



LES MALADIES DITES AUTO-IMMUNES sont à la fois nombreuses et diverses. Bon nombre d'entre elles entraînent des troubles rhumatologiques, dont les douleurs articulaires. La catégorie des maladies auto-immunes se manifestant par des problèmes musculosquelettiques regroupe surtout la polyarthrite rhumatoïde (PAR), le lupus érythémateux disséminé (LED), et quelques maladies plus rares telles la sclérodermie, la maladie de Sjögren et les vasculites de type Wegener, ou polyartérite noueuse. Sans entrer dans les détails de la physiopathologie de ces maladies, il est généralement admis qu'elles résultent d'un dérèglement du système immunitaire entraînant une attaque cellulaire et humorale sur les propres tissus du patient.

L'une des principales questions à se poser lorsque l'on évalue une arthralgie est la suivante : est-on en présence d'une douleur de type mécanique, d'un processus dégénératif ou d'une maladie inflammatoire qui peut entraîner dans certains cas une attaque auto-immunitaire ? En reconnaissant rapidement une PAR ou un LED, on pourra amorcer un traitement qui sera d'autant plus bénéfique qu'il aura été donné dans les phases précoces de la maladie. Ce sera surtout grâce à l'anamnèse et à l'examen clinique que l'on pourra déterminer la cause des douleurs articulaires, les tests de laboratoire et les radiographies ne servant souvent qu'à corroborer le diagnostic.

La D^{re} Sophie Ligier, rhumatologue et chargée d'enseignement clinique, exerce à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal.

Les douleurs articulaires quand faut-il soupçonner une arthrite inflammatoire ?

par Sophie Ligier

Pourquoi parler d'arthralgies dans un numéro sur les maladies auto-immunes ? Essentiellement, parce qu'elles sont un symptôme courant de maladies rhumatologiques ayant pour cause un dérèglement du système immunitaire. Comme elles constituent un problème qui amène fréquemment les patients à consulter leur médecin de famille, il est important de savoir distinguer une polyarthrite inflammatoire d'un problème d'origine mécanique ou dégénératif.

Quelques cas cliniques de polyarthralgies

Nous n'allons pas entrer ici dans une description exhaustive du diagnostic différentiel des arthralgies. Par contre, à partir de cas typiques de patients présentant des douleurs articulaires, nous insisterons sur quelques points clés de l'anamnèse et de l'examen permettant de diagnostiquer une arthrite inflammatoire susceptible de résulter d'un processus auto-immun. Nous nous servirons de cas de patients souffrant de polyarthralgies plutôt que de monoarthralgie, le diagnostic différentiel étant légèrement différent.

Cas n° 1. Une femme de 65 ans, sans antécédents médicaux, consulte pour des douleurs aux petites articulations des mains accompagnées d'une certaine rougeur et parfois d'enflure. Elle sent un peu de raideur le matin, qui ne dure pas plus d'une vingtaine de minutes. Le tout aurait commencé il y a au moins un an,

mais elle a noté récemment que le bout de son annulaire droit est plus rouge. Elle remarque que ses douleurs articulaires jouent pour elle le rôle d'un bulletin de météo : elles augmentent toujours avec le temps humide et froid. À l'examen clinique, on observe une enflure ferme assez symétrique des articulations interphalangiennes proximales (AIPP) et distales (AIPD), avec une sensibilité de la cinquième AIPD droite, qui est érythémateuse. La manipulation des articulations trapézo-métacarpiennes est douloureuse.

Cas n° 2. Un homme de 36 ans, sans antécédents médicaux, consulte parce qu'il souffre depuis un mois de douleurs aux mains, et surtout aux poignets, qui le gênent pour soulever son enfant de deux ans. Il note un peu d'enflure aux poignets. Il n'est pas certain de ressentir une exacerbation de la raideur articulaire en se levant le matin. Il note par contre une raideur généralisée lorsqu'il se lève après avoir passé du temps devant la télévision,

L'anamnèse et l'examen physique, plus que les radiographies et les tests de laboratoire, sont les éléments essentiels de l'évaluation d'une polyarthralgie.

