



Mono ou poly passez ou ne passez pas GO

Michèle Dessureault

Environ une consultation sur sept en soins de première ligne portera sur une lésion musculosquelettique, cause la plus fréquente d'invalidité et d'absentéisme au travail. La clé du diagnostic reste l'anamnèse et l'examen clinique. En effet, les analyses de laboratoire ne seront utiles que dans un contexte clinique approprié.

Testez vos connaissances sur la mono- ou la polyarthrite avec ce jeu-questionnaire, passez GO et réclamez 200 \$!

Cas n° 1

M. Grenier, 68 ans, se rend au service de consultation sans rendez-vous en raison d'une douleur aiguë au genou droit ayant commencé il y a 48 heures. Il nie tout traumatisme, même si les symptômes sont apparus le lendemain d'une marche prolongée en forêt. Il souffre d'une maladie coronarienne et de fibrillation auriculaire. Il prend de la warfarine, du diltiazem et du bisoprolol.

1. Quel élément de l'anamnèse vous semble le moins pertinent dans l'évaluation de la douleur de ce patient ?

- a) Crises antérieures de monoarthrite aiguë
- b) Autres douleurs articulaires
- c) Fièvre
- d) Antécédents de psoriasis
- e) Infection récente

À l'examen clinique, le genou est gonflé, chaud, presque impossible à mobiliser à cause de la douleur. Le patient n'a pas d'autres synovites et ne fait pas de fièvre.

La D^e Michèle Dessureault, rhumatologue, exerce au Centre hospitalier affilié universitaire régional de Trois-Rivières.

2. Quelle est la conduite à tenir ?

- a) Prescrire une radiographie du genou
- b) Faire un drainage articulaire, suivi d'une infiltration de corticostéroïdes
- c) Demander des épreuves de laboratoire (formule sanguine, uricémie, vitesse de sédimentation, RIN, créatinine)
- d) Faire doser le gène HLA B27, le facteur rhumatoïde et les anticorps antinucléaires
- e) Procéder à un drainage articulaire et demander l'analyse du liquide synovial

Le liquide synovial est citrin, trouble et teinté de sang. Son analyse indique qu'il contient 23 000 leucocytes/ml et des cristaux de pyrophosphates de calcium intra-leucocytaires. La coloration de Gram est négative, et les résultats de la culture sont en attente.

3. Quel est votre diagnostic ?

- a) Goutte
- b) Pseudogoutte
- c) Arthrose
- d) Hémarthrose due à la prise de warfarine
- e) Arthrite septique probable

Dans l'évaluation d'un problème monoarticulaire, voici les étapes à suivre : 1) en déterminer l'origine

Tableau 1**Caractéristiques du liquide synovial²**

Caractéristique	Normal	Atteinte non inflammatoire	Atteinte inflammatoire	Atteinte septique
Viscosité	Très élevée	Élevée	Faible	Variable
Couleur	Clair	Paille	Paille – opalescent	Variable
Aspect	Transparent	Transparent	Trouble	Opaque
Nombre de leucocytes (ml)	< 2000	200 – 2000	2000 – 50000	> 50000

(traumatique ou non) ; 2) établir s'il s'agit d'un problème récurrent (arthropathies microcristallines), aigu ou chronique (≥ 6 semaines, comme dans le cas du rhumatisme psoriasique), mécanique (raideur matinale durant moins d'une heure, augmentée par l'activité et soulagée par le repos) ou inflammatoire (raideur matinale d'une durée d'une heure et plus, présente au repos et soulagée par l'activité, douleur nocturne) ; 3) vérifier si l'atteinte est mono- ou polyarticulaire, articulaire ou périarticulaire (tendinite, bursite). La fièvre évoque une arthrite septique, bien que les arthrites microcristallines y soient parfois associées¹.

À la première crise de monoarthrite aiguë non traumatique, l'examen paraclinique le plus important est l'analyse du liquide synovial. Il doit être fait avant le début de toute forme de traitement. À l'inspection, le liquide peut être clair (non inflammatoire), trouble (inflammatoire) ou purulent (septique). Si la quantité retirée est minime, les examens primordiaux sont la coloration de Gram et la culture. Quelques gouttes de liquide suffisent et doivent parvenir au laboratoire dans un tube stérile. En cas d'arthrite septique non gonococcique, le résultat de l'analyse est positif dans une proportion de 60 % à 80 % des cas, tout comme celui de la culture chez la plupart des patients n'ayant pas reçu d'antibiotiques. Chez l'adulte, le germe le plus fréquent est *Staphylococcus aureus*, décelé chez la moitié des patients. Si la quantité de liquide le permet, une numération des leucocytes sera demandée (tube hépariné) (tableau 1)².

