

Case report

Polyarthrite chronique sans troubles digestifs apparents : A propos d'un cas révélant une maladie de whipple

Chronic polyarthritis without apparent gastrointestinal symptoms: A case revealing whipple disease

Yannick Laurent Tchenadoyo Bayala¹, Issa Ouedraogo¹, Abdoul-Aziz², Tatiana Cécile Enganobel³, Tassadit Ait Abdesselam³

¹ Service de rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso

² Service de rhumatologie de l'Hôpital Général de Garoua, Garoua, Cameroun

³ Service de rhumatologie du Grand Hôpital de L'Est Francilien, Meaux, France

RÉSUMÉ

Introduction : La maladie de Whipple est une affection infectieuse chronique multisystémique rare causée par *Tropheryma whipplei*, avec une incidence annuelle d'environ 1 cas par million en Europe. Bien qu'elle se présente classiquement par la triade de symptômes gastro-intestinaux et d'arthropathie, les manifestations articulaires précèdent fréquemment les symptômes digestifs de plusieurs années, conduisant à une errance diagnostique.

Observation : Nous rapportons le cas d'une femme de 58 ans initialement diagnostiquée avec une polyarthrite rhumatoïde séronégative en janvier 2022, devant une polyarthrite migratrice et une raideur matinale. La patiente n'a montré aucune réponse aux traitements conventionnels incluant le méthotrexate jusqu'à 25 mg par semaine, le léflunomide, et les corticoïdes à faible dose. Subsequemment diagnostiquée avec une spondyloarthropathie axiale et périphérique basée sur une sacro-iliite bilatérale à l'IRM, elle a échoué aux multiples biothérapies. L'imagerie TDM a révélé un épaississement muqueux du côlon transverse et droit avec des adénopathies mésentériques. Les tests PCR sur sang, salive et selles ont confirmé *Tropheryma whipplei*, avec des biopsies duodénales montrant des inclusions intracytoplasmiques macrophagiques caractéristiques. Suite à la confirmation diagnostique, toutes les biothérapies ont été arrêtées et un traitement antibiotique spécifique a été initié avec de la ceftriaxone intraveineuse pendant deux semaines, suivi d'un traitement d'entretien par cotrimoxazole. Après deux mois de traitement antibiotique, la patiente a démontré une amélioration des symptômes articulaires, une réduction de la raideur matinale, et une résolution des douleurs abdominales. **Conclusion :** Ce cas souligne l'importance de considérer la maladie de Whipple chez les patients avec une arthrite chronique résistante au traitement, même en l'absence de symptômes gastro-intestinaux évidents.

Mots-clés : Maladie de Whipple, *Tropheryma whipplei*, polyarthrite chronique, arthrite séronégative

ABSTRACT

Introduction: Whipple's disease is a rare chronic multisystemic infectious condition caused by *Tropheryma whipplei*, with an annual incidence of approximately 1 case per million in Europe. While classically presenting with the triad of gastrointestinal symptoms and arthropathy, joint manifestations frequently precede digestive symptoms by



Correspondence : Yannick Laurent Tchenadoyo Bayala

Email: bayalayannick7991@gmail.com

Received: 17 June 2026/ Accepted: 28 July 2026 / Published : 30 July 2026

<https://doi.org/bh/s11556-02>



© The Author(s) 2026. Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made.

several years, creating significant diagnostic challenges. **Observation:** We report the case of a 58-year-old woman initially diagnosed with seronegative rheumatoid arthritis in January 2022, presenting with migratory polyarthritides and morning stiffness exceeding 30 minutes. Despite negative rheumatoid factor, anti-CCP antibodies, and antinuclear antibodies. The patient showed no response to conventional treatments including methotrexate up to 25 mg weekly, leflunomide, and low-dose corticosteroids. Subsequently diagnosed with axial and peripheral spondyloarthropathy based on bilateral sacroiliitis on MRI, she failed multiple biologic therapies (adalimumab, infliximab, secukinumab). CT imaging revealed mucosal thickening in the transverse and right colon with mesenteric lymphadenopathy. PCR testing of blood, saliva, and stool samples confirmed *Tropheryma whipplei*, with duodenal biopsies showing characteristic intracytoplasmic macrophage inclusions. Following diagnosis confirmation, all biologic therapies were discontinued and specific antibiotic treatment was initiated with intravenous ceftriaxone for two weeks, followed by maintenance cotrimoxazole therapy. After two months of antibiotic treatment, the patient demonstrated spectacular improvement in joint symptoms, reduced morning stiffness, and resolution of abdominal pain. **Conclusion:** This case highlights the importance of considering Whipple's disease in patients with treatment-resistant chronic arthritis, even in the absence of obvious gastrointestinal symptoms.

