

Département de médecine communautaire,
de premier recours et des urgences
Service de médecine de premier recours

DOULEUR MONO - OU PAUCIARTICULAIRE AIGÜE

H. Wolff¹, Y. Jackson¹, P.A. Guerne²

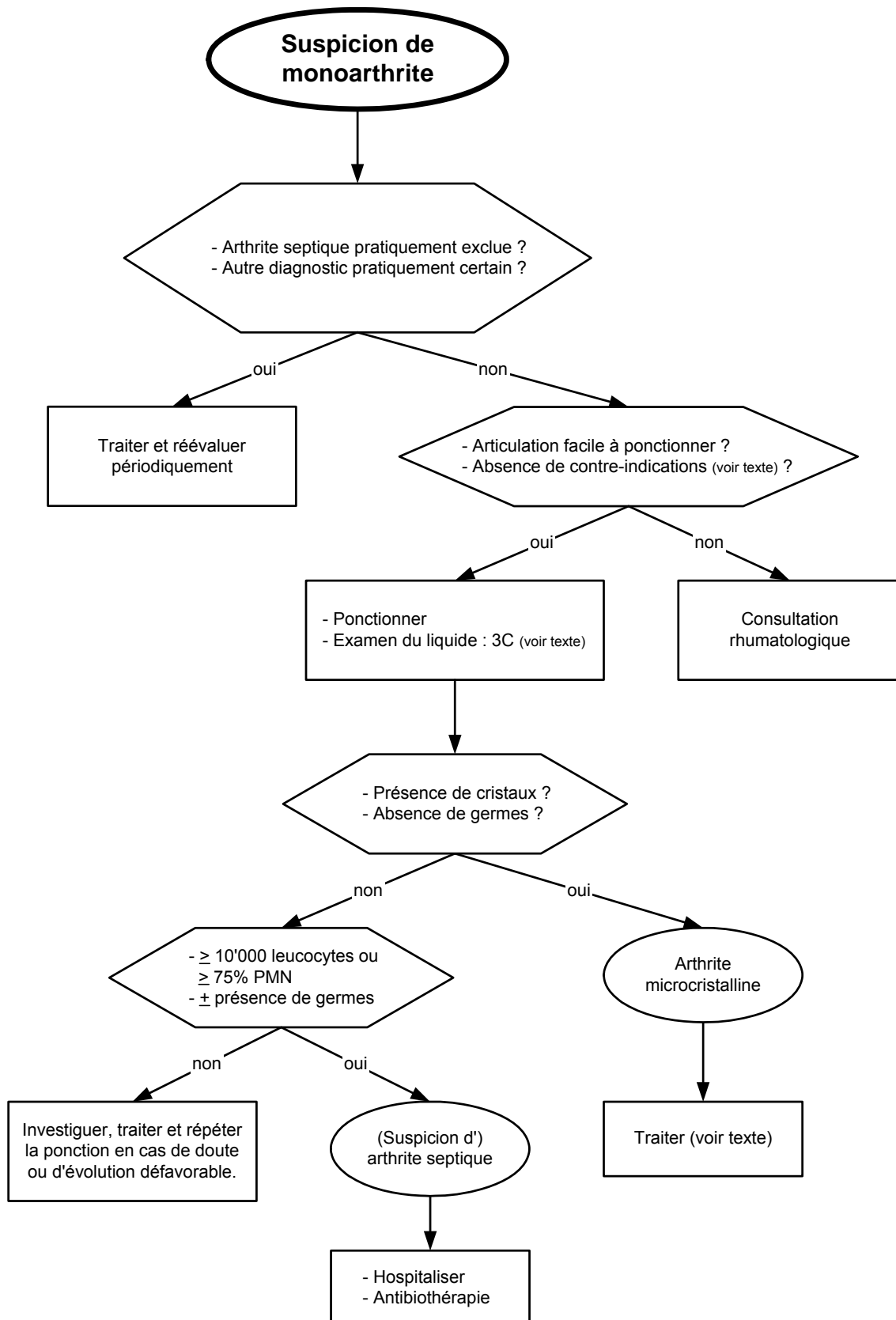
¹Service de médecine de premier recours, HUG

²Service de rhumatologie, HUG

2013

LES POINTS 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.



