

# Conduite à tenir devant une arthrite

Dr H. Cormier, SMIT CHU Angers  
2<sup>ème</sup> 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

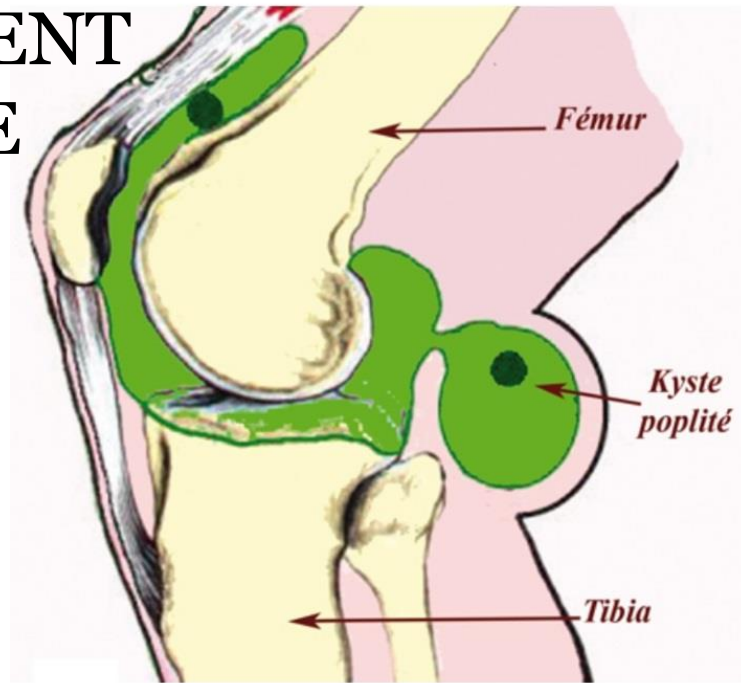
- Se présente à la consultation pour douleur genou droit évoluant depuis 48h
- Antécédents : diabète type II, HTA, ACFA
- Traitement : Metformine, Januvia, Ramipril, Xarelto.



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/m<sup>2</sup>, 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

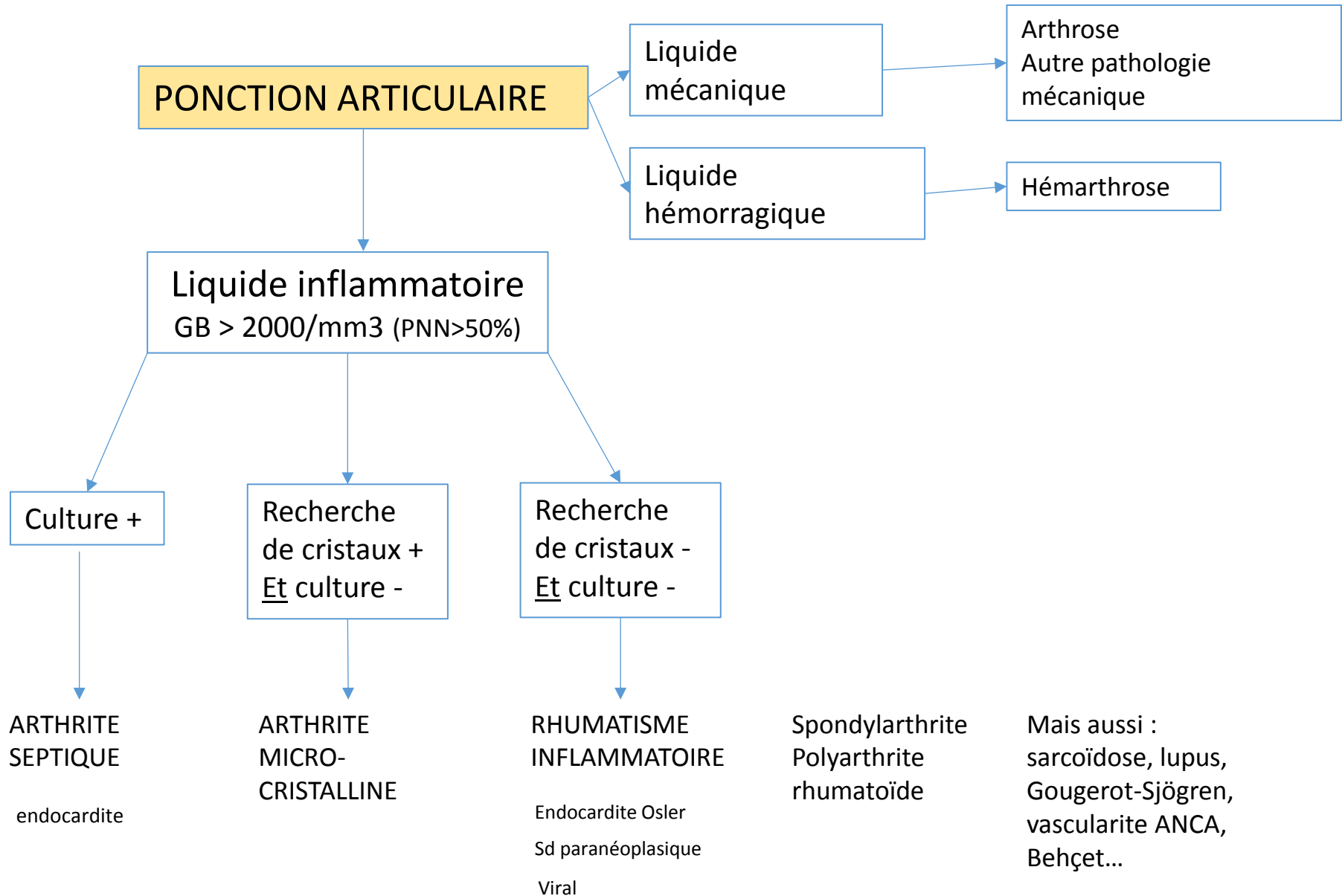
# Que faites-vous?

