



Les polyarthropathies un vrai casse-tête!

Bernard Fallu

En Amérique du Nord, les affections rhumatismales constituent la « première » cause de maladies chroniques et d'incapacités physiques. Elles sont caractérisées par de la douleur et une perte progressive des fonctions articulaires ou des tissus mous. Comme médecins de première ligne, nous voyons ces affections tous les jours. Avec le vieillissement de la population et l'accès limité aux ressources spécialisées, nous devons maximiser nos habiletés en matière de diagnostic, de traitement et de prise en charge de ces maladies.

Cas clinique n° 1

Il y a quinze jours, M. Boiteux, 50 ans, s'est présenté au service de consultation sans rendez-vous où il a vu un de vos collègues. Il accusait depuis quatre semaines une douleur d'apparition progressive au genou droit avec gonflement. La mise en charge était douloureuse. Il présentait, de plus, des arthralgies de quelques articulations interphalangiennes distales des deux mains. Votre collègue lui a alors prescrit des anti-inflammatoires. Il revient vous voir aujourd'hui parce qu'il ne va pas mieux. Il présente un épanchement au genou droit et à la cheville gauche accompagné d'une raideur matinale persistant deux heures après le réveil. Son mal de dos qui l'incommodait depuis des années est pire depuis quelques semaines. Il a de la difficulté à se lever du lit le matin. Il a l'impression d'être dans un « bloc ».

Cas clinique n° 2

M^{me} Raquée, 32 ans et sans antécédents médicaux, vient vous voir pour des douleurs articulaires évoluant depuis maintenant deux mois. Elle décrit des douleurs touchant les deux mains. De plus, elle ressent depuis quelque temps une grande fatigue. Elle est triste, épuisée et dort mal. À l'examen physique, vous constatez des gonflements et des limitations aux articulations interphalangiennes proximales des 2^e, 3^e et 4^e doigts de la main gauche et des articulations métacarpophalan-

giennes des 2^e et 3^e doigts de la main droite.

Selon les estimations, le nombre d'Américains atteints d'arthrite ou d'une autre affection rhumatismale, qui était de 43 millions à la fin des années 1990, passera à 60 millions en 2020. Ces troubles constituent 17 % des maladies chroniques invalidantes contre 10 % pour les maladies cardiaques. L'arthrose représente à elle seule la moitié de ces affections, la fibromyalgie, 10 % et la polyarthrite rhumatoïde, 5 %¹.

Ces maladies ont des effets socio-économiques considérables (absentéisme au travail, coûts de santé, hospitalisation, médicament), sans parler de leurs effets sur les patients et leurs familles (douleur, déformations, perte d'estime de soi, trouble d'attention, trouble de concentration, anxiété, dépression, trouble de sommeil, retrait social)¹.

Le défi : un bon diagnostic

En tant qu'omnipraticiens, nous devons poser un diagnostic et entreprendre un plan de traitement efficace et énergique.

À l'urgence, si *Time is muscle* en présence d'un patient en infarctus, dans nos cabinets, *Time is joints*. En intervenant rapidement, nous sommes en mesure d'atténuer, voire de soulager la souffrance, de diminuer l'incapacité fonctionnelle des patients, de limiter la destruction articulaire dans certains cas et, par conséquent, de réduire les déformations et les incapacités à long terme².

Les affections rhumatismales forment un ensemble

Le Dr Bernard Fallu, omnipraticien, exerce à la Clinique médicale de Val-Bélair en banlieue de Québec.

Encadré 1

Questions payantes

- ☉ Q1 : Atteinte inflammatoire ou mécanique ?
- ☉ Q2 : Atteinte aiguë ou chronique ?
- ☉ Q3 : Où ? Quelle est la topographie des atteintes articulaires ?
- ☉ Q4 : Est-ce qu'il y a des manifestations générales ou extra-articulaires ?

hétérogène de plus de 100 maladies ou troubles cliniques divers. Qu'on pense à l'arthrose, à la fibromyalgie, à la polyarthrite rhumatoïde, à la goutte, au lupus, autant de troubles variés qui diffèrent par leur prévalence, leur physiopathologie ou leur tableau clinique.

Le défi consiste à adopter une démarche rigoureuse, mais simple afin de trouver la ou les causes possibles des symptômes cliniques de notre patient.

