

ARTHRITE

GENERALITES

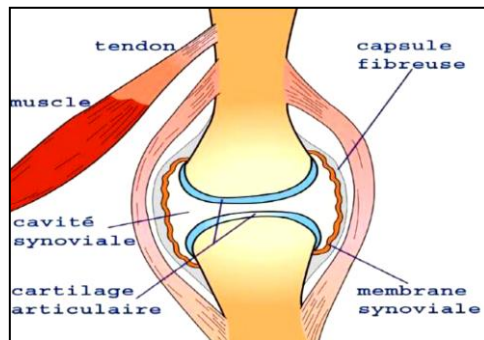
1. Définitions.

- **Arthralgie** = douleur articulaire → c'est un symptôme.
- **Arthrite = atteinte inflammatoire d'une articulation.**
 - Membrane synoviale autour de l'articulation = siège d'un processus inflammatoire avec infiltrat cellulaire.
 - **Conséquence** = épaissement de la membrane synoviale + modification de la cavité articulaire + usure du cartilage.
 - Formes évoluées +++ => pincement articulaire (~contact entre les os) + ostéophytes + géodes + ostéocondensation « POGO ».
 - **Mono arthrite** → 1 seule articulation touchée.
 - **Oligo arthrite** → 2 ou 3 articulations touchées.
 - **Poly arthrite** → >4 articulations touchées.

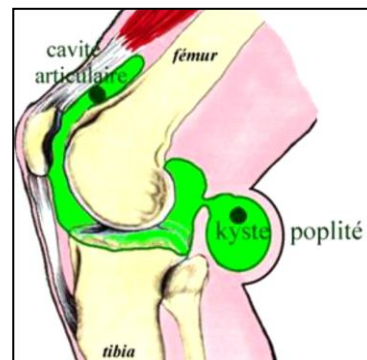
- **Epanchement articulaire** = liquide en excès en intra-articulaire.
Conséquence de l'épanchement = gonflement / tuméfaction visible.
Ex : formation d'un kyste poplité par débordement postérieur de synovie dans la cavité articulaire du genou.

Nota : un kyste poplité témoigne TOUJOURS d'une souffrance articulaire.

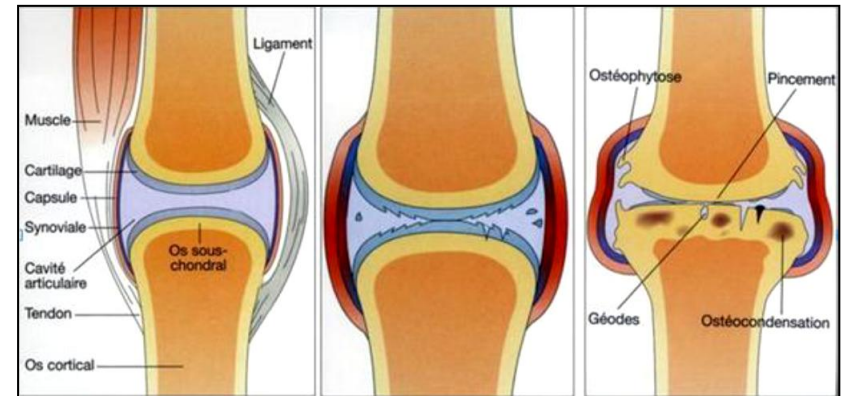
2. Illustrations.



← ARTICULATION NORMALE



EPANCHEMENT (liquide synovial en vert) →



Evolution d'une arthrite.

SIGNES FONCTIONNELS

1. Interrogatoire.

« Devant une douleur articulaire il faut toujours » :

DETERMINER (5)

- Caractères individuels = sexe / âge / profession ...
- Antécédents personnels et familiaux utiles.
- Contexte clinique = circonstances d'apparition : Trauma ? Geste local ? Porte d'entrée ? Infection par effraction cutanée ? Infection virale récente ? Vaccination ? Médicament ?
- Prodromes (parfois expression des circonstances déclenchantes).
- Signes associées :

Généraux → fièvre / asthénie / amaigrissement...

Extra-articulaires → atteinte cutanée / digestive / neurologique / rachidienne... susceptibles d'orienter vers une étiologie particulière (maladies auto immunes +++).

