

Une arthrite et un esprit vagabond

Par Bijalpen Patel, M.D., Jennifer Shiroky-Kochavi, M.D., maîtrise en santé publique

Présentation de cas :

Un étudiant universitaire de 20 ans originaire de Chicago s'est présenté à notre clinique de soins de santé de premier recours pour un suivi de visite aux urgences. Ses antécédents médicaux étaient marqués par une pneumonie compliquée par un syndrome de détresse respiratoire aiguë trois ans auparavant. Au cours des six semaines précédentes, il a consulté plusieurs fois les services d'urgence pour des douleurs et des gonflements de la hanche, du genou et de la cheville gauches associés à des fièvres et à des frissons. Ces symptômes étaient précédés d'un inconfort abdominal, de nausées, de vomissements et d'une douleur rectale qu'il pensait être due à une hémorroïde. Des arthralgies et des myalgies généralisées s'étaient développées plus récemment en plus de sa douleur et de son gonflement articulaire du membre inférieur gauche. Pendant cette période, il a subi une perte de poids involontaire de 40 livres.

Le matin de la visite aux urgences, il avait consulté un chirurgien orthopédique qui avait recommandé un bilan auto-immun. Plus tard ce jour-là, le patient s'est présenté aux urgences en raison d'une douleur intolérable, sa plainte principale étant documentée comme suit : « J'ai une maladie auto-immune non diagnostiquée. » Au cours de la visite, on a découvert un abcès périanal gauche de 2,9 cm sur les tomographies par ordinateur de l'abdomen et du bassin. L'abcès a été incisé et drainé, et il est sorti de l'hôpital avec la recommandation de prendre des bains de siège et de prendre des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) si nécessaire pour soulager la douleur. On ne lui a pas prescrit d'antibiotiques. Malheureusement, les cultures de la plaie n'ont pas été envoyées.

Au moment de sa présentation à notre clinique, son examen était marqué par une tachycardie, une hypotension, des ulcères oropharyngés douloureux, une lymphadéno-pathie cervicale, un gonflement le long de plusieurs plis des ongles, une légère sensibilité et un gonflement du genou et de la cheville gauches, et des nodules sensibles sur les deux talons (figures 1 et 2). Nous l'avons directement admis à l'hôpital pour un bilan infectieux et auto-immun accéléré. Les bilans infectieux, y compris les analyses d'urine et de sérum pour les infections sexuellement transmissibles et les analyses approfondies des selles, étaient tous négatifs. Les anticorps antinucléaires (AAN) étaient négatifs, le facteur rhumatoïde et le peptide citrulliné anticyclique étaient indétectables, et le dépistage de l'antigène HLA B27 était négatif. La tomographie par ordinateur de la poitrine a visualisé de subtiles hyperdensités subcentimétriques en verre dépoli. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire et du bassin était négative pour les changements inflammatoires axiaux. L'endoscopie et la coloscopie pratiquées à l'hôpital n'ont rien révélé qui puisse suggérer une maladie inflammatoire de l'intestin. Il est sorti de l'hôpital avec un diagnostic suspecté d'arthrite réactive (AR) déclenchée de manière présumée par la gastro-entérite et l'abcès périanal. Les fièvres et l'arthrite migratoire ont disparu au cours des quatre semaines suivantes avec de l'ibuprofène quotidien.

Après cette hospitalisation, il a développé une nouvelle anxiété quotidienne et un sentiment de désespoir dans le contexte d'une maladie aiguë prolongée sans diagnostic définitif et de son hospitalisation compliquée. Il a qualifié de traumatisantes les multiples interventions effectuées pendant son hospitalisation. Il a déclaré avoir des difficultés à dormir et se réveiller fréquemment en raison de cauchemars concernant son hospitalisation et de craintes liées à sa maladie. Les symptômes de l'humeur se sont améliorés au cours des mois suivants avec l'initiation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des rencontres avec un psychologue pour une thérapie cognitivo-comportementale.

Ses arthralgies diffuses sont réapparues un mois après leur résolution, avec à nouveau une vitesse de sédimentation (VS) élevée de 49, mais une protéine C-réactive indétectable. Ses symptômes se sont de nouveau améliorés avec l'ibuprofène. Son diagnostic a évolué vers une spondylarthrite axiale et périphérique chronique non radiographique, actuellement prise en charge par du méloxicam au besoin. Les études d'imagerie ont continué à être négatives pour les changements inflammatoires.