Une anamnèse détaillée et un examen physique complet sont les outils diagnostiques les plus importants. Votre « clinimètre », c'est de 75 % à 80 % du diagnostic. Les examens paracliniques sont utiles pour confirmer un diagnostic soupçonné, pour compléter les critères diagnostiques (parfois), pour suivre le traitement (dans certains cas) ou pour établir un facteur pronostique.

Des analyses sanguines **non ciblées** sont source d'erreurs et de confusion. Le test de détection du facteur rhumatoïde, par exemple, est peu sensible et peu spécifique chez un patient atteint d'une polyarthrite aiguë. Il est fréquemment positif dans le cas de syndromes infectieux (virus de l'hépatite B, virus d'Epstein-Barr) et n'est positif que dans 25 % à 75 % des polyarthrites rhumatoïdes débutantes.

De nombreuses classifications sont proposées dans les ouvrages de référence à partir de critères

spécifiques, par exemple :

- ☉ atteinte inflammatoire ou mécanique ;
- ☉ mode d'apparition : aigu, subaigu, chronique ;
- ☉ groupe d'âge ;
- ☉ articulation touchée ;
- ☉ association avec des signes ou des symptômes extra-articulaires (généraux, cutanés, oculaires, gastro-intestinaux, etc.) ;
- ☉ association avec des marqueurs sérologiques spécifiques ;
- ☉ évolution, dans le temps, des atteintes articulaires (migratrices, intermittentes et additives (c'est-à-dire une atteinte monoarticulaire, devenant oligoarticulaire, puis polyarticulaire)).

Tous les patients ne présenteront pas le profil typique attendu. Il peut y avoir une variabilité dans le mode de présentation et d'évolution d'une personne à une autre pour la même affection.

Les classifications exhaustives sont peu utiles en première ligne, car elles sont trop complexes. Elles sont, tout au plus, un outil de référence. Ne nous éloignons pas de la réalité clinique et posons-nous les bonnes questions ! (encadré 1)

À la fin de cette démarche, vous aurez un tableau clinique évocateur vous permettant de procéder à un examen physique ciblé et de prescrire les analyses de laboratoire pertinentes.

Q1 : Atteinte inflammatoire ou mécanique ? (tableau I)

La **rougeur** et la **chaleur** sont caractéristiques de l'inflammation, mais sont des signes relativement *rare*s en rhumatologie. Elles sont des signes d'une inflammation particulièrement importante comme celle qui est présente dans les synovites microcristallines ou septiques.

Le **gonflement articulaire** doit être recherché systématiquement. Il est parfois discret au niveau des

Une anamnèse détaillée et un examen physique complet sont les outils diagnostiques les plus importants. Votre « clinimètre », c'est de 75 % à 80 % du diagnostic.

Des analyses sanguines non ciblées sont source d'erreurs et de confusion. Le test de détection du facteur rhumatoïde, par exemple, est peu sensible et peu spécifique chez un patient atteint d'une polyarthrite aiguë.

Repères

articulations de la main ou du pied. Il limite l'amplitude articulaire ainsi que la fonction articulaire et est responsable de douleur en fin de mouvement.

La **raideur articulaire** matinale est un symptôme clef en rhumatologie. Elle serait attribuable à une turgescence nocturne de la membrane synoviale qui s'atténue progressivement après le réveil et la mobilisation. Une raideur de plus d'une heure est caractéristique des arthrites inflammatoires. Plus elle débute tôt dans la nuit, réveillant ainsi le patient, plus elle se prolonge dans l'avant-midi, et plus vous avez affaire à une maladie inflammatoire évolutive.

La **raideur mécanique** est brève, elle peut être matinale ou faire suite à une immobilisation de courte durée (repas). Elle peut s'accompagner d'une sensation de blocage qui cède après quelques pas. La douleur est pire en fin de journée et est augmentée par la mise en charge ou la mobilisation répétée de l'articulation atteinte^{1,3}.

Question payante

À quel moment de la journée vous sentez-vous le mieux? Et le pire? Après combien de temps sentez-vous une amélioration?

Q2: Aiguë ou chronique?

Les polyarthropathies (plus de quatre articulations touchées) aiguës sont, par définition, présentes depuis moins de six semaines. Elles peuvent être le reflet d'une atteinte articulaire à ses débuts (polyarthrite rhumatoïde, lupus), mais doivent d'abord nous faire penser à une **atteinte infectieuse**⁴.

Les arthrites virales et la polyarthrite rhumatoïde sont les causes principales de polyarthrite aiguë.

