

Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente

Insérer les T1

Objectifs pédagogiques

ENC

Devant une douleur ou un épanchement articulaire, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Devant une arthrite d'évolution récente, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

COFER

Savoir diagnostiquer un épanchement articulaire (le différencier de la douleur, de la bursite).

Connaître la démarche diagnostic devant une mono-arthropathie avec épanchement : en particulier connaître les symptômes et signes permettant de distinguer une arthrite (septique ou microcristalline) d'une affection non inflammatoire.

Connaître les méthodes de ponction des principales articulations périphériques.

Savoir interpréter les résultats de la ponction articulaire et connaître l'aspect macroscopique et microscopique d'un liquide synovial (arthrite septique, microcristalline, inflammatoire ou mécanique, hydarthrose d'une hémarthrose).

Connaître les principales étiologies d'arthrite récente en fonction de la localisation et des éventuels signes d'accompagnement.

DIAGNOSTIQUER UN EPANCHEMENT ARTICULAIRE

Définition

Un épanchement est toujours la traduction d'une souffrance intra-articulaire qui peut être d'origine diverse. Physiologiquement, dans une articulation normale, il existe un faible film liquidien qui, dans la plupart des cas, n'est pas visible, même avec des examens complémentaires sensibles (échographie, imagerie par résonance magnétique).

Diagnostic

Un épanchement « pathologique » peut être identifié par l'examen clinique et les examens complémentaires.

L'examen clinique permet de rechercher un épanchement qui peut être observé dès l'inspection pour les articulations « superficielles » (doigts, poignets, coudes, genoux, pieds). Il peut se palper, en particulier au niveau des genoux par des manœuvres spécifiques (signe du flot, signe du glaçon ou choc rotulien). Il faut signaler qu'un épanchement peut prendre un aspect pseudo-tumoral s'accumulant dans un kyste ou un diverticule de la capsule (exemple : kyste poplité).

Quand un épanchement est détecté, différents éléments sont importants à recueillir :

- son ancienneté (récent, chronique) ;
- son importance ;
- l'existence de signes locaux inflammatoires ;
- l'existence d'un épaissement de la membrane synoviale (synovite) qui est palpable surtout dans la polyarthrite rhumatoïde (pannus rhumatoïde).

Différents examens complémentaires peuvent se discuter :

- les radiographies standard et le scanner (sans injection) ne permettent pas d'identifier directement un épanchement ;
- l'échographie, qui a l'avantage de la simplicité, est un excellent examen pour rechercher un épanchement notamment d'une articulation profonde ;
- l'IRM permet aussi de détecter un épanchement et a aussi l'avantage de bien explorer les structures ostéo-articulaires et péri-articulaires ;
- la ponction à l'aiguille est en pratique le meilleur examen pour confirmer un épanchement et l'analyser.

Dans l'état actuel des choses, l'échographie et/ou l'IRM ne doit pas être systématique, mais réservé aux situations dans lesquelles ces examens s'intègrent à une stratégie diagnostique réfléchie.

Diagnostic différentiel

Un épanchement articulaire ne doit pas être confondu avec :

- un hygroma (ou bursite) ou une ténosynovite qui sont la conséquence d'une atteinte des structures péri-articulaires ;

- de lésions cutanées inflammatoires, en particulier d'un érysipèle ;
- d'une lésion tumorale ostéo-articulaire (rare).

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE MONOARTHROPATHIE AVEC UN EPANCHEMENT

Une arthropathie récente justifie une enquête précise comportant en particulier l'identification de la nature inflammatoire ou mécanique (**tableaux 43.I et 43.II**).

Tableau 43.1. Caractéristiques cliniques des principales formes d'atteintes articulaires.

