



Le gonflement du genou que faire quand le diagnostic est incertain ?

Richard Blanchet

Mettez vos connaissances à l'épreuve !

	Vrai	Faux
1. La douleur d'origine arthrosique diminue avec l'effort physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La raideur matinale associée à l'arthrite dure plus de 60 minutes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Une lésion méniscale peut être la cause d'un gonflement intermittent du genou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une synovite isolée du genou est rarement le premier signe de polyarthrite rhumatoïde (PAR).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La pseudogoutte (chondrocalcinose) est la cause la plus fréquente de monoarthrite aiguë du genou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'évocation d'un diagnostic d'arthrite septique est une urgence et nécessite une évaluation immédiate en milieu hospitalier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un surplus de 4 cc à 6 cc de liquide intra-articulaire est suffisant pour produire un signe du flot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. À l'examen du genou gonflé, en l'absence de facteur déclenchant, on devrait vérifier l'existence de douleurs dans d'autres articulations, leur symétrie et la présence de signes ou de symptômes associés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses : faux, vrai, vrai, vrai, vrai, vrai, vrai, vrai

LES PROBLÈMES MUSCULOSQUELETTIQUES représentent la première cause d'invalidité à long terme au Canada et le deuxième motif de consultation des médecins de première ligne. Or, de toutes les affections, les troubles musculosquelettiques représentent pour beaucoup de médecins le domaine qu'ils estiment le moins bien maîtriser¹. Par le présent article, nous souhaitons vous faciliter la tâche.

Le Dr Richard Blanchet, omnipraticien et diplômé en médecine du sport, exerce principalement au Centre médical Le Mesnil, à Québec, ainsi qu'au Département de médecine du sport de l'Université Laval. Il est également président de l'Association québécoise des médecins du sport (AQMS).

L'arthrose est sans contredit la cause la plus fréquente de gonflement du genou dans la pratique clinique², mais l'origine de cette manifestation peut aussi être inflammatoire.

Cas n° 1 – M. Boiteux père, 62 ans, vous consulte à la clinique sans rendez-vous pour un gonflement du genou apparu il y a « environ deux mois ». Le patient exerce un travail manuel. Il vous mentionne qu'il s'est « probablement » blessé en faisant un faux mouvement au travail. Ses douleurs sont pires au lever et sont augmentées par l'effort physique ainsi qu'en fin de journée. Il vous dit qu'il aimerait bien régler ce problème.

Cas n° 2 – M. Boiteux fils, 24 ans, vous consulte pour une douleur et un gonflement du genou présents depuis deux semaines. Il présente une raideur matinale qui

Tableau 1

Atteintes extra-articulaires dans les affections rhumatismales fréquentes

Affections rhumatismales	Atteintes extra-articulaires
Polyarthrite rhumatoïde	Sécheresse oculaire, sclérite, xérostomie, infarctus du pli cutané de l'ongle, nodules rhumatoïdes, pleurite
Troubles du tissu conjonctif*	Chute des cheveux, ulcérations buccales ou nasales, sécheresse oculaire, xérostomie, érythème malaire, photosensibilité, pleurite, péricardite, phénomène de Raynaud, sclérodactylie, dyskinésie œsophagienne
Spondylarthropathies séronégatives	<ul style="list-style-type: none">● Psoriasis ou lésions des ongles en « dé à coudre » (associées au psoriasis arthropathique)● Maladie inflammatoire de l'intestin (associée à la spondylarthrite)● Conjonctivite et urétrite ou cervicite (syndrome de Reiter)
Goutte	Tophus
Fibromyalgie	Syndrome du côlon irritable, instabilité vésicale, dépression, paresthésies vagues

* Lupus érythémateux disséminé, maladie de Sjögren, sclérodermie généralisée et ses variantes, connectivites mixtes, dermatomyosite et polymyosite, notamment.