Keywords : Whipple's disease, *Tropheryma whipplei*, chronic polyarthritides, seronegative arthritis

1. Introduction

La maladie de Whipple est une affection infectieuse chronique et multisystémique rare, causée par la bactérie intracellulaire appelée *Tropheryma whipplei* [1]. Son incidence annuelle est estimée à environ 1 cas par million en Europe, avec seulement un millier de cas rapportés dans la littérature à ce jour [2]. Historiquement, elle a été principalement diagnostiquée chez des hommes caucasiens d'âge moyen de la quarantaine, bien que des données plus récentes suggèrent une proportion croissante de sexe féminin jusqu'à 22% et un âge moyen au diagnostic plus élevé allant à la soixantaine [3]. Le délai moyen entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic est souvent long, pouvant atteindre sept ans [4]. Bien que la présentation classique inclut une triade de symptômes digestifs à savoir douleurs abdominales, diarrhée, perte de poids et une arthropathie, cette dernière est fréquemment le symptôme inaugural, précédant parfois de plusieurs années l'apparition des troubles gastro-intestinaux. L'arthropathie est typiquement migratrice, non déformante, et peut se présenter sous forme d'oligoarthrite ou de polyarthrite [5]. Le diagnostic de la maladie de Whipple peut s'avérer particulièrement difficile en l'absence de symptômes digestifs évidents, posant un défi clinique significatif et entraînant souvent un retard diagnostique important. Nous présentons un cas illustrant cette présentation atypique, où la polyarthrite chronique était la manifestation prédominante, sans troubles digestifs apparents initiaux.

2. Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente de 58 ans, sans antécédents médicaux notables hormis une

appendicectomie, un kyste du genou gauche et un syndrome du canal carpien bilatéral traité par infiltrations de corticoïdes depuis deux ans. Les antécédents familiaux incluaient un cancer du côlon chez la mère et la grand-mère, toutes deux décédées.

La patiente a été initialement diagnostiquée avec une polyarthrite rhumatoïde séronégative en janvier 2022, avec un DAS 28 à 4,28, indiquant une activité modérée. La patiente rapportait également une raideur matinale supérieure à 30 minutes. Les symptômes incluaient une polyarthrite migratrice avec des réveils nocturnes des mains et des pieds, évoluant depuis six mois. Le bilan immunologique initial notamment les Anti-CCP, le Facteur Rhumatoïde et les FAN étaient négatifs. Une IRM du poignet a révélé une géode à la base des 2ème et 3ème articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) ainsi qu'un épanchement au niveau de l'articulation radio-ulnaire carpienne.

Malgré le diagnostic initial, la polyarthrite n'a pas répondu aux traitements conventionnels. Un traitement par méthotrexate a été initié, avec des doses progressivement augmentées jusqu'à 25 mg par semaine par voie orale puis injectable, avec supplémentation en acide folique, associé à une corticothérapie à faible dose a apporté une amélioration de courte durée. Il n'y avait pas de fièvre ni d'altération de l'état général. Aucun signe cutané, pulmonaire ou cardiaque n'était présent. Des douleurs abdominales non étiquetées étaient cependant rapportées, et une première fibroscopie digestive était normale. L'association d'Arava n'a pas non plus amélioré la symptomatologie.

Les bilans biologiques montraient une hémoglobine à 13,9 g/dL, des leucocytes normaux à 7800/mm³, une CRP à 17,5 mg/L. Le bilan hépatique, l'électrophorèse des

protéines sériques étaient normaux, de même que les CPK. Une échocardiographie trans-thoracique (ETT) était normale.

