

FORMATION CONTINUE

Approche pragmatique pour le médecin de premier recours

Monoarthrite – prise en charge

Les douleurs monoarticulaires sont un problème fréquent en médecine de premier recours. Le diagnostic différentiel est large et il convient dès lors d'en reconnaître les étiologies urgentes pour orienter le patient vers la filière appropriée. Cet article a pour but de donner une approche pragmatique de la prise en charge de la monoarthrite de l'adulte.

Est-ce vraiment une arthrite et une atteinte monoarticulaire ?

La monoarthrite est définie par l'atteinte inflammatoire et isolée du compartiment articulaire d'une seule articulation se manifestant par un épanchement synovial et une douleur. Une articulation douloureuse n'est toutefois pas synonyme d'arthrite et doit être différenciée d'une atteinte abarticulaire (bursite, tendinite, enthésite, dermohypodermite) (tab. 1) (1). Une rougeur, douleur, chaleur et tuméfaction plus localisées, comme des douleurs élicitées lors de la contraction active ou lors de la mise en tension des structures atteintes parlent en faveur d'une atteinte abarticulaire (2). Pour confirmer l'atteinte articulaire, l'examineur recherchera surtout une limitation de la mobilité active et passive de l'articulation, limitation qui signe, jusqu'à preuve du contraire, une atteinte intrinsèque de l'articulation.

On recherchera également systématiquement, aussi bien à l'anamnèse qu'avec un examen clinique rapide, la présence d'une atteinte d'une autre articulation ou d'une lésion associée comme une dactylite qui changerait la problématique en celle d'une oligo ou d'une polyarthrite, problématique dont l'approche est très différente.

Faire un diagnostic différentiel

Le tableau 2 résume les étiologies les plus fréquentes d'atteintes monoarticulaires et leur présentation clinique. Si la crainte reste l'arthrite septique, les arthrites microcristallines sont les plus fréquentes. La goutte a une prévalence d'environ 2-3% aux États-Unis (2), et peut être difficile à distinguer d'une infection. Certains scores cliniques (tab. 3) peuvent être utiles, mais ne doivent pas se substituer à une arthrocentèse si une origine infectieuse est suspectée (3). Une monoarthrite peut également être la présentation initiale d'un rhumatisme chronique. La seule étude prospective étudiant le devenir de monoarthrites d'origine indéterminée chez 347 patients suivis sur 2 ans a pu démontrer que 26.2% d'entre eux



Dr Matthias Jarlborg
Fribourg



Pr Jean Dudler
Fribourg

ont développé un rhumatisme inflammatoire chronique (4), le plus souvent une polyarthrite rhumatoïde (6.1%) ou une arthrite psoriasique (4.6%).

L'anamnèse, avec le mode d'installation (brusque ou insidieux), la durée des symptômes (aigu < 4 semaines, chronique > 3 mois) et s'il s'agit d'un premier épisode ou d'un problème récurrent, comme l'examen clinique qui doit être complet, permettront d'affiner la suspicion clinique (5). En sus du contexte, la localisation de l'atteinte monoarticulaire (poignet, épaule et petites articulations)

TAB. 1	Différences entre atteinte articulaire et abarticulaire	
	Articulaire	Abarticulaire
Mobilité*	Limitation dans tous les axes du mouvement, limitation en actif et passif	Pas ou peu de limitation. Asymétrique, limitation surtout en actif
Rougeur et tuméfaction	Diffuse	Localisée (p. ex. au niveau d'une bourse ou péri-tendineuse)
Douleur	Spontanée ou déclenchée à la mobilisation dans tous les axes de mouvement	Déclenchée lors de la mise en tension de la structure atteinte
* élément clef dans la différenciation entre atteinte articulaire et abarticulaire		

constitue souvent l'élément le plus prédictif, alors que les analyses sanguines spécifiques (FR, FAN, acide urique, HLA-B27, etc.) n'ont pas leur place dans la prise en charge initiale, seuls les paramètres inflammatoires et la formule sanguine complète étant utiles pour apprécier en tant que soit peu le risque infectieux.