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	PR	SP	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
Circonstances déclenchantes	Non*	Non*	Non*	Alimentations Médicaments	Infection	Infection	Traumatisme
Prodrome	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non
Fièvre	Rare	Rare	Rare	Possible	Oui	Inconstante	Non
Arthralgies/ arthrites	Arthrites	Arthrites Arthralgies	Arthralgies Arthrites	Arthrites Arthralgies	Arthrites	Arthrites	Arthralgies Arthropathies avec signes locaux
Topographie articulaire – type d'atteinte – localisation spécifique	Poly ou oligoartrite Oui	Mono, oligo ou polyarthrite Oui	Poly ou oligoartrite Non	Mono, oligo ou plus rarement polyarthrite Oui	Mono ou plus rarement oligoartrite Non	Monoarthrite Non	Mono, oligo ou polyarticulaire Oui
Caractéristiques de la douleur – intensité faible/forte – type	Forte à faible Inflammatoire	Forte à faible Inflammatoire	Forte à faible Inflammatoire	Forte Inflammatoire	Forte Inflammatoire	Faible à forte Inflammatoire	Faible à forte Mécanique
Signes locaux articulaires – chaleur, rougeur – épanchement – synovite	Rarement Oui Oui	Rarement Oui Non	Rarement Parfois Non	Oui Oui Non	Oui Oui Parfois	Rarement Oui Parfois	Non Parfois Non
Signes ostéo-articulaires associés – atteinte rachidienne – enthésopathie	Possible Non	Oui Oui	Non Non	Rare Non	Possible Non	Possible Non	Oui Non
Signes extra-articulaires	Possibles	Possibles	Oui	Rares	Oui	Oui	Non

* Différentes formes de « stress » sont parfois des facteurs déclenchants des rhumatismes inflammatoires

PR : polyarthrite rhumatoïde, **SP** : spondylarthropathies.

Tableau 43.II. Caractéristiques des principales formes d'atteintes articulaires.

	Affections rhumatismales inflammatoires			Arthropathies microcristallines	Arthropathies infectieuses		Arthropathies mécaniques
	PR	SP	Connectivites et vascularites		Aiguës	Chroniques	
Biologie « non spécifique » – anomalies inflammatoires – cytopénies – anomalies hépatiques – anomalies rénales	Oui Non Non Rare	Inconstant Non Non Rare	Inconstant Possible Possible Possible	Oui Non Non Non	Oui Non Possible Possible	Inconstant Non Non Non	Non Non Non Non
Biologie spécifique	FR Anti-CCP	HLA B27	ANA Auto Ac	Hyperuricémie (inconstante au moment des crises)	Non	Non	Non
Liquide synovial	GB >2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB >2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB >2000/mm3 Pas de germes Pas de cristaux	GB >2000/mm3 Présence de cristaux	GB >2000/mm3 (90% PNN) Présence de germes	GB >2000/mm3 (formule mixte) Présence de germes	GB <500/mm3 Pas de cristaux Pas de germes
Examens complémentaires utiles	Recherche complications viscérales (rare)	Surveillance oculaire	Recherche complications viscérales (selon étiologie)	Bilan rénal et métabolique en cas de goutte et CCA	Hémoculture Autres prélèvements infectieux ECCG	Recherche de BK IDR à la tuberculine	Non
Radiographie	Déminéralisation Erosions Destructions	Erosions Ostéite Hyperostose (ankylose)	Pas de lésion érosive	Tophus (goutte) Calcifications (CCA , hydroxyapatite)	Déminéralisation Chondrolyse Erosion Destruction	Déminéralisation Chondrolyse Erosion Destruction	Chondrolyse Ostéocondensation et géodes sous-chondrales Ostéophytes
FR : facteurs rhumatoïdes, CCA : chondrocalcinose, Auto Ac : auto-anticorps, ANA : anticorps antinucléaires, Anti-CCP : anti-peptide cyclique citrulliné, GB : globules blancs, IDR : : intradermoréaction, PR : polyarthrite rhumatoïde, SP : spondylarthrite ankylosante							

L'interrogatoire doit permettre d'analyser la douleur articulaire. Trois questions doivent être posées : depuis quand, où et comment.

Depuis quand ?

La douleur peut être récente ou chronique (> 3 mois). Une douleur récente est le plus souvent aiguë, mais il existe des formes à début progressif avec des douleurs initiales très modérées.

Où ?

