

Le diagnostic de ces tableaux cliniques complexes passe avant tout par une anamnèse systématique et un examen clinique approfondi

# Arthrite fébrile et lésions cutanées

Dr méd. Élodie Zürcher<sup>a</sup>, Prof. Dr méd. Federico Balagué<sup>b</sup>, Prof. Dr méd. Jean Dudler<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service des urgences, Hôpital fribourgeois, Fribourg; <sup>b</sup> Service de rhumatologie, Hôpital fribourgeois, Fribourg

## Description du cas

Cette patiente de 73 ans est adressée à la polyclinique de rhumatologie en raison de l'apparition insidieuse d'arthralgies, d'œdèmes des membres inférieurs et de lésions cutanées dans un contexte d'état fébrile intermittent.

Rapidement, elle se plaint de douleurs articulaires ayant débuté il y a 3 semaines, au niveau des pieds et des chevilles pour finalement s'étendre à toutes les articulations, y compris les poignets, les coudes, les épaules et un genou. Les douleurs sont clairement inflammatoires avec des douleurs nocturnes et une raideur matinale de plus de deux heures. La patiente a présenté également à plusieurs reprises un état fébrile jusqu'à 38,5 °C, plutôt matinal. Finalement, elle note l'apparition de multiples nodules cutanés douloureux sur tout le corps, nodules qu'elle décrit comme des «noisettes». Elle ne rapporte par contre aucune myalgie ou symptôme qui pointer

aient vers une piste infectieuse spécifique. Elle n'a pas quitté le canton depuis les 20 dernières années, et hormis une mauvaise dentition, il n'y a pas d'éléments pour un contagio infectieux. Elle est plutôt en bonne santé et est uniquement traitée pour une hypertension artérielle et substituée pour une hypothyroïdie.

À l'examen clinique, on met en évidence une polyarthrite franche et symétrique touchant les épaules, les coudes, les poignets, plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes, un genou, une cheville et quelques articulations métatarso-phalangiennes. Elle est aussi couverte de multiples nodules cutanés, rouges et douloureux à la palpation, touchant principalement les membres inférieurs, mais aussi les membres supérieurs, la face et le décolleté. Le dos et l'abdomen sont par contre épargnés (fig. 1). Le reste de l'examen clinique est peu contributif en l'absence d'adénopathie ou de signes d'une atteinte pulmonaire, cardiovasculaire, digestive ou neurologique.



**Figure 1:** Multiples lésions cutanées nodulaires inflammatoires sur les membres inférieurs, les membres supérieurs et même la main.



Élodie Zürcher

Le laboratoire du médecin traitant démontre un syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 60 mm/h et une CRP à 30 mg/l. La formule sanguine simple est normale, et il n'y a pas d'altération des transaminases ou de la créatinine.

**1. Chez cette patiente âgée avec un tableau de polyarthrite fébrile associée à des lésions cutanées, quelles première impression et attitude défendez-vous?**

- a) Une arthrite fébrile est septique jusqu'à preuve du contraire: hospitalisation en urgence avec traitement antibiotique empirique.
- b) Une arthrite fébrile polyarticulaire avec lésions cutanées, en particulier subaiguë, est généralement d'origine virale: traitement symptomatiquement par AINS.
- c) Une polyarthrite symétrique avec nodules est, pour une simple question de prévalence, une polyarthrite rhumatoïde nodulaire classique: prévoir les examens nécessaires.
- d) Ce tableau clinique est atypique: mérite un bilan approfondi.
- e) Une polyarthrite fébrile est fréquente chez les personnes de plus de 70 ans et ne nécessite pas d'investigation

Si une monoarthrite fébrile est septique jusqu'à preuve du contraire, une atteinte polyarticulaire est rarement septique, au pire oligoarticulaire et certainement pas polyarticulaire et symétrique. Une polyarthrite fébrile aiguë est par contre fortement suspecte d'être d'origine virale jusqu'à preuve du contraire. Toutefois, les lésions cutanées sont atypiques, peu évocatrices d'une éruption virale et la progression parle contre une telle étiologie, les atteintes virales étant généralement autolimitées.

La polyarthrite rhumatoïde ne fait pas de fièvre à 38,5 °C, mais éventuellement un état subfébrile, et les nodules rhumatoïdes sont non inflammatoires, indolores, et prédominent aux faces d'extension et sur les points d'appuis, ce qui ne correspond visiblement pas aux lésions observées.

Finalement, une fois exclue une atteinte virale ou microcristalline, le diagnostic différentiel d'une polyarthrite fébrile à  $\geq 38,5$  °C est limité à des maladies systémiques rares, vasculites ou maladies auto-inflammatoires. Chez cette patiente présentant une polyarthrite hautement fébrile et des lésions cutanées atypiques, un bilan approfondi est certainement indiqué.

