

DIAGNOSTIC D'UNE ARTHRITE CHRONIQUE

I. INTRODUCTION

Le diagnostic d'une arthrite chronique représente un problème fréquent en rhumatologie pratique. Il pose en fait plusieurs problèmes :

- 1. celui de la **réelle existence de l'arthrite**. En effet, une douleur articulaire, un gonflement de l'articulation n'est pas obligatoirement synonyme d'arthrite. Il faut savoir examiner l'articulation et éventuellement faire appel aux examens paraclinique pour étayer le diagnostic au premier rang desquels, se trouve l'analyse du liquide articulaire quand celui-ci est obtenu.
- 2. celui de la **gravité** de cette arthrite chronique puisque le risque septique est pratiquement écarté dans ce cadre diagnostique. Il cadre surtout avec les erreurs diagnostiques qui conduisent à affirmer une étiologie simpliste et à laisser évoluer une maladie beaucoup plus grave dont l'arthrite n'était qu'un symptôme "anodin".
- 3. celui de son **traitement** : il doit prendre en compte bien sûr le contexte clinique. On ne réalisera une infiltration de corticoïde qu'une fois le diagnostic assuré afin de ne pas masquer les symptômes et surtout de ne pas injecter un corticoïde dans une articulation potentiellement suspecte de localisation septique, même si cette étiologie est rare dans ce délai.

II. AFFIRMER LE DIAGNOSTIC

Il va passer par deux étapes :

affirmer la présence d'un processus inflammatoire intra articulaire par l'examen de l'articulation et éventuellement la réalisation d'examens paracliniques simples où domine l'analyse du liquide synovial.

éliminer une atteinte periarticulaire.

A. L'arthrite

* **L'examen de l'articulation est la pierre angulaire du diagnostic.** Il est plus ou moins aisé en fonction de l'articulation affectée. La majorité des articulations sont superficielles et donc accessibles à la recherche d'une hydarthrose que l'on précise en mobilisant le liquide synovial dans les culs-de-sac synoviaux. Au niveau de la hanche et de l'épaule dans une moindre mesure, cette recherche sera impossible et on analysera la limitation douloureuse de l'articulation.

DIAGNOSTIC D'UNE ARTHRITE CHRONIQUE 2

La recherche du contexte inflammatoire s'établit dès l'interrogatoire sur l'horaire inflammatoire des douleurs (de nuit et de repos), sur l'altération éventuelle de l'état général etc..

* **Les examens paracliniques sont dominés par:**

L'analyse du liquide de ponction articulaire que l'on fera systématiquement quand cela est possible. Le profil inflammatoire est caractérisé par un liquide exsudatif (**protéine > 30 g/l**), filant et par la présence de **leucocytes (>2500 GB)** sans hématies. La recherche de la formule peut déjà orienter.

L'analyse de **l'acide lactique** peut avoir un intérêt diagnostique complémentaire à la numération des leucocytes si ce dosage facile est réalisé rapidement après la ponction.

En effet, les lactates sont dosés à 2.5 mmol/l dans un liquide mécanique.

Ce dosage augmente significativement **entre 3.5 et 7 mmol/l dans les arthrites rhumatoïdes, métaboliques ou des SASN.**

L'acide lactique dépasse 10 mmol/l dans les arthrites septiques qu'elles soient à pyogènes ou à BK.

Un syndrome inflammatoire est systématiquement recherché en complément.

B. Après cette analyse, on éliminera : diagnostic différentiel

Facilement ce qui n'est pas une arthrite

* Les gonflements consécutifs à une déformation osseuse ou musculaire (Paget, tumeurs, hématome, etc..)

* Les douleurs d'autre origine qu'elle aient une origine radiculaire ou virale (zona).

Plus difficilement les inflammations **abarticulaires** surtout au niveau de l'épaule

* en effet, la ponction à l'aveugle d'une **bursite sous acromiale** peut ramener un liquide inflammatoire donnant le change avec un liquide d'arthrite.