L'analyse de la topographie de la douleur et du nombre d'articulations touchées est très importante. Il faut noter :

- le nombre d'articulations : soit mono (1 articulation), soit oligo (2 ou 3 articulations) ou polyarticulaire (> 3 articulations) ;
- la topographie des atteintes articulaires peut être informative car certaines localisations sont caractéristiques, par exemple l'atteinte des interphalangiennes distales dans l'arthrose ;
- l'existence de signes rachidiens associés est très importante pouvant évoquer soit une arthrose rachidienne (surtout cervicale et lombaire), soit de rachialgies inflammatoires s'intégrant à une spondylarthropathie.

Comment ?

C'est cette caractéristique qui va permettre d'identifier la nature mécanique ou inflammatoire de la douleur :

- une douleur inflammatoire apparaît ou s'aggrave en fin de nuit, et s'améliore en cours d'activité. L'enraidissement matinal est > 30 min (parfois de plusieurs heures) ;
- une douleur mécanique est aggravée par l'activité ou au décours de cette activité. L'amélioration est complète ou partielle au repos et il n'y a pas d'enraidissement matinal durable (< 30 min).

Examen articulaire

Il est fondamental. Son objectif est double :

- préciser la topographie et le nombre d'atteintes articulaires ;
- préciser l'existence de signes articulaires locaux :
 - un épanchement articulaire peut se traduire par des signes locaux intenses (rougeur, chaleur) surtout dans les arthrites aiguës (septiques et microcristallines), plus rarement en cas d'hémarthrose. Un

épanchement sans signes locaux (rougeur, chaleur) est observé souvent dans les arthropathies mécaniques (arthrose chronique),

- un épaissement synovial associé à l'épanchement articulaire est très fortement évocateur d'une polyarthrite rhumatoïde,
- des déformations ostéo-articulaires peuvent se voir dans les rhumatismes destructeurs (comme la PR) ou dans les arthroses évoluées,
- une limitation des amplitudes articulaires est la conséquence soit de la douleur (la limitation est alors surtout active), soit d'une destruction ostéo-articulaire ou d'une atteinte de la capsule (dans ce cas, la limitation est active et passive),
- une amyotrophie de proximité traduit de façon objective la souffrance articulaire (exemple : amyotrophie du quadriceps en cas d'arthropathie du genou).

Examen général

Cet examen permet de préciser :

- s'il existe des signes généraux, en particulier la fièvre qui peut évoquer une origine infectieuse ou plus rarement une origine microcristalline ;
- s'il existe des signes extra-articulaires qui permettent d'orienter l'enquête étiologique (tableau 43.III).

Tableau 43.III. Orientation diagnostique face à une ou des arthrites débutantes caractérisées par des signes associés.

Peau	<p>Eruption lupique du visage et des zones photoexposées Livedo, ulcères du syndrome des antiphospholipides Sclérodactylie de la sclérodermie Lésions cutanées de vascularite Érythème intermittent de la maladie de Still Érythème noueux de la sarcoïdose, d'une entérocolopathie, d'une arthrite réactionnelle ou d'un Behçet Nodules rhumatoïdes Psoriasis cutané du cuir chevelu et des ongles Pustulose palmoplantaire du SAPHO Érythème migrant de la maladie de Lyme Érythème viral (Parvovirus, rubéole)</p>
Sphère ORL	<p>Aptose buccale du Gougerot-Sjögren et du Behçet Atteinte des glandes salivaires du Gougerot-Sjögren Atteinte du parodonte et perte dentaire des sclérodermies et syndrome de Gougerot-Sjögren Lésion du nez du Wegener et de la polychondrite atrophiante Lésions des oreilles de la polychondrite et les tophus goutteux Foyers infectieux (sinus, gorge, dents) des rhumatismes post-streptococcique, post-infectieux et de l'endocardite infectieuse</p>
Yeux	<p>Sécheresse et kératoconjonctivite du syndrome de Gougerot-Sjögren Sclérite de la polyarthrite rhumatoïde et des vascularites Conjonctivite du syndrome de Fiessinger Leroy Reiter Uvéites des spondylarthropathies et entérocolopathies, Behçet et sarcoïdose</p>

