



RS3PE au cours d'un syndrome oculo-urethro-synovial*

*Onset of RS3PE during an oculo-urethro-synovial syndrom**

Fall BC¹, Ndao AC³, Gaye A, Dieng M³, Kane BS³, Djiba B³, Fall S¹, Ndour M², Pouye A³, Ndongo S¹

1. Médecine Interne CHN Dalal Jamm
2. Médecine Interne Abass NDAO
3. Médecine Interne CHU Aristide Le Dantec

Auteur Correspondant : Fall Biram Codou

Résumé

Le RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*) est caractérisé par une ténosynovite bilatérale et symétrique des extrémités. Nous rapportons un cas de RS3PE survenu chez une patiente hospitalisée pour un syndrome oculo-urétror-synovial.

Il s'agissait d'une patiente de 63ans hospitalisée pour une polyarthrite subaiguë périphérique symétrique. A l'admission elle présentait des yeux rouges douloureux avec BAV et une brûlure mictionnelle. Les examens à l'entrée montraient une discrète anémie inflammatoire et une CRP à 87 mg/l. L'ECBU isolait E. COLI. La sérologie chlamydiae est positive à 1/187. L'examen ophtalmologique confirmait la conjonctivite. Les radiographies des articulations atteintes étaient normales. L'HLA B27 et les facteurs rhumatoïdes étaient négatifs, ainsi que les examens immunologiques. Les sérologies syphilitiques et VIH étaient négatives. Brutalement apparaissaient des œdèmes inflammatoires symétriques des dos des pieds et mains prenant le godet augmentant de volume et devenant de plus en plus douloureux. Le syndrome inflammatoire avait aussi une cinétique croissante. La patiente est alors mise sous bolus de solumédrol 120 mg pendant 3 jours puis relais avec la prednisone 0.5 mg/kg/j. L'évolution était favorable avec une régression rapide spectaculaire des œdèmes des dos des pieds et mains.

Chez notre patiente la ténosynovite était symétrique distale de début brutal, associée à des œdèmes des extrémités prenant le godet. Le bilan biologique révélait l'absence de facteur rhumatoïde et l'évolution bénigne se faisait vers la guérison rapide sous corticothérapie. Ce tableau était en parfaite concordance avec la description de McCarthy sur le RS3PE.

* anciennement appelé *Fiessenger Leroy Reiter* ; éponyme révisé à cause du passé nazi de Hans Conrad Julius Reiter.

Summary

RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*) is characterized by bilateral and symmetrical tenosynovitis of the extremities. We report a case of RS3PE on a patient hospitalized for oculo-urethro-synovial syndrom.

A 63 years old female patient was admitted for a symmetrical subacute peripheral arthritis. At the admission she presented with painful red eyes with a reduced visual acuity and a burning micturition. Initial examinations showed mild inflammatory anemia, and an increased C-Reactive Protein up to 87 mg/L. The Urinalysis isolated E. COLI. Chlamydiae serology was positive at 1/187. Ophthalmological examination confirmed conjunctivitis. Radiographs of affected joints were normal. HLA B27 and rheumatoid factors were negative, as well as immunological examinations. Syphilitic and HIV serology were negative. Symmetrical inflammatory pitting edemas of the back of the feet and hands appeared suddenly, increased in volume and become more and more painful. Also inflammatory syndrome was increasing kinetically. Therefore, a treatment based on solumedrol bolus 120 mg a day for 3 days was prescribed relayed with prednisone 0.5 mg/kg/day. The evolution was favorable with a spectacular and fast regression of edemas of the back of the feet and hands.

In our patient, distally symmetrical tenosynovitis of sudden onset, associated with pitting edemas, whose biological assessment revealed an absence of rheumatoid factor and whose benign progress was towards rapid recovery under steroid treatment, was in perfect agreement with McCarthy's description of RS3PE.

* formerly called *Fiessenger Leroy Reiter* but eponym revised because of the Nazi past of Hans Conrad Julius Reiter.

Introduction

Le RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*) est caractérisé par une ténosynovite bilatérale et symétrique des extrémités. Il s'installe de façon brutale chez les sujets de plus de 60 ans. Cette entité hétérogène peut révéler ou compliquer diverses affections. Nous rapportons un cas de RS3PE survenu chez une patiente hospitalisée pour un syndrome oculo-uréthro-synovial.