Figure 1.



Figure 2.

Introduction

L'arthrite réactionnelle est un sous-ensemble de la spondylarthrite définie comme une arthrite inflammatoire déclenchée par une infection des voies gastro-intestinales ou génito-urinaires^{1,2}. En raison de l'absence de critères cliniques convenus, de résultats diagnostiques spécifiques et de l'évolution variable de la maladie, l'arthrite réactionnelle reste un diagnostic difficile à poser, nécessitant un clinicien expérimenté en rhumatologie.

Épidémiologie

L'arthrite réactionnelle touche typiquement les jeunes adultes entre 18 et 40 ans. Il n'y a pas de différence d'incidence entre les hommes et les femmes avec des déclencheurs gastro-intestinaux, et une incidence accrue chez les hommes avec une infection génito-urinaire précédente. Les personnes de race blanche semblent présenter un risque accru de développer une arthrite réactionnelle, ce qui est attribué à la fréquence plus élevée du gène HLA B27 dans cette population^{3,4}. Les infections gastro-intestinales dues à *Shigella*, *Campylobacter*, et *Yersinia* ont une incidence d'environ 1 à 1,5 % de conduire à l'arthrite réactionnelle, tandis que les infections génito-urinaires, telles que *Chlamydia trachomatis*, ont une incidence de 4 à 8 %⁵.

Caractéristiques cliniques

Les symptômes rhumatismaux se manifestent souvent 1 à 4 semaines après la disparition de l'infection, ce qui peut rendre difficile l'identification d'une association^{2,4}. L'arthrite réactionnelle se présente le plus souvent sous la forme d'une oligoarthrite asymétrique aiguë qui peut toucher les petites et les grandes articulations, ainsi que le squelette axial. L'atteinte des articulations peut présenter une évolution additive ou migratoire. Les manifestations musculo-squelettiques extra-articulaires comprennent l'enthésite, la bursite et la dactylite^{1,2,4}.

Les atteintes des muqueuses et des yeux sont fréquentes. Les symptômes oculaires se présentent généralement sous forme d'uvéïte ou de conjonctivite. Les aphtes sont généralement indolores. Les éruptions cutanées propres à l'arthrite réactionnelle comprennent la kératodermie blennorrhagique, une lésion pustulaire couramment observée sur les surfaces plantaires, et la balanite circinée, des lésions psoriasiformes indolores sur le gland ou la tige du pénis^{1,2,4}. Les symptômes cardiaques sont peu fréquents et comprennent des anomalies de conduction, une régurgitation aortique et une péricardite.

Diagnostic

Aucun critère de diagnostic n'a été établi pour l'arthrite réactionnelle. L'American College of Rheumatology a publié des directives générales pour la dernière fois en 1999, qui se limitaient aux symptômes consécutifs à une entérite, à une uréthrite et à une cervicite avec des cultures positives pour *Chlamydia* ou des entérobactéries, ou une infection synoviale persistante^{2,4,6}. En pratique, le diagnostic est posé sur la base de l'ensemble du tableau clinique, avec une probabilité accrue en cas de bilan infectieux positif⁷. Compte tenu de l'aspect non spécifique de l'arthrite, le bilan comprend souvent la recherche de plusieurs étiologies auto-immunes et infectieuses, l'arthrite réactionnelle étant finalement basée sur un diagnostic d'exclusion.

L'arthrite réactionnelle peut être une maladie autolimitée, mais elle ne disparaît pas toujours complètement. Envi-

ron 65 % des patients évoluent vers la catégorie des arthropathies chroniques avec des symptômes persistants pendant plus de six mois^{2,3}. Il est donc important de reconnaître la maladie à un stade précoce et de fournir aux patients des conseils et un traitement appropriés.

L'arthrite réactionnelle doit être suspectée chez les personnes présentant des arthropathies inflammatoires d'apparition soudaine suite à une infection récente. Cependant, il n'est pas toujours possible d'identifier une infection prodromique; des infections asymptomatiques ou légèrement symptomatiques peuvent déclencher une arthrite réactionnelle. Une anamnèse approfondie doit inclure toute infection antérieure et les antécédents sexuels. Il n'existe pas de résultats de laboratoire ou d'imagerie pathognomoniques pour l'arthrite réactionnelle. La VS et le taux de protéines C-réactives seront élevés dans la phase aiguë, et auront tendance à diminuer dans la phase chronique de la maladie. Les radiographies peuvent révéler un rétrécissement de l'espace articulaire, un gonflement, des érosions ou des épérons osseux^{2,7}.

