

Epanchement articulaire récidivant du genou chez un tunisien

Mrabet D¹, Monastiri I¹, Sahli H¹, Nouira K², Farhat S³, Chéour E¹, Elleuch M¹,
Meddeb N¹, Sellami S¹

1. Service de rhumatologie 2. Service de radiologie, CHU La Rabta, Tunis, Tunisie
3. Consultation de Rhumatologie. Hôpital Régional Bêjà, Tunisie

Med Trop 2010; **70** : 537-539

Observation

Un homme, tunisien, âgé de 53 ans, sans antécédent particulier, consultait pour des épisodes d'épanchement articulaire du genou droit récidivant depuis plusieurs mois, sans fièvre ni sueurs nocturnes, sans altération de l'état général. Il n'y avait pas d'autres plaintes. L'examen mettait en évidence une hydarthrose du genou droit qui était le siège d'un flessum irréductible de 10°. Un syndrome neurogène périphérique des membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens et une atteinte des IX^e et X^e paires crâniennes étaient objectivés. La vitesse de sédimentation (VS) était à 48 mm à la 1^e heure et la protéine C réactive (CRP) à 13 mg/L.

La radiographie du genou droit de face (figure 1) mettait en évidence de nombreuses images ovalaires calcifiées hétérogènes siégeant en regard du condyle fémoral interne. Les radiographies du genou gauche révélaient un aspect lytique débutant du condyle fémoral interne. La ponction du genou droit permettait de ramener 20 cc de liquide visqueux contenant 90 % de polynucléaires non altérés sans germe à la culture. L'intradermo-réaction (IDR) à la tuberculine était négative et la culture du bacille de Koch (BK) dans les crachats et dans le liquide articulaire était négative. Un scanner du genou droit réalisé en acquisition hélicoïdale mettait en évidence une destruction du condyle fémoral interne et du rebord médial du plateau tibial interne ainsi que des fragments intra-articulaires et un épaissement de la synoviale en regard (figure 2).



Figure 1. Radiographie du genou droit de face.



Figure 2. Scanner du genou droit.

Quel est votre diagnostic ?

- Correspondance : mrabetdalila@yahoo.fr
- Article reçu le 09/03/2010, définitivement accepté le 29/04/2010.

Réponse

une ostéoarthropathie tabétique du genou droit dans une forme hypertrophique

Devant la discordance entre l'importance des destructions radiologiques du condyle fémoral et du plateau tibial et l'indolence de l'arthropathie du genou droit, le diagnostic d'ostéoarthropathie nerveuse (OAN) avait été évoquée. La sérologie de la syphilis était positive avec un TPHA positif ($>1/1280$) et un VDRL positif (1/2). En réinterrogeant le patient, celui-ci rapportait des rapports sexuels multiples non protégés anciens et l'apparition il y a 20 ans d'un chancre génital. Les sérologies virales B, C et VIH étaient négatives. Il n'y avait pas de signe d'Argyll - Robertson mais un syndrome neurogène périphérique des membres inférieurs proprioceptif était objectivé. La sérologie syphilitique du liquide céphalorachidien (LCR) était positive (TPHA $> 1/64$, VDRL 1/2). Une hypoglycorrhachie à 0,36 g/L et une hyperprotéinorrhachie à 0,73 g/L étaient notées à l'examen cytologique du LCR avec 30 lymphocytes/mm³ en faveur d'une méningite lymphocytaire chronique. La culture de BK dans le LCR était négative. Par ailleurs, l'IRM cérébro-médullaire était sans anomalie. L'examen ophtalmologique et l'échographie cardiaque (absence de valvulite aortique ou de dilatation anévrysmale de l'aorte ascendante) étaient normaux.

Le patient était traité par Pénicilline G en injection intraveineuse à la dose de 24 millions d'unités quotidiennes (6 millions d'unités x 4/jour) pendant 15 jours.

Discussion

Le tabès est aujourd'hui une affection très rare. Il se rencontre essentiellement chez l'homme de la cinquantaine, 10 à 50 ans après le chancre syphilitique. Les arthropathies apparaissent 10 à 20 ans après les premiers signes tabétiques, comme c'est le cas de notre patient. Toutefois, cette arthropathie peut se voir dès la phase primaire de la syphilis (1) ou même être inaugurale du tabès (2). Allali *et al.* ont diagnostiqué une arthropathie tabétique chez 54,2% des patients atteints de syphilis primaire. L'atteinte prédomine aux membres inférieurs (60 jusqu'à 90% des cas) touchant par ordre de fréquence décroissante, le genou, la hanche, le rachis, la cheville puis plus rarement, le tarse, l'épaule et le coude.

L'atteinte est habituellement mono ou pauci-articulaire, mais des formes multifocales ont été décrites dans 8,3% des cas. Chez notre patient, l'atteinte du genou était bilatérale mais prédominait au genou droit. Les formes très constructrices dominent dans cette étiologie tabétique en dehors de la localisation à la hanche ou à l'épaule où les lyses céphaliques sont fréquentes (3). L'atteinte rachidienne est relativement rare (8%). Le diagnostic de tabès peut être évoqué devant les douleurs cordinales postérieures fulgurantes, en éclair, contrastant avec une insensibilité à la douleur, un déficit proprioceptif et une ataxie (4). Les examens sérologiques (VDRL, TPHA, FTA-abs) permettent d'orienter le diagnostic. Il existe des faux positifs et ces tests sont négatifs dans 25% des cas. L'étude du LCR montre classiquement une hypercytose, une hyperprotéinorrhachie, une sérologie positive au début, mais négative dans 20% des cas à la phase d'état. Le tréponème n'est qu'exceptionnellement retrouvé dans le LCR.