Exclure l'infection : l'arthrocentèse

L'élément crucial devant une monoarthrite reste donc l'exclusion de l'atteinte septique qui n'est pas si rare et dont les conséquences peuvent être désastreuses. Selon une méta-analyse, la prévalence de l'atteinte septique non-gonococcique est d'environ 27 % chez les

TAB. 2 Etiologies fréquentes des monoarthrites de l'adulte (liste non exhaustive)

	Clinique	Aide diagnostic	Prise en charge initiale
Microcristallins			
Goutte	Début brutal, atteinte fréquente MTP I (« podagre ») et tarse. Présence de tophi. Homme > femme Crises récurrentes	Ponction : cristaux d'acide urique (fines aiguilles brillantes, fortement biréfringentes négativement)	Ponction soustractive et infiltration Si ponction non réalisable : – AINS à dose maximale – Prednisone 30–35 mg/j sur env. 5 jours
Monoarthrite à pyrophosphate de calcium (« pseudogoutte »)	Population âgée (prévalence dépend de l'âge). Poignets et genoux avant tout. Hospitalisation, évnt. Intercurent favorisant. Association avec l'hémochromatose, l'hyperparathyroïdie.	Localisation : genou et poignet Ponction : cristaux de pyrophosphate de calcium Radiographie standard : chondrocalcinose radiologique (genou, mains, et symphyse pubienne)	
Infectieux			
Arthrite septique non-gonococcique	Apparition rapide d'une monoarthrite, altération de l'état général. Contage infectieux et comorbidités (groupe à risque cf. tableau 4)	Ponction : culture, répartition et Gram Laboratoire : formule sanguine complète, CRP	Antibiothérapie empirique avec – Céphalosporine 2 ^e génération ou Co-amoxicilline iv. – Vancomycine si suspicion MRSA – Antibiothérapie à large spectre si immunosuppression sous-jacente
Arthrite à gonocoques	Polyarthrites migrantes, ténosynovites et lésions cutanées (pustules et vésicules). Cause infectieuse la plus fréquente dans la population jeune. Rare en Suisse (souches peu arthritogéniques)	PCR dans le liquide synovial, Culture de la synovie: 50% de faux négatif Culture ou PCR des lésions cutanées, urètre ou cervix, rectale	Ceftriaxone iv 1g/j pour 7 jours (excellent pronostic artulaire)
Arthrite de Lyme	Monoarthrite récurrente ou chronique avec volumineux épanchement paucisymptomatique Phase tardive de la maladie.	PCR dans le liquide synovial Sérologie : IgG positif (phase tardive)	Stade précoce : Doxycycline ou Amoxicilline durant 1 mois Stade tardif : Ceftriaxone 2 g iv durant 2 semaines
Rhumatismes inflammatoires chroniques			
Polyarthrite rhumatoïde	Atteinte monoarticulaire rare, mais possible en début de maladie. Les petites articulations, le poignet et l'épaule sont plus souvent touchés.	L'évolution de la maladie permet le plus souvent de poser le diagnostic. Nécessite une évaluation et un suivi spécialisés.	Infiltration (lidocaïne et corticoïdes) Avis rhumatologique pour la prise en charge chronique
Arthrite psoriasique	Lésion de psoriasis, anamnèse familiale de psoriasis. Dactylite. Enthésite.		
Arthrite réactionnelle	Précédé d'une diarrhée infectieuse, urétrite, conjonctivite, rash. Dactylite, sacro-iliite, balanite, uvéite antérieure.		
Autres			
Arthrose décompensée	Exacerbation de douleurs chroniques mécaniques	Radiographie standard : pincement de l'interligne, ostéophytes, sclérose sous-chondrale, géodes. Ponction : liquide mécanique (numération < 1G/L)	Infiltration (lidocaïne et corticoïde) Viscosupplémentation (non remboursée et pas dans la phase congestive)
Ostéonécrose aseptique	Douleurs de charge avant tout. Epanchement rare. Facteur de risque : corticostéroïde, alcoolisme chronique, HIV, maladies hématologiques	IRM Ponction : liquide mécanique	Décharge et antalgie
Synovite villonodulaire	Epanchement hémorragique récidivant. Rare. Femme entre 30 et 50 ans.	IRM : épaissement synovial avec dépôt d'hémosidérine Biopsie synoviale : gold standard	Avis spécialisé