DOULEUR MONO OU PAUCIARTICULAIRE AIGUE

1. INTRODUCTION

Jusqu'à preuve du contraire, une douleur articulaire aiguë est une urgence rhumatologique.

A quelques exceptions près, toutes les pathologies articulaires peuvent se présenter initialement comme une douleur mono ou pauci-articulaire aiguë, avec ou sans tuméfaction. Il est très important de reconnaître les urgences et les arthropathies nécessitant un traitement spécifique. En cas d'arthrite septique, la destruction du cartilage peut aller très vite, en moins de deux jours dans les cas extrêmes.¹

La tuméfaction mono ou pauci-articulaire aiguë, ou suspicion de 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.

2. DEFINITION/CLASSIFICATION

En situation de premier recours, les diagnostics les plus fréquents sont une cause microcristalline (15-27%), septique (8-27%), dégénérative (arthrose) (5-17%) et inflammatoire (spondylarthrite et polyarthrite rhumatoïde en particulier) 11-16%)².

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Le diagnostic différentiel étant vaste, il est primordial d'effectuer une anamnèse ciblée et un examen physique détaillé (voir tableaux 1, 2 et 3) pour répondre aux questions essentielles suivantes :^{2,3}

- Quelle est la structure concernée ?
 - articulaire ? (synoviale, cartilage, capsule, ligaments).
 - péri-articulaire ? (tendons, bourses, os, nerfs, muscles, peau).
- L'élément inflammatoire est-il prédominant ?
- S'agit-il d'une urgence (arthrites septiques, certaines connectivites ou vasculites, trauma) ?
- S'agit-il d'une maladie à traiter de manière spécifique (maladies systémiques, goutte, HIV, hépatite C, hémochromatose, tumeurs, arthrite réactive) ?

3.1 Anamnèse

Les éléments suivants doivent être recherchés afin d'orienter la démarche diagnostique (Tableau 1) :

	Eléments anamnestiques	Diagnostics suggérés
Début de la symptomatologie	Subit, en quelques heures	Goutte (particulièrement nocturne), chondrocalcinose et autres arthropathies microcristallines
	En quelques jours à semaines	Infections
	Lente	Infections lentes (champignons, mycobactéries), ar-

		throse, tumeurs
Traumatisme	Traumatisme récent, même mineur	Tendinite, bursite, fracture, Hémarthrose, mais aussi spondylarthrite !
	Intervention chirurgicale	Microcristaux, arthrite septique
Antécédents d'infection	Plaie infectée ou intervention dentaire récente	Arthrite septique
	Instrumentation génito-urinaire	Arthrite septique à germe Gram-
	Antécédents récents (7-21 jours) de pharyngite à streptocoques	Rhumatisme articulaire aiguë
	Urétrite	Arthrite gonococcique ou réactive
	Morsure de tique	Maladie de Lyme
	Infection intestinale	Arthrite réactive
Drogues	Drogues par voie intraveineuse	Arthrite septique, hépatites C, B; HIV
Médicaments	diurétiques, aspirine à petites doses, ciclosporine, tacrolimus,	Goutte
	Anticoagulation	Hémarthrose
	Divers (cf tableau 1)	Arthrite médicamenteuse
	Corticostéroïdes	Ostéonécrose ischémique
Anamnèse familiale		Spondylarthrites, PR, goutte, connectivite, psoriasis, , hémo-chromatose, hémoglobi-nopathie

Tableau 1 : Principaux éléments anamnestiques à rechercher en présence d'une arthrite

3.2 Examen physique

Il faut distinguer les atteintes **articulaires** synovitiques (arthrites), qui entraînent en général une importante limitation à la mobilisation active et passive, les enthésites (spondylarthrites) et les atteintes abarticulaires (se caractérisent, en particulier les tendinites, souvent par une limitation aux mouvements actifs surtout).