Les arthrites virales, en général, se résolvent spontanément en moins de six semaines et sans séquelles (rubéole, parvovirus B₁₉, entérovirus, virus d'Epstein-Barr). Parmi les autres états infectieux pouvant être responsables d'un tableau de polyarthrite infectieuse, notons la méningococcémie, les hépatites B et C, le sida, la maladie de Lyme et les infections à streptocoques. Les polyarthrites virales disparaissent, en général, en une période de quelques jours

Tableau 1

Diagnostic différentiel des polyarthropathies inflammatoires par rapport aux polyarthropathies non inflammatoires

Polyarthrites chroniques (> quatre articulations, > six semaines) les plus fréquentes

Inflammatoires

- ⦿ Polyarthrite rhumatoïde
- ⦿ Lupus érythémateux disséminé
- ⦿ Polymyosite
- ⦿ Syndrome de Reiter
- ⦿ Psoriasis arthropathique
- ⦿ Goutte
- ⦿ Arthrite entéropathique
- ⦿ Polyarthropathie associée à la sarcoïdose
- ⦿ Polyarthropathie associée aux vasculites
- ⦿ *Polymyalgia rheumatica*
- ⦿ Sclérodermie

Non inflammatoires

- ⦿ Arthrose
- ⦿ Goutte polyarticulaire
- ⦿ Maladie de Paget
- ⦿ Fibromyalgie
- ⦿ Hyperlaxité articulaire
- ⦿ Hémochromatose

Source : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MF, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis : Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)

à quelques semaines, mais peuvent persister pendant quelques mois (hépatite C). Plus le délai se prolonge, moins la cause virale est probable².

Q3: Où? Quelle est la topographie des atteintes articulaires?

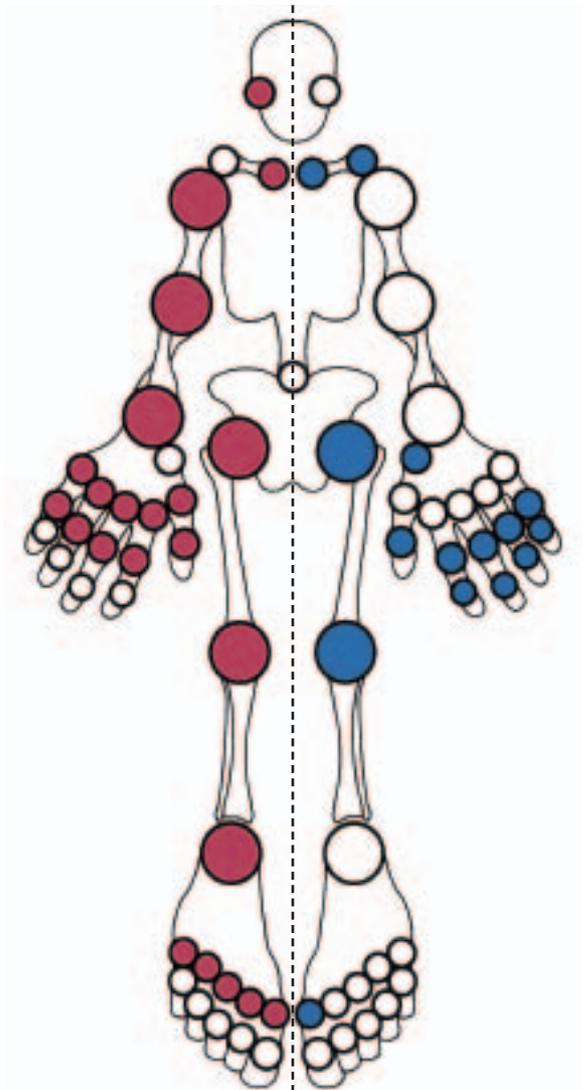
À l'aide d'un autocollant ou d'un tampon encreur représentant un squelette humain, il est utile d'indiquer au dossier la distribution des atteintes articulaires pour poser un diagnostic et faire le suivi clinique (figures 1 et 2).

Poser un diagnostic

Certaines affections ont une distribution assez

Les arthrites virales et la polyarthrite rhumatoïde sont les causes principales de polyarthrite aiguë.

