



## Pseudo-polyarthrite rhizomélisque révélée par des douleurs inflammatoires des ceintures chez le sujet âgé en Afrique centrale : un cas clinique

### *Polymyalgia rheumatica revealed by inflammatory girdle pain in an elderly patient in Central Africa: a case report*

Gorby Ndaie<sup>1</sup>, Augustin Basika<sup>1</sup>, Aldo Mavinga<sup>1</sup>

#### **Auteur correspondant**

Gorby Ndaie, MD

Courriel [gorbyndaie@gmail.com](mailto:gorbyndaie@gmail.com)

#### **Summary**

Polymyalgia rheumatica (PMR) is an inflammatory condition of older adults, likely underdiagnosed in sub-Saharan Africa. A 67-year-old woman presented with bilateral inflammatory girdle pain, prolonged morning stiffness, and elevated inflammatory markers. No peripheral synovitis was found. Rheumatoid factor and anti-Cyclic Citrullinated Peptide (anti-CCP) antibodies were negative. Ultrasound showed subacromial-subdeltoid bursitis and long head of biceps tenosynovitis. PMR was diagnosed according to ACR/EULAR criteria. The outcome was favorable under corticosteroid therapy. PMR should be considered in older patients with girdle pain. Ultrasound helps differentiate PMR from rheumatoid arthritis.

**Keywords:** Polymyalgia rheumatic, Girdle pain, Older adults, Ultrasound, Sub-Saharan Africa

Received February 12, 2026

Accepted April 16, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.17>

1. Service de Rhumatologie des Cliniques Universitaires de Kinshasa. Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo.

#### **Résumé**

La pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) est une affection inflammatoire du sujet âgé, probablement sous-diagnostiquée en Afrique subsaharienne. Une patiente de 67 ans présentait des douleurs inflammatoires bilatérales des ceintures avec raideur matinale prolongée et syndrome inflammatoire biologique. Il n'existait pas de synovite périphérique. Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) étaient négatifs. L'échographie objectivait une bursite sous-acromio-deltoïdienne et une ténosynovite du long biceps. Le diagnostic de PPR a été retenu selon les critères ACR/EULAR. L'évolution était favorable sous corticothérapie. La PPR doit être évoquée devant des douleurs des ceintures chez le sujet âgé. L'échographie contribue au diagnostic différentiel avec la polyarthrite rhumatoïde.

**Mots-clés :** Pseudo-polyarthrite rhizomélisque, douleurs des ceintures, sujet âgé, échographie, Afrique subsaharienne

Reçu le 12 février 2026

Accepté le 16 avril 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.17>

#### **Introduction**

La pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) est une affection inflammatoire systémique du sujet âgé, caractérisée par des douleurs et une raideur matinale prolongée touchant préférentiellement les ceintures scapulaire et pelvienne, associées à un syndrome inflammatoire biologique marqué. Elle survient quasi exclusivement après l'âge de 50 ans, avec un pic de fréquence entre 60 et 75 ans (1). Si la PPR est bien décrite dans les populations européennes et nord-américaines, les données issues d'Afrique subsaharienne restent limitées, suggérant un probable sous-diagnostic plutôt qu'une réelle rareté (2). Les séries africaines rapportent une fréquence

faible, estimée entre 1 et 3 %, y compris chez les patients noirs non africains (3-5). Dans ce contexte, la présentation clinique de la PPR peut être confondue avec des infections chroniques, des rhumatismes inflammatoires débutants et des affections dégénératives de l'épaule, retardant ainsi le diagnostic (6). La principale difficulté diagnostique demeure la distinction entre la PPR et une polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélisque (7). Nous rapportons ici, un cas de pseudo-polyarthrite rhizomélisque confirmé par échographie dans un contexte africain. Ce cas illustre les difficultés diagnostiques de la PPR en Afrique subsaharienne, en particulier sa distinction avec une polyarthrite rhumatoïde à début



rhizomélique, ainsi que l'intérêt d'une approche clinique rigoureuse, d'une imagerie accessible et d'une réévaluation régulière au cours du suivi par le rhumatologue.

