

# Une complication inhabituelle de la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé



N. Belgacem, N. Lachiheb, M. Ben Hamad, N. Regaïeg, I. Guefrech, S. Bouomrani

Service de Médecine Interne - Hôpital Militaire de Gabes



## Introduction

Le lymphoedème chronique secondaire localisé; surtout des membres supérieurs, est une complication exceptionnelle au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) (*Dippy JE et al. 1991, Kiely PB et al. 1994, Minari C et al. 1994*) et ses mécanismes pathogéniques ainsi que sa prise en charge thérapeutique ne font pas encore l'unanimité. nous rapportons une nouvelle observation.

## Observation

Patiente S.F. âgée de 63 ans, diabétique type deux depuis 13 ans sans complications dégénératives, insulinée depuis 4 ans pour un déséquilibre chronique sous doses maximales d'antidiabétiques oraux, ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR) diagnostiquée depuis 2006 devant une polyarthrite inflammatoire des grosses et petites articulations, une carpite fusionnante bilatérale radiologique et un facteur rhumatoïde fortement positif traitée par hydroxychloroquine 200 mg/j, prednisone 10 mg/j et méthotrexate 10 mg/semaine avec une bonne évolution clinique et biologique.

Elle présentait depuis Juin 2010 une tuméfaction du membre supérieur gauche (MSG) avec à l'examen un membre infiltré en totalité, indolore, élastique recouvert d'une peau tendue, luisante mais d'aspect normal. Le reste de l'examen somatique était sans anomalies, en particulier pas de syndrome tumoral, pas d'adénopathies axillaires ni de cordons veineux palpables. La biologie ne montrait pas d'anomalies, en particulier pas de syndrome inflammatoire, pas d'anomalies de la numération formule sanguine, enzymes musculaires à des taux normaux et bilan immunologique négatif. Les radiographies standards des os de du thorax étaient sans lésions. Le scanner X thoracique était normal ainsi que l'échographie des parties molles et du creux axillaire. L'échomammographie se révélait normale. La lympho-scintigraphie au nano-colloïde marqué concluait à l'absence de visualisation de réseau lymphatique superficiel gauche. Le diagnostic de lymphoedème localisée du MSG associée à la PR était retenu devant la négativité du bilan étiologique. Une kinésithérapie de drainage lymphatique fut prescrite puis un mini bolus de méthylprednisolone devant la non amélioration par la kinésithérapie.

## Discussion

- Le lymphoedème localisé des membres reste une complication exceptionnelle et inhabituelle de la PR (*Joos E et al. 1993, Vignes S et al. 2010*). Il a été aussi rapporté au cours de quelques autres rhumatismes chroniques; en particulier le rhumatisme psoriasique (*Kiely PB et al. 1994, Böhm M et al. 2000, Tong D et al. 2009*). Il est très invalidant sur le plan fonctionnel et très difficile à traiter.
- Il prédomine sur les membres supérieurs (*Joos E et al. 1993*), peut être bilatéral (*Joos E et al. 1993, Dacre JE et al. 1990, Eyigor S et al. 2008*) et ne semble pas être associé à la positivité du facteur rhumatoïde ni à l'activité de la PR (*Minari C et al. 1994*).
- La clinique associe un œdème chronique et une douleur du membre atteint, et la confirmation du diagnostic repose sur la lymphographie, la biopsie lymphatique et mieux encore la lympho-scintigraphie (*Joos E et al. 1993*).
- Une évolution par poussées concomitantes aux poussées de la PR a été rapportée (*Calleja C et al. 1993*), de même un cas exceptionnel de lymphoedème localisée des extrémités était rapporté comme étant la première manifestation clinique d'une PR (*Nagai Y et al 2007*).
- Son mécanisme exact demeure encore inconnu: réduction du nombre des vaisseaux lymphatiques? Augmentation de la perméabilité lymphatique? Ou bien des anomalies acquises du système de la fibrinolyse (*Dacre JE et al. 1990, Minari C et al. 1994*).
- Son traitement classique associe une corticothérapie, des anti inflammatoires non stéroïdiens et une kinésithérapie de drainage lymphatique local (*Joos E et al. 1993*); l'injection locale de triamcinolone était rapportée comme excellente alternative dans les cas d'échec du traitement précédent (*Bamji A et al. 1991*). Récemment la biothérapie (Etanercept) a été utilisée avec succès pour le traitement d'un lymphoedème bilatéral des membres inférieurs associé à une PR (*Eyigor S et al. 2008*). Le traitement efficace de la PR sous-jacente ne semble pas améliorer le lymphoedème (*Joos E et al. 1993*). Ces conduites ne font pas encore l'unanimité (*Eyigor S. et al 2011*).

## Conclusion

- ✓ Les lymphoedèmes secondaires chroniques des membres restent une complication exceptionnelle mais possible et parfois même révélatrice de la PR qui mérite d'être connue.
- ✓ Leurs mécanismes physiopathologiques sont encore mal connus ; un défaut local le lymphocirculation est prouvé au cours de cette pathologie.
- ✓ Leur traitement ne fait pas encore l'unanimité.

## Bibliographie