Rhumatologie Africaine Francophone

OPEN ACCESS

Cas clinique

La lèpre ostéoarticulaire : une entité parfois méconnue en Rhumatologie

Osteoarticular leprosy sometimes unrecognized entity in Rheumatology

Kodio B[1], Cissé H [2], Pamanta SI [1], Samson D[1], Hassane S[3], Gassama M[4], Cissé Ah I[1].

[1] Service de Rhumatologie, CHU du Point G Bamako, Mali
[2] Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Hôpital de Kati, Mali
[3] Service de Neurologie, CHU Gabriel Touré Bamako, Mali
4 Service de Dermatologie, CNAM (ex-institut Marchoux) Bamako, Mali.

*** Auteur correspondant:** Service de Rhumatologie, CHU du Point G Bamako, Mali.
Email: boureimakodio@gmail.com,
Tel: (+223) 66 79 72 96

Reçu le 14 janvier 2017, accepté le 18 juillet 2017 et mise en ligne le 31 août 2021
et article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr)

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 60 ans qui avait consulté pour une polyarthrite chronique acromélique bilatérale, symétrique, déformante associant une acroparesthésie en gants et en chaussettes révélant une lèpre lépromateuse. La maladie de Hansen a un tropisme surtout cutané et neurologique. Les manifestations rhumatologiques viennent en troisième position. Exceptionnellement inaugurales, elles constituent une cause d'errance diagnostique.

Mots-clés: Lèpre, Polyarthrite, Mali

We report a 60-year-old patient who consulted for bilateral, symmetrical, deforming chronic polyarthritis associating acroparesthesia in gloves and socks revealing lepromatous leprosy. Hansen's disease has a tropism especially cutaneous and neurological. Rheumatologic manifestations come in third place. Exceptionally inaugural, they constitute a cause of diagnostic wandering.

Keywords: Leprosy, Arthritis, Mali.

1. Introduction

Décrite depuis 1873 par Hansen, la lèpre est une granulomatose chronique due à une infectieuse par Mycobactérie lèpre (ML), endémique dans de nombreuses régions du monde, particulièrement dans les pays en voie de développement. L'atteinte principale est cutanée, puis neurologique, en raison du tropisme propre du bacille de Hansen. Les manifestations rhumatologiques viendraient au 3e rang [1]. L'OMS distingue 2 formes de gravité différente, tuberculoïde versus lépromateuse (mais formes borderline possibles). Les manifestations ostéo-articulaires sont de diagnostic aisé quand l'atteinte par le bacille de Hansen est connue. Cependant, le tableau peut poser des problèmes de diagnostic différentiel avec d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques et être donc à l'origine d'un retard diagnostique [2].

2. Observation

Une patiente de 60 ans a consulté en mars 2016 pour une polyarthrite acromélique chronique, bilatérale, symétrique, déformante avec un dérouillage matinal supérieur à 4 heures et une acroparesthésie en gants et en chaussettes. L'examen rhumatologique montrait un panus synovial des poignets, des chevilles, une arthrosynovite des articulations interphalangiennes proximales associant des déformations des mains en coup de vent ulnaire et en dos de chameau (Figure 1 : A et B).



Figure 1A : synovite des poignets



Figure 2B : Arthrosynovite des chevilles

L'examen cutané objectivait des lésions érythématopapuleuses annulaires à bordures larges hypochromiques et dysesthésiques au niveau du visage (Figure 2), des avant-bras, des coudes et des jambes.



Figure 3: lésions érythématopapuleuses hypochromiques et dysesthésiques du visage.

On notait une infiltration de la pointe nasale et des lobules des oreilles. A l'examen neurologique, les troncs nerveux ulnaires et sciatiques poplités sont hypertrophiques. L'amyotrophie des interosseux, des thénars et hypothénars donnait l'aspect de main de singe. La biologie est marquée par un syndrome inflammatoire (VS à 40 mm à la 1ère heure, CRP positive à 25,42 mg/L anémie à 10 g/L). La recherche des facteurs rhumatoïdes Anti-CCP 2 et Anti-dsDNA est négative. La recherche de BAAR était positive après coloration de ziel-Neelsen (100 BH/ champ groupés en globi). Les biopsies cutanée et synoviale n'ont pas été faites. La radiographie montrait des images d'arthrite non érosive des mains (Figure 3.A) et acro-ostéolyses des pieds (Figure 3.B).



Figure 4A : Arthrite non érosive à la radiographie des mains



Figure 5B : acro-ostéolyses des pieds à la radiographie

Le diagnostic retenu, est celui d'une lèpre lépromateuse avec une atteinte articulaire de type polyarthrite chronique. Une polychimiothérapie antilépreuse selon le schéma de l'OMS a été instituée : Rifampicine 600 mg/j, clofazimine 300 mg/j et dapsone 100 mg/j. A 6 mois de traitement on notait une régression des lésions cutanées, articulaires et neurologiques.

