boutonnière</i></p> 
<p><i>Rupture des extenseurs</i></p> 	<p><i>Doigts en Z</i></p> 	<p><i>Doigts en maillet</i></p> 	<p><i>Hallux valgus + doigts en Griffes</i></p> 

→ Toutes ces déformations, très invalidantes pour le patient (appareillage, chaussures orthopédiques...), sont les conséquences du processus de destruction articulaire (pincement, rupture tendineuse et ligamentaire...). Forte heureusement une véritable révolution dans la prise en charge thérapeutique de la PR qui a permis d'enrayer son évolution structurale.

- On doit rechercher une **limitation de l'amplitude articulaire** :
 - de **façon active** (*le malade suit les consignes données par le médecin*)
 - et **passive** (*le médecin mobilise l'articulation*).
- On peut mesurer le **diamètre musculaire** à l'aide d'un mètre : Quand une articulation souffre depuis longtemps le patient sous utilise cette articulation => **amyotrophie de proximité** qui traduit une souffrance articulaire (*ex : amyotrophie du quadriceps en cas d'arthropathie du genou*).
- Il faut également préciser **l'importance de l'impotence fonctionnelle** (boiterie, ...) qui résulte des **déformations**, de la **douleur** et de la **limitation articulaire**.
- En pratique, au terme de cet examen articulaire, il est primordial de **distinguer** :
 - **les arthralgies** = simple **douleur articulaire** d'origine **mécanique** ou **inflammatoire** → AUCUN signe objectif (pas de gonflement)
 - **les arthropathies** (*arthrites++*) également **mécaniques** ou **inflammatoires** → signes locaux objectifs et caractéristiques

a) Examen clinique de l'épanchement articulaire

- La recherche d'épanchement se fait par :
 - **inspection** au niveau des articulations "superficielles" (doigts, poignets, coudes, genoux, pieds) → recherche de tuméfaction.
 - **palpation**, en particulier au niveau des genoux via une manœuvre spécifique : « **Signe du glaçon** » ou « **choc rotulien** » : *on bloque la rotule et avec l'index on exerce de l'extérieur vers l'intérieur un mouvement de pression. La présence de liquide => phénomène de retour : la rotule s'effondre et revient en boomerang.*
- 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** → épanchements « chauds » (rougeur - chaleur) et « froids »
 - son association avec un **épaississement de la MS (synovite)** → **polyarthrite rhumatoïde** (« pannus rhumatoïde »).
- ATTENTION aux **diagnostics différentiels** de l'épanchement !!! Ne doit pas être confondu avec :
 - **hygroma** (ou **bursite**) = gonflement d'une structure péri articulaire (*douleur mais articulation sèche → pas de liquide : ce n'est pas une synovite, pas d'épanchement. Le pb est au niveau de la bourse*)
 - **ténosynovite** = inflammation du tendon associée à un épaississement de la MS et une présence de liquide
 - **érysipèle** = lésions cutanées inflammatoires
 - **lésion tumorale**
 - **kyste poplité seul** = tuméfaction postérieure au niveau du genou (*mais PAS de signe du glaçon !*)



Kyste synovial du poignet

Attention aux tuméfactions : ici on a simplement un kyste synovial = petite hernie dans la MS mais ce n'est pas du tout un épanchement articulaire ou une synovite !

b) Examen clinique de la synovite

- **Définition:** *épaississement synovial qui peut être associé à un épanchement intra articulaire*
- Différents éléments sont importants à recueillir :
 - **ancienneté (récent - chronique),**
 - **asymétrique ou symétrique**
 - **importance**
 - **signes locaux inflammatoires, signes généraux, signes extra-articulaires**



Voici une synovite de PR débutante → l'atteinte inflammatoire précoce s'exprime par un gonflement de l'inter-phalangiennne proximale (IPP) du 3ème doigt = aspect d'IPP en fuseau



Ici localisation au niveau des 2ème et 3ème métacarpo-phalangiennes (MCP) → épaissement de la MS => comblement/disparition du creux inter-MCP



Devant une synovite d'IPP on palpe chaque articulation afin de déclencher des douleurs (car pas forcément spontanées) et rechercher des tuméfactions rénitentes.
La PR peut aussi donner des ténosynovites => crépitements à la palpation (témoin de la présence de liquide péri-tendineux)

- On peut faire un « **Queeze test** » : on presse les MTP et MCP pour rechercher les articulations douloureuses (pratiqué régulièrement face à un patient qui a des arthrites débutantes)
- Toutes les articulations peuvent faire l'objet d'un examen clinique (palpation) pour évaluer leur mobilité. Le but est de rechercher : une douleur, une tuméfaction et une limitation de l'amplitude articulaire.

