

Case report



Arthropathie tabétique : pathologie méconnue (à propos d'un cas)

Imane Jamai Amir, Ghita Yahyaoui, Mustapha Mahmoud

Corresponding author: Imane Jamai Amir, Service de Bactériologie, Laboratoire Centrale d'Analyses Médicales, CHU Hassan II, Fès, Maroc. iman.jamai8@gmail.com

Received: 09 Jul 2020 - **Accepted:** 24 Jul 2020 - **Published:** 03 Aug 2020

Keywords: Arthropathie tabétique, neurosyphilis, genou, sérologie

Copyright: Imane Jamai Amir et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Imane Jamai Amir et al. Arthropathie tabétique : pathologie méconnue (à propos d'un cas). PAMJ Clinical Medicine. 2020;3(154). 10.11604/pamj-cm.2020.3.154.24910

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/3/154/full>

Arthropathie tabétique : pathologie méconnue (à propos d'un cas)

Tabetic arthropathy: an ignored disease (a case report)

Imane Jamai Amir^{1,&}, Ghita Yahyaoui¹, Mustapha Mahmoud¹

¹Service de Bactériologie, Laboratoire Centrale d'Analyses Médicales, CHU Hassan II, Fès, Maroc

&Auteur correspondant

Imane Jamai Amir, Service de Bactériologie, Laboratoire Centrale d'Analyses Médicales, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Résumé

L'arthropathie tabétique est une affection neurogène destructrice, actuellement rare grâce au traitement précoce de la syphilis par la pénicilline G. Le germe en cause est treponema pallidum. Le diagnostic est évoqué devant la discordance entre l'importance de l'atteinte articulaire et l'absence de la douleur. La confirmation est biologique par la positivation des sérologies syphilitiques. Patient de 58 ans, ayant comme antécédent un chancre syphilitique à deux reprises, consultant pour une monarthrite chronique du genou gauche sans douleur. La radiographie du genou a montré une destruction de la cotyle tibiale interne et au scanner la présence des lésions d'ostéolyses des deux plateaux tibiaux et des épines tibiales avec

détachement des fragments osseux. Le diagnostic a été confirmé par la positivité des sérologies syphilitiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (LCR). L'évolution était marquée par le décès du patient par un sepsis suite à une infection nosocomiale. Même si elle est devenue exceptionnelle, l'arthropathie tabétique ne doit pas être méconnue. Son traitement repose sur la pénicilline G en intraveineuse.

English abstract

Tabetic arthropathy is a destructive neurogenic condition. Nowadays it is rare thanks to early treatment of syphilis with penicillin G. The germ involved is treponema pallidum. Diagnosis is suspected in patients with mismatch between the severity of joint damage and the absence of pain. Confirmation is based on positive serological test for syphilis. This study involved a 58-year old patient with a history of syphilis sore (chancre), presenting with chronic monoarthritis in the left knee without pain. X-ray of the knee showed destruction of the internal condyle of the tibia and the scanner objectified osteolytic lesions in both tibial trays and tibial spines with detachment of bone fragments. The diagnosis was confirmed by positive syphilis serology (test on blood and cerebrospinal fluid). Disease progression was marked by patient's death due to sepsis following nosocomial infection. Although exceptional, tabetic arthropathy should not be ignored. Treatment is based on intravenous infusion of penicillin G.

Key words: Tabetic arthropathy, neurosyphilis, knee, serology

Introduction

L'arthropathie tabétique est devenue rare grâce au traitement précoce de la syphilis par la pénicilline. Elle complique environ 10% de tabès [1]. En effet c'est une affection chronique caractérisée par une atteinte articulaire d'origine nerveuse, le genou étant l'articulation fréquemment atteinte [2]. Nous

rapportant l'observation d'une arthropathie tabétique ayant posé un problème diagnostique.

Patient et observation

Un homme de 58 ans, divorcé, sans enfant. Ayant comme antécédent un tabagisme chronique, cannabisme et notion de chancre syphilitique à deux reprises : à l'âge de 20 ans et 28 ans, non traité. Consultant pour une monoarthrite chronique du genou gauche évoluant depuis 6 mois associée à une impotence fonctionnelle. Le tous évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'apyrexie. L'examen clinique trouvait un patient apyrétique, conscient orienté dans le temps et l'espace, avec un genou gauche déformé, œdématisé et douloureux. Le genou controlatéral était normal. L'examen neurologique a révélé une hyposensibilité des membres inférieurs, avec un niveau sensitif en sous-ombilical. La numération formule sanguine montrait une hyperleucocytose à 12700 mm³ dont 83% de polynucléaires neutrophiles. L'hémoglobine était à 12 g/dl et les plaquettes à 268 000/mm³. La fonction rénale était normale (créatininémie à 7,9 mg/L). La protéine C réactive était à 9 mg/L et une vitesse de sédimentation à 22 mm à la première heure. La ponction ostéo-articulaire était hématique et stérile avec des globules blancs à 200 éléments/mm³ et des globules rouges à 200000 éléments/mm³. La radiographie du genou gauche montrait une destruction du cotyle fémorale interne. Le scanner a mis en évidence des lésions d'ostéolyses des deux plateaux tibiaux et des épines tibiales avec détachement des fragments osseux (Figure 1). La sérologie syphilitique était positive dans le sang ; *Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay* (TPHA) positive à 1/22, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) positive à 1/23 et dans le liquide céphalo-rachidien (LCR), la TPHA était positive à 1/20 et la VDRL positive à 1/16).

