

Une atteinte rachidienne ostéolytique fébrile révélatrice d'une goutte

Febril osteolytic spinal involvement revealing a gout

C. Furnon*, E. Constant*

Un homme âgé de 71 ans, ayant comme antécédents un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle et des antécédents de crise de goutte est admis aux urgences en novembre 2016 pour des polyarthralgies fébriles à 39,3° sans autre point d'appel clinique. Il est transféré dans le service des maladies infectieuses.

Observation

Les premières explorations biologiques montrent un important syndrome inflammatoire avec une protéine C réactive à plus de 300 mg/l, associé à une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à 13 G/l. La créatinine est élevée, avec une clairance à 44 ml/min.

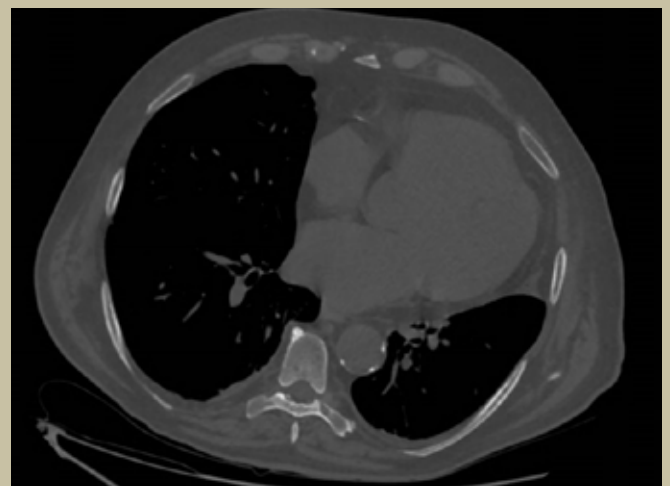
Les examens sont complétés par une échocardiographie trans-thoracique et des hémocultures qui permettent d'éliminer le diagnostic d'endocardite infectieuse. Un scanner thoraco-abdominopelvien ne montre pas de foyer infectieux ni de lésion néoplasique.

Le patient est en bon état général mais se plaint de douleurs des 2 épaules, du coude droit et des 2 genoux. L'examen objective un choc rotulien gauche, avec des gonflements et un enraidissement de plusieurs doigts. Le reste de l'examen est sans particularité.

La ponction articulaire du genou gauche met en évidence des cristaux d'urate de sodium, ce qui permet de poser le diagnostic de goutte polyarticulaire. Le traitement instauré, la colchicine, entraîne une amélioration rapide.

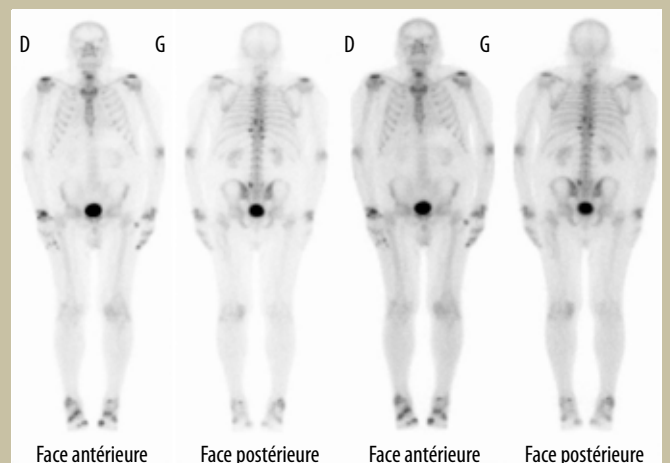
Cependant, une hypercalcémie corrigée à 2,68 mmol/l est relevée, avec une calciurie et une phosphorémie normales (1,14 mmol/l), associée à une parathyroïdie (PTH) normale à 28 ng/l et à un déficit en vitamine D à 15 µg/l. L'électrophorèse des protéines et le dosage de PSA sont normaux.

Cette hypercalcémie, asymptomatique, persiste malgré une hydratation intraveineuse qui permet la correction de la clairance à 70 ml/min. Cependant, la relecture du scanner



▲ Figure 1. TDM du rachis, coupe axiale : lyse de la lame gauche T2.

▼ Figure 2. Scintigraphie osseuse corps entier : lésions hyperfixantes des articulations périphériques et du rachis dorsal (T2, T7, T9, T10 et T11).

