

# Douleurs articulaires

## Guide clinique pour le diagnostic différentiel

Christine Beyeler



### Introduction

Le médecin de premier recours est fréquemment consulté pour des douleurs articulaires. L'anamnèse et l'examen physique permettent de resserrer pas à pas le diagnostic différentiel d'abord très large. L'évaluation des risques en termes de dégâts articulaires conditionne l'urgence des examens complémentaires et des traitements. Par exemple, un diagnostic rapidement posé et un traitement ciblé permettent de réduire le risque d'une destruction articulaire en cas d'arthrite bactérienne. L'évaluation des possibilités et de l'efficacité des traitements permet aussi de hiérarchiser économiquement les examens complémentaires. Par exemple, la découverte et le traitement d'une hémochromatose en tant que cause rare d'une pathologie articulaire dégénérative précoce permet de limiter les dégâts aux organes internes et d'empêcher la manifestation de la maladie chez les autres membres de la famille.

Le but de cet article est de rassembler, sous forme d'un guide de diagnostic différentiel, les éléments recueillis par l'anamnèse et l'examen physique. On ne traite pas ici de la place des autres éléments diagnostiques provenant des examens de sang, de l'analyse du liquide synovial et de l'imagerie diagnostique, pour lesquels nous vous renvoyons à d'autres travaux [1-7].

### Caractère de la douleur (voir tableau 1)

Des douleurs au repos non soulagées par un changement de position, ainsi qu'une raideur matinale persistante d'une durée de plus de 30 minutes évoquent une arthropathie inflammatoire. Son diagnostic différentiel comprend une arthrite dans le cadre d'une maladie infectieuse, une maladie avec dépôts cristallins, une arthrite rhumatoïde, une connectivite, une vasculite ou un cancer.

Des douleurs de la ceinture scapulaire et pelvienne accentuées le matin et accompagnées d'une raideur matinale de longue durée, éventuellement aussi de tuméfaction fugitive des articulations ou même de troubles de type ischémique tels que douleur à la mastication, troubles de la vision ou claudication intermittente des extrémités supérieures, sont typiques d'une polymyalgia rheumatica avec polymyalgia rheumatica (pseudo-polyarthrite rhizomélisque) ou sans artérite giganto cellulaire.

Il faut distinguer de ces douleurs articulaires à caractère inflammatoire les douleurs osseuses dans le cadre de maladies osseuses avec catabolisme élevé telles que l'ostéomalacie, la maladie de Paget, les métastases carcinomateuses, le myélome multiple, le lymphome ou la leucémie.

La présence d'une tuméfaction articulaire avec chaleur augmentée et diminution de la mobilité n'est pas encore la preuve en soi d'une maladie articulaire inflammatoire. Les tuméfactions articulaires molles sont le fait d'une synovite, d'un épanchement et/ou d'une augmentation

**Tableau 1. Caractère de la douleur.**

#### Caractère de la douleur inflammatoire

- douleur au repos sans soulagement au changement de position
- raideur matinale persistante (plus de 30 minutes)

#### Caractère de la douleur mécanique

- douleur dépendant de la charge avec soulagement au repos
- douleur à la mise en route
- raideur matinale de courte durée (quelques minutes)

Correspondance:  
PD Dr Christine Beyeler  
Leitende Ärztin, MME  
Klinik für Rheumatologie und  
Klinische Immunologie/Allergologie  
Inselspital  
CH-3010 Bern

[christine.beyeler@insel.ch](mailto:christine.beyeler@insel.ch)

**Tableau 2. Ages typiques pour la première manifestation.**

Avant 40 ans	A tout âge	Après 50 ans
arthrite réactionnelle	arthrite psoriasique	arthrose
spondylite ankylosante de Bechterew	arthrite rhumatoïde	hémochromatose
lupus érythémateux systémique	sarcoïdose	pseudo-goutte
hémophilie	sclérodémie systémique	arthrite paranéoplasique
	vasculites	polymyalgia rheumatica

