

Max Handschin¹, Thomas Hügler², Andrej Nowakowski³

J'ai une articulation qui gonfle

Compte-rendu d'un atelier de la SwissFamilyDocs Conference 2011 de Bâle

Cas 1

Anamnèse

Un patient de 60 ans raconte qu'il a fait une glissade il y a quelques temps à l'occasion de la construction d'un mur de pierre. Il ne se souvient d'aucun autre événement pouvant expliquer ce qui se passe. Hormis des douleurs supportables, il a noté l'apparition le soir-même d'un gonflement du genou droit. Il n'y a pas eu de changement pendant les deux semaines qui ont suivi et il ressent toujours la même sensation de tension lors de la mise en charge. La descente des escaliers est plus pénible que la montée. Les applications froides l'ont passablement soulagé.

Le tableau clinique

Le genou droit se présente avec un épanchement intra-articulaire estimé à 40–60 ml, et il est légèrement chaud. L'interligne articulaire fémoro-tibial interne est douloureux à la palpation, mais aussi au-dessus de celui-ci et sur le pourtour rotulien avec une prédominance du côté médial. Pas de douleurs rotatoires, pas de douleur à l'hyperflexion ni à l'hyperextension. Flex/Ext.: discrets craquements dans la région fémoro-patellaire. Pas d'instabilité en valgus forcé, ni de douleurs en abduction/adduction.

S'engage à ce moment-là une discussion sur l'attitude à adopter. Radiographies standards, oui ou non? Faut-il procéder à d'autres examens d'imagerie? Que proposer?

Les avis divergent. Certains participants proposent une ponction du genou, d'autres demandent des radiographies. Personne n'insiste en revanche pour demander une IRM à ce stade, à moins que le patient insiste en souhaitant absolument un diagnostic de certitude. Dans le cas présent, on a également renoncé à la ponction d'emblée. Si la gêne avait été plus importante, elle aurait probablement été faite. Les radiographies sont présentées dans la figure 1.

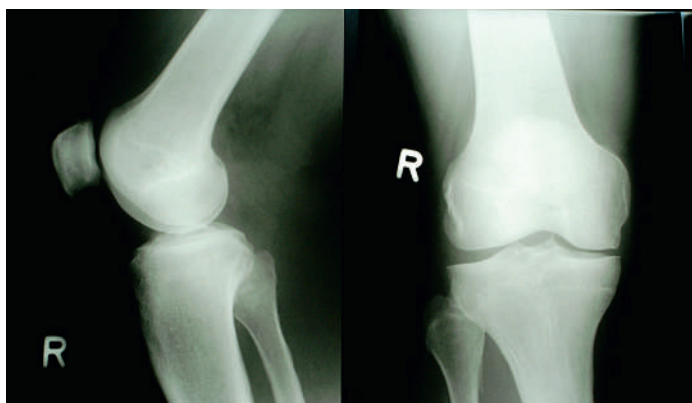


Figure 1

¹ Médecine générale.

² Rhumatologie.

³ Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Evolution

Un AINS est prescrit durant 14 jours (Xefo 8 mg[®] [= lornoxicam], 2x 1 cp par jour). Le patient vient en contrôle 2 semaines plus tard: il est satisfait de l'évolution, ressent de temps à autres un petit clic dans le genou, mais sans pouvoir le localiser. Il reste, à l'examen clinique, une petite douleur à la palpation du versant médial de l'interligne fémoro-patellaire. L'épanchement s'est pratiquement complètement résorbé.

On discute du diagnostic de suspicion: quel est l'intérêt d'une poursuite des investigations à ce stade? Peut-on s'en tenir là en cas d'évolution favorable? Faut-il demander d'autres examens si le patient insiste pour préciser les choses? Peut-on remettre ces investigations à plus tard, en cas de rechute prochaine? Les chondroprotecteurs sont-ils indiqués dans une telle situation?

