

# Monoarthrite aiguë

H. Wolff, P. A. Guerne, H. Stalder

## Introduction

En médecine générale, 15 à 25% des consultations sont motivées par des problèmes ostéoarticulaires [1]. A quelques exceptions près, toutes les pathologies articulaires peuvent se présenter initialement comme une monoarthrite [2]. Il est très important de reconnaître les urgences et les arthropathies nécessitant un traitement spécifique. La monoarthrite est un défi diagnostique même pour le clinicien averti, et reste souvent peu claire après l'évaluation initiale. Néanmoins, il est presque toujours possible d'identifier les cas qui nécessitent une prise en charge spécifique et/ou urgente.

En cas d'arthrite septique, la destruction du cartilage peut aller très vite, en moins de deux jours dans les cas extrêmes. En cas d'arthrite gonococcique, la guérison sans séquelles est de 64% chez les patients traités dans la semaine suivant le début des symptômes, et de seulement 22% chez ceux traités plus tard. Jusqu'à preuve du contraire, une monoarthrite est donc une urgence rhumatologique.

## Diagnostic différentiel de la monoarthrite aiguë

Une évaluation systématique basée sur l'anamnèse détaillée, l'examen clinique et quelques examens paracliniques orientent vers le diagnostic (voir tableau 1). Il n'est cependant pas rare de devoir prendre des décisions thérapeutiques avant de connaître la totalité des résultats: 35 à 50% des monoarthrites aiguës sont initialement inclassables et une monoarthrite peut rester un événement transitoire sans récurrence.

## Approche diagnostique

Le diagnostic différentiel étant vaste, il est primordial d'effectuer une anamnèse ciblée et un examen physique détaillé pour répondre aux questions essentielles suivantes:

- S'agit-il vraiment d'une arthrite?
- Quelle structure est concernée?
  - articulaire: synoviale, os, cartilages;
  - péri-articulaire: tendons, bourses, nerfs, muscles, ligaments, peau.

- L'élément inflammatoire est-il prédominant?
- S'agit-il d'une urgence (arthrites septiques, certaines connectivites ou vasculites)?
- S'agit-il d'une maladie à traiter de manière spécifique (maladies systémiques, goutte, HIV, hépatite C, hémochromatose, tumeur, arthrite réactive)?

## Anamnèse (voir tableau 2)

L'anamnèse permet d'orienter le diagnostic!

## Examen physique

*Examen articulaire:* Il faut distinguer les atteintes articulaires des atteintes périarticulaires: les arthrites entraînent en général une importante limitation à la mobilisation active et passive. Les atteintes périarticulaires se caractérisent par une limitation surtout de la mobilité active.

Les manifestations extra-articulaires, qui peuvent représenter une des clefs du diagnostic, sont réunies dans le tableau 3.

## Examens paracliniques [4]

*Arthrocenthèse:* c'est l'examen-clé en cas de monoarthrite d'origine indéterminée. Elle est indispensable, notamment pour confirmer ou infirmer une arthrite bactérienne. Les indications sont le diagnostic d'un épanchement articulaire d'étiologie inconnue et le monitoring d'une réponse à un traitement antibiotique en cas d'arthrite septique. Elle permet aussi, dans ce dernier cas, de diminuer la quantité de germes, de PMN et d'enzymes.

La contre-indication principale est une infection cutanée à l'endroit de la ponction et une contre-indication relative les troubles hémostatiques.

Pour l'examen du liquide synovial, on se rappellera les «3 C»:

- Cellularité (tube EDTA)
- Cristaux (tube sans additif)
- Culture et frottis avec coloration de Gram (tube stérile)

Normalement, une articulation ne contient qu'une très petite quantité de liquide synovial visqueux, transparent, de couleur jaune paille. En raison de l'absence de fibrine, il ne coagule pas.

Le tableau 4 résume l'interprétation du liquide synovial et le tableau 5 oriente le diagnostic différentiel en fonction de l'interprétation.