La recherche de cristaux (acide urique, pyrophosphate de calcium) se fait au microscope à lumière bi-

polarisée sur le liquide sans préparation. La présence de cristaux intraleucocytaires est diagnostique³.

Les radiographies simples sont rarement utiles en phase aiguë d'une monoarthrite non traumatique. Elles seront demandées en l'absence de réponse au traitement pour chercher des changements structuraux, tels que des érosions, de l'arthrose, de la chondrocalcinose (pseudogoutte) ou des lésions tumorales⁴.

Réponses du cas n° 1. 1. d. 2. e. 3. b.

Cas n° 2

Claire, 45 ans, fumeuse, est technicienne en garderie. Elle vous consulte pour des douleurs aux doigts, aux deux poignets et aux pieds évoluant depuis trois semaines. Très intenses la première semaine, ces douleurs ont diminué depuis la prise d'ibuprofène. Votre patiente se plaint de fatigue, sans fièvre ni perte de poids. Elle évalue la durée de sa raideur matinale à une heure. Son père souffre de psoriasis.

4. Quel élément de l'anamnèse vous semble le moins pertinent ?

- Voyage récent à Cuba
- Éruption cutanée
- Rougeur et douleur oculaires
- Diarrhée et rectorragie
- Contact infectieux à la garderie

La revue des appareils et des systèmes est négative.

La clé du diagnostic des lésions musculosquelettiques reste l'anamnèse et l'examen clinique.

Repère

À l'examen, les signes vitaux sont normaux de même que l'examen général. L'examen articulaire montre des gonflements bilatéraux des articulations métacarpo-phalangiennes 2 et 3, une limitation douloureuse au niveau des deux poignets, une sensibilité bilatérale des articulations interphalangiennes proximales 2 et 3 et une sensibilité à la compression des articulations métatarsophalangiennes des deux pieds.

5. À ce stade-ci, choisissez le diagnostic le plus probable.

- a) Polyarthrite rhumatoïde
- b) Infection à parvovirus B19
- c) Lupus érythémateux disséminé
- d) Rhumatisme psoriasique
- e) Pseudogoutte polyarticulaire

6. Quelles épreuves de laboratoire ou quels examens radiologiques allez-vous demander?

- a) Formule sanguine, taux de créatinine, analyse d'urine, vitesse de sédimentation, taux de protéine C réactive, taux d'enzymes hépatiques
- b) Radiographies des mains et des pieds
- c) Dosage du facteur rhumatoïde et des anticorps antinucléaires
- d) Sérologies du parvovirus B19, des hépatites B et C, du VIH et de la rubéole
- e) Scintigraphie osseuse

Il est impossible de conclure à une arthrite chronique avant une période d'observation minimale de six semaines. L'infection à parvovirus B19 peut donner des symptômes ressemblant à ceux de la polyarthrite rhumatoïde, mais qui durent rarement plus d'un mois. Par ailleurs, l'éruption cutanée est rare chez l'adulte contrairement à chez l'enfant. Le prodrome de l'hépatite B, l'hépatite C chronique, l'infection à VIH et la rubéole aiguë peuvent tous se manifester par des polyarthralgies et des polyarthrites⁵.

Les examens de laboratoire initiaux servent à éliminer une affection multisystémique (ex. : cytopénies, atteinte rénale) qui nécessiterait une orientation urgente en rhumatologie. *Les sérologies virales sont dia-*

gnostiques et permettent de rassurer la patiente sur le bon pronostic de la rubéole et du parvovirus. Les radiographies n'ont aucune utilité diagnostique en phase aiguë. Enfin, la scintigraphie osseuse est inutile si votre examen montre déjà des synovites.

Vous revoyez la patiente un mois plus tard. Elle ne va pas mieux malgré la prise régulière d'AINS. De plus, son genou est maintenant gonflé, et un nodule est apparu sur son coude gauche.

Les résultats des épreuves de laboratoire sont les suivants :

- ⊗ sérologies virales négatives ;
- ⊗ nombre de globules blancs de $7,5 \times 10^9/l$ avec différentiel normal : 70 % de neutrophiles, 25 % de lymphocytes, 2 % de monocytes, 1 % d'éosinophiles – hémoglobine : 11 g/l, volume globulaire moyen : 80 fl, anémie normochrome normocytaire – plaquettes : $440 \times 10^9/l$;
- ⊗ vitesse de sédimentation de 28 mm/h, taux de protéine C réactive de 17,5 mg/dl ;
- ⊗ taux de créatinine, analyse d'urine, taux d'enzymes hépatiques normaux.

7. Quel est le diagnostic le plus probable?

- a) Polyarthrite rhumatoïde
- b) Lupus érythémateux disséminé
- c) Rhumatisme psoriasique (le psoriasis ne s'est pas encore manifesté)
- d) Vascularite multisystémique
- e) Goutte polyarticulaire tophacée

8. Choisissez le groupe d'examens le plus approprié pour le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde.

- a) Dosage du facteur rhumatoïde, des anticorps antinucléaires et antiADN, du spectre d'anticorps antinucléaires
- b) Dosage du facteur rhumatoïde, des anticorps antiCCP et antinucléaires
- c) Dosage du facteur rhumatoïde, des anticorps antinucléaires et antineutrophiles
- d) Dosage du facteur rhumatoïde, uricémie, électrophorèse des protéines
- e) Dosage du facteur rhumatoïde, analyse du liquide synovial du genou

9. À propos du facteur rhumatoïde, quelle affirmation est fautive ?

- a) Le facteur rhumatoïde est présent dans près de 70 % des polyarthrites rhumatoïdes.
- b) Il est absent dans près de la moitié des polyarthrites rhumatoïdes débutantes.
- c) Il n'est pas spécifique à la polyarthrite rhumatoïde et peut être noté chez des personnes âgées souffrant d'arthrose.
- d) Il doit être associé à la présence d'anticorps antiCCP pour confirmer une polyarthrite rhumatoïde.
- e) C'est un facteur de mauvais pronostic de la polyarthrite rhumatoïde.

Comme vous pouvez le constater, le diagnostic exact d'une polyarthrite rhumatoïde débutante est un processus évolutif. Les étapes diagnostiques ressemblent à celles de l'évaluation d'une monoarthrite, puisqu'il faut déterminer s'il s'agit d'un problème inflammatoire ou mécanique, aigu ou chronique. Le diagnostic de travail repose principalement sur les données cliniques, la chronologie des symptômes et leur évolution dans le temps, le schéma de distribution articulaire (symétrie ou asymétrie, atteinte axiale associée, atteinte des articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales et des articulations interphalangiennes distales, enthésites), les manifestations extraarticulaires (ex. : uvéite dans les spondylarthropathies ; photosensibilité et ulcères buccaux dans le lupus), les données épidémiologiques (sexe, âge) et la présence de synovites observables ou non à l'examen. Les épreuves de laboratoire prises isolément ne sont jamais diagnostiques, sauf pour l'analyse du liquide synovial en cas de maladie microcristalline ou d'arthrite septique. L'analyse de ce liquide permet aussi de confirmer ou d'infirmer la nature inflammatoire d'un problème polyarticulaire et devrait être effectuée au moins une fois au cours de l'évolution d'une polyarthrite⁶.

La première notion à assimiler est la sensibilité et la spécificité de ces épreuves. La sensibilité est la capacité

d'un test à détecter la maladie sans manquer le diagnostic. Donc, un test sensible donnera peu de faux négatifs et est utile pour éliminer un diagnostic. La spécificité d'un test décrit la capacité d'un test d'être négatif en l'absence de maladie. Un test spécifique donne peu de faux positifs et est efficace pour confirmer le diagnostic. Le facteur rhumatoïde est un auto-anticorps de type IgM antiIgG. Il est peu sensible (surtout au début de la maladie) et peu spécifique. Bien que traditionnellement associé à la polyarthrite rhumatoïde, il peut être présent dans plusieurs autres maladies, comme le syndrome de Sjögren, le lupus, la sclérodémie, la tuberculose, l'hépatite C, la sarcoïdose et même les bronchopneumopathies chroniques obstructives. De plus, on le trouve chez plus de 5 % de la population générale, l'incidence augmentant avec l'âge³. Le résultat du dosage est positif dans environ 70 % des polyarthrites rhumatoïdes, près de la moitié des cas au stade précoce étant négatifs³. Cependant, un résultat positif est directement lié à un mauvais pronostic (maladie plus agressive, destruction articulaire et manifestations extraarticulaires).

Les anticorps antiCCP sont dirigés contre les protéines citrullinées. Le dosage de ces anticorps a une sensibilité de 70 % à 75 % et une spécificité supérieure à 90 %³. Il est donc particulièrement utile dans le diagnostic des polyarthrites rhumatoïdes débutantes sans facteur rhumatoïde. Il est aussi considéré comme un facteur de mauvais pronostic.

Les anticorps antinucléaires sont présents dans plus de 90 % des cas de lupus⁷, mais leur dosage est peu spécifique et peut être positif dans plusieurs autres maladies (*tableau II*)⁸. Comme pour le facteur rhumatoïde, la positivité augmente avec l'âge. Le titre a une valeur discriminative : à 1/40, il est présent dans plus de 20 % de la population générale³. Plus un titre est élevé, plus le résultat est significatif. Il s'agit essentiellement d'un test de dépistage. Si le résultat est positif, il est inutile de répéter le test, car le titre n'est pas un indicateur d'activité de la maladie.

Le dosage des anticorps antiADN est un test peu sensible (de 40 % à 60 %), mais très spécifique au lupus⁷. Il sera demandé seulement en présence d'anticorps an-

À la première crise de monoarthrite aiguë non traumatique, l'examen paraclinique le plus important est l'analyse du liquide synovial.

Repère

tinucléaires. Le titre est souvent indicateur de l'activité de la maladie.

Le spectre d'anticorps antinucléaires contient une variété d'autoanticorps qui peut varier selon le laboratoire. Ces anticorps ont une faible sensibilité et une spécificité très variable. Leur dosage sera utile en présence d'anticorps antinucléaires et dans le contexte d'une possible collagénose. Ils ne font pas partie des tests de dépistage.

Les anticorps antineutrophiles (ANCA) sont dirigés contre les granules cytoplasmiques des neutrophiles. Il en existe deux types : cytoplasmiques (C-ANCA) et périnucléaires (P-ANCA). Les premiers sont associés à la granulomatose avec polyangéite (granulomatose de Wegener) alors que les deuxièmes sont liés à plusieurs autres types de vascularites, comme la polyangéite microscopique, la granulomatose allergique de Churg et Strauss ou même le lupus d'origine médicamenteuse. Évidemment, ces tests ne sont demandés qu'en cas de présomption d'une maladie multisystémique et ne font pas partie des tests de dépistage d'une polyarthrite^{3,9}.

Réponses du cas n° 2. 4.a. 5.b. 6.a et d. 7.a. 8.e. 9.d.

Cas n° 3

M^{me} Tremblay, 78 ans, est diabétique. Elle prend de l'atorvastatine, de la metformine et de l'acide acétylsalicylique. Elle consulte pour des douleurs et une sensation de faiblesse des épaules, du cou et des jambes ayant commencé soudainement il y a plus d'un mois. Elle présente aussi une raideur matinale qui se prolonge tout l'avant-midi. Elle a perdu beaucoup d'autonomie depuis la survenue de ces symptômes. Elle a eu une fièvre inexplicite et souffert de sudations nocturnes à quelques reprises. Son poids est stable. Son examen physique complet est normal. L'examen articulaire ne montre pas de synovites, mais révèle plutôt des douleurs à la mobilisation des épaules ainsi que des nodosités d'Heberden aux mains.

Tableau II

Maladies associées à la présence d'anticorps antinucléaires

Maladies rhumatismales

- ⊗ Lupus érythémateux disséminé
- ⊗ Lupus érythémateux d'origine médicamenteuse
- ⊗ Syndrome de Sjögren
- ⊗ Sclérodermie
- ⊗ Connectivite mixte
- ⊗ Polyarthrite rhumatoïde

Maladies non rhumatismales

- ⊗ Thyroïdite de Hashimoto
- ⊗ Maladie de Graves
- ⊗ Hépatite d'origine auto-immune
- ⊗ Cirrhose biliaire primaire
- ⊗ Infection aiguë ou chronique (ex. : VIH, hépatite B, hépatite C)

Source : Shmerling RH. Diagnostic tests for rheumatic disease: clinical utility revisited. *South Med J* 2005; 98 (7) : 704-11. Reproduction autorisée.

