



Arthropathie tabétique : une affection à ne pas oublier

Tabular arthropathy: a disease not to be forgotten

Ayoub Tinni I^{1,*}, Yameogo NW¹, Compaore V¹, Savadogo JE¹, Ouedraogo M¹, Zabsonre/Tiendrebeogo WJS¹, Kambou/Tiemtore BMA², Nde/Ouedraogo NA², Kabore F¹, Bonkoungou M¹, Ouedraogo DD¹

¹ Service de Rhumatologie Hôpital de District de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Service d'Imagerie Médicale du CHU de Bogodogo

* **Auteur correspondant:** Service de Rhumatologie Hôpital de District de Bogodogo, 09 BP 88 Ouagadougou 09, Burkina Faso
Email: iayoubatinni2@gmail.com
Tel: +(226)- (67 89 67 92)

Reçu le 15 septembre 2021, accepté le 8 novembre 2021 et mise en ligne le 25 novembre 2021

Cet article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

Introduction: l'arthrotabès désigne la destruction progressive et indolore des articulations dépourvues de leur innervation sensitive douloureuse et proprioceptive en rapport avec une infection syphilitique. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une atteinte polyarticulaire, bilatérale et indolore des genoux, des pieds et des mains suite à un tabès arthropathique de Foix et Alajouanine.

Observation: il s'agissait d'une patiente de 63 ans, sans antécédent pathologique connu, est hospitalisée pour une tuméfaction des genoux évoluant depuis 15 ans. L'examen rhumatologique notait : un genou valgum droit avec un recurvatum associé à une marche ataxique et une tuméfaction des genoux plus importante à droite mais sans signe inflammatoire, un choc rotulien bilatéral, une hyperlaxité ligamentaire latérale et médiale à gauche, un raccourcissement du membre pelvien droit de 7 cm par rapport au côté gauche. L'analyse du liquide articulaire notait un liquide stérile sans cristaux. La sérologie syphilitique était positive dans le sang mais n'a pas pu être réalisée dans le liquide articulaire et le liquide céphalo-rachidien. Les radiographies des genoux montraient une destruction du condyle fémoral avec une ostéolyse du plateau tibial associée à de multiples constructions osseuses avec présence de gros fragments intra-articulaires. Le diagnostic d'arthropathie tabétique a été retenu devant l'absence de notion de traumatisme, l'absence de diabète, l'absence de cristaux dans le liquide articulaire. La patiente a bénéficié de cure de pénicilline G puis relais par doxycycline suite à une allergie à la pénicilline.

Conclusion: maladie oubliée, l'arthrotabès doit être évoqué devant toute atteinte articulaire destructrice contrastant avec son indolence.

Mots-clés: Arthropathie ; tabès ; syphilis tertiaire ; Burkina Faso.

Background and Purpose: arthrotabes refers to the progressive and painless destruction of joints deprived of their painful and proprioceptive innervation related to syphilitic infection. We report the case of a patient with polyarticular, bilateral and painless involvement of the knees, feet and hands, which characterize the arthropathic tabes of Foix and Alajouanine.

Case report: it was a 63-year-old female patient, with no known pathological history, was hospitalized for a swelling of the knees that had been evolving for 15 years. The rheumatological examination noted: a right valgus knee with a recurvatum associated with an ataxic walk and a more important swelling of the knees on the right side but without inflammatory sign, a bilateral patellar shock, a lateral and medial ligament hyperlaxity on the left side, a shortening of the right pelvic limb of 7 cm compared to the left side. Joint fluid analysis noted a sterile fluid without crystals. Syphilitic serology was positive in the blood but could not be performed in the joint fluid and cerebrospinal fluid. Knee x-rays showed destruction of the femoral condyle with osteolysis of the tibial plateau associated with multiple bony constructs with the presence of large intra-articular fragments. The diagnosis of tabular arthropathy was retained in

view of the absence of any notion of trauma, the absence of diabetes, and the absence of crystals in the joint fluid. The patient was treated with penicillin G and then with doxycycline following an allergy to penicillin.