→ Au terme de cet examen il faut savoir si tout ceci s'intègre avec un examen général cohérent. Il ne faut pas écarter l'examen général en se limitant au seul examen articulaire !

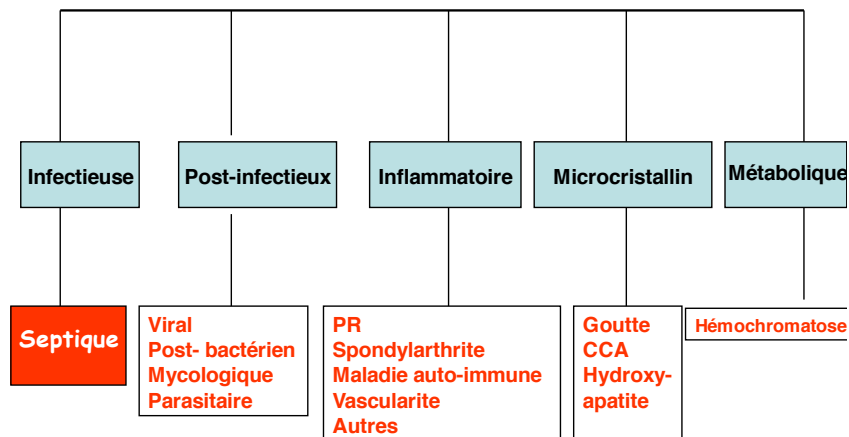
C°/ Examen Général

→ L'objectif est double :

- Préciser s'il existe des signes généraux, en particulier la **FIEVRE** car elle peut évoquer :
 - **Etiologies infectieuses (arthrite septique)** → Urgence diagnostique et thérapeutique !
 - **Rhumatismes microcristallins (chondrocalcinose, goutte ...)**
 - **Rhumatismes inflammatoires chroniques**
 - **Maladies auto-immunes**
 - **Vascularites**
 - **Etiologies tumorales**
- Préciser s'il existe des signes extra-articulaires qui permettront d'orienter l'enquête étiologique : atteinte articulaire **isolée** ou atteintes cutanées / pulmonaires / cardiaques / neurologiques **associées** ?
Ces signes, parfois très spécifiques, doivent être recherchés systématiquement. Ils sont particulièrement utiles pour le bilan étiologique d'une arthrite.

III- ETIOLOGIE DES ARTHRITES

Arthrite Etiologie



On peut les classer en 3 principales familles (mais on va simplement étudier un item pour chacune d'elle) :

- 1) Atteintes **INFECTIEUSES** face auxquelles il faut déterminer si on est dans un contexte infectieux (arthrite septique) ou simplement dans un contexte douloureux articulaire post-infectieux (angine, gastro-entérite, VHA, VHB, VHC, VIH, rubéole...).
- 2) Atteintes **INFLAMMATOIRES** dont font parti les rhumatismes inflammatoires chroniques (PR), les maladies auto-immunes (lupus) et les vascularites.
- 3) **RHUMATISMES MICROCRISTALLINS** (goutte).

→ Devant une symptomatologie compatible avec une arthrite il faut pouvoir déterminer dans quelle famille on se trouve.

A°/INFECTIEUSES

• Arthrite Septique

- C'est une urgence thérapeutique et diagnostique → prise en charge urgente car si on ne traite pas assez vite par des AB le pronostic fonctionnel de l'articulation est engagé.
 - Elle est liée à la présence de germes dans une articulation (prolifération intra-articulaire d'un micro-organisme).
- ATTENTION elle est à distinguer de l'**arthrite réactionnelle** = non liée à la présence de germes dans l'articulation mais qui survient dans des contextes infectieux généraux (viral, parasitaire...).
- Manifestation **mono-articulaire** (monoarthrite septique) qui se traduit par :
 - une **douleur majeure de siège articulaire** (fréquemment le genou) d'apparition **brutale** ;
 - une **impotence fonctionnelle totale** de l'articulation (mobilisation active comme passive impossible)
 - un **œdème**, une **tuméfaction locale** et une **rougeur** très marqués
 - une **fièvre**, parfois élevée avec de possibles signes généraux (asthénie, frissons, etc.)

