

[Orientations pour réaliser un bilan judicieux](#)

# Les douleurs articulaires dans la pratique

Diego Kyburz

Rheumatologie, Universitätsspital Basel

Les douleurs articulaires font partie des troubles les plus fréquents entraînant une consultation chez le médecin de famille. Quels examens sont indiqués dans ces cas? Comment faire la distinction entre les patients souffrant vraisemblablement de troubles articulaires auto-limitants et ceux qui développent possiblement une arthropathie chronique grave? En se basant sur les principales anomalies cliniques, cet article fournit les orientations pour réaliser un bilan judicieux chez les patients souffrant de douleurs articulaires.

## Introduction/contexte

Les douleurs articulaires sont un motif très fréquent de consultation au cabinet de médecine de famille. En raison du vaste diagnostic différentiel, l'évaluation est délicate. D'un côté, de nombreux cas sont auto-limitants et ne nécessitent aucun diagnostic poussé. De l'autre, les arthropathies chroniques doivent être détectées le plus tôt possible et un traitement doit être initié rapidement afin d'éviter des lésions articulaires. Ainsi, l'évaluation initiale au cabinet de médecine de famille revêt une importance cruciale. Dans cet article seront abordés les principaux diagnostics différentiels ainsi que l'approche diagnostique correspondante.

## Anamnèse et examen clinique

Une anamnèse détaillée est centrale pour l'évaluation des douleurs articulaires. Ce faisant, il est nécessaire de questionner le patient sur la localisation de la douleur et sur son caractère. Il est question de troubles polyarticulaires lorsque cinq articulations ou plus sont touchées, de troubles oligoarticulaires lorsque deux à quatre articulations sont touchées et de troubles monoarticulaires lorsqu'une seule articulation est touchée. L'évolution temporelle, elle est aussi essentielle: s'agit-il de douleurs continues ou épisodiques? Le lien avec l'effort ou le mouvement est un autre critère primordial. Dans une première analyse, il convient de distinguer les douleurs articulaires d'origine mécanique-dégénérative des douleurs inflammatoires, car le traitement de ces deux catégories est fondamentalement différent. Les critères anamnestiques des dou-



leurs articulaires d'origine inflammatoire et d'origine mécanique sont présentés dans le tableau 1. Il convient en outre, si cela est pertinent, de procéder à une anamnèse traumatique. Bien souvent, les troubles articulaires ou péri-articulaires sont néanmoins causés par des sollicitations répétitives, par exemple sur le lieu de travail ou pendant le sport.

Un examen des articulations doit avoir lieu chez tous les patients souffrant de troubles articulaires, en re-

Cet article fait partie d'une série pour laquelle les conférenciers des principaux exposés de la 4<sup>e</sup> Great Update de la SSMI, qui a eu lieu à Interlaken les 25 et 26 septembre 2014, ont rédigé un article de synthèse sur le thème de leur exposé.



Diego Kyburz

**Tableau 1:** Anamnèse en cas de troubles articulaires.

Origine inflammatoire	Origine mécanique/dégénérative
Douleurs au repos	Amélioration des douleurs au repos
Amélioration au mouvement	Douleurs lors des mouvements/sollicitations
Raideur matinale >30 minutes	Douleurs matinales de démarrage <30 minutes
Symptômes généraux	Absence de symptômes généraux

**Figure 1:** Synovite de l'articulation interphalangienne proximale du majeur gauche chez un patient avec arthropathie goutteuse connue.

