

Diagnostic et traitement actuel des arthrites microcristallines

Pr Tristan Pascart
Service de Rhumatologie
Hôpital Saint-Philibert
Université Catholique de Lille

Pourquoi cela intéresserait-il les 10 prochaines minutes d'attention d'un(e) infectiologue ?

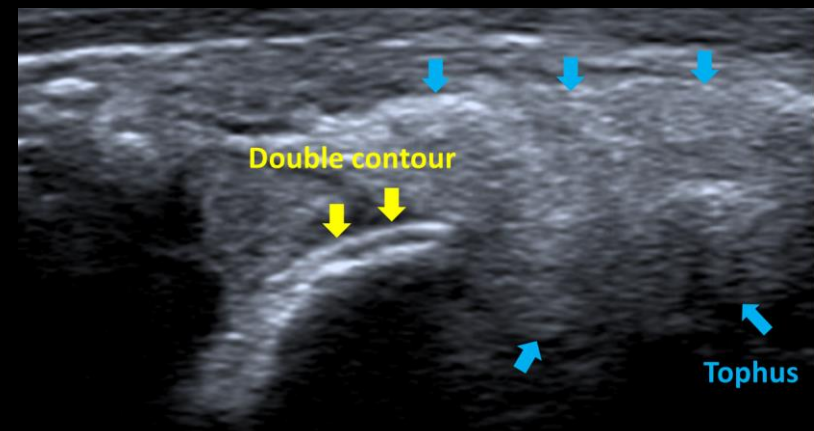
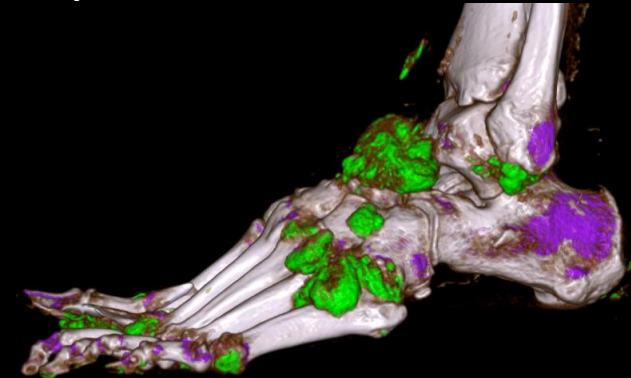
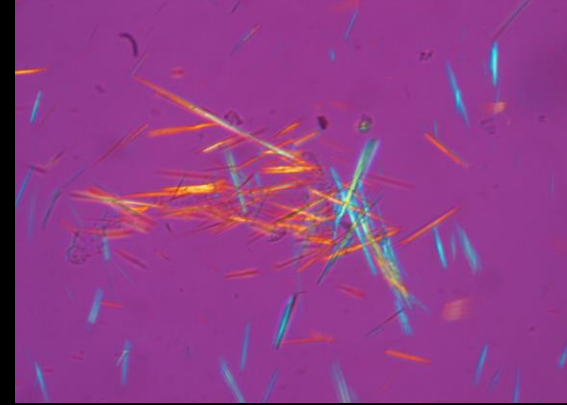
- Parce que c'est le diagnostic différentiel principal des arthrites septiques (et que la coexistence est possible)!
- 3 rhumatismes microcristallins en pratique:
 - La goutte
 - La chondrocalcinose = rhumatisme à cristaux de pyrophosphate de calcium (CPP)
 - Le rhumatisme à hydroxyapatite (BCP)

La goutte – présentation clinique

- Terrain de comorbidités CV, insuffisance rénale, traitement par diurétiques, obésité, et facteurs génétiques +++ (oublions la part diététique)
- La crise typique : brutale, matinale, $\pm$ après prodromes, acmé des douleurs en moins de 12 heures
- Localisations initiales tarse ou 1^{ère} MTP – membre supérieur rare en crise inaugural (sauf les femmes)

La goutte - diagnostic

- Sacrosainte preuve microcristalline 100% spécifique (attention à la coexistence avec germes, rare mais possible)
- Hyperuricémie chronique $>60\text{mg/L}$ (peut être absente pendant la crise)
- Si pas de preuve microcristalline au microscope, recherche d'une preuve non invasive:
 - Échographie articulaire
 - Scanner double-énergie (DECT)



Neogi et al, Ann Rheum Dis 2015

Pascart T et al, Curr Opin Rheum 2022

La goutte – traitement de l'inflammation

Recommendations and metaanalyses

2020 Recommendations from the French Society of Rheumatology for the management of gout: Management of acute flares

Augustin Latourte^{a,b}, Tristan Pascart^{c,d}, René-Marc Flipo^e, Gérard Chalès^f, Laurence Coblentz-Baumann^g, Alain Cohen-Solal^{h,i}, Hang-Korng Ea^{a,b}, Jacques Grichy^j, Emmanuel Letavernier^{k,l}, Frédéric Lioté^{a,b}, Sébastien Ottaviani^m, Pierre Sigwalt^{a,b}, Guy Vandecandelaereⁿ, Pascal Richette^{a,b}, Thomas Bardin^{a,b,*}

Pendant la crise:

