

Une polyarthralgie inflammatoire révélatrice d'un rhumatisme de Poncet dans un service de médecine interne

Inflammatory polyarthralgia revealing Poncet's rheumatism in an internal medicine department

Diallo BM¹, Camara M², Mbaye SAK¹, Ndour JN³, Bacourine S¹, Berthé A⁴, Touré PS¹

1 Service de médecine interne, Hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane, Tivaouane, Sénégal

2 Laboratoire de parasitologie générale, département de biologie animale, université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

3 Service de médecine interne, Centre de santé Mamadou Diop, Dakar, Sénégal

4 Service de médecine interne, Centre hospitalier régional, Ahmadou Sakhir Ndiéguene, Thiès, Sénégal

***Auteur correspondant :** Bachir Mansour Diallo. Mail : bmd25@outlook.fr ; téléphone : +221777250476

Résumé

Introduction : Le rhumatisme de Poncet (RP) est une arthrite réactionnelle à une tuberculose pulmonaire et ou extra pulmonaire. Bien vrai qu'elle existe en Afrique mais les publications sont peu nombreuses. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 53 ans hospitalisée pour une polyarthrite révélatrice d'un RP.

Observation : il s'agissait d'une patiente de 53 ans, hypertendue sous amlodipine 5mg, aux antécédents de tuberculose pulmonaire en 2003, traitée et déclarée guérie, hospitalisée dans le service de médecine interne pour une polyarthralgie inflammatoire fébrile bilatérale, symétrique, évoluant depuis deux semaines. L'examen physique retrouvait un syndrome de condensation pulmonaire, une altération de l'état général, quelques plaques d'alopécie non cicatricielle, une raideur des articulations métacarpo-phalangiennes et des poignets. La biologie retrouvait un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose neutrophile et une C-reactive protéine augmentée. Le bilan auto-immun à la recherche d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une maladie lupique était négatif. La patiente ne répondait pas aux critères de classification de la polyarthrite rhumatoïde ni au lupus systémique. La tomodensitométrie mettait en évidence des images fortement suspecte de tuberculose qui a été confirmée par le geneXpert. Nous avons noté une bonne évolution clinique et biologique sous traitement antituberculeux.

Conclusion : Le rhumatisme de Poncet est une affection peu connue sous diagnostiquée. Il est d'un bon pronostic car régresse le plus souvent avec le traitement antituberculeux.

Mots clés : Rhumatisme, réactionnelle, tuberculose, Tivaouane

Abstract

Introduction: Poncet's rheumatism (PR) is a reactive arthritis caused by pulmonary or extra-pulmonary tuberculosis. Poncet's rheumatism is well documented in Africa, but not widely published. We report the case of a 53-year-old woman hospitalized with polyarthrititis revealing RP.

Case report: A 53-year-old hypertensive patient on amlodipine 5mg, with a history of pulmonary tuberculosis in 2003, treated and cured, was admitted to the internal medicine department with bilateral, symmetrical, febrile inflammatory polyarthralgia, two weeks old. Physical examination revealed pulmonary condensation syndrome, altered general condition, a few patches of non-scarring alopecia, and stiffness of the metacarpophalangeal and wrist joints. Biology revealed an inflammatory syndrome with neutrophilic hyperleukocytosis and increased C-reactive protein. Autoimmune testing for rheumatoid arthritis or lupus disease was negative. The patient did not meet the classification criteria for rheumatoid arthritis or systemic lupus. Computed tomography revealed images strongly suggestive of tuberculosis, which was confirmed by geneXpert. We noted a good clinical and biological evolution under anti-tuberculosis treatment.

Conclusion: Poncet's rheumatism is a little-known but under-diagnosed condition. It has a good prognosis, as it usually regresses with anti-tuberculosis treatment.

Key words: Rheumatism, reactional, tuberculosis, Tivaouane

INTRODUCTION

Le rhumatisme de Poncet est une atteinte inflammatoire réactionnelle secondaire à une manifestation extra-articulaire de la tuberculose. Il n'existe pas de germes dans l'articulation. Les publications ne sont pas nombreuses surtout dans les pays développés [1]. Son épidémiologie est mal décrite au niveau mondial, il est beaucoup mieux documenté dans les pays avec une forte endémicité de la tuberculose. Nous notons des publications faites de façon sporadique dans certains pays africains et quelques cas en occident. Il s'agit d'une présentation rare et inhabituelle de la tuberculose. Il est plus fréquent dans les pays en voie de développement, rare dans les pays développés [2].