Commentaire

Ce cas illustre parfaitement les différences d'attitude au cabinet de médecine de premier recours et à l'hôpital: dans notre cabinet, nous pouvons nous accorder un peu de temps et nous contenter d'une simple observation de l'évolution, ce qui nous permettra de nous faire une meilleure idée de la persistance des troubles et de l'importance de la gêne. Le spécialiste est en revanche souvent «contraint» de se prononcer sans délai et de poser rapidement un diagnostic, dans la mesure où il doit renvoyer le patient au confrère qui l'a adressé avec une «étiquette» plus ou moins claire. Et pour cela, il lui faut des informations complémentaires, donc des examens auxquels nous autres pouvons provisoirement renoncer si les troubles disparaissent. Ce n'est pas pour rien que les caisses-maladie appellent à des modèles d'assurances basés sur le médecin de famille, puisqu'ils permettent d'économiser de l'argent.

Cas 2

Garçon de 12 ans: en 2007, il a présenté un refroidissement qui a duré environ une semaine, suivi environ au dixième jour d'une diarrhée et au douzième d'une limitation douloureuse de la mobilité du genou gauche. Ce tableau a donné lieu à des investigations dans le service de pédiatrie de l'Hôpital cantonal de Bruderholz (BL) pour une suspicion d'arthrite du genou gauche.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants: VS normale, sérologies négatives pour les entérovirus, notamment parvo B19, salmonelles, shigelles et Yersinia, ANA nég., FR nég. Borrelia: présence d'IgG indiquant une ancienne borreliose, ASL augmentées (913 UI/ml) et antistreptodormase B augmentée. Diagnostic retenu: arthrite post-infectieuse du genou gauche.

En 2008, le patient consulte pour un gonflement du genou droit cette fois (fig. 2): une ponction a été faite et l'analyse du liquide articulaire a donné les résultats suivants: Lc 13880/μl (<200/μl), 73% de polynucléaires (<25%), 27% de mononucléaires (>75%); PCR pour Borrelia burgdorferi nég.; FR nég.

Des épanchements articulaires récurrents relativement peu douloureux ont conduit depuis lors à quatre autres ponctions. Une nouvelle recherche de borreliose et de facteur rhumatoïde a à nouveau donné des résultats négatifs.



Figure 2

La suite des investigations a fait l'objet d'une discussion lors de cet atelier. Les informations suivantes ont été demandées:

Anamnèse familiale: le frère de la mère souffre d'un syndrome de Reiter. *Anamnèse personnelle:* le patient a présenté une pneumonie à l'âge de quatre ans et a présenté régulièrement des piqûres de tique (vit dans une ferme à la campagne), sans toutefois avoir jamais noté d'érythème migrant. En mars 2011, il a été victime d'une fracture de la jambe droite (traitement conservateur). Autres valeurs de laboratoire: antigène HLA de cl. I: HLA-B*27 nég.; analyse: B*35, B*56; calprotectine nég.; pas de streptocoques au frottis de gorge. Une seule nouvelle ponction de genou a été effectuée par la suite avec l'injection jugée indiquée d'un corticoïde intra-articulaire, mais celle-ci n'a été suivie au bout d'une semaine que d'une amélioration insignifiante, si bien qu'on y a renoncé par la suite.

On s'est accordé, dans la suite de la discussion, pour dire qu'il n'était pas possible de poser un diagnostic de certitude à ce stade. Le rhumatologue a fait remarquer que là aussi l'observation de l'évolution pouvait s'avérer utile: l'apparition chez ce patient de douleurs au niveau des talons ou du dos serait suggestive d'une polyarthrite juvénile; il se pourrait cependant aussi que le patient ne présente plus jamais ce type de symptômes. Comme la gêne était relativement limitée et que la mère souhaitait plutôt un traitement homéopathique, il a été convenu de se borner à faire des contrôles en cas de besoin, tout en recommandant de ne pas trop tarder en cas de rechute.