10. Indiquez, parmi les éléments supplémentaires suivants, ceux qui sont essentiels à l'évaluation de cette patiente ?

- a) Force musculaire
- b) Céphalée d'apparition récente
- b) Douleurs à la mâchoire provoquées par la mastication
- d) Antécédents de tuberculose
- e) Toutes ces réponses

11. En cas de céphalée nouvelle, quelles épreuves vous semblent les plus appropriées ?

- a) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, créatine kinase, TSH
- b) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, créatine kinase, TSH, facteur rhumatoïde, anticorps antiCCP et antinucléaires
- c) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, créatine kinase, TSH, facteur rhumatoïde, anticorps antiCCP

Les épreuves de laboratoire prises isolément ne sont jamais diagnostiques, sauf pour l'analyse du liquide synovial en cas de maladie microcristalline ou d'arthrite septique.

Repère

et antinucléaires, radiographies des épaules et du bassin

- d) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, créatine kinase, TSH, prednisone (20 mg, 1 f.p.j.) et appel au rhumatologue de garde
- e) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, créatine kinase, TSH, prednisone (60 mg, 1 f.p.j.) et biopsie de l'artère temporale dans les plus brefs délais

La pseudopolyarthrite rhizomélique (*polymyalgia rheumatica*) est une maladie assez fréquente chez la personne de race blanche de plus de 50 ans, bien que la majorité des cas surviennent à partir de 70 ans. Le diagnostic clinique repose sur les symptômes classiques, en l'absence d'autres maladies et de synovites palpables. La présence de paramètres inflammatoires anormaux est la règle, plus de 80 % des patients ayant une vitesse de sédimentation élevée. La protéine C réactive est encore plus sensible.

L'artérite temporale est la vascularite la plus courante de l'adulte, le risque augmentant avec l'âge. Elle peut survenir de façon isolée ou en association avec la pseudopolyarthrite rhizomélique. En cas de symptômes évocateurs d'artérite, tels qu'une céphalée nouvelle, une amaurose ou une perte de vision, une claudication de la mâchoire (le plus spécifique) ou d'autres signes physiques, comme une douleur et une induration de l'artère temporale, il est nécessaire de faire une biopsie de cette artère dans les plus brefs délais. En cas de présomption clinique élevée d'artérite, la corticothérapie doit être entreprise sans délai afin d'éviter la cécité permanente. Une orientation en rhumatologie est alors suggérée¹⁰.

Réponses du cas n° 3. 10. e. 11. e.

Cas n° 4

Mario, électricien de 30 ans et père de deux enfants, vous consulte pour des douleurs et des gonflements au genou droit et à la cheville gauche qui se sont accrues graduellement depuis deux mois. Il évalue la durée de sa raideur matinale à 45 minutes. Il n'a pas fait de fièvre ni eu de contacts sexuels à risque. L'examen confirme les synovites mentionnées.

12. Parmi les éléments cliniques suivants, lequel n'est pas évocateur d'une spondylarthropathie ?

- a) Antécédents familiaux de la maladie de Crohn
- b) Lombalgie à prédominance matinale soulagée par l'activité
- c) Uvéite antérieure
- d) Ulcères buccaux
- e) Douleur au talon gauche

Il mentionne une lombalgie intermittente au réveil qui évolue depuis plusieurs années, dont il n'a pas parlé d'emblée parce qu'il était persuadé qu'elle était due à son travail. L'examen minutieux de la peau, du cuir chevelu et des ongles est normal. À l'examen axial, le test de Schober est diminué à 13 cm.

13. Quels examens paracliniques sont les plus utiles pour confirmer votre diagnostic ? Choisissez le groupe le plus approprié.

- a) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, uricémie, facteur rhumatoïde, gène HLA B27
- b) Gène HLA B27, radiographie du bassin
- c) Recherche de Chlamydia dans l'urine par réaction en chaîne par polymérase (PCR)
- d) Formule sanguine, vitesse de sédimentation, protéine C réactive, uricémie, facteur rhumatoïde, gène HLA B27, analyse du liquide synovial
- e) Tomodensitométrie des articulations sacro-iliaques

14. À propos du gène HLA B27, quelle réponse est fautive ?

- a) Le gène HLA B27 est rarement présent dans le rhumatisme psoriasique.
- b) Il est présent dans plus de 90 % des spondylarthrites ankylosantes.
- c) Il est présent chez environ 5 % de la population générale.
- d) Il fait partie des critères diagnostiques de la spondylarthrite ankylosante.
- e) Il joue un rôle pathogénique dans les arthrites réactionnelles.

