

Conduite à tenir devant une arthrite

Dr H. Cormier, SMIT CHU Angers
2^{ème} Journée d'Infectiologie Nantaise
22/05/2019

À travers 3 cas cliniques concrets au cabinet...

Non abordé : pathologies mécaniques à l'origine d'épanchements non inflammatoires.

CAS N° 1

M. A... 61 ans

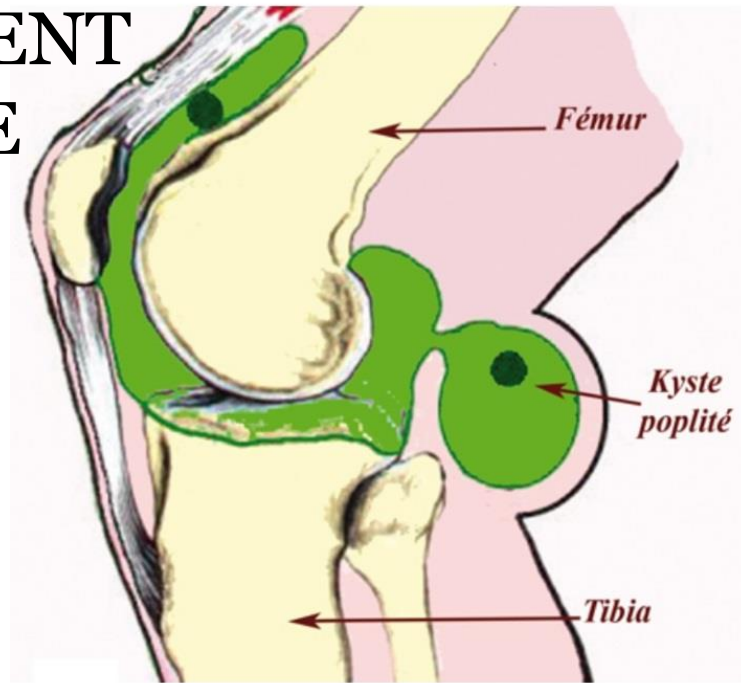
- Se présente à la consultation pour douleur genou droit évoluant depuis 48h
- Antécédents : diabète type II, HTA, ACFA
- Traitement : Metformine, Januvia, Ramipril, Xarelto.



Arthrite(s) de genou?



COMPARTIMENT ARTICULAIRE



BOURSES



M. A... 61 ans

- Se présente à la consultation pour douleur genou droit évoluant depuis 48h
- Antécédents : BMI 29kg/m², diabète type II, HTA, ACFA
- Traitement : Metformine, Januvia, Ramipril, Xarelto.



Fébrile T° 38,6°C. Impotence fonctionnelle à la marche.

Quelles hypothèses diagnostiques ?

1. Hémarthrose
2. Chondrocalcinose
3. Arthrite septique
4. Goutte
5. Poussée d'arthrose

Quelles hypothèses diagnostiques ?

1. Hémarthrose
2. Chondrocalcinose
3. Arthrite septique
4. Goutte
5. Poussée d'arthrose

Que faites-vous?

1. Bilan biologique et hémocultures
2. Radios
3. Ponction au cabinet
4. Urgences hospitalières
5. Urgence thérapeutique : amoxicilline + acide clavulanique