- Colchicine 1mg puis 0,5mg 1 heure plus tard ($\pm$ 12 heures plus tard)(attention aux macrolides/pristinamycine +++)
- Et/ou Prednisone 30mg/jour
- Ou en théorie AINS mais souvent CI chez les goutteux !
- Si échec/intolérance: biothérapie anti-interleukine 1 (en priorité anakinra 100mg SC/jour – même si c'est le canakinumab qui a l'AMM)
- **En prophylaxie des crises:** colchicine 0,5 ou 1mg/jour pendant au moins 6 mois (et parfois besoin d'anti-interleukine 1 – après bilan prébiothérapie)

La goutte – traitement de fond hypo-uricémiant

Recommendations and metaanalyses

2020 recommendations from the French Society of Rheumatology for the management of gout: Urate-lowering therapy

Tristan Pascart^{a,b}, Augustin Latourte^{c,d}, René-Marc Flipo^e, Gérard Chalès^f, Laurence Coblentz-Baumann^g, Alain Cohen-Solal^{h,i}, Hang-Korng Ea^{c,d}, Jacques Grichy^j, Emmanuel Letavernier^{k,l}, Frédéric Lioté^{c,d}, Sébastien Ottaviani^m, Pierre Sigwalt^{c,d}, Guy Vandecandelaereⁿ, Pascal Richette^{c,d}, Thomas Bardin^{c,d,*}

- TOUS LES GOUTTEUX DEVRAIENT RECEVOIR UN TRAITEMENT HYPOURICÉMIANT A VIE
- C'est un non sens de simplement traiter les crises au coup-par-coup
- En première ligne: allopurinol à augmenter mensuellement jusqu'à obtention d'une uricémie <50mg/L – quelque soit la fonction rénale, on est fixé dès les premiers mois sur le risque d'allergie
- Si échec ou intolérance, febuxostat, et si échec uricosuriques

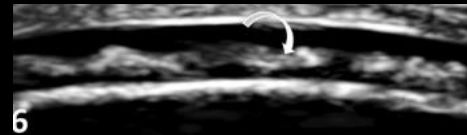
Le rhumatisme à cristaux de CPP – présentation clinique

- Fréquence augmente avec l'âge
- Facteur déclenchant: infection, hospitalisation, traumatisme, chirurgie, AVC...
- Causes secondaires classiques: hyperparathyroïdie primitive et hémochromatose
- Peut tout mimer: arthrite aiguë pseudogoutteux (poignets, genoux, C1C2, chevilles), polyarthrite persistante, accès aigus persistants, arthroses de topographie inhabituelles et « trop inflammatoires »

Rhumatisme à cristaux de CPP - diagnostic

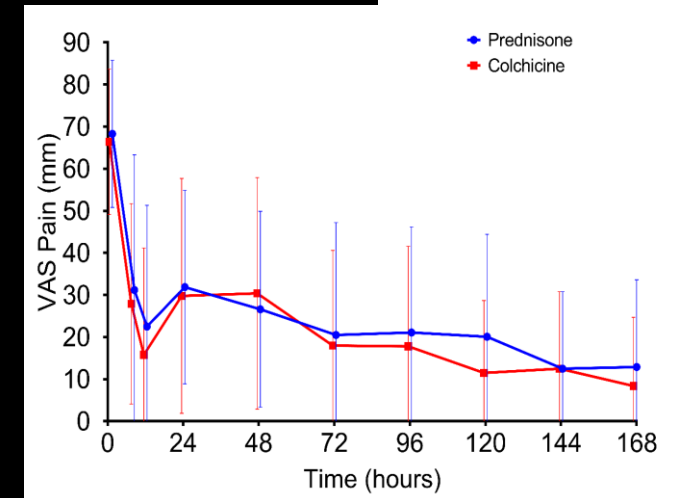


- Facile dans l'arthrite aiguë : présentation clinique et topographie + tant que possible cristaux sur l'analyse de liquide articulaire
- Imagerie pour authentifier la chondrocalcinose:
 - Radios standard
 - Échographie
- De l'arthrose « mal placée »: MCP 2-3, scapho-trapézienne sans rhizarthrose, radiocarpienne
- Critères de classification ACR/EULAR 2022 présentés dans un mois !



Rhumatisme à cristaux de CPP – Traitement

- Crise (chut c'est sous embargo):
 - En termes d'efficacité, colchicine (1,5mg le premier jour et 1 mg le 2^e) et prednisone (30mg/jour) sont globalement équivalents, diarrhées sous colchicine et quelques poussées hypertensives
 - Exceptionnellement biothérapie anti-IL1
- Formes chroniques
 - Colchicine
 - Méthotrexate ?
 - Anti-IL1 (anakinra et canakinumab) et anti-IL6R (Tocilizumab et abatacept)



Rhumatisme à hydroxyapatite en une diapo



- Terrain plus jeune (femme ++) – classique épaule aigue hyperalgique $\pm$ syndrome inflammatoire biologique
- Articulation non mobilisable, mais phénomène extra-articulaire (rares migrations intra-articulaires)
- Radio parfois normale (résorption d'une calcif à l'origine de la crise)
- Traitement AINS (/colchicine) $\pm$ infiltration $\pm$ ponction-aspiration

Infectiologues, Attention aux pathologies microcristallines!

- Tableaux très aigus (encore plus que le septique)
- Peuvent co-exister avec infection
- Toutes sont d'évolution spontanément favorable, le traitement ne sert qu'à limiter la durée et l'intensité de l'inflammation
- Attention à colchicine et macrolides
- Une part croissante à venir de patients sous traitement biologiques pour les rhumatismes à CPP chroniques