Cœur	Valvulopathie des rhumatisme articulaire aigu, endocardite d'Osler, endocardite aseptique lupique (Libman-Sacks) et des spondylarthropathies Péricardite du lupus, de la polyarthrite rhumatoïde
Atteinte vasculaire	Phlébite du syndrome des antiphospholipides primaire ou associé à un lupus Syndrome de Raynaud de la sclérodermie ou d'une autre connectivite Lésion artérielle ou artériolaire d'une vascularite
Poumon – plèvre	Infiltrats parenchymateux des pneumopathies infectieuses, connectivites, vascularites, lymphomes Lésion parenchymateuse des vascularites (Wegener), tuberculose, sarcoïdose ou cancer Pleurésie d'un lupus, polyarthrite rhumatoïde, cancer, tuberculose Adénopathies médiastinales de la sarcoïdose, d'un lymphome, d'une tuberculose ou d'un cancer
Tube digestif	Diarrhée infectieuse d'une arthrite réactionnelle Troubles digestifs des entérocolopathies inflammatoires (rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn), maladie de Whipple Douleurs abdominales de la maladie périodique
Foie	Syndrome ictérique ou autres anomalies hépatiques des hépatites virales (B, C), hépatites auto-immunes
Rate – ganglion	Splénomégalie d'une infection chronique (endocardite) ou d'un lymphome Adénopathies des infections, lymphomes, lupus, vascularite, sarcoïdose
Rein – appareil uro-génital	Atteinte rénale d'un lupus ou d'une vascularite Urétrite, balanite des gonococcies, arthrite réactionnelle Aphthose d'un Behçet, d'un Crohn Colique néphrétique de la goutte
Système nerveux central et périphérique	Neuropathies périphériques d'un Gougerot-Sjögren ou d'une vascularite, d'une polyarthrite rhumatoïde Atteintes centrales d'un lupus, vascularite, syndrome des anti-phospholipides, Behçet, syndrome de Gougerot-Sjögren ou d'une maladie de Lyme

METHODES DE PONCTION DES PRINCIPALES

ARTICULATIONS PERIPHERIQUES

Toutes les articulations périphériques peuvent être ponctionnées. Il existe quelques règles essentielles :

- les articulations les plus superficielles sont les plus faciles à ponctionner directement (genoux, chevilles, poignets). Les articulations plus profondes (hanches) nécessitent un écho ou radioguidage ;
- la ponction justifie de mettre le malade en confiance en lui expliquant les objectifs et le principe du geste ;
- la procédure exige une préparation cutanée antiseptique avec un nettoyage de la peau par un produit détergent, puis l'application d'un produit antiseptique (éventuellement iodé) sauf en cas d'allergie. La position du malade, le choix du matériel et le choix de la voie de ponction sont fonction de l'expérience et de la localisation de l'épanchement ;
- la ponction peut être précédée de l'application d'une pommade anesthésique ou d'une anesthésie locale ;
- la ponction a pour objectif d'analyser le liquide articulaire. De façon systémique, ce liquide justifiera 3 types d'analyses :

- un examen cytologique (numération et typage des cellules),
- un examen microbiologique (examen direct, culture) et éventuellement des recherches orientées (mycologiques),
- la recherche de microcristaux (urates de sodium, pyrophosphates de calcium, hydroxy-apatite),
- une analyse biochimique (taux de protéines) est parfois utile. En revanche, toute autre analyse sur le liquide articulaire (dosage de l'acide urique, recherche d'auto-anticorps, dosage du complément) ne doit pas être faite en routine car son intérêt n'est pas validé.

Lors d'une ponction pour l'analyse de l'épanchement, il n'est pas recommandé d'effectuer une infiltration cortisonique car, par définition, si le liquide articulaire est analysé, c'est que la nature étiologique de l'épanchement n'est pas connue.

INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA PONCTION ARTICULAIRE

L'orientation diagnostique s'effectue en fonction de la nature macroscopique de l'épanchement : il s'agit du raisonnement de base du rhumatologue (figure 43.1).

Fig. 43.1. Orientation diagnostique devant un épanchement articulaire.