**Tableau 1. Diagnostic différentiel de la monoarthrite.**

<i>Arthrites</i>	
Arthrites infectieuses	bactériennes, y compris maladie de Lyme mycobactériennes fongiques virales
Arthrites réactives	streptocoque bêta-hémolytique (RAA) chlamydiae, mycoplasmes salmonella, yersinia, shigella, campylobacter rares: <i>Clostridium difficile</i> , trichomonas
Arthrites microcristallines	urates de sodium (goutte) pyrophosphates de calcium (pseudogoutte) hydroxy-apatite oxalates de calcium cristaux lipidiques
Maladies systémiques	polyarthrite rhumatoïde connectivites (lupus érythémateux disséminé, Sjögren, etc.) spondylarthropathies (Bechterew, Reiter, psoriasis, arthrite liée à une entéropathie) vasculite (panarthrite noueuse, Henoch-Schönlein, Behçet) sarcoïdose
Arthrites métaboliques	hémochromatose hyperlipidémies (type II et IV)
Arthrites médicamenteuses	fluoroquinolones oméprazole bêtabloquants
<i>Conditions pouvant mimer une arthrite</i>	
Arthrose	microtraumatique (obésité, occupationnelle, idiopathique) post traumatique métabolique (ochronose, acromégalie) anatomique (hyperlaxité, dysplasie, etc.)
Ostéonécrose ischémique	alcoolisme chronique lupus érythémateux disséminé trauma dyslipidémies corticoïdes
Tumeurs (bénignes et malignes)	métastases tumeurs épiphysaires ostéochondromatose synovite villonodulaire pigmentée synoviome
Trauma, microtrauma	fractures fractures lentes hémarthrose synovite liée à un corps étranger
Divers	lésions méniscales, tendineuses ou ligamentaires hypothyroïdie ostéoarthropathie hypertrophique ostéochondrite disséquante

### Liquide synovial dans quelques affections articulaires

Un liquide septique évoque une infection bactérienne, mycobactérienne ou fongique.

**Attention:** L'arthrocentèse montre souvent un processus inflammatoire sans qu'un diagnostic précis puisse être posé. Une monoarthrite peut d'ailleurs rester un événement transitoire sans récurrence.

### Autres examens paracliniques

Les examens sanguins ont tous une mauvaise sensibilité et spécificité et sont utiles uniquement s'ils sont utilisés de manière sélective en cas de probabilité clinique élevée.

Afin de juger de l'état inflammatoire, il est indiqué de pratiquer une formule sanguine complète, VS ou CRP. Dans certains cas, la recherche d'une pathologie à traiter spécifiquement se justifie (par exemple recherche de gonocoques [PCR dans les urines], de chlamydiae ou mycoplasmes [PCR dans les urines], d'hémochromatose [capacité de la fixation du fer, ferritine], de connectivite [FAN] et de vasculite [ANCA]).

Une radiographie de l'articulation n'a que peu de valeur chez le sujet jeune en présence d'une affection aiguë inflammatoire car les lésions osseuses visibles se développent tardivement. Elle est, par contre, indiquée dans la recherche de lésions dégénératives, d'une ostéonécrose, de tumeurs et d'éventuelles calcifications, par exemple en cas de suspicion d'une chondrocalcinose. La radiographie est également utile comme comparatif pour d'éventuels clichés ultérieurs.

### Attitudes thérapeutiques

Ce chapitre ne traite que des monoarthrites les plus fréquentes qui nécessitent un traitement d'urgence, évoquant leur caractéristiques principales.

#### Arthrites septiques

A considérer en premier lieu en raison de leur potentiel destructeur. Il faut d'abord prendre en compte les germes selon les différentes populations (tableau 6).

#### Arthrite à gonocoques

C'est la cause la plus fréquente chez l'adulte jeune sexuellement actif. Elle touche 2 à 3 femmes pour un homme. Une tenosynovite migratoire et des arthralgies précèdent fréquemment l'arthrite. On observe également des lésions vésiculeuses et pustuleuses. Seulement 25% des examens directs (Gram) et des cultures synoviales sont positifs. En raison de cette mauvaise sensibilité, il est primordial de confirmer la suspicion clinique par un examen d'urine (amplification par PCR).

