



OSTEOPOROSE ET CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE LA GONARTHROSE

K.Maataallah; R.Dhahri; A.Aouadi; I.Bouassida; H.Ajlani; T.Torjman; M.Eleuch; S.Sellemi

Introduction:

Arthrose et ostéoporose sont deux affections extrêmement fréquentes dans la population générale dont la prévalence augmente fortement avec l'âge. Leur coexistence ne peut qu'accroître le risque de morbidité et de mortalité chez les sujets atteints.

Matériels et méthodes:

- Etude prospective transversale, effectuée sur une période allant de 2006 à 2009, à propos de 57 femmes ayant une gonarthrose, qui ont bénéficié d'un interrogatoire relevant les différents facteurs de risque des deux affections et d'une ostéodensitométrie(DMO) lombaire et fémorale.
- Une analyse statistique des données anthropométriques, cliniques et densitométriques a été menée afin de dégager les particularités liées à la gonarthrose

Résultats:

Il s'agissait de 57 femmes d'âge moyen $53 \pm 7,8$ (40-78 ans) ayant un IMC moyen de $32,48 \pm 6,15$ Kg/m² (20,7- 49,22). Une ostéopénie ou une ostéoporose était notée dans 47,7% des cas avec un T score moyen de $-0,69 \pm 1,157$ DS au rachis lombaire (-4,2-4,3) et de $-0,02 \pm 1,09$ DS au site fémoral (-2,3-2,4). En étudiant les caractéristiques cliniques des patientes selon le statut minéral osseux, nous avons noté que: L'ancienneté de la gonarthrose et le WOMAC douleur, fonction et raideur ne semblaient pas avoir eu d'influence significative sur le statut minéral osseux et que l'EVA douleur était plus importante chez les patientes avec DMO normale en les comparant aux ostéopéniques et ostéoporotiques (p=0,021).

Tableau: Comparaison du statut osseux selon les caractéristiques cliniques de la gonarthrose

	DMO normale (Fet/ou L)	Perte osseuse (F et/ou L)	P
Ancienneté/mois	$46,37 \pm 45,35$ [1-180]	$46,41 \pm 50,10$ [3-240]	0,99 NS
EVA	$57,33 \pm 20,86$ [20-100]	$48,07 \pm 25,25$ [0-100]	0,021
WOMAC douleur	$2,17 \pm 0,93$ [0,4-4]	$1,92 \pm 0,7$ [0,6-3,2]	0,26 NS
WOMAC fonction	$1,9 \pm 0,89$ [0,23-3,35]	$1,91 \pm 0,74$ [0,29-3,58]	0,96 NS
WOMAC raideur	$1,99 \pm 1,1$ [0-4]	$1,72 \pm 0,9$ [0-4]	0,31 NS

EVA: Echelle analogique de douleurs, WOMAC: Western Ontario Mac Master Osteoarthritis Index, DMO: Densité minérale osseuse, p:signification, NS: non significatif

Discussion : Le rôle protecteur de l'arthrose contre l'ostéoporose a été évoqué dans plusieurs études dans la littérature[1,2,3] et il repose sur deux constatations principales: L'augmentation de la résistance mécanique de l'os sous-condral associée à la dégénérescence cartilagineuse et au caractère « ostéoformateur » observé chez les sujets arthrosiques, se traduisant par la survenue des ostéophytes. Dans notre étude cette relation n'a pas été confirmée. Ceci pourrait être expliqué par le caractère transversal de notre étude et à la petite taille de l'échantillon.

Conclusion:

Dans notre série la relation inverse arthrose ostéoporose, rapportée dans la littérature, n'a pas été prouvée. Des études longitudinales concernant des cohortes plus importantes sont nécessaires afin de mieux élucider cette association.

Références:

- [1]ValentinaZ. Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis 2010;27:135-4
- [2]Radin E. Lancet 1972/(&ç6é&
- [3]DequekerJ; J Rheumatol 1997; 24:795-8



L'effet du tabagisme sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde

W.Bousselmi ; H.Sahli; R.Tekaya ; L. Dridi; I.Mahmoud ; O. Saidane ; L. Abdelmoula ; R.Zouari,
service de rhumatologie, hopital Charles Nicoles

INTRODUCTION

Le rôle des facteurs environnementaux, dont le tabagisme, au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été suggéré depuis longtemps. Cette relation a été étudiée d'une part du fait du risque de PR chez les patients tabagiques et de l'influence du tabac sur la forme de la maladie. L'objectif du travail est d'étudier l'effet du tabagisme actif sur l'activité de la PR.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Etude transversale sur des patients présentant une PR. Les données démographiques, cliniques, immunologiques, biologiques et radiologiques ont été recueillies

RÉSULTATS :

- Les caractéristiques cliniques de 119 patients sont résumées dans le tableau I.
- La notion de tabagisme dans 18,5% des cas.
- Les études de corrélations montraient que les patients tabagiques avaient des taux de CRP significativement plus élevés que celui des non tabagiques (43,9 versus 22,4 mg/l ($p=0,007$)).
- Par contre, il n'y'avait pas de différence significative concernant le DAS28 et la vitesse de sédimentation, la présence d'anti-CCP entre les groupes fumeurs et non fumeurs.
- De même l'activité de la maladie ($p=0,772$) et la qualité de vie ($p=0,962$) n'étaient pas influencées par le tabagisme.

Tableau I: caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques des patients

Paramètres	Valeurs
sexe	F= 92 , H=27
Âge moyen	51 ans[1,678,33]
DAS 28 moyen	5,35[1,67-8,33]
HAQ moyen	1,41
FR positif	68,9%
AntiCCP positifs	60%

Tableau II: Etude comparative

	Tabac +	Tabac -	p
DAS 28	5,44	5,33	0,772
HAQ	1,4	1,41	0,962
VS	70,91	59,41	0,172
CRP	43,9	22,4	0,007
AntiCCP	83,31	77,14	0,837

CONCLUSION :

Nos résultats sont différents de ceux rapportés dans la plupart des études. La CRP, plus élevée dans le groupe fumeur, majore le risque cardiovasculaire déjà plus important dans cette population.

DISCUSSION :

- La relations entre le tabagisme et la survenue d'une PR a fait l'objet de plusieurs études , confirmant cette association.
- Elle serait plus forte pour les PR séropositives.
- Le tabagisme est associé à une PR plus active, plus destructrice avec des taux élevés des marqueurs immunologiques de la maladie et plus de nodules rhumatoïdes, ce qui n' pas été démontré dans notre étude.
- Par ailleurs, le tabagisme est associé à l'altération de la qualité de vie.
- La question reste posée sur la relation avec le tabagisme passif..



DEVENIR DES ARTHRITES JUVENILES IDIOPATHIQUES A L'AGE ADULTE

K. Ben Abdelghani; S. Miladi; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI):

- Touche les enfants à un âge précoce.
- Évolution chronique et prolongée.



Peut avoir un important retentissement sur l'insertion socioprofessionnelle à l'âge adulte.

But de l'étude:

Décrire le devenir des enfants suivis pour AJI à l'âge adulte.

Matériels et méthodes:

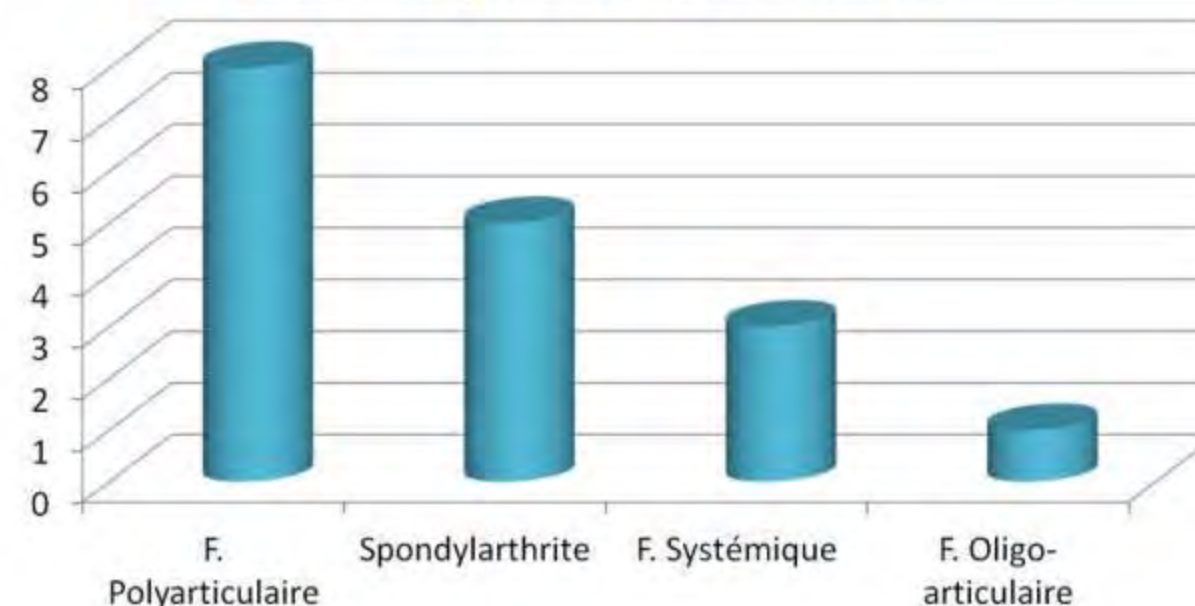
- Étude transversale.
- Sujets AJI (critères de l'ILAR).
- Âge au moment de l'étude > 18 ans
- Questionnaire téléphonique:
 - Le statut familial.
 - La profession actuelle (manuelle, administrative, au foyer ou étudiant).
 - Les horaires de travail (temps plein ou partiel),
 - Un aménagement du poste de travail.
 - La fréquence des congés de maladie.

Résultats :

- Notre population:

Nombre de patients:	15 (11 H et 4 F)
Âge de début de la maladie:	7ans [3-15 ans]
Âge au moment de l'étude:	21,6 ans [18-34 ans]

- Formes clinique de la maladie:



- Une coxite: 5patients (1 opéré)
- Traitement: 9 cas sous DMARDs
8 sous biothérapie.

Statut familial:

- Trois patients mariés [26-36ans].

Profession actuelle et fréquence des congés:

- 5 sont encore étudiants:
 - 4 ont un bon rendement et sans absentéisme
 - Le 5^{ème} le taux d'absentéisme était élevé.
- 3 ont fini leurs études supérieures:
 - 2 à la recherche d'un travail (depuis 6mois).
 - Le 3^{ème}, travaille dans un poste administratif sans absentéisme.

- 3 n'ont jamais travaillé à cause de leur important handicap.

Horaires de travail:

- Temps plein pour les étudiants et le fonctionnaire.

Aménagement de poste de travail:

- 1 étudiant a nécessité une aide spéciale pour aller à la faculté.

Discussion:

- D'après nos résultats, un le quart des AJI n'ont pas pu accéder à une vie socio-professionnelle normale.
- Les possibles déformations articulaires et les douleurs constituent les facteurs à l'origine d'une limitation de la mobilité et d'une mauvaise insertion dans la vie sociale*.

Conclusion:

L'AJI, une maladie débutant à un âge précoce. L'activité de la maladie et la présence de coxite demeurent les principaux facteurs déterminants du retentissement physique et psychosocial des AJI.

*Références:

- Tong A. Children's experiences of living with juvenile idiopathic arthritis: a thematic synthesis of qualitative studies. Arthritis Care Res 2012; 64(9):1392-404.
- Durate SC. Disability impact on quality of life in Mexican adults with juvenile idiopathic arthritis and juvenile enthesal spondylitis. Clin Exp Rheumatol 2007; 25(6):992-7



LOMBALGIE INFLAMMATOIRE REVELANT UNE HISTIOCYTOSE X

N.Bagane, H.Zeglaoui, S Belghali, I Ben Smida, E.Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat HACHED, Sousse

INTRODUCTION :

Les étiologies des lombalgies inflammatoires chez l'adulte jeune sont dominées par les spondylarthropathies. Les spondylodiscites infectieuses et les tumeurs rachidiennes primitives sont des causes possibles, alors que l'histiocytose x reste une cause rare. Nous en rapportons une observation.

OBSERVATION :

RHM âgé de 20 ans, est hospitalisé pour des lombalgies basses d'allure inflammatoire évoluant depuis 12 mois associées à des douleurs fessières gauches.

L'examen physique a trouvé un rachis souple et des sacro-iliaques indolores. A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique (VS accélérée à 73/H1), le reste du bilan était sans particularités. Les radiographies standard ont objectivé une condensation de D12 ; un pseudo élargissement de la sacro-iliaque droite avec aspect irrégulier des berges. L'IRM rachidienne a montré des multiples lésions vertébrales au niveau de L3, L1, D12 et C6 d'allure inflammatoire riche en graisse sans extension endocanalaire (fig1), faisant évoqué au 1er lieu une atteinte lymphomatose. Un scanner des sacro-iliaques a objectivé une lésion ostéolytique de l'os iliaque droit.

La biopsie vertébrale de T12 a montré des signes d'inflammation non spécifique. La TDM thoracoabdominale a montré des adénopathies médiastinales antérieures gauches avec quelques adénopathies infra centimétriques péri aortiques et iliaques bilatérales . La biopsie chirurgicale médiastinale a conclu à une infiltration par histiocytose x avec à l'immuno-marquage: anticorps anti CD1a (+) et PS-100(+).

Le diagnostic retenu était une histiocytose x à localisation osseuse multifocale associée à une atteinte ganglionnaire. Le patient a bénéficière d'une chimiothérapie à base de vinblastine 10mg/s associée a la prédnisone 40mg/m2/j pendant 6 semaine comme traitement d'attaque. L'évolution est marquée par la régression des douleurs rachidiennes et la disparition du syndrome inflammatoire biologique.

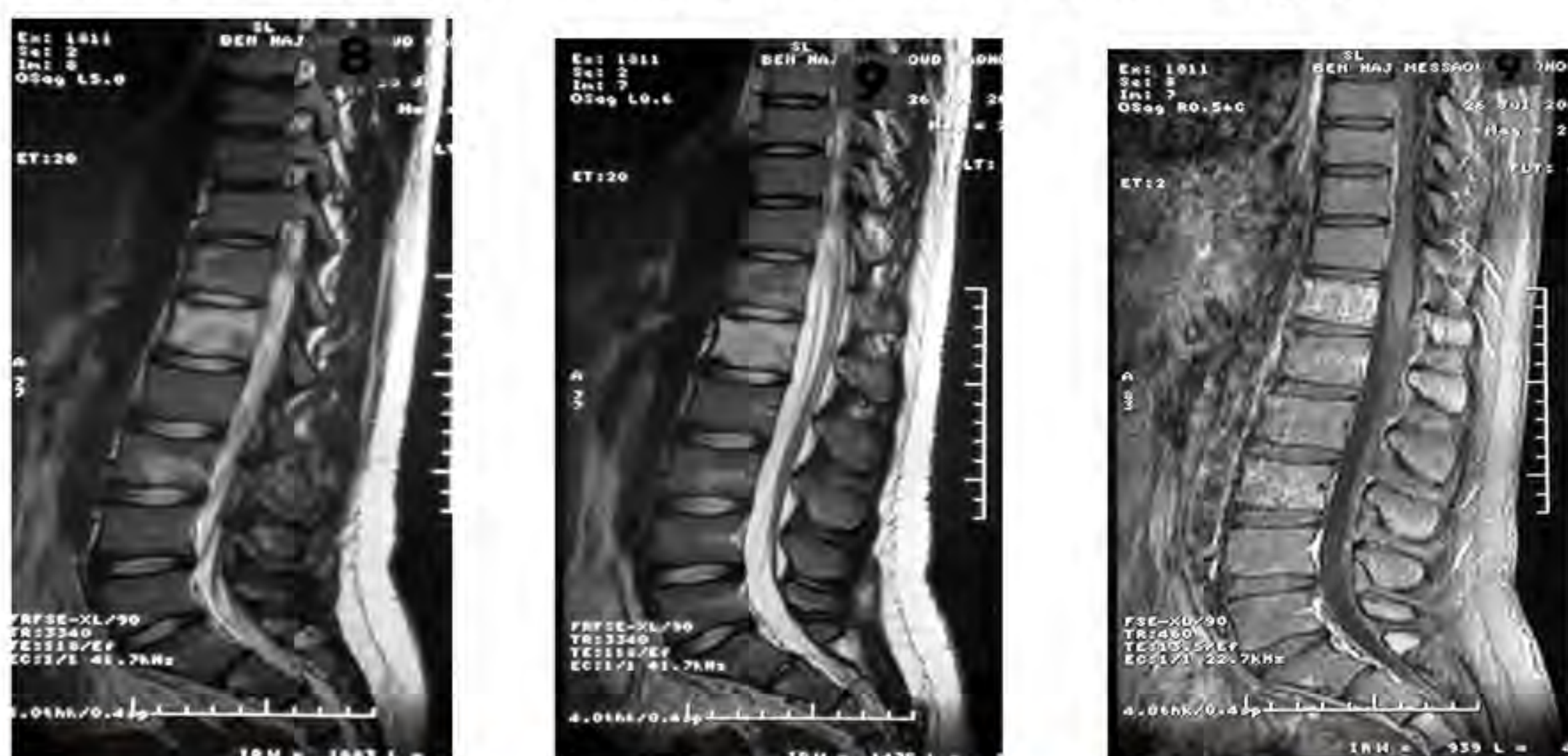


Fig1: IRM rachidienne: Lésions vertébrales au niveau de L1 et L3 d'allure inflammatoire riche en graisse sans extension endocanalaire.

DISCUSSION :

L'histiocytose x est une maladie caractérisée par une prolifération et une infiltration de cellules histiocytaires dont le comportement peut être tantôt celui d'une tumeur osseuse bénigne tantôt celui d'une hémopathie maligne. L'étiologie et la pathogénie de cette affection restent encore inconnues. De nombreux tissus peuvent être atteints de façon très variable par la prolifération des histiocytes mais l'atteinte osseuse est très souvent présente au moment du diagnostic avec une grande prédominance des atteintes crâniennes, vertébrales ou costales. Ces localisations osseuses surtout si elles sont isolées n'ont pas de spécificité suffisante pour être identifiées par la simple clinique et par l'aspect radiologique. La biopsie osseuse s'avère donc indispensable pour affirmer le diagnostic de granulome éosinophile. La scintigraphie osseuse est utile devant une lacune osseuse apparemment isolée pour la recherche d'autres localisations. En outre la scintigraphie osseuse permet de surveiller l'évolution de l'affection compte tenu de la possible apparition, de nouvelles localisations à des moments différents. La TDM mais surtout l'IRM ont leur place pour définir avec précision l'étendue de la lacune osseuse mais aussi pour surveiller son évolution après traitement.

La multiplicité des formes cliniques de l'histiocytose x s'accompagne d'une grande variabilité évolutive. La possibilité d'une guérison spontanée mais aussi l'apparition même tardive d'autres localisations doit rendre très prudent l'établissement du pronostic. La plupart des auteurs considèrent comme facteur de mauvais pronostic: le jeune age moins de 3 ans, l'extension pluritissulaire des lésions et la présence d'un dysfonctionnement hépatique, pulmonaire ou hématopoïétique. L'intensité et la rapidité de la réponse au traitement sont en revanche un élément de pronostic favorable. Le pronostic des lésions osseuses de l'histiocytose x est en général bon car l'évolution se fait souvent vers une guérison spontanée. Le traitement de l'histiocytose x reste à l'heure actuelle toujours controversé, du fait de la rareté de la maladie et de l'absence de références universellement admises. La grande majorité des granulomes éosinophiles évoluent spontanément vers la guérison sans traitement ou avec un traitement local uniquement (injection de stéroïdes, curetage biopsique). Mais les formes graves multi viscérales nécessitent une prise en charge beaucoup plus lourde relevant le plus souvent des services d'onco-hématologie.

CONCLUSION :

Le granulome éosinophile osseux isolé ou multiple sans atteinte viscérale est la forme la plus commune de l'histiocytose x. Elle est en général de bon pronostic. Son diagnostic est souvent difficile compte tenu du manque de spécificité clinique et radiologique. Une biopsie s'avère indispensable pour le confirmer.

BIBLIOGRAPHIE:

- 1- EMC, Appareil locomoteur, 14-776 ; 2001, 14p.
- 2- Hématologie, Numéro 3, vol 1, 33-43 Février 1997.
- 3- Cancer 1997 ; 80: 1786-91.
- 4- Revue de Chirurgie orthopédique 1992 ; 78 ; 112-123.
- 5- Pediatric Hematology and oncology, 16 : 377-85, 1999.



TOLERANCE DE L'ETANERCEPT AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CHEZ UNE PATIENTE AU STADE D'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE SEVERE

L. DRIDI ; I. MAHMOUD ; O. SAIDANE ; H. SAHLI ; R. TEKAYA ; L. ABDELMOULA ; L. CHAABOUNI ; R. ZOUARI
SERVICE DE RHUMATOLOGIE, HÔPITAL CHARLES NICOLLE

Introduction

L'etanercept est une molécule anti TNF alpha largement prescrite au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Sur la base de données de pharmacocinétique, aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients insuffisants rénaux, cependant l'expérience clinique chez de tels patients est limitée. Nous rapportons notre expérience à travers une observation.

Observation

- Patiente âgée de 58 ans.
- ATCDs: HTA, hémangiome embolisé, IRC au stade de pré-dialyse avec une **clearance de créatinine à 15 ml/min.**
- Elle était suivie pour une PR séropositive et érosive évoluant depuis 23ans. Sa maladie était active sous 10mg de Prednisone avec un DAS28 à 5,15.
- La Salazopyrine, le Méthotrexate ainsi que le léflunomide étant contre indiqués à cause de l'IRC sévère, un anti TNF alpha était indiqué.
- L'etanercept lui était prescrit à raison d'une injection de 50mg en SC/semaine. Cette molécule était choisie car
 - **Elle avait la demi-vie la plus courte parmi les anti-TNF alpha disponibles (70 h)**
 - **Elle s'administre par voie sous cutanée ce qui permet de préserver son capital veineux.**
- L'évolution était favorable sur le plan articulaire.
- Aucun effet indésirable n'a été noté à part un épisode de gale qui a bien évolué sous traitement. Le recul était de 12 mois
- Actuellement la patiente a commencé l'hémodialyse à raison d'une séance/semaine depuis 1mois.
- L'injection d'Enbrel est administrée le lendemain de la séance de dialyse avec une bonne tolérance.

Discussion

- L'etanercept a une demi vie d'environ 70 heures. Les études de pharmacocinétique ont montré que sa clairance est d'environ 0,066 l/h chez les patients atteints de PR, soit un peu moins que celle observée chez les volontaires sains (0,11 l/h).
- Il n'existe aucune différence pharmacocinétique entre les hommes et les femmes.
- Bien que l'on détecte de la radioactivité dans les urines après l'administration d'etanercept radiomarqué à des patients et à des volontaires sains, aucune augmentation des concentrations d'etanercept n'a été observée chez les patients présentant une insuffisance rénale aiguë.
- La présence d'une insuffisance rénale ne devrait pas nécessiter d'ajustement de la posologie d'après ces données de pharmacocinétique.
- L'expérience clinique chez les insuffisants rénaux est limitée. Les cas reportés se sont intéressés plutôt à démontrer l'efficacité de l'infliximab chez les patients au stade d'hémodialyse.
- Chez notre patiente, l'etanercept a été bien toléré, nous n'avons pas noté d'effets indésirables. Son efficacité ne semble pas être modifiée non plus.

Conclusion: D'après notre observation, l'etanercept semble être bien toléré en cas d'insuffisance rénale chronique sévère.

LA MALADIE DE LÉO BUERGER (OU THROMBOANGÉITE OBLITÉRANTE) : A PROPOS DE 9 CAS

R Ben Salah, F Frikha, S Elaoud, M Snoussi, N Saidi, H Loukil, H Hariz, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.

INTRODUCTION

La maladie de Léo Buerger ou thromboangéite oblitérante (TAO) est une artériopathie non athéroscléreuse, caractérisée par une oblitération segmentaire et inflammatoire touchant les artères de petit et moyen calibre et les veines des quatre membres. Cette pathologie atteint surtout l'homme jeune, fumeur. Le but de ce travail est de rappeler les caractéristiques cliniques, les principales explorations vasculaires, les moyens thérapeutiques et le profil évolutif des patients atteints de

PATIENTS ET METHODES

Notre étude est rétrospective incluant tous les cas de maladie de Léo Buerger colligés dans un service de médecine interne (EPS Sfax -Tunisie) sur une période de 15 ans (1996-2011). Le diagnostic était retenu sur les critères de Mozes [1] et après élimination d'autres maladies auto-immunes, des états d'hypercoagulabilité, d'une source cardiaque emboligène avec absence d'autres facteurs de risque à part le tabac.

RESULTATS

Au cours de cette période, 9 cas de TAO étaient colligés. Ils étaient tous de sexe masculin et fumeurs (25 paquets/année en moyenne).

- ❖ L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39 ans (27-51).
 - ❖ Tous les patients se présentaient pour une ischémie artérielle distale et ils étaient tous symptomatiques au moment de l'admission. L'ischémie touchait de façon unilatérale le membre inférieur chez tous les patients associée à une atteinte d'un membre supérieur dans deux cas. Le phénomène de Raynaud n'était observé que chez un malade de même que la thrombophlébite superficielle.
 - ❖ L'enquête, réalisée de façon exhaustive pour tous les malades avait éliminé le diabète, l'athérosclérose, les états d'hypercoagulabilité et les maladies systémiques.
 - ❖ L'échodoppler artérielle, pratiquée chez tous les malades, confirmait la localisation distale dans tous les cas et objectivait une atteinte bilatérale chez 8 malades.
 - ❖ L'angio-scanner était réalisé chez 4 malades; il montrait un aspect évocateur de la maladie dans les 4 cas (Figure 1).
 - ❖ L'artériographie réalisée chez un seul malade révélait une sténose tibiofibulaire gauche avec un aspect d'artère hélicine (Figure 2).
 - ❖ Sur le plan thérapeutique, l'arrêt du tabac et les soins locaux étaient pratiqués chez tous les malades. Les 9 patients étaient mis sous un traitement médical de longue durée comprenant un vasodilatateur (9 cas) et un antiagrégant plaquettaire (9 cas). Une héparinothérapie était administrée chez 4 malades. Un seul patient a pu bénéficier d'un traitement par iloprost intraveineux avec des résultats encourageants.
- Le recours à la chirurgie était nécessaire dans 3 cas. L'évolution était favorable dans sept cas. Elle était marquée par une récurrence de l'ischémie digitale dans 2 cas.

CONCLUSION

A travers cette série de 9 cas de maladie de Léo Buerger, on insiste sur l'importance d'évoquer cette étiologie devant toute ischémie digitale chez un homme jeune fumeur. L'arrêt du tabac reste le facteur le plus important de l'amélioration du pronostic de la maladie, pour laquelle il n'existe à l'heure actuelle aucune thérapeutique pharmacologique efficace au long cours.



Figure 1 : angio-scanner chez un patient de notre série: occlusion du tronc tibio-péronier et de l'artère tibiale postérieure et pédieuse du côté droit.



Figure 2 : angiographie montrant des oblitérations distales; collatérales d'aspects fins et tortueux.

Critères diagnostiques de la maladie de Buerger selon Mozes [1]

Un sujet jeune fumeur avec une ischémie sous-poplitée
Après avoir exclu : un diabète, des lésions athéromateuses, une source potentielle d'embolie (scanner aorte, ETO), une artère poplitée piégée (echo-doppler, IRM), une maladie de système (lupus : gros troncs touchés, vasculo Behcet, Takayasu : aorto-artérite), un syndrome myéloprolifératif (thrombocytémie), une thrombophilie, anomalie de l'hémostase
Phlébites superficielles Ischémie du membre supérieur
Phénomène de Raynaud
À une maladie de Buerger si 2 atteintes ou plus
Si 1 atteinte, Buerger probable

DISCUSSION

- ❖ **Epidémiologie:** La maladie de Léo Buerger est une affection rare comme le montre notre série (9 cas sur une période de 15 ans). Son incidence est de 7 pour 100 000 chez l'homme de moins de 45 ans, représentant 0,5 à 0,6 % des pathologies ischémiques des membres inférieurs en Europe. La maladie atteint typiquement les hommes jeunes, avant l'âge de 45-50 ans. Des publications récentes montrent une augmentation de la prévalence de la maladie chez les femmes au cours des dernières années, avec une prévalence qui est actuellement de 11 à 23 %.
- ❖ **Etiopathogénie:** La TAO est une maladie inflammatoire et thrombosante sans athérosclérose. Les lésions concernent les vaisseaux de petit et de moyen calibre, le plus souvent des artères, mais également des veines. L'étiologie de la TAO n'est pas encore connue. Le tabac joue un rôle majeur et la relation entre consommation tabagique et la maladie de Buerger est extrêmement forte. La plupart des auteurs retiennent que la consommation tabagique est une condition indispensable pour poser ce diagnostic. Cependant son mode d'action n'est pas encore élucidé..Tous nos patients étaient de sexe masculin et fumeurs ce qui est conforme à la littérature.
- ❖ **Diagnostic positif:** Le diagnostic est évoqué chez ces sujets présentant à la fois une atteinte artérielle distale et des thromboses veineuses migratrices des membres supérieurs ou inférieurs. Au moins deux membres sont atteints chez 16 % des patients, trois chez 41 % et quatre chez 43 % des sujets. Le diagnostic est souvent posé au stade d'ischémie distale avec troubles trophiques.
- ❖ Plusieurs auteurs ont proposé des critères diagnostiques. Les critères habituellement utilisés dans la littérature sont les critères de Mozes [1]. Cet auteur avait proposé en 1970, une classification en trois classes : suspicion de TAO, TAO probable, TAO certaine. Nous avons aussi utilisé ces critères (Tableau 1).
- ❖ L'artériographie des membres inférieurs avec clichés de face et de profil de l'aorte et clichés des pieds montre des lésions distales évocatrices de la maladie et élimine certains diagnostics différentiels. En distalité sont observées des oblitérations artérielles brutales et segmentaires, donnant naissance à des collatérales d'aspect fin et tortueux, décrites en tire-bouchon ou en vrille de vigne, appelées artères hélicines.
- ❖ **Sur le plan thérapeutique,** l'arrêt du tabac et les soins locaux, utilisés chez tous nos patients, sont fondamentaux. Les anticoagulants peuvent être prescrits, pour limiter l'extension du thrombus, lors des poussées ou de thrombose veineuses ; un traitement au long cours n'a pas démontré son efficacité. Nous avons utilisé les vasodilatateurs et les antiagrégant. L'anticoagulation était utilisée chez 4 malades de notre série.

Références:
[1] Mozes M, Cahansky G, DoitschV, Adar R. The association of atherosclerosis and Buerger's disease: a clinical and radiological study. J Cardiovasc Surg 1970;11:52-9.
[2] P. Léger, A. Pathak, L. Hajji, C. Faivre-Carrere, H. Boccalon. La maladie de Buerger ou thromboangéite oblitérante. Ann Cardiol Angéiol 2001; 50 : 82-9.
[3] Bura-Rivière, P. Rossignol. Thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger. EMC-Cardiologie Angéiologie 2 2005; 498-503.
[4] Fiessinger JN, Schafer M. Trial of iloprost versus aspirin treatment for critical limb ischaemia of thromboangiitis obliterans: the TAO Study. Lancet 1990;335:555-7.



ÉVALUATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS DU REFERENTIEL TUNISIEN DE LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

K. Ben Abdelghani; A. Ben Tekaya; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

Les recommandations du référentiel tunisien de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR), publiées en 2010, ont inclut les sérologies virales (VHB et VHC) avant d'initier un traitement par Méthotrexate (MTX). L'objectif de notre étude est d'évaluer leur impact en pratique courante.

Matériels et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective, sur les dossiers des patients souffrant d'une PR (critères ACR 1987) depuis l'établissement de ces recommandations jusqu'à Février 2013, allant débiter un traitement de fond par MTX. Conformément aux recommandations, tous les patients ont bénéficié d'une détermination des sérologies hépatitiques B et C. Ont été inclus uniquement les patients présentant une sérologie B ou C positive.

Résultats:

Femmes/ Hommes	12F/2H	
Age moyen	45 ans [24-77]	
Clinique	-Pas de signes cliniques d'atteinte hépatique	
Biologie	Transaminases : 2.5 LSN[1.5-4] (4cas)	
Sérologies hépatitiques	VHB: ✓portage chronique de l'AgHBs (n=6) ✓Ac anti-HBc positif (n=10) ✓ Charge virale (VHB): positive (n=4) ✓ <u>Traitement préemptif</u> : Lamuvidine (3) (<10 ⁴ copies/ml) ✓ <u>Traitement antiviral</u> (1) (>10 ⁴)	VHC: ✓ Ac anti HVC positif (n=2) ✓ Charge virale détectable (n=1) ✓ <u>Traitement</u> : bithérapie pégylée (1an) avec une charge virale de contrôle négative.
Evolution:	PR correctement traitée (100%): ✓MTX ✓corticoïdes ✓Etanercept (n=1) ✓Réactivation virale (n=0)	PR correctement traitée (100%): ✓MTX ✓corticoïdes ✓Etanercept (n=1) ✓Réactivation virale (n=0)

Discussion: Les patients porteurs chroniques de l'AgHBs ou ayant été en contact avec le VHB (anticorps anti-HBc positifs, quel que soit le statut pour l'anticorps anti-HBs) ou VHC (anticorps anti-HVC positifs), et atteints de maladies systémiques sont exposés au risque de réactivation virale pendant un traitement par immunosuppresseurs ou immunomodulateurs et même après arrêt de ce traitement avec un délai moyen de trois mois. Le rituximab, les anti-TNFalpha et la corticothérapie à fortes doses (supérieure 0,5 mg/kg par jour) ou prolongée (supérieure à trois mois) sont particulièrement à risque et nécessitent d'être maniés avec précaution chez ces patients. En effet, les réactivations virales présentent des tableaux cliniques variables, parfois transitoires et silencieux. Elles peuvent cependant être sévères avec une poussée d'hépatite aiguë et une insuffisance hépatocellulaire parfois fatale. Sur le plan physiopathologique, ces réactivations s'expliquent par la reprise d'une réplication importante, cette réplication étant normalement réprimée par le système immunitaire. Lorsque se produit une immunodépression thérapeutique ou pathologique, la perte du contrôle de la réplication virale par le système immunitaire engendre une augmentation de la charge virale et possiblement du nombre d'hépatocytes infectés.

Conclusion:

Ainsi, grâce aux nouvelles recommandations, on a pu prévenir des réactivations virales mortelles sous traitement immunosuppresseur, d'autant plus que ces infections sévissent à l'état endémique dans notre pays. pays.litar.org.tn



EFFET SUSPENSIF DU TOCILIZUMAB

L. Souabni ; S. Miladi ; K. Ben Abdelghani ; S. Kassab; S. Chekili ; A. Lâatar ; L. Zakraoui
Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie.

Introduction:

L'anti-Interleukine 6, le Tocilizumab (TCZ):

- Un puissant inhibiteur de l'inflammation utilisé pour traiter les formes sévères de polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Caractérisé par une demi-vie longue.
- Son administration est mensuelle.

L'objectif de notre étude est de rechercher la persistance de l'efficacité de cette molécule après son arrêt.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective
- Patients suivis pour PR (critères ACR)
- Traités dans le cadre d'un protocole thérapeutique par TCZ pendant 52 semaines à la dose de 8mg/kg/4semaines.
- Traitement interrompu pendant un certain temps et repris par la suite.
- Pendant la période d'arrêt, le traitement de fond a été inchangé.
- Collecte des données relatives à l'activité de la maladie: (EVA douleur, nombre d'articulations tuméfiées et douloureuses (NAT/NAD), DAS28, HAQ) à la fin du protocole et juste avant sa reprise.

Résultats:

- Onze patientes ont été suivies
- Âge moyen de 49 ans [33-72 ans].
- Toutes les patientes avaient une bonne réponse à la fin de la séquence thérapeutique.
- Une évaluation est faite à la 52^{ème} semaine de TCZ.
- La reprise de la biothérapie s'est faite en moyenne après 22semaines d'arrêt [16-26 semaines] chez 8 patientes (3 patientes ont été perdues de vue).

- L'évaluation avant le redémarrage du traitement par TCZ a montré une aggravation de tous les paramètres d'activité de la maladie.
- Le tableau suivant résume les variations des paramètres d'activité de la maladie à l'arrêt et à la reprise du TCZ.
- La différence est considérée significative si p est < 0,05.

	À la 52 ^{ème} semaine de traitement	À la reprise du TCZ	Valeur de P
EVA	14,5	57,5	0,05
NAD	2	9	0,05
NAT	2	4	0,05
DAS28	2,57	4,91	0,0003
HAQ	0,67	0,8	0,71

Discussion:

Le TCZ un anticorps monoclonal dirigé contre l'interleukine 6.

Son efficacité est prouvée dans notre travail, comme c'est décrit des les études publiées.

Par sa demi vie longue une persistance de son activité est observée jusqu'à un mois après la perfusion.

Passer cette date on ne dispose pas de renseignements concernant la durée de son efficacité.

Conclusion:

Le TCZ, est une molécule efficace dans le traitement des rhumatismes inflammatoires, toutefois, son effet semble s'estomper avec le temps d'où la nécessité de l'administrer de façon régulière et continue



ARTHRITES REACTIONNELLES : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET EVOLUTIF

W. Bouselmi ; L. Abdelmoula ; R. Tekaya; O. Saidane ; I. Mahmoud ; H. Sahli ; R. Zouari ,
service de rhumatologie, hopital Charles Nicole, Tunis

Introduction :

les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites aseptiques survenant dans les suites d'une infection bactérienne le plus souvent digestive ou urogénitale avec un délai ne dépassant pas un mois entre l'épisode infectieux et les manifestations inflammatoires. Le diagnostic est en général difficile.

L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des AR.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective des dossiers d'arthrites réactionnelles colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicols sur une période de 13 ans [2000 à 2013]

Resultats: les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients ont été illustrées dans le tableau.

Discussion:

- Décrites pour la première fois en 1916 par Fiessinger et Leroy en France et par Reiter en Allemagne.
- Diagnostic clinique: aisé si forme complète, réalisant le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, caractérisé par la triade : oligoarthritis des MI+ urétrite + conjonctivite.
- Formes incomplètes d'AR plus fréquentes sous forme de monoarthrite ou d'oligoarthrite nue.
- Germes les plus connues arthritogènes: chlamydia trachomatis ++ (8 cas de notre série), Ureaplasma urealyticum (1 cas), yersinia entérolitica, salmonella, shigella, campylobacter jejuni, etc...
- Mécanismes physiopathologiques: amplification de la réponse inflammatoire au contact de bactérie déclenchante, présence et persistance d'antigènes bactériens au sein des articulations d'où la pertinence d'un traitement par antibiotique, indispensable dans les infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis*, car permet la prévention et la survenue de l'AR, contrairement aux arthrites postentéritiques.
- Evolution: **rémission, récurrence** ou **chronicité**, nécessitant l'usage des TTT de fond: la salasopyrine (SLZ) de première intention, biothérapies (anti-TNF α) dans cas sévère et réfractaire ou avec uvéite avec des résultats prometteurs, apportés récemment.

Tableau : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et évolutives des patients

Paramètres	Résultats
Sexe (n=10)	H=6 , F=4
Âge moyen(ans)	43,5
Atteinte articulaire	Oligoarthritis aiguë (n=5) Oligoarthritis chronique(n=3) Polyarthrite chronique(n=2)
Atteinte oculaire	Conjonctivite (n=3) Uvéite(n=1)
diarrhée	n= 3
Urétrite/cervicite	n= 3 / n =1
Germes en cause	Sérologie chlamydienne positive(n=8) Ureaplasma urealyticum(n=1) Non précisée=1
SIB	n=10
Globules blancs	Hyperleucocytose(n=4)
Atteinte radiologique	Destructrice = 3
traitements	Antibiothérapie(n=10) TTT de fond: SLZ(n=3) anti-TNF(n=1)
Evolution	Rémission(n=7) Passage à la chronicité(n=3)



Figa+b: atteinte destructrice du genou nécessitant une PTG

Conclusion :

Classiquement, l'évolution immédiate des arthrites réactionnelles se fait vers la rémission. Cependant, 20 à 50 % des patients développent des manifestations chroniques ou récidivantes à type d'arthrites et pour 10 à 20% d'entre eux une spondylarthrite ankylosante, justifiant une prise en charge au long cours.



EVALUATION DE L'EFFET DE L'OBESITE SUR LA MASSE OSSEUSE CHEZ LES FEMMES TUNISIENNES

S. Miladi (1) ; K. Ben Abdelghani (1) ; L. Souabni (1) ; S. Kechaou (2) ; S. Kassab (1), S. Chekili (1) ; A. Laatar (1) ; L. Zakraoui (1)

1- Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie

2-Groupe de bioinformatique et de modélisation mathématique. Institut Pasteur

Introduction:

- L'obésité est de plus en plus fréquente en Tunisie.
- Elle est de l'ordre de 15% dans la population générale, prédominant surtout chez les femmes.
- Les études occidentales suggèrent un éventuel effet protecteur de l'obésité sur la survenue de l'ostéoporose.

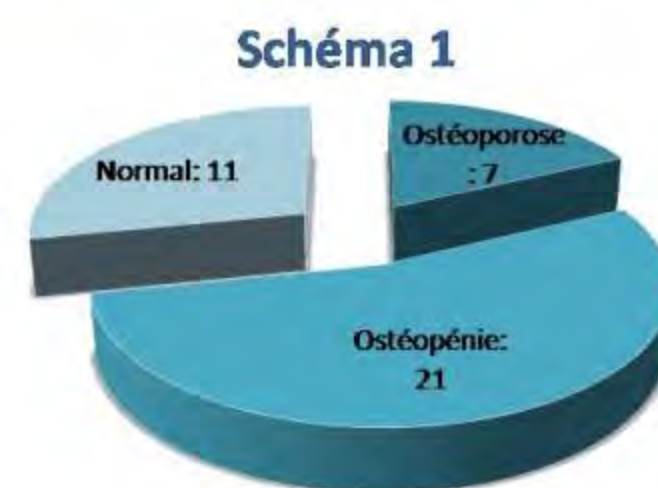
Objectif: Déterminer une corrélation éventuelle entre l'obésité et le profil densitométrique chez les femmes tunisiennes.

Matériels et méthodes:

- Etude prospective.
- 39 femmes, âge > 40 ans, sans facteur de risque d'ostéoporose.
- La densité minérale osseuse (DMO) mesurée à la colonne lombaire (L1-L4) et aux fémurs par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA).
- L'ostéoporose définie selon des critères de l'organisation mondiale de la santé (OMS).
- L'index de masse corporelle (IMC) calculé et divisé en plusieurs catégories selon la classification de l'OMS de l'obésité.

Résultats:

- L'âge moyen : 61,7ans [44-78].
- Le schéma 1 résume la répartition de la DMO chez les patientes:



- L'IMC moyen était de 30,5kg/m².
- La répartition du profil densitométrique selon l'IMC est résumée dans le tableau ci-dessous :

IMC (kg/m ²)	Ostéoporose	Ostéopénie	Normal	TOTAL
IMC>30	1 (2,5%)	9 (23%)	9 (23%)	19 (48,7%)
25<IMC<29,9	6 (15,3%)	7 (17,9%)	1 (2,5%)	14 (35,8%)
18,5<IMC<24,9	0	5 (12,8%)	1 (2,5%)	6 (15,3%)
TOTAL	7 (17,9%)	21 (53,7%)	11 (28%)	39

Analyse statistique:

- 94% des sujets obèses et 57% des sujets en surpoids ne sont pas ostéoporotiques.
- Pas de différence significative entre l'IMC moyen des ostéoporotiques, des ostéopéniques et des sujets normaux.
- La régression linéaire a montré une corrélation significative entre le T score et l'IMC, en effet il augmente avec l'augmentation du T score.

Discussion:

Le rôle protecteur d'un IMC élevé sur la DMO et le risque de fracture est souligné dans plusieurs études de la littérature.

Il est expliqué par les adipocytes qui jouent le rôle d'un ovaire de substitution qui produiraient des oestrogènes par aromatisation à partir de l'androsténone sécrétée par la corticosurrénale après la ménopause.

Conclusion:

Cette étude confirme l'effet protecteur d'un IMC élevé sur la DMO mais l'obésité doit toujours être mise en balance avec ses effets néfastes notamment sur le système cardio-vasculaire. Un régime alimentaire adéquat associé à une activité physique régulière sont requis pour garantir une bonne santé.

Références:

L. Achemlal. L'obésité est un facteur protecteur de l'ostéoporose chez les femmes âgées Marocaines normales. Revue du Rhumatisme 2006; 73, (10-11), 1154.



LIPOME PAROSTEAL DE L'OMOPLATE. A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. khelifi; N. Tlili; I. Sboui; Y. Jeridi; A. Belkadi; A. Bouguira; F. Saadaoui; MH. Mehrzi
Service des Urgences - Traumatologie. Institut Mohamed Kassab d'orthopédie. Ksar Said

INTRODUCTION:

Les lipomes sont les tumeurs bénignes des tissus mous les plus fréquentes. Le lipome parostéal est une tumeur bénigne du tissu adipeux mature situé directement au contact de l'os cortical.

Il s'agit d'une tumeur inhabituelle provenant de la différenciation mésenchymateuse multidirectionnelle à l'intérieur du périoste.

OBSERVATION:

Femme de 55 ans. Antécédents : 0

Motif de consultation:

tuméfaction en regard du bord externe de l'épaule gauche associé à des douleurs de type mécanique évoluant depuis un an.

Examen clinique:

- Masse de consistance dure, bien limitée, sous l'omoplate, douloureuse à la palpation et à la mobilisation de l'épaule sans signes inflammatoires locaux.

- Absence de déficit vasculonerveux
- Absence d'altération de l'état général



Fig.1: Radiographie standard

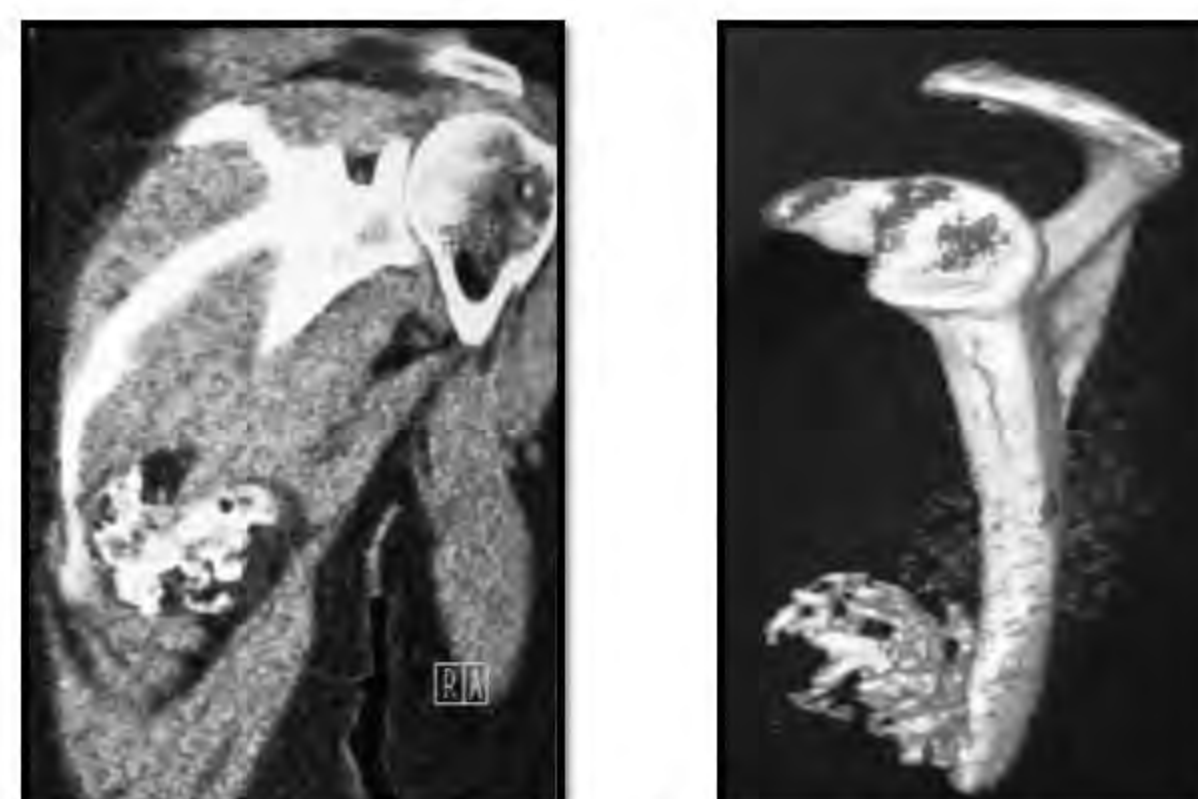


Fig.2: TDM de l'épaule gauche

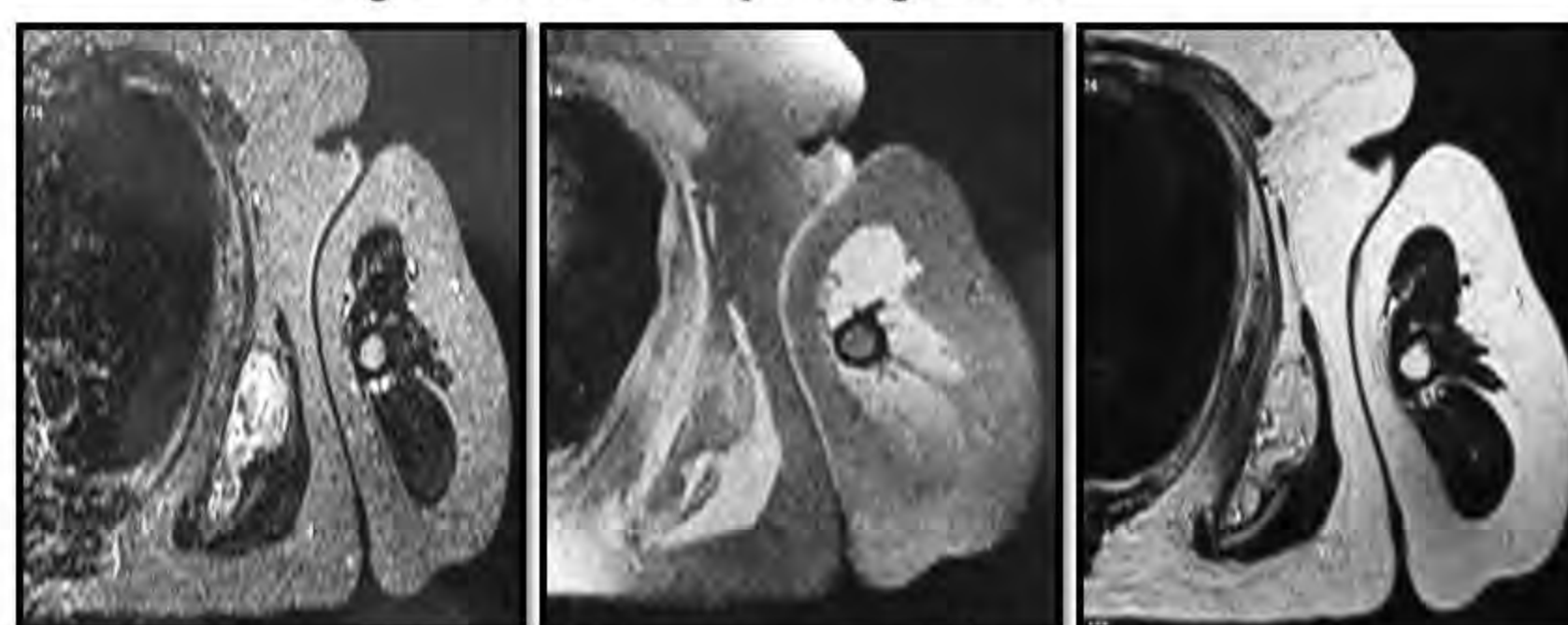


Fig.3: IRM: coupes axiales

La patiente a eu une biopsie exérèse associée à une résection de la pointe de l'omoplate.

L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lipome parostéal.

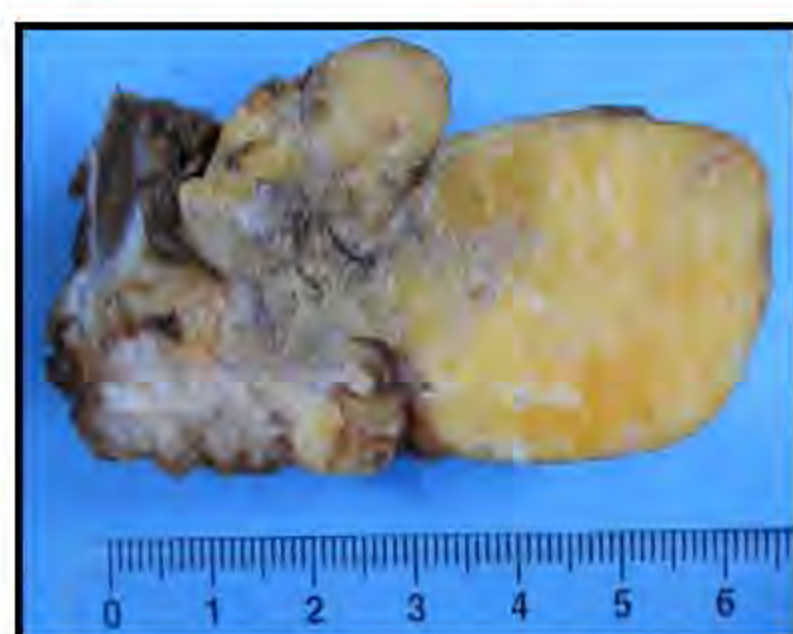


Fig.4: Pièce opératoire après résection de la tumeur

Au recul de 12 mois, on a noté une régression de la douleur avec une récupération d'une mobilité complète de l'épaule gauche.



Fig.5: Vue clinique

DISCUSSION:

- Le lipome constitue la tumeur bénigne la plus fréquente de l'organisme.
- Lorsque cette tumeur se trouve à proximité de l'os tout en présentant des contacts intimes avec son périoste, elle est appelée **lipome parostéal**.
- Initialement, décrit par Seerig en 1836 en tant que « lipome périosté ».
- Le lipome parostéal représente la forme la plus rare des lipomes (0,3%).
- Près de 150 cas ont été décrits dans la littérature.
- Le fémur, tibia, humérus et radius constituent les sites les plus fréquents.
- La pathogénie des lipomes parostéaux est inconnue.
- Cette tumeur touche de façon égale les deux sexes, fréquemment les sujets de 40 à 60 ans.
- Elle se présente sous forme de masse de croissance lente dont les symptômes cliniques sont dus aux compressions des structures vasculo-nerveuses ou musculaires adjacentes.
- Sur les radiographies, les lipomes parostéaux se présentent comme masse ossifiée, bien délimitées, adjacentes à l'os. Il n'y a pas de destruction osseuse.
- Le lipome parostéal peut être confondu avec un ostéochondrome ou liposarcome.
- Cette tumeur n'a aucun potentiel de dégénérescence.
- Le traitement chirurgical est envisagé lorsque les secteurs vasculaires ou neurologiques sont atteints. La récurrence est exceptionnelle.

CONCLUSION:

- Le lipome parostéal est une tumeur rare.
- Il doit être évoqué devant toute tumeur associant tissu adipeux et osseux.
- Ses caractéristiques radiologiques permettent d'orienter le diagnostic.
- La certitude du diagnostic est apportée par l'histologie.



LE LUPUS PEDIATRIQUE : QUELLES ATTEINTES ?

K Ben Abdelghani, M Slouma, L Souabni, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- Le lupus érythémateux systémique (LES) de l'enfant est une maladie rare, plus sévère que la forme adulte, et polymorphe dans sa présentation avec une histoire naturelle imprévisible.
- Il résulte de l'interaction complexe de facteurs environnementaux et génétiques.
- Nous en rapportons deux observations.

MATERIEL ET METHODE

- Nous rapportons deux cas de lupus érythémateux systémique chez l'enfant, colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi slim, la marsa.
- Le diagnostic de lupus érythémateux a été retenu selon les critères d'ARA.

OBSERVATIONS

- **Observation 1** : Enfant âgée de 14 ans, scolarisée,
 - **Le motif de consultation**: des arthralgies d'horaire inflammatoire touchant les grosses articulations.
 - **L'examen physique**: un rash malaire, une alopecie diffuse, une douleur à la mobilisation des articulations.
 - **La biologie**:
 - * Une anémie hémolytique à 9 g/dl
 - * des anticorps anti-nucléaires (AAN) positifs à 1/6400, des anti-DNA, des anti-RNP et des anti-Sm positifs.
 - * La protéinurie : 2 g/24h.
 - **La ponction biopsie rénale**: une néphropathie glomérulaire proliférative et diffuse peu active.
 - **Le traitement**: corticoïdes à la dose de 1mg/kg associés à l'hydroxychloroquine.
- **Observation 2** : Enfant âgée de 15 ans, scolarisée,
 - **Le motif de consultation**: une polyarthralgie inflammatoire associée à une fièvre et une lombalgie.
 - **L'examen physique**: une fièvre à 39.5C, des ulcérations buccales et une synovite des poignets
 - **La biologie**:
 - * Un syndrome inflammatoire important avec une C-réactive-protéine à 89 mg/l
 - * une anémie hémolytique à 9 g/dl avec un test de coombs direct positif, une lymphopénie à 500 él/m
 - * une discrète élévation des enzymes musculaire
 - * des AAN positifs à 1/1280, des anti-DNA natifs, des anti-nucléosomes et des anti-ribosomes positifs
 - **Le diagnostic**: LES révélé par une pyélonéphrite aigue.
 - **Le traitement** : une corticothérapie à la dose de 1mg/kg associé à l'hydroxychloroquine.
 - **L'évolution**: bonne avec un recul de 16 mois.

DISCUSSION

- Le lupus pédiatrique débute avant l'âge de 16 ans.
- Comme chez l'adulte, il affecte plus volontiers les filles que les garçons.
- Les arthralgies, les arthrites, l'éruption cutanée et l'atteinte rénale sont les atteintes les plus fréquentes de la forme pédiatrique comme ce qui a été observé chez nos patientes [1].
- Une élévation modérée des enzymes musculaires est assez fréquente, c'est le cas de notre 2^{ème} observation [2].
- Les anticorps anti-Sm et anti RNP sont également fréquemment présents [3].

CONCLUSION

Le lupus pédiatrique est habituellement plus sévère que chez l'adulte.

Il se caractérise par une plus grande fréquence des manifestations rénales.

La sévérité du lupus pédiatrique impose un diagnostic et un traitement précoces afin d'assurer le meilleur contrôle de l'inflammation et d'éviter la morbi mortalité associée. Ce traitement repose sur une prise en charge pluridisciplinaire prenant en compte le développement et la croissance de l'enfant

[1] B. Bader-Meunier, J.B. Armengaud, E. Haddad *et al.* Initial presentation of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a French multicenter study. *J Pediatr* 2005 ;146:648-53

[2] Alexandre Belot, Rolando Cimaz. Le lupus de l'enfant à travers les âges *Rev Rhum* 2012 ;79 :24-29.

[3] H.I. Brunner, D.D. Gladman, D. Ibanez *et al.* Difference in disease features between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 2008 ;58 : 556-62



A PROPOS D'UN CAS D'ATTEINTE HEPATIQUE SECONDAIRE AU RITUXIMAB

R. Tekaya; L. Dridi ; H. Sahli ; L. Abdelmoula ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de rhumatologie, Hopital Charles Nicolle

Introduction

L'atteinte hépatique sous Rituximab est le plus souvent en rapport avec une réactivation d'hépatite virale. Une hépatotoxicité propre au traitement est exceptionnelle. Nous rapportons à ce propos une observation.

Observation

- Monsieur A.H âgé de 76ans
- Sans ATCDs pathologiques
- Suivi pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive évoluant depuis 8ans.
- DMARDs antérieurs= Méthotrexate(15mg/semaine) arrêté pour fibrose pulmonaire et Salazopyrine arrêtée pour inefficacité. Le patient recevait 10mg de prednisone
- Le Rituximab lui était alors prescrit
- La cure de Rituximab s'est déroulée sans incidents mise à part des chiffres tensionnels élevés bien contrôlés..
- Dix jours après la cure, il a été réhospitalisé pour asthénie et état subfébrile.
- Examen physique =sans particularités.
- Biologie : cytolysse hépatique importante + cholestase. Les chiffres d'ASAT étaient à 8,5xN, les ALAT et les GGT à 5xN.

Enquête étiologique:

- ✓ Echographie abdominale =sans anomalies.
 - ✓ Bilan pancréatique = normal.
 - ✓ Sérologies des hépatites virales = négatives.
 - ✓ Bilan immunologique comportant les anticorps anti-tissus = négatif.
- L'évolution était marquée par la normalisation progressive et spontanée du bilan hépatique (**Courbe 1**)
- L'enquête de pharmacovigilance a incriminé le rituximab dans cette atteinte hépatique

Conclusion

Notre observation sert à attirer l'attention sur la possibilité d'une toxicité hépatique due au Rituximab justifiant une surveillance rapprochée du bilan hépatique

Courbe 1: Evolution des chiffres d'enzymes hépatiques



Discussion

- Globalement, la tolérance du rituximab est bonne comme le confirme la très longue expérience dans les lymphomes et la PR.
- Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont des effets indésirables lors de la perfusion (malaise, hypotension, céphalées...) , une cytopénie ou encore les infections qui sont le plus souvent non graves.
- La plupart des atteintes hépatiques survenues sous Rituximab rapportées dans la littérature, sont en rapport avec une réactivation virale notamment de l'hépatite B ou une aggravation de la virémie ou cours des cryoglobulinémies mixtes traitées par rituximab. Une atteinte hépatique propre au traitement est exceptionnelle. Une élévation transitoires des transaminases peut se voir mais elle est le plus souvent modérée.
- Chez notre patient, l'imputabilité du rituximab dans la survenue de l'atteinte hépatique a été retenue devant l'argument chronologique et la négativité du bilan étiologique.

(1)Ghrénassia E, Mékinian A, Rouaghe S, Ganne N, Fain O. Réactivation d'une hépatite B guérie sous rituximab au cours d'une polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*, Volume 79, Issue 2, March 2012, Pages 172-173

(2)Sibilia G, Sordet C. Le rituximab une biothérapie originale dans les maladies auto-immunes. Encyclopédie Orphanet 2004.



L'EVOLUTION DE LA MALADIE DE STILL REFRACTAIRE DE L'ADULTE SOUS TOCILIZUMAB

M.Slouma, L Souabni, K. Ben Abdelghani, S Kassab, A Laatar, S chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

❖ Compte tenu de l'implication de l'interleukine-6 (IL-6) dans la pathogénie de la maladie de Still, le tocilizumab (TCZ), inhibiteur de cette interleukine, représente un agent thérapeutique intéressant.

MATERIEL ET METHODE

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pour maladie de Still réfractaire, traité par tocilizumab, au service de rhumatologie Hopital Mongi Slim Marsa.

Le diagnostic de maladie de Still a été retenu en éliminant les différents diagnostics différentiels.

OBSERVATION

- ❖ Patiente âgée de 23 ans qui présente une maladie de Still diagnostiquée à l'âge de 19 ans.
- ❖ Le diagnostic a été retenu devant l'association d'une polyarthrite des poignets et des coudes, des pics fébriles à 40°, un rash cutané, un syndrome inflammatoire biologique, une ferritinémie à 8390 µg/L, une ferritine glyquée effondrée.
- ❖ La patiente a été traitée par corticoïdes, méthotrexate, puis associés à l'anakinra.
- ❖ L'évolution était émaillée par l'apparition d'un syndrome d'activation macrophagique.
- ❖ Le recours à des cures mensuelles de tocizumab à la dose de 8mg/kg était nécessaire après échec de traitement.
- ❖ L'amélioration des signes était spectaculaire dès la deuxième cure. Toutefois, L'évolution sous traitement (15ème cure) a été marquée par l'apparition d'une douleur inguinale gauche inflammatoire, avec à l'examen une limitation de la mobilité de la hanche gauche en flexion et en rotation interne. La radiographie du bassin a montré un pincement global de l'interligne coxofémoral. Une synoviorthèse à l'hexatrione est alors programmée.

DISCUSSION

La maladie de still est une affection systémique rare. Une surproduction d'IL-6 pourrait rendre compte des symptômes majeurs de cette maladie.

Par conséquent, l'utilisation d'un inhibiteur de cette interleukine est intéressante.

L'utilisation de Tocilizumab chez quatorze patients atteints de maladie de still au cours de l'étude de Puéchal et al. [1] a montré que ce traitement était efficace contre les manifestations systémiques dans 86% des cas avec une bonne tolérance.

Dans notre observation, le tocilizumab était aussi efficace sur les signes systémiques mais l'évolution était marquée par la survenue d'une coxite.

CONCLUSION

- Le traitement par TCZ est efficace sur les signes systémiques de la maladie de Still.
- En revanche, il semble qu'il n'a pas pu prévenir (ou aurait peut être seulement retardé) la survenue d'une coxite.



RHUPUS : A PROPOS DE 6 CAS

R. Dhahri ;A. Aouadi ;S. Rekik ;K. Maatallah;H. Sehli ;N. Meddeb ;E. Cheour ;E. El Euch;S. Sellami

Introduction:

Le rhupus est l'association rare d'un lupus érythémateux systémique (LES) et d'une polyarthrite rhumatoïde (PR). L'objectif est de caractériser ce syndrome aussi bien sur le plan clinique, immunologique qu'évolutif.

Matériels et méthodes:

4 femmes et 2 hommes. Ceux-ci répondaient aux critères ACR de la PR et du LES. Il s'agit de 6 cas colligés sur 10 ans . l'âge moyen était de 43,3 ans .l'âge de début des symptômes est de 38.6 ans . La durée moyenne de suivi était de 4 ans .3 cas débutaient par une PR :un avait aussi un lymphome à petites cellules T . 3 avaient d'emblée un rhupus. Chez les trois premiers, l'intervalle moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic était de 5,33 ans (3 à 10 ans).

Résultats:

Tous nos patients avaient une atteinte cutanée. Tous avaient une polyarthrite symétrique. 1 cas de GNP stade IV. 2 cas de syndrome de gougerot sjogren secondaire, un cas de neurolups , un cas d' HTAP à 60 mmhg ,avec maladie aortique, des adénomégalies diffuses et un épanchement pleural . ils avaient tous un SIB, 5 cas de lymphopénie,1 cas d' anémie hémolytique, 2 étaient en poussée au moment du diagnostic avec C3 et C4 consommées. FR + chez 100% des cas . 83,3% ont des ACPA +. Tous avaient des AAN de 1/640 à 1/1280 et anti DNA positifs;1 cas de cryoglobulinémie positive, 4 patients ont une vascularite cutanée (lupus band test +). tous les patients présentaient des modifications radiologiques à type d'érosions en radiologie standard et/ou échographie . 3 patients ont reçu le méthotrexate ,les antipaludéens de synthèse et la prednisone parmi lesquels un avait bénéficié des cures combinées d'endoxan-solumedrol , un avait bien évolué sous nivaquine , 2 ont reçu du Rituximab sans amélioration

Discussion:

- Le rhupus est une entité clinique rare [1,2]. Sa prévalence est de l'ordre de 0,09 % [1]. Une seule série Mexicaine a rapporté un nombre élevé de 22 cas de rhupus [3].
- Son étiopathogénie est un sujet de controverse et fait inclure des facteurs génétiques avec une fréquence élevée des allèles HLA DR1/ HLA RD2, des facteurs hormonaux surtout les hormones sexuelles et des facteurs environnementaux [3,5,4]. Sur le plan clinique, la plupart des patients sont le plus souvent déjà suivis pour PR puis développent secondairement des signes de LES. Parfois, ils se présentent pour des signes de PR et de LES simultanés. Rarement des signes de LES sont au premier plan. Les symptômes classiques de la PR sont prédominants et précèdent ceux du LES dans le temps [3,1].
- Les manifestations cliniques du LES qui se voient fréquemment dans le rhupus sont l'atteinte cutanée avec photosensibilité, l'érythème du visage, l'alopécie ; l'atteinte hématologique avec leucopénie et thrombopénie et la sèrite avec pleurésie ou péricardite. Les atteintes neurologique et rénale sont rapportées plus rares [3,1,6]. A la biologie, la prévalence des anti-CCP au cours de la PR (86 %) est significativement supérieure à leur prévalence au cours du rhupus (57 %) qui est significativement supérieure à leur prévalence au cours du LES (4,5 %). Une fréquence élevée des anticorps anticardiolipines a été rapportée, cependant le risque thromboembolique paraît faible [3]. Sur le plan thérapeutique, il n'y a pas de consensus. Cependant, ces cas de rhupus doivent être reconnus car le pronostic peut être différent d'un LES seul ou d'une PR isolée [7].

Conclusion:

Le rhupus concerne surtout la femme jeune de la 3ème décennie, avec toutefois un cas diagnostiqué à la septième décennie et deux cas masculins La gravité du rhupus n'est pas liée au simple risque de destruction des articulations. L'association semble aggraver l'évolution de PR en y ajoutant le pronostic délétère de atteinte pluri viscérale lupique et dont la thérapeutique ne trouve encore pas de consensus.

Références :

- 1.Panush RS, Edwards NL, Longley S, Webster E. Rhupus syndrome. Arch Intern Med. 1988;148(7):1633-6.
- 2. Navarro JE, Garcia I. Asociacio de artritis reumatoide y lupus eritematoso generalizado. Rev Mex Reumatol. 1988;3:138-140
- 3. Simon JA, Granados J, Cabiedes J et al. Clinical and immunogenetic characterization of Mexican patients with rhupus. Lupus. 2002;11(5):287-292.
- 4. Amezcua-Guerra LM, Springall R, Marquez-Velasco R, et al. Presence against cyclic citrullinated peptides in patients with rhupus:a cross-sectional study. Arthritis Res Ther. 2006;8(5):R14
- 5. Mu R, Ye H, Chen S, Li ZG. A retrospective clinical study of rhupus syndrome. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2006;45(7): 540-543.
- 6. Rodriguez-Reyna TS, Alarcon-Segovia Donato. The different faces of shared autoimmunity. Autoimmunity Reviews. 2005;4(2): 61-66.
- 7. Banwari S. Rhupus:report of 3 cases. J Indian Rheumatol Assoc. 2003;11:51-54



Un Pancoast-Tobias révélé par une névralgie cervico-brachiale C8 chez deux jumeaux

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

Le Syndrome de Pancoast Tobias est un ensemble de symptômes cliniques et radiologiques souvent liés à une tumeur maligne de l'apex pulmonaire. Le pronostic reste globalement sévère et dépend de la nature histologique de la tumeur. Nous rapportons deux cas de syndrome de Pancoast Tobias révélés par une névralgie cervicobrachiale chez deux frères jumeaux.

Observation

Il s'agit de deux frères jumeaux, âgés de 41 ans, tabagiques.

Le 1^{er} a consulté pour une névralgie cervico-brachiale (NCB) C8-D1 droite inflammatoire hyperalgique (EVA 80%) évoluant depuis un mois. L'examen a trouvé un comblement du creux susclaviculaire droit, une hyperesthésie dans le territoire de C8-D1 et un déficit des muscles intrinsèques de la main coté à 3/5.

Le 2^{ème} jumeau a consulté un an après pour une NCB C8 gauche inflammatoire évoluant depuis 4 mois, l'examen a montré un syndrome de Claude Bernard Horner partiel (ptosis), une turgescence veineuse au niveau de l'avant bras et des reflexes rotuliens vifs et diffusés.

La biologie a montré un syndrome inflammatoire pour les deux ; la radiographie thoracique a objectivé une opacité apicale droite (Fig.1) pour le 1^{er} et gauche pour le 2^{ème}. La TDM (Fig.2,3,4,5) et l'IRM cervicothoracique ont confirmé la présence du processus tumoral apical ainsi que l'ostéolyse vertébrale et costale pour les deux et un envahissement de l'espace épidurale pour le 2^{ème} jumeau.

Le 1^{er} a fait une métastase vertébrale, il est décédé après un protocole de radiothérapie, chimiothérapie et de chirurgie, le 2^{ème} est perdu de vue avant la poursuite de la prise en charge.



Fig.1: Radiographie du thorax de face: Opacité du sommet pulmonaire droit

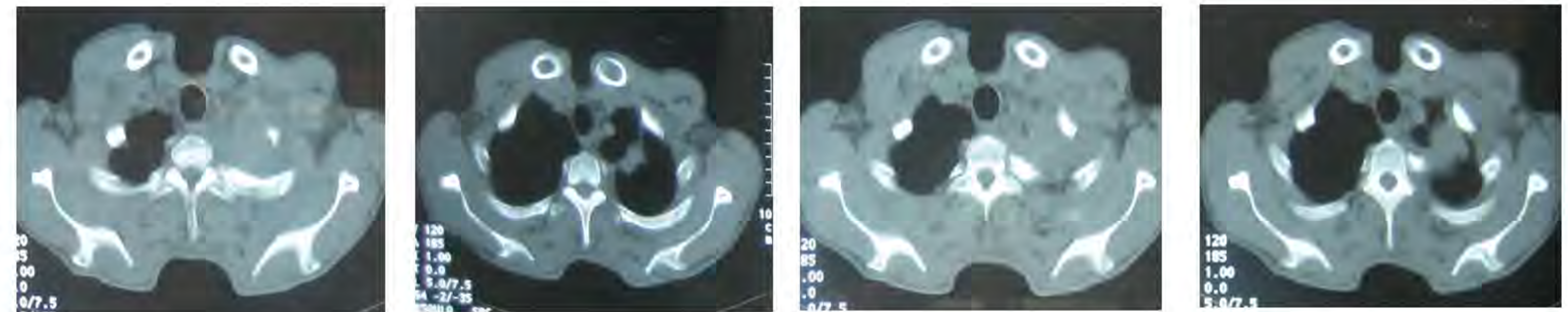


Fig.2,3,4,5: TDM thoracique (Coupes axiales) :Tumeur de l'apex pulmonaire gauche.

Discussion

Les tumeurs de l'apex-pariéto-pulmonaire sont rares, représentent classiquement moins de 5% des carcinomes bronchopulmonaires.

Ces tumeurs envahissent habituellement le lobe supérieur pulmonaire, les muscles scalènes et sternocléidomastoïdiens, les deuxième et troisième arcs costaux, les corps vertébraux correspondants, le plexus brachial inférieur, les vaisseaux sous-claviers, et le ganglion stellaire.

Ces extensions anatomiques produisent le syndrome de Pancoast-Tobias, retrouvé dans 90 % des tumeurs de l'apex, incluant une douleur scapulaire avec des irradiations cervicales, thoraciques, et brachiales, notamment dans le dermatome cubital, associée dans près d'un tiers des cas à un syndrome de Claude-Bernard-Horner homolatéral et à un déficit sensitivomoteur radicaire C8 et T1.

D'autres manifestations cliniques peuvent plus rarement être retrouvées, comme un syndrome cave supérieur, des adénopathies supraclaviculaires, ou une atteinte des nerfs phréniques et laryngés. Le scanner et l'IRM permettent de faire le bilan d'extension de la tumeur.

L'évolution progressive de la symptomatologie douloureuse conduit souvent à un retard diagnostique, et les tumeurs de l'apex sont ainsi souvent localement évoluées lors de leur prise en charge initiale.

La prise en charge thérapeutique associe une radiothérapie préopératoire et un traitement chirurgical.

Le pronostic reste toutefois réservé, de l'ordre de 20 à 34% de survie à cinq ans.

Conclusion

Devant une NCB C8-D1 notamment de type inflammatoire chez un patient tabagique, il faut éliminer avant tout le diagnostic de syndrome de Pancoast Tobias. Les modalités thérapeutiques associent une radiothérapie et une résection chirurgicale en bloc. Le pronostic reste toutefois réservé.



Rotation des anti-TNF alpha: Indications et efficacité

H. Sahli ; L. Dridi ; R. Tekaya ; L. Abdelmoula ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Chaabouni ; R. Zouari

Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction

La disponibilité des molécules anti TNF alpha permet au clinicien la rotation en cas d'échec du premier ou de survenue d'un effet indésirable. Nous nous proposons de déterminer les indications et le profil d'efficacité dans le service.

Patients et méthodes

Etude rétrospective des dossiers de patients suivis au service de Rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle pour un RIC traité par des anti TNF et chez qui une rotation vers une autre molécule a été réalisée. Nous avons précisé les indications de changement et l'efficacité de la deuxième molécule.

Conclusion

Les résultats de notre série rejoignent ceux de la littérature et prouvent que l'échec d'un premier anti TNF ne s'oppose pas au succès du deuxième permettant ainsi l'augmentation de l'espoir de rémission de ces rhumatismes invalidants

Résultats

Les différentes molécules d'anti TNF alpha prescrite, les indications de changement e la molécule ainsi que son efficacité sont résumés dans le tableau 1

Tableau 1: Caractéristiques des patients et molécules anti TNF prescrites

	Age	Sexe	Pathologie	1 ^{er} anti-TNF	Durée du traitement	Cause d'arrêt	2 ^{ème} anti -TNF	Efficacité	Evolution
1	29	F	PR	Etanercept	1 an et demi	Effet indésirable	Adalimumab	OUI	Effet indésirable
2	42	M	SPA	Infliximab	3 mois	Inefficacité	Etanercept	Echappement	RAS
3	34	M	SPA	Infliximab	2 ans	Echappement	Etanercept	En cours	En cours
4	23	F	PR	Infliximab	3 mois	Effet indésirable	Etanercept	OUI	RAS
5	43	M	Rhum Pso	Etanercept	1 an	Echappement+Effet paradoxal	Adalimumab	OUI	RAS
6	60	F	PR	Etanercept	6 mois	Inefficacité	Adalimumab	NON	Effet indésirable
7	41	F	PR	Etanercept	1 an	Echappement	Adalimumab	OUI	RAS
8	59	F	PR	Infliximab	6 mois	Inefficacité	Etanercept	OUI	RAS

• Les effets indésirables observés avec le 1^{er} anti TNF étaient à type de réaction allergique sévère lors de la perfusion de l'infliximab chez une patiente. Le switch par l'éetanercept a été bien toléré.

• Pour la deuxième patiente, elle a développé une éruption cutanée fébrile sous éetanercept. Après le switch par l'adalimumab, la patiente a développée une vascularite. La patiente a été mise sous Rituximab avec une bonne tolérance.

Commentaires et conclusion

■ L'effet clinique des anti TNF est clairement démontré et passe par une inhibition du TNF- α , cytokine qui joue un rôle central dans les mécanismes physiopathologiques de la PR et les Spa. Ce mécanisme d'action commun à tous les anti-TNF- α laisserait supposer que les différentes molécules ont un effet clinique similaire. Plusieurs séries de la littératures ont rapporté le succès du deuxième anti TNF en cas d'inefficacité, d'échappement ou de survenue d'un effet secondaire au premier.

■ Plusieurs explications théoriques ont été avancées se basant sur la pharmacocinétique et le mécanisme d'action des molécules Les différences des demi-vies pourraient jouer un rôle dans la durée de la neutralisation des molécules de TNF α .

■ Les anticorps monoclonaux (Infliximab et adalimumab) ont affinité plus forte pour le TNF α et forment des complexes plus stables que les récepteurs solubles (éetanercept).

■ La spécificité est également différente. Les anticorps monoclonaux sont très spécifiques du TNF- α alors que l'éetanercept se lie également à la lymphotoxine α . Cet effet pourrait intervenir dans certaines maladies où la lymphotoxine est retrouvée en forte concentration.

■ L'immunogénicité apparaît très faible pour l'éetanercept et pour l'adalimumab alors qu'elle est plus forte pour l'infliximab qui est un anticorps monoclonal chimérique responsable de la production d'anticorps dirigés contre sa partie murine intervenant dans le développement des réactions allergiques et dans l'échappement thérapeutique.



CORRÉLATION ENTRE LE DAS28 ET L'AUTO-QUESTIONNAIRE RAPID3 DANS L'ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

M.Slouma, K. Ben Abdelghani, L Souabni, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ Le contrôle strict de la polyarthrite rhumatoïde (PR) implique un suivi attentif du score d'activité.
- ❖ Nous avons ainsi recherché une corrélation entre le score d'activité de référence (DAS28 VS) dans la PR et les questionnaires d'auto-évaluation RAPID 3 (Rapid assessment of patient Index Data3) de la maladie remplis par le patient afin d'évaluer leur fiabilité.

MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective monocentrique sur 29 patients suivis pour une PR vus en hôpital de jour.
 - Tous les patients ont rempli le questionnaire d'auto-évaluation RAPID 3.
 - Le score DAS28 a été calculé.
- Le coefficient de Person a été calculé pour calculer la corrélation entre les deux scores.

RESULTATS

- ❖ Il s'agit de 25 femmes et 4 hommes.
- ❖ **Leur âge moyen:** de 51.86+3.22ans.
- ❖ **La durée moyenne de l'évolution de la maladie:** 9.25+5.65 ans.
- ❖ **La PR était :**
 - érosive dans 19 cas (65%)
 - séropositive dans 21 cas (72%).
- ❖ **Le traitement de fond des patients:**
 - biothérapie: 16 cas
 - méthotrexate: 13 cas.
- ❖ **Le niveau d'activité moyen du DAS28 VS:** 4.61+1.49.
- ❖ **La moyenne du score RAPID3 :** 12,58 ±6.67.

Il existe une très forte corrélation linéaire entre le DAS28 VS et le RAPID 3 (coefficient de corrélation de Pearson (ρ) était de 0,758, p<0.001).

DISCUSSION

- La corrélation entre le score RAPID3 et l'indice d'activité DAS28 trouvée dans notre étude est forte.
- Nos résultats concordent avec les données de la littérature [1].
- Ceci confirme la validité de cet auto questionnaire pour évaluer l'activité de la PR en pratique quotidienne.
- Mais, il faut souligner le caractère subjectif de cet auto-questionnaire puisqu'il est patient-dépendant.

CONCLUSION

- ❖ L'auto-questionnaire RAPID 3 est un outil d'utilisation simple et rapide.
- ❖ Il semble être aussi performant que le DAS28 pour le suivi de la PR.



CALCINOSE SOUS CUTANÉE DIFFUSE DANS LA DERMATOMYOSITE DE L'ADULTE

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

La survenue d'une calcinose sous cutanée (CSC) est une complication redoutable au cours de la dermatomyosite (DM). Particulièrement fréquente dans les DM de l'enfant ; Elle est rare chez l'adulte et les formes diffuses restent exceptionnelles (*Nakamura H et al. 2006*). Nous en rapportons deux observations.

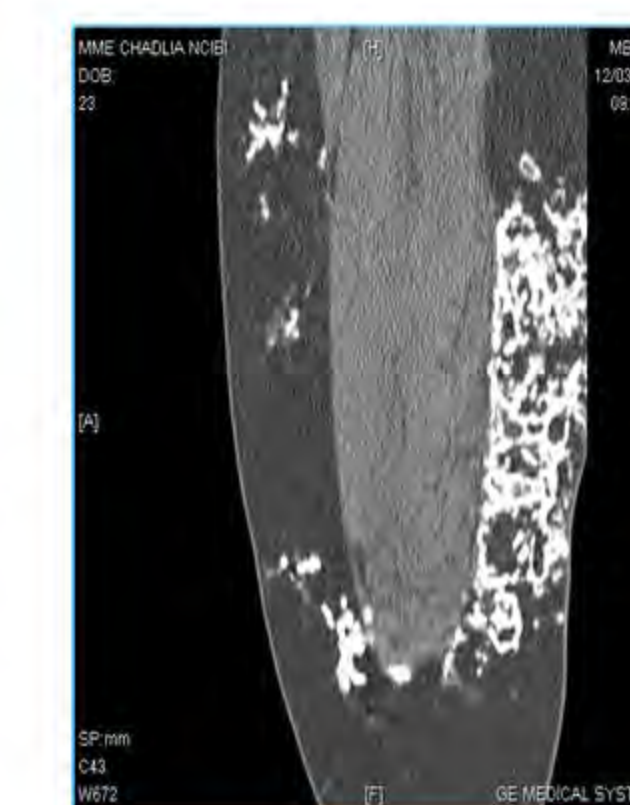
OBSERVATION

Deux femmes âgées respectivement de 24 et 29 ans, diagnostiquées porteuses de DM dysimmunitaire primitive conformément aux critères de Tanimoto et coll. et du Centre Européen de pathologies Neuro-Musculaires, présentent à 2 ans et à 16 mois du début de la maladie, alors que celle-ci était en rémission, une calcinose sous cutanée diffuse.

le diagnostic de calcinose sous cutanée diffuse était confirmée par les explorations radiologiques et la biopsie: au niveau des racines de membres, des deux hanches et de l'abdomen pour la première patiente et au niveau des bras, avant bras, abdomen, bassin et cuisses pour la deuxième patiente. Elles étaient traitées médicalement par Diltiazem® (180mg/j) et Colchicine® (1mg/j) en plus du traitement d'entretien de la DM avec stabilisation relative des lésions calciques.

COMMENTAIRES

- Chez l'adulte, la fréquence de survenue de CSC dans la DM ne dépasse pas 15% et les formes diffuses (calcinosis cutis universalis) sont exceptionnelles (*Godeau P et al. 1980, Weinel S et al. 2004*).
- Sa pathogénie est encore mal élucidée; Récemment il a été démontré que les sujets ayant une DM avec des auto-anticorps anti-p140 sont significativement plus exposés à développer secondairement une CSC que ceux qui ne l'ont pas (*Gunawardena H et al. 2009*); de même l'association à un groupe HLA de type DRB1*08 en est un facteur prédictif (*Gunawardena H et al. 2009*).
- Le traitement de ces CSC reste décevant en l'absence d'un traitement étiologique efficace (colchicine, diltiazem, corticoïdes, probenecide, warfarine, bisphosphonates, kiné et chirurgie)
- Les complications les plus classiques de ces calcifications sont la fistulisation et la surinfection ; à long terme se sont les rétractions musculo-tendineuses très handicapantes. Quoique très exceptionnelle, la dégénérescence maligne reste une éventualité à craindre : en effet quelques observations d'ostéosarcome sur CSC ont été rapportées depuis 1981 ainsi que deux cas de transformation lymphomateuse B (*Eckardt JJ et al. 1981, Morris P et al. 2009*).



CONCLUSION

Aussi rare qu'elle soit, la CSC diffuse est une entité qui mérite d'être bien connue au cours des DM de l'adulte afin d'assurer une prise en charge adéquate et rapide permettant d'améliorer son pronostic.

S. Kochbati (1); F. Boussema (1) ; S. Bousaid (1); L. Baili (1); B. Ben Dhaou (1); L. Rokbani(1)

(1)Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

- L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) est une complication sévère de la sclérodémie systémique (SS), sa prévalence est estimée à 5-60%, et de 0,5 à 17,5% au cours du lupus systémique. Quelques cas de HTAP au cours du scléro-lupus ont été rapportés dans la littérature.
- Le but de notre étude est de préciser les caractéristiques cliniques et paracliniques des patients atteints de scléro-lupus compliquée d'une HTAP.

MATERIEL ET METHODE

- Nous avons analysé rétrospectivement 16 dossiers de patients suivis pour un scléro-lupus entre 1998 et 2011. Le diagnostic de scléro-lupus a été retenu devant la présence d'au moins 4 critères de l'ACR pour le diagnostic du LES et d'un critère majeur ou de deux critères mineurs de l'ACR.
- La pression artérielle pulmonaire moyenne de repos (PAP) était estimée à partir des données de l'échographie cardiaque. Une HTAP a été retenue devant une PAP supérieure à 30 mmHg.

RESULTAT

- Une HTAP a compliqué l'évolution de 16 patients. Il s'agissait de 16 femmes, d'âge moyen de 41 ans (24-48 ans). L'âge de début de la maladie était de 28 ans. L'HTAP était diagnostiquée dans 35% (6/16), avec un délai moyen d'apparition est de 34 mois (11-42 mois). L'HTAP était primitive chez trois des 6 patientes. Les anticorps anti Scl70 étaient positifs chez 3 cas. Le syndrome de Raynaud était le signe révélateur le plus fréquent. Le recul évolutif moyen était de 67 mois, avec un cas de décès par HTAP grave compliquée d'insuffisance cardiaque

CONCLUSIONS ET DISCUSSION

- Environ 10 % des HTAP sont dues à une connectivité. Une HTAP peut s'observer au cours de toutes les connectivités. Elle est surtout fréquente au cours de la sclérodémie systémique (prévalence estimée à 8 %), et notamment au cours de la forme systémique limitée avec anticorps anticentromère, en cas de phénomène de Raynaud, d'anticorps antinucléolaires, en période post-ménopausique, et de diminution de la diffusion du CO
- L'HTAP au cours du scléro-lupus n'est pas rare, sa gravité justifie un dépistage systématique et répété par une échographie cardiaque



ARTHRITE SEPTIQUE POLYARTICULAIRE : A PROPOS DE 11 OBSERVATIONS

H.Sahli ; I.Cherif ; R.Tekaya ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; L.Abdelmoula ; L.Chaabouni ; R.Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

L'arthrite septique polyarticulaire (ASP) est retrouvée dans 10 à 20% des cas selon les séries études (1). Elle est source d'erreur diagnostique et thérapeutique.

MATERIEL ET METHODES:

Etude rétrospective ayant inclus les dossiers de patients hospitalisés pour arthrite septique polyarticulaire sur une période de 10 ans [2002-2012].

Nous nous proposons d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives de ces patients.

RESULTATS:

- ❑ Parmi les 53 dossiers d'AS, 22% étaient polyarticulaire.
- ❑ Quatre hommes et sept femmes.
- ❑ L'âge moyen était de 48 ans [28-77].
- ❑ Un facteur de risque était noté dans la moitié des cas (tableau n°I).
- ❑ La durée moyenne d'évolution était de 12,8 jours [1jour-12mois].
- ❑ Le délai diagnostique moyen était de 9 jours [1jour-8mois].
- ❑ L'articulation la plus touchée était le genou (tableau n°II)

- ❑ La fièvre et le SIB étaient notés dans tous les cas (VS moyenne de 98mm et CRP moyenne de 200mg/l).
- ❑ Une hyperleucocytose était notée dans 5 cas.
- ❑ Les radiographies standard étaient normales dans 8 cas.
- ❑ Le profil bactériologique est dressé sur le tableau n°III.
- ❑ Le traitement chirurgical était pratiqué dans 1 cas.
- ❑ Un décès était noté dans un tiers des cas.

Tableau I: Facteurs de risque

Type de facteur de risque	N
Diabète	2
Insuffisance rénale chronique	1
Arthroscopie	1
Polyarthrite Rhumatoïde	1
Rhumatisme Psoriasique	1

Articulation	N
Genou	8
Coude	7
Poignet	6
Cheville	4
Hanche	2
Epaule	2
Sternoclaviculaire	2

**Tableau II:
Les différentes localisations:**

Tableau III: Types de germes

Germe	N
Staphylocoque auréus	2
Protéus Mirabilis	1
E.Coli	1
B.K	1
Non déterminé	6

DISCUSSION:

- ❑ Une polyarthrite devrait d'abord évoqué une endocardite, une polyarthrite rhumatoïde, une origine virale ou systémique.
- ❑ L'origine septique est évoqué en présence de facteurs favorisant. Dans 15% des polyarthrites septiques, on ne retrouve aucun facteur favorisant. Dans notre série un facteur favorisant était noté dans la moitié des cas.
- ❑ Un diagnostic rapide et une prise en charge urgente sont indispensables car Le pronostic est souvent péjoratif avec un taux de mortalité de 30%(2). Dans notre série un décès a été noté dans un tiers des cas

CONCLUSION:

La présentation clinique de l'Arthrite Septique Polyarticulaire est particulière par la fréquence et l'importance du syndrome infectieux et la présence de facteurs de risques d'une arthrite septique. Le pronostic paraît sévère comparativement au forme monoarticulaire

REFERENCES:

- 1)K.Saadallaoui, S mourali, I Ksontini : a propos de 2 cas. Rev Rhum 2000 ;67(1) :17-27
2)JJ Dubost, M Soubrier, B Sauvezie. Arthrite septique à pyodermite. Rev Rhum 2000 ;67(1) :17-27



COMORBIDITE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

**Th. Guermen ; W. Hamdi ; S. Boubaker ; Dh. kaffel ; A. Kasraoui ; N. Boughanmi ;
I. Zouch ; M.M Kchir**

service de rhumatologie institut Kassab Manouba

Introduction:

Les comorbidités sont fréquentes au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et constituent souvent une source de difficultés thérapeutiques. Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence et les facteurs associés aux comorbidités chez les patients atteints de PR.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective menée sur une période de deux ans portant sur 100 patients atteints de PR répondant aux critères de l'ACR 87, recrutés lors de leur hospitalisation dans le service de rhumatologie à l'Institut Kassab. L'activité de la maladie a été évaluée par le DAS28 et la qualité de vie par le HAQ. Les comorbidités ont été relevées de façon systématique chez tous patients. Deux groupes de patients ont été comparés: groupe 1 (les patients sans comorbidités) et groupe 2 (les patients avec comorbidités).

Résultats:

Cents patients ont été inclus. Leurs âge moyen était de 49 ans, avec une prédominance féminine (73,6,2% des cas). La durée moyenne d'évolution était de 5 ans. 24 patients avaient au moins un facteur de comorbidité. L'HTA était la comorbidité la plus fréquente ; présente chez 11 patients , suivie par l'ostéoporose ,le diabète, l'anémie, l'hyperlipidémie et l'obésité; observées dans 47,4%, 40,8%, 35,5%, 23,7% et 5,9% des cas respectivement. Les patients avec comorbidités étaient plus âgés ($p = 0.001$), plus fréquemment de sexe féminin ($p = 0.02$) et avaient un HAQ significativement plus élevé ($p = 0.01$).

Discussion

L'étude japonaise IORRA a analysé l'impact des comorbidités sur l'activité et la stratégie thérapeutique de 5 317 japonais souffrants de PR (cohorte IORRA). Les patients étaient classés en 4 groupes selon leur niveau de comorbidités (Charlson Comorbidity Index). En tout, 18,3% des patients présentaient des comorbidités. Les plus fréquentes étaient les atteintes pulmonaires (5,6%), le diabète (4,2%), l'ulcère digestif (3,1%), l'infarctus du myocarde (2,5%) et les cancers (2,1%). Les patients qui présentaient le plus de comorbidités avaient la polyarthrite rhumatoïde la plus active. Par contre, ils étaient significativement traités de manière moins intensive que les patients sans comorbidité (moins de recours au MTX, moins de recours aux biothérapies, doses moindres de MTX). Les comorbidités ont donc un impact important à la fois sur l'activité et la prise en charge de la PR.

Conclusion:

Cette étude suggère que les comorbidités sont fréquentes chez les patients atteints de PR. Elles sont surtout liées à un âge plus élevé et au sexe féminin et constituent un facteur de mauvais pronostic aggravant la qualité de vie des patients.



PLACE DE L'ACUPUNCTURE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA LOMBALGIE COMMUNE : COMPARAISON ENTRE SUJETS JEUNES ET SUJETS AGES

A. Kesraoui ; K. Ben Abdelghani ; L. Souabni ; S. Chekili ; S. Kassab ; A. Laatar ; L. Zakraoui

Service de rhumatologie Mongi Slim, la Marsa

Introduction

La lombalgie commune est une pathologie fréquente qui touche avec prédilection l'adulte jeune. Elle est aussi rencontrée chez les personnes âgées. But : Evaluer l'efficacité de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombalgie commune chez le sujet âgé en la comparant à celle d'une population jeune.

Matériels et méthodes

Etude prospective comparative menée au centre d'acupuncture (CHU la Marsa) sur une période de 6 mois. Les critères d'inclusion étaient des patients souffrant de lombalgie commune âgés de plus de 60 ans : 20 patients (groupe1) avec une douleur évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) supérieure à 40%. Ces sujets ont été comparé à un groupe de patients jeunes âgés <55 ans : 30 patients (groupe2). Les critères d'évaluation étaient l'intensité de la douleur appréciée par l'EVA et la raideur rachidienne mesurée par la distance doigt-sol (DDS) et l'indice de schober (IS) qui sont comparables à l'inclusion chez les deux groupes. Un protocole thérapeutique à terme comporte un minimum de 9 séances d'acupuncture. Résultats : Au cours du traitement, pour le groupe 1, on note une amélioration significative de séance en séance sans exception pour EVA, DDS et IS. Pour le groupe 2, il existe une amélioration de l'EVA, DDS et IS de séance en séance, mais ce n'est pas toujours significatif. En comparant l'amélioration de ces différent paramètres entre les deux groupes, on remarque qu'à chaque séance l'amélioration de l'EVA et de la DDS des âgés ne différent pas de celles des jeunes. Par ailleurs, l'IS augmente plus chez les sujets âgés au cours des deux dernières séances ($p=0.0003$ après la 6ème séance et $p=0.00003$ après la 9ème séance).

Conclusion

L'acupuncture apparait comme une thérapeutique efficace aussi bien chez le sujet âgé et jeune.



TOLERANCE DE L'ETANERCEPT AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CHEZ UNE PATIENTE AU STADE D'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE SEVERE

L. DRIDI ; I. MAHMOUD ; O. SAIDANE ; H. SAHLI ; R. TEKAYA ; L. ABDELMOULA ; L. CHAABOUNI ; R. ZOUARI
SERVICE DE RHUMATOLOGIE, HÔPITAL CHARLES NICOLLE

Introduction

L'etanercept est une molécule anti TNF alpha largement prescrite au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Sur la base de données de pharmacocinétique, aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients insuffisants rénaux, cependant l'expérience clinique chez de tels patients est limitée. Nous rapportons notre expérience à travers une observation.

Observation

- Patiente âgée de 58 ans.
- ATCDs: HTA, hémangiome embolisé, IRC au stade de pré-dialyse avec une **clearance de créatinine à 15 ml/min.**
- Elle était suivie pour une PR séropositive et érosive évoluant depuis 23ans. Sa maladie était active sous 10mg de Prednisone avec un DAS28 à 5,15.
- La Salazopyrine, le Méthotrexate ainsi que le léflunomide étant contre indiqués à cause de l'IRC sévère, un anti TNF alpha était indiqué.
- L'etanercept lui était prescrit à raison d'une injection de 50mg en SC/semaine. Cette molécule était choisie car
 - **Elle avait la demi-vie la plus courte parmi les anti-TNF alpha disponibles (70 h)**
 - **Elle s'administre par voie sous cutanée ce qui permet de préserver son capital veineux.**
- L'évolution était favorable sur le plan articulaire.
- Aucun effet indésirable n'a été noté à part un épisode de gale qui a bien évolué sous traitement. Le recul était de 12 mois
- Actuellement la patiente a commencé l'hémodialyse à raison d'une séance/semaine depuis 1mois.
- L'injection d'Enbrel est administrée le lendemain de la séance de dialyse avec une bonne tolérance.

Discussion

- L'etanercept a une demi vie d'environ 70 heures. Les études de pharmacocinétique ont montré que sa clairance est d'environ 0,066 l/h chez les patients atteints de PR, soit un peu moins que celle observée chez les volontaires sains (0,11 l/h).
- Il n'existe aucune différence pharmacocinétique entre les hommes et les femmes.
- Bien que l'on détecte de la radioactivité dans les urines après l'administration d'etanercept radiomarqué à des patients et à des volontaires sains, aucune augmentation des concentrations d'etanercept n'a été observée chez les patients présentant une insuffisance rénale aiguë.
- La présence d'une insuffisance rénale ne devrait pas nécessiter d'ajustement de la posologie d'après ces données de pharmacocinétique.
- L'expérience clinique chez les insuffisants rénaux est limitée. Les cas reportés se sont intéressés plutôt à démontrer l'efficacité de l'infliximab chez les patients au stade d'hémodialyse.
- Chez notre patiente, l'etanercept a été bien toléré, nous n'avons pas noté d'effets indésirables. Son efficacité ne semble pas être modifiée non plus.

Conclusion: D'après notre observation, l'etanercept semble être bien toléré en cas d'insuffisance rénale chronique sévère.



QUELLE HIERARCHIE DE PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE DES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES?

