



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Causes de polyarthrite - polyarthralgies pouvant simuler une polyarthrite rhumatoïde

Etiology of the various diseases mimicking a rheumatoid arthritis

Charlotte Lucas, Aleth Perdriger*

Service de rhumatologie, CHU des rennes, hôpital Sud, 16, boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes cedex 2, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Accepté le 16 juillet 2018
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Polyarthrite rhumatoïde
Polyarthrite infectieuse
Polyarthrite paranéoplasique
Reticulohistiocytose multicentrique
Rhumatisme fibroblastique

Keywords:
Rheumatoid arthritis
Infectious polyarthriti
Paraneoplastic arthritis
Multicentric reticulohistiocytosis
Fibroblastic rheumatism

RÉSUMÉ

La polyarthrite rhumatoïde est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques mais différentes pathologies, dont certaines sont très rares, peuvent mimer le diagnostic de PR. C'est le cas pour certaines infections d'évolution chronique, certaines polyarthrites d'origine génétique de l'enfant, les polyarthrites paranéoplasiques, qui précèdent la survenue d'un cancer, ou certaines maladies rares, comme les histiocytoses. Sans chercher à être exhaustif dans les diagnostics différentiels de la PR, la présentation de quelques tableaux cliniques pouvant mimer une PR a pour ambition de mieux faire connaître certaines pathologies exceptionnelles et d'aider à leur diagnostic.

© 2018 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a frequent disease. However, various diseases could mimicking RA, and have to be known, even if the disease is rare. It is the case with several infectious manifestations, like Whipple or Poncet's diseases. Paraneoplastic polyarthriti could happen before a tumor, frequently a lung cancer, sometime before myelodysplastic syndrome or a lymphoma. Some arthritis could reveal amyloid deposit in the joints, en relation with a myeloma, or a proliferation of hystiocytes cells. Without the exhaustively, the evocations of the very rare diagnostic could help the physicians to recognize these uncommon pathologies.

© 2018 Société Française de Rhumatologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Devant une polyarthrite bilatérale, symétrique et distale, il est habituel d'évoquer le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, la polyarthrite rhumatoïde (PR) surtout si cette polyarthrite est érosive. Mais les diagnostics différentiels sont nombreux, rares, méconnus, et souvent trompeurs (Encadré 1). Pour les évoquer, il faut être attentif aux signes associés : particularités du terrain, manifestations extra-articulaires, importance inhabituelle des signes généraux, séronégativité pour les facteurs rhumatoïdes (FR) et/ou les anticorps anti-peptides citrullinés (ACPA), absence d'érosion osseuse, et surtout, une réponse insuffisante à un traitement médical bien conduit.

Sans chercher l'exhaustivité, quelques diagnostics rares méritent d'être connus et de savoir être recherchés.

1. Quand la polyarthrite est secondaire à une infection

Si une étiologie infectieuse est souvent évoquée devant une polyarthrite aiguë fébrile, la mise en évidence d'une étiologie infectieuse devant un tableau de PR est difficile. Trois tableaux cliniques de polyarthrite inflammatoire chroniques peuvent être trompeurs : la maladie de Whipple, le rhumatisme de Poncet et les polyarthrites virales chroniques.

1.1. Polyarthrite et maladie de Whipple

La maladie de Whipple est une maladie rare, liée à la présence d'une bactérie, *Tropheryma whipplei* (TW). La bactérie conduit à

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : aleth.perdriger@chu-rennes.fr (A. Perdriger).

Encadré 1 : Diagnostics différentiels.

- Fasciites paranéoplasiques
- Polyarthrite paranéoplasique
- Hémopathies et syndromes RS3PE
- Polyarthrites septiques variées (dont la maladie de Whipple, le rhumatisme de Poncet et les arthrites à Chikungunya)
- Polyarthrites des hypogammaglobulinémies
- Réticulo-histiocytose multicentrique
- Rhumatisme fibroblastique
- Polyarthrites révélant des lymphomes intravasculaires
- Amyloses (dont AL) simulant une polyarthrite
- COPA syndrome simulant une polyarthrite avec pneumopathie interstitielle

une colite inflammatoire, avec des manifestations essentiellement digestives parfois de la fièvre, une perte de poids et des diarrhées. Chez 40 et 80 % des malades, les manifestations articulaires précèdent les atteintes digestives. Il s'agit, le plus souvent, d'arthrites des grosses articulations, asymétriques. D'autres manifestations cliniques extra-articulaires peuvent orienter le diagnostic, mais elles sont parfois absentes, modérées ou peu spécifiques : rash cutané, signes neurologiques, céphalées, troubles anxio-dépressifs. Plus rarement, la maladie peut se manifester par un tableau de PR [1]. Dans une étude rétrospective récente [2], 7 malades ont présenté un tableau initial de PR selon les critères de l'ACR/Eular 2010 et ce n'est qu'après une période moyenne de 5 ans que le diagnostic de maladie de Whipple a été posé. Une grande majorité de ces patients étaient des hommes (6 hommes), avec un âge moyen de 54 ans. Les articulations le plus souvent touchées étaient les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales, les genoux, plus rarement les hanches, les coudes et les épaules. Il s'agissait d'arthralgies mais également de véritables arthrites, bilatérales et symétriques. Le syndrome inflammatoire biologique est constant, mais plus ou moins marqué. La recherche des FR ou des ACPA était négative. Au cours de l'évolution, la polyarthrite pouvait être érosive, surtout si l'inflammation biologique était importante. Les corticoïdes associés à du méthotrexate ou du léflunomide, voire un traitement biologique, ont été utilisés, sans efficacité. L'apparition ou l'aggravation des manifestations digestives du Whipple ou de manifestations extradiagnostiques ont souvent été favorisées par ces traitements immunosuppresseurs [3,4], mais ce n'est pas constant [2]. Le diagnostic a été porté par l'identification de TW par PCR dans le liquide articulaire. La bactérie peut être recherchée dans la salive ou les selles [1]. Le tableau articulaire a toujours été amélioré par l'antibiothérapie. La maladie de Whipple doit être systématiquement évoquée devant une polyarthrite séronégative survenant chez un homme et ne répondant pas de façon satisfaisante au traitement ; il doit impérativement être exclu avant de débiter une biothérapie anti-TNF par exemple.

