

Auteur : Dr Renaud FELTEN

Service de Rhumatologie / Centre de Référence National des Maladies Auto-Immunes
Systémiques Rares / Département Universitaire de Pharmaco-Addicto-Toxico-Thérapeutique
- Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Relecture par : Pr Serge PERROT

Principaux items testés :

- 194 - Arthropathie microcristalline
1 - Diagnostiquer une arthropathie microcristalline.
2 - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- 196 - Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente
1 - Devant une douleur ou un épanchement articulaire, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
2 - Devant une arthrite d'évolution récente, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- 319 - La décision thérapeutique personnalisée : bon usage dans des situations à risque
8 - Interactions médicamenteuses :
- 321 - Education thérapeutique, observance et automédication
4 - Argumenter une prescription médicamenteuse et l'éducation associée en fonction des caractéristiques du patient, de ses comorbidités, de la polymédication éventuelle, et des nécessités d'observance.

Monsieur D. 70 ans est adressé aux urgences par son médecin généraliste en raison de la survenue d'un épanchement du genou droit depuis la veille.

QRM 1

Face à cet épisode de monoarthrite, quels sont les éléments à rechercher qui orienteraient vers une atteinte infectieuse plus qu'une atteinte microcristalline ?

- A - La présence d'un souffle cardiaque
- B - Une notion de traumatisme
- C - La présence d'une immunosuppression
- D - Une notion d'insuffisance rénale chronique
- E - L'existence d'une porte d'entrée cutanée

Réponse : A, C et E

Commentaires : Face à une monoarthrite, il est très difficile cliniquement de différencier une arthrite infectieuse d'une arthrite microcristalline et seuls des éléments supplémentaires pourront nous orienter. Une susceptibilité aux infections induite par l'immunosuppression, l'existence d'une porte d'entrée ou un souffle cardiaque seront intéressants à colliger. De même la présence d'une insuffisance rénale chronique nous orienterait plus vers une atteinte microcristalline. Une notion de traumatisme vers une hémarthrose ou une poussée microcristalline.

QRM 2

Après examen minutieux de ce patient, vous ne retrouvez ni souffle cardiaque, ni signe de choc septique, ni tophus souscutanés, ni d'autres localisations articulaires tuméfiées. Le patient est fébrile à 38.7°C et aurait présenté des frissons à domicile. Il a réalisé une

biologie qui retrouve un syndrome inflammatoire marqué avec une CRP = 285 mg/l. Quelle (s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

- A - Dans cette situation, il faut d'emblée débiter une antibiothérapie probabiliste
- B - Dans cette situation, il faut débiter une antibiothérapie probabiliste immédiatement après la ponction articulaire
- C - Cette situation pourrait tout à fait correspondre à une crise de goutte
- D - Dans cette situation, il faut réaliser une ponction articulaire et ne pas débiter d'antibiothérapie avant l'identification d'un germe
- E - Dans cette situation, la ponction articulaire n'est pas indispensable

Réponse : C et D

Commentaires : Comme précédemment, face à une monoarthrite, il est très difficile cliniquement de différencier une arthrite infectieuse d'une arthrite microcristalline. La fièvre et les frissons peuvent également être présents dans les poussées microcristallines de même qu'un syndrome inflammatoire marqué. Il faut réaliser une ponction articulaire en urgence afin de ne pas méconnaître une arthrite septique. Toutefois, en l'absence de sepsis et de mauvaise tolérance hémodynamique, on n'introduit un traitement antibiotique qu'après confirmation microbiologique de la présence d'un germe.

QRM 3

Vous décidez de ponctionner le genou. Que vous attendez-vous à retrouver comme liquide articulaire dans l'hypothèse d'une arthrite microcristalline ?

- A - Un liquide citrin, visqueux
- B - Un liquide trouble voire purulent et fluide
- C - Moins de 1.000 cellules par mm³
- D - Plus de 2.000 cellules/mm³
- E - Une albuminémie normale

Réponses : B et D

Commentaires : Il s'agit d'un liquide inflammatoire (trouble avec >2000 cellules/mm³), stérile, retrouvant (mais pas systématiquement) la présence de microcristaux.

QRM 4

Concernant l'analyse du liquide articulaire, quelles sont les propositions vraies ?