**Tableau 3. Atteintes articulaires: constellations typiques.**

Mono-articulaire	grosse articulation	arthrite bactérienne, arthrite cristalline (pseudo-goutte, goutte, apatitose), hémarthrose (hémophilie, anticoagulation), arthrose activée, ostéo-nécrose, post-traumatique
	petite articulation	goutte, arthrose activée
Oligo-articulaire	grosses articulations (asymétrique, extrémités inférieures > extrémités supérieures)	arthrite réactionnelle, arthrite psoriasique, sarcoïdose, arthrite de Lyme, arthrite bactérienne y compris tuberculeuse en cas d'immunosuppression et autres situations à risque particulier, arthrite cristalline, arthrite paranéoplasique
Poly-articulaire	asymétrique	arthrite psoriasique, arthrite associée à la Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, arthrite réactionnelle, arthrite cristalline
	symétrique	
	sacro-iliaques, sterno-claviculaires, hanches, épaules, genoux	spondylite ankylosante de Bechterew et autres spondylarthrites
	hanches, genoux	arthrose activée
	IPP, IPD, TM du pouce	polyarthrose digitale
	MCP II, III et grosses articulations	hémochromatose
	IPD et grosses articulations	arthrite psoriasique
	MCP, IPP, poignet, MTP	arthrite rhumatoïde, lupus érythémateux systémique, arthrite virale
En rayon	dactylite	arthrite réactionnelle, arthrite psoriasique

IPD = articulation interphalangienne distale, IPP = articulation interphalangienne proximale, TM = articulation trapézo-métacarpienne, MCP = articulation métacarpo-phalangienne, MTP = articulation métatarso-phalangienne

de volume du tissu péri-articulaire, par exemple dans le cadre d'œdèmes diffus, de connectivite débutante, d'une forme précoce d'algoneurodystrophie, de bursite ou de coussins de graisse dans l'obésité. Les tuméfactions articulaires fermes (dures) correspondent à des ostéophytes qui sont la conséquence d'altérations articulaires arthrosiques. L'épanchement articulaire est limpide en cas d'arthrose activée ou de lésion de structures intra-articulaires, trouble en cas d'arthrite ou de néoplasie, respectivement sanguinolent en cas de saignement intra-articulaire lors d'hémophilie ou sous anticoagulation.

Les douleurs dépendant de la charge avec soulagement par le repos ainsi que les douleurs à la mise en route, éventuellement accompagnées d'une raideur matinale de courte durée

(quelques minutes) évoquent une pathologie articulaire d'ordre mécanique. Il s'agit par exemple d'une arthrose symptomatique, d'une ostéonécrose, d'une lésion intra-articulaire tel que déchirure méniscale ou d'un syndrome d'hypermotilité. Des troubles additionnels tels que blocage ou giving away ainsi que des manœuvres de provocation positives confortent la suspicion de problème articulaire d'ordre mécanique. Il faut différencier de ces douleurs articulaires à caractère mécanique, les douleurs péri-articulaires, par exemple consécutives à un impingement-syndrome, une bursite, une tendinite, une tendinose d'insertion telle que l'épicondylalgie ou une enthésite, toutes affections se laissant bien délimiter par un examen physique ciblé. La fibromyalgie présente d'autres caractéristiques et se manifeste

notamment par des douleurs étendues, la plupart du temps symétriques, des symptômes végétatifs ainsi que des points douloureux à la pression caractéristiques, situés dans les

**Figure 1.**  
Enthésite et péri-tendinite du tendon d'Achille au niveau du calcanéum.



**Figure 2.**  
Dactylite avec aspect boudiné d'un seul orteil.



**Figure 3.**  
Erythème chronique migrant après morsure de tique.



muscles et aux insertions musculaires. Certains troubles du métabolisme tels que l'hypothyroïdie, la thyroïdite subaiguë, la maladie d'Addison et l'hyperparathyroïdie peuvent s'accompagner d'arthralgies non spécifiques. De plus, des douleurs dans les membres peuvent être le fait de douleurs musculaires, de douleurs neurogènes en cas de radiculopathie ou de compression nerveuse périphérique, de douleurs d'origine vasculaire ischémique ou de douleurs viscérales en cas d'atteinte d'organes internes. Finalement, des douleurs diffuses peu modulables et accompagnées de multiples autres troubles fonctionnels évoquent un trouble de somatisation.

### Mode de début et évolution

Une tuméfaction articulaire, souvent très douloureuse, apparaissant en quelques heures à quelques jours est, jusqu'à preuve du contraire, consécutive à une arthrite bactérienne ou à une arthrite cristalline au sens d'une arthrite goutteuse aiguë, arthrite pseudo-goutteuse ou plus rarement arthrite à cristaux d'apatite. Une tuméfaction articulaire d'apparition sournoise évoque au contraire une infection low grade, une arthrite rhumatoïde débutante ou une connectivite. Une infection gastro-intestinale ou urogénitale préexistante peut donner lieu à une arthrite réactionnelle, une morsure de tique à une arthrite de Lyme. Une immunosuppression ou une exposition particulière à une infection évoquent une arthrite bactérienne. Une maladie interne aiguë, une intervention chirurgicale ou un traumatisme favorisent l'éclosion d'une arthrite cristalline.

