

# La chéiroarthropathie diabétique : une complication à ne pas méconnaître

Ghariani R, Loukil H, Snoussi M, Dammak C, Frikha F, Turki C, Sahnoun R, Marzouk S, Bahloul Z

Service de médecine interne, CHU Hédi cheker, Sfax

## Introduction :

- Le diabète est une maladie très répandue qui constitue un problème majeur de santé publique.
- Les complications ostéoarticulaires sont fréquentes mais sous estimées. La chéiroarthropathie diabétique (CAD) est l'atteinte la plus caractéristique.
- A travers une observation, nous préciserons les particularités épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques de cette complication.

## Observation :

- Monsieur GM âgé de 76 ans est hospitalisé dans notre service en Janvier 2017 pour suspicion d'une oligoarthrite des 3 derniers doigts.
- Dans ses antécédents, on notait un diabète type 2 évoluant depuis 20 ans au stade d'insulinonécessitance et de complications dégénératives type rétinopathie diabétique et insuffisance coronaire.
- A l'interrogatoire, il rapportait l'installation d'une rétraction avec limitation de la flexion du 3ème, 4ème et 5ème doigts de la main droite depuis 5 mois et une douleur mécanique de l'épaule droite.
- A l'Examen, on notait une tuméfaction avec une rétraction du 3ème, 4ème et 5ème doigts de la main droite qui sont aussi limités à la flexion et à l'extension, un nodule en regard du tendon fléchisseur du 3ème doigt droit et une limitation de la mobilité active et passive de l'épaule droite sans synovites ni arthrites.
- Le bilan biologique montrait une glycémie : 15,5 mmol/l. Il n'y avait ni syndrome inflammatoire biologique ni hyperuricémie associé. L'enquête immunologique était négative (FR, anti CCP).
- Les radiographies standards des deux mains étaient sans anomalies.
- ➡ Le diagnostic d'un syndrome d'enraidissement artriculaire associant une CAD, une Maladie de Dupuytren et une capsulite rétractile était ainsi retenu.
- La conduite à tenir était de bien équilibrer le diabète et l'évolution était bonne.

## Discussion :

- La chéiroarthropathie est l'affection rhumatologique la plus fréquente au cours du diabète.
- Sa prévalence varie entre 25 % à 75 % chez les diabétiques de type 2.
- Elle s'observe chez les patients de tout âges, sans différence de sexe ni de race. Elle est plus fréquente chez les patients ayant une microangiopathie et un diabète de longue durée.
- A un stade précoce, elle est souvent asymptomatique. Elle se manifeste par la suite par une raideur non douloureuse d'un ou plusieurs doigts, généralement les trois derniers, limitant aussi bien la flexion que l'extension. L'atteinte est souvent bilatérale et symétrique. Il s'y associe fréquemment des remaniements cutanés scléreux à type de sclérodactylie. L'association de la CAD à d'autres manifestations locomotrices du diabète tels une ténosynovite des tendons fléchisseurs avec doigt à ressaut, une Maladie Dupuytren, un syndrome de canal carpien est très fréquente et évocatrice.
- Le diagnostic de la CAD est avant tout clinique et se fait par deux manœuvres clinique simples « le signe de la prière » et « le signe de la table ».
- Les résultats de l'imagerie sont peu contributives. Les radiographies standards sont souvent sans anomalies et l'échographie peut montrer un épaissement du derme et des gaines tendineuses.
- Le traitement reste mal codifié. La rééducation est la base de la prise en charge, en plus d'un meilleur contrôle du diabète. Dans les cas les plus compliqués, le recours à l'intervention chirurgicale et l'injection des corticoïdes serait nécessaire.

## Conclusion :

- La chéiroarthropathie diabétique est généralement bien tolérée et méconnue.
- Sa recherche doit être systématique chez tout patient diabétique.
- La reconnaissance précoce de cette affection est importante vu qu'elle constitue un facteur de risque des complications microangiopathiques.