- une ou des **adénopathies satellites douloureuses** dans le(s) territoire(s) de drainage.
- Genou => adénopathie inguinale,
 → Membre supérieur => adénopathie axillaire

➤ Son **origine** est :

- La plupart du temps **bactérienne**

Mais peut aussi être :

- Myco-bactérienne (tuberculose++)
- Parasitaire
- Mycotique (champignons)

B°/ INFLAMMATOIRES

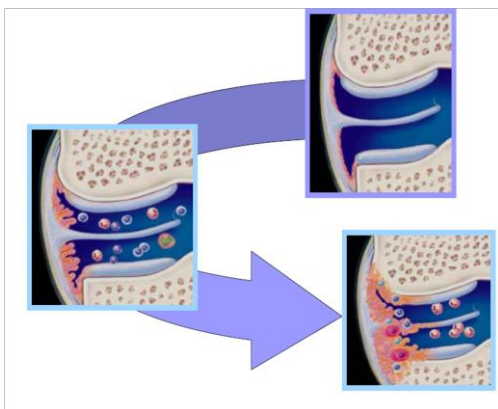
a) Rhumatismes Articulaires Chroniques

1) Polyarthrite Rhumatoïde

- Rhumatisme articulaire chronique **le plus fréquent** = problème de santé publique
- L'âge moyen du début est **40 ans**
- 3 fois **plus fréquente chez la femme** mais cette différence s'atténue progressivement au-delà de 70 ans
- Altération de la qualité de vie et conséquences socio-professionnelles
- **Risques** associés:
 - **cardio-vasculaires** (1^{ère} cause de décès = IDM et AVC)
 - **néoplasiques** (liés à la persistance de l'activité inflammatoire)
 - **infectieux** (traitements => immunosuppression sévère)
 - **ostéoporose**

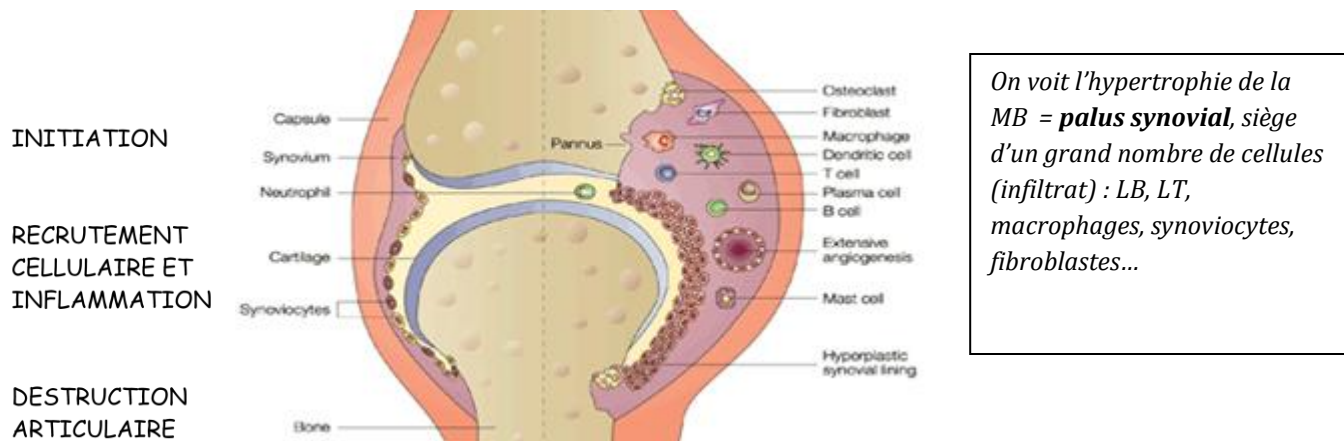
→ Il faut à tout prix éviter la destruction ostéo-articulaire car il y a un handicap fonctionnel engagé.