Conclusions: a forgotten disease, arthrotabs must be evoked in front of any destructive articular attack contrasting with its indolence.

Keywords: Arthropathy; Tabes; tertiary syphilis Burkina Faso

1. Introduction

Décrit pour la première fois en 1831 par Mitchell [1]. L'arthropathie tabétique est une complication devenue rare et exceptionnelle de la syphilis grâce au diagnostic précoce et au traitement par la pénicilline [2]. Il s'agit d'une complication dégénérative chronique du tabès qui touche une ou plusieurs articulations, dépourvues de leur innervation sensitive douloureuse et proprioceptive, et continuellement soumise aux traumatismes de la vie courante [3,4]. Nous rapportons le cas d'une patiente qui a présenté une atteinte polyarticulaire, bilatérale et indolore des genoux, des pieds et des mains qui caractérisent le tabès arthropathique de Foix et Alajouanine.

2. Observation

Il s'agissait d'une patiente de 63 ans sans antécédent pathologique connu hospitalisée pour tuméfaction douloureuse lancinantes chronique bilatérale des genoux évoluant par intermittence depuis 15 ans. A l'examen, la patiente était consciente bien orientée dans le temps et l'espace à nuque souple, apyrétique, présentant un genou valgum droit avec un recurvatum associé à une marche ataxique et une tuméfaction des genoux plus importante à droite mais sans signe inflammatoire. Un choc rotulien bilatéral et un craquement était noté avec une hyperlaxité ligamentaire latérale et médiale à gauche ainsi qu'un raccourcissement du membre pelvien droit de 7 cm par rapport au côté gauche (figure 1). On notait au niveau des pieds une tuméfaction indolore et une déformation en hallus valgus (figure 2). Il existait un syndrome neurogène périphérique non systématisé des membres inférieurs avec abolition des réflexes ostéotendineux. L'examen cardiovasculaire notait une auscultation cardiaque normale avec des pouls périphériques bien perçus. Les examens paracliniques notaient à l'analyse du liquide articulaire, un liquide mécanique, stérile sans cristaux. La sérologie syphilitique était positive dans le sang mais n'a pas pu être réalisée dans le liquide articulaire et le liquide céphalo-rachidien. Le reste du bilan était sans particularité (Hémogramme, VS, CRP, glycémie, uricémie, créatininémie, sérologie : VIH, VHB, VHC, facteur rhumatoïde, anticorps anti CCP2). Les radiographies ; des genoux de face et de profil montraient des destructions articulaires ostéocartilagineuses majeures une destruction du condyle fémoral avec une ostéolyse du plateau tibial associée à de multiples constructions osseuses avec présence de gros fragments intra-articulaires (figure 3). Au niveau des pieds et des mains de face on notait des lésions destructrices et déformantes avec un pincement des interphalangiennes proximales (IPP) des 1er et 2e rayons et des interphalangiennes distales du 5e rayon (IPD) avec géodes sous chondrales et des ostéophytes (figure 4 et 5). Le diagnostic d'arthropathie tabétique a été retenu devant l'absence de notion de traumatisme, l'absence de diabète, l'absence de cristaux dans le liquide articulaire. La patiente a bénéficié de cure de pénicilline G en raison de 20 millions d'unités par jour puis relais par doxycycline comprimé 100 mg chaque jour pendant 21 jours suite à une allergie à la pénicilline à type de prurit généralisé et d'un traitement antalgique. Après ce traitement, la patiente a été orientée vers le service de chirurgie orthopédique pour une meilleure prise en charge.