En janvier 2023, on notait la persistance de la symptomatologie articulaire, avec l'apparition de fessalgies bilatérales inflammatoires à bascule et de talalgies, qui conduisent à une réévaluation. La radiographie du rachis était normale, et il n'y avait pas d'autres signes évocateurs de spondyloarthropathie, à l'exception d'une douleur sacro-iliaque droite. La CRP était à 15 mg/dL, sans autres anomalies biologiques ni enthésites. La sérologie de Lyme était négative. Le test HLA B27 était négatif. L'IRM a révélé une sacro-iliite bilatérale (Figure 1). Le diagnostic de spondylarthrite axiale et périphérique a alors été posé.

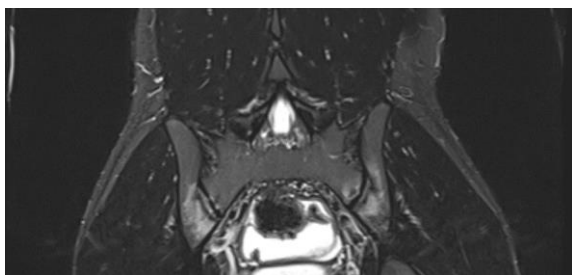


Figure 1 : IRM représentant la sacroiliite bilatérale

La patiente a été mise sous biothérapies successives à savoir de l'adalimumab (Humira, puis Amgevita), puis infliximab (Remsima), et enfin secukinumab (Cosentyx), sans aucune amélioration de la polyarthrite. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) a été réalisé, révélant, en plus de la sacro-iliite bilatérale, un discret épaissement muqueux au niveau du côlon transverse et du côlon droit, avec quelques diverticules pariétaux et une infiltration diffuse de la graisse péricolique, associée à des ganglions mésentériques. Ces signes ont fait évoquer une colite infectieuse ou une entérocolopathie inflammatoire. La persistance des douleurs abdominales a motivé une nouvelle fibroscopie digestive haute avec biopsies duodénales, ainsi que l'exérèse de trois polypes de 1 cm au niveau du côlon et du rectum.

Les tests PCR pour *Tropheryma whippelii* sur sang, salive et selles sont revenus positifs. Les biopsies duodénales, analysées par PCR pour *Tropheryma whippelii*, ont également confirmé la présence de la bactérie, avec des inclusions intracytoplasmiques macrophagiques typiques à l'examen histologique, permettant de poser le diagnostic définitif de maladie de Whipple.

Suite au diagnostic confirmé de maladie de Whipple, toutes les biothérapies précédemment prescrites pour la polyarthrite ont été arrêtées. Un traitement antibiotique spécifique a été initié, consistant en une cure de ceftriaxone intraveineuse pendant deux semaines, suivie d'un traitement d'entretien par cotrimoxazole (sulfaméthoxazole 800 mg + triméthoprime 160 mg) deux fois par jour, pour une durée minimale de 12 mois.

Deux mois après le début du traitement antibiotique, la patiente a montré une amélioration de sa symptomatologie articulaire. Les douleurs ont significativement diminué, la raideur matinale s'est réduite, et l'état général de la patiente s'est nettement amélioré. Les douleurs abdominales ont également régressé.

3. Discussion

Ce cas clinique illustre les défis diagnostiques posés par la maladie de Whipple. Bien que la maladie de Whipple soit classiquement associée à une triade de symptômes incluant l'arthropathie, la perte de poids et les troubles digestifs, notre patiente a présenté une polyarthrite chronique migratrice comme symptôme prédominant et quasi exclusif pendant une longue période, masquant ainsi le diagnostic sous-jacent.

L'arthropathie constitue fréquemment le premier signe clinique de la maladie de Whipple, souvent plusieurs années avant les manifestations digestives, ce qui s'explique par la dissémination précoce de *Tropheryma whippelii* au niveau des tissus synoviaux [6]. Sur le plan physiopathologique, la bactérie infiltre les macrophages, qui présentent une altération de leur fonction lysosomale, empêchant la dégradation intracellulaire du germe [7]. Cette persistance bactérienne induit une inflammation locale chronique, favorisée par une réponse immunitaire inadaptée de type Th2, marquée par une faible production d'IL-12 et d'interféron- γ , et une surexpression d'IL-10 et d'IL-16 [8-9]. La synoviale devient ainsi un réservoir bactérien silencieux, expliquant le caractère isolé et prolongé de l'arthropathie dans les formes atypiques de la maladie.

Dans notre cas, la patiente a présenté une polyarthrite persistante pendant plus d'un an, initialement étiquetée comme une polyarthrite rhumatoïde séronégative, puis comme une spondyloarthropathie axiale et périphérique. Cette errance diagnostique est malheureusement courante, le délai moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic pouvant atteindre sept ans. La nature migratrice et non déformante de l'arthrite, ainsi que la négativité des bilans immunologiques classiques (FR, Anti-CCP, FAN, HLA B27), auraient pu orienter plus tôt vers des diagnostics atypiques, mais la rareté de la maladie de Whipple la rend souvent peu suspectée.

La confirmation diagnostique repose sur l'association de plusieurs examens complémentaires. L'endoscopie digestive haute, avec biopsies duodénales multiples, reste l'examen clé, permettant de mettre en évidence une infiltration de macrophages spumeux PAS-positifs dans la lamina propria, caractéristique de la maladie [10]. Toutefois, cette coloration n'est pas spécifique et peut être prise à tort pour d'autres pathologies infectieuses comme l'histoplasmosse [11]. L'apport de la PCR spécifique pour *T. whippelii*, réalisée sur les biopsies intestinales, le sang,

la salive ou les selles, augmente significativement la sensibilité et la spécificité du diagnostic [12]. En complément, des techniques d'immunohistochimie ou d'amplification du 16S rRNA peuvent être utilisées pour confirmer l'étiologie bactérienne [5]. Le diagnostic de notre patiente a finalement été confirmé par la positivité des tests PCR pour *Tropheryma whippelii* sur différents prélèvements et, de manière cruciale, par l'examen histologique des biopsies duodénales révélant des inclusions intracytoplasmiques macrophagiques typiques, associées à une PCR positive sur les biopsies. Cette approche diagnostique multidisciplinaire, combinant des tests moléculaires et histologiques, est essentielle pour un diagnostic précis de la maladie de Whipple.

L'échec des multiples biothérapies utilisées pour traiter une polyarthrite supposée inflammatoire chronique non spécifique, est un élément clé de ce cas. Il met en évidence l'inefficacité de ces traitements en l'absence d'un diagnostic étiologique correct. L'amélioration spectaculaire et rapide de la symptomatologie articulaire et générale de la patiente après l'instauration du traitement antibiotique spécifique confirme la nature infectieuse de sa maladie et l'importance d'un traitement ciblé.

Le traitement de la maladie de Whipple repose sur une antibiothérapie prolongée et adaptée, visant à éradiquer *Tropheryma whippelii* y compris dans les sites à barrière hémato-encéphalique [4]. Les recommandations actuelles préconisent une première phase d'attaque par une bêta-lactamine capable de diffuser dans le système nerveux central, typiquement la ceftriaxone 2 g/jour en intraveineuse pendant deux à quatre semaines [4]. Cette phase est suivie d'un traitement d'entretien par cotrimoxazole (association de sulfaméthoxazole 800 mg et triméthoprime 160 mg, deux fois par jour), pendant au moins 12 mois, afin de prévenir les rechutes, notamment neurologiques. Le triméthoprime inhibe la dihydrofolate réductase bactérienne, tandis que le sulfaméthoxazole bloque la synthèse de l'acide folique, perturbant la multiplication bactérienne [4]. Ce traitement permet généralement une amélioration rapide des symptômes, notamment articulaires et digestifs, dès les premières semaines. Le pronostic de la maladie s'est considérablement amélioré avec l'instauration de ces traitements ; les formes non compliquées présentent une excellente réponse thérapeutique et une rémission durable, à condition que le traitement soit suffisamment prolongé et suivi. En revanche, les formes neurologiques ou les rechutes précoces sont associées à un pronostic plus réservé, soulignant l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

