

**UNIVERSITE FERHAT ABBAS SETIF 1**  
**FACULTE DE MEDECINE**  
**MODULE DE RHUMATOLOGIE**  
**5<sup>EME</sup> 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/mm<sup>3</sup>

### *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.