Figure 1: Tuméfaction des genoux plus importante à droite



Figure 2: Déformation et tuméfaction de l'avant pied droit



Figure 3: Radiographie des genoux face et profil montrant une destruction articulaire majeur contrastant avec l'indolence



Figure 4: Radiographie des pieds face montrant des déformations articulaires et des lésions destructrices et constructrices

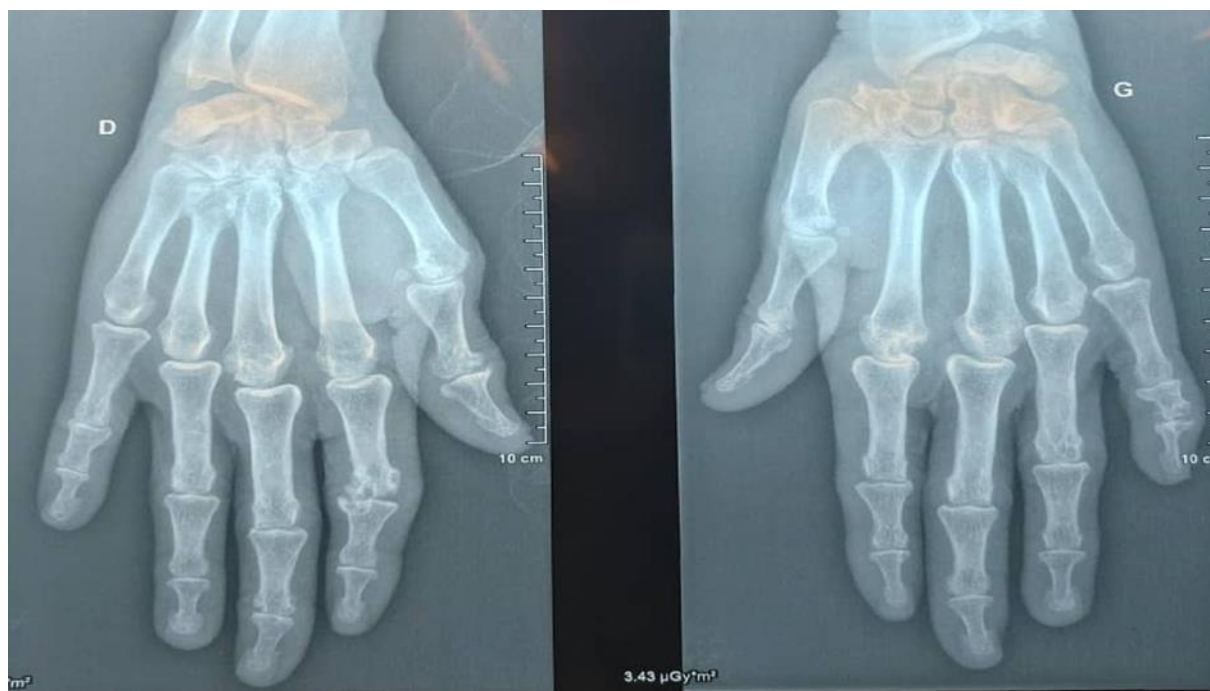


Figure 5: Radiographie des mains de face montrant des pincements des IPP du 1er et 2e rayon avec des géodes sous chondral et des ostéophytes

3. Discussion

L'arthropathie tabétique est présente dans 10% des cas de tabès, généralement 10 à 20 ans après ses premiers signes [3,5]. L'âge moyen des malades est de 60 ans [2]. Dès 1868, Charcot a été le premier à le décrire en détails dans sa prescription principes des arthropathies tabétiques. Leur nature tabétique a été reconnue à partir de 1884 par Kroenig et bien précisée par les études anatomiques d'Abadie en 1900. Alajouanine et Thurel précisent les aspects radiologiques en 1934[6,7]. La pathogénie de ces arthropathies reste discutée ; en effet, deux théories sont évoquées [5] : une théorie trophique en rapport avec une perturbation neurovégétative liée aux lésions du système sympathique responsables des troubles vasomoteurs à