3. Discussion

La lèpre est encore endémique au Mali. Elle est souvent dépistée au stade de complications même en zone d'endémie [3]. Plusieurs auteurs rapportent des retards diagnostiques de 6 mois à 6 ans [2, 4]. Cette errance diagnostique s'expliquerait d'une part par le caractère polymorphe de la maladie, la baisse de sa prévalence, sa méconnaissance et d'autre part par le faible niveau économique de la population et le recours à la médecine traditionnelle. Le diagnostic de la lèpre n'est pas difficile à condition qu'il soit évoqué. Il repose toujours sur un faisceau d'arguments cliniques, histologiques et bactériologiques classiques [5]. Les nouvelles technologies (PCR, sérologie) ne sont pas indispensables au diagnostic en dehors de certains cas, tel que la neuropathie Hansenienne pure. [5]. La singularité de notre observation réside dans la découverte concomitance des signes cutanés, neurologiques et ostéoarticulaires.
Ces derniers étaient plus expressifs, conduisant la patiente en consultation rhumatologique. Les signes cutanés sont des macules, papules ou nodules. Les atteintes ostéoarticulaires sont dues soit à un mécanisme d'origine hématogène [6], du moins pour les formes répondant à la chimiothérapie antilépreuse seule; soit à un mécanisme "réactionnel" semblable au rhumatisme de Poncet, caractérisé par la persistance d'antigènes mycobactériens [7]. La symptomatologie rhumatologique de notre patiente confirmait celle de la littérature [8]. Si elle se caractérise habituellement par des lésions cutanées associant arthrites, dactylites et enthésites, la clinique peut simuler une polyarthrite rhumatoïde, un lupus érythémateux systémique ou un rhumatisme psoriasique. La confusion entre lèpre et maladie rhumatismale a déjà été rapportée dans la littérature [9]. Survenant chez environ 1- 78 % des lépreux [10,11], la polyarthrite est exceptionnellement inaugurale [11], du type arthrosynovite aiguë fébrile, souvent symétrique, intéressant les petites articulations distales. L'aspect de doigts boudinés peut constituer une forme inaugurale trompeuse de la lèpre lépromateuse [8]. La polyarthrite notée chez la patiente, s'observe essentiellement au cours des réactions lépreuses de type 1 ou 2 en plus de la lèpre lépromateuse ou des formes borderlines [11]. Les radiographies de la patiente montraient des signes d'arthrites non érosives des mains et d'acro-ostéolyses des pieds. Elles peuvent être normales au début mais des images d'ostéoporose, d'érosion ou de subluxation peuvent être objectivées à des stades avancés [8]. Le syndrome inflammatoire biologie objectivé chez la patiente est classique [8]. La recherche de Mycobacterium leprae était positive chez la patiente. Elle se fait dans le mucus nasal (frottis) et/ou dans les lésions cutanées (biopsie cutanée) [12]. La fréquence des facteurs rhumatoïdes serait de 5 à 58 %; plus élevée vers le pôle lépromateux que vers le pôle tuberculoïde [13]. Les auto-anticorps antinucléaires, anti-collagène II, anti-tissus variés peuvent être retrouvés au cours de la lèpre [14]. Cependant ces autoanticorps étaient absents chez la patiente. Le traitement spécifique de 6 mois a amélioré l'état clinique de la patiente. On notait la régression des lésions cutanées, articulaires et neurologiques.

Cette observation objective de rappeler les praticiens que cette affection quelque fois oubliée ou méconnue doit être évoquée devant une polyarthrite associant des signes dermatologiques. Le diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement spécifique permettent de limiter les séquelles (neurologiques et ostéoarticulaires) source de handicaps.

4. Conclusion

La présentation clinique de lèpre est très polymorphe et souvent trompeuse. Ses manifestations rhumatologiques sont peu connues. Le diagnostic différentiel avec certaines maladies systémiques se pose en raison de l'endémicité de la lèpre sous les tropiques.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Albert DA,Weisman MH, Kaplan R. The rheumatic manifestations of leprosy (Hansen disease). Medicine (Baltimore) 1980; 59:442–8.

2. Miladi M.I, Feki I, Bahloul Z et al. Rhumatisme inflammatoire chronique révélant une lèpre « borderline ». Rev. Rhum., 2006; 73(5): 502-5.

3. Niang O, Diallo M, Ndiaye M et al. Epidemiologic and clinicopathologic aspects of Leprosy in Dakar; evaluation of 73 new cases. Dermatolgy Reports 2011; 3(18):40-2.

4. Diop M M, Berthe A, Diousse P et al. La lèpre: quatre cas de retard tardif. Rev. CAMES SANTE 2013; 1 (2):21 - 4.

5. Flageul B. Le diagnostic de la lèpre. Revue Francophone des Laboratoires 2011 :431 : 37- 42.

6. HollaVV, Kenetkar MV, Kolhatkar MK, Kulkarin CN. Leprous synovitis. A study of fifty cases. Int J Lepr Other Mycobact Dis 1983; 51:29–32.

7. Gibson T, Ahsan Q, Hussein K. Arthritis of leprosy. Br J Rheumatol 1994; 33:963-6.

8. Kuntz JL, Meyer R, Vautravers PH, Kieffer D, Asch L. Polyarthrites au cours de la lèpre. Sem Hop Paris 1979; 55:1889–92.

9. Meyer M, Ingen-Housz-Oro S, Ighilahriz O et al. Polyarthrite et éruption papuleuse révélant une lèpre. Rev. Med. Int., 2008, 29(3): 242-5.

10. Achemlal L, Ghozlani I, Nouijai A et al. La polyarthrite lépreuse : une entité oubliée ?La Lettre du Rhumatologue. 2008 ; 342 : 28-30.

11. Saimot A.G., Brigant S., Penalba C. Polyarthrites et lèpre. In "Problèmes rhumatologiques en Afrique". Journées de l'Hôpital Claude Bernard. Paris 1983, p.65-73.

12. Bobin P. Lèpre. Encycl Med Chir (Elsevier Paris) Maladies infectieuses 8- 038-F-10, 1999, 17p.

13. Harboe M. Rheumatoid factors in leprosy and parasitic diseases. Scand J Rheumatol Suppl 1988;75:309–13.

14. Ehrenstein M, Isenberg D. Autoimmunity associated with infection: leprosy, acute rheumatic fever and Lyme disease. Curr Opin Immunol 1991;3:930–5.