En Afrique subsaharienne des observations ont été publiées mais il n'existe pas d'études globales sur cette affection [3].

Nous rapportons l'observation d'une patiente hospitalisée au service de médecine interne de l'hôpital Abdou Aziz Sy Dabakh de Tivaouane pour une polyarthralgie inflammatoire fébrile révélatrice d'une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 53 ans, hypertendue sous amlodipine 5mg, aux antécédents de tuberculose pulmonaire en 2003, traitée et déclarée guérie, hospitalisée dans le service de médecine interne pour une polyarthralgie inflammatoire intéressant les épaules, les poignets, les métacarpo-phalangiennes et les genoux. Elle était bilatérale, symétrique, évoluant depuis deux semaines. Elle s'associait à une algie diffuse avec douleur thoracique constrictive et une dyspnée d'effort sans toux, une altération de l'état général avec une asthénie physique et un amaigrissement non chiffré, une fièvre d'allégation vespero-nocturne et des frissons.

L'examen physique retrouvait un syndrome de condensation pulmonaire, une altération de l'état général, quelques plaques d'alopécie non cicatricielle, une raideur des articulations métacarpo-phalangiennes et des poignets.

Devant cette présentation clinique, nous avons évoqué une polyarthrite tuberculeuse, une polyarthrite rhumatoïde ou lupique.

A la biologie, les transaminases, l'urée, la créatinine et le facteur rhumatoïde étaient normaux. Il existait une hyperleucocytose à

13800 éléments/mm³ avec prédominance neutrophile, une C-reactive protéine augmentée à 102mg/l. Les anti CCP et antinucléaires étaient négatifs. L'établissement des critères de classification ACR/EULAR de 2010 pour la polyarthrite rhumatoïde et ACR/EULAR 2019 nous a permis d'écarter un lupus et une polyarthrite rhumatoïde.

L'angiotomodensitométrie thoracique révélait une absence d'embolie pulmonaire, avec de multiples nodules péri bronchiolaires bilatéraux faisant évoquer une tuberculose pulmonaire (Figure 1).

Devant ces données scanographiques, le GeneXpert a été fait sur les expectorations et est revenu positif avec une bonne sensibilité à la rifampicine et à l'isoniazide.

Le patient a été mis sous rifampicine, isoniazide, éthambutol et pyrazinamide (RHZE) pendant 2mois puis rifampicine et isoniazide (RH) pendant 4 mois. Nous avons noté une bonne évolution avec régression de la symptomatologie clinique et biologique.

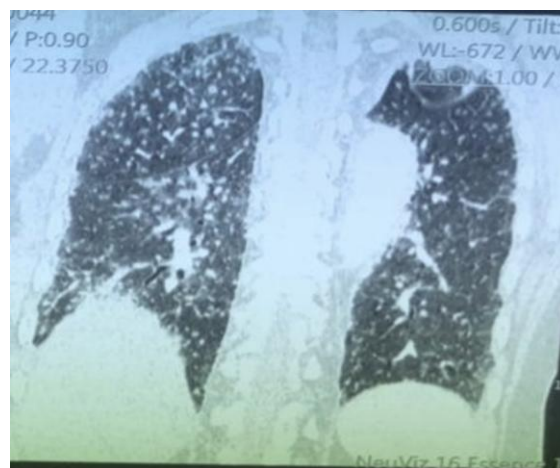


Figure 1 : images scanographiques révélant des nodules péri bronchiolaires bilatéraux évocateurs d'une tuberculose pulmonaire

DISCUSSION

Le rhumatisme de Poncet (RP) est une oligoarthritis ou polyarthrite réactionnelle inflammatoire non destructive (non érosive) secondaire à une infection mycobactérienne à distance et sans agent infectieux identifié dans les articulations touchées. Il s'agit d'une présentation rare et inhabituelle de la tuberculose. Rueda et al ont recensé moins de 200 cas publiés dans la littérature [1]. Il touche principalement les grosses et moyennes articulations. Son diagnostic repose sur l'identification d'un foyer tuberculeux chez le

patient et sur l'élimination des diagnostics différentiels, notamment une arthrite tuberculeuse, qui s'accompagne d'une présence du bacille de Koch dans le liquide articulaire, les arthrites des atteintes auto-immunes et systémiques ; le rhumatisme de Poncet étant aseptique [2].