Insérer figure 43.1, à composer d'après le fichier word « figure 43.1 »

Épanchement hémorragique ou hémarthrose

L'hémarthrose traduit toujours une agression aiguë de la synoviale et/ou un trouble de la coagulation. Dans ce cas, le liquide hémorragique est « incoagulable », ce qui permet de le distinguer d'un liquide hémorragique par accident de ponction qui est coagulable.

L'« agression aiguë » de la synoviale peut être liée à :

- un traumatisme avec des lésions ligamentaires et/ou ostéo-articulaires (exemple : entorse du LCA du genou – c'est le cas le plus fréquent) ;
- une inflammation aiguë de la synoviale liée à des microcristaux (surtout une chondrocalcinose) ou plus rarement une infection aiguë ;
- une lésion tumorale de la membrane synoviale, en particulier une synovite villonodulaire ;
- un trouble de la coagulation ;
 - l'hémophilie A (plus rarement B) peut être révélée dès la petite enfance (acquisition de la marche) par une hémarthrose,
 - exceptionnellement, d'autres troubles de la coagulation (maladie de Willebrand, thrombopénie, surdosage en AVK) peuvent aussi se compliquer d'hémarthrose.

Épanchement « citrin »

Cet épanchement citrin (ou jaune clair) peut traduire un épanchement mécanique ou un épanchement inflammatoire.

Épanchement mécanique

L'épanchement mécanique est jaune clair, transparent et visqueux (il fait un « fil » en coulant). Ce liquide est pauvre en cellules (théoriquement < 1 000 cellules/ml, mais en pratique, souvent < 500, dont < 50% de polynucléaires et pauvre en protéines (< 40 g/l). Il évoque :

- une arthrose en poussée avec un épanchement ;
- une pathologie fibrocartilagineuse (lésion méniscale) ou une lésion chondrale (ostéochondrite) ou une lésion traumatique ;
- une pathologie osseuse juxta-articulaire (algodystrophie, fissure, ostéonécrose, ou plus rarement une tumeur) responsable d'un épanchement réactionnel ;
- une arthropathie rare (chondromatose, arthropathie nerveuse).

Épanchement inflammatoire

L'épanchement inflammatoire est initialement clair et citrin. Il est plus fluide et surtout riche en cellules (souvent > 2 000 **GB**/ml avec > 50% de polynucléaires neutrophiles). Ce liquide est riche en protéines (> 40 g/l). Différentes étiologies sont possibles :

- une arthrite septique : si le liquide est citrin, c'est que l'infection est débutante car dans les formes constituées, le liquide est puriforme. Ce type d'arthrite bactérienne est généralement caractérisé par un liquide très riche en polynucléaires (> 90%), sauf pour certaines formes chroniques (tuberculose) ou les arthrites virales qui donnent un liquide plus polymorphe, le plus souvent lymphocytaire. Le diagnostic repose sur l'identification du germe par examen direct ou culture. Pour certains germes difficiles à cultiver (*Borrelia*, *Mycobactérie*) ou s'il y a eu une antibiothérapie préalable (infection décapitée), il est possible d'utiliser des techniques de culture spécifiques ou des méthodes de biologie moléculaire, comme l'amplification génique (**CRP**). Cette technique est utilisable en routine pour la tuberculose. Il n'y a pas de technique de routine pour le diagnostic direct des arthrites virales, mais le diagnostic est clinique et sérologique ;
- une arthrite microcristalline peut se traduire par un liquide riche en polynucléaires avec parfois des épanchements puriformes dans les formes aiguës de goutte ou de chondrocalcinose. Le diagnostic repose sur

l'identification et la caractérisation des cristaux, ainsi que sur les arguments cliniques et d'imagerie ;

- une affection rhumatismale inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, etc.) est à l'origine d'un épanchement inflammatoire.

Épanchement puriforme

Un épanchement inflammatoire peut être trouble, voire puriforme (> 10 000 GB/ml). Dans ce cas, il est constitué essentiellement de polynucléaires neutrophiles. Dans ce cas, deux étiologies doivent être évoquées en priorité :

- une arthrite septique bactérienne dont le diagnostic et la prise en charge constituent une urgence ;
- une arthrite microcristalline (surtout une goutte, plus rarement une chondrocalcinose).