### Influence de l'âge (voir tableau 2)

Les données épidémiologiques nous montrent la répartition de diverses arthropathies selon l'âge et le sexe. Par exemple, une oligo-arthrite subaiguë chez un jeune patient est beaucoup plus vraisemblablement consécutive à une arthrite réactionnelle qu'à une arthrite pseudo-goutteuse dans le cadre d'une maladie avec dépôts de pyrophosphate de calcium, laquelle ne se manifeste qu'exceptionnellement avant la cinquantaine. Les femmes sont plus souvent atteintes d'arthrose digitale, d'arthrite rhumatoïde et de lupus érythémateux, et les hommes de maladie de Reiter et de goutte.

### Articulations préférentiellement touchées (voir tableau 3)

Certaines localisations sont pratiquement pathognomoniques de maladies spécifiques. Par

Tableau 4. Manifestations extra-articulaires.

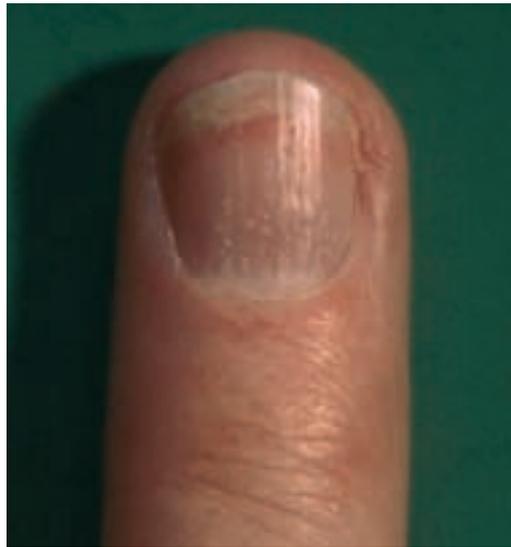
Appareil locomoteur	enthésite téno-synovite	spondylarthrites arthrite rhumatoïde, connectivites
Symptômes généraux	fièvre, malaise, perte de poids	arthrite bactérienne, arthrite réactionnelle, arthrite cristalline, lupus érythémateux systémique, maladie de Still, vasculites
Peau	rougeur prononcée	goutte, pseudo-goutte, arthrite bactérienne
	exanthème transitoire	infection à parvovirus, maladie de Still
	érythème chronique migrant	arthrite de Lyme
	érythème en papillon, photosensibilité	lupus érythémateux systémique
	purpura palpable	vasculites, embolies septiques
	papules de Gottron	dermatomyosite
	érythème noueux	sarcoïdose, arthrite réactionnelle, maladie de Crohn, maladie de Behçet
	nodules rhumatismaux	arthrite rhumatoïde
	Tophi	goutte
	pustuleuse	arthrite psoriasique, arthrite réactionnelle, syndrome de SAPHO
	Foyer de psoriasis	arthrite psoriasique
	ongles en dé à coudre, taches d'huile	arthrite psoriasique
	chute des cheveux prononcée	lupus érythémateux systémique, arthropathies associées aux maladies de la thyroïde
	sclérodactylie, acro-nécroses, télangiectasies	sclérodémie systémique, syndrome de CREST
ulcères	vasculites	
Muqueuses	aphtes oraux	arthrite réactionnelle, lupus érythémateux systémique, maladie de Behçet
	ulcères de la muqueuse nasale	maladie de Wegener
	balanite, urétrite	arthrite réactionnelle, arthrite gonococcique
	ulcère génital	maladie de Behçet
Yeux	conjonctivite	arthrite réactionnelle
	kérato-conjonctivite sèche	syndrome de Sjögren
	sclérite, épisclérite	arthrite rhumatoïde
	irido-cyclite / uvéite	spondylarthrites, maladie de Behçet, sarcoïdose
Tractus gastro-intestinal	diarrhée avec mucus, sang	arthrite réactionnelle, arthrite associée à une entéropathie (Maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
	malabsorption	maladie de Whipple, sprue
Autres systèmes et organes	pleurite, péricardite	lupus érythémateux systémique, arthrite rhumatoïde
	pneumopathie interstitielle	sclérodémie systémique, sarcoïdose, maladie de Wegener
	endocardite	lupus érythémateux systémique
	artérite aortique et des branches efférentes	artérite giganto cellulaire
	phénomène de Raynaud	connectivites
	glomérulonéphrite, hypertension	connectivites
	polyneuropathie, mononévrite, sclérose en plaques	vasculites

**Figure 4.**  
Embolies septiques sur infection gonococcique.



exemple, l'arthrite aiguë du gros orteil est typique de la crise de goutte; la polyarthrite chronique symétrique des petites articulations des doigts et des orteils ainsi que des poignets est typique de l'arthrite rhumatoïde et la dactylite en forme de rayon typique des spondylarthrites. Au contraire, d'autres atteintes comme la mono-arthrite aiguë d'une grosse articulation ont un beaucoup plus large spectre de causes possibles.

**Figure 5.**  
Ongle en dé à coudre du  
psoriasis.



**Figure 6.**  
Conjonctivite dans le cadre  
d'une arthrite réactionnelle.



## Manifestations extra-articulaires (voir tableau 4 et fig. 1–6)

Il faut rechercher minutieusement les symptômes généraux ainsi que les altérations de la peau, des muqueuses, des yeux, des organes internes et du système nerveux. La présence de tels signes extra-articulaires est très importante pour le diagnostic différentiel et aussi, indirectement, pour l'évaluation du pronostic. En particulier, les manifestations extra-articulaires au niveau de l'appareil locomoteur permettent la classification dans les diverses familles de maladie. Ainsi, les enthésites avec altérations inflammatoires douloureuses des insertions musculaires sur un os comme le calcanéum (tendon d'Achille, aponévrose plantaire) ou au niveau de la tubérosité ischiatique sont pathognomoniques d'une spondylarthrite. Les ténosynovites des fléchisseurs et des extenseurs des doigts sont au contraire typiques de l'arthrite rhumatoïde ou du lupus érythémateux systémique. Des maux de dos d'installation sournoise, accentués dans la seconde partie de la nuit et au petit matin, soulagés par le mouvement, accompagnés d'une raideur matinale persistante et d'une limitation de la mobilité évoquent la présence d'une spondylarthrite.

## Anamnèse familiale

Des maladies très diverses ont un caractère héréditaire familial, telles les spondylarthrites (spondylite ankylosante de Bechterew, arthrite psoriasique, arthrites accompagnant les entéropathies inflammatoires), l'hémochromatose, la goutte, l'arthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique et la polyarthrose des doigts.

(Traduction Dr Bernard Croisier)

## Quintessence

- L'anamnèse et l'examen physique sont décisifs pour la détermination du degré d'urgence et de l'étendue des examens complémentaires et du traitement.
- Des douleurs au repos et une raideur matinale persistante évoquent une arthropathie inflammatoire; des douleurs dépendant de la charge et des douleurs à la mise en route évoquent une pathologie articulaire dégénérative.
- En présence d'une tuméfaction mono-articulaire d'allure aiguë, il faut exclure une arthrite bactérienne et une arthrite cristalline. D'autres constellations facilitent le tri des maladies articulaires.
- Les enthésites, dactylites et maux de dos à caractère inflammatoire évoquent une spondylarthrite.
- La recherche ciblée et minutieuse des symptômes généraux ainsi que des manifestations cutanées, muqueuses, oculaires, des organes internes et du système nerveux est importante et leur présence est décisive pour le diagnostic différentiel.

## Références

- 1 Seitz M, Villiger PM. Unklare Gelenkschmerzen – Abklärungsstrategie. *Ther Umschau* 2002;59:508–14.
- 2 Seitz M, Villiger PM. Stellenwert der Labordiagnostik bei entzündlich-rheumatologischen Erkrankungen. *Praxis* 2002;91:67–75.
- 3 Keitel W, Genth E, Gromnica-Ihle, et al. Leitlinie für das Symptom Gelenkschwellung – Primärärztliches Problemmanagement und Überweisungsindikationen. *Z Rheumatol* 2000;59:151–61.
- 4 ACR ad hoc committee on clinical guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996;39:1–8.
- 5 Dearborn JT, Jergesen HE. The evaluation and initial management of arthritis. *Prim Care* 1996;23:215–40.
- 6 Sorskin R, Ward SB. Joint pain. *Med Clin of North Am* 1995;79:247–60.
- 7 Brühlmann P, Michel BA. Diagnostische Wegweiser in der klinischen Diagnostik von Gelenkerkrankungen. *Praxis* 1993;18:544–50.