15. Au sujet des examens d'imagerie pour les spondylarthropathies, quelle réponse est vraie ?

- a) Les radiographies des articulations sacro-iliaques sont sensibles et spécifiques.
- b) Un résultat anormal à un examen d'imagerie par résonance magnétique des articulations sacro-iliaques fait partie des critères diagnostiques obligatoires de la spondylarthrite ankylosante.
- c) La tomodensitométrie est plus sensible que l'IRM pour les articulations sacro-iliaques.
- d) Un diagnostic de spondylarthrite peut être posé en l'absence d'anomalies à la radiographie des articulations sacro-iliaques.
- e) Aucune de ces réponses.

Les symptômes et les signes qui orientent vers un diagnostic de spondylarthropathie sont :

1. Des antécédents personnels ou familiaux de psoriasis, une maladie inflammatoire de l'intestin, des uvéites ainsi que des antécédents familiaux de spondylarthrite.
2. Une lombalgie à caractère inflammatoire ayant commencé insidieusement avant 40 ans, qui s'atténue avec l'exercice et s'accompagne de douleur nocturne.
3. La présence d'enthésopathies (tendinite d'Achille, fasciite plantaire, dactylite, etc.) est caractéristique de ce groupe de maladies.
4. La plupart du temps, les synovites sont asymétriques, plus souvent oligoarticulaires (4 articulations ou moins) que polyarticulaires (plus de 4).

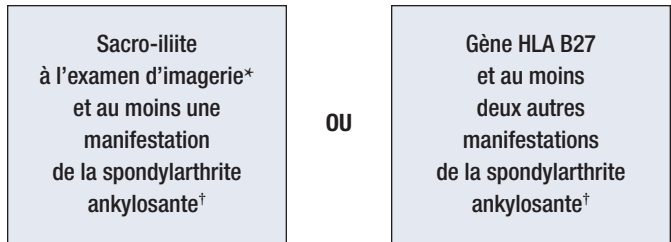
Prenez note que le rhumatisme psoriasique peut avoir un profil pseudorhumatoïde, mais que l'atteinte des articulations interphalangiennes distales l'en différencie (*tableau III*)¹¹.

Les spondylarthropathies regroupent la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, l'arthrite liée aux maladies inflammatoires de l'intestin et les arthrites réactionnelles. Toutes partagent une physiopathologie commune mettant en cause le gène HLA B27, un antigène de surface du leucocyte de classe I qui, en raison de sa forme particulière, interagit avec nombre de bactéries comme *Chlamydia*, *Yersinia*, *Shigella*, salmonelle, *Campylobacter* et probablement d'autres pour induire une réaction auto-immune entraînant une arthrite réactionnelle. Le gène HLA B27 est présent chez

Tableau III

Critères de classification de l'ASAS pour la spondylite ankylosante

Chez les patients souffrant de lombalgie depuis au moins trois mois et qui avaient 45 ans et moins au début des symptômes



* **Sacro-iliite à l'examen d'imagerie**

- Inflammation active (aiguë) à l'examen par IRM fortement évocatrice d'une sacro-iliite associée à la spondylarthrite ankylosante
- Sacro-iliite à la radiographie simple selon les critères modifiés de New York

† **Manifestations de la spondylarthrite ankylosante**

- Lombalgie à caractère inflammatoire
- Arthrite
- Enthésite (talon)
- Uvéite
- Dactylite
- Psoriasis
- Maladie de Crohn ou colite ulcéreuse
- Bonne réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante
- Gène HLA B27
- Hausse du taux de protéine C réactive

Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X et coll. The Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009 ; 68 (suppl. 2) : ii1-ii44. Reproduction autorisée.

plus de 90 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante et chez de 50 % à 70 % des autres cas de spondylarthropathies¹¹. Toutefois, de 5 % à 14 % seulement de la population générale en est porteuse^{11,12}.

Les radiographies simples des articulations sacro-iliaques détectent les changements chroniques et sont souvent normales dans les premières années de la maladie. Cependant, certaines anomalies (érosions, sclérose et ankylose articulaire) sont caractéristiques et

suffisantes pour établir le diagnostic. On devra éviter de confondre ces anomalies avec l'iliite condensante souvent présente chez les multipares et les personnes sans symptômes.