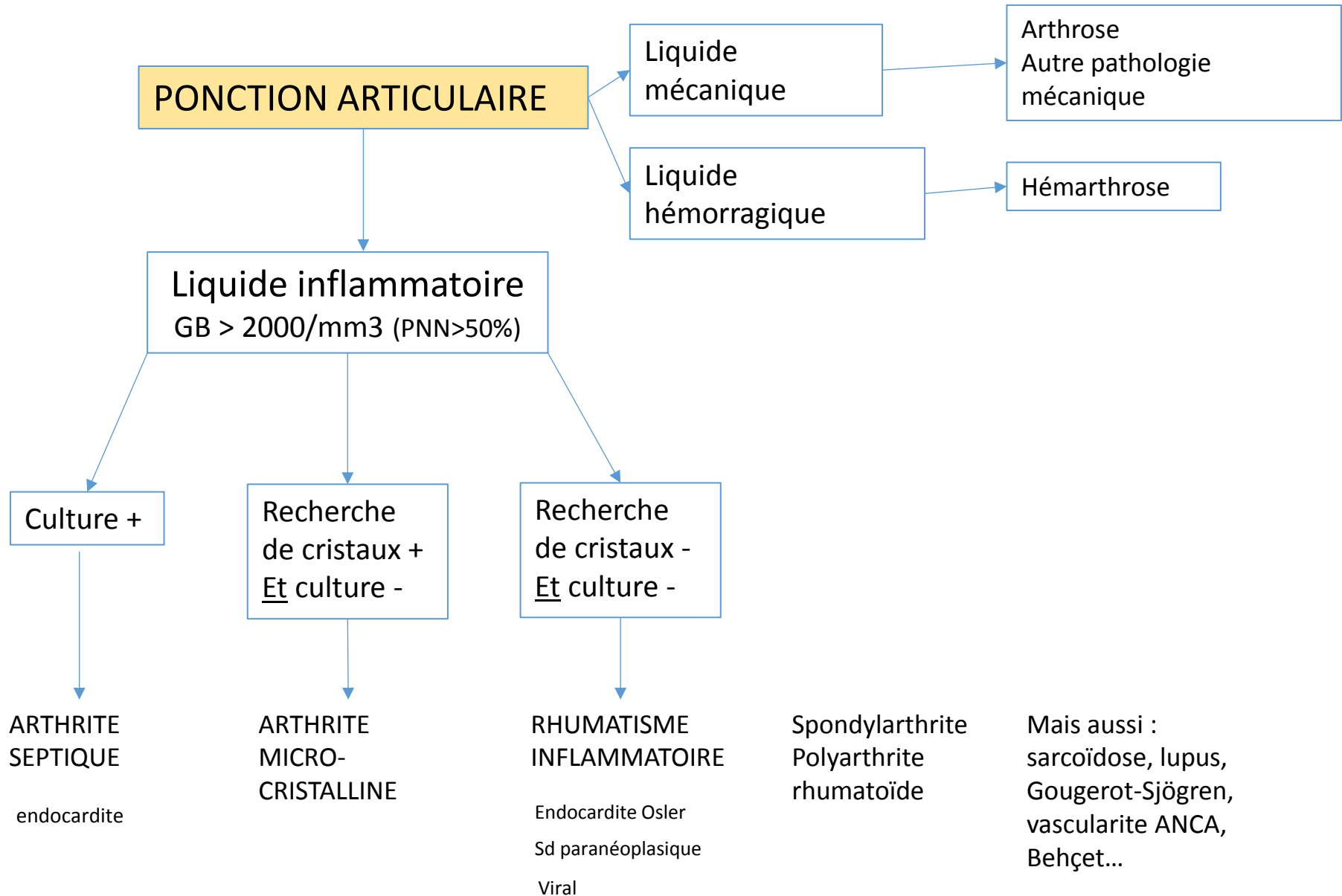
Que faites-vous?

1. Bilan biologique et hémocultures
2. Radios
3. Ponction au cabinet
4. Urgences hospitalières
5. Urgence thérapeutique : amoxicilline + acide clavulanique

ARTHRITE(S) + FIEVRE

- Urgence diagnostique
- Pas de place pour l'antibiothérapie probabiliste
- Pas de bilan en ambulatoire

BILAN ETIOLOGIQUE ARTHRITE



CAS N° 2

Mme P. 73 ans

- Douleurs articulaires depuis 2 mois
- Bioprothèse mitrale sur prolapsus en 2015, hypothyroïdie substituée.
- Douleurs inflammatoires fluctuantes doigts, poignets.
- Apyrétique.