#### Traitement:

- hospitalisation, immobilisation, puis mobilisation progressive
- Ceftriaxone 1 g/jour i.v. ou Cefotaxime 1 g/8h i.v. pdt 7 jours.

**Tableau 2. Principaux éléments anamnestiques à rechercher en présence d'une arthrite.**

	Éléments anamnestiques	Diagnostics suggérés
Début de la symptomatologie	subit en quelques heures, voire 2 jours lente	goutte (particulièrement nocturne) infections, microcristaux infections lentes (champignons, mycobactéries), arthrose, tumeurs
Traumatisme	traumatisme récent, même mineur  intervention chirurgicale	tendinite, bursite, fracture, hémarthrose microcristaux, arthrite septique
Antécédents d'infection	plaie infectée ou intervention dentaire récente instrumentation génito-urinaire antécédents récents (7–21 jours) de pharyngite à streptocoques urétrite morsure de tique infection intestinale	arthrite septique arthrite septique à germe Gram négatif rhumatisme articulaire aigu  arthrite gonococcique ou réactive maladie de Lyme arthrite réactive
Drogues	drogues par voie intraveineuse	arthrite septique, hépatites C, B; HIV
Médicaments	cyclosporine, diurétiques, aspirine à petites doses anticoagulation fluoroquinolones, oméprazole bêtabloquants corticostéroïdes	hyperuricémie et goutte secondaire hémarthrose arthrite médicamenteuse ostéonécrose ischémique
Anamnèse familiale		connectivite, goutte, psoriasis, spondylarthro- pathie, hémochromatose, hémoglobinopathie

**Tableau 3. Manifestations extra-articulaires.**

	Signes	Diagnostics suggérés
Lésions muco-cutanées	rash papulo-pustuleux rash photosensible purpura nodules sous-cutanés: – inflammatoires – graisseux – tophus  pyodermie gangreneuse et érythème noueux psoriasis cutané et/ou lésions unguéales (kératose sub-unguéale, onycholyse)	gonocoque lupus érythémateux, dermatomyosite vasculites, méningococcémie  – polyarthrite rhumatoïde, – lupus érythémateux – hypercholestérolémie – goutte arthropathies liés à la rectocolite ulcérohémorragique ou au Crohn, sarcoïdose arthrite psoriasique
Lésions oculaires	kératoconjunctivite sèche, ulcérations cornéennes conjunctivite uvéïte	syndrome de Sjögren (polyarthrite rhumatoïde et autres connectivites) syndrome de Reiter maladie de Behçet, sarcoïdose, arthrite rhumatoïde juvénile, spondylarthrite ankylosante, arthrites réactives
Atteintes neurologiques	névrites des nerfs crâniens et périphériques, radiculoneurite motrice ou sensorielle méningite, encéphalite	polyarthrite rhumatoïde, vasculites, connectivites et cryoglobulinémies Behçet, connectivites, arthrite à méningocoque

**Tableau 4. Interprétation du liquide synovial.**

Type	Arthropathies non inflammatoires	Arthropathies inflammatoires non infectieuses (exception virales)	Arthropathies septiques
Aspect	clair, transparent	trouble	trouble/opaque
Couleur	jaune,	jaune	jaune à vert
Viscosité	élevée	diminuée	variable
Leucocytes par $\mu\text{l}$	<2000	2000–75 000 rarement >100 000	10 000 >100 000 généralement >50 000
PMN	<25%	généralement $\geq$ 50%	généralement $\geq$ 75%