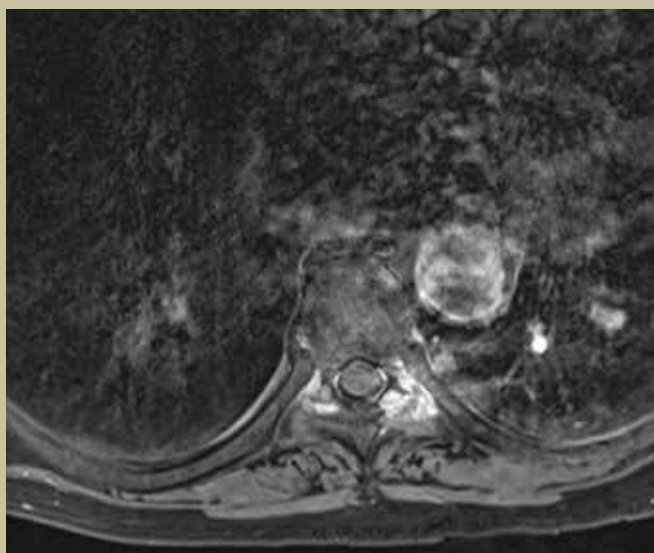


* Département de médecine, Rhumatologie, CH de Valence.



▲ **Figure 3.** IRM du rachis, coupe sagittale T1 gadolinium : lésions œdémateuses prenant le gadolinium des articulations postérieures dorsales.

▼ **Figure 4.** IRM du rachis centrée sur T2, en coupe axiale Fat Sat, et en pondération T1 gadolinium : lésions œdémateuses des articulations postérieures.



met en évidence des lésions lytiques vertébrales, notamment de la lame gauche de T2 (*figure 1*).

Dans ce contexte d'hypercalcémie associée à des lésions osseuses lytiques, les explorations sont complétées par une scintigraphie osseuse (*figure 2*), qui montre une atteinte articulaire de la goutte sur les petites articulations mais aussi plusieurs foyers hyperfixants du rachis dorsal en regard de petites lésions lytiques de la lame gauche de T2, de T10, du massif articulaire postérieur gauche de T7, de la base de l'apophyse de T9, des massifs articulaires postérieurs de T9, de l'apophyse transverse gauche de T10, des régions costovertébrales de T11. Ces lésions peuvent évoquer soit une atteinte ostéoarticulaire d'une hyperparathyroïdie primaire, soit une atteinte osseuse liée à une goutte.

Une IRM dorsolombaire (*figures 3 et 4*) montre un œdème des articulations interapophysaires postérieures dorsolombaires. Une échographie et une scintigraphie parathyroïdienne permettent d'éliminer la possibilité d'une atteinte parathyroïdienne.

L'hypercalcémie est mise sur le compte de l'association d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion et d'un diurétique assimilé à la famille des thiazidiques favorisant l'hypercalcémie, dans un contexte de déshydratation. Après une adaptation thérapeutique, l'hypercalcémie disparaît.

Discussion

L'atteinte rachidienne de la goutte est une localisation rare de la maladie. Elle prédomine au rachis lombaire et touche toutes les structures allant du ligament longitudinal postérieur aux articulations zygapophysaires, ou encore les vertèbres et les tissus mous.

Cette atteinte se manifeste souvent par un déficit neurologique conduisant à la découverte de tophus (sous la forme de coulées hyperdenses au scanner, associées ou non à des calcifications avec des lésions hypo-intenses ou intermédiaires en T1 et hypo-intenses en T2, se réhaussant plus ou moins en fonction de leur degré de calcification après injection de gadolinium à l'IRM). Une chirurgie est parfois indiquée du fait de leur impact neurologique.

En revanche, les atteintes lytiques rachidiennes de la goutte n'ont pas été fréquemment décrites.

Une seule étude rapporte un cas similaire à cette observation: Staub-Schmidt et al. (1) ont décrit une lésion lytique asymptomatique du pédicule gauche de L5 découverte sur une radiographie avec une biopsie en faveur d'une atteinte goutteuse tophacée.

Semali et al. (2) ont décrit une atteinte goutteuse mimant une spondylodiscite avec une lyse des plateaux vertébraux de L1 et L2 associée à des érosions des apophyses articulaires postérieures de L1.

Konatalapalli et al. (3) ont étudié systématiquement 64 patients goutteux pour définir la fréquence et le type d'atteinte rachidienne de la goutte. Les atteintes étaient essentiellement "radiologiques", sans expression clinique. La fréquence de l'atteinte axiale était de 14 %, avec des érosions vertébrales et des dépôts (tophus).

Dans notre observation, les lésions lytiques associées à une hypercalcémie ont fait discuter une hyperparathyroïdie car, dans 10 à 20 % des cas d'hyperparathyroïdie, la PTH intacte est normale avec parfois une calcémie corrigée, voire une calciurie dans les limites de la norme. L'atteinte osseuse de l'hyperparathyroïdie se manifeste essentiellement par 3 types de lésions :

- une atteinte par résorption, notamment des houpes phalangiennes ou du crâne avec un aspect poivre et sel ;
- une atteinte par déminéralisation ou ostéopénie pouvant entraîner des fractures ;
- des tumeurs brunes encore appelées ostéites fibrokystiques.

