

UNIVERSITE FERHAT ABBAS SETIF 1
FACULTE DE MEDECINE
MODULE DE RHUMATOLOGIE
5^{EME} ANNEE DE MEDECINE

Diagnostic d'une arthrite oligoarthrite ou polyarthrite

Pr. R.CHERMAT

Service de Médecine interne
CHU DE SETIF

Année universitaire 2019/2020

Le 17/06/2020

1. Introduction

Le problème posé par les arthrites est surtout étiologique.

Devant une arthrite aigue, il est urgent d'éliminer une arthrite aigue septique.

2. Diagnostic positif

Signes cliniques :

3 types d'arthrite selon l'intensité des troubles :

- Arthrite aigue caractérisée par la brutalité d'installation.

A l'examen les signes inflammatoires sont francs

- Arthrite subaiguë : d'installation plus progressive
- Arthrite chronique : d'évolution plus de 3 mois

Selon le nombre d'articulations touchées :

- Une monoarthrite
- Oligoarthrite : 2 à 3 articulations touchées.
- Polyarthrite: plusieurs articulations touchées.

Signes biologiques :

- Syndrome inflammatoire biologique.
- Ponction articulaire :
- liquide citrin formule inflammatoire :
- taux protides > 40 g/l
- nombre d'éléments >3000/mm³

Signes radiologiques :

- Radiographies : normales ou tuméfaction des parties molles.

3. Orientation étiologique

3.1.Oligo ou polyarthrite infectieuse

a) Pyogènes

- Gonocoque :
- oligoarthrites infectieuses du sujet jeune (femme).
- début brutal: fièvre, frissons.
- mono ou oligoarticulaire, poly-articulaire asymétrique.
- poignet, genou.
- L'arthrite migratrice au début.
- La recherche d'une porte d'entrée (génitale, anale, buccale)
- Méningocoque
- pneumocoque,
- streptocoque B,
- staphylocoque doré,
- endocardite d'Osler :
- les manifestations articulaires s'intègrent dans le cadre d'une septicémie, sur terrain particulier (immunodéprimé, diabétique)

b) brucellose :

- Contact direct animaux (vétérinaires),
- Ingestion alimentaire (fromage frais, lait cru).
- Phase aiguë: arthrites ou arthralgies simples (Fièvre sudoro-algique).
 - Articulations =Hanches, genoux + atteintes.
 - Sacro-iliite ou spondylodiscite peuvent être associées.
- Radiographies initiales sont normales.
- Diagnostic : hémocultures, sérologie de Wright.

c) Mycobactéries

-Tuberculose :

-Mono-articulaire

- Oligoarthrite (genou, hanche),

Au stade précoce, les radiographies sont normales, puis surviennent des géodes et des érosions siégeant électivement en périphérie

Biopsie synoviale (granulome épithélioïde avec ou sans caséum).

d) Virus

- Hépatite virale B:

Polyarthrite brutale, bilatérale et symétrique

- Primo-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

3.2.Rhumatismes post-infectieux**a) Arthrites réactionnelles:**

Arthropathies stériles ; la cause est une infection initiale extra-articulaire

FLR

- génitale (Chlamydiae trachomatis) ou
- digestive (Shigella, Salmonelloses mineures, Yersinia enterocolitica).
- Oligoarthrite asymétrique membres inférieurs,
 - début brutal, 2 à 4 semaines après l'infection
 - genoux, chevilles, métatarsophalangiennes, mains, poignets, doigts
- L'atteinte oculaire: conjonctivite, iridocyclite
- L'urétrite vénérienne
- Dans les formes à porte d'entrée digestive : diarrhée,
- Les sérologies : Yersinia, Salmonella sont positives
- Ag HLA B27 + présent dans 80 %

b) Rhumatisme post-streptococcique: ATCD de RAA fréquents**3.3.Spondylarthropathies**

- Rhumatisme psoriasique,
- Maladie de Crohn, RCH
 - Oligoarthrite membres inférieurs, associée ou non à manifestations axiales.
 - Les signes radiographiques évocateurs: syndesmophytes, arthrite sacro-iliaque uni- ou bilatérale.
 - Ag HLA B 27 présent

3.4.Polyarthrite rhumatoïde

PR débute par oligoarthrite distale mains (poignets, MCP, IPP), dérouillage articulaire matinal.

3.5.Autres rhumatismes inflammatoires

- La pseudopolyarthrite rhizomélique PPR
- La maladie de Behçet
- Le purpura rhumatoïde :
 - polyarthralgies+ syndrome douloureux abdominal + purpura membres inférieurs.
- La sarcoïdose peut débiter polyarthrite aiguë + érythème noueux + des infiltrats pulmonaires (syndrome de Löfgren)

3.6.Connectivites

a) *Syndrome de Sjögren :*

2 formes:

- GS Primitif isolé (50%)
- GS Secondaire (50%): associé à autre MAI

Polyarthrite non destructrice + xérostomie et (ou) xérophtalmie.

L'atteinte articulaire (75%)

- Poly arthralgies inflammatoires
- Polyarthrite:
 - distale (MCP, IPP et genoux)
 - bilatérale,
 - symétrique,
 - fugace
 - sans signe de destruction articulaire

Biologie :

- Les AC Anti-SSA : 88-96%
- Les AC Anti-SSB: 71-87 % 3(+Anti-SSA dans la plupart des cas)
-

Diagnostic: biopsie glandes salivaires

b) *Connectivites mixtes (syndrome de Sharp)*

Association polyarthrite +syndrome de Raynaud, +une myosite + doigts boudinés.

Les AC anti-RNP caractéristiques

c) *Lupus érythémateux systémique.*

L'atteinte articulaire souvent révélatrice:

La présence d'AC antinucléaires, d'anti-DNA natif, AC anti-sm baisse complément.C3, C4

d) Autres connectivites

- Sclérodermie systémique,
- Polymyosite,
- dermato-polymyosite,
- Périartérite noueuse,
- Cryoglobulinémies s'accompagnent rarement d'une polyarthrite

3.7. Arthropathies métaboliques

- Goutte polyarticulaire : la goutte atypique ; une oligo ou une polyarthrite.

- Chondrocalcinose articulaire : cause d'arthrite aiguë la plus fréquente chez le sujet âgé.
 - Les articulations touchées : genoux, poignets.
 - Les radiographies : liseré calcique évocateur [ménisques, ligament triangulaire du carpe, symphyse pubienne.
 - La ponction articulaire : liquide très inflammatoire + microcristaux de pyrophosphate de calcium à bouts carrés.