

Prise en charge chirurgicale d'un poignet rhumatoïde
chez un goutteux: à propos d'un cas.

Randriambololona VH^{1*}, Randrianirina A², Razaka AI³,
Ralahy MF⁴, Rabemazava AZLA⁵, Solofomalala GD⁶,
Razafimahandry HJC⁵

¹Service de Traumatologie Orthopédie et Rééducation Fonctionnelle, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

²Service d'Orthopédie et Traumatologie, CHU Morafeno, Toamasina, Madagascar

³Service de Chirurgie Générale, CHR Antsohihy, Madagascar

⁴Service d'Orthopédie Traumatologie, CHU Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar

⁵Service d'Orthopédie et Traumatologie, CHU JRA, Antananarivo, Madagascar

⁶Service de Chirurgie Générale, CHU Anosiala Antananarivo, Madagascar

Résumé

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la goutte sont deux maladies inflammatoires distinctes pouvant dans de rares cas coexister chez le même patient. Nous rapportons un cas d'association de PR et de goutte localisée au niveau des poignets chez un homme de 63 ans. Il présentait un tophus au niveau de la face dorsale de la main gauche incluant les tendons extenseurs associé à une luxation dorsale de la tête ulnaire plus marquée à gauche et des synovites articulaires des mains à l'origine d'une impotence fonctionnelle douloureuse. Les examens biologiques et la radiographie confirmaient le diagnostic. La prise en charge était multidisciplinaire. Un traitement médical adapté, la chirurgie basée sur la technique de Sauvé-Kapandji et la kinésithérapie donnaient de bons résultats fonctionnels.

Mots clés: Equipe soignante; Goutte; Poignet; Polyarthrite rhumatoïde

Titre en Anglais: Surgical taking care of a rheumatoid wrist in a gout patient.

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) and gout are two inflammatory diseases distinct that may in rare cases coexist in the same patient. We report a case of association of RA and gout localized in the wrists in a 63-year-old man. He had tophus on the dorsal surface of the left hand including the extensor tendons associated with a dorsal dislocation of the ulnar head more marked on the left and articular synovitis of the hands causing painful functional impotence. Laboratory tests and x-rays confirmed the diagnosis. Management was multidisciplinary. Adapted medical treatment, surgery based on the Sauvé-Kapandji technique and physiotherapy gave good functional results.

Key words: Gout; Patient care team; Rheumatoid arthritis; Wrist

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la goutte sont deux maladies inflammatoires, la première étant à prédominance féminine et la seconde à prédominance masculine (95%), pouvant se localiser au niveau du poignet [1,2]. L'association PR et goutte est rarement rencontrée. Nous rapportons un cas de polyarthrite rhumatoïde associée à une goutte localisée au niveau des poignets, l'objectif étant de discuter les aspects thérapeutiques et évolutifs de cette association complexe.

Observation

Notre patient était un homme de 63 ans, présentant un poignet rhumatoïde bilatéral avec un tophus goutteux de la face dorsale de la main gauche incluant les tendons extenseurs. A l'examen clinique, il présentait une douleur, une déformation des poignets, une déformation du 5^{ème} doigt en « maillet », une luxation dorsale de la tête ulnaire plus marquée à gauche, un tophus du dos de la main gauche, des synovites articulaires des faces dorsales métacarpo-phalangiennes des mains et un déficit de l'extension des 3^{ème}, 4^{ème}, et 5^{ème} doigts. La biologie confirmait le diagnostic avec élévation du facteur rhumatoïde (41UI/ml) et de l'acide urique (556µmol/l) associée à un syndrome inflammatoire biologique (CRP à 18mg/ml). La radiographie montrait une luxation cubito-carpienne, une dislocation radio-ulnaire distale des deux poignets et des destructions articulaires multiples carpiennes, carpo-



Fig.1: Radiographie de contrôle: technique de Sauvé-Kapandji

métacarpiennes et interphalangiennes. Un traitement médical associé à la chirurgie était institué. Pour la prise en charge médicale des deux entités pathologiques, un hypouricémiant, du méthotrexate et des antalgiques étaient administrés. Pour ce qui est de la chirurgie, compte tenu de l'importance des lésions et des gênes, le poignet gauche était opéré en premier avec exérèse du tophus, synovectomie des extenseurs distaux, ténorraphie des extenseurs, remise en place de l'extenseur ulnaire du carpe et arthrodèse radio-ulnaire distale après résection métaphysaire de l'extrémité distale de l'ulna selon Sauvé et

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: suitorza@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service de Traumatologie Orthopédie et Rééducation Fonctionnelle, CENHOSOA, Antananarivo, Madagascar