ELIMINER UN DIAGNOSTIF DIFFERENTIEL

De douleur régionale péri articulaire musculaire / osseuse / vasculaire.

De douleur projetée ostéo-articulaire ou viscérale.

Ex : douleur du genou sans signes inquiétants ni anomalies témoigne d'une pathologie de la hanche (souvent seul signe).

CARACTERISER AVEC PRECISION LA DOULEUR

3 questions clé.

① Où ? (5)

- Demander au patient de montrer avec un seul doigt les zones douloureuses.
 - Préciser le siège : face antérieure, latérale, postérieure de l'articulation ?
- Ex : douleur de la face antérieure de la cuisse et parfois du genou dans les atteintes de la hanche.
Ex n°2 : irradiation cervicale ou au membre supérieur (parfois jusqu'à la main) potentielle d'une atteinte de l'épaule A NE PAS CONFONDRE avec une névralgie radiculaire.
- Préciser la topographie → permet une orientation rapide du diagnostic étiologique.

Nota : certaines maladies ont une prédilection pour certaines articulations.

Ex : la goutte entraîne une arthrite de la 1^{ère} métatarso-phalangienne du gros orteil = pathologie microcristalline.

Ex n°2 : Le rhumatisme psoriasique entraîne une arthrose digitale et une atteinte des articulations inter-phalangiennes distales.

- Signes rachidiens (= rachialgies inflammatoires) ?
Retrouvés dans une spondylarthropathie, atteinte tumorale, une polyarthrite rhumatoïde, une infection disco-vertébrale ...
 - Caractère symétrique ?
- Ex : expression +++ du rhumatisme psoriasique par oligoarthritis asymétrique.

② Depuis quand ? (4)

- Récente ? Chronique (> 3 mois) ?
→ une pathologie chronique élimine +++ les causes infectieuses et favorise +++ les causes inflammatoires / auto-immunes.
- Aigüe ? Progressive ?
- Intermittente ? Continue ?
- Douleurs intermittentes +++ d'où difficultés à date leur début.

③ Comment ?

<i>Douleurs mécaniques</i>	<i>Douleurs inflammatoires</i>
<ul style="list-style-type: none"> • A l'effort, de mise en charge → après un certain temps d'utilisation de l'articulation (fin de journée +++). • Dérouillage matinal bref (< 15min). • Calmée par le repos. • Risque de difficulté d'endormissement mais ne cause pas de réveils nocturnes. 	<ul style="list-style-type: none"> = douleur de l'arthrite (inflammatoire, infectieux, néoplasique). • Dérouillage matinal variable. • Réveils nocturnes dans la 2^{ème} partie de la nuit. • Amélioration de la symptomatologie douloureuse diurne par une activité physique modérée.

④ Evolution ?

- D'un coup ou par poussée entrecoupées d'accalmies ?
- Fixe ou migrante ?
- Quelle évolution sous quel traitement ?
→ Nature / dose / durée du ttt.
→ Efficacité totale / partielle / nulle.
- Aggravée par ? Calmée par ?



⑤ Intensité ?

- o Evaluation difficile car subjective.
- o **EVA** : Horizontale (adultes) sur 10cm.
Languette quottée de 1 à 10.
Système de coloris de bleu clair à bleu foncé.
→ Permet d'apprécier l'évolutivité de la maladie / l'importance du handicap / le degré de fatigue.
- o Est-ce que le malade se soulage avec des antalgiques ou des anti-inflammatoires ?

2. Examen clinique.

INSPECTION – PALPATION – MOBILISATION

Bilatéral et comparatif.

Distinction indispensable entre :

- **Arthralgie** = douleur articulaire mécanique ou inflammatoire sans aucun signe objectif.
- **Arthropathie** = douleur articulaire mécanique ou inflammatoire accompagnées de signes locaux objectifs et caractéristiques.

CARACTERISATION DES SIGNES ARTICULAIRES (7)

- Topographie + nbre d'atteintes articulaires (complément de l'interrogatoire).
- Signes locaux ?
- Tuméfaction ? Avec épanchement et/ou synovite ?
- Fixe ou migrante ?
- Symétrique ?
- Recherche de signes rachidiens inflammatoires associés (corrélations avec une spondylarthropathie).
- Enthésopathies associées ?