Traduit et adapté de Ensworth S. Rheumatology: 1. Is it arthritis? CMAJ 2000; 162 (7): 1015. © CMA Media inc. Reproduction autorisée.

s'estompe « en milieu d'avant-midi ». Il ne se souvient d'aucun élément déclencheur.

Anamnèse et examen clinique

S'agit-il d'une douleur non inflammatoire ?

Dans les cas de problèmes locomoteurs non inflammatoires (arthrose, lésions méniscales ou ligamentaires, etc.), on trouve habituellement un élément déclencheur. Alors qu'un traumatisme en valgus est en cause dans une atteinte du ligament collatéral interne avec ou sans lésion méniscale associée, une torsion du genou en hyperextension est classique d'une atteinte du ligament croisé antérieur. Le gonflement d'origine

leurs arthritiques.

S'agit-il d'une douleur inflammatoire ?

La douleur inflammatoire (ou arthritique) n'est liée à aucun élément déclencheur. L'interligne articulaire est habituellement douloureuse. La chaleur est souvent présente. La présence d'une rougeur doit mettre le médecin en alerte, car elle peut traduire une arthrite septique ou une arthrite microcristalline (goutte ou pseudogoutte). La rougeur est absente dans le genou rhumatoïde¹. La pseudogoutte est la cause la plus fréquente de monoarthrite aiguë du genou². Dans les monoarthrites infectieuses,

arthrosique peut résulter d'un léger traumatisme, mais est le plus souvent lié à la pratique d'une activité de façon plus intense qu'à l'habitude, comme faire une marche plus longue que d'ordinaire, rester accroupi longtemps en faisant du jardinage ou pelleter l'entrée après une bonne bordée de neige ! La douleur associée à un genou arthrosique augmente alors avec l'activité physique³.

Un gonflement intermittent peut être attribuable à l'arthrose chez le patient grisonnant qui revient de son match de hockey hebdomadaire ou à une lésion méniscale non guérie chez le patient plus jeune.

Dans les cas de lésion méniscale, le patient peut, la plupart du temps, se rappeler une blessure survenue un ou deux ans auparavant et l'ayant obligé à utiliser des béquilles durant une à deux semaines.

À l'examen, le gonflement ne s'accompagne jamais de chaleur si l'origine de l'œdème n'est pas inflammatoire¹. En l'absence de facteur déclenchant, les douleurs arthrosiques s'installent beaucoup plus graduellement que les dou-

Un surplus de 4 cc à 6 cc de liquide intra-articulaire est suffisant pour produire un signe du flot. Toutefois, ce signe n'oriente pas le clinicien sur l'origine inflammatoire ou non de l'arthropathie.

À l'examen, le gonflement ne s'accompagne jamais de chaleur si l'origine de l'œdème n'est pas inflammatoire.

Repères

Tableau II**Différences entre les atteintes inflammatoires et non inflammatoires**

Signes	Atteintes articulaires inflammatoires (Ex. : arthrite)	Atteintes articulaires non inflammatoires (Ex. : arthrose)	Atteintes inflammatoires non articulaires (Ex. : bursite)
Chaleur	Oui, diffuse autour de l'articulation	Non	Parfois, mais localisée sur une bourse ou un tendon
Œdème	Oui, habituellement ; œdème diffus à l'articulation (épanchement)	Parfois épanchement articulaire, élargissement osseux possible	Oui, mais localisé sur la structure en cause
Rougeur	Rarement ; si présente, diffuse à l'articulation	Non	Rarement ; si présente, localisée
Douleur	Oui, à l'interligne articulaire	Oui, à l'interligne articulaire	Oui, localisée sur la structure en cause

Traduit et adapté de Ensworth S. Rheumatology : 1. Is it arthritis? *CMAJ* 2000 ; 162 (7) : 1014. © CMA Media inc. Reproduction autorisée.

l'agent causal le plus souvent décelé est *Neisseria gonorrhœa*⁴. À noter que la confirmation d'un diagnostic de goutte ou de pseudogoutte n'exclut pas la présence d'une arthrite infectieuse, les deux pouvant parfois coexister.

