



Rhumatisme gardenalique : à propos d'un cas pris pour une polyarthrite rhumatoïde

Gardenalic rheumatism: about a case taken for rheumatoid arthritis

Sougué C^{1,*}, Zabsonré/Tiendrébeogo JWS¹, Tiaho Y², Kaboré F¹, Ouédraogo DD¹

¹ Service de Rhumatologie du CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Service de Rééducation (MPR) de l'hôpital de District de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso.

* **Auteur correspondant:** Service de Rhumatologie du CHU de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Email: souguecharles@gmail.com

Tel:

Reçu le 3 janvier 2019, accepté 15 août 2019 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>)

We report a case of gardenalic rheumatism in a 45-year-old patient undergoing phenobarbital treatment for convulsion caused by chronic subdural hematoma, who presented secondarily joint pain and stiffness predominant in the upper limbs with vasomotor phenomenon.

Mots-clés: Algodystrophie, rhumatisme gardénalique, phénobarbital, syndrome douloureux régional complexe.

We report a case of gardenalic rheumatism in a 45-year-old patient undergoing phenobarbital treatment for convulsion caused by chronic subdural hematoma, who presented secondarily joint pain and stiffness predominant in the upper limbs with vasomotor phenomenon.

Keywords: Algodystrophy, gardenalic rheumatism, phenobarbital, complex regional pain syndrom.

1. Introduction

L'algodystrophie, l'algoneurodystrophie, la dystrophie sympathique réflexe, ou encore le Syndrome Douloureux Régional Complexe de type I (SDRC-1), sont autant de termes qui désignent une pathologie invalidante caractérisée par des douleurs chroniques, des troubles trophiques, des raideurs et dysfonctions motrices [1,2]. Son incidence est de 5,4/100000 habitants, et sa prévalence est de 20,5/100000 habitants [3]. Les causes de l'algodystrophie sont multiples. Il peut s'agir d'un traumatisme, d'une pathologie viscérale, neurologique ou métabolique, d'une grossesse, ou d'une cause médicamenteuse [4]. Les médicaments les plus souvent incriminés sont l'iode radioactif, l'isoniazide, et les barbituriques [4-6]. Nous rapportons un cas syndrome douloureux régional complexe de type 1 suite à la prise de phénobarbital.

2. Observation

Il s'agissait d'un patient 45 ans, chauffeur de camion avec comme antécédent un traumatisme crânien grave par accident de travail survenu il y a trois ans. L'évolution a été favorable sous traitement avec un retour à domicile, mais au prix d'une séquelle neurologique à type de céphalées et convulsions intermittentes associée à un hématome sous dural chronique. Le patient a été traité par phénobarbital pour ces crises comitiales.

Une année après, survint progressivement une polyarthralgie chronique mixte bilatérale. Il s'agissait d'une atteinte symétrique, fixe, touchant d'emblée les grosses et petites articulations, associée à une raideur articulaire majeure diffuse. Les douleurs et les raideurs prédominaient aux membres supérieurs, sans atteinte rachidienne ni des articulations temporo-mandibulaires. Elles évoluaient dans un contexte de conservation de l'état général, sans signe extra-articulaire en dehors d'un phénomène vasomoteur (chaleur, œdème, sudation). Ayant consulté un centre de santé primaire, le

patient est référé dans le service de rhumatologie du centre hospitalier de Bogodogo pour une suspicion de polyarthrite rhumatoïde.

L'examen clinique montrait un syndrome articulaire douloureux prédominant aux épaules, aux poignets et à toutes les articulations des mains. Il n'y avait pas de gonflement articulaire. Il y avait une raideur majeure des épaules avec une diminution des amplitudes articulaire de 80%. Aux coudes, on notait un flectum avec une perte de l'extension de 30°. Les poignets avaient une perte de l'extension et de la flexion de 45°. L'extension et la flexion complète des mains étaient impossibles avec la présence du signe de la prière (figure 1).



Figure 1: signe de la prière par raideur de la main algodystrophie.

Cette symptomatologie était accompagnée d'un trouble trophique des membres supérieurs qui étaient œdématiés, froids, avec une peau pâle, lisse, atrophique, et des ongles friables. L'examen physique des autres appareils et systèmes était normal.

Sur le plan biologique, il n'y avait pas de syndrome inflammatoire (NFS, VS, CRP, Electrophorèse des protides sériques normaux). Le bilan phosphocalcique, la glycémie à jeun, la créatininémie et les transaminases hépatiques étaient normaux. La recherche de facteurs rhumatoïdes et d'anticorps anti-peptides citrullinés était négative.

Sur le plan radiologique, l'échographie ostéo articulaire était normale ; notamment il n'y avait pas d'épanchement intra articulaire ni d'enthésite, ni de lésion de la coiffe des rotateurs. Les radiographies des mains étaient normales (figure 2). L'IRM et la scintigraphie n'ont pas été réalisées.



Figure 2: radiographie standard de la main algodystrophique.

Le diagnostic d'un rhumatisme gardénalique a été retenu.

Le patient a bénéficié de l'arrêt du phénobarbital et de son remplacement par un autre anti convulsivant, d'un traitement antalgique (paracétamol) au besoin, d'une infiltration intra articulaire des deux épaules sous échographie, et d'une prise en charge en médecine physique et réadaptation.

