



Cas clinique

Sclérite chronique révélant une polyarthrite rhumatoïde chez un jeune homme malgache

Chronic scleritis revealing a rheumatoid polyarthritis in a malagasy young man

SJN Ratsimbazafy*¹, MH Randrianarivony², HA Razafindrazaka², M Hariniaina Rakotoarisoa²,
SA Ralamboson¹, HMD Vololontiana²

Résumé

Résumé : La sclérite est rarement révélatrice d'une polyarthrite rhumatoïde. Nous voudrions illustrer à travers cette observation l'importance du dépistage précoce d'une polyarthrite rhumatoïde devant une sclérite chronique. Un homme de 31 ans, sans antécédent particulier, qui était référé en consultation en médecine interne pour une sclérite antérieure gauche chronique. Sa maladie débutait un an avant la consultation par un œil rouge douloureux gauche avec photophobie et hémicrânie homolatérale, diagnostiqué comme une sclérite antérieure nodulaire qui était résistant aux traitements locaux et à la corticothérapie générale. Le reste de l'examen ne présentait aucune anomalie notable. La biologie objectivait une forte positivité des anticorps anti-CCP2 à 32 UI/ml (<7) sans syndrome inflammatoire (NFS-plaquettes, CRP, VS, électrophorèse des protéines sériques normales) et une sérologie (VIH, hépatite B et C) négative. L'examen radiologique était normal. Il avait bénéficié d'un méthotrexate jusqu'à 25 mg par semaine et d'une corticothérapie à 1 mg/kg par jour. La maladie s'aggravait par une polyarthrite touchant les métatarso-phalangiennes et les interphalangiennes à prédominance droite. Une azathioprine de 100 mg par jour était rajoutée entraînant une disparition de

la sclérite dès la quatrième semaine de traitement. Pourtant, les symptômes articulaires persistaient et le taux de l'anticorps anti-CCP2 s'élevait jusqu'à 210 UI/ml. L'association d'hydroxychloroquine (6,5 mg/kg/jour), sulfasalazine (2000 mg/jour) et méthotrexate (25 mg/semaine) engendrait une évolution spectaculaire par la disparition des symptômes arthritiques constatée après deux semaines de traitement. Devant toute sclérite chronique, penser à une maladie systémique telle que la polyarthrite rhumatoïde.

Mots-clés : Polyarthrite rhumatoïde, sclérite, anti-CCP2, azathioprine.

Abstract

Scleritis is rarely the first sign of rheumatoid arthritis. We would like to illustrate with this observation the importance of early detection of rheumatoid arthritis in patient who has chronic scleritis. A 31-year-old man, no past medical history, who consulted in internal medicine for chronic anterior left scleritis. His disease began one year before consultation by a left painful red eye with homolateral photophobia and hemicranias. Ophthalmology examination diagnosed a nodular anterior scleritis. The topic treatments and oral corticosteroids had no consequence. The other examination was normal. Biology showed a most

positivity of anti-CCP2 antibody to 32 IU / ml (<7) without inflammatory syndrome (NFS-platelets, CRP, VS, serum protein electrophoresis normal) and serology was negative (HIV, hepatitis B and C). X-ray examination was normal. He had methotrexate up to 25 mg per week and corticosteroids at 1mg/kg per day. Evolution was worse with arthritis flare in the metatarsophalangeal and interphalangeal. We added at his treatment an azathioprine of 100 mg daily. Scleritis was disappeared after fourth weeks. However, the rheumatic symptoms persisted and the anti CCP2 antibody's increased up to 210 UI/ml. The association of hydroxychloroquine (6,5 mg/kg daily), sulfasalazine (2000 mg daily) and methotrexate (25mg per week) gave a good evolution in arthritic symptom two weeks after the treatment. So, think a systemic disease such as a rheumatoid arthritis in the presence of chronic scleritis.

Key words: Rheumatoid arthritis, scleritis, anti-CCP2, azathioprine.

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques avec une prévalence de 0,5 à 1% de la population générale [1]. L'atteinte oculaire notamment la sclérite est rarement rencontrée au cours de cette pathologie mais sa présence témoigne une gravité potentielle de la maladie [2]. Nos objectifs sont de rapporter un cas de sclérite antérieure chronique révélant une PR et de souligner l'importance du dosage systématique des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés de 2ème génération (anti-CCP2) chez les sujets souffrant de sclérite chronique résistante aux traitements locaux.