Repère



Polyarthrite rhumatoïde *Arthrose*

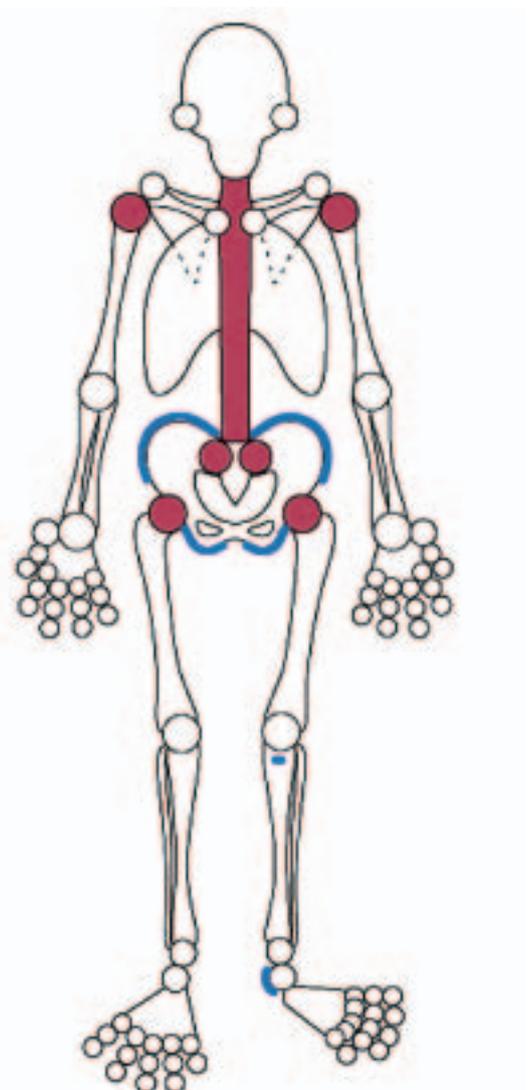
Figure 1. Topographie articulaire de type polyarthrite rhumatoïde et arthrose

Source : Bessette L, Camerlain M, Morin F, Raïche P, Turcotte A. *Pour l'Avancement de la Rhumatologie*. Atelier de formation. Cahier du participant. FMOQ 2004 ; 3.

constante, ce qui facilite le diagnostic. Par ailleurs, une atteinte oligoarticulaire (touchant de deux à trois articulations) peut évoluer dans le temps vers une atteinte polyarticulaire plus classique. En outre, il faut différencier les atteintes mécaniques de celles qui sont plutôt inflammatoires chez un patient présentant deux affections concomitantes.

Faire le suivi clinique

Il faut faire le suivi clinique de l'évolution de la ma-



— *Emplacement des enthésopathies*
— *Emplacement des arthropathies*

Figure 2. Topographie articulaire de type spondylarthropathie

Source : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MF, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis: Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)

ladie et de l'efficacité du traitement.

On reconnaît trois types de topographies articulaires :

Topographie articulaire de type polyarthrite rhumatoïde (figure 1)

Les topographies de type polyarthrite rhumatoïde sont caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde, mais sont aussi présentes dans d'autres affections (lupus, collagénose, arthrite virale, plus rarement psoriasis arthropathique). L'atteinte articulaire est

Tableau II**Association des signes et symptômes et pathologies articulaires**

Partie du corps	Signes et symptômes	Diagnostics possibles
Système nerveux	Maux de tête	Lupus érythémateux disséminé (LED), artérite temporale
	Engourdissements, paresthésie	Neuropathie de compression
	Faiblesses	Myosite, neuropathie
	Accidents vasculaires cérébraux	Syndrome antiphospholipide
	Crises convulsives	LED
Bouche	Sécheresse de la bouche	Syndrome de Sjögren
	Ulcères buccaux	Arthrite réactive, maladie de Behçet ou maladie inflammatoire intestinale
Yeux	Sécheresse oculaire	Syndrome de Sjögren
	Rougeurs oculaires	Spondylarthropathie
	Perte de vision	Artérite temporale
Peau (éruptions cutanées)	Psoriasis	Psoriasis arthropathique
	<i>Livedo reticularis</i>	LED
	Érythème noueux	Sarcoïdose
	Autres	Infection virale
	Photosensibilité	Connectivite
	Ulcères	Maladie de Behçet, vasculites
	Phénomène de Raynaud	Sclérodermie, connectivite
	Nodules	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Arthrose, polyarthrite rhumatoïde, goutte, LED ⊕ Rhumatisme articulaire aigu, polyartérite noueuse ⊕ Histiocytose multicentrique, LED
Alopécie	LED	
Système respiratoire	Pleurites	Connectivite
	Difficultés respiratoires, essoufflements	Polyarthrite rhumatoïde
Appareil digestif	Diarrhée	Arthrite réactive, maladie inflammatoire de l'intestin
Appareil génito-urinaire	Calculs rénaux	Goutte
	Dysurie, ulcères génitaux, pertes vaginales	Arthrite réactive, maladie de Behçet, arthrite gonococcique
Appareil locomoteur	Antécédents traumatiques	Fractures Ruptures ligamentaires
Symptômes non spécifiques	Malaise	Maladie inflammatoire, néoplasie
	Fièvre	LED, arthrite septique
	Perte de poids, anorexie	Arthrite inflammatoire ou néoplasique
	Fatigue	Arthrite inflammatoire
	Âge avancé	<i>Polymyalgia rheumatica</i>
Appareil circulatoire	Thrombose, thrombo-embolie	Syndrome antiphospholipide
	Anémie	Polyarthrite rhumatoïde
Antécédents obstétricaux	Fausse couches précoces et tardives, retard de croissance intra-utérine, hypertension de la grossesse avec protéinurie	Syndrome antiphospholipide