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

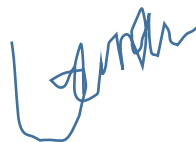


Docteur Gemal  
Avenue de la Loire  
44000 Nantes

Mme P. née  
le  
23/10/1945

Dans un cabinet de radiologie :

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

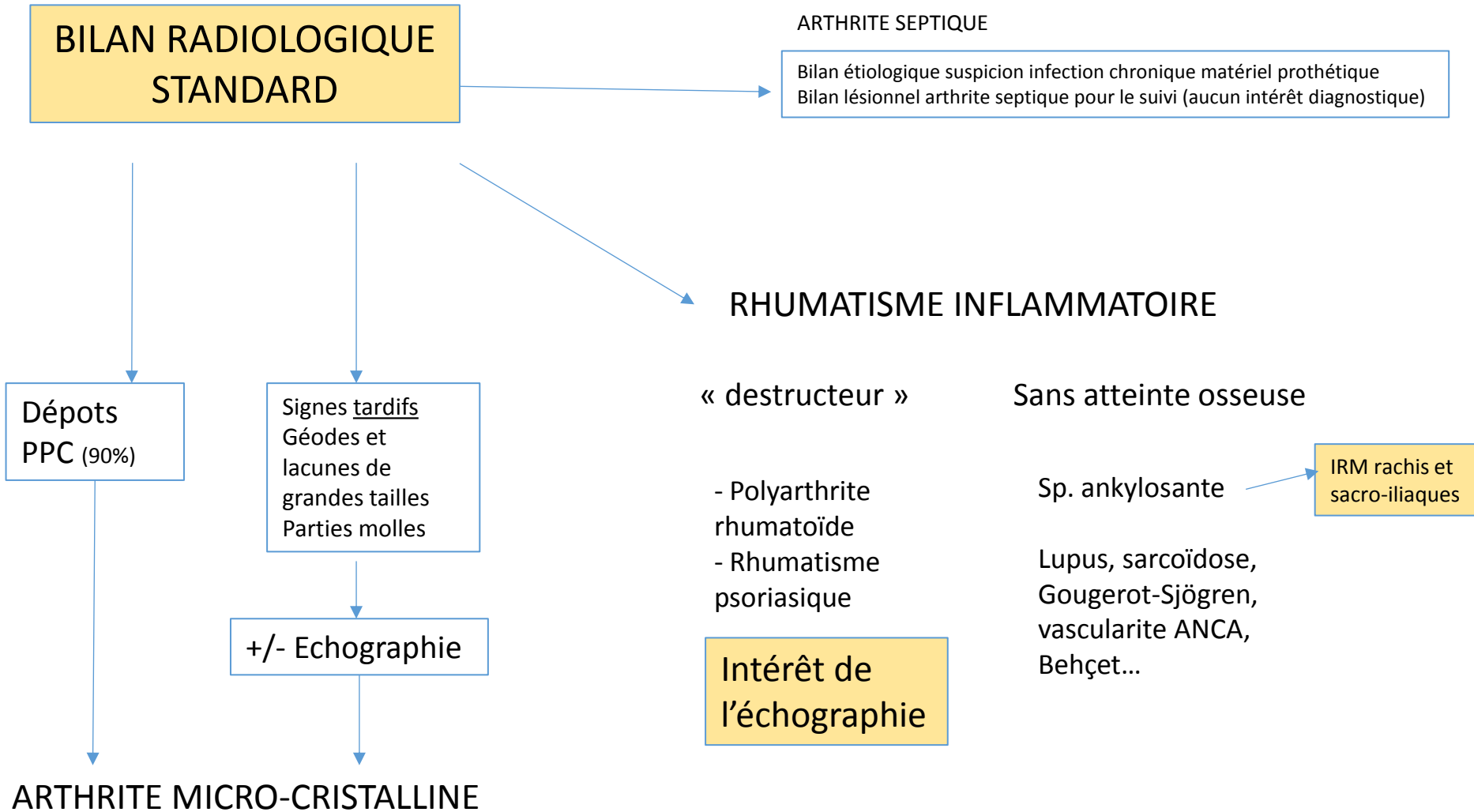
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. Gemal', is located at the bottom center of the page.





# BILAN ETIOLOGIQUE et LESIONNEL : L'IMAGERIE

(en complément de la ponction)





# RADIO MAINS en rhumatologie

# Chondrocalcinose



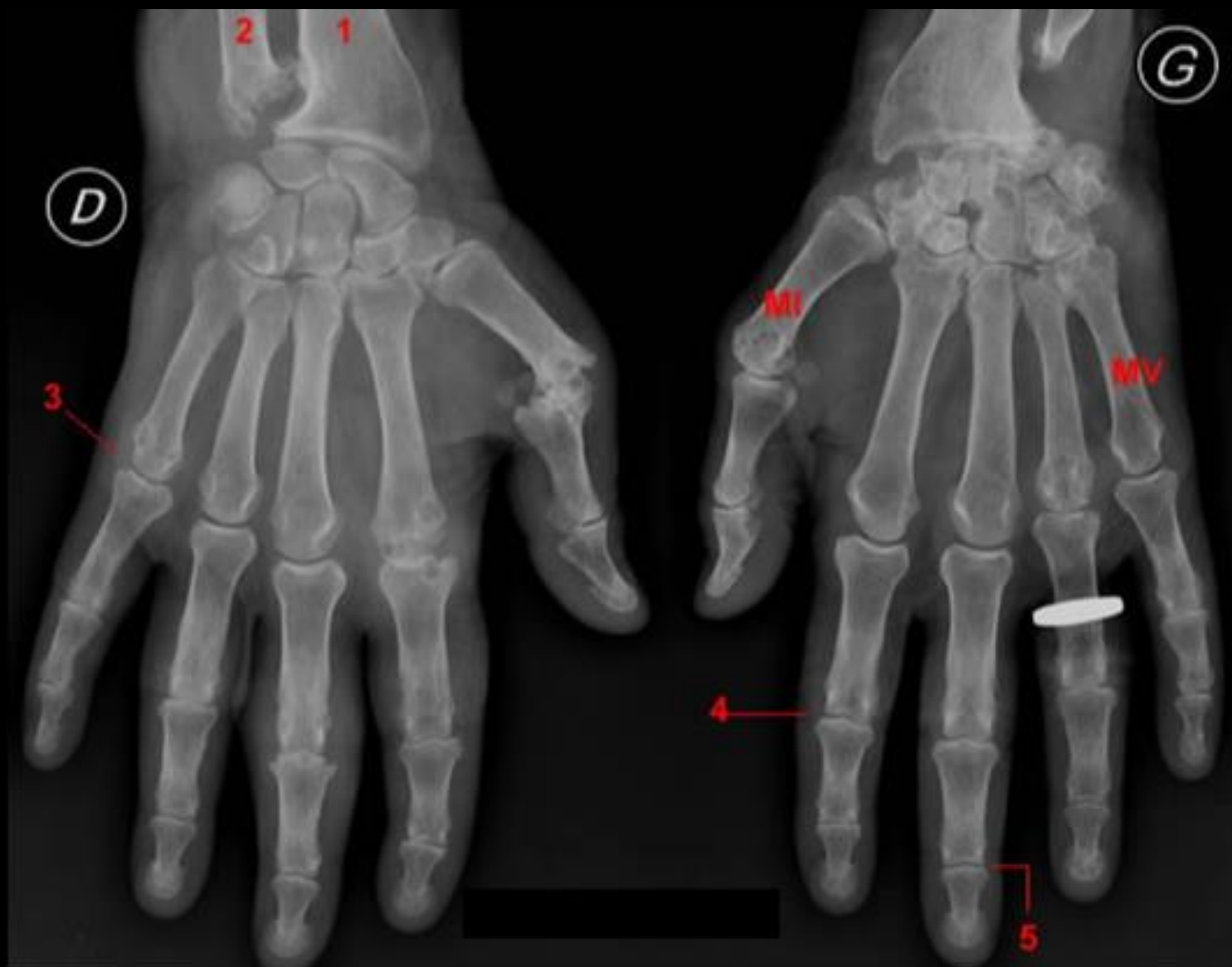
RADIO MAINS en rhumatologie

Rhumatisme psoriasique



# RADIO MAINS en rhumatologie

# Polyarthrite rhumatoïde





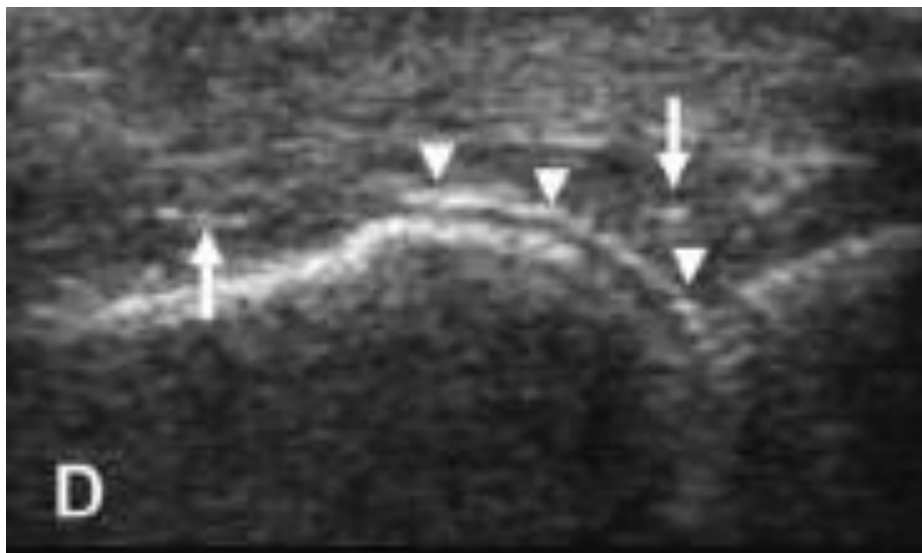
# RADIO MAINS en rhumatologie

Main de Jacoud  
(lupus)



	GOUTTE	RHUMATISME A PYROPHOSPHATE DE CALCIUM EX-CHONDROCALCINOSE
TERRAIN	<p><b>1. Homme. Syndrome métabolique</b> : surpoids/obésité, diabète, HTA, dyslipidémie.</p> <p><b>Rhumatisme inflammatoire intermittent le plus fréquent</b> (1,4%En Europe, 0.9% en France)</p> <p>1. Autres : IRC, diurétiques, hémopathies chroniques.</p> <p>2. très rare : enzymopathie (enzymopathie déficit en HPRT), mutations de gènes UMOD</p>	<p>Sujet âgé</p> <p>Prédominance féminine diminue avec l'âge.</p> <p>Prévalence 65-75 ans 10-15%</p> <p><b>&gt;75 ans : 30%</b></p>
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Accès goutteux</b> : MTP I, cheville, genou</li> <li>- <b>Arthropathie goutteuse</b>, tophus</li> <li>- <b>Manifestations rénales</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>arthrite aiguë</b>, au genou ou au poignet, mono ou oligoarticulaire</li> <li>- <b>polyarthrite subaiguë ou chronique</b>, plus rare</li> <li>- <b>monoarthropathie chronique</b> à l'origine d'une arthrose secondaire des articulations rarement touchées par l'arthrose primitive</li> <li>- <b>atteintes rachidiennes aiguës</b> mimant une spondylodiscite</li> </ul>
PONCTION	<p>Liquide inflammatoire &gt; 2000 GB/mm<sup>3</sup></p> <p>Cristaux d'<b>urate de sodium</b>.</p>	<p>Liquide inflammatoire</p> <p>Cristaux de <b>pyrophosphates de calcium</b></p>
RADIOS	<p><b>Anomalies tardives.</b></p> <p><b>INTERET de l'ECHOGRAPHIE</b></p>	<p><b>Anomalies radiologiques 90%</b></p>
BILAN ETIOLOGIQUE	<p><b>Uricémie &gt; 360micromol/l (60mg/l) : peut être normale</b></p> <p><b>Régime :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- excès de boissons sucrées riches en fructose</li> <li>- consommation de bières avec ou sans alcool (riches en guanine)</li> <li>- alcools forts (whisky, cognac, etc.)</li> <li>- alimentation trop calorique (excès de boissons alcoolisées en général) et riche en protéines animales ;</li> </ul> <p>Biologie : <b>NFS plaquettes (+ créatinine préthérapeutique)</b></p> <p><b>Goutte précoce &lt; 35 ans : enquête familiale et génétique</b></p>	<p><b>Aucun</b></p> <p><b>Sauf sujet &lt; 50 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>hémochromatose</b></li> <li>- <b>hyperparathyroïdie primitive</b></li> </ul> <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 (--&gt; 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/mm<sup>3</sup> dont 52% PNN
  - Pas de cristaux
  - Culture stérile
- ECBU négatif
- PCR *C. trachomatis* + sur urines du 1<sup>er</sup> 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
<b>Epidémiologie</b>	<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 &gt; 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>
<b>Clinique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Syndrome pelvirachidien</b> : dorsolombalgies inflammatoires, fessalgie</li> <li>- <b>Atteinte articulaire périphérique</b> (arthrite(s))</li> <li>- Enthésopathie : talalgie, dactylite, thorax</li> <li>- Signe extrarachidien : uvéite, MICI, psoriasis...</li> </ul> <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 &gt;&gt; atteinte axiale (&lt;5%)</p>	<p><b>polyarthrite acromélique</b>, bilatérale et globalement symétrique, sans manifestations extra-articulaires ou systémiques (polyarthrite « nue »), évoluant sur un mode chronique (&gt; 6 semaines), caractérisée par des douleurs articulaires inflammatoires.</p> <p>AUTRES (20-30%) :</p> <p><b>Forme polyarticulaire aiguë fébrile</b> « sepsis like »</p> <p><b>Forme rhizomélique</b> « PPR like »</p> <p><b>Forme monoarticulaire</b>, évoquant une arthrite septique ou microcristalline.</p> <p>Forme palindromique, caractérisée par des poussées inflammatoires mono- ou oligoarticulaires, sans séquelle.</p> <p><b>Forme arthralgique</b> sans gonflement articulaire évident</p>
<b>bilan</b>	HLA B27	<p>ACPA Spé. &gt; 95%</p> <p>FR Spé. 75-85% Sens. 80%</p>

# Place du bilan biologique

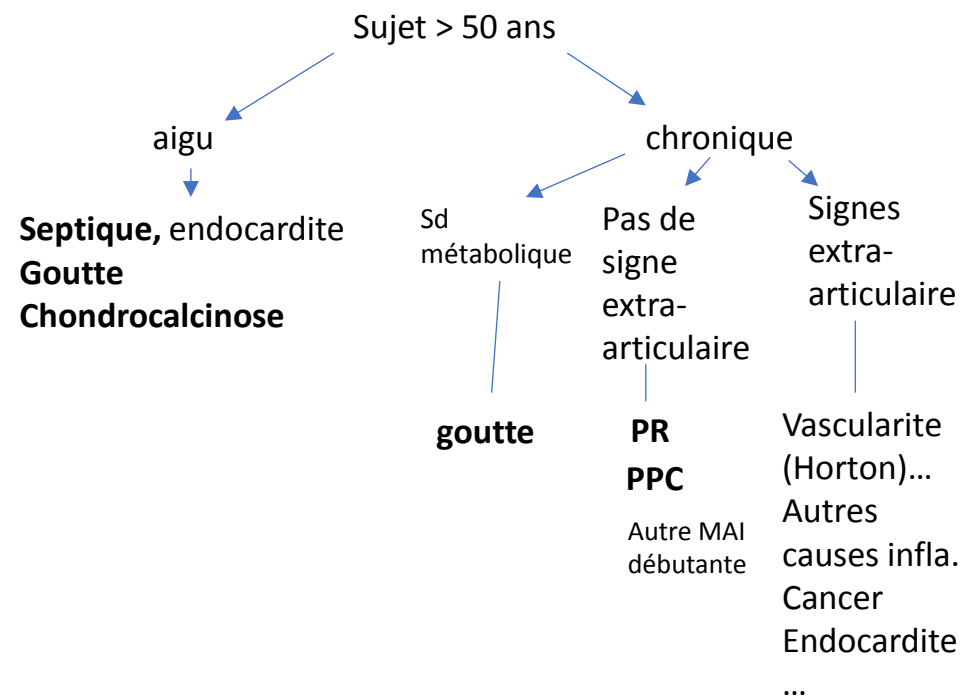
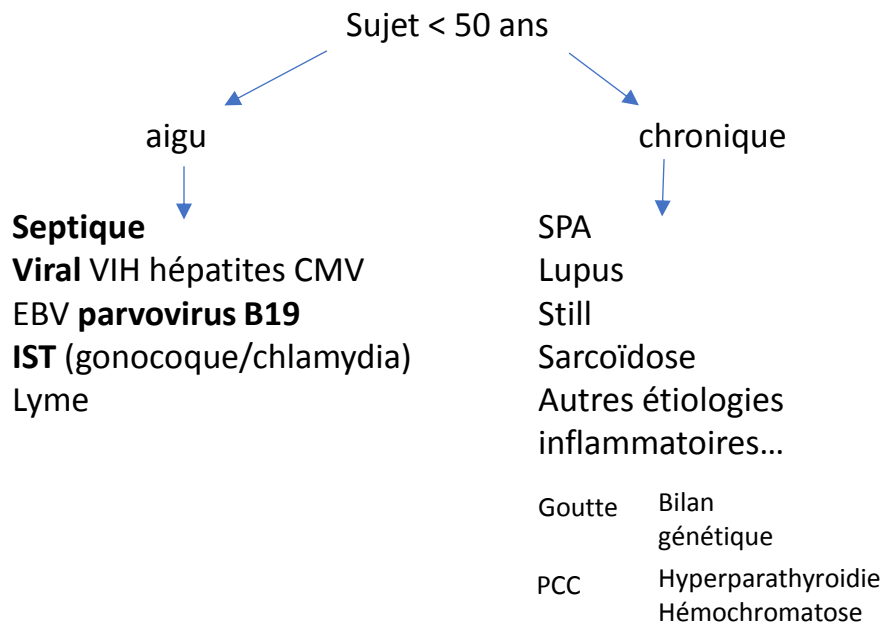
- Peu discriminant
- Syndrome inflammatoire
- Peut orienter vers une origine virale ou mécanique

## 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



merci