Environ 50 à 80 % des patients atteints d'arthrite réactionnelle ont également un résultat positif pour le dépistage du gène HLA B27. La présence du gène HLA B27 a été associée à un risque accru de symptômes graves et de progression vers une maladie chronique^{2,3,4,6}. Les gènes HLA B27 contribuent à la persistance des bactéries dans l'organisme, ce qui est soupçonné d'être la raison du risque élevé de développer une arthrite réactionnelle sévère chez ces patients³.

Approche thérapeutique

Les objectifs du traitement sont axés sur la diminution de la douleur et de l'inflammation, la réduction du handicap et la surveillance des rechutes ou de l'évolution vers une maladie chronique.

Les patients sont initialement pris en charge par des AINS jusqu'à la résolution de l'épisode. Dans les situations où les AINS sont contre-indiqués, par exemple en cas d'insuffisance rénale, d'antécédents de maladie gastro-intestinale ou de maladie cardiovasculaire importante, les injections intra-articulaires de glucocorticoïdes sont préférables. Lorsque l'arthrite réactionnelle a progressé et que la maladie touche plusieurs articulations, les patients peuvent bénéficier de glucocorticoïdes systémiques. Dans ce cas, il est important de prévoir une prophylaxie de l'ulcère gastrique et d'évaluer également les risques d'ostéoporose².

Bien que l'arthrite réactionnelle soit le plus susceptible de se produire à la suite d'une infection, les antibiotiques ne sont indiqués que si l'on trouve des preuves d'une infection manquée, non traitée ou persistante.

Lorsque les symptômes ne sont pas contrôlés malgré le traitement initial ou s'ils durent plus de 6 mois, il est raisonnable de commencer un traitement avec des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM). La sulfasalazine et le méthotrexate sont le plus souvent les agents préférés. Dans les cas graves d'arthrite réactionnelle où il n'y a pas d'amélioration après 12 semaines de traitement avec des ARMM, les patients peuvent être candidats à l'initiation d'un traitement biologique avec des agents anti-facteurs de nécrose tumorale^{2,5}. Dans plusieurs études portant sur les réponses des patients à la thérapie biologique, il est important de noter que les patients présentaient des améliorations significatives de leurs symptômes sans que des effets secondaires majeurs soient signalés³.

S'adapter à l'incertitude et à la maladie chronique

La crainte de ce que pourrait signifier une maladie auto-immune a poussé notre patient à se rendre aux urgences. Après son hospitalisation, notre patient a lutté contre des pensées anxieuses et démoralisantes invalidantes à la suite de sa présentation clinique, ce qui l'a finalement conduit à faire une pause de courte durée à l'université et à rentrer chez ses parents. Il avait demandé un congé, qui lui a malheureusement été refusé par son établissement d'enseignement. Comme de nombreuses affections rhumatologiques, dont l'arthrite réactionnelle, les troubles de l'adaptation sont un diagnostic glissant et difficile à poser.

Tous les individus subissent des événements stressants au cours de leur vie, y compris des problèmes de santé, et y réagissent. Les troubles de l'adaptation désignent des réponses émotionnelles ou comportementales inadaptées à un facteur de stress, qui entraînent une détresse excessive et une altération des fonctions quotidiennes. Les réponses sont soit discordantes par rapport aux réactions socialement ou culturellement attendues et/ou provoquent une détresse marquée ou une altération du fonctionnement⁵. Ils occupent un espace unique dans le spectre des conditions psycholo-

Retour sur le cas

La préparation de cette étude nous a permis de revoir comment nous aurions pu aborder ce cas différemment si nous pouvions avoir une autre chance. Sachant ce que nous savons maintenant, il aurait été utile d'avoir les résultats des prélèvements urétraux et rectaux pour mieux évaluer la présence de *Chlamydia trachomatis*, et les cultures de la plaie de l'abcès périanal. Les résultats d'une arthrocentèse du genou ou de la cheville auraient également permis de consolider le diagnostic.

