



Pas comme dans les livres

par le Dr Romain DURY*



* Médecin généraliste
1200 Bruxelles
romaindury2@gmail.com

Madame E, du haut de ses 94 printemps, est une patiente vivant seule au domicile. Encore parfaitement autonome chez elle et en dehors, elle peut toutefois compter sur l'aide de sa fille et de ses petits-enfants quand le besoin s'en fait sentir. Depuis bientôt un mois, M^{me} E remarque que ses membres inférieurs gonflent de plus en plus, notamment au niveau de ses pieds.

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Ce n'est pas franchement douloureux mais cela la gêne toutefois dans ses déplacements quotidiens. Elle a déjà eu plusieurs épisodes similaires par le passé qui se résolvaient rapidement. Cette fois-ci, c'est plus intense.

Elle n'a aucune autre plainte, notamment au niveau cardiorespiratoire.

Dans ses antécédents, on retrouve une hypothyroïdie supplémentée, une hypertension artérielle traitée par trithérapie (bisoprolol 5 mg, hydrochlorothiazide 12,5 mg et lisinopril 20 mg) et une insuffisance rénale sévère (grade 3b) stable connue depuis 2022.

Ses paramètres sont bons: 120/70 mmHg, 98% SpO₂ et 75 bpm, l'examen clinique ne retrouve pas de souffle cardiaque ni crépitants pulmonaires mais montre en effet des œdèmes bilatéraux des membres inférieurs prenant le golet, du dos du pied jusqu'à mi-mollet. Les mollets restent souples et indolores. Un traitement par diurétique de l'anse à petite dose vu la fonction rénale est démarré et une biologie sanguine prélevée. Son traitement antihypertenseur est modifié pour éviter une hypotension artérielle: nous arrêtons l'hydrochlorothiazide et le lisinopril est diminué à 10 mg.

Résultats sanguins

À la biologie sanguine, on retrouve un syndrome inflammatoire avec une CRP à 87 mg/dL (VN: < 5 mg/dL) associé à une neutrophilie, une monocytose et une lymphopénie. La fonction rénale reste stable. Les marqueurs rhumatologiques sont tous revenus négatifs: facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP et facteurs anti-nucléaires (FAN).

ABSTRACT

Case of a 94 years old woman with lower limbs edema with suspected rheumatological pathology.

Keywords: geriatrics, lower limbs edema, RS3PE.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'une patiente âgée de 94 ans avec des œdèmes des membres inférieurs chez qui une pathologie rhumatismale est évoquée.

Mots-clés: gériatrie, œdèmes des membres inférieurs, RS3PE.

Diagnostics évoqués

À la relecture de son dossier médical, on trouve un épisode de dactylite survenu l'année dernière à la même période: l'œdème au niveau des mains touchait principalement les articulations métacarpo-phalangiennes et les interphalangiennes proximales. La biologie de l'époque montrait un syndrome inflammatoire augmentant rapidement avec une CRP passant de 45 mg/dL à 196 mg/dL à son pic. La patiente reçut un traitement par Médrol à dose dégressive, 16 mg pendant 7 jours puis 8 mg 2 jours et enfin 4 mg 3 jours avant l'arrêt complet de la corticothérapie.

Suite à la résolution rapide de la symptomatologie sous Médrol et au délai relativement long avant l'échographie de ses mains, la patiente n'a pas souhaité pousser les investigations plus loin à ce moment...



En concertation médicale avec mes collègues devant l'apparition soudaine de ces nouveaux œdèmes, nous évoquons plusieurs diagnostics : une insuffisance cardiaque droite, une insuffisance veineuse des membres inférieurs majorée par les fortes chaleurs du moment, des œdèmes provoqués par son insuffisance rénale sévère ou encore une atteinte rhumatologique vu l'épisode similaire survenu au niveau des membres supérieurs l'année précédente. D'un point de vue rhumatologique, nous évoquons les pathologies microcristallines comme la goutte ou la chondrocalcinose mais également le **RS3PE** ou *Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*, retranscrite en français par polyarthrite aiguë œdémateuse bénigne du sujet âgé.

RS3PE

Il s'agit d'un syndrome touchant principalement les hommes de plus de 65 ans et dont l'incidence exacte n'est pas connue. Il consiste en des œdèmes des métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales associés aux membres inférieurs dans 2/3 des cas. Ces œdèmes sont caractéristiques : ils sont distaux, bilatéraux, blancs, mous, prennent le godet et sont parfois tellement volumineux au niveau du dos des mains qu'on les décrit «en gant de boxe». La physiopathologie reste pour le moment mystérieuse car peu d'études s'y intéressent. Le VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) serait principalement en cause car on en retrouve un taux plus élevé chez les patients atteints par la maladie. Le VEGF est connu pour induire l'inflammation et faciliter la perméabilité vasculaire, expliquant l'apparition d'œdèmes distaux et les ténosynovites.