La raideur matinale d'une durée de 60 minutes ou beaucoup plus est un indice clé de la douleur inflammatoire⁵. Une fois le diagnostic établi, la durée de cette raideur constitue un indicateur de l'activité de la maladie⁶.

Lorsqu'on soupçonne un gonflement du genou d'origine inflammatoire, on doit toujours vérifier la présence d'autres articulations gonflées ou douloureuses. Ainsi, une polyarthrite rhumatoïde commence rarement par une arthrite isolée du genou, mais pourra être évoquée si ce signe est associé à un gonflement des articulations de la main, tandis que son association avec une lombalgie chronique orientera plutôt vers une spondylarthropathie.

Le *tableau I* indique les signes et les symptômes extra-articulaires associés aux principales affections rhumatismales.

Que faut-il examiner et comment ?

Lorsqu'un patient consulte le médecin pour une douleur ou un gonflement du genou, on doit pouvoir comparer les deux genoux.

On pourra gagner du temps en demandant au patient de situer sa douleur. Il montrera l'interligne articulaire interne en présence d'une lésion du ménisque interne et situera la douleur légèrement au-dessus ou au-dessous de cette ligne en présence d'une atteinte du ligament collatéral interne. Une douleur intéressant les bourses pré- ou infrapatellaires ou le plateau tibial interne (patte d'oie) oriente quant à elle vers une origine extra-articulaire.

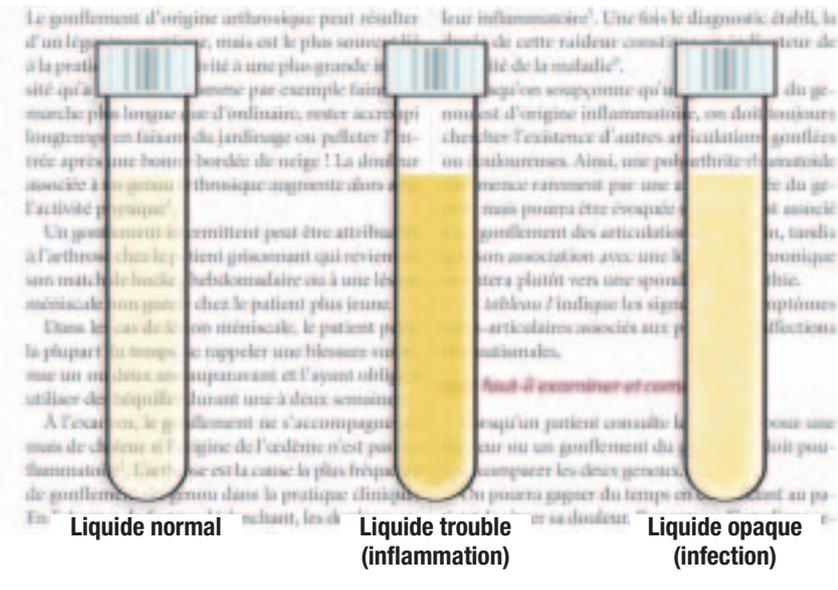
La présence d'une chaleur diffuse au genou doit être recherchée soigneusement et révèle l'origine inflammatoire du gonflement. Le *tableau II* énumère les signes aidant à différencier les atteintes inflammatoires de celles qui ne le sont pas à l'examen. Soulignons encore une fois l'intérêt qu'il faut porter à la présence d'une rougeur, indice possible d'une arthrite septique, qui constitue une urgence et nécessite une évaluation immédiate en milieu hospitalier. La rougeur est également présente en

La douleur inflammatoire (ou arthritique) n'est liée à aucun élément déclencheur. La douleur est diffuse. La chaleur est habituellement présente. La raideur matinale d'une durée de 60 minutes ou beaucoup plus est un indice clé de la douleur inflammatoire. Lorsqu'on soupçonne qu'un gonflement du genou est d'origine inflammatoire, on doit toujours vérifier la présence d'autres articulations gonflées ou douloureuses.