**Tableau 5. Diagnostic différentiel selon le type de liquide synovial.**

Liquide non inflammatoire	Liquide inflammatoire	Liquide hémorragique
arthrose	PR	patient anticoagulé
trauma, microtrauma	arthrites microcristallines	hémangiome, synovialome
ostéonécrose	arthrites réactives	synovite villonodulaire
tumeurs	spondylarthrite ankylosante	traumatisme avec hémorragie
arthropathie neurogène	arthrite psoriasique	scorbut
phase précoce d'un processus inflammatoire	arthrite associée à RCUH et maladie de Crohn	hémophilie et autres diathèses hémorragiques
synovite villonodulaire	vasculites	
ostéoarthropathie hypertrophique	RAA, connectivites (lupus, Sjögren, sclérodémie)	
hypothyroïdie		
vasculites	arthrites virales	

**Arthrite septique non-gonococcique (voir tableau 7)**

Elle touche souvent les grandes articulations comme le genou et la hanche. Elle peut être oligo-articulaire [2–4] ou même polyarticulaire ( $\geq 5$  articulations touchées). Elle est généralement transmise par voie hémotogène.

Le staphylocoque doré a un potentiel extrêmement destructeur et peut détruire une articulation en moins de 48 heures.

**Traitement**

- hospitalisation, immobilisation, puis mobilisation progressive;
- traitement antibiotique parentéral selon le germe;
- lavage à l'aiguille, éventuellement drainages fréquents à l'aiguille;
- si pas d'amélioration après 24–48 h d'évolution, drainage chirurgical ou arthroscopique.

Des articulations difficiles d'accès à l'aiguille (hanche, épaule) nécessitent un drainage chirurgical d'emblée.

**Tableau 7. Fréquence des germes dans l'arthrite non-gonococcique.**

Fréquence	Germes
60%	staphylocoque doré qui, en règle générale, est résistant à la pénicilline et souvent, à la méthicilline
18%	germes Gram–
15%	streptocoques $\beta$ -hémolytiques
3%	pneumocoques
3 à 4 %	germes anaérobies

**Arthrite liée à la maladie de Lyme**

60% des patients infectés par *Borrelia burgdorferi* non traités développent des arthralgies. Une arthrite est cependant très rare. Il s'agit d'arthrites intermittentes des grandes articulations, surtout le genou. Une sérologie positive doit être confirmée par un test immunoblot en raison de nombreux faux positifs.

**Traitement**

- Doxycycline 2  $\times$  100 mg/j p.o. pendant 28 jours
- ou Ceftriaxone 2 g/j pendant 28 jours en cas d'échec.

**Tableau 6. Arthrite septique: germes selon les pathologies sous-jacentes.**

Population	Germes les plus fréquents
adultes en bonne santé habituelle	gonocoque staphylocoque doré streptocoques
traumatismes, abcès cutanés	staphylocoque doré
infections urinaires ou biliaires	entérobactériacées
immunosupprimés	entérobactériacées
dysfonction splénique	pneumocoque méningocoque
toxicodépendance intraveineuse	entérobactériacées, pseudomonas anaérobies staphylocoque doré, candida
remplacement articulaire prothétique	staphylocoque epidermidis staphylocoque doré entérobactériacées

**Arthrite microcristalline****Goutte**

La goutte se manifeste entre 30 et 60 ans chez l'homme, après la ménopause chez la femme, et atteint 2 à 7 hommes pour 1 femme. La prévalence dans la population générale est de 1 à 2%. Les tophus apparaissent généralement après 10 ans d'évolution d'une arthrite goutteuse récurrente non traitée.

Il est crucial de confirmer le diagnostic par arthrocentèse. Le dosage de l'acide urique sérique ne permet pas de confirmer le diagnostic, mais l'absence d'augmentation le rend moins probable (sensibilité 90%). En cas de doute, il est impératif, même chez un goutteux connu, de confirmer le diagnostic par

une arthrocentèse pour éliminer une infection ou une autre pathologie.

Les facteurs de risque sont la consommation d'alcool, certains médicaments par ex. thiazides et petites doses d'aspirine qui diminuent l'excrétion rénale d'urates, la kétoacidose, un régime riche en purines, l'obésité et une anamnèse familiale positive.