L. Souabni; A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

L'articulation sacro-iliaque constitue la localisation la plus précoce et quasi-constante des atteintes débutantes des spondyloarthrites (SpA). Elle peut être également le siège d'atteintes infectieuses ou des modifications par surcharge mécanique. La fiabilité des différentes techniques est sujette à caution, vu l'absence de gold standard indiscutable. Le but de notre travail est d'illustrer notre stratégie diagnostique devant une suspicion de sacroiliite (SI).

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective colligeant des dossiers des patients ayant un aspect radiologique anormale au moins d'une articulation SI. Nous avons exclu les patients déjà suivis pour SpA.

Résultats:

Femme/Homme:	16/4	
Age moyen:	34.4 ans[13-55]	
Motifs de consultation:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pygalgies inflammatoire (6) ✓ pygalgies mécanique (4) ✓ Lomboradiculalgies inflammatoire (5) ✓ Douleur inguino-crurale (1) ✓ Découverte fortuite lors d'une exploration d'une polyarthrite rhumatoïde (3)/ une sarcoïdose (1) 	
Prescription de l'imagerie:	<p>1^{ère} intention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La TDM : 70% <ul style="list-style-type: none"> ▪ remaniements dégénératifs (50%) ▪ une atteinte présumé inflammatoire (33%) ▪ SI infectieuse (17%) ✓ L'IRM: 30% <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etiologie infectieuse (60%) ▪ inflammatoire (40%) 	<p>2^{ème} intention: IRM (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ recherche de signes d'activité inflammatoire devant une forte suspicion d'une SpA avec une TDM normale (2) ✓ aspect de SI infectieuse à la TDM avec une biopsie non concluante (1) ✓ confirmation d'une SI infectieuse (1)

Discussion et Conclusion:

D'après nos résultats, après l'imagerie standard, la TDM a été la plus prescrite en raison probablement de son faible cout. Toutefois, l'IRM a été quand même demandée en complément à la TDM dans un nombre non négligeable de cas. En effet, l'apport spécifique de l'IRM est de visualiser les signes d'activité inflammatoire par la mise en évidence d'anomalies de la moelle osseuse juxta-articulaire (tuméfaction, œdème, micro-abcès. . .). C'est ce qui permet à l'IRM d'être plus sensible que la TDM pour visualiser les formes débutantes d'atteinte des sacro-iliaques mais aussi pour l'évaluation des réponses thérapeutiques (diminution de l'activité inflammatoire).

Ceci nous amène à conclure qu'il serait plus licite de privilégier d'emblée l'IRM afin d'avoir d'une part un diagnostic précis et de pouvoir d'autre part faire des économies de santé!



LES MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES AU COURS DU LUPUS SYSTEMIQUE

K.Maallah;A.Aouad;R.Dahri;S.Rekik;H.Sèhli, H.ajlani;T.Tourjman,M.Eleuch;S.Sellami

Introduction:

Le lupus systémique (LS) est caractérisé par une atteinte multisystémique, en particulier neurologique, de fréquence variable (40 à 75%). Les manifestations neuropsychiatriques sont variées et dominées par les troubles psychiatriques et les convulsions.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective de 37 patients atteints de LS répondant aux critères révisés de l'ACR, colligés dans le service entre 1991 et 2011.
- Analyse des données cliniques (recherche de signes neurologiques), d'imagerie (TDM, IRM) et électrophysiologique (EMG)

Résultat:

- Atteinte neurologique: 6 patients (2H, 4F)
- Age moyen: 38 ans
- Délai moyen d'apparition de l'atteinte neurologique/début de la maladie: 1.5 ans.
- Manifestations centrales: 5 patients Neuropathie périphérique: 1 patient

Tableau: Caractéristiques cliniques et radiologiques des patients atteints de neurolypus

Patients	Age / Sexe	Délai (an)	Signes neurologiques	Explorations
1	69/F	2	Troubles de la marche avec syndrome quadripiramidal, syndrome délirant, trouble du comportement	IRM cérébrale : hypersignaux de siège frontal bilatéral, sous cortical et des centres semi-ovales
2	16/F	1.5	Epilepsie, Céphalées, troubles du sommeil, psychose hallucinatoire chronique	IRM cérébrale : hypersignaux des noyaux gris centraux et discret effet de masse sur la corne frontale droite Présence D'Ac anti-phospholipide
3	30/F	1.5	Convulsions, syndrome cérébelleux cinétique, syndrome d'hypertension intra-crânienne.	TDM cérébrale : hématorne sous dural chronique. Troubles de l'hémostase (syndrome des anti-phospholipides)
4	24/H	0	Etat d'agitation, troubles anxio-depressifs	TDM cérébrale : normale.
5	50/H	2	Convulsion	IRM cérébrale : Lesion cérébrale de la substance blanche frontale
6	53/H	3	Syndrome neurogène périphérique avec déficit moteur proximal (+++membres inférieurs)	EMG : neuropathie bilatérale et symétrique aux membres inférieurs de type axonale à prédominance sensitive Biopsie musculaire : atteinte neurogène

- Les patients ayant présenté des signes neurologiques centraux ou périphériques ont bénéficié de boli combinés (Endoxan, solumédrol) avec une évolution favorable.
- Ceux ayant présenté des manifestations psychiatriques isolées ont reçu des psychotropes.

Discussion:

Plusieurs mécanismes ont été incriminés dans l'étiopathogénie du neurolypus: Les vasculopathies(vascularite, thrombose), la présence d' auto-anticorps(Ac anti-ribosome, Ac anti-neuronaux, Ac anti phospholipides) et les médiateurs de l'inflammation (IL2, IL6, INFalpha).[1]

L'atteinte neuropsychiatrique est polymorphe, les manifestations psychiatriques et neurologiques centrales étant les plus fréquentes; par ordre de fréquence, les manifestations les plus souvent rencontrées sont les céphalées (28 %), des troubles thymiques (21 %), des troubles cognitifs (20 %), des crises convulsives (10 %), des accidents cérébrovasculaires (8 %) et de l'anxiété (6 %) [2]. Dans notre série la majorité des patients présentaient une atteinte centrale. Le neurolypus s'accompagne d'une fréquence élevée de rechutes et d'un nombre plus important de décès le pronostic a été amélioré par les corticoïdes et les immunosuppresseurs [3]

Conclusion:

L'atteinte neuropsychique au cours du lupus systémique constitue un tournant évolutif de la maladie. Elle doit être recherchée systématiquement afin de pouvoir instaurer un traitement précoce et éviter les séquelles

Références:

- [1]A. Unterman.Semin Arthritis Rheum (2010)
- [2] Fady G Joseph, Pract Neurol 2010; 10: 4-15
- [3] G. Lefèvre.La Revue de médecine interne 33 (2012) 491-502

Devenir à l'âge adulte d'une dysplasie spondylo-épiphysaire : à propos d'un cas

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

La dysplasie spondylo-épiphysaire (DES) est une maladie génétique rare caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Le diagnostic est en général posé à l'âge jeune mais l'évolution est marquée par l'installation de polyarthrose qui engage le pronostic fonctionnel. A travers cette observation, nous allons préciser le devenir clinique, radiologique et fonctionnel à l'âge adulte.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, célibataire, connue porteuse de DES depuis la petite enfance, elle a consulté à l'âge de 27 ans pour des lomboradiculalgies et un gêne fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen physique a trouvé des nodosités d'Heberden et de Bouchard, flessum 30° des coudes, une limitation des épaules et des hanches dans les différents secteurs de mobilité, des flessions irréductibles des hanches et des genoux de 50°, une hyperlordose avec un bassin antéversé. La marche se faisait en triple flexion en pendulaire aidée par deux cannes axillaires ; MIF 116/126 (Fig.1-5).



Fig 1, 2, 3: Position debout aidée par deux cannes axillaires: hyperlordose, bassin antéversé, flessum des hanches et des genoux

Fig4: decubitus dorsal

Fig5: déformation des doigts

Le bilan radiologique a mis en évidence un aplatissement des vertèbres (Fig.11,12), une dysplasie polyépiphysaire (Fig.6,7,8) avec une coxa-plana bilatérale (Fig.9) et une gonarthrose bilatérale (Fig.10), le scanner lombaire a objectivé un pincement discal étagé, irrégularité des plateaux vertébraux, diminution de la hauteur postérieure des corps vertébraux et un canal lombaire étroit avec aspect moniliforme et conflit radiculaire (Fig.13- 15) et une sacroileite bilatérale (Fig.16).

La patiente a bénéficié d'un traitement médical, de plusieurs séances de rééducation et d'une infiltration par le hiatus sacro-coxygien.



Fig 6,7,8: Dysplasie du coude, épaule et inter-phalangienne

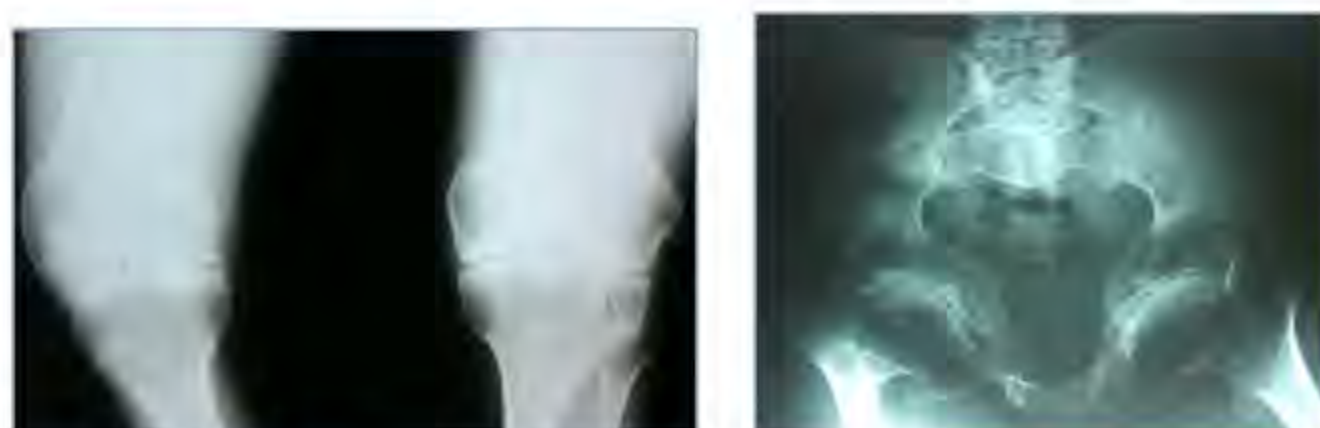


Fig9: gonarthrose bilatérale
Fig10: coxa plana

Fig11, 12: Aplatissement des vertèbres: signe indirect du CLE

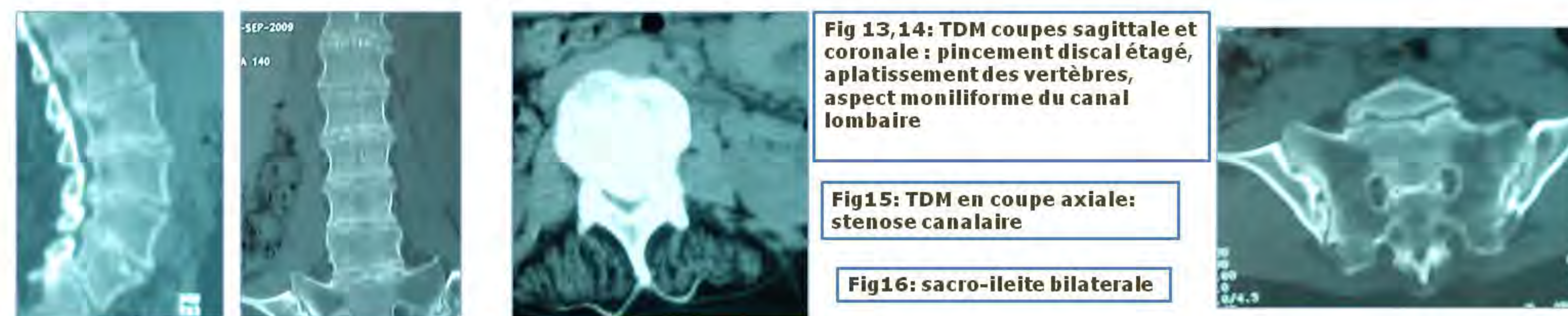


Fig 13,14: TDM coupes sagittale et coronale: pincement discal étagé, aplatissement des vertèbres, aspect moniliforme du canal lombaire

Fig15: TDM en coupe axiale: stenose canalaire

Fig16: sacro-ileite bilatérale

Discussion

La DSE est une chondrodysplasie génotypique qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est découverte à la naissance ou au cours de la croissance.

La DES est caractérisée cliniquement par un nanisme (la petite taille touche à la fois les membres et le tronc), des doigts épais, une hyperlordose, une limitation des différentes articulations et par l'apparition d'une arthrose généralisée au début de l'adolescence. Une myopie et une fente palatine peuvent y être associées.

Les anomalies des vertèbres et des épiphyses en cours de maturation se manifeste radiologiquement par un aplatissement des corps vertébraux, une dysplasie polyépiphysaire avec une coxa-plana bilatérale, et une gonarthrose et coxarthrose bilatérales. Notre patiente présente une arthrose touchant les épaules, coudes, hanches, genoux et les petites articulations de la main.

Le diagnostic exact est important à considérer, non seulement pour le conseil génétique et le diagnostic prénatal, mais aussi pour le suivi et la prise en charge.

Les progrès récents de la génétique ont permis d'identifier la plupart des gènes dont les mutations sont responsables d'un trouble de croissance cartilagineux et de déformations ou de nanismes. La DES est liée aux mutations du collagène 2.

Le pronostic est grave, la DES est responsable de douleurs invalidantes, de déformations et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Notre patiente se plaint essentiellement de lombosciatalgies rebelles aux traitements symptomatiques (antalgique, anti-inflammatoire, infiltration corticoïde) seuls les antiépileptiques ont diminué l'intensité de ses douleurs. Sur le plan fonctionnel, malgré son handicap elle est autonome pour les transferts, elle est gênée surtout dans l'habillement de la partie inférieure de son corps.

Cette évolution rend la prise en charge difficile et compliquée. le conseil génétique reste le seul moyen thérapeutique efficace.

Conclusion

La DSE est une pathologie rare et invalidante. L'examen moléculaire permet la confirmation du diagnostic toujours suggéré par l'examen clinique et radiologique, de proposer un conseil génétique et de faire un diagnostic prénatal afin de prédire l'évolution et permettre une prise en charge précoce.



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET NÉOPLASIES (À PROPOS DE 5 CAS)

N. Ben Slimane; Gh. Ghattas; H. Gharbi; Ch. Kolsi; H. Zaouali.

Policlinique CNSS El Khadra – Tunis.

INTRODUCTION

L'association d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'un cancer est rare et discutée depuis longtemps. Le mécanisme physiopathologique est intriqué incluant outre le terrain immunitaire de ces 2 pathologies, les traitements immunosuppresseurs utilisés au cours de la PR. Nous rapportons notre série.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude rétrospective de 5 dossiers de patients suivies à la policlinique El Khadra sur 16 ans (1997 – 2013) pour PR (critères de l'ACR) et qui ont développé un KC soit au cours de l'évolution soit avant la survenue de la PR.

RÉSULTATS

Il s'agit de 5 femmes âgées en moyenne de 55 ans (48 – 67 ans).

• Quatre patientes suivies pour une PR séropositive traitée par méthotrexate (dose hebdomadaire de 10 mg) et corticothérapie à faible dose (7.5 mg/j), ont développé 5 ans en moyenne (2 – 8 ans) après le diagnostic de PR une néoplasie. Il s'agit d'un KC du sein dans 3 cas associé à une tumeur ovarienne dans un cas et d'un KC de la thyroïde dans un cas. L'arrêt du méthotrexate est la règle dans tous les cas avec relai par la sulfasalazine (2g/j).

Tableau récapitulatif:

Observation	Âge	ATCD	Ancienneté de la PR	Bilan Immunologique	Activité de la maladie	Signes extra-articulaires	Néoplasie	Délai de survenue	Traitement
N° 1	50 ans	DNID	15 ans	Latex +, AC antiCCP +, AAN -	DAS 28 = 3.6	-	Tumeur du sein + ovaire	8 ans	Tumorectomie + curage ganglionnaire + annexectomie, radiothérapie + chimiothérapie
N° 2	67 ans	HTA, DNID, dyslipidémie, ostéoporose	4 ans	Latex +, Ac antiCCP -, AAN -	DAS 28 = 3.2	Phénomène de Raynaud	Tumeur du sein	2 ans	Radiothérapie + chimiothérapie puis mammectomie
N° 3	48 ans	-	9 ans	Latex +, AC antiCCP +, AAN -	DAS 28 = 2.8	-	Carcinome de la thyroïde	4 ans	Thyroïdectomie totale + radiothérapie
N° 4	55 ans	-	4 ans	Latex +, AC antiCCP -, AAN -	DAS 28 = 3.6	-	Tumeur du sein	2 ans	Tumorectomie + curage ganglionnaire, radiothérapie + chimiothérapie

- La cinquième patiente âgée de 56 ans est opérée d'une tumeur du sein droit. Elle a développé 4 ans après une polyarthrite inflammatoire bilatérale et symétrique. Le bilan immunologique trouve des AC antiCCP fortement positifs. L'échographie montre des synovites radio-carpiennes et carpo-métacarpiennes bilatérales. Elle a été mise sous sulfasalazine (2g/j) et corticothérapie à la dose de 7.5mg/j.
- Aucune des patientes ne présente un syndrome sec associé.
- La scintigraphie osseuse faite dans tous les cas n'a pas montré de localisation secondaire.

COMMENTAIRES

Plusieurs études ont évoqué l'existence d'un risque accru de néoplasies solides et hématologiques chez les patients atteints de PR. La plus part survient dans l'année qui suit le diagnostic de PR. Il s'agit surtout de lymphomes et de cancer du rein, des os, poumons, sein, prostate, côlon et cerveau.

Ce risque pourrait être plus important chez les patients atteints d'une PR sévère et chez les patients exposés aux agents anti TNF α (on n'a pas noté de corrélation entre les cancers et le méthotrexate, les corticoïdes et les AINS).

Les mécanismes théoriques susceptibles d'expliquer cette association sont nombreux: une transformation maligne d'un clone lymphocytaire, rôle d'un agent viral notamment du virus Epstein Barr, effet des thérapeutiques immunosuppresseives.

Étant donné que le risque de néoplasie est associé à l'activité durable et sévère d'une PR, un traitement agressif peut réduire un tel risque en luttant contre toute inflammation récurrente et chronique.

CONCLUSION

La survenue d'une néoplasie au cours de l'évolution d'une PR incite une surveillance plus rapprochée et régulière des patients d'autant plus que ce risque est augmenté avec l'avènement des biothérapies.



LOMBALGIES INFLAMMATOIRES AU COURS DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX SYSTEMIQUE: NE PAS OUBLIER DE RECHERCHER LA THROMBOSE CAVE INFÉRIEURE !

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie à haut risque thrombotique: risque relatif multiplié par 3.7 par rapport à la population générale (*Ramagoplan SV et al. 2011*) et les thromboses veineuses sont notées chez 10 à 26% des lupiques (*Zöller B et al. 2012*). La thrombose de la veine cave inférieure (TVCI) n'est cependant pas une complication commune de cette maladie même dans les formes associées à un syndrome secondaire des anti phospholipides (*Paudyal B. et al. 2011*).

COMMENTAIRES

- Le LES est une maladie à haut potentiel thrombogène : risque relatif multiplié par 3,7 par rapport à la population générale selon l'étude de *Ramagopalan SU.2011*.
- Les thromboses veineuses quelque soit le siège sont rapportée chez 10-26% des lupiques dans la littérature mondiale (*Zoller B et al. 2012*) et leur incidence était estimée à 2 par 100 personne-année dans la grande série prospective du « Hopkins Lupus Cohort » Recherchée systématiquement par l'imagerie médicale,
- La TVCI n'est cependant pas une complication commune du LES, même dans les formes associées à un syndrome secondaire des antiphospholipides (SAPL) (*Paudyal B et al. 2010*); la TVCI n'est retrouvée que chez 3.7% des lupiques (*Shahin AA et al. 2011*).
- Elle peut être exceptionnellement révélatrice de la maladie (*Olive D et al. 2011*).
- Elle peut rester longtemps asymptomatique surtout dans les formes incomplètes comme elle peut s'intégrer dans un tableau clinique sévère résultant directement de la TVCI elle-même, ou indirectement du fait de son extension. On peut ainsi citer la pleurésie massive unilatérale (*Mathlouthi A et al. 1998*), l'hypertension portale par bloc supra-hépatique (*Taniguchi S et al. 1986*), un syndrome néphrotique ou une néphropathie lupique (*Shahin AA et al. 2003*) ou même parfois une insuffisance rénale aigue secondaire à l'extension bilatérale de la thrombose vers les veines rénales (*Cognoli L et al. 1990*). Les lombalgies isolées sont exceptionnelles.
- Cette localisation est particulièrement grave car peut se compliquer d'insuffisance rénale aigue par extension bilatérale vers les veines rénales (*Cagnoli Z et al. 2011*), une thrombose intra cardiaque (*Ishizuka S et al. 2010*), un syndrome de Budd-Chiari parfois fatal (*Taniguchi S et al. 2011*) ou une fibrose retro péritonéale séquellaire (*Bashour B et al. 2011*).

OBSERVATION

Patient G.H, âgée de 20 ans fût hospitalisée pour des œdèmes des membres inférieurs associés à des lombalgies bilatérales ainsi qu'une polyarthrite inflammatoire distale et symétrique évoluant depuis un mois. Le diagnostic d'un LES avec néphropathie stade V fût retenu devant les arguments suivants: rash malaire, ulcérations buccales, pleurésie droite, péricardite, leucopénie à 2500/mm³ et des anticorps antinucléaire et anti DNA natif positifs.

Devant les lombalgies persistantes sous traitement symptomatiques avec des radiographies standards sans anomalies. L'imagerie en coupes objectivait une thrombose partielle de la VCI segmentaire et limitée en pré rénale et sous cardiaque. La recherche des anti phospholipides était négative. Sous corticothérapie systémique, immunosuppresseurs et anti coagulants l'évolution était favorable avec disparition du thrombus cave inférieure, normalisation de la fonction rénale et absence de récives thrombotiques.

CONCLUSION

Cette localisation doit être systématiquement recherchée chez tout lupique même asymptomatique, de même un traitement anticoagulant préventif se trouve recommandé chez les lupiques ayant des atteintes viscérales multiples et recevant de fortes doses de corticoïdes .



EFFET ANTALGIQUE DE LA VERTEBROPLASTIE PERCUTANEE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES OSTEOPOROTIQUES

H.Sahli ; I.Cherif ; R.Tekaya ; L.Dridi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; L.Abdelmoula ; L.Chaabouni ; R.Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

- La vertébroplastie percutanée (VPP) consiste à injecter par voie percutanée du ciment acrylique au sein du corps vertébral dans le but de consolider la vertèbre et de diminuer les douleurs liées au tassement.
- Le but de ce travail est d'étudier l'efficacité à court et à moyen terme de la VPP dans le traitement des fractures ostéoporotiques résistantes au traitement médical classique.

PATIENTS ET METHODES:

- Etude transversale ouverte incluant des patients souffrant d'une fracture vertébrale d'origine ostéoporotique hyperalgique ayant résisté à un traitement médical pendant au moins 8 semaines et chez qui une VPP par le polyméthylmétacrylate sous guidage fluoroscopique a été pratiqué.
- L'efficacité a été évaluée par l'EVA à court terme (3^{ème} et 15^{ème} jour) et à moyen terme (au 1^{er} et 3^{ème} mois).

RESULTATS:

- Vingt vertèbres ont été traitées chez 12 patients.
- 3 hommes et 9 femmes.
- Age moyen: 58,5 ans [38-77].
- Les vertèbres traitées étaient situées à :
 - l'étage thoracique dans 12 cas
 - l'étage lombaire dans 8 cas.
- Suivi moyen des patients après la VPP: 80 jours [30-90].
- Une amélioration subjective de la douleur a été observée à court et à moyen terme chez tous les patients. On observait une diminution significative ($p < 0,002$) de la douleur à court et à moyen terme (Tableau I).

Tableau I: Efficacité de la VPP

	Avant VPP	A 3 jours	A 15 jours	A 1 mois	A 3 mois
EVA	7,4±1,6	4,1 ± 2,1	1,8 ± 1,1	1,22 ± 1,06	1,22 ± 1,06

DISCUSSION:

- Les fractures vertébrales ostéoporotiques peuvent survenir en l'absence de traumatisme et leur réparation anatomique est impossible. Leur survenue peut être un évènement très douloureux, mais peut parfois passer inaperçue. Or la survenue d'un premier tassement annonce les récives et l'existence de plusieurs fractures vertébrales est responsable d'une réduction de la taille, de modifications des courbures du rachis, augmentation de la cyphose dorsale et de complications respiratoires. Pour toutes ces raisons, de nouvelles techniques tel que la VPP se sont développées (1).

- La VPP est une technique de radiologie interventionnelle consistant à injection du ciment dans le corps d'une vertèbre pathologique (2). Des études initiales portant sur un nombre limité de patients ont révélées des résultats encourageants de la VPP en montrant un rapide contrôle de la douleur chez 70 à 100% des patients. Des séries plus importantes ont confirmé ces résultats et ont permis de démontrer que cet effet antalgique paraît persister à plus long terme (3). Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature.

CONCLUSION:

La VPP est une technique efficace à court et à moyen terme dans le traitement antalgique des fractures vertébrales ostéoporotiques et paraît comme une alternative élégante à un acte chirurgical de stabilisation

REFERENCES:

- 1)J.Sigaux, S.Guignard, T.Tuilier et al. Efficacité et faisabilité de la cimentoplastie des vertèbres en galette, étude rétrospective de 12 cimentoplastie. Rev Rhum2013.
- 2)L.Guarnier, J.Tonnetti, A.Bordin et all. Cyphoplastie contre vertébroplastie dans le traitement des fractures rachidiennes thoraco-abdominales. Une revue rétrospective d'une cohorte multicentrique de 127 patients consécutifs. Rev chir ortho traumatol(2012);985,225-33
- 3)M. Fournol, N. Amoretti, S. Novellas et al. Résultats de la vertébroplastie percutanée dans le traitement des fractures ostéoporotiques hyperalgiques(50 cas). J Radiol 2007;88,877-80



MANIFESTATIONS CUTANÉES AU COURS DU MYELOME MULTIPLE : A PROPOS DE TROIS CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

M. Jguirim¹; M. Mohamed²; S. Jemmeli¹; M. Younes¹; S. Zrouf¹; I. Bejia¹; M. Touzi¹; N. Bergaoui¹.

¹*Service de Rhumatologie de Monastir.

²*Service de Dermatologie de Monastir.

Introduction:

Une prolifération de lymphocytes ou de plasmocytes sécrétant de protéines monoclonales entraîne parfois des manifestations cutanées qui peuvent en être révélatrices. Nous rapportons trois atteintes cutanées survenues au cours de l'évolution de myélome multiple et nous détaillerons les différents mécanismes physiopathologiques.

Observation 1:

Patient âgé de 62 ans est diagnostiqué myélome multiple de type IG G Kappa stade III A en 2012. Deux semaines après, le patient a développé des lésions érythémato-œdémateuses au niveau des paumes et des plantes des pieds. La biopsie cutanée a montré la présence d'une dermatite interstitielle granulomateuse.

Observation 2 :

Il s'agit d'une patiente âgée de 65 ans suivie pour myélome multiple stade III a de type Ig G kappa.

Au cours de l'évolution, la patiente a été hospitalisée pour exploration de lésions cutanées papuleuses d'allure cireuse de 3 à 6 mm de diamètre, sur un fond infiltré, érythémateux et sclérodermoïde, au niveau des avant-bras et des jambes. Le diagnostic de mucinose a été confirmé par une biopsie cutanée qui a montré une dissociation des fibres collagènes et élastiques du derme par une substance fondamentale mucoïde plus marquée au niveau des avant-bras



Observation 3 :

Il s'agit d'un patient âgé de 70 ans qui était suivi depuis 1991 pour myélome multiple stade III b de type Ig G kappa. Un traitement par Alexanian prednisone était conduit pendant 14 mois et a été arrêté devant l'obtention d'une rémission complète pendant 15 ans. Il est admis actuellement pour récurrence de son myélome avec un pic des gammaglobulines à 56,1 g/dl. L'examen cutané a montré la présence d'une ichtyose cutanée diffuse et la biopsie cutanée a montré la présence d'une hyperkératose cutanée.

Discussion:

La **mucinose papuleuse** cutanée se caractérise par des papules fermes de couleur rosée ou chair de 2 à 5 mm de diamètre, de disposition souvent linéaire. Cette maladie est aussi appelée lichen myxoœdémateux ou scléromyxoœdème. Cette dernière dénomination est due à l'induration blanchâtre du visage et des membres qui peut accompagner cette éruption papuleuse. La biopsie d'une papule montre des dépôts localisés de mucine. C'est un groupe de lésions dont le mécanisme physiopathologique n'est pas connu pour le moment.

La plupart des observations de scléromyxoœdème (83 %) sont associées à une gammopathie monoclonale, généralement du type immunoglobuline (Ig) G lambda. L'évolution vers un authentique myélome n'est pas fréquente (10 % des cas). La particularité de cette observation est la survenue de la mucinose au cours de l'évolution du myélome.

Les autres manifestations systémiques associées aux mucinoses incluent des atteintes myosiques, neurologiques comme le cas de notre patiente, articulaires, pulmonaires, cardiovasculaires et rénales. L'évolution du scléromyxoœdème est imprévisible.

Le pronostic peut être mauvais et le décès secondaire à une bronchopneumonie, une thrombose vasculaire, plus rarement à l'atteinte spécifique d'un organe ou à la survenue d'un coma.

L'**ichtyose** acquise se caractérise par la présence d'écailles rhomboïdales, à bords libres, légèrement surélevés, au niveau des faces d'extension, épargnant les plis de flexion². Une installation soudaine, chez un patient âgé, peut laisser soupçonner la présence d'un cancer. La plupart du temps, c'est un lymphome qui en est responsable. L'association avec le myélome multiple est rare.

L'association d'une **dermatite interstitielle granulomateuse** n'a pas été rapportée et les mécanismes physiopathologiques de cette association restent à élucider

Conclusion

Les manifestations cutanées de la maladie de Kahler sont fréquentes mais encore mal connues. Souvent précessives, elles peuvent permettre un diagnostic plus précoce de l'hémopathie



INTERET DES BISPHOSPHONATES DANS LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET

D. Amri ; Z. Alaya ; K. Baccouche ; H. Zeglaoui ; S. Belghali ; H. Ben Fredj ; N. Amara ; A. Jamel ; E. Bouajina.

Introduction

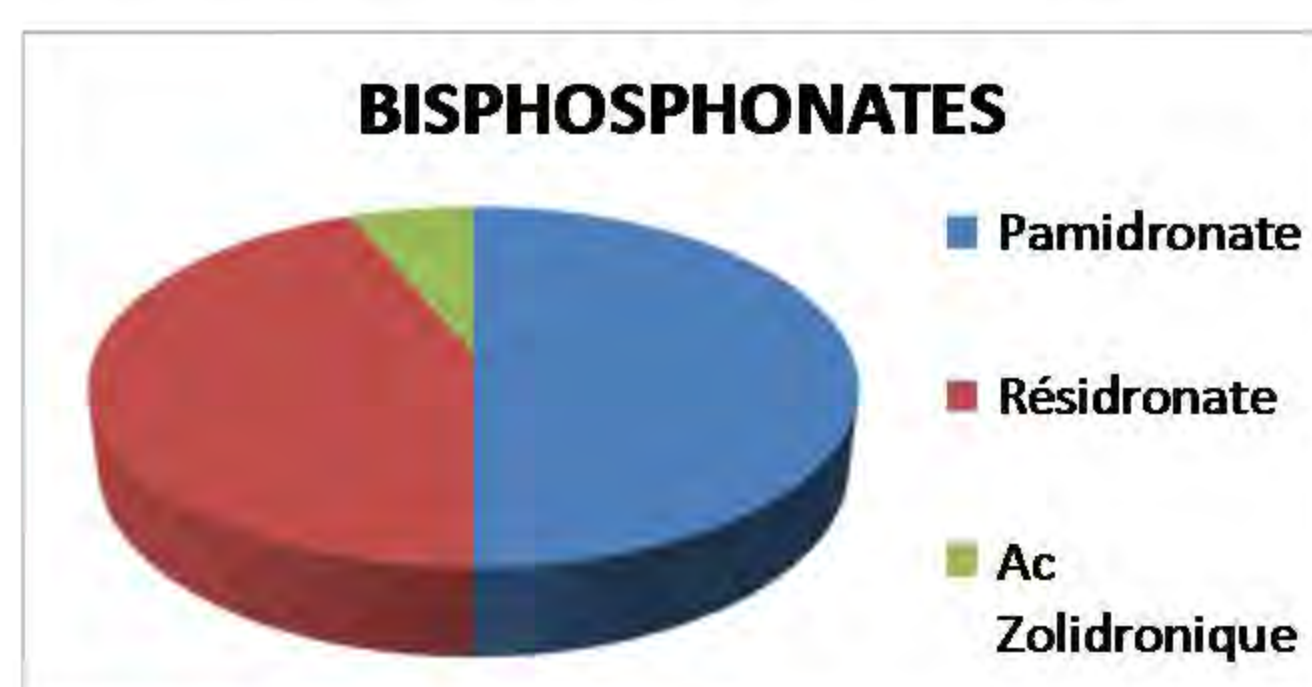
Le traitement médical de la maladie osseuse de Paget a considérablement progressé au cours des 30 dernières années grâce à l'utilisation d'inhibiteurs spécifiques de la résorption ostéoclastique de plus en plus puissants et bien tolérés : les bisphosphonates. Le but de notre travail est d'évaluer le profil évolutif des patients pagétiques traités par les bisphosphonates.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective comportant 18 malades atteints d'une maladie osseuse de Paget colligés dans le service de Rhumatologie sur une période de 15 ans (1998-2013). Parmi eux 16 patients ont été traités par bisphosphonates .

Résultats

Il s'agit de 11 femmes et de 7 hommes d'âge moyen 66 ans. La maladie osseuse de Paget était de découverte fortuite dans 2 cas et diagnostiquée à l'occasion de douleurs osseuses dans 15 cas et de fracture pathologique dans un cas. Une élévation des phosphatases alcalines était présente dans 14 cas. Tous les patients avaient un aspect radiologique évocateur de maladie osseuse de Paget. La scintigraphie osseuse faite chez 10 patients a montré une hyperfixation dans tous les cas. Il s'agissait de forme polyostotique dans 5 cas. Des complications ostéoarticulaires étaient notées dans 13 cas et neurologiques dans 2 cas. Un traitement par bisphosphonates a été prescrit chez 16 patients: 180 mg de pamidronate dans 8 cas, 30 mg/j de résidronate pendant 2 mois dans 7 cas et 5 mg d'acide zolédronique dans un cas. L'évolution après un recul moyen de 6 mois (1 à 48 mois) était favorable sur le plan clinique par la disparition des douleurs chez 7 patients et biologique par la normalisation des phosphatases alcalines chez 6 patients. Six patients ont été perdus de vue. Deux patients ont nécessité une reperfusion de pamidronate devant la récurrence des douleurs osseuses.



Discussion

- Le traitement de la maladie de Paget osseuse fait appel en première ligne aux bisphosphonates, agents anti-ostéoclastiques puissants.
- Le niveau de preuve d'efficacité et le rapport bénéfice/risque amènent à privilégier le risédronate par voie orale, ou le pamidronate en perfusions intraveineuses.
- Dans tous les cas, il s'agit d'un traitement discontinu, la fréquence des séquences thérapeutiques dépendant du médicament et de la qualité et de la durée de la réponse.
- La réponse au traitement est évaluée sur l'amplitude de diminution des marqueurs biochimiques de remodelage osseux, habituellement les phosphatases alcalines totales sériques. L'objectif est d'obtenir une rémission complète, c'est-à-dire une normalisation biologique.
- Les indications thérapeutiques sont larges : toutes localisations osseuses à risque d'induire une complication, notamment articulaire (arthropathie) ou neurologique (compression).

Conclusion

Les bisphosphonates occupent désormais une place considérable si non exclusive dans le traitement de la maladie osseuse de Paget. Ils ont supplanté la calcitonine et représentent la thérapeutique de première intention.

Référence

- 1-J.A. Kanis Pathophysiology and treatment of Paget's disease of bone Martin Dunitz, London (1998) 310 p
- 2-P.L. Selby Pamidronate in the treatment of Paget's disease. Bone, 24 (Suppl 5) (1999), pp. 57S-58S
- 3- C. Roux, M. Dougados Treatment of patients with Paget's disease of bone Drugs, 58 (1999), pp. 823-830
- 4-Philippe Orcel, Mickaël Rousière. Maladie de Paget, prise en charge thérapeutique. Presse Med 2005; 34: 612-6



EVALUATION DE LA TOLERANCE DE LA BIOTHERAPIE AU COURS DU TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

S. Kochbati (1); F. Boussema (1) ; S. Bousaid (1); L. Baili (1); B. Ben Dhaou (1); L. Rokbani(1)

(1)Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

Le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde (PR) s'est considérablement amélioré grâce à l'avènement de la biothérapie qui a ouvert la voie pour le traitement des formes de PR réfractaires. Le but de notre travail est d'évaluer la tolérance de cette thérapie chez les patients atteints de PR.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené un travail prospectif à propos de 33 cas de PR, évolutive et réfractaire aux traitements de fonds classiques ayant nécessité le recours à un traitement par biothérapie. Le RTX a été prescrit après échec, intolérance ou une contre indication aux anti-TNF α .

RESULTATS

Notre population était âgée en moyenne de 48 ans, à prédominance féminine (sex-ratio de 0.22 H/F). La PR évoluait depuis en moyenne 14 ans. 29 patients ont reçu des anti-TNF α : 18 sous Infliximab, 7 sous Etanercept, 4 sous Adalimumab et 15 PR ont reçu le Rituximab.

La tolérance de l'Infliximab était satisfaisante. Nous n'avons à déplorer aucun cas d'infection sévère. Néanmoins, des effets secondaires ayant nécessité l'interruption du traitement ont été constatés dans 3 cas. En effet, une malade a présenté une allergie à l'Infliximab devant la survenue d'un malaise au cours de la perfusion. Nous avons également constaté l'apparition d'AAN dans 2 cas. La tolérance de l'Etanercept et de l'Adalimumab était bonne. Le recours au Rituximab a été réalisé dans 15. RTX.

Tableau 1: nombre de cas selon le traitement reçu

Biothérapie	Nbre PR
Infliximab	18
Etanercept	7
Adalimumab	4
Rituximab	15

La tolérance du RTX était satisfaisante néanmoins, nous avons à déplorer un cas de décès 6 mois après retraitement. Nous avons également enregistré une infection génitale haute chez une patiente 2 mois après la 3^{ème} cure du

CONCLUSION

La biothérapie reste réservée aux formes potentiellement sévères ou résistantes de la maladie. Il s'agit d'une thérapie révolutionnaire qui a modifier le pronostic de la PR ; son efficacité et sa tolérance sont assez bonnes dans notre étude et dans les études rapportées dans la littérature.



ARTHRITE SEPTIQUE POLYMICROBIENNE

I. Cherif ; H. Sanli ; R. Tekaya ; L. Dhif ; B. Saldane ; I. Mammouh ;
L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

L'arthrite septique poly microbienne est une entité clinique rare. Elle peut être à l'origine de difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons dans ce cadre deux nouvelles observations.

MATERIELS ET METHODES:

Nous avons pratiqué une étude rétrospective sur 10 ans menée au service de Rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle. Nous avons colligés 54 cas d'arthrite septique. Deux cas avaient une arthrite septique poly microbienne.

A travers ce travail, nous avons décrit les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de cette entité.

OBSERVATIONS:

OBSERVATION 1:

- Monsieur B.A, 62 ans, ayant des antécédents de diabète type 2 et de cirrhose post hépatite virale C, consultait pour un gonflement du genou droit avec impotence fonctionnelle et fièvre chiffrée à 39 évoluant depuis 15 jours.
- La VS était à 120mm et la CRP était à 80mg/l.
- Les radiographies standards montraient un épaississement des parties molles (Figure 1).



Fig 1: Arthrite polymicrobienne du genou gauche

- La ponction du genou isolait deux germes : Morganella Morgani et Protéus Mirabilis. Le patient était traité par une antibiothérapie adaptée pendant 3 mois avec évolution favorable.

OBSERVATION 2 :

- Patient de 72 ans diabétique consultait pour gonalgie gauche d'apparition brutale. L'examen montrait une fièvre à 38 et des signes inflammatoires locaux.
- La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique (VS à 164mm et CRP à 63mg/l) avec une hyperleucocytose à prédominance polynucléaire neutrophile.
- Le liquide de ponction articulaire était purulent et l'enquête bactériologique mettait en évidence deux germes : Pseudomonas Aéroginosa et Acinetobacter. Une antibiothérapie adaptée était instaurée pendant une durée de 3 mois avec bonne évolution.

DISCUSSION:

- L'AS polymicrobienne est observée dans 17,5% des cas dans la littérature (1). Dans notre série, deux cas sur 53 avaient une arthrite à plus qu'un germe.
- Cette forme clinique est l'apanage des sujets immunodéprimés. Dans notre étude, un cas était diabétique, l'autre était diabétique et cirrhotique.
- Les germes retrouvés sont inhabituelles. Il s'agissait de Morganella Morgani, Protéus Mirabilis, Pseudomonas et Acinetobacter.
- La prise en charge de l'AS polymicrobienne est comparable à celle de l'AS à un seul germe(2). L'évolution est souvent favorable sous antibiothérapie adaptée.

CONCLUSION:

Connaître les particularités épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette entité permet d'éviter les erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

REFERENCES:

- 1)JJ Dubost, M Soubrier, B Sauvezie. Arthrite septique à pyogène de l'adulte. Rev Rhum 2000 ;67(1) :17-27
- 2)Shanon G. Arthrite septique. Med interne de Netter. 2011,7396742



EVALUATION DE L'EFFET DE L'OBESITE SUR LA MASSE OSSEUSE CHEZ LES FEMMES TUNISIENNES

S. Miladi (1) ; K. Ben Abdelghani (1) ; L. Souabni (1) ; S. Kechaou (2) ; S. Kassab (1), S. Chekili (1) ; A. Laatar (1) ; L. Zakraoui (1)

1- Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie

2-Groupe de bioinformatique et de modélisation mathématique. Institut Pasteur

Introduction:

- L'obésité est de plus en plus fréquente en Tunisie.
- Elle est de l'ordre de 15% dans la population générale, prédominant surtout chez les femmes.
- Les études occidentales suggèrent un éventuel effet protecteur de l'obésité sur la survenue de l'ostéoporose.

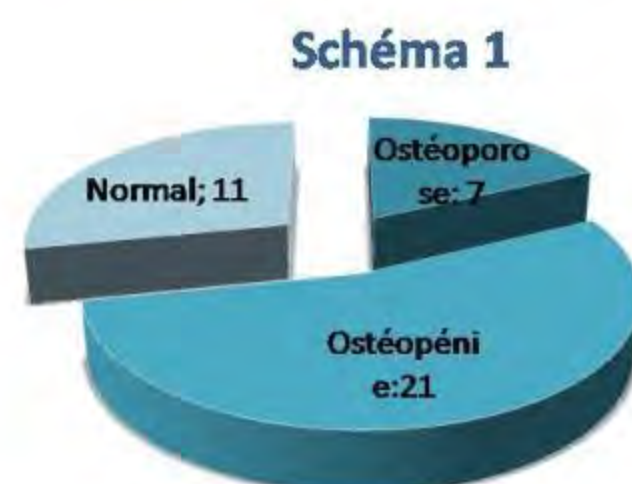
Objectif: Déterminer une corrélation éventuelle entre l'obésité et le profil densitométrique chez les femmes tunisiennes.

Matériels et méthodes:

- Etude prospective.
- 39 femmes, âge > 40 ans, sans facteur de risque d'ostéoporose.
- La densité minérale osseuse (DMO) mesurée à la colonne lombaire (L1-L4) et aux fémurs par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA).
- L'ostéoporose définie selon des critères de l'organisation mondiale de la santé (OMS).
- L'index de masse corporelle (IMC) calculé et divisé en plusieurs catégories selon la classification de l'OMS de l'obésité.

Résultats:

- L'âge moyen : 61,7ans [44-78].
- Le schéma 1 résume la répartition de la DMO chez les patientes:



- L'IMC moyen était de 30,5kg/m².
- La répartition du profil densitométrique selon l'IMC est résumée dans le tableau ci-dessous :

IMC (kg/m ²)	Ostéoporose	Ostéopénie	Normal	TOTAL
IMC>30	1 (2,5%)	9 (23%)	9 (23%)	19 (48,7%)
25<IMC<29,9	6 (15,3%)	7 (17,9%)	1 (2,5%)	14 (35,8%)
18,5<IMC<24,9	0	5 (12,8%)	1 (2,5%)	6 (15,3%)
TOTAL	7 (17,9%)	21 (53,7%)	11 (28%)	39

Analyse statistique:

- 94% des sujets obèses et 57% des sujets en surpoids ne sont pas ostéoporotiques.
- Pas de différence significative entre l'IMC moyen des ostéoporotiques, des ostéopéniques et des sujets normaux.
- La régression linéaire a montré une corrélation significative entre le T score et l'IMC, en effet il augmente avec l'augmentation du T score.

Discussion:

Le rôle protecteur d'un IMC élevé sur la DMO et le risque de fracture est souligné dans plusieurs études de la littérature.

Il est expliqué par les adipocytes qui jouent le rôle d'un ovaire de substitution qui produiraient des oestrogènes par aromatisation à partir de l'androsténone sécrétée par la corticosurrénale après la ménopause.

Conclusion:

Cette étude confirme l'effet protecteur d'un IMC élevé sur la DMO mais l'obésité doit toujours être mise en balance avec ses effets néfastes notamment sur le système cardio-vasculaire. Un régime alimentaire adéquat associé à une activité physique régulière sont requis pour garantir une bonne santé.

Références:

L. Achemlal. L'obésité est un facteur protecteur de l'ostéoporose chez les femmes âgées Marocaines normales. Revue du Rhumatisme 2006; 73, (10-11), 1154.



LA SPONDYLODISCITE BRUCELIENNE: A PROPOS DE 8 CAS.

S. Toujani, L. Metoui, I. Gharsallah, N. Boussetta, F. Ajili, N. Ben Abdelhafidh, B. Louzir, S. Othmani
Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Tunis

Introduction :

La brucellose est une anthropozoonose due à des coccobacilles du genre *Brucella*. L'atteinte ostéo articulaire en particulier la spondylodiscite est l'une des principales complications de la brucellose.

Matériel et méthodes :

Etude rétrospective portant sur huit patients atteints de spondylodiscite brucelienne hospitalisés au service de médecine interne de l'Hôpital Militaire de Tunis entre 2000 et 2012.

Résultats:

- Il s'agissait de 6 hommes et 2 femmes.
- L'âge moyen était de 56 ans.
- Tous les patients étaient d'origine rurale avec notion de consommation de produits laitiers non pasteurisés.
- Les circonstances de découverte étaient des rachialgies fébriles d'évolution prolongée dans 100% des cas associées à des signes neurologiques dans 67% des cas.

- Le siège de l'atteinte rachidienne était:



- Un abcès para vertébral était observé dans 1 cas et une épidurite dans 1 autre cas.



- Le diagnostic était confirmé dans 100% des cas par la sérologie.
- La bactérie identifiée était la *Brucella Melitensis* dans 6 cas.
- Tous les patients ont reçu une antibiothérapie (rifampicine et tétracyclines) associée à une corticothérapie dans un cas et une immobilisation orthopédique dans 4 cas.

Discussion:

- Les spondylodiscites sont parmi les localisations les plus fréquentes de la brucellose.
- La spondylodiscite siège par ordre de fréquence décroissant au niveau lombaire (60 à 70%), dorsal (19%), cervical (12%), l'atteinte multifocale est très rare.
- Sa Présentation clinique est non spécifique, souvent discrète et parfois trompeuse.
- L'IRM technique de choix avec une sensibilité et spécificité aux alentours de 90%. Elle permet de poser le diagnostic précocement et d'éliminer les diagnostics différentiels .
- Leur confrontation des données cliniques, radiologiques et sérologiques est d'un grand apport diagnostique et peut faire éviter le recours à la ponction biopsie disco-vertébrale.
- L'association classique de doxycycline rifampicine paraît moins efficace que l'association de doxycycline streptomycine malgré que les effets indésirables de l'aminoside limite l'utilisation de cette dernière.

Conclusion:

La brucellose est une maladie d'expression clinique très polymorphe. La spondylodiscite brucelienne doit être redoutée devant des rachialgies fébriles prolongées. L'éradication de cette anthropozoonose nécessite une approche multidisciplinaire visant à la fois le réservoir animal et humain



PROFIL CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DE L'OSTEOPENIE CHEZ L'ENFANT

L. Gargouri¹ ; M. Hsairi¹ ; S. Ben Jemaa² ; F. Turki¹ ; M. Ezzedine², R. Akrou² ; I. Mejdoub¹ ; B. Maalej¹ ; W. Feki³ ; H. Fourati³ ; Y. Hentati³ ; E. Daoud³ ; Z. Mnif³ ; S. Baklouti² ; A. Mahfoudh¹

1 : Service de Pédiatrie, Urgence et de Réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax

2 : service de rumathologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

3 : service de radiologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

Introduction : L'enfance et l'adolescence représente des périodes cruciales pour la croissance osseuse. La présence d'une maladie chronique peut compromettre ce processus et être à l'origine d'ostéopénie entraînant un accroissement du risque fracturaire.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas d'ostéopénie chez les enfants de moins de 14 ans hospitalisés sur une durée de 7 ans allant du mois de janvier 2005 au mois de décembre 2012.

Ostéopénie + arthrite juvénile idiopathique:

Salwa, suivi depuis l'âge de 11ans pour arthrite juvénile idiopathique mal contrôlée avec des hospitalisations itératives nécessitant sa mise sous methotrexate + infiltration articulaire de corticoïde

Densitométrie osseuse : ostéopénie avec un Z Score corps entier à -1,1.



Traitement: stérogyl (5gouttes/j) et gluconate de calcium (500mg x2/j)

Ostéopénie + Rectocolite hémorragique:

Dhawia, suivi depuis l'âge de 8 ans pour rectocolite hémorragique corticodépendante mal contrôlée avec des hospitalisations itératives mise sous Imurel+ corticoïde forte dose

Évolution: apparition de douleurs osseuses au niveau des membres inférieurs

Densitométrie osseuse (figa+b) :

ostéopénie avec un Z Score corps entier à -2,2.

Traitement: stérogyl et gluconate de calcium



Ostéopénie + lupus érythémateux systémique:

Ines, suivi depuis l'âge de 12 ans pour lupus érythémateux systémique

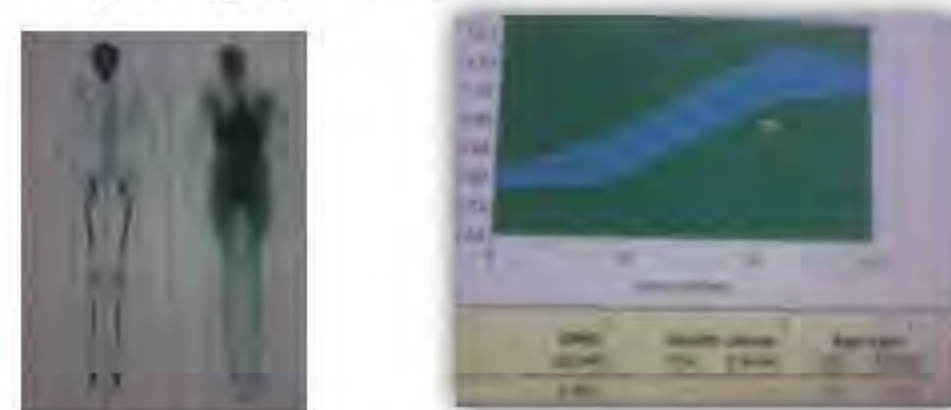
Traitement: corticothérapie suivie d'une dégression progressive

Évolution: 5 poussées en 4 ans.

Densitométrie osseuse :

ostéopénie avec un Z Score corps entier à -1,8.

Traitement: stérogyl et gluconate de calcium



Ostéopénie + maladie de crohn:

Ibrahim, suivi depuis l'âge de 12 ans pour une maladie de crohn

L'histoire de la maladie : fistules ano-périnéales + abcès péri anaux à répétition (2ans, 3ans, 10ans et 12ans).

A l'âge de 12 ans, douleur abdominale + diarrhée glairo-sanglante 5 selles diurnes et 2 à 3 selles nocturnes.

Étude histologique: maladie de crohn iléale.

Traitement: corticothérapie + immunosuppresseur

Évolution: 4 poussées en 1 année traitées chacune par corticothérapie forte dose + immunosuppresseur.

Au cours de la surveillance, le patient a présenté des douleurs osseuses.

Densitométrie osseuse (fig1+2) : ostéopénie avec un Z Score corps entier à -1,3.

Traitement: stérogyl et gluconate de calcium.

Evolution: Le recul est de 1 an et 1/2. Asymptomatique + bonne croissance



(fig1+2)

Ostéopénie + ostéogénèse imparfaite:

Khairredine âgé de 6 ans admis pour exploration de fracture à répétition

Examen clinique: petite taille -3DS; saillie du sternum; sclérotique bleue; dentition de mauvaise qualité; amyotrophie.

Biologie: calciurie augmentée (12.3 g/kg/24 h)

Radiographie: déminéralisation osseuse diffuse ; aspect biconcave des vertèbres

Densitométrie osseuse : ostéopénie avec un Z Score corps entier à -2.

Traitement: pamidronate+ gluconate de calcium +vitamine D



Conclusion : Les mesures de la densité osseuse sont appliquées chez l'enfant à partir d'études faites chez les adultes. De futures études pédiatriques contrôlées sont nécessaires, tant pour caractériser le profil de perte osseuse chez les enfants atteints d'une maladie chronique que pour évaluer l'efficacité et l'innocuité à long terme des agents thérapeutiques.



LA MALADIE DE HORTON : ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE : A PROPOS DE 22 CAS

I Garsallah ; S. Boussaïd ; S. Esseghir; L. Metoui; A. Laabidi; N. Ben Abdelhafidh; R. Battikh; B. Louzir; S. Othmani
Service de médecine interne, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

•La maladie de Horton est une vascularite systémique des artères de gros calibre avec une prédilection pour les branches aortiques à destinée céphalique. Notre objectif est d'analyser le profil épidémiologique, clinique, évolutif et thérapeutique de la maladie de Horton et comparer nos résultats à ceux de la littérature.

MATERIEL ET METHODE

•22 patients atteints d'une maladie de Horton diagnostiquée selon les critères de l'ACR ont été inclus dans cette étude. Les données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies.

RESULTATS

Il s'agit de 14 femmes et 8 hommes. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 70 ans. Le mode de début était progressif dans 14 cas et aigu ou subaigu dans les 8 cas. L'asthénie et l'amaigrissement ont été observés dans 17 cas et la fièvre chez 10 patients. Dans 3 cas, une fièvre isolée prolongée pendant plus de 3 semaines a constitué l'unique symptôme de la maladie.

Mode de début	Nbre de cas
Aigu	8
chronique	14

Les céphalées étaient quasi constantes, permanentes dans 15 cas, paroxystiques dans 7 cas. La claudication intermittente de la mâchoire et l'hyperesthésie du cuir chevelu étaient présentes respectivement dans 11 et 12 cas. Une PPR typique a été observée chez 9 malades. Une baisse de l'acuité visuelle a été retrouvée dans 11 cas. Une cécité mononucléaire a été notée dans 1 cas. Une abolition des pouls temporaux a été observée chez 13 malades et une inflammation ou une induration des artères temporales respectivement dans 5 et 4 cas. Des manifestations ORL ont été notées dans 10 cas. 4 malades ont présenté des manifestations neurologiques à type de confusion mentale (2 cas) ou de syndrome dépressif (2 cas). Une neuropathie périphérique a été notée dans 1 cas. Un syndrome inflammatoire biologique était quasi constant (95.5%) et une cholestase anictérique a été notée dans 50% des cas. La corticothérapie a été la base du traitement chez tous les malades avec une dose initiale entre 0.5 et 1mg/kg/j de prednisone. 8 malades ont bénéficié d'un bolus de méthyl-prednisolone initial. L'évolution a été favorable dans 13 cas avec un recul moyen de 5 ans 6 mois. 4 malades sont décédés 3 mois après le diagnostic (un AVC, une péritonite dans les suites opératoires d'un ulcère duodéal iatrogène, un décès de cause inconnue).

manifestations	Nbre de cas
céphalées	15
Claudication intermittente de la mâchoire	11
PPR	9
∩ AV	11
Abolition des pouls temporaux	13
Manifestations ORL	10
Manifestations neurologiques	4
SIB	21
cholestase	11

Tableau 2: nombre de cas selon les manifestations de la maladie

CONCLUSION

•La cause de la maladie de Horton est mal connue mais probablement auto-immune. Le risque majeur de la maladie reste la cécité qui peut être brutale et même inaugurer la maladie.

A PROPOS D'UN CAS D'HYDATIDOSE HUMÉRALE ET SCAPULAIRE

A. khelifi; N. Tlili; I. Sboui; Y. Jeridi; A. Belkadi; A. Bouguira; F. Saadaoui; MH. Mehrzi

Service des Urgences - Traumatologie. Institut Mohamed Kassab d'orthopédie. Ksar Said

INTRODUCTION:

La localisation du kyste hydatique au niveau de l'os est rare. Elle pose un problème à la fois diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, aux antécédents chirurgicaux de kyste hydatique du foie, qui nous a consulté pour des douleurs et raideur de l'épaule gauche. Les radiographies standards ont montré un os raréfié avec des images lytiques de l'humérus et de l'omoplate.



Fig.1: Radiographies de l'humérus gauche: Fracture peu déplacée du tiers supérieur de l'humérus. Noter, un aspect raréfié de l'os siège des petites images ostéolytiques confluentes infracentimétriques et l'absence de réaction périostée.

La TDM a objectivé une lésion épiphysométaphysodiaphysaire de l'humérus qui érode la corticale et la détruit en plusieurs endroits, avec une lésion identique au niveau de l'omoplate.



Fig.2: TDM de l'humérus gauche reconstruction coronale: Erosions du versant endostéale de la corticale de l'humérus avec présence d'images kystiques occupant le canal médullaire et s'étendaient dans les parties molles en regard de la fracture.

L'IRM a permis de visualiser l'extension intramédullaire métaphysodiaphysaire proximale de l'humérus avec un aspect kystique multi vésiculaire et la présence de multiples lésions kystiques des tissus mous de signal variable.

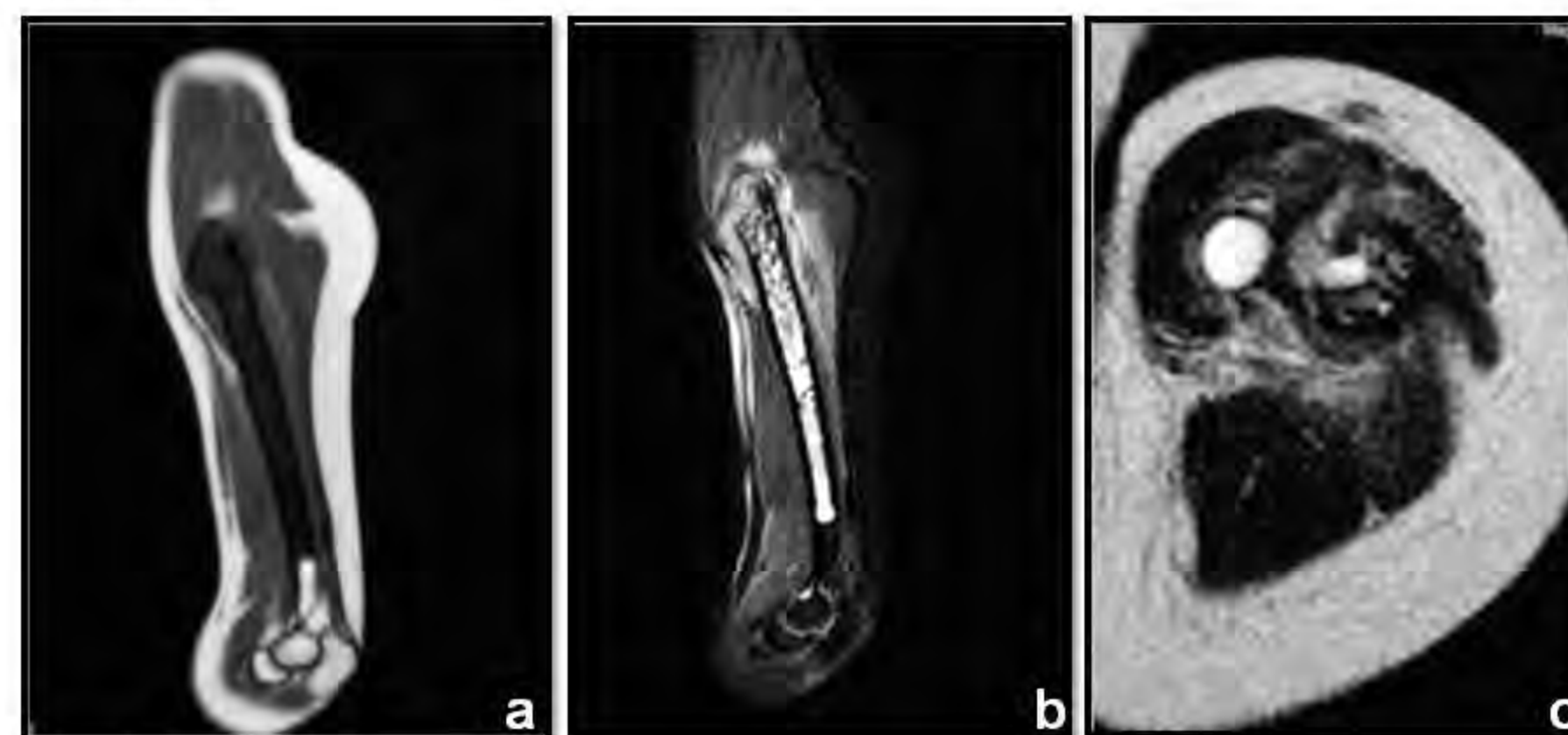


Fig.3: IRM de l'humérus gauche: séquences coronales SE T1 (a), STIR (b) et des séquences axiales SET2 (c): Images kystiques en hyposignal T1 et hypersignal T2 au niveau de la diaphyse et de la métaphyse humérale étendue aux parties molles adjacentes à la fracture.

La désarticulation de l'épaule avec scapulectomie a été posée mais la patiente a refusé ce traitement radical. Il a été fait un traitement palliatif type évidement des kystes et curetage de l'os. La fragilisation osseuse de l'extrémité supérieure de l'humérus a imposé la mise en place d'un spacer en ciment chirurgical et la stabilisation par un fixateur externe type Hoffman. Un traitement médical par l'Albendazole a été associé au traitement chirurgical. Le résultat fonctionnel et anatomique au dernier recul était bon sans signes de récurrence.



Fig.4: après un recul d'un an, la radiographie de l'humérus a montré une fracture consolidée sans signes de récurrence.

DISCUSSION:

L'échinococcose osseuse est rare même en pays d'endémie (0.9 à 2.5 % de l'ensemble des localisations). La localisation rachidienne se rencontre dans 44% des cas. L'atteinte humérale est exceptionnelle (7% de l'ensemble de localisations osseuses). L'atteinte osseuse est souvent primitive. Elle se fait par voie hématogène. Au niveau des os longs, les lésions se développent en épiphysométaphysaire (tropisme parasitaire vers les régions richement vascularisées) avec une extension secondaire à la diaphyse.

Cette affection demeure longtemps asymptomatique. Parfois une douleur, une tuméfaction, une déformation ou une fracture pathologique peuvent révéler la parasitose. La biologie peut révéler une augmentation de la vitesse de sédimentation et une hyperéosinophilie. Les réactions sérologiques sont souvent négatives dans la localisation osseuse.

La radiographie standard montre le plus souvent des images lacunaires multi localisées mal limitées réalisant l'aspect classique « en nid d'abeille » dans les régions métaphysaire ou épiphysaire, s'étendant ensuite vers la diaphyse avec la possibilité d'avoir une corticale soufflée. L'absence de modification de la morphologie générale de l'os, de condensation ou d'apposition périostée sont des signes négatifs primordiaux à l'approche diagnostique.

A ce stade d'exploration, le diagnostic différentiel se pose soit avec des pathologies osseuses malignes primitives ou secondaires, soit avec une atteinte infectieuse tuberculeuse, à pyogène ou actinomycotique.

La tomographie montre des lésions de densité hydrique associées à des vésicules filles dans les parties molles adjacentes. L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix pour le diagnostic positif et le bilan lésionnel. Les séquences en pondération T2 et STIR précisent l'extension microvésiculaire dans l'os spongieux et dans les parties molles. Les vésicules apparaissent en hyposignal T1 et hypersignal franc T2 sans rehaussement après injection de gadolinium. La scintigraphie trouve son intérêt dans la détection d'une autre localisation asymptomatique.

Le traitement actuel de l'hydatidose osseuse est médico-chirurgical. Le traitement médical consiste en une antibiothérapie par Albendazole (Zentel). La chirurgie est à discuter en fonction de la localisation de la lésion, de l'âge du patient et des risques de fracture. Elle consiste en une exérèse de type « carcinologique » avec un lavage au sérum hypertonique.

CONCLUSION:

Le kyste hydatique osseux demeure une affection rare et de mauvais pronostic. La latence clinique et l'absence de stigmates biologiques et de signes radiologiques spécifiques sont responsables d'un retard diagnostique aboutissant à une extension maligne des lésions justifiant un traitement chirurgical basé sur une exérèse type « carcinologique ».



ARTHROPATHIE DESTRUCTRICE IDIOPATHIQUE DE L'EPAULE: A PROPOS DE 2 CAS

**A.Aouadi, S.Chekili, S.Kassab, L.Souebni, K.Ben Abdelghani, A.Laatar, L.Zakraoui. Service de Rhumatologie
CHU La Marsa.**

Introduction: Les arthropathies destructrices associent une atteinte de l'os sous-chondral à l'atteinte du cartilage. Les formes idiopathiques sont quasiment l'apanage du sujet âgé. On se propose d'étudier deux cas de patientes atteintes d'arthropathie destructrice idiopathique de l'épaule.

Matériels et méthodes: Nous rapportons 2 cas d'arthropathie destructrice de l'épaule et une revue de littérature. Ce diagnostic a été retenu après avoir éliminé les autres étiologies connues des arthropathies destructrices et notamment les atteintes rhumatismales.

Résultats: Une dame de 64 ans sans antécédents pathologiques notables s'est présentée avec des scapulalgies bilatérales évoluant depuis quelques mois. L'examen clinique avait montré une limitation de la mobilité de l'épaule en actif et en passif. Les radiographies avaient objectivé une destruction bilatérale des têtes humérales avec un remaniement des berges de l'articulation scapulo-humérale. Vu la négativité du bilan étiologique, le diagnostic d'arthropathie destructrice idiopathique a été retenu. Elle a bénéficié de plusieurs infiltrations. Une patiente âgée de 60 ans, a consulté pour des scapulalgies gauches évoluant depuis 7 ans. A l'examen clinique, l'épaule était limitée à la mobilisation. Les radiographies standards avaient montré une perte de la sphéricité de la tête humérale avec une condensation des berges articulaires. Au scanner, un épanchement intra-articulaire avait été objectivé. Le bilan étiologique était négatif et l'arthropathie destructrice idiopathique de l'épaule était le diagnostic retenu. La patiente s'est améliorée sous traitement symptomatique.

Discussion: L'arthropathie destructrice idiopathique de l'épaule reste une pathologie rare. Elle se voit cependant plus fréquemment chez les femmes âgées. Son évolution est généralement rapidement progressive. Les principaux diagnostics différentiels à écarter sont: les arthrites septiques, les arthropathies nerveuses, l'épaule syringomyélique surtout, la nécrose ischémique de la tête humérale et l'arthropathie destructrice chondrocalcinose de l'épaule. La maladie évolue en deux phases: la première est hyperalgique et pendant laquelle se constituent les destructions et la deuxième est caractérisée par un enraidissement articulaire. Le traitement de cette pathologie reste symptomatique.

Conclusion: Avant de retenir l'origine idiopathique d'une arthropathie, une enquête étiologique minutieuse est obligatoire. D'autre part, la conduite thérapeutique devant une telle affection reste mal codifiée. La chirurgie est l'ultime recours en cas d'échec du traitement médical.

Références:

- [1] M.Lequesne, M.Fallut. Arthropathie destructrice rapide de l'épaule. Rev Rhum Mal Ostéoartic 1982; 49:427-37.
- [2] P.Richette, T.Bardin. Arthropathies destructrices du sujet âgé. Revue du Rhumatisme 71 (2004) 498-503

INFLUENCE DES ALLELES HLA-DQ SUR LA SEVERITE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOIDE

S. Kochbati (1); F. Boussema (1) ; S. Bousaid (1); L. Baili (1); B. Ben Dhaou (1); L. Rokbani(1)

(1)Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

- Les gènes DQB1 sont impliqués dans de nombreuses pathologies auto-immunes. L'association de ces gènes à la polyarthrite rhumatoïde (PR) reste encore peu élucidée car peu d'études se sont intéressées au typage de la région HLA-DQ au cours de la PR.
- Le but de notre étude est de rechercher une influence probable de l'antigène HLA-DQ sur la sévérité de la PR.

MATERIEL ET METHODE

- Il s'agit d'une étude prospective incluant 81 patients ayant une PR validant les critères de l'ACR. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique, biologique, immunologique, radiologique, d'une mesure de l'activité de la maladie grâce aux différents paramètres d'activité: (DAS28, HAQ, indice de Sharp) et d'un typage HLA-DQ.

RESULTATS

- Les allèles DQB1*0301 et *0302 sont surreprésentés chez nos patients (18,51%) avec une différence significative pour l'allèle DQB1*0302 avec le groupe témoin (p=0.0435). L'allèle DQB1*0201 est le plus fréquent chez les témoins (26%).
- Les allèles DQB1*0201 et *0601 contrairement à DQB1*0302 sont corrélés avec la présence des MEA. Les allèles DQB1*0201, *0301,* 0302, *0501 et *0601 sont associés à la présence du FR. Cette corrélation est particulièrement forte pour l'allèle DQB1*0201 (p<0,0001). L'état antigénique des malades n'a pas d'incidence particulière sur la présence des anti-CCP. Les PR les moins actives sont celles ayant les allèles DQB1*0201, *0301, *0302; les plus invalidantes sont celles possédant les allèles DQB1*0301, *0302. L'atteinte structurale est corrélée avec les allèles DQB1*0301, *0302. La corrélation étant plus forte avec l'allèle DQB1*0302 (p<0,0001).

Tableau 1: comparaison des fréquences allélique HLA-DQ

	PR (N=162)	Phénotype FA (%)	Témoins (N=200)	Phénotype FA (%)	χ^2	p
DQB1*0201	40	24,69	52	26	1.5652	0.2109
DQB1*0301	30	18,51	45	22,5	3	0.0833
DQB1*0302	30	18,51	17	8,5	4.0740	0.0435
DQB1*0303	2	1.23	5	2.5	1.257	0.2568
DQB1*0401	8	4.94	14	4	1.6364	0.2008
DQB1*0501	22	13.58	28	14	1.8060	0.1790
DQB1*0502	1	0.62	0	0	-	-
DQB1*0601	28	17.28	39	17.5	1.806	0.179
DQB1*0602	1	0.62	0	0	-	-

CONCLUSION

- Il ressort donc de cette étude que l'allèle DQB1*0302 est l'allèle le plus corrélé à la PR, il jouerait un rôle important dans la séropositivité et la présence d'une progression radiographique conséquente dans la sévérité de la maladie. Ces résultats nécessitent confirmation par d'autres études.



CORRELATION ENTRE GONARTHROSE ET INDICE DE MASSE CORPORELLE IMC

R. Dhahri; K. Maatallah; A. Aouedi; S. Rekik; T. Torjmen; H. Sehli; N. Meddeb; E. Cheour ; M. Eleuch; S. Sellami

• **Introduction:**

Les principaux facteurs de risque de gonarthrose incluent des facteurs mécaniques, génétiques et biochimiques. Parmi eux, l'obésité joue un rôle majeur. Les hypothèses expliquant la relation obésité – arthrose avancent soit des facteurs mécaniques (par la surcharge pondérale) ou métaboliques (rôle des adipokines). Notre objectif est d'étudier la relation entre la surcharge pondérale représentée par l'indice de masse corporelle (IMC) dans la sévérité clinique et radiographique de la gonarthrose.

• **Matériels et méthodes:**

Il s'agit d'une étude prospective transversale sur 36 mois : 57 patients gonarthrosiques âgées entre 40 et 78 ans consultant pour une gonarthrose primitive, satisfaisant aux critères de l'ACR de la gonarthrose. Pour chaque patient nous avons précisé à côté des données démographiques, l'IMC, et l'existence d'autres facteurs de risque, ainsi que la sévérité clinique de la gonarthrose: l'intensité de la douleur par l'EVA douleur, le retentissement fonctionnel par l'indice de «Womac ».

• **Résultats:**

L'ancienneté de la gonarthrose était en moyenne de 46,39±47,23 mois. L'IMC était en moyenne de 32,48 ± 6,15 kg/m² (20,7 – 49,22) , 91% était en excès pondéral : 30% en surpoids et 61% en obésité , l'intensité de la douleur évaluée sur une échelle visuelle analogique était estimée à 52,95±23,3 , l'évaluation fonctionnelle a montré les résultats suivants : la moyenne WOMAC Douleur : 2,05 ±0,83 ; Fonction : 1,9 ± 0,81 , Raideur : 1,86±1,01.

L'ancienneté de la gonarthrose	46,39±47,23 mois
IMC	32,48 ± 6,15 kg/m ² (20,7 – 49,22)
EVA Douleur :	52,95±23,3 , l
WOMAC Douleur	2,05 ±0,83
WOMAC Fonction	1,9 ± 0,81
WOMAC Raideur	1,86 ± 1,01.

• **Conclusion:**

Le rôle délétère de l'obésité est en fait incontestable de part la relation entre surcharge pondérale et usure de cartilage, cependant cette conception ne peut pas écarter l'hypothèse de facteurs systémiques dans la genèse de lésions arthrosiques. Le retentissement fonctionnel en est important.



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ASSOCIÉE A UNE HÉPATITE AUTO-IMMUNE TYPE 1 FAMILIALE

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

L'hépatite auto-immune (HAI) de type I est une affection rare. Son association avec la polyarthrite rhumatoïde (PR) est exceptionnelle. Elle fait intervenir une prédisposition génétique et un dérèglement immunologique commun justifiant le terme de « mosaïque d'autoimmunité » comme entité clinique récente proposé par certains auteurs (*Efe C 2012*).

OBSERVATION

G.S. patiente de 37 ans aux antécédents familiaux d'auto-immunité : sœur ayant un pemphigus bulleux immune associée à une hépatite auto-immune et nièce lupique, fût explorée pour polyarthrite chronique bilatérale, symétrique et distale associée à une asthénie et une pesanteur de l'hypochondre droit. Les examens para cliniques ont permis de retenir le diagnostic d'une PR (carpite bilatérale débutante, facteur rhumatoïde positif et des anti CCP fortement positif à 42 UI/ml) associée à une hépatite auto-immune de type 1 (cytolyse hépatique à 4 fois la normale, splénomégalie homogène, hypergammaglobulinémie polyclonale à IgG, foie dysmorphique à l'échographie, des anticorps anti nucléaire positif, des anti muscle lisse positif à 1/160 et un aspect histologique compatible à la PBH). Elle a été mise sous corticoïdes per os (1 mg/kg/j) suivie d'une dégression progressive avec une évolution dans l'immédiat jugée favorable. Le typage HLA montrait un haplotype : A2-A28-B7-B50-BW6-DRB1-DRB3-DRB4-DR3.

COMMENTAIRES

- Les hépatites auto-immunes (HAI) sont des affections chroniques du foie d'origine dysimmunitaire. Leur diagnostic repose sur les critères du Groupe International des Hépatites Autoimmunes établies en 1993 et révisés en 1999 (*Johnson PJ. 1993, Alvarez F. 1999*) ; des critères plus simplifiés ont été récemment proposés (*Hennes EM. 2008*). Parmi les HAI classables, celle de type I est la plus fréquente.
- Elle survient particulièrement chez l'enfant et la femme jeune (*Krawitt LE. 2008*). Sur le plan immunologique, elle se caractérise par la présence d'auto anticorps antinucléaires et/ou anti anti muscles lisses de spécificité anti actine (*Krawitt LE. 2008*).
- L'association d'une PR à une HAI reste exceptionnelle; une prédisposition génétique commune est fort probable. Cette hypothèse se trouve vérifiée chez notre patiente (ATCD familiaux d'autoimmunité, association de deux affection dysimmunitaires, le typage HLA commun aux trois femmes de la même famille ayant ces affections).
- Cette association peut cacher d'autres affections: cirrhose biliaire primitive (*Efe C 2012*), une thyroïdite, une périartérite noueuse (*Inada C 2000*), un syndrome de Sjogren (*Umekita K 2011*).
- L'association d'une PR à une HAI représente aussi une limitation thérapeutique non négligeable (toxicité hépatique des thérapeutiques utilisées dans la PR). La biothérapie peut être très utile dans cette association (*Toulemonde G 2012, Umekita K 2011*).

CONCLUSION

Aussi rare qu'elle soit, cette association doit être présente à l'esprit des médecins incitant à rechercher une éventuelle HAI chez les patients ayant une PR vu les implications pronostiques sévères de cette hépatopathie (cirrhose et risque de dégénérescence).



RUPTURE DU TENDON QUADRICIPITAL CHEZ UN HEMODIALYSE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis.

INTRODUCTION:

Les ruptures du tendon quadricipital(TQ) sont des lésions rares souvent en rapport avec un traumatisme indirect d'extension contrarié sur genou fléchi. Nous rapportons une rupture spontanée chez une hémodialysée chronique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, insuffisante rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis six ans, hyperparathyroïdie secondaire depuis une année opérée, qui suite à un traumatisme minime, a développée une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche.

L'examen clinique a mis en évidence une dépression sus-rotulienne douloureuse à la palpation à son niveau, avec perte de l'extension active du genou gauche.

Fig.1:
Radiographie standard:rotule basse avec des calcifications au niveau du TQ.



L'échographie ainsi que l'IRM ont objectivé une rupture partielle du TQ siégeant en plein corps tendineux.



Fig.2: coupe échographique: zone hypoéchogène au sein de la partie moyenne TQ gauche.

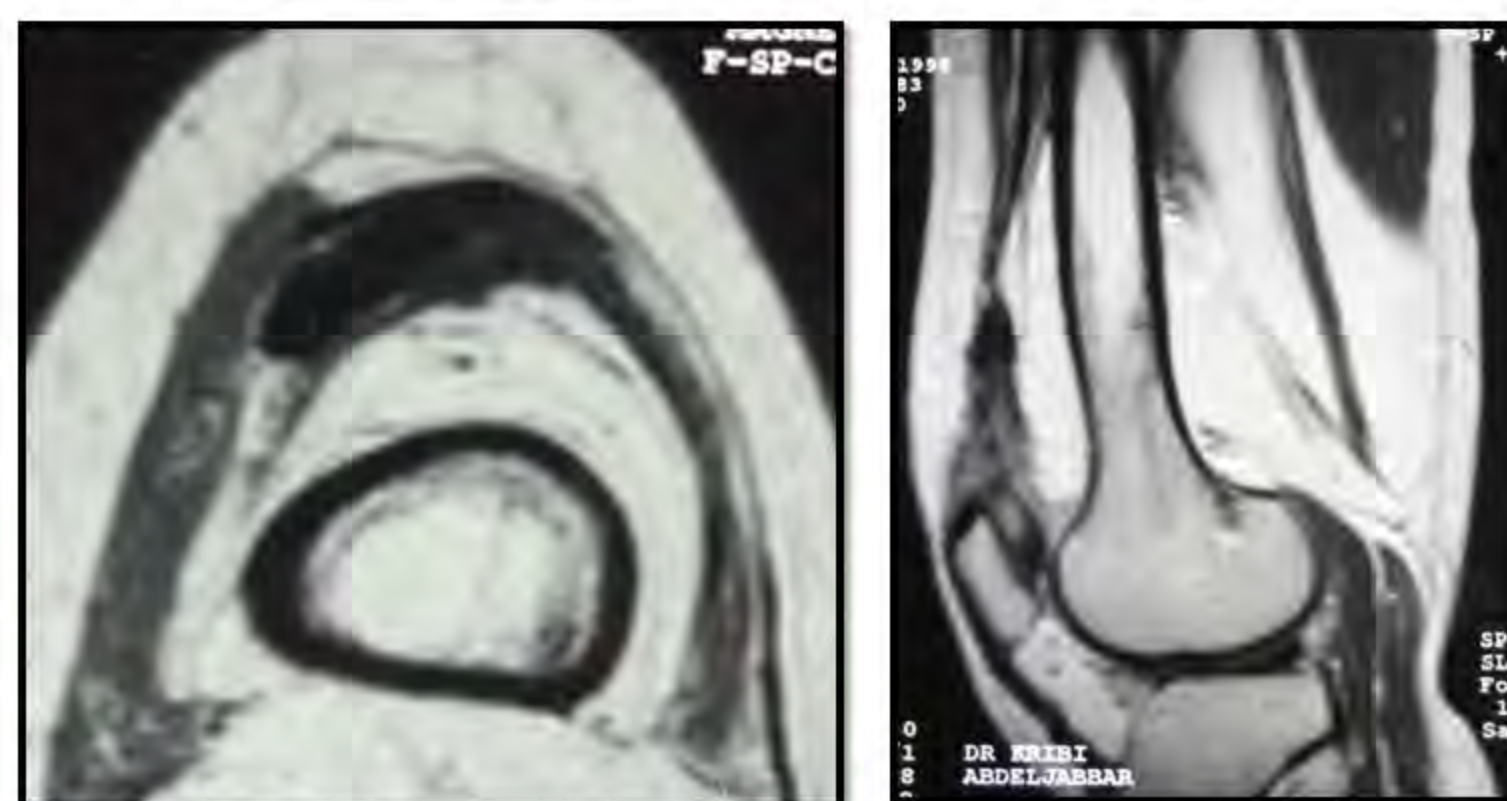


Fig.3:coupe transversale et sagittale à l'IRM montrant une rupture partielle du TQ.

La patiente a eu un traitement chirurgical, reposant sur une suture tendineuse directe et un cadrage tendineux de protection permettant une rééducation précoce. Le résultat était satisfaisant.

Références:

1. Kara A. et al. Osteotendinous repair of bilateral spontaneous quadriceps tendon ruptures with the Krackow technique in two patients with chronic renal failure. Acta Orthop Traumatol Turc 2013.47:68-71.
2. Byung Soo Kim et al. Simultaneous Bilateral Quadriceps Tendon Rupture in a Patient with Chronic Renal Failure. Knee Surg Relat Res 2012. 24:56-59
3. Grecomoro G. et al. Simultaneous chronic rupture of quadriceps tendon and contra-lateral patellar tendon in a patient affected by tertiary hyperparathyroidism. Orthopaed Traumatol 2008. 9:159-162.

DISCUSSION:

Les ruptures spontanées du TQ chez les hémodialysés chroniques sont exceptionnelles. Soixante sept cas sont rapportés dans la littérature depuis 1974 dont trente quatre cas sont des ruptures simultanées et bilatérales. Leur fréquence, bien que difficile à déterminer, est inférieure à 3,5%.

Les ruptures spontanées ou secondaires à une maladie favorisante sont beaucoup plus rares que les ruptures traumatiques.

Elles sont en rapport avec une fragilité tendineuse relevant de plusieurs causes :

- **Age** : supérieur à 40 ans.

- **Surcharge pondérale** : qui associe des altérations histologiques (infiltration graisseuse des tendons) et une hyper sollicitation mécanique du quadriceps.

- **Maladies générales** : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, diabète sucré, gonarthrose, goutte (nécrose fibrinoïde et inflammation chronique du tendon)

- **Tendinopathie chronique** : entraîne des dommages tissulaires et une diminution du flux sanguin conduisant à un affaiblissement du tendon et à sa régénération incomplète.

- **Insuffisance rénale chronique et hémodialyse:**

* L'acidose métabolique dans l'insuffisance rénale chronique prédispose ces patients à la dégénérescence du tendon et son affaiblissement en remplaçant le collagène par l'élastine.

* L'insuffisance rénale avec hémodialyse prolongée peut causer une production anormale de b₂-microglobuline observée au cours des amylose. Cette protéine habituellement métabolisée par les reins, atteint chez ces patients des taux supérieurs à 30 - 40 fois les valeurs normales et s'accumulent dans les articulations et les tendons. Ce dépôt provoque une réduction de l'élasticité du tendon et prédispose à sa rupture. Certains auteurs ont signalé la relation entre la durée de l'hémodialyse et la survenue de ces ruptures.

* L'augmentation des hormones parathyroïdiennes au cours des hyperparathyroïdies secondaires à l'insuffisance rénale provoque un dépôt de calcium et de phosphate dans les tendons et diminuant ainsi leur élasticité, et entraîne un remodelage osseux responsable de l'augmentation de la résorption osseuse au niveau des sites d'insertion, entraînant une rupture du tendon suite à un traumatisme mineur.

- **Causes iatrogènes :**

* Traumatique (la mobilisation du genou sous anesthésie générale, les suites d'une prothèse de genou, un prélèvement pour plastie tendineuse).

* Médicamenteuses (Statines, quinolones, stéroïdes, corticothérapie) par une nécrose fibrillaire et une désorganisation de l'ultra-structure du collagène.

CONCLUSION:

Les ruptures tendineuses spontanées sont rares. Nous rapportons une nouvelle observation chez une hémodialysée chronique. L'hyperparathyroïdie secondaire et l'augmentation du taux de b₂-microglobuline sont les facteurs favorisants majeurs.



PENSER A LA MALADIE DE TAKAYASHU DEVANT L'ASSOCIATION DE POLYARTHRALGIE, ABOLITION DU POUX RADIAL ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

M. Jguirim¹; S. Jemmeli¹; M. Othmen²; M. Younes¹; S. Zrouf¹; I. Bejia¹; M. Touzi¹; N. Bergaoui¹.

¹*Service de Rhumatologie de Monastir.

²*Hopital régional de Ksar Hellal.

Introduction :

La maladie de Takayashu ou artérite de Takayashu, est une maladie inflammatoire des vaisseaux atteignant essentiellement les artères de gros calibre (aorte et ses branches, artères pulmonaires). C'est une maladie rare et les manifestations ostéo-articulaires de cette maladie sont rares. Nous en rapportons un cas.

Observation:

Une femme de 69 ans, originaire de Monastir, était hospitalisée pour polyarthrite bilatérale et symétrique des petites et grosses articulations évoluant depuis six mois et résistante aux AINS. Elle avait dans ces antécédents trois accidents vasculaires cérébraux par thrombose de la carotide interne droite. On notait une altération modérée de l'état général et une fébricule. La patiente présente une dyspnée d'effort. L'examen clinique objectivait des arthrites (métacarpophalangiennes, métatarsophalangiennes, interphalangiennes proximales de tous les rayons, poignets, chevilles), sans autre anomalie.

La numération formule sanguine, les bilans rénal et hépatique étaient normaux. Il existait un syndrome inflammatoire modéré persistant (vitesse de sédimentation supérieure à 70 mm à la première heure, protéine C-réactive à 34 mg/l). Le bilan immunologique était négatif: facteur rhumatoïde négatif, ACPA négatifs et absence d'anticorps anti-nucléaires). L'électrophorèse des protéines sanguines retrouvait une hyper-gammaglobulinémie polyclonale à 22 g/l. Le liquide de ponction articulaire était de type inflammatoire et aseptique.

Les radiographies standard des mains, des poignets et des avants pieds étaient normales aussi celles des articulations douloureuses. La radiographie du thorax était normale. L'examen ophtalmologique était normal. L'échographie abdominopelvienne n'a pas objectivé d'hépatosplénomégalie ou d'adénopathies périphériques.

A ce stade, les hypothèses diagnostiques principales étaient une polyarthrite rhumatoïde séronégative. Devant la découverte d'une leucocyturie aseptique, on a complété par la recherche de Mycobacterium tuberculosis dans les crachats et dans les urines trois jours de suite qui était fortement positive avec une IDR positive. Un angioscanner cérébral a montré la présence de sténose complète de la carotide commune droite et une sténose incomplète de la carotide externe droite. Le diagnostic de la maladie de Takayashu était retenu et la malade est traitée par corticothérapie à la dose de 1 mg/kg et par méthotrexate.

Discussion

SIGNES REVELATEURS :

La présence d'un ou plusieurs des signes suivants doit faire évoquer le diagnostic:

- Signes généraux (fièvre, asthénie ou amaigrissement)
- Signes d'insuffisance circulatoire (claudication d'une extrémité, asymétrie tensionnelle, anomalie d'un pouls périphérique, souffle vasculaire).
- Une hypertension artérielle.

Manifestations extra vasculaires

- **Signes généraux:** Ils sont fréquents. Une fièvre est notée dans 44 % à 81 % des cas, elle peut être isolée ou associée à une altération modérée de l'état général.

- **Signes arthro musculaires:** Ils ne sont pas spécifiques, à type de myalgies, arthralgies et arthrites.

Les arthrites réalisent une oligo-arthrite ou une polyarthrite qui simule parfois un rhumatisme articulaire aigu.

Toute atteinte articulaire inexplicite survenant chez une femme jeune impose un examen vasculaire soigneux à la recherche d'anomalies des axes vasculaires et/ou d'une hypertension artérielle.

- **Signes cutanés:** Leur fréquence est estimée entre 3 et 28%.

A la phase systémique, il s'agit principalement d'un érythème noueux.

A la phase vasculaire, les lésions les plus caractéristiques sont des nodules sous-cutanés des jambes, parfois ulcérés, et dont l'examen histologique montre souvent une vascularite granulomateuse avec cellules géantes.

Des lésions de pyoderma gangrenosum peuvent s'associer à la maladie

TRAITEMENT MEDICAL: repose sur

Les corticoïdes: En présence de signes d'activité de la maladie, ils sont utilisés en première intention. A la posologie de 1 mg/kg/j pendant 1 à 3 mois, ils peuvent entraîner une amélioration chez 60% des patients. Ils sont efficaces sur toutes les manifestations de la maladie notamment articulaires.

Les immuno-suppresseurs: Ils sont également utilisés dans les formes actives, lorsque les corticoïdes sont inefficaces ou s'il existe une corticodépendance. Les immunosuppresseurs ayant fait preuve de leur efficacité sont :

1. Le méthotrexate : à la dose moyenne de 15mg/semaine, il entraîne une rémission chez 80% des malades
2. Le cyclophosphamide à la dose moyenne de 2 mg/kg/j mais ses effets indésirables à long terme en limitent la prescription
3. L'azathioprine.

Conclusion:

L'aortoartérite de Takayashu est une vascularite rare de la femme jeune. La connaissance de son polymorphisme clinique permettra d'orienter vers un diagnostic dont la précocité pourrait améliorer le pronostic par un traitement non invasif.

Le retard du diagnostic de la maladie de takayashu peut atteindre plusieurs années. Une meilleure connaissance de cette artérite et l'apport de l'imagerie, notamment l'angio-IRM permettrait un diagnostic plus précoce.



Biothérapie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

K. Baccouche, N. Elamri, Z. Alaya, H. Zeglaoui, S. Belghali, H. Ben Fredj, N. Amara, I. ben Smida, A. Jamel, E. Bouajina

Service de Rhumatologie CHU Farhat HACHED Sousse

Introduction

Depuis l'avènement des biothérapies, la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde a considérablement évolué. Les anti TNF α et le Rituximab occupent une place importante dans la prise en charge des formes sévères et actives.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 29 patients porteurs d'une polyarthrite rhumatoïde traités par biothérapie, colligés au service de rhumatoïde Farhat Hached sur une période de 3 ans (2009-2012).

Résultats

L'âge moyen de notre population était de 51,7 ans avec une prédominance féminine (93%). La durée d'évolution moyenne de la maladie était de 15,2 ans. Dans 86,2% des cas la polyarthrite rhumatoïde était séropositive. Les traitements utilisés étaient l'infliximab (33,3%), l'adalimumab (6,66%), l'etanercept (10%) et le rituximab (50%). Le DAS28, le HAQ et le score de Sharp modifié moyens de départ étaient respectivement 6.3, 1.89 et 109. Les résultats obtenus étaient une bonne réponse thérapeutique dans 40% des cas, un échec dans 37% des cas et un échappement thérapeutique dans 23% des cas avec un délai moyen de 11 mois. Dans 24% des cas un switch de la biothérapie était nécessaire. Les traitements utilisés étaient bien tolérés. Seule une infection grave (abcès de la rate) sous Rituximab était notée. D'autres effets indésirables bénins liés aux perfusions étaient observés dans 24%.

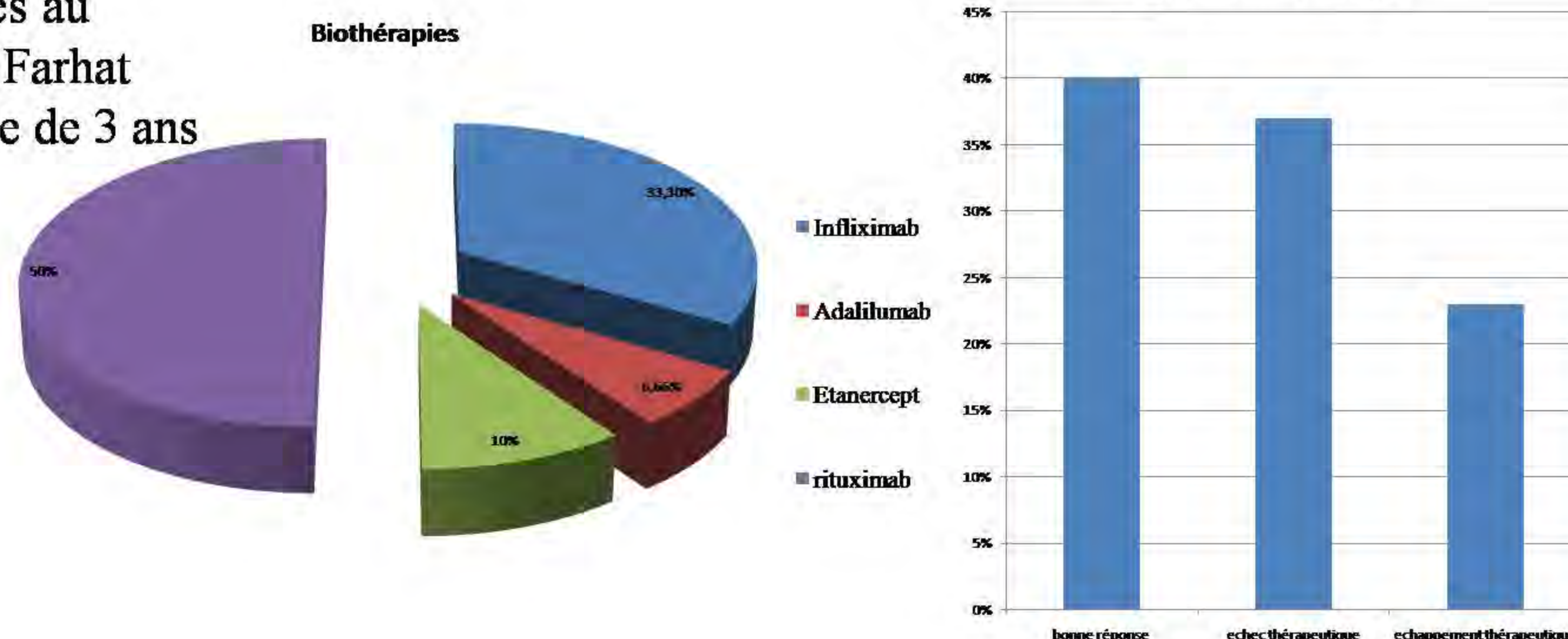
Discussion

Les biothérapies efficaces au cours de la PR disponibles en Tunisie sont essentiellement les anti TNF α et le rituximab.

- Plusieurs études se sont intéressées à la place des anti TNF α au cours de la PR dont les plus importantes sont les études ASPIRE pour l'infliximab, TEMPO pour l'etanercept, PREMIER pour l'adalimumab et qui ont montré que les meilleurs résultats thérapeutiques sont enregistrés au cours des PR récentes (moins de 3 ans) en association avec le MTX.
- En l'absence d'essai contrôlé comparant l'efficacité des trois anti-TNF, il n'y a pas de supériorité démontrée d'un produit par rapport à un autre et donc il n'y a pas de hiérarchie recommandée dans leur utilisation.
- L'efficacité du rituximab dans le traitement de la PR a été démontrée dans 3 études prospectives randomisées publiées à ce jour. Le rituximab est actuellement recommandé dans le traitement de la PR active, sévère, chez les patients qui ont eu une réponse inadéquate ou une intolérance aux traitements de fond, dont au moins un traitement anti-TNF α .

Conclusion

Les biothérapies ont révolutionné la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Cependant, elles ne sont pas dénuées de risque. Leur tolérance à long terme est encore mal connue et leur coût reste élevé. Ceci justifie une meilleure sélection des patients justiciables de ces traitements.





EFFET DU TABAGISME SUR L'ATTEINTE STRUCTURALE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

H.Sahli ; I.Cherif ; R.Tekaya ; L.Dridi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; L.Abdelmoula ; L.Chaabouni ; R.Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique dont le pronostic est étroitement lié à la destruction articulaire qu'il entraîne. Cette destruction résulte de l'interaction entre certains facteurs génétiques et environnementaux dont le tabagisme.

BUT :

Etudier l'effet du tabagisme sur l'atteinte structurale au cours de la PR.

PATIENTS ET METHODES:

Etude transversale incluant des patients présentant une PR (critères ACR 1987). Les données démographiques, cliniques, immunologiques, biologiques et radiologiques ont été recueillies puis analysées. L'atteinte structurale a été évaluée par le score de 'Sharp modifié'. Les liaisons entre deux variables quantitatives ont été étudiées par le coefficient de corrélation de Pearson (seuil de significativité $P \leq 0,05$). Nous avons pratiqué une étude.

RESULTATS:

- Cent dix neuf patients ont été colligés.
27 hommes et 92 femmes .
Sexe ratio F/H=3,4
Age moyen = 51 ans [19-77].
- La PR était séropositive dans 70 % des cas avec des anticorps anti CCP positifs dans 60% des cas.
- La notion de tabagisme était rapportée par 18,5% des patients.
- Le score de Sharp modifié moyen était de 98,9 [0-448].
- Les études de corrélation montraient que les patients tabagiques avaient un score de Sharp modifié significativement plus bas que les non tabagiques (**54,8 versus 108,9, $p=0,044$**) laissant supposer un effet protecteur du tabagisme sur l'atteinte structurale.
- Il n'y avait pas de corrélation entre le score de Sharp modifié et la positivité des anti CCP chez ces patients mais une corrélation positive uniquement chez les patients séronégatifs ($p=0,031$).

DISCUSSION:

- Le tabagisme est l'un des facteurs impliqués dans la survenue d'une Polyarthrite Rhumatoïde. Au cours du déclenchement des différents phénomènes physiopathologiques de la maladie, surviennent des interactions spécifiques entre ce facteur environnemental modifiable et les caractéristiques génétiques individuelles.

● Quand est t-il pour l'influence du tabagisme sur l'atteinte structurale au cours de la PR: Certaines études ont mis en évidence une relation entre la consommation du tabac et une destruction cartilagineuse plus importante, des capacités fonctionnelles plus altérées et l'existence de manifestations extra articulaires. Néanmoins, des études plus récentes ont objectivé des résultats tout à fait opposés. Dans une étude Islandaise ayant inclus 117 RIC dont 100 PR, suivis pendant 2 ans, aucun lien n'a été mis en évidence entre l'intoxication tabagique et la progression des lésions radiologiques évaluées par le score de Sharp modifié.

CONCLUSION:

D'après notre étude, l'atteinte structurale est moins avancée chez les patients fumeurs. Des études à plus grandes échelles s'avèrent indispensables afin d'évaluer l'effet exact du tabac sur l'atteinte structurale au cours de la PR.