Sur le plan radiologique, selon les localisations et le stade évolutif, on distingue deux grandes formes d'OAN, hypertrophiques et atrophiques (5). Au genou, l'évolution se fait le plus souvent vers le mode hypertrophique avec une large ostéophytose caractéristique, une fragmentation fréquente, une instabilité et des déformations faciles à déceler sur cette articulation superficielle. Dans la forme atrophique, la lyse des condyles, l'effondrement d'un plateau tibial ou les fractures articulaires ne sont pas rares. La survenue d'une ankylose osseuse spontanée a été décrite. Le traitement du tabès, comme celui des syphilis secondaires et viscérales, fait appel à la pénicilline (6). Si le traitement médical de la syphilis reste fondamental, il ne permet que rarement d'obtenir une régression de la neuropathie et donc à fortiori de l'OAN (7). L'évolution se fait toujours vers l'aggravation. L'arthropathie tabétique est génératrice d'un handicap fonctionnel important surtout si elle est localisée au genou. Toutefois, une guérison spontanée peut survenir, le plus souvent par fusion des pièces osseuses détruites avec ankylose et disparition de l'articulation (8). La première étape du traitement, toujours indispensable quelle que soit l'étiologie, est le repos et l'immobilisation articulaire. Prise tôt, l'arthropathie peut guérir et retrouver son architecture normale. En l'absence de fusion après 6 mois d'immobilisation, ou à un stade plus tardif, seule l'arthrodèse reste efficace pour enrayer l'évolution de l'arthropathie, et améliorer le handicap. Les prothèses sont à éviter sur les articulations portantes du fait de l'hyperlaxité des structures tendineuses qui en compromettrait la stabilité.

Conclusion

Désormais la syphilis est diagnostiquée et traitée précocement mais il importe de savoir reconnaître les formes tardives et notamment l'exceptionnelle ostéoarthropathie tabétique.

Références

- Allali F, Rahmouni R, Hajjaj-Hassouni N. Tabetic arthropathy: A report of 43 cases. *Clin Rheumatol* 2006; 25 : 858-60.
- Aderinto J, Knight D, Keating JF. Early syphilis: a cause of mono-arthritis of the knee. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90 : 1-3.
- Kabi F, Ben Yahya E, Satia S, Etaouil N. A propos d'un cas d'arthropathie tabétique de la hanche. *Rev Maroc Chir Orthop Traumatol* 2006; 27 : 38-40.
- Cisse A, Souare IS, Larkhis S, Cisse B, Beavogy K, Morel Y *et al.* Neurosyphilis atypique: étude de 28 cas observés au CHU de Conakry. *Med Trop* 2002; 62 : 150-4.

5. Ameziane L, El Bardouni, Elmanouar M. Une fracture pathologique révélant un tabès. *Med Maghreb* 1998 ; 67 : 27-8.
6. Abdelmoula LC, Chiraz A, Yahia CB, Tekaya R, Chaabouni L, Zouari R. Osteoarticular manifestations of late congenital syphilis. *Presse Med* 2008 ; 37 : 1507-11.
7. Zouhair K, Akhdhari N, El Ouazzani T, Lazrak S, Lakhdhar H. Tabetic arthropathy : a forgotten disease. *Ann Dermatol Venereol* 2004 ; 131 : 787-9.
8. Martinet P, Lebereton C, Heinzleff O, Sibony M. Les ostéoarthropathies nerveuses, un diagnostic oublié ? *Rev Rhum* 1999 ; 66 : 325-9.

EPANCHEMENT ARTICULAIRE RÉCIDIVANT DU GENOU CHEZ UN TUNISIEN : OSTÉOARTHROPATHIE TABÉTIQUE

RÉSUMÉ • Les arthropathies tabétiques (AT) sont des arthropathies neurogènes destructrices actuellement rares. Nous rapportons l'observation d'une arthropathie tabétique du genou. Il s'agissait d'un patient âgé de 53 ans hospitalisé pour une arthropathie mécanique indolente du genou droit datant de six mois. L'examen clinique notait une hydarthrose du genou droit, un syndrome neurogène périphérique des membres inférieurs et une atteinte des IX^e et X^e paires crâniennes. Les radiographies standard montraient des images lytiques du condyle fémoral et du plateau tibial. La sérologie syphilitique était positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

MOTS-CLÉS • Tabès. Syphilis. Arthropathie. Genou. Tunisie.

CHRONIC HYDARTHROSIS OF THE KNEE IN A TUNISIAN PATIENT: TABETIC ARTHROPATHY

ABSTRACT • Tabetic arthropathy (TA) is a type of neuropathic arthropathy that has become rare. The purpose of this report is to describe a case of tabetic arthropathy involving the knee. A 53-year-old man was hospitalized for painless right knee arthropathy. Clinical examination demonstrated hydarthrosis of the right knee, peripheral neuropathic syndrome of the lower limbs, and paralysis of the IXth and Xth cranial pairs. Plain radiography showed the presence of lytic lesions in the internal femoral condyle and tibial plateau. Syphilitic serology tests were positive in the blood and cerebrospinal fluid.

KEY WORDS • Tabetic arthropathy. Syphilis. Neuropathic arthropathy. Knee. Tunisia.



Vieil homme et enfant. © Michel R