



Médecine Interne Gériatrie



# **Arthrite aiguë. Quelle stratégie en pratique ?**

**Pr Philippe CHASSAGNE. Normandie Université**

# Arthrite aiguë : sémiologie

- Association : douleur de rythme inflammatoire + impotence + signes physiques inflammatoires
- Mono- arthrite, oligo ou polyarthrite souvent fébrile
- Contexte : antécédents de Rhumatisme Inflammatoire (PR, rhumatismes microcristallin, PPR, Horton, SPA ancienne...)
- Iatrogénie : infiltration, chirurgie, plaie, immunodépression
- Siège : grosses articulations, 1<sup>o</sup> rayon du pied MTP, arthropathie préexistante (arthrose, prothèse)

# Key Feature Problem n° 1

Homme 78 ans , ne peut plus marcher depuis 5 jours, douleurs permanentes du genou G, fièvre persistante malgré paracétamol.

Antécédents : PM (maladie de l'oreillette), DT 2, néphroangiosclérose (cl Créat: 26 ml/mn), HTA (IEC + Diurétiques), notion de crise de goutte au niveau du poignet.



# Quelles sont vos 4 hypothèses ?

- A. PR débutante
- B. Arthrose congestive en poussée
- C. Arthrite septique
- D. SPA de révélation tardive
- E. PPR car il a une altération de l'état général marquée
- F. Une arthrite goutteuse car le genou est un siège habituel de cette maladie
- G. Une arthrite aiguë liée à des cristaux de pyrophosphate de calcium
- H. Un COVID
- I. Une endocardite

# Quelles sont vos 4 hypothèses ?

- A. PR débutante
- B. Arthrose congestive en poussée
- C. Arthrite septique
- D. SPA de révélation tardive
- E. PPR car il a une altération de l'état général marquée
- F. Une arthrite goutteuse car le genou est un siège habituel de cette maladie
- G. Une arthrite aiguë liée à des cristaux de pyrophosphate de calcium
- H. Un COVID
- I. Une endocardite

# Quelles mesures (4) immédiates pour établir le diagnostic de cette arthrite et initier son traitement ?

- A. Décharge de l'articulation
- B. Corticoïdes en intra-articulaires
- C. Glaçage du genou
- D. Antibiotiques dans l'hypothèse d'une infection
- E. Ponction du genou (cytologie et bactériologie et recherche de cristaux) malgré son TTT anticoagulant
- F. Radiographie F + P + Schuss
- G. Mesure de la CRP
- H. ECG
- I. Hémocultures
- J. Radiographie de thorax à la recherche d'un foyer infectieux
- K. TDM cérébrale car il est confus

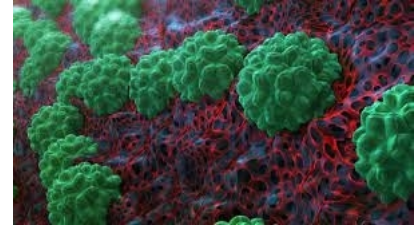
# Quelles mesures (4) immédiates pour établir le diagnostic de cette arthrite et initier son traitement ?

- A. Décharge de l'articulation
- B. Corticoïdes en intra-articulaires
- C. Glaçage du genou
- D. Antibiotiques dans l'hypothèse d'une infection
- E. Ponction du genou (cytologie et bactériologie et recherche de cristaux) malgré son TTT anticoagulant
- F. Radiographie F + P + Schuss
- G. Mesure de la CRP
- H. ECG
- I. Hémocultures
- J. Radiographie de thorax à la recherche d'un foyer infectieux
- K. TDM cérébrale car il est confus



# Arthrites aiguës et personnes âgées

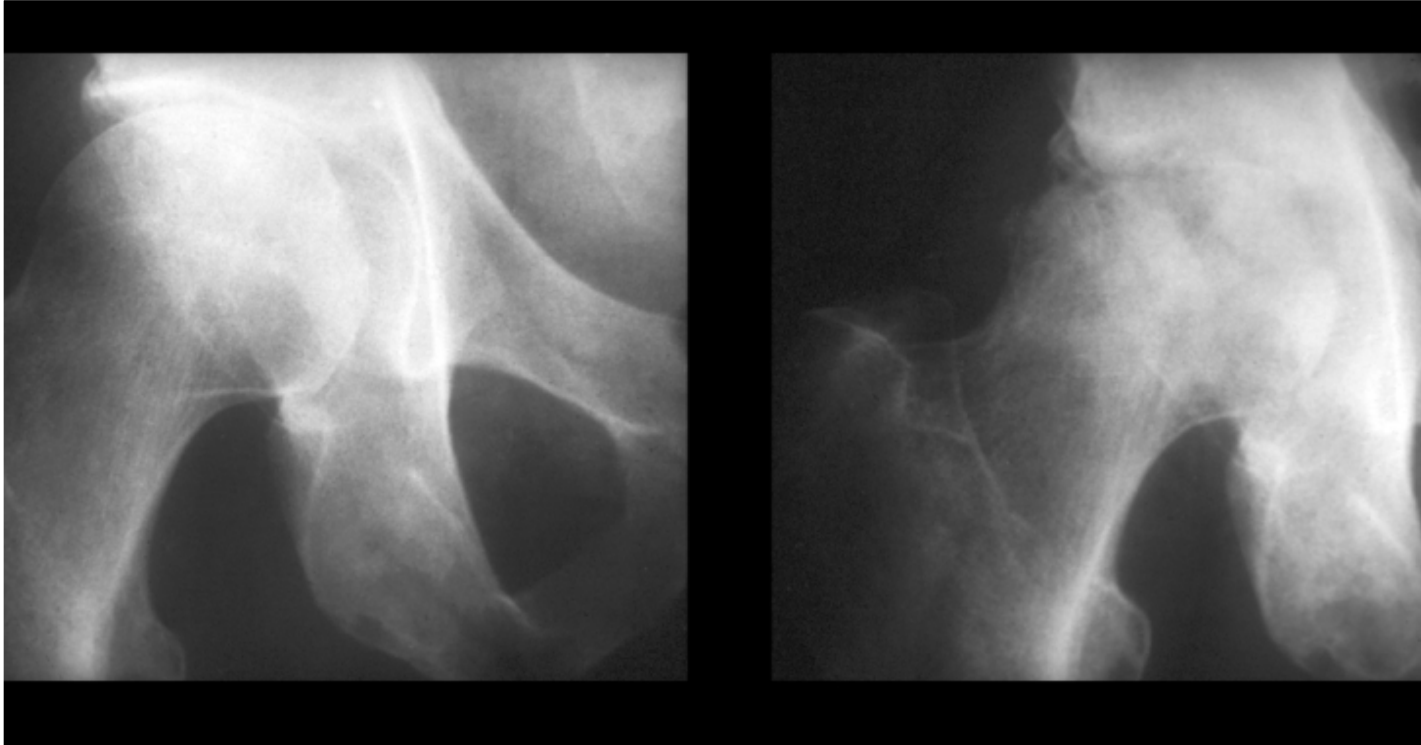
- Arthrite septique
- Rhumatisme micro-cristallin
  - Goutte
  - Chondrocalcinose



# Arthrite septique : l'urgence absolue

- Greffe bactérienne sur une arthropathie (voie hématogène), contiguïté, iatrogénie
- Terrain : prothèse (genou >> hanche, diabète, IRC)
- La comorbidité : endocardite
- Identifier le germe donc ponction (examen direct, culture, PCR si antibiothérapie antérieure, et / ou hémocultures (positives dans un quart des cas)
- Agents pathogènes : Staphylocoques dorés (50 %), streptocoques (20 %)
- Les risque : infection non contrôlée, chondrolyse rapide

**Boiterie D, CRP élevée, intervalle entre les clichés = 8 jours**





# Arthrites aiguës et personnes âgées

- Arthrite septique
- Rhumatisme micro-cristallin
  - Goutte
  - Chondrocalcinose

# La goutte

- Mono- arthrite, oligo ou polyarthrite souvent fébrile
- Localisation : premier rayon du pied (MTP), **jamais d'atteinte axiale**
- Résolution spontanée < 8 jours et sédation entre les accès
- Hyperuricémie ( $\geq 408$   $\mu\text{mol/L}$ , 70 mg/L) **CHRONIQUE** :
  - Excès d'apport (nécrose cellulaire et donc de bases puriques), goutte secondaire
  - Défaut d'élimination (rein >>> digestif)
  - Excès + clairance diminuée (pour 2/3 rénale)
- Facteurs déclenchant : chirurgie articulaire, déshydratation, alcool, diététique, diurétiques +++
- Examen : synovite, bursite, chaleur, desquamation secondaire, tophus associés signant une forme chronique...



1799



**La forme aiguë : crise de goutte.  
Les critères de la maladie**

## SPECIAL ARTICLE

# 2015 Gout Classification Criteria

An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism  
Collaborative Initiative

\* A web-based calculator can be accessed at:  
<http://goutclassificationcalculator.auckland.ac.nz>, and through the American College of Rheumatology (ACR) and European League Against Rheumatism (EULAR) web sites.

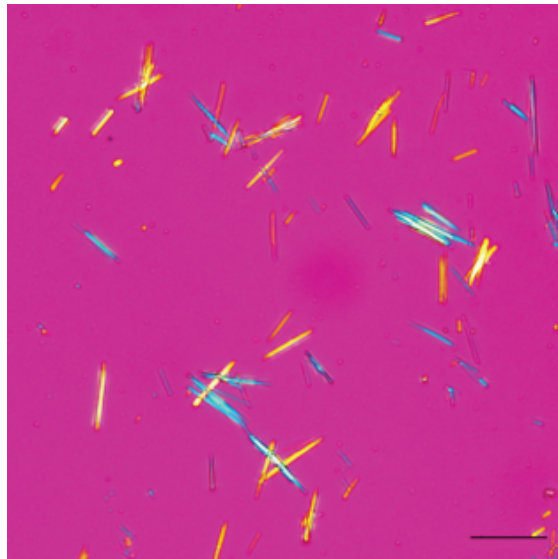
Critère	Score
Articulation atteinte	1ère MTP = 2, Milieu du pied = 1, Autre = 0
Durant la crise : - Grande difficulté à mobiliser l'articulation - Douleur au toucher ou à la pression insupportable - Erythème	Si les 3 sont présents = 3 Si 2 sont présents = 2 Si 1 est présent = 1 Aucun des symptômes présent = 0
Antécédent de crise de goutte typique avec : - Atteinte du pic de douleur en moins de 24h - Résolution en moins de 14j - Période asymptomatique entre les crises	Si crises récurrentes = 2 Si 1 antécédent de crise = 1 Pas d'antécédent de crise = 0
Tophus	Si tophus = 4, si absence de tophus 0
Uricémie mesurée à distance d'au moins 4 semaines d'une crise, sans traitement hypo-uricémiant	Si <40mg/L = -4 Si entre 40 et < 60mg/L = 0 Si entre 60 et < 80mg/L = 2 Si entre 80 et < 100mg/L = 3 Si ≥ 100mg/L = 4
Recherche de cristaux d'UMS dans articulation, bourse ou tophus	Recherche négative de cristaux d'UMS = -4 Recherche non effectuée = 0 Recherche positive aux cristaux d'UMS = GOUTTE
Echographie et Scanner double énergie	Double contour à l'échographie = 4 Dépôt d'urate au scanner = 4 Sinon = 0
Radiographie	Rupture corticale avec marge sclérotique et bord saillant sur une radio des mains ou des pieds = 4 Sinon = 0
<b>Si démonstration de cristaux d'UMS dans le liquide synovial ou tophus ou si score ≥ 8 = Goutte</b>	

*Tableau 10: Critères ACR/EULAR 2015*



# La ponction articulaire

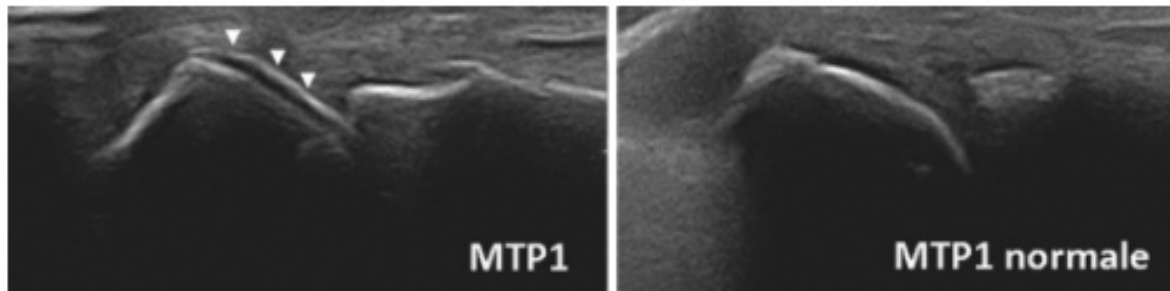
- Selon le site
- liquide « sale »
- Vertus diagnostiques +++
- Vertus antalgiques
- Possible sous anticoagulant
- Sans danger



# Imagerie : échographie

Fig. 20-2 : Aspects échographiques dits « en double contour » à la surface du cartilage (dépôts de cristaux d'urate).

Remerciements au Dr Sébastien Ottaviani, hôpital Bichat, Paris.



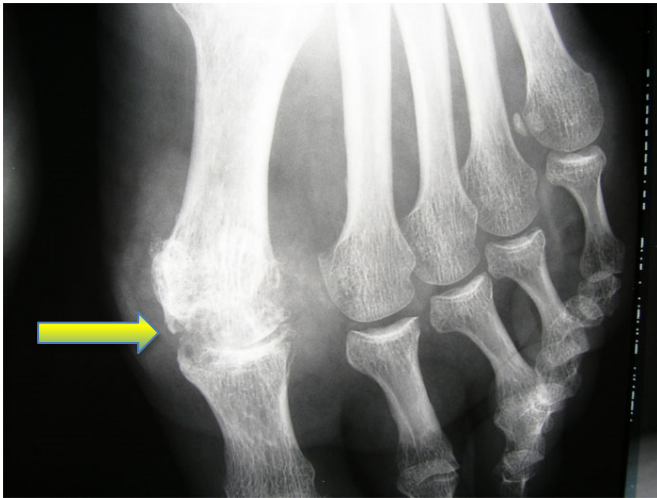


**La forme chronique peut succéder à un accès aigu en cas d'hyperuricémie chronique qui sera suspecter sur l'anamnèse et aussi...**

# Goutte chronique : tophi



# Imagerie standard



# TTT de la phase aiguë



- Immobilisation courte, antalgie
- AINS : non (un point c'est tout !!!)
- Colchicine ® >> Colchimax ®, posologie 0,5 à 1 mg /J
- Corticoïdes per os : 20 mg /J pendant 5 j
- Mesures associées : hydratation alcaline, arrêt temporaire des médicaments non indispensables (priorisation +++)

# Traitement de fond : hypo-uricémiant (préventif)





# Arthrites aiguës et personnes âgées

- Arthrite septique
- Rhumatisme micro-cristallin
  - Goutte
  - Chondrocalcinose

# Généralités

- La chondrocalcinose ou maladie chondrocalcinotique peut être périphérique (CCA) ou axiale (jamais la goutte)
- Prévalence : 4-7 % (Europe), 44 % après 84 ans <sup>1</sup> (x 2 après 60 ans par décade)
- Elle peut être asymptomatique (image) ou symptomatique (arthrite) liée à une réaction inflammatoire due aux dépôts de pyrophosphate de calcium
- Description initiale : pseudo-goutte (synonyme d'arthrite) <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Neame RL Ann Rheum Dis 2003

<sup>2</sup> Zitnana D Ann Rheum Disease 1963

# COMORBIDITES

- CCA : majoritairement idiopathique
- Fréquence accrue :
  - Hyperparathyroïdie
  - Hypothyroïdie
  - Maladie métabolique : hémochromatose, Wilson, hypophosphatémie familiale, hypomagnésémie, goutte (5 % d'association)
- Facteurs déclenchant : cure de bisphosphonates IV, visco-supplémentation, arthroscopie, parathyroïdectomie, après FESF
- Association à l'arthrose (gonarthrose)

# Formes périphériques

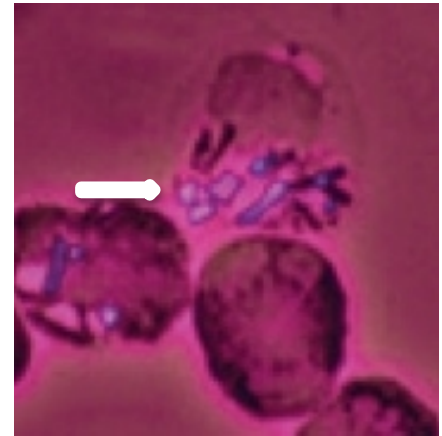
- Latente, découverte fortuite (imagerie)
- Monoarthrite aiguë fébrile (poignet, genoux) ou polyarthrite
- Récurrence variable

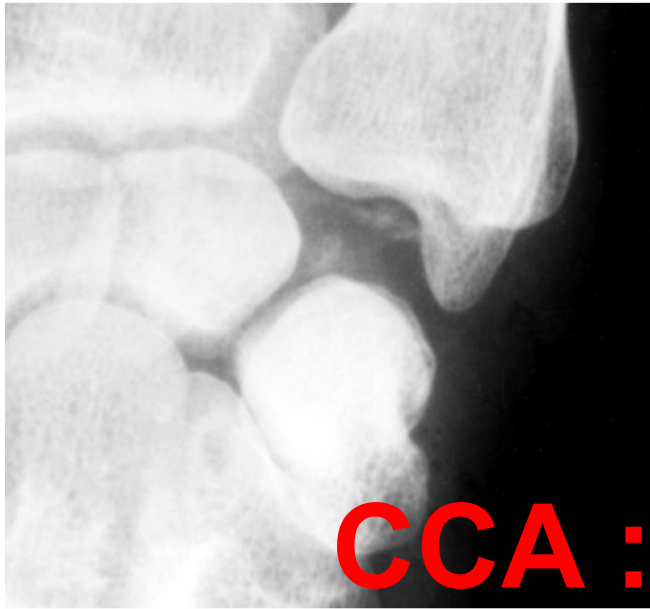
# Formes axiales

- Rachialgies inflammatoires aiguës fébriles
- Pseudo-spondylodiscite
- Cervicalgies aiguës avec torticolis (pseudo-méningite)

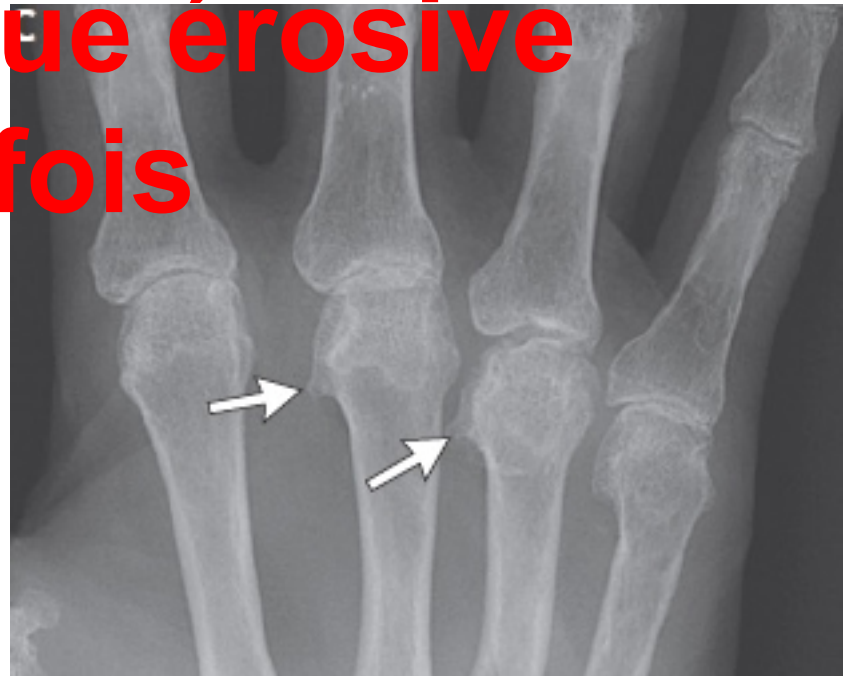
# Ex complémentaires

- Biologie : inflammation, uricémie, calcémie
- Ponction à visée diagnostique et thérapeutique
- Imagerie :
  - Radiographies
  - TDM d'emblée (IRM) dans les formes axiales
  - Echographie

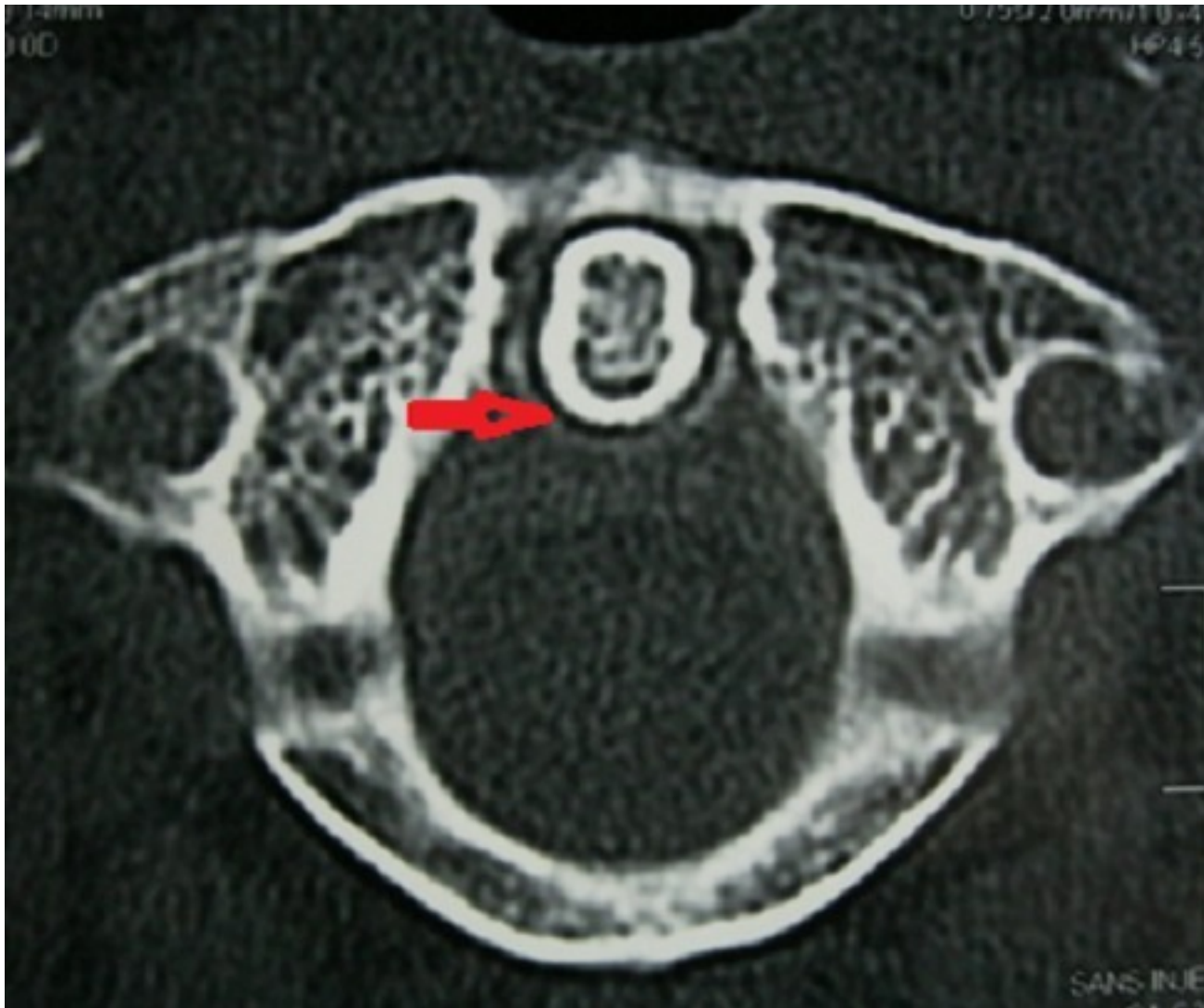




**CCA : arthropathie  
périphérique érosive  
parfois**

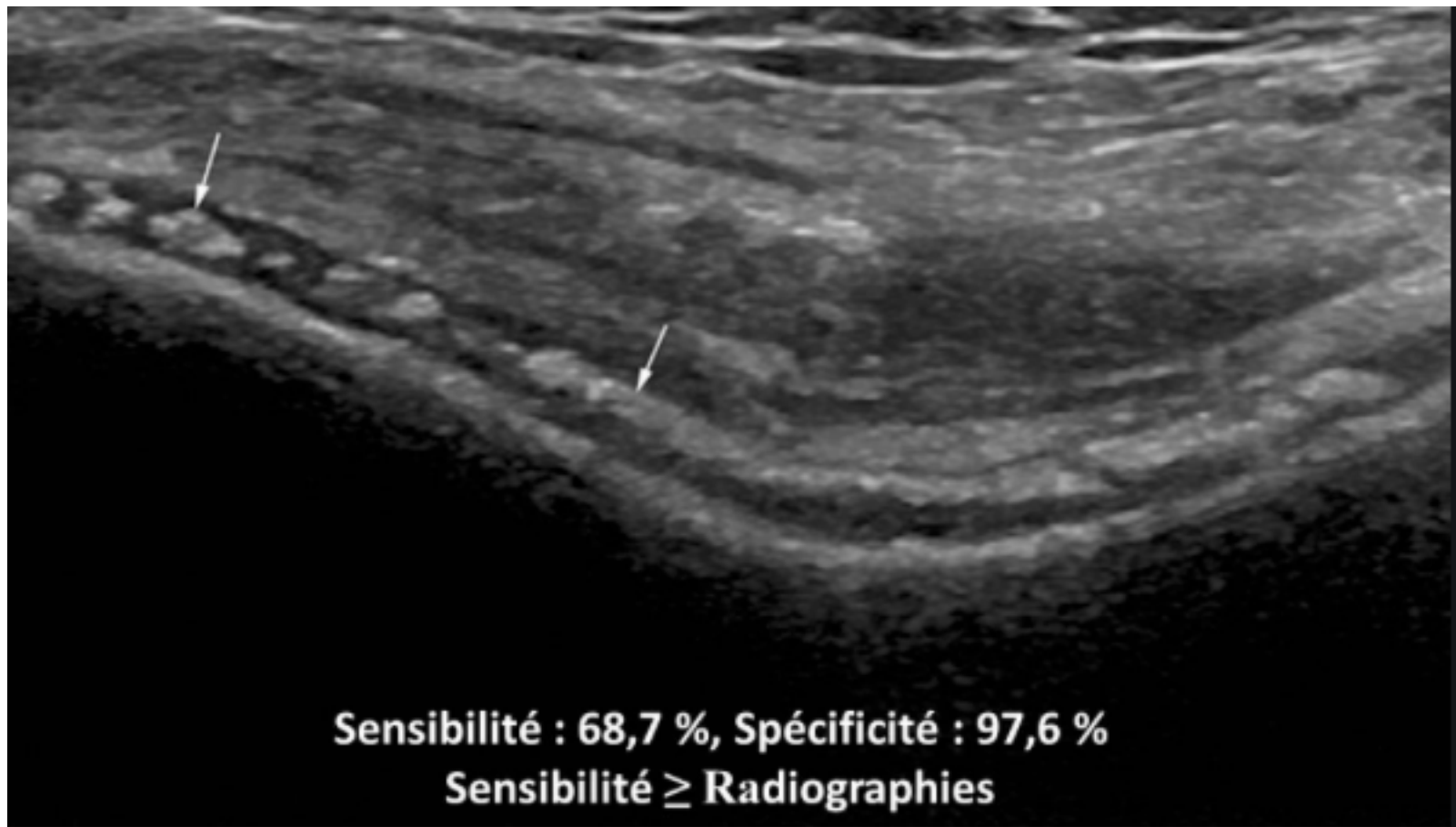


# Chondrocalcinose cervicale



# Et aussi sur les tendons



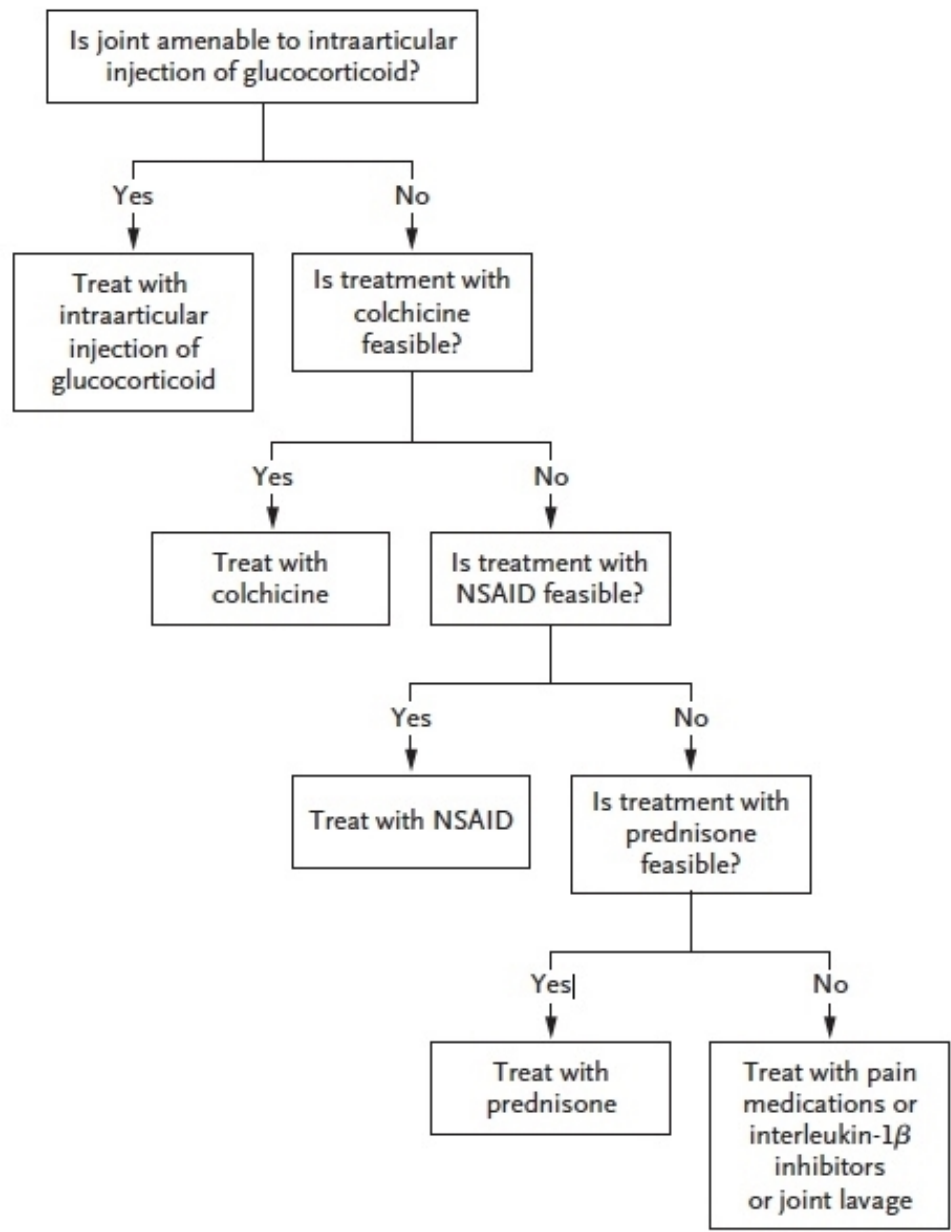


**Sensibilité : 68,7 %, Spécificité : 97,6 %**  
**Sensibilité  $\geq$  Radiographies**

# TTT de la phase aiguë

- Antalgie (immobilisation la plus courte possible, froid, antalgiques, ponction évacuatrice)
- Fonction rénale : colchicine ou corticoïdes ou infiltration (toujours pas de place pour les AINS)
- Pendant 8–15 jours
- Pas de traitement codifiée en prévention dans les formes primitives (essais +/- positifs : MTX, APS)
- Si CCA + Goutte alors TT de fond de la goutte

**TTT préventif : aucun**



**Figure 4. Management Strategy for Acute CPP Crystal Arthritis.**