Au bout de six mois de suivi, le patient n'a plus présenté de crises convulsives. Il a récupéré la moitié de ses amplitudes articulaires avec une régression des douleurs de 50% sur une échelle visuelle analogique.

3. Discussion

Nous avons rapporté un cas d'algodystrophie de cause médicamenteuse chez un patient de 45 ans. L'algodystrophie est une pathologie relativement fréquente en pratique rhumatologique. Son incidence est de 5,4/100000 habitants, et sa prévalence est de 20,5/100000 habitants. Elle toucherait quatre femmes pour un homme avec une atteinte prépondérante du membre supérieur [1,3]. En Afrique, Ndao et al ont rapporté huit cas (six femmes et deux hommes) d'algodystrophie gardénalique suivis dans un service de rééducation fonctionnelle à Dakar au Sénégal [2].

Ses étiologies sont multiples ; mais les médicaments sont le plus souvent incriminés. Il s'agit le plus souvent de l'iode radioactif, l'isoniazide, et les barbituriques [4-6]. L'algodystrophie de cause médicamenteuse a une présentation clinique assez particulière. Il s'agit le plus souvent d'un syndrome épaule-main bilatéral. Rarement, il existe une atteinte des membres inférieurs. L'atteinte peut être pluri focale surtout avec les antituberculeux [4-6]. Quand il s'agit des barbituriques comme dans notre cas, l'évolution serait favorable avec ou sans arrêt des barbituriques [4-6]. La symptomatologie clinique peut effectivement faire penser à une polyarthrite rhumatoïde comme dans notre cas. La présence de phénomènes vasomoteurs peut simuler une arthrite et le caractère polyarticulaire chronique bilatéral et symétrique est typique dans la polyarthrite rhumatoïde [7].

Sur le plan échographique, un signe souvent observé précocement peut orienter vers une algodystrophie. Il s'agit de la synovite au sein de l'intervalle des rotateurs, qui était absent chez notre patient [8].

A la radiographie, l'algodystrophie donne typiquement mais inconstamment une déminéralisation osseuse [9]. Elle est d'abord modérée avec amincissement des lames sous- chondrales, puis hétérogène et mouchetée, avec parfois une disparition quasi- complète de la trame et des corticales. La lésion est toujours régionale et prédomine à l'extrémité distale du membre. L'interligne articulaire est toujours respecté tout au long de l'évolution [8]. La radiographie était normale dans notre cas.

La scintigraphie et l'IRM n'ont pas été réalisées dans notre cas. A la scintigraphie, les signes sont caractéristiques mais non totalement spécifiques. Il s'agit d'une hyperfixation précoce de l'articulation atteinte. Les signes sont parfois absents dans certaines localisations comme l'épaule et le pied [10].

A l'IRM, les anomalies sont plus précoces et plus spécifiques que celles de la scintigraphie. Mais elles peuvent être absentes dans certaines localisations comme l'épaule [9].

La prise en charge est basée sur la rééducation qui devrait permettre la récupération des amplitudes [11]. Elle est généralement accompagnée d'un arrêt du médicament en cause et d'un traitement symptomatique.

4. Conclusion

Devant un syndrome épaule-main bilatéral prédominant au niveau des membres supérieurs, il faut penser à une cause médicamenteuse de l'algodystrophie. Même si l'examen clinique suffit parfois à poser le diagnostic de l'algodystrophie, l'IRM et la scintigraphie osseuse peuvent être très utiles. Cependant, elles restent encore peu accessibles dans notre contexte. Le diagnostic de l'algodystrophie est donc posé sur la base d'un faisceau d'argument. La rééducation est la pièce angulaire dans sa prise en charge surtout pendant la phase froide.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Lauwers A, Koenig M, Navez M et al. Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I: mise au point. *Médecine thérapeutique* 2006 ; 2(12) :108-16.
2. Ndao AK, Diagne NS, Ndiaye M, et al. Algodystrophie gardénalique: présentation de huit nouveaux cas africains et revue de la littérature. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation* 2012;2(32) :66-9.

3. Sandroni P. et al. Complex Regional Pain Syndrome Type I: Incidence and Prevalence in Olmsted County, a Population-Based Study. *Pain* 2003;103 :199-207.
4. Masson C. Syndrome douloureux régional complexe de type I. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 2011:1-9
5. Liu L et Berg M. Rhumatisme gardenalique: Revisited 1.352. *Epilepsia*, 2004, 45.
6. Bériel and Barbier J. Le rhumatisme gardenalique. Impr. A. Maretheux et L. Pactat, 1934.
7. Combe B. Polyarthrite rhumatoïde: clinique et diagnostic. Etudes, 2009.
8. Vuillemin V. Echographie de l'intervalle des rotateurs. *Journal de Radiologie* 2009 ; 10 (90) :1290-1.
9. Blum A, Detreille R, Roch D, et al. Savoir reconnaître une algodystrophie en IRM. *Journal de Radiologie* 2008 ;10(89):1474.
10. Constantinesco A, Brunot B, Demangeat JL, et al. Apport de la scintigraphie osseuse en trois phases au diagnostic précoce de l'algodystrophie de la main: A propos de 89 cas. In : *Annales de Chirurgie de la Main*. Elsevier Masson, 1986 :93-104.
11. Berthelot JM. Actualités dans le traitement des algodystrophies (syndrome douloureux régional complexe de type I). *Revue du rhumatisme* 2006;9 (73):881-6.