TAB. 3 Outil diagnostique pour la goutte selon Janssens et al.	
Sexe masculin	2 points
Episode d'arthrite antérieur	2 points
Installation rapide sur 1 jour	0.5 point
Atteinte du MTP I	2.5 points
Rougeur en regard de l'articulation	1 point
Hypertension artérielle ou au moins une maladie cardiovasculaire	1.5 point
Acide urique sérique >350 µmol/l	3.5 points
Score :	
≥ 8 pts : Probabilité élevée (avec une valeur prédictive positive de 95.3%)	
4-7 pts : Probabilité intermédiaire	
< 4 : Probabilité faible (avec une valeur prédictive négative de 94.8%)	



Fig. 1 : liquide inflammatoire classique, jaune, trouble et optique, riche en éléments.

L'étiologie peut être aussi bien infectieuse que microcristalline ou dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire. Une infiltration dans le même temps est tout à fait envisageable si la suspicion infectieuse est faible (toutefois, mettre des cultures en route)

tout le contexte qui doit guider le clinicien qui se doit de reconnaître les groupes à risque (tab. 4) (9, 11, 12).

Le diagnostic d'arthrite septique est posé par la culture positive qui reste le « gold standard » avec une sensibilité de 75 à 95% (9). Une étude récente suggère qu'il est raisonnable d'incuber les cultures au moins 4 jours, surtout chez les patients à risque, avant de les considérer comme négatives (13). Si certains germes, comme le gonocoque ou la borréliose, nécessitent une recherche par PCR dans le liquide synovial, ils sont moins agressifs pour l'articulation et de prime abord il s'agit d'un coque Gram positif qui sera facile à mettre en évidence. Ainsi, la ponction diagnostique reste la clef obligatoire devant toute suspicion d'arthrite septique, sans aucune contre-indication en cas de suspicion, hormis la présence d'une prothèse où elle doit être réalisée en milieu chirurgical.

L'articulation la plus fréquemment touchée est le genou (50% des cas) (6), articulation facilement ponctionnable. Le clinicien se munira de 3 tubes (selon les 3 « C ») : un tube EDTA pour la Cellularité, un tube stérile pour la Culture et un tube simple pour les Cristaux. L'examen direct avec coloration Gram permet d'obtenir un résultat rapide, mais sa faible sensibilité (entre 45 et 71% (6)) ne permet pas d'exclure l'infection. Le liquide synovial septique est inflammatoire, trouble et opaque, le plus riche en éléments le plus suspect (fig. 1). Selon une méta-analyse (6), une cellularité > 50 G/L est associée à une probabilité de 64% de se trouver face à une arthrite septique (spécificité de 90%), chiffre qui s'élève à 83% avec > 100 G/L (spécificité de 99%), chiffres qui n'excluent pas une autre étiologie, en particulier une arthrite microcristalline. De même, l'inverse est vrai et une arthrite septique peut avoir < 50 G/L.

De même, la présence de cristaux ne permet pas d'exclure une infection concomitante. Selon une étude rétrospective australienne (14), 5.2% des arthrites microcristallines ont une co-infection bactérienne. Elle démontre cependant que l'association entre une faible cellularité < 10 G/L avec une CRP < 100 mg/l permet de raisonnablement écarter l'infection. Une fois encore, c'est uniquement la ponction qui permettra de poser ou d'exclure le diagnostic et c'est le contexte qui fait la suspicion.

Prendre en charge et soulager le patient

Tout reste une question de suspicion. Si la clinique et le contexte parlent pour une arthrite septique, la ponction est essentielle, ponction qui doit être suivie immédiatement par une antibiothérapie empirique ciblant avant tout les coques Gram positifs (tab. 5) (15). Si la ponction n'est pas possible, il est essentiel de référer le patient dans un centre compétent afin d'effectuer cette ponction et les analyses bactériologiques avant d'initier une quelconque anti-