**2. Quelle est à ce moment l'approche diagnostique la plus pertinente pour assurer un diagnostic?**

- a) Ponction articulaire
- b) Biopsie cutanée
- c) CT thoraco-abdomino-pelvien
- d) PET-scan
- e) FAN, antinucléosomes et ANCA

Dans le cas présent, une ponction articulaire n'apporte que peu d'informations additionnelles. Il n'y a aucun doute qu'il s'agit bien d'un problème inflammatoire, et

la probabilité de retrouver un germe ou des cristaux quelconques permettant un diagnostic formel et définitif est quasi nulle.

Les lésions cutanées présentées par la patiente sont très suggestives d'un érythème noueux, même si la présentation est un peu atypique en termes d'extension de l'atteinte. Toutefois, l'érythème noueux n'est qu'un type parmi d'autres de panniculite avec chacune leurs caractéristiques et étiologies spécifiques. Il est donc important de confirmer le type histologique exact de l'atteinte cutanée, et la biopsie cutanée reste un geste simple et finalement peu invasif.

S'il est toujours tentant de demander un CT thoraco-abdomino-pelvien en présence d'une problématique peu claire, en particulier avec un syndrome inflammatoire, le rendement est faible. En effet, si les cancers sont fréquents chez les patients symptomatiques avec vitesse de sédimentation élevée (70/790 cas dans une étude), les cancers occultes sont très rares (2/790) et il existe quasiment toujours des signes locaux directs (68/70).

La même problématique est certainement vraie pour le PET-scan, même si nous avons encore moins d'évidence sur son apport réel dans cette situation, sans oublier les problèmes d'irradiation plus importante et de remboursement. Si l'un des intérêts du PET-scan dans les syndromes inflammatoires pourrait être la mise en évidence une atteinte des gros vaisseaux, bénéfique encore discuté, le tableau clinique présenté n'est pas du tout évocateur d'une telle pathologie dans ce cas.

Pour terminer, il n'y a dans le cas présent aucun élément vraiment suggestif d'une connectivite ou d'une vasculite à ANCA, et la probabilité d'avoir des anticorps antinucléaires à peine augmentés chez une personne âgée est relativement haute. Il est peu probable que l'apport de l'un de ces tests soit décisif, et au contraire probable que des taux limites nous poussent simplement à faire plus d'examens sans apport réel.

Dans le cas présent, la biopsie cutanée démontrait une atteinte de type panniculite lobulaire avec un infiltrat lymphohistiocytaire, sans évidence de réaction granulomateuse, neutrophiles ou lymphocytes atypiques, image histologique parlant plutôt en faveur d'une pan-artérite noueuse ou d'une vasculite nodulaire que d'un érythème noueux avec panniculite septale.

**3. Quelle est l'étiologie la plus probable de la polyarthrite et des lésions cutanées chez cette patiente ?**

- a) Sarcoïdose
- b) Crohn
- c) Un médicament
- d) Une infection (en particulier streptocoques ou BK)
- e) Autre

Les étiologies les plus fréquentes d'un érythème noueux sont effectivement les infections (streptocoques, tuberculose, infection respiratoires supérieures, yersiniose), les médicaments (contraception orale, pénicilline, sulfamides), quelques maladies systémiques et en particulier la sarcoïdose et les maladies inflammatoires du tube digestif, et la grossesse, même si dans plus de la moitié des cas aucune cause n'est retrouvée. Toutefois, dans le cas présent, la biopsie a démontré qu'il ne s'agissait pas d'un érythème noueux, mais bien d'une panniculite d'un autre type, soulignant l'importance de la biopsie cutanée sauf dans des cas tout à fait clairs.

Le diagnostic a finalement simplement été fait sur la formule sanguine, mais complète qui démontrait une discrète anémie, thrombopénie, et surtout une leucocytose modérée à 14 G/l avec 54% de blastes, anomalie qui a amené au diagnostic final de leucémie myéloïde aiguë myélomonocytaire (LMA).

**4. Finalement, cette patiente souffre d'une LMA qui se présente sous forme d'une polyarthrite fébrile avec des lésions cutanées. Quelle présentation aurait été plus typique et mériterait qu'on évoque systématiquement un diagnostic de leucémie ?**

- a) Polyarthrite rhumatoïde
- b) Goutte
- c) Chondrocalcinose
- d) Fracture pathologique
- e) Ostéonécrose

Un cancer, en particulier une leucémie ou un lymphome, peut certainement se manifester sous la forme d'une polyarthrite rhumatoïde, en particulier chez l'enfant. Par contre, chez l'adulte, cette association est rare et ne mérite pas d'être systématiquement recherchée. Une goutte aurait été une manifestation beaucoup plus classique pour une maladie lymphoproliférative. Si des 90% des gouttes sont le fait d'un déficit d'excrétion rénale, 10% ont pour origine une surproduction d'acide urique, classiquement une leucémie ou autres maladies lymphoprolifératives. Dans le cas présent, l'acide urique était déjà à 405 µmol/l et en présence d'une hyperuricémie, il faut faire une formule sanguine pour exclure ce diagnostic.