Observation

Une patiente de 63 sans antécédents particuliers était hospitalisée pour une polyarthrite subaigüe intéressant les grosses articulations périphériques (poignets, genoux et chevilles) grossièrement symétrique. A l'admission elle présentait des yeux rouges douloureux avec une baisse de l'acuité visuelle et une brûlure mictionnelle. Les explorations paracliniques à l'entrée montrait

une discrète anémie inflammatoire et une CRP à 87 mg/l.

L'ECBU isolait *Escherichia Coli*. La sérologie chlamydiae était positive à 1/187.

L'examen ophtalmologique confirmait une conjonctivite.

Les radiographies des articulations atteintes étaient normales.

L'HLA B27 et les facteurs rhumatoïdes étaient négatifs. Les résultats des examens immunologiques (Ac anti ECT, Ac anti CCP2) étaient normaux.

Les sérologies syphilitiques et VIH étaient négatives.

La patiente est mise sous Diclofénac 150 mg/j en per os. L'intensité de la douleur articulaire diminuait progressivement.

Brutalement après une semaine d'hospitalisation, apparaissaient des œdèmes inflammatoires symétriques des dos des pieds et mains prenant le godet augmentant de volume et devenant de plus en plus douloureux (figure 1 et 2).

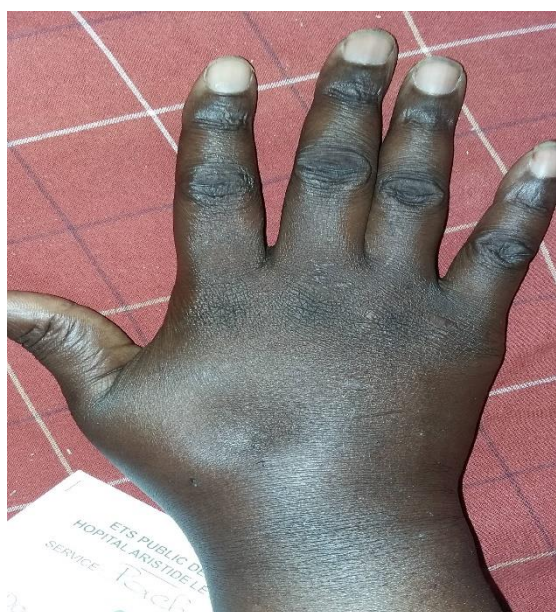


Figure 1 : œdème du dos de la main prenant le godet d'installation récente



Figure 2 : œdème du dos du pied prenant le godet d'installation récente



Le syndrome inflammatoire avait aussi une cinétique croissante. La CRP passait à 252 mg/l en 48h. Le bilan infectieux repris était strictement négatif. La procalcitonine prélevée durant cette période était basse à 0,16 µg/l.

La patiente est alors mise sous bolus de solumédrol 120 mg pendant 3 jours puis relais avec la prednisone 0.5 mg/kg/j. L'évolution était favorable avec une régression rapide spectaculaire en 24h des œdèmes des dos des pieds et mains. La régression de l'atteinte articulaire était plus progressive.

Discussion

La description originale du RS3PE par McCarthy et al. [1] correspondait à un rhumatisme inflammatoire touchant électivement le sujet de plus de 60 ans (65 % des patients ayant plus de 70 ans), avec nette prédominance masculine (trois hommes pour une femme). Le début est typiquement brutal, l'ensemble des symptômes s'installant en 24 à 48 heures. Cette polyarthrite est symétrique, bilatérale, touchant les extrémités des membres, surtout les poignets et les mains (interphalangiennes proximales, métacarpo-phalangiennes, carpes, gaines des fléchisseurs des doigts), voire les pieds. Le dos des mains, voire les pieds, est le siège d'un œdème blanc, mou et gardant le godet (pitting edema), volumineux en gants de boxe. Des signes généraux sont fréquemment associés : fébricule, asthénie, amaigrissement. Le bilan biologique retrouve généralement un syndrome inflammatoire aspécifique, avec sérologie rhumatoïde constamment négative, ce critère faisant partie de la définition proposée par McCarthy et al. [2].