Ces lésions, d'une incidence d'environ 1,5 à 1,7 % dans l'hyperparathyroïdie primaire et de 3 % dans l'hyperparathyroïdie secondaire (4), sont lytiques, bien délimitées, expansives, parfois

pseudo-tumorales, asymptomatiques ou responsables de douleurs, voire de fractures. L'atteinte rachidienne de l'hyperparathyroïdie est relativement rare avec seulement 10 cas de tumeurs brunes rachidiennes répertoriés dans la littérature (5).

Conclusion

Cette observation illustre l'originalité des lésions rachidiennes de la goutte, qui peuvent être lytiques, mimant une atteinte infectieuse. Le tableau était en l'occurrence d'autant plus trompeur qu'il s'associait à une hypercalcémie qui avait fait discuter une hyperparathyroïdie à PTH normale. ■

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Staub-Schmidt T, Chaouat A, Rey D, Bloch JG, Christmann D. Spinal involvement in gout. *Arthritis Rheum* 1995;38:139-41.
2. Semlali S, El Kharra S, El Fenni J, Chaouir S, BenAmeur M, Akjouj S. Tophus goutteux du rachis lombaire simulant une spondylodiscite : aspect en imagerie. À propos d'une observation. *J Radiol* 2008;89:904-6.
3. Konatalapalli RM, Demarco PJ, Jelinek JS, Murphey M, Gibson M, Jennings B, Weinstein A. Gout in the axial skeleton. *J Rheumatol* 2009;36:609-13.
4. Takeshita T, Tanaka H, Harasawa A, Kaminaga T, Imamura T, Furui S. Brown tumor of the sphenoid sinus in a patient with secondary hyperparathyroidism: CT and MR imaging findings. *Radiat Med* 2004;22:265-8.
5. Ben Dhaou B, Derbali F, Aydi Z, Baili L, Boussema F, Rokbani L. Tumeurs brunes multiples révélant une hyperparathyroïdie primaire. *Médecine Nucléaire* 2013;37:52-5.



Communiqués des conférences de presse, symposiums, manifestations organisés par l'industrie pharmaceutique

Nouvelles
de l'industrie
pharmaceutique

L'ixékizumab, une nouvelle option dans le rhumatisme psoriasique

La Commission européenne a autorisé le 18 janvier dernier l'extension d'indication de l'ixékizumab (Taltz®), seul ou en association avec le méthotrexate, pour le traitement du rhumatisme psoriasique actif chez les patients qui ont présenté une réponse inadéquate ou une intolérance à un ou plusieurs traitements de fond (DMARD). En avril 2016, cet anticorps monoclonal inhibiteur de l'interleukine IL-17A des laboratoires Lilly avait été autorisé par la Commission européenne dans le traitement du psoriasis en plaques modéré à sévère chez les patients adultes nécessitant un traitement systémique.

L'efficacité et la sécurité ont été établies sur les résultats de 2 études de phase III, randomisées, menées en double aveugle et contrôlées versus placebo (SPIRIT-P1 et SPIRIT-P2), qui ont porté sur 780 patients adultes atteints d'un rhumatisme psoriasique actif depuis au moins 6 mois, avec au moins 3 articulations douloureuses et 3 articula-

tions gonflées. L'efficacité et la sécurité de l'ixékizumab ont été comparées à celles d'un placebo chez des patients n'ayant jamais été traités par un traitement de fond biologique (SPIRIT-P1) et chez des patients en échec de 1 ou plusieurs anti-TNF (SPIRIT-P2). Les patients traités par l'ixékizumab ont reçu une dose initiale de 160 mg par voie sous-cutanée en 2 injections de 80 mg suivie de 1 injection de 80 mg en sous-cutané toutes les 2 ou 4 semaines selon les groupes. Au cours de ces 2 études, les patients traités par l'ixékizumab ont obtenu une amélioration significative des symptômes articulaires (mesurée par le taux de réponse ACR 20 à 24 semaines) et cutanés (réduction de 75 % du score de PASI à 12 semaines) par rapport au placebo. Ces 2 études seront poursuivies afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité à long terme de l'ixékizumab dans le traitement du rhumatisme psoriasique sur une période maximale de 3 ans.

*Dr Catherine Bailly, Nogent-sur-Marne
D'après le communiqué de presse
du laboratoire Lilly du 23 janvier 2018.*