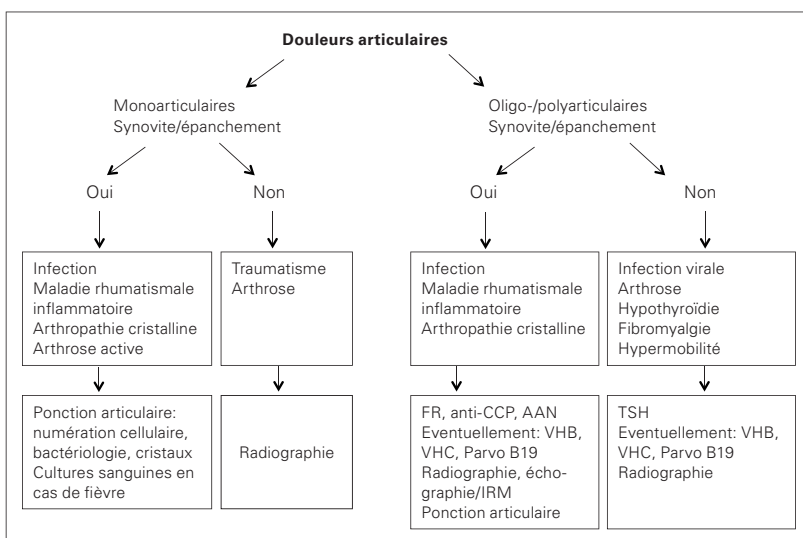
cherchant des douleurs à la pression au niveau des articulations et des parties molles péri-articulaires. Les tuméfactions et les épanchements articulaires sont des signes d'une affection articulaire d'origine inflammatoire, mais peuvent également survenir en cas d'arthrose. Les limitations de la mobilité articulaire ainsi que l'hypermobilité articulaire peuvent être détectées lors de l'examen clinique.

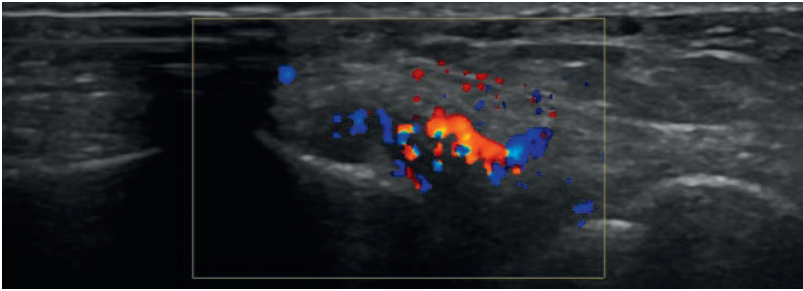
La mise en évidence de synovites lors de l'examen clinique est décisive (fig. 1). Le diagnostic différentiel et, en fonction, l'approche diagnostique correspondante varient grandement en présence non seulement d'arthralgies mais également de synovites. Un algorithme diagnostique pour les douleurs articulaires est représenté dans la figure 2.

## Analyses de laboratoire et examens d'imagerie

En fonction de l'anamnèse et des résultats de l'examen clinique, et comme le montre la figure 2, il est recommandé de réaliser des analyses de laboratoire à titre d'orientation, incluant un hémogramme, ainsi que le dosage des paramètres inflammatoires, de la créatinine et des transaminases. D'autres analyses de laboratoire doivent être prescrites de manière ciblée, en fonction des résultats cliniques (fig. 2). En ce qui concerne l'examen initial par le médecin de famille, il est recommandé, en cas de troubles polyarticulaires persistants avec tuméfaction des articulations, d'élargir le diagnostic de laboratoire en réalisant un dosage des auto-anticorps. A cet effet, il convient de déterminer les facteurs rhumatoïdes ainsi que les anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP), ces derniers étant très spécifiques de l'arthrite rhumatoïde [1]. En ce qui concerne une possible collagénose, la détermination des anticorps antinucléaires (AAN) suffit. En cas de test positif pour les AAN, il faut procéder à une recherche ciblée d'AAN spécifiques à l'aide de la méthode ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*), en s'orientant en fonction des symptômes cliniques; il est impossible de représenter ce processus dans un simple algorithme.