Signes
extra
articulaires



Orientation
médecin
spécialiste

PEAU	Psoriasis Vespertiligo EMC Erythème maculopapuleux Erythème noueux Nodules rhumatoïdes Aphoses
CŒUR	Péricardite Souffle
POUMON	Pleurésie Anomalies parenchymateuses ADP médiastinales
TUBE DIGESTIF	Diarrhées Douleurs abdominales Cytolyse Splénomégalie hépatomégalie
GANGLIONS	
APPAREIL UROGENITAL	Gonococcie, uréthrite Aphose
SYSTEME NERVEUX	
YEUX	Sécheresse oculaire Conjonctivite Uvéite sclérite
ORL	Oreilles Nez Xérostomie



Votre (vos) hypothèses diagnostiques ?

1. Endocardite infectieuse
2. Chondrocalcinose articulaire
3. Goutte
4. Spondylarthrite
5. Pseudo polyarthrite rhizomélique

Votre (vos) hypothèses diagnostiques ?

1. Endocardite infectieuse
2. Chondrocalcinose articulaire
3. Goutte
4. Polyarthrite rhumatoïde
5. Pseudo polyarthrite rhizomélique

Résultats

- Pas de ponction articulaire possible
- Syndrome inflammatoire biologique CRP 73 mg/l
- Hémocultures négatives

Vous prescrivez un bilan radiologique.
Lequel ?

1. Mains
2. Pieds
3. Épaules
4. Genoux
5. Bassin

Vous prescrivez un bilan radiologique.
Lequel ?

1. Mains
2. Pieds
3. Épaules
4. Genoux
5. Bassin

Docteur Gemal
Avenue de la Loire
44000 Nantes

Mme P. née
le
23/10/1945

Dans un cabinet de radiologie :

- Mains face même plaque
- Bassin Face
- Genoux D et G Face

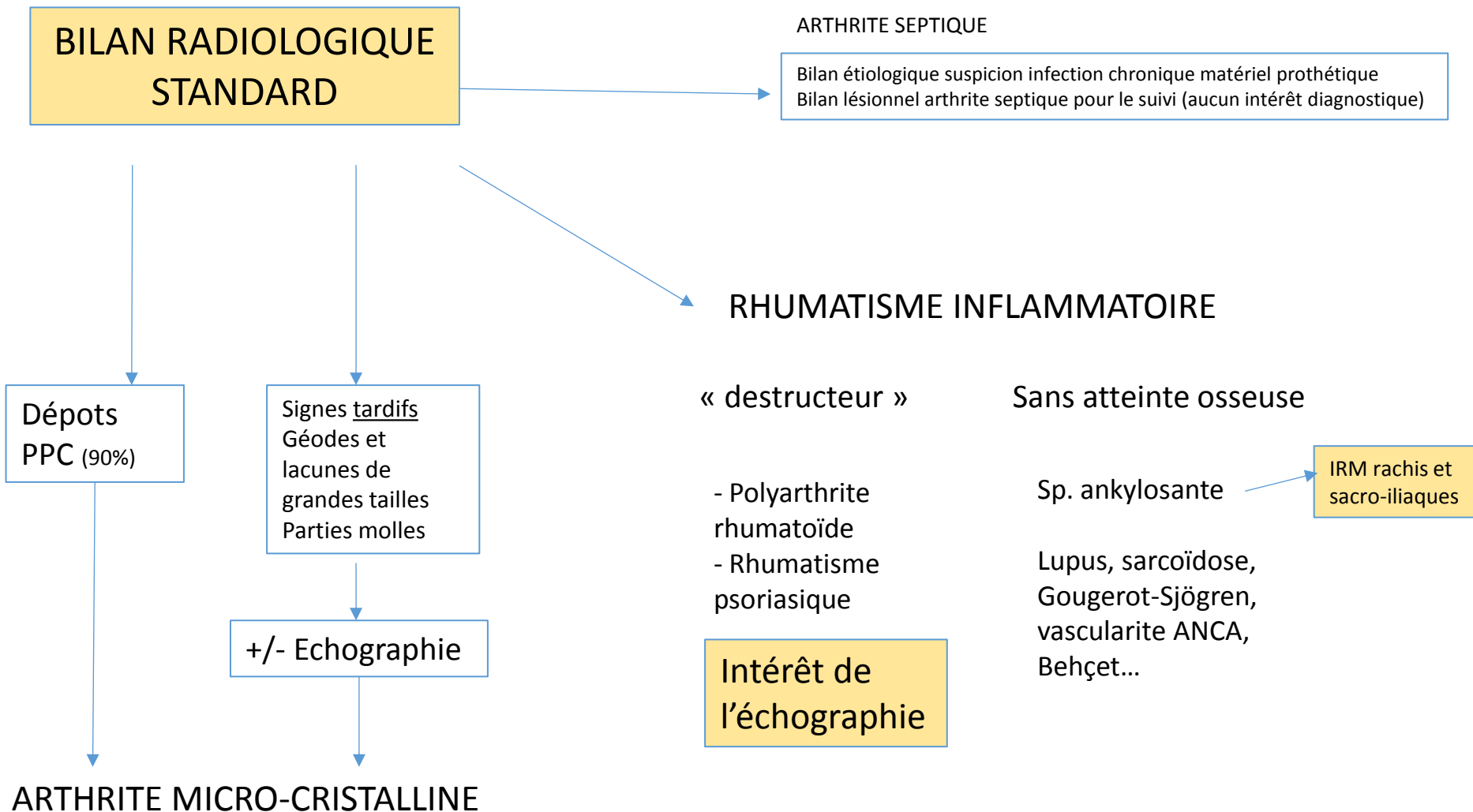
A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Gemal', located at the bottom center of the page.