Repère

et se « dérouille » progressivement en bougeant. L'examen clinique révèle une enflure et un épaissement synovial symétrique des poignets, des articulations métacarpophalangiennes (AMCP) et des AIPP.

Cas n° 3. Une femme de 30 ans consulte pour des douleurs aux petites articulations des mains qui durent depuis quelques semaines, accompagnées d'enflure et de raideur matinale qui dure une heure. Elle dit être en bonne santé et ne prendre comme médicaments qu'un contraceptif oral. Elle note par contre une perte de cheveux récente ainsi que des aphtes fréquents dans la bouche, et elle se plaint d'une fatigue inhabituelle. Vous observez une alopecie diffuse ainsi qu'une enflure et un épaissement synovial des deuxième et troisième AMCP droites, de la deuxième AMCP gauche, et des deuxième et troisième AIPP bilatéralement.

L'anamnèse du patient souffrant d'arthralgies

Quels indices vous permettent de différencier les maladies sous-jacentes de ces patients? La première étape consiste à déterminer à quelle catégorie appartiennent les arthralgies du patient. Il est surtout important de préciser la distribution des arthralgies, de vérifier si des caractéristiques inflammatoires de la douleur sont présentes et de rechercher de possibles symptômes systémiques. Voici quelques questions clés à se poser :

Où se situe la douleur ?

Bien que cela puisse paraître évident, la première étape dans l'évalua-

tion d'une arthralgie consiste à amener le patient à préciser le plus possible le siège de sa douleur. Ainsi, une douleur « à la hanche » peut être une douleur lombaire basse ou une douleur dans la région de la bourse prérotrochantérienne. Autre exemple fréquent de douleur « trompeuse », parce qu'irradiée : la douleur au bras. Le patient indiquera la région deltoïdienne, ce qui évoque un problème à l'épaule, particulièrement aux tendons de la coiffe.

La distinction entre une atteinte périarticulaire (affectant les structures tendineuses, les bourses et les muscles de soutien de l'articulation) et une atteinte intra-articulaire peut être difficile à faire, d'autant plus que les deux processus coexistent souvent. Ainsi, une gonarthrose s'accompagne souvent d'une tendinite de la patte d'oie, alors qu'on trouve ensemble la bursite prérotrochantérienne et la coxarthrose. Là encore, il faut demander au patient d'indiquer le plus exactement possible l'endroit le plus douloureux. Puis, par l'anamnèse et l'examen physique, on vérifiera si toutes les articulations sont douloureuses, si l'amplitude de tous les mouvements articulaires est limitée (ce qui évoque une maladie articulaire), et si un mouvement très particulier est problématique (ce qui indique une atteinte plus localisée, comme une tendinite).

Quelle est la distribution des douleurs ?

Une fois qu'on a établi qu'il est fort probable qu'il s'agisse d'une douleur d'origine articulaire, il faut vérifier si

l'atteinte est monoarticulaire ou polyarticulaire. Si les douleurs sont polyarticulaires, sont-elles symétriques? Y a-t-il atteinte des mains? Si c'est le cas, est-ce surtout une atteinte des AIPD, ou des AIPP et des AMCP? Ces trois derniers points sont particulièrement importants pour le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde. En effet, la distribution symétrique d'une polyarthrite affectant les mains mais excluant les AIPD augure un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (selon les critères de diagnostic de l'American College of Rheumatology [ACR]).

La douleur est-elle aiguë ou chronique ?

Les arthralgies qui persistent au-delà de six semaines n'évoquent pas le même diagnostic différentiel que celles qui sont de plus courte durée. En particulier, une douleur d'une durée de quelques jours témoigne d'une arthrite microcristalline, d'une arthrite septique ou postvirale, ou encore d'un processus traumatique aigu comme une hémarthrose. Par contre, la présence de douleurs depuis quelques mois peut évoquer un processus dégénératif (arthrose) ou mécanique, ou une maladie inflammatoire chronique comme la PAR, une collagénose ou une spondylarthropathie.

Il est aussi utile d'établir le contexte dans lequel les douleurs sont apparues, en s'informant notamment du travail ou des loisirs du patient : y a-t-il eu des mouvements répétitifs, la pratique intensive d'un sport, une chute, etc. ?

Les arthralgies ont-elles des caractéristiques inflammatoires ?

Certaines caractéristiques sont associées à des maladies inflammatoires et les différencient assez clairement

L'augmentation matinale et nocturne des douleurs articulaires est une caractéristique clé de l'arthralgie inflammatoire.

Repère

des problèmes articulaires mécaniques ou dégénératifs. Ainsi, l'ostéoarthrose donnera typiquement une douleur accentuée par l'effort physique et diminuée par le repos. À l'opposé, une arthralgie inflammatoire se caractérise par de la raideur et une douleur augmentée par un repos prolongé, mais qui sera souvent soulagée par une mobilisation progressive. La raideur matinale, dont la présence est un indice de maladie inflammatoire, n'est pas toujours facile à quantifier pour le patient. Beaucoup de patients souffrant de PAR disent avoir une raideur articulaire qui persiste pendant une bonne partie de la journée. Lorsque l'exacerbation matinale de la douleur dure au-delà d'une heure, on soupçonne une maladie inflammatoire. Une fois le diagnostic établi, la durée de cette raideur constitue un indicateur de l'activité de la maladie.

Ya-t-il des douleurs axiales aux caractéristiques inflammatoires ?

Les caractéristiques d'une lombalgie inflammatoire sont les mêmes que celles des arthralgies. De plus, elles provoquent fréquemment un réveil nocturne. Ces caractéristiques peuvent indiquer la présence d'une spondylite (ankylosante, ou concomitante d'un psoriasis ou d'une maladie inflammatoire des intestins) pouvant s'accompagner d'une arthrite inflammatoire.

Ya-t-il des symptômes systémiques ?

Une fois qu'on soupçonne une polyarthrite inflammatoire, c'est souvent la recherche de manifestations systémiques qui guide le clinicien vers un diagnostic plus précis. Cet interrogatoire peut parfois paraître un peu laborieux, mais certains symptômes évoqueront un diagnostic de PAR, une arthrite psoriasique, une spon-

Tableau I

Au-delà des arthralgies

Quelques symptômes évocateurs de lupus érythémateux disséminé

- Phénomène de Raynaud
- Éruption cutanée, particulièrement avec l'exposition au soleil
- Aphtes buccaux ou nasaux
- Perte excessive de cheveux
- Dyspnée inhabituelle, avec ou sans douleurs thoraciques de type pleurétique
- Céphalées ou migraines inhabituelles
- Antécédents de convulsions
- Changements cognitifs
- Antécédents de phlébite, d'embolie pulmonaire ou de fausse couche

Tableau II

Manifestations extra-articulaires de la polyarthrite rhumatoïde

- Nodules sous-cutanés, affectant souvent les zones subissant des compressions (par exemple les avant-bras ou les ischions)
- Sérosites (pleurite, péricardite)
- Splénomégalie, conjointement avec une neutropénie et des infections multiples
- Phénomène de Raynaud
- Maladie de Sjögren secondaire
- Vasculite cutanée : infarctus péri-unguéal, ulcère vasculitique
- Sclérite, scléromalacie

dylarthrite ou une collagénose, ou encore une vasculite.

Il est d'abord utile de vérifier si le patient a des antécédents de psoriasis cutané ou de maladie inflammatoire des intestins (maladie de Crohn ou colite ulcéreuse), car ces derniers peuvent être associés à une arthrite inflammatoire. Des symptômes non spécifiques mais systémiques tels que la fatigue, la perte de poids et la fièvre accompagnent souvent les polyarthrites inflammatoires. Ensuite, on pourra rechercher des symptômes et des signes cliniques évocateurs d'un LED. Certains constituent des critères diagnostiques de la maladie (*tableau I*).

Bien qu'elles soient rarement présentes au diagnostic initial, les manifestations extra-articulaires de la PAR sont multiples (*tableau II*). Ces atteintes cliniques se retrouvent surtout chez les patients ayant un facteur rhumatoïde dont la maladie évolue depuis plusieurs années. La sécheresse des muqueuses (peau sèche, yeux irrités, bouche sèche, sécheresse vaginale) évoque une maladie de Sjögren, qui peut accompagner une PAR, mais aussi un LED. Elle peut aussi être primaire.

Bien qu'ils entraînent le plus souvent une monoarthrite ou une oligoarthrite, des antécédents de conjonctivite, d'urétrite ou de diarrhée aiguë

soulèvent la possibilité d'une arthrite réactive et d'un syndrome de Reiter.

Enfin, bien qu'elle soit rare à notre époque, la fièvre rhumatismale sera à exclure dans un contexte de pharyngite au streptocoque, d'éruption cutanée, de nodules sous-cutanés ainsi que de symptômes cardiovasculaires et neurologiques.

Quelques précisions sur le phénomène de Raynaud

Il s'agit d'une décoloration triphasique (blanche, bleutée, puis rouge) des doigts secondaire d'un vasospasme excessif dû à l'exposition au froid. Il est le plus souvent primaire et affecte surtout les femmes à partir de l'adolescence. Mais il peut être associé à des maladies systémiques, dont des maladies auto-immunes telles que le LED, la PAR, la sclérodermie et certaines vasculites. Outre la présence de symptômes de LED (*tableau 1*), quelques indices peuvent laisser présager une maladie auto-immune. En particulier, la présence de symptômes digestifs (dysphagie, constipation excessive) ou respiratoires (dyspnée inhabituelle) ainsi que l'apparition de tégangiectasies sur les doigts et le visage doivent évoquer la possibilité d'une sclérodermie.

Soupçonne-t-on une arthrite septique ?

Il faut d'abord insister sur le fait qu'une arthrite septique est le plus souvent monoarticulaire, mais elle atteint parfois, plus rarement, deux ou trois articulations. On recherchera un contexte propice à un processus infectieux : blessure brisant l'intégrité de la peau, intervention chirurgicale récente, immunosuppression, valvulo-

pathie ou valve artificielle, ou maladie vénérienne. Soulignons que la fièvre ne signifie pas nécessairement qu'un processus infectieux est présent, et que l'absence de fièvre ne l'exclut pas. Ainsi, une attaque de goutte sera souvent accompagnée d'une fébricule, alors qu'un patient traité aux corticostéroïdes à long terme ne sera pas nécessairement fébrile s'il souffre d'une arthrite septique.

L'examen physique du patient souffrant d'arthralgies

Après avoir effectué l'anamnèse et répondu aux questions précédentes, on a en général une meilleure idée des signes à rechercher à l'examen clinique. Des symptômes polysystémiques entraîneront un examen plus poussé, qui ne ciblera pas uniquement l'appareil locomoteur. L'examen de l'appareil locomoteur visera à préciser certains points fondamentaux :

La douleur est-elle véritablement articulaire ?

Ce que le patient décrit comme une douleur articulaire peut en fait venir de structures périarticulaires, en particulier des muscles et des structures de soutien telles que les tendons et les bourses adjacentes. Comme nous l'avons déjà mentionné, un processus intra-articulaire comme l'arthrite inflammatoire ou la capsulite entraînera une diminution de l'amplitude des mouvements articulaires dans tous les plans, alors qu'une limitation d'un seul des mouvements possibles d'une articulation évoque plus une maladie périarticulaire. Il faut aussi s'assurer que la douleur n'est pas irradiée d'un autre endroit. Par exemple, une gonalgie est souvent le signe d'un pro-

blème à la hanche.

Ya-t-il des signes clairs d'inflammation ?

La recherche et l'observation de signes clairs d'inflammation articulaire facilitent le diagnostic. Au-delà de la rougeur, surtout présente dans les maladies infectieuses, les arthrites et les périarthrites microcristallines (goutte, pseudogoutte et arthropathie à hydroxyapatite), il faut rechercher l'enflure visible, la présence d'effusion liquidienne et l'épaississement synovial à la palpation avec disparition des lignes articulaires, qui peut être plus difficile à détecter. Bien que les arthralgies sans signe franc d'inflammation à l'examen clinique puissent évoluer vers une PAR ou une autre maladie inflammatoire, la probabilité que le patient en soit atteint devient plus faible.

Ya-t-il des mouvements axiaux (de la colonne vertébrale) limités ?

Il faut rechercher des diminutions de l'amplitude des mouvements du dos des colonnes cervicodorsolombaires ainsi que des douleurs à l'aide des manœuvres de mise en tension des articulations sacro-iliaques.

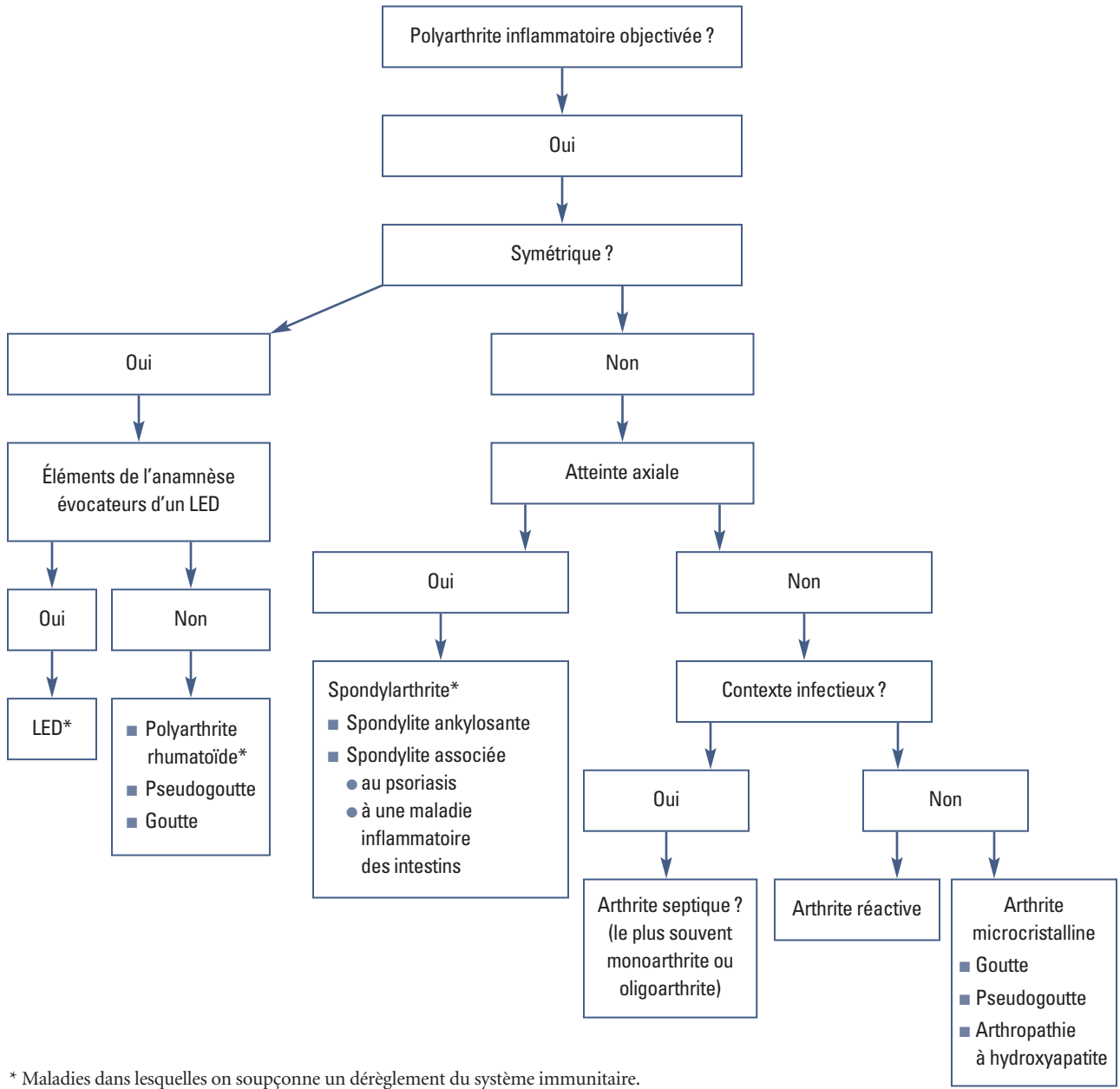
Ya-t-il des signes de maladie systémique ?