#### Traitement:

- repos, immobilisation et glace
  - traitements médicamenteux:
    - AINS à hautes doses (traitement de choix en l'absence de contre-indications) par exemple: Indométhacine 3-4 × 50 mg/jour (max. 200 mg/jour)
    - Diclofénac 3-4 × 50 mg/jour (max. 200 mg/jour)
    - Colchicine: 2 × 1mg/j pdt 24-48h puis diminuer les doses, ou 1 mg per os initial puis 0,5 mg per os toutes les 2 heures jusqu'à disparition de la douleur ou l'apparition des effets secondaires gastro-intestinaux ou une dose maximale cumulative de 8 mg, puis 1 mg/jour.
- Attention:* La dose efficace est proche de la dose qui cause des effets secondaires gastro-intestinaux (inconfort abdominal et diarrhées).

#### Corticostéroïdes:

- administration intra-articulaire si infection exclue: bétaméthasone (Diprofos® 1 amp. = 7 mg)
- Prednisone: indiquée en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS ou de la colchicine: 30 à 50 mg/j p.o. initial puis sevrer sur 7-10 jours.
- Les hypouricémiantes ne font pas partie du traitement de la crise aiguë mais doivent être prescrits à distance (1 semaine) lors d'épisodes répétés, de tophus ou d'insuffisance rénale due à l'hyperuricémie sous couverture d'AINS, de colchicine (0,5-1 mg/j) ou de prednisone (≤7,5 mg/j).

#### Chondrocalcinoïse (pseudogoutte)

Il s'agit de l'arthrite la plus fréquente de l'âge avancé. Elle se présente avec un tableau clinique similaire à la goutte. Elle touche essentiellement les genoux et les poignets mais peut survenir dans toute articulation. Le traitement de la crise aiguë est similaire à celui de la goutte (mais la colchicine est moins efficace).

Une association avec un hyperparathyroïdisme, une hémochromatose ou une hypomagnésémie doivent être recherchés surtout chez le sujet jeune.

#### Autres arthrites microcristallines

D'autres arthrites microcristallines sont dues à la précipitation d'apatites, d'oxalates de calcium et de cristaux lipidiques. Elles peuvent être déclenchées par un traumatisme, même mineur ou par une surcharge (hémodialyse et l'hypervitaminose C pour les oxalates de Ca).

Le traitement est similaire à celui pour la goutte (pas de colchicine).

### Les 3 points les plus importants à retenir

**L'anamnèse et le status clinique ainsi que la ponction articulaire sont les éléments clés pour la prise en charge d'une monoarthrite.**

**La ponction articulaire est toujours indiquée, sauf si une arthrite septique peut être exclue avec une quasi-certitude.**

**Dans le liquide articulaire, les 3 C (Cellularité, Cristaux, Culture et Gram) doivent être systématiquement analysés.**

Date de la première édition: 30 janvier 2001 par H. Wolff, P.A. Guerne et H. Stalder

Mise à jour: 17 juin 2003 par H. Wolff, P.A. Guerne et H. Stalder

Pour tout renseignement, commentaire ou question: hans.stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web: <http://www.hcuge.ch/dmc/>

#### Références

- 1 Litman K. A rational approach to the diagnosis of arthritis. *Am Fam Physician* 1996;53:1295-310.
- 2 Baker DG, Schumacher HR. Acute monoarthritis. *NEJM* 1993;329:1013-20.
- 3 Lipsky P. Algorithms for the diagnosis and management of musculoskeletal complaints. *Am J Med* 1997;103:49S-85S.
- 4 <http://www.swmed.edu:8090/cme/endurmat/lipsky/index.html>
- 5 Callegari PE, Williams WV. Laboratory tests for rheumatic diseases. When are they useful? *Postgraduate Medicine*; 1997: 65-74.
- 6 Emerson BT. The management of gout. *NEJM* 1996;334: 445-51.