REFERENCES:

- 1) Adrian C, Axel F. Tabac et spondylarthrite. Rev Rhum 2013
- 2) Finckh A, Dehler S, Costenbader KH et al. Cigarette smoking and radiographic progression in Rheumatoid arthritis. Ann Rhum Dis 2007.66:1066-71
- 3) V.Goebs et all. Tabac et maladies systémiques. Rev Rhum, 2007;74,726-31



LA SCLERODERMIE SYSTEMIQUE : ETUDE DE 20 CAS

M. Bouzaouache ; Z. Alaya, K. Baccouch; H. Zeglaoui; S. Belghali; H. Ben Fredj ; H. Ben Abdeslem ; A. Jamel ; E. Bouajina.

Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION

La sclérodermie systémique (ScS) est une maladie rare à composante auto-immune touchant le tissu conjonctif et la microcirculation. Elle se caractérise notamment par une grande hétérogénéité clinique, que ce soit en fonction du type de sclérodermie (limitée, cutanée limitée, diffuse) mais également en fonction de la présence et de l'importance des atteintes viscérales. Des facteurs génétiques et/ou environnementaux pourraient favoriser la survenue de la maladie.

MATERIELS ET METHODES

Etude rétrospective de 20 cas de sclérodermie systémique colligés au service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse entre l'année 2001 et 2013. Tous les patients ont été explorés par une radiographie du thorax, une TDM thoracique et des explorations fonctionnelles respiratoires et une échographie cardiaque.

1°) Critère majeur : sclérose cutanée proximale: face, le cou, le tronc ou la partie proximale des membres supérieurs ou inférieurs)

2°) Critères mineurs :

- sclérodactylie
- cicatrice déprimée d'un bout de doigt
- ulcérations de l'extrémité d'un doigt
- fibrose pulmonaire des bases

RESULTATS

Il s'agit de 18 femmes et de 2 hommes d'âge moyen 46 ans [19-73 ans]. Une sclérose cutanée, un syndrome de Raynaud, une sclérodactylie étaient notés chez tous les patients. La capillaroscopie a montré dans 40% des cas une microangiopathie sclérodermique. Une atteinte articulaire était présente chez tous les patients à type d'arthralgies inflammatoires dans 45% des cas et de polyarthrite dans 55% des cas. Une dysphagie avec une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage à la manométrie étaient retrouvées dans 50% des cas. La fibroscopie digestive a objectivé une œsophagite peptique dans 20% des cas. Une fibrose pulmonaire était retrouvée à la TDM thoracique dans 50% des cas. L'échographie cardiaque a montré une hypertension artérielle pulmonaire et des signes d'insuffisance cardiaque droite dans 15% des cas et une péricardite dans 5% des cas. Un syndrome inflammatoire était présent chez 60% des malades. Les anticorps antinucléaires étaient positifs dans 75% des cas avec des anti scl70 dans 25% des cas. Un syndrome de chevauchement était retenu dans 3 cas : polyarthrite rhumatoïde (2), lupus érythémateux systémique (1) et polymyosite (1). Le traitement était par : inhibiteurs calciques (90%), colchicine (45%), corticoïdes (90%), méthotrexate (15%), bolus de cyclophosphamide (5%) et rituximab (20%). L'évolution était émaillée de complications à type de nécrose digitale dans 15% des cas, d'embolie pulmonaire dans 5% des cas, de péricardite récidivante dans 5% des cas, de dénutrition sévère dans 10% des cas et d'insuffisance respiratoire chronique dans 5% des cas.

DISCUSSION

On distingue deux principales formes de ScS : les formes diffuses où l'atteinte cutanée touche le tronc et les membres et les formes limitées où l'atteinte cutanée est limitée aux extrémités. L'apparition d'une sclérodactylie témoigne de l'entrée dans la maladie. Le phénomène de Raynaud est habituellement le premier signe de la maladie. Il s'observe dans plus de 95 % des cas (dans 100% de notre série). Les arthralgies sont fréquemment observées au cours de la ScS (plus d'un tiers des patients). Plus rarement, il s'agit d'authentiques arthrites. L'atteinte digestive est fréquente. Elle survient souvent avant les autres atteintes viscérales. L'auscultation des bases pulmonaires révèle précocement des râles crépitants lorsque s'installe une infiltration interstitielle. À côté de la dyspnée à l'effort peut survenir une toux, le plus souvent sèche, parfois des douleurs thoraciques et plus rarement des hémoptysies (5% dans notre série). La TDM en haute résolution constitue l'examen de référence permettant de dépister la pneumopathie interstitielle de manière très précoce. Les épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) permettent d'apprécier la gravité du syndrome restrictif. La HTAP survient en général après cinq à dix ans d'évolution. Des épanchements péricardiques sont parfois rapportés ; ils constituent un critère de gravité lorsque existe une HTAP. De rares cas de péricardite aiguë, voire de tamponnade, ont été rapportés (5% dans notre série). Dans le cadre de la ScS, l'éducation thérapeutique joue un rôle majeur. La prise en charge thérapeutique de la maladie est d'abord symptomatique : inhibiteurs calciques pour le phénomène de Raynaud, inhibiteurs de la pompe à protons, lutte contre les rétractions articulaires digitales.

CONCLUSION

La sclérodermie systémique peut être responsable d'atteintes viscérales graves.



ALGODYSTROPHIE CHEZ UN PATIENT AYANT UN ANGIOSARCOME DE LA CUISSE

A. Souissi; I. Gharsallah; K. Jaber ; S. Ben Taazayet; S. Youssef;
MR. Dhaoui; B. Louzir; N.Doss; S. Othmani

* Service de dermatologie de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

**Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction :

L'algodystrophie est un syndrome régional douloureux vasomoteur et trophique intéressant les structures sous cutanées, articulaires, périarticulaires et osseuses. Nous rapportons ici un cas d'une algodystrophie associée à un angiosarcome de la cuisse.



Angiosarcome de la cuisse

Observation : Un homme âgé de 56 ans suivi pour maladie de Kaposi dans sa forme méditerranéenne était admis pour des douleurs de l'épaule droite dans un contexte d'altération de l'état général évoluant depuis 3 mois. A l'examen, l'état général était altéré, l'examen ostéoarticulaire révélait une limitation de la mobilité de l'épaule droite en actif. On notait par ailleurs des lésions kaposiennes au niveau des membres inférieures et un gros nodule de 6 cm de grand axe de consistance dure, fixe par rapport au plan profond siégeant au niveau de la cuisse droite. **Une biopsie cutanée faite au niveau de ce nodule avec étude immunohistochimique a montré un aspect en faveur d'un angiosarcome.** Le bilan d'extension était négatif. La radiographie des épaules montrait une déminéralisation homogène de la tête humérale et de la glène. **La scintigraphie osseuse a conclu à une algodystrophie de l'épaule droite.** Le patient a été adressé en chirurgie carcinologique pour exérèse de sa tumeur et un traitement par calcitonine a été démarré avec des séances de rééducation. L'évolution sur le plan articulaire a été favorable un mois après.

Discussion : L'algodystrophie est une maladie rhumatismale relativement rare qui est posttraumatique dans 50% des cas. Son association à un cancer du poumon, du rein, du pancréas ou encore à un lymphome est rarement rapportée. Parfois, elle peut révéler la néoplasie sous jacente et le traitement de la tumeur permet dans certains cas la régression de la symptomatologie ostéoarticulaire. A notre connaissance, il s'agit du premier cas d'algodystrophie associée à un angiosarcome cutané.

Conclusion : L'algodystrophie peut s'associer aux cancers. Une néoplasie sous jacente est donc à rechercher notamment chez les patients n'ayant pas des facteurs de risque connus. Sa prise en charge thérapeutique doit être précoce afin d'éviter des séquelles handicapantes.



LYSE OSSEUSE DE L'HISTIOCYTOSE LANGERHANSIENNE MIMANT L'ASPECT D'UNE TUMEUR OSSEUSE A PROPOS DE 3 CAS PEDIATRIQUES

L. Gargouri¹ ; M. Hsairi¹ ; S. Ben Jemaa² ; F. Turki¹ ; M. Trigui³ ; A. Abid³ ; R. Akrou² ; M. Ezzedine², I. Mejdoub¹ ; B. Maalej¹ ; K. Ayadi³ ; H. Keskes³ ; S. Baklouti² ; A. Mahfoudh¹

1 : Service de Pédiatrie, Urgence et de Réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax

2 : service de rumathologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

3 : service de radiologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

Introduction: L'histiocytose langerhansienne (HL) est une affection caractérisée par une prolifération dans différents tissus de cellules dendritiques appartenant à la lignée des cellules de Langerhans et exprimant le marqueur antigénique CD1a et la protéine S100. C'est une maladie de spectre clinique très divers, allant du simple granulome éosinophile à la forme grave multiviscérale.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant tous les cas d'atteinte osseuse avec une lyse radiologique dans le cadre d'une HL hospitalisés sur une durée de 7 ans (2005-2012)

Observation 1 :

Il s'agit d'un enfant âgé de 3ans et demi

➤ **Motif d'hospitalisation:** exploration d'une masse en regard du sternum évoluant dans un contexte d'apyrexie.

➤ **Examen:** Masse en regard du sternum fixée à l'os faisant 4 cm de grand axe douloureuse à la palpation avec peau saine en regard sans adénopathies satellites: attitude vicieuse des épaules

➤ **Bilan inflammatoire:** positif

➤ **Échographie :** fig1:collection à contenu finement échogène

➤ **IRM +TDM thoracique :**

fig2+3+4

processus expansif du manubrium sternal médian mesurant 2 cm de grand axe de contour nets et réguliers avec corticale soufflée et épaissie.

➤ **Evolution:** apparition de douleur du genou avec boiterie à la marche

➤ **Radiographie standard:** fig 5+6

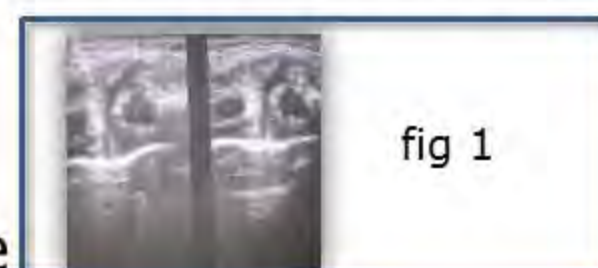


fig 1



fig 2+3+4

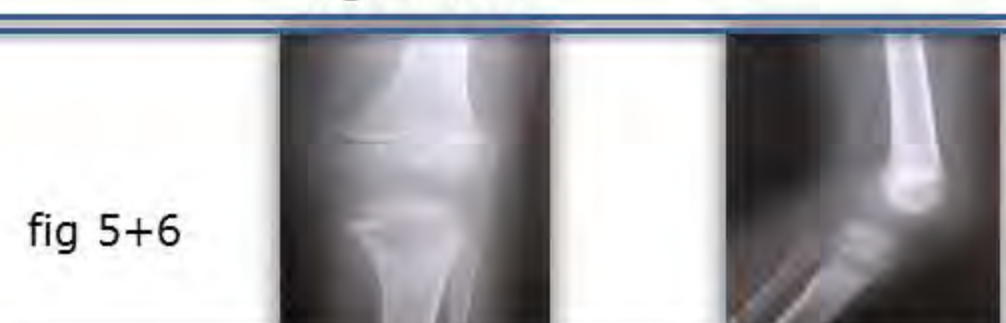


fig 5+6

Observation 2 :

➤ Nourrisson de sexe masculin âgé de 18 mois.

➤ **Motif:** Lordose lombaire sans scoliose.

➤ **Radiographie standards du rachis:**

aspect de vertebra plana de T12

aspect caractéristique de granulome éosinophile solitaire

➤ **Évolution:** favorable sous simple surveillance pas de scoliose lombaire.



3 ans

Radio à 3 ans: pas de scoliose

profil à 3 ans: légère cyphose localisée



Nourrisson à 18 mois



Radiographies initiales



Observation 3:

➤ Il s'agit d'un enfant de sexe masculin

➤ **Motif:** doule





LA DDB : UNE MANIFESTATION BRONCHO-PULMONAIRE

EXCEPTIONNELLE ET INHABITUELLE DU LUPUS ERYTHEMATEUX SYSTEMIQUE JUVENILE

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher

service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

Contrairement au lupus de l'adulte où elle peut survenir jusqu'à dans 28% des cas à la recherche systémique (*Fenlon HM. 1996*), la DDB n'est qu'exceptionnellement rapportée au cours du lupus juvénile.

Même quand elle est recherchée systématiquement par la TDM, sa fréquence n'est que de 1.6% (*Lilleby V. 2006*). La pneumonie lupique chronique est suspectée comme facteur favorisant cette dilatation (*Chisholm J. C.Jr. 1967*).

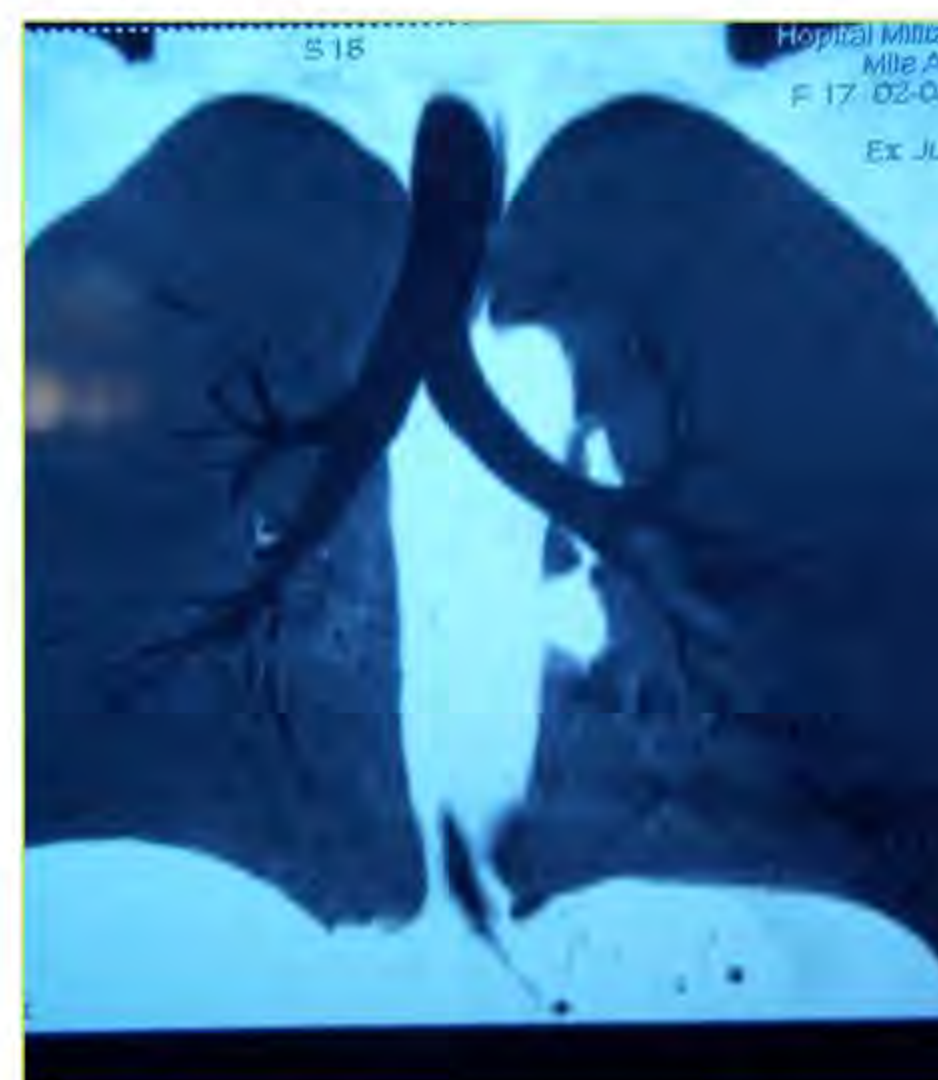
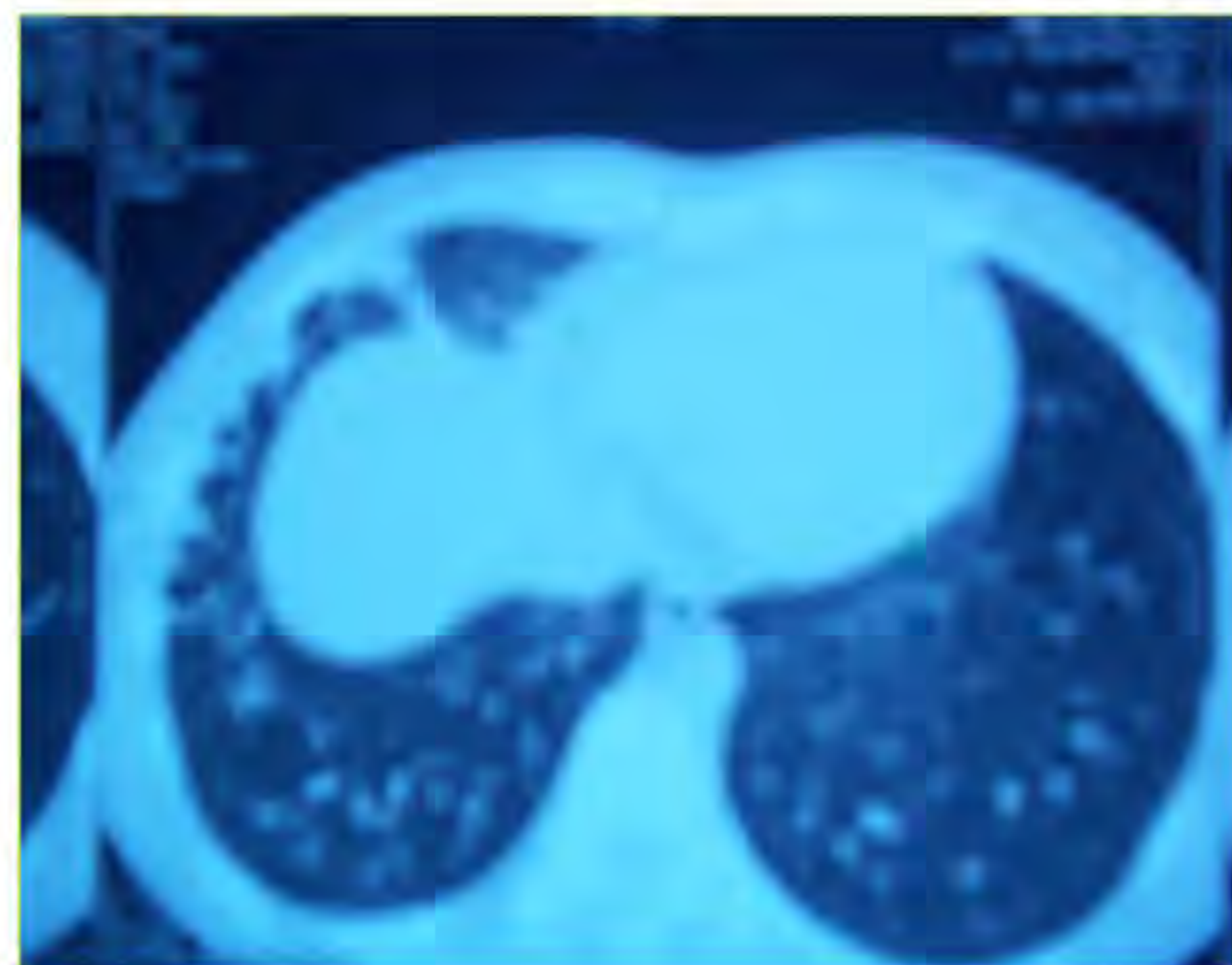
OBSERVATION

N.A. fille de 15 ans sans antécédents pathologiques notables fût admise pour polyarthrite fébrile, bilatérale, symétrique, chronique, distale et non déformante ni destructrice évoluant depuis un mois.

Le bilan biologique montrait une anémie normochrome normocytaire régénérative à 9 g /dl, une vitesse de sédimentation élevée à 105 mm/H1, une enquête infectieuse négative, et aux tests immunologiques des anticorps anti nucléaires fortement positif à 1/640, des anti DNA natif positif à 300 UI/l, des anti Sm positif à 41 U arb, des anti cardiolipine positif à 22 U GPL/ml et des anti β 2GP-1 positif à 46.7 U/ml permettant de porter le diagnostic d'un LES cutanéomuqueux associé à un syndrome secondaire des anti phospholipides.

Le bilan des atteintes viscérales systémiques était négatif. Elle a été mise sous colchicine, plaquenil, corticostéroïdes per os à 0.5 mg/kg/j et aspégic préventive.

Une TDM faite à la recherche d'atteinte pulmonaire objectivait une DDB cylindrique du lobe moyen et du LID avec des atélectasies sous segmentaires périphériques rétractiles séquellaires. Il n'a pas été noté de pneumopathie interstitielle lupique ni de pleurésie. L'évolution était marquée par la survenue de surinfection bronchique à deux reprises.



COMMENTAIRES

- Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie inflammatoire chronique évoluant par poussées et d'étiologie inconnue.
- C'est une connectivite assez fréquente qui représente le prototype des maladies auto-immunes ; elle est caractérisée par une clinique polymorphe et la présence d'auto-anticorps anti nucléaires dont les plus caractéristiques sont les anti DNA natif et anti Sm. C'est une pathologie qui touche avec prédilection la femme en période d'activité génitale.
- Le pronostic a été transformé par les thérapeutiques actuelles ; il reste cependant sévère surtout si atteinte rénale, neurologique ou cardio-vasculaire.
- L'âge de début de la maladie est variable, le maximum se voit entre 20 et 40 ans ; particulièrement chez la femme en période d'activité génitale. Les formes juvéniles se définissent par un début de la maladie avant 16 ans.
- Les atteintes pulmonaires du LES sont rares, elles sont dominées par la pleurésie lupique qui se voit dans environ 30 % des cas (mêmes caractéristiques que la péricardite lupique). Par ailleurs on cite l'atteinte pulmonaire parenchymateuse dont la plus caractéristique est l'atélectasie en bande des deux bases, la pneumopathie interstitielle bilatérale, l'hémorragie intra alvéolaire, l'HTAP et la paralysie diaphragmatique
- La DDB peut compliquer 28% des LES de l'adulte; dans le LES juvénile elle n'est retrouvée que dans 1,6% à la recherche scannographique systématique.
- Sa pathogénie est mal connue. La pneumonie lupique y joue fort probablement un rôle.

CONCLUSION

La DDB lupique mérite d'être connue et recherchée systématiquement vue le risque non négligeable de surinfection, surtout si corticothérapie systémique ou thérapie immunosuppressive.



LE RHUMATISME PSORIASIQUE : A PROPOS DE 10 CAS

D. Kaffel ; A. Kesraoui ; S. Boubaker ; I. Zouch ; M. Bouaziz ; W. Hamdi ; MM. Kchir

Service de rhumatologie institut Mohamed Kassab d'orthopédie

Introduction

Le rhumatisme psoriasique (RP) appartient au groupe des spondylarthropathies mais partage certaines caractéristiques avec la polyarthrite rhumatoïde. Le But de notre travail est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques et radiologiques du RP.

Patients et Méthodes

Etude rétrospective incluant tous les patients atteints de RP hospitalisés dans notre service sur une période de 6 ans (2007-2012).

Résultats

Dix patients ont été colligés (7 hommes et 3 femmes) avec un âge moyen 45.3 ans [25-66 ans]. Les manifestations cutanées précédaient l'atteinte articulaire dans 4 cas, étaient concomitantes dans 1 cas et suivaient l'atteinte articulaire dans 2 cas. Le psoriasis était diffus dans 3 cas. L'atteinte articulaire était axiale et périphérique (5 cas), purement axiale (3 cas) et périphérique isolée (2 cas). La sacroiliite était retrouvée dans 7 cas et l'atteinte rachidienne dans 8 cas. L'atteinte des mains a été notée dans 2 cas et celle des pieds dans 3 cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 50% des cas. Le HLA B17 était identifié dans 2 cas. Le Méthotrexate a été indiqué dans 6 cas. La Salazopyrine dans 2 cas et les anti TNF alpha après échec du traitement conventionnel dans 2 cas.

Conclusion

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique qui peut prendre diverses formes cliniques. Un diagnostic précoce avec un traitement approprié permettent de ralentir l'évolution des lésions articulaires associées.

APPORT DE L'IRM DANS LE MYELOME MULTIPLE

H. Sahli ; I. Cherif ; R. Tekaya ; L. Dridi ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

Les manifestations osseuses au cours du myélome multiple (MM) sont parfois radiologiquement latentes, justifiant le recours aux moyens d'imagerie moderne notamment l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Celle-ci reste la technique la plus sensible qui est indiquée dans la détection des lésions infra radiologiques et des éventuelles complications.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective menée sur une période de 10 ans dans laquelle ont été inclus les patients atteints de MM ayant bénéficié d'une IRM. Le but est d'évaluer l'intérêt de l'IRM dans la classification du MM et dans la détection des complications neurologiques.

RESULTATS:

- ❖ 16 patients (10 femmes et 6 hommes).
- ❖ Age moyen = 62,8 ans [43-77ans].

Tableau n°I :Caractéristiques biologiques et radiologiques du MM

Anomalies	Nombre
Gammopathie monoclonale	14
Radiographies standards :	
-Fracture unique	3
-Fracture multiple	8

Stade	Nombre
Stade 1	5
Stade 2	4
Stade 3	7

Tableau n°II: Classification du MM

Tableau n°III : Indication de l'IRM au cours du MM

IRM	Indication	N
Rachidienne	Recherche de lésions infra radiologiques	6
	Atteinte neurologique	2
	Tassement vertébral bénin	7
Bassin	Douleur de la hanche	1
Cérébrale	Paralysie oculomotrice	1

Tableau n°IV :Apport de l'IRM au cours du MM

IRM	N
Normale	4
Infiltration médullaire	4 (3 sont infra-radiologique)
Compression médullaire	4
Tassement bénin	4
Infiltration sphénoïdale	1

- ❖ L'IRM a permis de reclasser 3 patients au stade de MM symptomatique.
- ❖ Elle a permis d'indiquer une radiothérapie décompressive (n=3), une chirurgie décompressive (n=1) et une vertébroplastie (n=1).

DISCUSSION :

Dans le MM, les radiographies standards sont toujours considérées comme l'examen d'imagerie de référence car elles permettent d'établir le stade de la maladie selon la classification de Salmon et Durie(1). Notre étude montre néanmoins que ce bilan peut être insuffisant puisqu'il semble minimiser l'atteinte myéломateuse dans 3 cas sur 16. Ce résultat est conforme avec la littérature qui montre que 20% des lésions osseuses détectées par l'IRM ne sont pas visibles sur les radiographies standards(2). Ce qui a amené à intégrer l'IRM pelvi-rachidienne dans le bilan initial des patients atteints de MM, dans la Classification de Salmon et Durie plus. Cet examen permet de mieux grader l'extension osseuse, de classer des MM peu ou non sécrétants et d'attribuer un pronostic défavorable aux patients avec plus de 20 lésions focales et/ou une atteinte extramedullaire(3,4).

CONCLUSION:

La nouvelle classification du MM prenant en compte l'IRM a été mise en place permettant de poser le diagnostic précoce du myélome et d'établir les indications thérapeutiques à un stade infra radiologique améliorant ainsi le pronostic

REFERENCES:

- 1)S Narquin, P Ingraud, I Azais et all. Comparaison de l'IRM de diffusion corps entier et du bilan radiologique standard dans le staging du myélome. Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle 2013
- 2) RC Walker, TL Brown, LB Jones Jackson et all. Imaging of multiple myeloma and related plasma cell dyscrasias. J Nucl Med2012;53/1091-101
- 3)Bair-Mehyk A, Buhmann S, Becker C et all. Whole-body MRI versus Whole-body MDCT of staging of multiple myeloma. AJR AmJ Rventgenol2008;190:1097-104
- 4) Christine M, Muriel K, Denise F et all. Imagerie par résonance magnétique nucléaire et myélome multiple: description des lésions et intérêt pronostique.Rev Rhum 2001 ;68 :626-37



Kyste arachnoïdien : une cause de lombalgies chroniques à ne pas méconnaître

BEN BRAHIM H; GADER N ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

Le kyste arachnoïdien est un diverticule méningé, communiquant dans la majorité des cas avec les espaces sous arachnoïdiens. Il peut avoir une origine congénitale ou traumatique. La présentation clinique dépend de la taille et de la localisation de la forme kystique. L'objectif de notre travail est d'attirer l'attention sur une cause rare de lombalgies chroniques rebelles.

observation

On rapporte le cas d'une patiente âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, elle a consulté pour des lombalgies chroniques mécaniques non impulsives évoluant depuis 10 ans rebelles au traitement médical et s'exacerbant surtout en position debout. Cette symptomatologie évoluait dans un contexte de conservation de l'état général.

L'examen révèle un trouble statique du rachis :

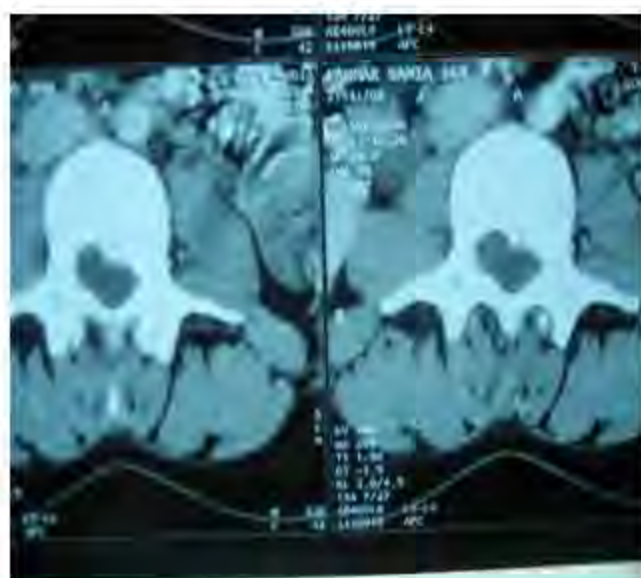
une hypercyphose dorsale compensée par une hyper lordose lombaire avec des flèches vertébrales au niveau de C7 : 100mm, D8 : 0mm ; L3 : 80mm ; S : 0mm. Absence de syndrome rachidien associé.

Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

Un bilan biologique et des explorations ont été demandés devant l'absence d'amélioration par un traitement médical et un protocole de rééducation adapté.

Le bilan biologique est redevenu normal, la radiographie standard n'a montré que le trouble statique dans le plan sagittal.

Le scanner lombaire a objectivé une masse hypodense élargissant le foramen et exerçant un 'scalopping' sur le mur postérieur de L3 (Fig 1).



TDM lombaire

L'IRM a conclu à la présence à l'étage L3-L4 d'une masse intracanaulaire qui élargit le foramen intervertébral sans signe de compression du fourreau dural en rapport avec un kyste arachnoïdien (Fig 2, Fig3).

Conclusion

Le kyste arachnoïdien lombaire est une affection bénigne, qui peut être longtemps asymptomatique. devant les lombalgies chroniques rebelles aux traitements, on doit faire évoquer ce diagnostic.

L'IRM est l'examen de choix, voire une ciné-IRM une nouvelle technique qui permet non seulement de visualiser les mouvements du liquide dans le kyste et autour du cordon médullaire mais aussi de préciser le siège exact de la communication afin de limiter l'étendue de la laminectomie.



fig2



fig3

IRM lombaire: étage L3-L4 montrant une masse intracanaulaire

Discussion

La plupart des kystes arachnoïdiens sont extraduraux. Bien que souvent asymptomatiques, des signes de compression radiculaire ou médullaires peuvent être présents. Les lombalgies sont liées très probablement au 'scalopping' du mur vertébral postérieur.

Le tableau clinique peut comporter

- ✓ Des lombalgies
- ✓ Des douleurs au niveau des membres inférieurs, d'une seule jambe ou des deux en fonction de la zone comprimée.
- ✓ Des fourmillements et des paresthésies.
- ✓ Des troubles moteurs avec une paralysie si la moelle est comprimée.

La symptomatologie peut fluctuer avec les changements de position et peut s'aggraver en position debout du fait du remplissage du kyste.

La TDM lombaire peut orienter vers le diagnostic.

L'IRM reste l'examen complémentaire idéal pour ce type de pathologie vu sa grande sensibilité et spécificité pour les lésions contenant du LCS. Elle a l'avantage de montrer de façon non invasive le siège exact, la taille, l'étendue et le degré de compression nerveuse.

Le traitement est chirurgical dans les formes symptomatiques mais parfois l'excise se révèle difficile en fonction de la localisation.



ANGIOKERATOMES ET ACROPARESTHESIES : PENSER A LA MALADIE DE FABRY

A. Souissi ; I. Gharsallah ; S. Ben Taazayet ; L. Metoui ; B. Louzir ; S. Othmani
Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction: La maladie de Fabry est une pathologie métabolique héréditaire rare liée à l'X. L'atteinte cutanée à type d'angiokératomes est généralement précoce et associée aux acroparesthésies.

Observation: Un patient âgé de 22 ans consultait pour des douleurs et des paresthésies intermittentes des mains et des pieds aggravées par l'effort évoluant depuis 1 an. A l'examen, on notait des angiokératomes au niveau du visage et du tronc. La biologie ne montrait pas de syndrome inflammatoire, pas d'hypocalcémie ni d'hypomagnésémie. Les fonctions hépatique et rénale étaient normales. Il existait une protéinurie à 1 g/L. **Le diagnostic de maladie de Fabry a été confirmé par la ponction biopsie rénale et par le dosage leucocytaire de l'alpha galactosidase dont l'activité était nulle.** Le bilan systémique à la recherche d'autres manifestations montrait une hypertrophie ventriculaire gauche. Le patient a été mis sous carbamazépine pour ses paresthésies avec une amélioration spectaculaire. Une substitution en enzyme déficiente est prévue.

Discussion: La maladie de Fabry est rare. Elle est due à une mutation du gène GLA responsable d'un déficit enzymatique de l'alpha-galactosidase lysosomiale. Le diagnostic doit être suspecté devant un adulte d'âge jeune présentant de multiples angiokératomes associés à des crises douloureuses neuropathiques des extrémités. Depuis 2001, l'enzymothérapie substitutive constitue un progrès thérapeutique certes onéreux mais prometteur pour les patients atteints de cette maladie.

Conclusion : Devant l'association d'angiokératomes à des acroparesthésies, le clinicien doit penser à une maladie de Fabry afin de rechercher les autres manifestations viscérales et de démarrer un traitement de substitution.



PROFILS CLINIQUE ,BIOLOGIQUE,RADIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE DE L'OSTEOMALACIE : A PROPOS DE 16 CAS

Th.Guermen; S.Boubaker; Dh. Kaffel Dh; N.Boughanmi; A. Kasraoui ;I. Zouch;

W Hamdi; M.M. Kchir

Service de rhumatologie institut kassab mannouba

- **Introduction:**

L'ostéomalacie (OM) est une ostéopathie métabolique relativement rare de nos jours. Elle ne représente que 2 à 5 % des ostéopathies raréfiantes diffuses. Elle est souvent liée à une carence en vitamine D, mais parfois elle peut être révélatrice d'autres pathologies sous-jacentes plus graves.

- **Matériels et méthodes:**

Nous avons colligé 16 cas d'ostéomalacie suivis dans le service de Rhumatologie durant une période de 7 ans [2006-2013]. Le diagnostic d'ostéomalacie a été retenu sur des arguments cliniques, biologiques, radiologiques et parfois histologiques.

- **Résultats:**

Il s'agit de 12 femmes et de 4 hommes dont l'âge moyen est de 45.3 ans [21 - 78 ans]. Sur le plan clinique, les troubles de la marche sont observés dans 10 cas (62%), les douleurs osseuses dans 7 cas (43%), les douleurs pelvirachidiennes dans 10 cas (62%) et les déformations thoraciques dans 3 cas (18%). L'hypocalcémie et l'hypophosphorémie sont retrouvés respectivement chez 11 malades (68%) et 6 malades. les phosphatases alcalines sont élevées dans tous les cas. La déminéralisation osseuse diffuse est constante, associé à des fractures

osseuses dans 5 cas. Les stries de Looser Milkman sont présentes chez 10 malades. Une carence en vit D est notée dans 10 cas dont 3 cas de malabsorption, une insuffisance rénale chronique dans trois cas, une hyperparathyroïdie primitive dans un cas et une fuite phosphorée dans un cas et un seul cas d'OM oncogène. Tous les patients ont reçu un traitement vitamino calcique. L'évolution clinique et biologique est favorable avec des délais variables en fonction de l'étiologie allant de quatre à six mois.



- **Conclusion:**

Dans la grande majorité des cas, l'OM répond favorablement au traitement médical adapté avec des résultats cliniques spectaculaires d'où l'intérêt d'un diagnostic le plus précoce possible.



EFFET PARADOXAL DES ANTI-TNF ALPHA

K.Ben abdelghani, A.Aouadi, L.Souebni, S.Kassab, S.Chekili, A.Laatar, L.Zakraoui. Service de Rhumatologie CHU Mongi Slim La Marsa.

Introduction: Une réaction paradoxale est définie comme étant l'apparition sous anti-TNF α d'une pathologie normalement traitée ou améliorée par les anti-TNF α . Nous nous proposons de dégager les principaux effets paradoxaux apparus sous anti-TNF alpha à travers une série hospitalière.

Matériels et méthodes: Tous les dossiers de patients traités par anti-TNF alpha et ayant présenté au décours du traitement une réaction paradoxale ont été inclus. Le diagnostic de réaction paradoxale a été confirmé par un examen spécialisé. Nous en rapportons 4 cas.

Résultats: 122 patients étaient traités par des anti-TNF alpha. Parmi eux, 4 ont présenté une réaction paradoxale, soit une fréquence de 3,27%. Il s'agissait de deux femmes, un homme et un enfant, l'âge moyen était de 33 ans [12-50]. L'anti-TNF en cause était l'éta nercept dans 2 cas, l'adalimumab dans 1 cas et l'infliximab dans 1 cas, aux posologies habituelles de ces agents biologiques dans ces indications. Le motif de recours à l'anti-TNF était une spondylarthropathie dans 3 cas et une arthrite idiopathique juvénile dans 1 cas. L'effet paradoxal était apparu au bout de 19,5 mois d'exposition moyenne à l'anti-TNF (extrêmes : 0 à 48 mois) avec une efficacité sur les signes et symptômes de l'affection initiale dans 3 cas. Les effets paradoxaux étaient une uvéite antérieure dans 2 cas, un psoriasis dans un cas et une maladie de crohn dans un cas. On a switché vers l'adalimumab dans 2 cas et vers l'infliximab dans 1 cas avec une évolution favorable.

Discussion: L'utilisation des nouvelles thérapeutiques est en plein développement et va bouleverser dans les prochaines années nos attitudes thérapeutiques pour les maladies chroniques. Bien qu'il s'agisse de thérapeutiques ciblées, les effets biologiques induits sont multiples et souvent encore mal compris, comme l'illustre la description de ces effets paradoxaux. Leur caractérisation et leur compréhension est indispensable afin de ne pas pénaliser leur utilisation et de permettre leur prise en charge optimale. Cela souligne aussi l'importance de leur déclaration à la pharmacovigilance et d'un suivi prolongé des patients traités par des équipes multidisciplinaires impliquant des pharmacologues, des épidémiologistes et des cliniciens.

Conclusion: Les effets biologiques induits par les anti-TNF alpha sont multiples et souvent encore mal compris, comme l'illustre la description de ces effets paradoxaux. Leur caractérisation et leur compréhension est indispensable afin de ne pas pénaliser leur utilisation et de permettre leur prise en charge optimale.

Références:

- [1] Lacana E, Amur S, Mummameni P, Zhao H, Frueh FW. The emerging role of pharmacogenomics in biologics. Clin Pharmacol Ther 2007;82:466—71.
- [2] M. Viguier, P. Richette. Manifestations cutanées paradoxales des anti-TNF-alpha Annales de dermatologie et de vénéréologie (2010) 137, 64—71



APPORT DE L'ECHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC D'UNE EPAULE DOULOUREUSE

Th.Germen; Dh .kaffel ; S.Boubaker ;M. Bouaziz ;A. Kasraoui ;S.Rebhi ;N.Boughanmi I.Zouch ;W. Hamdi ; M.M. Kchir

- Service de rhumatologie institut kassab manouba

- **Introduction:**

L'échographie est un examen non invasif et peu coûteux qui occupe une place de choix dans l'exploration des pathologies de l'épaule. Le but de notre étude est d'évaluer la place de l'échographie dans l'exploration des épaules douloureuses.

- **Matériels et méthodes:**

- Etude rétrospective portant sur 40 patients suivis à notre consultation durant la période 2008 - 2013 pour une épaule douloureuse explorée par échographie. Le syndrome de la coiffe des rotateurs est le diagnostic le plus recherché

- **Résultats:**

Il s'agit de 40 patients (26 femmes et 14 hommes) d'âge moyen de 51 ans [27-76 ans]. L'échographie était normale dans les 2/3 des cas. Quand elle était pathologique, elle avait retrouvé: un épanchement dans la bourse sous acromio deltoïdienne dans 45% des cas, un épanchement articulaire dans 26 % des cas, une rupture tendineuse totale dans 23.3% des cas (non transfixiante dans 36.7% des cas et transfixiante dans 63,3 % des cas) et enfin une calcification dans 3.3% des cas. Le tendon du supra épineux était le plus fréquemment touché (63.3% de tous les tendons).

- **Discussion**

plusieurs études ont démontré le grand intérêt de l'échographie dans le diagnostic d'une épaule douloureuse

- Différentes études comparant, avant chirurgie, l'IRM à l'arthrographie et à l'échographie ont démontré que cette dernière est aussi sensible et spécifique que les autres examens pour le diagnostic de rupture complète de la CR

- **Conclusion:**

L'échographie de l'épaule est un complément idéal des clichés radiologiques standard. Elle fait le bilan des lésions tendineuses et démontre certains facteurs étio-pathogéniques permettant d'orienter le traitement de façon spécifique. Elle nécessite en revanche une grande rigueur, une systématisation dans la conduite de l'examen et surtout un appareil de haut de gamme qui seul autorise un véritable démembrement de ces pathologies.

A PROPOS D'UN CAS D'HYDATIDOSE HUMÉRALE ET SCAPULAIRE

A. khelifi; N. Tlili; I. Sboui; Y. Jeridi; A. Belkadi; A. Bouguira; F. Saadaoui; MH. Mehrzi
Service des Urgences - Traumatologie. Institut Mohamed Kassab d'orthopédie. Ksar Said

INTRODUCTION:

La localisation du kyste hydatique au niveau de l'os est rare. Elle pose un problème à la fois diagnostique et thérapeutique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, aux antécédents chirurgicaux de kyste hydatique du foie, qui nous a consulté pour des douleurs et raideur de l'épaule gauche. Les radiographies standards ont montré un os raréfié avec des images lytiques de l'humérus et de l'omoplate.



Fig.1: Radiographies de l'humérus gauche: Fracture peu déplacée du tiers supérieur de l'humérus. Noter, un aspect raréfié de l'os siège des petites images ostéolytiques confluentes infracentimétriques et l'absence de réaction périostée.

La TDM a objectivé une lésion épiphysio-métaphysio-diaphysaire de l'humérus qui érode la corticale et la détruit en plusieurs endroits, avec une lésion identique au niveau de l'omoplate.



Fig.2: TDM de l'humérus gauche reconstruction coronale: Erosions du versant endostéale de la corticale de l'humérus avec présence d'images kystiques occupant le canal médullaire et s'étendaient dans les parties molles en regard de la fracture.

L'IRM a permis de visualiser l'extension intramédullaire métaphysio-diaphysaire proximale de l'humérus avec un aspect kystique multi vésiculaire et la présence de multiples lésions kystiques des tissus mous de signal variable.



Fig.3: IRM de l'humérus gauche: séquences coronales SE T1 (a), STIR (b) et des séquences axiales SET2 (c): Images kystiques en hyposignal T1 et hypersignal T2 au niveau de la diaphyse et de la métaphyse humérale étendue aux parties molles adjacentes à la fracture.

La désarticulation de l'épaule avec scapulectomie à été posée mais la patiente a refusé ce traitement radical. Il a été fait un traitement palliatif type évidement des kystes et curetage de l'os. La fragilisation osseuse de l'extrémité supérieure de l'humérus a imposé la mise en place d'un spacer en ciment chirurgical et la stabilisation par un fixateur externe type Hoffman. Un traitement médical par l'Albendazole a été associé au traitement chirurgical. Le résultat fonctionnel et anatomique au dernier recul était bon sans signes de récidence.

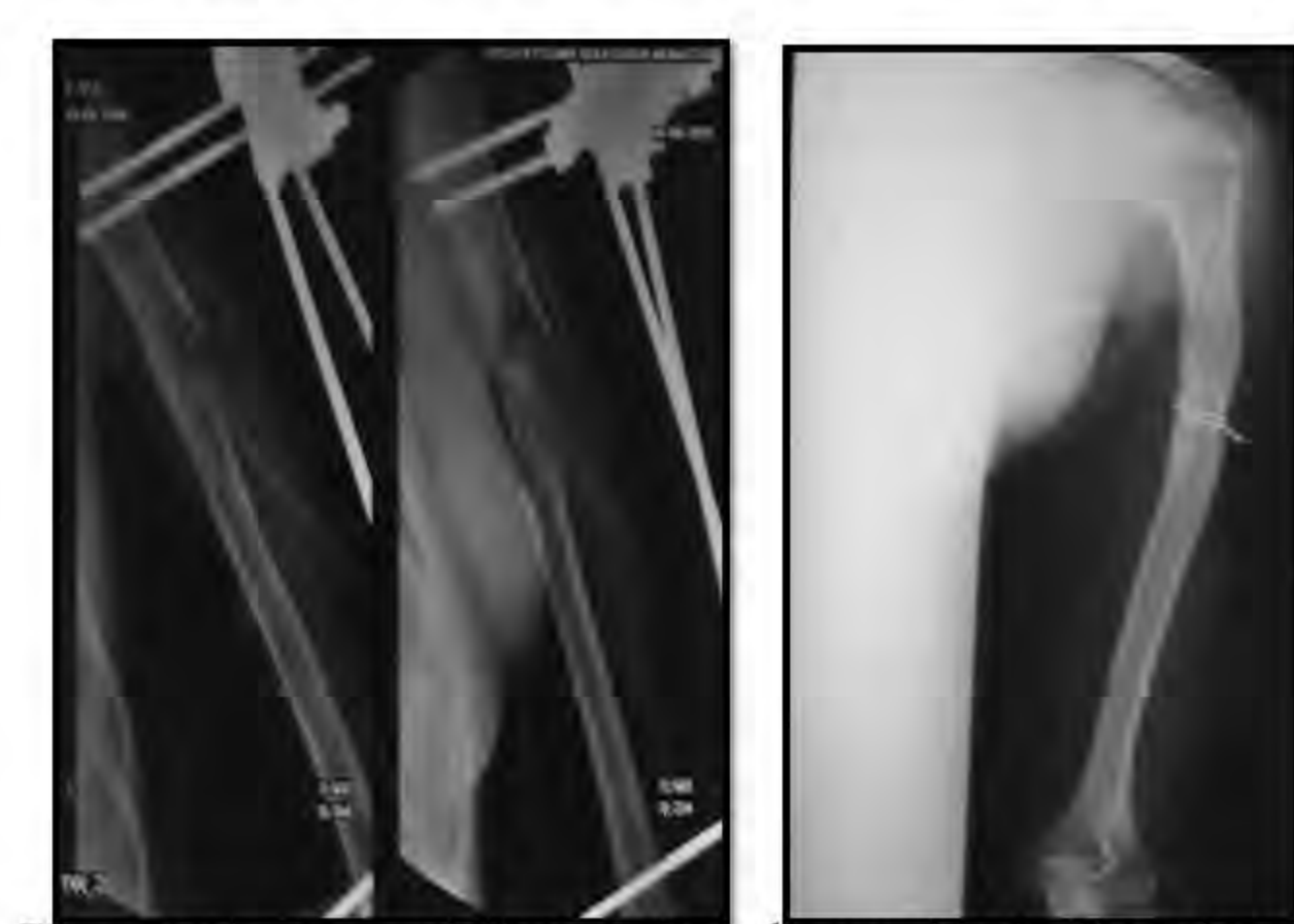


Fig.4: après un recul d'un an, la radiographie de l'humérus a montré une fracture consolidée sans signes de récidence

DISCUSSION:

L'échinococcose osseuse est rare même en pays d'endémie (0.9 à 2.5 % de l'ensemble des localisations). La localisation rachidienne se rencontre dans 44% des cas. L'atteinte humérale est exceptionnelle (7% de l'ensemble de localisations osseuses). L'atteinte osseuse est souvent primitive. Elle se fait par voie hématogène. Au niveau des os longs, les lésions se développent en épiphysio-métaphysaire (tropisme parasitaire vers les régions richement vascularisées) avec une extension secondaire à la diaphyse.

Cette affection demeure longtemps asymptomatique. Parfois une douleur, une tuméfaction, une déformation ou une fracture pathologique peuvent révéler la parasitose. La biologie peut révéler une augmentation de la vitesse de sédimentation et une hyperéosinophilie. Les réactions sérologiques sont souvent négatives dans la localisation osseuse.

La radiographie standard montre le plus souvent des images lacunaires multi localisées mal limitées réalisant l'aspect classique « en nid d'abeille » dans les régions métaphysaire ou épiphysaire, s'étendant ensuite vers la diaphyse avec la possibilité d'avoir une corticale soufflée. L'absence de modification de la morphologie générale de l'os, de condensation ou d'apposition périostée sont des signes négatifs primordiaux à l'approche diagnostique.

A ce stade d'exploration, le diagnostic différentiel se pose soit avec des pathologies osseuses malignes primitives ou secondaires, soit avec une atteinte infectieuse tuberculeuse, à pyogène ou actinomycotique.

La tomodynamométrie montre des lésions de densité hydrique associées à des vésicules filles dans les parties molles adjacentes. L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de choix pour le diagnostic positif et le bilan lésionnel. Les séquences en pondération T2 et STIR précisent l'extension microvésiculaire dans l'os spongieux et dans les parties molles. Les vésicules apparaissent en hyposignal T1 et hypersignal franc T2 sans rehaussement après injection de gadolinium. La scintigraphie trouve son intérêt dans la détection d'une autre localisation asymptomatique.

Le traitement actuel de l'hydatidose osseuse est médico-chirurgical. Le traitement médical consiste en une antibiothérapie par Albendazole (Zentel). La chirurgie est à discuter en fonction de la localisation de la lésion, de l'âge du patient et des risques de fracture. Elle consiste en une exérèse de type « carcinologique » avec un lavage au sérum hypertonique.

CONCLUSION:

Le kyste hydatique osseux demeure une affection rare et de mauvais pronostic. La latence clinique et l'absence de stigmates biologiques et de signes radiologiques spécifiques sont responsables d'un retard diagnostique aboutissant à une extension maligne des lésions justifiant un traitement chirurgical basé sur une exérèse type « carcinologique ».



TOLÉRANCE DES ANTI-TNF ALPHA AU COURS D'UNE INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C

M.Slouma, K. Ben Abdelghani, L Souabni, S Kassab, A Laatar, S chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ Les complications infectieuses représentent une préoccupation légitime au cours du traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR) par traitement anti-TNF.
- ❖ Il existe peu de données concernant la tolérance des anti-TNF chez les patients porteurs chroniques du VHC.
- ❖ Nous rapportons à ce propos l'observation d'un patient atteint de PR et porteur d'une hépatite C chronique qui a été traité par l'etanercept.

MATERIEL ET METHODE

Nous rapportons le cas d'un patient suivi à l'hôpital Mongi Slim, Marsa, pour une PR séropositive et érosive évoluant depuis l'âge de 26 ans, développant une hépatite C après sa mise sous anti TNF.

OBSERVATION

- ❖ Mr N.H, âgé de 52 ans
- ❖ suivi pour une PR séropositive et érosive évoluant depuis l'âge de 26 ans.
- ❖ Sa PR était résistante au traitement usuel (methotrexate, salazopyrine) ayant nécessité le passage aux anti-TNF.
- ❖ Le bilan pré-antiTNF a révélé **une hépatite C active** ayant justifié le recours à un traitement anti-viral à base d'interféron et de ribavirine.
- ❖ **L'etanercept** à la dose de 50mg /semaine a été démarré au troisième mois du traitement anti-viral.
- ❖ Une surveillance trimestrielle du bilan hépatique a été effectuée.
- ❖ La charge virale était devenue indétectable et les transaminases s'étaient normalisées au bout de trois mois.
- ❖ Le traitement anti-viral a été institué durant un an. Ce bilan hépatique est resté stable avec un recul actuel de 4 ans.
- ❖ Sur le plan articulaire, l'etanercept était efficace comme attesté par la baisse du Score de l'activité (DAS28) qui était passé de 4.7 à 2.8.

DISCUSSION

- ❖ L'effet des anti-TNF sur la réplication virale paraît incertain.
- ❖ Des études de cas suggèrent que les anti-TNF n'ont pas d'effets délétères et pourraient même avoir un effet bénéfique sur l'hépatite chronique C [1] [2].
- ❖ L'efficacité du traitement anti-TNF sur la PR ne semble pas être influencée par l'infection par le VHC.

CONCLUSION

- ❖ Il est indispensable de réaliser la sérologie du VHC avant la mise en route d'un traitement anti-TNF.
- ❖ Une sérologie VHC positive ne contre indique pas ce traitement, mais nécessite une surveillance stricte des transaminases et de la charge virale.

[1] Aslanidis S, Vassiliadis T, Pyrpassopoulou A et al. Inhibition of TNF alpha does not induce viral reactivation in patients with chronic hepatitis C infection : two cases. Clin Rheumatol 2007; 26 : 261 - 4.

[2] Veloup C et al. Effects of tumor necrosis factor antagonist treatment on hepatitis C - related immunological abnormalities. Eur cytokine Netw 2006; 17 : 290-3



MALADIE OSSEUSE DE PAGET : PARTICULARITES CLINIQUES, PARACLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

D. Amri ; Z. Alaya ; K. Baccouche ; H. Zeglaoui ; S. Belghali ; H. Ben Fredj ; N. Amara ; A. Jamel ; E. Bouajina.

Introduction

La maladie osseuse de Paget est une ostéodystrophie acquise bénigne, caractérisée par un remaniement osseux excessif et anarchique pouvant affecter un ou plusieurs os. Le but de notre travail est de préciser les aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques de cette maladie.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective portant sur 18 patients atteints d'une maladie de Paget colligés dans le service de Rhumatologie sur une période de 15 ans (1998-2013).



Résultats

Il s'agit de 11 femmes et de 7 hommes d'âge moyen 66 ans (45-83ans). La maladie osseuse de Paget était de découverte fortuite dans 2 cas (11,1%) et diagnostiquée à l'occasion de douleurs osseuses dans 15 cas (84,3 %) et de fracture pathologique dans un cas (5,6 %). Des signes vasomoteurs étaient retrouvés chez 1 patient (5,6%). Une élévation des phosphatases alcalines était présente dans 14 cas (77,8 %). Un aspect radiographique évocateur de maladie de Paget était retrouvé chez 14 patients. Pour les 4 autres patients, une IRM, une TDM et une biopsie osseuse ont été réalisés confirmant le diagnostic de la maladie. Les os touchés étaient: fémur dans 4 cas (22,2 %), bassin dans 12 cas (66 %), tibia dans 3 cas (16,7 %) , rachis lombaire dans 3 cas (16,7%), humérus dans 2 cas (11,1%) , crane dans 2 cas (11,1%), rachis dorsal dans 1 cas (5,6%) et épaule dans 1 cas (5,6%). La scintigraphie osseuse faite chez 10 patients a montré une hyperfixation dans tous les cas. Il s'agissait de forme polyostotique dans 27,8 % des cas. Des complications ont émaillé l'évolution de la maladie dans 83% des cas : ostéoarticulaire (72,2%), neurologiques (11,1%) Un traitement par bisphosphonates a été prescrit chez 12 patients (66,7%) : pamidronate dans 8 cas, résidronate dans 7 cas et acide zolédronique dans un cas. L'évolution a été marquée par l'amélioration des douleurs chez 7 patients avec une normalisation des phosphatases alcalines dans 6 cas.

Discussion

- La maladie de Paget est une maladie osseuse évolutive, caractérisée par une hypertrophie des pièces osseuses et une augmentation du remodelage osseux.
- Les formes asymptomatiques sont les plus fréquentes (90%), dans notre série 11,1%.
- Douleurs et déformations qui caractérisent l'évolution clinique de la maladie ne sont pas des paramètres d'évaluation simple.
- Elle atteint principalement le bassin (près des 3/4 des atteintes), le crâne (40 %), le rachis lombaire (50%) et les os long. Dans notre travail le bassin est le plus touché 66 % des cas .
- L'aspect radiographique est caractéristique.
- Dans la plupart des cas, les marqueurs biologiques du remodelage osseux sont suffisants pour suivre l'effet des traitements. La phosphatase alcaline totale est le marqueur le plus utile.
- L'objectif du traitement est la normalisation de ces marqueurs biologiques, meilleur garant de la prévention des complications de la maladie.

Conclusion

La maladie osseuse de Paget est une dystrophie osseuse focalisée évolutive. Son pronostic dépend de la survenue de complication. Son traitement est fonction de l'évolutivité de la maladie et de la localisation et repose sur les bisphosphonates.

1- C. Alexandre. Maladie osseuse de Paget, EMC14-023-R-10.
2- Pr. J.L. KUNTZ. MALADIE DE PAGET (225).
3- M.F.Baslé, M.Audran. ASPECTS ACTUELS DE LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET. Rev Med Inerne..IM



AMELIORATION SPECTACULAIRE SOUS INFLIXIMAB D'UNE MALADIE DE STILL DE L'ADULTE

I. Cherif ; H. Sahli ; R. Tekaya ; L. Dridi ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une affection systémique rare, caractérisée par une hyperproduction de cytokines en particulier l'IL6, l'IL18 et le TNF alpha. Son traitement reste mal codifié mais bénéficie des progrès réalisés dans le domaine de la physiopathologie. L'utilisation des anti TNF alpha représente en effet un versant de ces progrès.

Nous rapportons dans ce cadre le cas d'un patient présentant une MSA traitée par un anti TNF alpha avec une efficacité assez remarquable.

MATERIELS ET METHODES:

Nous Rapportons de façon rétrospective un cas de patient suivi pour maladie de Still traité par Infliximab. Nous décrivons l'évolution sur le plan clinique biologique et structurale sous Infliximab.

CAS CLINIQUE:

Monsieur H.M, 29 ans, aux antécédents d'encéphalopathie d'étiologie inconnue et de maladie de Basedow, est suivie depuis l'âge de 25 ans pour une MSA avec atteinte articulaire destructrice. Le patient a été traité initialement par Méthotrexate et Prednisone. Il a reçu aussi 2 bol us de corticoïdes et un bolus combiné de corticoïdes et Cyclophosphamide avec un soulagement partiel à chaque cure puis échappement rapide.

Un traitement par l'Infliximab, a été indiqué chez ce patient. Ce traitement a été débuté en Juillet 2010 à la dose de 3 mg /Kg / perfusion. L'évolution a été spectaculaire. En effet, on a noté à la quatrième cure une disparition des réveils nocturnes et de la raideur matinale, le compte articulaire était de 0/1, la VS était à 5mm et la CRP était à 2.

Actuellement le patient est à sa 16ème cure et on ne note pas d'échappement à l'Infliximab.

DISCUSSION:

Deux formes de MSA peuvent être distinguées au diagnostic : l'une bruyante avec fièvre élevée, sérite et cytolyse hépatique sans arthrite évoluant sur un mode intermittent, l'autre plus indolentes, associe des arthrites, des érosions osseuses et évolue sur un mode chronique et c'était le cas de notre observation.

L'absence d'essais contrôlés, difficiles à envisager, compte tenu de la rareté de la maladie fait que les indications thérapeutiques restent largement empirique et fondées sur l'analyse des observations rapportées et sur les analogies avec le traitement des grands rhumatismes inflammatoires(1).

La corticodépendance et les effets indésirables sous corticoïdes sont fréquents, imposant l'introduction précoce du méthotrexate à titre d'épargne cortisonique (2). Dans certains formes rebelles aux méthotrexate, une biothérapie peut être envisagée.

L'Infliximab est un anticorps monoclonal chimérique qui se lie aux anti TNF alpha avec une forte activité et neutralise son activité biologique. Ce médicament a prouvé son efficacité au cours de la MSA et constitue ainsi une alternative thérapeutique intéressante comme c'était le cas de Mr HM (3).

CONCLUSION:

La MSA a bénéficié des avancés physiopathologiques.

Le traitement par Infliximab apparaît comme une option thérapeutique utile et efficace dans la prise en charge de la MSA résistante aux thérapeutiques classiques.

REFERENCES :

- 1)Gerfaud-Valentin.M, Maucort-Boulch.D, Hot.A et all. Evaluation de la réponse thérapeutique, des facteurs pronostiques évolutifs et de la résistance du traitement de la maladie de Still de l'adulte : etude d'une cohorte rétrospective de 57 cas. Rev Med interne 2012 ;33 :28-89.
- 2)Pouchot.J, Vinceneux.P. Diagnostic évolution et pronostic, pathogénie et traitement de la maladie de Still de l'adulte. Presse Med 2004 ;33 :1019-25.
- 3)Mercie.P, Cipriano.C. Traitement de la maladie de Still de l'adulte par l'Infliximab(Remicade) à propos de 2 observations. Rev med interne 2001 ;22 :573-74.



TROUBLES TROPHIQUES MICRO-ANGIOPATHIQUES DES EXTREMITÉES DES MEMBRES EN MILIEU RHUMATHOLOGIQUE

W. Bouselmi ; I. Mahmoud ; O. Saidane; R. Tekaya; H. Sahli ; L. Abdelmoula ; R. Zouari ,
service de rhumatologie, hopital Charles Nicole, Tunis.

INTRODUCTION :

Les microangiopathies sont de causes multiples et variées.

La démarche étiologique est l'étape essentielle: analyse clinique précise et méthodique, qui permet très souvent d'approcher la pathologie causale et d'orienter ainsi les explorations paracliniques.

Le but de notre étude est de décrire le profil étiologique et la conduite thérapeutique des troubles trophiques d'origine microangiopathiques dans un service de Rhumatologie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Etude rétrospective des dossiers de patients hospitalisés pour un trouble trophique des extrémités au service de rhumatologie sur une période de 10 ans.

	cas 1	cas2	cas3	Cas 4	cas5	Cas 6	cas7
Sexe	F	F	F	F	F	F	H
Age	43	49	56	58	47	44	63
Microangiopathie	Nécrose digitale	Ulcère + nécrose digitale	Ulcère + Nécrose digitale	Ulcère Nécrose digitale	Ulcère digital	Ulcère + Nécrose digitale	Nécrose du talon+orteil
Raynaud	-	+	+	+	+	+	-
SIB	+	+	+	+	-	+	+
Etiologie	PAN	ScS	ScS	ScS	ScS	LED	Sd des anti Phospholipides+ SGS
Traitement	Bolus combiné	Ica + Iloméline	Ica + Iloméline	Ica	Ica	Ica + Iloméline	anticoagulants revascularisation

CONCLUSION :

Les causes des microangiopathie sont dominées par les connectivites, notamment La sclérodermie systémique .

Une prise en charge adéquate et rapide est nécessaire afin d'éviter des conséquences fonctionnelles qui peuvent être gravissimes.

RESULTATS:

Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de 7 patients ont été résumées dans le tableau I

DISCUSSION:

Les principales causes des microangiopathies, sont les connectivites, au premier rang desquelles la sclérodermie.(n=4).

Il y a cependant de multiples autres causes possibles: les vascularites(1 cas de PAN), en particulier la maladie de Buerger, les causes professionnelles comme le syndrome du marteau hypothénar ou les vasculopathies obstructives .

Plus rarement, on peut trouver comme cause une cryoglobulinémie, une thrombocytémie essentielle ou maladie de Vaquez, voire une tumeur solide.

Il peut s'agir d'un mode inaugural.

Il faut dans tous les cas aussi rechercher une cause médicamenteuse

La prise en charge thérapeutique repose d'abord sur le traitement de la cause de l'ischémie digitale, seul moyen d'éviter les récives. Letraitement médical vasoactif fait appel, dès l'ischémie est sévère, aux analogues de prostacycline (Iloprost®)(n=3)



HEPATOTOXICITE DES ANTI-TNF-ALPHA AU COURS DES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Objectif:

- Evaluer la tolérance hépatique des anti-TNF-alpha (ATF) au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Résultats:

- 3 patients ont été inclus (2H/1F), d'âge moyen 34ans [30-43]. La fréquence de survenue des EIH était de (3.1%) de l'ensemble des patients sous ATF(95). Le délai moyen de survenue de l'EIH était de 5mois. Il s'agissait d'une cytolysé hépatique sous Infliximab (INF) nécessitant son arrêt définitif dans tous les cas. 2 patients étaient suivis pour une Spondylarthrite ankylosante avec un nombre moyen de traitement de fond antérieur de 1.3. On a noté des antécédents de cytolysé hépatique sous 10mg/semaine de méthotrexate (1). Le 3^{ème} cas était une femme traitée pour une polyarthrite rhumatoïde rebelle aux traitements conventionnels. L'arrêt de l'INF a permis la normalisation du bilan hépatique (100%). Un bilan étiologique exhaustif a exclu dans tous les cas les autres causes de cytolysé hépatique (activation d'une hépatite auto-immune latente, réactivation d'une hépatite virale..). Tous les patients ont bénéficié d'une rotation vers l'Etanercept (2cas) et de 2 rotations (Etanercept puis Humira: 1cas). Aucun cas d'hépatite fulminante ou admission en unités de soins intensifs n'a été répertorié.

Discussion:

- La toxicité hépatique des ATF est rarement soulignée; quelques hépatites médicamenteuses graves ayant été néanmoins rapportées. Une étude prospective hollandaise, colligeant 150 patients atteints de spondylarthrite ankylosante, avait analysé la tolérance hépatique de l'Etanercept. La fréquence des EIH était de 4%. Notre étude a recensé 3.1% d'EIH de l'ensemble des patients sous ATF. Les auteurs ont discuté l'imputabilité potentielle des AINS, d'une stéatose hépatique. Mais, le seul facteur prédictif indépendant était le BMI avec un BMI moyen de 31 chez les sujets développant une cytolysé hépatique versus 25 chez les sujets contrôles [1]

Matériels et méthodes:

- On a recensé de façon rétrospective les dossiers des patients traités par ATF et qui ont développé des effets indésirables graves hépatiques (EIH). Les EIH ont été considérés comme graves s'ils mettaient en jeu le pronostic vital, laissaient des séquelles, ou nécessitaient un arrêt des ATF sur une longue période.

Référence :

- [1] [van Denderen JC, Blom GJ, van der Horst-Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Elevated liver enzymes in patients with ankylosing spondylitis treated with etanercept. Clin Rheumatol 2012 Dec;31\(12\):1677-82.](#)
-
-



PREDICTIFS D'INDUCTION DE LA DOULEUR PAR LES INFILTRATIONS PERIDURALES

H.Sahli ; I.Cherif ; R.Tekaya ; L.Dridi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; L.Abdelmoula ; L.Chaabouni ; R.Zouari

Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

La douleur induite par les infiltrations périurales aux corticoïdes est peu étudiée dans la littérature. Les facteurs prédictifs de la genèse de cette douleur sont variables. L'objectif de ce travail est d'étudier les facteurs prédictifs d'induction de la douleur par les infiltrations périurales de corticoïdes chez l'adulte.

PATIENTS ET METHODES:

Etude observationnelle monocentrique sur une période de 6 mois incluant les patients présentant une lombosciatique commune et chez qui des infiltrations périurales aux corticoïdes étaient pratiquées.

Les données démographiques ont été relevées.

L'évaluation de la douleur a été réalisée à l'aide de l'échelle visuelle analogique de Huskisson (EVA).

Les facteurs prédictifs de genèse de la douleur par l'infiltration périurale ont été recherchés.

RESULTATS:

44 infiltrations périurales ont été réalisées chez 17 patients.

12 hommes et 5 femmes.

Age moyen: 53,6 ans [40-85].

L'EVA avant infiltration était de 5,52 mm [0-10] et après l'infiltration elle était passée à 6,72 mm (2,5-10).

Ceci correspondait à une augmentation de l'EVA dans 57% des cas.

Facteurs prédictifs de la genèse de la douleur post infiltration:

Facteur prédictif	P
Age jeune	0,022
Intensité de la douleur initiale	0,001

Facteurs protecteurs: Existence de comorbidité: p=0,006

	Signification
Sexe	0,068
Origine	0,273
Niveau d'étude	1,194
Nombre d'enfants à charge	0,487
Niveau socioéconomique	0,823
Antécédents de geste similaire	0,714
Nombre de gestes similaires antérieures	0,741

DISCUSSION:

La douleur induite par les soins est toute douleur causée par le médecin, le soignant ou le thérapeute. Cette douleur survient dans des circonstances prévisibles et elle est susceptible d'être prévenue(1).

La douleur induite par les infiltrations périurales aux corticoïdes est une douleur induite par les soins. Il y'a peu de séries qui ont étudié cette douleur. D'après IDALGIA les facteurs de risque de genèse de cette douleur sont le jeune âge, le sexe féminin, l'absence de geste préalable, et l'intensité de la douleur initiale(2). Dans notre étude, cette douleur était corrélée de façon significative à l'âge jeune et l'intensité de la douleur initiale.

La prévention de cette douleur passe par la mise en confiance du patient, le confort du soignant et l'information du patient(3).

La musicothérapie douce est un moyen qui a prouvé son efficacité dans la diminution des douleurs des lombalgies et peut être utilisée au moment de l'infiltration.

CONCLUSION:

Les infiltrations périurales aux corticoïdes peuvent être à l'origine de douleurs induites sous l'intrication de plusieurs facteurs. L'étude de ce type de douleur est intéressante afin d'établir des attitudes préventives.

REFERENCES:

- 1)Couteaux et al. Douleur et analgésiques 2008
- 2)Perrot S et al. Impact Med 2007
- 3) S.Pouplin et al. Prévention et prise en charge des douleurs induites par les gestes en Rhumatologie. Douleur:Evaluation-diagnostic-traitement(2006)



SYNDROME SAPHO : à propos de 12 cas

A. Souissi ; I. Gharsallah ; S. Halouani ; L. Metoui ; R. Dhahri ; N. boussetta ; B. Louzir ; S. Othmani
Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction

Le syndrome SAPHO est une entité rare que la plupart des auteurs intègrent dans le cadre des spondylarthropathies. La reconnaissance de ce syndrome comme entité pathologique à part entière a permis de considérables progrès thérapeutiques notamment avec l'avènement des bisphosphonates et des anti TNF alpha. Le but est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutifs de ce syndrome récemment individualisé.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective colligeant douze patients présentant un syndrome SAPHO suivis au service de Médecine Interne de l'Hôpital Militaire de Tunis durant la période étalée entre 1995 et 2011.

Résultats

L'âge moyen de début du syndrome SAPHO était de 33 ans avec un sexe ratio égal à 1. Le délai diagnostique moyen était de 5 ans. A la phase d'état, les signes cutanés étaient présents dans 7 cas. **L'atteinte ostéoarticulaire était dominée par la paroi thoracique antérieure (6 cas) et le squelette axial (9 cas).**

Le typage HLA B27 était positif dans 3 cas. Sur le plan radiologique, une **condensation vertébrale** a été observée dans 2 cas. Une **sacroiliite** a été notée dans 8 cas. Une **ostéite du coude gauche** a été observée dans 1 cas. La scintigraphie osseuse a été réalisée dans onze cas et a montré une hyperfixation des sites atteints.

Une tomodensitométrie des sacroiliaques a permis de confirmer la sacroiliite dans 5 cas.

Une IRM du rachis a été pratiquée dans deux cas. Elle a montré une hétérogénéité de plusieurs plateaux vertébraux dans 1 cas et un hyposignal en C6 associé à un syndesmophyte C6-C7 dans 1 cas.

Les antalgiques et les AINS prescrits dans tous les cas, étaient suffisants dans 7 cas. Le recours à un traitement de fond a été nécessaire dans 5 cas (sulfasalazine dans 4 cas, méthotrexate dans 3 cas, pamidronate intraveineux dans 1 cas et Etanercept dans un autre cas).

Discussion: Le syndrome SAPHO est inclus par de nombreux auteurs dans le cadre des spondylarthropathies vu l'atteinte fréquente des enthèses, l'association aux entérocolopathies inflammatoires et la présence de l'antigène HLAB27 dans 13 à 30% des cas. Les résultats de notre étude en comparaison aux séries les plus récentes rejoignent les données de la littérature en plusieurs points : la rareté du syndrome SAPHO, le sexe ratio de 1, la prédominance chez les sujets d'âge jeune et l'absence d'atteinte cutanée dans à peu près un tiers des cas. Dans notre série, contrairement aux données de la littérature, l'atteinte rachidienne a été plus fréquente que l'atteinte de la paroi thoracique antérieure. Le pamidronate et l'éta nercept ont été utilisés dans les cas les plus résistants avec de très bons résultats.

Conclusion: Un diagnostic précoce du syndrome SAPHO permet d'éviter des examens inutiles et des traitements inefficaces.



Place des anti-TNF α dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante

N. Elamri, K. Baccouche, S. Belghali, Z. Alaya, H. Zeglaoui, H. Ben Fredj, N. Amara, I. ben Smida, A. Jamel, E. Bouajina

Service de Rhumatologie CHU Farhat HACHED Sousse

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante est un rhumatisme inflammatoire chronique responsable d'un handicap fonctionnel important. Son traitement était basé, pendant des années, sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la rééducation fonctionnelle. Cependant l'avènement des anti-TNF α a révolutionné sa prise en charge.

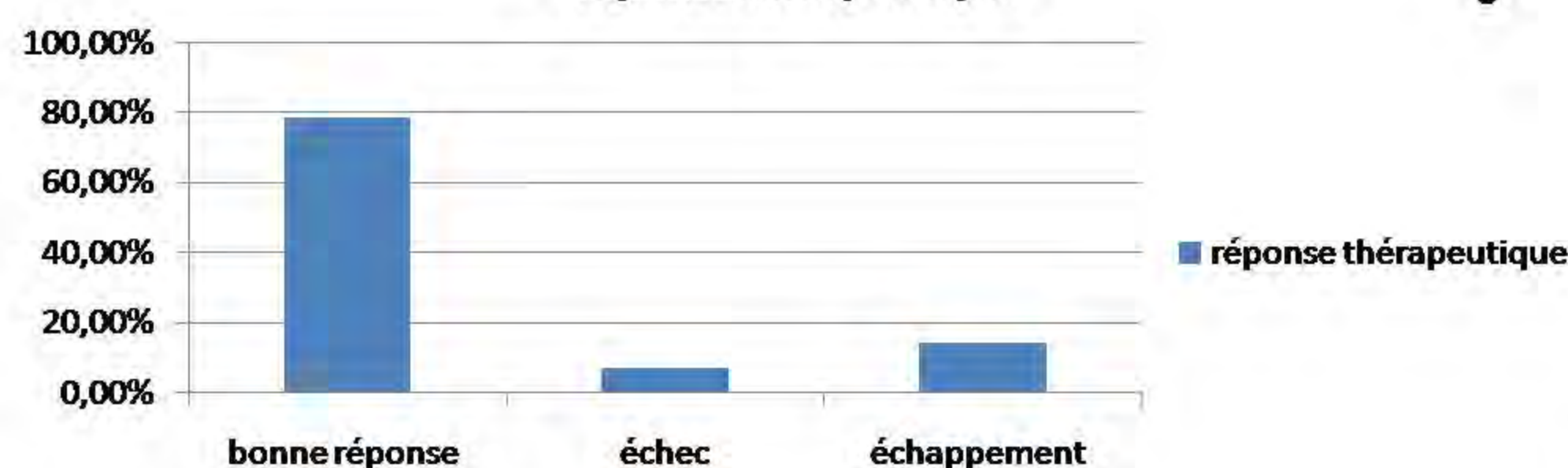
L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité des anti-TNF α chez des patients porteurs de SPA.

Résultats :

L'âge moyen de la population est de 36,35 ans [24-53] avec une prédominance masculine 92,8%. La durée d'évolution moyenne de la maladie est de 10,4 ans. La forme prédominante est la forme axiale (78,5%). La moitié des patients sont porteurs d'une coxite. Le BASDAI et le BASFI moyens de départ sont respectivement 57,8% et 58,3%. Les traitements utilisés sont respectivement l'etanercept (57,2%), l'adalimumab (28,5%) et l'infliximab (14,3%). Une amélioration clinique attestée par une amélioration des scores d'activité de la maladie est obtenue dans 78,5% des cas. Un échappement thérapeutique est noté dans 14,28 alors que l'échec thérapeutique est observé dans 7,1% nécessitant le changement de l'anti-TNF α . Un seul effet indésirable grave est survenu sous infliximab (une aplasie fébrile associée à une toxidermie et une candidose oesophagienne).



réponse thérapeutique



Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une rétrospective sur une période de 6ans portant sur 14 patients porteurs d'une SPA traités par des anti-TNF α , colligés au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse.

Discussion :

Le TNF α est un médiateur pro-inflammatoire identifié comme étant une molécule importante dans la physiopathologie des spondylarthropathies. En effet, l'ARNm du TNF α a été mis en évidence dans des prélèvements biopsiques de sacro-iliaques de patients atteints de SA. De ce fait les anti TNF α constituent actuellement une pierre angulaire dans le traitement de ce rhumatisme inflammatoire.

Selon une méta-analyse réalisée par Juan Montilla Salas et al sur 1094 patients dont 660 étaient traités par des anti TNF, une amélioration de la réponse ASAS20 était observée dans le groupe des patients sous anti TNF α et le groupe témoin respectivement dans 60.4% et 22.1% des cas. Ceci témoigne de l'efficacité de ce traitement

Selon les recommandations de la Société française de rhumatologie le recours aux anti TNF est indispensable si la maladie est active depuis plus d'un mois avec un BASDAI supérieur ou égal à 4 pour les formes à prédominance axiale ou supérieur ou égal à trois articulations douloureuses et gonflées. un échec préalable à au moins trois AINS pour les formes axiales et à un traitement de fond pour les formes périphériques est nécessaire.

Conclusion:

L'efficacité des anti-TNF α a été prouvée dans la spondylarthrite ankylosante avérée, résistante à plusieurs AINS ou des traitements de fond conventionnels. Cependant les patients traités par des anti-TNF α doivent être surveillés et évalués de façon rapprochée vu le risque infectieux important et la possibilité d'échappement thérapeutique.



Effets indésirables des biothérapies

Souayah A, Mahmoud I, Dridi L, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L, Zouari R

Introduction

➤ Les biothérapies constituent un avènement dans la stratégie thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) permettant une meilleure prise en charge, ces traitements ont néanmoins de nombreux effets indésirables qu'il faut connaître.

➤ Nous proposons à travers ce travail d'exposer les effets indésirables des biothérapies ainsi que leur prise en charge.

Matériels et méthodes

Étude rétrospective portant sur les patients sous biothérapies depuis au moins 3 mois.

Résultats

Ont été colligées 83 dossiers, le tableau 1 résume les paramètres épidémiologiques des patients, le RIC et la biothérapie prescrite. Les indésirables ont été rapportés dans 21% des cas. Le tableau 2 résume les différents effets indésirables consignés chez nos patients. Les effets indésirables mineurs ont nécessité juste une surveillance, ceux de gravité moyenne un arrêt transitoire de la biothérapie, les plus graves ont nécessité l'arrêt définitif de la biothérapie et une prise spécialisée.

Paramètres	Résultats
Age moyen	46,72 ans
Sexe	Hommes 30 Femmes 53
RIC	Polyarthrite rhumatoïde 53 Spondylarthropathie 28 Maladie de Still 1 Maladie de Behçet 1
Biothérapies	Infliximab 28 Etanercept 32 Adalimumab 10 Rituximab 21

Tableau 1: Paramètres épidémiologiques des patients, le RIC et la biothérapie prescrite.

	Mineur	De gravité moyenne	Majeur
Infliximab	Éruption cutanée 2	Cytolyse hépatique 1 Péricardite 1	Rougeur cutanée généralisée 2 Choc anaphylactique 2 Neuropathie périphérique 1
Etanercept	Psoriasis 1	Leucopénie 1	Dermatopolymyosite 1
Adalimumab	Réaction cutanée au point d'injection 2	0	0
Rituximab	Pic hypertensif 3	0	Néoplasie de l'ovaire 1 Trouble du rythme 1 Choc anaphylactique 1

Tableau 2: Effets indésirables

Conclusion

Les biothérapies ont changé le pronostic des rhumatismes inflammatoires chroniques..
Les effets indésirables sont nombreux, il faut savoir les guetter et les traiter.



A PROPOS D'UN CAS D'ATTEINTE HEPATIQUE SECONDAIRE AU RITUXIMAB

R. Tekaya ; L. Dridi ; H. Sahli ; L. Abdelmoula ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de rhumatologie, Hopital Charles Nicolle

Introduction

L'atteinte hépatique sous Rituximab est le plus souvent en rapport avec une réactivation d'hépatite virale. Une hépatotoxicité propre au traitement est exceptionnelle. Nous rapportons à ce propos une observation.

Observation

- Monsieur A.H âgé de 76ans
- ATCDs=RAS
- Suivi pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive et érosive évoluant depuis 8ans.
- DEMARDs antérieurs= Méthotrexate(15mg/semaine) arrêté pour fibrose pulmonaire et Salazopyrine arrêtée pour inefficacité. Le Rituximab lui était alors prescrit.
- La cure de Rituximab s'est déroulée sans incidents mise à part des chiffres tensionnels élevés bien contrôlés. Le patient recevait 10mg de prednisone.
- Dix jours après la cure, il a été réhospitalisé pour asthénie et état subfébrile.
- Examen physique =sans particularités.
- Biologie : cytololyse hépatique importante + cholestase. Les chiffres d'ASAT étaient à 8,5xN, les ALAT et les GGT à 5xN.

Enquête étiologique:

- ✓ Echographie abdominale =sans anomalies.
 - ✓ Bilan pancréatique = normal.
 - ✓ Sérologies des hépatites virales = négatives.
 - ✓ Bilan immunologique comportant les anticorps anti-tissus = négatif.
- L'évolution était marquée par la normalisation progressive et spontanée du bilan hépatique (**Courbe 1**)
- Le rituximab était incriminé dans cette atteinte hépatique

Courbe 1: Evolution des chiffres d'enzymes hépatiques



Discussion

- Globalement, la tolérance du rituximab est bonne comme le confirme la très longue expérience dans les lymphomes et la PR.
- Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont des effets indésirables lors de la perfusion (malaise, hypotension, céphalées...) , une cytopénie ou encore les infections qui sont le plus souvent non graves.
- La plupart des atteintes hépatiques survenues sous Rituximab rapportées dans la littérature, sont en rapport avec une réactivation virale notamment de l'hépatite B ou une aggravation de la virémie ou cours des cryoglobulinémies mixtes traitées par rituximab. Une atteinte hépatique propre au traitement est exceptionnelle. Une élévation transitoires des transaminases peut se voir mais elle est le plus souvent modérée.
- Chez notre patient, l'imputabilité du rituximab dans la survenue de l'atteinte hépatique a été retenue devant l'argument chronologique et la négativité du bilan étiologique.

Conclusion

Notre observation sert à attirer l'attention sur la possibilité d'une toxicité hépatique due au Rituximab justifiant une surveillance rapprochée du bilan hépatique

(1)Ghrénassia E, Mékinian A, Rouaghe S, Ganne N, Fain O. Réactivation d'une hépatite B guérie sous rituximab au cours d'une polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*, Volume 79, Issue 2, March 2012, Pages 172-173

(2)Sibilia G, Sordet C. Le rituximab une biothérapie originale dans les maladies auto-immunes. Encyclopédie Orphanet 2004.



Les atteintes rénales au cours des vascularites

I Garsallah ; S. Boussaïd ; S. Esseghir; L. Metoui; A. Laabidi; N. Ben Abdelhafidh; R. Battikh; B. Louzir; S. Othmani

Service de médecine interne, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

Les vascularites regroupent un large éventail d'entités anatomo-cliniques hétérogènes dont le support commun est histologique. Ces entités diffèrent par des caractères cliniques, biologiques et histologiques. L'atteinte rénale est fréquente en particulier au cours des vascularites des vaisseaux (Vx) de petit calibre. Cette fréquence est variable en fonction du type de vascularite. Le but de ce travail est de rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques, histologiques et surtout évolutives des atteintes rénales au cours des vascularites.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant dix observations de vascularites qui ont été colligées sur une période de 10 ans. Ont été exclus de l'étude les vascularites des Vx de gros et moyen calibre. 5 malades ont présenté une atteinte rénale au début ou en cours d'évolution de la maladie. Tous les patients ont bénéficié d'une anamnèse, d'un examen clinique complet et d'un bilan biologique, radiologique et histologique en fonction de l'orientation clinique.

RESULTATS

Il s'agit de 4 hommes et une femme dont l'âge moyen est de 47,6 ans (20-65 ans). Le délai d'hospitalisation est de 1,5 mois (1-3 mois). Les circonstances de découverte de la maladie sont : une fièvre prolongée (3 cas), une insuffisance rénale (3 cas) et une HTA (2 cas).

signe	Nbre de cas
Œdème	2 cas
Hématurie	5 cas
Protéinurie	5 g/24h
Créatinémie	234,6µmol/l
SIB	5 cas

Le SIB est présent chez tous les patients VS à 77,4 la 1^{ère} heure et CRP à 66mg/l. les ANCA demandés dans tous les cas étaient positifs dans 1 cas à C-ANCA). La ponction biopsie rénale pratiquée chez les 5 patients conclue à une prolifération endo et extra capillaire associée à des lésions segmentaires et focales dans 4 cas avec présence d'un granulome dans un cas et un aspect de purpura Rhumatoïde (PR) dans un cas. le diagnostic de granulomatose de Wegener (GW) est porté sur l'association d'atteinte rénale et pulmonaire dans 2 cas et de l'atteinte rénale, pulmonaire et sinusienne dans un cas et sur une atteinte rénale isolée avec présence de granulome extra-vasculaire dans un cas.

L diagnostic de PR est porté sur l'association d'une atteinte digestive grave (ulcération idéale), d'une atteinte rénale. Dans la GW, le traitement a associé une corticothérapie générale (Bolus et per os) et cyclophosphamide (Bolus) avec une moyenne de 4.5 cures. L'évolution s'est faite dans 3 cas vers l'IR terminale avec un recul de 8.33 ans, et un décès par hémorragie alvéolaire. Dans le cas du PR, le traitement corticoïde et immunosuppresseur (cyclophosphamide) 12 cures associées à une résection idéale a permis une évolution favorable avec normalisation de la fonction rénale. Le recul est de 22 mois.

CONCLUSION

Les atteintes rénales au cours des vascularites des Vx de petit calibre semblent fréquentes. Le diagnostic est essentiellement histologique, le pronostic demeure redoutable, en effet l'évolution vers l'insuffisance rénale est fréquente malgré un traitement précoce et « agressif ».



SEXUALITE ET QUALITE DE VIE AU COURS DE LA SCLERODERMIE SYSTEMIQUE

Faten Frikha, Jawaher Masmoudi, Neila Mseddi, Noura Saidi, Raida Ben Salah, Mouna Snoussi, Sahar El Aoud, Zouhir Bahloul

1- Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker 3029 Sfax Tunisie 2- Service de Psychiatrie A CHU Hédi Chaker 3029 Sfax Tunisie

INTRODUCTION

La sclérodémie systémique (ScS) est une affection du tissu conjonctif atteignant la peau et les vaisseaux, responsable d'une perte de fonction, d'un handicap et d'une altération de la qualité de vie. L'objectif de notre étude descriptive était d'évaluer la sexualité et la qualité de vie dans un groupe de patientes ayant une ScS.

PATIENTS ET METHODES

C'est une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisée entre octobre 2011 et juin 2012. Elle a consisté en une enquête évaluant la sexualité et la qualité de vie et l'humeur à l'aide d'auto-questionnaires chez un groupe de femmes mariées atteintes de ScS répondant aux critères de l'ACR et/ou de Leroy et Medsger.

RESULTATS

- 1) les données socio démographiques et cliniques:

- L'âge moyen : 52,4± 8,2 ans (38 - 65 ans).
- L'âge moyen au moment du mariage: 26,3± 8,3 ans (18-41 ans).
- Le sexe: toutes des femmes
- la durée de la maladie: 7,7 ±7,7 ans
- le stade de la maladie:
 - SCS localisée: 3 patientes
 - SCS diffuses: 7 patientes

- 2) Les résultats des scores de mesure:

- 8 femmes ont considéré que la sexualité du couple s'est dégradée depuis l'apparition de la maladie.
- Toutes les patientes ont affirmé que la fréquence des rapports sexuels (RS) a été diminuée.
- 8 de nos patientes ont admis que le désir sexuel a été affecté par la maladie.
- Pour le FSFI: le score composite moyen = 14,2±7,8 (2-28). 9 femmes sur les 10 ont eu un score global du FSFI ≤ à 26 témoignant de la présence d'une DS. Toutes les dimensions de la sexualité ont été touchées. (tableau 1)
- Pour le WHOQOL BREF: nos patientes ont estimé avoir une qualité de vie globalement moyenne avec un score total proche de 60 sur 120.(tableau 2)
- Pour la HADS: 8 femmes ont eu un score HAD A > à 10 donc un état anxieux certain. Sept patientes ont eu un score HAD D > à 10 définissant un état dépressif certain.

Domaines du FSFI	score moyen ±SD(écart)
Désir	1,9 ± 0,6 (1,2-3)
Excitation	2,1 ± 1,4 (0-4,5)
lubrification	2,5 ± 1,7 (0-4,8)
Orgasme	2,5 ± 1,6 (0-5,6)
satisfaction	2,5 ± 1,3 (0,8-5,6)
douleur	2,4 ± 1,6 (0-4,8)
TOTAL	14,2 ± 7,8 (2-28)

Tableau I: Scores FSFI

Domaines du WHOOL BREF (0-100)	Score moyen (extrêmes)
Santé physique	50 ± 10 (38-63)
Santé psychologique	39 ± 11,6 (19-56)
Relations sociales	54 ± 22,2 (19-75)
environnement	50,3 ± 17,7 (31-88)

Tableau II: Scores du WHOQOL Bref

DISCUSSION

Nos résultats montrent la grande prévalence des dysfonctions sexuelles chez les femmes mariées atteintes de (SCS). En effet, des études récentes ont démontré que le nombre de femmes ayant une (SCS) rapportant une dysfonction sexuelle est nettement plus élevé que celui rapporté par des patientes ayant d'autres maladies chroniques. [2,4,5,11]
-Notre étude a montré une plus faible fréquence des rapports sexuels, de l'orgasme et de baisse de la libido chez les femmes après le début de la SCS.
La dysfonction sexuelle a été significativement corrélée à la durée de la maladie et la douleur. Cette altération de la sexualité est due principalement à la douleur, la fatigue et à l'altération de l'image du corps.
-En effet, Impens et al. [4] a rapporté que 17% des femmes sclérodermiques sont sexuellement inactives en raison des problèmes causés par leur maladie.

-Les complications de la sclérodémie ont un impact négatif sur la fonction sexuelle et par conséquent sur la qualité de vie. [1]
- Bien que la majorité des problèmes sexuels ont été liés à une incapacité physique et à la douleur, il ya une incidence élevée de problèmes psychologiques concernant la confiance en soi et la perception des attractivité. Thoms et col. a signalé qu'environ 36 à 65% des patients sclérodermiques ont cliniquement symptômes significatifs de dépression [12]. Roca et col ont constaté dans leur étude que les dysfonctionnements sexuelles ont été plus étroitement associée à des symptômes de dépression que les autres domaine fonctionnel [13].
-Deux études ont montré que les scores FSFI n'étaient pas liés au stade de la maladie et que les femmes ayant une (SCS) limitée ont rapporté autant de problèmes sexuels que celles ayant une (SCS) diffuse. Aucune relation entre la sévérité de la maladie et la fonction sexuelle n'a été trouvée, alors que les symptômes dépressif ont été très présents [5, 11]. Ces résultats sont conformes à notre étude: nous avons trouvé que les caractéristiques psychologiques et les symptômes dépressifs étaient plus significativement associée à la dysfonction sexuelle (P <0,05).

CONCLUSION

Très peu d'études se sont intéressées à la sexualité chez les patients ayant une ScS. Des troubles sexuels chez 70 % des femmes ont été rapportés. L'étiologie de ces troubles apparaît difficile à préciser. Elle est à priori multiple, confluence du caractère à la fois d'un handicap chronique, d'une douleur chronique, et d'une fatigue importante.



RUPTURE DU TENDON QUADRICIPITAL CHEZ UN HEMODIALYSE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis.

INTRODUCTION:

Les ruptures du tendon quadricipital(TQ) sont des lésions rares souvent en rapport avec un traumatisme indirect d'extension contrarié sur genou fléchi. Nous rapportons une rupture spontanée chez une hémodialysée chronique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, insuffisante rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis six ans, hyperparathyroïdie secondaire depuis une année opérée, qui suite à un traumatisme minime, a développée une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche.

L'examen clinique a mis en évidence une dépression sus-rotulienne douloureuse à la palpation à son niveau, avec perte de l'extension active du genou gauche.

L'échographie ainsi que l'IRM ont objectivé une rupture partielle du TQ siégeant en plein corps tendineux.

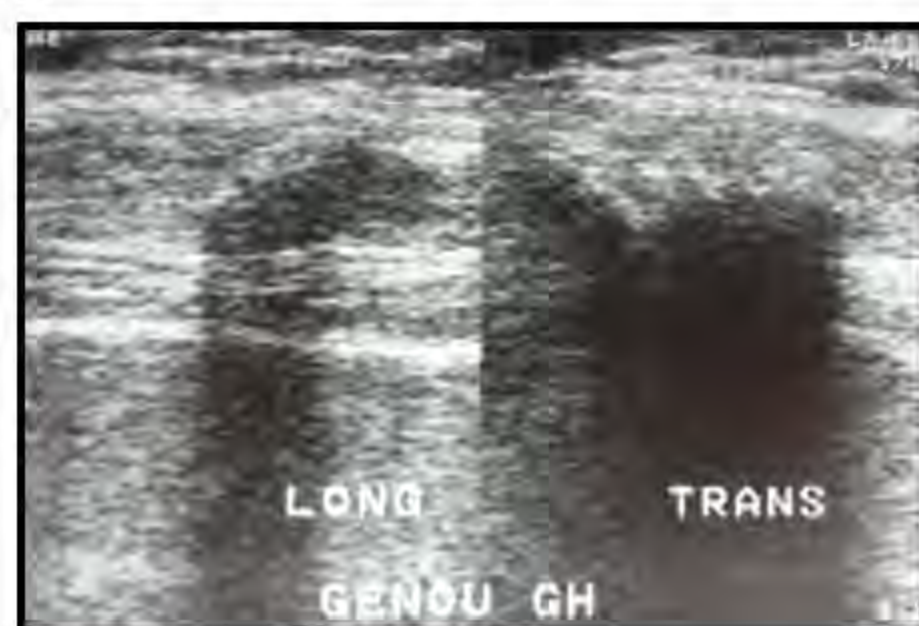


Fig.2: coupe échographique: zone hypoéchogène au sein de la partie moyenne TQ gauche.

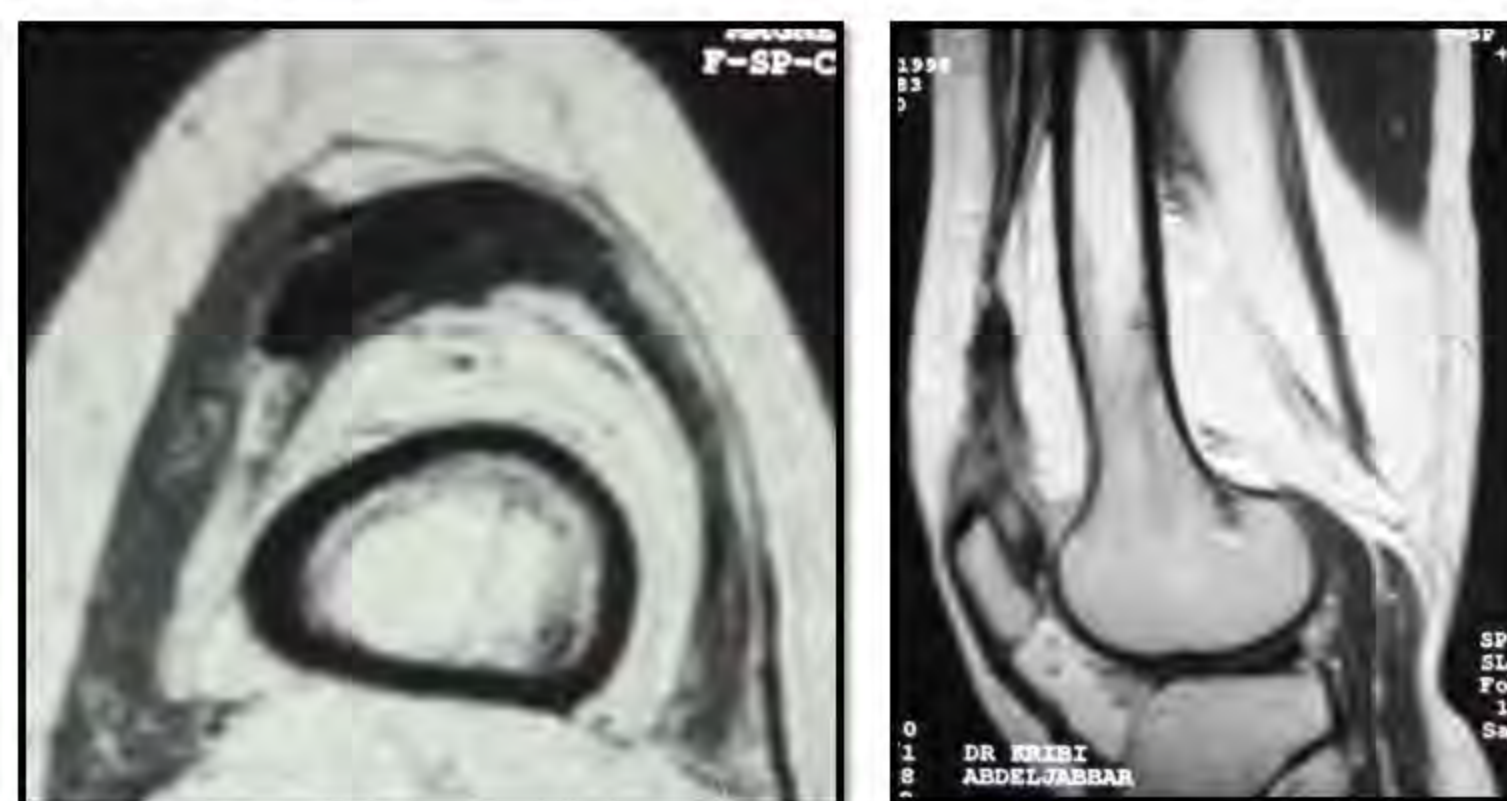


Fig.3: coupe transversale et sagittale à l'IRM montrant une rupture partielle du TQ.

La patiente a eu un traitement chirurgical, reposant sur une suture tendineuse directe et un cadrage tendineux de protection permettant une rééducation précoce. Le résultat était satisfaisant.

Références:

1. Kara A. et al. Osteotendinous repair of bilateral spontaneous quadriceps tendon ruptures with the Krackow technique in two patients with chronic renal failure. Acta Orthop Traumatol Turc 2013.47:68-71.
2. Byung Soo Kim et al. Simultaneous Bilateral Quadriceps Tendon Rupture in a Patient with Chronic Renal Failure. Knee Surg Relat Res 2012. 24:56-59
3. Grecomoro G. et al. Simultaneous chronic rupture of quadriceps tendon and contra-lateral patellar tendon in a patient affected by tertiary hyperparathyroidism. Orthopaed Traumatol 2008. 9:159-162.

DISCUSSION:

Les ruptures spontanées du TQ chez les hémodialysés chroniques sont exceptionnelles. Soixante sept cas sont rapportés dans la littérature depuis 1974 dont trente quatre cas sont des ruptures simultanées et bilatérales. Leur fréquence, bien que difficile à déterminer, est inférieure à 3,5%.