La recherche de signes cliniques clés implique un examen clinique poussé (Tableau 2) :


	Signes	Diagnostics suggérés
Atteintes muco-cutanées  Image 1	Rash papulo-pustuleux	Gonocoque (image 1) Parvovirus B19, rubéole
	Rash photosensible	Lupus érythémateux, Dermatomyosite
	Purpura	Vasculites, méningococcémie
	Nodules sous-cutanés : - inflammatoires - tophus - graisseux	- Polyarthrite rhumatoïde, - Lupus érythémateux - Goutte - Hypercholestérolémie
	Pyodermie gangréneuse et érythème noueux	Arthropathies liés aux entéropathies ou à la sarcoïdose
	Psoriasis cutané et /ou lésions unguéales (kératose sub-unguéale, onycholyse)	Arthrite psoriasique
Atteintes oculaires	Kérato-conjonctivite sèche, ulcérations cornéennes	Syndrome de Sjögren, (polyarthrite rhumatoïde et autres connectivites)
	Conjonctivite	Syndrome de Reiter
	Uvéite	Spondylarthrites, maladie de Behçet, sarcoïdose, arthrite juvénile idiopathique, maladie de Whipple, brucellose
Atteintes neurologiques	Névrites des nerfs crâniens et périphériques, radiculonévrite motrice ou sensorielle	Polyarthrite rhumatoïde, vasculites, connectivites et cryoglobulinémies
	Méningite, encéphalite	Behçet, connectivites, arthrite à méningocoque

Tableau 2 : Manifestations extra-articulaires

4. DIAGNOSTIC

L'anamnèse et l'examen clinique ne sont cependant pas souvent suffisants pour poser un diagnostic et des examens complémentaires sont en général indispensables (voir tableaux 4 et 5). Il n'est néanmoins pas rare de devoir prendre des décisions thérapeutiques avant de connaître la totalité des résultats : 16-36% des monoarthrites aiguës sont initialement inclassables et une monoarthrite peut rester un événement transitoire sans récurrence.

Le Tableau 3 rappelle les principales étiologies des mono-arthrites ainsi que les conditions pouvant mimer une arthrite (Tableau 3) :

Arthrites	
- Arthrites infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> Bactériennes (cocci+, bacilles-), y compris de Lyme Mycobactériennes (rare)

	<ul style="list-style-type: none"> • Fongiques (rare) • Virales (rare)
- Arthrites réactives	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylarthrites réactives (chlamydiae, mycoplasmes, salmonella, yersinia, shigella, campylobacter) • RAA (streptocoque bêta-hémolytique) (rare) • <i>Clostridium difficile</i>, Trichomonas (rare)
- Arthrites micro-cristallines	<ul style="list-style-type: none"> • Urate de sodium (goutte) • Pyrophosphate de calcium (pseudo-goutte) • Hydroxy-apatite • Oxalates de calcium (rare) • Cristaux lipidiques (rare)
- Maladies immuno-inflammatoires systémiques	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylarthrites (ankylosante, réactives, psoriasique, entéropathiques, indifférenciées – collectivement très fréquentes) • Polyarthrite rhumatoïde • Connectivites (Lupus érythémateux disséminé, Sjögren, etc.) (rare) • Vasculite (Panarthrite noueuse, Henoch-Schönlein, Behçet) (rare) • Sarcoïdose (rare)
- Arthrites métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> • Hémochromatose (rare) • Hyperlipidémies type II et IV (rare)
- Arthrites médicamenteuses	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoroquinolones (rare) • Oméprazole (rare) • Bêtabloquants (rare) • Autres (IPPs, ranitidine, statines, isoniazide, mycophenolate, prograf, IFNs, IL-2, G-CSF, GM-CSF, tamoxifène, antiprotéases, inhibiteurs de l'aromatase, miansérine, mirtazapine, néfazodone) (rare)
- Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Synovite liée à un corps étranger (épine par exemple-rare)
Conditions pouvant mimer une arthrite :	
- Arthrose	
- Trauma, microtrauma	<ul style="list-style-type: none"> • Fractures • Fractures lentes • Hémarthrose
- Ostéonécrose ischémique (rare)	Idiopathique Secondaire <ul style="list-style-type: none"> • Alcoolisme chronique • Lupus érythémateux disséminé • Trauma • Dyslipidémies • Corticoïdes
- Tumeurs bénignes et ma-	<ul style="list-style-type: none"> • Synovite villonodulaire pigmentée (rare)

lignes (rare)	<ul style="list-style-type: none"> • Métastases (très rare) • Tumeurs épiphysaires (très rare) • Ostéochondromatose (très rare) • Synoviome (très rare)
- Divers	<ul style="list-style-type: none"> • Bursite (fréquent) • Lésions méniscales, tendineuses ou ligamenteuses • Dermo-hypodermite • Hypothyroïdie (liquide synovial non inflammatoire - rare) • Ostéoarthropathie hypertrophique (rare) • Ostéochondrite disséquante (rare)