1.2. Rhumatisme de Poncet

Le premier cas de rhumatisme de Poncet a été décrit en 1897, comme une association entre une infection tuberculeuse et une polyarthrite aseptique chronique, symétrique, touchant les grosses articulations [5,6]. La tuberculose peut être pulmonaire ou extrapulmonaire. Le rhumatisme de Poncet est une forme d'arthrite réactionnelle avec de la fièvre. La pathogénie du rhumatisme de Poncet est mal connue. La relation entre le rhumatisme de Poncet et la tuberculose est affirmée par l'amélioration de la polyarthrite après quelques semaines de traitement antituberculeux.

1.3. Polyarthrite et arthrite virale

Les relations entre un tableau de polyarthrite et une infection sont parfois plus ambiguës. Certaines infections chroniques sont susceptibles de mimer une PR, mais également, de favoriser l'apparition d'une authentique PR. Une polyarthrite chronique peut survenir au cours des infections par le parvovirus B19, l'Epstein Barr virus, le cytomégalovirus et les virus des hépatites chroniques B et C. Le plus souvent, il s'agit d'arthralgies mais un tableau de polyarthrite est possible. Si la polyarthrite apparaît, elle ne régresse pas toujours avec le traitement antiviral [7].

Le Chikungunya [8] est une arbovirose transmise par les piqûres de moustiques qui se manifeste par l'apparition brutale d'une fièvre, de frissons, d'une éruption cutanée et d'arthromyalgies intenses. Une évolution vers la chronicité est souvent observée, avec l'apparition d'un tableau plus tardif de polyarthrite, avec surtout des arthralgies, quelques synovites. Une évolution vers une véritable PR est possible, posant le problème du rôle favorisant des infections chroniques dans la survenue de la PR [7].

1.4. Polyarthrite et hypogammaglobulinémies

Les hypogammaglobulinémies, qu'elles soient acquises ou liées à un déficit immunitaire primitif, peuvent conduire à des polyarthrites inflammatoires qui seront améliorées par l'apport en immunoglobulines. Mais ces déficits immunitaires exposent les patients à des complications infectieuses et les arthrites septiques sont fréquentes. Les germes le plus souvent retrouvés sont le *Staphylococcus aureus*, le *Streptococcus pneumoniae* et plus rarement, le Mycoplasme [9]. La description de tableaux de polyarthrite infectieuse dans ce contexte est exceptionnelle mais trompeuse. Une femme de 24 ans, avec une hypogammaglobulinémie, sans antécédent infectieux, a présenté un tableau de polyarthrite bilatérale et symétrique, rapidement érosive, mais atypique car touchant les grosses articulations et non les articulations distales, séronégative et résistante aux traitements, en particulier les biomédicaments les anti-TNF. Le diagnostic de polyarthrite infectieuse à Mycoplasme a été finalement posé après quelques mois d'évolution de la PR par la mise en évidence de la bactérie, après plusieurs jours de culture anaérobie du liquide articulaire [9].

2. Quand la polyarthrite est d'emblée atypique

Certains tableaux de polyarthrites sont atypiques car survenant aux deux extrêmes de la vie, il s'agit du COPA syndrome, une interféronopathie de l'enfant et la polyarthrite œdémateuse du sujet âgé (RS3PE).

2.1. COPA syndrome

Le COPA syndrome est une maladie de l'enfant [10], de découverte récente, liée à une mutation du gène COPA, [11] qui code pour une sous-unité alpha d'une protéine qui intervient dans le transport des molécules entre le système de Golgi et le réticulum endoplasmique. Cette mutation a, pour conséquences cliniques, une atteinte pulmonaire, souvent précoce, dès l'âge de 5 ans, avec dyspnée, toux et des lésions pulmonaires à type d'hémorragies alvéolaires, une atteinte interstitielle pulmonaire sur la radiographie pulmonaire et un syndrome restrictif aux EFR. Vers l'âge de 10 ans, le tableau se complique d'une polyarthrite juvénile. Toutefois, il a été décrit des formes où la polyarthrite survient en premier, avec une atteinte distale, des poignets et des métacarpo-phalangiennes, et une séropositivité pour le FR. La polyarthrite était très inflammatoire et les manifestations pulmonaires, principalement la toux, restaient au second plan. Le traitement par corticoïdes à fortes doses a été efficace mais les symptômes ont récidivé à la diminution des doses,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964107>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964107>

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