Les ruptures spontanées ou secondaires à une maladie favorisante sont beaucoup plus rares que les ruptures traumatiques.

Elles sont en rapport avec une fragilité tendineuse relevant de plusieurs causes :

- **Age** : supérieur à 40 ans.
- **Surcharge pondérale** : qui associe des altérations histologiques (infiltration graisseuse des tendons) et une hyper sollicitation mécanique du quadriceps.
- **Maladies générales** : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, diabète sucré, gonarthrose, goutte (nécrose fibrinoïde et inflammation chronique du tendon)
- **Tendinopathie chronique** : entraîne des dommages tissulaires et une diminution du flux sanguin conduisant à un affaiblissement du tendon et à sa régénération incomplète.
- **Insuffisance rénale chronique et hémodialyse**:

- * L'acidose métabolique dans l'insuffisance rénale chronique prédispose ces patients à la dégénérescence du tendon et son affaiblissement en remplaçant le collagène par l'élastine.
- * L'insuffisance rénale avec hémodialyse prolongée peut causer une production anormale de b₂-microglobuline observée au cours des amylose. Cette protéine habituellement métabolisée par les reins, atteint chez ces patients des taux supérieurs à 30 - 40 fois les valeurs normales et s'accumulent dans les articulations et les tendons. Ce dépôt provoque une réduction de l'élasticité du tendon et prédispose à sa rupture. Certains auteurs ont signalé la relation entre la durée de l'hémodialyse et la survenue de ces ruptures.
- * L'augmentation des hormones parathyroïdiennes au cours des hyperparathyroïdies secondaires à l'insuffisance rénale provoque un dépôt de calcium et de phosphate dans les tendons et diminuant ainsi leur élasticité, et entraîne un remodelage osseux responsable de l'augmentation de la résorption osseuse au niveau des sites d'insertion, entraînant une rupture du tendon suite à un traumatisme mineur.

-Causes iatrogènes :

- * Traumatique (la mobilisation du genou sous anesthésie générale, les suites d'une prothèse de genou, un prélèvement pour plastie tendineuse).
- * Médicamenteuses (Statines, quinolones, stéroïdes, corticothérapie) par une nécrose fibrillaire et une désorganisation de l'ultra-structure du collagène.

CONCLUSION:

Les ruptures tendineuses spontanées sont rares. Nous rapportons une nouvelle observation chez une hémodialysée chronique. L'hyperparathyroïdie secondaire et l'augmentation du taux de b₂-microglobuline sont les facteurs favorisants majeurs.

Fig.1:

Radiographie standard:rotule basse avec des calcifications au niveau du TQ.





EVALUATION DE L'EFFICACITE ET LA TOLERANCE DU METHOTREXATE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOIDE

Th. Guermen; W. Hamdi ; S. Boubaker ; Dh. kaffel ; A. Kasraoui; S. Rebhi ; I. Zouch; M.M Kchir

service de rhumatologie institut Kassab Manouba

Introduction:

Le méthotrexate (MTX) est le traitement de fond le plus utilisé au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Il est recommandé en première intention à une dose progressive allant de 10 à 20-25 mg/semaine. En dépit de sa large utilisation, il existe une grande variation dans la réponse thérapeutique et la tolérance de ce traitement chez les patients atteints de PR.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective menée sur une période de trois ans portant sur 80 patients atteints de PR répondant aux critères de l'ACR 87, recrutés lors de leur hospitalisation dans le service de rhumatologie à l'Institut Kassab. Les paramètres d'activité de la maladie ont été relevés à l'initiation et un an après le début du traitement.

Résultats:

Il s'agissait de 80 patients (68 femmes et 12 hommes) âgés en moyenne de 49.9 ± 4 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 15.2 ± 14.21 mois. La PR était séropositive dans 68% des cas. A l'initiation du traitement : 57% des patients avaient une maladie très active ($DAS\ 28 \geq 5.39$). La posologie moyenne de méthotrexate était de 12.7 mg par semaine [10-15 mg] à l'initiation du traitement et de 15.5 mg par semaine à un an de traitement. Une rémission clinique ($DAS28 < 2.6$) a été obtenue chez 14% des patients alors qu'une faible activité de la maladie ($DAS28 < 3.2$) a persisté dans 49.3% des cas. 58.4% des patients n'ont pas présenté de

progression radiologique significative. Les différents effets secondaires cliniques et biologiques recueillis pendant le suivi ont imposé un arrêt du traitement chez 11 patients. Il s'agissait d'intolérance digestive dans 7 cas, de toxicité hépatique chez deux patients et de leucopénie dans deux cas.

Discussion

- L'étude CAMERA a conclu qu'en raison de son bon profil de tolérance, le MTX est considéré comme étant un traitement adapté pour les traitements de longue durée.
- Chez un patient DMARD naïf, le rapport bénéfices/risques plaide en faveur de l'utilisation du MTX en monothérapie ou en combinaison avec d'autres traitements de fond

Conclusion:

Cette étude confirme l'efficacité symptomatique et structurale du MTX dans la polyarthrite débutante en pratique courante. Les facteurs prédictifs d'une bonne réponse thérapeutique doivent être recherchés afin de mieux reconnaître les patients répondeurs potentiels à ce traitement.

(S. Verstappen et al. ARD 2007;66:1443-9)



Devenir à l'âge adulte d'une dysplasie spondylo-épiphysaire : à propos d'un cas

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

La dysplasie spondylo-épiphysaire (DES) est une maladie génétique rare caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Le diagnostic est en général posé à l'âge jeune mais l'évolution est marquée par l'installation de polyarthrose qui engage le pronostic fonctionnel. A travers cette observation, nous allons préciser le devenir clinique, radiologique et fonctionnel à l'âge adulte.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, célibataire, connue porteuse de DES depuis la petite enfance, elle a consulté à l'âge de 27 ans pour des lomboradiculalgies et un gêne fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen physique a trouvé des nodosités d'Heberden et de Bouchard, flessum 30° des coudes, une limitation des épaules et des hanches dans les différents secteurs de mobilité, des flessions irréductibles des hanches et des genoux de 50°, une hyperlordose avec un bassin antéversé. La marche se faisait en triple flexion en pendulaire aidée par deux cannes axillaires ; MIF 116/126 (Fig.1-5).



Fig 1, 2, 3: Position debout aidée par deux cannes axillaires: hyperlordose, bassin antéversé, flessum des hanches et des genoux

Fig4: decubitus dorsal

Fig5: déformation des doigts

Le bilan radiologique a mis en évidence un aplatissement des vertèbres (Fig.11,12), une dysplasie polyépiphysaire (Fig.6,7,8) avec une coxa-plana bilatérale (Fig.9) et une gonarthrose bilatérale (Fig.10), le scanner lombaire a objectivé un pincement discal étagé, irrégularité des plateaux vertébraux, diminution de la hauteur postérieure des corps vertébraux et un canal lombaire étroit avec aspect moniliforme et conflit radiculaire (Fig.13- 15) et une sacroileite bilatérale (Fig.16).

La patiente a bénéficié d'un traitement médical, de plusieurs séances de rééducation et d'une infiltration par le hiatus sacro-coxygien.



Fig 6,7,8: Dysplasie du coude, épaule et inter-phalangienne

Fig9: gonarthrose bilatérale
Fig10: coxa plana

Fig11,12:Aplatissement des vertebres: signe indirect du CLC

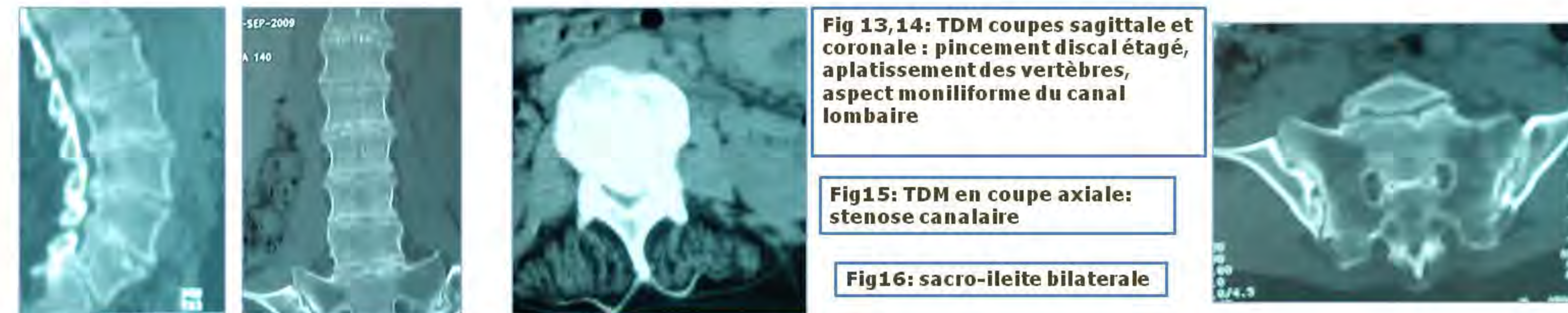


Fig 13,14: TDM coupes sagittale et coronale: pincement discal étagé, aplatissement des vertèbres, aspect moniliforme du canal lombaire

Fig15: TDM en coupe axiale: stenose canalaire

Fig16: sacro-ileite bilatérale

Discussion

La DSE est une chondrodysplasie génotypique qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est découverte à la naissance ou au cours de la croissance.

La DES est caractérisée cliniquement par un nanisme (la petite taille touche à la fois les membres et le tronc), des doigts épais, une hyperlordose, une limitation des différentes articulations et par l'apparition d'une arthrose généralisée au début de l'adolescence. Une myopie et une fente palatine peuvent y être associées.

Les anomalies des vertèbres et des épiphyses en cours de maturation se manifeste radiologiquement par un aplatissement des corps vertébraux, une dysplasie polyépiphysaire avec une coxa-plana bilatérale, et une gonarthrose et coxarthrose bilatérales. Notre patiente présente une arthrose touchant les épaules, coudes, hanches, genoux et les petites articulations de la main.

Le diagnostic exact est important à considérer, non seulement pour le conseil génétique et le diagnostic prénatal, mais aussi pour le suivi et la prise en charge.

Les progrès récents de la génétique ont permis d'identifier la plupart des gènes dont les mutations sont responsables d'un trouble de croissance cartilagineux et de déformations ou de nanismes. La DES est liée aux mutations du collagène 2.

Le pronostic est grave, la DES est responsable de douleurs invalidantes, de déformations et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Notre patiente se plaint essentiellement de lombosciatalgies rebelles aux traitements symptomatiques (antalgique, anti-inflammatoire, infiltration corticoïde) seuls les antiépileptiques ont diminué l'intensité de ses douleurs. Sur le plan fonctionnel, malgré son handicap elle est autonome pour les transferts, elle est gênée surtout dans l'habillement de la partie inférieure de son corps.

Cette évolution rend la prise en charge difficile et compliquée. le conseil génétique reste le seul moyen thérapeutique efficace.

Conclusion

La DSE est une pathologie rare et invalidante. L'examen moléculaire permet la confirmation du diagnostic toujours suggéré par l'examen clinique et radiologique, de proposer un conseil génétique et de faire un diagnostic prénatal afin de prédire l'évolution et permettre une prise en charge précoce.



LE SYNDROME SAPHO: A PROPOS DE 3 CAS

A.Aouadi;S.Rekik;K.Maatallah;N.Moulhi;T.Torjmen;

H.Seqli;N.Meddeb;E.Cheour;M.Elleuch;S.Sallemi. Service de Rhumatologie CHU la Rabta.

Introduction: Le syndrome SAPHO est défini par l'association d'une synovite, d'une acné, d'une pustulose, d'une hyperostose et d'une ostéite aseptique. L'ostéite atteint la paroi thoracique antérieure, en particulier les jonctions sternoclaviculaires et sternocostales supérieures.

Matériels et méthodes: Nous rapportons trois cas de patients chez les quels le diagnostic de syndrome SAPHO a été porté. Nous avons recueilli les données cliniques, biologiques et radiologiques à partir de leurs dossiers.

Résultats: A propos de 3 patients de sexe masculin, âgés de 19, 50 et 16 ans. Ils étaient tous sans antécédents pathologiques notables. Le motif de consultation était des rachialgies avec des fessialgies inflammatoires dans deux cas, et des douleurs de la paroi thoracique antérieure dans un cas. Chez un des patients, ces symptômes étaient mis sous le compte d'une spondylodiscite tuberculeuse, mais devant l'évolution défavorable sous traitement antituberculeux et l'apparition d'arthrites sternocostales, le diagnostic a été remis en question. Une acné sévère a été notée chez deux patients et une pustulose pamaire chez l'autre. Une arthrite sternoclaviculaire a été objectivée cliniquement chez un seul patient. Cette arthrite a été mise en évidence par un exaxen TDM dans un cas et par l'IRM dans l'autre. Une sacroiliite bilatérale était présente dans un cas. Un syndrome inflammatoire biologique était noté. Deux patients étaient traités par Bisphosphonates avec bonne évolution. L'autre patient a présenté une compression médullaire traitée chirurgicalement avec succès.

Discussion: Après avoir été longtemps contredite, la théorie infectieuse (ou

- post-infectieuse) connaît un regain d'intérêt. La corynébactérie *P. acnes*, déjà impliquée dans l'acné, a été isolée par différentes équipes au sein de lésions articulaires ou osseuses. Le rôle de cytokines pro-inflammatoires, comme le tumor necrosis factor alpha (TNF alpha), a été envisagé dans la genèse des manifestations rhumatismales du syndrome SAPHO ce qui suggère une alternative thérapeutique intéressante par les anti TNF alpha. Cependant, des études supplémentaires restent indispensables à ce sujet.

Conclusion: Avant de poser le diagnostic de Syndrome SAPHO, Il serait raisonnable d'écarter les diagnostics différentiels, notamment les pathologies infectieuses et tumorales. Le diagnostic est difficile en l'absence d'atteinte cutanée et de lésions osseuses évocatrices.

Références:

- [1] L. Delyle, O. Vittecoq. Chronic destructive oligoarthritis associated with Propionibacterium acnes in a female patient with acne vulgaris: septic-reactive arthritis? Arthritis Rheum 2000;43(12):2843-7.
- [2] T. Schaefferbeke, L. Lequen L. Propionibacterium acnes isolated from synovial tissue and fluid in a patient with oligoarthritis associated with acne and pustulosis. Arthritis Rheum 1998;41(10):1889-93.



LE BLOC AURICULO-VENTRICULAIRE COMPLET

UNE COMPLICATION INHABITUELLE DE LA MALADIE DE HORTON

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher

service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

la maladie de Horton (MH) est une vascularite granulomateuse des gros vaisseaux du sujet âgé. L'atteinte cardiaque reste exceptionnelle au cours de cette affection (*Knockaert DC et al. 2007, Le Page L et al. 2006*) et est souvent consécutive de l'aortite inflammatoire (*Graffin B et al. 2004, Gonzalez-Gay MA et al. 2004*).

Nous rapportons une observation exceptionnelle de complication cardiaque possible de cette vascularite et discutons ses différents mécanismes pathogènes plausibles.

OBSERVATION

G.A. Patiente âgée de 68 ans connue ayant la MH depuis dix mois fût hospitalisée pour dyspnée aiguë et syncope à deux reprises. Le diagnostic de la MH était retenu devant l'association de céphalées bitemporales résistantes aux traitements symptomatiques à une polyarthrite séronégative non déformante, une pseudo-polyarthrite rhizomélique, une vitesse de sédimentation (VS) élevée à 100mm/H1 et une biopsie positive de l'artère temporale gauche montrant une artérite granulomateuse à cellules géantes avec rupture de la limitante élastique interne. Elle a été traitée par corticoïdes per os à la dose initiale de 0.7 mg/kg/j pendant six semaines suivie d'une dégression progressive jusqu'à une dose d'entretien de 10 mg/j, associées à 250 mg/j d'Aspirine® comme antiagrégant plaquettaire à titre préventif. La recherche des anticorps anti phospholipides associés était négative.

L'examen somatique était sans anomalies. La radiographie standard de thorax était normale. L'électrocardiogramme (ECG) objectivait un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) complet à QRS fins.

La biologie simple était dans les limites de la normale.

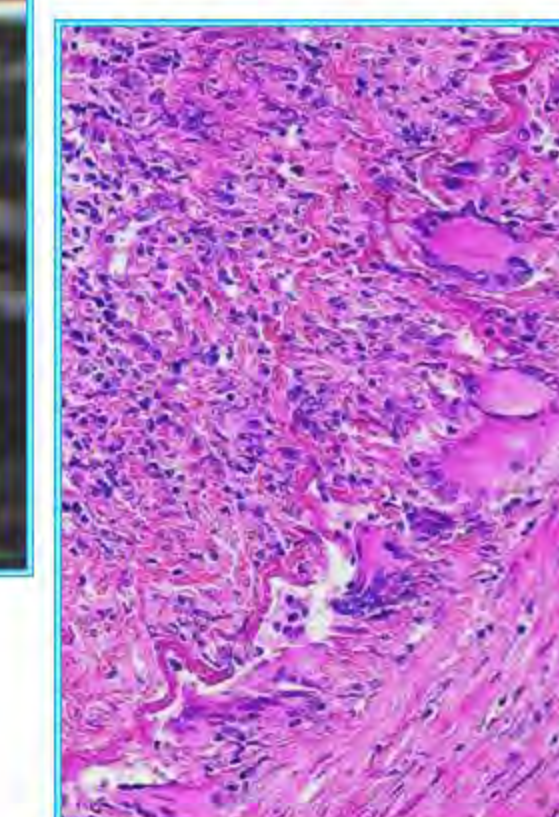
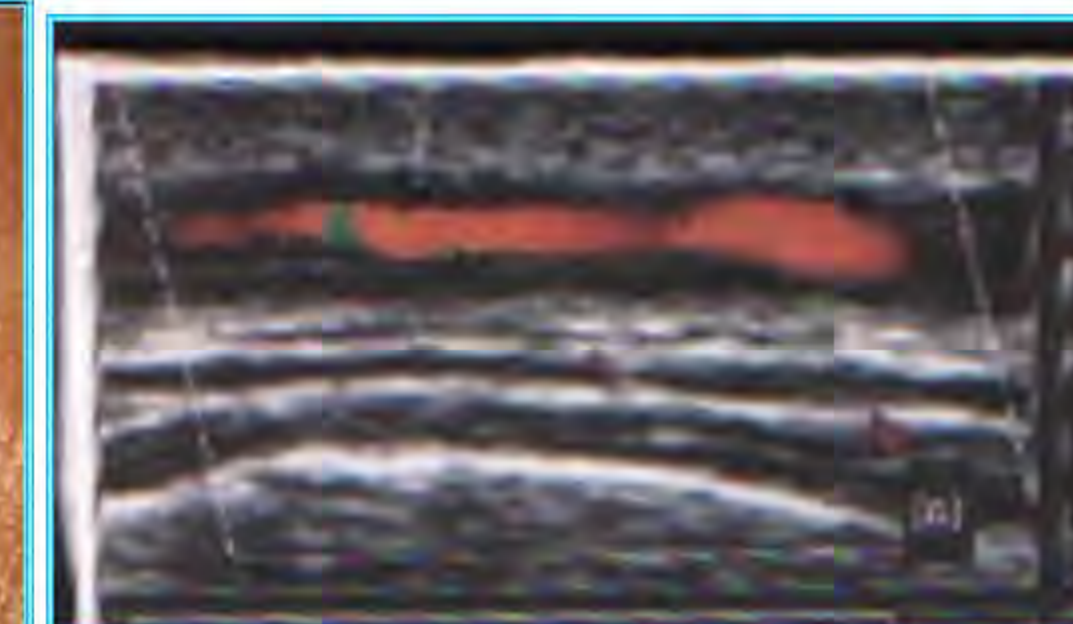
L'enregistrement de l'ECG endocavitaire montrait une onde H élargie compatible avec un bloc intra Hissien. Le bilan étiologique de ce BAV était négatif; en particulier une échographie cardiaque sans anomalies, enzymes musculaires cardiaques (CPK, ASAT, LDH et Troponine Ic) non modifiées, des hémocultures négatives, des antistreptolysines O et antistreptodornases B négatives, un bilan immunologique négatif (anticorps anti nucléaires, anti DNA natif, anti antigènes solubles, anti cardiolipine, anti β 2GP1 et anti cytoplasme des polynucléaires neutrophiles de type C et P).

La tomodensitométrie thoracique n'objectivait pas d'anomalies cardiaques ni pulmonaires parenchymateuses; elle montrait par ailleurs l'aspect d'une aortite active au niveau de l'aorte ascendante. Le coro-scann ne montrait pas d'anomalies significatives des artères coronaires.

La maladie de Lenègre était écartée vu l'absence d'élargissement des complexes QRS sur l'ECG et il n'a pas été noté de prise médicamenteuse susceptible d'induire un tel trouble de la conduction ni de cas similaires dans la famille.

Une rechute de sa vascularite sous jacente était aussi suspectée devant la notion de reprise des céphalées, la VS élevée à 120 mm/H1 avec une enquête infectieuse et tumorale négative, et l'aspect de l'aortite évolutive sur le scanner thoracique. L'échographie-doppler des artères temporales montrait l'existence d'un halo clair bilatéral témoin de l'artérite évolutive. La reprise de la biopsie temporale était refusée par la patiente.

La conduite thérapeutique était la mise en place d'un pacemaker définitif de type DDDR avec une reprise de la corticothérapie systémique per os à raison de 0.7 mg/kg/j pour la poussée de la vascularite temporale. Les suites étaient favorables. Le recul actuel est de huit mois.



COMMENTAIRES

• Malgré le sur-risque significatif des accidents cardiovasculaires liés à la MH actuellement prouvé, les complications cardiaques ne sont que rarement rapportées au cours de cette vascularite. Il s'agit classiquement d'anévrismes ou de dissection de l'aorte et de coronarite avec infarctus du myocarde. Plus rares sont les myocardites, péricardites ou les myoépicardites. La mort subite est aussi exceptionnellement signalée.

• Nous avançons comme mécanisme possible une vascularite des vasa vasorum du tissu nodal. En effet l'atteinte des petits vaisseaux est décrite au cours de cette vascularite (*Wenger M et al. 1996*). Cette hypothèse se trouve renforcée par l'association d'autres signes systémiques de vascularite et la négativité du bilan étiologique de ce BAV.

• De rares cas de BAV ont été rapportés dans d'autres vascularites systémiques tels que la PAN (*Rouget JP et al. 1983*), la maladie de Wegener (*Elikowski W et al. 2006*) et le purpura de Schönlein-Henoch (*Güven H. et al. 2006*); le mécanisme prouvé était celui d'une vascularite nécrosante du tissu nodal.

• La myocardite, une autre complication cardiaque exceptionnelle au cours de la maladie de Horton (*Pugnet G. et al. 2009*), peut aussi contribuer à la genèse du BAV qui est reconnu en être signe clinique possible (*Fellahi JL. Et al. 1993*).

CONCLUSION

La MH pourrait se compliquer de BAV via une vascularite du tissu nodal ou une myocardiopathie sévère. Cette complication inhabituelle mérite d'être connue et une surveillance cardiaque particulière paraît utile chez tout patient ayant une vascularite temporale, surtout dans les formes actives.



CHIRURGIE PROTHETIQUE AU COURS DES ARTHRITES JUVENILES IDIOPATHIQUES

L. Souabni ; S. Miladi ; K. Ben Abdelghani; S. Kassab; S. Chekili; A. Lâatar ; L. Zakraoui

Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service Rhumatologie.

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) =

- Rhumatisme inflammatoire chronique avec potentiel destructeur.
- Possibilité d'atteinte des grosses articulations portantes.



Tournant évolutif dans l'évolution de la maladie.

Handicap majeur.

L'arthroplastie = alternative thérapeutique.

Notre objectif : déterminer la fréquence de cette chirurgie, le taux de succès et de complications de l'acte opératoire.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective,
- Patients AJI (critères de l'ILAR)
- Ayant bénéficié d'une chirurgie prothétique de hanche ou de genoux.
- Collecte des paramètres d'activité du rhumatisme **avant** et **6mois après** chirurgie:
- EVA douleur, HAQ, DAS28, BASDAI, BASFI) et l'indice Algo-fonctionnel de Lequesne (IAF)

Résultats:

Nombre de cas suivis	41 (19 filles, 22 garçons)
Âge de début de l'AJI	7 ans [1,5-15ans]
Durée moyenne de suivi	7ans (minimum de 1 an)

Références:

- [1] Long-term results of total hip arthroplasty in patients with juvenile rheumatoid arthritis. Bilseil N and al. Acta Orthop Traumatol. 2008 Mar-Apr;42(2): 119-24.
[2] Quality of life after TKA for patients with juvenile rheumatoid arthritis. Jolles BM, Bogoch ER. Clin Orthop Relat Res 2008, 466(1): 167-78
[3] Total hip and knee arthroplasty for juvenile rheumatoid arthritis. Kitsoulis PB and al. Folia Med 2006;48(3-4):42-9.

Après une évolution moyenne de 6ans:

- 12 cas de coxite
- 2 cas d'arthrite évoluée des genoux

Parmi eux, 5 patients opérés (âge moyen 13ans):

(3 AJI polyarticulaire et séronégative et 2 spondylarthrite).

- Prothèses de hanche bilatérales dans tous les cas (mise à un mois d'intervalle en moyenne).
- Prothèse de genou: Un seul genou opéré .

TABLEAU 1:

Évolution des paramètres d'activité de la maladie avant et après chirurgie

	Avant Chirurgie	6mois après
IAF	16	4,5
EVA douleur	76	58
HAQ	2,75	1,12
DAS28	5,5	4,1
BASDAI	6,5	5
BASFI	6,3	5,9

Aucune complication post opératoire immédiate ou tardive n'a été relevée. Le recul moyen est de 6ans.

Discussion:

La chirurgie prothétique améliore la qualité de vie des enfants atteints de forme agressive d'AJI par son effet direct sur la récupération de la fonction d'un membre et aussi par la diminution de l'inflammation locale [1-2]. La chirurgie à cet âge est délicate et est du ressort d'équipe entraînée [3].

Conclusion:

La chirurgie prothétique = Amélioration de la qualité de vie mais décision délicate car peut compromettre la croissance staturale.



LA SYNOVITE VILLONODULAIRE A PROPOS DE HUIT CAS

N. Bagané, I. Hasni, H. Boughammoura, I. Mejri, M. Ben Ayeche, K. Tlili
Service de radiologie, CHU Sahloul

Introduction :

La synovite villonodulaire (SVN) est une affection rare et bénigne de la synoviale. On différencie les formes localisées, plutôt nodulaires pouvant atteindre les articulations, les bourses séreuses et les gaines tendineuses ; et des formes diffuses essentiellement intra articulaires. Cette maladie est mono articulaire dans la majorité des cas, le genou constitue la localisation de loin la plus fréquente. On se propose de rappeler les caractéristiques sémiologiques cliniques et radiologiques de cette maladie.

Matériel et méthodes :

Huit cas de SVN du genou confirmés à l'histologie ont été colligés à l'hôpital Sahloul sur une période de 9 ans (1994 – 2003). Ces malades sont explorés par radiographie standard (8cas), arthrographie (1cas), TDM (2cas) et IRM (4cas).

Résultats :

La série comprend 4 hommes et 4 femmes. L'âge moyen était de 30,8 ans (12 à 49 ans) et le délais diagnostique était de 1,8 ans (3 mois à 3 ans). Les symptômes prédominants étaient la douleur mécanique et l'épanchement récidivant (hémarthrose) retrouvé dans six cas. Deux patients présentaient une tuméfaction croissante du genou. L'examen clinique était normal une fois sur huit, il révélait l'épanchement dans six cas et une tuméfaction des parties molles pré articulaires dans deux cas. Le diagnostic a été posé à la radiographie standard (un cas), à l'arthrographie (un cas), à l'IRM (quatre cas) et à l'arthroscopie (trois cas). Les radiographies standard ont montré des géodes sous chondrales fémoropatellaires dans un cas et aucune anomalie dans les 7 autres cas. L'arthrographie a montré une masse solide ovale de contours réguliers du cul de sac sous quadriceps dans un cas. La TDM a mis en évidence une image lacunaire dans 1 cas et a posé le diagnostic de lésion tumorale dans un autre. L'IRM a montré un épaississement synovial irrégulier avec des formations nodulaires intra articulaires en hypo signal T1 et T2, et en écho de gradient se rehaussant après gado avec épanchement articulaire hétérogène dans 3 cas. Elle a montré une formation ovale comblant la bourse sous quadriceps comportant des zones arrondies en hypo signal T1 et en écho de gradient dans 1 cas. Une extension osseuse sous et péri chondrale a été notée dans 2 cas. Le traitement chirurgical était instauré chez les huit patients, 3 synovectomies par voie arthroscopique, 5 synovectomies à ciel ouvert. Une synoviorthèse complémentaire à l'acide osmique a été réalisée à deux reprises dans 1 cas. Les résultats étaient bons dans 5 cas, des récurrences fréquentes observées dans 3 cas allant jusqu'à quatre fois dans 1 cas.

Observation 1 :

Femme 47 ans gonalgie mécanique chronique, IRM, Rx



Rx genou face: pincement articulaire avec multiples géodes fémoro-patellaires



IRM coupe sagittale T1(a), T2(b) et T1 Fat Sat après Gado(c): présence de multiples lésions osseuses sous et péri chondrales fémoro-tibiales et fémoropatellaires, multiples diverticules postérieurs communicant avec la cavité articulaire en hypo signal T1, épaississement en partie nodulaire de la synoviale avec importante prise de contraste



Observation 2 :

Homme 39 ans, dl mécanique + hémarthrose récidivante, Rx IRM



IRM coupe sagittale en T1(a), T2(b) et coupe axiale en écho de gradient(c): processus tissulaire ovale qui comble la bourse sous quadriceps comportant des zones arrondies en hypo signal T1 et en écho de gradient, extension osseuse de l'échancrure inter condylienne et de l'os sous chondral du fémur.

Observation 3:

Femme 49 ans, tuméfaction croissante de la face antéro externe du genou, TDM



TDM coupe axiale: processus tissulaire du creux poplité.

Observation 4 :

Homme 28 ans, gonalgie mécanique ; arthro-scanner



Arthro scanner: image lacunaire régulière du cul de sac sous quadriceps.

Observation 5:

Fille 12 ans, gonalgie mécanique et hydarthrose permanente, Rx IRM



IRM coupes coronales T1(a) et T2(b) et sagittale T1 Fat Sat avec Gado(c): épanchement articulaire abondant hétérogène avec une composante en hypo signal T1, important épaississement synovial irrégulier avec important rehaussement après Gado.

Discussion :

La SVN est une pathologie rare dont l'incidence est estimée à 1,8 par million d'habitants et par an ; la localisation au genou représente 70 % de l'atteinte des grosses articulations. La maladie touche le plus souvent des adultes des troisièmes et quatrièmes décades. Cliniquement, la SVN diffuse se manifeste chez l'adulte par une tuméfaction mono-articulaire, une douleur mécanique d'intensité progressivement croissante et une gêne fonctionnelle. Une masse des tissus mous est parfois palpable. La lenteur de l'évolution explique le retard diagnostique parfois de plusieurs années. La ponction articulaire ramène dans la majorité des cas un liquide séro-sanglant qui, en l'absence de traumatisme ou de troubles de la coagulation, constitue un bon élément d'orientation. Les radiographies standard sont normales ou révèlent une densification des tissus mous non spécifique, mais non calcifiée ou des érosions osseuses. Ces dernières sont typiquement bordées d'un liseré d'ostéosclérose et vues de face, elles apparaissent sous la forme de pseudokystes ou géodes. Dans les formes diffuses, la cavité articulaire est augmentée de volume, ses contours sont irréguliers, moulant les villosités synoviales épaissies. Dans la forme focale, on observe une image lacunaire isolée. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan d'extension de cette affection. La synoviale épaisse présente un signal hétérogène mais elle comporte typiquement, et quelque soit la pondération, des plages en hyposignal témoignant d'un tissu fibreux mais surtout de dépôts d'hémossidérine dont la visibilité est renforcée sur les séquences en écho de gradient. De fines villosités synoviales ou au contraire de volumineuses masses synoviales en hyposignal bombent dans le liquide intra-articulaire habituellement associé. L'injection de Gadolinium rehausse la synoviale, sauf les contingents fibreux et les dépôts d'hémossidérine qui sont par conséquent très nettement silhouettés. Cet aspect, bien que très caractéristique, n'est pas pathognomonique ; on peut l'observer dans une arthropathie hémophile, une hémarthrose à répétition, un hémangiome synovial, une polyarthrite rhumatoïde ancienne. L'évolution dépend de la précocité du diagnostic et du traitement ainsi que la qualité de l'exérèse chirurgicale qui semble être le traitement de choix. La synoviorthèse peut compléter la chirurgie ou l'arthroscopie dans certains cas.

Conclusion :

Devant une arthrite récidivante du genou, des gonalgies mécaniques chez un jeune adulte et un liquide articulaire séro-hématique le diagnostic de SVN doit être évoqué. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan lésionnel pour déterminer la stratégie opératoire la plus efficace et le suivi ultérieur.



LES METASTASES OSSEUSES EN MILIEU RHUMATOLOGIQUE

S.Bendjemaa, R.Akrout, M.Ezzeddine, I.Hachicha, H.Fourati, S.Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction: Le squelette est un site fréquent de métastases. Ainsi, les métastases osseuses (MO) sont observées dans 20 à 80 % des cas chez les patients porteurs d'affections néoplasiques. Elles constituent un motif fréquent d'hospitalisation en milieu rhumatologique.

Patients et méthodes: Étude rétrospective de dossiers de patients hospitalisés aux services de rhumatologie pour métastases osseuses sur une période de 23 ans. Notre but est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et paracliniques des patients porteurs de (MO).

Résultats :

Epidémiologie :

202 patients ont été hospitalisés dans notre service entre 1989 et 2012 pour (MO).

Sex ratio : 146 hommes / 56 femmes

Âge moyen : 62ans 5mois (16 et 92 ans).

La MO est révélatrice de la néoplasie dans 72 % des cas.

localisations métastatiques	Fréquence %
primitif inconnu	16 %
Poumon	27,7 %
prostate	22,7 %
sein	15,8 %
rein	4 %
thyroïde	3,3 %
autres	10,5 %

Etude clinique :

1) La douleur : Elle est soit de siège osseux dans 68,3 % soit de topographie radriculaire (38,6%).

2) une tuméfaction osseuse : 5%

Complications:

1) une fracture pathologique : 5% des cas.

2) une atteinte neurologique : 7% des cas ont une compression médullaire

3) hypercalcémie: 21 % des cas.

Radiologie :

86,6% des patients ont des lésions radiologiques : lytiques dans 52,6 % des cas, ostéocondensantes dans 17 % des cas et mixte dans 15 % des cas. Le tassement vertébral est présent dans 22,2% des cas.



Radio du bassin : lésion ostéolytique de la branche ischiatique gauche



Radio du bassin : ostéocondensation diffuse



IRM rachidienne: MO cervico-dorsales avec CM et épидурite métastatique révélatrice d'un ADK pancréatique



Discussion :

Epidémiologie :

Les MO sont présentes chez 20 % à 80 % des patients avec cancer. La localisation la plus fréquente est le rachis puis le pelvis, les hanches, les os longs et le crâne.

Comparaison des caractéristiques épidémiologiques de notre série avec les séries de la littérature

	Serre 1971	Pouget 1985	Maillefert 1993	Wendling 1988	Alcalay 1995	Notre série
N patients	300	86	115	175	179	202
Sex-ratio	0,6		0,3	0,9	0,3	0,38
% de MO	75	70	100	53	51	72
Primitif inconnu	43,5	45	29,6	38	61	16
Sein	18,6	8	3,5	11	6	15,8
Prostate	24,3	22	24,3	20	28	22,7
Poumon	5	18	17,4	9	13	27,7
Rein	3	3	10,4	5	7	4
Thyroïde	1,6		0,9	2	2	3,3

Traitement:

Les Antalgiques

Les bisphosphonates (clodronate, acide zolédronique, pamidronate)

La radiothérapie : L'effet antalgique survient entre une à quatre semaines après l'irradiation et se maintient trois à 12 mois selon la nature de la tumeur primitive.

La chirurgie : Lorsqu'il existe une fracture ou une menace de compression médullaire

Les traitements antihormonaux : en cas de cancer hormonodépendant.

Chimiothérapie	Radiothérapie antalgique	Radiothérapie décompressive	Hormonothérapie	Bisphosphonates	Antalgiques seul
19,2 %	25,8 %	8,6 %	27,1%	6%	13,3%

Conclusion : Les (MO) sont des complications sévères et communes des pathologies cancéreuses à un stade avancé. Les complications principales de cet envahissement osseux sont des douleurs invalidantes, des hypercalcémies, des compressions médullaires et des fractures pathologiques responsables d'une dégradation sévère de la qualité de vie.



Devenir à l'âge adulte d'une dysplasie spondylo-épiphysaire : à propos d'un cas

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

La dysplasie spondylo-épiphysaire (DES) est une maladie génétique rare caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Le diagnostic est en général posé à l'âge jeune mais l'évolution est marquée par l'installation de polyarthrose qui engage le pronostic fonctionnel. A travers cette observation, nous allons préciser le devenir clinique, radiologique et fonctionnel à l'âge adulte.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, célibataire, connue porteuse de DES depuis la petite enfance, elle a consulté à l'âge de 27 ans pour des lomboradiculalgies et un gêne fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen physique a trouvé des nodosités d'Heberden et de Bouchard, flessum 30° des coudes, une limitation des épaules et des hanches dans les différents secteurs de mobilité, des flessums irréductibles des hanches et des genoux de 50°, une hyperlordose avec un bassin antéversé. La marche se faisait en triple flexion en pendulaire aidée par deux cannes axillaires ; MIF 116/126 (Fig.1-5).



Fig 1,2,3: Position debout aidée par deux cannes axillaires: hyperlordose, bassin antéversé, flessum des hanches et des genoux

Fig4: decubitus dorsal

Fig5 : déformation des doigts

Le bilan radiologique a mis en évidence un aplatissement des vertèbres (Fig.11,12), une dysplasie polyépiphysaire (Fig.6,7,8) avec une coxa-plana bilatérale (Fig.9) et une gonarthrose bilatérale (Fig.10), le scanner lombaire a objectivé un pincement discal étagé, irrégularité des plateaux vertébraux, diminution de la hauteur postérieure des corps vertébraux et un canal lombaire étroit avec aspect moniliforme et conflit radiculaire (Fig.13- 15) et une sacroileite bilatérale (Fig.16).

La patiente a bénéficié d'un traitement médical, de plusieurs séances de rééducation et d'une infiltration par le hiatus sacro-coxygien.



Fig 6,7,8: Dysplasie du coude, épaule et inter-phalangienne

Fig9: gonarthrose bilatérale
Fig10: coxa plana

Fig11,12: Aplatissement des vertebres: signe indirect du CLE

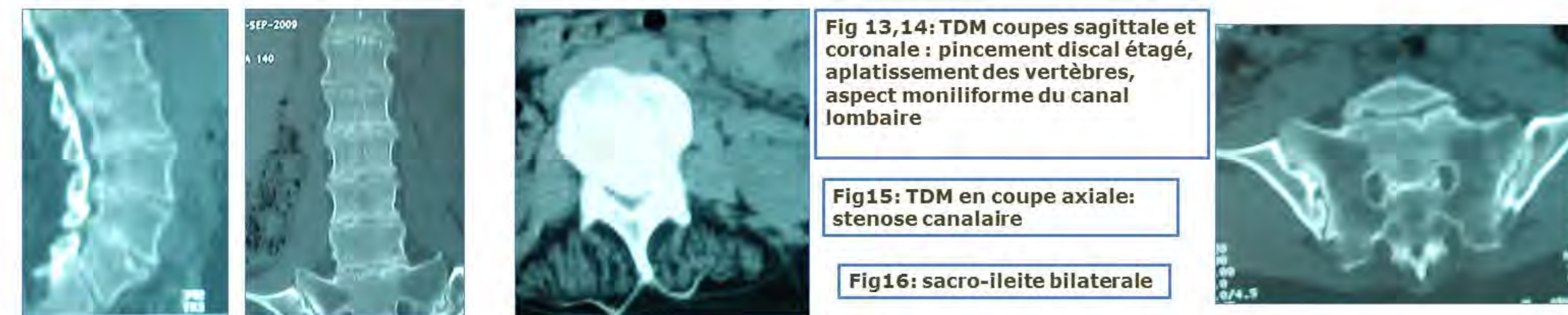


Fig 13,14: TDM coupes sagittale et coronale : pincement discal étagé, aplatissement des vertèbres, aspect moniliforme du canal lombaire

Fig15: TDM en coupe axiale: stenose canalaire

Fig16: sacro-ileite bilatérale

Discussion

La DSE est une chondrodysplasie génotypique qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est découverte à la naissance ou au cours de la croissance.

La DES est caractérisée cliniquement par un nanisme (la petite taille touche à la fois les membres et le tronc), des doigts épais, une hyperlordose, une limitation des différentes articulations et par l'apparition d'une arthrose généralisée au début de l'adolescence. Une myopie et une fente palatine peuvent y être associées.

Les anomalies des vertèbres et des épiphyses en cours de maturation se manifeste radiologiquement par un aplatissement des corps vertébraux, une dysplasie polyépiphysaire avec une coxa-plana bilatérale, et une gonarthrose et coxarthrose bilatérales. Notre patiente présente une arthrose touchant les épaules, coudes, hanches, genoux et les petites articulations de la main.

Le diagnostic exact est important à considérer, non seulement pour le conseil génétique et le diagnostic prénatal, mais aussi pour le suivi et la prise en charge.

Les progrès récents de la génétique ont permis d'identifier la plupart des gènes dont les mutations sont responsables d'un trouble de croissance cartilagineux et de déformations ou de nanismes. La DES est liée aux mutations du collagène 2.

Le pronostic est grave, la DES est responsable de douleurs invalidantes, de déformations et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Notre patiente se plaint essentiellement de lombosciatalgies rebelles aux traitements symptomatiques (antalgique, anti-inflammatoire, infiltration corticoïde) seuls les antiépileptiques ont diminué l'intensité de ses douleurs. Sur le plan fonctionnel, malgré son handicap elle est autonome pour les transferts, elle est gênée surtout dans l'habillement de la partie inférieure de son corps.

Cette évolution rend la prise en charge difficile et compliquée. le conseil génétique reste le seul moyen thérapeutique efficace.

Conclusion

La DSE est une pathologie rare et invalidante. L'examen moléculaire permet la confirmation du diagnostic toujours suggéré par l'examen clinique et radiologique, de proposer un conseil génétique et de faire un diagnostic prénatal afin de prédire l'évolution et permettre une prise en charge précoce.



Tolérance des anti TNF alpha au cours des hépatopathies chroniques

O. Saidane ; L. Dridi ; I. Mahmoud ; H. Sahli ; R. Tekaya ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction

Les anti TNF alpha voient leur prescription augmenter chez les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) et présentant souvent des comorbidités. L'expérience clinique concernant la tolérance de ces molécules chez les patients porteurs d'une hépatopathie chronique est limitée. Nous nous proposons de rapporter notre expérience.

Résultats

Dix dossiers ont été colligés. Les principales données cliniques et paracliniques sont résumées dans le tableau I

Tableau I: Données cliniques et paracliniques

	Sexe	Age	Type RIC	Durée d'évolution	DMARDs antérieurs	Type hépatopathie	Molécule anti-TNF alpha	Bilan hépatique avant biothérapie	Evolution
1	F	47	PR	18 ans	MTX	Hépatite C	Etanercept	Cytolyse	Stable
2	M	53	PR	21 ans	MTX/APS/SLZ	Hépatite B	Etanercept	RAS	Stable
3	M	31	Rhum MICI	2 ans	SLZ	Stéatose	Infliximab	Cytolyse	Stable
4	M	41	Rhum Pso	6 mois	SLZ/MTX	Hépatite chronique non spécifique	Etanercept	Chloestase	Stable
5	F	56	Rhum Pso	1,5 ans	SLZ/MTX	Stéatose	Infliximab	Cytolyse + Cholestase	Stable
6	M	41	SPA	3 ans	SLZ	Stéatose	Etanercept	Cytolyse + Cholestase	Stable
7	F	60	PR	15 ans	MTX/Arava	Stéatose	Etanercept	Cholestase	Régression
8	F	33	PR	18 ans	APS/MTX/SLZ	Stéatose	Infliximab	RAS	Stable
9	M	48	Rhum Pso	2 ans	SLZ	Hépatite B	Infliximab	RAS	Stable
10	M	31	SPA	2 ans	SLZ	Hépatite B	Etanercept	Cytolyse	Stable

Discussion

- L'usage des anti-TNF α chez les patients porteurs d'hépatopathie chronique est un sujet d'actualité.
- L'effet des anti-TNF sur la réplication virale du virus de l'hépatite C paraît incertain. Des études de cas suggèrent que les anti-TNF n'ont pas d'effets délétères sur l'hépatite chronique C. Dans une série de 22 patients infectés par VHC et traités par infliximab ou etanercept pour une PR, il n'y avait pas de différence en termes de transaminases et de charge virale entre J0 et lors du suivi.
- Contrairement à l'hépatite C, le risque de réactivation d'hépatite B est bien connu et plusieurs cas de réactivation symptomatiques et sévères ont été décrits lors d'un traitement par anti-TNF. La réactivation du VHB a même été décrite chez un patient anti-HBc+ et agHBs-. Chez nos 3 patients porteurs d'hépatite B, aucun cas de réactivation n'a été noté.
- Concernant la stéatose hépatique, il y a peu de données dans la littérature. Chez nos 5 patients, la tolérance était bonne et les chiffres de transaminases et de GGT sont restés stables. Les cytokines proinflammatoires notamment le TNF α sont impliqués dans l'apparition des lésions de stéato-hépatite, ils sont sécrétés suite à un stress oxydatif. Ces données de physiopathologie peuvent expliquer la régression de la cholestase chez notre patiente et l'éventuel effet bénéfique des anti-TNF sur la stéatose hépatique.

Conclusion

Selon notre série, les anti-TNF alpha semblent être bien tolérés au cours des hépatopathies chroniques. Ils pourraient même avoir un effet bénéfique sur les hépatopathies de surcharge métabolique.



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET NÉOPLASIES (À PROPOS DE 5 CAS)
N. Ben Slimane; Gh. Ghattas; H. Gharbi; Ch. Kolsi; H. Zaouali.
Policlinique CNSS El Khadra – Tunis.

INTRODUCTION

L'association d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'un cancer est rare et discutée depuis longtemps. Le mécanisme physiopathologique est intriqué incluant, outre le terrain immunitaire de ces 2 pathologies, les traitements immunosuppresseurs utilisés au cours de la PR. Nous rapportons notre série.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude rétrospective de 5 dossiers de patients suivies à la policlinique El Khadra sur 16 ans (1997 – 2013) pour PR (critères de l'ACR) et qui ont développé un KC soit au cours de l'évolution soit avant la survenue de la PR.

RÉSULTATS

Il s'agit de 5 femmes âgées en moyenne de 55 ans (48 – 67 ans).

- Quatre patientes suivies pour une PR séropositive traitée par méthotrexate (dose hebdomadaire de 10 mg) et corticothérapie à faible dose (7.5 mg/j), ont développé 5 ans en moyenne (2 – 8 ans) après le diagnostic de PR une néoplasie. Il s'agit d'un KC du sein dans 3 cas associé à une tumeur ovarienne dans un cas et d'un KC de la thyroïde dans un cas. L'arrêt du méthotrexate est la règle dans tous les cas avec relai par la sulfasalazine (2g/j).

- La cinquième patiente âgée de 56 ans est opérée d'une tumeur du sein droit. Elle a développé 4 ans après une polyarthrite inflammatoire bilatérale et symétrique. Le bilan immunologique trouve des AC antiCCP fortement positifs. L'échographie montre des synovites radio-carpiennes et carpo-métacarpiennes bilatérales. Elle a été mise sous sulfasalazine (2g/j) et corticothérapie à la dose de 7.5mg/j.
- Aucune des patientes ne présente un syndrome sec associé.
- La scintigraphie osseuse faite dans tous les cas n'a pas montré de localisation secondaire.

Tableau récapitulatif:

Observation	Âge	KCC	Accèsibilité de la PR	Bilan immunologique	Activité de la maladie	Signes extra-articulaires	Méthodes	Délai de survenue	Traitement
1 ^{ère}	55ans	DRG	44ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++ (4/5)		Corticostéroïdes, méthotrexate	5ans	Tumeur ovarienne, tumeur mammaire, tumeur colique, tumeur gastrique, tumeur hépatique
2 ^{ème}	57ans	DRG, DRG+, DRG++, DRG+++	8ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++ (4/5)	Téléangiectasies cutanées	Corticostéroïdes	6ans	Répertoire immuno-hématologique peu révélateur
3 ^{ème}	55ans	DRG	5ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++ (4/5)		Corticostéroïdes, méthotrexate	8ans	Tumeur colique, tumeur mammaire, tumeur hépatique
4 ^{ème}	56ans	DRG	8ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++ (4/5)		Corticostéroïdes	2ans	Tumeur mammaire, tumeur colique, tumeur hépatique, tumeur gastrique

COMMENTAIRES

Plusieurs études ont évoqué l'existence d'un risque accru de néoplasies solides et hématologiques chez les patients atteints de PR. La plus part survient dans l'année qui suit le diagnostic de PR. Il s'agit surtout de lymphomes et de cancer du rein, des os, poumons, sein, prostate, côlon et cerveau.
Ce risque pourrait être plus important chez les patients atteints d'une PR sévère et chez les patients exposés aux agents anti TNF α (on n'a pas noté de corrélation entre les cancers et le méthotrexate, les corticoïdes et les AINS).
Les mécanismes théoriques susceptibles d'expliquer cette association sont nombreux: une transformation maligne d'un clone lymphocytaire, rôle d'un agent viral notamment du virus Epstein Barr, effet des thérapeutiques immunosuppresseives.
Étant donné que le risque de néoplasie est associé à l'activité durable et sévère d'une PR, un traitement agressif peut réduire un tel risque en luttant contre toute inflammation récurrente et chronique.

CONCLUSION

La survenue d'une néoplasie au cours de l'évolution d'une PR incite une surveillance plus rapprochée et régulière des patients d'autant plus que ce risque est augmenté avec l'avènement des biothérapies.





HEPATOTOXICITE DES ANTI-TNF-ALPHA AU COURS DES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

•Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Introduction

L'objectif de cette étude est d'évaluer la tolérance hépatique des anti-TNF-alpha (ATF) au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Matériels et méthodes:

On a recensé de façon rétrospective les dossiers des patients traités par ATF et qui ont développé des effets indésirables graves hépatiques (EIH). Les EIH ont été considérés comme graves s'ils mettaient en jeu le pronostic vital, laissaient des séquelles, ou nécessitaient un arrêt des ATF sur une longue période.

Résultats:

3 patients ont été inclus (2H/1F), d'âge moyen 34 ans [30-43]. La fréquence de survenue des EIH était de (3.1%) de l'ensemble des patients sous ATF (95). Le délai moyen de survenue de l'EIH était de 5 mois. Il s'agissait d'une cytolyse hépatique sous Infliximab (INF) nécessitant son arrêt définitif dans tous les cas. 2 patients étaient suivis pour une Spondylarthrite ankylosante avec un nombre moyen de traitement de fond antérieur de 1.3. On a noté des antécédents de cytolyse hépatique sous 10mg/semaine de méthotrexate (1). Le 3^{ème} cas était une femme traitée pour une polyarthrite rhumatoïde rebelle aux traitements conventionnels. L'arrêt de l'INF a permis la normalisation du bilan hépatique (100%). Un bilan étiologique exhaustif a exclu dans tous les cas les autres causes de cytolyse hépatique (activation d'une hépatite auto-immune latente, réactivation d'une hépatite virale...). Tous les patients ont bénéficié d'une rotation vers l'Etanercept (2 cas) et de 2 rotations (Etanercept puis Humira: 1 cas). Aucun cas d'hépatite fulminante ou admission en unités de soins intensifs n'a été répertorié.

Discussion:

La toxicité hépatique des ATF est rarement soulignée; quelques hépatites médicamenteuses graves ayant été néanmoins rapportées. Une étude prospective hollandaise, colligeant 150 patients atteints de spondylarthrite ankylosante, avait analysé la tolérance hépatique de l'Etanercept. La fréquence des EIH était de 4%. Notre étude a recensé 3.1% d'EIH de l'ensemble des patients sous ATF. Les auteurs ont discuté l'imputabilité potentielle des AINS, d'une stéatose hépatique. Mais, le seul facteur prédictif indépendant était le BMI avec un BMI moyen de 31 chez les sujets développant une cytolyse hépatique versus 25 chez les sujets contrôles [1].

Conclusion:

Même si le risque d'hépatotoxicité des ATF est rare, il devrait être pris en considération. On souligne l'importance de rechercher avant la prescription de ces traitements des risques potentiels d'atteinte hépatique.

Référence :

[1] van Denderen JC, Blom GJ, van der Horst-Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Elevated liver enzymes in patients with ankylosing spondylitis treated with etanercept. *Clin Rheumatol* 2012 Dec;31(12):1677-82



QUELS CRITERES DE CHOIX POUR LA PRESCRIPTION DU PREMIER ANTI-TNF-ALPHA?

K. Ben Abdelghani; A. Ben Tekaya; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

Il est bien établi que les anti-TNF-alpha (ATF) à savoir l'etanercept (ETN), l'infliximab (INF) et l'adalimumab (ADA) ont un profil d'efficacité et de tolérance comparable. En l'absence d'étude « face à face », aucune recommandation quant au choix du premier agent ATF n'a été élaborée. L'objectif de notre étude était d'évaluer les critères de choix du 1^{er} ATF.

Patients et méthodes:

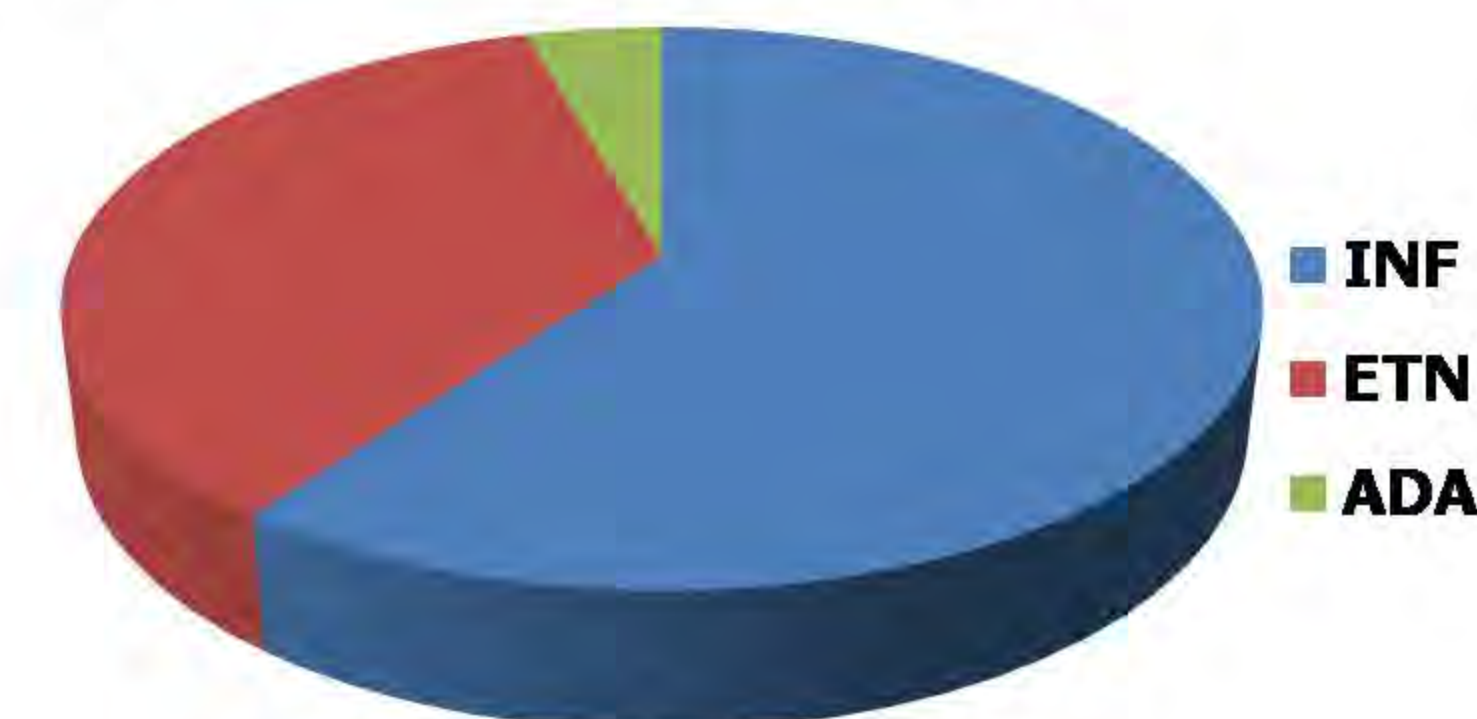
Etude rétrospective colligeant les dossiers des patients traités par ATF depuis leur introduction jusqu'à Janvier 2013. Les critères de choix étaient: (1) préférence du patient, (2) préférence du prescripteur, (3) disponibilité initiale de la biothérapie (absence d'alternative thérapeutique), (4) inclusion dans un protocole, (5) risque infectieux.

Résultats:

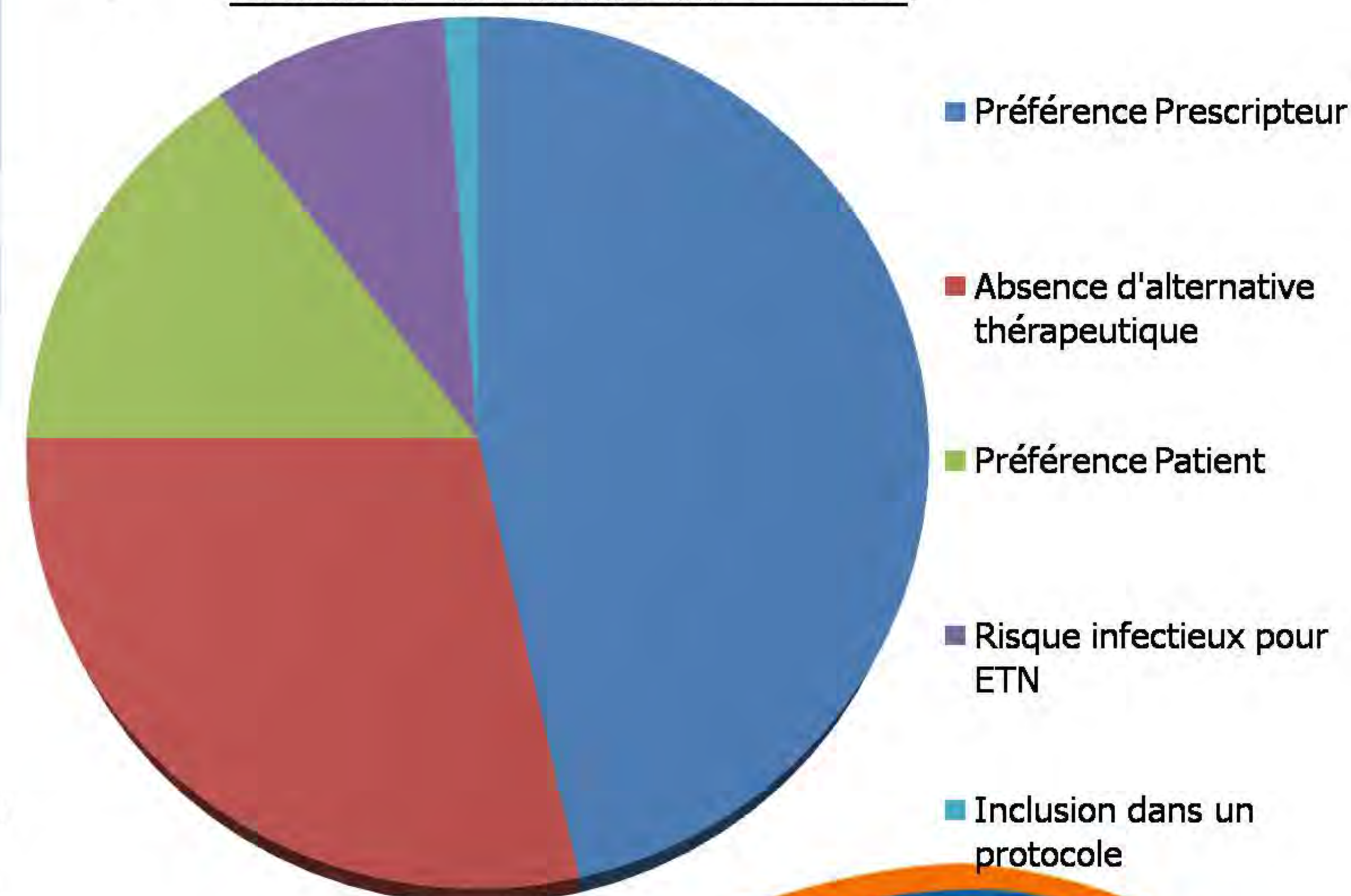
Population:

Nombre total	99
Femmes/Hommes	54/41
Age moyen	44 ans
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rhumatisme des entérocolopathies(Sp/MICI) (11) ✓ Rhumatisme Psoriasique(8) ✓ Spondylarthrite ankylosante(26) ✓ Polyarthrite Rhumatoïde(43) ✓ Arthrite juvénile idiopathique(7)
Durée moyenne d'évolution de la maladie	13 ans [2-38]
Nombre moyen de DMARDs antérieurs	2.3
Taux de maintien thérapeutique à un an du 1 ^{er} ATF	79%

Prescription du premier ATF:



Critères de choix du 1^{er} ATF:



Discussion et conclusion: La faible participation du patient dans le choix de son 1^{er} ATF pourrait être en partie expliquée par le faible niveau d'instruction des patients ne leur permettant pas de choisir correctement entre les 3 ATF. Ainsi, les patients optaient préférentiellement pour un traitement ambulatoire, alors que cet élément n'était pas discriminant pour le prescripteur. Ce dernier préfère dans certain cas l'INF pour assurer un meilleur suivi. La prescription de l'ETN pour les patients à risque infectieux s'explique par un risque important de réactivation tuberculeuse sous anticorps monoclonaux. Par ailleurs, ceux-ci sont prescrits majoritairement en cas d'antécédents de MICI devant l'absence d'AMM pour l'ETN. Il serait intéressant de compléter ce travail par l'étude de la valeur prédictive des critères de choix du 1^{er} ATF sur la réponse aux ATF et le maintien thérapeutique.



FRÉQUENCE DES INFECTIONS SOUS BIOTHÉRAPIE : À PROPOS DE 84 CAS

M Slouma, H Sahli, A Fazaa, S Rekik, N Meddeb, I Cheour, M Elleuch, S Sallami
Service de rhumatologie, Hôpital Rabta

INTRODUCTION

- ❖ Après plusieurs années d'utilisation clinique de la biothérapie, les effets indésirables de ces molécules sont mieux connus.
- ❖ Le but de notre étude est d'évaluer la fréquence des infections sous biothérapie et de préciser leurs caractéristiques.

RESULTATS

- ❖ 84 patients: 39 hommes et 45 femmes
- ❖ L'âge moyen : 44.7+9.7 ans
- ❖ 8.3% étaient diabétiques
- ❖ Le rhumatisme inflammatoire:
 - polyarthrite rhumatoïde (PR) dans 44 cas,
 - Spondylarthrite ankylosante(SP) dans 31 cas
 - rhumatisme psoriasique (RP) dans 9 cas.
- ❖ Les biothérapies prescrites:
 - Les anti-TNF chez 60 patients: infliximab dans 19 cas, étanercept dans 33 cas et adalimumab dans 8 cas.
 - Le Rituximab dans 21 cas
 - Le tocilizumab chez 3 patients.
- ❖ **Une complication infectieuse** a été trouvée dans 13% des cas (n=11) dont deux **tuberculoses pulmonaires**.
- ❖ Le délai moyen de survenue de l'infection était de 4.38 mois.
- ❖ Les infections étaient **graves** dans 2 cas.
- ❖ Elles étaient **récidivantes** dans deux autres.
- ❖ Ainsi, 15% des patients sous **étanercept** ont présenté une infection vs 21% sous **infliximab** et 9% sous **rituximab**.
- ❖ La biothérapie a été arrêtée pendant l'épisode infectieux et l'évolution était bonne sous antibiothérapie.

MATERIEL ET METHODE

Etude rétrospective menée dans le service de rhumatologie du CHU la Rabta sur une période de 6 ans (2006-2012) qui a concerné les patients ayant reçu une biothérapie pour un rhumatisme inflammatoire chronique, chez qui nous avons recherché les complications infectieuses intercurrentes, en dehors des infections ORL banales.

DISCUSSION

- Il semble que le risque infectieux est plus important chez les patients sous anti TNF que ceux sous Rituximab.
- Les infections à pyogènes et la tuberculose constituent les complications infectieuses les plus fréquentes chez les patients traités par antiTNFa.
- Des études ont montré que le risque d'infections sévères sous anti-TNFa est multiplié par deux à trois comparativement aux PR sans anti-TNFa [1] .

CONCLUSION

Si des progrès indéniables ont été obtenus grâce au développement des biothérapies, le risque infectieux, opportuniste ou non, est non négligeable imposant ainsi une surveillance étroite de ces patients.



LUXATION ATLOIDO-AXOIDIENNE AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE : A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

D. Kaffel ; A. Kesraoui ; S. Boubaker ; I. Zouch ; M. Bouaziz ; W. Hamdi ; MM. Kechir

Service de rhumatologie institut Mohamed Kassab d'orthopédie

Introduction

La luxation atloïdo-axoïdienne (LAA) est rare au cours de la spondylarthrite ankylosante (SPA). Elle reste l'apanage des formes anciennes et sévères de la maladie. But : Se méfier des cervicalgies chez les patients atteints de SPA. Nous décrivons 3 cas de SPA compliquées d'une LAA.

Résultats

Il s'agissait de 3 hommes avec un âge moyen de 53.3 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 12 ans. La SPA était axiale et périphérique chez 2 malades et axiales pures chez le troisième. Tous les patients présentaient des cervicalgies inflammatoires et avaient une raideur rachidienne à l'examen clinique. L'examen neurologique retrouvait un syndrome quadri pyramidal chez 1 patient, des réflexes ostéo-tendineux vifs aux 4 membres chez 1 autre patient et était normal pour le patient restant. La biologie objectivait un syndrome inflammatoire dans 2 cas. Les radiographies du rachis cervical montraient un diastasis C1-C2 dans 2 cas. L'IRM cervicale révélait une LAA antérieure chez tous les cas avec atteinte médullaire dans 1 cas. Tous les patients avaient bénéficié d'un collier cervical avec triple appui mentonnier sternal et occipital. Une arthrodeuse C1-C2 était prévue chez un patient.

Conclusion

Bien que les cervicalgies soient fréquentes au cours de la SPA, une LAA doit être recherchée systématiquement notamment dans les formes sévères de la maladie.



SCIATIQUES DE CAUSES RARES : KYSTES DE TARLOV, ANOMALIES DES RACINES NERVEUSES ET LIPOMATOSE EPIDURALE

M. Jguirim¹, S Jemmeli¹, M Walid², A Zrig ², M. Younes¹, S. Zrour¹, M. Touzi¹, N. Bregaoui¹, M. Golli².

1. Service de Rhumatologie, EPS Fattouma-Bourguiba, Monastir 5000, Tunisia.

2. Service de radiologie, EPS Fattouma-Bourguiba, Monastir 5000, Tunisia.

Observation 1:

femme âgée de 49 ans admise pour exploration d'une lombosciatique bilatérale pluriradiculaire



IRM lombo-sacrée - coupe coronale : multiples kystes de Tarlov au dépens des racines

IRM du sacrum - coupe transverse : multiples kystes de Tarlov bilatéraux

Les kystes de Tarlov sont des dilatations périnerveuses des ganglions spinaux remplies du liquide céphalorachidien. Le scanner et surtout l'IRM montrent bien ces kystes et précisent leurs rapports avec les structures avoisinantes. La myélographie permet de visualiser le pertuis de communication avec l'espace arachnoïdien et le remplissage progressif de ces kystes. Pour les anomalies des racines, l'IRM est plus sensible que le myéloscanner dans le diagnostic positif et différentiel avec une hernie discale et aussi pour la classification de ces anomalies. Le traitement chirurgical s'adresse aux kystes de Tarlov symptomatiques résistant au traitement médical. Les résultats sont meilleurs dans les cas associés à un autre élément compressif que dans les cas isolés.

Observation 2:



Myélographie - incidence de trois-quarts : racines L5 dédoublées bilatérales avec conservation des racines S1 évoquant un type IIb de la classification de Neidre et MacNab (1983).



Myéloscanner : racines L5 dédoublées bilatérales avec opacification des gaines des racines internes

les anomalies des racines nerveuses concernent habituellement les racines lombosacrées et sont souvent asymptomatiques. Ils peuvent être responsables d'une sciatique, d'un déficit moteur et de troubles vésicosphinctériens, même en dehors d'un élément compressif associé (hernie discale, spondylolisthésis, canal lombaire étroit).

Observation 3:



Femme âgée de 67 ans, lombosciatalgie bilatérale. IRM rachidienne: Hypersignal en T1, de la graisse épidurale en coupe sagittale.

La lipomatose épidurale ou lipodystrophie épidurale est une cause rare de compression médullaire ou radiculaire.

les premiers cas ont rapporté l'association d'une lipodystrophie et d'un hypercorticisme induit. Depuis, une centaine d'observations ont été publiées, liées le plus souvent à une corticothérapie. La graisse épidurale postérieure est un tissu de remplissage normalement présent, mais qui peut devenir un élément compressif en cas de canal lombaire étroit sans qu'il existe d'hypertrophie graisseuse. Le traitement de première intention par réduction pondérale serait logique quelle que soit l'origine de la LE. Et le traitement médical est proposé en première intention.

Elle est diagnostiquée en général en cas de syndrome neurologique déficitaire ayant nécessité une imagerie par scanner ou IRM. Sans dénier atténuer l'origine directe d'une corticothérapie, l'obésité, qu'elle soit primitive ou secondaire à un syndrome cushigoïde, semble l'élément majeur pour l'apparition d'une LE. Le traitement de première intention par réduction pondérale serait logique quelle que soit l'origine de la LE.



PROFIL SPIROMETRIQUE DE LA MALADIE RHUMATOÏDE PULMONAIRE ASYMPTOMATIQUE

R. Dhahri; S. Rekik ; K. Maatallah ; N. Mouhli ; H. Sahli ; N. Meddeb ; E. Cheour ; M. Eleuch

- Introduction:**

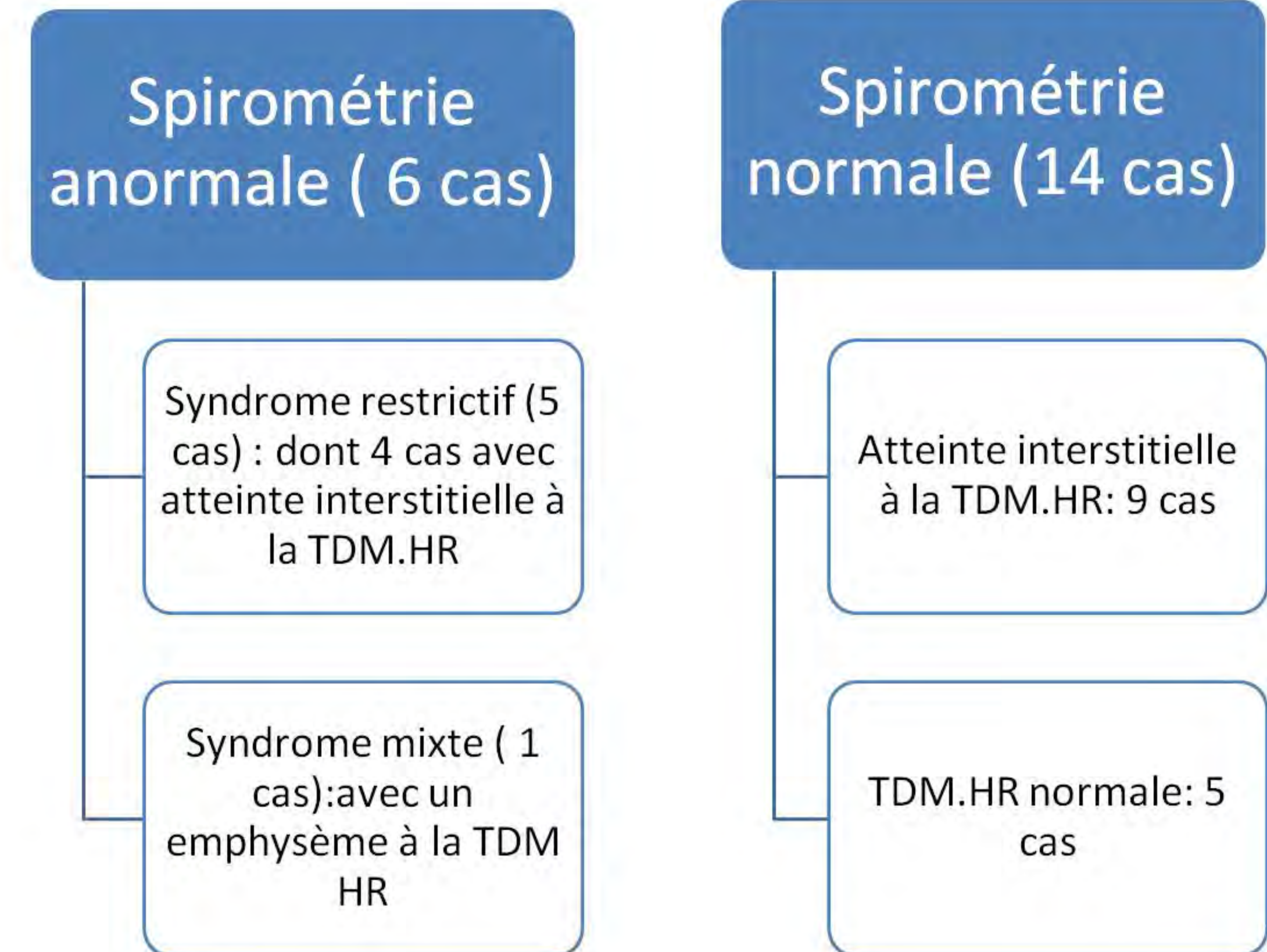
L'atteinte pulmonaire constitue un tournant évolutif au cours de la polyarthrite rhumatoïde ce qui justifie son dépistage systématique. en effet la mortalité est multipliée par 2. elle est symptomatique une fois sur 10.

- Matériels et méthodes:**

On a effectué une étude des volumes et des capacités respiratoires en pléthysmographie chez 20 patients sans antécédents pleuro-pulmonaires pouvant entraver la fonction respiratoire (sauf la maladie rhumatoïde) et jusque là asymptomatiques. On a complété par des TDM thoraciques à haute résolution à chaque fois que la spirométrie était pathologique.

- Résultats:**

La spirométrie était anormale dans 6 cas soit 30%. Un syndrome restrictif isolé existait dans 5 cas (25%) et un patient présentait un syndrome mixte (5%). Parmi les 13 patients présentant des atteintes de type interstitiel au TDM-HR, seulement 4 ont un syndrome restrictif avec à la TDM-HR correspondante un aspect normal. Le cas de syndrome mixtes la TDM révèle un emphysème centrolobulaire et para septal à prédominance bi lobaire supérieure.



- Conclusion:**

L'atteinte pulmonaire est l'une des principales manifestations extra-articulaires (50% des cas). Elle est souvent asymptomatique et d'aspect radiologique polymorphe. Elle est cause de décès dans 18% des cas.



COMPLICATION RARE DE L'ARTHRITE JUVENILE IDIOPATHIQUE: LA MYOCARDITE

K. Ben Abdelghani; S. Miladi; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie.

Introduction:

Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI):

- Un ensemble hétérogène d'affections.
- Caractérisé surtout par une atteinte articulaire.
- Parfois un retentissement viscérale.

La forme systémique se complique le plus de manifestations organiques.

Toutefois l'atteinte cardiaque reste exceptionnelle et peut intéresser les trois tuniques du cœur.

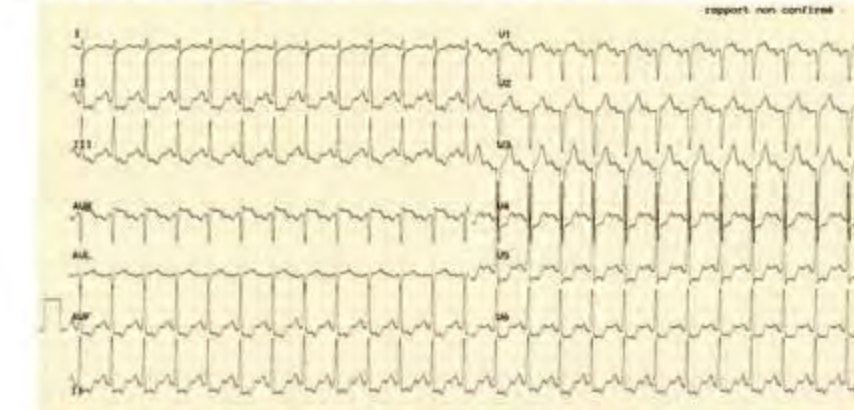
Matériels et méthodes:

- Étude de cas d'un enfant suivi dans notre service pour AJI compliquée de myocardite.
- Le suivi de sa cardiopathie a été assuré en collaboration avec les cardiologues.

Résultats:

- L'enfant I.B était suivi pour AJI évoluant depuis l'âge de 5ans, dans sa forme systémique.
- Diagnostic d'AJI retenu devant:
 - ✓ des arthrites non érosives
 - ✓ une éruption cutanée
 - ✓ une fièvre vespérale
 - ✓ une hyperleucocytose et
 - ✓ un bilan immunologique négatif.
- Le traitement: Méthotrexate (0,3mg/kg/semaine) + boli de Méthylprednisolone lors des poussées (fréquentes).
- A l'âge de 12ans, tableau de dyspnée stade III et asthénie sans fièvre.
- A l'examen:

- ✓ Auscultation cardiaque : une tachycardie à 120 bpm, sans souffle ni frottement.
- ✓ Fréquence respiratoire à 22cycles/minute.
- ✓ Auscultation pulmonaire : quelques râles crépitants aux bases.
- ✓ Des signes d'insuffisance cardiaque globale.
- ✓ ECG : tachycardie sinusale.
- ✓ Échographie : une myocardite (altération modérée de la fonction systolique du ventricule gauche et hypokinésie septale).



- Traitement : 3 boli de Méthylprednisolone, digoxine et diurétiques.
- Évolution : favorable cliniquement et échographiquement.
- Au cours du suivi l'enfant n'a plus représenté de manifestation cardiaque.

Discussion:

- L'atteinte cardiaque (péricarde, myocarde ou endocarde) est connue chez les patients présentant l'AJI.
- L'atteinte myocardique est rare, elle se présente comme une insuffisance cardiaque congestive ou une arythmie
- Le pronostic est souvent sévère. Le traitement par la prednisone et les digitaliques, permettent un contrôle de la phase congestive de la maladie.
- L'échocardiographie doit faire partie des éléments de surveillance de l'AJI, quelle que soit sa forme

Conclusion:

L'atteinte cardiaque n'est pas fréquente au cours de l'AJI.

La durée d'évolution de la maladie et son mode de présentation ont un impact significatif sur les fonctions cardiaques d'où l'intérêt d'un suivi et d'un contrôle cardiologique régulier.



OSTEOMALACIE D'ORIGINE NON CARENTIELLE

K.Maallah; S.Rekik; R.Dhahri; N.Mouhli; H.Ajlani; T.Tourjman; M.Eleuch; S.Sellemi

Introduction:

L'ostéomalacie est une ostéopathie raréfiante généralisée de l'adulte, essentiellement liée à une carence en vitamine D, d'autres causes plus rares sont possibles

But

Etudier les particularités des ostéomalaciques d'étiologie non carencielle

Matériels et méthodes:

- ✓ Etude rétrospective s'étalant sur une période 10 ans (2003 à février 2013), colligeant les dossiers d'ostéomalacie.
- ✓ Le diagnostic d'ostéomalacie a été retenu sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Résultats:

5patients (3femmes;2hommes)

Tableau1: les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques et étiologies des ostéomalacie non carencielle

Age moyen (ans)	51ans(43-65)
Motif de consultation	Rachialgies mécaniques(4cas) Douleurs inguinales(2 cas) Trouble de la marche (1cas)
Biologie	-Hypocalcémie(1cas) -Hypophosphatémie (5cas) -Hypocalciurie(5cas) -↑PAL(5cas) -↑PTH(3cas)
Radiographie standard	Hypertransparence osseuse diffuse(4cas) Des sties de Looser-Milkman(2cas) Fracture vertébrales biconcaves étagées (2cas)
Densité minérale osseuse	Diminution de la masse osseuse(4cas)
Étiologies	-Acidose tubulaire(1cas)) -Une tumeur à cellule géante(1cas) - Un état pré- lymphomateux d'un syndrome de Gougerot-Sjogren primitif (1cas) -Une fistule urétéro-digestive(1cas) -Une tumeur mésoenchymateuse du trou obturateur(1cas)

Un traitement vitaminocalcique ainsi que le traitement étiologique a permis une évolution favorable dans 3 cas, 2 patients ont été perdus de vue

Discussion:

le processus de minéralisation nécessite, outre la présence de phosphatases alcalines et de 1,25 dihydroxy vitamine D3, des concentrations optimales de calcium et de phosphore. L'hypophosphatémie induite par la fuite urinaire des phosphates engendre un défaut de minéralisation du tissu ostéoïde pouvant aboutir à une ostéomalacie[1]. Dans notre série, 3 de nos patients avaient un diabète phosphaté oncogénique. Les tumeurs à l'origine de ce syndrome sont souvent situés dans la peau et les tissus mous ou dans l'os[2,3] et les localiser pour pouvoir proposer une exérèse est primordial, mais souvent un véritable défi en raison de la petite taille de la tumeur, il faut généralement avoir recours à l'IRM, à la TC du corps entier ou à la scintigraphie à l'octréotide (en cas de tumeurs sécrétant de la somatostatine)[4]. Une acidose tubulaire était notée chez un patient, L'hypophosphorémie résulte dans ce cas d'une part de la déperdition de phosphates au niveau du tube proximal et de l'autre de l'hyperparathyroïdie secondaire sur hypercalciurie induite par l'acidose.[5].

Conclusion:

L'ostéomalacie se caractérise par une présentation clinicobiologique commune mais une multitude d'étiologies. L'origine non carencielle reste rare mais doit être recherchée car elle peut révéler des maladies graves.

Références:

- [1]V. Breuil, *Revue du rhumatisme* 79 (2012) 253-257
- [2]W.H. Chong, *Endocr Relat Cancer*, 18 (2011), pp. R53-R77
- [3]A.L. Folpe. *Am J Surg Pathol*, 28 (2004), pp. 1-30
- [4]Drezner MK *Rev Endocr Metab Disord* 2001;2:175-86.
- [5]Chesney RW. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;1999.p.340-2.



LIPOME PAROSTEAL DE L'OMOPLATE. A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. khelifi; N. Tlili; I. Sboui; Y. Jeridi; A. Belkadi; A. Bouguira; F. Saadaoui; MH. Mehrzi
Service des Urgences - Traumatologie. Institut Mohamed Kassab d'orthopédie. Ksar Said

INTRODUCTION:

Les lipomes sont les tumeurs bénignes des tissus mous les plus fréquentes. Le lipome parostéal est une tumeur bénigne du tissu adipeux mature situé directement au contact de l'os cortical.

Il s'agit d'une tumeur inhabituelle provenant de la différenciation mésenchymateuse multidirectionnelle à l'intérieur du périoste.

OBSERVATION:

Femme de 55 ans. Antécédents : 0

Motif de consultation:

tuméfaction en regard du bord externe de l'épaule gauche associé à des douleurs de type mécanique évoluant depuis un an.

Examen clinique:

- Masse de consistance dure, bien limitée, sous l'omoplate, douloureuse à la palpation et à la mobilisation de l'épaule sans signes inflammatoires locaux.

- Absence de déficit vasculonerveux
- Absence d'altération de l'état général



Fig.1: Radiographie standard

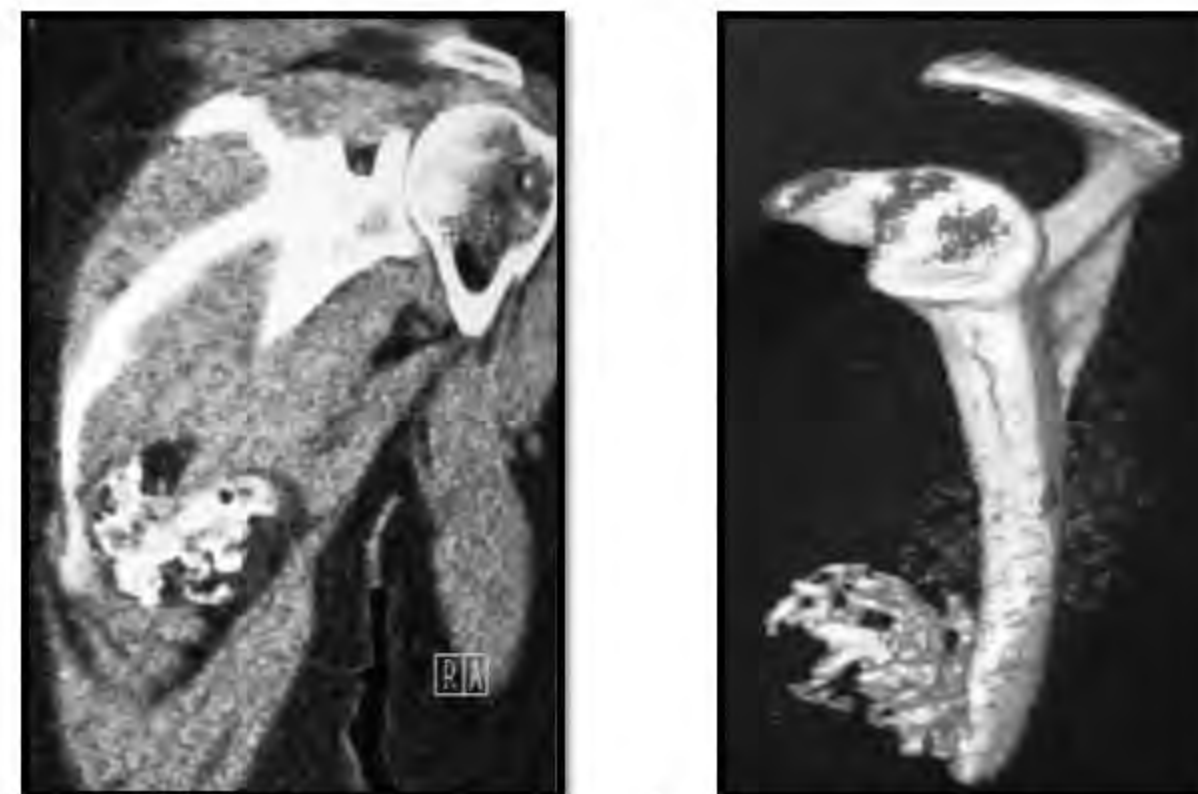


Fig.2: TDM de l'épaule gauche

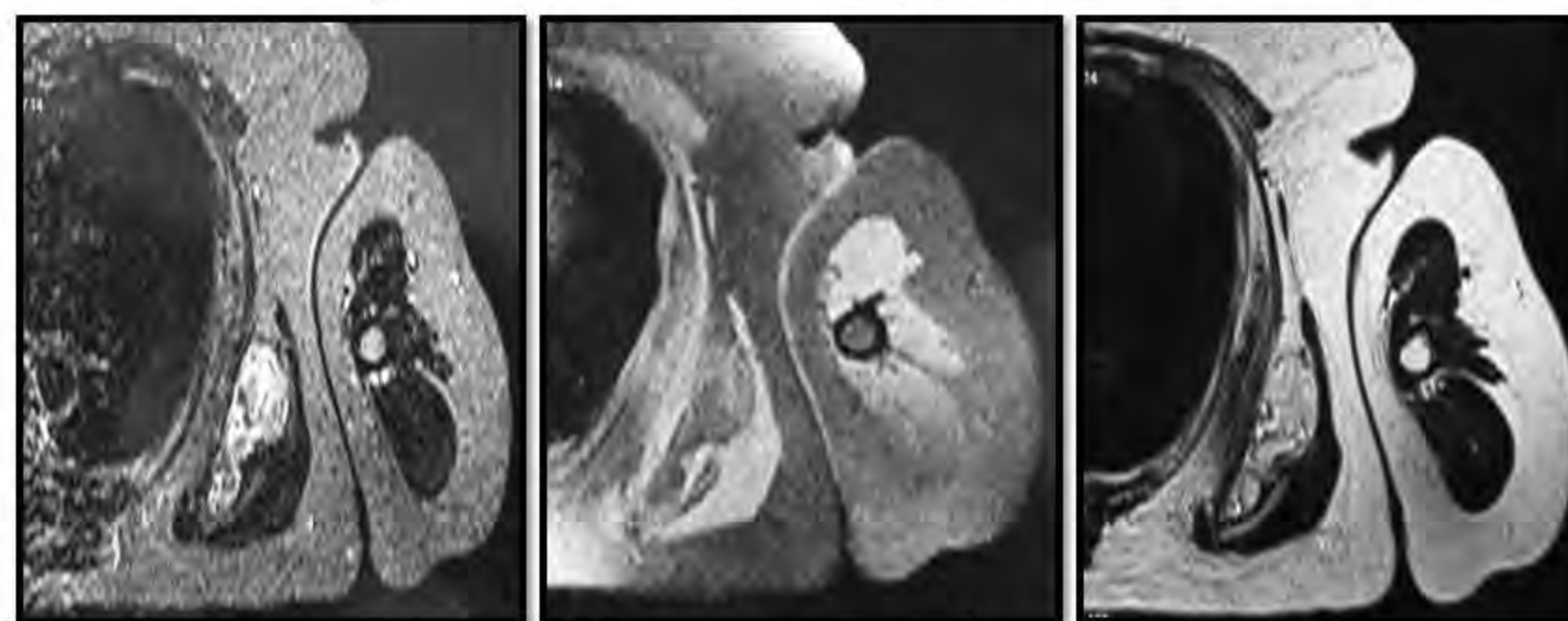


Fig.3: IRM: coupes axiales

La patiente a eu une biopsie exérèse associée à une résection de la pointe de l'omoplate.

L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le diagnostic de lipome parostéal.

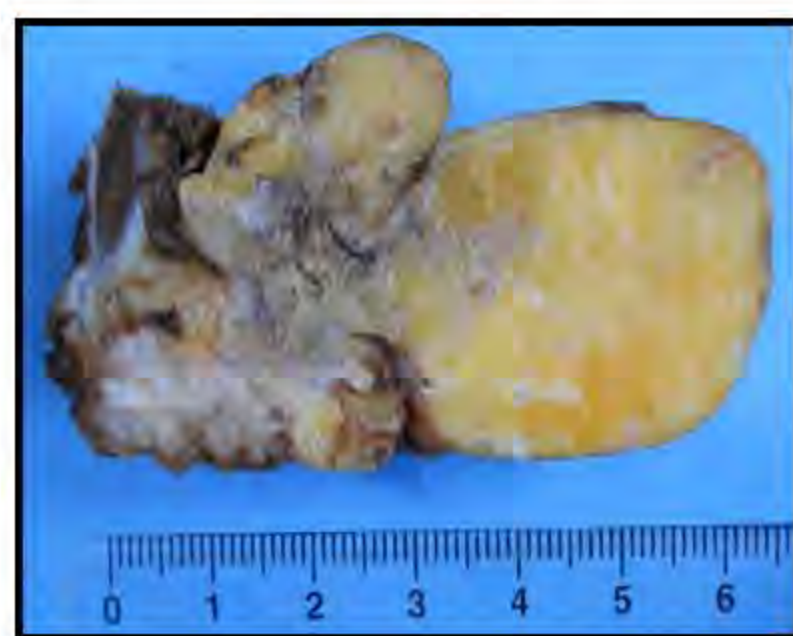


Fig.4: Pièce opératoire après résection de la tumeur

Au recul de 12 mois, on a noté une régression de la douleur avec une récupération d'une mobilité complète de l'épaule gauche.



Fig.5: Vue clinique

DISCUSSION:

- Le lipome constitue la tumeur bénigne la plus fréquente de l'organisme.
- Lorsque cette tumeur se trouve à proximité de l'os tout en présentant des contacts intimes avec son périoste, elle est appelée **lipome parostéal**.
- Initialement décrit par Seerig en 1836 en tant que « lipome périosté ».
- Le lipome parostéal représente la forme la plus rare des lipomes (0,3%).
- Près de 150 cas ont été décrits dans la littérature.
- Le fémur, tibia, humérus et radius constituent les sites les plus fréquents.
- La pathogénie des lipomes parostéaux est inconnue.
- Cette tumeur touche de façon égale les deux sexes, fréquemment les sujets de 40 à 60 ans.
- Elle se présente sous forme de masse de croissance lente dont les symptômes cliniques sont dus aux compressions des structures vasculo-nerveuses ou musculaires adjacentes.
- Sur les radiographies, les lipomes parostéaux se présentent comme masse ossifiée, bien délimitées, adjacentes à l'os. Il n'y a pas de destruction osseuse.
- Le lipome parostéal peut être confondu avec un ostéochondrome ou liposarcome.
- Cette tumeur n'a aucun potentiel de dégénérescence.
- Le traitement chirurgical est envisagé lorsque les secteurs vasculaires ou neurologiques sont atteints. La récurrence est exceptionnelle.

CONCLUSION:

Le lipome parostéal est une tumeur rare. Il doit être évoqué devant toute tumeur associant tissu adipeux et osseux. Ses caractéristiques radiologiques permettent d'orienter le diagnostic. La certitude du diagnostic est apportée par l'histologie.



LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE: A PROPOS DE 62 CAS

A. BenTekaya; S. Rekik; K. Maatallah; H. Ajlani*; H. Sahli; N. Meddeb; E. Cheour; M. Elleuch; S. Sellami

Service de Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) touche avec prédilection les femmes jeunes. Sa survenue chez les sujets âgés est particulière. Le but de notre travail est de dégager les particularités cliniques, para-cliniques et thérapeutiques de la PR chez les sujets âgés.

Discussion:

La PR du sujet âgé se caractérise par une présentation clinique différente. Il s'agit le plus souvent d'une PR déformante destructrice et séropositive avec un pronostic fonctionnel important à considérer. Ainsi, elle justifie une approche thérapeutique rigoureuse semblable à celle du sujet jeune. Cependant, on devrait tenir compte des facteurs pharmacodynamiques liés à l'âge ainsi que la polymédication; ceci dans la crainte d'une iatrogénie sur ce terrain précaire

Conclusion:

La PR du sujet âgé est responsable d'une altération importante de l'état général. Sa prise en charge est comparable à celle du sujet plus jeune. Cependant, le traitement doit tenir compte des contre-indications et des tares observées chez le sujet âgé.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective et descriptive ayant porté sur les dossiers des patients âgés de plus de 65 ans et dont le diagnostic de PR a été retenu selon les critères l'ACR 1987 sur une période de 10 ans [2002-2012]

Résultats:

Femmes/Hommes (35/27
Age moyen de début	70ans [65-85]
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Début brutal: 17% ✓ Atteinte articulaire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ rhizomélique(23%) ▪ périphérique distale(51%) ▪ mixte (26%) ▪ polyarthrite(60%). ▪ Déformante (56%) ✓ Une altération de l'état général (25%)
Biologie:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ syndrome inflammatoire biologique: 94% ✓ FR positif: 65% ✓ ACPA (recherchés dans 41cas): positifs :65%
Bilan radiologique:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Érosions/géodes 75% ✓ DMO:ostéoporose (78%)
Les manifestations extra-articulaires :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ nodules rhumatoïdes(3) ✓ atteinte interstitielle pulmonaire(9) ✓ anémie de Biermer(1) ✓ anémie inflammatoire (26) ✓ syndrome sec oculaire (11) ✓ syndrome de Gougerot-Sjogren (5)
Traitement:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Méthotrexate (75%) (10mg/semaine en moyenne) ✓ Salazopyrine (6.5%) ✓ APS (5%) ✓ Corticothérapie à faible dose (5mg/j) (56%) ✓ Leflunomide (1cas)



L'OSTEOARTHROPATHIE HYPERTROPHIANTE : A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS

L. Dridi ; H. Sahli ; R. Tekaya ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction

L'ostéoarthropathie hypertrophiante (OAH) est un ensemble syndromique rare associant un syndrome acromélique, un syndrome articulaire et un syndrome osseux (périostose). C'est une entité clinico-radiologique qui peut être primitive ou le plus souvent secondaire.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive des dossiers de patients hospitalisés au service de Rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle entre 2000 et 2012 pour OAH. Nous avons relevé les particularités cliniques, para-cliniques, thérapeutiques et évolutives.

Conclusion:

L'OAH est rare, la recherche d'une cause maligne est impérative. Son évolution dépend étroitement de l'affection causale. La forme primitive garde un meilleur pronostic.

Résultats

Il s'agissait de 7 hommes.

Les manifestations ostéo-articulaires étaient inaugurales dans tous les cas.

Les caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I: Caractéristiques cliniques

Age moyen	46,5 ans [21-65]
Durée moyenne d'évolution	19,7 mois [1 mois-5 ans]
Arthralgies moyennes et grosses articulations	3 cas
Oligoarthrite	3 cas
Polyarthrite	2 cas
Douleurs osseuses	2 cas
Fièvre	2 cas
AEG	2 cas
Signes respiratoires	2 cas

Examen physique:

- Hippocratisme digital chez tous les cas
- Hypertrophie acromélique: 5 cas
- Gynécomastie: 1 cas
- Pachydermatoglyphie: 1 cas

Biologie: Syndrome inflammatoire: 5 cas

Radiologie: Périostose engainante chez tous les patients de siège variable (phalanges, métacarpe, métatarse, os longs). (Figure 1)

□ Les étiologiques sont résumées dans le tableau II.

Tableau II: Profil étiologique de l'OAH

Etiologie	N
Paranéoplasique (poumon)	3
ADK	1
Tm carcinoïde atypique	1
CPC	1
DDB	1
Primitive	3



Figure 1: Image de périostite

Traitement et évolution:

- Les antalgiques et les AINS, prescrits dans les formes primitives ont permis la régression des manifestations articulaires dans un cas.
- Une synoviorthèse à l'acide osmique a été indiquée pour arthrite récidivante du genou.
- Dans la forme secondaire à la DDB, l'évolution était favorable après traitement étiologique.
- Pour les néoplasies pulmonaires, l'évolution était favorable pour un seul patient qui a pu bénéficier d'une exérèse chirurgicale avec radiothérapie postopératoire. Les 2 autres patients ont reçu une radiothérapie palliative.

Discussion

- L'OAH appelée également syndrome de Pierre-Marie-Bamberger, constitue un désordre systémique des os, articulations et tissus mous. Elle est dans plus de 90% des cas secondaire, s'associe essentiellement aux pathologies intrathoraciques, notamment tumorales. Les principales hypothèses physiopathologiques reposent sur la libération de facteur de néoangiogenèse (PDGF, VEGF, TGFβ) . Ces facteurs de croissance libérés en périphérie seraient responsables de l'hippocratisme digital et des appositions périostés.
- Elle associe dans les formes complètes un hippocratisme digital avec déformations des doigts en "baguettes de tambour" et clubbing des ongles, des douleurs avec polyarthralgies et polysynovites et une périostite engainante des os longs des membres inférieurs et supérieurs, visible précocement en scintigraphie osseuse : images "en rail"
- L'OAH n'influence pas le pronostic de la maladie associée. Son traitement est celui de sa cause, il permet une régression des symptômes notamment l'hippocratisme digital.



QUELS CRITERES DE CHOIX POUR LA PRESCRIPTION DU PREMIER ANTI-TNF-ALPHA?

