

Syndrome Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) : à propos d'un cas au Sénégal

Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE) syndrome: A case report in Senegal

Marie Traoré^{1,2}, Aly Badra Kamissoko³,
Mamadou Lamine Diallo³

Correspondance

Marie Traoré

Service de Rhumatologie, Centre hospitalier Sud
Francilien, Corbeil Essonnes, France

(+33) 0667573059

Courriel : drmarietraore@yahoo.fr

Summary

RS3PE syndrome is a rare inflammatory rheumatism affecting mainly elderly subjects. We report a peculiar observation in a fifty-two-year-old female patient who was admitted for migrating edema (that begun on the feet and then move to the back of the hands) associated with polyarthritis. The diagnosis of RS3PE was evoked in accordance with McCarty's criteria. 12-month treatment with low doses of corticosteroids has led to a favorable clinical evolution.

Key-words: RS3PE syndrom, edema, polyarthritis, elderly subjects.

Article information

Received: June 2nd, 2019

Accepted: August 21st, 2019

1 Service de Médecine, Institut d'Hygiène Social,
Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal

2 Service de Rhumatologie, Centre hospitalier Sud
Francilien, Corbeil Essonnes, France

3 Service de Rhumatologie, Hôpital National
Ignace Deen, Université Gamal Abdel Nasser,
Conakry, Guinée

Résumé

Le syndrome RS3PE (remitting symmetrical seronegative synovitis with pitting edema) est un rhumatisme inflammatoire rare touchant électivement le sujet âgé. Nous en rapportons une observation atypique chez une patiente de cinquante-deux ans admise pour des œdèmes migratoires (débutant au niveau des pieds puis aux dos des mains) associées à une polyarthrite. Le diagnostic de RS3PE a été retenu en accord avec les critères de McCarty. Sous traitement à base de corticoïde à faible dose administrée pendant douze mois, l'évolution clinique a été favorable.

Mots clés : syndrome RS3PE, œdèmes, polyarthrites, sujets âgés

Historique de l'article

Reçu le 2 juin 2019

Accepté le 21 août 2019

Introduction

Le syndrome RS3PE (remitting symmetrical seronegative synovitis with pitting edema) est un rhumatisme inflammatoire rare touchant électivement le sujet âgé. Egalement appelé polyarthrite œdémateuse des personnes âgées, il a été décrit pour la première fois par McCarty *et al*. (1) en mille neuf cent quatre-vingt-cinq. Il se caractérise par une polyarthrite bénigne, séronégative associée à un œdème bilatéral, symétrique, et distal, gardant le godet, habituellement situé dans le dos des mains ; de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, l'atteinte des pieds étant plus rare (2). La polyarthrite est également symétrique, localisée habituellement sur les petites articulations et les grosses articulations des mains, des poignets, des épaules, des genoux, des pieds, et accompagnée d'une importante synovite de la gaine des extenseurs et des fléchisseurs des doigts. Des signes généraux sont fréquemment associés tels que fébricule, asthénie, et amaigrissement parfois (2).

Le début est en général brutal, avec installation des symptômes au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures (2). Le diagnostic repose sur les critères proposés par McCarty. A notre connaissance, aucun RS3PE n'a jamais été décrit chez le sujet africain. Les auteurs en rapportent une observation clinique atypique ayant bien évolué sous corticothérapie.

Observation clinique

Il s'est agi d'une patiente de cinquante-deux ans, avec des antécédents personnels d'hypertension artérielle depuis dix ans et de diabète de type 2 depuis trois mois prise en charge par captopril-hydrochlorothiazide cinquante mg/vingt-cinq mg (milligramme) par jour et metformine mille cinq cent mg par jour.

L'histoire de l'affection retient un œdème au dos des pieds (Figure 1) s'étendant aux mains en une semaine. Des douleurs articulaires inflammatoires, d'intensité modérée limitait partiellement les tâches de routine. Il n'y avait pas de facteurs déclenchants ni facteurs aggravants. L'examen avait retrouvé une polyarthrite œdémateuse bilatérale, symétrique, périphérique sans atteinte axiale, non déformante, non ankylosante, distale affectant les poignets, les métacarpo-phalangiennes, les chevilles, les métatarso-phalangiennes ; sans signes généraux, ni de porte d'entrée ni de lésions cutanées. L'examen physique des appareils cardiovasculaire, respiratoire, digestif, neurologique, génito-urinaire était normal. L'hémogramme avait montré une anémie normochrome normocytaire régénérative. La protéine C réactive était positive à douze mg/L, la vitesse de sédimentation était normale à 7 mm/h. La glycémie à jeun et les transaminases étaient normales. Sur le plan immunologique, les facteurs rhumatoïdes, les anticorps anti-CCP et les facteurs anti-nucléaires étaient négatifs. L'électrocardiogramme était normal de même que l'échographie Doppler cardiaque. Les clichés radiographiques des mains ont montré, une tuméfaction des parties molles et celle des

pieds ; une tuméfaction des parties molles et des ostéophytes. Il n'y avait pas d'érosion osseuse (Figures 2 et 3).