Tableau 3 : principales étiologies des mono-arthrites ainsi que les conditions pouvant mimer une arthrite

4.1 Arthrocenthèse

C'est l'examen-clé en cas d'atteinte mono- ou pauciarticulaire d'origine indéterminée. Elle est en principe indispensable devant tout épanchement ou suspicion d'épanchement intra-articulaire, notamment pour confirmer ou infirmer une arthrite bactérienne, sauf si l'on est sûr qu'il s'agit d'un problème non inflammatoire. En cas de doute il faut s'aider de l'ultrason, pour visualiser et localiser l'épanchement. 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 pression intra-articulaire, la quantité de germes, de PMN et d'enzymes. Les critères et modalités et de la ponction sont décrites sur le lien suivant : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php?sid=33539>.⁴

Il ne faut pas ponctionner à l'endroit d'une infection cutanée. Les troubles hémostatiques sont une contre-indication relative. En cas de doute, faire une échographie et prendre l'avis des spécialistes (dermatologue, rhumatologue et/ou orthopédiste), mais ne pas s'abstenir de ponctionner une possible arthrite.

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

- **C**ellularité (tube EDTA)
- **C**ristaux (tube sans additif)
- **C**ulture 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.

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 μl	< 2'000	2'000-50'000 rarement > 100'000	Généralement >50'000
PMN	< 25%	généralement \geq 50%	généralement \geq 75%

Tableau 4 : Interprétation du liquide synovial

Liquide non inflammatoire	Liquide inflammatoire	Liquide hémorragique
<ul style="list-style-type: none"> • Arthrose • Trauma, microtrauma • Ostéonécrose • Tumeurs • Arthropathie neurogène • Phase précoce d'un processus inflammatoire • Synovite villonodulaire • Ostéoarthropathie hypertrophique • Hypothyroïdie 	<ul style="list-style-type: none"> • Spondylarthrites, y compris réactives • Arthrites micro-cristallines (Attention : la présence de cristaux n'exclut pas une arthrite septique !) • PR • Connectivites (lupus, Sjögren, sclérodémie, polymyosites) • Vasculites • Arthrites virales • RAA 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient anticoagulé • Traumatisme • Synovite villo-nodulaire • Hémangiome, synovialome • Hémophilie et autres diathèses hémorragiques • Scorbut

Tableau 5 : Diagnostic différentiel selon le type de liquide synovial

Attention : une recherche de germe négative par examen direct ou culture n'exclut pas une infection, notamment à mycobactéries. Des PCR et/ou des biopsies synoviales sont donc indiquées en cas de suspicion élevée ou d'évolution défavorable inexpliquée.

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.

4.2 Imagerie

- 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 en revanche indiquée dans la recherche de lésions dégénératives, traumatiques, d'une ostéonécrose, de tumeurs et d'éventuelles calcifications, par exemple en cas de suspicion de chondrocalcinose. La radiographie est également utile comme comparatif pour d'éventuels clichés ultérieurs.
- L'échographie est utile pour confirmer l'atteinte d'une articulation surtout profonde (hanche), pour guider une arthrocentèse ou une injection thérapeutique intra-

articulaire. Elle peut permettre de distinguer une enthésite d'une synovite ou d'un épanchement non inflammatoire.

- L'IRM permettent de mieux évaluer l'atteinte de la synoviale et des tissus périphériques et de rechercher une éventuelle ostéomyélite d'accompagnement. Elle est également très performante pour la recherche d'enthésites.
- Le CT scan peut être utile pour la recherche d'une éventuelle ostéomyélite, de tophi ou de certaines calcifications.