K. Ben Abdelghani; A. Ben Tekaya; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

Il est bien établi que les anti-TNF-alpha (ATF) à savoir l'etanercept (ETN), l'infliximab (INF) et l'adalimumab (ADA) ont un profil d'efficacité et de tolérance comparable. En l'absence d'étude « face à face », aucune recommandation quant au choix du premier agent ATF n'a été élaborée. L'objectif de notre étude était d'évaluer les critères de choix du 1^{er} ATF.

Patients et méthodes:

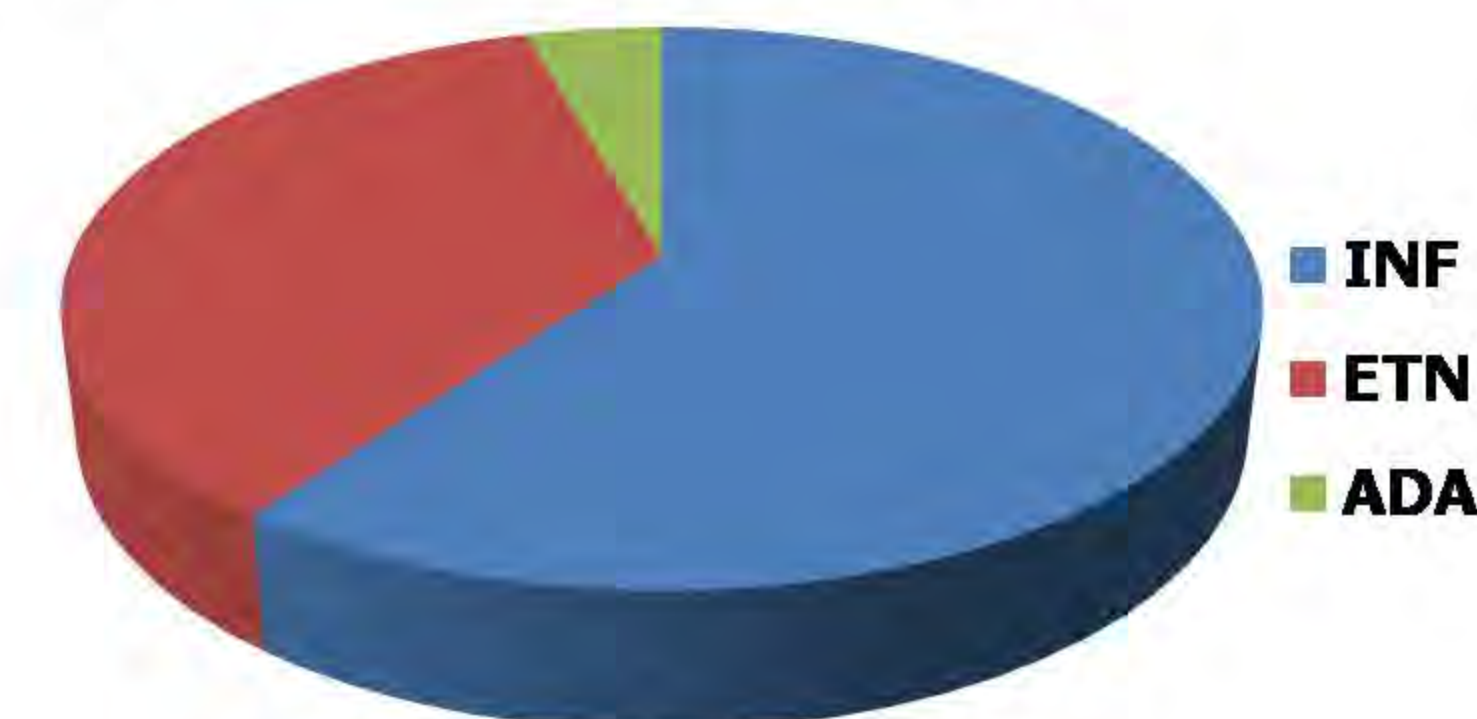
Etude rétrospective colligeant les dossiers des patients traités par ATF depuis leur introduction jusqu'à Janvier 2013. Les critères de choix étaient: (1) préférence du patient, (2) préférence du prescripteur, (3) disponibilité initiale de la biothérapie (absence d'alternative thérapeutique), (4) inclusion dans un protocole, (5) risque infectieux.

Résultats:

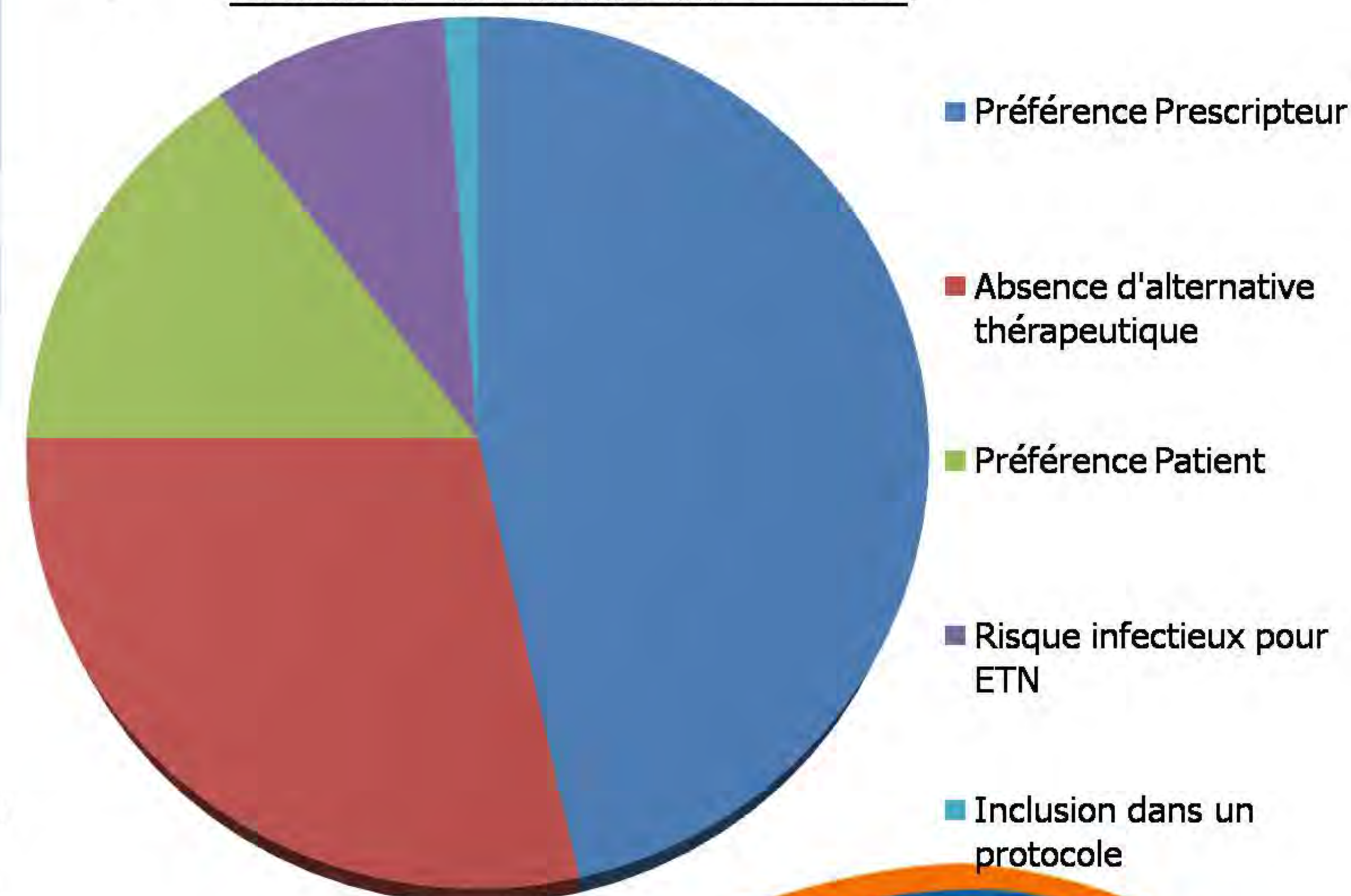
Population:

Nombre total	99
Femmes/Hommes	54/41
Age moyen	44 ans
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rhumatisme des entérocolopathies(Sp/MICI) (11) ✓ Rhumatisme Psoriasique(8) ✓ Spondylarthrite ankylosante(26) ✓ Polyarthrite Rhumatoïde(43) ✓ Arthrite juvénile idiopathique(7)
Durée moyenne d'évolution de la maladie	13 ans [2-38]
Nombre moyen de DMARDs antérieurs	2.3
Taux de maintien thérapeutique à un an du 1 ^{er} ATF	79%

Prescription du premier ATF:



Critères de choix du 1^{er} ATF:



Discussion et conclusion: La faible participation du patient dans le choix de son 1^{er} ATF pourrait être en partie expliquée par le faible niveau d'instruction des patients ne leur permettant pas de choisir correctement entre les 3 ATF. Ainsi, les patients optaient préférentiellement pour un traitement ambulatoire, alors que cet élément n'était pas discriminant pour le prescripteur. Ce dernier préfère dans certain cas l'INF pour assurer un meilleur suivi. La prescription de l'ETN pour les patients à risque infectieux s'explique par un risque important de réactivation tuberculeuse sous anticorps monoclonaux. Par ailleurs, ceux-ci sont prescrits majoritairement en cas d'antécédents de MICI devant l'absence d'AMM pour l'ETN. Il serait intéressant de compléter ce travail par l'étude de la valeur prédictive des critères de choix du 1^{er} ATF sur la réponse aux ATF et le maintien thérapeutique.



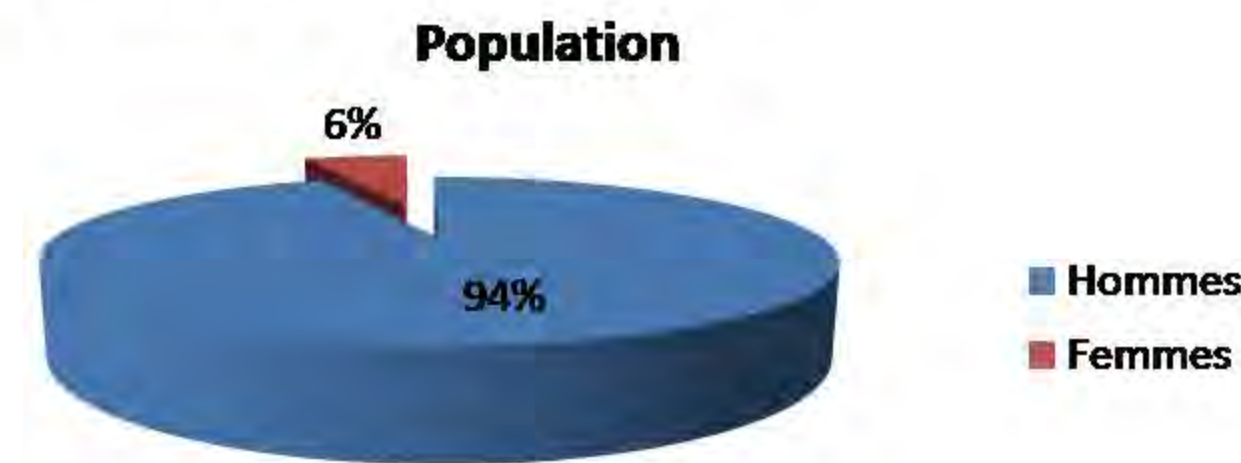
ATTEINTES CARDIAQUES AU COURS DE LA SPONDYLARTHROPATHIE ANKYLOSANTE DANS UNE POPULATION TUNISIENNE

M.Mrouki; L.Metoui; I.Gharsallah; N.Boussetta; B.Louzir; S.Othmani

Introduction

- Les spondylarthropathies ankylosantes (SPA) sont des rhumatismes inflammatoires chroniques ayant en commun une enthésopathie inflammatoire évoluant progressivement vers l'ossification et l'ankylose et une susceptibilité génétique, notamment l'association à l'antigène HLA B27.
- Les manifestations extra-articulaires sont très variables en. Les atteintes les plus fréquentes sont l'uvéite, l'atteinte osseuse, intestinale, pulmonaire et rénale cependant l'atteinte cardiaque est rare.

Résultats



- Sexe ratio **15.6**
- Âge moyen de début: **26 ±7 ans**
- Le mode de début était **axial** dans **95%** des cas notamment par des lombalgies et des cruralgies
- Les manifestations **extra-articulaires** étaient présentes dans **54%** des cas
- L'atteinte **cardiaque** était présente dans 9 cas soit **18%** des cas
- La durée moyenne pour l'installation de l'atteinte cardiaque était de **8±5ans**

→ Tous les patients ont été traités médicalement pour leurs cardiopathies avec une bonne évolution clinique.

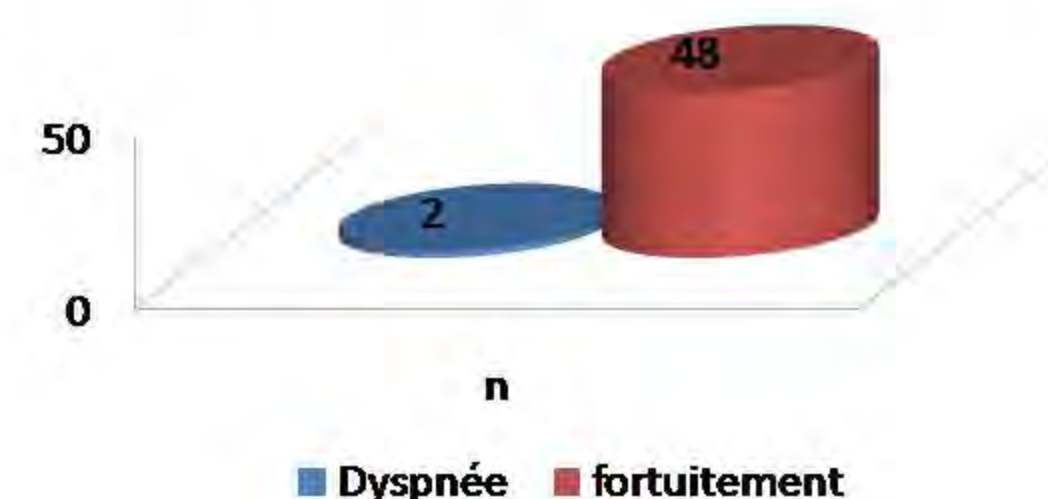
Discussion:

- L'atteinte cardiaque au cours de la SPA est plus fréquente chez les hommes.
- Une relation étroite entre la durée d'évolution de la maladie jusqu'à installation de l'insuffisance aortique a été retrouvée. Ce là pourrait être à l'origine d'un tiers des décès des malades.
- L'atteinte cardiaque est plus fréquente en cas de HLA B27

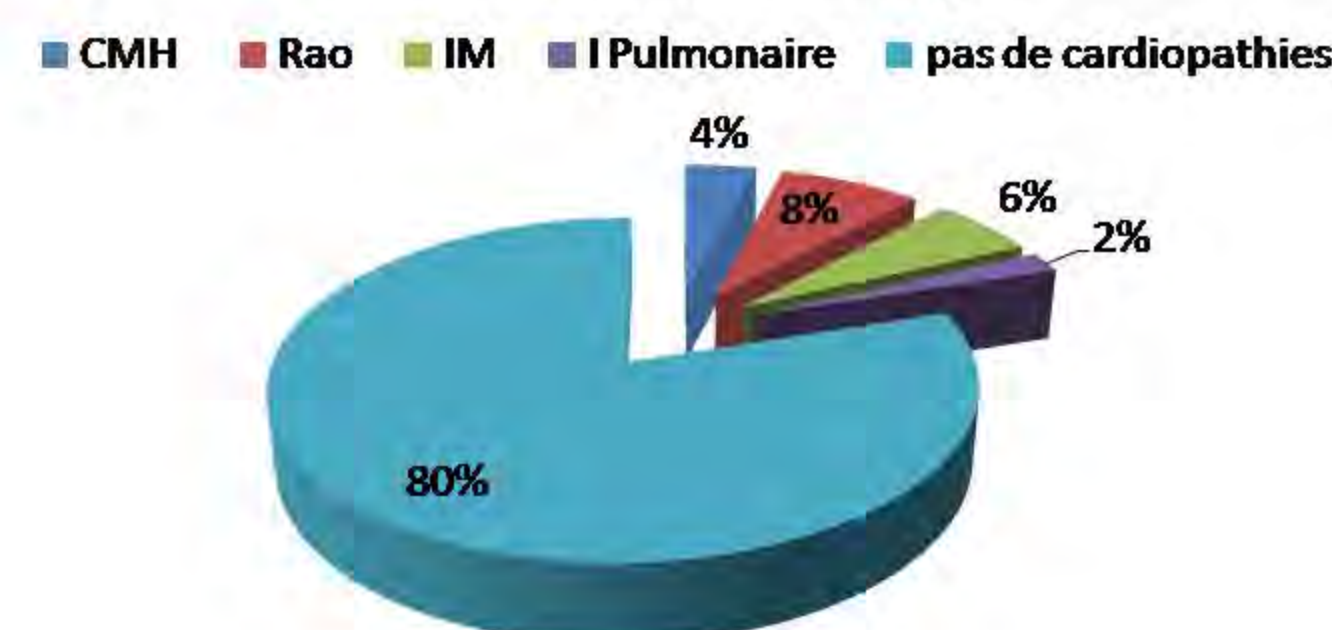
Matériel et méthodes

- 50 patients suivis pour SPA dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis ont été colligés
- Tous les patients ont eu un examen physique complet avec une auscultation cardiorespiratoire et un électrocardiogramme (ECG).
- L'électrocardiographie transthoracique a été réalisée à chaque fois qu'il existait une anomalie de l'examen physique et/ou de l'ECG.

Les circonstances de découverte



Les manifestations cardiaques



Conclusion

Les patients ayant une SPA présentent un excès de mortalité avec un taux de mortalité globale 1,6 à 1,9 fois supérieur à celui de la population générale et une surmortalité d'origine cardiovasculaire estimée entre 20 et 40 %. L'atteinte cardiaque devrait être recherchée systématiquement chez ces patients



POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET NÉOPLASIES (À PROPOS DE 5 CAS)
N. Ben Slimane; Gh. Ghattas; H. Gharbi; Ch. Kolsi; H. Zaouali.
Policlinique CNSS El Khadra – Tunis.

INTRODUCTION

L'association d'une polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'un cancer est rare et discutée depuis longtemps. Le mécanisme physiopathologique est intriqué incluant, outre le terrain immunitaire de ces 2 pathologies, les traitements immunosuppresseurs utilisés au cours de la PR. Nous rapportons notre série.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude rétrospective de 5 dossiers de patients suivies à la policlinique El Khadra sur 16 ans (1997 – 2013) pour PR (critères de l'ACR) et qui ont développé un KC soit au cours de l'évolution soit avant la survenue de la PR.

RÉSULTATS

Il s'agit de 5 femmes âgées en moyenne de 55 ans (48 – 67 ans).

- Quatre patientes suivies pour une PR séropositive traitée par méthotrexate (dose hebdomadaire de 10 mg) et corticothérapie à faible dose (7.5 mg/j), ont développé 5 ans en moyenne (2 – 8 ans) après le diagnostic de PR une néoplasie. Il s'agit d'un KC du sein dans 3 cas associé à une tumeur ovarienne dans un cas et d'un KC de la thyroïde dans un cas. L'arrêt du méthotrexate est la règle dans tous les cas avec relai par la sulfasalazine (2g/j).

- La cinquième patiente âgée de 56 ans est opérée d'une tumeur du sein droit. Elle a développé 4 ans après une polyarthrite inflammatoire bilatérale et symétrique. Le bilan immunologique trouve des AC antiCCP fortement positifs. L'échographie montre des synovites radio-carpiennes et carpo-métacarpiennes bilatérales. Elle a été mise sous sulfasalazine (2g/j) et corticothérapie à la dose de 7.5mg/j.
- Aucune des patientes ne présente un syndrome sec associé.
- La scintigraphie osseuse faite dans tous les cas n'a pas montré de localisation secondaire.

Tableau récapitulatif:

Observation	Âge	KCC	Accèsibilité de la PR	Bilan immunologique	Activité de la maladie	Signes extra-articulaires	Méthodes	Délai de survenue	Traitement
1 ^{ère}	55ans	DRG	44ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++/+++		Corticostéroïdes Méthotrexate	5ans	Tumeurs bénignes - tumeurs - ganglions - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs
2 ^{ème}	57ans	DRG, DRG+, DRG++/+++	8ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++/+++	Tumeurs - tumeurs - tumeurs	Corticostéroïdes Méthotrexate	6ans	Tumeurs bénignes - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs
3 ^{ème}	67ans	DRG	10ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++/+++		Corticostéroïdes Méthotrexate	8ans	Tumeurs bénignes - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs
4 ^{ème}	56ans	DRG	8ans	DRG+, AC, antiCCP+, AAN-	DRG++/+++		Corticostéroïdes Méthotrexate	2ans	Tumeurs bénignes - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs - tumeurs

COMMENTAIRES

Plusieurs études ont évoqué l'existence d'un risque accru de néoplasies solides et hématologiques chez les patients atteints de PR. La plus part survient dans l'année qui suit le diagnostic de PR. Il s'agit surtout de lymphomes et de cancer du rein, des os, poumons, sein, prostate, côlon et cerveau.
Ce risque pourrait être plus important chez les patients atteints d'une PR sévère et chez les patients exposés aux agents anti TNF α (on n'a pas noté de corrélation entre les cancers et le méthotrexate, les corticoïdes et les AINS).
Les mécanismes théoriques susceptibles d'expliquer cette association sont nombreux: une transformation maligne d'un clone lymphocytaire, rôle d'un agent viral notamment du virus Epstein Barr, effet des thérapeutiques immunosuppresseives.
Étant donné que le risque de néoplasie est associé à l'activité durable et sévère d'une PR, un traitement agressif peut réduire un tel risque en luttant contre toute inflammation récurrente et chronique.

CONCLUSION

La survenue d'une néoplasie au cours de l'évolution d'une PR incite une surveillance plus rapprochée et régulière des patients d'autant plus que ce risque est augmenté avec l'avènement des biothérapies.





Suivi et devenir à moyen terme d'enfants suivis pour arthrite juvénile idiopathique

K. Ben Abdelghani; S. Miladi; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI):

- Rhumatisme inflammatoire chronique.
- Touche les jeunes de moins de 16 ans.
- Existe sous plusieurs formes.
- Evolution très variable pouvant engager le pronostic vital et fonctionnel.

Le but de notre travail:

Déterminer les particularités évolutives à moyen terme de cette maladie à travers une série hospitalière.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective :

- Sujets AJI (critères de l'ILAR).
- Collectés sur une période de 18 ans [1995- 2013].
- Suivi minimum de 6mois.

Recueil des données:

- Epidémiologiques (âge de début, sexe)
- Cliniques (forme clinique, retentissement viscérale)
- Thérapeutiques (traitement prescrit, évolution, effets indésirables)
- Evolutives (complications)

Résultats :

Population:

42 cas

19 filles

23 garçons

Age moyen: -Début de maladie: 7ans [1,5-15]

-Au moment de l'étude: 23ans[9-45]



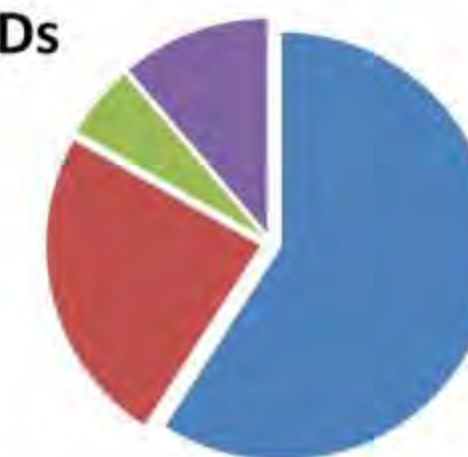
Retentissement:

Retard de croissance	13 cas
Articulations : coxite	12 cas (opéré dans 5cas)
Œil	Uvéite: 2cas
Cœur	Péricardite : 2 cas Myocardite : 1 cas
Poumon	0
Rein	Glomérulonéphrite extra-membraneuse : 1 cas
Système nerveux	0

Traitement:

- DMARDs
- Passage biothérapies : 11cas

DMARDs



- Methotrexate
- Salazopyrine
- Hydroxychloroquine
- Léflunomide

Biothérapies:

- Anti TNF alpha: 11cas
- Rituximab : 1cas,forme polyarticulaire
- Tocilizumab 1cas,forme systémique.
- Switch entre les biothérapies 6 cas (inefficacité (4cas), pour une iatrogénie (2cas)).

Évolution (sur un suivi moyen de 7ans) :

Un patient est décédé suite à une crise convulsive à l'âge de 9ans.

Discussion:

- La forme polyarticulaire est la plus fréquente, suivie par la forme systémique.
- La forme systémique se complique le plus par les atteintes viscérales systémiques.
- Vu l'évolution longue et la récurrence des poussées, l recours au biothérapie est fréquent.

Conclusion:

L'AJI: un ensemble hétérogène d'affections nécessitant une participation de longue haleine de la part d'une équipe pluridisciplinaire. Un suivi régulier et global est nécessaire à fin d'évaluer le retentissement de la maladie.



SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE SANS SACRO-ILIITE : A PROPOS D'UN CAS

Boughanmi N, Boubaker Soumaya, Kaffel Dh, Zouch I, Ghermen Th, Hamdi W, M.M Kchir

INTRODUCTION :

- La spondylarthrite ankylosante (SA) est un rhumatisme inflammatoire touchant préférentiellement les structures axiales. L'atteinte inflammatoire des articulations sacro-iliaques est très caractéristique de cette affection et constitue un argument diagnostique incontournable. Toutefois la sacro-iliite peut manquer et pose dans ce cas des problèmes majeurs de diagnostic. Nous rapportons à ce propos un cas de SA sans atteinte sacro-iliaque.

OBSERVATION :

- Il s'agissait d'un patient âgé de 42 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui présentait depuis 1 ans des lombalgies inflammatoires irradiant aux fesses. Le patient ne rapportait pas de signes généraux, d'atteinte articulaire périphérique ni de manifestations extra-articulaire.

- A l'examen, le rachis était souple, les sacro-iliaques n'étaient pas douloureuses à la palpation ni aux manœuvres de mobilisation et les autres des articulations étaient libres.
- A la biologie, un syndrome inflammatoire était noté avec une vitesse de sédimentation à 60 mm à la première heure. La radiographie du bassin a montré l'intégrité des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales mais elle a révélé par ailleurs la présence d'une ankylose de la symphyse pubienne. Les radiographies du rachis lombaire et du thorax étaient sans anomalie.



- Devant ce contexte évocateur de spondylarthropathie (sujet jeune de sexe masculin, lombalgie inflammatoire, ankylose de la symphyse pubienne) un complément par IRM du rachis et du Bassin a été demandé. Elle a objectivé des anomalies de signal de type inflammatoire des coins antérieurs des 4 premières vertèbres lombaires et de la première vertèbre sacrée. Le HLA B27 était positif. Ainsi le diagnostic de SA dans sa forme axiale a été posé et le patient a été mis sous traitement anti-inflammatoire non stéroïdien avec une bonne réponse thérapeutique.

CONCLUSION :

- La sacro-iliite peut parfois manquer au début de la SA, sans remettre le diagnostic en doute devant un contexte évocateur. L'IRM peut être d'un grand apport dans ce cas en montrant des signes de sacro-iliite infra radiologique ou d'atteinte rachidienne.



EFFETS PARADOXAUX AUX ANTI TNF ALPHA : A PROPOS DE 4 OBSERVATIONS

A. Souissi ; L. Metoui ; I. Gharsallah ; R. Dhahri ;
N. Boussetta ; B. Louzir ; S.Othmani

Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : Les anti TNF alpha ont représenté une révolution thérapeutique en médecine. Ce sont des anticorps monoclonaux utilisés dans le traitement de plusieurs affections inflammatoires et autoimmunes chroniques. Certains effets paradoxaux ont été observés avec ces molécules.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale menée sur 6 ans (2006, 2012) dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis visant à étudier les effets indésirables paradoxaux des anti TNF alpha. Au cours de cette période, le traitement a été prescrit chez 18 patients, quatre seulement ont présenté de tels effets.

Résultats :

Il s'agit de 4 hommes dont l'âge moyen est de 41 ans. Les indications étaient une maladie de crohn avec atteinte articulaire dans 1 cas et un rhumatisme psoriasique dans 3 cas. L'infliximab a été prescrit dans 3 cas et l'éta nercept dans 1 cas. Les effets paradoxaux étaient un psoriasis, une panuvéite et une vascularite sous infliximab et une érythrodermie psoriasique sous éta nercept. Le délai moyen de survenue de ces effets était d'une année. L'arrêt du traitement était nécessaire dans 2 cas.



Vascularite sous infliximab



érythrodermie psoriasique sous éta nercept

Discussion : Les anti TNF alpha sont de plus en plus utilisés notamment l'infliximab et l'éta nercept. De nouveaux effets paradoxaux sont régulièrement rapportés dans les mois suivant la mise en route du traitement. Le psoriasis est le plus rapporté dans la littérature. La particularité de la 3^{ème} observation est que cette réaction s'est présentée sous forme d'une érythrodermie et après 4 ans de rémission du psoriasis sous Enbrel et MTX. L'arrêt du traitement et le passage à un autre anti TNF peut être suffisant dans certains cas. Parfois, le recours à une corticothérapie à forte dose et/ou à un immunosuppresseur est nécessaire.

Conclusion : Une connaissance des effets paradoxaux des anti TNF alpha est nécessaire pour une prise en charge adéquate notamment lorsque le pronostic vital peut être mis en jeu.



MODALITES DE DEPISTAGE ET FREQUENCE DE PRESCRIPTION DE LA CHIMIOPROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE AVANT INITIATION D'UN ANTI-TNF-ALPHA DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE

A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

- **Introduction:** Les anti-TNF-alpha (ATF) augmentent le risque de résurgence de la tuberculose (TBC) latente. Les recommandations internationales incluent, en cas de dépistage positif, la prescription d'une chimioprophylaxie anti-TBC (C-TBC). Le but de notre travail était d'évaluer le profil de tolérance hépatique de ces traitements chez des patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) déjà traités par des médicaments potentiellement hépatotoxiques et ce dans un pays d'endémie.
- **Matériels et méthodes:** Etude rétrospective portant sur les dossiers des patients recevant une C-TBC avant l'introduction d'un ATF
- **Résultats:** Parmi 95 patients (43 polyarthrite rhumatoïde (PR)/45 spondyloarthrite (SpA)/ 7 arthrite idiopathique juvénile (AIJ)) débutant un ATF, 22 ont nécessité une C-TBC (23%) (3PR/18SpA/1AIJ). Il s'agissait de (9F/13H), d'âge moyen 37 ans [9-68] avec une durée moyenne d'évolution du RIC de 14 ans. Le motif de prescription de la C-TBC était: une IDR à la tuberculine >5mm (18), quantiféron positif (3), opacités radiologiques séquellaires d'une tuberculose non traitée (3). 19 patients ont reçu l'association INH/Rifadine pendant 3 mois et 2 patients INH en monothérapie (9 mois). Les ATF (infliximab=12/etanercept=10) ont été débutés selon les recommandations françaises (3 semaines après le début de C-TBC). On a noté 1 seul cas d'une hépatotoxicité biologique (augmentation des ALAT à 2 fois la limite supérieure de la normale) après 1 mois d'association INH/Rifadine, chez un patient atteint de SpA et ne recevait aucun traitement de fond associé. La C-TBC avait été poursuivie avec une normalisation du bilan hépatique après la fin du traitement. Aucune toxicité extra-hépatique ni réactivation tuberculeuse n'a été signalée. Toutefois, l'effet d'induction enzymatique de la Rifadine a été observé chez 3 patients (13%) ayant entraîné une poussée de leur rhumatisme (1PR/2SpA) nécessitant l'adaptation des doses des corticoïdes.
- **Discussion:** Parmi les patients éligibles à un traitement par ATF, 23 % d'entre eux ont reçu une C-TBC. Cette fréquence est en accord avec celle rapportée dans deux études espagnole et française [1,2]. La tolérance peut être jugée comme bonne avec une augmentation des transaminases dans 4.5 % des cas et une induction enzymatique dans 13 % des cas. Nous n'avons pas mis en évidence de relation entre la toxicité hépatique de la C-TBC et la coprescription du méthotrexate ou AINS, ceci correspond aux données retrouvées dans la littérature [1,3]. En effet, la physiopathologie de la toxicité hépatique de l'association INH/RIF n'est pas parfaitement comprise. Cette toxicité peut être due aux métabolites de l'INH, dont la production est augmentée par l'induction enzymatique hépatique induite par la RIF. Ces métabolites sont excrétés après une acétylation. De plus, plusieurs polymorphismes génétiques étaient associés aux hépatites induites par les antituberculeux et en particulier le phénotype acétyleur lent [4,5]
- **Conclusion:** D'après nos résultats, la prescription de la C-TBC avant l'initiation d'un ATF est relativement bien tolérée. Une surveillance régulière est tout de même nécessaire afin de guetter à temps les toxicités

Références:

- [1] Bray MG, Poulain C, Dougados M, Gossec L. Frequency and tolerance of antituberculosis treatment according to national guidelines for prevention of risk of tuberculosis due to tumor necrosis factor blocker treatment. *Joint Bone Spine* 2010;77:135-41.
- [2] Gómez-Reino J, Carmona L, Angel Descaizo M, Biobadaser group. Risk of tuberculosis in patients treated with tumor necrosis factor antagonists due to incomplete prevention of reactivation of latent infection. *Arthritis Rheum* 2007;57:756-61.
- [3] Mor A, Bingham CO, Kishimoto M, et al. Methotrexate combined with isoniazid treatment for latent tuberculosis is well tolerated in patients with rheumatoid arthritis: experience from an urban arthritis clinic. *Ann Rheum Dis* 2008;67:462-5.
- [4] Roy B, Chowdhury A, Kundu S, et al. Increased risk of antituberculosis drug-induced hepatotoxicity in individuals with glutathione S-transferase M1 null mutation. *J Gastroenterol Hepatol* 2001;16:1033-7.
- [5] Ohno M, Yamaguchi I, Yamamoto I, et al. Slow N-acetyltransferase 2 genotype affects the incidence of isoniazid and rifampicin-induced hepatotoxicity. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;4:256-61.

INFLUENCE DU BMI ET DE LA DUREE DE LA PRATIQUE SPORTIVE SUR LA LOMBALGIE CHEZ LES MILITAIRES

I Garsallah ; S. Boussaïd ; S. Esseghir; L. Metoui; A. Laabidi; N. Ben Abdelhafidh; R. Battikh; B. Louzir; S. Othmani
 Service de médecine interne, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

RESULTATS

INTRODUCTION

•Les études consacrées aux lombalgies en milieu militaire sont éparses, plus particulièrement pour les sportifs d'entre eux, soumis à de nombreux microtraumatismes lombaires. Le but de ce travail est d'estimer le degré du handicap sportif et professionnel engendré par la lombalgie chez une population de militaires sportifs tunisiens selon leurs poids et la durée de la pratique sportive.

•L'âge moyen des sujets est de $32,92 \pm 9,47$ ans. Le sexe ratio (H/F) est de 5,66. La durée moyenne de la pratique sportive est de $16,14 \pm 9,64$ ans. Les sports pratiqués sont divers. Ils incluent Les sports de lutte (lutte et judo) (35,7%), l'athlétisme (25%) et le box (17,85%), la natation et le Hand-Ball. L'activité sportive de la population étudiée est quotidienne excepté les dimanches et les samedis après midi pour la plupart. Le nombre moyen d'heures d'entraînement par semaine est de $18 \pm 1,08$.

•La durée moyenne de la lombalgie est de 40 ± 30 mois. Un quart des sportifs environ ont une lombalgie qui dure depuis 4 ans (21,42%). Le coefficient de corrélation entre la durée de la pratique sportive et durée de la lombalgie est significatif à 5% ($P= 0,02$). Par contre il n'existe pas de corrélation entre la durée de l'entraînement (en heures par semaine) et le type ($P=0,53$) ou la durée de la lombalgie ($P=0,30$). L'étude de corrélation entre le BMI et la survenue de lombalgie n'a pas objectivé de corrélation positive entre ces deux paramètres.

MATERIEL ET METHODE

•Notre étude, descriptive transversale, a été réalisée sur une population de 28 militaires sportifs de haut niveau ayant présenté au moins une fois au cours de leur carrière un épisode de lombalgie ou lombosciatique. Pour tous les sportifs, nous avons recueilli les données épidémiologiques (ATCDs personnels, âge, sexe, grade et activité professionnelle, nature et durée de l'activité sportive), les paramètres anthropométriques (taille, poids), les données cliniques et radiographiques.

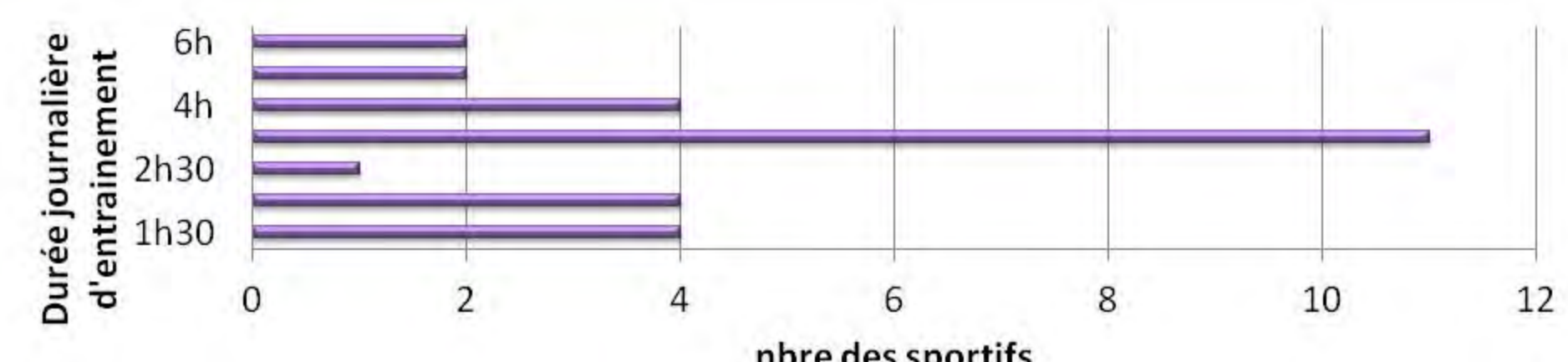


Fig 1: répartition du nombre de sportifs selon la durée journalière d'entraînement

Le BMI des sujets est compris entre 20 et 30 avec une valeur moyenne de $24,64 \pm 4,43$. La majorité des sportifs (15 sportifs soit 53,57%) ont un BMI entre 20 et 25. 7 sportifs (soit 25%), 3 judoka, 2 lutteurs et 2 athlètes, ont une surcharge pondérale ($25 \leq \text{BMI} \leq 30$).

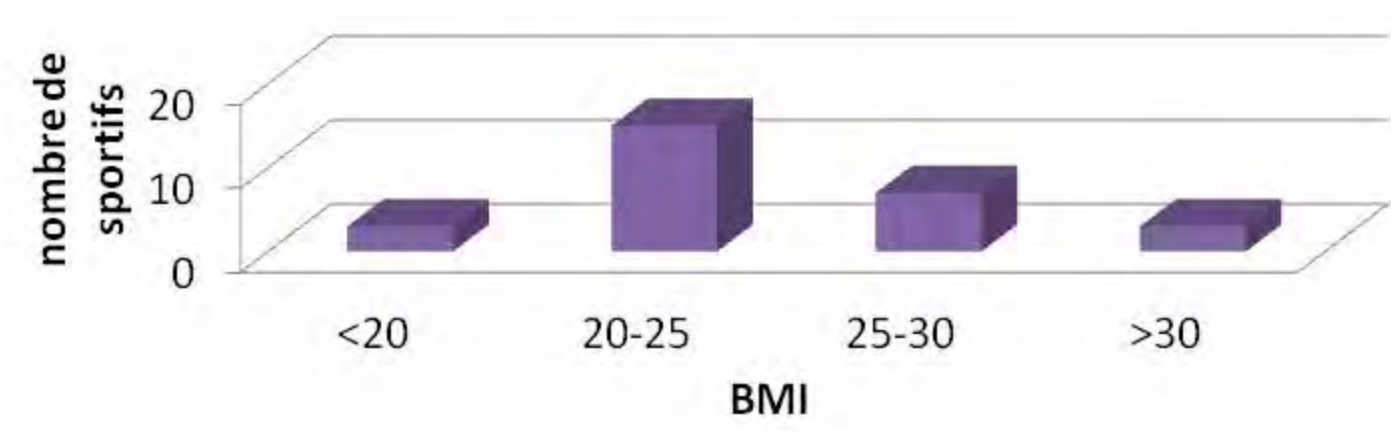


Fig 2: répartition des sportifs selon le BMI

Tableau 1: Corrélation entre la durée du sport et différents paramètres liés à la lombalgie

	X ²	P
Durée de la lombalgie	0,41	0,02
Type de lombalgie	0,08	0,67
Durée du repos	0,06	0,76
Durée de la rééducation	0,12	0,53

CONCLUSION

•Les principaux facteurs de risque de lombalgie chez les sportifs sont souvent liés à l'âge de début de l'activité sportive, à l'âge du sportif et son poids, et à la pratique intensive d'un seul sport. La durée de la période totale de la pratique sportive dans la littérature et selon notre étude constituerait un facteur de risque de lombalgie chronique.



PROFIL OSTEODENSITOMETRIQUE ET STATUT EN VITAMINE D AU COURS DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

W. Hamdi; A. Kesraoui; S. Boubaker ; D. kaffel; I. Zouch ; MM. Kchir

Service de rhumatologie institut Mohamed Kassab d'orthopédie

Introduction

La carence en vitamine D (vit D) est fréquente sous nos cieux, malgré que la Tunisie soit un pays ensoleillé. Elle s'associe à une augmentation de la morbidité osseuse. Quelques études ont rapporté l'association de la carence en vit D aux rhumatismes inflammatoires chroniques et constitue ainsi un facteur de risque supplémentaire de perte osseuse. Objectif : Etudier la fréquence de la carence en vit D au cours de la spondylarthrite ankylosante (SA).

Patients et Méthodes

Etude transversale prospective menée sur une période de 5 ans (2006-2010) portant sur 75 patients atteints de SA recrutés lors de leur hospitalisation dans le service de rhumatologie à l'Institut Kassab. Les données cliniques relatives à l'activité et à la sévérité de la SA ainsi que les données radiographiques et ostéodensitométriques ont été recueillies. Un bilan phosphocalcique complet ainsi qu'un dosage du vit D ont été pratiqués chez tous les patients. Le seuil de la carence en vit D a été défini par un taux inférieur à 25 nmol/l.

Résultats

La population étudiée était de race blanche et répartie en 62 hommes et 13 femmes. L'âge moyen était de 36.8 ± 11.8 . Trente six patients (48%) avaient une atteinte axiale pure. Tous les patients avaient une sacroiliite bilatérale et 28 (37.3%) avaient une colonne bambou. Une baisse de la masse osseuse (Tscore < -1 DS) a été constatée chez 61 patients. Trente cinq patients (46.6%) avaient un profil densitométrique d'ostéoporose et 26 avaient une ostéopénie). Le taux moyen de vit D était de 32.1 ± 16.2 nmol/l. La carence en vit D concernait 30 patients (40%), 57.3% avait un déficit en vit D. Cette carence en vit D était significativement associée à la baisse de la masse osseuse avec un risque relatif évalué à 6,2.

Conclusion

Cette étude confirme la fréquence élevée (40%) de la carence en vit D au cours de la SA et son retentissement sur la masse osseuse. Une évaluation des réserves en vit D et une supplémentation en cas de carence doivent intégrer la prise en charge du risque osseux chez les patients atteints de SA.



INTERET DE LA BIOPSIE OSSEUSE DANS LE SYNDROME SAPHO

A. Souissi; I. Gharsallah; S. Ben Taazayet; L. Metoui; R. Dhahri; N. Bousetta; F. Ajili ; B. Louzir; S.Othmani
Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : L'acronyme SAPHO a été introduit en 1987 pour désigner une entité qui associe un groupe de manifestations cutanées et ostéoarticulaires. L'étude histologique est rarement réalisée. Nous rapportons un cas de syndrome SAPHO où la biopsie osseuse a été indispensable pour confirmer le diagnostic.



Pustulose palmoplantaire

Observation : Un patient âgé de 63 ans sans antécédents pathologiques particuliers était admis pour des lombosciatalgies mixtes évoluant depuis 3 mois. A l'examen, l'état général était conservé, on trouvait une raideur rachidienne et des douleurs à la manœuvre écartement- rapprochement des sacroiliaques. Une pustulose palmoplantaire (PPP) était notée. La radiographie du rachis mettait en évidence une condensation totale de la vertèbre D11. Au scanner, on notait une ostéophytose exubérante antérolatérale droite de D11 avec une condensation corporelle totale. Le diagnostic de syndrome SAPHO a été évoqué devant l'association de manifestations ostéoarticulaires à une PPP mais l'existence d'une vertèbre ivoire faisait craindre une métastase osseuse. Une biopsie osseuse profonde a été donc réalisée montrant un aspect pseudopagétoïde et éliminant ainsi le diagnostic de métastase. L'aspect histologique confortait le diagnostic de syndrome SAPHO. Le patient a été mis sous méthotrexate avec une très bonne évolution sur au bout de 3 mois de traitement.

Discussion : Le diagnostic du syndrome SAPHO est clinico-radiologique. La biopsie osseuse n'apporte pas d'éléments spécifiques de ce syndrome mais elle revêt une importance capitale en permettant dans les cas douteux et surtout en cas de lésion unique d'éliminer une pathologie tumorale ou infectieuse. Cette biopsie doit être suffisamment profonde.

Conclusion : La biopsie osseuse est rarement réalisée dans le syndrome SAPHO. Elle trouve son indication dans les cas douteux notamment en cas de suspicion d'une pathologie tumorale ou infectieuse.



Intérêt de la capillaroscopie péri-unguéeale dans l'approche étiologique en Rhumatologie

F Chaieb ., C Aouichaoui ., H Debbabi ., Z Tabka.

Service de Physiologie et des Explorations Fonctionnelles.EPS Farhat Hached de Sousse

INTRODUCTION

La capillaroscopie péri-unguéeale est une technique simple, non invasive et non couteuse qui permet d'apprécier la circulation cutanée digitale et de caractériser les perturbations microcirculatoires des acrosyndromes vasculaires. Elle constitue un outil d'orientation diagnostique sensible et spécifique mais qui reste peu demandée dans le cadre des pathologies rhumatismales.

Ce travail a pour objectifs de :

- Etablir les principales indications de la capillaroscopie péri-unguéeale en rhumatologie
- Evaluer l'apport de cet examen dans la pratique quotidienne des cliniciens.

MATERIELS ET METHODES

C'est une étude descriptive qui a été menée sur 31 patients adressés par le service de Rhumatologie au service de Physiologie et des Explorations Fonctionnelles du CHU Farhat Hached de Sousse pour la pratique de la capillaroscopie péri-unguéeale sur une période allant du 10 juin 2011 au 21 février 2013.

RESULTATS

Les résultats montrent que le phénomène de Raynaud (PR) est présent chez 90 % des patients adressés par le service de Rhumatologie.

La suspicion de la sclérodémie représente le motif essentiel des demandes de la capillaroscopie péri-unguéeale (48,4%). (tableau 1)

L'examen était considéré normal dans 16,2 % des cas. L'examen était en faveur d'une microangiopathie non spécifique et d'une dystrophie mineure respectivement dans 25,8 % et 29 % des cas. L'aspect capillaroscopique était en faveur d'une sclérodémie systémique dans 29 % des cas. (Figure 1)

Les mégacapillaires et les signes de gravités à type d'hémorragies capillaires ont été observés respectivement dans 20% et 38,7% des cas. (tableau 2)

DISCUSSION

Le PR est présent chez la plupart des patients adressés à notre service avec pour principale suspicion la sclérodémie. En effet, la sclérodémie constitue la principale étiologie qui doit être évoquée et dépistée devant le PR premier signe d'appel avant l'apparition d'autres signes systémiques (1).

Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature et montrent que la capillaroscopie permet d'aider au diagnostic étiologique notamment au diagnostic précoce de la sclérodémie. La présence de signes de microangiopathie non spécifique peut entrer dans le cadre d'une connectivite et alarmer selon le contexte clinique au risque d'évolution sclérodémique (2).

CONCLUSION

Notre étude montre que la capillaroscopie péri-unguéeale permet l'orientation diagnostique et constitue un moyen simple de dépistage des microangiopathies notamment des phénomènes de Raynaud à évolution sclérodémique.

Tableau 1: Répartition des patients selon le motif de demande

Motif	Nombre de demandes	Pourcentage
Suspicion de sclérodémie	15	48.4 %
Phénomène de Raynaud	9	29 %
Sclérodémie	3	9.7 %
Suspicion lupus	2	6.5 %
Lupus	1	3.2 %
Polyarthrite Rhumatoïde	1	3.2 %

Tableau 2 : Répartition des patients selon les anomalies observées en capillaroscopie

Motif	Nombre de demandes	Pourcentage
Désorganisation	23	74.2 %
Raréfaction capillaire	15	48.4 %
Plages désertiques	5	16.1 %
Densité capillaire augmentée	3	9.7 %
Dystrophie mineure	1	3.2 %
mégacapillaires	1	3.2 %
hémorragies	18	58.1 %
Néovaisseaux	2	6.5 %
Capillaire long effilé	2	6.5 %

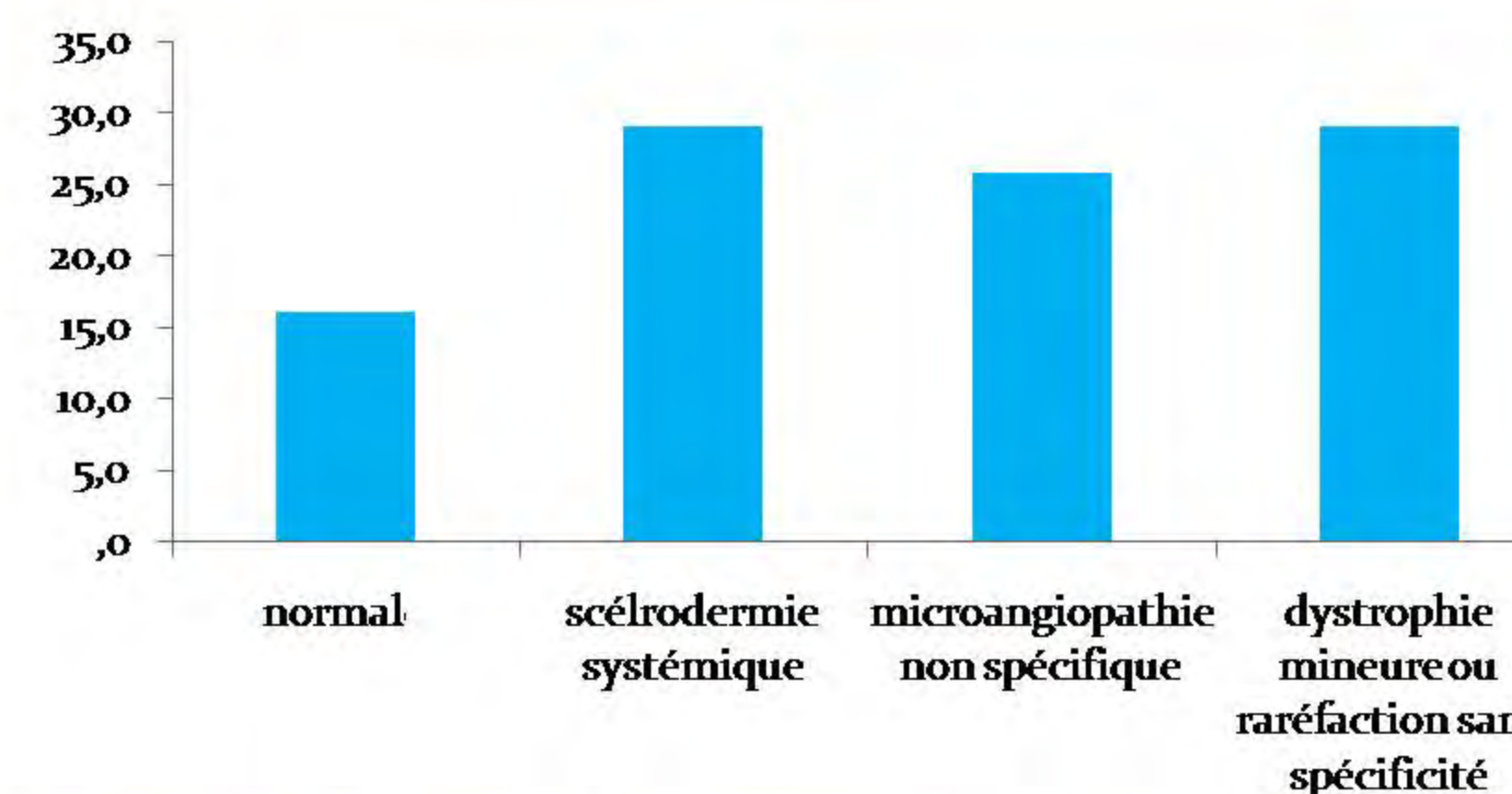


Figure 1 : Répartition des patients selon l'aspect capillaroscopique

1. Bellando-Randone S, Guiducci S, Maticci-Cerinic M. Very early diagnosis of systemic sclerosis. Arch Med Wewn. 2012;122 (Suppl 1):18-23.

2. Lambova SN, Muller-ladner U. The role of capillaroscopy in differentiation of primary and secondary Raynaud's phenomenon in rheumatic diseases: a review of the literature and two case reports. Rheumatol Int. 2009 ; 29(11):1263-71.



QUELLE CORRELATION ENTRE LE DAS28 ET LES SCORES SDAI ET CDAI DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

K Ben Abdelghani, M Slouma, L Souabni, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ Evaluer l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est particulièrement important en raison du risque de dégradation structurale et au risque de handicap fonctionnel ultérieur d'une part et afin de juger la réponse aux thérapeutiques prescrites d'autre part.
- ❖ Pour ce, l'utilisation des scores composites est indispensable.

MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective monocentrique réalisée dans le service de rhumatologie, colligeant 29 cas de PR. On a calculé pour tous les patients les scores : DAS28, SDAI et CDAI.
- Le coefficient de corrélation de Person (ρ) a été calculé pour identifier la relation entre ces trois scores.

RESULTATS

- ❖ **L'âge moyen** était de 51.86+3.22ans.
- ❖ Ils étaient répartis en 25 femmes et 4 hommes.
- ❖ **La durée moyenne de l'évolution de la maladie** était de 9.25+5.65 ans.
- ❖ La PR était érosive dans 19 cas (65%) et séropositive dans 21 cas (72%).
- ❖ Seize patients étaient sous biothérapie et 13 étaient sous méthotrexate.
- ❖ Le niveau d'activité moyen du DAS28 VS était de 4.61+1.49.
- ❖ La moyenne des scores CDAI et SDAI étaient respectivement à 97.58±8.38 et 107.61+9.02.

Il existe une très forte corrélation linéaire entre le DAS28 et le score CDAI ($\rho=0.76$, $p<0.001$), ainsi qu'entre le DAS 28 et le score SDAI ($\rho= 0,79$, $p<0.001$).

DISCUSSION

- La corrélation entre les score CDAI, SDAI et l'indice d'activité DAS28 trouvée dans notre étude est forte.
- Nos résultats concordent avec les données de la littérature [1].
- Ceci confirme la validité de ces scores pour évaluer l'activité de la PR en pratique quotidienne.

CONCLUSION

- ❖ Le score DAS28 est le plus utilisé par les rhumatologues pour l'évaluation de l'activité de la PR.
- ❖ Le SDAI et le CDAI, qui sont d'introduction plus récente et d'utilisation plus facile, en constituent une alternative intéressante.



EFFICACITE DE L'ILOMEDINE DANS LA CICATRISATION DES ULCERATIONS PULPAIRES AU COURS DE LA SCLERODERMIE.

M Slouma, S Kassab, A Fazaa, K Ben Abdelghani, L Souabni, A Laatar, S chekili, L Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- L'ulcère digital est l'une des complications les plus douloureuses les plus handicapantes et les plus difficiles à traiter au cours de la sclérodermie.
- Peu de traitements ont fait preuve de leur efficacité.
- Le but de ce travail est d'étudier l'efficacité de l'Iloprost® (Iloprost®), analogue de la prostacycline, sur les ulcérations digitales sclérodermiques et sur le phénomène de Raynaud résistant.

MATERIEL ET METHODE

Trois patients (un homme, 2 femmes) ont été colligés dans le service de Rhumatologie, Hopital Mongi Slim, la Marsa sur une période de 4 ans (2009-2012).

RESULTATS

- **L'âge moyen**: 51 ans [36-61 ans].
- **Il s'agit de**
 - * une sclérodermie systémique dans deux cas
 - * une sclérodermie localisée associée à un lupus érythémateux systémique dans un cas.
- **La durée d'évolution de la maladie**: 10.6 ans [7-16 ans].
- Les trois patients avaient un **phénomène de Raynaud** sévère et des **ulcérations digitales** invalidantes.
- **L'âge moyen au début des cures d'Iloprost**: 47.6 ans.
- **Le nombre de cure par patient**: une cure, 3 cures et 4 cures chacun.
- **L'intervalle entre les cures**: 10 mois en moyenne
- **Effets indésirables**: un cas de chute de la tension artérielle au cours de la 3ème cure ayant nécessité le ralentissement du débit de la perfusion.
- **Evolution**:
 - * Une **diminution de la fréquence** et de l'intensité du **phénomène de Raynaud** a été rapportée par tous les patients douze semaines après la cure.
 - * **Une cicatrisation des ulcérations** dans deux cas.
 - * Un échappement après la 4ème cure ayant nécessité le recours au Bosentan dans un cas.

DISCUSSION

- L'iloprost, analogue de la prostacycline, est particulièrement intéressant dans la sclérodermie systémique.
- Il est efficace par voie intraveineuse dans le traitement du phénomène de Raynaud en réduisant la sévérité et la fréquence des crises.
- Il favorise aussi la cicatrisation des ulcérations digitales.
- Il est habituellement administré en 5 jours consécutifs en hospitalisation.
- Le bénéfice thérapeutique apporté par l'iloprost sur le phénomène de Raynaud persiste habituellement plusieurs semaines après son administration.

CONCLUSION

L'Iloprost par voie intraveineuse est efficace dans le traitement du **phénomène de Raynaud** et des **ulcérations digitales** au cours de la sclérodermie.



INTERET DES BISPHOSPHONATES DANS LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET

D. Amri ; Z. Alaya ; K. Baccouche ; H. Zeglaoui ; S. Belghali ; H. Ben Fredj ; N. Amara ; A. Jamel ; E. Bouajina.

Introduction

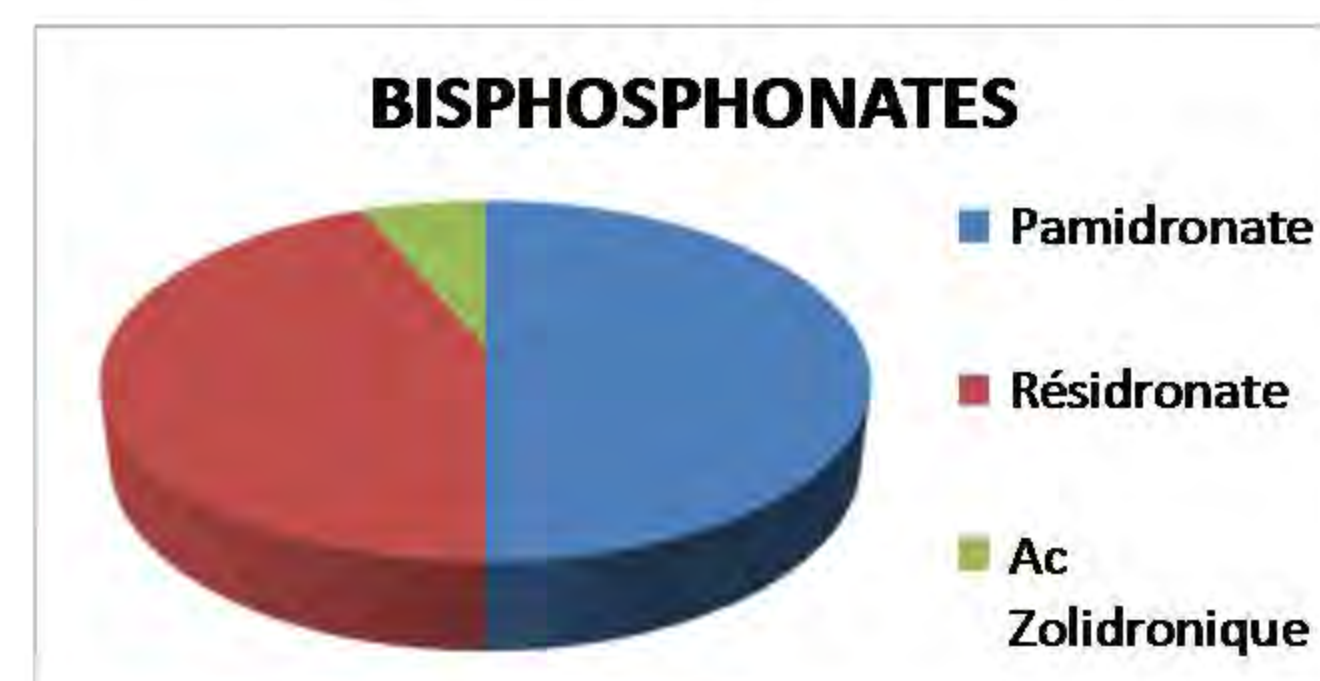
Le traitement médical de la maladie osseuse de Paget a considérablement progressé au cours des 30 dernières années grâce à l'utilisation d'inhibiteurs spécifiques de la résorption ostéoclastique de plus en plus puissants et bien tolérés : les bisphosphonates. Le but de notre travail est d'évaluer le profil évolutif des patients pagétiques traités par les bisphosphonates.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective comportant 18 malades atteints d'une maladie osseuse de Paget colligés dans le service de Rhumatologie sur une période de 15 ans (1998-2013). Parmi eux 16 patients ont été traités par bisphosphonates .

Résultats

Il s'agit de 11 femmes et de 7 hommes d'âge moyen 66 ans. La maladie osseuse de Paget était de découverte fortuite dans 2 cas et diagnostiquée à l'occasion de douleurs osseuses dans 15 cas et de fracture pathologique dans un cas. Une élévation des phosphatases alcalines était présente dans 14 cas. Tous les patients avaient un aspect radiologique évocateur de maladie osseuse de Paget. La scintigraphie osseuse faite chez 10 patients a montré une hyperfixation dans tous les cas. Il s'agissait de forme polyostotique dans 5 cas. Des complications ostéoarticulaires étaient notées dans 13 cas et neurologiques dans 2 cas. Un traitement par bisphosphonates a été prescrit chez 16 patients: 180 mg de pamidronate dans 8 cas, 30 mg/j de résidronate pendant 2 mois dans 7 cas et 5 mg d'acide zolédronique dans un cas. L'évolution après un recul moyen de 6 mois (1 à 48 mois) était favorable sur le plan clinique par la disparition des douleurs chez 7 patients et biologique par la normalisation des phosphatases alcalines chez 6 patients. Six patients ont été perdus de vue. Deux patients ont nécessité une reperfusion de pamidronate devant la récurrence des douleurs osseuses.



Discussion

- Le traitement de la maladie de Paget osseuse fait appel en première ligne aux bisphosphonates, agents anti-ostéoclastiques puissants.
- Le niveau de preuve d'efficacité et le rapport bénéfice/risque amènent à privilégier le risédronate par voie orale, ou le pamidronate en perfusions intraveineuses.
- Dans tous les cas, il s'agit d'un traitement discontinu, la fréquence des séquences thérapeutiques dépendant du médicament et de la qualité et de la durée de la réponse.
- La réponse au traitement est évaluée sur l'amplitude de diminution des marqueurs biochimiques de remodelage osseux, habituellement les phosphatases alcalines totales sériques. L'objectif est d'obtenir une rémission complète, c'est-à-dire une normalisation biologique.
- Les indications thérapeutiques sont larges : toutes localisations osseuses à risque d'induire une complication, notamment articulaire (arthropathie) ou neurologique (compression).

Conclusion

Les bisphosphonates occupent désormais une place considérable si non exclusive dans le traitement de la maladie osseuse de Paget. Ils ont supplanté la calcitonine et représentent la thérapeutique de première intention.

Référence

- 1-J.A. Kanis Pathophysiology and treatment of Paget's disease of bone Martin Dunitz, London (1998) 310 p
- 2-P.L. Selby Pamidronate in the treatment of Paget's disease. Bone, 24 (Suppl 5) (1999), pp. 57S-58S
- 3- C. Roux, M. Dougados Treatment of patients with Paget's disease of bone Drugs, 58 (1999), pp. 823-830
- 4-Philippe Orcel, Mickaël Rousière. Maladie de Paget, prise en charge thérapeutique. Presse Med 2005; 34: 612-6



PARTICULARITES DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE MASCULIN: A PROPOS DE 28

K.Maallah; S.Rekik; A.Ben Tekaya; A.Aouadi; H.Ajlani; T.Torjman; M.Eleuch; S.Sellami

Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est comme beaucoup de maladies auto-immunes une affection qui touche avec prédilection la population féminine. Le but de ce travail est de déterminer les particularités de la PR masculine du sujet âgé

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective descriptive s'étalant sur 10 ans (2003-fevrier 2013) des dossiers de patients de sexe masculin atteints de PR.
- La PR était retenue selon les critères de l'ACR 1987 et l'âge de début de la maladie était supérieur ou égal à 65 ans.

Résultats:

28 hommes;

Tableau: Particularités cliniques, biologiques, radiologiques et modalités thérapeutiques et évolutive de la PR masculine du sujet âgé

Age moyen de début(ans)	71 (65-85)
Durée moyenne d'évolution	2 ans(15jours-11 ans)
Mode de début	Progressif (27 cas)
Tableau clinique initial	Polyarthrite chronique(100%cas) Atteinte rhizomélique(9cas) Altération de l'état général(21%cas)
Déformations	16 cas
Radiographie standard	Erosions (22cas)
Biologie	Syndrome inflammatoire(27 cas)
Bilan immunologique	FR + (16 cas)
Manifestation extra articulaires	5 patients: Atteinte pleuro-pulmonaire+++
Traitement	Corticothérapie à faible dose (18 cas) Méthotrexate (22cas) Sulfasalazine(2cas) Leflunomide (1 cas)
Evolution	Bonne (8cas) Perdu de vue (19 cas)

Discussion :

La plupart des articles de la littérature retrouve un début de la maladie significativement plus tardif dans la population masculine, en moyenne 4 ans par rapport à la population féminine[1,2,3]. La positivité du facteur rhumatoïde est plus fréquente chez les hommes[1,2,3], dans notre série près de 60% des patients avaient une PR séropositive. Les quelques études qui ont analysé la sévérité de la destruction articulaire n'ont pas retrouvé de différences de scores radiographiques entre les polyarthrites rhumatoïdes féminines et masculines après ajustement sur la durée d'évolution[1,2,3], dans notre série la PR était déformante dans 60% des cas. Toutes les études sont assez concordantes pour montrer l'absence de différences entre les manifestations extra-articulaires des hommes et des femmes dans la polyarthrite rhumatoïde[1,2,3], dans notre série on note la rareté des manifestations extra-articulaires chez les PR masculines.

Conclusion:

Dans notre étude, on a noté la fréquence des formes destructrices et déformantes et la rareté des manifestations extra-articulaires. De plus larges études avec des groupe témoins de PR féminine permettraient de mieux cerner les différentes particularités.

Références:

- [1]Jawaheer D. Arthritis Rheum. 2006;54:3087-3094
- [2]Gossec L. J. Rheumatol. 2005;32:1448-1451
- [3]CombeB.Journal de L'AFP2006



Risque cardio-vasculaire au cours de la polyarthrite Rhumatoïde

S. Kochbati (1); F. Boussema (1) ; S. Bousaid (1); L. Baili (1); B. Ben Dhaou (1); L. Rokbani(1)

(1)Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

•La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Il a été considéré comme une affection qui n'engage que rarement le pronostic vital. Récemment une surmortalité a été associée à la PR dont la cause principale est la pathologie cardio-vasculaire par le biais de l'athérosclérose.

•L'objectif de notre étude est de rechercher un risque cardio-vasculaire accru au cours de la PR en dehors des risques cardio-vasculaires classiques.

MATERIEL ET METHODE

•notre étude prospective incluant 20 cas de PR (critères de l'ACR), sans antécédents cardio-vasculaire cliniques. Ces patients ont été comparés à 20 témoins sains appariés avec l'âge et le sexe et soumis aux mêmes critères d'exclusion (antécédents cardio-vasculaire; HTA; diabète; dyslipidémie; insuffisance rénale, alcoolisme; contraception orale; L thyroxine; B bloquant).

Tous ces patients ont bénéficiés d'un examen clinique; d'un bilan biologique comportant une VS ; CRP ; bilan lipidique standard; et d'une mesure échographique de l'épaisseur intima média des artères carotides (EIM).

RESULTATS

•il s'agit de 16 femmes et 4 hommes; la PR évolue depuis en moyenne 11,6 ans ; l'âge moyen de nos patients est 42,6ans. Le FR est positif dans 70% des cas et les Ac anti CCP sont présents dans 61,5%. Le DAS 28 moyen est de 4,9, et le HAQ moyen est 1,8. Les manifestations extra-articulaires sont présentes dans 7 cas, dominées par le syndrome de Gougerot Sjogren. Tous les patients sont sous methotrexate et corticothérapie 10mg/j. Il n'existe pas de différence significative pour l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle entre le groupe PR et le groupe témoin. Le syndrome inflammatoire (VS et CRP est significativement plus élevée dans le groupe de PR). Le bilan lipidique est perturbé de façon non significative au cours de la PR avec une augmentation significative des indices athérogènes. L'EIM est significativement plus élevée dans le groupe PR par rapport aux témoins (0,810 vs 0529mm : p < 0,001). L'EIM est significativement corrélé à l'inflammation (VS et CRP).

Tableau 1: Données de l'étude

mparamètres	valeurs
Âge moyen	42,6 ans
Durée d'évolution moyenne	11,6 ans
FR +	70%
Anti-CCP	61,5%
DAS28 moy	4,9
MEA	7 cas
HAQ moy	1,8

Tableau2: comparaison des EIM des PR et des témoins

	PR	témoins	P
EIM	0,810	0,529	<0,001

CONCLUSION

•L'augmentation significative de l'EIM ainsi que les perturbations du bilan lipidique vont dans le sens athérogène au cours de la PR par rapport aux témoins, ce qui représente un facteur prédictif du risque cardio-vasculaire.



LYMPHOME MALIN ASSOCIE A UNE PERIARTERITE NOEUSE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis

Introduction:

La périartérite noueuse (PAN) est caractérisée par une nécrose fibrinoïde des artères de petit et moyen calibre. L'association de cette vascularite à une affection maligne est rare. Nous rapportant l'observation d'une PAN classique, d'emblée associée à un lymphome malin lymphocytaire.

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans qui a consulté pour altération de l'état général et trouble de la marche d'évolution progressive depuis 6 mois.

L'examen clinique:

-poids 52Kg, taille 1,72 cm
-pâleur cutanéomuqueuse, steppage à la marche.

-un purpura vasculaire pétéchial des jambes et des pieds.

-un déficit moteur avec troubles sensitifs non systématisés et aréflexie des membres inférieurs.

Biologie:

HB=7,5g/dl, VS=120mm,
ly:20%, GB=13600/mm³,
CRP=25mg/l, urée=5,4mmol/l
fibrinémie=5,6g/l
Protidémie=76g/l
gammaglob=24g/l

Electromyogramme:

Une multinévrite aux quatre membres prédominant aux membres inférieurs.

Immunovirologie:

cryoglobulinémie mixte positive
FR positif, diminution du complément
ANCA, AgHBS, HVC, HIV négatifs

Imagerie:

Radio thorax: normal
Scanner abdominal: adénopathies
coeliomésentériques
L'artériographie rénale et mésentérique : normale.

Biopsie musculaire:

Une vascularite nécrosante des artères de petit et moyen calibre

Arthritis rheum.1988:

Biopsie musculaire:
panartérite inflammatoire
avec nécrose fibrinoïde
et infiltrat périvasculaire
d'artère de moyen calibre.



Un mois après, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une hyperleucocytose à 40000 éléments/mm³ avec 90% de lymphocytes. La biopsie ostéomédullaire était en faveur d'un lymphome malin à petites cellules lymphocytaires. La chimiothérapie a permis une bonne évolution et du lymphome et de la PAN avec :

- une prise du poids de 12 KG
- amélioration des signes généraux
- normalisation de la NFS , VS=25mm
- amélioration de la multinévrite
- disparition des lésions cutanées

Références:

1. Mouthon L, Guilpain P et al. Lymphoplasmacytic lymphoma associated with polyradiculoneuritis and cryoglobulinemia mimicking polyarteritis nodosa. Presse med 2007, 36: 623-6.
2. Fain O, Hamidou M, Cacoub P et al. Vasculitides Associated With Malignancies: Analysis of Sixty Patients. Arthritis & Rheumatism 2007, 8: 1473-1480
3. Ambrosio MR, Rocca BJ, Ginori A et al. Renal infarction due to polyarteritis nodosa in a patient with angioimmunoblastic T-cell lymphoma: a case report and a brief review of the literature. Diagnostic Pathology 2012, 7:50.

Discussion:

La prévalence d'une vascularite au cours des néoplasies est estimée à 2,3 à 8 %. Cette association concerne les hémopathies beaucoup plus que les tumeurs solides. Cette fréquence est de 1 pour 1800 cas pour les hémopathies, et de 1 pour 80000 cas pour les tumeurs solides. La PAN représente 24,2% des vascularites associées aux affections malignes.

Les rares associations de PAN et de lymphome concernent :

- * Lymphome malin : Michlmayr G 1973, SLATER DN 1982, Daly EF 3rd 1997
- * lymphome non hodgkinien : Herreman G 1983, Mizutani H 1998
- * lymphome histiocytaire : Goslen JB 1983
- * lymphome lymphoblastique intermédiaire : Takai K1993
- * lymphome à cellule T : Thomas R 1994
- * lymphome à cellule B : Ramos-Casals M 2004, Fujieda Y 2008
- * lymphome T angio-immunoblastique : Nakashima 2007, Ambrosio MR 2012
- * Lymphome lymphoplasmocytaire : Luc Mouthon 2007

La PAN peut être associée à d'autres hémopathies (syndrome myélodysplasique, leucémie myélomonocytaire chronique, leucémie lymphoïde chronique, leucémie à tricholeucocytes, leucémie granuleuse, myélome multiple, myélofibrose, histiocytoses malignes, anémie réfractaire par excès de blastes, leucémie myéloblastique, maladie de Waldenström), ou bien à des tumeurs solides (tumeurs bronchopulmonaire, cancer du rein, cancer du sein, tumeurs colorectales, carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome, tumeur à cellules germinale testiculaire, carcinome pharyngien).

Les mécanismes sont multifactoriels, nous citons:

- * association fortuite
- * rôle du traitement cytolytique
- * production de neoantigènes par les cellules malignes favorisant la formation de complexes immuns circulant (CIC) : les lymphokines, cytokines (l'interleukine 6 et le TNF-α), substances vasoactives. Les dépôts de CIC provoquent une cascade de réactions inflammatoires responsables de l'apparition de la vascularite.
- * syndrome paranéoplasique : guérison de la PAN lors de la rémission d'un lymphome et sa réapparition lors d'une rechute.

Conclusion:

L'association d'une PAN et d'un lymphome malin est exceptionnelle.

Notre observation est particulière par l'évolution favorable sous chimiothérapie.



SCIATIQUE DÉFICITAIRE ZOSTÉRIENNE : À PROPOS DE 2 CAS

M.Mrouki; N.Kacem; L.metoui; I.Gharsallah; R.Battikh; B.Louzir; S.Othmani
Hôpital militaire de Tunis, Service Médecine interne

Introduction

Le virus varicelle zona (VZV) se manifeste essentiellement par une éruption vésiculeuse en grappe généralement unilatérale limitée à un dermatome, des manifestations neurologiques à type de névralgies post-zostériennes peuvent se voir mais l'apparition d'une sciaticque déficitaire reste exceptionnelle.

Nous rapportons à ce propos deux observations de deux patients immunocompétents âgés de 51 et 80 ans hospitalisés pour exploration de sciatalgies déficitaires.

1^{er} Cas clinique

Patient âgé de 51 ans, sans antécédents, a été hospitalisé pour une sciaticque L5 gauche rebelle aux antalgiques et anti-inflammatoires. Par ailleurs, le patient a présenté, deux jours après le début des algies, une éruption cutanée vésiculeuse regroupée en amas évoquant un Zona.

A l'examen, le patient avait des lésions vésiculeuses au niveau de la jambe et du doigt du pied gauche. Le rachis était souple sans signes de conflit disco-radulaire. L'examen neurologique avait objectivé une parésie du membre inférieur gauche.

La TDM du rachis avait montré des remaniements arthrosiques sans compression radulaire. L'IRM avait montré un rehaussement de la racine L5 sans conflit.

L'électromyogramme (EMG) avait montré un tracé neurogène en faveur d'une atteinte radulaire L4 et L5.

À la Biologie: une hyperprotéinorrhachie à 0.66g/l avait été retrouvée à la PL sans anomalies cytologiques ou de la glycorachie.

L'étude bactériologique (pyogènes et BK) ainsi que mycologique était Négative. La PCR du VZV dans le LCR était négative. La sérologie sérique du VZV était positive à type d'IgG.

Le diagnostic de sciaticque zostérienne était retenu et le patient a été traité par de l'Aciclovir 10mg/kg *3/j pendant 15 jours associé à la Gabapentine avec une bonne évolution clinique

2^{ème} cas clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 80 ans, hypertendu, qui avait été hospitalisé pour une sciaticque droite mal systématisée déficitaire côté à 2/5. quelques jours avant l'installation des douleurs, le patient avait présenté une éruption cutanée maculo-papuleuse et vésiculeuse par endroit généralisée évoquant un Zona.

→ Les sérologies de la borréliose, Lyme et VIH étaient négatives.

→ L'IRM médullaire avait révélé une discopathie dégénérative non compressive isolée sans signes de myélite.

→ L'EMG était en faveur d'une atteinte motrice pluri-radulaire post ganglionnaire des 4 membres prédominante au membre inférieur Droit.

→ L'étude cyto-bactériologique et mycologique du LCR était négative. La protéinorrhachie était à 0.29g/l.

→ La PCR ainsi que la sérologie du VZV étaient négatives.

Le diagnostic de sciaticque zostérienne était retenu. Le patient a été traité par de l'aciclovir en parentéral 10mg/kg *3/jour pendant 15 jours en association avec la Gabapentine.

Une rééducation physique a été entreprise dans la suite du traitement médical.

L'évolution a été favorable, avec amélioration de la force musculaire et contrôle des phénomènes douloureux par des antalgiques de palier 1 au bout de 8 semaines d'évolution.

Discussion

- Les complications neurologiques de l'infection zostérienne sont diverses. Elles peuvent se manifester par des paralysies faciales ou par l'atteinte d'autres paires crâniennes ainsi que des premières racines cervicales
- Le VZV peut être à l'origine de méningite, d'encéphalite, de vascularite cérébrale et de névralgies cervico-brachiales.
- L'atteinte motrice périphérique est néanmoins une complication rare du Zona, particulièrement celle des racines lombo-sacrées.
- Un terrain immunodéprimé doit être recherché devant un Zona tels qu'un traitement immunosuppresseur, un diabète, une hémopathie ou une infection par le VIH. La diminution de l'immunité cellulaire liée à l'âge peut être également un facteur de risque
- La paralysie peut précéder l'éruption cutanée de quelques jours à 3 semaines. Des formes neurologiques sans atteinte cutanée ont été décrits, rendant le diagnostic difficile. Les examens complémentaires dans ces cas, peuvent redresser le diagnostic

Conclusion

Le zona est une cause rare de sciatalgie déficitaire. Le diagnostic est difficile lorsque la sciatalgie précède l'éruption cutanée typique. La précocité du diagnostic et du traitement conditionnent le pronostic fonctionnel.



ASPECTS ETIOLOGIQUES DE L'OSTEOPOROSE MASCULINE AVANT 60 ANS

M Slouma, S Rekik, A Fazaa, R Dhahri, H Ajlani, H Sahli, N Meddeb, I Cheour, M Elleuch, S Sallami
Service de rhumatologie, Hôpital Rabta

INTRODUCTION

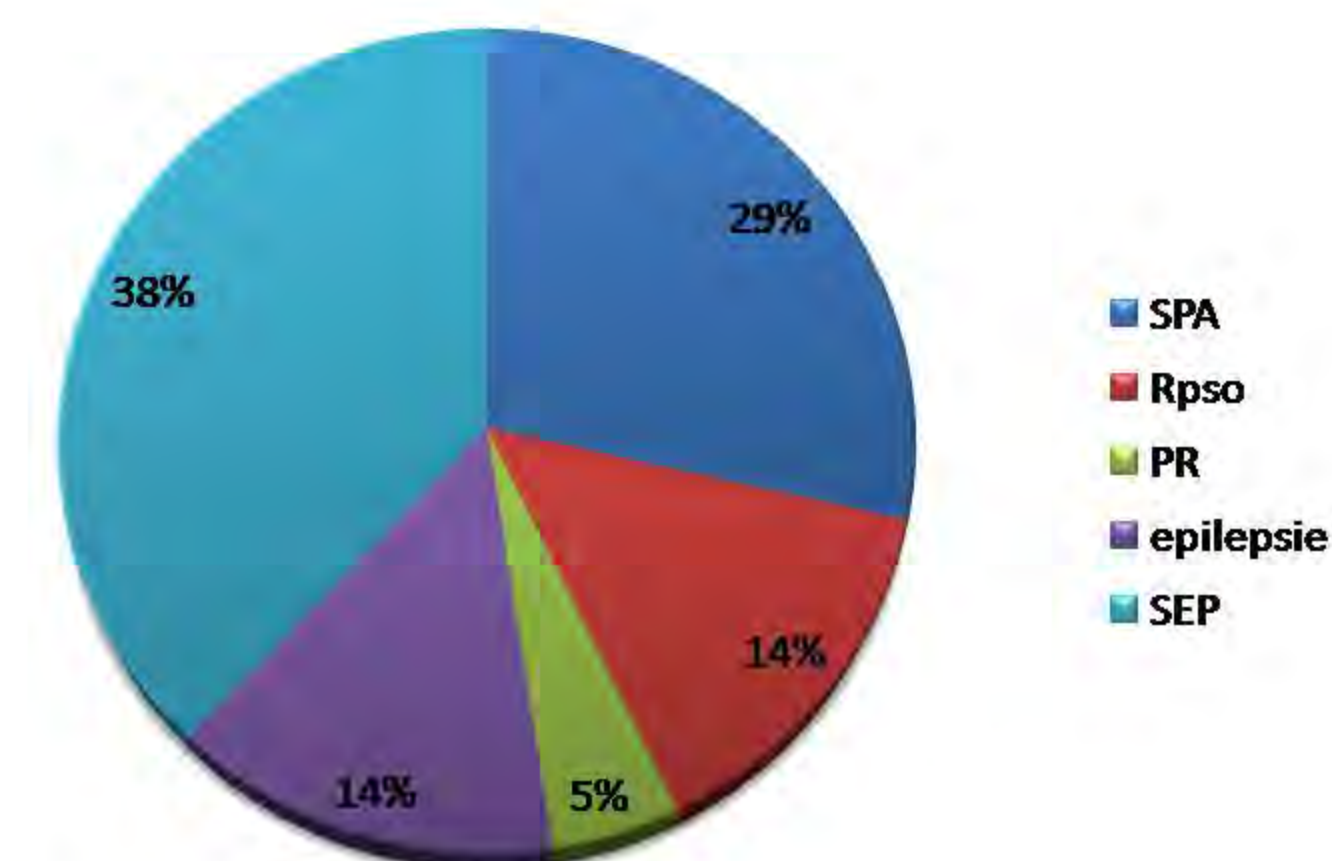
- ❖ L'ostéoporose masculine a souvent des causes particulières, qu'il faudra rechercher et traiter.
- ❖ Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques densitométriques et étiologiques de l'ostéoporose masculine (OPm).

RESULTATS

- ❖ Il s'agit de 21 patients,
- ❖ L'âge moyenne était de 42.13 ± 11.4 ans.
- ❖ Leur indice de masse corporelle était de 25.77 ± 4.03 kg/m².
- ❖ Le tabagisme était trouvé dans 14 cas.
- ❖ L'ostéoporose a intéressé :
 - le site fémoral dans 5 cas
 - le site lombaire dans 16 cas
 - les deux sites dans 2 cas.
- ❖ Le T score moyen était de
 - * -2.65 ± 0.84 au site lombaire
 - * -1.86 ± 1.23 au site fémoral.
- ❖ Les étiologies trouvées étaient:
 - un rhumatisme inflammatoire dans 10 cas:
 - * un cas de polyarthrite rhumatoïde
 - * 3 cas de rhumatisme psoriasique
 - * 6 cas de spondylarthrite ankylosante.
 - Une épilepsie a été trouvée dans 3 cas.
 - Une corticothérapie pour une sclérose en plaque a été trouvée dans 8 cas.

MATERIEL ET METHODE

- Etude rétrospective, sur une période de six ans (2007-2012).
- Sont inclus dans cette étude des patients âgés de moins de 60 ans et qui ont un T score inférieur ou égal à -2,5 DS au niveau du site lombaire et/ou rachidien.
- Pour chaque patient on a recueilli l'âge, les antécédents, l'indice de masse corporelle et l'étiologie de cette ostéoporose.



DISCUSSION

Il semble que l'ostéoporose chez l'homme de moins de 60 ans est lié à la présence d'une maladie sous-jacente notamment un rhumatisme inflammatoire et à la prise de corticoïdes.[1]

La recherche d'une spondylarthropathie, parfois fruste cliniquement, doit faire partie du bilan d'une ostéoporose masculine.

CONCLUSION

- ❖ L'ostéoporose est souvent sous estimée et méconnue chez l'homme jeune.
- ❖ L'étiologie est souvent en rapport avec la présence d'un rhumatisme inflammatoire chronique et la mise sous corticothérapie prolongée.



CO MORBIDITE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE

M.Slouma, L Souabni, K. Ben Abdelghani, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ La polyarthrite rhumatoïde (PR) du sujet âgé se définit habituellement par un début au-delà de 60 ans.
- ❖ Le but de notre étude est d'évaluer le profil de comorbidité au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) chez les sujets âgés.

RESULTATS

- ❖ Il s'agissait de 34 patients 12hommes et 22femmes.
- ❖ L'âge moyen était de 73,5±5 ans.
- ❖ La durée de l'évolution de la maladie était de 6.04 ± 4 ans.
- ❖ L'indice de masse corporelle moyen été de 29,31 kg/m².
- ❖ Le tabagisme a été noté dans 26% des cas (n=8).
- ❖ Les **comorbidités** observées chez nos patients sont représentées par :
 - **une hypertension artérielle** dans 56% des cas (n=19)
 - **le diabète** dans 36% des cas (n=12)
 - **la dyslipidémie** dans 33% des cas (n=10)
 - **une insuffisance coronarienne** dans 7% des cas (n=2)
 - **un accident vasculaire cérébral** dans un cas.
 - Une **insuffisance rénale** débutante a été notée dans 4 cas et a justifié l'adaptation des doses de metotrexate
 - **une dysthyroïdie** dans 2 cas.

MATERIEL ET METHODE

- ❖ Etude rétrospective mené au service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim, la Marsa, sur une période de 10 ans (de 2003 à 2012).
- ❖ Ils ont été inclus tous les patients atteints de PR obéissant aux critères de l'ACR diagnostiquée après l'âge de 65 ans.
- ❖ La présence d'une pathologie nécessitant des soins médicaux a été notée.

DISCUSSION

- Les facteurs de risque cardio-vasculaires semblent être les plus fréquemment observés chez les sujets âgés atteints de PR.
- Les pathologies associées à la PR doivent être recherchées car elles peuvent modifier le traitement de la PR.

CONCLUSION

- L'intérêt de cette étude est de souligner l'importance de la recherche de comorbidité chez les sujets âgés atteints de PR afin d'adapter leur traitement.



DIABETE ET PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES

C. Harrathi ; S. Belghali ; H. Zeglaoui ; K. Baccouche ; Z. Alaya ; H. Ben fredj ; E. Boajina ; Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse – Chaouki13@hotmail.com

Introduction :

Le diabète sucré est une affection de plus en plus fréquente en Tunisie. Sa gravité reconnue est liée à ses complications micro et macro angiopathiques.

Pendant longtemps, les atteintes rhumatologiques ont été méconnues ou considérées comme une simple coïncidence. Depuis quelques années, ces manifestations ostéo-articulaires sont apparues, dans de nombreuses études, comme associées au diabète.

L'objectif de notre travail a été de décrire les principales pathologies associées au diabète en milieu rhumatologique.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective faite sur 180 patients ayant un diabète et présentant une pathologie rhumatologique (PRH) hospitalisés au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse entre 1997 et 2012.

Résultats :

Il s'agit de 53 hommes et 127 femmes d'âge moyen de 58 ans [19-86]. La durée d'évolution du diabète est en moyenne de 16 ans [1-41]. 90.6% des patients ont un diabète de type 2, 6.7 % un diabète corticoinduit, 1.7% un diabète de type 1 et 1.1% un diabète gestationnel. La survenue du diabète a eu lieu dans 55% des cas avant l'apparition de la PRH, concomitante dans 11.7% des cas et après le diagnostic de la PRH dans 33.3% des cas. Concernant le traitement du diabète 10.6% des patients sont seulement sous simple régime diabétique, 20.6% sont sous insulinothérapie, 67.2% sous antidiabétiques oraux (ADO) et 1.7% sous l'association de ces deux derniers.

Les principales PRH associées au diabète sont par ordre décroissant la lombosciatique commune dans 34.4% des cas, la polyarthrite rhumatoïde dans 24.4% des cas, les infections ostéoarticulaires dans 6.1% des cas, l'arthrose dans 6.1% des cas, la pathologie abarticulaire dans 5.6% des cas, la goutte dans 4.4% des cas, l'ostéoporose dans 3.9% des cas et la spondylarthrite ankylosante et le lupus chacune dans 2.2% des cas.

Discussion :

Les manifestations musculosquelettiques associées au diabète sucré, qu'il soit de type I ou de type II, sont fréquentes et diverses, dans notre série elles sont plus rencontrées avec des sujets diabétiques de type 2 avec 90.6 % des patients.

Les complications ostéoarticulaires du diabète sont fréquentes et diverses. Certaines sont la conséquence de l'hyperglycémie chronique. La capsulite rétractile de l'épaule domine ce type de complications car la gêne fonctionnelle qu'elle peut occasionner est souvent intense et son évolution peut être très longue. Dans ce même groupe de complications figurent la chéiroarthropathie, le doigt à ressaut, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren qui entraînent également un handicap important chez ces patients et ce d'autant plus qu'elles sont en général associées [1], dans notre série l'association à une atteinte abarticulaire est moins fréquente avec seulement 5.6 des cas.

Le diabète insulino-dépendant de l'adulte est le plus souvent associé à une réduction de la densité minérale osseuse évaluée sur différents sites, dont le rachis et l'extrémité supérieure du fémur, tout comme sur le squelette en totalité [2,3], en l'occurrence 3.9 % des malades de notre série sont ostéoporotiques.

Par ailleurs, Les patients diabétiques semblent être davantage à risque de développer une arthrose. En effet, des anomalies de la formation ostéophytique ont été observées chez des patients hyperglycémiques avec un diabète de type 2. L'insuline stimulerait la synthèse des protéoglycanes et la croissance du collagène [4]. Dans notre série 34.4% des malades ont une lombosciatique dont 70.3 % d'entre eux sont en rapport avec un rachis lombaire dégénératif.

Les diabétiques sont des patients particulièrement sensibles aux complications infectieuses du fait de l'effet facilitateur de l'hyperglycémie sur la prolifération bactérienne,

La présentation clinique de ces infections ostéoarticulaires chez le patient diabétique n'est pas différente de la population non diabétique. Cependant, au traitement antibiotique, il faut ajouter l'équilibre glycémique afin d'optimiser le contrôle de l'infection [1]. Au cours de la PR et du lupus il ya une dérégulation au niveau du système immunitaire de même que le diabète pouvant lier ces deux pathologies (association de maladies auto-immunes). Il s'agit aussi de pathologie nécessitant souvent le recours à une corticothérapie au long cours expliquant cette association fréquente retrouvée respectivement dans 24.4 % et 2.2 % dans notre série. La goutte survient souvent dans le cadre d'un syndrome pluri métabolique expliquant son association au diabète dans 4.4% des cas dans notre série.

Conclusion:

Le diabète est une pathologie fréquemment rencontrée en milieu rhumatologique, il peut s'agir d'une simple association entre deux pathologies distinctes, il peut être la cause de certaines manifestations ostéoarticulaires ou même avoir un lien physiopathologique avec d'autres.

Références :

- [1] : [Complications musculosquelettiques du diabète](#) Revue du Rhumatisme Monographies, Volume 78, Issue 4, September 2011, Pages 239-245 Bruno Fautrel
- [2] : [Os et diabète](#) Revue du Rhumatisme, Volume 68, Issue 8, September 2001, Pages 718-720 Jean-Michel Pouillès
- [3] : [Ostéoporose et diabète](#) Médecine & Longévité, Volume 1, Issue 1, September 2009, Pages 22-25 M. Cohen-Solal, M.-C. de Vernejoul, P. Oreel
- [4] : [La Revue de Médecine Interne](#), Volume 34, Issue 5, May 2013, Pages 269-278 O. Grossi, T. Généreau



OSTEOMALACIE ONCOGENIQUE

K.Maataallah;S.Kekik;R.Dhahri;N.Mouhli;H.Ajlani;T.Tourjman;M.Eleuch;S.Sellami

Introduction:

L'ostéomalacie tumorale est un syndrome rare. Il doit être évoqué devant toute ostéomalacie hypophosphatémique, en l'absence de cause toxique manifeste ou d'antécédent familial de maladie osseuse. Nous rapportons trois nouvelles observations d'ostéomalacie d'origine oncogénique

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective des cas d'ostéomalacie oncogéniques hospitalisés dans le service sur une période de 10 ans (2003-février 2013)

Résultats:

2 femmes et un homme, âgés en moyenne de 45 ans. Le mode révélateur était des troubles de la marche (2cas) associés à des lombocruralgies (1cas) ; chez le 3ème cas, il s'agissait d'une découverte fortuite d'une hypophosphorémie. L'examen clinique objectivait un signe de tabouret (2 cas), une amyotrophie des 4 membres (1 cas) et était sans anomalies (1cas). A la biologie, tous les patients avaient une hypophosphorémie, une phosphaturie normale et des phosphatases alcalines élevées. Un patient avait par ailleurs, une hypocalcémie. Les radiographies standards révélaient une hypertransparence osseuse diffuse homogène dans tous les cas. On a retrouvé des fractures vertébrales étagées et des stries de Looser Milkman dans un cas chacun. L'enquête étiologique de l'ostéomalacie a conclu respectivement dans chaque cas à : une tumeur mésenchymateuse du trou obturateur, un état lymphomateux d'un syndrome de Goujerot Sjogren primitif et une tumeur à cellules géante des gaines et des tendons du pouce. L'évolution était favorable dans tout les cas après traitement étiologique.

Discussion :

L'ostéomalacie oncogénique se caractérise par une faiblesse musculaire importante qui est liée directement à l'hypophosphatémie et des douleurs articulaires diffuses entraînant une impotence fonctionnelle majeure. Ces deux phénomènes rendent cette pathologie extrêmement douloureuse et invalidante et il est très fréquent que le patient se présente en consultation en chaise roulante [1] le cas de 2 des nos patients. La physiopathologie de l'ostéomalacie n'est pas claire elle semble liée à la sécrétion par la tumeur d'une substance appelée « phosphatonine » qui inhiberait la réabsorption tubulaire du phosphore et la production de $1,25-(OH)_2$ Les déficits combinés en phosphate et en $1,25-(OH)_2$ vitamine D entraînent une déminéralisation de la matrice osseuse et une ostéomalacie sévère.[2]. Le meilleur traitement de l'ostéomalacie oncogénique est l'exérèse de la tumeur, qui aboutit à une normalisation biologique et clinique souvent extrêmement spectaculaire (le cas de tous nos patients). Un traitement médical symptomatique permet cependant une amélioration clinique très significative [3],[4].

Conclusion:

L'origine onchogénique de l'ostéomalacie reste rare.L'identification de la tumeur primitive dans les ostéomalaciques oncogéniques pose de réelles difficultés diagnostiques or seule l'exérèse totale permet la guérison

Références:

[1] Radaideh AR Curr Oncol 2009;16:87-90.

[2] Prie D Nephrol Ther 2009;5: 513-9

[3] Radaideh AR Curr Oncol 2009;

[4]Hannan. Eur J Endocrinol 2008;158:265-71.