La pathogenèse est mal documentée. C'est une affection inflammatoire de l'articulation à médiation immunologique qui serait liée à une ressemblance entre les antigènes du bacille de Koch et les tissus du cartilage articulaire. Malgré la fréquence de la tuberculose, le rhumatisme de Poncet (RP) demeure une entité rare. Des études ont suggéré une prédisposition génétique dans sa pathogenèse. Les haplotypes HLA DR3 et HLA DR4 ont été considérés comme des allèles à risque de développer un rhumatisme de Poncet chez les malades ayant une tuberculose active [3].

L'atteinte des grosses articulations est plus fréquente sans atteinte axiale. Ce qui a été décrit dans les travaux de, Rueda et al. Les articulations les plus fréquemment touchées sont les chevilles (63,3 %), les genoux (58,8 %), le poignet (29,1 %) et les coudes (23,1 %) [4,7]. Les articulations interphalangiennes proximales et métacarpo-phalangiennes sont rarement atteintes et s'accompagnent d'une raideur matinale pouvant mimer une polyarthrite rhumatoïde, ce qui a été observée chez notre patiente [5].

L'oligo-arthrite est la forme la plus fréquente (40 % des patients) suivie de la polyarthrite (27,6%) et de la mono-arthrite (24,6%) selon les travaux de Sait S en 2016 [6].

Le RP pose un problème de diagnostic en Afrique subsaharienne du fait d'un manque de moyens de dépistage et de ressources. Il est utile d'éliminer une arthrite septique, certaines atteintes auto-immunes telle que la polyarthrite rhumatoïde, le lupus et même rechercher le BK dans les liquides articulaires. Nous avons éliminé chez notre patiente l'essentiel de ces affections.

La recherche du GeneXpert, l'adénosine désaminase, dans le liquide articulaire sont utiles pour éliminer une infection tuberculeuse active.

Le diagnostic positif de RP répond aux critères proposés par Rueda et al notamment la preuve d'une tuberculose extra-articulaire active ; l'atteinte de plus d'une articulation, y compris les genoux et les chevilles ; aucune atteinte axiale ou des articulations sacro-iliaques ; un

bilan biologique non spécifique ; une rémission complète après traitement antituberculeux et l'exclusion d'autres maladies rhumatologiques [1]

Les arthrites réactionnelles sont des diagnostics différentiels de choix ; néanmoins le délai entre l'infection et le premier signe d'atteinte articulaire est plus long dans le RP. La réponse thérapeutique est plus rapide dans le RP. Cette pathologie n'évolue pas vers la chronicité [4].

CONCLUSION

Le RP est une affection sous diagnostiquée, à cause de son mimétisme clinique avec plusieurs pathologies auto-inflammatoires. Elle peut révéler la tuberculose dans plusieurs cas. Son pronostic est favorable sous traitement.

REFERENCES

1. Haddani FZ, Youssoufi T, Guich A, et al. Le rhumatisme de Poncet : une entité méconnue. *Rev Med Brux* . 2019. 40 : 455-457
2. Garg RK, Malhotra HS, Jain A, Verma R, Sharma PK. Poncet disease : an overview. *Clin Rheumatol*. 2015; 34(1): 35-40
3. Hassen A, Bellali M, ELLeuch E, Boussaadani S, Abroug H, Makhoulouf S. Poncet disease: a rare form of tuberculosis. *Pan Afr Med J*. 2021; 40:56
4. Simon M, Chaix F, Oehler E. Le rhumatisme de Poncet : un cas rare d'oligoarthrite aseptique. *CSMT*. 2021. 30(6) : 439-444
5. Chakraborty PP, Ray S, Selvan C, et al. Poncet's disease : an unusual presentation of tuberculosis in a diabetic lady. *World J Clin Cases*. 2015 ; 3 : 385-388
6. Silva I, Mateus M, Branco J. Poncet's disease : a symmetric seronegative polyarthritis with entesopathy refractory to therapy. *Acta Reumatol Port*. 2013. 38 : 192-195
7. Rueda JC, Crepy MF, Mantilla RD. Clinical features of Poncet's disease from the description of 198 cases found in the literature. *Clin Rheumatol*. 2013 ; 32 :929-935.
8. Sait S, Mubashir M, Anwar R, et al. Poncet's disease (tubercular rheumatism) with primary involvement of the foot – a case report. *Foot Ankle Surg*. 2016;22:17-20.
9. Sasaki H, Inagaki M, Shioda M, and al. Poncet's disease with high titers of rheumatoid factors and anti citrullinated peptide antibodies mimicking rheumatoid arthritis. *J infect Chemother*. 2015 ; 21 : 65-69