4.3 Les examens sanguins

Ils ont généralement 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. Les autres examens souvent utiles selon les circonstances comprennent :

- les sérologie de Lyme, HIV, hépatites B, C et E, brucelloses, chikungunya, fièvre Q
- recherches de facteurs rhumatoïdes et anti-CCP
- dosages des urates (pendant la crise un dosage normal ou bas n'exclut pas une goutte mais un dosage élevé permet d'orienter le diagnostic)

En l'absence de diagnostic évident, il faut rechercher les pathologies à traiter spécifiquement notamment le gonocoques, le chlamydiae ou le mycoplasme (PCR et/ou culture du cervix, de l'urètre, des urines, du rectum et de la gorge), d'hémochromatose (rapport fer/transferrine, ferritine, recherche de la mutation HFE), de connectivite (FAN et anti-corps anti-nucléoprotéines) et de vasculite (ANCA)).

5. PRISE EN CHARGE

Ce chapitre ne traite que des douleurs mono- ou pauciarticulaires les plus fréquentes qui nécessitent un traitement d'urgence, en ne discutant que leurs caractéristiques principales.

5.1 Arthrites septiques

A considérer en premier lieu en raison de leur potentiel destructeur.⁵ Il faut d'abord prendre en compte les germes selon les différentes populations (Tableau 6).

Population	Germes les plus fréquents
• Adultes en bonne santé habituelle	<ul style="list-style-type: none"> • Staphylocoque doré • Gonocoque (sujets sexuellement actifs) • Streptocoques
• Traumatismes, abcès cutanés	<ul style="list-style-type: none"> • Staphylocoque doré
• Infections ou intervention uro-génitales ou digestives	<ul style="list-style-type: none"> • Entérobactériacées • Streptocoques

• Immunosupprimés	• Entérobactériacées
• Dysfonction splénique	• Pneumocoque • Méningocoque
• Toxicodépendance intraveineuse	• Entérobactériacées, pseudomonas • Anaérobies • Staphylocoque doré, candida
• Remplacement articulaire prothétique	• Staphylocoque epidermidis • Staphylocoque doré • Entérobactériacées

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

• Arthrite à gonocoques

C'est la cause la plus fréquente chez l'adulte jeune sexuellement actif. Elle touche 3 femmes pour un homme. En plus du syndrome fébrile, la triade classique inclut une téno-synovite, des arthralgies migratoires ainsi que des lésions vésiculeuses et pustuleuses (Image 1). Seulement 25% des examens directs (Gram) et des cultures synoviales sont positifs. La PCR dans le liquide synovial n'est pas encore validée. Il est primordial de confirmer la suspicion clinique par un examen d'urine ou un frottis du col utérin (amplification par PCR).

Traitement

- Hospitalisation, immobilisation, puis mobilisation progressive
- Ceftriaxone 2 g/jour i.v. ou Cefotaxime 2 g/8h i.v. pdt 7 jours.

• Arthrite septique non-gonococcique

Elle touche souvent les grandes articulations comme le genou et la hanche. Elle peut être oligo- (2-4) ou même polyarticulaire (≥ 5 articulations touchées). Elle est généralement transmise par voie hématogène et concerne les germes suivants (Tableau 7) :

Fréquence	Germes
60%	Staphylocoque doré qui, en règle générale, est résistant à la pénicilline et souvent, à la méthicilline
18%	Germes Gram ⁻
15 %	Streptocoques β -hémolytiques
3%	Pneumocoques
3 à 4 %	Germes anaérobies

Tableau 7 : fréquence des germes dans l'arthrite non-gonococcique

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.

- On considère généralement que les articulations difficiles d'accès à l'aiguille (hanche, épaule) nécessitent un drainage chirurgical ou arthroscopique d'emblée.

- **Arthrite liée à la maladie de Lyme**

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

Traitement

- Doxycycline 2x100 mg/j p.o. pendant 28 jours ou
- Ceftriaxone 2 g/j pendant 28 jours en cas d'échec.

