

7/ Rhumatismes et dégénérescence des articulations

Etude de l'appareil locomoteur (articulations, os, muscles, tendons)

Douleur en rhumatologie

- Mécanique: aggravée par l'effort, calmée par le repos
- Inflammatoire: réveil nocturne, dérouillage matinal, douleur calmée par la mobilisation et présente au repos

Arthrite = maladie inflammatoire de la membrane synoviale

Arthrose = maladie mécanique, usure du cartilage articulaire

I. Arthrose des membres

La plus fréquente des affections rhumatologiques

Maladie de l'articulation associant destruction cartilagineuse, ostéophytose marginale, ostéocondensation et réaction synoviale

Localisation les plus fréquentes: genou, hanche, doigts

Caractéristiques

- évolution lentement progressive
- début tardif
- F > H
- douleurs mécaniques
- VS et CRP toujours normales
- ponction articulaire: liquide mécanique

Conséquences articulaires: usure puis disparition du cartilage, pincement de l'articulation

Facteurs favorisants

- vieillissement
- hérédité
- obésité
- traumatismes articulaires
- anomalies architecturales congénitales ou acquises

Arthrose du genou = gonarthrose

Terrain: sujet féminin > 50 ans, obésité

Facteurs de risque

- obésité
- déviations axiales
- traumatismes

Retentissement sur les activités quotidiennes, la marche, la montée et la descente des escaliers

3 localisations possibles (parfois associées): fémoro-patellaire, fémoro-tibiale interne ou externe

Clinique

- douleur mécanique du genou
- boiterie, craquements
- limitation douloureuse de la flexion
- parfois épanchement articulaire lors des poussées

La radio permet de faire le diagnostic et de localiser l'arthrose mais parfois dissociation entre la radio et la clinique

Biologie: VS et CRP normales

Ponctionner si épanchement articulaire (liquide mécanique)

Alternance de périodes douloureuses et non douloureuses

Traitement

- avant tout médical: hygiène de vie, antalgiques, AINS +/- anti arthrosiques d'action lente, infiltrations intra-articulaires)
- kinésithérapie
- traitement chirurgical en 2e intention: ostéotomie préventif ou prothèse totale de genou

Arthrose de la hanche = coxarthrose

Arthrose de l'articulation coxo-fémorale

Soit primitive (50%) soit secondaire à une anomalie architecturale (50%)

Retentissement sur les activités quotidiennes et sur la marche

Clinique

- douleurs inguinales d'horaires mécaniques +/- projetée au niveau du genou
- boiterie à la marche
- limitation des amplitudes articulaires variables

La radio permet de rechercher une anomalie architecturale mais parfois dissociation radio-clinique

Biologie: VS et CRP normales, analyse du liquide articulaire rare

Traitement

- même traitement médical
- traitement chirurgical: butée cotyloïdienne ou prothèse totale de hanche

Arthrose de la main

Invalidante: douleurs, gêne fonctionnelle, retentissement esthétique

Traitement

- médicamenteux
- orthèse de repos
- infiltration de corticoïdes
- chirurgical rare

II. Arthropathies microcristallines: goutte et chondrocalcinose

Goutte

Maladie articulaire provoquée par l'hyperuricémie: dépôts intra-articulaires de cristaux d'acide urique

Terrain

- H > F
- entre 40 et 60 ans
- alcool et excès alimentaire

Clinique

- arthrites aiguës ("crise de goutte")
- destructions articulaires après plusieurs années (goutte chronique)
- dépôts cutanés ou rénaux

Goutte primitive ou secondaire

Crise de goutte aiguë

- installation très brutale
- inflammatoire (oedème, chaleur, érythème, douleur)
- impotence fonctionnelle
- parfois fièvre
- 4 à 7 jours

Facteurs déclenchants

- traumatismes physiques
- stress
- chirurgie
- maladies aiguës
- excès alimentaire
- introduction des médicaments

Hyperuricémie inconstante

Augmentation VS et CRP

Ponction articulaire: liquide inflammatoire (micro cristaux d'urate de sodium)

Radio normale le plus souvent

Etude du liquide synovial: élément indispensable au diagnostic

Diagnostic différentiel: arthrite septique

Goutte chronique

- destructions articulaires progressive
- lésions cutanées = tophus
- atteintes rénales
- radio: pincement de l'interligne articulaire, images lacunaires et géodiques, parfois ostéophyse marginale
- traitement de la crise: mise au repos de l'articulation, glaçage, éviction des facteurs favorisants, traitement médicamenteux (colchicine ou AINS +/- infiltrations)
- traitement de fond: règles hygiéno-diététiques et médicaments uricémiants

Hyperuricémie asymptomatique

H > 420 $\mu\text{mol/l}$

F > 360 $\mu\text{mol/l}$

Sans crise de goutte

Pas de traitement, règles hygiéno-diététiques simples

Chondrocalcinose articulaire

Dépôts intra-articulaires de cristaux de pyrophosphate de calcium

Sujets âgés, F > H

Peut-être asymptomatique ou provoquer des crises aiguës ou des arthropathies chroniques

Quelques formes associées à une hyperparathyroïdie primitive ou une hémochromatose

Clinique de la crise aiguë

- début brutal
- plus souvent mono articulaire (genou, poignet, symphyse pubienne, hanche)

Biologie en crise

- syndrome inflammatoire
- ponction articulaire si possible (liquide inflammatoire)

Traitement de la crise

- AINS ou colchicine
- infiltrations intra-articulaires de corticoïdes

III. Polyarthrite rhumatoïde

Le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques

Maladie auto-immune et systémique

Prolifération pseudo-tumorale de la synoviale et destruction progressive des articulations

Maladie multifactorielle, sévère, déformante et invalidante

Retentissement sur la vie personnelle, professionnelle et sociale

Clinique

- gonflement de plusieurs articulations (l'atteinte des mains est la plus caractéristique)
- douleurs articulaires inflammatoires
- déformation
- manifestations générales et extra-articulaires

Biologie

- augmentation VS et CRP
- présence d'auto-anticorps (facteur rhumatoïde: FR, peu spécifique et anticorps anti-peptide: Ac anti CCP très spécifique)
- ponction articulaire: liquide inflammatoire

Signes radiologiques à rechercher

- pincement articulaire
- érosions
- géodes
- la radio peut être normale au début de la maladie

Polyarthrite rhumatoïde débutante: atteinte surtout mains, poignets, pieds. Gonflements articulaires = synovites = arthrites. Inflammation des gaines tendineuses. Radio normale ou érosions articulaires.

Polyarthrite rhumatoïde en phase d'état (quelques mois): synovites. Signes d'arthrite destructrice (pincement global des interlignes articulaires, érosions, déformations articulaires / subluxations)

Evolution à long terme (plusieurs années): destruction articulaire

Evolution par poussées avec aggravation progressive des déformations

Rémissions possibles mais transitoires

Destruction progressive des articulations

Handicap lié aux déformations et à la destruction articulaire

Diminution de l'espérance de vie

Traitements

- prise en charge globale multidisciplinaire
- instauration rapide d'un traitement de fond pour prévenir les destructions articulaires et obtenir la rémission clinique
- traitement symptomatique des douleurs
- traitements locaux
- orthèses et règle d'économie articulaire
- physiothérapie et rééducation
- traitements chirurgicaux

Corticothérapie: par voie générale si plusieurs localisations ou par voie locale si une ou peu d'articulation. Efficacité +++ mais effets secondaires fréquents.

Effets secondaires corticothérapie: ostéoporose, HTA, diabète, aggravation d'un ulcère gastrique ou duodéal, infections, cataracte, fragilité de la peau, difficultés de cicatrisation, atteinte musculaire

Méthotrexate: traitement de fond en première intention

Anti-TNF α : agit contre une protéine de l'inflammation le TNF α , traitement de deuxième intention.

Induit une immunodépression relative (risque accru d'infection)

Surveillance régulière de l'efficacité des traitements et des signes d'évolutivité de la maladie par le rhumatologue et le médecin traitant

IV. Spondylarthropathies

Cible: enthèse (zone d'ancrage des ligaments et des tendons au niveau des os)

Plusieurs phases

- phase inflammatoire
- phase cicatricielle fibreuse
- phase d'ossification qui s'étend vers le ligament/tendon (enthésophyte)

Lien génétique fort avec HLA-B27

Caractéristiques communes

- atteinte axiale, périphérique

- enthésiopathique
- +/- atteinte extra-articulaire

Spondylarthrite ankylosante = pelvispondylite rhumatismale

Début: 20-30 ans

3H / 1F

Atteinte axiale prédominante

Evolution

- très variable
- poussées inflammatoires
- enraidissement progressif en cyphose
- ankylose cage thoracique

Traitement symptomatique

- antalgiques
- AINS
- corticothérapies
- infiltrations

Traitement de fond: méthotrexate, salazopirine, anti-TNF α

Kinésithérapie pour prévenir les déformations + sport (natation)

Signes de spondylarthropathie

+ psoriasis cutané = rhumatisme psoriasique

+ infection digestive ou génito-urinaire les semaines précédentes = arthrite réactionnelle

+ maladie inflammatoire chronique intestinale = maladie de Crohn, rectocolite hémorragique

+ Synovites, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose, Ostéite = SAPHO

Mais sans orientation pour une forme particulière = spondylarthrite ankylosante indifférenciée