2 exemples prouvant que ce n'est pas aussi simple : PAR ou arthrose (poussées).

CARACTERISATION DES SIGNES PERI ARTICULAIRES ET GENERAUX

Le prof donne un exemple.

Observation d'une tuméfaction articulaire de la cheville → épanchement ou ténosynovite = atteinte des tendons car ils possèdent une membrane synoviale ?

Mobilisation de la cheville pour savoir qui de l'articulation et/ou des tendons est/sont touché(s).



RECHERCHE DE DEFORMATIONS OSTEO-ARTICULAIRES

Constitutionnelle(s) ou acquise(s).

Liée(s) à un trouble de l'axe d'une articulation ?

Liée(s) à une arthropathie destructrice ?

Illustrations conséquences de la PAR aujourd'hui bcp mieux prise en charge.

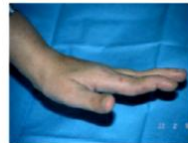
Doigts en coup de vent cubital



Aspect en dos de chameau



Doigts en col de cygne



Doigts en boutonnère



Rupture des extenseurs



Doigts en Z



Doigts en maillet



Hallux valgus + doigts en Griffes



EVALUATION DE LA MOBILITE ARTICULAIRE

Y a-t-il une limitation de l'amplitude articulaire ?

Recherche active (mvts fait par le patient) et passive (mvts fait par le médecin).

Y a-t-il une amyotrophie de proximité ?

Diminution du diamètre musculaire suite à non utilisation prolongée de l'articulation douloureuse.

Y a-t-il une impotence fonctionnelle ?

A mesurer.

EPANCHEMENT ARTICULAIRE

Recherche par inspection et palpation.

→ Inspection des articulations superficielles.

→ Palpation +++ pour le genou : signe du glaçon (= choc rotulien).

Définition de l'ancienneté de l'épanchement +++

Définition de l'importance de l'épanchement (approximative).

Association avec signes locaux inflammatoires (épanchements chauds # froids) ?

Association avec un épaissement de la membrane synoviale ?

Ne doit pas être confondu avec :

..Hygroma = bursite = gonflement d'une structure péri articulaire.

..Ténosynovite = inflammation tendineuse + épaissement de la MS + sécrétion liquidienne.

..Erysipèle = lésions cutanées inflammatoires.

..Lésion tumorale.

..Kyste poplité isolé (pas de signe du glaçon).

Nota : contradiction :s.

SYNOVITE

Synovite = épaissement synovial pouvant être associé à un épanchement intra-articulaire.

Définition de l'ancienneté de la synovite !

Définition de l'importance de la synovite.

Asymétrique ?

Association avec des signes locaux inflammatoires ?

Association avec des signes généraux ou extra articulaires ?

Illustrations :



Synovite de polyarthrite rhumatoïde débutante.
→ Expression de l'atteinte inflammatoire précoce par gonflement de l'articulation inter-phalangienne proximale du 3^{ème} doigt = aspect en « fuseau ».

Nota : la PAR peut donner des ténosynovites remarquées par des crépitements à la palpation.



Résulte de la douleur + des déformations + de la limitation articulaire.

Atteinte des 2^{ème} et 3^{ème} métacarpiens.
Epaississement de la membrane synoviale → comblement du creux inter-métacarpo-phalangien.

Synovite d'IPP → palpation de chaque articulation pour :
Déclencher des douleurs.
Repérer des tuméfactions rénitentes.

« Queue test » = pression des MTP + MCP à la recherche d'articulations douloureuses.

Nota : toute articulation peut faire l'objet d'un examen clinique permettant de rechercher une douleur / une tuméfaction / une limitation de l'amplitude.

3. Examen général.

Deux objectifs :

- Préciser s'il existe des signes généraux (fièvre +++).
- Préciser s'il existe des signes extra-articulaires.

SIGNES GENERAUX => la fièvre peut évoquer : (6)

Etiologie infectieuse = arthrite septique = urgence diagnostique et thérapeutique

Rhumatisme microcristallin

Rhumatisme inflammatoire chronique

Maladie auto-immune

Vascularite

Etiologie tumorale

SIGNES EXTRA-ARTICULAIRES

Permet une certaine orientation étiologique.