Commentaire

Dans ce cas, la démarche du médecin de famille ne diffère guère de celle du spécialiste. Tous les deux poussent à une attitude expectative. Il faudra néanmoins fournir à la famille une marche à suivre claire en cas de reprise ou de péjoration de la symptomatologie. Elle a décidé de s'adresser en premier lieu, le cas échéant, à son médecin de famille.

Cas 3

Un patient de 62 ans, sportif (jogging, VTT) et de poids normal fait une chute lors d'une séance de jogging au début du mois d'avril. Il a mis le pied dans un trou et a violemment heurté le sol du genou droit et du coude droit. Malgré une petite plaie au niveau du genou, il a été en mesure de le remettre en charge d'emblée sans problèmes particuliers. Vers le milieu du mois de mai, le patient consulte cependant en raison de lâchages inopinés du genou droit.

Examen clinique de la mi-mai

Douleur isolée à la palpation de la partie antérieure de l'interligne fémoro-tibial externe du genou droit, douleurs à l'hyperflexion et à l'hyperextension, test de compression du ménisque externe douloureux, discrète douleur à la rotation interne. Nette crépitation dans la région patellaire avec une légère douleur à la compression. Épanchement intra-articulaire sous tension, qui est ponctionné (80 ml). L'analyse révèle un liquide irritatif.

Le patient est adressé à l'orthopédiste en raison d'une limitation persistante de l'extension, accompagnée de signes de lésion méniscale externe.

Ce dernier commence par organiser une IRM, probablement interpellé par l'intervalle libre un peu inhabituel: l'IRM confirme la présence d'un épanchement avec un kyste poplité et le radiologue décrit une dégénérescence avancée du ménisque latéral, principalement au niveau de la corne antérieure, ainsi qu'une petite déchirure de la corne postérieure de ce même ménisque. Une chondropathie fémoro-patellaire sévère est également présente.

Nous avons abordé avec l'orthopédiste, pendant cet atelier, la tendance actuelle à faire des IRM préopératoires, en nous demandant s'il se faisait encore des arthroscopies sans IRM préalable. La réponse a été qu'il s'en faisait en effet, lorsque le tableau clinique est évident et pose indubitablement l'indication à l'intervention, comme c'est le cas lors de lésions méniscales de type anse de seau avec blocage du genou. Les participants au séminaire les plus âgés se souviennent encore de l'époque où l'IRM n'existait pas et connaissent bien l'importance de l'examen clinique.

Chez le patient présenté ici, la lésion méniscale était aussi cliniquement évidente. L'IRM a décrit une lésion fémoro-patellaire de haut grade, qui n'a cependant pas été retrouvée par l'opérateur. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'il existe des discrepancies entre le status opératoire et l'imagerie IRM.

L'opération a consisté en une résection de la corne antérieure allant jusqu'au corps méniscal et laissant en place une fine bande périphérique au niveau de la corne antérieure. L'intervention a été suivie d'une tendance aux épanchements.

Commentaire

Alors faut-il pratiquer une ponction ou non? Les suites opératoires ont également été discutées: à partir de quand le patient doit-il pouvoir reprendre ses activités sportives et lesquelles peut-il pratiquer? On peut dire d'une manière générale que la reprise du VTT doit précéder celle du jogging. Il faudra aussi tenir compte dans la décision des éventuelles réactions au niveau du genou après le retour aux activités sportives.

L'essentiel en bref

Une anamnèse précise est très importante dans l'optique du diagnostic de suspicion.

Un examen clinique plus détaillé complète l'anamnèse: 1. Investigations complémentaires? Une attitude d'observation attentive suffit-elle?

L'âge du patient donne des informations importantes.

La ponction articulaire donne rapidement des informations sur une éventuelle arthropathie microcristalline, une hémarthrose ou une arthrite septique.

Correspondance:

Dr Max Handschin, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Mühlegasse 7, 4460 Gelterkinden, max.handschin[at]jhin.ch