La scintigraphie osseuse n'est plus utilisée à cause de sa faible spécificité et a été remplacée par la tomodensitométrie et l'IRM. La tomodensitométrie des articulations sacro-iliaques permet de mieux déceler les changements chroniques que les radiographies simples, mais son taux élevé de rayonnement et son manque de sensibilité en début de maladie font qu'on lui préfère l'IRM. L'IRM des articulations sacro-iliaques permet de poser un diagnostic de spondylarthropathie ankylosante de façon beaucoup plus précoce. Grâce à l'examen par IRM en mode T₁ et à la séquence d'inversion-récupération pondérée en T₁ (STIR), il est possible de mieux visualiser les changements inflammatoires aigus (œdème sous-chondral), l'infusion de gadolinium n'étant pas nécessaire^{11,13}.

L'ÉVALUATION DES PROBLÈMES articulaires inflammatoires est un processus essentiellement clinique. Savoir reconnaître les divers tableaux cliniques, effectuer un bon examen physique et connaître les principales épreuves de laboratoire pertinentes dans ce contexte vous permettra de poser facilement le diagnostic adéquat. 🦋

Réponses du cas n° 4. 12. d. 13. b. 14. a. 15. d.

Date de réception : le 5 mai 2012

Date d'acceptation : le 11 juin 2012

La D^{re} Michèle Dessureault a reçu des honoraires d'aide à la recherche du CRMS de 2009 à 2012.

Bibliographie

1. Till SH, Snaith ML. Assessment, investigation and management of acute monoarthritis. *J Accid Emerg Med* 1999; 16 (5) : 355-61.
2. Fye KH. Evaluation of the patient. Arthrocentesis, synovial fluid analysis and synovial biopsy. Dans : Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ et coll., rédacteurs. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13^e éd. New York : Springer; 2008. p. 21-7.
3. Waits JB. Rational use of laboratory testing in the initial evaluation of soft tissue and joint complaints. *Prim Care* 2010; 37 (4) : 673-89.
4. American College of Rheumatology ad hoc Committee on clinical guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996; 9 (1) : 1-8.

Summary

Mono- or polyarthritis: pass or do not pass GO. General practitioners often encounter patients with rheumatic diseases in their practice. Even so, it is a field that is somewhat neglected during medical training. In the majority of cases, diagnosis is established using a systematic clinical approach, including epidemiological factors, evolution of the disease, articular pattern, search for multisystemic signs and symptoms as well as a complete physical exam. Because of their variable sensitivity and specificity, laboratory tests for rheumatic diseases are useful only in an appropriate clinical context. Nonetheless, synovial fluid analysis is very useful in differentiating between mechanical and inflammatory conditions, and establishing precise diagnosis of microcrystalline and septic arthritis. For a clinician, evaluation and treatment of articular conditions will always be stimulating.

5. Naides SJ. Viral Arthritis (chapitre 99). *Rheumatology*. 4^e éd. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS et coll., rédacteurs. Philadelphie : Mosby Elsevier; 2008. p. 1047-54.
6. Richie AM, Francis ML. Diagnostic approach to polyarticular joint pain. *Am Fam Physician* 2003; 68 (6) : 1151-60.
7. Buyon JP. Systemic Lupus Erythematosus. Clinical and laboratory features. Dans : Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ et coll., rédacteurs. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13^e éd. New York : Springer; 2008. p. 303-18.
8. Shmerling RH. Diagnostic tests for rheumatic disease: clinical utility revisited. *South Med J* 2005; 98 (7) : 704-11.
9. Wiik AS, Fritzler MJ. Laboratory tests in rheumatic disorders (Chapitre 22). *Rheumatology*. 4^e éd. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS et coll., rédacteurs. Philadelphie : Mosby Elsevier; 2008. p. 219-32.
10. Weyand CM, Goronzy JJ. Giant cell arteritis, polymyalgia rheumatica and Takayasu's arteritis. Dans : Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ et coll., rédacteurs. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13^e éd. New York : Springer; 2008. p. 398-406.
11. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X et coll. The Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68 (suppl. 2) : ii1-ii44.
12. Braun J. Ankylosing spondylitis: Pathology and pathogenesis. Dans : Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ et coll., rédacteurs. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13^e éd. New York : Springer; 2008. p. 200-8.
13. Hazeltine M, Tremblay JL. Les spondylarthropathies (spondylarthrites) : approche diagnostique et thérapeutique. *Le rhumatologue*. Montréal : Association des médecins rhumatologues du Québec; 2010.