La radiographie conventionnelle est principalement indiquée en présence d'un traumatisme révélé à l'anamnèse, de même qu'en cas de douleurs d'origine mécanique pour la mise en évidence d'une arthrose. Pour les arthropathies inflammatoires, la radiographie conventionnelle est peu sensible en phase précoce pour la mise en évidence d'érosions osseuses; elle est cependant utilisée pour le contrôle de l'évolution à long terme de la destruction articulaire. L'échographie est utilisée pour objectiver une synovite ou un épanchement articulaire. Celle-ci est également adaptée

**Figure 2:** Diagnostic différentiel de douleurs articulaires et évaluation initiale. Dans tous les cas, il convient de réaliser des analyses de laboratoire de base, comprenant hémogramme, ainsi que dosage de la CRP, de la créatinine, de l'ASAT et de l'ALAT. Abréviations: AAN = anticorps antinucléaires; CCP = peptide cyclique citrulliné; VHB = virus de l'hépatite B; VHC = virus de l'hépatite C; Parvo B19 = Parvovirus B19; FR = facteur rhumatoïde; TSH = thyrostimuline.



**Figure 3:** Echographie du poignet chez un patient présentant une arthrite rhumatoïde. Coupe longitudinale du poignet au niveau ulno-carpien. Synovite avec signal Doppler couleur positif.

pour contrôler la réponse thérapeutique en cas d'arthropathie inflammatoire et pour le diagnostic précoce des altérations érosives en cas d'arthrite rhumatoïde, avec une meilleure sensibilité et spécificité que la radiologie conventionnelle (fig. 3) [2]. L'imagerie par résonance magnétique constitue l'examen de référence pour l'évaluation d'une inflammation des parties molles ou des articulations, ainsi que pour les érosions osseuses. Son usage n'est cependant pas routinier, mais s'effectue en cas de situations confuses ou de problématiques spécifiques.

### Manifestations monoarticulaires avec tuméfaction articulaire

En cas de troubles monoarticulaires avec tuméfaction articulaire évidente, il convient de toujours envisager

**Tableau 2:** Interprétation de la ponction synoviale en cas d'épanchement articulaire.

Nombre de cellules/ $\mu$ l	Cellules polymorpho-nucléaires	Aspect	Viscosité	Causes
0–200	<50%	Clair	Elevée	Situation normale
200–2000	<50%	Clair	Elevée	Non inflammatoire (arthrose, sollicitation excessive, traumatisme)
2000–50 000	>50%	Trouble	Réduite	Inflammatoire (arthrite rhumatoïde, spondylarthrites, arthrite cristalline, infection)
>50 000	>75%	Trouble/purulent	Très réduite	Inflammatoire (arthrite septique, arthrite cristalline, arthrite rhumatoïde, arthrite réactionnelle)

**Tableau 3:** Facteurs de risque d'arthrite septique.

Age >80 ans
Diabète sucré
Arthrite rhumatoïde
Prothèses articulaires
Récente opération articulaire, infiltration de corticoïdes
Infections cutanées
Consommation de drogues par voie i.v.
Infection par le VIH

une arthrite septique. En présence d'un épanchement articulaire indéterminé dans un contexte inflammatoire, il est donc toujours nécessaire de réaliser une ponction articulaire et le liquide ponctionné doit faire l'objet d'une numération cellulaire afin de déterminer s'il s'agit d'un épanchement d'origine inflammatoire ou non inflammatoire. Le tableau 2 présente la classification du liquide synovial sur la base du nombre de cellules. Un nombre de cellules supérieur à 50 000/ $\mu$ l correspond à une *pyarthrose* et indique très probablement une arthrite septique. Néanmoins, des numérations cellulaires aussi élevées peuvent également être observées en cas d'arthrite réactionnelle, de goutte ou d'arthrite rhumatoïde. En cas de suspicion d'arthrite bactérienne, l'agent pathogène doit être mis en évidence à la fois par coloration de Gram et culture. Le patient doit être interrogé concernant la présence de facteurs de risque d'arthrite septique (tab. 3). Chez les patients âgés, il convient de songer, lors du diagnostic différentiel, à une arthropathie cristalline, qui se manifeste assez souvent par de la fièvre et des paramètres inflammatoires massivement élevés. Il est dès lors recommandé de toujours rechercher la présence de cristaux d'urate et de pyrophosphate de calcium dans la ponction synoviale.

