

Item 194 – Arthropathie microcristalline

	Goutte	Rhumatisme à pyrophosphate de calcium (= chondrocalcinose)	Rhumatisme apatique
Microcristaux	Urate de sodium (cristaux fins, allongés, pointus, biréfringents +++)	Pyrophosphate de calcium (cristaux courts, carrés ou rectangulaires, faiblement ou non biréfringents)	Phosphate de calcium (non visibles au microscope optique, coloration par rouge alizarine)
Sémiologie générale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = Dépôts intra- ou péri-articulaires de microcristaux ▪ +/- Asymptomatique ▪ Début brutal, forte intensité douleur, inflammation locale, acmé des symptômes en 24h, résolution spontanée ad integrum en qq jours/semaines ▪ <u>Facteurs déclenchant</u> : traumatismes, contexte postopératoire, infarctus ou infection à distance, prise médicamenteuse, absorption de certaines boissons /aliments ▪ Inflammation => signes généraux (fièvre) +/-, SIB ▪ Liquide articulaire inflammatoire : > 2000 cell/mm³, prédominance PNn, microcristaux 		
Terrain	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Homme mûr, surpoids/obésité + maladies cardiovasculaires ou diabète 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sujet âgé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femme jeune
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rhumatisme inflammatoire intermittent le + fréquent ▪ Accès goutteux : MI (pied ++ -> cheville -> genou) puis ascendant. Articul° normales entre crises. MS après qq années. +/- polyarthrite goutteuse ▪ Arthropathie chronique : douleurs mécaniques émaillées de crises inflammatoires, tophus visibles (art° atteintes, oreille, coudes, IPD ou pulpe digitale, tendons Achille ou patellaire) ▪ Manifestations rénales : lithiase urique bilatérale (radiotransparente) (favorisée par pHu bas, uricémie des 24h élevée, faible volume u) ; (+/- néphropathie uratique) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépôt dans tissus articulaires ▪ Prévalence ↑ avec âge ▪ Arthrite aigüe : genou et poignet ; récidivante, > 60 ans, +/- hémarthrose ▪ Polyarthrite subaigüe ou chronique : rare ▪ Monoarthropathie chronique donnant arthrose 2aire évolutive : fréquente, hanche et genou, poignet, art° métacarpo-phalangiennes, cheville, épaule ▪ Arthropathies destructrices ▪ Atteintes rachidiennes : calcifications discales, discopathies destructrices, arthrite interapophysaire aigüe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans structures périarticulaires : tendons, tissus SC, bourses séreuses. Epaule ++ et hanche ++ ▪ Si multiples dépôts => maladie des calcifications tendineuses multiples ▪ Crises aigües : hyperalgiques, réveils nocturnes, épaule ++, récides ▪ +/- fièvre ▪ Arthrites aigües +/-, érosions osseuses +/-
Radio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes tardifs ▪ Géodes, encoches épiphysaires, conservation interligne, ostéophytose marginale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépôts dans cartilages articulaires : opacités linéaires parallèles à limite de os sous-chondral ▪ Dépôts fibrino-cartilagineux aux genoux, au poignet (lgt triangulaire du carpe, cartilages intracarpiens), symphyse pubienne (calcification linéaire verticale), cartilages fémoraux) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opacité calcique dans tendon ou bourse



Echographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspect en « double contour » 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fine bande ou grains hyperéchogènes dans épaisseur du cartilage 	
Etiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperuricémie chronique (uricémie > 60mg/L) <ul style="list-style-type: none"> – Excès de production d'acide urique : hémopathie chronique – Défaut d'élimination rénale : IRnC, médicament (diurétiques thiazidiques, furosémide ou acide étacrynique, acétazolamide) – Ezymopathie (notion de Sd de Lesch et Nyhan) – Génétique : si < 35 ans=> + néphropathies tubulo-interstitielles, kystes rénaux, HTA, IRn sévère, hyperuricémie, goutte ▪ FdR : âge, H>F, ménopause, ATCD familiaux, IRnC, sd métabolique, habitudes alimentaires hyperprotéiniques, fructose), alcool, certains médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primitive : familiale, idiopathique ▪ Secondaire : <ul style="list-style-type: none"> – Hémochromatose : si + arthropathie des 2^{ème} et 3^{ème} MCP, ↑ ferritinémie, ↑ Cs, mutation homozygote gène HFE – Hyperparathyroïdie primitive : hypercalcémie, ↑ PTH, hypophosphatémie +/- – Syndrome de Gitelman : + hypomagnésémie – Ochronose : + alcaptonurie – Maladie de Wilson : surcharge en cuivre – Hypophosphatasie 	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise au repos, ponction évacuatrice si gros épanchement, glaçage ▪ Colchicine (dose entretien 0,5-1mg/j) : E2aires (digestifs, cutanés, sanguins, musculaires), nbr interactions médicamenteuses (macrolides, pristinamycine, AVK, ciclosporine, inhibiteurs de protéases, ritonavir, télapravir, vérapamil, statines) ▪ AINS : 1-2 semaines max, CI si transplanté rénal, IRn, personne âgée, si anticoagulant ▪ +/- glucocorticoïdes : si sujet âgé à haut risque rénal ou digestif, sans IC) 30mg/j max pendant 2-3 . Possible injection intra-articulaire ▪ Tt hypo-uricémiant : objectif uricémie < 60mg/L <ul style="list-style-type: none"> – Allopurinol 100mg/j puis ↑ jusqu'à dose optimale – Fébusostat : 80mg/j (-> 120) – Uricosuriques : probénécide, benzbromarone 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repos, glaçage ▪ AINS voire corticothérapie ▪ Si douleurs chroniques => ablation calcification causale par ponctio-aspiration radioguidée ou sous arthroscopie. Ou par lithotritie