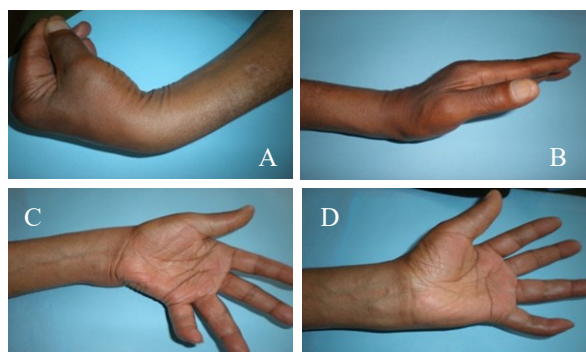


Fig.2: Evolution clinique: A- Flexion de la main B- Extension de la main C- Inclinaison ulnaire D- Inclinaison radiale

Kapandji (Figure 1). Les Suites opératoires étaient simples avec une durée d'hospitalisation de 10 jours. La rééducation fonctionnelle était débutée à partir de la 3^{ème} semaine avec travail de la prono-supination, de la flexion-extension du poignet et des doigts. Au recul de 12 mois, le poignet gauche était bien axé et stable. Le mouvement de pronation-supination était satisfaisant avec une amélioration de la mobilité du poignet et de l'extension des doigts (Figure 2). L'intervention du poignet droit n'avait pu être effectuée faute de moyen.

Discussion

La prévalence de la PR varie de 0,3 à 0,8% dans les pays développés avec 0,4% pour la France et celle de la goutte est de 3% environ dans le monde chez l'adulte [1,3]. Le sex-ratio est de 1 homme sur 3 femmes et le pic de fréquence se situe à la quarantaine, mais cette pathologie peut atteindre tous les âges y compris l'enfant [4]. Ce sont deux types distincts d'arthrite inflammatoire avec des caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques différentes [5-7]. Un traitement de fond adapté est institué pour ralentir la dégradation articulaire. Ce traitement consiste en l'administration de méthotrexate, de sulfasalazine et de ciclosporine. A noter également que l'arsenal thérapeutique s'est enrichi de nouvelles molécules à base d'immunosuppresseur tel que le léflunomide ou d'anticorps monoclonal anti-TNF tel que l'Infliximab [8]. Une chirurgie précoce est indiquée pour le poignet rhumatoïde. Les différentes méthodes sont la synovectomie-réaxation-stabilisation, la ténosynovectomie, la synovectomie radio-

ulnaire distale (Sauvé-Kapandji, Darrach, Bowers) et les arthrodèses partielles [9]. Concernant la goutte, la localisation au poignet est rare (0,8 à 2%). Le traitement médical comprend un régime hygiéno-diététique associé à un traitement symptomatique et un traitement hypouricémiant (allopurinol). Le traitement chirurgical est indiqué pour les lésions anatomiques. Il s'agit d'abord de stabiliser chirurgicalement le poignet. Ultérieurement, chez un patient équilibré sur le plan général (goutte et PR), les doigts peuvent être pris en charge d'où l'intérêt de la multidisciplinarité. Des études randomisées ont analysé l'association de la polyarthrite rhumatoïde et de la goutte sans donner d'incidence exacte [10].

Conclusion

L'association de la polyarthrite rhumatoïde avec la goutte est rare mais grave. Sa prise en charge devrait être précoce et multidisciplinaire. Les lésions anatomiques sont fréquentes à un stade évolué et font la gravité de cette association. L'arsenal thérapeutique est large et en progrès tant du point de vue médical que chirurgical. Et la technique de Sauvé-Kapandji donne de bons résultats fonctionnels.

Références

- 1- Merdler-Rabinowicz R, Tiosano S, Comaneshter D, Cohen AD, Amital H. Comorbidity of gout and rheumatoid arthritis in a large population database. *Clin Rheumatol* 2017; 36: 657- 60.
- 2- Cotten A, Flipo RM, Domondion X. Goutte. *Encycl Méd Chir* 2001;31-315-A-10:11-5.
- 3- Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P. Prevalence of rheumatoid arthritis in France. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: -30.
- 4- Leirisalo-Repo M. Fibromyalgie. *Collège américain de rhumatologie*, 1990.
- 5- Jebakumar A, Udayakumar PD, Crowson CS, Matteson EL. Occurrence of gout in rheumatoid arthritis: it does happen! A population-based study. *Int J Clin Rheumatol* 2013; 8: 433-37.
- 6- Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T, et al. 2012 American college of rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res* 2012; 64:1431-46.
- 7- Haddani FZ, Guich A, Boudhar EM, Youssoufi T, Hassiko H. Association polyarthrite rhumatoïde et goutte : à propos de deux cas. *Rev Mar Rhum* 2020; 53: 50-2.
- 8- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA. La polyarthrite rhumatoïde. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- 9- Schernberg F. Chirurgie des affections dégénératives du poignet. *Encycl Méd Chir*, Ed Elsevier, Paris, Techniques Chirurgicales Orthopédie-Traumatologie, Fasc 44356, 1999.
- 10- Jeandel P, Chouc PY, Laroche R. Rhumatologie en Afrique Noire. *Médecine d'Afrique Noire* 1991; 38: 53-61.