BILAN ETIOLOGIQUE et LESIONNEL : L'IMAGERIE

(en complément de la ponction)





RADIO MAINS en rhumatologie

Rhumatisme psoriasique





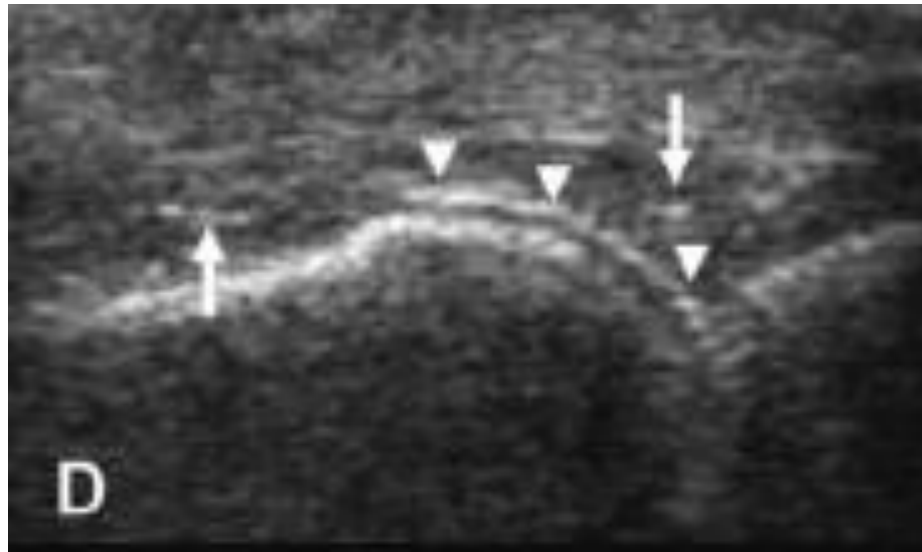
RADIO MAINS en rhumatologie

Main de Jacoud
(lupus)