Source : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis : Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)



Figure 3. Enthésopathie achillienne droite

Source : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MF, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis : Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)

typiquement symétrique et intéresse principalement les articulations distales, soit les articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales de la main et métatarsophalangiennes du pied. On trouve aussi des atteintes articulaires du poignet, du coude, de l'épaule et du genou^{5,6}.

Topographie de type arthrose (figure 1)

Les topographies articulaires de type arthrose sont caractéristiques de l'arthrose, mais peuvent aussi évoquer une hémochromatose. L'atteinte est ici plutôt asymétrique et intéresse les articulations interphalangiennes distales et proximales de la main, carpométacarpienne du pouce et acromioclaviculaire. Dans le membre inférieur, le genou, la hanche et l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil sont les articulations les plus touchées⁷.

Topographie de type spondylarthropathie (figure 2)⁸

Les topographies articulaires de type spondylarthropathie sont présentes chez les patients atteints de spondylarthropathie ou d'arthrite séronégative.

Elles regroupent un ensemble d'entités cliniques comportant des atteintes oligoarticulaires plutôt polyarticulaires. Dans ce groupe, on cherchera des atteintes articulaires axiales ou rhizoméliques ainsi que la présence de sacroïléites et d'enthésopathies. Les enthèses les plus fréquemment touchées sont celles du tendon d'Achille et de la crête iliaque. Ce groupe est représenté par les affections suivantes :

- ⊗ la spondylite ankylosante ;
- ⊗ le psoriasis arthropathique⁵ ;
- ⊗ l'arthrite réactionnelle ;
- ⊗ l'arthrite entéropathique.

Q4: Y a-t-il des manifestations générales ou extra-articulaires ?

La revue des appareils et des systèmes à la recherche d'atteintes extra-articulaires associées aux maladies rhumatismales devra être systématique et exhaustive et commencer par une vérification de l'état général (température, perte de poids, asthénie). Certains signes et symptômes peuvent être présents depuis longtemps de telle sorte que le patient ne vous en parlera pas spontanément. Vous devez donc être très précis au moment de l'anamnèse (présence d'aphtes, de sécheresse oculaire, de phénomène de Raynaud, de photosensibilité), à défaut de quoi vous vous priverez de données précieuses pour poser votre diagnostic^{2,4,5}.

Vous trouverez au *tableau II* une liste de signes ou symptômes ainsi que les affections qui y sont associées.

Examen physique

L'examen physique doit être, tout comme l'anamnèse, systématique et exhaustif. Quel est l'état général du patient ? A-t-il perdu du poids ? Se sent-il faible ? Comment se mobilise-il ? Chaque système doit être examiné à la recherche de précieux signes extra-articulaires.