* Il faudra ici être particulièrement attentif lors de l'examen clinique et rechercher les **signes de souffrance péri articulaire**. La ponction sous ampli de brillance avec visualisation du trajet de ponction permet facilement de différencier un épanchement articulaire ou ab-articulaire. (encore que les deux puissent communiquer...)

difficilement la rupture de kyste poplité

* puisqu'elle survient en général sur une arthrite chronique de genou (parfois sur simple arthrose)

DIAGNOSTIC D'UNE ARTHRITE CHRONIQUE 3

* puisqu'elle va se caractériser souvent par une aggravation du tableau clinique articulaire avec une accentuation des douleurs, une impotence à la mobilisation et souvent une **disparition paradoxale des signes d'arthrites (plus de choc rotulien)**

* le **gonflement du mollet**, les **douleurs irradiées dans la jambe** permettront d'évoquer ce diagnostic qui sera confirmé par l'échographie.

III. PRECISER L'ETIOLOGIE

Le diagnostic étiologique d'une arthrite chronique recouvre le vaste champ de la rhumatologie inflammatoire et peut paraître fastidieux à énoncer. Il nous paraît plus intéressant de le présenter de manière pratique quitte éventuellement à effacer quelques étiologies exceptionnelles. En effet, le problème essentiel posé par un patient présentant une arthrite chronique (supérieure à 3 mois) est de rater un diagnostic qui risque de mettre en péril la vie du patient à plus long terme. Une fois éliminées ces étiologies, on aura toujours le temps de rectifier un diagnostic étiologique avec le temps.

A. Les arthrites à fortes morbidité

Dans le cadre d'une arthrite chronique, deux grands diagnostics doivent être impérativement évoqués avant de discuter les grands diagnostics

1. les arthrites d'origine infectieuse

elles ne devraient pas être discutées dans le contexte chronique. Cependant, deux conditions différentes permettent de les évoquer ici

Les arthrites chez l'immunodéprimé (HIV...) peuvent se présenter sous la forme d'arthrites peu intenses évoluant depuis plusieurs semaines sans retentissement clinique caricatural chez des patients déjà fortement affectés. La **fièvre, l'impotence totale** surtout quand il s'agit d'une petite articulation **sont absentes**. Il faudra s'acharner à prouver l'absence d'infection et recourir éventuellement à la biopsie synoviale. Les germes impliqués sont souvent non pathogènes (ou nosocomiaux) et peuvent faire penser à une contamination iatrogène (staphylocoque non auréus, acinéto bacteres etc...)

Les arthrites à germes non pyogènes. En tout premier lieu, il faudra penser au **Bacille tuberculeux** qui peut être responsable d'une **arthrite peu évolutive**. Le liquide est souvent modérément inflammatoire. Le terrain classique tuberculeux est le plus souvent absent, remplacé par une note d'immunodépression. Il faudra avoir recours à la **biopsie synoviale** à la recherche des nodules caséeux pour affirmer le diagnostic. Cependant, une arthrite hémorragique à prédominance lymphocytaire avec lactates élevés doit faire évoquer ce diagnostic. Le bacille de Koch est régulièrement retrouvé mais d'autres bacilles acido alcool résistants sont possibles.

2. Les arthrites lupiques

DIAGNOSTIC D'UNE ARTHRITE CHRONIQUE 4

Elles sont le diagnostic à impérativement éliminer, car si elles ne présentent aucun critère de gravité par elles-mêmes et sont très **facilement curables par les anti-inflammatoires** simples, elles peuvent former le premier signe probant de la maladie lupique. En effet, elles sont toujours présentes à un moment donné de l'évolution du lupus, elles peuvent précéder des manifestations beaucoup plus graves comme l'atteinte rénale, cérébrale ou hématologique.