	GOUTTE	RHUMATISME A PYROPHOSPHATE DE CALCIUM EX-CHONDROCALCINOSE
TERRAIN	<p>1. Homme. Syndrome métabolique : surpoids/obésité, diabète, HTA, dyslipidémie.</p> <p>Rhumatisme inflammatoire intermittent le plus fréquent (1,4%En Europe, 0.9% en France)</p> <ol style="list-style-type: none"> Autres : IRC, diurétiques, hémopathies chroniques. très rare : enzymopathie (enzymopathie déficit en HPRT), mutations de gènes UMOD 	<p>Sujet âgé</p> <p>Prédominance féminine diminue avec l'âge.</p> <p>Prévalence 65-75 ans 10-15%</p> <p>>75 ans : 30%</p>
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Accès goutteux : MTP I, cheville, genou - Arthropathie goutteuse, tophus - Manifestations rénales 	<ul style="list-style-type: none"> - arthrite aiguë, au genou ou au poignet, mono ou oligoarticulaire - polyarthrite subaiguë ou chronique, plus rare - monoarthropathie chronique à l'origine d'une arthrose secondaire des articulations rarement touchées par l'arthrose primitive - atteintes rachidiennes aiguës mimant une spondylodiscite
PONCTION	<p>Liquide inflammatoire > 2000 GB/mm³</p> <p>Cristaux d'urate de sodium.</p>	<p>Liquide inflammatoire</p> <p>Cristaux de pyrophosphates de calcium</p>
RADIOS	<p>Anomalies tardives.</p> <p>INTERET de l'ECHOGRAPHIE</p>	<p>Anomalies radiologiques 90%</p>
BILAN ETIOLOGIQUE	<p>Uricémie > 360micromol/l (60mg/l) : peut être normale</p> <p>Régime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - excès de boissons sucrées riches en fructose - consommation de bières avec ou sans alcool (riches en guanine) - alcools forts (whisky, cognac, etc.) - alimentation trop calorique (excès de boissons alcoolisées en général) et riche en protéines animales ; <p>Biologie : NFS plaquettes (+ créatinine préthérapeutique)</p> <p>Goutte précoce < 35 ans : enquête familiale et génétique</p>	<p>Aucun</p> <p>Sauf sujet < 50 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - hémochromatose - hyperparathyroïdie primitive <p>(rare : syndrome de Giltelman, maladie de Wilson)</p>
TRAITEMENT	<p>Règles hygiéno-diététiques ++ privilégier les laitages écrémés</p> <p>Changer le diurétique si possible (--> amlodipine, losartan)</p> <p>Traitement des comorbidités</p> <p><u>ACCES</u> : repos articulaire, glace, colchicine (ou AINS)</p> <p><u>AU LONG COURS</u> : si crises répétées</p> <p>PAS DE TTT HYPERURICEMIE <u>ASYMPTOMATIQUE</u></p> <p>hypouricémiant (allopurinol)</p>	<p><u>ACCES</u> : repos articulaire, glace, AINS</p>

Echographie articulaire dans la goutte.
Aspect de « double contour ».



CAS N° 3

M. S, 29 ans

- Consulte pour genou droit « gonflé » et douloureux.
- Apyrétique.
- État général conservé.



- Atcds familiaux psoriasis père et frère
- Douleur inflammatoire hanche droite spontanément résolutive il y a 2 semaines
- Brûlures mictionnelles fluctuantes
- Pas de trouble digestif
- En couple depuis 3 mois.

Que faites-vous ?

1. Ponction articulaire
2. ECBU
3. PCR urinaire *Chlamydia trachomatis*/gonocoque
4. Sérologie VIH
5. HLA B27

Que faites-vous ?

1. Ponction articulaire
2. ECBU
3. PCR urinaire *Chlamydia trachomatis*/gonocoque
4. Sérologie VIH
5. HLA B27

Ponction genou au cabinet ?

1. Oui, rarement ($< 3/\text{an}$)
2. Oui ($> 2/\text{an}$)
3. Jamais



Résultats

- Ponction
 - 5500GB/mm³ dont 52% PNN
 - Pas de cristaux
 - Culture stérile
- ECBU négatif
- PCR *C. trachomatis* + sur urines du 1^{er} jet

Hypothèse(s) plus probable(s)

1. Rhumatisme psoriasique
2. Polyarthrite rhumatoïde
3. Arthrite réactionnelle
4. Syndrome de Fitz Hugh Curtis
5. Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter

Hypothèse(s) plus probable(s)