Il est important d'évaluer attentivement les articulations atteintes à la recherche de signes subtils d'inflammation :

- ⊗ Examen systématique du dos :
 - ⊕ flèche occipitale, expansion thoracique, rectitude du rachis,
 - ⊕ limitation de la flexion antérieure (test de Schober),
 - ⊕ distance doigts-sol,
 - ⊕ douleurs à la mise en charge des articulations sacro-iliaques ;
- ⊗ Épanchement dans le genou (signe du flot ou du glaçon) ;
- ⊗ Limitation de la mobilité des articulations métacarpophalangiennes, interphalangiennes proximales et interphalangiennes distales en comparant les deux mains ;

Encadré 2**Psoriasis arthropathique**

Le psoriasis est présent chez 1,2 % de la population. Seulement de 5 % à 7 % des patients qui en sont atteints auront une atteinte articulaire. Le pic d'apparition du psoriasis se situe entre 5 et 15 ans alors que les atteintes articulaires apparaîtront plus tardivement vers 30 ou 35 ans. Dans 75 % des cas, le psoriasis précède l'atteinte articulaire et est synchrone dans 15 % des cas. Enfin, dans 10 % des cas, l'atteinte articulaire précède l'atteinte cutanée.

Le facteur rhumatoïde est généralement absent comme dans les arthrites séronégatives. L'atteinte articulaire est polymorphe et peut se présenter sous cinq formes :

- ④ Atteinte oligoarticulaire asymétrique dans plus de 50 % des cas. Nous trouvons ici une atteinte oligoarticulaire, par exemple du genou ou de la cheville associée à une atteinte de quelques articulations interphalangiennes proximales et distales de la main ou du pied avec dactylites (figure 4).
- ④ Atteinte prédominante des articulations interphalangiennes distales (de 5 % à 10 % des cas). Elle est associée à une atteinte unguéale (en dé à coudre, onycholyse, dépression transverse des ongles, jaunissement des ongles, hyperkératose).
- ④ Arthrite mutilante (5 % des cas). Ici, l'atteinte des articulations interphalangiennes proximales et distales est tellement importante qu'il y a ostéolyse et destruction de l'espace articulaire avec comme résultante « des doigts télescopiques ».
- ④ Topographie de type polyarthrite rhumatoïde : (de 10 % à 25 % des cas). L'atteinte articulaire est indissociable des atteintes périphériques et est symétrique comme dans la polyarthrite rhumatoïde.
- ④ Atteinte axiale : (de 20 % à 40 % des cas). Nous trouvons ici une atteinte asymétrique des articulations sacro-iliaques avec syndesmophytes.



Figure 4. Dactylite

Source : Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt MF, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis : Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)

À l'anamnèse et à l'examen physique, certains éléments peuvent nous orienter vers un diagnostic de psoriasis arthropathique. Ils sont à chercher systématiquement : des antécédents familiaux de psoriasis, des lésions cutanées typiques du psoriasis, des lésions cutanées plus discrètes au niveau du cuir chevelu, de l'ombilic, de l'anus ou du pli interfessier. La présence de dactylites ou de doigts « saucisses », qui sont une combinaison de ténosynovites, de périostites et d'arthrite des articulations interphalangiennes proximales et distales de la main ou du pied, est fortement évocatrice d'une atteinte articulaire psoriasique. Il en est de même pour la présence d'enthésites.

Une atteinte psoriasique importante associée à des lésions cutanées étendues chez un patient ayant un comportement sexuel à risque doit orienter vers une infection concomitante par le VIH. Chez cette population, l'évolution des atteintes articulaires et cutanées est beaucoup plus grave et les traitements traditionnels sont moins efficaces. Les agents immunodépresseurs, comme le méthotrexate, doivent être utilisés avec une grande précaution. L'exacerbation de l'immunodéficience aurait été mortelle pour certains patients.

- ④ Présence de douleur articulaire légère lorsque l'articulation est en hyperextension ou en hyperflexion modérée ;
- ④ Recherche d'enthésites (figure 3) (tendinite achiennienne, fasciite plantaire, épicondylite) ;
- ④ Examen de la peau, des muqueuses et des phanères à la recherche de signes extra-articulaires ;
- ④ Méfiance nécessaire à l'égard des douleurs irradiées^{6,7}.

Discussion des cas cliniques**Discussion du cas n° 1**

M. Boiteux a présenté au départ une atteinte du genou d'allure mécanique qui a évolué vers une atteinte inflammatoire (Q1) et qui dure depuis six semaines (Q2). Au début, cette atteinte était plutôt oligoarticulaire, mais a évolué vers un tableau polyarticulaire avec atteinte

du rachis lombaire (Q3). Votre revue des appareils et des systèmes n'a pas été probante (Q4), mais à l'examen physique vous avez noté quelques lésions cutanées en gouttes érythématoquameuses (Psoriasis ? ! Tiens donc !). Vous regardez ses doigts et vous découvrez que ses ongles présentent un aspect en dé à coudre (Bingo !). M. Boiteux souffre probablement de psoriasis arthropathique.