Repère

Figure 1

Examen visuel du liquide synovial



Encadré

La synovectomie chimique, vous connaissez⁸⁻⁹ ?

Dans les cas réfractaires de gonflement du genou rhumatoïde, le rhumatologue peut décider de faire une injection d'yttrium 90 pour réaliser une synovectomie chimique partielle. Cette intervention a une efficacité qui varie de minime à marquée selon les études, et plusieurs rhumatologues ont commencé à y recourir.

cas d'arthrite microcristalline (goutte ou pseudogoutte).

Le clinicien pourra maintenant compléter l'examen en cherchant les signes extra-articulaires à prendre en compte, qui sont répertoriés dans le *tableau I*.

Utilité de la ponction articulaire

Lorsque le diagnostic est incertain, la ponction articulaire peut être d'une aide précieuse. Un tube hépariné (habituellement à bouchon vert) est nécessaire pour effectuer la numération cellulaire (nombre de globules blancs par mm³), la formule leucocytaire (pourcentage de polynucléaires) et la culture. Toutefois, il est

impératif que le microbiologiste, l'hématologue ou le pathologiste examine l'échantillon dans les deux heures suivant la ponction, sans quoi la validité de l'analyse est compromise. Il importe de vérifier auprès de l'hôpital quel spécialiste fera l'analyse du prélèvement afin de l'acheminer au bon endroit. Les pratiques à cet égard varient largement d'un établissement à l'autre. Quant à la recherche de cristaux, quelques gouttes du liquide ponctionné, gardées au réfrigérateur dans une éprouvette « normale », peuvent être acheminées au laboratoire dans un délai de 24 heures par le courrier médical habituel.

Le plus grand avantage de la ponction articulaire effectuée au cabinet est de guider le clinicien quant à l'origine

inflammatoire ou non du gonflement du genou par un simple examen visuel du liquide synovial. La *figure 1* montre l'apparence du liquide synovial normal ou arthrosique, qui est parfaitement transparent, et celle du liquide inflammatoire qui est trouble. Ce dernier laisse plus ou moins passer la lumière, mais n'est pas transparent. Le liquide synovial infecté est franchement opaque.

M. Boiteux père présente donc un gonflement du genou d'origine arthrosique qu'il convient de traiter par des anti-inflammatoires pendant une dizaine de jours. Au cours de l'anamnèse et de la recherche d'un facteur déclenchant, le patient mentionne avoir eu à monter et à descendre les escaliers beaucoup plus souvent que d'ordinaire lors d'un travail ayant duré une bonne semaine. Le traitement optimal préconisé en pareil cas est précisé dans l'article du D^r Sylvain Boutet intitulé « Arthrose du genou : solutions de rechange aux médicaments ».