l'origine d'anomalies de la trophicité articulaire et de l'hyper-résorption ostéoclastique et une théorie mécanique due à l'anesthésie articulaire supprimant ainsi toute protection de l'articulation qui est soumise à des traumatismes répétés favorisés par l'ataxie et l'hyperlaxité ligamentaire. L'arthropathie tabétique serait alors une arthrose post-traumatique. Cliniquement, le contraste est frappant entre l'importance de l'épanchement et des déformations articulaires et l'indolence [8]. Le début de l'arthropathie tabétique est suivi, avec une sensation de craquement et un dérochement des jambes [9]. Le gonflement articulaire est brusque et atteint son maximum au bout de quelques heures ou quelques jours. Il s'étend souvent à tout le membre. Le genou est l'articulation la plus souvent atteinte (46 %), puis vient le pied, suivi de la hanche et de l'épaule. Les articulations du coude, de la main, des doigts et du maxillaire inférieur sont plus rarement atteintes. Il existe des cas de formes polyarticulaires et bilatérales, qui caractérisent le tabès arthropathique de Foix et Alajouanine [3,5,9] ce qui est le cas de notre patiente qui présente une atteinte polyarticulaire, bilatérale et indolore des genoux plus importantes à droite et des pieds plus importantes au niveau des avant pieds ainsi que des atteintes des mains. L'aspect radiologique est caractéristique associant des lésions destructrices et constructrices qui définissent les formes atrophiques et hypertrophiques [4]. En l'absence de contexte de maladie syphilitique, l'association de déformation articulaire indolore et des images radiologiques de destruction articulaire avec ou sans signes neurologiques doit faire évoquer une arthropathie tabétique et incite à demander une sérologie syphilitique. Cette sérologie est en principe positive dans le sang, le LCR et le liquide articulaire [5,9,10]. La pénicilline G est la pierre angulaire des thérapies actuellement disponible. La dose varie de 20 à 30 millions d'unités par jour pendant trois semaines, en 2 à 3 cures, mais le nombre et le rythme des cures sont fonction des données cliniques, biologiques et évolutives de la maladie. Elle est surtout donnée pour éviter d'autres lésions de syphilis tardive. En cas d'allergie à la pénicilline, on peut faire appel aux cyclines (principalement la doxycycline) [3,4,5,8]. Parallèlement, une prise en charge orthopédique est souvent proposée, mais reste jusqu'à présent décevante [9].

4. Conclusion

Maladie oubliée, l'arthrotabès doit être évoqué devant toute atteinte articulaire destructrice contrastant avec son indolence. Le meilleur traitement reste la prévention de la syphilis primaire.

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

1. Mitchell JKMD. On a new practice in acute and chronic rheumatism. *Am J Med Sci* 1831 ; 8 :55-64.
2. Grauer JL, Drevet JG, Zagala A, Phelip X. Manifestations ostéo-articulaires de la syphilis. A propos de 2 cas. *Rhumatol* 1985;10:321-6.
3. Zouhair K, Akhdari N, El Ouazzani T, Lazrak S, Lakhdar H. Arthropathie tabétique : « une maladie oubliée ». *Ann Dermatol Venereol* 2004 ; 131 : 787-9.
4. El Fatimi A, Mkinsi O, Etaouil N, Ben Yahya E, Janani S, Bennis R. Les arthropathies tabétiques du genou : 44 observations. *Rhumatol* 1997;49:22-6.
5. Hubault A. Ostéoarthropathies nerveuse. *Encyclopédie MédicoChirurgicale, Appareil locomoteur*. Paris : Elsevier, 1991 : 14258-A10.
6. Charcot J. Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière. *Arch Physiol Norm Path* 1868; 1:161Y178.
7. Kuntz JL, Geitner S, Vautravers P, Asch L. Arthropathie tabétique du rachis. *J Med Strasbourg* 1977 ; 8 : 753-8.
8. Rodat O, Santarailles J, Lemouroux P. Quel est votre diagnostic ? *Concours Med* 1979;101:3852-4.

9. El Maghraoui K, Janani S, Yacoubi A et al. Les arthropathies tabétiques du genou (À propos de 8 cas). Revue Marocaine de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 2005;23 :25-27.
10. Jarmouni R, Mouatamid O, El Khalidi AF, Afailal A, Habibeddine S, Nejjam F, et al. La neurosyphilis. A propos de 53 cas. Rev Eur Dermatol MST1990 ; 2 : 577-81.