5.2 Arthrites microcristallines

- **Goutte**

La goutte se manifeste généralement après 25 ans chez l'homme, après la ménopause chez la femme, et atteint 2 à 7 hommes pour 1 femme.⁶ La prévalence dans la population générale est de 1 à 2%.⁶ Il s'agit généralement d'une monoarthrite aiguë touchant la MTP de l'hallux ou une grosse articulation. Les facteurs associés sont l'HTA, l'obésité, l'IRC, les diurétiques et l'hyperuricémie. Une consommation élevée de bière, de viande et de crustacés augmente le risque. Les tophus apparaissent généralement après 10 ans d'évolution d'une arthrite goutteuse récurrente non traitée.

Diagnostic

Le dosage de l'acide urique sérique ne permet pas de confirmer le diagnostic; l'absence d'augmentation le rend moins probable mais il y a une augmentation de l'excrétion au moment d'une crise (sensibilité 90%), ce qui peut nécessiter un second dosage à distance. Le diagnostic se pose en présence de cristaux d'urate biréfringents en lumière polarisée dans le liquide synovial et il convient d'exclure une infection concomitante (Gram, culture).

Traitement :

- Repos, immobilisation et glace
- Traitements médicamenteux :
 - o AINS à hautes doses (traitement de choix en l'absence de contre-indications) (par exemple : Indométhacine 3-4x50 mg/jour (max. 200 mg/jour) ou Diclofénac 3-4x50 mg/jour (max. 200 mg/jour))
 - o Colchicine : Généralement : 3 x 0.5mg le premier jour, 2 x 0.5 le 2ème et 0.5 à 1 mg/j à partir du 3ème. La colchicine n'est pas distribuée officiellement en CH mais peut être achetée ou commandée dans la plupart des pharmacies du canton ou en France.
- Corticostéroïdes:
 - o Administration intra-articulaire si infection exclue ; par exemple: bétaméthasone (Diprophos® 1 amp. = 7 mg)
 - o 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.
- Inhibiteurs de l'IL-1 : dans les cas réfractaires
- Paracétamol 1g 3-4x/j si nécessaire

- Les hypouricémiants doivent être prescrits lors d'épisodes répétés, de tophus ou de néphropathie uratique (insuffisance, lithiases) sous bonne couverture d'AINS +/- de colchicine (0,5-1 mg/j) et/ou de prednisone ($\leq 7,5$ mg/j) pendant les 3-6 premiers mois, avec en général une combinaison de 2 types différents de molécules pendant les 10 premiers jours. Importance de l'éducation diététique du patient en insistant sur la réduction du poids et de la consommation de bière, alcools forts, viande rouge et crustacés.

- **Chondrocalcinose (pseudo-goutte)**

Il s'agit de l'arthrite la plus fréquente de l'âge avancé. Elle se présente souvent par 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 doit être absolument recherchée, surtout chez le sujet de moins de 55 ans.

- **Autres arthrites microcristallines**

D'autres arthrites microcristallines sont dues à la précipitation d'apatites, d'oxalates de calcium et de cristaux lipidiques. Elles sont beaucoup plus rares mais 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 de la chondrocalcinose (AINS, colchicine moins efficace).

6. REFERENCES

1. Garcia-de la Torre I, Nava-Zavala A. Gonococcal and non-gonococcal arthritis. Rheum Dis Clin N am 2009 ;35:63-73.
2. Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc J. Acute monoarthritis : what is the cause of my patient's painful swollen joint? CMAJ 2009;180(1):59-65.
3. Byng-Maddick R, Jeyalingam L, Keat A. Management of persistent inflammatory large joint Monoarthritis. Clin Rheumatol 2012; 31:1657–1662
4. Gachoud D, Guinot-Bourquin S, Monti M, Dudler J. Rev Med Suisse 2008 ; 4 (177) : 2330-2, 2334-6
5. Weston VC, Jones AC, Bradbury N et al. Clinical features and outcome of septic arthritis in a single UK Health District 1982-1991. Ann Rheum Dis 1999; 58:214.
6. Richette, T, Bardin P. Gout. The Lancet 2010 ;375(9711) : 318-28.

Mise à jour :	mars 2010	Y. Jackson, H. Wolff et P.A. Guerne
	juillet 2013	H. Wolff, Y. Jackson, P.A. Guerne

Pour tout renseignement commentaire ou question : marie-christine.cansell@hcuge.ch