Le diagnostic d'arthropathie tabétique était retenu avec la décision de mettre le patient sous pénicilline G. Cependant le malade a présenté une

douleur abdominale intense et un syndrome infectieux. À l'examen clinique, nous avons trouvé une défense abdominale. Un scanner abdominal réalisé en urgence a révélé une péritonite sur perforation d'un ulcère bulbaire. Le patient a été acheminé au bloc opératoire en urgence. Les suites opératoires étaient marquées par l'installation des troubles métaboliques et des difficultés au réveil après arrêt de la sédation, ce qui a nécessité son hospitalisation en réanimation. Le bilan biologique à l'admission a montré à la numération formule sanguine une hyperleucocytose à 71500 mm³ dont 80% de polynucléaires neutrophiles, un syndrome infectieux marqué avec une protéine C réactive à 499 mg/l et une insuffisance rénale aiguë (créatininémie à 38 mg/L et une de créatinine à 21 mg/24h) nécessitant des séances d'hémodialyse. Le patient était intubé/ventilé. À j15 du post-opératoire, il a présenté une infection pulmonaire à *klebsiella pneumoniae* multi-résistantes, pour laquelle il a été mis sous imipenème et tigécycline. L'évolution était défavorable avec le décès du malade par une défaillance multivisérale sur sepsis.

Discussion

La syphilis est une infection sexuellement transmissible, due à *treponema pallidum*, une bactérie de la famille des spirochètes, très fine, à paroi Gram négatif, non cultivable. Son diagnostic est basé sur la positivité des tests TPHA et VDRL. En l'absence du traitement la neurosyphilis peut se voir à divers stades de la maladie. En effet l'atteinte méningée est fréquente mais reste souvent silencieuse, elle n'est symptomatique que dans 5-10% des cas, soit dans le cadre de la syphilis neurologique précoce, ou la syphilis tardive avec tabès, gomme et paralysie générale [3]. L'arthrotabès, pathologie actuellement exceptionnelle, est une affection chronique nerveuse destructrice qui touche une ou plusieurs articulations. La première description de cette affection a été faite par Charcot en 1868, corrigée en 1884 par Kroenig et complétée en 1990 par les études anatomiques d'Abadie [2]. La pathogénie est toujours discutée, deux hypothèses sont

énoncées : 1) hypothèse trophique [4] : l'altération du système sympathique entraîne des troubles neurovégétatifs, notamment des anomalies vasomoteurs, responsables des troubles de la trophicité articulaire et de l'hyper-résorption ostéoclastique ; 2) hypothèse mécanique [5] : la perte de la sensibilité élimine la protection de l'articulation qui est soumise à des microtraumatismes journaliers.

L'arthropathie tabétique survient habituellement chez le sujet âgé (> 60 ans) de sexe masculin après 15 ans de la primo-infection [1]. Le tableau clinique est caractérisé par une discordance entre l'indolence et l'importance des lésions osseuses. Le genou est l'articulation la plus touchée, suivie par la hanche, le rachis et rarement le membre supérieur et les sacro-iliaques [4]. Le bilan radiologique montre des lésions d'ostéolyse et ou d'ostéocondensation. Le diagnostic est généralement évoqué si le patient présente une déformation indolore d'une articulation, des lésions d'ostéolyse sur la radiographie avec ou sans symptômes neurologiques. La positivité de la sérologie syphilitique (sang, LCR, liquide articulaire) confirme le diagnostic [4]. La pénicilline G par voie parentérale est le traitement de référence avec une dose de 4 millions d'unités toutes les 4 heures durant 10 à 15 jours [1]. L'évolution dépend du stade de l'arthropathie. Dans les formes débutantes le repos, les attelles et la suppression de l'appui peuvent s'avérer suffisants. Cependant à un stade tardif le traitement orthopédique s'impose [1].

Conclusion

L'arthropathie tabétique est une affection rare actuellement, souvent négligée. Il faut savoir y penser devant un tableau d'articulation déformé est paradoxalement indolore, les sérologies syphilitiques permettent de confirmer le diagnostic. La prévention passe par le traitement précoce de la syphilis par la pénicilline G.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à ce travail et ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figure

Figure 1: scanner du genou droit

Références

1. Chkoura M, Louaste J, Baaj M, Zejjari H, Rachid K. Une arthropathie tabétique : un diagnostic oublié ? La Lettre du Rhumatologue. Avril 2011 ; n° 371. **Google Scholar**
2. Rafai MA, Omari S, Boulaajaj FZ, Gynerane M, El Moutawakkil M, Slassi I. Arthropathie tabétique sévère révélant une neurosyphilis. NPG. 2010;10(59): 225-228. **Google Scholar**
3. Leroux M, Pasquet A, Bacelet V, Alcaraz I, Melliez H, Cheret A. Syphilis neurologique révélé par un tableau évocateur de d'artérite temporale et de pseudopolyarthrite rhizomélisque. Annale de Dermatologie et Vénérologie. 2013;140(10): 619-622.
4. Hsaini Y, Karouache AH, El Kharras A, Darbi A, Bourazza A. Arthropathie tabétique juvénile : à propos de trois cas. Ann Biol Clin. 2010;68(4): 495-8. **Google Scholar**
5. Zouhair K, Akhdari N, El Ouazzani T, Lazrak S, Lakhdar H. Arthropathie tabétique : « une maladie oubliée ». Ann Dermato Venereol. 2004;131(3-4): 787-9.



Figure 1 : scanner du genou droit