TAB. 4 Facteurs de risque d'arthrite septique	
Facteurs de risque	Risque relatif et Commentaires
Age >80 ans	RR 4.1
Diabète	RR 2.8
Polyarthrite rhumatoïde	RR 5.4 Incidence de 70 cas pour 100'000 personne-année
Prothèse articulaire	RR 4.1 Nécessite un avis orthopédique d'emblée
Chirurgie articulaire récente	RR 8.4
Immunosuppression, HIV, maladie oncologique, ou chimiothérapie	Chez le patient HIV : RR 3.2
Infection de la peau en regard d'une prothèse	RR 18 Il s'agit du seul facteur de risque augmentant fortement (de façon décisive) la probabilité d'une arthrite septique : rapport de vraisemblance à 15. Nécessite un avis orthopédique en urgence.
Population sexuellement active	Arthrite gonococcique : 3F pour 1H. Non destructrice, elle se distingue des arthrites non gonococciques par un meilleur pronostic.
Tableau adapté des références (9), (11) et (12)	

patients se présentant avec une atteinte monoarticulaire dans un centre d'urgence (6), et une étude prospective sur 2 ans a démontré une mortalité intra-hospitalière de 11% (7). La morbidité est également importante en raison de la destruction rapide du cartilage entraînant une limitation fonctionnelle permanente dans 25-50% des cas (8).

La clinique ne permet pas vraiment de la distinguer des autres causes. La fièvre n'a qu'une sensibilité de 57% et une spécificité médiocre (9) et est d'une faible aide diagnostique. De même, les marqueurs inflammatoires sanguins ont une sensibilité faible et ne permettent en aucun cas d'exclure une arthrite septique (6). Certains éléments sont plus suggestifs, comme une déviation à gauche ≥ 1.9% (rapport de vraisemblance de 14) (10). Toutefois, c'est avant

TAB. 5 Germes les plus fréquents et mode de transmission	
Mode de transmission	Germes
Infection par voie hématogène d'un foyer infectieux Ex: bactériémie persistante (endocardite) ou transitoire (pneumonie, pyélonéphrite, etc.)	– Coque gram positif surtout: Staphylocoque doré (50%), Streptocoque spp (10%), – Gram négatif (9–17%): E. Coli, Haemophilus influenzae (stt chez l'enfant), méningocoque – Anaérobies (1–3%): Bactéroïdes, Propionibacterium acnes – Cas particulier: Salmonelle dans la Drépanocytose
Infection post-traumatique ou post-interventionnelle (chirurgie, arthroscopie, infiltration)	– Gram négatif (51%) surtout: E coli, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacter cloacae, Protéus mirabilis – Gram positif: Staphylocoque epidermidis
Infection transmise par voie sexuelle	Coque gram négatif: gonocoque (culture positive seulement dans 10–50% des cas, PCR)
Infection par morsure	Pasteurella spp (morsure de chat > chien) Streptocoque viridans (morsure humaine)
Inoculation par voie intraveineuse (toxicomane)	Surtout Pseudomonas, Candida albicans
Immunosuppression	Gram négatif: pseudomonas, Serratia. Germes atypiques, mycobactéries. Champignons.
Transmission par la tique	Borrelia Burgdorferi (spirochète)
Tableau adapté de la référence (15)	

biothérapie. Le traitement nécessite de toute manière une prise en charge en milieu hospitalier (8), avec ou sans drainage chirurgical. Dans les autres cas, sans réelle suspicion d'atteinte septique, le clinicien devrait profiter de la ponction pour infiltrer l'articulation lors du même geste, même et surtout en présence d'un liquide inflammatoire. L'infiltration a démontré son efficacité dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), les arthrites microcristallines ou les décompensations arthrosiques et présente un risque infectieux faible (de 1/3000 à 1/100000 selon les études) (16). Associées aux mesures non spécifiques (antalgiques, décharge, immobilisation, glace), la ponction soustractive et l'infiltration permettront de soulager rapidement le patient et il sera toujours possible de rappeler le patient si, a posteriori, le liquide s'avérait infectieux. Il n'y a pas d'évidence pour un rôle néfaste d'une infiltration dans ce contexte.

Messages à retenir

- ◆ En raison de ses conséquences désastreuses, une monoarthrite est septique jusqu'à preuve du contraire.
- ◆ La ponction articulaire avec cultures reste le seul « gold standard » diagnostique pour toute suspicion d'arthrite septique et doit précéder une quelconque antibiothérapie.
- ◆ Par contre, ne pas avoir peur d'infiltrer une articulation non suspecte d'être infectieuse lors de la ponction.

Pour terminer, en cas de suspicion de goutte ou d'arthrite à pyrophosphate de calcium sur une articulation non ou difficilement ponctionnable, la mise en route d'un traitement médicamenteux par AINS full-dose ou prednisone (30 mg/j) selon les comorbidités du patient (17) est raisonnable, le diagnostic devant par contre être réévalué en l'absence d'une amélioration rapide dans les 24 à 48 heures.

Conclusion

L'arthrocentèse et la reconnaissance des patients à risque infectieux sont les éléments clés dans la prise en charge de la monoarthrite et l'orientation diagnostique. Tout épanchement articulaire mérite de prime abord une ponction. Une mauvaise reconnaissance ou un délai dans la prise en charge peut amener à des conséquences dramatiques. Ainsi, Ma et al. (9) proposent 3 erreurs à ne pas commettre: la non-réalisation de la ponction articulaire ou une réalisation retardée, l'administration d'une antibiothérapie avant la mise en culture du liquide synovial et la mise en route d'un traitement sur la base d'analyses sanguines, erreurs auxquelles nous aimerions rajouter la peur d'infiltrer une articulation non suspecte d'être infectieuse lors de la ponction initiale.

Dr Matthias Jarlborg

Pr Jean Dudler

Clinique de rhumatologie
HFR Fribourg – Hôpital Cantonal, 1708 Fribourg
matthias.jarlborg@h-fr.ch
jean.dudler@h-fr.ch

✚ **Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Références:

1. Ensworth S. Rheumatology: 1. Is it arthritis? CMAJ 2000;162(7):1011-6
2. Genes N, Chisolm-Straker M. Monoarticular arthritis update: Current evidence for diagnosis and treatment in the emergency department. Emerg Med Pract 2012;14(5):1-19; quiz 19-20
3. Lee KH et al. Application of a Novel Diagnostic Rule in the Differential Diagnosis between Acute Gouty Arthritis and Septic Arthritis. J. Korean Med Sci 2015;30(6):700-4
4. Norli ES et al. Joint distribution and 2-year outcome in 347 patients with monoarthritis of less than 16 weeks' duration. Arthritis Care Res 2017 Aug 4. doi: 10.1002/acr.23334. [Epub ahead of print]
5. Baker DG, Schumacher HR. Acute monoarthritis. N Engl J Med 1993;329(14):1013-20
6. Carpenter CR et al. Evidence-based Diagnostics: Adult Septic Arthritis. Acad Emerg Med 2011;18(8):781-96
7. Gupta MN et al. A prospective 2-year study of 75 patients with adult-onset septic arthritis. Rheumatol Oxf Engl 2001;40(1):24-30
8. Sadowski CM, Gabay C. Septic arthritis. Rev Med Suisse 2006;2(57):702-4, 707-8
9. Ma L et al. Acute monoarthritis: what is the cause of my patient's painful swollen joint? CMAJ 2009;180(1):59-65
10. Pyo JY et al. Clinical significance of delta neutrophil index in the differential diagnosis between septic arthritis and acute gout attack within 24 hours after hospitalization. Medicine 2017;96(30):e7431
11. García-De La Torre I, Nava-Zavala A. Gonococcal and nongonococcal arthritis. Rheum Dis Clin North Am 2009;35(1):63-73
12. Kaandorp CJ et al. Risk factors for septic arthritis in patients with joint disease. A prospective study. Arthritis Rheum 1995;38(12):1819-25
13. Balderia PG et al. Acute bacterial arthritis: how long should you wait for culture results? J Clin Rheumatol Pract Rep Rheum Musculoskelet Dis 2015;21(4):196-8
14. Papanicolas LE et al. Concomitant Septic Arthritis in Crystal Monoarthritis. J Rheumatol 2012;39(1):157-60
15. Kohlprath R et al. Community-acquired bacterial septic arthritis in adults: diagnosis and treatment. Rev Med Suisse 2015;11(470):862-6
16. Holland C et al. Septic and aseptic complications of corticosteroid injections: an assessment of 278 cases reviewed by expert commissions and mediation boards from 2005 to 2009. Dtsch Arzteblatt Int 2012;109(24):425-30
17. Nuki G et al. Current management of gout: practical messages from 2016 EULAR guidelines. Pol Arch Intern Med 2017;127(4):267-77