



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'arthrite de la première métatarsophalangienne n'est pas toujours une goutte : étude d'une cohorte prospective chez des patients en soins primaires[☆]

Laura B.E. Kienhorst^{a,*}, Hein J.E.M. Janssens^{b,c}, Jaap Fransen^d,
Eloy H. van de Lisdonk^b, Matthijs Janssen^a

^a Service de rhumatologie, hôpital Rijnstate, Arnhem, PO Box 8, 6880 AA, Velp, Pays-Bas

^b Service des soins primaires communautaires, Radboud centre médical universitaire, PO Box 9101, 6500 HB, Nijmegen, Pays-Bas

^c Service de recherche clinique, hôpital Rijnstate, Arnhem, PO Box 8, 6880 AA, Velp, Pays-Bas

^d Service de rhumatologie, Radboud centre médical universitaire, PO Box 9101, 6500 HB, Nijmegen, Pays-Bas

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 2 décembre 2013

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Goutte

Première métatarsophalangienne

Cristaux d'urate monosodique

Arthrite

Liquide synovial

RÉSUMÉ

Objectifs. – L'arthrite de la première métatarsophalangienne a été considérée comme pathognomonique de la goutte, mais il est inconnu si les autres formes d'arthrite peuvent survenir au niveau de cette articulation. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer la validité du diagnostic clinique du médecin généraliste en utilisant comme test de référence l'analyse du liquide synovial, de définir la prévalence des autres diagnostics que la goutte ainsi que les signes et les symptômes qui permettent de différencier les patients goutteux des non goutteux.

Méthodes. – Cette étude de cohorte prospective avait inclus des patients de soins primaires présentant une monoarthrite de la première métatarsophalangienne. Après un recrutement des patients par leurs médecins généralistes, les données des patients ont été colligées par un rhumatologue. Le liquide synovial avait été analysé à la recherche de cristaux d'urate monosodique. Si les cristaux étaient absents, les patients étaient suivis sur une période de 6 ans, ou jusqu'à ce qu'un diagnostic précis soit établi. Si durant la période de suivi des cristaux sont identifiés, le patient est classé comme ayant présenté une goutte à l'évaluation initiale.

Résultats. – Cent cinquante-neuf patients de soins primaires ont été inclus. À l'inclusion, le diagnostic clinique avait été posé dans 98 % des cas. Les valeurs prédictives positive et négative de la goutte étaient respectivement de 0,79 et de 0,75. Après la période de suivi, 77 % avaient une goutte, 8 % avaient une autre affection rhumatismale et 15 % avaient une monoarthrite transitoire non spécifique. Les patients goutteux avaient des signes les discriminant des patients non goutteux.

Conclusions. – La goutte est une cause fréquente mais non exclusive des arthrites de la première métatarsophalangienne.

© 2014 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La crise de goutte survenant sur la première métatarsophalangienne (MTP-1) est reconnue comme l'un des signes les plus précoces de la goutte [1]. Actuellement, l'arthrite de la MTP-1 est toujours considérée comme un aspect typique de la goutte. La monoarthrite est une forme commune d'arthrite en soins primaires.

Le diagnostic étiologique de la monoarthrite est vaste. Chez environ 20 % des patients vus en soins primaires, un diagnostic définitif n'est pas posé, et la monoarthrite est dite « non spécifique » [2]. Dans le groupe des monoarthrites, la goutte est la maladie la plus fréquente (57 %) [2]. Un à 2 % de la population est atteinte de goutte [3]. La prévalence de l'arthrite de la MTP-1 chez les patients se présentant pour une monoarthrite est d'environ 40 % [2]. La crise initiale de goutte touche la MTP-1 chez 56–78 % des patients. Cette articulation est atteinte avec la même fréquence au cours de l'évolution de la maladie à 59–89 % [4,5].

Malgré le fait que la goutte soit la cause la plus fréquente de cette monoarthrite et qu'elle survienne le plus souvent au niveau de la MTP-1. L'atteinte de la MTP-1 dans le cadre des autres causes d'arthrite n'est pas connue. Un diagnostic définitif est important à

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.12.001>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lkienhorst@rijnstate.nl (L.B.E. Kienhorst).

poser du fait des implications thérapeutiques, pronostiques et des comorbidités, particulièrement cardiovasculaires [6–8]. Les conséquences d'un diagnostic erroné de la goutte sont une information incorrecte donnée au patient, une estimation incorrecte du pronostic et une prescription incorrecte des traitements. Cette dernière implique la prescription de drogues hypouricémiantes inutiles, et l'absence de traitement d'une pathologie rhumatismale telle que la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique et l'arthrose.

L'objectif primaire de cette étude était de déterminer la validité du diagnostic clinique fait par le médecin généraliste lors de la survenue d'une arthrite de la MTP-1 en utilisant comme référence l'identification des cristaux d'urate monosodique (UMS) dans le liquide articulaire. Le deuxième objectif était de déterminer la prévalence des autres formes de monoarthrite de la MTP-1. Le troisième objectif était d'identifier les signes cliniques et les symptômes qui pourraient différencier entre les patients goutteux et non goutteux.