On recherchera les signes déjà mentionnés dans la section sur l'anamnèse.

Une fois l'anamnèse et l'examen terminés, on sait en général si l'on est en présence d'une polyarthrite de type inflammatoire. L'algorithme de la *figure 1* présente une manière possible d'aborder une polyarthrite inflammatoire pour rétrécir le diagnostic différentiel. Soulignons que le diagnostic différentiel proposé ici n'est pas exhaustif et rassemble surtout les mala-

Figure 1

Comment aborder les polyarthralgies



dies les plus courantes.

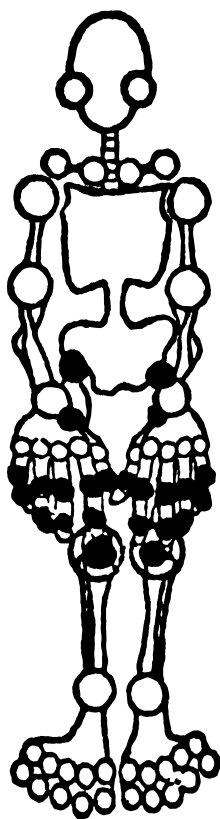
L'anamnèse et l'examen physique permettent en général de déterminer la cause des arthralgies. Le bilan radiologique et les tests de laboratoire, sujet d'un autre article (« Les polyar-

thralgies : analyses de laboratoire et imagerie », du D^r Martin Blaquière), servent surtout à confirmer l'impression initiale du médecin. Ils sont très utiles, mais doivent être interprétés avec soin. Par exemple, la recherche

d'anticorps antinucléaires ou du facteur rhumatoïde donne un résultat positif dans une proportion de la population générale asymptotique, cette proportion variant selon les techniques de laboratoire utilisées. On

Figure 2

Distribution de l'atteinte articulaire dans l'ostéoarthrose



se fondera donc surtout sur l'anamnèse et l'examen clinique initiaux pour déterminer si le patient est atteint ou non de polyarthrite inflammatoire.

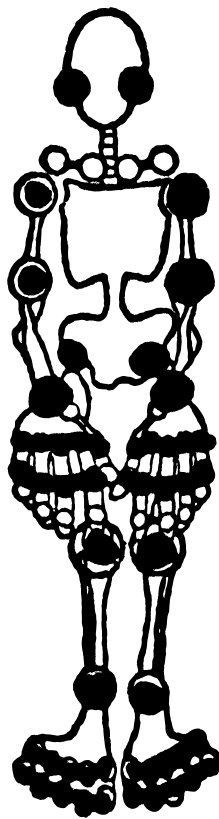
Retour aux cas cliniques

En tenant compte des notions précisées ci-dessus, revenons aux cas cliniques.

Cas n° 1. La patiente présente des changements articulaires typiques d'une ostéoarthrose des petites articulations des mains. Son âge, l'évolution assez lente

Figure 3

Distribution de l'atteinte articulaire dans la polyarthrite rhumatoïde



des symptômes, l'atteinte plus ou moins symétrique prédominante des AIPP, des AIPD et de l'articulation trapézo-métacarpienne des pouces (figure 2) ainsi que la courte durée de la raideur matinale désignent ce diagnostic. L'inflammation localisée à l'une des AIPD est assez courante. L'examen clinique révèle des nodules classiques de Bouchard aux AIPP, et d'Heberden aux AIPD. Quel est le rôle de la température dans ses douleurs? Beaucoup de patients souffrant d'arthrose, mais aussi de polyarthrite inflammatoire, disent que les douleurs va-

rient selon la saison, mais ce phénomène n'est pas élucidé.