- Mécanisme de la synovite : On ne connaît actuellement pas l'agent causal de la maladie, seulement les conséquences immunologiques de cet agent causal :



Mécanisme de la synovite

- Initiation : présence de l'agent causal au niveau d'une articulation normale => succession de réactions immunologiques
- Recrutement cellulaire et inflammation : formation d'un infiltrat cellulaire au niveau de la MS
- Destruction articulaire = dernier stade d'évolution de la maladie



➤ **Physiopathologie de la PR :**

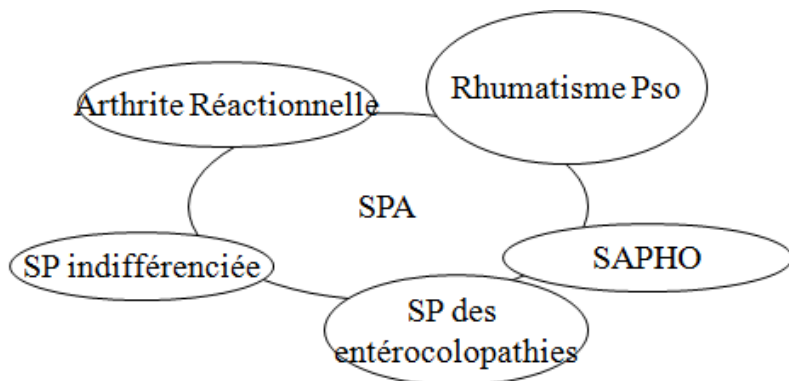
- C'est une **maladie auto-immune** qui => production d'**auto-AC** dirigés contre nous même
- Il s'agit de **l'autoanticorps anti-peptide citrullinés** (AC dirigé contre les peptides citrullinés)
- On ignore ce qui est à l'origine de cette citrullisation au niveau de certains AA, on pense néanmoins que le **TABAC** est un grand facteur favorisant.
- Il existe un **terrain génétique** (importance des ATCD familiaux à l'interrogatoire)
- Les autres facteurs favorisants sont hormonaux, environnementaux, psychologiques

➤ **Clinique :**

- Douleurs articulaires **inflammatoires, bilatérales et symétriques**
 - Evolution > **6 semaines**
 - Signes associés : asthénie, fébricule
 - ATTENTION **JAMAIS** d'atteinte du **rachis dorso-lombaire** et des **IPD** dans la PR!!!
- Une arthrite au niveau de ces 2 localisations permet d'éliminer le diagnostic de PR
- **Tuméfaction articulaire / ténosynovite**

2) Spondylarthropathie (SP)

➤ **2^{ème}** rhumatisme inflammatoire chronique le + fréquent



Les différents types de SP sont:

- **SP indifférenciée,**
- **SP associée à des maladies inflammatoires du TD (Crohn, recto-colite hémorragique)**
- **Rhumatisme psoriasique** qui atteint les **IPD** (contrairement à la PR)
- **Arthrite réactionnelle** rencontrée au cours d'un épisode infectieux
- **SPA (SP ankylosante)** la + fréquente des SP

- **Cible privilégiée** des SP = **Enthèse** (zone d'ancrage des ligaments tendons et muscles dans l'os)
- **Mécanisme** : phase inflammatoire initiale => érosion de l'os => cicatrisation => ossification



Pas d'atteinte des IPP mais atteinte des IPD (ce ne peut pas être une PR !) ⇔ rhumatisme inflammatoire

Associée à une atteinte des ongles ⇔ SP psoriasique

Doigts boudinés (en saucisse) ⇔ SP++

b) Maladies Auto-immunes Systémiques

Exemple du lupus érythémateux disséminé : marqué essentiellement par des atteintes **extra-articulaires** rhumatologiques, dermatologiques, hématologiques et néphrologiques.



