

MALADIE DE WHIPPLE A PROPOS D'UN CAS

T. ANSEMANT*, A. DUVAL*, P. ORNETTI*, C. PIROTH*, N. RICHARD, C. TAVERNIER* (*CHU Dijon, **CH Chalon sur Saône).**

Les auteurs présentent le cas clinique d'une maladie de Whipple suspectée lors de manifestations articulaires, et confirmée par une complication cardiaque.

Il s'agit d'un patient de 57 ans, Mr B., polyvasculaire, suivi en rhumatologie pour une oligoarthritis séronégative, touchant les deux poignets, et évoluant depuis mai 2003. Le bilan immunologique réalisé était négatif, malgré la persistance d'un syndrome inflammatoire biologique. Ce rhumatisme inflammatoire indifférencié, non érosif mais cortico-dépendant s'avérait résistant à de nombreux traitements de fond tels que Léflunomide, Méthotrexate et même un anti-TNF (Etanercept).

Mr B., a présenté en septembre 2008 un œdème aigu pulmonaire massif, secondaire à une insuffisance aortique de grade 4/4 par endocardite, conduisant à un remplacement valvulaire aortique en urgence au CHU de Lyon. Les hémocultures étaient stériles. La PCR *Tropheryma Whipplei* était positive.

La maladie de Whipple est une affection systémique d'origine bactérienne, liée à *Tropheryma Whipplei*, bacille intracellulaire à Gram positif. Les manifestations cliniques secondaires à cette affection sont très diverses : le diagnostic positif n'est donc pas aisé. En effet, le malade peut aussi bien présenter des signes généraux tels qu'un amaigrissement et dénutrition, qu'une diarrhée persistante avec douleurs abdominales, une atteinte articulaire avec arthralgies migratrices, oligo ou polyarthrites non déformantes, une atteinte cardiaque avec endocardite à hémocultures négatives et péricardite, sans oublier des signes neurologiques variés. Le diagnostic doit être évoqué de principe devant des manifestations systémiques régressant ou s'améliorant lors d'antibiothérapies itératives.

Cette observation permet de faire le point par sur les différentes techniques utilisées pour confirmer cette maladie. En effet, de nombreux progrès ont été faits ces dernières années pour le diagnostic positif. L'analyse histologique en constitue la clef de voute. La coloration par le PAS de biopsies duodenojéjunales, associée à une clinique évocatrice, confirme le diagnostic. L'amplification par PCR de prélèvements tissulaires ou de liquides biologiques (articulaire, pleural, céphalorachidien...) est une technique très intéressante, et permet de faire le diagnostic lorsque les manifestations de la maladie sont extradigestives. Par ailleurs, l'immunomarquage par immunohistochimie, consistant à utiliser des anticorps dirigés contre la bactérie, n'est pas encore une technique utilisée dans la pratique courante, mais est très prometteuse. La microscopie électronique permet de détecter directement le bacille, mais cette méthode est encore peu effectuée de manière courante.