ÉTUDE DE LA DENSITÉ MINÉRALE OSSEUSE CHEZ LES PATIENTS HÉMODIALYSÉS : À PROPOS DE 45 CAS

M.Maroua; L.Metoui; I.Gharsallah; N.Kacem; B.Louzir; S.Othmani
Service médecine interne Hôpital militaire de Tunis

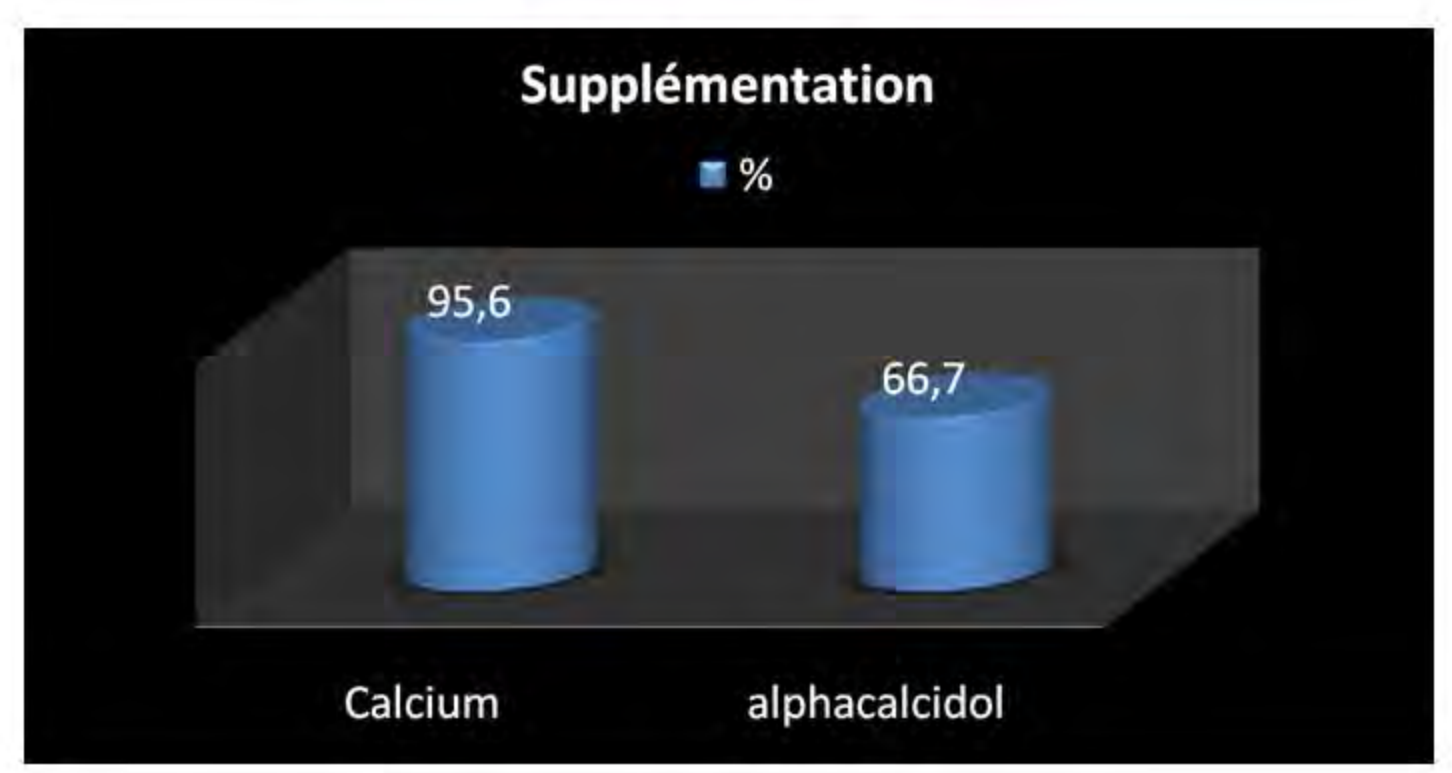
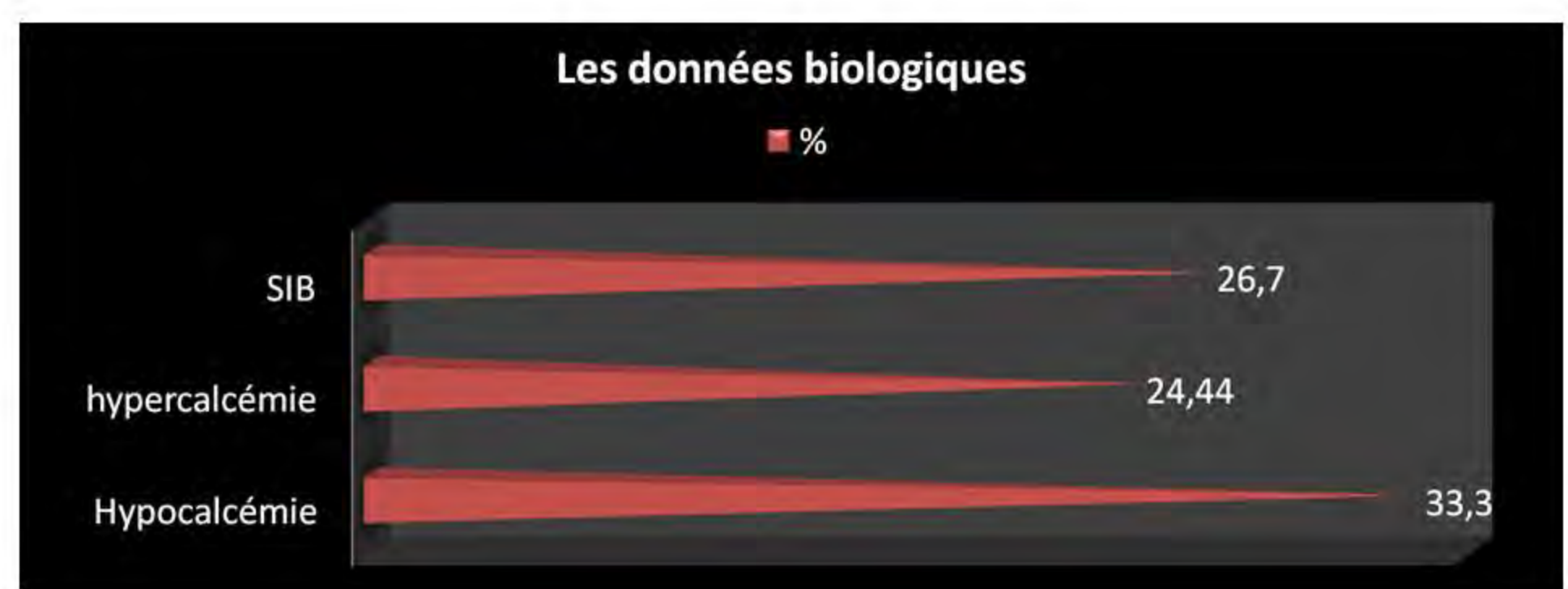
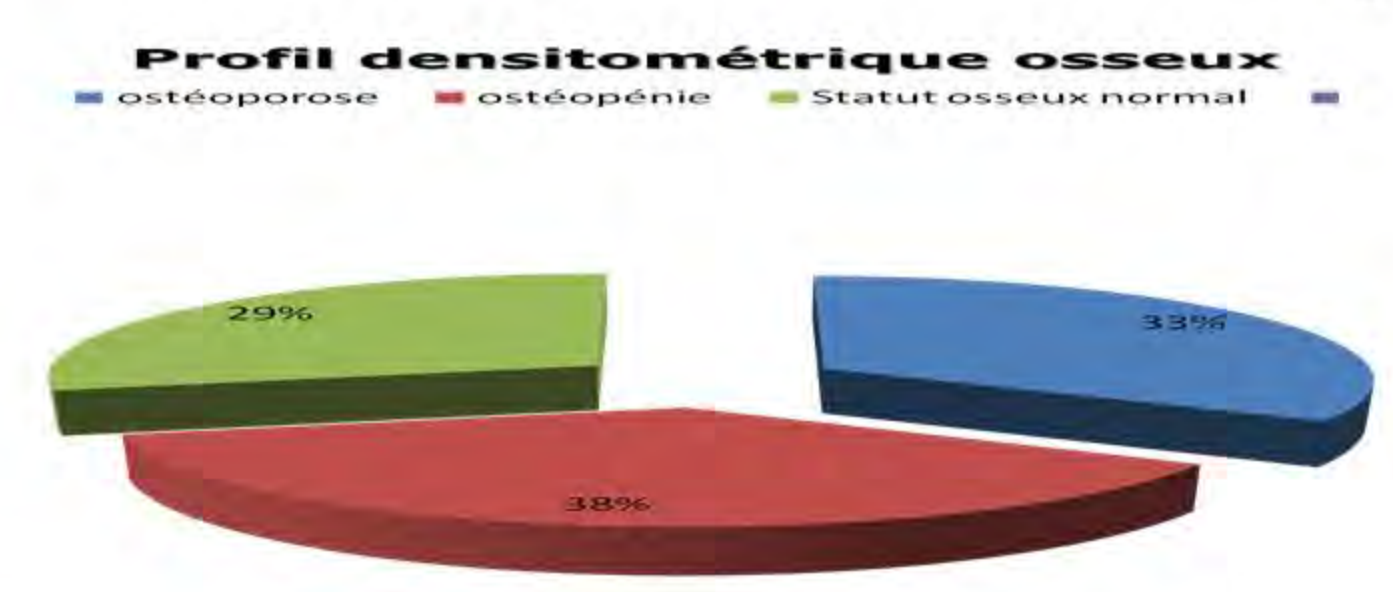
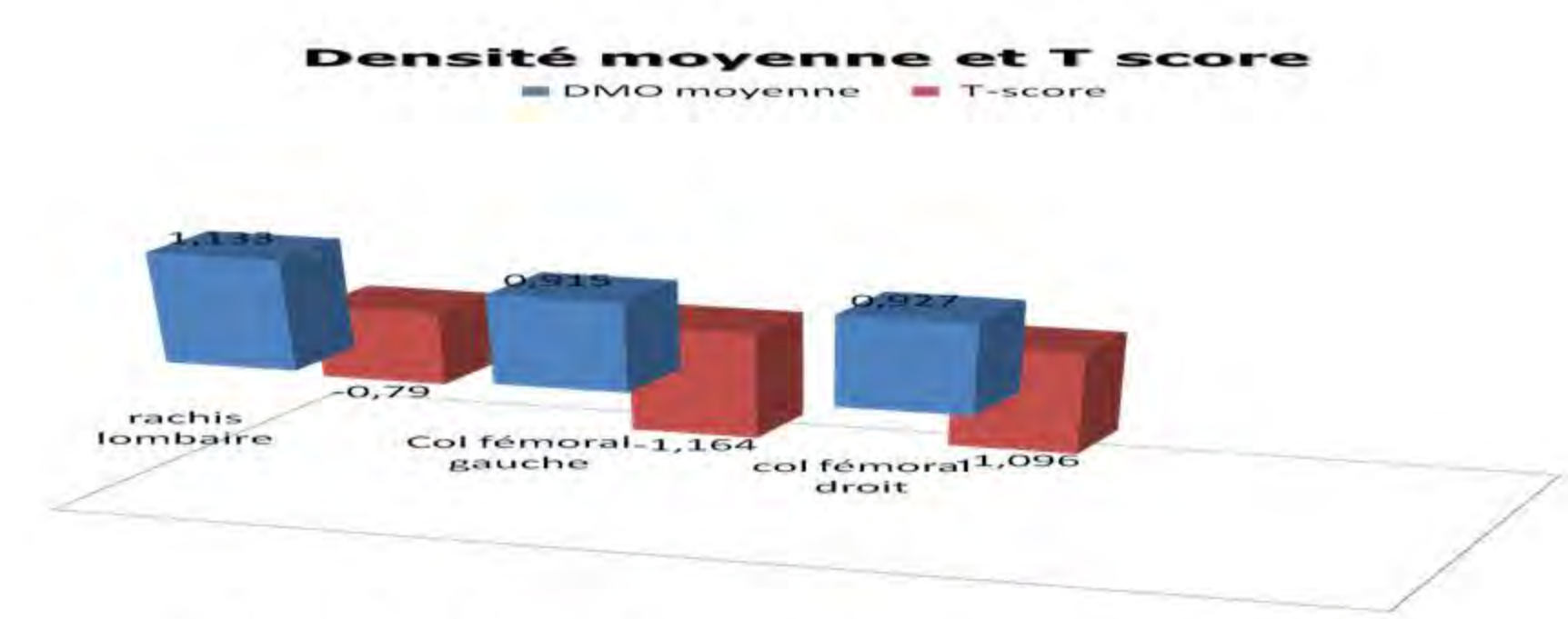
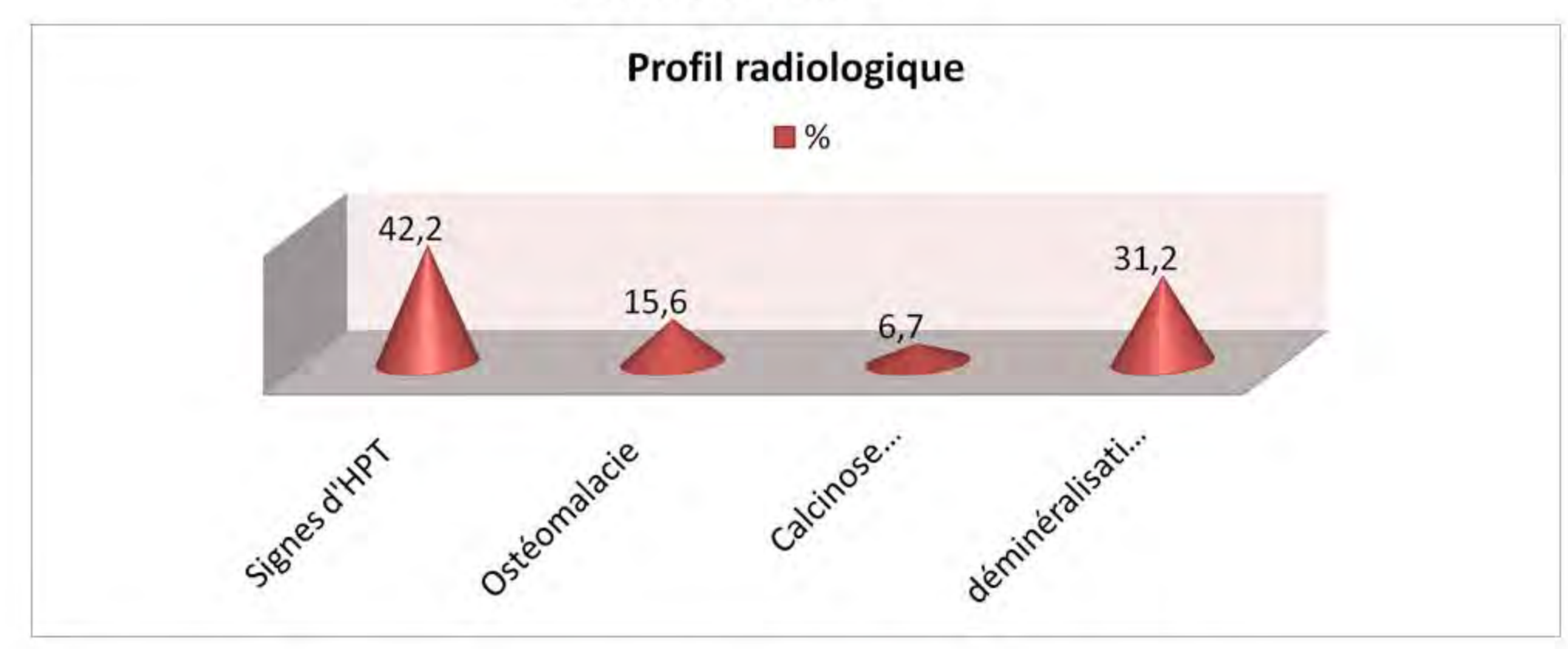
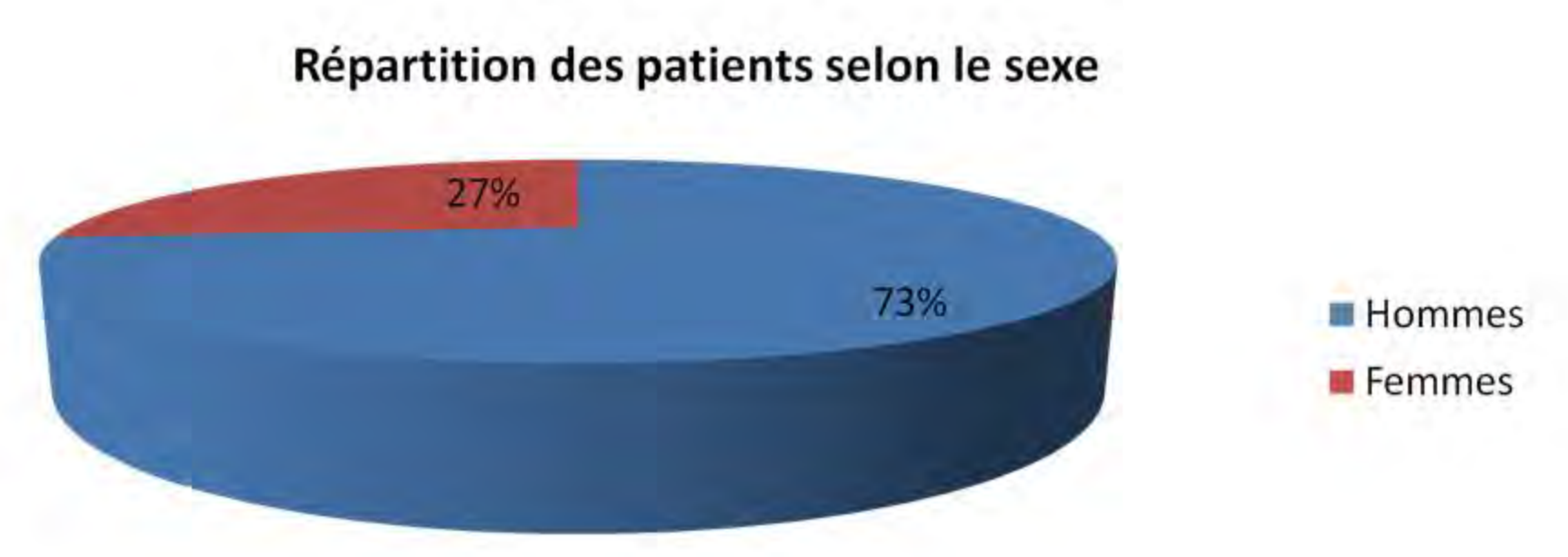
Introduction :

La perte osseuse est une complication fréquente et silencieuse du métabolisme minéral et osseux au cours de l'insuffisance rénale chronique. Elle est caractérisée par une diminution de la masse osseuse, une détérioration de la qualité de l'os et une altération de sa micro architecture augmentant le risque fracturaire.

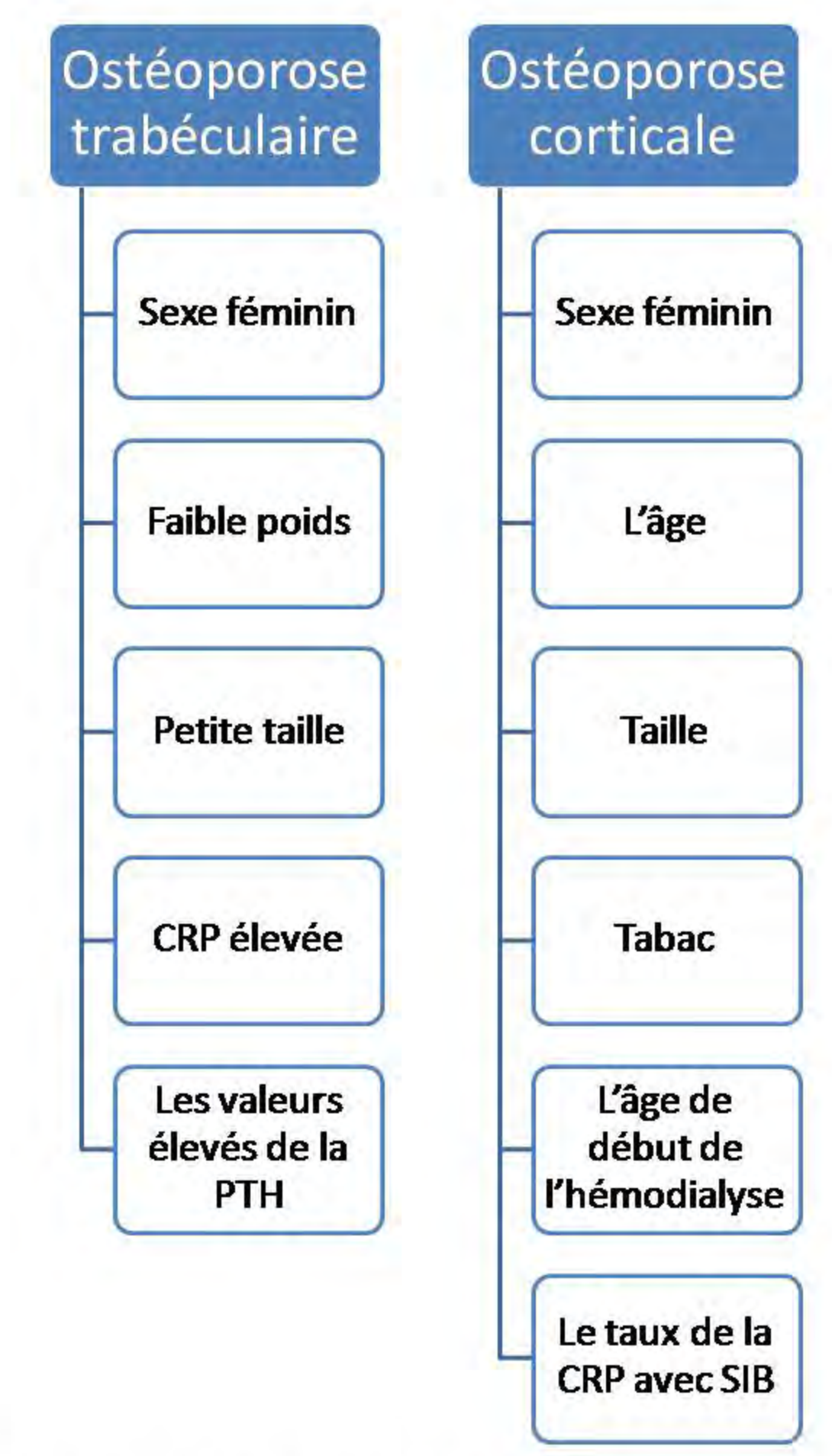
Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 45 patients hémodialysés de façon régulière depuis au moins une année. L'âge moyen était de 54 ans.

Résultats:



→ Les Facteurs associés au risque d'ostéoporose chez nos patients



Conclusion:

L'ostéoporose est une complication certaine, fréquente et précoce chez les insuffisants rénaux. Elle touche d'une façon plus importante l'os cortical. Un dépistage précoce et des mesures préventives sont nécessaires.



LES MYOPATHIES INFLAMMATOIRES EN RHUMATOLOGIE

H.Sahli ; I.Cherif ; R.Tekaya ; L.Dridi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; L.Abdelmoula ; L.Chaabouni ; R.Zouari

Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

Les myopathies inflammatoires (MI) sont des affections auto-immunes rares. Leur symptomatologie est polymorphe rendant leur diagnostic difficile.

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques épidémiocliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives des MI en milieu rhumatologique.

MATERIELS ET METHODES:

Nous avons pratiqué une étude rétrospective sur une période de 11 ans (2000-2012) incluant les dossiers de patients chez qui le diagnostic de MI a été retenu. Nous avons décrit les caractéristiques cliniques paracliniques, thérapeutiques et évolutives de ces patients.

RESULTATS:

- 10 femmes et 1 homme.
- Age moyen= 55,4 ans [37-75].
- 4 cas de dermatopolymyosite
- 1 cas de myosite à inclusions
- 6 cas de polymyosite
- Association: PR-MI:1cas
LES-MI:1cas
Sclérodémie-MI:1cas
- MI paranéoplasique (2cas): Tumeur ovarienne (1cas), Carcinome hépatocellulaire (1cas)

Signe clinique	N/11
Myalgie	11
Déficit proximal	6
Arthralgie inflammatoire	7
Polyarthrite chronique	2
AEG	4
Phénomène de Raynaud	1
Atteinte pulmonaire	1

**Tableau I:
Caractéristiques cliniques des MI**

**Tableau II:
Caractéristiques paracliniques, thérapeutiques et évolutives des MI**

Paramètre	N/11
CPK élevé	9
Atteinte myogène à l'EMG	6
Lésions spécifique à la biopsie musculaire	3
AAN +	4
Corticothérapie	11
Evolution:	
-Favorable	9
-Décès	1

DISCUSSION:

- Les MI sont un groupe hétérogène d'affections auto-immunes des muscles squelettiques d'étiologie inconnue. Les caractéristiques cliniques, histologiques et immunopathologiques permettent classiquement de distinguer les polymyosites, les dermatopolymyosites et les myosites à inclusions (1,2). Cliniquement, il s'agit d'un déficit moteur de siège rhizomérique associé à d'autres signes de fréquence variable.
- L'association d'une connectivité à une MI représente 10 à 20% de l'ensemble des myosites. Dans notre série on note 3 cas d'association MI et connectivité. Cette association ne semble pas modifier la réponse de la MI au traitement (4).
- Le traitement repose sur les corticoïdes parfois associé à un traitement immunosuppresseur (MTX) en cas d'échec ou de corticodépendance (2).
- L'association d'une néoplasie viscérale à MI n'est pas fortuite et est rapporté dans 15 à 20% dans la littérature. Mais celle à un carcinome hépatocellulaire est rarement signalé dans la littérature (3). Dans notre série, une néoplasie profonde est retrouvée dans 2 cas dont un cas de carcinome hépatocellulaire.

CONCLUSION:

Les manifestations rhumatologiques des MI sont variées pouvant mimer celles d'un rhumatisme inflammatoire chronique. La hantise devant une polymyosite ou dermatopolymyosite reste l'éventuelle présence d'une néoplasie qui aggraverait le pronostic.



EFFICACITE ET TOLERANCE DES ANTI TNF ALPHA AU COURS DES SPONDYLARTHROPATHIES

A.Kesraoui, D.Kaffel, S.Boubaker, I.Zouch, W.Hamdi, MM.Kechir
Service de rhumatologie institut Mohamed Kassab d'orthopédie

Introduction

Les anti TNF alpha occupent une place importante dans l'arsenal thérapeutique des spondylarthropathies (SA). Nous nous proposons d'étudier leur efficacité et leur tolérance au cours des SA.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective incluant tous les patients de notre service atteints de SA traités par anti TNF alpha sur une période de 5 ans (2008-2012).

Résultats

Il s'agissait de 9 hommes et de 3 femmes avec un âge moyen de 35.8 ans [18- 51 ans]. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 7 ans. Neuf patients présentaient une spondylarthrite ankylosante, 2 cas avaient un rhumatisme psoriasique et 2 cas un rhumatisme des entérocolopathies. Huit patients avaient une coxite. L'indication d'une biothérapie était une SA avec une activité élevée et persistante après échec des autres traitements (selon les recommandations ASAS) dans 9 cas et la survenue d'effets indésirables sous AINS (forme axiale pure) dans 3 cas (ulcère gastroduodéal évolutif : 2 cas et une allergie cutanée retardée: 1 cas). L'Etanercept était utilisé dans 6 cas. L'Infliximab était utilisé dans 4 cas. L'Humira était utilisé d'emblée dans 2 cas et en seconde intention après échappement à l'Infliximab dans 1 cas. Le traitement par anti TNF était efficace au bout de 3 mois dans tous les cas (BASDAI moyen passant de 5.4 à 2.8). Aucun effet indésirable n'a été noté.

Conclusion

Les anti TNF alpha présentent une alternative thérapeutique intéressante en cas d'échec ou de contre-indication aux autres traitements de fond usuels. Un bilan pré thérapeutique rigoureux permet de diminuer leurs complications.



QUELLE CORRELATION ENTRE LE DAS28 ET LES SCORES SDAI ET CDAI DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

K Ben Abdelghani, M Slouma, L Souabni, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ Evaluer l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est particulièrement important en raison du risque de dégradation structurale et au risque de handicap fonctionnel ultérieur d'une part et afin de juger la réponse aux thérapeutiques prescrites d'autre part.
- ❖ Pour ce, l'utilisation des scores composites est indispensable.

MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective monocentrique réalisée dans le service de rhumatologie, colligeant 29 cas de PR. On a calculé pour tous les patients les scores : DAS28, SDAI et CDAI.
- Le coefficient de corrélation de Person (ρ) a été calculé pour identifier la relation entre ces trois scores.

RESULTATS

- ❖ **L'âge moyen** était de 51.86+3.22ans.
- ❖ Ils étaient répartis en 25 femmes et 4 hommes.
- ❖ **La durée moyenne de l'évolution de la maladie** était de 9.25+5.65 ans.
- ❖ La PR était érosive dans 19 cas (65%) et séropositive dans 21 cas (72%).
- ❖ Seize patients étaient sous biothérapie et 13 étaient sous méthotrexate.
- ❖ Le niveau d'activité moyen du DAS28 VS était de 4.61+1.49.
- ❖ La moyenne des scores CDAI et SDAI étaient respectivement à 97.58±8.38 et 107.61+9.02.

Il existe une très forte corrélation linéaire entre le DAS28 et le score CDAI ($\rho=0.76$, $p<0.001$), ainsi qu'entre le DAS 28 et le score SDAI ($\rho= 0,79$, $p<0.001$).

DISCUSSION

- La corrélation entre les score CDAI, SDAI et l'indice d'activité DAS28 trouvée dans notre étude est forte.
- Nos résultats concordent avec les données de la littérature [1].
- Ceci confirme la validité de ces scores pour évaluer l'activité de la PR en pratique quotidienne.

CONCLUSION

- ❖ Le score DAS28 est le plus utilisé par les rhumatologues pour l'évaluation de l'activité de la PR.
- ❖ Le SDAI et le CDAI, qui sont d'introduction plus récente et d'utilisation plus facile, en constituent une alternative intéressante.



ASSOCIATION MYELOME ET ADENOME PARATHYROÏDIEN

S.Bendjemaa, M.Ezzeddine, R.Akrout, H.Fourati, S.Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

INTRODUCTION

Le myélome et l'hyperparathyroïdie primaire sont deux causes d'hypercalcémie, pouvant parfois s'associer chez un même patient. Nous décrivons ici le cas d'une femme de 77 ans pour qui les deux diagnostics ont été portés dans le même temps grâce au dosage de la parathormone (PTH) et à une électrophorèse des protéines sériques, réalisés devant une hypercalcémie.

OBSERVATION

Une femme âgée de 77 ans, sans antécédent notable, a été adressée dans notre service de rhumatologie pour bilan de lombosciatique L5 gauche, évoluant depuis trois mois, très invalidante. L'examen clinique ne notait pas d'anomalie en dehors de douleurs rachidiennes et une raideur lombaire. L'hémogramme est normal : hémoglobine 12 g/dl, leucocytes 5000/mm³ et plaquettes 201 000/mm³. On notait l'absence de syndrome inflammatoire avec VS à 27 mm à la première heure et une protéine-C-réactive à 1 mg/l.

Le bilan phosphocalcique montrait une hypercalcémie importante (calcémie totale : 2,73 mmol/l, corrigée : 2,81 mmol/l, albuminémie: 36 g/l) associée initialement à une hypophosphorémie à 0,9 mmol/l. Les dosages hormonaux retrouvaient une PTH 1-84 élevée à 187 pg/ml (N < 55 pg/ml). L'ionogramme plasmatique était normal, il n'y avait pas d'insuffisance rénale (créatininémie : 68 µmol/l). L'électrophorèse des protéines plasmatiques montre un pic monoclonal en zone gamma. Le myélogramme réalisé par ponction sternale montrait un infiltrat plasmocytaire dysmorphique (6 %). La BOM montre une plasmocytose de 15%. Le dosage pondéral des immunoglobulines (Ig) retrouvait des IgG (15,2 g/l) (N < 14,7 g/l) sans anomalie des IgA ni des IgM. L'immunofixation montre la présence d'une IgG monoclonale de type lambda. La Béta2microglobuline à 3,56 mg/l (N < 1,8 mg/l). La protéinurie de Bence Jones est négative.

Les radiographies standards du squelette complet avaient montré un aspect décalcifié du rachis. L'imagerie par IRM était normale en dehors d'une hernie discale médiane et paramédiane gauche à l'étage L4-L5. Il n'y avait aucun signe fracturaire.

L'échographie cervicale retrouvait avec un nodule parathyroïdien droit.

Nous avons donc diagnostiqué chez cette patiente un myélome IgG lambda, stade 1 associé à un adénome parathyroïdien. Le contrôle de l'hypercalcémie a nécessité une hydratation parentérale. Une ablation chirurgicale de l'adénome a été programmée.

DISCUSSION

La découverte d'une hyperparathyroïdie primaire au cours d'une néoplasie est bien documentée [1] mais reste beaucoup plus anecdotique dans le cadre du myélome. Le premier cas a été décrit par Clubb en 1964 [2].

L'ensemble des auteurs semble s'accorder sur le fait que cette association n'est pas fortuite [3].

L'hypothèse principale pour expliquer leur relation de cause à effet est l'induction du myélome par des taux élevés de PTH [4].

Cette hormone stimulerait la libération par les ostéoblastes d'interleukine 6 [5], cytokine connue pour ses effets antiapoptotiques sur les plasmocytes [6].

Il est à noter que le traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdie est la plupart de temps sans effet sur la gammopathie monoclonale mais reste indispensable au contrôle de la calcémie [7].

CONCLUSION

Notre observation montre l'importance de ne pas méconnaître des pathologies associées (myélome et d'hyperparathyroïdie primaire) alors qu'une première étiologie semble évidente. Nous proposons la réalisation d'un dosage de la PTH et une électrophorèse des protéines sériques devant toute hypercalcémie en présence d'arguments clinico-biologiques compatibles.

Référence [1] Kaplan L, Katz AD, Ben-Isaac C, Massry SG. Malignant neoplasms and parathyroid adenoma. Cancer 1971;28:401-7.[2] Clubb JS, Posen S, Neale FC. Disappearance of a serum paraprotein after parathyroidectomy. Arch Intern Med 1964;114:616-20.[3] Bellou A, Blain H, Guerci A, Jeandel C. Gammopathie monoclonale et hyperparathyroïdie primitive. À propos de deux observations et revue de la littérature. Rev Med Interne 1996;17:325-8.[4] Pest EP, McQuaker G, Hunter JA, Moffat D, Stanley AJ. Primary hyperparathyroidism, amyloid and multiple myeloma: an unusual association. Scott Med J 2005;50:32-4.[5] Pollock JH, Blaha MJ, Lavish SA, Stevenson S, Greenfield EM. In vivo demonstration that parathyroid hormone and parathyroid hormone-related protein stimulate expression by osteoblasts of interleukin-6 and leukemia inhibitory factor. J Bone Miner Res 1996;11:754-9.[6] Barille S, Bataille R, Amiot M. The role of interleukin-6 and interleukin-6/interleukin-6 receptor-alpha complex in the pathogenesis of multiple myeloma. Eur Cytokine Netw 2000;11:546-51.[7] Tominaga Y. Surgical indications of primary hyperparathyroidism. Clin Calcium 2005;15:79-84.



QUELLE RELATION ENTRE L'OBESITE ET LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CHEZ LE SUJET AGE ?

M.Slouma, L Souabni, K. Ben Abdelghani, S Kassab, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui

Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ Un nombre croissant d'études accordent actuellement une attention sur la relation entre l'obésité et les caractéristiques évolutives de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- ❖ Le but de notre travail est d'étudier la relation entre l'obésité et les caractéristiques évolutives de la PR chez les sujets âgés.

MATERIEL ET METHODE

- Etude rétrospective menée de 2002 à 2012 à l'hôpital Mongi Slim.
- Ont été inclus les patients atteints de PR, de plus de 65ans au début de la maladie.
- Nous avons défini deux groupes PR obèses (IMC³30kg/m²) et PR non obèses (IMC<30kg/m²).
- Le t-test de Student a été réalisé pour comparer les scores DAS 28, et HAQ dans les deux groupes.

RESULTATS

- Il s'agit de 45 patients : 32 femmes et 13 hommes.
- L'âge moyen était de 71 ± 7ans.
- L'âge de début était de 66 ans en moyenne.
- Treize patients (29%) avaient un IMC>30kg/m²
- Il n'y a pas de différence significative entre le score DAS 28 des deux groupes PR obèses et PR non obèses (5,33 vs 4,96 ; p=0,73).
- De même la qualité de vie était comparable dans les deux groupes (HAQ = 1,77 vs 1,65 ; p=0,17).
- Les patients du groupe PR obèses étaient traités par des doses plus importantes de corticoïdes (10.4vs5.3mg/kg/j prednisone).
- La présence d'érosions osseuses était comparable dans les deux groupes. Ainsi, dans le groupe PR obèses, 53% du présentaient des érosions osseuses (60% dans le groupe PR non obèses).
- En revanche, les patients du groupe PR obèses présentaient moins de déformations articulaires (7% vs 28%).

DISCUSSION

- Notre étude suggère que l'obésité ne modifie pas l'activité de la maladie et n'altère pas la qualité de vie des patients.
- Cependant, nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans la littérature.
- Une étude menée sur 395 PR a révélé que l'obésité est associée à une altération de la qualité de vie de ces patients, indépendamment des paramètres cliniques et biologiques de la maladie [1]

CONCLUSION

- Chez le sujet âgé, il semble que l'obésité ne modifie pas l'activité de la polyarthrite rhumatoïde et n'altère pas la qualité de vie.



Les anti-TNF α et le rhumatisme psoriasique

N. Elamri, K. Baccouche, S. Belghali, H. Zeglaoui, Z. Alaya, H. Ben Fredj, I. ben Smida, N. Bagane, A. Jamel, E. Bouajina

Service de Rhumatologie CHU Farhat HACHED Sousse

Introduction :

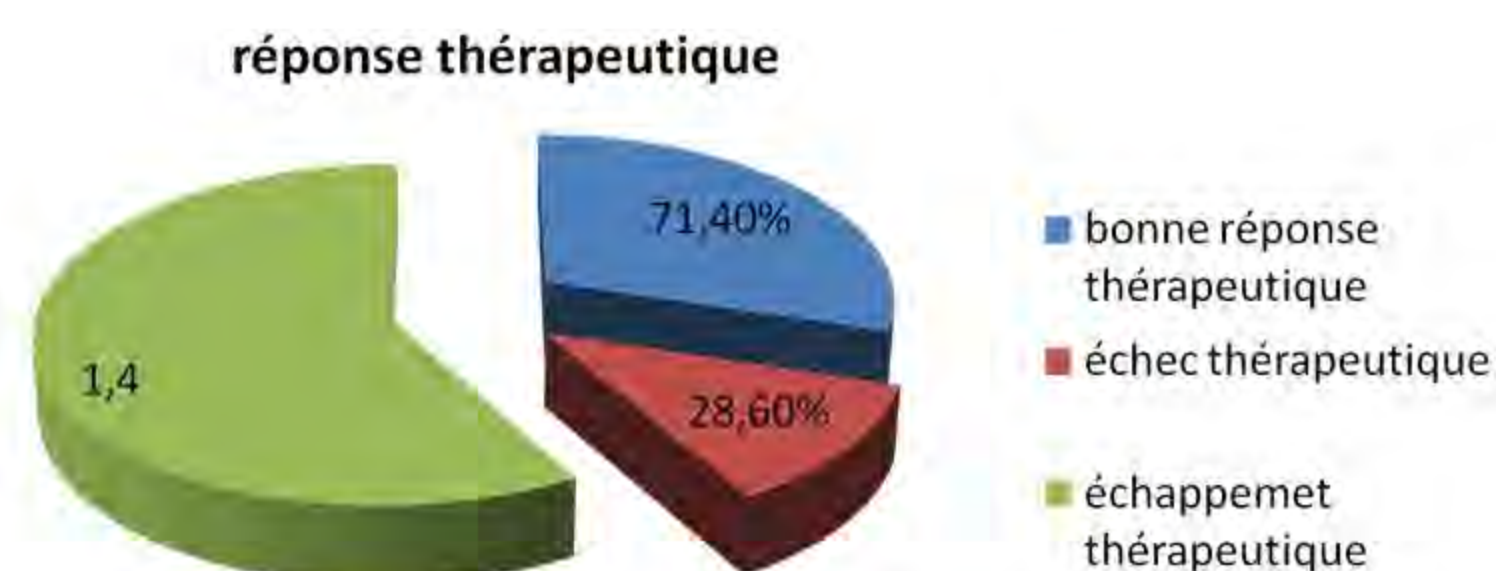
Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique qui appartient au groupe des spondyloarthrites. Le développement des anti-TNF α au cours des dernières années a renforcé l'arsenal thérapeutique contre cette pathologie.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 7 patients porteurs d'un rhumatisme psoriasique traités par des anti-TNF α , colligés au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse sur une période de 3 ans.

Résultats:

Notre population est composée de 5 hommes et 2 femmes. L'âge moyen est de 44,8 ans [25 ans- 59 ans]. La durée moyenne d'évolution est de 11,4 ans. Dans 71,4 % des cas l'atteinte articulaire est à la fois axiale et périphérique alors que dans 28,6% elle est seulement périphérique. Une destruction radiologique est présente dans 85% des cas. Tous les patients ont été traités au préalable par le méthotrexate et dans 57% des cas une association de deux traitements de fond (méthotrexate et salazopyrine) a été indiquée. Les anti-TNF α utilisés sont l'etanercept dans 71,4% et l'adalimumab dans 28,6% des cas. Les résultats thérapeutiques sont respectivement une amélioration clinique de l'atteinte articulaire et cutanée avec une stabilisation radiologique dans 71,4% des cas, un échec thérapeutique dans 14,3% des cas et un échappement dans 14,3%. Aucun effet indésirable n'a été observé.



Discussion:

Au cours du rhumatisme psoriasique il a été montré que les macrophages et les lymphocytes T circulants, trouvés dans la peau et l'articulation des patients, produisent des taux élevés de TNF- α . Des concentrations élevées de TNF- α ont également été trouvées au niveau articulaire et cutané. Il en a été de même pour les récepteurs du TNF- α dans le liquide synovial. Ceci a justifié le recours aux anti TNF α au cours du rhumatisme psoriasique.

Plusieurs études ont confirmé l'efficacité de ce traitement au cours de cette maladie dont les principales sont l'étude PRESTA [1] pour l'Etanercept, IMPACT 2[2] pour l'Infliximab et ADEPT[3] pour l'Adalimumab. Par ailleurs une méta-analyse [4] ayant groupé 6 essais randomisés, publiée par Saad AA et al, a montré la supériorité des anti TNF α au placebo. Cependant il n'y avait pas de différence d'efficacité entre les différents anti-TNF α de même pour les événements indésirables et notamment pour le risque infectieux.

La tolérance des anti-TNF α est généralement bonne. Cependant selon la British Society for Rheumatology, il existe un risque de cancer cutané chez les patients traités par PUVA thérapie avec une dose cumulée supérieure à 1000 Joules. Par ailleurs, on a signalé dans la littérature l'apparition paradoxale de psoriasis cutané chez des patients traités par anti TNF α pour différents rhumatismes inflammatoires.

Conclusion :

Les anti-TNF α semblent être une alternative thérapeutique intéressante au cours du rhumatisme psoriasique via leur action articulaire et cutanée. Cependant leur effet reste suspensif, leurs effets secondaires peuvent être graves et leur accessibilité est réduite.



Les particularités des spondylodiscites infectieuses chez le sujet âgé

Y. Kadri*, S. Zrour, H. Ben Abdallah*, M. Jguirim, I. Bejia, M. Touzi, M. Mastouri*, N. Bergaoui

* Laboratoire de Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

INTRODUCTION

Les spondylodiscites infectieuses (SDI) du sujet âgé posent un problème diagnostique et thérapeutique. L'objectif de ce travail est d'identifier les particularités des SDI du sujet âgé.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur seize ans (1997-2012), fondée sur l'analyse des données de patients âgés de plus que 65ans et hospitalisés pour SDI dans le service de Rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir.

Le diagnostic étiologique repose sur des arguments cliniques, radiologiques, bactériologiques et / ou histologiques.

RESULTATS

➤ Nous avons colligé 26 cas de SDI du sujet âgé (26/70): 22 spondylodiscites à pyogènes, 3 spondylodiscites tuberculeuses et une spondylodiscite brucellienne.

➤ La moyenne d'âge était de 68 ans (65-79ans), avec une prédominance masculine (sex ratio=1,5).

➤ Le diabète (n = 20) était le facteur de risque le plus relevé, alors que chez les sujets jeunes la chirurgie vertébrale et les infiltrations épidurales étaient des facteurs de risque rapportés en plus.

- La fièvre était présente chez 6 patients.
- Au moment du diagnostic, trois patients présentaient déjà une compression médullaire. Aucun malade n'avait un abcès des parties molles, contre 10 patients jeunes.
- Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire chez 95% des patients et une hyperleucocytose chez 60% d'entre eux (contre 76% et 34% respectivement dans la population jeune).
- L'enquête bactériologique s'est révélée positive chez 12 malades (46,1%). Les germes banals étaient les plus incriminés (9) Fig. Chez les patients d'âge jeune les SDI à germes spécifiques étaient plus fréquentes que celles chez le sujet âgé.



Fig: Répartition des bactéries responsables de SDI chez Le sujet âgé

Références:

1/ J-J. Dubost et all. Spondylodiscite infectieuse non tuberculeuse. EMC2006; 15-860-A-10

2/ S. Belghalia et all. Les Spondylodiscites infectieuses du sujet âgé : comparaison avec le sujet jeune. Abstracts / Revue du Rhumatisme 73 (2006) 1031-1088

DISCUSSION

- Dans notre série, les SDP représentaient la cause la plus fréquente des SDI chez le sujet âgé. Ceci était objectivé par des études européennes et tunisiennes [1,2].
- La plupart des études retrouvaient une prédominance masculine et le diabète comme facteur favorisant dans environ 50% des cas [1,2]. Ce résultat était retrouvé dans notre travail.
- La mise en évidence du germe responsable de la SDI du sujet âgé était primordiale car elle conditionnait la conduite thérapeutique. Toutefois, 59% des SDP n'avaient pas de germes identifiés et le diagnostic était établi sur une conjonction d'arguments cliniques, radiologiques et histologiques. La négativité des enquêtes bactériologiques pourrait s'expliquer en partie par l'administration intempestive d'antibiotiques ou par le fait que les germes en cause soient exigeants.
- La revue de la littérature montre une nette prédominance de *S. aureus* comme agent causal de SDP chez le sujet âgé. Ce germe était retrouvé dans 20 à 55% dans la littérature et dans 55,5% dans notre série [1,2].

CONCLUSION

Certains facteurs de risque, ainsi que des données cliniques et bactériologiques permettent de distinguer les SDI chez le sujet âgé et le sujet jeune. Cependant, l'âge avancé reste un facteur déterminant du pronostic et incite à suivre l'évolution des SDI chez le sujet âgé.



DIABETE ET PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES

C. Harrathi ; S. Belghali ; H. Zeglaoui ; K. Baccouche ; Z. Alaya ; H. Ben fredj ; E. Boajina ; Service de rhumatologie Farhat Hached Sousse – Chaouki13@hotmail.com

Introduction :

Le diabète sucré est une affection de plus en plus fréquente en Tunisie. Sa gravité reconnue est liée à ses complications micro et macro angiopathiques.

Pendant longtemps, les atteintes rhumatologiques ont été méconnues ou considérées comme une simple coïncidence. Depuis quelques années, ces manifestations ostéo-articulaires sont apparues, dans de nombreuses études, comme associées au diabète.

L'objectif de notre travail a été de décrire les principales pathologies associées au diabète en milieu rhumatologique.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective faite sur 180 patients ayant un diabète et présentant une pathologie rhumatologique (PRH) hospitalisés au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse entre 1997 et 2012.

Résultats :

Il s'agit de 53 hommes et 127 femmes d'âge moyen de 58 ans [19-86]. La durée d'évolution du diabète est en moyenne de 16 ans [1-41]. 90.6% des patients ont un diabète de type 2, 6.7 % un diabète corticoinduit, 1.7% un diabète de type 1 et 1.1% un diabète gestationnel. La survenue du diabète a eu lieu dans 55% des cas avant l'apparition de la PRH, concomitante dans 11.7% des cas et après le diagnostic de la PRH dans 33.3% des cas. Concernant le traitement du diabète 10.6% des patients sont seulement sous simple régime diabétique, 20.6% sont sous insulinothérapie, 67.2% sous antidiabétiques oraux (ADO) et 1.7% sous l'association de ces deux derniers.

Les principales PRH associées au diabète sont par ordre décroissant la lombosciatique commune dans 34.4% des cas, la polyarthrite rhumatoïde dans 24.4% des cas, les infections ostéoarticulaires dans 6.1% des cas, l'arthrose dans 6.1% des cas, la pathologie abarticulaire dans 5.6% des cas, la goutte dans 4.4% des cas, l'ostéoporose dans 3.9% des cas et la spondylarthrite ankylosante et le lupus chacune dans 2.2% des cas.

Discussion :

Les manifestations musculosquelettiques associées au diabète sucré, qu'il soit de type I ou de type II, sont fréquentes et diverses, dans notre série elles sont plus rencontrées avec des sujets diabétiques de type 2 avec 90.6 % des patients.

Les complications ostéoarticulaires du diabète sont fréquentes et diverses. Certaines sont la conséquence de l'hyperglycémie chronique. La capsulite rétractile de l'épaule domine ce type de complications car la gêne fonctionnelle qu'elle peut occasionner est souvent intense et son évolution peut être très longue. Dans ce même groupe de complications figurent la chéiroarthropathie, le doigt à ressaut, le syndrome du canal carpien et la maladie de Dupuytren qui entraînent également un handicap important chez ces patients et ce d'autant plus qu'elles sont en général associées [1], dans notre série l'association à une atteinte abarticulaire est moins fréquente avec seulement 5.6 des cas.

Le diabète insulino-dépendant de l'adulte est le plus souvent associé à une réduction de la densité minérale osseuse évaluée sur différents sites, dont le rachis et l'extrémité supérieure du fémur, tout comme sur le squelette en totalité [2,3], en l'occurrence 3.9 % des malades de notre série sont ostéoporotiques.

Par ailleurs, Les patients diabétiques semblent être davantage à risque de développer une arthrose. En effet, des anomalies de la formation ostéophytique ont été observées chez des patients hyperglycémiques avec un diabète de type 2. L'insuline stimulerait la synthèse des protéoglycanes et la croissance du collagène [4]. Dans notre série 34.4% des malades ont une lombosciatique dont 70.3 % d'entre eux sont en rapport avec un rachis lombaire dégénératif.

Les diabétiques sont des patients particulièrement sensibles aux complications infectieuses du fait de l'effet facilitateur de l'hyperglycémie sur la prolifération bactérienne,

La présentation clinique de ces infections ostéoarticulaires chez le patient diabétique n'est pas différente de la population non diabétique. Cependant, au traitement antibiotique, il faut ajouter l'équilibre glycémique afin d'optimiser le contrôle de l'infection [1]. Au cours de la PR et du lupus il ya une dérégulation au niveau du système immunitaire de même que le diabète pouvant lier ces deux pathologies (association de maladies auto-immunes). Il s'agit aussi de pathologie nécessitant souvent le recours à une corticothérapie au long cours expliquant cette association fréquente retrouvée respectivement dans 24.4 % et 2.2 % dans notre série. La goutte survient souvent dans le cadre d'un syndrome pluri métabolique expliquant son association au diabète dans 4.4% des cas dans notre série.

Conclusion:

Le diabète est une pathologie fréquemment rencontrée en milieu rhumatologique, il peut s'agir d'une simple association entre deux pathologies distinctes, il peut être la cause de certaines manifestations ostéoarticulaires ou même avoir un lien physiopathologique avec d'autres.

Références :

- [1] : [Complications musculosquelettiques du diabète](#) Revue du Rhumatisme Monographies, Volume 78, Issue 4, September 2011, Pages 239-245 Bruno Fautrel
- [2] : [Os et diabète](#) Revue du Rhumatisme, Volume 68, Issue 8, September 2001, Pages 718-720 Jean-Michel Pouillès
- [3] : [Ostéoporose et diabète](#) Médecine & Longévité, Volume 1, Issue 1, September 2009, Pages 22-25 M. Cohen-Solal, M.-C. de Vernejoul, P. Oreel
- [4] : [La Revue de Médecine Interne](#), Volume 34, Issue 5, May 2013, Pages 269-278 O. Grossi, T. Généreau



LE PHÉNOMÈNE DE RAYNAUD (À PROPOS DE 8 CAS)

H.GHARBI, H.ZAOUALI, N. BEN SLIMANE, G.GHATTAS.

Policlinique CNSS El Khadra – Tunis.

INTRODUCTION

Le phénomène de Raynaud (PhR) est un acrosyndrome vasculaire très fréquent, conséquence d'un spasme des artères des extrémités. Il peut être primitif ou secondaire à diverses affections.

PATIENTS ET MÉTHODES

Étude rétrospective de 8 cas de PhR colligés à la consultation de Rhumatologie de la policlinique El Khadra sur 15 ans (1997 – 2012).

RÉSULTATS

Il s'agit de 8 femmes d'âge moyen 46 ans (extrêmes : 24 – 74 ans) présentant toutes un PhR bilatéral des doigts sans atteinte des orteils. La capillaroscopie faite chez 7 patientes a objectivé une microangiopathie organique dans tous les cas.

La biologie a révélé un syndrome inflammatoire dans 7 cas.

L'enquête étiologique basée sur un interrogatoire minutieux, un examen physique complet et un bilan immunologique a permis de retenir le diagnostic de PhR secondaire dans 7 cas: il s'agit de 3 cas de lupus érythémateux disséminé, 2 cas de connectivite mixte, un cas de cirrhose biliaire primitive associée à une polyarthrite rhumatoïde et un syndrome de CREST dans un cas. Dans le 8ème cas le PhR est idiopathique.

Les mesures d'hygiène de vie (lutte contre le froid et l'humidité, éviction des traumatismes locaux, CI des médicaments inducteurs...) étaient conseillées à toutes les patientes. Les inhibiteurs calciques ainsi que le traitement étiologique sont prescrits dans 7 cas.

Une amélioration des symptômes est notée chez toutes les patientes.



PhR aux 2 mains



PhR localisé au 4ème et 5ème doigts

CONCLUSION

En présence d'un PhR une enquête étiologique minutieuse s'impose ainsi que la mise en route d'un traitement adéquat.

COMMENTAIRES

Le PhR est très fréquent: 4% de la population générale avec prédominance féminine nette (8 – 10% des femmes et 3 – 5% des hommes).

C'est un vasospasme des extrémités occasionné par le refroidissement ou parfois par le stress.

Il est caractérisé par la survenue paroxystique de modifications de la coloration des extrémités.

Trois phases se succèdent:

Une phase syncopale: les doigts se décolorent deviennent blancs, engourdis, froids et insensibles.

Une phase asphyxique ou cyanique: aspect bleu et froid des doigts.

Une phase érythémalgique: érythrocyanose rouge parfois vermillon avec sensation de brûlure douloureuse.

Il prédomine aux mains. Les pieds et plus rarement le nez et les oreilles peuvent être atteints.

Le pouce est généralement épargné.

Le PhR est idiopathique mais peut être secondaire à diverses affections.

Le PhR idiopathique concerne la femme et touche les 2 mains, il est parfois familial.

Le PhR secondaire

- 1- Le PhR iatrogène: béta bloquants, dérivés de l'ergot de seigle, clonidine, sumatripton, amphétamine, interféron, cyclosporine, bléomycine et vinblastine.
- 2- Le PhR d'origine professionnelle: La maladie des vibrations, le syndrome du marteau hypothénar
- 3- La sclérodémie
- 4- Le syndrome de Sjogren
- 5- Le syndrome de Sharp
- 6- La dermatomyosite
- 7- Le LED
- 8- L'artérite distale juvénile du tabagisme, le syndrome du défilé thoracobrachial, les syndromes d'hyperviscosité, les syndromes myéloprolifératifs, les vascularites systémiques: la cryoglobulinémie, les artériopathies des artères sous clavières. les nécroses digitales paranéoplasiques et l'anorexie mentale.

Le traitement est basé sur la lutte contre le froid, la prescription de drogues vasoactives, des alpha bloquants, les inhibiteurs calciques et le traitement étiologique si le PhR est secondaire



Les abcès musculaires d'origine bactérienne: à propos de 31 cas

H.Zoubeidi, R.Abid, L.Metoui, R.Battikh, B.Louzir, S.Othmani
Service de Médecine Interne, Hôpital militaire de Tunis, Tunisie;

Introduction:

Les abcès musculaires peuvent être primitifs ou secondaires à une infection locorégionale. Leur profil microbiologique et leur prise en charge ont changé ces dernières années. Une étude rétrospective a concerné 31 cas d'abcès musculaires dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire colligés sur 7 ans (2000-2006).

Matériel et Méthodes:

Il s'agit de 24 hommes et de 7 femmes dont la moyenne d'âge est de 43 ans. Un terrain pathologique prédisposant est retrouvé chez 15 patients. Le diabète est la tare la plus fréquente. L'abcès est primitif dans 12 cas et secondaire dans 19 cas: à une spondylodiscite : 6 cas; à un érysipèle: 5 cas; à une arthrite de la hanche: 3 cas; à une sacroiliite: 2 cas; à une arthrite du genou: 1 cas; à un abcès appendiculaire: 1 cas; à une infection du site opératoire après néphrectomie: 1 cas). Le germe est isolé dans 21 cas. L'infection est à pyogène dans 16 cas (Staphylococcus aureus méthicilline Sensible: 11 cas; Citrobacter diversus: 2 cas; Escherichia coli: 2 cas; Pseudomonas aeruginosa: 1 cas) et tuberculeuse dans 5 cas. L'abcès est multiple dans 8 cas. L'infection siège essentiellement au muscle psoas (8 cas) et au muscle quadriceps (7 cas). Le tableau clinique est dominé par la fièvre (15 cas) et les douleurs qui varient selon la localisation de l'abcès. Un syndrome inflammatoire biologique est présent chez 18 patients. L'échographie et/ou la TDM et/ou l'IRM ont participé au diagnostic positif chez 21 patients. Dans tous les cas, une antibiothérapie (durée moyenne = 27 jours pour les pyogènes et 13 mois pour la tuberculose) est prescrite associée à un drainage chirurgical dans 10 cas et à un drainage percutané dans 3 cas. L'évolution est favorable sauf pour un patient qui est décédé suite à un choc septique (Staphylococcus aureus).

Discussion:

Les abcès musculaires se développent en général sur un terrain immunitaire considéré comme altéré. Ils peuvent être primitifs ou secondaires à un foyer septique de voisinage ou à une iatrogénie. Le geste de drainage reste bénéfique tant sur le plan diagnostique que thérapeutique et doit s'accompagner d'une antibiothérapie adaptée à l'identification microbiologique et à l'antibiogramme notamment avec le développement des résistances bactériennes.

Conclusion:

Au vu des progrès dans leur prise en charge, les abcès musculaires ont eu une amélioration dans leur pronostic. Les techniques d'imagerie moderne orientent facilement le diagnostic, permettent de détailler les localisations et de guider un éventuel geste de drainage.



QUEL GERME À INCRIMINER DEVANT UNE OSTÉITE MULTIFOCALE : MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS OU PROPIONIBACTERIUM ACNES ?

S. Toujani, L. Metoui, R. Abid, I. Gharsallah, R. Battikh, F. Ajili, N. Ben Abdelhafidh, B. Louzir, S. Othmani
Hôpital Militaire de Tunis.

Introduction :

Les ostéites sont dues à plusieurs germes spécifiques dont Mycobacterium tuberculosis et Brucella. Propionibacterium acnes est une bactérie à gram positif, saprophyte de la peau et de la cavité buccale et rarement pathogène pour l'homme. Cependant, quelques cas d'infections ostéo articulaires dues à ce germe ont été signalés.

Matériel et méthodes :

Nous rapportons un cas d'ostéite multifocale: vertébrale, sacrée, costale et sternale chez une jeune femme hospitalisée au service de Médecine Interne de l'Hôpital Militaire de Tunis avec une bactériémie à Propionibacterium Acnes (PA) et des stigmates histologiques de tuberculose.

Une femme âgée de 23 ans hospitalisée pour des douleurs fébriles lombaires et para sternales évoluant depuis 2 mois avec sueurs nocturnes et amaigrissement. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique. La recherche de BK dans les crachats et les urines et l'IDR à la tuberculine sont négatives. La sérologie VIH est négative. Deux hémocultures ont isolé PA. Les radiographies standards sont normales. Le scanner thoraco- abdominal a révélé des images ostéolytiques vertébrales, sacrées, costales et sternales ainsi que des adénopathies intra abdominales. La scintigraphie osseuse a mis en évidence une hyperfixation diffuse au niveau des régions sus citées. La biopsie des lésions sacrées a objectivé des granulomes giganto-cellulaires avec nécrose caséuse. L'imputabilité du BK est argumentée par la présence de cette nécrose mais les autres atteintes osseuses non biopsiées peuvent être dues au PA pourvoyeur de lyse osseuse et de granulomes mais sans nécrose caséuse. L'évolution était favorable sous traitement anti tuberculeux et céphalosporine de 3^{ème} génération.

Discussion:

- PA est un bacille anaérobie à Gram positif, commensal de la peau, rarement incriminé dans les infections ostéo-articulaires.
- Le diagnostic d'une infection à PA est difficile et doit reposer sur un faisceau d'arguments cliniques, bactériologiques, biologiques et radiologiques.
- La majorité des études soulignent la nécessité d'avoir au moins 2 prélèvements profonds à PA pour affirmer l'affection.
- Une association à d'autres bactéries est possible dont le BK. L'identification du germe incriminé dans ces affections ostéo-articulaires devient alors difficile comme dans notre cas. Le traitement repose sur l'antibiothérapie.
- En effet, PA fait partie des bactéries les plus sensibles aux antibiotiques et surtout les bêta lactamines.

Conclusion:

Des cas d'ostéites à Propionibacterium acnes ont été rapportés dans la littérature. La tendance à le considérer comme agent contaminant des hémocultures à probablement joué un rôle dans la méconnaissance de la pathogénie de cette bactérie saprophyte pour l'os.



PREMIERE EXPERIENCE TUNISIENNE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

K.Maataallah; k.Ben Abdelghani; L.Souabni; A.Aouadi; S.Kassab; A.Laatar; L.Zakraoui

Introduction:

L'éducation thérapeutique (ETP) a pour objectif l'amélioration de l'état de santé et du vécu du patient en le rendant acteur de sa pathologie et de son traitement.

But: Evaluer les appréciations des patients venus en première séance d'éducation tenue en Tunisie sur la PR.

Matériels et méthodes:

- ✓ 30 patients atteints de PR ont été invités à la journée d'ETP et ont été répartis en petits groupes de 7.
- ✓ Des formations théoriques collectives ainsi que 4 ateliers pratiques ont été réalisés par une équipe multidisciplinaire (7 rhumatologues, 2 ergothérapeutes, 2 psychiatres, 1 podologue).
- ✓ Au terme de cette journée, il leur a été demandé de remplir de façon anonyme un auto-questionnaire d'évaluation de la satisfaction

Résultat :

18 patients ont rempli l'auto-questionnaire :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Non satisfait
Organisation	88%	12%	0%	0%
Plénière1: Présentation de la PR	69%	31%	0%	0%
Atelier1 : Diététique/environnement	50%	50%	0%	0%
Atelier2 : Pied rhumatoïde	55%	36%	9%	0%
Plénière2: Effets indésirables des médicaments	88%	12%	0%	0%
Atelier3 : Aspect psychologique	55%	36%	9%	0%
Atelier4 : Ergothérapie/activité physique	67%	33%	0%	0%

Les impressions recueillies ce jour là, convergent toutes sur le fait qu'il faudrait réitérer ce genre de journée constructive

•Discussion :

Bien qu'une telle initiative (la première en Tunisie) ait réuni des avis très favorables, l'école a été de courte durée (un jour au lieu de trois habituellement), et fut restreinte aux seuls patients ayant une bonne maîtrise de la langue française. De plus, aucune sélection clinique n'a été opérée au préalable : les patients inclus présentent des stades de pathologie hétérogènes sur le plan clinique. Du patient « débutant » au patient déjà avancé dans le traitement, le vécu diffère. En conséquence, les malades n'ont pas tous les mêmes besoins thérapeutiques, les mêmes questions et attentes vis-à-vis de l'équipe et donc une offre d'éducation individuelle, en complément de ce premier dispositif collectif est indispensable

Conclusion:

L'ETP constitue un élément clé dans la gestion de la PR. Au regard des perspectives que nous nous sommes fixés, le projet reste à son début et nous espérons pouvoir assurer la pérennité de notre activité par la poursuite de la dynamique des équipes et le renforcement des réseaux actuels..



Les caractéristiques des spondylodiscites à *Staphylococcus aureus*

Y. Kadri*, S. Zrour, H. Ben Abdallah*, M. Jguirim, I. Bejia, M. Touzi, N. Bergaoui, M. Mastouri*

* Laboratoire de Microbiologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir
Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les spondylodiscites infectieuses à pyogènes demeurent un problème d'actualité. Partout dans le monde, *Staphylococcus aureus* en est le principal agent en cause.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, bactériologiques, radiologiques et thérapeutiques des spondylodiscites à *S. aureus*.

Matériel et Méthodes :

Etude rétrospective de 19 cas de spondylodiscites à *S. aureus* (SDSA) diagnostiqués entre 1997 et 2012 au service de Rhumatologie.

L'identification de *S. aureus* a été réalisée selon les méthodes conventionnelles et l'étude de la sensibilité aux antibiotiques selon les recommandations du Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie CA-SFM.

Résultats :

> Les spondylodiscites à *S. aureus* ont représenté 19/56 des spondylodiscites infectieuses à pyogènes (SDIP) soit un taux de 33,9% Fig 1.

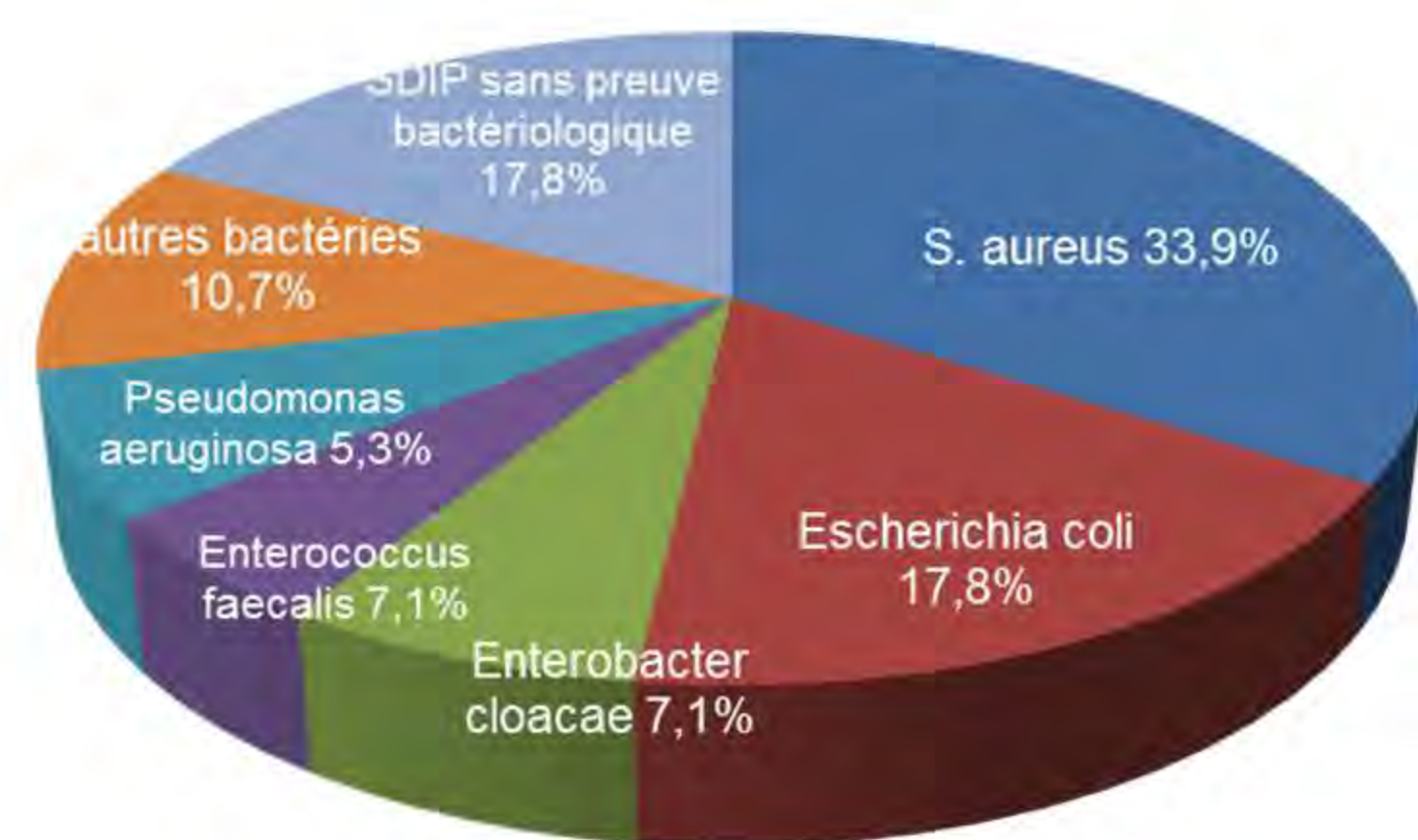


Fig 1: Bactéries responsables de SDIP

- Notre série a comporté 17 hommes et 2 femmes. La médiane d'âge a été de 50ans (25-75ans).
- Les facteurs de risque trouvés dans 9/19 ont été représentés essentiellement par le diabète (7/9).
- Le mode de début a été aigu dans 10/19. Le délai moyen de diagnostic a été de 3mois.
- Une porte d'entrée cutanée a été trouvée dans 3/19.
- Cliniquement, la rachialgie a été lombaire dans 16/19. Une température $\geq 38,5^\circ\text{C}$ a été notée dans 10/19.
- Un syndrome inflammatoire biologique et une hyperleucocytose ont été trouvés dans tous les cas
- Tous les malades ont bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique qui a été toujours en faveur du diagnostic de SDIP. Un cas de compression médullaire a été rapporté.
- La ponction biopsie discovertébrale a isolé *S. aureus* dans 15/19 et les hémocultures dans le reste des cas.
- *S. aureus* a été résistant à la Méricilline dans 4/19, les autres souches ont été productrices de pénicillinase Fig 2.



Fig 2: Résistance aux antibiotiques des souches de *S. aureus*

- Le traitement a été à base de fluoroquinolone + rifampicine dans 15/19 et à base de pyostacine ou d'oxacilline dans le reste des cas.
- L'évolution immédiate a été favorable chez la quasitotalité des maladies.

Discussion:

➤ Dans notre série, les SDSA représentaient la cause la plus fréquente des SDIP. Ceci était objectivé par des études européennes et tunisienne [1]. La fréquence des SDSA semble être en augmentation depuis une vingtaine d'années, et pourrait s'expliquer par le nombre croissant des facteurs iatrogènes et par l'importance de la population à risque: sujets âgés et surtout immunodéprimés.

➤ La plupart des études retrouvaient une prédominance masculine et un facteur favorisant dans environ 50% des cas [1,2]. Ce résultat était retrouvé dans notre travail.

➤ Le mode de début aigu de la symptomatologie était le plus fréquent dans notre étude et dans la littérature [1,2].

➤ La ponction biopsie disco vertébrale avait permis d'isoler *S. aureus* dans la majorité de nos cas, contrairement à ce qui était rapporté par E. Legrand et al [1].

➤ La majorité des souches de *S. aureus* étaient productrices de pénicillinase, ceci concorde bien avec la littérature. Par ailleurs, nos souches étaient moins résistantes à la Méricilline [1,2].

Aucune résistance aux glycopeptides n'était notée, cependant ces molécules ne sont pas prescrites dans le traitement des SDSA.

Conclusion

Les spondylodiscites à *S. aureus* reste une cause fréquente de SDIP dans notre région. Un diagnostic et une prise en charge précoces ainsi qu'une collaboration rhumatologue - microbiologiste sont nécessaires afin de prévenir les complications graves.

Références:

- 1/ E. Legrand et al. Stratégie diagnostique et principes thérapeutiques au cours des spondylodiscites infectieuses bactériennes Revue du Rhumatisme 73 (2006) 373-379
- 2/ / CH. Ben Taarit et all. Spondylodiscites infectieuses. Etude d'une série de 151cas. Acta Orthopaedica Belgica, Vol.68-4-2002



IATROGENIE DES BIOTHERAPIES : A PROPOS DE 22 CAS.

Souissi A , I. Gharsallah, L. Metoui, N. Boussetta, R. Dhahri, B. Louzir, S. Othmani

Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : La connaissance des mécanismes physiopathologiques de nombreuses connectivites et rhumatismes inflammatoires chroniques a permis l'émergence de nouvelles thérapeutiques plus ciblées dont les biothérapies. Celles-ci semblent prometteuses, mais ne sont pas dénuées de risques.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée dans un service de médecine interne sur 5 ans et portant sur les patients ayant eu un traitement par biothérapies.



Réaction psoriasiforme paradoxale à l'infliximab

Résultats : Vingt deux patients ont été colligés. Quinze malades étaient suivis pour une spondylarthrite ankylosante (SPA), 5 patients pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) et 2 autres pour un rhumatisme psoriasique. Concernant les patients ayant une SPA traités par infliximab, 3 patients ont présenté des effets secondaires : une panuveite paradoxale bilatérale dans un cas, une pleurésie tuberculeuse dans un cas et une leucopénie à 2500 éléments /mm³ dans le troisième cas. Chez les 5 patients suivis pour PR dont 3 étaient sous anti TNF et 2 sous anti CD20, des effets indésirables ont été notés dans tous les cas. Il s'agissait de maladies infectieuses dans 4 cas (2 cas de pneumopathie, un cas d'érysipèle et un cas d'infection urinaire à E. coli) et d'une hypogammaglobulinémie à 2,5 g/l chez l'une des patientes sous anti CD20. Pour les 2 cas de rhumatisme psoriasique, deux effets paradoxaux ont été notés (une réaction psoriasiforme sous infliximab et une vascularite sous étanercept).

Discussion : Les biothérapies représentent une révolution thérapeutique dans divers le traitement des maladies rhumatismales. Leurs principaux effets secondaires sont d'ordre infectieux et allergique. Ainsi, la décision de prescrire les biothérapies doit toujours passer par une évaluation du rapport bénéfice-risque et un suivi régulier des patients est de mise pour apprécier aussi bien l'efficacité de ces molécules que leur bonne tolérance.

Conclusion: Une connaissance des effets paradoxaux des biothérapies est nécessaire pour une prise en charge adéquate notamment lorsque le pronostic vital peut être mis en jeu.



Devenir à l'âge adulte d'une dysplasie spondylo-épiphysaire : à propos d'un cas

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Service de médecine physique et réadaptation, CHU Tahar Sfar Mahdia

Introduction

La dysplasie spondylo-épiphysaire (DES) est une maladie génétique rare caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Le diagnostic est en général posé à l'âge jeune mais l'évolution est marquée par l'installation de polyarthrose qui engage le pronostic fonctionnel. A travers cette observation, nous allons préciser le devenir clinique, radiologique et fonctionnel à l'âge adulte.

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 31 ans, célibataire, connue porteuse de DES depuis la petite enfance, elle a consulté à l'âge de 27 ans pour des lomboradiculalgies et un gêne fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen physique a trouvé des nodosités d'Heberden et de Bouchard, flessum 30° des coudes, une limitation des épaules et des hanches dans les différents secteurs de mobilité, des flessions irréductibles des hanches et des genoux de 50°, une hyperlordose avec un bassin antéversé. La marche se faisait en triple flexion en pendulaire aidée par deux cannes axillaires ; MIF 116/126 (Fig.1-5).



Fig 1, 2, 3: Position debout aidée par deux cannes axillaires: hyperlordose, bassin antéversé, flessum des hanches et des genoux

Fig4: decubitus dorsal

Fig5: déformation des doigts

Le bilan radiologique a mis en évidence un aplatissement des vertèbres (Fig.11,12), une dysplasie polyépiphysaire (Fig.6,7,8) avec une coxa-plana bilatérale (Fig.9) et une gonarthrose bilatérale (Fig.10), le scanner lombaire a objectivé un pincement discal étagé, irrégularité des plateaux vertébraux, diminution de la hauteur postérieure des corps vertébraux et un canal lombaire étroit avec aspect moniliforme et conflit radiculaire (Fig.13- 15) et une sacroileite bilatérale (Fig.16).

La patiente a bénéficié d'un traitement médical, de plusieurs séances de rééducation et d'une infiltration par le hiatus sacro-coxygien.



Fig 6,7,8: Dysplasie du coude, épaule et inter-phalangienne

Fig9: gonarthrose bilatérale
Fig10: coxa plana

Fig11,12: Aplatissement des vertèbres: signe indirect du CLE

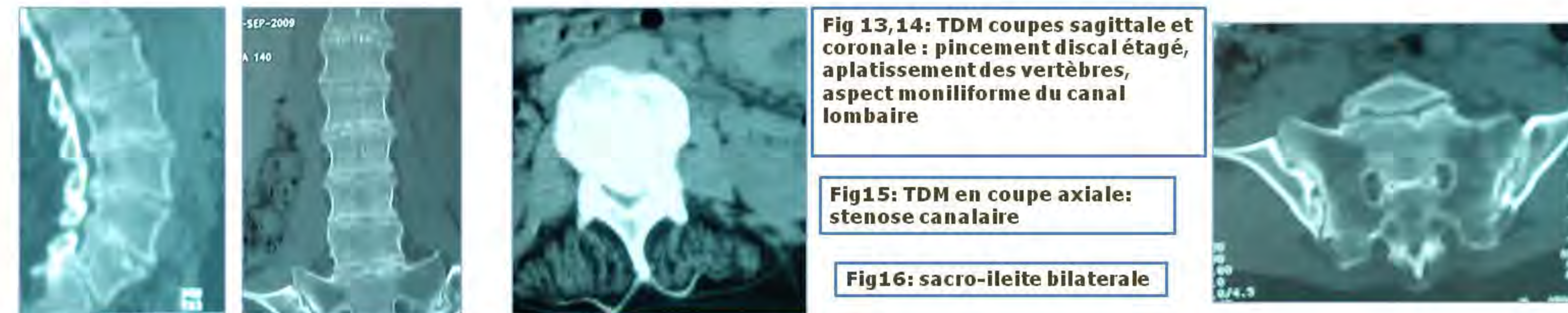


Fig 13,14: TDM coupes sagittale et coronale: pincement discal étagé, aplatissement des vertèbres, aspect moniliforme du canal lombaire

Fig15: TDM en coupe axiale: stenose canalaire

Fig16: sacro-ileite bilatérale

Discussion

La DSE est une chondrodysplasie génotypique qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est découverte à la naissance ou au cours de la croissance.

La DES est caractérisée cliniquement par un nanisme (la petite taille touche à la fois les membres et le tronc), des doigts épais, une hyperlordose, une limitation des différentes articulations et par l'apparition d'une arthrose généralisée au début de l'adolescence. Une myopie et une fente palatine peuvent y être associées.

Les anomalies des vertèbres et des épiphyses en cours de maturation se manifeste radiologiquement par un aplatissement des corps vertébraux, une dysplasie polyépiphysaire avec une coxa-plana bilatérale, et une gonarthrose et coxarthrose bilatérales. Notre patiente présente une arthrose touchant les épaules, coudes, hanches, genoux et les petites articulations de la main.

Le diagnostic exact est important à considérer, non seulement pour le conseil génétique et le diagnostic prénatal, mais aussi pour le suivi et la prise en charge.

Les progrès récents de la génétique ont permis d'identifier la plupart des gènes dont les mutations sont responsables d'un trouble de croissance cartilagineux et de déformations ou de nanismes. La DES est liée aux mutations du collagène 2.

Le pronostic est grave, la DES est responsable de douleurs invalidantes, de déformations et d'un retentissement important sur la qualité de vie. Notre patiente se plaint essentiellement de lombosciatalgies rebelles aux traitements symptomatiques (antalgique, anti-inflammatoire, infiltration corticoïde) seuls les antiépileptiques ont diminué l'intensité de ses douleurs. Sur le plan fonctionnel, malgré son handicap elle est autonome pour les transferts, elle est gênée surtout dans l'habillement de la partie inférieure de son corps.

Cette évolution rend la prise en charge difficile et compliquée. le conseil génétique reste le seul moyen thérapeutique efficace.

Conclusion

La DSE est une pathologie rare et invalidante. L'examen moléculaire permet la confirmation du diagnostic toujours suggéré par l'examen clinique et radiologique, de proposer un conseil génétique et de faire un diagnostic prénatal afin de prédire l'évolution et permettre une prise en charge précoce.



EFFET SUSPENSIF DU TOCILIZUMAB

L. Souabni ; S. Miladi ; K. Ben Abdelghani ; S. Kassab; S. Chekili ; A. Lâatar ; L. Zakraoui
Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie.

Introduction:

L'anti-Interleukine 6, le Tocilizumab (TCZ):

- Un puissant inhibiteur de l'inflammation utilisé pour traiter les formes sévères de polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Caractérisé par une demi-vie longue.
- Son administration est mensuelle.

L'objectif de notre étude est de rechercher la persistance de l'efficacité de cette molécule après son arrêt.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective
- Patients suivis pour PR (critères ACR)
- Traités dans le cadre d'un protocole thérapeutique par TCZ pendant 52 semaines à la dose de 8mg/kg/4semaines.
- Traitement interrompu pendant un certain temps et repris par la suite.
- Pendant la période d'arrêt, le traitement de fond a été inchangé.
- Collecte des données relatives à l'activité de la maladie: (EVA douleur, nombre d'articulations tuméfiées et douloureuses (NAT/NAD), DAS28, HAQ) à la fin du protocole et juste avant sa reprise.

Résultats:

- Onze patientes ont été suivies
- Âge moyen de 49 ans [33-72 ans].
- Toutes les patientes avaient une bonne réponse à la fin de la séquence thérapeutique.
- Une évaluation est faite à la 52^{ème} semaine de TCZ.
- La reprise de la biothérapie s'est faite en moyenne après 22semaines d'arrêt [16-26 semaines] chez 8 patientes (3 patientes ont été perdues de vue).

- L'évaluation avant le redémarrage du traitement par TCZ a montré une aggravation de tous les paramètres d'activité de la maladie.
- Le tableau suivant résume les variations des paramètres d'activité de la maladie à l'arrêt et à la reprise du TCZ.
- La différence est considérée significative si p est < 0,05.

	À la 52 ^{ème} semaine de traitement	À la reprise du TCZ	Valeur de P
EVA	14,5	57,5	0,05
NAD	2	9	0,05
NAT	2	4	0,05
DAS28	2,57	4,91	0,0003
HAQ	0,67	0,8	0,71

Discussion:

Le TCZ un anticorps monoclonal dirigé contre l'interleukine 6.

Son efficacité est prouvée dans notre travail, comme c'est décrit des les études publiées.

Par sa demi vie longue une persistance de son activité est observée jusqu'à un mois après la perfusion.

Passer cette date on ne dispose pas de renseignements concernant la durée de son efficacité.

Conclusion:

Le TCZ, est une molécule efficace dans le traitement des rhumatismes inflammatoires, toutefois, son effet semble s'estomper avec le temps d'où la nécessité de l'administrer de façon régulière et continue



RUPTURE DU TENDON QUADRICIPITAL CHEZ UN HEMODIALYSE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis.

INTRODUCTION:

Les ruptures du tendon quadricipital(TQ) sont des lésions rares souvent en rapport avec un traumatisme indirect d'extension contrarié sur genou fléchi. Nous rapportons une rupture spontanée chez une hémodialysée chronique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, insuffisante rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis six ans, hyperparathyroïdie secondaire depuis une année opérée, qui suite à un traumatisme minime, a développée une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche.

L'examen clinique a mis en évidence une dépression sus-rotulienne douloureuse à la palpation à son niveau, avec perte de l'extension active du genou gauche.

L'échographie ainsi que l'IRM ont objectivé une rupture partielle du TQ siégeant en plein corps tendineux.



Fig.2: coupe échographique: zone hypoéchogène au sein de la partie moyenne TQ gauche.

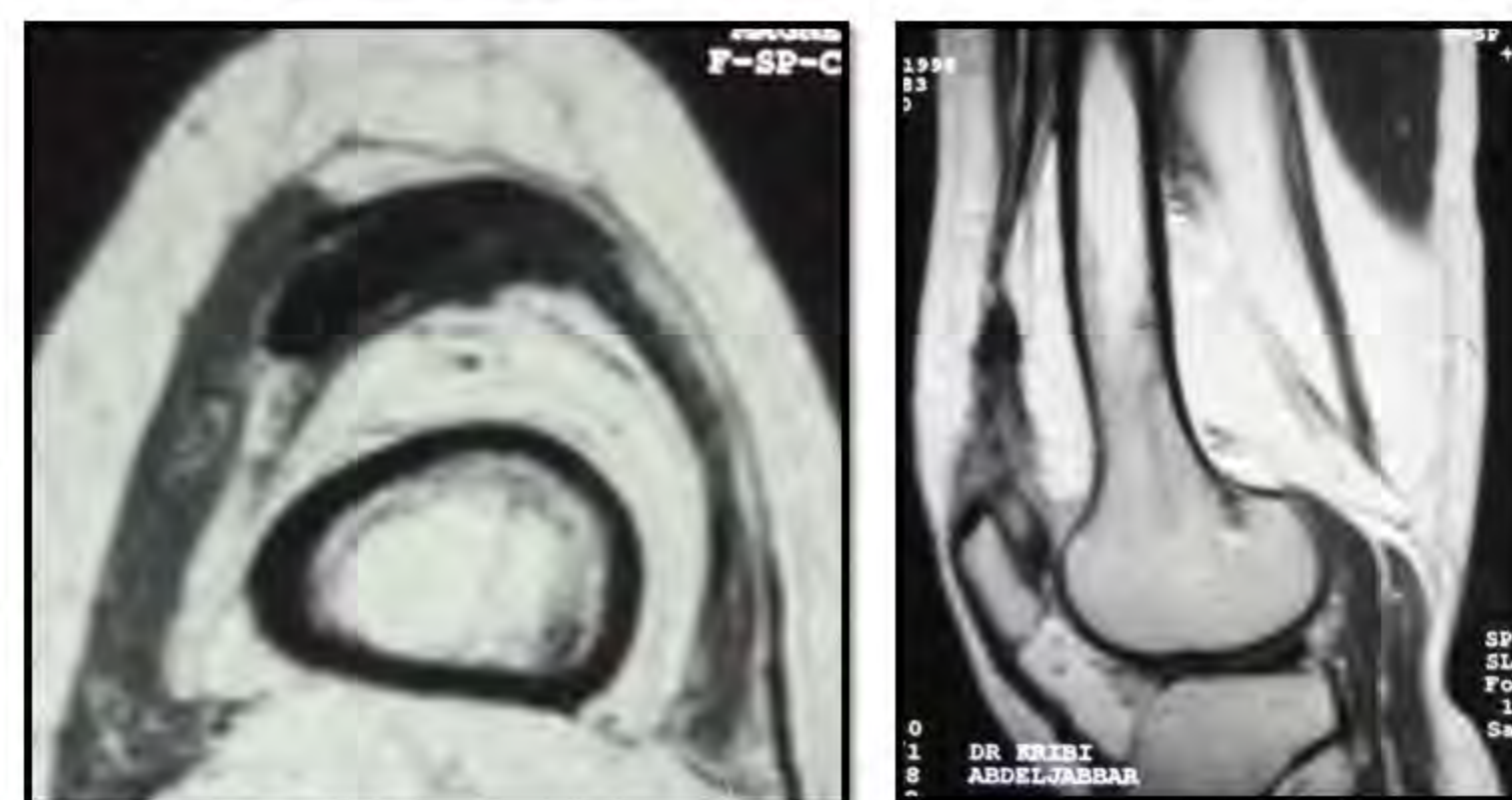


Fig.3: coupe transversale et sagittale à l'IRM montrant une rupture partielle du TQ.

La patiente a eu un traitement chirurgical, reposant sur une suture tendineuse directe et un cadrage tendineux de protection permettant une rééducation précoce. Le résultat était satisfaisant.

Références:

1. Kara A. et al. Osteotendinous repair of bilateral spontaneous quadriceps tendon ruptures with the Krackow technique in two patients with chronic renal failure. Acta Orthop Traumatol Turc 2013. 47:68-71.
2. Byung Soo Kim et al. Simultaneous Bilateral Quadriceps Tendon Rupture in a Patient with Chronic Renal Failure. Knee Surg Relat Res 2012. 24:56-59
3. Grecomoro G. et al. Simultaneous chronic rupture of quadriceps tendon and contra-lateral patellar tendon in a patient affected by tertiary hyperparathyroidism. Orthopaed Traumatol 2008. 9:159-162.

DISCUSSION:

Les ruptures spontanées du TQ chez les hémodialysés chroniques sont exceptionnelles. Soixante sept cas sont rapportés dans la littérature depuis 1974 dont trente quatre cas sont des ruptures simultanées et bilatérales. Leur fréquence, bien que difficile à déterminer, est inférieure à 3,5%.

Les ruptures spontanées ou secondaires à une maladie favorisante sont beaucoup plus rares que les ruptures traumatiques.

Elles sont en rapport avec une fragilité tendineuse relevant de plusieurs causes :

- **Age** : supérieur à 40 ans.

- **Surcharge pondérale** : qui associe des altérations histologiques (infiltration graisseuse des tendons) et une hyper sollicitation mécanique du quadriceps.

- **Maladies générales** : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, diabète sucré, gonarthrose, goutte (nécrose fibrinoïde et inflammation chronique du tendon)

- **Tendinopathie chronique** : entraîne des dommages tissulaires et une diminution du flux sanguin conduisant à un affaiblissement du tendon et à sa régénération incomplète.

- **Insuffisance rénale chronique et hémodialyse:**

* L'acidose métabolique dans l'insuffisance rénale chronique prédispose ces patients à la dégénérescence du tendon et son affaiblissement en remplaçant le collagène par l'élastine.

* L'insuffisance rénale avec hémodialyse prolongée peut causer une production anormale de b₂-microglobuline observée au cours des amylose. Cette protéine habituellement métabolisée par les reins, atteint chez ces patients des taux supérieurs à 30 - 40 fois les valeurs normales et s'accumulent dans les articulations et les tendons. Ce dépôt provoque une réduction de l'élasticité du tendon et prédispose à sa rupture. Certains auteurs ont signalé la relation entre la durée de l'hémodialyse et la survenue de ces ruptures.

* L'augmentation des hormones parathyroïdiennes au cours des hyperparathyroïdies secondaires à l'insuffisance rénale provoque un dépôt de calcium et de phosphate dans les tendons et diminuant ainsi leur élasticité, et entraîne un remodelage osseux responsable de l'augmentation de la résorption osseuse au niveau des sites d'insertion, entraînant une rupture du tendon suite à un traumatisme mineur.

- **Causes iatrogènes :**

* Traumatique (la mobilisation du genou sous anesthésie générale, les suites d'une prothèse de genou, un prélèvement pour plastie tendineuse).

* Médicamenteuses (Statines, quinolones, stéroïdes, corticothérapie) par une nécrose fibrillaire et une désorganisation de l'ultra-structure du collagène.

CONCLUSION:

Les ruptures tendineuses spontanées sont rares. Nous rapportons une nouvelle observation chez une hémodialysée chronique. L'hyperparathyroïdie secondaire et l'augmentation du taux de b₂-microglobuline sont les facteurs favorisants majeurs.

Fig.1:

Radiographie standard:rotule basse avec des calcifications au niveau du TQ.





CHIRURGIE PROTHETIQUE AU COURS DES ARTHRITES JUVENILES IDIOPATHIQUES

L. Souabni ; S. Miladi ; K. Ben Abdelghani; S. Kassab; S. Chekili; A. Lâatar ; L. Zakraoui

Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service Rhumatologie.

Introduction:

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) =

- Rhumatisme inflammatoire chronique avec potentiel destructeur.
- Possibilité d'atteinte des grosses articulations portantes.



Tournant évolutif dans l'évolution de la maladie.

Handicap majeur.

L'arthroplastie = alternative thérapeutique.

Notre objectif : déterminer la fréquence de cette chirurgie, le taux de succès et de complications de l'acte opératoire.

Matériels et méthodes:

- Etude rétrospective,
- Patients AJI (critères de l'ILAR)
- Ayant bénéficié d'une chirurgie prothétique de hanche ou de genoux.
- Collecte des paramètres d'activité du rhumatisme **avant** et **6mois après** chirurgie:
- EVA douleur, HAQ, DAS28, BASDAI, BASFI) et l'indice Algo-fonctionnel de Lequesne (IAF)

Résultats:

Nombre de cas suivis	41 (19 filles, 22 garçons)
Âge de début de l'AJI	7 ans [1,5-15ans]
Durée moyenne de suivi	7ans (minimum de 1 an)

Références:

- [1] Long-term results of total hip arthroplasty in patients with juvenile rheumatoid arthritis. Bilseil N and al. Acta Orthop Traumatol. 2008 Mar-Apr;42(2): 119-24.
[2] Quality of life after TKA for patients with juvenile rheumatoid arthritis. Jolles BM, Bogoch ER. Clin Orthop Relat Res 2008, 466(1): 167-78
[3] Total hip and knee arthroplasty for juvenile rheumatoid arthritis. Kitsoulis PB and al. Folia Med 2006;48(3-4):42-9.

Après une évolution moyenne de 6ans:

- 12 cas de coxite
- 2 cas d'arthrite évoluée des genoux

Parmi eux, 5 patients opérés (âge moyen 13ans):

(3 AJI polyarticulaire et séronégative et 2 spondylarthrite).

- Prothèses de hanche bilatérales dans tous les cas (mise à un mois d'intervalle en moyenne).
- Prothèse de genou: Un seul genou opéré .

TABLEAU 1:

Évolution des paramètres d'activité de la maladie avant et après chirurgie

	Avant Chirurgie	6mois après
IAF	16	4,5
EVA douleur	76	58
HAQ	2,75	1,12
DAS28	5,5	4,1
BASDAI	6,5	5
BASFI	6,3	5,9

Aucune complication post opératoire immédiate ou tardive n'a été relevée. Le recul moyen est de 6ans.

Discussion:

La chirurgie prothétique améliore la qualité de vie des enfants atteints de forme agressive d'AJI par son effet direct sur la récupération de la fonction d'un membre et aussi par la diminution de l'inflammation locale [1-2]. La chirurgie à cet âge est délicate et est du ressort d'équipe entraînée [3].

Conclusion:

La chirurgie prothétique = Amélioration de la qualité de vie mais décision délicate car peut compromettre la croissance staturale.



ATTEINTE ARTICULAIRE DANS LE SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN PRIMITIF : A PROPOS DE 15 CAS

A. Souissi; I. Gharsallah; L. Metoui; N. Bousetta; F. Ajili; B. Louzir; S.Othmani

Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : Le syndrome de Gougerot Sjogren (SGS) est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines . Il peut être primitif ou secondaire. Les atteintes extraglandulaires peuvent intéresser les articulations, le poumon, le système nerveux, le rein et le tube digestif. Le but est de rappeler les particularités de l'atteinte articulaire dans la forme primitive du SGS.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective de 25 cas de SGS primitif (SGSp) colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis sur une période de 10 ans.

Résultats : Tous nos patients répondent aux critères américano-européens de 2002. Il s'agit de 3 hommes et de 22 femmes (SR=7,33) avec un âge moyen de 54 ans. L'atteinte articulaire a été l'atteinte extraglandulaire la plus fréquente (15/23 soit 60% des cas). Les polyarthralgies inflammatoires, symétriques ont révélé la maladie chez 48% des patients. Quatre patients présentaient une arthrite (genoux, poignets et épaules) accompagnée dans 2 cas d'une synovite des poignets. Ces arthrites étaient non déformantes et non érosives dans tous les cas. La topographie de l'atteinte articulaire a été comme suit : Les genoux (8 cas), les épaules (6 cas), les poignets (6 cas), les chevilles (5 cas), Les coudes (4 cas), les mains (2 cas), la hanche (1 cas), le rachis dorsal (1 cas) et le pied (1 cas).

Discussion : L'atteinte articulaire est la manifestation extraglandulaire la plus fréquente dans le SGSp avec une fréquence qui varie de 38 à 78% selon les séries. L'atteinte est le plus souvent polyarticulaire comme dans notre série mais elle peut être parfois destructrice et déformante. L'atteinte synoviale à type de synovite bilatérale présente chez 2 de nos patients a été rapportée. Dans la littérature, l'atteinte articulaire touche électivement les articulations métacarpophalangiennes, les poignets et les interphalangiennes proximales. Les arthralgies seraient plus fréquentes en présence de certains éléments comme une parotidomégalie, un syndrome de Raynaud, une vascularite cutanée ou une atteinte neurologique périphérique. Cette atteinte articulaire n'a pas de valeur pronostique.

Conclusion: Le SGS est une connectivite rare. Il faut y penser en cas d'association d'une atteinte articulaire à un syndrome sec.



EFFICACITE ET TOLERANCE DES ANTI-TNF CHEZ LE SUJET AGE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

M Slouma, S Rekik, A Fazaa, R Dhahri, H Sahli, N Meddeb, I Cheour, M Elleuch, S Sallami
Service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

- ❖ L'avènement des biothérapies a amélioré le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde PR.
- ❖ Cependant, cette thérapeutique n'est pas dénuée de risque notamment chez le sujet âgé.
- ❖ L'objectif de ce travail est de déterminer l'efficacité et la tolérance des anti-TNF chez le sujet âgé.

MATERIEL ET METHODE

- Etude rétrospective sur une période de 6 ans (2007-2012), menée au service de rhumatologie hopital Rabta.
- Ont été inclus les patients âgés de plus de 60 ans suivis pour un rhumatisme inflammatoire et traités par un anti-TNF.

RESULTATS

- Il s'agit de 19 patients (2 hommes et 17 femmes).
- Leur âge moyen était de 65 + 4 ans.
- La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 6.22 + 4 ans.
- Tous les patients étaient traités initialement par DMARDs.
- L'anti-TNF utilisé était : l'etanercept dans 11 cas, l'infliximab dans 6 cas et l'adalimumab dans 2 cas.
- Au cours du traitement par anti-TNF, trois patients ont présentés des complications à type de: réaction anaphylactique sous etanercept, une réactivation d'une tuberculose pulmonaire après la 6ème cure d'infliximab et une méningite 3 mois après le début de traitement par etanercept.
- Les anti-TNF étaient efficaces dans 79% des cas (n = 15) avec baisse du score d'activité de la PR DAS28 de 6.25 à 3.52 après 24 semaines de traitement.
- Un switch vers un deuxième anti-TNF était nécessaire dans un cas et vers le rituximab dans 4 cas, expliqué par la survenu d'une réaction anaphylactique (1cas) et l'inefficacité (4cas).

DISCUSSION

- Plusieurs études ont rapporté l'efficacité clinique, l'amélioration fonctionnelle et l'évolution radiologique des anti-TNF chez le sujet âgé [1].
- Notre étude a montré que les anti-TNF étaient efficaces chez 15 patients parmi 19.
- Cependant, les effets indésirables sont plus fréquents chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes.
- Les effets indésirables les plus observés chez nos patients sont surtout infectieux.

CONCLUSION

- Les anti-TNF semblent être efficaces au cours de la PR chez le sujet âgé de plus de 60 ans.
- En revanche, cette thérapeutique n'est pas dénuée de risque comportant notamment un risque infectieux accru.



PARTICULARITES DES SPONDYLARTHRISES CHEZ LA FEMME

W.Bousselmi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; R.Tekaya H. Sahli ; L.Abdelmoula ; R.Zouari, service de rhumatologie, hopital Charles Nicole, Tunis.

INTRODUCTION

Les spondylarthrites (SPA) sont 3 fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

La forme féminine est restée pendant longtemps insuffisamment étudiée.

L'objectif de cette étude est de déterminer les particularités de la spondylarthrite féminine dans une population Tunisienne.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Etude rétrospective comparative portant sur 38 dossiers de spondylarthrite répondant aux critères d'Amor. Les données sociodémographiques, cliniques et biologiques étaient collectées.

RÉSULTATS:

Les caractéristiques des patients et de la maladie selon le sexe ont été illustrées dans le tableau

DISCUSSION:

La prédominance masculine est confirmée par la plupart des études, avec un ratio homme/femmes variant de 3 à 8 pour 1.

La prévalence des formes féminines a été sous-estimée et sa spécificité reste controversée. Elle est caractérisée par:

Une atteinte périphérique plus fréquente, comme le confirme notre étude (17 vs 10)

- Une uvéite plus fréquente
- Une association avec un psoriasis ou une entéropathie inflammatoire.
- Un profil évolutif moins sévère (non retrouvé dans notre série) :
- Une atteinte structurale moins importante, comme le confirme

notre étude

CONCLUSION :

Contrairement aux données de la littérature, les spondylarthrites féminines semblent plus actives dans notre étude avec un retentissement fonctionnel plus important nécessitant un passage plus fréquent aux biothérapies en comparaison avec les formes masculines.

Tableau:Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients selon le sexe

	Groupe femmes N=19	Groupe hommes N=19
Âge moyen	41,68	40,6
Ancienneté de la maladie	9,8	7,89
BASDAI	54,55	48,3
BASFI	51,8	48
BASRI	3,15	5
Atteinte périphérique	n=17	n=10
coxite	N=6	N=7
MEA	N=4	N=5
SIB	N=12	N=7
Traitements	AINS n=14 SLZ n=12 Biothérapie n=6	AINS n=16 SLZ n=10 Biothérapie n=3



ATTEINTE HEPATIQUE AU COURS DE LA MALADIE DE STILL DE L'ADULTE

M. Jguirim¹; S. Jemmeli¹; M. Othmen²; M. Younes¹; S. Zrour¹; I. Bejia¹; M. Touzi¹; N. Bergaoui¹.

¹Service de Rhumatologie de Monastir.

²Hopital régional de Ksar Hellal.

Introduction:

La maladie de Still de l'adulte est une maladie systémique inflammatoire d'étiologie inconnue qui se traduit classiquement par une triade associant une fièvre, des signes articulaires et une éruption cutanée fugace. L'atteinte hépatique définie par la perturbation des enzymes hépatiques est fréquente (jusqu'à 60 % des cas). La gravité de cette atteinte est très variable, de la cytolyse hépatique asymptomatique à l'insuffisance hépatocellulaire. La spécificité de cette atteinte hépatique reste débattue. Le but de ce travail est de rapporter la fréquence et les particularités de l'atteinte hépatique au cours de la maladie de Still.

Matériels et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 14 cas de maladie de Still, colligés dans le service de Rhumatologie de Monastir sur une période de 10 ans (1997 à 2012).