2. Méthodes

2.1. Population de l'étude

Il s'agit d'une sous-analyse et une extension d'une étude de cohorte réalisée entre le 24 mars 2004 et le 14 juillet 2007 afin de développer des outils diagnostiques pour les médecins généralistes dans le but de pouvoir diagnostiquer une goutte sans recourir à l'analyse du liquide synovial [2]. Les patients présentant des signes et des symptômes d'une monoarthrite de la MTP-1 selon l'appréciation du médecin généraliste avec une probabilité de goutte ont été inclus. Les médecins généralistes ayant participé à l'étude couvrent 180 000 à 200 000 personnes. Aux Pays-Bas, les habitants sont enregistrés avec un médecin généraliste qui fournit les soins primaires à 2000 à 3000 personnes. Il assure une action de contrôle et indique l'orientation des patients à l'hôpital pour des soins secondaires.

Les médecins généralistes avaient inclus des patients durant les heures de travail ordinaire (lundi à vendredi, 8 heures à 18 heures). Les médecins généralistes orientaient leurs patients au centre de recherche régional (service de rhumatologie, hôpital Rijnstate, Arnhem, Pays-Bas).

2.2. Évaluation de base

Dans les 24 heures suivant la visite du médecin généraliste, les patients ont été examinés, à quelques exceptions près, par le même rhumatologue. Tous les patients avaient passé une interview standard et un examen clinique. Le [Tableau 1](#) fournit une idée globale sur les caractéristiques des patients. La MTP-1 de chaque patient était ponctionnée et le liquide de ponction était analysé en utilisant un microscope polarisé à la recherche de cristaux d'UMS. Lorsqu'aucun liquide n'était ponctionné, le patient était classé comme n'ayant pas de goutte. Lorsque les cristaux n'étaient pas identifiés, des examens cliniques et paracliniques supplémentaires étaient réalisés afin de confirmer ou d'exclure les autres formes d'arthrite, parmi lesquelles la recherche du facteur rhumatoïde (FR-IgM), les anticorps anti-peptide citrulliné (anti-CCP), des radiographies, et selon la présentation clinique une recherche des anticorps antinucléaires (AAN), antistreptolysine, anti-DNAse, anticorps anti-Borrelia IgM et IgG. Dans le cas d'un diagnostic défini d'une pathologie rhumatismale, le suivi est interrompu.

Après l'orientation du patient, le médecin généraliste transmettait au centre régional une information concernant sa suspicion clinique initiale, s'il avait pensé que l'arthrite de la MTP-1 était d'origine goutteuse ou non. Le diagnostic clinique du médecin généraliste restait dissimulé aux chercheurs durant la période de suivi.

2.3. Suivi

Lorsque le patient n'était pas diagnostiqué comme atteint d'une goutte, il était suivi au centre régional durant une période d'un an, jusqu'au 14 juillet 2007. Durant cette année, chaque patient non goutteux qui présentait un nouvel épisode d'arthrite était réévalué, incluant l'analyse du liquide synovial et la recherche des cristaux d'UMS.

Après cette période de suivi initiale, les patients étaient suivis en outre pendant 5 ans par leurs médecins généralistes jusqu'au 30 juin 2012. En juin 2012, les médecins généralistes étaient contactés afin de réévaluer les dossiers médicaux de leurs patients et de faire savoir si un diagnostic bien défini était établi.

Si les crocristaux d'UMS étaient identifiés durant le suivi, le patient non goutteux était reclassé comme ayant déjà eu une goutte au moment de l'inclusion. Les précédents résultats faux-négatifs pour la goutte lors de l'analyse du liquide synovial étaient changés en résultats positifs.

2.4. Analyse statistique

À partir de la comparaison du diagnostic posé en médecine générale et jusqu'à l'identification des cristaux d'UMS, nous avons établi les caractéristiques diagnostiques (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et négative, et rapports de vraisemblance positifs et négatifs) en utilisant des tableaux 2×2 . Pour les signes et les symptômes, nous avons utilisé des statistiques descriptives, avec la présence des cristaux d'UMS comme variable dépendante. Les résultats des variables quantitatives sont rapportés en moyennes \pm déviations standard. Les résultats pour les variables qualitatives étaient montrés en nombres et en pourcentages des patients par catégorie. Les groupes « goutte » et « pas de goutte » étaient comparés en utilisant une analyse de régression logistique. Tous les tests statistiques étaient réalisés en utilisant le logiciel PASW statistics 18.

3. Résultats

Quatre-vingt-treize médecins généralistes avaient recruté 381 patients présentant des signes et des symptômes de monoarthrite avec une forte probabilité de goutte. Parmi eux, 159 avaient une monoarthrite du gros orteil. Ils avaient formé notre groupe d'étude. Leur âge moyen était de 58,2 (13,8) ans, et 123 (77,4%) étaient de sexe masculin. Le score moyen de la douleur mesuré par l'échelle analogique de 0 à 100 était de 53,7 (22,7).

À l'inclusion, les cristaux d'UMS ont été identifiés chez 118 patients (74,2%). Durant la période de suivi, 5 patients supplémentaires ont été rajoutés car les cristaux d'UMS ont été individualisés lors de ponctions ultérieures sur récurrence. La [Fig. 1](#) montre les diagnostics à l'inclusion, durant le suivi et après le suivi.

3.1. Validation du diagnostic clinique du médecin généraliste

Chez 155 (97,5%) patients parmi les 159 avec une arthrite de la MTP-1, les médecins généralistes avaient pensé qu'il s'agissait d'une probable goutte, sur la base des symptômes cliniques. La comparaison du diagnostic de goutte par les médecins généralistes avec l'étalon-or qui était l'identification des cristaux d'UMS avait montré une sensibilité de 0,99, une spécificité de 0,08, une valeur prédictive positive de 0,79 et une valeur prédictive négative de 0,75. Les rapports de vraisemblance positif et négatif étaient respectivement de 1,1 et de 0,1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6125707>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6125707>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)