Le mot « lupus » qui signifie « loup » en latin était employé pour désigner les lésions cutanées de la face. Il y a une photosensibilité de la peau. Les zones photo exposées deviennent rouge avec un érythème et prennent un aspect en « masque de carnaval »



Dans les formes évoluées de LED on rencontrera la Main de Jacoud → non liée à une déformation articulaire mais à un phénomène de déviation cubitale des doigts avec amyotrophie des inter-osseux

c) Vascularites

- **Définition** : groupe d'affections caractérisées par une **inflammation** au niveau de la **paroi des vaisseaux** (artériels principalement et parfois veineux).
- **Principal symptôme** = DOULEUR ARTICULAIRE avec arthrite
- **Signes extra-articulaires** : cutanés, pleuro-pulmonaires, cardiaques, digestifs, neurologiques



Exemple de vascularite (de Wegener) : on voit des points rouges purpurides ⇔ extravasation = purpura → persistent quand on appuie dessus

C°/MICROCRISTALLINES

- **Définition** : dépôts de microcristaux dans l'articulation ou dans les structures péri-articulaires
- *On distingue 3 rhumatismes microcristallins :*
 1. **La goutte**
 - *cristaux d'urate de sodium (UMS)*
 - *1^{er} MTP++*
 2. **La chondrocalcinose (CCA)**
 - *cristaux calciques de type pyrophosphate de calcium déshydraté (PPCD)*
 - *genou++*
 3. **Hydroxy-apatite**
 - *cristaux phosphates de calcium, apatite surtout (dépôts périarticulaires)*
 - *épaule++*
- Facteurs déclenchant : absorption de certaines boissons et aliments pour les accès goutteux.



*Arthrite inflammatoire
brutale du 1^{er} MTP +
facteurs déclenchant
=> 90 % de chances
d'être devant un
diagnostic de goutte*

NB : Les cancers peuvent donner des arthrites (rhumatismes paranéoplasiques) => AEG, amaigrissement, fièvre...

IV- ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

A°/Caractère mono, oligo ou polyarticulaire

- **arthrite septique bactérienne** → presque toujours **mono-articulaire** (exceptionnellement oligoarticulaire)
- **arthrite virale** → le plus souvent **oligo ou polyarticulaire**
- **polyarthrite rhumatoïde** → le plus souvent **polyarticulaire**, même si elle peut débuter par une atteinte **mono ou oligoarticulaire**
- **goutte** → le plus souvent initialement **monoarticulaire**, mais peut devenir **oligo ou polyarticulaire** dans les formes sévères

B°/Topographie articulaire

- **PR** : **bilatérale / symétrique** → **doigts et orteils**, mais SANS atteinte des **IPD**
- **SP** : **oligoarticulaire / asymétrique** → **membres inférieurs AVEC** atteinte des **IPD + signes rachidiens**

C°/ Caractère aigu d'une arthrite

- Les **arthrites** les plus **aiguës** (et brutales) sont **septiques** et **microcristallines**

→ ATTENTION il faut bien différencier les arthrites septiques (*monoarthrite*) des **arthrites réactionnelles** (*polyarthrite*) dans lesquelles l'articulation n'est **PAS infectée** ! Le patient développe simplement un tableau d'arthrite polyarticulaire **post-infectieuse** (post-virose, post-infection bactérienne...)

D°/ L'existence de signes extra-articulaires

- **Nodules rhumatoïdes** (granulomes sous cutanés) au niveau de la *main* ou du *genou* et **poumon rhumatoïde** dans la PR

NB: *vascularite rhumatoïde* = PR aggravée de *vascularite*

- **Syndrome de Raynaud** (dans les vascularites) ⇔ vasoconstriction des capillaires digitaux (blancheur des doigts) => nécrose digitale (si sclérodermie associée).

Il se manifeste en 3 phases : de *cyanose* (extrémités digitales bleues), *blanche* (sclérodermie ⇔ sclérodactylie)

- **Sclérodactylie**: doigts rétractés en flexion/ boudinés/ pâles /nécrosés, limitation d'ouverture de la bouche (œsophagite sévère)
- **Maladie de Behçet** = **aphtose** bipolaire (aphtes au niveau *buccal* et *général*)
- **Syndrome de Gougerot-Sjögren** : **syndrome sec** au niveau *oculaire* et *buccal*
- **Lésions cutanées** dans le lupus → masque de carnaval

V- EXAMENS PARACLINIQUES

A°/ Biologie

Face à toute arthrite :