Cas clinique

Un homme de 31 ans, sans antécédent particulier notamment rhumatologique, présentait un œil rouge douloureux gauche avec une photophobie et une douleur périorbitaire homolatérale évoluant

depuis un an avant sa consultation, sans notion de traumatisme oculaire en absence de signe extra-oculaire. L'examen ophtalmologique révélait une sclérite antérieure nodulaire de l'œil gauche (Figure 1). Il avait bénéficié de traitements locaux et d'une corticothérapie générale sans aucune amélioration. Il était référé pour une consultation en médecine interne. L'examen physique ne présentait qu'un œil rouge gauche douloureux sans perturbation de la vision. Le bilan inflammatoire (hémogramme sanguin, protéine C réactive (CRP), vitesse de sédimentation des hématies (VS) et électrophorèse des protéines sériques) était normal. Les bilans hépatique et rénal étaient normaux. Les sérologies virales (VIH et des hépatites B et C) étaient négatives. L'analyse des urines était normale. La recherche d'anticorps anti-nucléaires était négative. Le facteur rhumatoïde (FR) était normal (10 UI/ml) tandis que le dosage des anti-CCP2 était positive à 32 UI/ml (N<7). L'échographie et la radiographie articulaires étaient normales. La radiographie du thorax était également normale. Le diagnostic d'une sclérite rhumatoïde était retenu devant une forte positivité des anticorps anti-CCP2. Il avait bénéficié d'une corticothérapie à 1 mg/kg par jour à dose dégressive associée au méthotrexate à 10 mg par semaine jusqu'à une dose optimale de 25 mg par semaine en six semaines n'ayant entraîné aucune amélioration. Deux mois plus tard, des manifestations rhumatologiques apparaissaient à type de poussée arthritique touchant les métacarpo-phalangiennes, les interphalangiennes des deux mains plus marquées à droite avec un Squeeze test positif. La radiographie des mains et des pieds était normale. L'anti-CCP2 s'élevait à 120 UI/ml. De l'azathioprine 100 mg par jour (dose équivalente à 2 mg/kg/j) était rajoutée, qui entraînait, au bout de quatre semaines de traitement, une disparition des signes oculaires avec un examen ophtalmologique normal (Figure 2). Pourtant, les signes inflammatoires articulaires s'aggravaient et le taux de l'anticorps anti-CCP2 augmentait à 210 UI/ml. Le rajout d'hydroxychloroquine (6,5 mg/kg par jour) et du sulfasalazine (jusqu'à 2000 mg par jour) avec le méthotrexate engendrait une évolution spectaculaire

marquée par la disparition des symptômes articulaires après deux semaines de traitement.

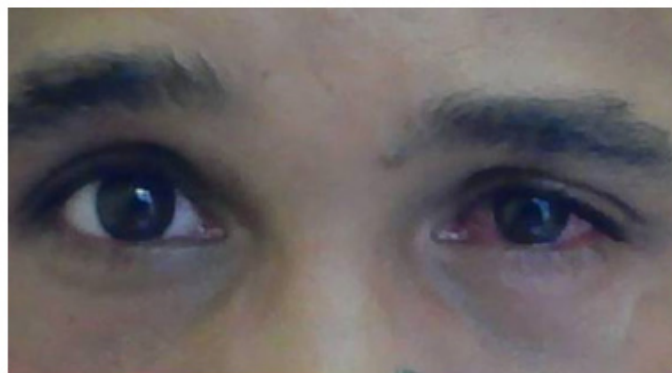


Figure 1 : Œil gauche objectivant une sclérite antérieure nodulaire à l'examen ophtalmologique

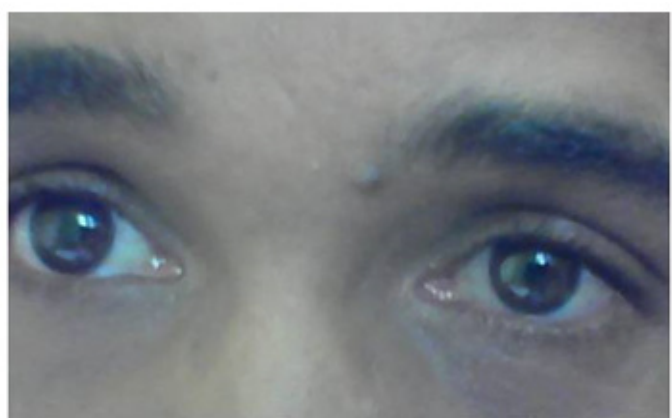


Figure 2 : Disparition de la rougeur oculaire gauche après traitement par azathioprine avec un examen du fond d'œil normal.

Discussion

La PR affecte approximativement 0,5 à 1% de la population mondiale [1]. L'atteinte oculaire est variable selon les auteurs. Elle est fréquente (81,9%) d'après l'étude de Lehlou avec une rareté de sclérite (1,9%) [2]. Mais Kouakou ne l'a pas retrouvée que dans 37,5 % de cas [4]. Les sclérites apparaissent le plus souvent plusieurs années après le diagnostic de la PR mais elles peuvent être rarement révélatrices surtout dans leurs formes diffuses et nodulaires [5]. L'unicité de notre cas ne permettait pas la comparaison avec la littérature mais il pourrait constituer un supplément de données sur le diagnostic et le traitement d'une sclérite rhumatoïde. En effet, la sclérite était au début isolée dans notre cas alors que