4. Conclusion

En conclusion, ce cas de maladie de Whipple, initialement masqué par une polyarthrite chronique réfractaire aux traitements conventionnels et des symptômes digestifs atypiques, souligne la nécessité pour les cliniciens de

maintenir un haut indice de suspicion pour cette maladie rare. Face à une arthropathie inexpliquée, en particulier lorsqu'elle est migratrice, séronégative et résistante aux traitements rhumatologiques standards, la maladie de Whipple doit être envisagée, même en l'absence de troubles digestifs patents. Un diagnostic précoce est crucial pour éviter les complications systémiques graves et permettre une prise en charge thérapeutique efficace, comme en témoigne l'évolution favorable de notre patiente.

Déclarations

Conflits d'intérêts : Aucun

Financement : Aucun

Approbation éthique : Nous avons obtenu le consentement éclairé de la patiente.

Références

1. Mehta A, Patkar N, Duhan S, Srinivas null, Nema S. Atypical Whipple's disease. *Indian J Gastroenterol*. 2005;24(1):31.
2. Helliwell TR, Appleton RE, Mapstone NC, Davidson J, Walsh KP. Dermatomyositis and Whipple's disease. *Neuromuscul Disord*. janv 2000;10(1):46-51.
3. Mohamed W, Neil E, Kupsy WJ, Juhász C, Mittal S, Santhakumar S. Isolated intracranial Whipple's disease--report of a rare case and review of the literature. *J Neurol Sci*. 15 sept 2011;308(1-2):1-8.
4. Verbrugghe L, Verraes K, Vanderschueren S, Vermeire S, Pollet S, De Leyn P, et al. Mesenteric panniculitis as a presentation of Whipple's disease: case report and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg*. 2020;83(4):666-8.
5. Olivier M, Licitra C, Field Z, Ge L, Hill D, Madruga M, et al. Thrombocytopenia and endocarditis in a patient with Whipple's disease: case report. *BMC Infect Dis*. 22 janv 2020;20(1):71.
6. Fenollar F, Célar M, Lagier JC, Lepidi H, Fournier PE, Raoult D. *Tropheryma whippelii* endocarditis. *Emerg Infect Dis*. nov 2013;19(11):1721-30.
7. Sarvananthan S, Velissaris T, Miskolczi S, Yam T, Shah BN. *Tropheryma whippelii* endocarditis. *Echocardiography*. avr 2021;38(4):697-700.
8. Laeeq SM, Luck NH, Hassan SM, Abbas Z, Tasneem AA, Mubarak M. Whipple's disease. *J Coll Physicians Surg Pak*. mai 2014;24 Suppl 2:S81-83.

9. Vangoitsenhoven R, Nijs J, Verbrugge H, Van Meerbeek J, Van den Bergh L. Whipple's disease. A classic case report and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg.* 2010;73(3):392-6.
10. Jackuliak P, Koller T, Baqi L, Plank L, Lasabova Z, Minarik G, et al. Whipple's disease-generalized stage. *Dig Dis Sci.* déc 2008;53(12):3250-8.
11. Ye H, Hu X, Tong TRSW, Chen S, Li T, Xing F, et al. Whipple's disease presenting as weight gain and constipation in a Chinese woman. *BMC Infect Dis.* 8 mai 2023;23(1):302.
12. Obst W, Hoffmann A, Weigt J, Canbay A, Malfetheriner P, Arnim U von. Whipple's Disease - delay of diagnosis by immunosuppressive therapy; a case-series report. *Z Gastroenterol.* 2023;61(8):1002-8.

How to cite this article: Bayala YLT, Ouedraogo I, Abdoul-Aziz, Enganobel TC, Ait Abdesselam T. Polyarthrite chronique sans troubles digestifs apparents : à propos d'un cas révélant une maladie de Whipple. *Baobab Health.* 2026; 1(1):24-28.