- A - Dans une arthropathie microcristalline, on retrouve toujours des microcristaux
- B - Le rhumatisme à hydroxyapatite est la seule arthropathie microcristalline dans laquelle les microcristaux peuvent manquer lors d'une ponction articulaire
- C - En cas d'arthrite septique, l'examen direct bactériologique est toujours positif
- D - On ne peut pas différencier une arthrite septique d'une arthrite microcristalline sur la seule base du nombre de globules blancs par mm³ dans le liquide articulaire
- E - On peut retrouver un liquide trouble voire purulent dans les arthrites septiques mais également les arthrites microcristallines

Réponses : D et E

Commentaires : La ponction articulaire peut malheureusement parfois être prise en défaut. On ne retrouve pas toujours de microcristaux même dans une authentique crise de goutte car les cristaux peuvent disparaître ou être présents en trop faible quantité. De plus, une ponction pour arthrite septique peut être faussement stérile en cas d'antibiotiques pris antérieurement notamment. Il est impossible de différencier une arthrite septique d'une arthrite microcristalline sur la base de la seule numération des globules dans le liquide ou son aspect macroscopique, la bactériologie est indispensable.

QRM 5

Après d'autres prélèvements sanguins, comprenant des hémocultures, et dans l'attente des résultats de la ponction articulaire, que proposez-vous sur le plan thérapeutique ?

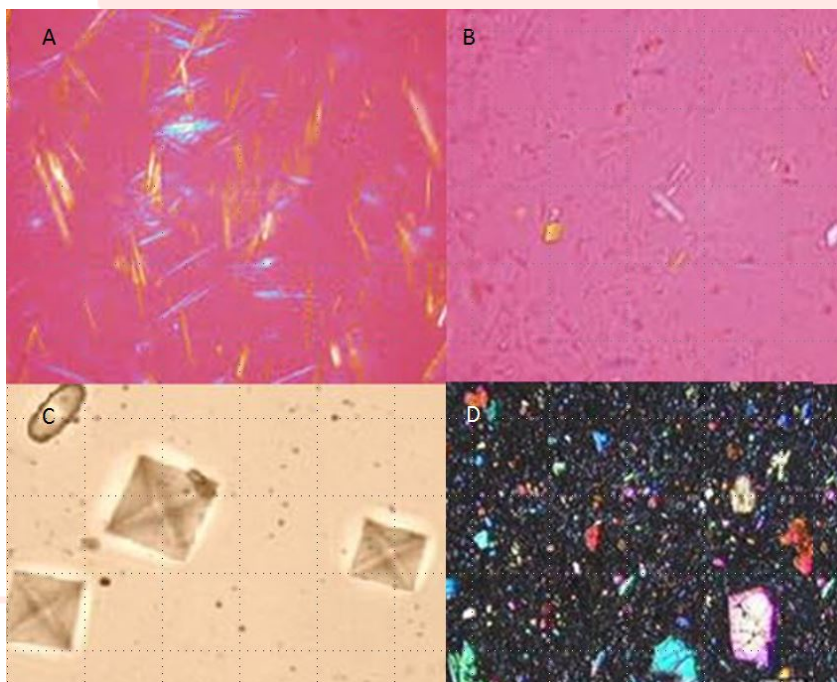
- A - Un traitement probabiliste d'une éventuelle arthrite septique par antibiothérapie
- B - Un traitement infiltratif par cortisone intra-articulaire
- C - Un traitement antalgique simple, si possible non antipyrétique
- D - Un traitement non-médicamenteux par repos et glaçage articulaire
- E - Un traitement par colchicine dans l'hypothèse d'une crise de goutte

Réponses : C, D et E

Commentaires : Le traitement antibiotique, comme évoqué avant, ne sera débuté qu'en présence d'un germe. Une infiltration pourrait aggraver une infection sous-jacente et est donc à éviter. On privilégiera donc un traitement antalgique simple et on pourrait proposer un traitement d'épreuve par colchicine car celui-ci ne serait pas néfaste en cas d'infection.

QRU 6

Parmi ces 4 images cristallines, dans laquelle se situent les cristaux d'acide urique ?



A - Réponse A

B - Réponse B

C - Réponse C

D - Réponse D

Réponse : A

Commentaires : Il s'agit de cristaux effilés, à bout pointus, fortement biréfringents en lumière polarisée.

QRM 7

Concernant la colchicine, quelles sont les propositions exactes ?

A - La diarrhée est un signe précoce de toxicité de la colchicine, une « alerte » avant l'apparition d'effets indésirables potentiellement graves

B - Il existe un risque d'augmentation de l'effet des antivitamines K (AVK) et du risque hémorragique

C - Avec les macrolides, il existe un risque d'augmentation des effets indésirables avec un risque de surdosage potentiellement fatal

D - Avec les statines, il existe un risque de majoration de la toxicité musculaire (rhabdomyolyse) surtout en début de traitement

E - Avec la pristinamycine, il existe un risque d'augmentation des effets indésirables avec un risque de surdosage potentiellement fatal

Réponse : A, B, C, D et E

Commentaires : La colchicine est un médicament à marge thérapeutique étroite et soumis, de par son métabolisme, à de nombreuses interactions et contre-indications. Tout est vrai.

QRM 8

Enfin, le liquide articulaire revient stérile, de même que les hémocultures. On retrouve des cristaux d'acide urique en grand nombre. Quelles sont alors les possibilités thérapeutiques de cette crise de goutte qui touche uniquement le genou ?

A - un traitement oral par colchicine

B - un traitement oral par AINS

C - un traitement oral par corticothérapie

D - une infiltration de corticoïdes intra-articulaire

E - une infiltration d'AINS intra-articulaire

Réponse : A, B, C et D

Commentaires : Toutes les propositions sont possibles hormis la dernière (il n'existe pas d'injection intra-articulaire d'AINS). Tout dépend du terrain du patient et de ses comorbidités. Ici typiquement, on privilégiera une infiltration car il s'agit d'une monoarthrite d'une grosse articulation accessible à ce geste. Cela évitera les effets indésirables médicamenteux potentiels des autres options.

QRM 9

Il s'agit de la première crise goutte de ce patient. Concernant la prise en charge de sa goutte au long cours, en plus des règles hygiéno-diététiques, quelles sont les réponses vraies ?

- A - Il n'y a jamais d'indication à l'introduction d'un traitement de fond dès la première crise de goutte
- B - Il n'y a d'indication à l'introduction d'un traitement de fond dès la première crise de goutte qu'en cas d'arthropathie goutteuse, d'une insuffisance rénale ou de présence de tophus
- C - Il y a une indication à l'introduction d'un traitement de fond dès la première crise de goutte
- D - Le traitement de fond comprend la colchicine au long cours
- E - Le traitement de fond fait appel en première intention à un traitement hypo-uricémiant

Réponses : C et E

Commentaires : Les nouvelles recommandations préconisent d'instaurer un traitement hypo-uricémiant dès la première crise de goutte. Celui-ci devra se faire sous couvert d'un traitement par colchicine.

QRM 10

En plus du traitement de fond de la goutte, il convient de délivrer au patient des règles hygiéno-diététiques. Parmi les suivantes, lesquelles sont justifiées ?

- A - Amaigrissement progressif en cas d'obésité ou de surcharge pondérale.
- B - Diminution des boissons sucrées et alcoolisées.
- C - Modération de la consommation de viande et de produits de la mer.
- D - Modification d'un éventuel traitement diurétique favorisant, si possible (HTA), remplacé par un traitement aux effets uricosuriques type Losartan.
- E - Modération de la consommation de produits laitiers.

Réponses : A, B, C et D

Commentaires : Tout est exact hormis la dernière proposition qui n'est pas justifiée.

QRM 11

Concernant l'éducation thérapeutique dans la goutte, qu'allez-vous dire au patient ?

- A - C'est une maladie des gros mangeurs et buveurs
- B - Il s'agit, en partie, d'une maladie génétique dont témoignent les cas familiaux, résultant notamment d'un défaut d'élimination de l'acide urique par les reins
- C - L'acide urique en excès s'accumule et donne formation aux microcristaux stockés dans et autour des articulations voire sous la peau
- D - C'est une maladie incurable
- E - Le phénomène est totalement réversible avec un traitement abaissant l'uricémie de façon permanente

Réponse : B, C et E

Commentaires : L'éducation thérapeutique est un élément indispensable dans la prise en charge de la goutte. Il faut déculpabiliser le patient. Tous les patients goutteux ne sont pas éthyliques chroniques. Il faut également favoriser leur observance en leur expliquant que l'on peut traiter la goutte en abaissant l'uricémie en dessous d'un seuil cible de 300 $\mu\text{mol/L}$ au long cours.

QRM 12

2 ans plus tard, très soulagé par votre prise en charge initiale et désormais sous allopurinol au long cours, le patient vous recontacte en raison de la récurrence d'une monoarthrite du genou. Il ne prend plus de colchicine depuis de nombreux mois.

Quelles sont les propositions vraies ?

- A - Face à cette récurrence, nul besoin d'une ponction articulaire
- B - Il faut interrompre l'allopurinol le temps de la crise
- C - Il faut réintroduire un traitement par colchicine pour traiter la crise
- D - Il faut reconsidérer le traitement de fond par Allopurinol qui ne doit pas être optimal
- E - Il pourrait s'agir d'une autre cause d'arthrite qu'une crise de goutte

Réponses : C, D et E

Commentaires : Face une arthrite il faut toujours discuter la ponction articulaire qui même dans ce cas est justifiée. Il ne faut pas interrompre un traitement hypo-uricémiant en cas de crise. On traitera la poussée par colchicine et on s'assurera d'une bonne observance et efficacité du traitement hypo-uricémiant (cible < 300 $\mu\text{mol/L}$). Attention toutefois, l'uricémie mesurée pendant une crise peut être faussement abaissée et sera donc à reconstrôler à distance.

QRM 13

La ponction articulaire du genou, ramène à nouveau un liquide inflammatoire, stérile, sans germe, avec de nombreux cristaux d'acide urique confirmant la crise goutte. Le bilan sanguin révèle un acide urique à 450 $\mu\text{mol/L}$. Concernant l'adaptation du traitement de fond hypo-uricémiant, quelles sont les propositions justes ?

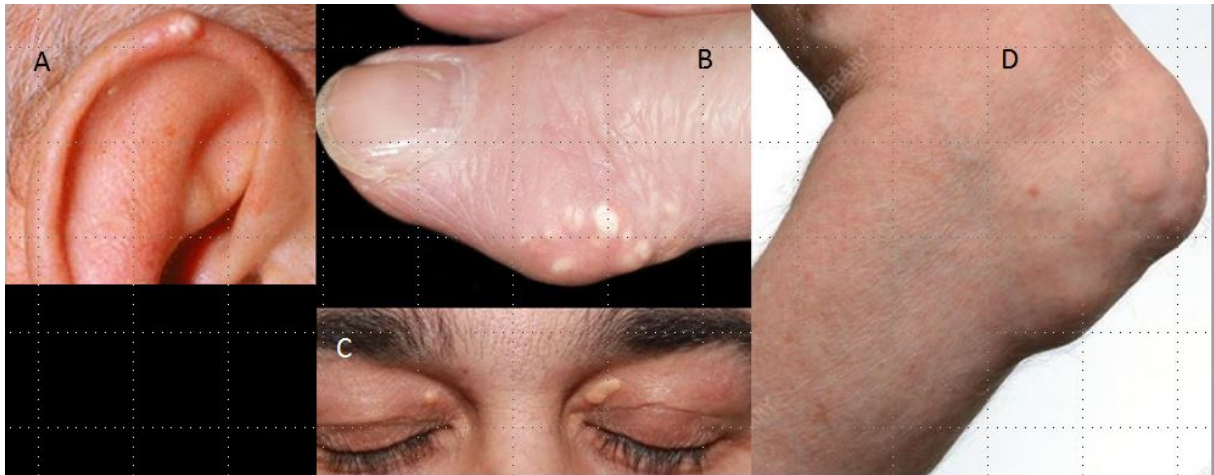
- A - A l'instauration du traitement hypo-uricémiant, la prescription d'un traitement préventif des crises aiguës par colchicine est nécessaire pendant 6 mois
- B - L'objectif thérapeutique est une uricémie < 70 mg/ou 420 $\mu\text{mol/L}$
- C - Une fois la cible d'uricémie atteinte après quelques mois, le traitement doit être maintenu à la même dose
- D - En l'absence de contre-indications, la posologie d'allopurinol doit être débutée à 100 mg par jour puis augmentée progressivement
- E - En cas d'inefficacité de l'allopurinol aux doses maximales ou d'intolérance, un traitement par fébuxostat peut être proposé

Réponses : A, C, D et E

Commentaires : Tout est juste sauf la cible qui est de 300 $\mu\text{mol/L}$ chez tous les patients. L'instauration du traitement hypo-uricémiant doit toujours se faire progressivement pour éviter les effets indésirables de type DRESS sous allopurinol et également éviter des crises de goutte dues à la baisse trop rapide de l'uricémie.

QRU 14

Parmi les photographies ci-dessous, laquelle ne correspond pas à un tophus goutteux ?



- A - Réponse A
- B - Réponse B
- C - Réponse C
- D - Réponse D

Réponse : C

Commentaires : La photographie C montre un xanthelasma.

QRU 15

Quelques jours plus tard, après la majoration de son traitement par allopurinol et le rajout de colchicine, le patient présente une éruption érythémateuse maculaire et prurigineuse ayant tendance à se majorer rapidement depuis quelques heures. A quoi faut-il penser en priorité ?

- A - A une arthrite septique
- B - A une toxicité de la colchicine
- C - A une toxicité de l'allopurinol (DRESS syndrome)
- D - A une crise de goutte polyarticulaire
- E - A un lupus induit médicamenteux

Réponse : C

Commentaires : Il s'agit d'un effet indésirable rare mais grave sous allopurinol, à connaître. On préviendra le patient qu'en cas d'éruption cutanée et/ou de prurit sous allopurinol, il devra interrompre le traitement et consulter son médecin traitant.