Hormis le syndrome inflammatoire, il n'y a pas de marqueurs biologiques spécifiques.

Au niveau thérapeutique, c'est la corticothérapie à dose moyenne (16 mg/j) qui montre une efficacité parfois spectaculaire avec une diminution rapide des lésions et du syndrome inflammatoire. L'évolution est le plus souvent favorable dans un délai de 6 à 12 mois et la corticothérapie peut être arrêtée après un schéma dégressif. Il faut toutefois envisager des rechutes avec parfois une évolution de la maladie vers d'autres pathologies rhumatismales telles que la polyarthrite rhumatoïde, la pseudo-polyarthrite rhizomélique ou encore le syndrome de Sjögren. Enfin, contrairement à ce que peut laisser supposer sa traduction française, ce syndrome n'est pas bénin car il doit faire évoquer la possibilité d'une origine paraneoplasique dans 50% des cas selon les études (cancers solides et hémopathies malignes). La recherche d'une néoplasie est donc primordiale quand on évoque ce diagnostic.

Retour à la situation clinique

Chez M^{me} E, le scanner thoraco-abdominal ne montrait aucune anomalie suggestive d'une pathologie néoplasique. Ses biologies sanguines de suivi étaient par contre de plus en plus inquiétantes au niveau du syndrome inflammatoire (la CRP passant de 87 mg/dL à 199 mg/dL à son pic) et de sa fonction rénale (GFR abaissée à 15 mL/min/1,73 m² et créatinine plasmatique à 2,49 mg/dL avec une analyse d'urine négative), motivant la demande d'un avis rhumatologique.

Devant la rareté du syndrome RS3PE et l'aspect inhabituel de la clinique dans notre exemple (femme, OMI plutôt qu'atteinte des mains), c'est une arthrite pseudo-goutteuse ou une chondrocalcinose, dans un contexte d'insuffisance rénale sévère, qui étaient évoquées dans un premier temps par le spécialiste. Les biologies antérieures montraient en effet une hyperuricémie montant jusqu'à 12,3 mg/dL. Lors de l'épisode inflammatoire, l'acide urique est dosé à 10,6 mg/dL. L'hyperuricémie peut se normaliser en phase aiguë suite à la précipitation cristalline. La radiographie des pieds ne retrouva toutefois pas de traces de cristaux calciques ou d'acide urique.

Même si la colchicine est déconseillée en cas d'insuffisance rénale, sa prise à dose faible (0,5 mg 2x/j max) au vu de l'insuffisance rénale de la patiente fut la prise en charge proposée par les rhumatologues. Les alternatives à la colchicine sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, formellement contre-indiqués dans notre exemple, et le médrol. La corticothérapie présente cependant un risque d'effet rebond à son arrêt.

Le traitement a permis en effet de diminuer la gêne au niveau des pieds et la reprise de la marche de façon normale. Le suivi régulier des prises de sang montrait une amélioration progressive des différents paramètres jusqu'au retour, deux mois après le début des symptômes, à l'antériorité de sa fonction rénale et une disparition du syndrome inflammatoire. Les bas de contention furent préconisés pour lutter contre l'œdème des membres inférieurs.

Conclusion

Pour conclure, notre cas clinique présente un des aspects les plus spécifiques de notre profession de médecin généraliste, à savoir la gestion des patients polypathologiques où plusieurs maladies peuvent s'intriquer entre elles pour donner un aspect clinique inhabituel d'une pathologie courante.

Sachant que la population mondiale vieillit, nous aurons de plus en plus de patients âgés à suivre, et avec



eux leurs comorbidités. Gardons à l'esprit que ces pathologies peuvent interagir entre elles et qu'elles n'apparaîtront que rarement face à nous en consultation «comme dans les livres». Essayons également de rester systématique et de penser au plus prévalent en premier lieu dans notre pratique de médecine générale, avant d'évoquer des syndromes plus rares comme le RS3PE dans notre exemple.

Bibliographie

1. Wendling D, Verhoeven F, Prati C., Le RS3PE syndrome ou polyarthrite aiguë œdémateuse bénigne du sujet âgé, Revue du Rhumatisme, vol 86, juin 2019, pp 195-198.
2. Hénique H., Évaluation de la prise en charge et du pronostic du syndrome RS3PE. Thèse pour le doctorat de médecine soutenue le 8 octobre 2015.
3. Varshney AN, Singh NK., Syndrome of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: a case series, J Postgrad Med. Jan-Mar 2015; 61 (1): 38-41.