1. Rhumatisme psoriasique
2. Polyarthrite rhumatoïde
3. Arthrite réactionnelle
4. Syndrome de Fitz Hugh Curtis
5. Syndrome de Fiessinger Leroy Reiter

	Spondylarthrite	Polyarthrite rhumatoïde
Epidémiologie	<p>SUJET JEUNE</p> <p>Association HLA B27 : SpA, MICI, uvéite, psoriasis.</p> <p>HLAB27 +</p> <p>60-90%</p> <p>SEXE</p> <p>H > F ou maladie plus sévère chez l'homme ?</p> <p>PREVALENCE 0,3% (sous-estimé)</p>	<p>AGE</p> <p>50 ans</p> <p>formes juvéniles - 16 ans</p> <p>formes à début tardif après 65 ans</p> <p>SEXE</p> <p>3x plus fréquente chez la femme avant 60 ans, mais ce déséquilibre du sex-ratio s'atténue progressivement au-delà de cet âge.</p> <p>PREVALENCE</p> <p>0,3 - à 0,8 % chez l'adulte</p> <p>le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques</p> <p>prévalence chez les apparentés du premier degré : 2 à 4 %.</p>
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome pelvirachidien : dorsolombalgies inflammatoires, fessalgie - Atteinte articulaire périphérique (arthrite(s)) - Enthésopathie : talalgie, dactylite, thorax - Signe extrarachidien : uvéite, MICI, psoriasis... <p>Spondylarthrite ankylosante : atteinte axiale et périphérique</p> <p>Rhumatisme psoriasique : atteinte périphérique</p> <p>Arthrites réactionnelles : atteinte périphérique</p> <p>Entérocolopathie inflammatoire : atteinte périphérique >> atteinte axiale (<5%)</p>	<p>polyarthrite acromélique, bilatérale et globalement symétrique, sans manifestations extra-articulaires ou systémiques (polyarthrite « nue »), évoluant sur un mode chronique (> 6 semaines), caractérisée par des douleurs articulaires inflammatoires.</p> <p>AUTRES (20-30%) :</p> <p>Forme polyarticulaire aiguë fébrile « sepsis like »</p> <p>Forme rhizomélique « PPR like »</p> <p>Forme monoarticulaire, évoquant une arthrite septique ou microcristalline.</p> <p>Forme palindromique, caractérisée par des poussées inflammatoires mono- ou oligoarticulaires, sans séquelle.</p> <p>Forme arthralgique sans gonflement articulaire évident</p>
bilan	HLA B27	<p>ACPA Spé. > 95%</p> <p>FR Spé. 75-85% Sens. 80%</p>

Place du bilan biologique

- Peu discriminant
- Syndrome inflammatoire
- Peut orienter vers une origine virale ou mécanique

Les éléments d'intérêt :

- Goutte : uricémie Peut être normale lors des poussées
- PR : ACPA Spécificité 95% FR Spé 75-80% Sens 80%
- Hémocultures FDR endocardite
- HLA B27 Pas en dépistage systématique. > 97% personnes HLA B27+ n'auront pas de SPA.
- En cas de bilan négatif, à l'hôpital : AAN, anti-DNA natifs, ANCA, HLA B51, PCR T. whipplei...

Hiérarchiser les hypothèses en fonction du terrain et du tableau clinique

Sujet < 50 ans

aigu

chronique

Septique
Viral VIH hépatites CMV
 EBV **parvovirus B19**
IST (gonocoque/chlamydia)
 Lyme

SPA
 Lupus
 Still
 Sarcoïdose
 Autres étiologies inflammatoires...

Goutte	Bilan génétique
PCC	Hyperparathyroïdie Hémochromatose

Sujet > 50 ans

aigu

chronique

Septique, endocardite
Goutte
Chondrocalcinose

Sd métabolique	Pas de signe extra-articulaire	Signes extra-articulaire
goutte	PR PPC Autre MAI débutante	Vascularite (Horton)... Autres causes infla. Cancer Endocardite ...

merci