le taux de l'anticorps anti-CCP2 était déjà à 4,5 fois la valeur normale. Et c'était tardivement que la poussée d'arthrite était apparue. La difficulté diagnostique de ce cas repose sur l'absence de manifestation rhumatologique au début de la maladie. L'anticorps anti-CCP2 est un marqueur plus précoce d'une PR et pouvant être détecté longtemps avant l'apparition des symptômes arthritiques [6]. Notre patient avait bénéficié d'une méthotrexate jusqu'à une dose de 25 mg par semaine associée à une corticothérapie de 1 mg/kg/j à dose dégressive. Cependant, aucune amélioration n'avait pas été constatée au bout de six semaines. Devant cet échec thérapeutique, nous avons rajouté de l'azathioprine à 2 mg/kg/j qui avait entraîné la disparition des symptômes oculaires avec un examen ophtalmologique normal après quatre semaines de traitement. Par ailleurs, une triple association thérapeutique par l'hydroxychloroquine, le sulfasalazine et le méthotrexate engendrait une évolution spectaculaire des signes articulaires. La Société Française de Rhumatologie a recommandé en 2014 le début sans délai du traitement de fond par méthotrexate jusqu'à une dose optimale en quatre à huit semaines et a proposé, lors d'une efficacité insuffisante, un autre traitement de fond conventionnel ou leur association ou bien une biothérapie en cas d'échec [7,8]. Ajdid Dassié J et ses collaborateurs ont montré l'efficacité de l'anti-TNF alpha sur la sclérite rhumatoïde [9]. La commission de la transparence de la Haute Autorité de Santé avait souligné la place de l'azathioprine dans le traitement des formes systémiques extra-rhumatismales de la polyarthrite rhumatoïde [10]. Et devant l'inefficacité de cette molécule sur les manifestations articulaires et du fait de l'inaccessibilité des biothérapies pour notre patient, nous avons administré l'hydroxychloroquine et la sulfasalazine en association avec la méthotrexate vue la non-infériorité de cette trithérapie par rapport à l'association biothérapie anti-TNF (étanercept) + méthotrexate qui était démontrée à court terme (48 semaines) [10].

Conclusion

Une sclérite rhumatoïde est une forme extra-articulaire grave de la polyarthrite rhumatoïde. Elle devrait être recherchée devant toute sclérite chronique résistant aux traitements locaux. Son diagnostic repose essentiellement sur un bilan immunologique notamment devant une forte positivité des anticorps (anti-CCP2 et ou FR). Un traitement de fond par immunosuppresseur ou par biothérapie est nécessaire devant cette situation. Une collaboration entre ophtalmologue et rhumatologue et ou interniste doit être systématique pour éviter des complications majeures.

*Correspondance

Solohery Ratsimbazafy

solohersimbazafy@gmail.com

Disponible en ligne : 05 Octobre 2021

- 1 : Service de Médecine interne du Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo
- 2 : Service de Médecine interne de l'Hôpital Universitaire Joseph Raseta de Befelatanana Antananarivo.

© Journal of african clinical cases and reviews 2021

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum* : 2006 ; 36 :182–188.
- [2] Neerav L, Stacey Lee, Hina Chaudhry, Stephen Foster C. A review of the ocular manifestations of rheumatoid arthritis. *Cogent Medicine* : 2016 ; 3 : 1243771.
- [3] Lehlou L, Alami B, Akkar O, Sekhsoukh R, Ichchou L. Prévalence et facteurs de risque des manifestations

- ophtalmologiques au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *VIe Congrès International d'Épidémiologie / Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* : 2014 ; 62 ; 5 : S22.
- [4] Kouakou ESCL, Diomandé M, Yao JC, Kodio B et al. Manifestations oculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde: à propos de 24 cas vus à Abidjan. *Mali medical*: 2014 tome XXIX, 3; 33-35.
- [5] Gabison E, Hoang-Xuan T. Sclérite : quand évoquer une pathologie systémique ? *Journal français d'ophtalmologie* : 2010 ; 33 : 593-598.
- [6] Van Venrooij WJ, van Beers JJ, Pruijn GJ. Anti-CCP antibody, a marker for the early detection of rheumatoid arthritis. *Ann N Y Acad Sci* : 2008 ;1143 :268–285.
- [7] Gaujoux-Vialaa C, Gossecb L, Cantagrel A, Dougados M et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spin* : 2014 : 1297-1319.
- [8] Loung Ba K, Gabay C. Traitement de fond de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Med Suisse* : 2014 ; 10 : 595-602.
- [9] Ajdid Dassié J, Tazi O, Mahieu L, Mathi A. Sclérite antérieure et polyarthrite rhumatoïde sous traitement anti-TNF alpha : à propos d'un cas. *J. Fr. Ophtalmol* : 2009 ; 32 ; 1: 1s222.
- [10] Avis de commission de transparence en juillet 2014. Traitements de fond non biologiques de la polyarthrite rhumatoïde (hors méthotrexate et léflunomide). Haute Autorité de Santé : 2015.<http://www.has-sante.fr>

Pour citer cet article :

SJN Ratsimbazafy, MH Randrianarivony, HA Razafindrazaka, M Hariniaina Rakotoarisoa, SA Ralamboson, HMD Vololontiana. Sclérite chronique révélant une polyarthrite rhumatoïde chez un jeune homme malgache. *Jaccr Africa* 2021; 5(4): 11-14