Comme beaucoup d'histoires sur la présentation et la progression des maladies auto-immunes, notre cas ne correspond pas au scénario courant de l'arthrite réactionnelle. Alors que l'arthrite réactionnelle évoluant vers une spondylarthrite chronique non radiographique axiale et périphérique reste le diagnostic de travail, le patient continue à manquer de résultats définitifs. Le patient a été perdu de vue pendant 6 mois en raison de l'amélioration de ses symptômes. Il est retourné à l'université sans problème. Pendant la préparation de ce manuscrit, il a repris contact avec nous en raison d'une récurrence de fatigue et d'arthralgies semblables à celles qu'il avait présentées l'année dernière, et d'une nouvelle éruption érythémateuse autour de son cou et de la partie supérieure de sa poitrine. Il a déclaré que, dans l'intervalle, le seul symptôme qui n'a pas disparu était une acné très difficile à traiter, principalement sur le visage et le cuir chevelu, mais apparaissant également sur sa poitrine, son dos et ses extrémités. Il déclare avoir des ancêtres en Italie et en Irlande. Il fait actuellement l'objet d'un bilan pour d'autres maladies auto-inflammatoires peu courantes, notamment la maladie de Behçet, la fièvre méditerranéenne familiale et la maladie de Still de l'adulte.

giques en tant que trouble transitoire, subsyndromal ou subclinique. Comme pour l'arthrite réactionnelle, soit le trouble se résorbe, soit il persiste et, après un certain temps, répond aux critères d'un trouble mental mieux défini^{8,9,10,11}.

Les ressemblances entre l'arthrite réactionnelle et les troubles de l'adaptation ne s'arrêtent pas à leur tempo. Les deux spécialités cliniques respectives ont longtemps travaillé avec des compréhensions vagues et peu étudiées de ces conditions. Au cours de la dernière décennie, la communauté de la santé mentale a de plus en plus reconnu le manque de recherche sur les troubles de l'adaptation et a fait pression pour mieux définir ces troubles. Tant le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e éd. (DSM-5) que la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 11^e édition (CIM-11) ont récemment fourni des cadres plus clairs pour cette affection historiquement vague^{8,9,10,11}.

Tout comme l'arthrite réactionnelle, les troubles de l'adaptation nécessitent un clinicien avisé et expérimenté dans le domaine pour poser un diagnostic. Toutefois, une formation spécialisée n'est pas nécessaire pour évaluer et traiter les difficultés psychologiques de nos patients. Les troubles de la santé mentale sont fréquents chez les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques et entraînent une morbidité importante^{12,13,14}. Les prestataires de soins de santé qui s'occupent des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques doivent se sentir à l'aise de dépister les troubles de l'humeur, de prescrire les traitements courants et de mettre les patients en contact avec la psychiatrie et la psychothérapie, afin de traiter les troubles en tandem.

Conclusion

L'arthrite réactionnelle, tout comme les troubles de l'adaptation, reste largement un diagnostic clinique reposant sur l'acuité clinique. Ces deux pathologies constituent des exemples poétiques de ce que signifie l'exercice de la médecine. Pratiquer l'art de la médecine, c'est avoir le privilège de cheminer aux côtés d'un patient. Nous ne pouvons pas toujours prévenir, prédire ou guérir, mais nous pouvons rendre le voyage plus facile. Nous pouvons reconnaître les répercussions psychologiques et émotionnelles sur ceux qui vivent avec les diagnostics que nous posons, l'incertitude dans laquelle nous naviguons et les conseils que nous donnons. En soignant ce patient, nous n'avons pas pu prédire avec certitude l'évolution de sa maladie. Cependant, il était essentiel de reconnaître simultanément les répercussions psychologiques et sociales de ses symptômes, tout en s'occupant de sa détresse physique, afin de le soigner de manière appropriée.

Références disponibles en ligne : www.craj.ca

Bijalpen Patel, M.D.

Résident en médecine interne

*Collège de médecine Morsani de l'Université de Floride du Sud
Tampa (Floride)*

Jennifer Shiroky-Kochavi, MD, maîtrise en santé publique

Professeure adjointe, médecine interne générale

USF Morsani College of Medicine, Tampa (Floride)