

Avertissement: Notes prises au vol...erreurs possibles...prudence

Mardi 6 octobre 2015

Hôpital cantonal de Genève

Arthrites réactionnelles: réactions inflammatoires ou vraie infection ?

Prof. A. Finckh

Une arthrite réactionnelle est classiquement aseptique, et induite par une infection bactérienne dans un autre organe. Typiquement c'est le syndrome oculo-urethro-synovial dit de « Fiessinger-Leroy-Reiter » des français, ou plus simplement syndrome de Reiter chez nous...

Pour mémoire, on rappellera que Hans Conrad Julius Reiter (né le [26 février 1881](#) à [Reudnitz](#) près de [Leipzig](#) en [Allemagne](#) - mort en [1969](#) à [Cassel](#)) était un [médecin allemand](#), SS, qui a participé activement aux expériences médicales menées dans les [camps de concentration](#) de l'[Allemagne nazie](#). Qu'il a effectué des essais sur les prisonniers du camp de [Buchenwald](#), qui causèrent la mort d'au moins 250 personnes. Il aurait aussi été impliqué dans un programme imposé de [stérilisation](#) et d'[euthanasie](#), bien qu'il s'en soit défendu lors de son interrogatoire.(Wiki)



Ce serait donc lui faire trop d'honneur que de l'immortaliser en appelant un syndrome par son nom et nous nous en tiendrons donc au « syndrome oculo-uréthro-vertébral » (SOUV), comme l'a proposé un groupe de médecins en 1977 (« No place for Nazis in medicine », dans [New Scientist](#), no 2252, 22 octobre 2005, p. 6).

On pourrait dire aussi syndrome de « Reiter le Salaud » histoire de nous rappeler que l'on peut être médecin tout en étant cupide, lâche, tricheur et foncièrement méchant...mais évidemment ce n'est très correct politiquement...

Les arthrites réactionnelles font partie du groupe des spondylarthropathies, comme la spondylite ankylosante, l'arthrite psoriasique, et d'autres que je n'ai pas eu le temps de noter...

Typiquement elles touchent le jeune adulte (20-30 ans), sous la forme d'une enthésite (les enthèses c'est l'endroit où le collagène des tendons, ligaments, aponévroses... rentrent dans l'os), avec une atteinte axiale et/ou périphérique. Elle s'accompagne de manifestations extra-articulaires (uvéïtes, cardites), et d'un terrain génétique particulier (HLA B27, ou antécédents familiaux).

Actuellement la définition des arthrites réactionnelles tend à devenir moins restrictive, et l'on parle de « arthrites induites par une infection à distance dans d'autres organes »...on a supprimé le terme « bactérienne » pour désigner l'infection...

Le diagnostic différentiel comprend toutes les arthrites septiques, les arthrites post-streptococciques, le SOUV et les arthrites virales...

Pour ce qui est des arthrites réactionnelles bactériennes il s'agit classiquement des arthrites post-dysentériques ou post maladies sexuellement transmises (MST).

Il semble que 2-3% des syndromes dysentériques s'accompagnent d'arthrites réactionnelles et que 60% d'entre elles sont « HLA B 27 + » (contrairement au reste de la population dont 10-15% sont HLA B27 +).

L'incidence des arthrites réactionnelles se situe aux alentours 30-40/100'000 adultes / an...donc ni très rare ni très fréquent...

Les arthrites réactionnelles bactériennes associées au HLA B27 sont dues à:

- Chlamydia
- Uréaplasma
- Clostridium
- Salmonelles
- Shigelles
- Yersinia
- Campylobacter jejune

La question est: s'agit-il d'une infection chronique ou bien d'une arthrite réactionnelle (Reactive arthritis or chronic infectious arthritis? [J Sibia](#), Ann Rheum Dis 2002;61:580-587)...dans cette étude le liquide synovial des patients a été analysé...on y trouve aussi bien du DNA que du RNA bactérien...on parvient même à cultiver le Chlamydia dans le liquide articulaire...

Les germes seraient transportés soit par bactériémie directe, soit par le biais des monocytes dans l'articulation...Soit il y aurait élimination avec arthralgies, soit persistance de débris bactériens ou antigéniques avec une tolérance immunitaire et une atteinte chronique à minima , soit stimulation excessive du système immunitaire avec inflammation synoviale et arthrite...

Le syndrome SOUV (Reiter le Salaud) apparait classiquement dans les semaines qui suivent une MST...

On fait volontiers une échographie des articulations touchées pour confirmer le lieu de l'inflammation (articulaire versus périarticulaire), aussi pour identifier liquide synovial et le ponctionner. On fait volontiers aussi une radiographie des articulations pour exclure une chondrocalcinose ou une spondylarthropathie.

Le liquide synovial est classiquement peu visqueux, trouble, avec de 5-75'000 polynucléaires/ml, et une absence de germes..