Classiquement, on sera en présence d'une femme jeune présentant depuis plusieurs mois des arthralgies diffuses touchant plutôt les petites articulations parfois avec de véritables arthrites. Ces arthrites auront toutes souvent bien répondu à l'introduction d'un anti-inflammatoire fruit d'une auto-médication (aspirine) ou d'une ordonnance. On recherchera chez ces patientes les autres signes cliniques cardinaux de la maladie et le bilan biologique minimum d'une arthrite indéterminée chez une femme jeune comprendra impérativement la recherche d'anticorps anti-nucléaires.

Une négligence dans la démarche du diagnostic pourra conduire à de lourdes conséquences non seulement par la survenue tardive de complications classiques de la maladie mais aussi même par le déclenchement d'une poussée par l'introduction erronée d'un traitement de fond comme un sulfhydrylé ou la salazopyrine.

B. Les autres diagnostics

Ils sont représentés par la découverte d'un des deux grands rhumatismes inflammatoires que sont la polyarthrite rhumatoïde et les arthrites des spondylarthrites séronégatives. Dans la recherche de ces étiologies on s'intéressera au contexte clinique des patients. La discussion des autres étiologies est beaucoup plus anecdotique.

1. La polyarthrite rhumatoïde

Réalise un tableau **d'arthrites chroniques symétriques** touchant les **petites articulations**. Dans le cadre du diagnostic d'une arthrite chronique, on recherchera donc un contexte d'atteinte polyarticulaire et la notion de raideur matinale. Le bilan biologique spécifique orientera vers la présence de facteurs rhumatoïdes. Un bilan radiologique des mains et des pieds recherchera des érosions épiphysaires ou une ostéoporose circonscrite. Enfin, les AINS ont peu d'efficacité.

Les arthrites des spondylarthropathies séronégatives

Réalisent un tableau **d'arthrites chroniques asymétriques** touchant **plutôt les grosses articulations des MI**. Dans le cadre du diagnostic d'une arthrite chronique, on recherchera aussi une atteinte pelvi-spondylienne, l'existence passée d'enthésopathie et surtout les antécédents familiaux de rhumatisme analogue ou de psoriasis. La recherche d'une infection génitale ou digestive récente ainsi que de signes d'uvéite antérieure doit faire partie de la recherche systématique. Enfin les AINS sont efficaces en moins de 48 h chez ces patients.

Les autres diagnostics

les arthrites métaboliques : elles ne se voient pas dans le contexte d'arthrite chronique en dehors de la goutte chronique devenue très rare. Cependant, des arthrites **microcristallines** à cristaux de pyrophosphate sont parfois décrites à l'état subintrait chez le grand vieillard.

les arthrites des **autres connectivites** peuvent parfois être évoquées. Le contexte pourra alors être évocateur comme dans les arthrites chroniques du Behcet ou de la sclérodermie. Le tableau d'arthrite est ici rarement inaugural.

La poussée inflammatoire arthrosique est un diagnostic possible au niveau de toutes les articulations. Sur un plan biologique, le **syndrome inflammatoire sera très modéré**, mais les signes locaux pourront être assez marqués comme dans les poussées inflammatoires **d'arthrose digitale**. De la même façon, le rapide pincement de la **coxofémorale** ira bien avec l'aggravation rapide d'une impotence fonctionnelle ancienne jusque là contenue. La ponction articulaire pourra ramener un liquide mécanique avec des éléments en faveur d'une arthrite (comme l'augmentation des leucocytes). Pour ces éléments, il paraît logique de classer ce diagnostic dans l'étiologie plutôt que de le considérer comme un diagnostic différentiel.

IV. CONCLUSIONS

Le diagnostic positif d'arthrite chronique est assez facile. La bonne prise en charge de ce problème passera par l'élimination d'une cause grave. La discussion seconde de l'étiologie définitive sera plus aisée d'autant que l'on aura toujours le temps de modifier un diagnostic sans risque pour le patient. Dans le cadre de ce problème fréquent, la ponction articulaire a une place de choix quand elle bien réalisée. Lorsqu'il y a suspicion d'infection, il ne faudra pas hésiter de pousser à la biopsie synoviale.