### Présentation du cas

Il s'agissait d'une patiente de 67 ans, suivie pour une hypertension artérielle évoluant depuis dix ans et traitée par inhibiteur calcique. Elle ne présentait pas d'antécédents familiaux d'arthrite ni de maladie auto-immune et ne consommait pas de tabac. Elle a consulté pour des douleurs inflammatoires bilatérales des ceintures scapulaire et pelvienne évoluant depuis trois semaines, d'installation rapidement progressive en quelques jours. Une automédication par anti-inflammatoires non stéroïdiens n'avait apporté aucune amélioration. La symptomatologie était associée à une asthénie, une perte pondérale estimée à 5 kg et des sueurs nocturnes abondantes. Les douleurs prédominaient le matin et s'accompagnaient d'une raideur matinale prolongée de plus de deux heures, entraînant une gêne fonctionnelle importante dans les activités de la vie quotidienne, notamment pour l'élévation des bras et le passage de la position assise à la position debout. Il n'existait pas de signes évocateurs de maladie de Horton, notamment absence de céphalées, de claudication de la mâchoire, d'hypersensibilité du cuir chevelu ou de troubles visuels. À l'examen clinique, la

patiente mesurait 168 cm pour un poids de 79 kg (IMC : 27,9 kg/m<sup>2</sup>), avec des constantes hémodynamiques stables. L'examen ostéo-articulaire objectivait une limitation douloureuse des amplitudes des épaules sans déformation articulaire, avec une douleur évaluée à 8/10 sur l'échelle visuelle analogique. Une sensibilité des régions des moyens fessiers, une douleur à la rotation des hanches ainsi qu'à l'abduction contrariée étaient notées. Il n'existait pas de synovite périphérique ni de déficit neurologique focal. Au regard de l'âge de la patiente, de la topographie rhizomélique des douleurs et de leur caractère inflammatoire, les principales hypothèses diagnostiques évoquées étaient une pseudo-polyarthrite rhizomélique et une polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique. Le bilan biologique initial, résumé dans le tableau 1, mettait en évidence un syndrome inflammatoire franc avec une protéine C-réactive à 80,67 mg/L et une vitesse de sédimentation à 50 mm/h. L'hémogramme, la fonction rénale et les transaminases étaient sans anomalie. Une recherche de tuberculose par test GeneXpert sur crachat était négative. Le bilan immunologique retrouvait un facteur rhumatoïde et des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) négatifs. Les anticorps antinucléaires étaient faiblement positifs à un titre de 1/160, sans argument clinique en faveur d'une connectivité.

Tableau 1. Bilan biologique initial au 07/05/2025

Paramètres	Unités	07/05/2025	12/12/2025	Valeurs normales
CRP	mg/L	80,67	4	< 6
VS	mm/h	50	15	< 20
Facteur rhumatoïde	UI/mL	3,4	—	< 18,4
Anti-CCP	U/mL	0,13	—	< 5 (négatif)
FAN	Titre	1/160	—	< 1/80 (négatif)

L'échographie des épaules (figures 1, 2 et 3) objectivait une bursite sous-acromio-deltoïdienne associée à une ténosynovite bilatérale des longs biceps, sans érosion articulaire, avec un discret épanchement. L'ensemble de ces éléments cliniques et

paracliniques a permis de retenir le diagnostic de pseudo-polyarthrite rhizomélique. L'activité de la maladie, évaluée par le PMR Activity Score (PMR-AS), était estimée à 39, traduisant une activité élevée.

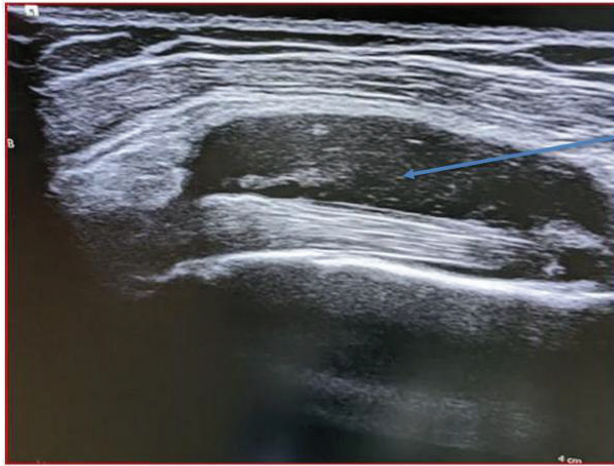


Figure 1. Bursite du long biceps (Coupe longitudinale)