PRINCIPALES ETIOLOGIES DES ARTHRITES RECENTES

Définition

Une arthrite récente est une atteinte articulaire inflammatoire. Une ou plusieurs articulations sont le siège de douleurs inflammatoires (avec souvent un enraidissement matinal) et un épanchement inflammatoire avec des signes locaux plus ou moins importants selon l'étiologie de l'arthrite.

Le diagnostic clinique d'arthrite est difficile pour les articulations profondes (hanche, épaule). Dans ce cas, c'est l'intensité de la douleur et la raideur qui peuvent faire évoquer l'existence d'une arthrite. Cette arthrite doit être considérée comme un signe d'alarme extrêmement important.

L'interrogatoire permet :

- de préciser les antécédents personnels et familiaux ;
- de déterminer le contexte clinique (circonstances déclenchantes, prodromes, signes généraux, extra-articulaires).

L'examen clinique doit :

- définir la topographie de l'arthrite ;
- déterminer l'existence de signes locaux ;
- déterminer le caractère fixe ou migrateur ;
- rechercher des signes associés (tableau 43.1).

Les examens complémentaires sont systémiques pour certains d'entre eux et orientés pour d'autres.

Orientation étiologique (tableau 43.IV)

Cette orientation peut être définie par 5 caractères essentiels :

- le caractère mono (une articulation), oligo (2 à 3 articulations), polyarticulaire ;
- le caractère récent (< 3 mois) ou chronique (> 3 mois) ;
- le caractère intermittent (migrateur) ou fixe ;
- l'existence de signes locaux (rougeur, chaleur) ;
- l'existence d'antécédents et de contexte clinique particuliers :
 - présence de signes généraux,
 - présence de signes rachidiens et d'enthésopathies,
 - présence de signes extra-articulaires.

Tableau 43.IV. Principales étiologies des arthrites.

Affections rhumatismales inflammatoires	<i>Rhumatisme inflammatoire chronique</i> Polyarthrite rhumatoïde Arthrite chronique juvénile Spondylarthropathies : – spondylarthrite ankylosante – rhumatisme psoriasique – forme associée aux entéropathies (Crohn, rectocolite ulcérohémorragique) – arthrites réactionnelles
	<i>Maladies auto-immunes systémiques</i> Syndrome de Gougerot-Sjögren Lupus Sclérodermie Myosite Autres
	<i>Vascularites</i> Maladie de Horton Maladie de Wegener Maladie de Behçet Périartérite noueuse Purpura rhumatoïde
	<i>Autres</i> Affections inflammatoires Pseudopolyarthrite rhizomélisque Maladie de Still de l'adulte Sarcoïdose Maladie périodique, fièvre méditerranéenne et autres fièvres périodiques Arthrites à corps étranger
Arthropathies infectieuses et post-infectieuses	<i>Bactérienne</i> Aiguë (staphylocoque, streptocoque, bacilles gram -, borreliose, etc.) Chronique (tuberculose, etc.) Endocardite

	<i>Virale</i> Hépatites A, B, C Rubéole Parvovirus B19 VIH Autres
	<i>Mycosique (rare)</i>
	<i>Parasitaire (rare)</i>
	<i>Post-infectieuse</i> Rhumatisme post-streptococcique
Arthropathies microcristallines et métaboliques	<i>Microcristalline</i> Goutte Chondrocalcinose rhumatisme à apatite
	<i>Métabolique</i> Hémochromatose

L'importance de ces caractères peut s'illustrer comme indiqué dans les **tableaux 43.II et 43.III**.

Le caractère mono-oligo-polyarticulaire est important :

- une arthrite septique bactérienne est presque toujours monoarticulaire ;
- une polyarthrite rhumatoïde est presque toujours polyarticulaire, même si elle peut débuter de façon mono ou oligo-articulaire ;
- une goutte est le plus souvent initialement mono, mais peut devenir oligo ou polyarticulaire dans les formes sévères.

La topographie peut être caractéristique :

- une polyarthrite rhumatoïde touche de façon plus ou moins bilatérale et symétrique les articulations des doigts, des poignets et des orteils, mais en respectant les interphalangiennes distales ;
- une spondylarthropathie ou un rhumatisme psoriasique se caractérise par une atteinte asymétrique souvent oligo-articulaire pouvant toucher les interphalangiennes distales.

Le caractère aigu d'une arthrite évoque plutôt une arthrite septique ou microcristalline. Néanmoins, certaines arthrites septiques (tuberculose, etc.) peuvent être subaiguës, voire chroniques.

Le caractère fixe ou migrateur peut être un élément d'orientation. Une arthrite éventuellement régressive (en quelques semaines) évoque en premier lieu une arthrite virale. En revanche, une arthrite « fixe » évoque plutôt un rhumatisme inflammatoire débutant (polyarthrite rhumatoïde).

Les antécédents et circonstances déclenchantes sont un point très important. Une arthrite septique débute dans plus de la moitié des cas après un geste intra-articulaire ou une effraction cutanée de proximité.

Les antécédents familiaux peuvent orienter vers différentes formes d'arthrite. À titre d'exemple, dans la goutte, il existe des antécédents familiaux. C'est le cas également dans les spondylarthropathies.

L'existence de signes généraux est importante. Toute arthrite (*a fortiori* une monoarthrite) fébrile doit être considérée comme une arthrite septique. Une atteinte polyarticulaire fébrile est rare. Elle est exceptionnellement bactérienne, mais elle peut être virale ou traduire l'existence d'une maladie inflammatoire assez sévère (polyarthrite rhumatoïde, connectivite, vascularite, maladie de Still) ou plus rarement une arthropathie microcristalline sévère.

L'existence d'enthésopathies (talalgies) ou de signes rachidiens inflammatoires caractérise une spondylarthropathie.

L'existence de signes extra-articulaires est fondamentale pour le diagnostic étiologique car certains sont très spécifiques. Par exemple, l'existence de signes cutanés peut traduire le fait qu'une polyarthrite est liée à un lupus.

Principes de l'enquête étiologique

Les principes hiérarchisés de l'enquête étiologique d'une arthrite récente justifient 5 étapes :

- la priorité d'éliminer une arthrite d'origine infectieuse qui est une urgence diagnostique ;
- le rhumatisme microcristallin doit être éliminé car il existe un traitement spécifique ;
- une affection rhumatismale inflammatoire sévère doit être recherchée pour deux raisons :
 - une polyarthrite rhumatoïde justifie un diagnostic et une prise en charge rapide pour éviter l'apparition de destructions ostéo-articulaires,
 - une affection inflammatoire systémique justifie un diagnostic étiologique rapide pour éviter l'apparition de complications viscérales ;
- il faut éliminer de principe un rhumatisme paranéoplasique qui est une situation très rare, mais souvent crainte par le malade et le médecin, surtout quand il existe des signes généraux. Les manifestations rhumatologiques paranéoplasiques ne sont pas forcément une arthrite, mais plus souvent d'autres manifestations (myosite, fasciite, para-ostéoarthropathie) ;
- il faut évoquer de principe certaines causes rares, même si elles sont du ressort du spécialiste. Une cause peut être particulièrement utile à savoir, c'est l'arthrite à corps étranger (épine végétale, épine d'oursin) car c'est une synovite de résorption parfois intense qui ne disparaît qu'après l'ablation du corps étranger.

Points clés

- Tout épanchement articulaire doit être ponctionné et analysé. La priorité est d'éliminer une arthrite infectieuse, en particulier septique.

- L'analyse comporte une analyse cytologique, bactériologique (standard et parfois orientée) et une recherche de microcristaux.
- De l'analyse du liquide dépend l'orientation étiologique : liquide mécanique, inflammatoire ou hémorragique.
- L'interrogatoire, l'examen clinique complet sont indispensables au diagnostic étiologique d'une mono, oligo ou polyarthrite.
- Il ne faut jamais traiter par antibiotique ou corticoïde une mono, oligo ou polyarthrite sans diagnostic étiologique préalable.