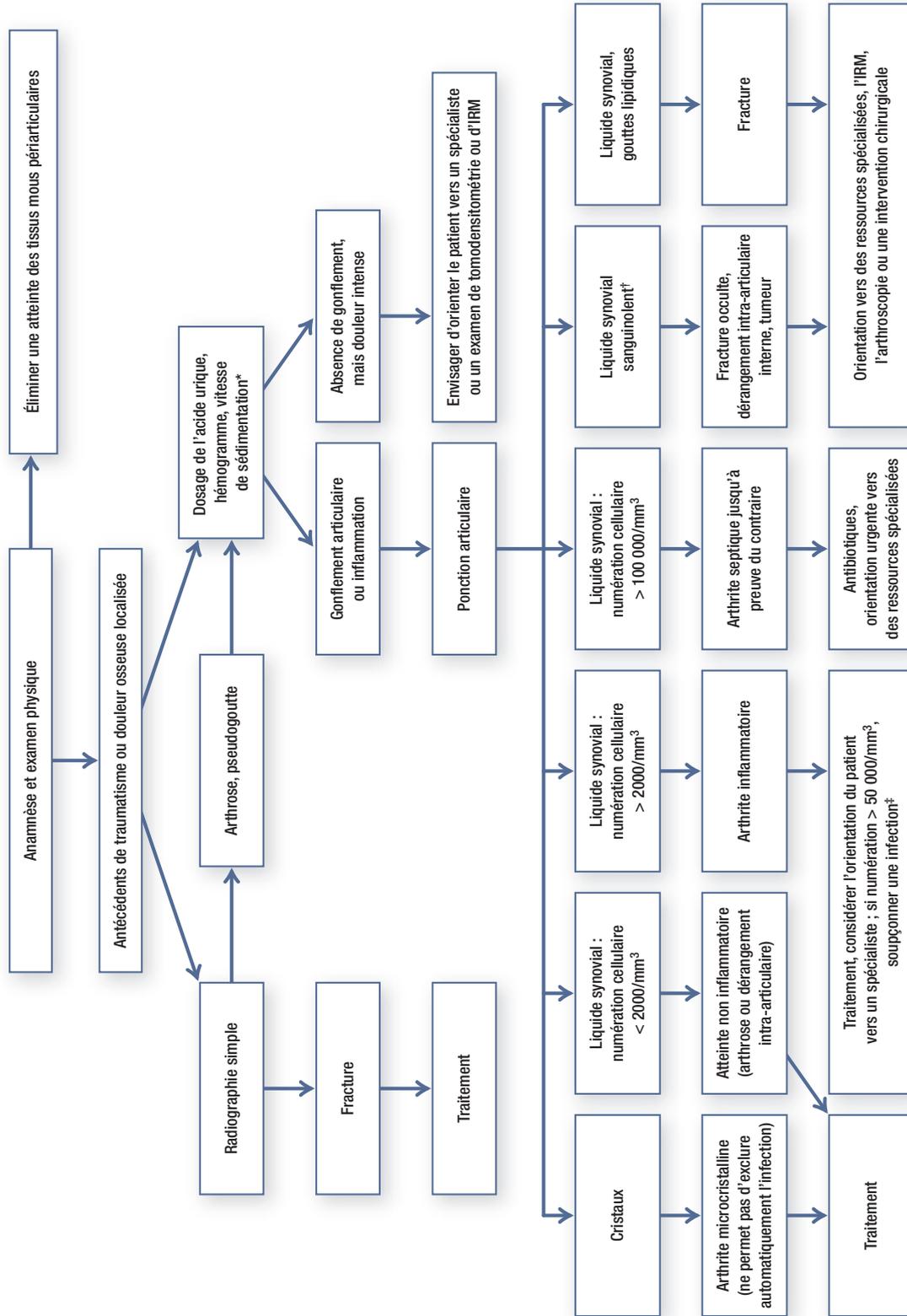
Quant à M. Boiteux fils, l'anamnèse révèle l'existence d'une lombalgie de longue date et d'un psoriasis. La ponction articulaire ramène un liquide d'origine

Repère

Le plus grand avantage de la ponction articulaire effectuée au cabinet est de guider le clinicien quant à l'origine inflammatoire ou non du gonflement du genou par un simple examen visuel du liquide synovial (figure 1).

Figure 2

Diagnostic de la monoarthrite aiguë[†]



*Selon le jugement clinique ; †Si ponction non traumatique ; ‡ : Une numération cellulaire élevée peut survenir en présence d'autres attections, par exemple la goutte, la polyarthrite rhumatoïde. Traduit et adapté de : Siva C, Velazquez C, Mody A, Brasington R. Diagnosing acute monoarthritis in adults: A practical approach for the family physician. *Am Fam Physician* 2003 ; 68 (1) : 83-90. © 2003 American Academy of Family Physicians. Tous droits réservés. Reproduction autorisée.

Tableau III

Quelques causes de monoarthrite aiguë (présentées par ordre alphabétique)

Causes fréquentes

- Arthrite infectieuse
- Arthrite microcristalline
- Arthrose
- Dérangement intra-articulaire (lésions méniscales ou ligamentaires)
- Hémarthrose
- Maladie de Lyme
- Ostéomyélite
- Surutilisation
- Traumatisme

Causes moins fréquentes

- Arthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin
- Psoriasis arthropathique
- Arthrite réactionnelle (syndrome de Reiter)
- Polyarthrite rhumatoïde juvénile
- Hémoglobinopathies
- Sarcoïdose
- Souris articulaire

Causes rares

- Amyloïdose
- Hydarthrose intermittente
- Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique
- Syndrome de Behçet

inflammatoire. Un psoriasis arthropathique est l'hypothèse la plus probable.

EN PRÉSENCE D'UN GONFLEMENT du genou, l'interrogatoire et l'examen physique représentent l'étape première du traitement. Les éléments recueillis, tels que la présence ou l'absence d'un facteur déclenchant, de critères de lésions inflammatoires ou non inflammatoires et de signes évoquant une arthrite septique, sont suffisants pour prescrire au patient un traitement donné ou l'orienter pour des explorations complémentaires, s'il y a lieu.

La figure 2 résume la conduite à tenir en cas de monoarthrite aiguë tandis que le tableau III présente une liste des causes de cette affection. 🦋

Date de réception : 27 novembre 2005.

Date d'acceptation : 26 janvier 2006.

Mots clés : monoarthrite, arthrose, arthrite septique, ponction articulaire

Le Dr Richard Blanchet a déjà bénéficié du soutien financier de Pfizer Canada Inc. en tant que conférencier et de Sanofi-Aventis en tant que modérateur, mais n'a reçu aucune rémunération fixe.

Bibliographie

- Ensworth S. Rheumatology: 1. Is it arthritis? *CMAJ* 2000; 162 (7): 1011-6.
- Mottu F. Monoarthrite aiguë: faut-il toujours ponctionner? *Primary Care* 2005; 5: Nr. 5: 93.
- Belzile M, Desmeules F. Les maladies dégénératives du genou. *Le Médecin du Québec* 2003; 38 (7): 55-64.

- Sack K. Monoarthritis: Differential diagnosis. *Am J Med* 1997; 102 (1A): 30S-34S.
- Bessette L, Camerlain M, Morin F, Raiche P, Turcotte A. *Pour l'Avancement de la Rhumatologie*. Atelier de formation. Cahier du participant. FMOQ 2004; Annexes A et N.
- Ligier S. Les douleurs articulaires – Quand faut-il soupçonner une arthrite inflammatoire? *Le Médecin du Québec* 2001; 36 (11): 37-43.
- Siva C, Velazquez C, Mody A, Brasington R. Diagnosing acute monoarthritis in adults: A practical approach for the family physician. *Am Fam Physician* 2003; 68 (1): 83-90.
- Heuft-Dorenbosch LL, de Vet HC, van der Linden S. Yttrium radio-synoviorthesis in the treatment of knee arthritis: A systematic review. *Ann Rheum Dis* 2000; 59 (8): 583-6.
- Das BK, Pradhan PK, Shukla AK, Misra R. Role of radiosynovectomy in rheumatoid arthritis. *J Indian Rheumatol Assoc* 2004; 12: 98-102.

Summary

What to do when uncertain about a swollen knee diagnosis?

In Canada, musculoskeletal problems are the most common causes of long-term disability and the second health problem most frequently encountered by primary care physicians.

The goal of this article is to present a systematic approach in clarifying ambiguous swollen knee conditions. Duration of the patient's morning stiffness, presence or absence of heath associated signs and symptoms such as low back pain, psoriasis, dry eyes are all important facets of the patient's medical history that will rapidly lead to the origins of the patient's knee condition. It is important to be aware of septic arthritis. The affected patient must immediately be sent to the emergency department. We also discuss the value of synovial fluid analysis and the possibility of doing the procedure in a doctor's office. Finally, we suggest algorithmic approach to evaluate patients who suffer from acute monoarthritis.

Keywords: monoarthritis, osteoarthritis, septic arthritis, arthrocentesis