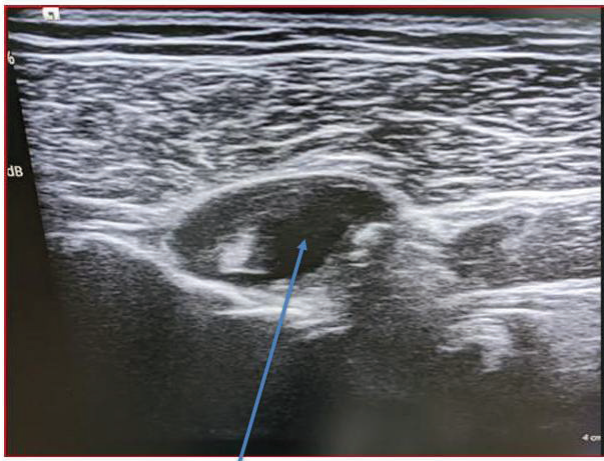


Figure 2. Bursite du long biceps (Coupe transversal)

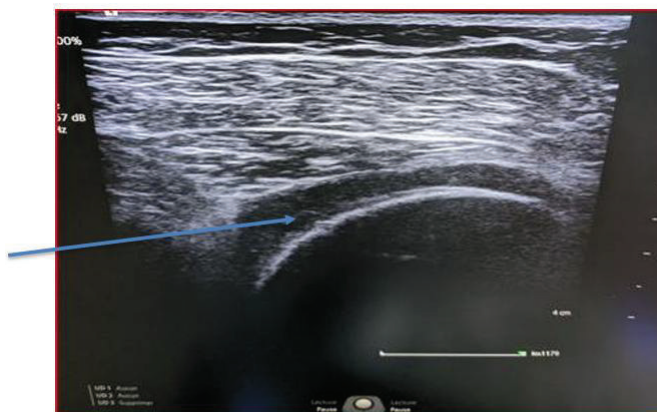


Figure 3. Epanchement minime intra articulaire sans érosion de la tête humérale

Une corticothérapie orale a été instaurée à la dose initiale de 25 mg/jour de prednisone, avec décroissance progressive. Une amélioration clinique nette a été observée dès les 72 premières heures, avec une évolution favorable maintenue jusqu'à six mois de suivi, malgré un

discret rebond à un mois. Aucun traitement d'épargne cortisonique n'a été nécessaire.

#### **Discussion**

La principale difficulté diagnostique résidait dans la distinction entre une PPR et une polyarthrite rhumatoïde (PR) à début rhizomélique, deux entités pouvant partager



des manifestations initiales similaires chez le sujet âgé. La PR tardive peut en effet débuter par des douleurs des ceintures avant l'apparition secondaire de synovites périphériques ou de lésions érosives (7). Dans le cas en discussion, l'absence de synovite périphérique, la négativité du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-CCP, ainsi que l'absence d'érosions à l'imagerie constituaient des arguments en faveur d'une PPR. La positivité faible des anticorps antinucléaires, sans manifestation clinique associée, a été considérée comme non discriminante, ces anomalies étant fréquentes chez le sujet âgé. Les critères de classification ACR/EULAR 2012 ont été appliqués et soutenaient le diagnostic, la patiente remplissant les critères d'entrée et présentant des éléments supplémentaires renforçant la probabilité diagnostique, notamment les données échographiques caractéristiques. Bien que conçus à des fins de classification, ces critères sont utiles en pratique clinique, en particulier dans les contextes à ressources limitées (1,9). L'échographie musculo-squelettique a été un élément déterminant, mettant en évidence une bursite sous-acromio-deltaïdienne et une ténosynovite bilatérale des longs biceps sans atteinte érosive, anomalies typiques de la PPR. Cette modalité d'imagerie joue un rôle important dans la différenciation entre PPR et PR débutante, notamment dans les contextes où l'accès à des explorations plus spécialisées est restreint (9-10). L'activité élevée de la maladie, objectivée par le PMR Activity Score, ainsi que l'amélioration clinique rapide et la normalisation biologique sous corticothérapie constituent des arguments supplémentaires en faveur du diagnostic, bien que la réponse au traitement ne soit pas spécifique (1,8). L'évolution a été favorable sous décroissance progressive des corticoïdes, conformément aux recommandations actuelles (8-9). La persistance secondaire de douleurs scapulaires isolées évoquait davantage une pathologie mécanique qu'une rechute inflammatoire, soulignant l'importance d'une réévaluation clinique régulière. Enfin, ce cas illustre les spécificités de la prise en charge de la PPR en Afrique subsaharienne, où les contraintes diagnostiques persistent. Il met en évidence l'intérêt d'une approche pragmatique fondée sur l'analyse clinique, les examens biologiques de base et une imagerie ciblée

accessible, permettant d'établir le diagnostic et d'assurer un suivi adapté.

En **conclusion**, la pseudo-polyarthrite rhizomélique doit être évoquée devant des douleurs inflammatoires des ceintures chez le sujet âgé, y compris en Afrique subsaharienne. Cette observation souligne l'importance de la distinction avec la polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique, de l'utilisation des critères ACR/EULAR 2012 et du PMR-AS, ainsi que du rôle central de l'échographie musculo-squelettique dans les contextes à ressources limitées.

#### **Considérations éthiques**

Nous avons obtenu une autorisation de la patiente pour publier ce cas clinique dans l'anonymat et le respect de la personne.

#### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce cas clinique.

#### **Contribution des auteurs**

Gorby Ndaie : conception, rédaction, amélioration et synthèse

Augustin Basika : rédaction, amélioration et synthèse

Aldo Mavinga : relecture et correction de la version finale

Tous les auteurs ont approuvé la version finale de l'article.

#### **Références**

1. Espigol-Frigole G, Dejaco C, Mackie SL, Salvarani C, Matteson EL, Cid MC. Polymyalgia rheumatica. *Lancet* 2023;**402**:1459-1472.
2. Sanford RG, Berney SN. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis in blacks: clinical features and HLA typing. *J Rheumatol* 1977;**4**:435-442.
3. Ouédraogo DD, Zabsonré-Tiendrebeogo JW, Zongo E, Kakpovi KG, Kaboré F, Drabo JY et al. Prevalence and factors associated with self-medication in rheumatology in Sub-Saharan Africa. *Eur J Rheumatol* 2015;**2**:52-56.
4. Ouédraogo DD, Tiendrébéogo ZI, Ouédraogo RP, Bori-Bata FB, Kaboré F, Tiendrébéogo E et al. Musculoskeletal disorders in the elderly in rheumatology practice in Burkina Faso. *Afr J Rheumatol* 2014;**2**:70-74.
5. Kaufman RL, Quismorio FP. Polymyalgia rheumatica in blacks. *JAMA* 1978;**239**:1612.



6. Mody GM. Rheumatology in Africa: challenges and opportunities. *Arthritis Res Ther* 2017;**19**:49.
7. Olivo D, D'Amore M, Mattace-Raso F, Mattace R. Clinical and laboratory features at onset of polymyalgia rheumatica and elderly-onset rheumatoid arthritis in PMR-like presentation: a comparison of two groups of patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;**22**:527-533.
8. Wendling D, Al Tabaa O, Chevet B, Fakhri O, Ghossan R, Hecquet S et al. Recommendations of the French Society of Rheumatology for the management in current practice of patients with polymyalgia rheumatica. *Joint Bone Spine* 2024;**91**:105730.
9. Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutchings A, Camellino D, Mackie S et al. 2015 recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2015;**74**:1799-1807.
10. Ruta S, Rosa J, Navarta DA, Saucedo C, Catoggio LJ, Monaco RG, et al. Ultrasound assessment of new onset bilateral painful shoulder in patients with polymyalgia rheumatica and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2012;**31**:1383-1387.

Comment citer cet article : Ndaie G, Basika A, Mavinga A. Pseudo-polyarthrite rhizomélique révélée par des douleurs inflammatoires des ceintures chez le sujet âgé en Afrique centrale : un cas clinique . *Ann Afr Med* 2026; **19** (3): e7179-e7183. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i3.17>