- recherche d'un **syndrome inflammatoire biologique** :
 - vitesse de sédimentation,
 - protéines de l'inflammation (*CRP, fibrinogène*),
 - électrophorèse des protéines sanguines
 - bilan hépatique (*transaminases, gamma GT, phosphatase alcaline*) et rénal (*créatinine, urée, calcémie*)

- Recherche d'auto-anticorps : **bilan immunologique**

→ Bilan de PR : Facteur rhumatoïde (FR) + AC anti peptide citrullinée (AC anti CCP)

- Recherche infectieuse: **bilan bactériologique**
 - Hémocultures (recherche la présence de bactéries dans le sang)
 - Sérologie virale (hépatite B, C, VIH...)
 - Prélèvement porte d'entrée (gorge, urétral, ECBU...)
- Arthrite microcristalline: **uricémie** (Goutte)

B°/ Ponction articulaire

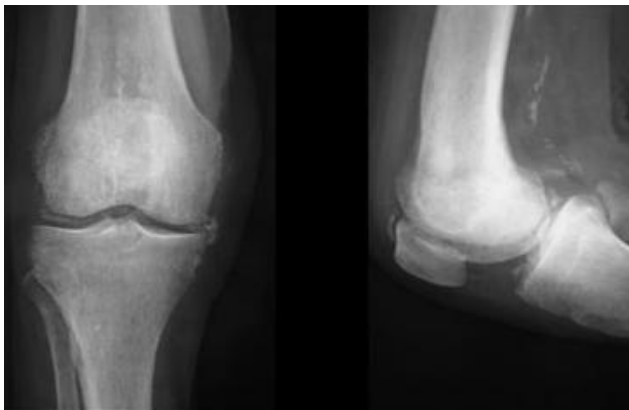
- **Systématique** pour tout épanchement accessible car apporte des informations capitales !
- **Radio/ Echo guidée**
- Réalisée **en urgence** pour mettre en évidence la présence de germe → arthrite septique
- **Objectifs** :
 - **Examen cytologique** (*numération*) => mise en évidence du contexte de l'**épanchement** :
 - **mécanique** : < 1500 éléments/mm³
 - **inflammatoire** : > 1500 éléments/mm³
 - **Examen microbiologique** (*recherches bactériologique / mycologique / mycobactériologique*)
 - Recherche de **microcristaux** (*urates de sodium, pyrophosphates de calcium, hydroxy-apatite*)

B°/ Imagerie



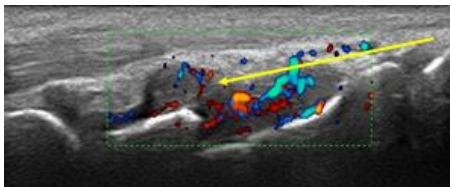
Radio de PR

Cette radiographie de PR montre les pincements articulaires, les érosions caractéristiques de la destruction articulaire de la maladie. Les lésions sont telles qu'on ne distingue plus le carpe.



Chondrocarcinose articulaire (CCA) d'un genou

*On voit un liséré radio calcique = dépôt de pyrophosphate de calcium
Le calcium apparait radio opaque*



Synovite d'un poignet

Image échographique en coupe sagittale de synovite au niveau du poignet. On voit le radius, le semi-lunaire, le capitatum. La synovite correspond à un épaissement de la MS avec un signal doppler qui signale une vascularisation.

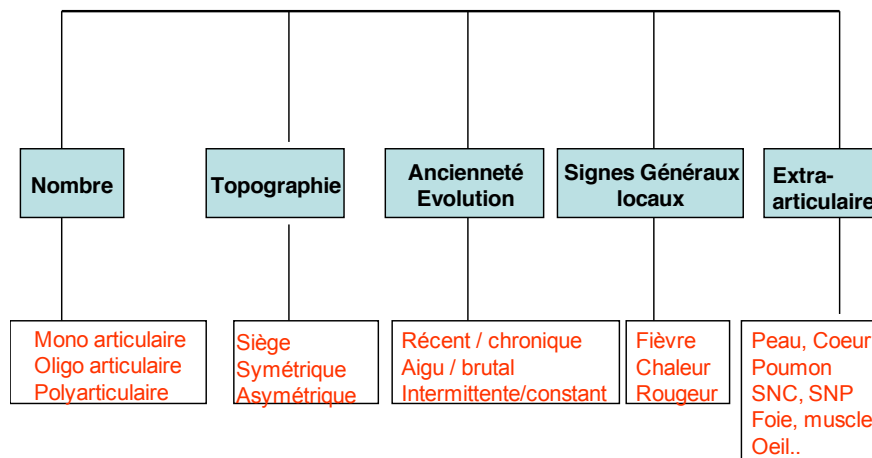
VI - RAPPELS

❖ ATTENTION il faut bien différencier :

- Arthralgie = douleur articulaire mécanique ou inflammatoire **SANS signes cliniques**
- Arthrites = douleur articulaire **inflammatoire AVEC signes objectifs locaux** ⇔ atteinte de la *MS*
- Arthrose = douleur articulaire **mécanique** ⇔ atteinte du *cartilage*

❖ Examen clinique de l'arthrite :

Les éléments indispensables à recueillir à l'interrogatoire sont :

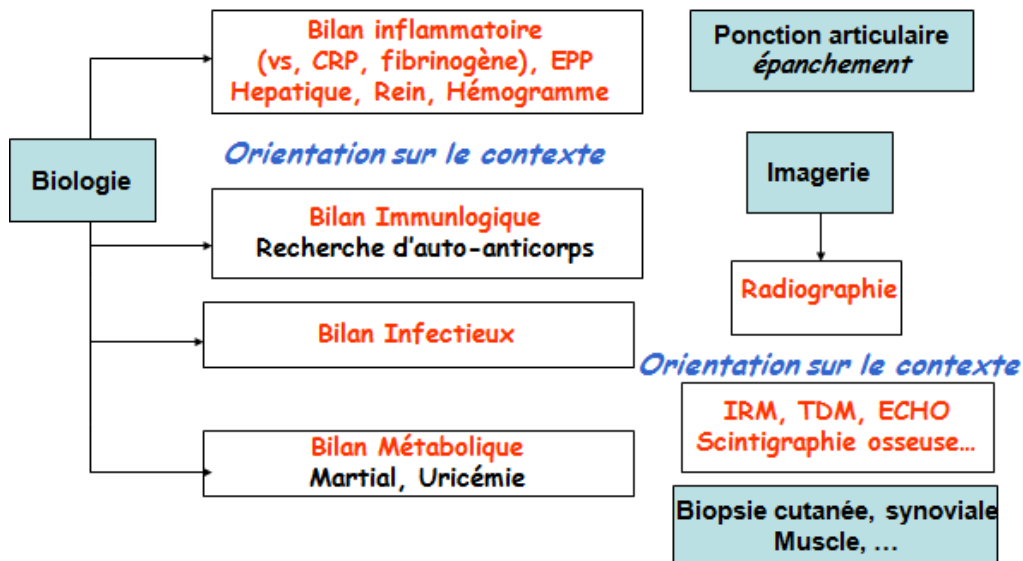


❖ ATTENTION aux diagnostics différentiels de l'arthrite !! :

- **Pathologie articulaire mécanique:** *arthrose*
- **Pathologie péri-articulaire:** *tendineuse, bourse tendineuse*
- **Pathologie Osseuse :** *ostéoporose*
- **Pathologie musculaire**
- **Atteinte des parties molles:** *infectieuses, œdèmes*

❖ Examen paraclinique de l'arthrite :

- En présence d'épanchement articulaire on ponctionne ! (liquide mécanique / inflammatoire)
- La radiographie est toujours bilatérale et comparative !



CONCLUSION

Devant une arthrite il faut :

- Eliminer EN URGENCE une **arthrite septique**
 - *risque fonctionnel de l'articulation*
- Rechercher un **rhumatisme microcristallin**
 - *traitement spécifique rapide*
- Rechercher un **rhumatisme inflammatoire chronique**
 - *risque fonctionnel des articulations engagé avec destruction ostéo-articulaire*
 - *diagnostique et traitement précoce*
- Eliminer une **maladie auto-immune**, une **vascularite**:
 - *risque d'atteinte extra articulaire +++*
 - *risque vital parfois engagé*
- Ne pas oublier le **rhumatisme paranéoplasique**