Le syndrome RS3PE n'a jamais de caractère destructeur sur les radiographies. Son évolution est rapidement favorable sous corticothérapie avec rémission complète en quelques mois [2].

Après la publication de Mc Carty et al. de nombreux articles ont rapporté l'association du RS3PE à d'autres pathologies : les néoplasies ; les rhumatismes inflammatoires chroniques et les infections chroniques telles que la tuberculose [3, 4].

Chez notre patiente le RS3PE est associé à un syndrome oculo-uretéro-synovial.

Il y a 20 ans une forme particulière de spondylarthropathie à début tardif était individualisée sous le terme de LOPS (late onset peripheral spondylarthropathy) [5]. Ces patients peuvent présenter un œdème important, prenant le godet, asymétrique et prédominant aux membres inférieurs et qui s'étend parfois aux membres supérieurs. Plusieurs patients ont reçu des corticoïdes avec une efficacité très incomplète. De plus, ce syndrome répond souvent mal aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. L'évolution s'est prolongée pendant plusieurs mois ou années [6].

Les perturbations biologiques au cours du RS3PE se limitent à un syndrome inflammatoire aspécifique. La sérologie rhumatoïde est constamment négative (ce dernier critère fait partie de la définition du syndrome proposée par McCarty). Les rares analyses de liquide articulaire qui ont été rapportées font état d'une cellularité faible, souvent inférieure à 3000 éléments par ml, avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles. Cette faible cellularité contraste avec le caractère très inflammatoire de la



symptomatologie. Ceci était confirmé chez notre patiente par la procalcitoninémie basse. Rarement pratiquée, la biopsie synoviale permet de mettre en évidence une synovite aspécifique [2].

Un lien avec le phénotype HLA-B7 a été initialement noté par MacCarty. En effet, 55 % de ses patients exprimaient ce phénotype, alors que la fréquence attendue dans la population générale est de 24 % [1,2]. Cette association n'a cependant pas été retrouvée par d'autres [7,8]. Une association avec HLA-A2 a été également discutée [9]. En revanche, il n'a jamais été noté d'association avec HLA-DR.

Conclusion

L'arthrite réactionnelle appartient au groupe des spondyloarthropathies séronégatives et est caractérisée par la triade classique des manifestations d'arthrite, urérite et conjonctivite. Le RS3PE reste une affection bénigne pouvant survenir sur plusieurs terrains. Elle est cependant rarement rapportée au cours du syndrome oculo-uretéro-synovial.

REFERENCES

1. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. *JAMA* 1985;254:2763-7.
2. Russell EB, Hunter JB, Pearson L, McCarty DJ. Remitting, seronegative, symmetrical synovitis with pitting edema--13 additional cases. *J Rheumatol* 1990;17:633-9.
3. Javier RM, Sibilia J, Kuntz JL, Asch L. Spondylarthropathie à début tardif ? RS3PE ? Forme de chevauchement ? *Rev Rhum Mal Ostéoartic* 1991;58:553.
4. Paira S, Graf C, Roverano S, Rossini J. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema: a study of 12 cases. *Clin Rheumatol* 2002;21:146-9.
5. Toussirot É. Late-onset ankylosing spondylitis and spondylarthritis: an update on clinical manifestations, differential diagnosis and pharmacological therapies. *Drugs and Aging*, 2010; 27(7): 523-531.
6. Dubost JJ, Sauvezie B. Late onset peripheral spondylo-arthropathy. *Journal of Rheumatology*, 1989; 16(9): 1214-1217.
7. Cantini F, Niccoli L, Olivieri I, Barozzi L, Pavlica P, Bozza A, et al. Remitting distal lower extremity swelling with pitting oedema in acute sarcoidosis. *Ann Rheum Dis* 1997;56:565-6.
8. Pease C, Bhakta B. RS3PE syndrome. The relation with HLA B7. *Ann Rheum Dis* 2000;5:239-40.
9. Schaefferbeke T, Vernhes JP, Bannwarth B, Dehais J. Is remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema (RS3PE syndrome) associated with HLA-A2? *Br J Rheumatol* 1995;34:889-90.