Si l'évolution se prolonge et si la culture n'a pas révélé de bactérie, il convient également d'envisager des infections plus rares telles que la maladie de Whipple, qui peut s'accompagner de mono- ou oligoarthrite. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de *Tropheryma whipplei* lors de l'examen de PCR (réaction de polymérisation en chaîne) de la ponction articulaire et sur la mise en évidence de macrophages PAS-positifs à l'examen histologique des biopsies de l'intestin grêle. De la même manière, une monoarthrite d'une grosse articulation est typique en cas de maladie de Lyme. Il convient d'interroger le patient sur les éventuelles morsures de tique et de rechercher un éventuel érythème migrant. A côté de la mise en évidence d'anticorps lors de l'examen sérologique, les borrélioses peuvent être détectées directement au niveau de la ponction articulaire au moyen d'une PCR.

### Manifestations oligo-/polyarticulaires avec tuméfaction articulaire

#### Genèse infectieuse

En cas de douleurs polyarticulaires avec tuméfactions synoviales palpables, une infection bactérienne est bien moins probable. Par contre, les infections virales peuvent typiquement se présenter de manière polyarticulaire (tab. 4). Les polyarthrites en cas d'infection

virale ne durent dans la grande majorité des cas que quelques semaines. Les hépatites B et C ainsi que les infections à parvovirus B19 sont relativement fréquemment associées aux arthrites [3]. Alors que chez les enfants infectés par le parvovirus B19, les arthrites sont rares (env. 3% des cas), des tuméfactions articulaires sont présentes chez l'adulte dans jusqu'à 60% des cas, une présentation polyarticulaire avec atteinte des petites articulations de la main étant typique. Pour la plupart des infections à parvovirus B19 chez l'adulte, une régression des symptômes articulaires se produit en l'espace de 2 à 3 semaines. Des polyarthrites peuvent également survenir en cas de rubéole. Lors des retours de voyages dans des pays tropicaux, on observe de plus en plus de cas d'infections à alphavirus, en particulier de chikungunya, qui dans la plupart des cas s'accompagnent d'une arthrite. Les symptômes articulaires associés au chikungunya peuvent persister plusieurs mois. Chez les patients ayant une anamnèse de voyage compatible et présentant une arthrite, un examen ciblé est donc nécessaire afin de faire la distinction avec une maladie rhumatismale inflammatoire.

#### Maladies rhumatismales inflammatoires

Si les douleurs articulaires accompagnées de synovites manifestes durent plus de 6 semaines, le diagnostic différentiel doit avant tout s'orienter vers une maladie rhumatismale inflammatoire. Ici aussi, la suite des examens doit être définie en fonction de l'anamnèse et des résultats des examens précédents. Chez les hommes jeunes, l'arthrite réactionnelle est l'arthropathie inflammatoire la plus fréquente; chez les femmes jeunes, c'est l'arthrite rhumatoïde. Chez les patients âgés des deux sexes, outre l'arthrite rhumatoïde, les arthropathies cristallines sont de plus en plus fréquentes, la chondrocalcinose (pseudogoutte) pouvant prendre une forme

polyarticulaire très proche de celle de l'arthrite rhumatoïde. Aussi bien en cas de goutte que de pseudogoutte, une survenue épisodique accompagnée de crises aiguës est typique, la goutte touchant très fréquemment l'articulation de la base du gros orteil (podagre).

#### Spondylarthrites

Sont également fréquentes les maladies du groupe des spondylarthrites, qui englobe, en plus de l'arthrite réactionnelle déjà mentionnée, la maladie de Bechterew, l'arthrite psoriasique et les arthrites accompagnant les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Il convient ici de rechercher des anomalies et symptômes concomitants typiques: uvéite, psoriasis, symptômes gastro-intestinaux. Le symptôme principal des spondylarthrites est le mal de dos à caractère inflammatoire, en particulier chez les patients âgés de moins de 40 ans. Toutefois, une atteinte du squelette axial n'est obligatoire qu'en cas de maladie de Bechterew et peut faire défaut pour d'autres formes de spondylarthrites. Les polyarthrites peuvent également survenir en cas de collagénoses et de vascularites. Ici aussi, la pose du diagnostic repose sur la mise en évidence d'anomalies cliniques typiques.

#### Arthrose active

Sont à distinguer des arthropathies inflammatoires les cas d'«arthrose active», qui sur le plan clinique peuvent se présenter comme des arthrites et sont la plupart du temps monoarticulaires. La mise en évidence de l'arthrose à la radiographie peut donner des indications sur la cause des troubles, mais en cas d'épanchement manifeste, une ponction articulaire avec analyse synoviale doit néanmoins être réalisée. En cas d'arthrose, il faut s'attendre à un épanchement articulaire réactionnel avec un nombre de cellules inférieur à 2000/µl dans la ponction synoviale.

#### Pose du diagnostic

En phase initiale, la pose du diagnostic d'une maladie rhumatismale inflammatoire systémique représente un défi et le diagnostic de certitude peut souvent uniquement être posé au cours de l'évolution de la maladie. Alors que, dans le cas typique, la mise en évidence d'auto-anticorps facilite par exemple le diagnostic d'une arthrite rhumatoïde ou d'une collagénose, les cas d'arthrites séronégatives sont souvent difficiles à classer d'un point de vue diagnostique. Les critères de classification peuvent certes constituer une aide, mais c'est le tableau clinique qui est décisif en définitive. Une atteinte articulaire symétrique touchant les petites articulations des mains et des pieds est typique d'une arthrite rhumatoïde. Une répartition asymétrique et

**Tableau 4:** Diagnostic différentiel en cas de polyarthrite.

Arthrite rhumatoïde
Spondylarthrites
– Spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew), arthrite psoriasique, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, arthrite réactionnelle (post-infectieuse)
Arthropathies cristallines
Collagénoses/vascularites
– Lupus érythémateux systémique, sclérose systémique, syndrome de Sjögren, polymyosite, dermatomyosite, vascularites (associées aux anticorps anti-cytoplasme des polymyosites, périartérite noueuse, cryoglobulinémie), maladie de Behçet
Autres maladies inflammatoires systémiques
– Sarcoidose, syndrome auto-inflammatoire (fièvre méditerranéenne familiale), maladie de Still
Arthrites infectieuses
– Infections virales (hépatite B, hépatite C, parvovirus B19, chikungunya), endocardite bactérienne, maladie de Lyme, maladie de Whipple
Polyarthrose active

Correspondance:  
Prof. Diego Kyburz  
Rheumatologie  
Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel  
diego.kyburz[at]usb.ch

l'atteinte de toutes les articulations le long d'un doigt ou d'un orteil indiquent une arthrite psoriasique.

La pose la plus précoce possible du diagnostic d'une arthrite chronique est capitale. Différentes études ont montré que l'initiation précoce d'un traitement de fond en cas d'arthrite rhumatoïde, mais aussi d'autres formes de polyarthrites, est associée à une amélioration du pronostic à long terme [4]. En cas de suspicion, il est recommandé de faire réaliser rapidement un bilan par un médecin spécialiste afin de poser l'indication d'un traitement de fond immunomodulateur/-suppresseur.

### Arthralgies sans tuméfaction articulaire

Si l'examen clinique ne met en évidence aucune tuméfaction synoviale, le diagnostic différentiel de l'arthralgie est vaste. En cas de troubles étendus incluant les parties molles et en l'absence d'élévation des paramètres inflammatoires sériques, il faut envisager un syndrome fibromyalgique. Les douleurs localisées dans le cadre de bursites ou de téno-synovites peuvent survenir aussi bien en cas de maladie rhumatismale inflammatoire qu'en cas de stress mécanique. Les arthralgies sans tuméfaction articulaire sont également possibles pour un certain nombre d'infections virales. En plus des infections virales mentionnées précédemment, le virus d'Epstein-Barr, le cytomégalovirus, le virus herpès simplex et d'autres encore sont à envisager. Les arthralgies sont également possibles en cas de troubles endocriniens, en particulier en cas d'hypothyroïdie. Chez les patients jeunes souffrant de

troubles polyarticulaires à caractère mécanique, un syndrome d'hypermobilité articulaire peut en être la cause. Avec l'âge, les arthroses sont plus fréquentes, d'une part sous forme de polyarthroses des mains et d'autre part sous forme d'arthrose des grandes articulations, en particulier des articulations du genou et de la hanche. Les troubles du métabolisme osseux sont des causes plus rares d'arthralgies. Il convient par ailleurs de ne pas oublier que les arthralgies peuvent également survenir en tant qu'effet indésirable de certains médicaments.

### Perspectives

Le diagnostic différentiel des troubles articulaires est très vaste. Dans la majorité des cas, les troubles sont de nature bénigne et passagère. Il est cependant essentiel de reconnaître les causes graves telles que les infections articulaires. De la même manière, les arthropathies inflammatoires chroniques doivent être diagnostiquées le plus tôt possible, car une initiation précoce du traitement est associée à un meilleur pronostic. Afin qu'un diagnostic correct puisse être posé, il est absolument nécessaire de procéder à une anamnèse détaillée et à un examen clinique, sur la base desquels des analyses de laboratoire ciblées et des examens d'imagerie doivent ensuite être réalisés.

#### Remerciements

Je remercie le Docteur Annemarie Martin Vogt pour sa relecture critique du manuscrit et ses précieuses remarques.

#### Disclosure statement

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

#### Photo de couverture

© Sebastian Kaulitzki | Dreamstime.com

#### Références

- 1 Nishimura K, Sugiyama D, Kogata Y, Tsuji G, Nakazawa T, Kawano S, *et al.* Meta-analysis: diagnostic accuracy of anti-cyclic citrullinated peptide antibody and rheumatoid factor for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med.* 2007;146(11):797–808.
- 2 Szkudlarek M, Klarlund M, Narvestad E, Court-Payen M, Strandberg C, Jensen KE, *et al.* Ultrasonography of the metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints in rheumatoid arthritis: a comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography and clinical examination. *Arthritis Res Ther.* 2006;8(2):R52.
- 3 Vassilopoulos D, Calabrese LH. Virally associated arthritis 2008: clinical, epidemiologic, and pathophysiologic considerations. *Arthritis Res Ther.* 2008;10(5):215.
- 4 Kyburz D, Finckh A. The importance of early treatment for the prognosis of rheumatoid arthritis. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13865.

### L'essentiel pour la pratique

- Les douleurs articulaires représentent un problème fréquent au cabinet médical. Le diagnostic différentiel est très vaste. Une anamnèse détaillée et un examen clinique sont décisifs.
- La présence de synovites lors de l'examen articulaire est déterminante pour le diagnostic différentiel.
- Les analyses de laboratoire et les examens d'imagerie doivent être réalisés de manière ciblée en fonction des résultats cliniques.
- L'identification précoce d'une arthropathie inflammatoire chronique est essentielle, car l'initiation rapide d'un traitement améliore le pronostic.
- En cas de monoarthrite, une ponction articulaire doit être envisagée afin d'exclure une arthrite d'origine bactérienne.