Figure 1. Œdème du dos du pied



Figure 2. Radiographie des mains : tuméfaction des parties molles

Le diagnostic de RS3PE avait été retenu en accord avec les critères de McCarty (1). Un traitement à base de prednisone vingt mg par jour avait permis une régression de la douleur et de l'œdème en soixante-douze heures. Après deux semaines de traitement, une diminution progressive de la corticothérapie était débutée avec maintien de cinq mg de prednisone par jour.

Discussion

Dans le cas présent, la pathologie a affecté une femme de moins de cinquante-deux ans alors que le syndrome de RS3PE est un rhumatisme inflammatoire observé chez les sujets âgés de plus de soixante ans. L'incidence augmente avec l'âge (seul huit% des patients atteints ont moins de soixante ans) (3) et une prédominance

masculine est notée (2). Les raisons de cette divergence ne sont pas élucidées. Bien plus, certaines particularités ont été retrouvées notamment l'atteinte initiale localisée aux pieds sous la forme d'un œdème prenant le godet, associée à une arthrite des métatarso-phalangiennes et des chevilles ; alors que la présentation typique est un gonflement initial du dos des mains (4-5).

L'étiologie du RS3PE reste inconnue jusque-là, bien qu'une prédisposition génétique soit évoquée. Un lien avec le phénotype HLA-B7 (Human Leukocyte Antigène B7) et HLA-A2 est évoqué, en revanche, il n'a jamais été noté d'association avec HLA-DR (2). Cependant, la recherche des facteurs génétiques chez notre patiente n'a été faite. Les radiographies standards retrouvent le gonflement des parties molles, une déminéralisation globale des épiphyses, et très souvent des signes d'arthrose souvent banals à cet âge. Cependant, il n'y a pas d'érosion osseuse même après plusieurs mois d'évolution confirmant le caractère non destructeur de la pathologie (2), ce qui corrobore avec notre observation. Bien que d'autres auteurs aient rapporté la présence d'épanchement pleural chez des patients RS3PE, probablement lié à une élévation de l'IL-6 (Interleukine 6) et du VEGF (Vascular endothelial growth factor) (6) ; notre patiente n'en avait pas présenté. Sous corticothérapie instaurée, la régression de la symptomatologie avait été notée. Les études antérieures signalent une efficacité généralement spectaculaire et une régression plus ou moins complète de la symptomatologie en quelques jours sous corticoïdes à faible dose (sept à quinze mg par jour) (2). Divers traitements de fond ont été proposés, notamment l'hydroxychloroquine, sans que la preuve de leur efficacité ne soit démontrée (2).

L'évolution, rapidement favorable, est une des principales caractéristiques de ce syndrome. La rémission complète est obtenue en quelques

mois voire deux ans, justifiant l'intégration du terme « remitting » dans la définition du syndrome (2).

Conclusion

Le syndrome RS3PE peut se présenter parfois sous une forme atypique. Ce syndrome est peu décrit en Afrique subsaharienne, d'où la nécessité d'y penser devant tous les cas de polyarthrites du sujet âgé.

Conflit d'intérêt : aucun

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation, l'interprétation des résultats et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. McCarty DJ, O'Duffy JD, Person L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. *JAMA* 1985; **254**: 2763-2767.
2. Schaefferbeke T, Richez C, Dehais J. Le syndrome RS3PE existe-t-il ? *Rev rhum* 2004 ; **71**: 484-488.
3. Dubost JJ, Pereira B, Mathieu S, Tournadre A, Guinamand SM, Couderc M *et al.* Répartition des rhumatismes du sujet âgé : enquête auprès des rhumatologues de la région Auvergne. *Rev rhum* 2014 ; **81**: 69-73.
4. Zulfiqar AA, Mahmoudi R, Novella JL. RS3PE syndrome: A case-report and review of literature. *European Geriatric Medicine* 2014; **5**: 129-130.
5. Ostoa BS, Hernández EA. Remitting symmetric seronegative synovitis with pitting Edema (RS3PE). *Reumatol Clin* 2012; **8**: 156-157.
6. Yanamoto S, Fukae J, Fukiyama Y, Fujioka S, Ouma S, Tsubo Y. Idiopathic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome associated with bilateral pleural and pericardial effusions: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2016; **10**: 198.