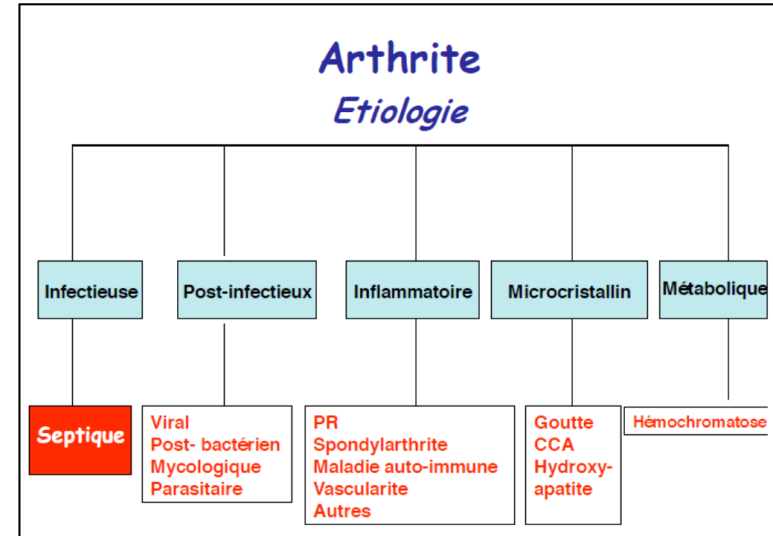
Y a-t-il une atteinte articulaire isolée ?

Y a-t-il des atteintes cutanées – pulmonaires – cardiaques – neurologiques associées ?

Signes parfois très spécifiques.
Recherchés systématiquement.

20.03.2012

ETIOLOGIES



3 familles :

- Pathologie infectieuse → contexte infectieux.
→ contexte post-infectieux.

- Pathologie inflammatoire = rhumatismes inflammatoires chroniques + maladies auto-immunes + vascularites.

- Rhumatisme microcristallin.

1. Pathologies infectieuses.

Uniquement centré sur l'arthrite septique

= présence de germes dans une articulation.

Nota : arthrite réactionnelle # car dans un contexte infectieux général.

- **Urgence** → mise en jeu du **pronostic fonctionnel de l'articulation** en cas de ttt antibiotique trop tardif.

- **Manifestation mono-articulaire par :**

- Douleur articulaire +++ (apparition brutale).
- Impotence fonctionnelle totale (aucune mobilisation ni active ni passive).
- Œdème + tuméfaction locale + rougeur +++

- FIEVRE (parfois élevée) + parfois autres signes généraux.
- Adénopathie(s) satellites douloureuses dans le territoire de drainage.

- **Cause** : Bactérienne +++ Mycobactérienne (tuberculose +++)
- Parasitaire Mycotique (= champignons).

2. Pathologies inflammatoires.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE

① Polyarthrite rhumatoïde.

• **Epidémiologie** :

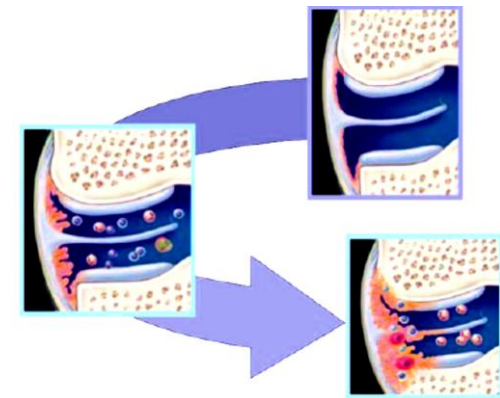
RAC le + fréquent = problème de santé publique.

Âge moyen de survenue = 40ans.

2/3 = femmes (différence atténuée progressivement à partir de 70ans).

Provoque une altération de la qualité de vie.

• **Mécanisme de la synovite** :



a) Initiation d'une succession de réaction immunologiques par la présence de l'agent causal dans l'articulation normale.

b) Recrutement cellulaire provoquant un infiltrat cellulaire au niveau de la MS et donc l'inflammation.

c) Destruction articulaire = dernier stade d'évolution.

• **Physiopathologie** :

Maladie auto-immune produisant des auto-anticorps dirigés contre le SOI.

AAC anti-peptide citrullinés.

La cause est inconnue mais **TABAC** suspect +++ de favoriser

+++++

Terrain génétique (ATCDs familiaux importants !)

Autres facteurs favorisants : environnementaux / hormonaux / psychologiques.



• **Clinique** :

→ Douleur articulaire inflammatoire **bilatérale** symétrique.

→ Evolution supérieure à 6 semaines.

→ Associée à une asthénie et une fébricule.

→ Tuméfaction articulaire / ténosynovite.

→ **JAMAIS** d'atteinte du rachis dorsolombaire **NI** des articulations inter-phalangiennes distales (signes d'exclusion diagnostic).

• **Risques associés** :

Cardio-vasculaires → 1^{ère} cause de décès = IDM + AVC.

Néoplasiques → persistance de l'activité inflammatoire.

Infectieux → immunosuppression sévère par les ttt.

Ostéoporose.

EVITER LA DESTRUCTION OSTEO-ARTICULAIRE !!!! => risque de véritable handicap fonctionnel.

② Spondylarthropathies.

= 2^{ème} type de rhumatisme inflammatoire le + fréquent.

o **5 types différents** :

- SP indifférenciée.

- SP associée à des maladies inflammatoires du TD.



- Rhumatisme psoriasique touchant les articulations IPD + atteinte des ongles

+ doigts boudinés.

- Arthrite réactionnelle.

- Spondylarthrite ankylosante = la + fréquente des SP.

o Cible préférée = enthèses = zones d'ancrage des ligaments / tendons / muscles sur l'os.

Nota : n'affecte que les articulations inter-phalangiennes distales et non proximales.

o **Mécanisme** :

a) Phase inflammatoire initiale.

b) Erosion de l'os.

c) Cicatrisation.

d) Ossification.



MALADIE AUTO-IMMUNE SYSTEMIQUE

Le prof se concentre sur l'exemple du *lupus érythémateux disséminé*.

LED marqué +++ par des **atteintes extra-articulaires** = rhumatologiques / hématologiques / dermatologiques / néphrologiques.



→ photosensibilité de la peau entraînant un rougissement et un érythème après exposition, prenant un aspect en « **masque de carnaval** »



« **Main de Jacoud** » due à une déviation cubitale des doigts + amyotrophie des muscles interosseux dans les formes évoluées !

VASCULARITE

Vascularites = groupe d'affection caractérisé par une inflammation au niveau de la paroi des vaisseaux **artériels +++** / veineux parfois.

Symptôme principal = douleur articulaire + arthrite.

Signes extra-articulaires = cutanés / pleuro-pulmonaires / cardiaques / digestifs / neurologiques.

Illustration = vascularite de Wegener avec taches rouges purpurides (persistent à la pression).



3. Pathologies micro-cristallines.

= dépôts de microcristaux dans l'articulation OU les structures péri articulaires.

• **3 types** :

	CRISTAUX	ARTICULATION
GOUTTE	Urates de sodium	1 ^{er} MTP +++
CHONDROCALCINOSE	Cristaux calciques de type pyrophosphates de calcium déshydraté.	Genou +++
HYDROXYAPATITE	Phosphates de calcium (apatite +++)	Epaule +++ Atteintes péri articulaires ++

• Petit mot sur la goutte :

- Déclenchée par l'absorption de certaines boissons et certains aliments.
- Devant un tableau d'arthrite inflammatoire brutale du 1^{er} MTP avec facteur déclenchant 90% de chance de diagnostiquer une goutte.

Nota : arthrites d'origine cancéreuse possible, associées à un AEG et de la fièvre.



ORIENTATION DIAGNOSTIC

1. Nombre

d'articulations touchées.

ARTHRITE SEPTIQUE BACTERIENNE	Mono articulaire +++ Oligo articulaire <u>exceptionnellement</u>
ARTHRITE VIRALE	Oligo ou poly articulaire +++
POLYARTHRITE RHUMATOÏDE	Poly articulaire +++ Peut débuter par une phase mono ou oligo articulaire
GOUTTE	Initialement mono articulaire +++ Peut devenir oligo ou poly articulaire dans les formes sévères.

2. Topographie articulaire.

POLYARTHRITE RHUMATHOÏDE : Bilatérale et symétrique Atteinte des doigts et des orteils Non atteinte des IPD	SPONDYLARTHROPATHIES : Asymétrique Oligo articulaire Atteinte des mbres inférieurs + IPD Signes rachidiens.
---	---

3. Arthrites aiguës.

Arthrites SEPTIQUES + MICROCRISTALLINES = les + aiguës et les + brutales.
Rappel : septique # réactionnelle !!!!

4. Signes extra-articulaires.

- **Lésions cutanées** (LED).
- **Maladie de Behçet** = aphtose bipolaire (buccal et génital).

- **Nodules rhumatoïdes** = granulomes sous-cutanés : main + genou + poumons dans la PR.
- **Sclérodactylie** = doigts rétractés en flexion + boudinés + pâles + nécrosés / ouverture buccale limitée + œsophagite sévère.
- **Syndrome de Gougerot-Sjögren** = syndrome sec oculaire et buccal.
- **Syndrome de Raynaud** présent dans les vascularites = vasoconstriction des capillaires digitaux (doigts blancs) et nécrose digitale en cas de sclérodermie associée. Manifestation en 3 phases passant de bleu (cyanose) à blanc.



Nota : on appelle vascularite rhumatoïde une PAR aggravée d'une vascularite.

EXAMEN PARACLINIQUES

1. Biologie.

Face à toute arthrite il faut chercher

SYNDROME INFLAMMATOIRE BIOLOGIQUE

Vitesse de sédimentation.

Protéines de l'inflammation = CRP + fibrinogène.

Electrophorèse des protéines sanguines.

Bilan hépatique = transaminases + gamma GT + phosphatase alcaline.

Bilan rénal = créatinine + urée + calcémie.

BILAN IMMUNOLOGIQUE

C'est un bilan de polyarthrite rhumatoïde !

Facteur rhumatoïde.

Anticorps anti-peptide citrulliné.

BILAN BACTERIOLOGIQUE

Hémocultures pour rechercher la présence sanguine de bactéries.

Sérologie virale.

Prélèvement au niveau des portes d'entrées !!!



URICEMIE

C'est le bilan des affections microcristallines (goutte +++).

2. Ponction articulaire.

SYSTEMATIQUE pour tout épanchement accessible !!!

Guidée par radio ou écho.

En urgence pour vérifier que ce n'est pas une arthrite septique.

Utilité :

- **Examen cytologique** avec numération pour mettre en évidence le contexte de l'épanchement : Mécanique si $< 1\ 500$ éléments / mm^3
Inflammatoire si $> 1\ 500$ éléments / mm^3
- **Examen microbiologique** = recherche bactériologique / mycologique / mycobactériologique.
- **Recherche de microcristaux** = urates de sodium / pyrophosphates de calcium / hydroxyapatite.

3. Imagerie.



Radio de PR

Polyarthrite rhumatoïde.

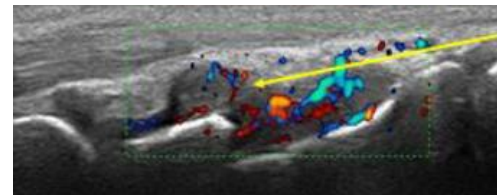
Pincements articulaires + érosions caractéristiques de la destruction articulaire de cette maladie.

→ on ne distingue plus le carpe.



Chondrocarcinose articulaire du genou.

Liseré radio-calcique = dépôts de pyrophosphates de calcium (Ca^{++} radio-opaque).



Synovite du poignet.

Echographie en coupe sagittale. On voit radius + semi-lunaire + capitatum.

Signal doppler → il y a une vascularisation.

To Conclude

/ !\ Diagnostic différentiels de l'arthrite / !\

Pathologie articulaire mécanique → arthrose.

Pathologie péri articulaire → tendons, bourses.

Pathologie osseuse → ostéoporose.

Pathologie musculaire.

Atteinte des parties molles → infection, œdème.



Devant une arthrite il faut **éliminer en urgence la cause infectieuse articulaire !!!!**

Un rhumatisme inflammatoire chronique doit être diagnostiqué précocement pour éviter des troubles articulaires fonctionnels.

!! NE PAS OUBLIER LE RHUMATISME PARANEOPLASIQUE !!