On recherchera par PCR les Chlamydia dans les urines, et on fera une culture urogénitale et des selles...Les sérologie sont peu utiles...

Les traitements comportent les AINS avec ou sans infiltration locale, et s'il y a infection traitement antibiotique approprié ainsi que le partenaire.

Un double traitement de rifampicine + doxycycline ou de rifampicine + azithromycine pendant 6 mois, s'est montrée supérieure au placebo, seulement lorsqu'une infection à Chlamydia était présente (pour les autres pas de différences) : 63% des rémissions avec les antibiotiques contre 22% avec le placebo. (« Combination antibiotics as a treatment for chronic Chlamydia-induced reactive arthritis: a double-blind, placebo-controlled, prospective trial. » [Carter JD](#), Arthritis Rheum. 2010 May;62(5):1298-307.)

En ce qui concerne les arthrites réactionnelles postvirales.....n'importe quel virus peut-être concerné mais surtout les virus de l'hépatite B et C, la rubéole, et le vaccin contre la rubéole, les parvovirus, les alpha virus (Chikungunya), le virus de la dengue, le virus Epstein Barr et le virus HIV...



(Ça c'est Michael Epstein et son étudiante Yvonne Barr...qui ont identifié en microscopie électronique ce virus du groupe herpès cause de mononucléose et lymphome de Burkitt... juste pour vous donner le temps de respirer...ils ont meilleur mine que « Reiter le Salaud »...)

Les atteintes sont le plus souvent polyarticulaires et symétriques dans les 15 jours , souvent accompagnées d'un rash cutané transitoire....d'habitude ça guéri tout seul en moins de 3 semaines.

Le suivi des sérologies dans ce cas peut permettre d'identifier le responsable (mais à quel prix ?).

Parfois il y a invasion directe des tissus articulaires par le virus comme dans la rubéole....parfois il y a dépôt de complexes immuns...parfois on parle de mimétisme moléculaire...de dysrégulation minime induite...

On se souvient de la vaccination contre Ebola à Genève (colloque du 17.3.2015) et des arthrites qu'ont présenté 1/4 des participants, en moyenne 11 jours après la vaccination... parfois jusqu'à 3 mois pour certains... (Phase 1 Trials of rVSV Ebola Vaccine in Africa and Europe — Preliminary Report.DOI: 10.1056/NEJMoa1502924, C.A.Siegrist & al.).

Chez ceux ayant accepté une ponction articulaire la PCR était positive pour le virus Ebola, mais il n'y avait pas de répllication à la culture.

En remarquant que les arthrites étaient associées à une chute plus importantes des lymphocytes le lendemain de la vaccination et à une réponse immune plus forte...la présence de complexes immuns circulants semble avoir été le mécanisme physiopathologique le plus probable.

C'est la même chose pour le virus Chikungunya qui infecte 1/3 de la population de l'île de la Réunion...et qui grâce à la présence du moustique tigre sous nos latitudes, peut se transmettre maintenant dans le sud de la France, dans la plaine du Pô et théoriquement même en Argovie où il a été identifié...

Chikungunya c'est la «maladie qui brise les os » ou « maladie de l'homme courbé » car elle occasionne de très fortes douleurs [articulaires](#) associées à une raideur, ce qui donne aux patients infectés une attitude courbée très caractéristique.

Le virus a un tropisme particulier pour la synoviale...Grâce à l'immunité humorale, le virus est éliminé de la circulation sanguine en 48 heures, mais il persiste dans des « sanctuaires » p.ex. les articulations.

Ainsi les patients présentent des arthralgies chroniques comme on en trouve dans les polyarthrites (PR) séronégatives...

A la Réunion, 50% des personnes infectées présentent des arthralgies...surtout s'ils ont plus de 45 ans, s'ils ont une charge virale élevée, et s'ils présentent déjà une arthrose.

Chez le singe, lorsqu'on le déplete en macrophages, il y a moins d'arthrites...chez l'homme il y a une persistance du virus dans l'articulation, il y a une expression élevée de COX2, enzyme permettant la formation de Prostaglandines à partir de l'acide arachidonique et inhibée par les AINS, et il y a arthralgies surtout lorsqu'il y avait des lésions structurelles antérieures .

Il n'y a pas (encore) de vaccin,mais l'infection confère une immunité à vie...Parfois les DMARDs (Disease-modifying antirheumatic drug) comme le Methotrexate peuvent être donné avec succès.

Donc les arthrites réactionnelles ...ça se chevauche...parfois c'est l'agent infectieux qui est présent dans l'articulation (Chlamydia, Rubéole) parfois ce n'est rien qu'une réaction immunologique entretenue par un antigène ou dépôt de complexes immuns (Ebola)....

Pour ceux qui veulent en savoir plus ils peuvent se plonger dans « Closing the gap between viral and noninfectious arthritis », Kate D. Ryman, 5767–5768, doi: 10.1073/pnas.1404206111.



Don't talk to me about joint-pain...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch