

L'atteinte du pied au cours du rhumatisme à apatite

Dominique Lechevalier, Joël Damiano, Frédéric Banal, Jacques Magnin, Isabelle Imbert,
Service de rhumatologie (Pr. Dominique Lechevalier), Hôpital d'Instruction des Armées
Bégin, 94160 Saint-Mandé.

Les dépôts d'apatite se localisent dans les régions périarticulaires, les tendons ou péri-tendons, les bourses séreuses ou le tissu conjonctif. Ces dépôts sont isolés ou multiples réalisant alors « la maladie des calcifications multiples » ou rhumatisme à hydroxyapatite. Une prédominance féminine du rhumatisme à apatite est notée quelle que soit la localisation. Les manifestations cliniques entraînées par ces calcifications sont variées : Certaines sont asymptomatiques et découvertes lors d'une exploration radiologique, d'autres volumineuses et intratendineuses entraînent une gêne mécanique lors des mouvements, enfin certaines entraînent des accès inflammatoires généralement contemporains des phases de résorption des calcifications. L'épaule et la région trochantérienne sont les sites les plus habituels de cette affection.

Les localisations au pied et à la cheville sont plus rares et représenteraient 1 % de tous les dépôts (3). Cette fréquence est probablement sous estimée. Nous rapportons 6 observations symptomatiques illustrant différentes variétés topographiques. Le délitement de la calcification s'accompagne d'une poussée d'allure inflammatoire constante. Les aspects radiologiques des calcifications ne diffèrent pas des aspects observés dans les autres localisations. Il s'agit d'opacités de densité calcique localisées au niveau des parties molles. Lors des crises douloureuses, une fragmentation ou une résorption est souvent observée avec disparition totale de la calcification dans quelques cas, argument supplémentaire pour la nature apatitique de la calcification. Le seul traitement par AINS à été constamment efficace dans toutes nos observations. La colchicine (12) et les infiltrations locales ont été proposées par certains. Des dépôts en d'autres sites n'ont pas été recherchés systématiquement.

L'atteinte de la 1^e MTP est la plus classique des localisations. Nous n'avons cependant retrouvé qu'une trentaine d'observations dans la littérature (1,5,6,7,8,9). Cette localisation entraîne encore de nombreuses erreurs diagnostiques lorsque les radios ne sont pas demandées ou sont mal interprétées (5). Elle simule une crise de goutte qui représente le diagnostic différentiel principal, d'où le terme de pseudo podagre utilisé par certains (1,2,3,4). La présentation clinique est stéréotypée avec une articulation tuméfiée, rouge et chaude. Le contact cutané et la mobilisation articulaire sont douloureux. Au cours de quelques observations privilégiées, la ponction du liquide articulaire a montré des cristaux intra-articulaires (5) évocateurs après coloration au rouge d'alizarine. Les calcifications sont le plus souvent localisées sur la face médiale de la tête du 1^{er} métatarsien, comme dans notre observation, et parfois alors responsable d'une bursite (1,5). D'autres sont localisées dans la région sésamoïdienne, probablement au sein des tendons fléchisseurs de l'hallux (6,7,9,12). Cette dernière localisation peut nécessiter des clichés obliques et latéraux, afin de dégager les calcifications de la tête métatarsienne et des sésamoïdes.

Nous avons observé d'autres atteintes plus exceptionnelles :

- Une localisation en regard de l'IP du GO évoquant aussi une crise de goutte. Nous n'avons pas retrouvé d'observations similaires lors de l'étude de la littérature.
- L'atteinte d'un autre orteil avec tuméfaction locale globale, rougeur, mimant un orteil en saucisse. La radiographie a permis d'évoquer le diagnostic. L'atteinte des petits orteils paraît exceptionnelle (10).

- L'atteinte de la face antérieure de la cheville avec une grosse calcification totalement régressive.
- Un dépôt en région sous-cuboïdienne proche de celle décrite par Cox (11).
- Une localisation au niveau de l'insertion achilléenne.
- Une localisation dans les parties molles du talon à été responsable d'une talalgie aigue avec impossibilité de poser le talon au sol pendant 7 jours. Elle paraît exceptionnelle et nous n'avons pas retrouvé d'observations similaires dans la littérature.

Références :

1. Goupille P, Vedere V, Soutif D, Valat JP. « pseudo-goutte » à hydroxyapatite. Sem Hôp Paris 1993, 69,379-381.
2. Cooper SM. Pseudopodagra in young women. Arthritis Rheum 1990, 33, 607-608.
3. Fam AG, Rubenstein J. Hydroxyapatite pseudopodagra : a syndrome of young women. Arthritis Rheum 1989, 32, 741-747.
4. Fam AG, Stein J. hydroxyapatite pseudopodagra in young women. J Rheumatol 1992, 19, 662-664.
5. Mines D, Abbuhl SB : hydroxyapatite pseudopodagra in a young man : acute calcific peri-arthritis of the first metatarsophalangeal joint. Am J Emerg Med 1996, 14, 180-182.
6. Gruneberg R. calcifying tendinitis in the forefoot. Br J Radiol 1963, 36, 378-379.
7. Rhodes RA, Stelling CB. Calcific tendinitis of the flexors of the forefoot. Ann Emerg Med 1986, 15, 751-753.
8. Swannel AJ, Underwood FA, AstJ Dixon. Periarticular calcific deposits mimicking acute arthritis. Ann Rheum Dis 1970, 29, 380-385.
9. Borgersen A. Myotendinitis calcarea at the proximal join of the great toe. Acta Radiol 1958, 50, 361-364.
10. Schapira D, Scharf Y. Acute calcific tendinitis of the foot. Br J Rheumatol 1994, 33, 1092-1096.
11. Cox D, paterson FWN. Acute calcific tendinitis of peroneus longus. J Bone Joint Surg [Br] 1991,73-B, 342.
12. Thompson GR, Ming ting Y, Riggs GA, Ellen Fenn M, Denning RM. Calcific tendinitis and soft tissue calcification resembling gout. JAMA 1968,203,122-130.