Résultats

Nos patients étaient d'âge moyen de 32 ans (19-62 ans). Treize patients étaient de sexe féminin. Les signes articulaires et la fièvre étaient retrouvés dans 100 % des cas. Une éruption cutanée concomitante à la fièvre était notée dans 10 cas. Cinq patients présentaient un syndrome d'activation macrophagique. Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire et l'hyperleucocytose étaient constants. Une hyperferritinémie était présente chez 11 malades. Le bilan hépatique était normal dans 4 cas. Une cytolyse asymptomatique était notée chez 5 patients (inférieure à trois fois la normale). Les patients présentant un syndrome d'activation macrophagique avaient une cytolyse hépatique importante supérieure à cinq fois la normale avec une cholestase. Une insuffisance hépatocellulaire était observée chez un seul patient. Un seul patient avait une hépatite B active concomitante à la poussée de la maladie

Tous nos malades sont traités par des corticoïdes à 0,5 à 1,5 mg/Kg en association avec le méthotrexate pour 12 patientes. Les patients présentant le syndrome d'activation macrophagique ont été traités par des bolus de solumédrol et des perfusions intraveineuses d'immunoglobulines. L'évolution clinique et biologique était favorable dans tous les cas. Une patiente a présenté une résistance aux corticoïdes, méthotrexate, des bolus d'Endoxan et un traitement par Enbrel a été instauré.

Maladie de Still de l'adulte

Définie par : signes cliniques et biologiques

- **Fièvre** > 39°, hectique, souvent vespérale, fluctuante, récidivante (> 90% des cas)
- Douleurs/gonflements **articulaires** (genou, poignet, IPP)
- **Éruptions** cutanées tronc/membres, fugaces, lors des pics fébriles, maculopapuleuses, saumonées, non prurigineuses
- Maux de gorge : **pharyngite**
- **Hyperleucocytose** à **neutrophiles**
- **Hépatite** biologique

Critères diagnostiques (Yamaguchi, 1992)
≥ 5 critères dont 2 majeurs
(et exclusion d'autre maladie)

MAJEURS

- Fièvre > 39°, > 1 sem
- Arthalgies ≥ 2 sem..
- Rash évanescent typique
- Neutrophilie

MINEURS

- Odynophagie
- Adénopathie ou SMG
- **Dysfonction hépatique**
- Négativité facteurs rhumatoïdes et ANA

(sensibilité 80%, spécificité 93% VPP 87%, VPN 89%)

Une élévation des enzymes hépatiques est notée dans 70–75 % des cas. La gravité de l'atteinte hépatique est très variable, de la cytolyse asymptomatique à l'insuffisance hépato-cellulaire nécessitant une transplantation hépatique. La spécificité de cette atteinte hépatique reste débattue et il est parfois complexe de différencier une atteinte spécifique de la maladie et une toxicité hépatique des anti-inflammatoires non stéroïdien. L'histologie hépatique est peu spécifique, pouvant mettre en évidence une inflammation portale, une hépatite interstitielle modérée, une fibrose portale ou des remaniements nécrotico-inflammatoires chroniques. Des perturbations du bilan hépatique peuvent également être constatées lors des syndromes d'activation macrophagique associés à la maladie de Still.

Conclusion

L'exploration d'anomalies hépatiques chez un patient atteint de maladie de Still doit être systématique en recherchant une atteinte hépatique spécifique, une toxicité médicamenteuse, une atteinte virale ou un syndrome d'activation macrophagique. L'évolution des atteintes hépatiques spécifiques est favorable avec le traitement de la maladie. Un diagnostic précis de l'atteinte hépatique est essentiel pour le suivi et le pronostic de ces patients.



Les causes rares de l'infection ostéoarticulaire

H. Zoubeidi, L. Metoui, R. Abid, N. Boussetta, F.Ajili, R. Battikh, B.Louzir, S. Othmani

Introduction:

Les germes inhabituels dans les infections ostéoarticulaires sont rarement réclamés et doivent être recherchés notamment sur un terrain particulier. On rapporte les caractéristiques de ces infections à partir de 9 observations.

Matériel et Méthodes:

On a réuni 9 patients avec un sex ratio =3 et une moyenne d'âge de 37 ans. Les maladies sous jacentes étaient le lupus érythémateux systémique dans un cas, le diabète dans 2 cas et la paraplégie dans un cas. 4 patients ont été hospitalisés pour une arthrite septique (1 cas à *Salmonella enteritidis*, 1 cas à *Haemophilus influenzae*, 1 cas à *Streptococcus pneumoniae*). Tous les patients ont bien évolué sous traitement antibiotique dans un intervalle de 3 mois. Un patient a été hospitalisé pour une spondylodiscite infectieuse à *Citrobacter diversus* qui a bien évolué sous antibiothérapie pendant 6 mois. 4 cas d'ostéite (1 cas à *Propionibacterium acnes*, 1 cas à *actinomyces spp*, 2 cas à *Rhizopus oryzae*) ont nécessité 6 à 12 mois de traitement antibiotique. L'un des cas de mucormyose est décédé dans un tableau de sepsis sévère.

Discussion:

Plusieurs germes peuvent être en cause dans les infections ostéoarticulaires qui demeurent des atteintes graves. Les causes inhabituelles sont certes plus rares mais elles voient leur fréquence augmenter notamment avec les polyopathologies sous jacentes et les différentes causes d'immunodépression qui doivent inciter à les rechercher surtout que le pronostic est conditionné par la réponse au traitement, elle-même en relation étroite avec l'identification de l'agent causal.

Conclusion:

Ces commentaires décrivent des variétés exceptionnelles de germes impliqués dans les ostéites. Le terrain fragilisé ainsi que l'existence d'une porte d'entrée ont favorisé le développement de ces infections. Le pronostic demeure réservé pour certains d'entre eux et seule l'antibiothérapie et/ ou la chirurgie précoce amènent la guérison.

ATTEINTES CARDIAQUES AU COURS DE LA SPONDYLARTHROPATHIE ANKYLOSANTE DANS UNE POPULATION TUNISIENNE

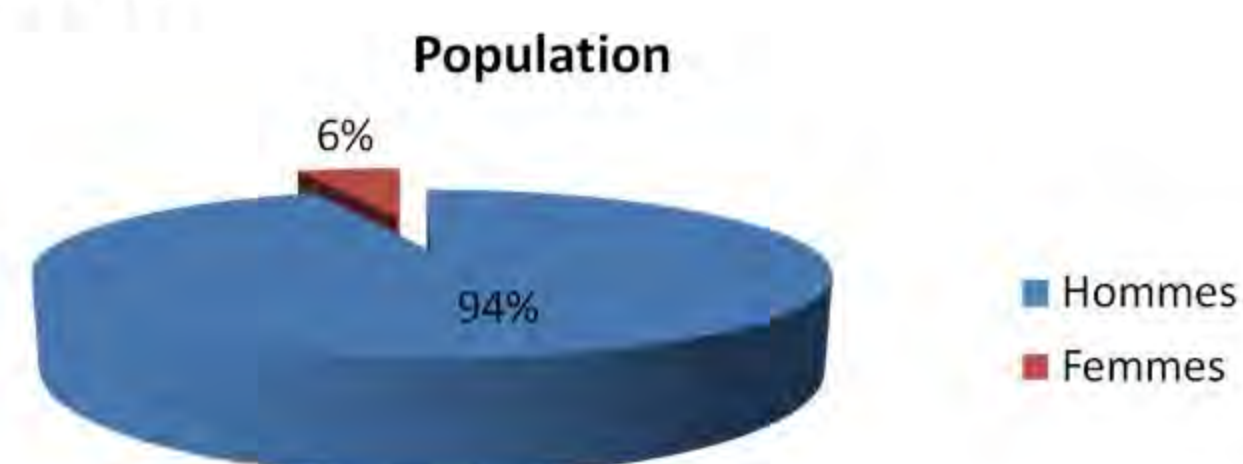
M.Mrouki; L.Metoui; I.Gharsallah; N.Boussetta; B.Louzir; S.Othmani

Service médecine interne hôpital militaire de Tunis

Introduction

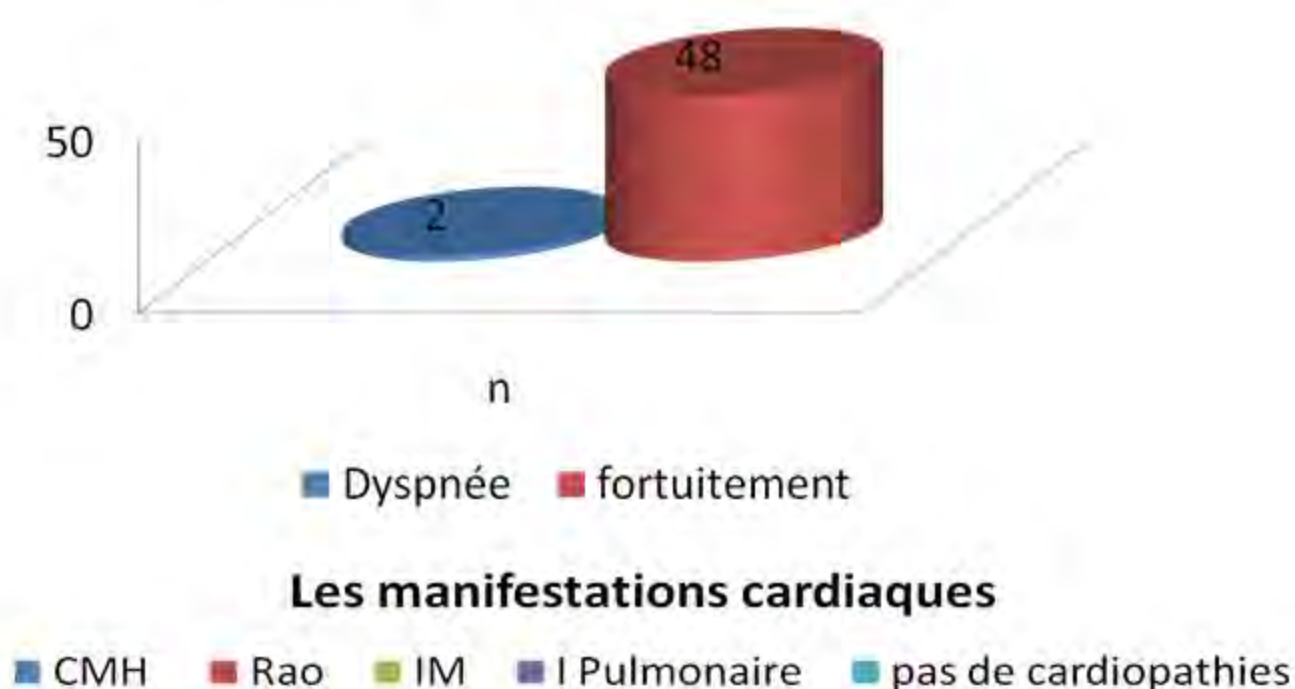
- Les spondylarthropathies ankylosantes (SPA) sont des rhumatismes inflammatoires chroniques ayant en commun une enthésopathie inflammatoire évoluant progressivement vers l'ossification et l'ankylose et une susceptibilité génétique, notamment l'association à l'antigène HLA B27.
- Les manifestations extra-articulaires sont très variables en. Les atteintes les plus fréquentes sont l'uvéite, l'atteinte osseuse, intestinale, pulmonaire et rénale cependant l'atteinte cardiaque est rare.

Résultats

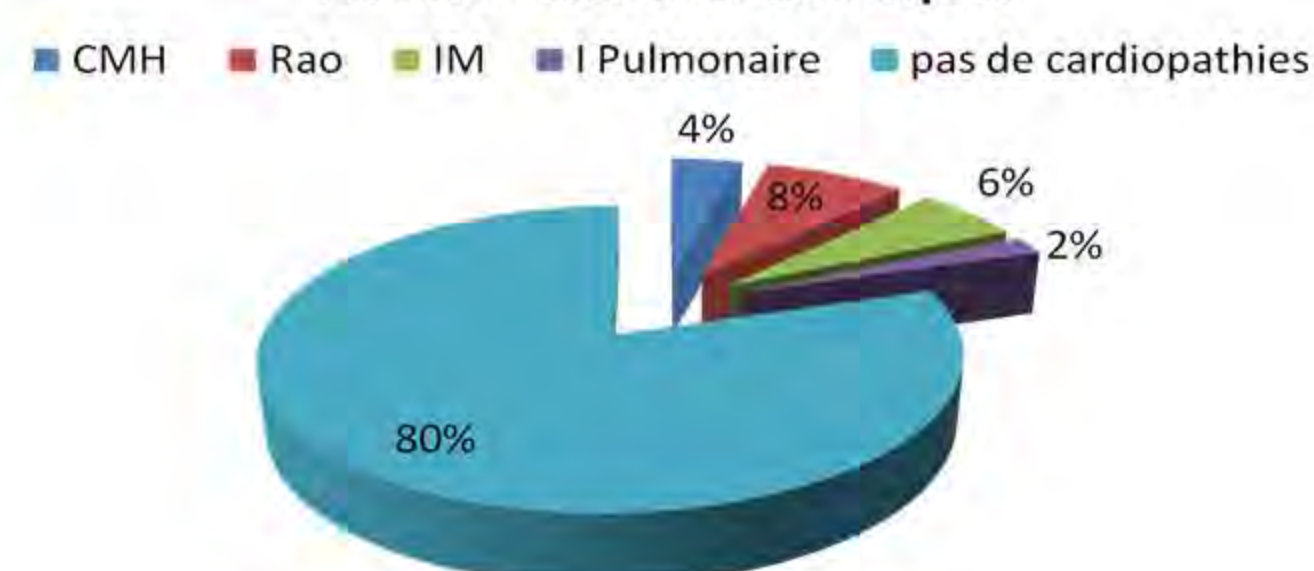


- Sexe ratio **15.6**
- Âge moyen de début: **26 ± 7 ans**
- Le mode de début était **axial** dans **95%** des cas notamment par des lombalgies et des cruralgies
- Les manifestations **extra-articulaires** étaient présentes dans **54%** des cas
- L'atteinte **cardiaque** était présente dans 9 cas soit **18%** des cas
- La durée moyenne pour l'installation de l'atteinte cardiaque était de **8 ± 5 ans**

Les circonstances de découverte



Les manifestations cardiaques



→ Tous les patients ont été traités médicalement pour leurs cardiopathies avec une bonne évolution clinique.

Discussion:

- L'atteinte cardiaque au cours de la SPA est plus fréquente chez les hommes.
- Une relation étroite entre la durée d'évolution de la maladie jusqu'à installation de l'insuffisance aortique a été retrouvée. Ce là pourrait être à l'origine d'un tiers des décès des malades.
- L'atteinte cardiaque est plus fréquente en cas de HLA B27

Matériel et méthodes

- 50 patients suivis pour SPA dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis ont été colligés
- Tous les patients ont eu un examen physique complet avec une auscultation cardiorespiratoire et un électrocardiogramme (ECG).
- L'électrocardiographie transthoracique a été réalisée à chaque fois qu'il existait une anomalie de l'examen physique et/ou de l'ECG.

Conclusion

Les patients ayant une SPA présentent un excès de mortalité avec un taux de mortalité globale 1,6 à 1,9 fois supérieur à celui de la population générale et une surmortalité d'origine cardiovasculaire estimée entre 20 et 40 %. L'atteinte cardiaque devrait être recherchée systématiquement chez ces patients



RUPTURE DU TENDON QUADRICIPITAL CHEZ UN HEMODIALYSE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis.

INTRODUCTION:

Les ruptures du tendon quadricipital(TQ) sont des lésions rares souvent en rapport avec un traumatisme indirect d'extension contrarié sur genou fléchi. Nous rapportons une rupture spontanée chez une hémodialysée chronique.

OBSERVATION:

Il s'agit d'une patiente âgée de 29 ans, insuffisante rénale chronique au stade d'hémodialyse depuis six ans, hyperparathyroïdie secondaire depuis une année opérée, qui suite à un traumatisme minime, a développée une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur gauche.

L'examen clinique a mis en évidence une dépression sus-rotulienne douloureuse à la palpation à son niveau avec perte de l'extension active du genou gauche.

Fig.1:
Radiographie standard rotule basse avec des calcifications au niveau du TQ



L'échographie ainsi que l'IRM ont objectivé une rupture partielle du TQ siégeant en plein corps tendineux.

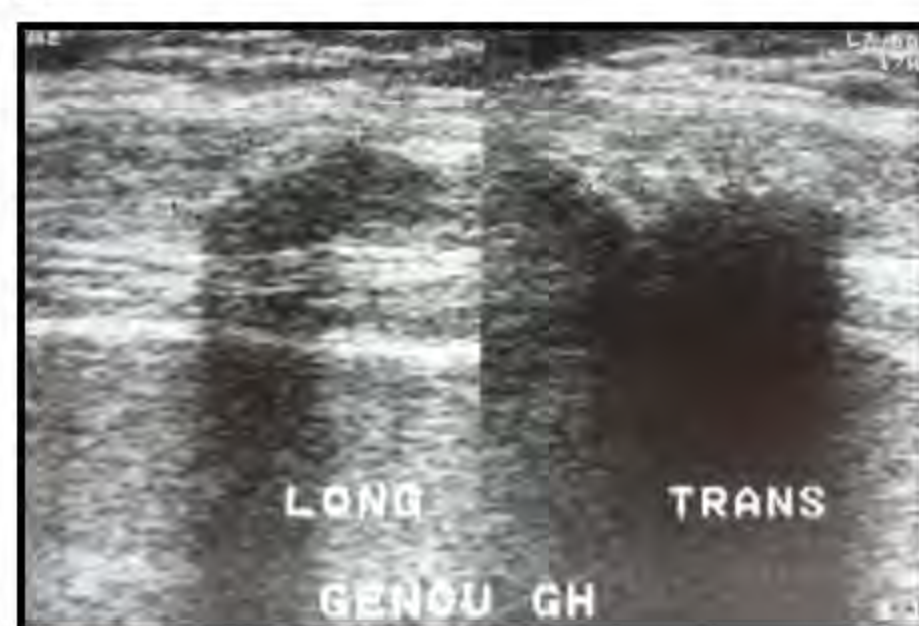


Fig.2: coupe échographique: zone hypoéchogène au sein de la partie moyenne TQ gauche.

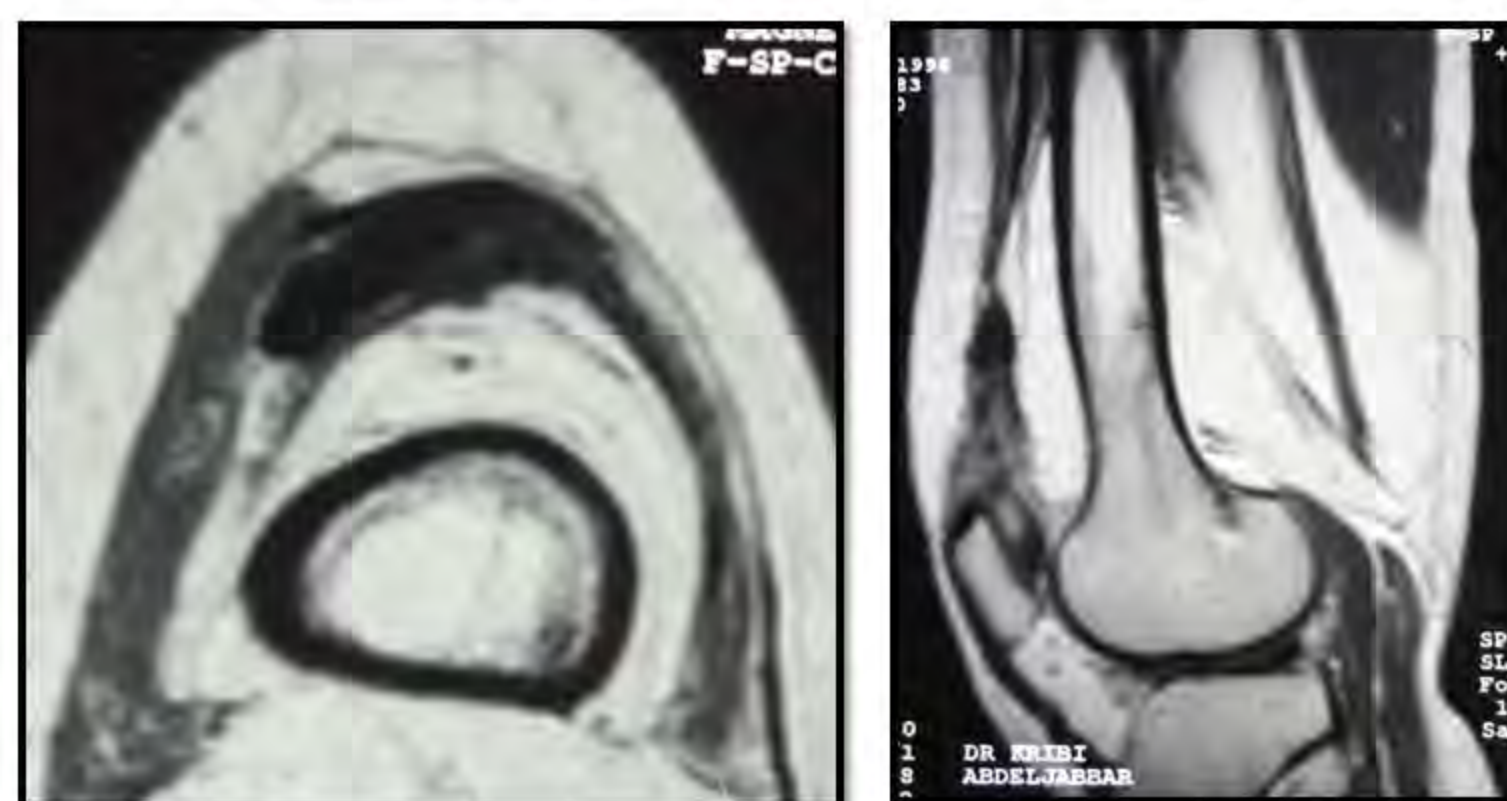


Fig.3: coupe transversale et sagittale à l'IRM montrant une rupture partielle du TQ.

La patiente a eu un traitement chirurgical, reposant sur une suture tendineuse directe et un cadrage tendineux de protection permettant une rééducation précoce. Le résultat était satisfaisant.

Références:

1. Kara A. et al. Osteotendinous repair of bilateral spontaneous quadriceps tendon ruptures with the Krackow technique in two patients with chronic renal failure. Acta Orthop Traumatol Turc 2013.47:68-71.
2. Byung Soo Kim et al. Simultaneous Bilateral Quadriceps Tendon Rupture in a Patient with Chronic Renal Failure. Knee Surg Relat Res 2012. 24:56-59
3. Grecomoro G. et al. Simultaneous chronic rupture of quadriceps tendon and contra-lateral patellar tendon in a patient affected by tertiary hyperparathyroidism. Orthopaed Traumatol 2008. 9:159-162.

DISCUSSION:

Les ruptures spontanées du TQ chez les hémodialysés chroniques sont exceptionnelles. Soixante sept cas sont rapportés dans la littérature depuis 1974 dont trente quatre cas sont des ruptures simultanées et bilatérales. Leur fréquence, bien que difficile à déterminer, est inférieure à 3,5%.

Les ruptures spontanées ou secondaires à une maladie favorisante sont beaucoup plus rares que les ruptures traumatiques.

Elles sont en rapport avec une fragilité tendineuse relevant de plusieurs causes :

- **Age** : supérieur à 40 ans.
- **Surcharge pondérale** : qui associe des altérations histologiques (infiltration graisseuse des tendons) et une hyper sollicitation mécanique du quadriceps.
- **Maladies générales** : lupus érythémateux systémique, polyarthrite rhumatoïde, diabète sucré, gonarthrose, goutte (nécrose fibrinoïde et inflammation chronique du tendon)
- **Tendinopathie chronique** : entraîne des dommages tissulaires et une diminution du flux sanguin conduisant à un affaiblissement du tendon et à sa régénération incomplète.
- **Insuffisance rénale chronique et hémodialyse:**

- * L'acidose métabolique dans l'insuffisance rénale chronique prédispose ces patients à la dégénérescence du tendon et son affaiblissement en remplaçant le collagène par l'élastine.
- * L'insuffisance rénale avec hémodialyse prolongée peut causer une production anormale de b₂-microglobuline (b₂-m) observée au cours des amyloses. Cette protéine habituellement métabolisée par les reins, atteint chez ces patients des taux supérieurs à 30 - 40 fois les valeurs normales et s'accumulent dans les articulations et les tendons. Ce dépôt provoque une réduction de l'élasticité du tendon et prédispose à sa rupture. Certains auteurs ont signalé la relation entre la durée de l'hémodialyse et la survenue de ces ruptures.
- * L'augmentation des hormones parathyroïdiennes au cours des hyperparathyroïdies secondaires à l'insuffisance rénale provoque un dépôt de calcium et de phosphate dans les tendons et diminuant ainsi leur élasticité, et entraîne un remodelage osseux responsable de l'augmentation de la résorption osseuse au niveau des sites d'insertion, entraînant une rupture du tendon suite à un traumatisme mineur.

-Causes iatrogènes :

- * Traumatique (la mobilisation du genou sous anesthésie générale, les suites d'une prothèse de genou, un prélèvement pour plastie tendineuse),
- * Médicamenteuses (Statines, quinolones, stéroïdes, corticothérapie) par une nécrose fibrillaire et une désorganisation de l'ultra-structure du collagène.

CONCLUSION:

Les ruptures tendineuses spontanées sont rares. Nous rapportons une nouvelle observation chez une hémodialysée chronique. L'hyperparathyroïdie secondaire et l'augmentation du taux de b₂-microglobuline sont les facteurs favorisants majeurs.



TENDINOPATHIE ACHILLEENNE SUR MALADIE D'HAGLUND : A PROPOS DE 2 CAS

S. Harguem; N. Dali; A. Manamani; I. Marzouk; S. Miladi; L. Ben Farhat; L. Hendaoui
Service de radiologie- Hôpital Mongi Slim -La Marsa

Introduction:

La maladie d'Haglund correspond à une tuméfaction douloureuse du talon d'origine mécanique, en rapport avec un conflit pied chaussure, lié à une anomalie morphologique de la tubérosité postéro supérieure du calcaneus. Le but de ce travail est de décrire la sémiologie radiologique observée au cours de la maladie de Haglund.

Observation 1:

Mr M.K âgé de 42 ans, sans antécédents particuliers, avait consulté pour une tuméfaction douloureuse du talon droit. IL a bénéficié d'une radiographie standard du pied (fig1) qui a montré une proéminence de l'angle postéro supérieur du calcaneus associée à un aspect irrégulier, érodé de la corticale osseuse. Un examen TDM du pied (fig2) a été réalisé et a montré outre les érosions de la face postérieure du calcaneus, des petites calcifications linéaires au niveau de l'insertion du tendon calcaneus. Une IRM de de la cheville (fig3) a été faite objectivant un œdème médullaire du calcaneus(↓), une bursite pré-achilléenne(○) ainsi qu'une fissure antérieure partielle du tendon calcaneus. Après avoir éliminé une pathologie tumorale ou infectieuse, le diagnostic de maladie d'Haglund a été retenu.



Fig 1

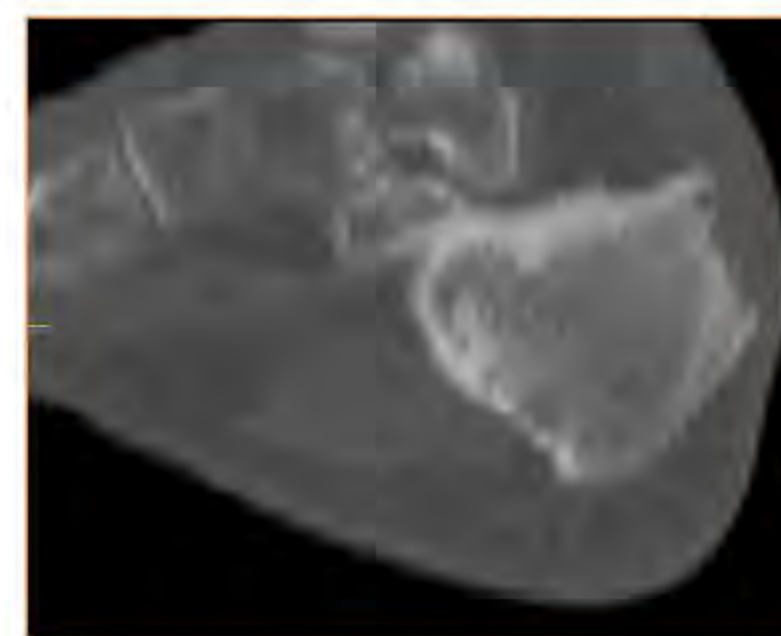


Fig 2



Fig 3a: sag T1



Fig3b:Sag T2 Fat Sat

Observation 2:

Mr L.H âgé de 50 ans, avait également consulté pour une tuméfaction douloureuse du talon droit. La radiographie standard du pied (fig4) a mis en évidence une proéminence de l'angle postéro supérieur du calcaneus ainsi qu'une calcification au niveau de la partie distale du tendon calcaneus. L'IRM (fig5) a montré une bursite pré et rétro achilléenne et une fissure antérieure partielle du tendon calcaneus en regard de l'angle postéro supérieur.



Fig 4

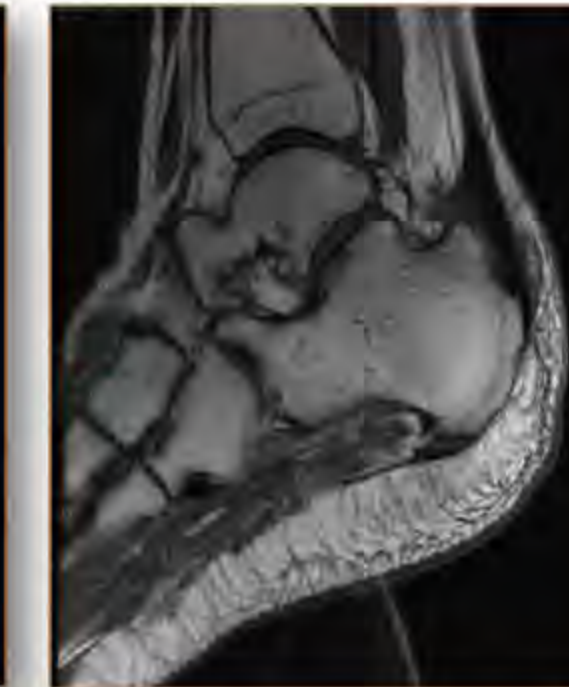


Fig 5a:Sag T1



Fig 5b:Sag T2



Fig 5c:Sag STIR

Discussion:

La maladie d'Haglund est une malformation du bord postéro supérieur du calcaneus responsable de lésions tendineuses et de bursites pré et rétro-achilléennes. Le pied creux est un facteur favorisant. Le tableau clinique est essentiellement celui d'une bursite associée à une tendinopathie achilléenne distale avec dilacération des fibres antérieures.

Les radiographies standard montrent une proéminence de l'angle postéro supérieur du calcaneus qui paraît haut et bossu. Des érosions osseuses peuvent parfois s'observer. L'IRM met en évidence les signes de bursite pré et rétro-calcaneennes et un aspect épaissi du tendon mais surtout une lésion focale des fibres tendineuses antérieures(en hypersignal T2) allant parfois jusqu'à une rupture partielle transversale.

Conclusion:

L'imagerie joue un rôle important dans l'approche diagnostique de la tendinopathie achilléenne sur maladie d'Haglund, permettant une meilleure prise en charge thérapeutique. L'IRM reste l'examen de choix pour étayer le diagnostic.



UNE PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE DIFFUSE REVELATRICE D'UN SYNDROME DES ANTI- SYNTHETASE

M Slouma, S Kassab, A Fazaa, K Ben Abdelghani, L Souabni, A Laatar, S Chekili, L Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hopital Mongi Slim Marsa

INTRODUCTION

Le syndrome des antisynthétases (SAS) est un syndrome associant:

- * une myosite (PM)
- * une pneumopathie interstitielle diffuse (PID)
- * une polyarthrite
- * une atteinte cutanée.

Son diagnostic repose sur la présence d'un anticorps de la famille des antisynthétases, le plus connu étant l'anticorps anti-Jo1.

C'est un syndrome rare.

MATERIEL ET METHODE

- Nous en rapportons une observation d'un syndrome des anti synthétases, colligé au service de rhumatologie, Hopital Mongi Slim, Marsa.
- Le diagnostic a été retenu devant l'association des signes cliniques et paracliniques caractéristiques.

OBSERVATION

- Patiente âgée de 64 ans
- suivie pour **PID**
- Motif de consultation:
 - Une arthromyalgie de la ceinture scapulaire et pelvienne
 - une polyarthralgie inflammatoire des grosses et petites articulations.
- Examen clinique:
 - une **polyarthrite** bilatérale et symétrique touchant les poignets, les IPP des deuxième et troisième doigts
 - Un signe du **tabouret**
 - un **déficit musculaire** coté à 3/5
 - une **myalgie** à la pression musculaire.
- Bilan biologique:
 - une **élévation des enzymes musculaires** (CPK à 1652 et LDH à 838 UI/L)
 - une élévation des transaminases (ASAT à 97 et ALAT à 144 UI/L).
- Bilan immunologique
 - Les **anticorps anti-Jo1** positifs
 - Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-nucléaires négatifs.
- Biopsie musculaire était en faveur d'une **myosite**.

Le diagnostic de SAS a été retenu devant:

- l'atteinte pulmonaire de type PID
- la PM
- la polyarthrite périphérique
- la positivité des Ac anti-Jo1

Le traitement:

- bolus de méthylprednisolone
- relayé par une corticothérapie.

DISCUSSION

- Le SAS appartient au groupe des **PM** avec une particularité immunologique marquée par la présence d'**anticorps antisynthétases**.
- Il s'agit d'anticorps dirigés contre des enzymes cytoplasmiques responsables de l'acétylation des ARNt synthétases.
- Les mécanismes pathogéniques de ce syndrome ne sont pas bien connus mais feraient intervenir l'immunité à médiation cellulaire
- Les corticostéroïdes ont une efficacité inconstante sur les lésions pulmonaires faisant discuter l'utilisation d'autres traitements immunosuppresseurs.

ÉTUDE DE LA DENSITÉ MINÉRALE OSSEUSE CHEZ LES PATIENTS HÉMODIALYSÉS : À PROPOS DE 45 CAS

M.Maroua; L.Metoui; I.Gharsallah; N.Kacem; B.Louzir; S.Othmani

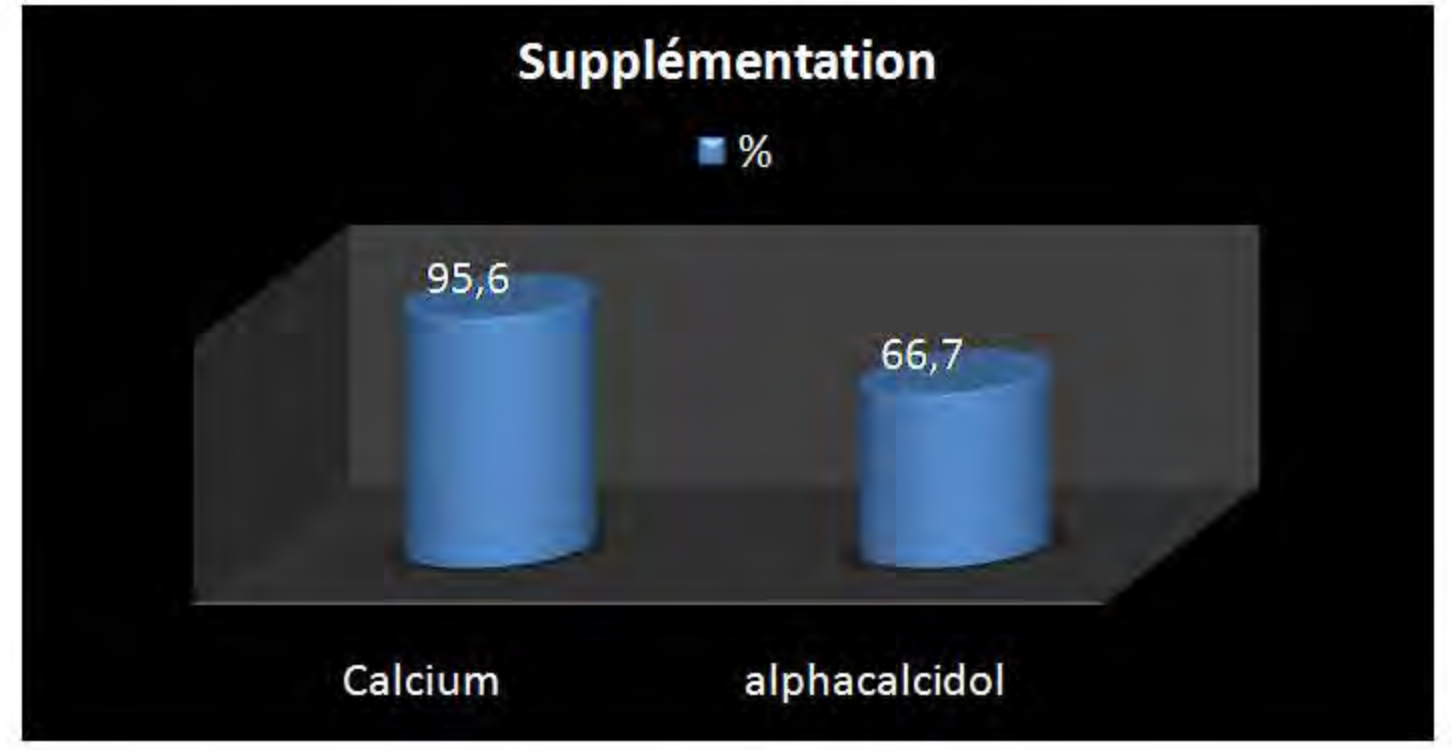
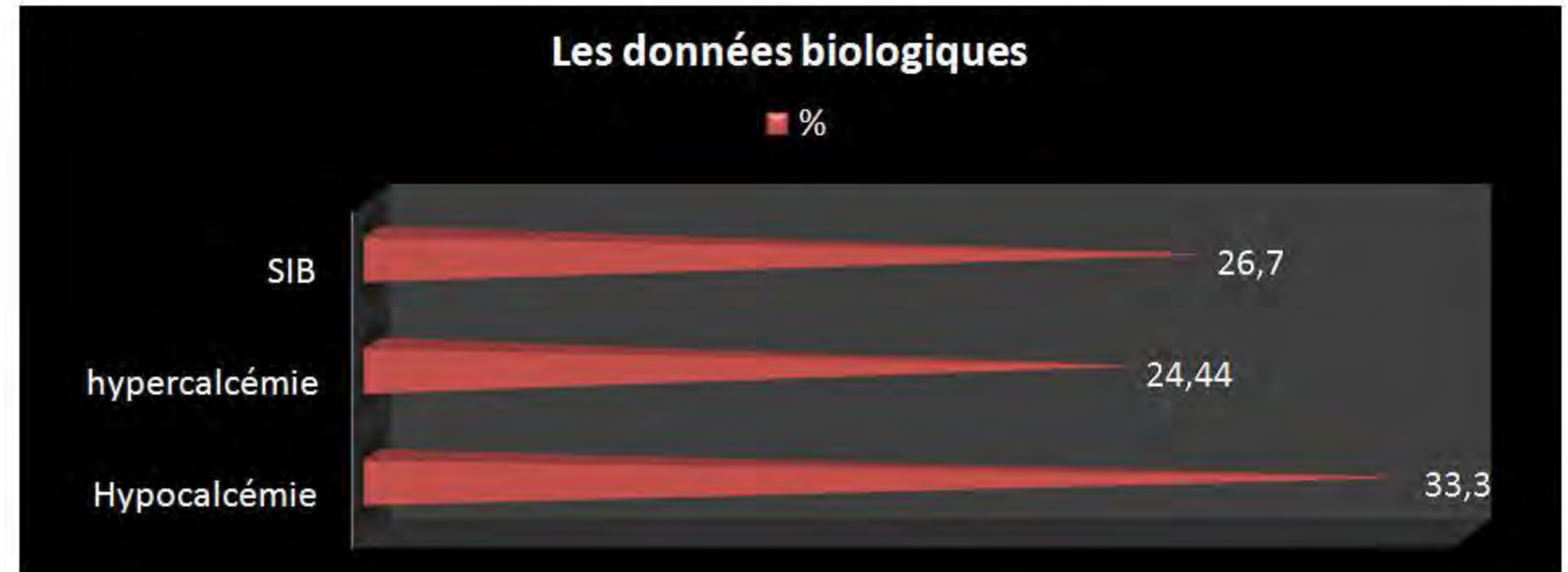
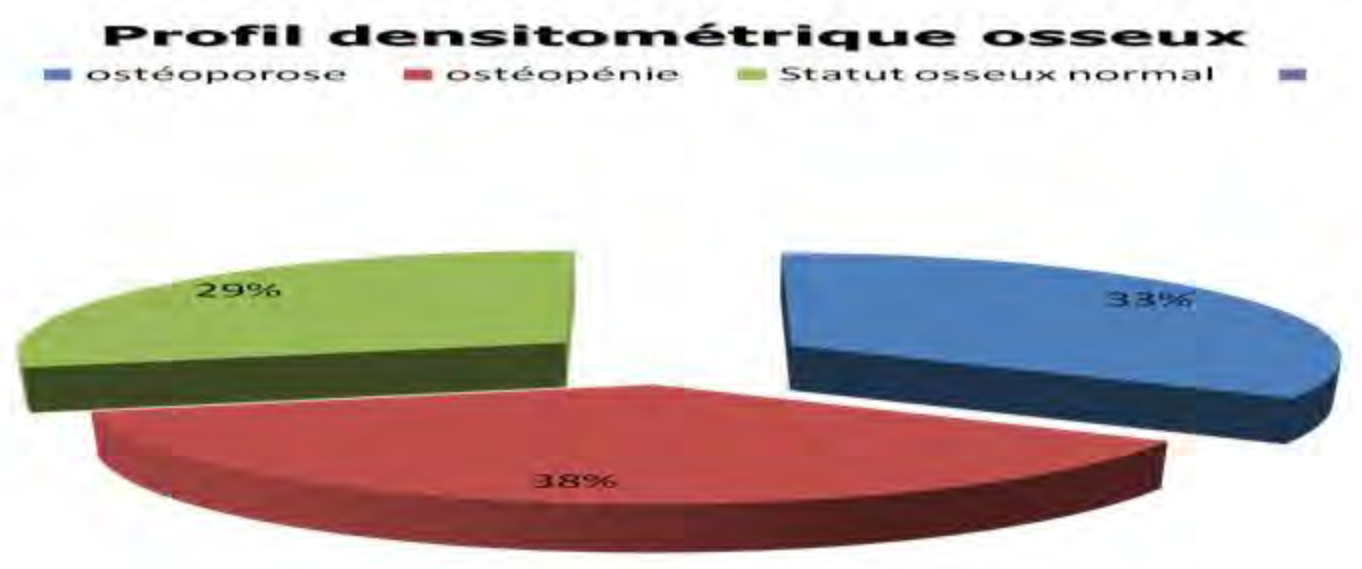
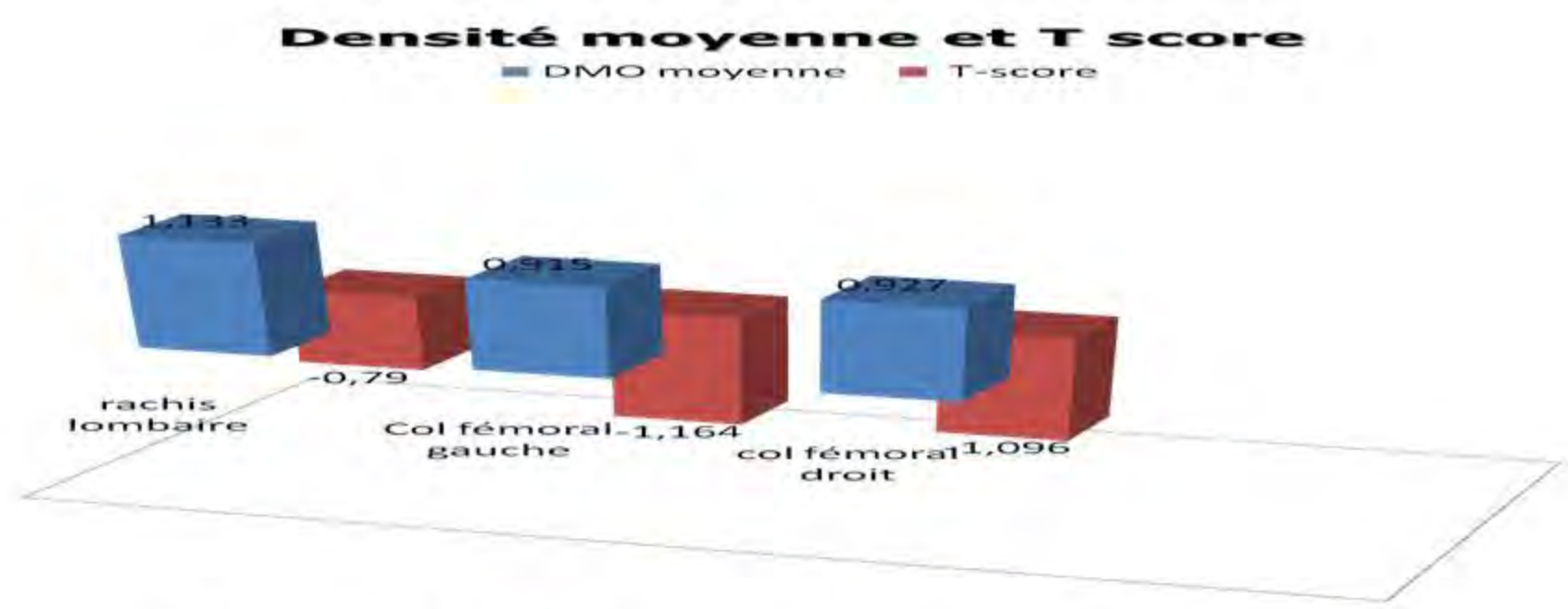
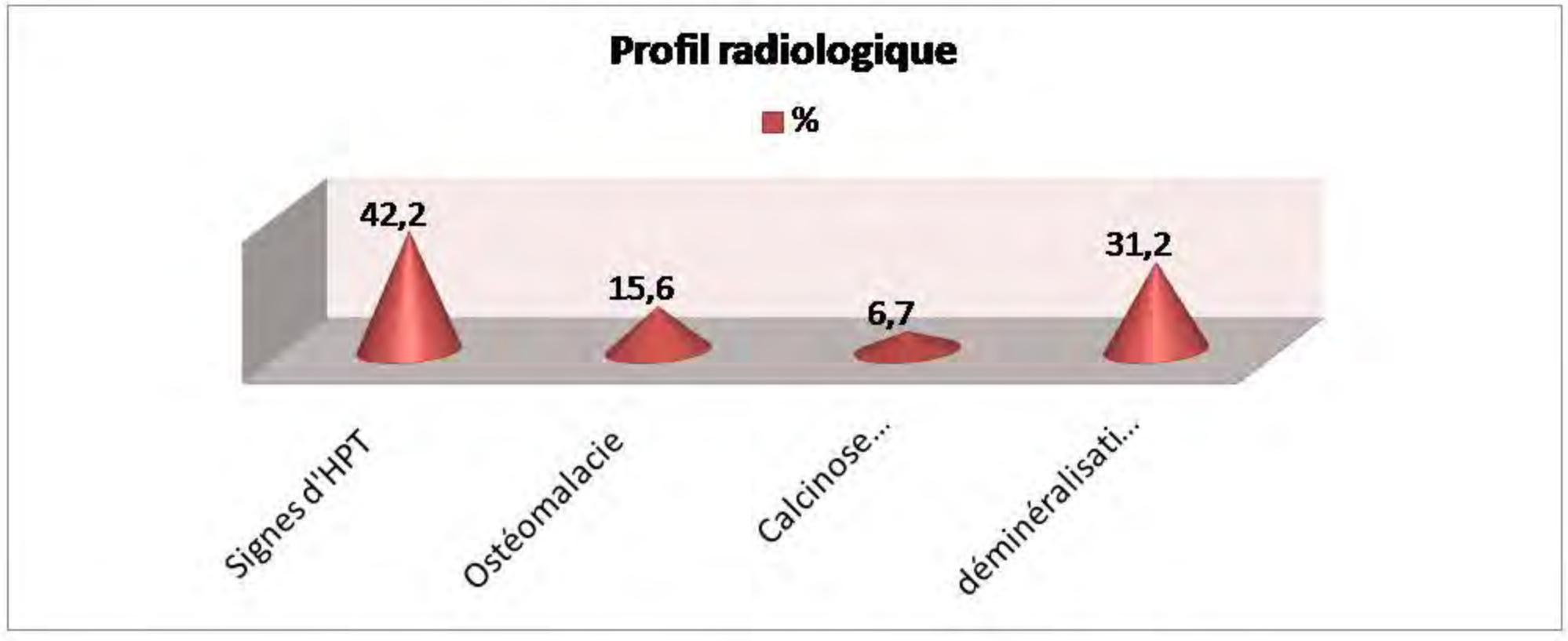
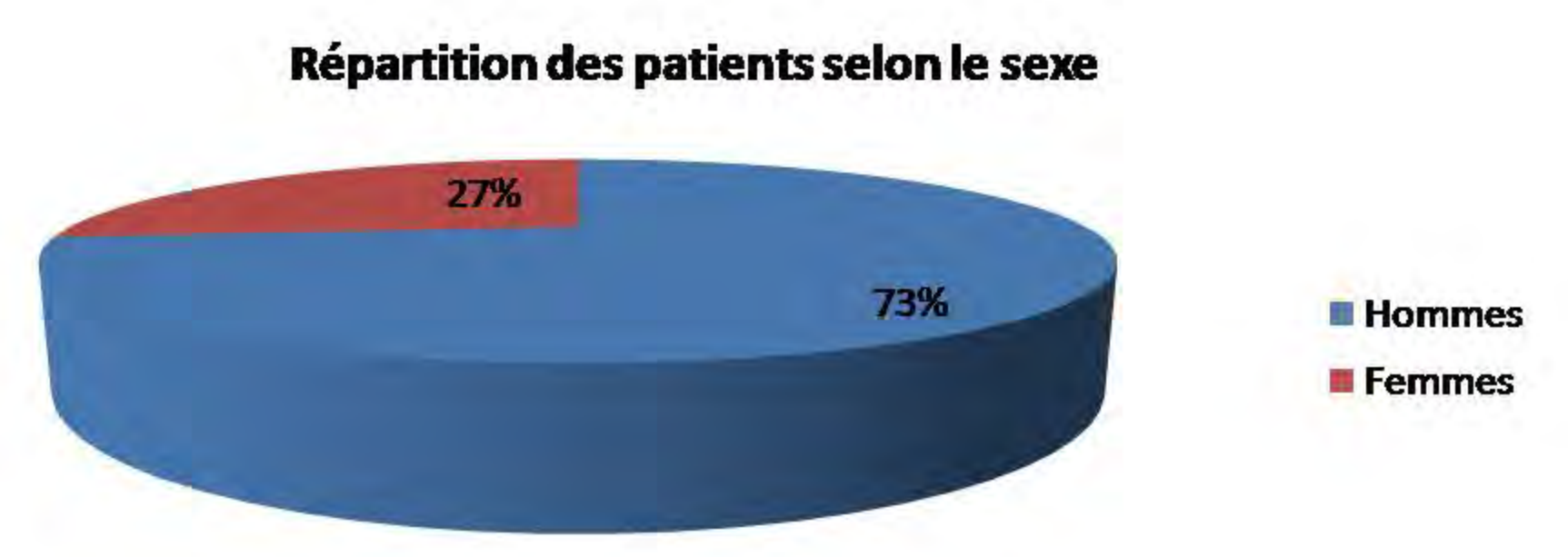
Introduction :

La perte osseuse est une complication fréquente et silencieuse du métabolisme minéral et osseux au cours de l'insuffisance rénale chronique. Elle est caractérisée par une diminution de la masse osseuse, une détérioration de la qualité de l'os et une altération de sa micro architecture augmentant le risque fracturaire.

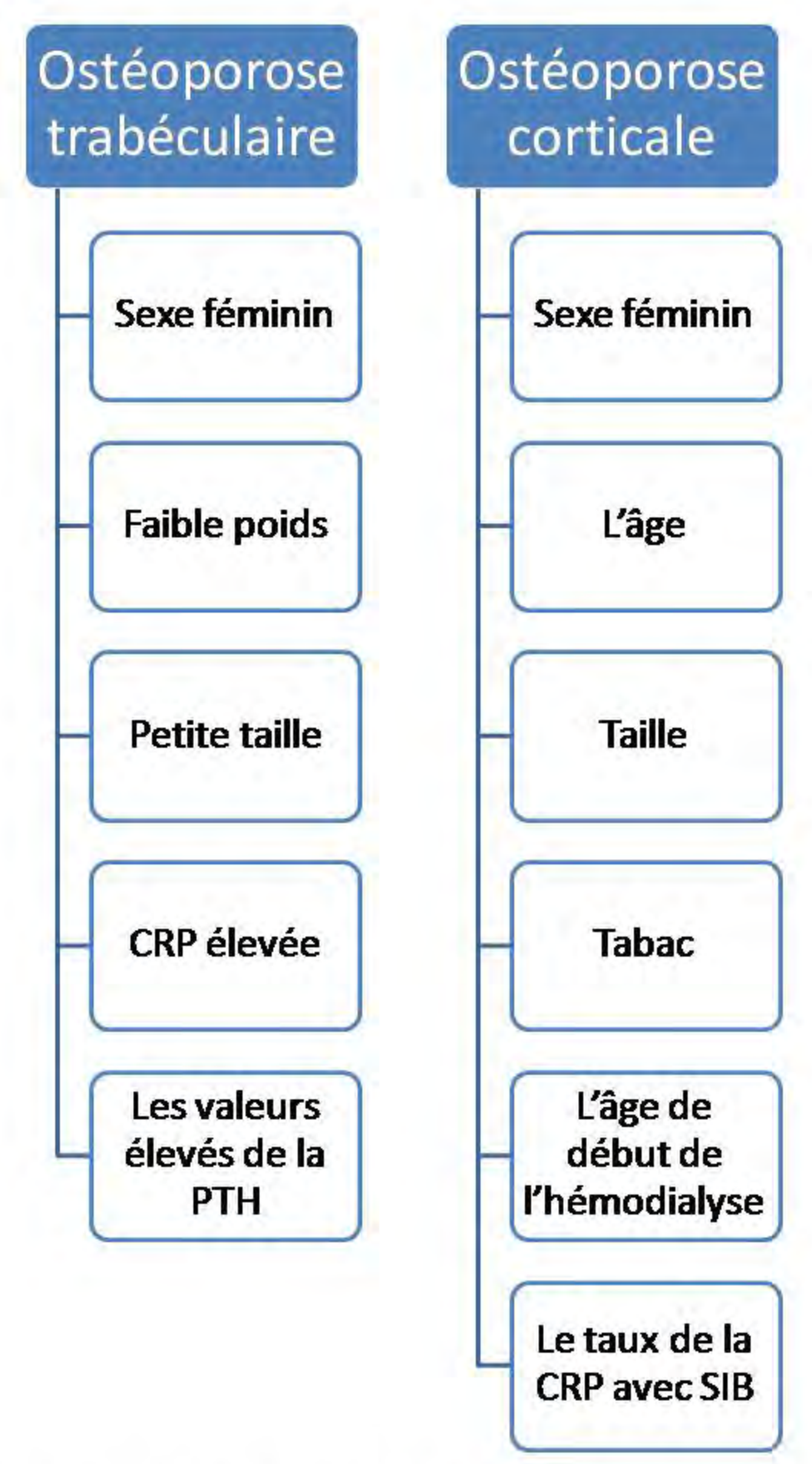
Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 45 patients hémodialysés de façon régulière depuis au moins une année. L'âge moyen était de 54 ans.

Résultats:



→ Les Facteurs associés au risque d'ostéoporose chez nos patients



Conclusion:

L'ostéoporose est une complication certaine, fréquente et précoce chez les insuffisants rénaux. Elle touche d'une façon plus importante l'os cortical. Un dépistage précoce et des mesures préventives sont nécessaires.



Attitude thérapeutique chez les militaires sportifs atteints de lombalgies

I Garsallah ; S. Boussaïd ; S. Esseghir; L. Metoui; A. Laabidi; N. Ben Abdelhafidh; R. Battikh; B. Louzir; S. Othmani
Service de médecine interne, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

•Chez les militaires le rachis est soumis à de nombreux traumatismes et microtraumatismes lors d'activités dépassant souvent leur capacité physique (ports fréquents de charges lourdes, conduite de véhicules tout terrain, sauts en parachute, corps à corps) et décompensant des anomalies de statique rachidienne jusqu'alors asymptomatiques. En outre, les répercussions de cette symptomatologie au sein des unités sont considérables en termes d'indisponibilité (congés de maladies notamment), d'inaptitude opérationnelle et de dépenses de santé.

•Le but de ce travail est d'estimer le degré de réponse au traitement de la lombalgie chez une population de militaires sportifs tunisiens.

MATERIEL ET METHODE

•Notre étude, descriptive transversale, a été réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire destiné à une population de 28 militaires sportifs de haut niveau ayant présenté au moins une fois au cours de leur carrière un épisode de lombalgie ou lombosciatique d'évolution aiguë (inférieure à 3 mois) ou chronique (supérieure à 3 mois).

•Pour tous les sportifs, nous avons recueilli des données épidémiologiques (les données relatives aux ATCDs personnels, l'âge, le sexe, le grade et l'activité professionnelle, la nature et la durée de l'activité sportive), les paramètres anthropométriques (taille, le poids), les données cliniques et radiographiques.

RESULTATS

•L'âge moyen des sujets est de $32,92 \pm 9,47$ ans. Le sexe ratio (H/F) est de 5,66. La durée moyenne de la pratique sportive est de $16,14 \pm 9,64$ ans. Les sports pratiqués sont divers. Ils incluent Les sports de lutte (lutte et judo) (35,7%), l'athlétisme (25%) et le box (17,85%), la natation et le Hand-Ball. L'activité sportive de la population étudiée est quotidienne excepté les dimanches et les samedis après midi pour la plupart. Le nombre moyen d'heures d'entraînement par semaine est de $18 \pm 1,08$. L'entraînement quotidien moyen est réparti en 2 séances de 3 heures par jour globalement. La majorité des sportifs (15 sportifs soit 53,57%) ont un BMI entre 20 et 25 (Fig.8). 7 sportifs (soit 25%), 3 judoka, 2 lutteurs et 2 athlètes, ont une surcharge pondérale ($25 \leq \text{BMI} \leq 30$). La durée moyenne de la lombalgie est de 40 ± 30 mois. Un quart des sportifs environ ont une lombalgie qui dure depuis 4 ans (21,42%).

•Tous les patients ont reçu un traitement incluant des antalgiques, AINS et myorelaxant lors de la manifestation de la lombalgie ou de la lombosciatalgie. La période du traitement a varié de 2 jours à 1 mois selon la sévérité de la poussée. 13 patients (46,43%), tout sport confondu, ont eu une rééducation d'une durée moyenne de $4,07 \pm 3,57$ mois ; 5 sportifs (17,85%) ont porté une ceinture lombaire ; 2 sportifs : un lutteur et un athlète, ont été opérés sur le rachis avec une bonne évolution en post opératoire pour l'athlète et une récurrence de la symptomatologie pour le lutteur à la reprise de la compétition. 12 patients (42,85%) ont eu une exemption de port de charges lourdes, de station debout ou assise prolongée pour une durée totale de 2 ans. Les autres patients ont continué à exercer normalement leur profession.

CONCLUSION

•Le sportif en milieu militaire, par sa fonction et ses devoirs, présente certaines caractéristiques différentes des sportifs civils. Sa prise en charge, pour l'amélioration de ses compétences sportives et la préservation de ses activités professionnelles, devrait être plus spécifique que celle pour les sportifs civils.



RETENTISSEMENT DES SPONDYLARTHRISES SUR LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

I. Cherif ; I. Mahmoud ; L. Dridi ; O. Saidane ; H. Sahli ; R. Tekaya ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction:

La qualité de vie est un domaine très important dans l'évaluation des spondylarthrites (Spa). L'objectif de cette étude est d'évaluer le retentissement des Spa sur la qualité de vie et sa corrélation avec l'activité et la sévérité de la maladie.

Patients et méthodes:

Etude transversale menée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle auprès de 70 patients atteints de Spa (Critères d'Amor). La qualité de santé physique et mentale a été évaluée au moyen du **score SF-36**. Les différents indices d'évaluation de la maladie ont été relevés.

Les corrélations entre les domaines du SF-36 et les paramètres d'activité et de sévérité de la maladie étaient évaluées par le coefficient de corrélation de Pearson (r). Une signification était acceptée si $p < 0,05$.

Résultats:

Les différentes données épidémiologiques, cliniques et paracliniques ainsi que les scores d'évaluation de la maladie sont résumés dans le tableau 1

Tableau 1: Paramètres de la maladie

Sex-Ratio (H/F)	1,9
Age moyen	40,6 ans
Durée d'évolution moyenne	10,25 ans
Age de début moyen	29,30 ans
Eva dl moyenne	65mm
Eva Fatigue moyenne	56,21mm
BASDAI moyen	45,56%
BASFI moyen	44,79%
BASRI moyen	4,43
BASMI moyen	4,76
BASG-s	55,64%
Atteinte des hanches	34,3%
CRP moyenne	21,6 mg/l
VS moyenne	39,6 mm

Les domaines du SF-36 étaient altérés avec une altération due à l'état physique (moyenne PCS= 36,36) et la santé mentale (moyenne MCS=38,04).

Le tableau 2 montre les résultats de l'étude de corrélation en fonction des différents paramètres de la maladie

Tableau 2: Etude des facteurs impliqués dans la détérioration de la qualité de vie

	Santé physique	Santé mentale
Sexe	0,23	0,33
Durée d'évolution	0,679	0,516
Age de début	0,23	0,708
Eva dl	<0,001	0,003
Eva Fatigue	0,001	<0,001
BASDAI	0,006	<0,001
BASFI	<0,001	0,002
BASG-s	<0,001	<0,001
BASRI	0,356	0,536
BASMI	<0,001	0,014
Atteinte des hanches	0,007	0,57
CRP	0,178	0,257
VS	0,115	0,929

Discussion

- Plusieurs auteurs rapportent une altération de la qualité de vie des patients atteints de Spa avec une altération importante de tous les domaines du SF-36.
- Notre étude a montré que la douleur, la fatigue et l'activité de la maladie sont significativement impliqués dans la détérioration de la qualité de vie physique et mentale des patients. Ces résultats ont été reportés dans d'autres études.
- Nous avons aussi trouvé que la limitation de la mobilité spinale et le retentissement fonctionnel de la maladie évalués par le BASMI et le BASFI sont des facteurs significativement responsables de l'altération de la qualité de vie. En effet, les spondylarthrites du fait de l'atteinte structurale qui entraîne la limitation importante de la mobilité rachidienne avec des déformations caractéristiques, réduisent d'une part l'activité des patients et entravent l'image corporelle perçue par ces patients (diminution de la confiance en soi et de l'auto-estime ..).

Conclusion:

Dans notre étude, les spondylarthrites altèrent de façon significative la qualité de vie physique et mentale des patients. Cette altération était corrélée au degré de sévérité de la maladie.

(1) Ward M, Kuzis S. Risk factors for work disability in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol 2001;28:315-21.

(2) Bostan EE, Borman P, Bodur H, Barç, a N (2003) Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 23:121-126

(3) Vesovic'-Potic' V, Mustur D, Stanislavljevic' D, Ille T, Ille M. Relationship between spinal mobility measures and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int (2009)29:879-884



APPORT DE L'IMAGERIE DANS LE DIAGNOSTIC DES ABCES DU PSOAS

L. Dridi ; H. Sahli ; R. Tekaya ; I. Mahmoud ; O. Saidane ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari

Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction

L'abcès du psoas (AP) est une infection rétropéritonéale rare et de diagnostic difficile. Il peut être primitif ou le plus souvent secondaire. Nous nous proposons d'étudier l'apport de l'imagerie dans le diagnostic des AP.

Patients et méthodes

Etude rétrospective des dossiers de patients hospitalisés au service de Rhumatologie de l'Hôpital Charles Nicolle pour prise en charge d'un abcès du psoas sur une période de 12 ans [2000-2012]. Nous avons relevé les données cliniques et paracliniques en particulier radiologiques.

Résultat

Les principales caractéristiques cliniques des patients sont résumés dans le tableau I.

Tableau I: Caractéristiques cliniques et biologiques des patients

Homme/Femmes	8/8
Age moyen	50,9 ans
Délai diagnostique	3,6 mois
fièvre	10 cas
AEG	10 cas
Lombalgie inflammatoire	11 cas
Radiculalgie	9 cas
Psoïtis	3 cas
Tuméfaction lombaire basse	2 cas
SIB	16 cas
Hyperleucocytose	3 cas

- Les radiographies étaient pathologiques dans 14 cas avec image de fuseau paravertébral dans 2cas. Une image de refoulement du bord interne du muscle psoas a été objectivée dans 2cas.
- La TDM et /ou l'IRM, ont permis de retenir le diagnostic.
- L'abcès était unilatéral dans 11 cas et bilatéral dans 5 cas. Sa taille variait entre 2 et 24cm de grand axe.

Conclusion

Les nouvelles techniques d'imagerie sont d'un grand apport pour le diagnostic positif et étiologique des abcès du psoas et permettent le traitement dans certains cas

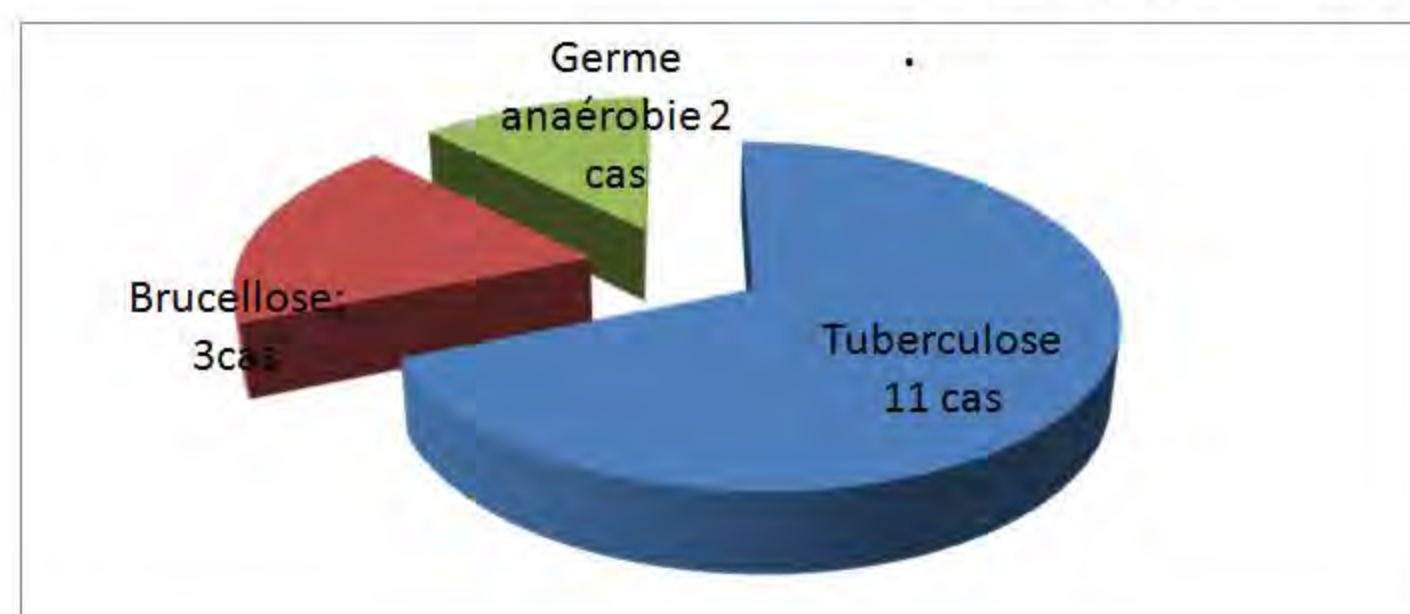


Figure 1:
Profil étiologique de l'abcès du psoas



Figure 2:
Image de fuseau paravertébral



Figure 3:
Image d'abcès du psoas à l'IRM

Le diagnostic bactériologique était porté sur:

- L'examen anatomopathologique et /ou la culture de la PBDV: 5 cas
- Culture du liquide de la ponction du psoas: 1 cas
- La sérologie de Wright était positive: 3 cas
- Des arguments de présomption: 7 cas

Le profil étiologique de l'abcès du psoas est résumé sur la figure 3

Le drainage des abcès a été effectué chez 5 patients :scanno-guidé(3cas) et chirurgical(2cas)

Discussion

- Le diagnostic d'AP est parfois délicat et se fait souvent à un stade tardif à cause d'une symptomatologie souvent peu spécifique. Il est étayé par les données de l'imagerie.
- Les radiographies standard peuvent montrer, outre une scoliose antalgique, un effacement du bord du psoas, une lésion osseuse à type de spondylodiscite ou de sacro-iléite.
- L'échographie a une spécificité de 40 % et montre à la phase initiale un psoas élargi et hypoéchogène et au stade de collection une masse ovale hypoéchogène aux contours irréguliers.
- La TDM représente l'examen clef avec une spécificité de 95 %. Elle montre une hypertrophie du psoas avec une zone hypodense et une coque périphérique après injection de produit de contraste et parfois, la présence de gaz au sein de cette formation. Elle permet également, outre de guider le drainage, de préciser l'extension de l'abcès et de déceler une lésion sous-jacente digestive, rénale ou ostéoarticulaire.
- L'IRM a une valeur diagnostique à peu près équivalente à celle de la TDM, avec néanmoins une certaine supériorité en ce qui concerne la détection des infections rachidiennes.
- Pour ce qui est du type de drainage, la tendance va au drainage percutané écho- ou scannoguidé qui donne un taux de succès de 83 à 100 %.



L'effet du tabagisme sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde

W.Bousselmi ; H.Sahli; R.Tekaya ; L. Dridi; I.Mahmoud ; O. Saidane ; L. Abdelmoula ; R.Zouari,
service de rhumatologie, hopital Charles Nicoles

INTRODUCTION

Le rôle des facteurs environnementaux, dont le tabagisme, au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été suggéré depuis longtemps. Cette relation a été étudiée d'une part du fait du risque de PR chez les patients tabagiques et de l'influence du tabac sur la forme de la maladie. L'objectif du travail est d'étudier l'effet du tabagisme actif sur l'activité de la PR.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Etude transversale sur des patients présentant une PR. Les données démographiques, cliniques, immunologiques, biologiques et radiologiques ont été recueillies

RÉSULTATS :

- Les caractéristiques cliniques de 119 patients sont résumées dans le tableau I.
- La notion de tabagisme dans 18,5% des cas.
- Les études de corrélations montraient que les patients tabagiques avaient des taux de CRP significativement plus élevés que celui des non tabagiques (43,9 versus 22,4 mg/l ($p=0,007$)).
- Par contre, il n'y'avait pas de différence significative concernant le DAS28 et la vitesse de sédimentation, la présence d'anti-CCP entre les groupes fumeurs et non fumeurs.
- De même l'activité de la maladie ($p=0,772$) et la qualité de vie ($p=0,962$) n'étaient pas influencées par le tabagisme.

Tableau I: caractéristiques démographiques, cliniques et paracliniques des patients

Paramètres	Valeurs
sexe	F= 92 , H=27
Âge moyen	51 ans [1,678,33]
DAS 28 moyen	5,35 [1,67-8,33]
HAQ moyen	1,41
FR positif	68,9%
AntiCCP positifs	60%

Tableau II: Etude comparative

	Tabac +	Tabac -	p
DAS 28	5,44	5,33	0,772
HAQ	1,4	1,41	0,962
VS	70,91	59,41	0,172
CRP	43,9	22,4	0,007
AntiCCP	83,31	77,14	0,837

CONCLUSION :

Nos résultats sont différents de ceux rapportés dans la plupart des études. La CRP, plus élevée dans le groupe fumeur, majore le risque cardiovasculaire déjà plus important dans cette population.

DISCUSSION :

- La relations entre le tabagisme et la survenue d'une PR a fait l'objet de plusieurs études , confirmant cette association.
- Elle serait plus forte pour les PR séropositives.
- Le tabagisme est associé à une PR plus active, plus destructrice avec des taux élevés des marqueurs immunologiques de la maladie et plus de nodules rhumatoïdes, ce qui n' pas été démontré dans notre étude.
- Par ailleurs, le tabagisme est associé à l'altération de la qualité de vie.
- La question reste posée sur la relation avec le tabagisme passif..



MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES AU COURS DU RHUMATISME PSORIASIQUE : A PROPOS DE 25 CAS

R.Dhahri; L. Metoui; I. Gharsallah; F. Aajili ; B. Louzir; S. Othmeni

Introduction :

- Les manifestations extra-articulaires des Spondylarthropathies dont le rhumatisme psoriasique, sont très variables en termes de fréquence et de sévérité. Les atteintes les plus fréquentes sont l'uvéite, l'atteinte osseuse, intestinale, pulmonaire, cardiaque et rénale.

Objectif :

- Etudier les manifestations extra-articulaires au cours du rhumatisme psoriasique

Patients et méthodes:

Etude rétrospective à propos de 25 cas de rhumatisme psoriasique (RP) sélectionnés selon les critères de BERNARD AMOR ,1991 et hospitalisés au service de dermatologie et de médecine interne de l'hôpital militaire principal de Tunis, sur une période de 10 ans.

Résultats :

- L'âge moyen de nos patients est de 43,52 ans (de 27 à 82 ans) : 8 femmes (32 %) et 17 hommes (68 %). Le sexe ratio H/F est de 2,12. Le délai moyen de consultation est en moyenne de 7,2 ans. La moitié de nos patients ont présenté des manifestations extra-articulaires : A la radio thorax un syndrome interstitiel été notée dans 44 % des cas avec un syndrome restrictif dans 12 % des cas à l'exploration fonctionnelle respiratoire. L'atteinte oculaire est notée dans 12 % des cas à type de pan-uvéite, conjonctivite et une hyalite. L'atteinte cardiaque est aussi présente dans 12 % des cas avec une cardiomyopathie restrictive, une insuffisance aortique et une insuffisance cardiaque. Une amylose est diagnostiquée dans un cas. Sur le plan biologique, Le syndrome inflammatoire est présent dans 36 % des cas.
- Le dosage du FR est négatif dans 92% des cas et faiblement positif dans 8 % des cas .Le typage HLA B27 pratiqué chez 15 patients est positif dans 30 % des cas. Le traitement est basé sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens utilisés seuls dans 64 % des cas ou en association avec les antalgiques dans 52 % des cas. Le traitement de fond a est institué dans 88 % des cas et basé sur le Méthotrexate dans 84 % des cas. L'association d'une biothérapie au Méthotrexate est instaurée chez 3 patients. Une amélioration notable est notée dans 40 % des cas. Une stabilisation de la maladie a été notée dans 40% des cas. Les autres patients présentaient une aggravation clinique et radiologique

L'âge moyen	43,52 ans
Le sexe ratio H/F	2,12
Atteinte pulmonaire	syndrome interstitiel : 44 % syndrome restrictif : 12 %
L'atteinte oculaire	12 % (pan uvéite ,hyalite, conjonctivite)
L'atteinte cardiaque	12 % (1 cardiomyopathie restrictive, 1 insuffisance aortique et 1 insuffisance cardiaque)
Amylose	1 cas
SIB	36 %
HLA B27 pratiqué chez 15 patients	positif dans 30 % des cas

Conclusion :

- Notre étude souligne l'importance de dépister les manifestations extra articulaires du rhumatisme psoriasique qui ,une fois installées ,changent grièvement le pronostic de la maladie.



Paralysie multiple des nerfs crâniens révélant une pachyméningite à ANCA

S El Aoud, F Frikha, R Ben Salah, Y Hentati 2, M Snoussi, H Hariz, H Loukil, N Saidi, M Jallouli, S Marzouk, Z Mnif 2, Z Bahloul

1-service de Médecine interne de sfax, Tunisie 2-service de radiologie de Sfax, Tunisie

INTRODUCTION

La pachyméningite est caractérisée par un épaississement inflammatoire et fibreux de la dure-mère. Sa symptomatologie est souvent fruste, dominée par les céphalées et les neuropathies crâniennes. Ses étiologies sont multiples. Cependant, une pachyméningite associée à des anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles positifs de type anti MPO (MPO-ANCA) est rarement décrite.

OBSERVATION

Patient âgé de 60 ans, hypertendu, était hospitalisé pour céphalées holocrâniennes évoluant depuis trois mois associées à une hypoacousie et une déviation de la commissure labiale à gauche. L'examen clinique objectivait une anosmie (nerf I), une hyperesthésie de l'hémiface droite (nerf V), une paralysie faciale droite (nerf VII), une hypoacousie bilatérale (2 nerfs VIII), un réflexe nauséux absent (nerf IX). Il n'y avait pas d'anomalies des autres nerfs crâniens. La motricité et la sensibilité étaient normales. Les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs aux membres inférieurs avec un signe de babinski négatif. L'audio-impédancemétrie révélait une surdité mixte de l'oreille droite, une surdité de perception profonde de l'oreille gauche. Le fond d'œil montrait un œdème papillaire bilatéral stade 2.

L'IRM cérébrale trouvait un épaississement pachyméningé continu et nodulaire par endroit fortement réhaussé par le gadolinium, prédominant à gauche et s'étendant à la base du crâne (Figures 1, 2 et 3). L'étude du liquide céphalorachidien (LCR) montrait 6 éléments blancs, une hyperprotéinorrhachie à 1.66 g/l, une glycorrachie normale. Il y avait un syndrome inflammatoire important sans anomalies de la fonction rénale ou hépatique ni à l'hémogramme notamment pas d'hyperéosinophilie. L'enquête infectieuse a éliminé la tuberculose, la neurosyphilis, la maladie de Lyme, ainsi que les infections virales. Une origine carcinomateuse était éliminée vu l'absence de cellules néoplasiques dans le LCR. Une sarcoïdose était peu probable vu la normalité du bilan phosphocalcique ainsi que le dosage de l'enzyme de conversion et l'absence de granulome à la biopsie des glandes salivaires accessoires.

L'enquête immunologique objectivait des anticorps antinucléaires négatifs, des anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (p-ANCA) positifs de type anti MPO. Il n'y avait aucun argument pour le diagnostic d'une vascularite systémique sous-jacente. Le diagnostic d'une pachyméningite idiopathique à MPO-ANCA positif était retenu.

Le patient était traité par une corticothérapie à forte dose associée à des bolus mensuels de cyclophosphamide. L'évolution était bonne à 3 mois du traitement avec sur le plan clinique une nette amélioration de l'atteinte des paires crâniennes et sur le plan biologique une disparition du syndrome inflammatoire.



Figures 1, 2 et 3: IRM cérébrale : coupe axiale (A), coronale (B) et sagittale (C) en séquence T1 post gadolinium montrant une pachyméningite avec épaississement méningé continu prédominant du côté gauche et engainant les nerfs crâniens fortement rehaussé après injection.

DISCUSSION

La pachyméningite se manifeste le plus souvent par des céphalées et des atteintes compressives des nerfs crâniens. L'IRM est l'examen de référence, elle permet de porter le diagnostic de pachyméningite, d'apprécier son intensité et la diffusion des lésions.

Ses étiologies sont multiples, essentiellement représentées par les maladies infectieuses (syphilis, tuberculose, infections fongiques), les collagénoses (la granulomatose de Wegener, le syndrome de Churg-Strauss), les méningites carcinomateuses, la sarcoïdose et l'hypotension intracrânienne bénigne. Cependant, une pachyméningite idiopathique (PI) est rarement décrite. En effet, moins d'une centaine d'observations de PI a été rapportée dans la littérature [1]. Chez notre patient, la positivité des MPO-ANCA n'était pas associée à des manifestations systémiques. Bien qu'une vascularite n'ait pas été prouvée histologiquement, nous suggérons que l'auto-immunité MPO-ANCA pourrait être en cause d'une pachyméningite. La présence de quelques cas similaires dans la littérature renforce notre hypothèse [2-3]. Les MPO-ANCA pourraient être un facteur prédictif d'une rechute de la maladie d'où leur intérêt pronostique. L'évolution est rapidement fibrosante.

Le traitement repose en première intention sur les corticoïdes. En cas de résistance, un traitement immunosuppresseur doit être associé [3]. Les rechutes sont fréquentes. L'évolution des images radiologiques est variable.

CONCLUSION

La pachyméningite associée à des MPO-ANCA est une entité rare. La biopsie méningée pourrait fournir une preuve histologique d'une vascularite, d'où son intérêt diagnostique. Un traitement précoce doit être rapidement instauré pour améliorer le pronostic.

Références:

1-G. Moulis a, Y. Degboeb, G. Martin-Blondel c, M. Alvarezd, D. Adonec; Pachyméningite idiopathique : une entité rare, à traiter comme une vascularite cérébrale ? La Revue de médecine interne 30S (2009) S385-S479 2-Horino T, T. Takao, Taniguchi Y, Y Terada; Hypertrophic pachymeningitis with MPO-ANCA-positive vasculitis; Clin Rheumatol, 2010 Jan;29(1):111- 3-Jacobi D, Maillot F, Hommet C, Arsène S, Cottier JP, Lamisse F, Gailllevin L P-ANCA cranial pachymeningitis: a case report; Clin Rheumatol, 2005 Apr;24(2):174-7. Epub 2004 Dec 2.



ASSOCIATION DE LA FIBROSE MÉDIASTINALE À LA MALADIE DE BEHÇET : À PROPOS DE 3 CAS

M.Mrouki; L.Metoui; I.Gharsallah; N.Bousetta; B.Louzir; S.Othmani

Hôpital militaire de Tunis, Service médecine interne

Introduction

- La maladie de Behçet est une vascularite caractérisée par ses manifestations cutané-muqueuses, oculaires, articulaires, vasculaires et neurologiques.
- Les manifestations intra thoraciques sont essentiellement la thrombose de la veine cave, les anévrysmes et les infarctus pulmonaires.
- La fibrose médiastinale (FM) reste exceptionnelle. Nous rapportons à ce propos 3 observations.

1^{er} Cas clinique

Patient âgé de 21 ans, a été hospitalisé pour prise en charge d'un syndrome Cave supérieur en rapport avec une fibrose médiastinale suspectée devant l'élargissement du médiastin supérieur à la radio thoracique .

La TDM thoracique et l'angio IRM thoracique avaient montré respectivement une masse tumorale hétérogène du médiastin antéro-supérieur, obstruction localisée de la veine cave supérieure (VCS) à son origine en rapport avec un important processus infiltrant la graisse médiastinale, une thrombose veineuse innominée, subclavière et jugulaire gauche avec un épanchement pleural gauche. La biopsie médiastinale avait confirmé le diagnostic.

Par ailleurs, le patient avait présenté au cours de l'année précédent son hospitalisation 4 poussées d'aphtose bipolaires et de gonalgies . A l'examen, on avait trouvé un aphte buccal, des cicatrices d'aphtes scrotaux et une hypersensibilité aux points d'injection. L'examen ophtalmologique était normal, mais l'angiographie rétinienne avait trouvé une papillite bilatérale. Le diagnostic de maladie de Behçet avec FM, thrombose et atteinte oculaire a été retenu. Le patient a été traité par anti vitamine K (AVK) prednisone 1mg/kg/j et colchicine avec une bonne amélioration clinico-radiologique initiale. 8 mois plus tard , alors qu'il était sous 10 mg de prednisone, le patient a été réhospitalisé dans un tableau d'oppression Thoracique, des scapalgies, une dysphagie aux solides en rapport avec un volumineux faux anévrysme du tronc artériel brachiocéphalique en pré-rupture et une masse fibreuse comprimant la VCS et la trachée. Le patient a eu une interposition d'un greffon entre la carotide primitive droite et le tronc artériel brachiocéphalique. Les suites opératoires s'étaient compliquées d'une détresse respiratoire et d'état de choc au 4^{ème} jour post opératoire. Le patient est décédé.

2^{ème} Cas clinique

Patient âgé de 25 ans, aux antécédents de péricardite traitée par Aspirine, a été hospitalisé pour suspicion de syndrome cave supérieur. À l'interrogatoire, il y avait la notion d'aphtose bipolaire récidivante depuis 7 ans. L'examen avait trouvé un œdème en pèlerine, une Circulation veineuse collatérale thoracique antérieure droite, une aphtose buccale et génitale, des lésions de pseudo-folliculite nécrotiques au niveau du dos et une hypersensibilité aux points d'injection. .

La TDM et l'angio-IRM thoraciques avaient montré une infiltration de la graisse du médiastin supérieur, une thrombose de la partie proximale de la VCS et du tronc innominé,.

Le diagnostic de maladie de Behçet avec FM et thrombose de la VCS et du tronc innominé était retenu. Le patient a été traité par prednisone 1mg/kg/j, AVK et colchicine.

L'évolution a été marquée par la régression de l'œdème et des signes cutané-muqueux, et une stabilisation de la fibrose médiastinale après 22 mois de traitement.

3^{ème} Cas clinique

Patient âgé de 27 ans sans antécédents, a été hospitalisé pour prise en charge d'un syndrome cave supérieur. Au 4^{ème} jour d'hospitalisation, il y a eu une apparition d'aphtose buccale et génitale ainsi que des lésions de pseudo-folliculite au niveau du dos. L'examen ophtalmologique était normal. La TDM thoracique avait montré une thrombose étendue du tronc innominé et de la partie supérieure de la VCS associée à une infiltration diffuse de la graisse médiastinale. Le diagnostic de maladie de Behçet avec thrombose cave et innominé associées à une fFMA été retenu.

Le patient a été traité par de la prednisone 1mg/kg/j, colchicine et AVK. L'évolution était rapidement favorable: disparition du syndrome Cave supérieur ainsi que des lésions cutané-muqueuse . 22 mois après, le patient est resté asymptomatique sous colchicine, AVK et prednisone 10mg/j.

Discussion

- La fibrose médiastinale est une affection rare estimée à 10% des masses médiastinales.
- Elle est révélée par un syndrome cave supérieur dans 60% des cas, comme c'est le cas de nos patients.
- l'imagerie a une place importante pour confirmer ce diagnostic, la TDM avec opacification vasculaire permet de poser aisément le diagnostic en montrant un processus tissulaire plus infiltrant qu'expansif de la graisse médiastinale prenant modérément le contraste et pouvant comporter des plaques nodulaires calcifiés. L'IRM permet de suspecter le diagnostic au stade de fibrose en montrant un hypo signal T2 mais ne peut pas écarter un processus tumoral infiltratif au stade au stade granulomateux de fibrose. Toutefois l'une comme l'autre permettent de déceler les thromboses.
- En cas de doute, une exploration chirurgicale est nécessaire afin de poser le diagnostic histologique, celui-ci peut montrer un aspect granulomateux au stade initial ou une fibrose.
- Les étiologies de la FM sont essentiellement les histoplasmoses et la tuberculose. Rarement, une cause médicamenteuse, toxique, ou le syndrome d'hyper IgD sont incriminés. L'association à la maladie de Behçet est rare

Conclusion

La fibrose médiastinale est exceptionnelle au cours de la maladie de Behçet. La relation etiopathogénique entre les deux affections n'est pas encore résolue. La FM devrait être suspectée devant tout syndrome cave supérieur

INFLUENCE DU BMI ET DE LA DUREE DE LA PRATIQUE SPORTIVE SUR LA LOMBALGIE CHEZ LES MILITAIRES

I Garsallah ; S. Boussaïd ; S. Esseghir; L. Metoui; A. Laabidi; N. Ben Abdelhafidh; R. Battikh; B. Louzir; S. Othmani
 Service de médecine interne, Hôpital Militaire de Tunis, Tunisie

RESULTATS

INTRODUCTION

•Les études consacrées aux lombalgies en milieu militaire sont éparses, plus particulièrement pour les sportifs d'entre eux, soumis à de nombreux microtraumatismes lombaires. Le but de ce travail est d'estimer le degré du handicap sportif et professionnel engendré par la lombalgie chez une population de militaires sportifs tunisiens selon leurs poids et la durée de la pratique sportive.

•L'âge moyen des sujets est de $32,92 \pm 9,47$ ans. Le sexe ratio (H/F) est de 5,66. La durée moyenne de la pratique sportive est de $16,14 \pm 9,64$ ans. Les sports pratiqués sont divers. Ils incluent Les sports de lutte (lutte et judo) (35,7%), l'athlétisme (25%) et le box (17,85%), la natation et le Hand-Ball. L'activité sportive de la population étudiée est quotidienne excepté les dimanches et les samedis après midi pour la plupart. Le nombre moyen d'heures d'entraînement par semaine est de $18 \pm 1,08$.

•La durée moyenne de la lombalgie est de 40 ± 30 mois. Un quart des sportifs environ ont une lombalgie qui dure depuis 4 ans (21,42%). Le coefficient de corrélation entre la durée de la pratique sportive et durée de la lombalgie est significatif à 5% ($P= 0,02$). Par contre il n'existe pas de corrélation entre la durée de l'entraînement (en heures par semaine) et le type ($P=0,53$) ou la durée de la lombalgie ($P=0,30$). L'étude de corrélation entre le BMI et la survenue de lombalgie n'a pas objectivé de corrélation positive entre ces deux paramètres.

MATERIEL ET METHODE

•Notre étude, descriptive transversale, a été réalisée sur une population de 28 militaires sportifs de haut niveau ayant présenté au moins une fois au cours de leur carrière un épisode de lombalgie ou lombosciatique. Pour tous les sportifs, nous avons recueilli les données épidémiologiques (ATCDs personnels, âge, sexe, grade et activité professionnelle, nature et durée de l'activité sportive), les paramètres anthropométriques (taille, poids), les données cliniques et radiographiques.

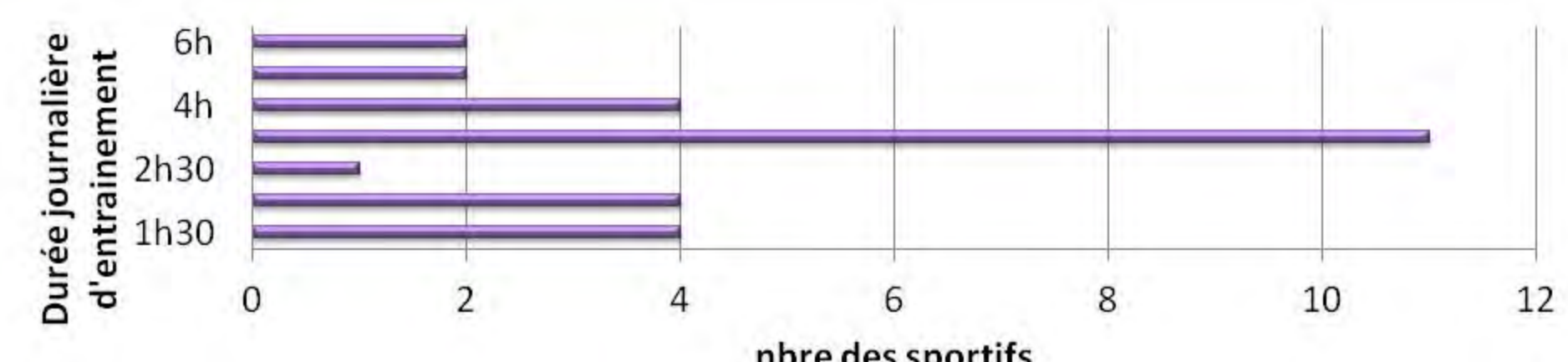


Fig 1: répartition du nombre de sportifs selon la durée journalière d'entraînement

Le BMI des sujets est compris entre 20 et 30 avec une valeur moyenne de $24,64 \pm 4,43$. La majorité des sportifs (15 sportifs soit 53,57%) ont un BMI entre 20 et 25. 7 sportifs (soit 25%), 3 judoka, 2 lutteurs et 2 athlètes, ont une surcharge pondérale ($25 \leq \text{BMI} \leq 30$).

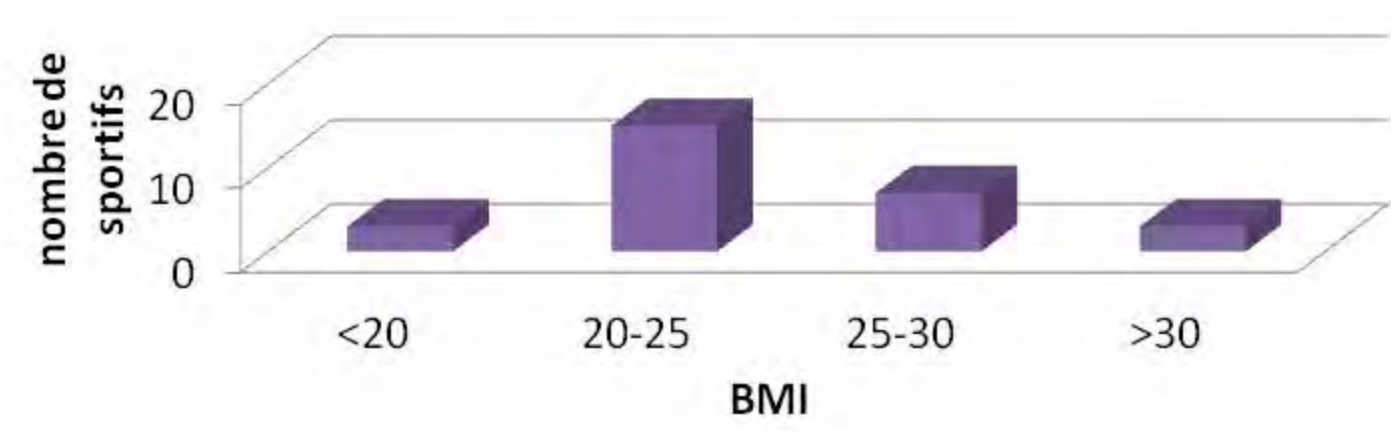


Fig 2: répartition des sportifs selon le BMI

Tableau 1: Corrélation entre la durée du sport et différents paramètres liés à la lombalgie

	X ²	P
Durée de la lombalgie	0,41	0,02
Type de lombalgie	0,08	0,67
Durée du repos	0,06	0,76
Durée de la rééducation	0,12	0,53

CONCLUSION

•Les principaux facteurs de risque de lombalgie chez les sportifs sont souvent liés à l'âge de début de l'activité sportive, à l'âge du sportif et son poids, et à la pratique intensive d'un seul sport. La durée de la période totale de la pratique sportive dans la littérature et selon notre étude constituerait un facteur de risque de lombalgie chronique.



OSTEOPOROSE AU DELA DE 80ANS: QUELLE PRISE EN CHARGE?

K. Ben Abdelghani; A. Ben Tekaya; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction:

L'ostéoporose est un problème majeur de santé publique qui touche principalement la population âgée. Notre objectif est de déterminer la stratégie thérapeutique chez des femmes ostéoporotiques très âgées (au-delà de 80ans).

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective, menée dans notre service, colligeant les dossiers des femmes âgées de plus de 80ans et présentant un T-score < -2.5DS au site rachidien ou fémoral. Une analyse détaillée de chaque dossier a été faite

Résultats:

Nombre	13
Age moyen	83.5ans [80-93]
Facteurs de risque de l'ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Antécédents de tabagisme(2), ✓ une consommation d'alcool(1), ✓ une malnutrition(7) ✓ un indice de masse corporel bas (10) ✓ autres causes d'ostéoporose secondaire (0)
Biologie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ bilan phosphocalcique normal (100%) ✓ l'électrophorèse des protides normales (100%)
Bilan radiologique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ fracture vertébrale asymptomatique lombaire(11) ✓ fracture du poignet consolidé(1)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ règles hygiéno-diététiques ✓ activité physique régulière ✓ supplémentation calcique et en vitamine D ✓ acide zolédronique(n=1) ✓ alendronate(n=6) ✓ résidronate(n=4) ✓ ranélate de strontium(n=1) ✓ On a sursit au traitement devant l'âge (93ans) (n=1)
Tolérance du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ bonne ✓ ostéonécrose de la mâchoire (n=0) ✓ fracture du col du fémur typique après 1an de traitement par Alendronate (n=1) d'où le switch vers le ranélate de strontium

Discussion: On estime que 30% des fractures de fragilité surviennent chez les femmes au delà de l'âge de 80 ans. Une revue de la littérature a montré l'efficacité des traitements anti-ostéoporotiques chez les femmes très âgées. L'étude HIP a montré une réduction de 81% des fractures vertébrales à 1an chez les patientes âgées de plus de 80ans et traitées par risédronate. La réduction du risque des fractures de la hanche était de 46% par rapport au placebo chez les femmes de 70-100 ans avec une ostéoporose avérée [1]. Une perfusion annuelle de l'acide zolédronique pendant 3 ans a permis une réduction significative du risque de fractures vertébrales et de la hanche jusqu'à 70% (39% étaient âgés de plus de 75 ans). Quant au ranélate de strontium, une analyse récente a montré une diminution du risque de fractures vertébrales dans la première année de 59% et non vertébrales fractures de 41% chez des femmes très âgées. À 5 ans, les réductions du risque relatif ont été maintenues à 31% pour les fractures vertébrales et 27% pour les fractures non vertébrales [2]

Conclusion: L'ostéoporose reste un fardeau en raison du vieillissement croissant de notre population. A l'heure actuelle, il existe des preuves suffisantes à savoir une réduction significative de l'incidence des fractures ostéoporotiques avec une bonne tolérance pour ne pas laisser ce groupe de patientes sans traitement.

Références: [1] Masud T, McClung M.R, Geusens P. Reducing hip fracture risk with risedronate in elderly women with established osteoporosis. *Clin Interv Aging* 2009;4:445-559.
[2] Seeman E, Boonen S, Borgström F, et al. Five years treatment with strontium ranelate reduces vertebral and nonvertebral fractures and increases the number and quality of remaining life-years in women over 80 years of age. *Bone* 2010;46:1038-42.