Notez que les causes les plus probables de polyarthrite chronique chez un homme de 25 à 50 ans, que l'affection soit oligo- ou polyarticulaire, sont le gonocoque, le syndrome de Reiter, la spondylite ankylosante, l'arthrose et l'hémochromatose. Après 50 ans, vous devez plutôt penser à l'arthrose, à la polyarthrite rhumatoïde, aux polyarthrites aiguës, à la présence de phosphates de calcium, à la *polymyalgia rheumatica* et aux arthrites paranéoplasiques.

Discussion du cas n° 2

À l'anamnèse et à l'examen physique, vous avez pu mettre en évidence chez M^{me} Raquée une atteinte inflammatoire (Q1) polyarticulaire évoluant depuis maintenant plus de six semaines (Q2). L'atteinte articulaire bilatérale symétrique doit vous faire penser à une polyarthrite rhumatoïde, car c'est de loin l'affection la plus fréquente chez le groupe de patients auquel appartient M^{me} Raquée. Il n'y avait pas d'atteintes axiales à l'anamnèse. Elle est un peu jeune pour que vous songiez à une atteinte arthrosique des articulations interphalangiennes proximales et interphalangiennes distales (Q3). Vous n'avez pas mis en évidence, à la revue des appareils et des systèmes, des symptômes extra-articulaires évoquant une polyarthrite rhumatoïde (Q4). Par contre, à l'examen physique, vous avez constaté une alopécie diffuse. En outre, au cours d'une anamnèse plus serrée, elle vous parle de phénomène de Raynaud et d'une fatigabilité vraiment plus importante au cours des derniers mois. Elle vous dit aussi qu'elle souffre d'aphtes buccaux récurrents depuis les dernières semaines. Devant ce tableau évocateur, vous devez donc penser à un loupus éphémateux dissé-

Summary

Polyarthropathy: a real puzzle! Family doctors are frequently consulted about polyarthrosis and the related diseases. In North America, these conditions are the leading cause of disability. This article proposes a simple and clinical approach to diagnosing them based on the patient's medical questionnaire and physical exam.

Keywords: polyarthropathy, seronegative polyarthritis, rheumatoid arthritis, psoriasis, osteoarthritis.

miné et faire des tests paracliniques en ce sens. ☞

Date de réception : 9 mai 2006

Date d'acceptation : 19 juin 2006

Mots-clés : polyarthrite, arthrite séronégative, psoriasis, polyarthrite rhumatoïde

Le D^r Bernard Fallu n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Klippel JH. *Primer on the rheumatic diseases*. 12^e éd. Atlanta (Georgie) : Arthritis foundation; 2001, pp. 1-4, 160-5, 233-7, 245-50.
2. Klinkhoff A. Rheumatology: diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. *CMAJ* 2000; 162 (13) : 1833-8.
3. Klippel JH, Dieppe PA. *Practical Rheumatology*. Saint-Louis: Mosby; 1995, pp. 21-30, 169-91, 235-43.
4. Liger S. La douleur articulaire : quand faut-il soupçonner une arthrite inflammatoire ? *Le Médecin du Québec* 2001; 36 (11) : 37-43.
5. Sterling GW. *Rheumatology Secrets*. 2^e éd. Philadelphie : Hanley & Belfus; 2002, p. 94-100, 117-28, 276-81.
6. Tremblay JL, Morin F. La polyarthrite rhumatoïde. *Le Rhumatologue* 2002; Site Internet : <http://136.159.179.221/cra1/publications/f-polyarthrite.pdf> (Page consultée le 15 novembre 2005)
7. Bessette L, Choquette D. L'arthrose : approche diagnostique et thérapeutique. *Le Rhumatologue* 2001; Site Internet : <http://136.159.179.221/cra1/publications/f-osteoarthritis.pdf> (Page consultée le 15 novembre 2005).
8. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. *Rheumatology*. 3^e éd. Saint-Louis: Mosby. Site Internet : www.rheumtext.com (Page consultée le 15 novembre 2005)

Ajout

Dans le numéro de juin dernier, il manquait la mention suivante à la fin du tableau VIII de la page 57 :

Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'American Heart Association® 2006. L'American Heart Association n'est pas responsable de l'exactitude de la traduction.