L'âge de la patiente est certainement compatible avec la présence d'une chondrocalcinose, mais sans relation avec le diagnostic oncologique.

Les leucémies font peu de lésions focales ostéolytiques, mais peuvent prédisposer ou participer à une ostéopénie – ostéoporose avec des fractures secondaires. Toutefois, mis à part le myélome, ce mode de présentation est rare et on ne recherchera pas une leucémie devant chaque fracture potentiellement atypique.

De même, si on peut imaginer qu'une ostéonécrose résulte d'une thrombose localisée dans un contexte de leucostase extrême, les ostéonécroses sont en général d'origine idiopathique ou liées à la prise de corticoïdes ou d'alcool, et une leucémie ne doit certainement pas être évoquée systématiquement.

**5. Cette patiente se présente avec un tableau rhumatologique dans un contexte paranéoplasique. Dans quelle présentation rhumatologique classique faut-il faire systématiquement une recherche extensive de cancer?**

- a) Polyarthrite rhumatoïde de la personne âgée
- b) Lombosciatalgie
- c) Dermatopolymyosite
- d) Arthralgies et syndrome inflammatoire
- e) Polymyalgia rheumatica

Bien que l'on évoque fréquemment un cancer sous-jacent dans le cas d'une polyarthrite rhumatoïde, en particulier séronégative, le cas est extrêmement rare et il n'y a certainement pas d'indication à rechercher systématiquement un cancer en l'absence d'une anamnèse ou d'un élément clinique évocateur. De même, si la recherche de «red flags» doit être systématique en cas de lombalgies ou lombosciatalgie, il n'y a de toute manière pas d'indication à faire d'autres examens qu'une radiographie ou une IRM rachidienne dans le pire des cas.

Par contre, toute dermatopolymyosite chez l'adulte mérite pour l'instant une recherche systématique et extensive de cancer de par leur association extrêmement fréquente, attitude générale qui sera probablement mieux codifiée dans les années à venir avec le développement de nouveaux auto-anticorps très spécifiques fortement associés aux dermatopolymyosites paranéoplasiques.

Comme noté précédemment, si les cancers sont fréquents chez les patients symptomatiques avec vitesse de sédimentation élevée, il existe quasiment toujours des signes locaux directs et une recherche systématique de cancer n'est probablement pas judicieuse en l'absence d'élément clinique suggestif. Finalement, la polymyalgia rheumatica n'est pas une manifestation paranéoplasique reconnue. Néanmoins, il s'agit finalement d'une présentation peu spécifique et, à nouveau, la recherche systématique d'éléments cliniques suggestifs est certainement appropriée, mais pas une recherche de cancer en soi.

## Discussion

En conclusion, les manifestations rhumatologiques systémiques, fébriles ou non, font très souvent évoquer une problématique septique ou oncologique avec,

comme corollaire, de nombreux examens radiologiques et biologiques. Toutefois, une polyarthrite fébrile est rarement septique, et une polyarthrite rhumatoïde ou une connectivite ne sont en général que subfébriles au pire.

De même, si une affection paranéoplasique est fréquemment évoquée, en particulier en présence d'un syndrome inflammatoire, le rendement d'une recherche systématique extensive est misérable et, mis à part le cas de la dermatopolymyosite, aucun tableau rhumatologique ne devrait faire l'objet d'une recherche systématique de cancer, en tout cas initialement en l'absence d'antécédents oncologiques.

Le diagnostic de ces tableaux cliniques complexes passe avant tout par une anamnèse systématique et un

examen clinique approfondi à la recherche d'indices, comme dans le cas présent avec une simple formule sanguine complète.

#### Disclosure statement

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.

#### Références

- 1 Sox HC, Liang MH. The erythrocyte sedimentation rate. Guidelines for rational use. *Ann Intern Med.* 1986;104(4):515–23.
- 2 Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Fam AG. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2000;14(3):515–33. Review. PMID: 10985984 [PubMed – indexed for MEDLINE] Related citations.
- 3 Rheumatic syndromes: clues to occult neoplasia. Naschitz JE, Rosner I, Rozenbaum M, Zuckerman E, Yeshurun D. *Semin Arthritis Rheum.* 1999;29(1):43–55. Review. PMID: 10468414 [PubMed – indexed for MEDLINE] Related citations.
- 4 Revaz S, Dudler J, Kai-Lik So A. Fever and musculoskeletal symptoms in an adult: Differential diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2006;20(4):641–51.
- 5 Requena L, Yus ES. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(2):163–83; quiz 184–6.

---

Correspondance:  
Dr méd. Élodie Zürcher  
Service des urgences  
Hôpital fribourgeois  
Chemin des Pensionnats  
CH-1708 Fribourg  
elodie.zuercher[at]h-fr.ch

---

**Réponses:** Question 1: d. Question 2: b. Question 3: e.  
Question 4: b. Question 5: c.

---