Cas n° 2. L'examen de ce patient révèle des signes francs de synovite. Il n'est pas toujours facile pour les patients de quantifier la raideur matinale, symptôme important qui constitue l'un des critères de définition de la PAR et un outil de suivi pour évaluer la progression de l'état du patient. Le soulagement progressif au cours de la journée cadre avec l'arthrite inflammatoire. La fatigue, bien qu'elle soit un symptôme non spécifique, peut être un signe d'inflammation diffuse. Le patient a donc probablement une polyarthrite inflammatoire. Dans la phase initiale de la PAR, on ne trouve pas les déformations classiques des mains comme les doigts en boutonnière ou en col de cygne; elles apparaîtront plus tard dans le cours de la maladie. La distribution symétrique et l'atteinte des mains corroborent le diagnostic de PAR (figure 3). La différence entre l'atteinte articulaire de la PAR par rapport à celle de l'ostéoarthrose se situe sur le plan de l'atteinte des mains, les AMCP étant rarement affectées dans les cas d'arthrose, et aussi sur le plan de la distribution, l'atteinte étant souvent plus symétrique dans les cas de PAR. À la palpation des articulations enflées, on notera, si le patient souffre de PAR, que l'enflure est due à un épanchement liquidien et à un œdème des tissus mous, signes de synovite. Dans le cas de l'arthrose affectant les mains, l'enflure est plus souvent due aux ostéophytes, et par conséquent plus dure à la palpation.

Les tests sanguins viseront à préciser le diagnostic, et surtout à essayer d'établir le pronostic.

Cas n° 3. Les résultats de l'anamnèse et de l'examen évoquent une polyarthrite inflammatoire. La différence avec le cas précédent se situe sur le

formation continue

Summary

Rheumatic pain: when should arthritis be suspected? Arthralgias are a common chief complaint of patients consulting a family physician. They are also an important symptom of rheumatological diseases, which are thought to be caused by a dysfunction in the immune system, and result in abnormal autoimmune responses. It thus becomes important to differentiate between arthralgias caused by degenerative or mechanical problems, versus those which may indicate the presence of a rheumatological autoimmune disease such as rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. Through a few clinical cases, we will emphasize some of the characteristics suggesting the presence of these pathologies.

Key words: rheumatoid arthritis, autoimmune disease.

plan des symptômes et des signes non articulaires : l'alopécie et les aphtes buccaux. Les tests sanguins viseront à confirmer un diagnostic probable de LED. □

Date de réception : 15 mai 2001.

Date d'acceptation : 16 août 2001.

Mots clés : polyarthrite rhumatoïde, maladie auto-immune.

Bibliographie

1. Klippel JH, réd. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Atlanta : Arthritis Foundation 1998 : 89-94.
2. Klippel JH, Dieppe PA, Ferri FF. *Primary Care Rheumatology*. Londres : Mosby International, 1999 : 7-26.
3. Ensworth S. Rheumatology: 1. Is it arthritis? *CMAJ* 2000 ; 162 (7) : 1011-6.
4. Klinkhoff A. Rheumatology: 5. Diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. *CMAJ* 2000 ; 162 (13) : 1833-8.

ALIMENTATION HAUTE DENSITÉ

Les œufs sont uniques, car ils contiennent presque tous les nutriments reconnus comme essentiels à l'humain. Le blanc d'œuf est principalement composé de protéines de grande qualité, tandis que le jaune procure nombre de vitamines, sels minéraux et substances antioxydantes. Quant au cholestérol, de récentes études ont démontré une faible corrélation entre la consommation d'œufs et les maladies cardiovasculaires*. Faciles à préparer, économiques et nutritifs, les œufs conviennent parfaitement au rythme effréné de nos vies.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT?

* *Ba et coll. JAMA 1999; 281:1387-1394.*
N Engl J Med 1997; 337:1491-1499, BMJ 1996; 313:64-69.
J Clin Epidemiol 1996; 49:211-216.

www.oeufcanada.ca

43

Les maladies inflammatoires de l'intestin.

Seule la douleur est prévisible.



Fondation canadienne des
maladies inflammatoires
de l'intestin

Crohn's and Colitis
Foundation of Canada

Avec votre aide, nous trouverons un traitement curatif. 1 800 387-1479