Traitement des maladies inflammatoires et auto-immunes par le Rituximab

N. Elamri, K. Baccouche, H. Zeglaoui, Z. Alaya, S. Belghali, H. Ben Fredj, I. ben Smida, N. Bagane, A. Jamel, E. Bouajina
Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse

Introduction

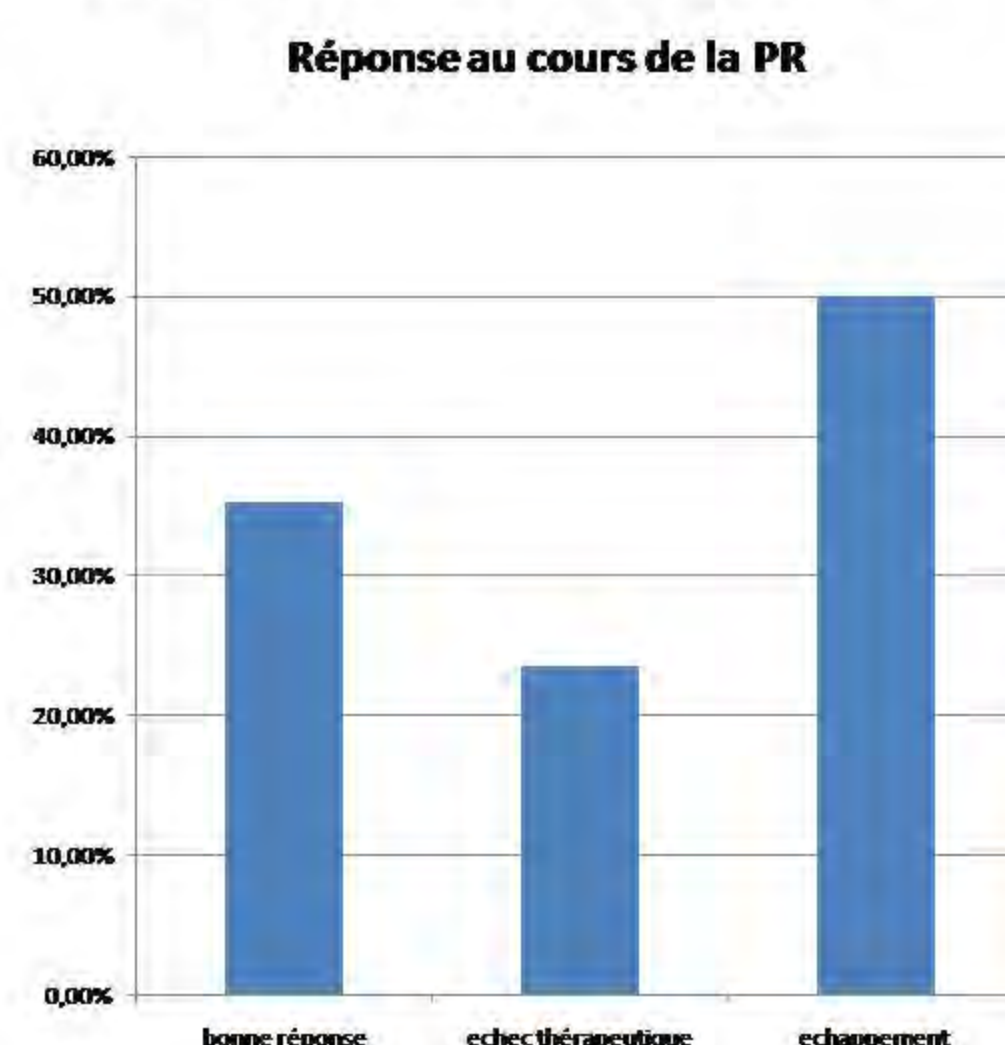
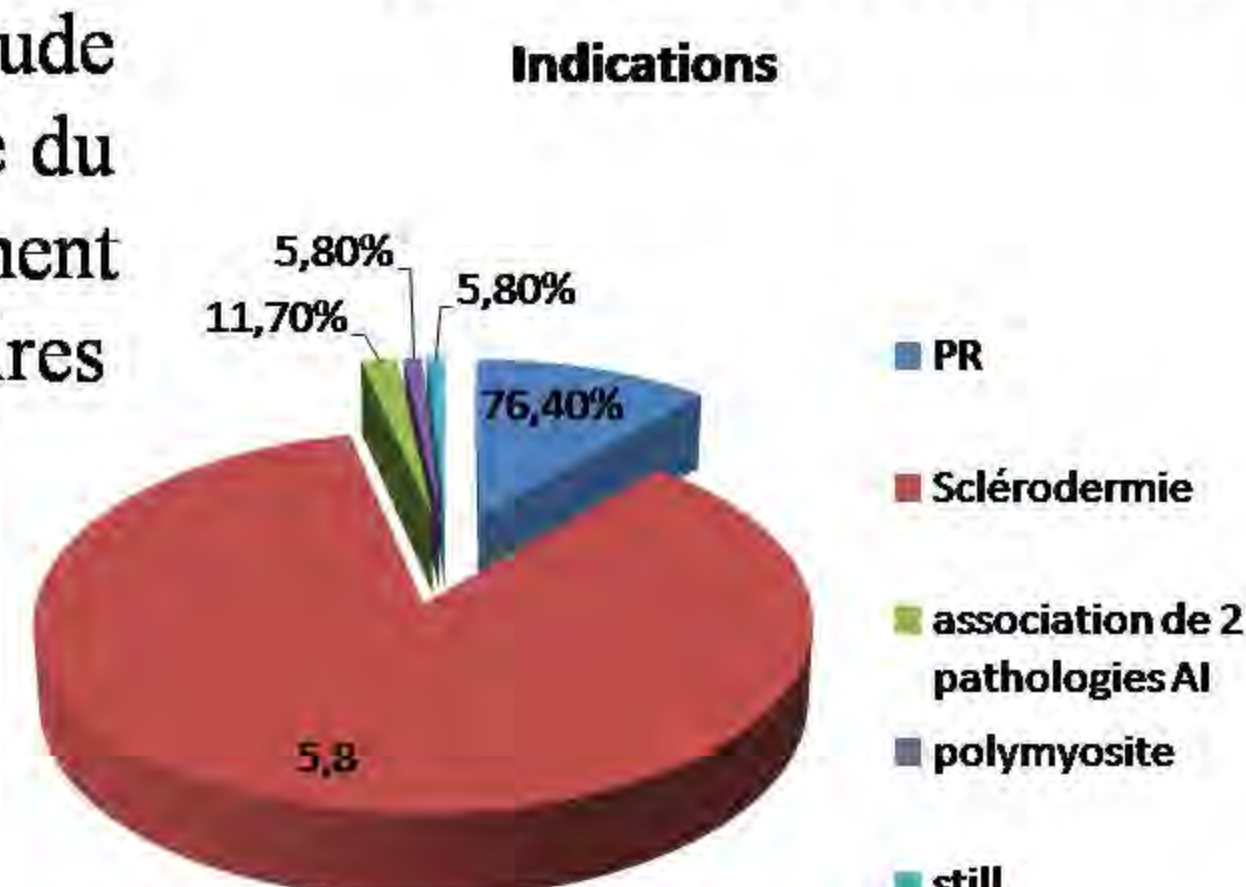
Le rituximab est un anticorps monoclonal murin humanisé dirigé contre la molécule CD20 exprimé à la surface des lymphocytes B. Il a prouvé son efficacité dans plusieurs maladies auto-immunes impliquant une activation des lymphocytes B.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 17 patients colligés au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse sur une période de 3 ans. L'objectif de cette étude est de déterminer la place du Rituximab dans le traitement des maladies inflammatoires et auto-immunes.

Résultats

L'âge moyen de la population est 50,3 ans. La principale indication du Rituximab est une PR réfractaire aux traitements de fond conventionnels (76,4% des cas). Dans 11,7% des cas, le Rituximab est indiqué pour traiter une association de deux pathologies auto-immunes (une PR et une sclérodémie cutanée diffuse, une PR et un syndrome de Gougerot Sjogren sévère). Les autres indications sont une maladie de Still (5,8%), une polymyosite avec atteinte cardiaque (5,8%) et une sclérodémie systémique (5,8%). Les résultats thérapeutiques au cours de la PR sont respectivement une amélioration clinique et biologique dans 16,6%, un échec thérapeutique dans 33,3% et un échappement au bout de 12 mois dans 50% des cas. Une amélioration clinique est observée chez tous les autres patients. Les complications infectieuses sont rares (11,7%). Cependant des réactions secondaires à la perfusion sont observées dans 29,4% des cas (réactions cutanées, pic hypertensif, oppression thoracique, irritation laryngée et céphalée). L'évolution est favorable dans tous les cas.



Discussion

Différentes maladies auto-immunes de physiopathologie hétérogène ont été traitées, après échec des traitements habituels, par le rituximab et ont fait l'objet de publication témoignant de son efficacité partielle ou complète. Cependant, ce traitement n'a l'AMM qu'au cours de la PR qui a fait l'objet de 3 études prospectives randomisées.

Le rituximab a montré son efficacité au cours du syndrome de G. Sjogren débutant. Cependant, la parotidomégalie et le gonflement des autres glandes salivaires répondent mieux que les symptômes du syndrome sec.

Peu d'études sont actuellement disponibles concernant les myopathies inflammatoires. Selon M.A. Cooper et al Une amélioration de la force musculaire a été obtenue après rituximab chez 6/6 patients ayant une dermatomyosite réfractaire aux traitements habituels.

Quelques études observationnelles se sont intéressées au traitement de la sclérodémie par le rituximab dont la plus intéressante est celle de Jordan et al qui a rapporté les données de 72 patients chez qui une amélioration du score de Rodnan sous rituximab a été notée. Cependant il n'y a pas eu d'amélioration de l'atteinte pulmonaire.

Conclusion

Le Rituximab est actuellement essayé dans de nombreuses maladies auto-immunes permettant une désescalade thérapeutique et une épargne cortisonique. Cependant les rechutes sont fréquentes.



ETAT PARODONTAL CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN

M. Jguirim¹; S. Jemmeli¹; M. Othmen²; M. Younes¹; S. Zrour¹; I. Bejia¹; M. Touzi¹; N. Bergaoui¹.

¹*Service de Rhumatologie de Monastir.

²*Hopital régional de Ksar Hellal.

Introduction:

Le syndrome de Gougerot Sjogren (SGS) est caractérisé par une sécheresse buccale et oculaire. La maladie parodontale (gingivite et parodontite) est provoquée par la plaque bactérienne qui s'accumule dans la région du sillon gingivo-dentaire. Le risque n'est pas égal pour tous les patients. Les lésions buccales consécutives à la sécheresse buccale sont fréquentes chez les patients atteints par ce syndrome.

L'objectif de notre étude était de comparer l'état parodontal de deux populations, l'une atteinte de syndrome de SGS primitif ou secondaire et l'autre servant de groupe témoin dans le but de déterminer l'existence ou non d'une relation entre le syndrome de Gougerot-Sjogren et l'augmentation de la fréquence ainsi que la sévérité des maladies parodontales.

Patients et Méthodes:

Un examen parodontal est effectué pour chaque patient. Un indice de plaque et un indice de saignement sont relevés pour chaque patient et nous avons utilisé l'indice communautaire pour l'évaluation des besoins en soins parodontal (CPITN), l'indice de saignement et l'indice de perte d'attache

Résultats

Nous avons examiné 24 patients atteints de ce syndrome que nous avons comparé à un groupe témoin de 48 personnes. Il s'agissait de 23 femmes et un homme d'âge moyen 50,8 ans \pm 13,6 ans pour le groupe malade. L'âge moyen du groupe témoin était de 52,1 \pm 11 ans. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la fréquence du brossage, la fréquence du détartrage et les moyens d'hygiène buccodentaire. Une différence statistiquement significative était trouvée dans les deux groupes pour l'indice de saignement, l'indice de perte d'attache et le CPITN.

Pour l'indice de plaque, la différence n'était pas significative ($p=0,522$).

Ainsi, les lésions parodontales étaient statistiquement plus importantes chez les patients atteints de syndrome de Gougerot-Sjogren. La gravité de l'atteinte parodontale n'était pas corrélée à l'ancienneté de la maladie, à la forme clinique primitive ou secondaire du SGS ni à la présence de traitement. Par contre, elle était corrélée à un mauvais niveau socioéconomique.

Discussion

Le syndrome de Gougeort-Sjögren est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphoïde des glandes exocrines (exocrinopathie), notamment salivaires et lacrymales, responsable d'une sécheresse buccale (xérostomie) et oculaire (xérophtalmie).

La maladie parodontale (gingivite et parodontite) est provoquée par la plaque bactérienne qui s'accumule dans la région du sillon gingivo-dentaire. Le risque n'est pas égal pour tous les patients. Certains patients malgré une exposition à la plaque dentaire prolongée, ne présentent pas de signes sévères de destruction parodontale.

Les lésions buccales consécutives à la sécheresse buccale sont fréquentes chez les patients atteints par ce syndrome. La maladie parodontale constitue une des affections infectieuses dont souffrent les personnes qui développent un syndrome sec et serait liée à l'accroissement du potentiel pathogène de la plaque bactérienne.

Conclusion

Les résultats de notre étude est en faveur de la présence d'un lien entre le syndrome de Gougerot Sjögren et la sévérité de la maladie parodontale et les facteurs mis en cause seraient essentiellement immunitaires et microbiologiques. Ces résultats ont également montré l'importance de l'intégration de l'odontologiste dans des équipes pluridisciplinaires pour une meilleure prise en charge des patients souffrant de ce syndrome. Une prise en charge dès le stade initial de la maladie, permet d'améliorer la santé buccodentaire et de limiter les dégâts.



QUELLE HIERARCHIE DE PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE DES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES?

L. Souabni; A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

L'articulation sacro-iliaque constitue la localisation la plus précoce et quasi-constante des atteintes débutantes des spondyloarthrites (SpA). Elle peut être également le siège d'atteintes infectieuses ou des modifications par surcharge mécanique. La fiabilité des différentes techniques est sujette à caution, vu l'absence de gold standard indiscutable. Le but de notre travail est d'illustrer notre stratégie diagnostique devant une suspicion de sacroiliite (SI).

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective colligeant des dossiers des patients ayant un aspect radiologique anormale au moins d'une articulation SI. Nous avons exclu les patients déjà suivis pour SpA.

Résultats:

Femme/Homme:	16/4	
Age moyen:	34.4 ans[13-55]	
Motifs de consultation:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pygalgies inflammatoire (6) ✓ pygalgies mécanique (4) ✓ Lomboradiculalgies inflammatoire (5) ✓ Douleur inguino-crurale (1) ✓ Découverte fortuite lors d'une exploration d'une polyarthrite rhumatoïde (3)/ une sarcoïdose (1) 	
Prescription de l'imagerie:	<p>1^{ère} intention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La TDM : 70% <ul style="list-style-type: none"> ▪ remaniements dégénératifs (50%) ▪ une atteinte présumé inflammatoire (33%) ▪ SI infectieuse (17%) ✓ L'IRM: 30% <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etiologie infectieuse (60%) ▪ inflammatoire (40%) 	<p>2^{ème} intention: IRM (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ recherche de signes d'activité inflammatoire devant une forte suspicion d'une SpA avec une TDM normale (2) ✓ aspect de SI infectieuse à la TDM avec une biopsie non concluante (1) ✓ confirmation d'une SI infectieuse (1)

Discussion et Conclusion:

D'après nos résultats, après l'imagerie standard, la TDM a été la plus prescrite en raison probablement de son faible cout. Toutefois, l'IRM a été quand même demandée en complément à la TDM dans un nombre non négligeable de cas. En effet, l'apport spécifique de l'IRM est de visualiser les signes d'activité inflammatoire par la mise en évidence d'anomalies de la moelle osseuse juxta-articulaire (tuméfaction, œdème, micro-abcès. . .). C'est ce qui permet à l'IRM d'être plus sensible que la TDM pour visualiser les formes débutantes d'atteinte des sacro-iliaques mais aussi pour l'évaluation des réponses thérapeutiques (diminution de l'activité inflammatoire).

Ceci nous amène à conclure qu'il serait plus licite de privilégier d'emblée l'IRM afin d'avoir d'une part un diagnostic précis et de pouvoir d'autre part faire des économies de santé!



Intérêt de la capillaroscopie péri-unguéeale dans l'approche étiologique en Rhumatologie

F Chaieb ., C Aouichaoui ., H Debbabi ., Z Tabka.

Service de Physiologie et des Explorations Fonctionnelles.EPS Farhat Hached de Sousse

INTRODUCTION

La capillaroscopie péri-unguéeale est une technique simple, non invasive et non couteuse qui permet d'apprécier la circulation cutanée digitale et de caractériser les perturbations microcirculatoires des acrosyndromes vasculaires. Elle constitue un outil d'orientation diagnostique sensible et spécifique mais qui reste peu demandée dans le cadre des pathologies rhumatismales.

Ce travail a pour objectifs de :

- Etablir les principales indications de la capillaroscopie péri-unguéeale en rhumatologie
- Evaluer l'apport de cet examen dans la pratique quotidienne des cliniciens.

MATERIELS ET METHODES

C'est une étude descriptive qui a été menée sur 31 patients adressés par le service de Rhumatologie au service de Physiologie et des Explorations Fonctionnelles du CHU Farhat Hached de Sousse pour la pratique de la capillaroscopie péri-unguéeale sur une période allant du 10 juin 2011 au 21 février 2013.

RESULTATS

Les résultats montrent que le phénomène de Raynaud (PR) est présent chez 90 % des patients adressés par le service de Rhumatologie.

La suspicion de la sclérodémie représente le motif essentiel des demandes de la capillaroscopie péri-unguéeale (48,4%). (tableau 1)

L'examen était considéré normal dans 16,2 % des cas. L'examen était en faveur d'une microangiopathie non spécifique et d'une dystrophie mineure respectivement dans 25,8 % et 29 % des cas. L'aspect capillaroscopique était en faveur d'une sclérodémie systémique dans 29 % des cas. (Figure 1)

Les mégacapillaires et les signes de gravités à type d'hémorragies capillaires ont été observés respectivement dans 20% et 38,7% des cas. (tableau 2)

DISCUSSION

Le PR est présent chez la plupart des patients adressés à notre service avec pour principale suspicion la sclérodémie. En effet, la sclérodémie constitue la principale étiologie qui doit être évoquée et dépistée devant le PR premier signe d'appel avant l'apparition d'autres signes systémiques (1).

Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature et montrent que la capillaroscopie permet d'aider au diagnostic étiologique notamment au diagnostic précoce de la sclérodémie. La présence de signes de microangiopathie non spécifique peut entrer dans le cadre d'une connectivite et alarmer selon le contexte clinique au risque d'évolution sclérodémique (2).

CONCLUSION

Notre étude montre que la capillaroscopie péri-unguéeale permet l'orientation diagnostique et constitue un moyen simple de dépistage des microangiopathies notamment des phénomènes de Raynaud à évolution sclérodémique.

Tableau 1: Répartition des patients selon le motif de demande

Motif	Nombre de demandes	Pourcentage
Suspicion de sclérodémie	15	48.4 %
Phénomène de Raynaud	9	29 %
Sclérodémie	3	9.7 %
Suspicion lupus	2	6.5 %
Lupus	1	3.2 %
Polyarthrite Rhumatoïde	1	3.2 %

Tableau 2 : Répartition des patients selon les anomalies observées en capillaroscopie

Motif	Nombre de demandes	Pourcentage
Désorganisation	23	74.2 %
Raréfaction capillaire	15	48.4 %
Plages désertiques	5	16.1 %
Densité capillaire augmentée	3	9.7 %
Dystrophie mineure	1	3.2 %
mégacapillaires	1	3.2 %
hémorragies	18	58.1 %
Néovaisseaux	2	6.5 %
Capillaire long effilé	2	6.5 %

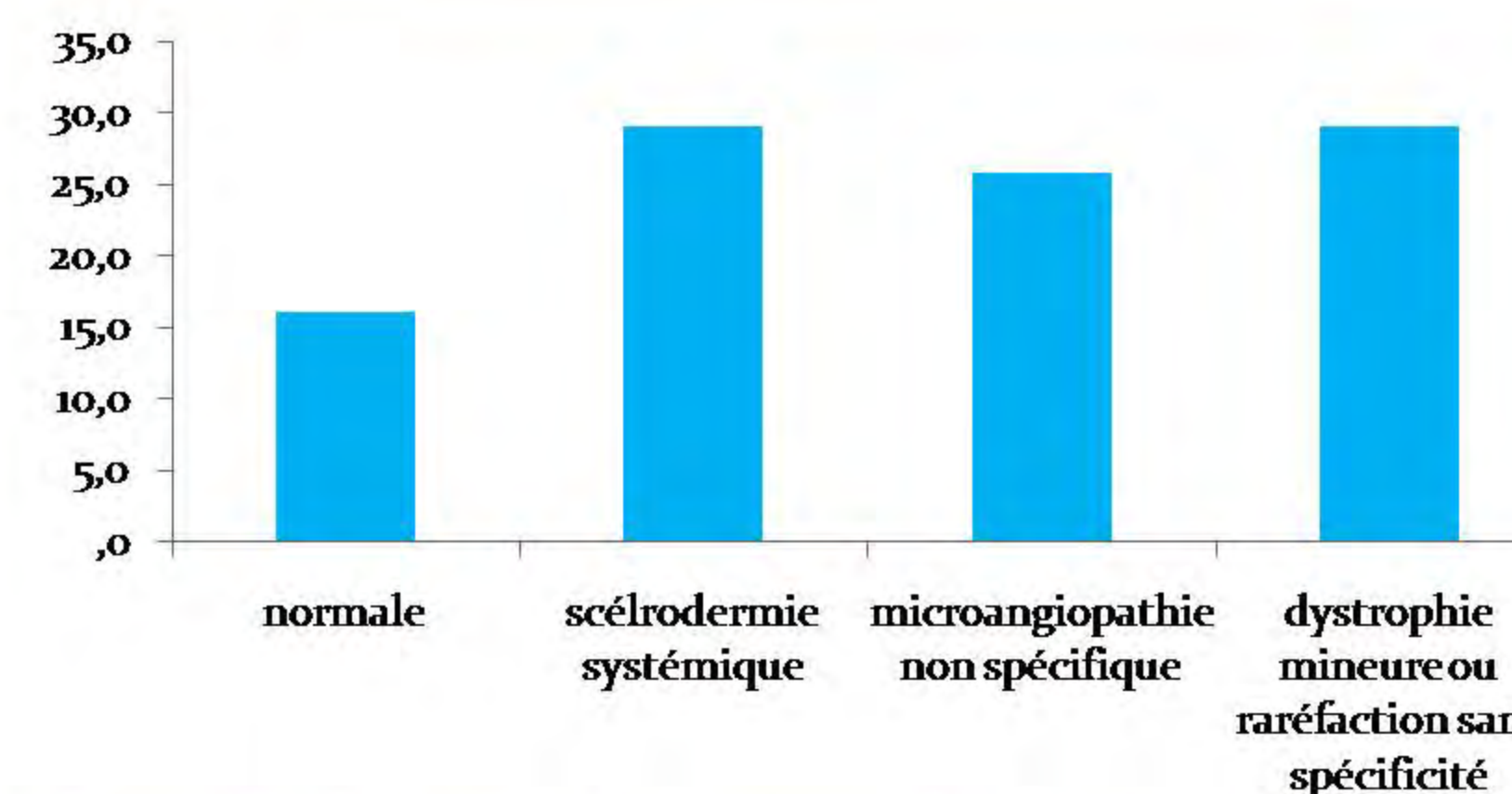


Figure 1 : Répartition des patients selon l'aspect capillaroscopique

1. Bellando-Randone S, Guiducci S, Matucci-Cerinic M. Very early diagnosis of systemic sclerosis. Arch Med Wewn. 2012;122 (Suppl 1):18-23.

2. Lambova SN, Muller-ladner U. The role of capillaroscopy in differentiation of primary and secondary Raynaud's phenomenon in rheumatic diseases: a review of the literature and two case reports. Rheumatol Int. 2009 ; 29(11):1263-71.

INFLUENCE DE L'AGE SUR L'EXPRESSION CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

L. Dridi ; H. Sahli ; R. Tekaya ; I. Cherif ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) à début tardif devient de plus en plus fréquente avec le vieillissement de la population.
- Elle est à l'origine de particularités sémiologiques et évolutives posant souvent de véritables problèmes diagnostiques.
- Nous nous proposons d'étudier les particularités cliniques, biologiques et radiologiques de la PR du sujet âgé comparativement à la PR du sujet jeune.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective comparative entre 51 patients sujets âgés (>65 ans) et un groupe témoin de sujets plus jeunes (50 patients) hospitalisés au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle entre 2002 et 2012.

Résultats

La comparaison des données cliniques entre les 2 groupes est résumée dans le tableau I.

	PR âgés	PR témoins	p
Age moyen	71,6 ans[65-84]	45,78	
Ses-ratio (F/H)	2	3,1	0,3
Durée d'évolution moyenne de la maladie	29,83 mois	27,92 mois	0,76
Début rhizomélique	27,4%	4%	0,001
Signes généraux	14	2	0,001
Déformations articulaires	62,7%	24%	<0,001
Manifestations extra-articulaires	61%	30%	0,002

- Le SIB était plus intense dans la PR du sujet âgé.
- Le HAQ moyen était de 1,75 contre 1,53 dans le groupe des sujets jeunes (p=0,158).
- Le DAS28 était comparable dans les groupes étudiés (p=0,353). Sa moyenne était de 5,68 chez les patients âgés.

Données immunologiques:

- Le facteur Rhumatoïde était positif dans 86% chez les sujets âgés et dans 82% dans le groupe témoin.
- Les AAN étaient négatifs chez tous les patients des 2 groupes.

Conclusion

La PR du sujet âgé est aussi sévère que celle du sujet jeune et est caractérisée par un début souvent rhizomélique, des signes généraux et extr-articulaires et des déformations plus fréquentes.

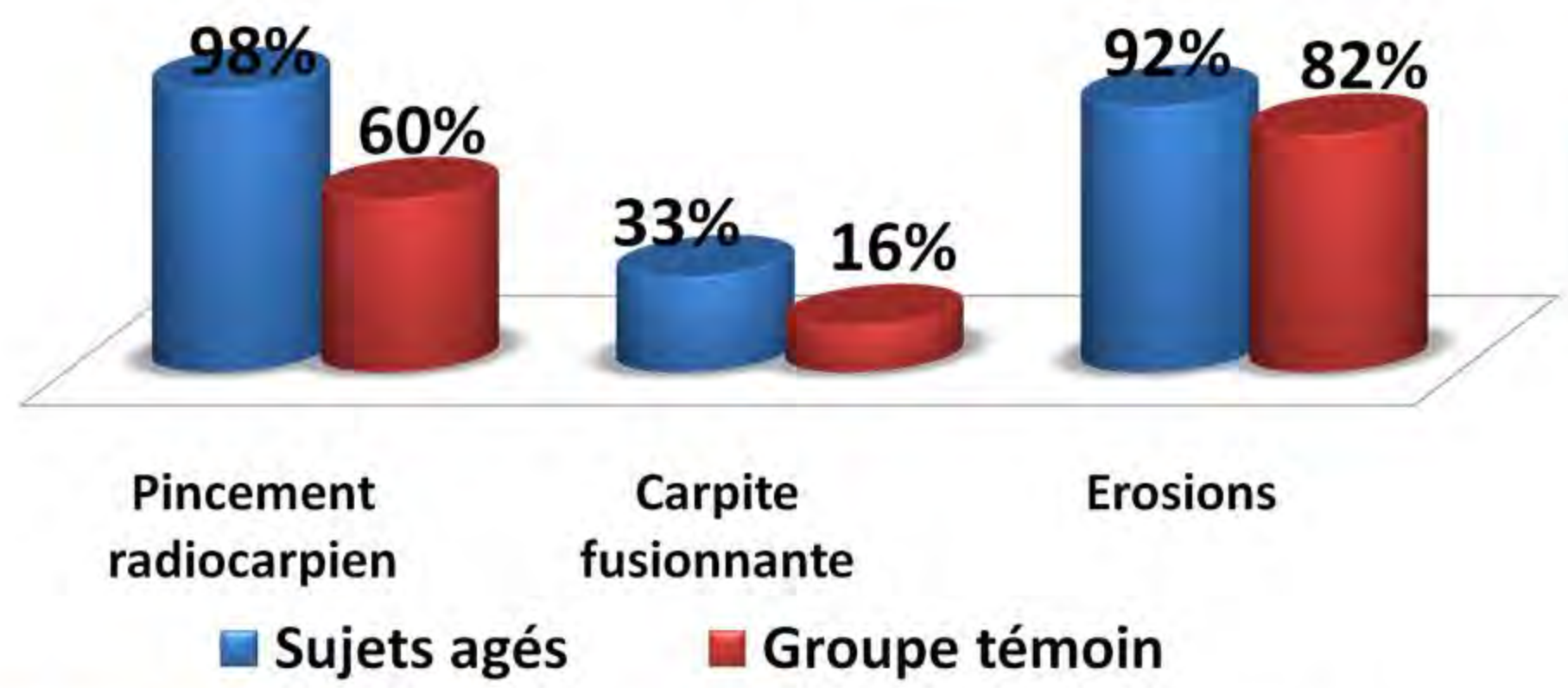


Figure 1: Comparaison des données radiologiques

Données radiologiques: Présence plus importante de pincement articulaire (p<0,001) et de carpite fusionnante (p=0,044) chez le sujet âgé. La répartition des patients selon les données radiologiques est présentée sur la figure 1.

Le score de Sharp modifié était plus élevé chez les sujets jeunes sans signification statistique (p=0,415).

Discussion

- La PR représente le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent chez les sujets âgés (34%).
- D'après notre série, en concordance avec les données de littérature, la PR du sujet âgé est caractérisée par une fréquence plus élevée de la répartition rhizomélique de l'atteinte articulaire et par la présence plus fréquente de signes généraux. Les déformations articulaires étaient aussi plus fréquentes chez les sujets âgés.
- Le syndrome sec représente la manifestation extra-articulaire la plus reportée chez les sujets âgés.
- Les paramètres inflammatoires sont également plus élevés.
- La présence du FR de façon non spécifique constitue également une autre particularité. En effet 10 à 15% des sujets âgés de plus de 65 ans ont un FR positif, d'où l'intérêt du dosage des anti-CCP.
- Pour les données radiologiques, les formes érosives étaient plus fréquentes dans notre série. Les données de littératures sont divergentes. Un aspect radiologique comparable à celui des sujets jeunes a été noté par certains auteurs alors que d'autres ont noté des formes moins érosives dans les PR à début tardif.

Références:

(1) Dudler J. Polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé: présentation clinique et prise en charge. Rev Med Suisse 2010;6:542-6
 (2) Pease CT, Bakhta BB, Devlin J, Emery P. Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype? A prospective study of outcome and prognostic factors. Rheumatology 1999;38:228-34
 (3) Mnif A. La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé. Mémoire de gériatrie, Tunis 2002.
 (4) Jean-Baptiste G, Arfi J. Diagnostic d'une polyarthrite récente du sujet âgé. Rev Rhum 2004;74/468-74
 (5) Mlaiki J. Aspects cliniques et thérapeutiques de la polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé, étude comparative d'un groupe de 44 cas et d'un groupe témoin de 115 cas de l'adulte. Mémoire de Gériatrie, Tunis 2005.



ASPECTS RADIOLOGIQUES DU RHUMATISME PSORIASIQUE

R. Dhahri ;L. Metoui ;I. Gharsallah ; F. Aajili ;B. Louzir ;S. Othmeni

• **Introduction:**

La classification du rhumatisme psoriasique RP en formes topographiques distinctes n'a que la valeur d'un schéma et correspond à des modes de début différents d'un rhumatisme qui, à sa phase d'état, réunit de façon variable mais significative un syndrome périphérique et un syndrome axial avec sacro-iliite.

Matériels et méthodes:

- On se propose de décrire les aspects radiologiques du RP à travers une étude rétrospective de 25 cas sélectionnés selon les critères de BERNARD AMOR, 1991 et hospitalisés au service de dermatologie et de médecine interne de l'hôpital militaire principal de Tunis. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan radiologique de la région pélo-rachidienne, des enthèses, et des articulations périphériques, en particuliers les mains et les pieds.

Résultats:

L'examen radiologique est normal chez 3 patients (12% des cas). La radiographie des mains est normale 68% des cas, celle des pieds est normale dans 72% des malades. Au niveau périphérique l'atteinte des mains est la plus observée (16 cas : 6 patients atteint au niveau des IPP , et 7 au niveau des IPD , et 1 seule atteinte des MCP).L'arthrite érosive des IPD est l'aspect le plus fréquemment retrouvé (32 % des cas).L'atteinte des pieds est présente chez 7 patients, avec une atteinte des IPP chez 3 patients, une atteinte des IPD chez 4 autres, une atteinte des MCP chez 1 seul patients. L'atteinte est à la fois des IPD et des IPP chez un patient : l'ankylose d'une IP qui est la manifestation la plus rencontrée (16 %).30 % de nos patients ont présenté une enthésite calcanéenne. Au niveau du rachis, les syndesmophytes représentent l'aspect le plus fréquent (36 % des cas). La spondylodiscite est retrouvée dans deux cas. L'atteinte des sacro-iliaques a été retrouvée dans 56 % des cas. C'est une atteinte asymétrique avec des stades de FORESTIER différents des deux côté (52 %).

Examen radiologique normal	3 patients (12% des cas)
La radiographie des mains	normale 68% 16 cas : 6 atteintes IPP 7 au niveau des IPD (avec arthrite érosive des IPD: 32 % des cas) 1 atteinte des MCP
La radiographie des pieds	normale : 72% Anormale :7 patients • atteinte des IPP 3 cas • atteinte des IPD dans 4 cas • atteinte des MCP 1 cas. atteinte est à la fois des IPD et des IPP : 1 cas ankylose d'une IP : 16 % enthésite calcanéenne: 30 %
Les radiographies du rachis:	syndesmophytes : 36 % La spondylodiscite : 2 cas
Atteinte des sacro-iliaques:	56 % des cas. C'est une atteinte asymétrique avec des stades de FORESTIER différents des deux côté (52 %).

• **Conclusion:**

Il est classique de séparer, voire d'opposer, les formes périphériques et les formes axiales du RP . L'observation radio clinique minutieuse et prolongée montre que, tôt ou tard, plus de la moitié des patients associent des signes périphériques et des signes axiaux.



- **Introduction:**

Il s'agit d'une arthropathie dégénérative touchant une ou plusieurs articulations, d'évolution progressive et indolore. Elle affecte les patients diabétiques ayant une neuropathie périphérique sous-jacente. Ce désordre musculo-squelettique est souvent méconnue. Sa prévalence est d'environ 0,2% des diabétiques et son pronostic est fâcheux en dehors d'une prise en charge adaptée.

- **Matériels et méthodes:**

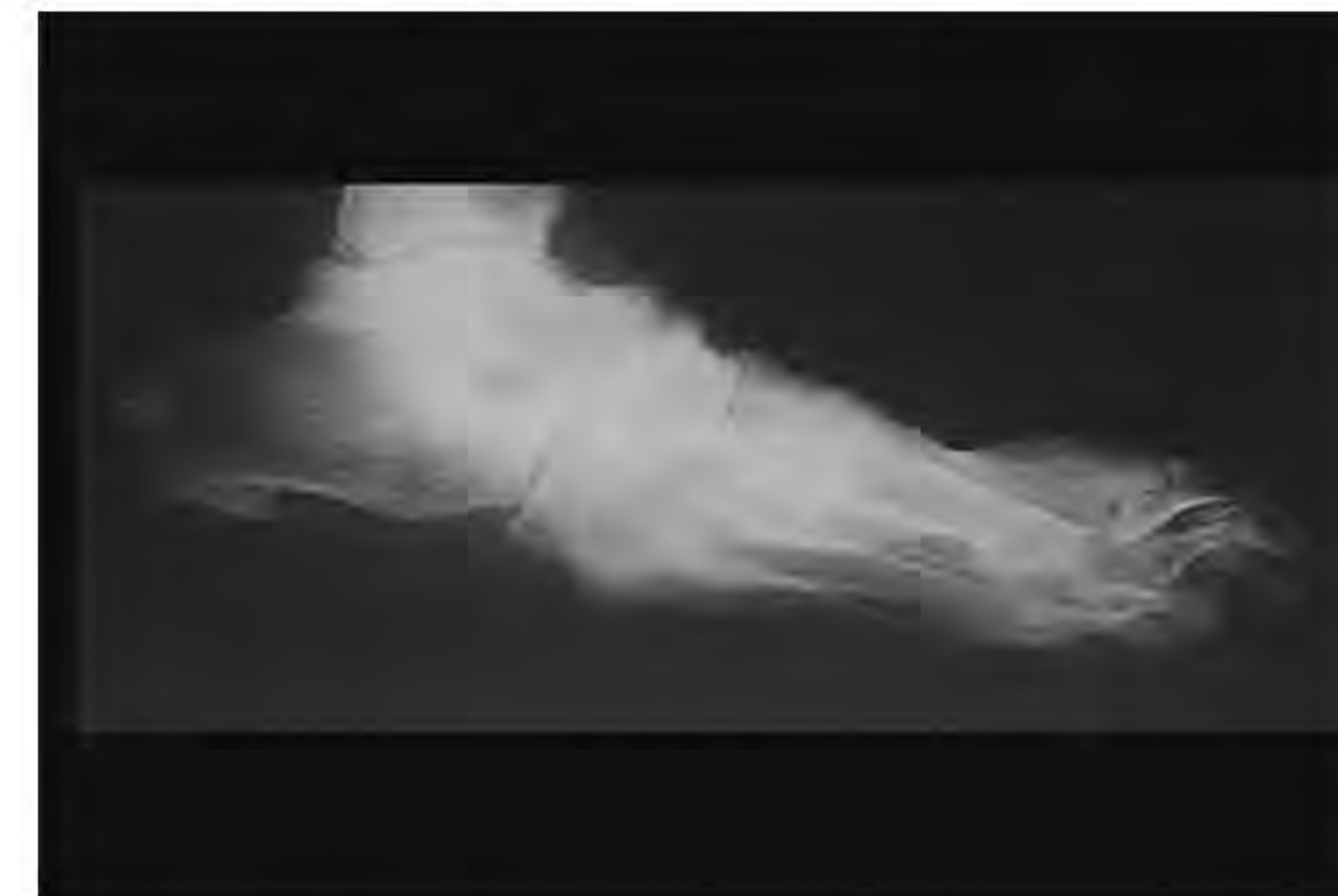
Dans ce cadre on rapporte l'observation d'une femme âgée de 47 ans aux antécédents de diabète insulino-nécessitant depuis 18 ans actuellement au stade de complications dégénératives: neuropathie périphérique et insuffisance coronarienne.

- **Résultats:**

Elle consulte, pour une tuméfaction d'apparition progressive mais rapide des deux pieds, sans notion de traumatisme. A l'examen, les avant-pieds sont déformés, élargis, affaissés et raccourcis avec un œdème prenant le dos des pieds et les chevilles. Les pouls artériels sont perçus. L'examen neurologique trouve: des réflexes achilléens et rotuliens faibles, hypoesthésie superficielle en chaussettes, troubles de la sensibilité profonde. A la radiographie standard des pieds: des plages d'ostéolyse cortico-sous-corticales au sein de zones condensées à limites floues diffuses aux avant-pieds. On ne trouve pas de SIB. Les pieds ont été mis en décharge jusqu'à disparition de l'œdème, avec marche avec double béquilles anglaises. La patiente a eu une perfusion de 90 mg de pamidronate suivie deux mois après par une perfusion de 4 mg de zolédronate avec une bonne évolution à 10 mois.

- **Discussion:**

L'ostéo-arthropathie constitue une complication grave, le plus souvent irréversible, de la neuropathie diabétique, aboutissant à la destruction de l'architecture du pied, responsable d'une incapacité majeure à se tenir debout et à marcher. Seul le dépistage systématique précoce et la mise en décharge du pied neuropathique "à risque" d'ostéo-arthropathie destructrice permettent à l'heure actuelle d'espérer limiter les dégâts. Un espoir est fondé sur l'utilisation des bis-phosphonates, et notamment du pamidronate. Sinon, l'ostéo-arthropathie évolue vers le stade ultime du "pied de Charcot". Le diabète est de nos jours, et de très loin, la cause la plus fréquente d'ostéo-arthropathie nerveuse.



La radiographie standard des pieds de profil: des plages d'ostéolyse cortico-sous-corticales au sein de zones condensées à limites floues diffuses aux avant-pieds

- **Conclusion:**

Les bisphosphonates représentent une alternative intéressante dans le traitement d'ostéoarthropathie diabétique. Le traitement préventif est toutefois essentiel, visant la prévention des traumatismes, port de chaussures adaptées, examen soigneux et régulier des pieds et, bien sûr, contrôle optimal du diabète.



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DE POLYARTHRITE AIGUE FEBRILE.

S. Zribi; F. Derbali; R. Hajji; N. Kammoun; M. Elleuch; Z. Jallali

Service de médecine interne Hôpital régional Sidi Bouzid

Introduction:

L'origine infectieuse constitue la principale hypothèse diagnostique des rhumatologues devant une polyarthrite aigue fébrile. Toutefois, ce symptôme peut révéler d'autres affections, d'évolution parfois fatale.

Conclusion:

La difficulté diagnostique posée par la polyarthrite aigue fébrile impose une démarche diagnostique systématique et rigoureuse, basée sur un interrogatoire minutieux, un examen clinique complet et des examens complémentaires orientés.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 7 patients hospitalisés dans le service de médecine interne de l'Hôpital régional de Sidi Bouzid entre 2011 et 2012 pour exploration d'une polyarthrite aigue fébrile.

Résultats:

1- **Données épidémiocliniques:** sont résumées dans le tableau n°1

Tableau n°1: Données épidémiocliniques.

Sexe (H/F)	1H/6F
Age moyen	38,5 ans
Durée moyenne d'évolution	22 jours
Polyarthrite:	
-symétrique	6 cas
-grosses et petites articulations	6 cas

2- **L'enquête étiologique:** les différentes étiologies établies étaient les suivantes (Tableau n°2):

Tableau n°2: Diagnostics étiologiques.

Etiologies	N (cas)	Éléments clés du diagnostic
Polyarthrite rhumatoïde	3 cas	-FR positif, AC Anti CCP positifs. -érosions de la tête du 5 ^{ème} métatarsien.
Rhupus syndrome	1 cas	- photosensibilité -leucopénie à 3300 elts/mm ³ , lymphopénie à 400 elts/mm ³ . -AAN=1/1280, Ac anti DNA natif positif. -FR positif, Ac Anti CCP positifs.
Maladie de still	2 cas	-éruptions cutanées. -hyperleucocytose, hyperferritinémie. -bilan immunologique et infectieux négatif.
Rhumatisme poststreptococcique	1 cas	-angine, érythème noueux. -prélèvement de gorge. - ASLO à 800

Discussion:

- La polyarthrite aigue fébrile est un motif de consultation fréquent en rhumatologie. Son incidence annuelle dans notre série est de 7 cas /an.
- La prise en charge de la polyarthrite aigue fébrile se déroule dans la majorité des cas en milieu hospitalier en raison de la multiplicité des étiologies et de l'évolution parfois fatale de certaines pathologies.
- Le diagnostic étiologique est généralement difficile. Un interrogatoire minutieux et un examen clinique complet permettent souvent d'établir des éléments clés. Les examens complémentaires seront pour certains réalisés de façon systématique (ponction articulaire, hémocultures, radiographie du thorax et des articulations douloureuses), d'autres seront demandés en fonction du contexte et des signes d'appel.
- Dans la démarche diagnostique, il faut de principe rechercher en 1^{ère} intention une étiologie infectieuse qui peut constituer une urgence thérapeutique potentiellement curable. Ce symptôme peut être cependant un mode de début d'une connectivite, d'un rhumatisme inflammatoire chronique ou d'arthropathie microcristalline. La polyarthrite paranéoplasique, pourtant rare doit être toujours évoquée.
- Au terme de ce bilan initial, il est souvent possible d'orienter le diagnostic étiologique et donc d'instituer un traitement adapté.



COMPLICATION RARE DE L'ARTHRITE JUVENILE IDIOPATHIQUE: LA MYOCARDITE

K. Ben Abdelghani; S. Miladi; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie.

Introduction:

Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI):

- Un ensemble hétérogène d'affections.
- Caractérisé surtout par une atteinte articulaire.
- Parfois un retentissement viscérale.

La forme systémique se complique le plus de manifestations organiques.

Toutefois l'atteinte cardiaque reste exceptionnelle et peut intéresser les trois tuniques du cœur.

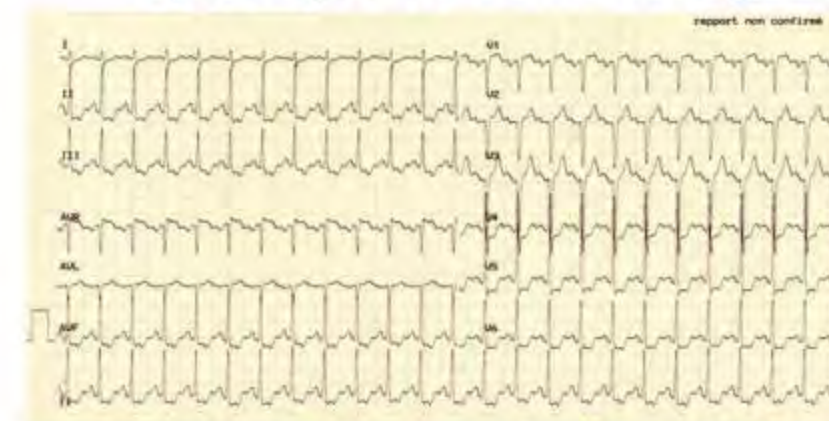
Matériels et méthodes:

- Étude de cas d'un enfant suivi dans notre service pour AJI compliquée de myocardite.
- Le suivi de sa cardiopathie a été assuré en collaboration avec les cardiologues.

Résultats:

- L'enfant I.B était suivi pour AJI évoluant depuis l'âge de 5ans, dans sa forme systémique.
- Diagnostic d'AJI retenu devant:
 - ✓ des arthrites non érosives
 - ✓ une éruption cutanée
 - ✓ une fièvre vespérale
 - ✓ une hyperleucocytose et
 - ✓ un bilan immunologique négatif.
- Le traitement: Méthotrexate (0,3mg/kg/semaine) + boli de Méthylprednisolone lors des poussées (fréquentes).
- A l'âge de 12ans, tableau de dyspnée stade III et asthénie sans fièvre.
- A l'examen:

- ✓ Auscultation cardiaque : une tachycardie à 120 bpm, sans souffle ni frottement.
- ✓ Fréquence respiratoire à 22cycles/minute.
- ✓ Auscultation pulmonaire : quelques râles crépitants aux bases.
- ✓ Des signes d'insuffisance cardiaque globale.
- ✓ ECG : tachycardie sinusale.
- ✓ Échographie : une myocardite (altération modérée de la fonction systolique du ventricule gauche et hypokinésie septale).



- Traitement : 3 boli de Méthylprednisolone, digoxine et diurétiques.
- Évolution : favorable cliniquement et échographiquement.
- Au cours du suivi l'enfant n'a plus représenté de manifestation cardiaque.

Discussion:

- L'atteinte cardiaque (péricarde, myocarde ou endocarde) est connue chez les patients présentant l'AJI.
- L'atteinte myocardique est rare, elle se présente comme une insuffisance cardiaque congestive ou une arythmie
- Le pronostic est souvent sévère. Le traitement par la prednisone et les digitaliques, permettent un contrôle de la phase congestive de la maladie.
- L'échocardiographie doit faire partie des éléments de surveillance de l'AJI, quelle que soit sa forme

Conclusion:

L'atteinte cardiaque n'est pas fréquente au cours de l'AJI.

La durée d'évolution de la maladie et son mode de présentation ont un impact significatif sur les fonctions cardiaques d'où l'intérêt d'un suivi et d'un contrôle cardiologique régulier.



Les causes rares de l'infection ostéoarticulaire

H. Zoubeidi, L. Metoui, R. Abid, N. Boussetta, F.Ajili, R. Battikh, B.Louzir, S. Othmani
Service de Médecine Interne, Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie;

Introduction:

Les germes inhabituels dans les infections ostéoarticulaires sont rarement réclamés et doivent être recherchés notamment sur un terrain particulier. On rapporte les caractéristiques de ces infections à partir de 9 observations.

Matériel et Méthodes:

On a réuni 9 patients avec un sex ratio =3 et une moyenne d'âge de 37 ans. Les maladies sous jacentes étaient le lupus érythémateux systémique dans un cas, le diabète dans 2 cas et la paraplégie dans un cas. 4 patients ont été hospitalisés pour une arthrite septique (1 cas à *Salmonella enteritidis*, 1 cas à *Haemophilus influenzae*, 1 cas à *Streptococcus pneumoniae*). Tous les patients ont bien évolué sous traitement antibiotique dans un intervalle de 3 mois. Un patient a été hospitalisé pour une spondylodiscite infectieuse à *Citrobacter diversus* qui a bien évolué sous antibiothérapie pendant 6 mois. 4 cas d'ostéite (1 cas à *Propionibacterium acnes*, 1 cas à *actinomyces spp*, 2 cas à *Rhizopus oryzae*) ont nécessité 6 à 12 mois de traitement antibiotique. L'un des cas de mucormycose est décédé dans un tableau de sepsis sévère.

Discussion:

Plusieurs germes peuvent être en cause dans les infections ostéoarticulaires qui demeurent des atteintes graves. Les causes inhabituelles sont certes plus rares mais elles voient leur fréquence augmenter notamment avec les polyopathologies sous jacentes et les différentes causes d'immunodépression qui doivent inciter à les rechercher surtout que le pronostic est conditionné par la réponse au traitement, elle-même en relation étroite avec l'identification de l'agent causal.

Conclusion:

Ces commentaires décrivent des variétés exceptionnelles de germes impliqués dans les ostéites. Le terrain fragilisé ainsi que l'existence d'une porte d'entrée ont favorisé le développement de ces infections. Le pronostic demeure réservé pour certains d'entre eux et seule l'antibiothérapie et/ ou la chirurgie précoce amènent la guérison.



ÉVALUATION DE L'IMPACT DES RECOMMANDATIONS DU REFERENTIEL TUNISIEN DE LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

K. Ben Abdelghani; A. Ben Tekaya; L. Souabni; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

Les recommandations du référentiel tunisien de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR), publiées en 2010, ont inclut les sérologies virales (VHB et VHC) avant d'initier un traitement par Méthotrexate (MTX). L'objectif de notre étude est d'évaluer leur impact en pratique courante.

Matériels et méthodes:

Nous avons mené une étude rétrospective, sur les dossiers des patients souffrant d'une PR (critères ACR 1987) depuis l'établissement de ces recommandations jusqu'à Février 2013, allant débiter un traitement de fond par MTX. Conformément aux recommandations, tous les patients ont bénéficié d'une détermination des sérologies hépatitiques B et C. Ont été inclus uniquement les patients présentant une sérologie B ou C positive.

Résultats:

Femmes/ Hommes	12F/2H	
Age moyen	45 ans [24-77]	
Clinique	-Pas de signes cliniques d'atteinte hépatique	
Biologie	Transaminases : 2.5 LSN[1.5-4] (4cas)	
Sérologies hépatitiques	VHB: ✓portage chronique de l'AgHBs (n=6) ✓Ac anti-HBc positif (n=10) ✓ Charge virale (VHB): positive (n=4) ✓ <u>Traitement préemptif</u> : Lamuvidine (3) (<math><10^4</math> copies/ml) ✓ <u>Traitement antiviral</u> (1) (>math>10^4)	VHC: ✓ Ac anti HVC positif (n=2) ✓ Charge virale détectable (n=1) ✓ <u>Traitement</u> : bithérapie pégylée (1an) avec une charge virale de contrôle négative.
Evolution:	PR correctement traitée (100%): ✓MTX ✓corticoïdes ✓Etanercept (n=1) ✓Réactivation virale (n=0)	PR correctement traitée (100%): ✓MTX ✓corticoïdes ✓Etanercept (n=1) ✓Réactivation virale (n=0)

Discussion:

Les patients porteurs chroniques de l'AgHBs ou ayant été en contact avec le VHB (anticorps anti-HBc positifs, quel que soit le statut pour l'anticorps anti-HBs) ou VHC (anticorps anti-HVC positifs), et atteints de maladies systémiques sont exposés au risque de réactivation virale pendant un traitement par immunosuppresseurs ou immunomodulateurs et même après arrêt de ce traitement avec un délai moyen de trois mois. Le rituximab, les anti-TNFalpha et la corticothérapie à fortes doses (supérieure 0,5 mg/kg par jour) ou prolongée (supérieure à trois mois) sont particulièrement à risque et nécessitent d'être maniés avec précaution chez ces patients. En effet, les réactivations virales présentent des tableaux cliniques variables, parfois transitoires et silencieux. Elles peuvent cependant être sévères avec une poussée d'hépatite aiguë et une insuffisance hépatocellulaire parfois fatale. Sur le plan physiopathologique, ces réactivations s'expliquent par la reprise d'une réplication importante, cette réplication étant normalement réprimée par le système immunitaire. Lorsque se produit une immunodépression thérapeutique ou pathologique, la perte du contrôle de la réplication virale par le système immunitaire engendre une augmentation de la charge virale et possiblement du nombre d'hépatocytes infectés.

Conclusion:

Ainsi, grâce aux nouvelles recommandations, on a pu prévenir des réactivations virales mortelles sous traitement immunosuppresseur, d'autant plus que ces infections sévissent à l'état endémique dans notre pays.



LYMPHOME MALIN ASSOCIE A UNE PERIARTERITE NOEUSE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis

Introduction:

La périartérite noueuse (PAN) est caractérisée par une nécrose fibrinoïde des artères de petit et moyen calibre. L'association de cette vascularite à une affection maligne est rare. Nous rapportant l'observation d'une PAN classique, d'emblée associée à un lymphome malin lymphocytaire.

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans qui a consulté pour altération de l'état général et trouble de la marche d'évolution progressive depuis 6 mois.

L'examen clinique:

-poids 52Kg, taille 1,72 cm
-pâleur cutanéomuqueuse, steppage à la marche.
-un purpura vasculaire pétéchial des jambes et des pieds.
-un déficit moteur avec troubles sensitifs non systématisés et aréflexie des membres inférieurs.

Biologie:

HB=7,5g/dl, VS=120mm,
ly:20%, GB=13600/mm³,
CRP=25mg/l, urée=5,4mmol/l
fibrinémie=5,6g/l
Protidémie=76g/l
gammaglob=24g/l

Electromyogramme:

Une multinévrite aux quatre membres prédominant aux membres inférieurs.

Immunovirologie:

cryoglobulinémie mixte positive
FR positif, diminution du complément
ANCA, AgHBS, HVC, HIV négatifs

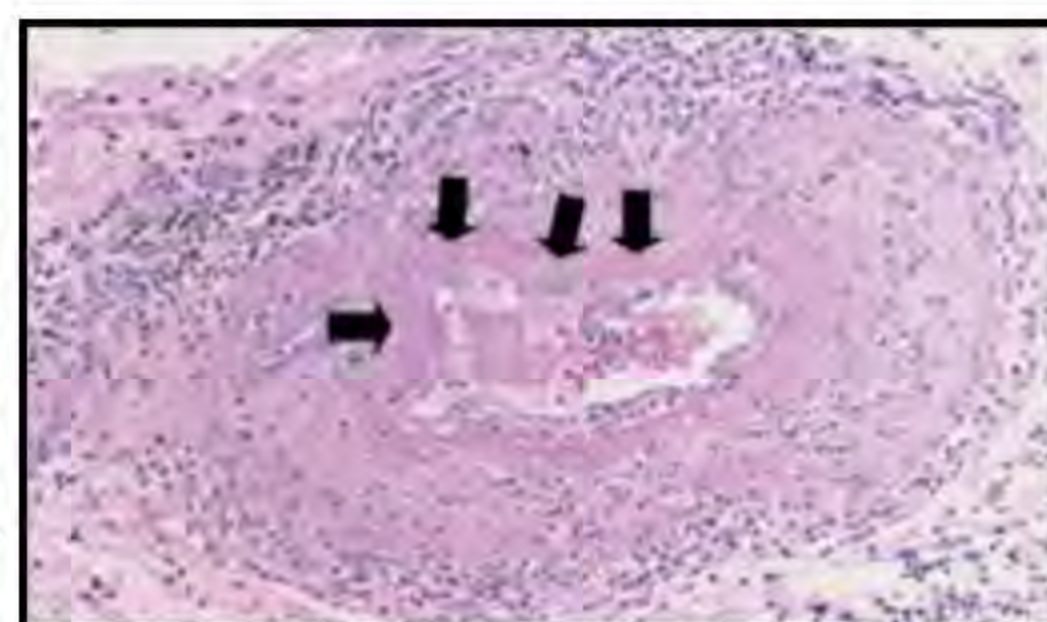
Imagerie:

Radio thorax: normal
Scanner abdominal: adénopathies
coeliomésentériques
L'artériographie rénale et mésentérique : normale.

Biopsie musculaire:

Une vascularite nécrosante des artères de petit et moyen calibre

*Arthritis rheum. 1988:
Biopsie musculaire:
panartérite inflammatoire
avec nécrose fibrinoïde
et infiltrat périvasculaire
d'artère de moyen calibre.*



Un mois après, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une hyperleucocytose à 40000 éléments/mm³ avec 90% de lymphocytes. La biopsie ostéomédullaire était en faveur d'un lymphome malin à petites cellules lymphocytaires. La chimiothérapie a permis une bonne évolution et du lymphome et de la PAN avec :

-une prise du poids de 12 KG
-amélioration des signes généraux
-normalisation de la NFS , VS=25mm
-amélioration de la multinévrite
-disparition des lésions cutanées

Références:

1. Mouthon L, Guilpain P et al. Lymphoplasmacytic lymphoma associated with polyradiculoneuritis and cryoglobulinemia mimicking polyarteritis nodosa. Presse med 2007, 36: 623-6.
2. Fain O, Hamidou M, Cacoub P et al. Vasculitides Associated With Malignancies: Analysis of Sixty Patients. Arthritis & Rheumatism 2007, 8: 1473-1480
3. Ambrosio MR, Rocca BJ, Ginori A et al. Renal infarction due to polyarteritis nodosa in a patient with angioimmunoblastic T-cell lymphoma: a case report and a brief review of the literature. Diagnostic Pathology 2012, 7:50.

Discussion:

La prévalence d'une vascularite au cours des néoplasies est estimée à 2,3 à 8 %. Cette association concerne les hémopathies beaucoup plus que les tumeurs solides. Cette fréquence est de 1 pour 1800 cas pour les hémopathies, et de 1 pour 80000 cas pour les tumeurs solides. La PAN représente 24,2% des vascularites associées aux affections malignes.

Les rares associations de PAN et de lymphome concernent :

- * Lymphome malin : Michlmayr G 1973, SLATER DN 1982, Daly EF 3rd 1997
- * lymphome non hodgkinien : Herreman G 1983, Mizutani H 1998
- * lymphome histiocytaire : Goslen JB 1983
- * lymphome lymphoblastique intermédiaire : Takai K1993
- * lymphome à cellule T : Thomas R 1994
- * lymphome à cellule B : Ramos-Casals M 2004, Fujieda Y 2008
- * lymphome T angio-immunoblastique : Nakashima 2007, Ambrosio MR 2012
- * Lymphome lymphoplasmocytaire : Luc Mouthon 2007

La PAN peut être associée à d'autres hémopathies (syndrome myélodysplasique, leucémie myéomonocytaire chronique, leucémie lymphoïde chronique, leucémie à tricholeucocytes, leucémie granuleuse, myélome multiple, myélofibrose, histiocytoses malignes, anémie réfractaire par excès de blastes, leucémie myéloblastique, maladie de Waldenström), ou bien à des tumeurs solides (tumeurs bronchopulmonaire, cancer du rein, cancer du sein, tumeurs colorectales, carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome, tumeur à cellules germinale testiculaire, carcinome pharyngien).

Les mécanismes sont multifactoriels, nous citons:

- * association fortuite
- * rôle du traitement cytolytique
- * production de neoantigènes par les cellules malignes favorisant la formation de complexes immuns circulant (CIC) : les lymphokines, cytokines (l'interleukine 6 et le TNF-α), substances vasoactives. Les dépôts de CIC provoquent une cascade de réactions inflammatoires responsables de l'apparition de la vascularite.
- * syndrome paranéoplasique : guérison de la PAN lors de la rémission d'un lymphome et sa réapparition lors d'une rechute.

Conclusion:

L'association d'une PAN et d'un lymphome malin est exceptionnelle.

Notre observation est particulière par l'évolution favorable sous chimiothérapie.



LE PROFIL OSTÉODENSITOMETRIQUE DES HEMODIALYSES

M Slouma, H Sahli, A Fazaa, S Rekik, N Meddeb, I Cheour, M Elleuch, S Sallami
Service de rhumatologie, Hôpital Rabta

INTRODUCTION

- ❖ La perte osseuse est l'une des complications les plus fréquentes de l'insuffisance rénale chronique touchant le métabolisme osseux et minéral.
- ❖ Le but de notre étude est d'évaluer le statut minéral osseux chez des patients hémodialysés chroniques afin de déterminer la prévalence de la perte osseuse dans cette population.

RESULTATS

- Il s'agit de 56 hommes et 32 femmes.
- L'âge moyen était de 53 ans + 14 ans.
- L'âge de début de l'hémodialyse était de 50 ± 14 ans.
- L'indice de masse corporelle était de 25.8 + 4.6 kg/m²
- La DMO moyenne était de 1,150 ± 0,213 g/cm² au rachis lombaire, de 0,922 ± 0,157 g/cm² au site fémoral.
- Le T-score moyen était de - 0,45 ± 1,75 DS au site lombaire, de -0.95 ± 1,21 DS au site fémoral.
- Une baisse de la densité osseuse a été trouvée chez 58 % des patients dont 42% avaient une ostéopénie et 16% avaient une ostéoporose.
- Les facteurs corrélés au risque de survenue d'une ostéoporose trabéculaire chez nos patients étaient : le sexe féminin, le faible poids, la petite taille et les valeurs de PTH.
- Le sexe féminin, l'âge du patient, la taille, le tabac et l'âge de début de l'hémodialyse étaient des facteurs statistiquement associés au risque d'ostéoporose corticale.

DISCUSSION

- L'ostéoporose est une complication fréquente des insuffisants rénaux, notamment des hémodialysés.
- Elle est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs.
- Il semble que les facteurs liés à l'insuffisance rénale tels que l'ancienneté du dialyse, l'inflammation chronique, les troubles phosphocalciques et l'hyperparathyroïdie secondaire [1] sont impliqués dans la baisse de la masse osseuse chez les hémodialysés.

MATERIEL ET METHODE

- Etude prospective portant sur 88 patients insuffisants rénaux chroniques hémodialysés. La masse osseuse était mesurée par absorptiométrie biphotonique aux rayons X.
- Nous avons évalué la prévalence de la perte osseuse dans cette population et nous avons cherché à établir les différents facteurs de risque de baisse de la masse osseuse, notamment ceux liés à la dialyse chronique.

CONCLUSION

- Notre étude confirme que la perte osseuse est une complication certaine, fréquente et précoce chez les hémodialysés.
- Un dépistage précoce ainsi que des mesures préventives sont nécessaires.



ATTEINTE HEPATIQUE AU COURS DE LA MALADIE DE STILL DE L'ADULTE

M. Jguirim¹; S. Jemmeli¹; M. Othmen²; M. Younes¹; S. Zrour¹; I. Bejia¹; M. Touzi¹; N. Bergaoui¹.

1*Service de Rhumatologie de Monastir.

2*Hopital régional de Ksar Hellal.

Introduction:

La maladie de Still de l'adulte est une maladie systémique inflammatoire d'étiologie inconnue qui se traduit classiquement par une triade associant une fièvre, des signes articulaires et une éruption cutanée fugace. L'atteinte hépatique définie par la perturbation des enzymes hépatiques est fréquente (jusqu'à 60 % des cas). La gravité de cette atteinte est très variable, de la cytolysé hépatique asymptomatique à l'insuffisance hépatocellulaire. La spécificité de cette atteinte hépatique reste débattue. Le but de ce travail est de rapporter la fréquence et les particularités de l'atteinte hépatique au cours de la maladie de Still.

Patients et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 14 cas de maladie de Still, colligés dans le service de Rhumatologie de Monastir sur une période de 10 ans (1997 à 2012).

Résultats

Nos patients étaient d'âge moyen de 32 ans (19-62 ans). Treize patients étaient de sexe féminin. Les signes articulaires et la fièvre étaient retrouvés dans 100 % des cas. Une éruption cutanée concomitante à la fièvre était notée dans 10 cas. Cinq patients présentaient un syndrome d'activation macrophagique.

Sur le plan biologique, le syndrome inflammatoire et l'hyperleucocytose étaient constants. Une hyperferritinémie était présente chez 11 malades. Le bilan hépatique était normal dans 4 cas. Une cytolysé asymptomatique était notée chez 5 patients (inférieure à trois fois la normale). Les patients présentant un syndrome d'activation macrophagique avaient une cytolysé hépatique importante supérieure à cinq fois la normale avec une cholestase. Une insuffisance hépatocellulaire était observée chez un seul patient. Un seul patient avait une hépatite B active concomitante à la poussée de la maladie

Tous nos malades sont traités par des corticoïdes à 0,5 à 1,5 mg/Kg en association avec le méthotrexate pour 12 patientes. Les patients présentant le syndrome d'activation macrophagique ont été traités par des bolus de solumédrol et des perfusions intraveineuses d'immunoglobulines. L'évolution clinique et biologique était favorable dans tous les cas. Une patiente a présenté une résistance aux corticoïdes, méthotrexate, des bolus d'Endoxan et un traitement par Enbrel a été instauré.

Maladie de Still de l'adulte

Définie par : signes cliniques et biologiques

- Fièvre > 39°, hectique, souvent vespérale, fluctuante, récidivante (> 90% des cas)
- Douleurs/gonflements articulaires (genou, poignet, IPP)
- Éruptions cutanées tronc/membres, fugaces, lors des pics fébriles, maculopapuleuses, saumonées, non prurigineuses
- Maux de gorge : pharyngite
- Hyperleucocytose à neutrophiles
- Hépatite biologique

Critères diagnostiques (Yamaguchi, 1992)

≥ 5 critères dont 2 majeurs

(et exclusion d'autre maladie)

MAJEURS

- Fièvre > 39°, > 1 sem
- Arthralgies ≥ 2 sem..
- Rash évanescent typique
- Neutrophilie

MINEURS

- Odynophagie
- Adénopathie ou SMG
- Dysfonction hépatique
- Négativité facteurs rhumatoïdes et ANA

(sensibilité 80%, spécificité 93% VPP 87%, VPN 89%)

Une élévation des enzymes hépatiques est notée dans 70–75 % des cas. La gravité de l'atteinte hépatique est très variable, de la cytolysé asymptomatique à l'insuffisance hépato-cellulaire nécessitant une transplantation hépatique. La spécificité de cette atteinte hépatique reste débattue et il est parfois complexe de différencier une atteinte spécifique de la maladie et une toxicité hépatique des anti-inflammatoires non stéroïdien. L'histologie hépatique est peu spécifique, pouvant mettre en évidence une inflammation portale, une hépatite interstitielle modérée, une fibrose portale ou des remaniements nécrotico-inflammatoires chroniques. Des perturbations du bilan hépatique peuvent également être constatées lors des syndromes d'activation macrophagique associés à la maladie de Still.

Conclusion

L'exploration d'anomalies hépatiques chez un patient atteint de maladie de Still doit être systématique en recherchant une atteinte hépatique spécifique, une toxicité médicamenteuse, une atteinte virale ou un syndrome d'activation macrophagique. L'évolution des atteintes hépatiques spécifiques est favorable avec le traitement de la maladie. Un diagnostic précis de l'atteinte hépatique est essentiel pour le suivi et le pronostic de ces patients.



ARTHRITE CHEZ UNE PATIENTE TRAITÉE PAR INFLIXIMAB POUR UNE MALADIE DE CROHN : NE PAS OUBLIER LE LUPUS INDUIT

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

La survenue sous anti-TNF α d'une polyarthrite pose la question de son étiologie: échappement de la MC, complication infectieuse ou dysimmunité? Nous rapportons une observation de lupus induit par l'Infliximab au décours du traitement d'une MC et nous discutons à travers cette observation les mécanismes de cette induction ainsi que l'association possible lupus-MC.

OBSERVATION

Patiente suivie pour MC depuis l'âge de 20 ans. Sa maladie était compliquée d'une atteinte colique avec colite grave cortico-résistante ayant nécessité une colectomie sub-totale, et atteinte ano-périnéale fistulisante sévère non améliorée par une tri thérapie associant antibiotiques, corticoïdes et Azathioprine.

Le traitement par Rémicade* était ainsi instauré avec un effet satisfaisant mais à l'occasion de la cinquième perfusion de Rémicade* on note la survenue d'une polyarthrite des mains, des inter-phalangiennes proximales et distales avec un dérouillage matinal et impotence fonctionnelle.

Au bilan biologique: lymphopénie à $634/\text{mm}^3$, anticorps anti-nucléaires positifs (AAN) à 1/640 et anti-DNA natifs positifs à 1/160. Bilan radiologique articulaire normal. Le diagnostic de lupus induit était retenu devant l'association : polyarthrite non érosive, lymphopénie, AAN et anti-DNA positifs, et la notion d'un bilan immunologique négatif une année avant l'introduction du Rémicade*. Les autres causes de polyarthrites, en particulier infectieuses ont été éliminées. Les anti histone étaient positifs confirmant le diagnostic.

CONCLUSION

Le risque de survenue de lupus au décours d'un traitement par l'Infliximab est exceptionnel (0,6 %) mais grave, nécessitant une surveillance rigoureuse d'autant plus que d'authentiques lupus peuvent s'associer à la MC avec une chronologie de survenue variable.

COMMENTAIRES

- Les perturbations de l'immunité, en particulier l'apparition d'auto-anticorps de type AAN, anti DNA natif ou anticardiolipines sont fréquentes au cours du traitement par l'infliximab: 10 à 60 %. La survenue d'un lupus induit reste cependant exceptionnelle: 0,5-0,6 % des patients traités. Généralement il s'agit de formes systémiques de lupus, mais de rares cas de lupus cutané pur ont été rapportés.
- Les anticorps anti-histone sont considérés comme la marque classique du lupus induit (95 %) mais leur absence n'élimine pas le diagnostic.
- Le mécanisme exact du lupus induit reste mal élucidé. Il serait due à l'induction par l'infliximab de l'apoptose monocyttaire. Le nucléosome monocyttaire libéré suite à cette apoptose serait capable d'induire une réaction lupus-like. L'inhibition des cellules T cytotoxique entraîne le levé de la suppression exercée sur les cellules B auto-réactives; cellules au centre de la pathogénie du lupus systémique.
- La symptomatologie relative au lupus induit disparaît généralement en quelques semaines (4-6) après l'arrêt de l'infliximab, cependant des formes prolongées ont été rapportées (6 mois).
- Ces perturbations immunologiques ont été aussi rapportées avec les autres anti TNF α , mais de façon plus rares: Etanercept (3%) et Adalimumab (4%). Le lupus induit par ces molécules reste exceptionnel.
- Les associations d'authentiques lupus avec MC sont rapportées. Le lupus survient habituellement au cours de l'évolution d'une MC connue. Les mécanismes physiopathologiques communs sont une prédisposition génétique, un facteur environnemental déclenchant et une dérégulation de la réponse immune. Cette association pose des problèmes diagnostiques: les manifestations articulaires sont présentes dans 2 à 23 % des MICI et un lupus systémique peut donner une atteinte digestive mimant une entéropathie inflammatoire.



Les causes rares de l'infection ostéoarticulaire

H. Zoubeidi, L. Metoui, R. Abid, N. Boussetta, F.Ajili, R. Battikh, B.Louzir, S. Othmani

Introduction:

Les germes inhabituels dans les infections ostéoarticulaires sont rarement réclamés et doivent être recherchés notamment sur un terrain particulier. On rapporte les caractéristiques de ces infections à partir de 9 observations.

Matériel et Méthodes:

On a réuni 9 patients avec un sex ratio =3 et une moyenne d'âge de 37 ans. Les maladies sous jacentes étaient le lupus érythémateux systémique dans un cas, le diabète dans 2 cas et la paraplégie dans un cas. 4 patients ont été hospitalisés pour une arthrite septique (1 cas à *Salmonella enteritidis*, 1 cas à *Haemophilus influenzae*, 1 cas à *Streptococcus pneumoniae*). Tous les patients ont bien évolué sous traitement antibiotique dans un intervalle de 3 mois. Un patient a été hospitalisé pour une spondylodiscite infectieuse à *Citrobacter diversus* qui a bien évolué sous antibiothérapie pendant 6 mois. 4 cas d'ostéite (1 cas à *Propionibacterium acnes*, 1 cas à *actinomyces spp*, 2 cas à *Rhizopus oryzae*) ont nécessité 6 à 12 mois de traitement antibiotique. L'un des cas de mucormycose est décédé dans un tableau de sepsis sévère.

Discussion:

Plusieurs germes peuvent être en cause dans les infections ostéoarticulaires qui demeurent des atteintes graves. Les causes inhabituelles sont certes plus rares mais elles voient leur fréquence augmenter notamment avec les polyopathologies sous jacentes et les différentes causes d'immunodépression qui doivent inciter à les rechercher surtout que le pronostic est conditionné par la réponse au traitement, elle-même en relation étroite avec l'identification de l'agent causal.

Conclusion:

Ces commentaires décrivent des variétés exceptionnelles de germes impliqués dans les ostéites. Le terrain fragilisé ainsi que l'existence d'une porte d'entrée ont favorisé le développement de ces infections. Le pronostic demeure réservé pour certains d'entre eux et seule l'antibiothérapie et/ ou la chirurgie précoce amènent la guérison.



LA MALADIE DE LÉO BUERGER (OU THROMBOANGÉITE OBLITÉRANTE) : A PROPOS DE 9 CAS

R Ben Salah, F Frikha, S Elaoud, M Snoussi, N Saidi, H Loukil, H Hariz, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.

INTRODUCTION

La maladie de Léo Buerger ou thromboangéite oblitérante (TAO) est une artériopathie non athéroscléreuse, caractérisée par une oblitération segmentaire et inflammatoire touchant les artères de petit et moyen calibre et les veines des quatre membres. Cette pathologie atteint surtout l'homme jeune, fumeur.

Le but de ce travail est de rappeler les caractéristiques cliniques, les principales explorations vasculaires, les moyens thérapeutiques et le profil évolutif des patients atteints de

PATIENTS ET METHODES

Notre étude est rétrospective incluant tous les cas de maladie de Léo Buerger colligés dans un service de médecine interne (EPS Sfax -Tunisie) sur une période de 15 ans (1996-2011). Le diagnostic était retenu sur les critères de Mozes [1] et après élimination d'autres maladies auto-immunes, des états d'hypercoagulabilité, d'une source cardiaque emboligène avec absence d'autres facteurs de risque à part le tabac.

RESULTATS

Au cours de cette période, 9 cas de TAO étaient colligés. Ils étaient tous de sexe masculin et fumeurs (25 paquets/année en moyenne).

- ❖ L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39 ans (27-51).
 - ❖ Tous les patients se présentaient pour une ischémie artérielle distale et ils étaient tous symptomatiques au moment de l'admission. L'ischémie touchait de façon unilatérale le membre inférieur chez tous les patients associée à une atteinte d'un membre supérieur dans deux cas. Le phénomène de Raynaud n'était observé que chez un malade de même que la thrombophlébite superficielle.
 - ❖ L'enquête, réalisée de façon exhaustive pour tous les malades avait éliminé le diabète, l'athérosclérose, les états d'hypercoagulabilité et les maladies systémiques.
 - ❖ L'échodoppler artérielle, pratiquée chez tous les malades, confirmait la localisation distale dans tous les cas et objectivait une atteinte bilatérale chez 8 malades.
 - ❖ L'angio-scanner était réalisé chez 4 malades; il montrait un aspect évocateur de la maladie dans les 4 cas (Figure 1).
 - ❖ L'artériographie réalisée chez un seul malade révélait une sténose tibiofibulaire gauche avec un aspect d'artère hélicine (Figure 2).
 - ❖ Sur le plan thérapeutique, l'arrêt du tabac et les soins locaux étaient pratiqués chez tous les malades. Les 9 patients étaient mis sous un traitement médical de longue durée comprenant un vasodilatateur (9 cas) et un antiagrégant plaquettaire (9 cas). Une héparinothérapie était administrée chez 4 malades. Un seul patient a pu bénéficier d'un traitement par iloprost intraveineux avec des résultats encourageants.
- Le recours à la chirurgie était nécessaire dans 3 cas. L'évolution était favorable dans sept cas. Elle était marquée par une récurrence de l'ischémie digitale dans 2 cas.

CONCLUSION

A travers cette série de 9 cas de maladie de Léo Buerger, on insiste sur l'importance d'évoquer cette étiologie devant toute ischémie digitale chez un homme jeune fumeur. L'arrêt du tabac reste le facteur le plus important de l'amélioration du pronostic de la maladie, pour laquelle il n'existe à l'heure actuelle aucune thérapeutique pharmacologique efficace au long cours.



Figure 1 : angio-scanner chez un patient de notre série: occlusion du tronc tibio-péronier et de l'artère tibiale postérieure et pédieuse du côté droit



Figure 2 : angiographie montrant des oblitérations distales; collatérales d'aspects fins et tortueux.

Critères diagnostiques de la maladie de Buerger selon Mozes [1]

Un sujet jeune fumeur avec une ischémie sous-poplitée

Après avoir exclu : un diabète, des lésions athéromateuses, une source potentielle d'embolie (scanner aorte, ETO), une artère poplitée piégée (echo-doppler, IRM), une maladie de système (lupus : gros troncs touchés, vasculo Behcet, Takayasu : aorto-artérite), un syndrome myéloprolifératif (thrombocytémie), une thrombophilie, anomalie de l'hémostasie

Phlébites superficielles Ischémie du membre supérieur
Phénomène de Raynaud

À une maladie de Buerger si 2 atteintes ou plus
Si 1 atteinte, Buerger probable

DISCUSSION

❖ **Epidémiologie:** La maladie de Léo Buerger est une affection rare comme le montre notre série (9 cas sur une période de 15 ans). Son incidence est de 7 pour 100 000 chez l'homme de moins de 45 ans, représentant 0,5 à 0,6 % des pathologies ischémiques des membres inférieurs en Europe. La maladie atteint typiquement les hommes jeunes, avant l'âge de 45-50 ans. Des publications récentes montrent une augmentation de la prévalence de la maladie chez les femmes au cours des dernières années, avec une prévalence qui est actuellement de 11 à 23 %.

❖ **Etiopathogénie:** La TAO est une maladie inflammatoire et thrombosante sans athérosclérose. Les lésions concernent les vaisseaux de petit et de moyen calibre, le plus souvent des artères, mais également des veines. L'étiologie de la TAO n'est pas encore connue. Le tabac joue un rôle majeur et la relation entre consommation tabagique et la maladie de Buerger est extrêmement forte. La plupart des auteurs retiennent que la consommation tabagique est une condition indispensable pour poser ce diagnostic. Cependant son mode d'action n'est pas encore élucidé. Tous nos patients étaient de sexe masculin et fumeurs ce qui est conforme à la littérature.

❖ **Diagnostic positif:** Le diagnostic est évoqué chez ces sujets présentant à la fois une atteinte artérielle distale et des thromboses veineuses migratrices des membres supérieurs ou inférieurs. Au moins deux membres sont atteints chez 16 % des patients, trois chez 41 % et quatre chez 43 % des sujets. Le diagnostic est souvent posé au stade d'ischémie distale avec troubles trophiques.

❖ Plusieurs auteurs ont proposé des critères diagnostiques. Les critères habituellement utilisés dans la littérature sont les critères de Mozes [1]. Cet auteur avait proposé en 1970, une classification en trois classes : suspicion de TAO, TAO probable, TAO certaine. Nous avons aussi utilisé ces critères (Tableau 1).

❖ L'artériographie des membres inférieurs avec clichés de face et de profil de l'aorte et clichés des pieds montre des lésions distales évocatrices de la maladie et élimine certains diagnostics différentiels. En distalité sont observées des oblitérations artérielles brutales et segmentaires, donnant naissance à des collatérales d'aspect fin et tortueux, décrites en tire-bouchon ou en vrille de vigne, appelées artères hélicines.

❖ **Sur le plan thérapeutique,** l'arrêt du tabac et les soins locaux, utilisés chez tous nos patients, sont fondamentaux. Les anticoagulants peuvent être prescrits, pour limiter l'extension du thrombus, lors des poussées ou de thrombose veineuses ; un traitement au long cours n'a pas démontré son efficacité. Nous avons utilisé les vasodilatateurs et les antiagrégant. L'anticoagulation était utilisée chez 4 malades de notre série.

Références:

- [1] Mozes M, Cahansky G, DoitschV, Adar R. The association of atherosclerosis and Buerger's disease: a clinical and radiological study. J Cardiovasc Surg 1970;11:52-9.
- [2] P. Léger, A. Pathak, L. Hajji, C. Faivre-Carrere, H. Boccalon. La maladie de Buerger ou thromboangéite oblitérante. Ann Cardiol Angéiol 2001; 50 : 82-9.
- [3] Bura-Rivière, P. Rossignol. Thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger. EMC-Cardiologie Angéiologie 2 2005; 498-503.
- [4] Fiessinger JN, Schafer M. Trial of iloprost versus aspirin treatment for critical limb ischaemia of thromboangiitis obliterans: the TAO Study. Lancet 1990;335:555-7.



LYMPHOME MALIN ASSOCIE A UNE PERIARTERITE NOEUSE : A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

A. Mhenni ; CH. Ben taarit ; A. Kheder. Service de médecine A, Unité de rhumatologie, EPS Charles Nicolle, Tunis

Introduction:

La périartérite noueuse (PAN) est caractérisée par une nécrose fibrinoïde des artères de petit et moyen calibre. L'association de cette vascularite à une affection maligne est rare. Nous rapportant l'observation d'une PAN classique, d'emblée associée à un lymphome malin lymphocytaire.

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans qui a consulté pour altération de l'état général et trouble de la marche d'évolution progressive depuis 6 mois.

L'examen clinique:

-poids 52Kg, taille 1,72 cm
-pâleur cutanéomuqueuse, steppage à la marche.
-un purpura vasculaire pétéchial des jambes et des pieds.
-un déficit moteur avec troubles sensitifs non systématisés et aréflexie des membres inférieurs.

Biologie:

HB=7,5gHb, VS=120mm,
ly:20%, GB=13600/mm³,
CRP=25mg/l, urée=5,4mmol/l
fibrinémie=5,6g/l
Protidémie=76g/l
gammaglob=24g/l

Electromyogramme:

Une multinévrite aux quatre membres prédominant aux membres inférieurs.

Immunovirologie:

cryoglobulinémie mixte positive
FR positif, diminution du complément
ANCA négatif
AgHBS, HVC, HIV négatifs

Imagerie:

Radio thorax: normal
Scanner abdominal: adénopathies coeliomésentériques
L'artériographie rénale et mésentérique : normale.

Biopsie musculaire:

Une vascularite nécrosante des artères de petit et moyen calibre
Un mois après, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une hyperleucocytose à 40000 éléments/mm³ avec 90% de lymphocytes. La biopsie ostéomédullaire était en faveur d'un lymphome malin à petites cellules lymphocytaires. La chimiothérapie a permis une bonne évolution et du lymphome et de la PAN avec :
-une prise du poids de 12 KG
-amélioration des signes généraux
-normalisation de la NFS , VS=25mm
-amélioration de la multinévrite
-disparition des lésions cutanées

Références:

1. Mouthon L, Guilpain P et al. Lymphoplasmacytic lymphoma associated with polyradiculoneuritis and cryoglobulinemia mimicking polyarteritis nodosa. Presse med 2007, 36: 623-6.
2. Fain O, Hamidou M, Cacoub P et al. Vasculitides Associated With Malignancies: Analysis of Sixty Patients. Arthritis & Rheumatism 2007, 8: 1473-1480
3. Ambrosio MR, Rocca BJ, Ginori A et al. Renal infarction due to polyarteritis nodosa in a patient with angioimmunoblastic T-cell lymphoma: a case report and a brief review of the literature. Diagnostic Pathology 2012, 7:50.

Discussion:

La prévalence d'une vascularite au cours des néoplasies est estimée à 2,3 à 8 %. Cette association concerne les hémopathies beaucoup plus que les tumeurs solides. Cette fréquence est de 1 pour 1800 cas pour les hémopathies, et de 1 pour 80000 cas pour les tumeurs solides. La PAN représente 24,2% des vascularites associées aux affections malignes.

Les rares associations de PAN et de lymphome concernent :

- Lymphome malin : Michlmayr G 1973, SLATER DN 1982, Daly EF 3rd 1997
- lymphome non hodgkinien : Herreman G 1983, Mizutani H 1998
- lymphome histiocytaire : Goslen JB 1983
- lymphome lymphoblastique intermédiaire : Takai K1993
- lymphome à cellule T : Thomas R 1994
- lymphome à cellule B : Ramos-Casals M 2004, Fujieda Y 2008
- lymphome T angio-immunoblastique : Nakashima 2007, Ambrosio MR 2012
- Lymphome lymphoplasmocytaire : Luc Mouthon 2007

La PAN peut être associée à d'autres hémopathies (syndrome myélodysplasique, leucémie myélomonocytaire chronique, leucémie lymphoïde chronique, leucémie à tricholeucocytes, leucémie granuleuse, myélome multiple, myélofibrose, histiocytoses malignes, anémie réfractaire par excès de blastes, leucémie myéloblastique, maladie de Waldenström), ou bien à des tumeurs solides (tumeurs bronchopulmonaire, cancer du rein, cancer du sein, tumeurs colorectales, carcinome hépatocellulaire, cholangiocarcinome, tumeur à cellules germinale testiculaire, carcinome pharyngien).

Les mécanismes sont multifactoriels, nous citons:

- association fortuite
- rôle du traitement cytolytique
- production de neoantigènes par les cellules malignes favorisant la formation de complexes immuns circulant (CIC) : les lymphokines, cytokines (l'interleukine 6 et le TNF- α), substances vasoactives. Les dépôts de CIC provoquent une cascade de réactions inflammatoires responsables de l'apparition de la vascularite.
- syndrome paranéoplasique : guérison de la PAN lors de la rémission d'un lymphome et sa réapparition lors d'une rechute.

Conclusion:

L'association d'une PAN et d'un lymphome malin est exceptionnelle. Notre observation est particulière par l'évolution favorable sous chimiothérapie.



APPORT DE LA TDM THORACIQUE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE PULMONAIRE RHUMATOÏDE ASYMPTOMATIQUE

R. Dhahri ; S. Rekik ; A. Aouadi ; N. Mouhli; H. Sahli; N. Meddeb ;E. Cheour ;M. Eleuch

Introduction:

L'intérêt considérable des progrès de la tomodensitométrie (TDM) dans l'évaluation de la maladie pulmonaire rhumatoïde est largement admis. L'objectif a été de définir l'apport de la TDM en haute résolution (TDM.HR) dans l'analyse des atteintes pulmonaires rencontrées dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) chez des patients asymptomatiques sur le plan respiratoire et d'étudier les corrélations avec les données clinico-fonctionnelles pulmonaires.

Matériels et méthodes:

Étude prospective de 20 patients consécutifs atteints de PR et analyse des données de la radiologie conventionnelle et de la TDM.HR en fonction des paramètres cliniques. On a exclu de cette étude les patients ayant des antécédents pulmonaires

Résultats:

Il s'agissait de 16 femmes et de 4 hommes âgés en moyenne de 50 ans avec des extrêmes de 33 à 70 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 7 ans (avec extrêmes 6 mois et 24 ans). Le FR recherché chez tous les patients était positif chez 18 patients (90%) et négatif chez deux patients. Les anti-CCP ont été dosés chez 6 patients et positifs dans 4 cas. Tous les patients ont eu une radiographie de thorax : revenue anormale dans 4 cas soit 20% des cas. L'anomalie la plus fréquente est représentée par le syndrome interstitiel trouvé dans 3 cas : des images réticulo micronodulaire diffuses dans deux cas, un épaississement pleural dans un cas. La TDM.HR était anormale dans 65 % des cas : une atteinte interstitielle micronodulaire dans 35% (7 cas), une bronchiectasie dans 10% (2 cas), une dilatation de branche dans 20% (4 cas) et une atteinte pleurale dans 1 cas. Aucun cas de fibrose évoluée n'a été rencontré. Les TDM faites chez les deux patients ayant un facteur rhumatoïde négatif étaient normales.

Sexe:	16 femmes et de 4 hommes
Age:	de 50 ans avec des extrêmes de 33 à 70 ans.
Durée moyenne d'évolution de la PR :	7 ans (de 6 mois à 24 ans)
Le FR :	Positif chez 18 patients (90%) négatif chez deux patients
Les anti-CCP dosés dans 6 cas:	positifs dans 4 cas
La radiographie de thorax :	anormale dans 4 (20%) : • syndrome interstitiel : 3 cas • épaississement pleural :1 cas
La TDM.HR	anormale dans 65 % des cas : • atteinte interstitielle micronodulaire : 35% • bronchiectasie : 10% • dilatation de branche: 20% • atteinte pleurale dans 1 cas.
TDM faites chez les deux patients ayant un facteur rhumatoïde négatif :	normales

Conclusion:

- Selon notre étude, la TDM.HR a confirmé sa sensibilité à détecter des lésions infra cliniques et infra-radiologiques. Les corrélations entre les différents moyens d'exploration pulmonaire ne sont pas absolues. Ceux-ci paraissent ainsi complémentaires.



Efficacité et tolérance du Rituximab au cours de la polyarthrite rhumatoïde: expérience de l'Hôpital Militaire de Tunis

H.Zoubeidi, L.Metoui, I.Gharsallah, N.Boussetta, R.Battikh, B.Louzir, S.Othmani
Service de Médecine Interne, Hôpital militaire de Tunis, Tunisie;

Introduction:

L'anti CD20 ou Rituximab(RTX) semble être une thérapeutique prometteuse dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. Cependant, ce traitement n'est pas dénué de risques et un suivi régulier pour évaluer l'efficacité et la tolérance est nécessaire.

Matériel et Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 3 ans(2008-2011) qui a pour objectif de rapporter notre expérience dans l'utilisation du RTX au cours de la polyarthrite rhumatoïde dans un service de médecine interne; en évaluant l'efficacité et la tolérance de ce traitement.

Résultats:

Huit patients ont été inclus dans l'étude. Tous ont reçu une cure de Rituximab à la dose de 1000 mg en perfusion intraveineuse à j1 et à j15. Nous avons eu recours à une deuxième cure chez trois patients après un délai moyen de 15 mois de la première cure. Le score du DAS-28 a accusé une baisse significative, c'est-à-dire supérieure à 0,6 points, chez 5 patients. La moyenne globale du DAS-28 est passée de 6,2 à 3,8. La CRP moyenne a baissé de 72,5% passant de 58 à 8 mg/l. Nous avons noté des événements indésirables chez trois patients: une infection urinaire à *Klebsiella pneumoniae* dans un cas, un érysipèle dans un cas et une hypogammaglobulinémie dans un autre cas.

Discussion:

La polyarthrite rhumatoïde(PR) est une affection sévère, potentiellement invalidante, dont le traitement est difficile et parfois décevant. Cependant, la recherche a permis ces dernières années des progrès considérables dans la compréhension des mécanismes immunologiques de la maladie, ce qui a permis de voir naître une nouvelle gamme de molécules, à savoir la biothérapie, dont le Rituximab. Ce dernier est actuellement indiqué dans les PR graves chez des patients qui ont présenté une réponse insuffisante ou une intolérance aux autres traitements de fond, notamment à un ou plusieurs anti-TNF. Comme toute biothérapie, un bilan s'impose avant la mise en route d'un traitement par Rituximab à la recherche d'une éventuelle contre-indication. Nos résultats ne font que confirmer l'efficacité de ce traitement dans la PR(amélioration significative du DAS-28 et baisse importante de la CRP), qui a été démontré par des études contrôlées et randomisées. La tolérance du Rituximab est bonne dans l'ensemble. Le principal effet indésirable est la réaction aigüe à la perfusion. D'authentiques réactions allergiques sont possibles, soit immédiates, soit retardées, mais elles sont très rares. Concernant le risque infectieux, les essais cliniques randomisés n'ont pas mis en évidence d'augmentation du risque d'infections sévères ou opportunistes chez les PR sous Rituximab, comparativement aux groupes témoins.

Conclusion

Le RTX est efficace et bien toléré par rapport aux traitements classiques. Les différences interindividuelles incitent à définir les caractéristiques clinico-biologiques permettant de prédire le degré de sensibilité thérapeutique avant la première perfusion de RTX. Par ailleurs, malgré le caractère rassurant des données concernant la tolérance, les malades doivent être suivis de façon prolongée et prudente comme pour toute << nouvelle >> thérapeutique.



MALADIE DE BEHCET ET POLYARTHRITE DESTRUCTRICE

K.Maatallah;S.Rekik;N.Mouhli;R.Dhahri;H.Ajlani;T.Tourjman;M.Eleuch;S.Sellami

Introduction:

Les manifestations articulaires, fréquemment observées au cours de la maladie de Behçet(MB), sont dominées par des arthralgies et/ ou des arthrites périphériques. L'atteinte destructrice, rapportée dans la littérature par plusieurs auteurs, reste rare et peut être responsable de déformations irréductibles

Nous rapportons à ce propos une nouvelle observation de MB avec atteinte articulaire destructrice.

Observation:

Patiente âgée de 43ans sans antécédents pathologiques notables, hospitalisée pour exploration de polyarthralgies inflammatoires bilatérales et symétriques intéressant les poignets, les genoux et les chevilles. Par ailleurs, elle présentait une aphtose bipolaire récidivante. L'examen clinique trouvait une limitation des poignets et de l'épaule gauche, un flessum irréductible des coudes, une arthrite de la cheville droite et des lésions de pseudofolliculite des jambes. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. la radiographie objectivait une carpite destructrice bilatérale, un pincement articulaire et des géodes au niveau des coudes. Il n'y avait pas de sacroilite. Le bilan immunologique était négatif. L'examen ophtalmologique ne trouvait pas de signes d'uvéite. Le diagnostic de maladie de Behçet avec atteinte articulaire destructrice était retenu et la patiente a été mise sous colchicine et méthotrexate à la dose de 12,5mg/semaine

Discussion:

L'atteinte articulaire destructrice au cours de la MB a été signalée en premier par Mason et Barnes (1) en 1969. Elle offre quelques particularités par rapport aux manifestations articulaires connues de la maladie. Ainsi, l'atteinte articulaire destructrice est observée en cas de MB avec atteinte articulaire chronique ancienne en moyenne de 10 ans (1-2), elle intéresse avec prédilection les petites articulations des mains et des pieds alors qu'habituellement, au cours de la MB prédomine l'atteinte des grosses jointures (6) et elle est singulière par sa répartition le plus souvent asymétrique (2,3,4). dans le cas de notre patiente l'atteinte a intéressé uniquement les grosses articulations. Le mécanisme de ces lésions destructrices est discuté. Elles seraient liées l'ancienneté de l'atteinte articulaire (3,4). En effet, le pannus synovial qui en résulte détruit le cartilage et infiltre le tissu sous chondral (5).

Conclusion:

Les manifestations articulaires au cours de la MB sont fréquentes souvent non destructrice et d'évolution généralement favorable. La survenue d'une atteinte destructrice ne doit pas faire exclure ce diagnostic

Référence:

(1) Mason RM. Ann Rheum Dis 1969 28 : 95-103.

(3) Takeuchi A. Clin Experim Rheum 1984 ; 2 : 259-62.

(5) Vernon-Roberts B. Ann Rheum Dis 1978 ; 37 : 139-45.

(2) Benamour S. Sem Hop Paris 1987 ; 63 : 11-4.

(4) Benhamou CIL. Ann Med Interne 1982 ; 133 : 576-9.

(6) Benamour S. Presse Med 1990 ; 19 : 1485~9



SACRO-ILIITE TUBERCULEUSE AVEC PREUVE HISTOLOGIQUE

S. Chekili; S. Miladi; A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; L. Souabni; S. Kassab; A. Lâatar ; L. Zakraoui.
Hôpital Mongi Slim, la Marsa. Service de Rhumatologie.

Introduction:

La tuberculose:

- Pays d'endémie.
- Localisations ostéo-articulaires fréquentes
- L'atteinte des sacro-iliaques reste rare.

Objectif: étudier les particularités cliniques et radiologiques d'une sacro-iliite tuberculeuse.

Matériels et méthodes:

Collecte des données de l'histoire clinique, de l'examen physique et des paramètres para-cliniques.

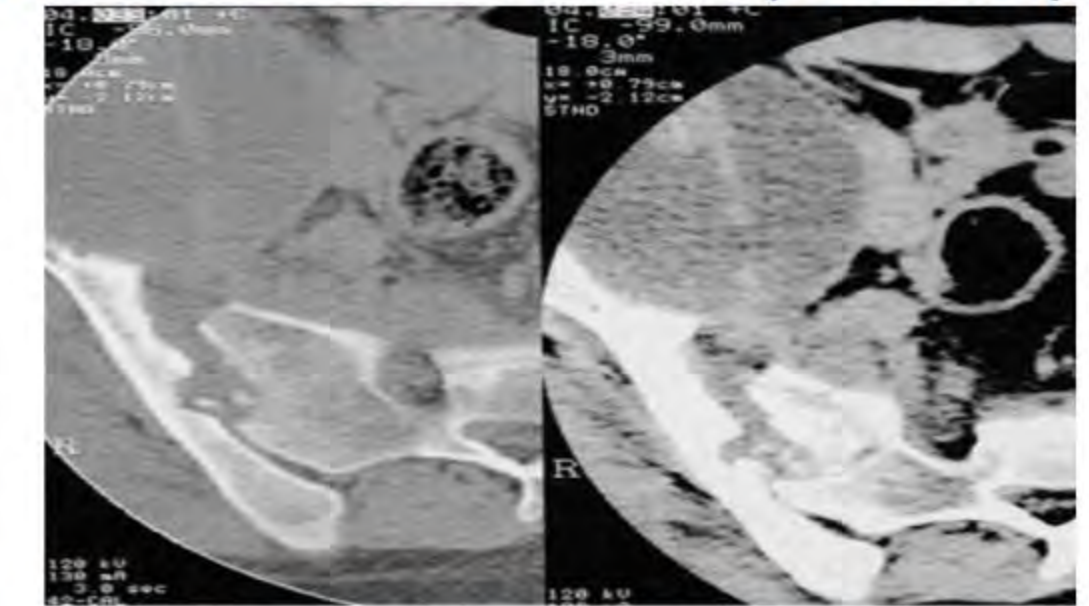
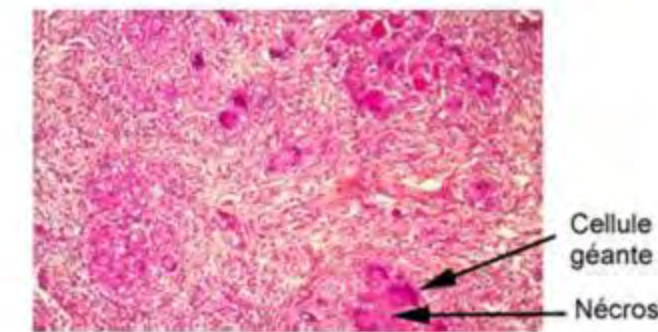
Résultats:

- Une jeune femme de 32 ans.
- Sans notion de contagé tuberculeux ni Brucélien.
- Signes fonctionnels: lombosciatique droite tronquée mécanique évoluant depuis 6 mois non améliorée par les antalgiques et les anti-inflammatoires.
- Signes généraux: pas de fièvre, ni sueurs nocturnes mais un amaigrissement (8kg en 3mois).
- Examen: Rachis lombaire douloureux à l'antéflexion. Douleur à la pression de la SI droite.
- Biologie: syndrome inflammatoire (VS=96mm, CRP=101mg/l) et une lymphopénie (1200élé/mm³). IDR positive.
- Radio: rachis lombaire pincement du disque L4L5 élargissement de la sacro-iliaque droite avec aspect flou et érodé des berges.



Diagnostiques évoqués: sacro-iliite infectieuse?
IRM bassin: sacroiliite droite abcédée.

- Ponction-biopsie:
 - ✓ Bactériologie: examen négatif
 - ✓ Histologie: inflammation granulomateuse épithéloïde et géantocellulaire.
- Traitement: quadrithérapie anti tuberculeuse.
- Évolution: L'évaluation à 3mois est satisfaisante sur le plan clinique et biologique.



Discussion:

Devant une lombosciatique persistante résistante au traitement médical, un examen exhaustif notamment de la hanche et des sacro-iliaques est nécessaire.

Au moindre doute un complément d'exploration par l'imagerie moderne est justifié.

L'histologie demeure l'examen de choix pour confirmer le diagnostic.

Le traitement médical des sacro-iliites tuberculeuses est le plus souvent suffisant.

Conclusion:

- La tuberculose sévit toujours sur le mode endémique dans notre pays.
- La localisation rachidienne est certes plus fréquente mais il faut penser à la sacro-iliite devant un tableau atypique et une imagerie rachidienne non concordante.
- Dans tous les cas, la confirmation histologique permet de reconforter le diagnostic et d'adapter la prise en charge.



RETENTISSEMENT DES SPONDYLARTHRISES SUR LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

I. Cherif ; I. Mahmoud ; L. Dridi ; O. Saidane ; H. Sahli ; R. Tekaya ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction:

La qualité de vie est un domaine très important dans l'évaluation des spondylarthrites (Spa). L'objectif de cette étude est d'évaluer le retentissement des Spa sur la qualité de vie et sa corrélation avec l'activité et la sévérité de la maladie.

Patients et méthodes:

Etude transversale menée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle auprès de 70 patients atteints de Spa (Critères d'Amor). La qualité de santé physique et mentale a été évaluée au moyen du **score SF-36**. Les différents indices d'évaluation de la maladie ont été relevés.

Les corrélations entre les domaines du SF-36 et les paramètres d'activité et de sévérité de la maladie étaient évaluées par le coefficient de corrélation de Pearson (r). Une signification était acceptée si $p < 0,05$.

Résultats:

Les différentes données épidémiologiques, cliniques et paracliniques ainsi que les scores d'évaluation de la maladie sont résumés dans le tableau 1

Tableau 1: Paramètres de la maladie

Sex-Ratio (H/F)	1,9
Age moyen	40,6 ans
Durée d'évolution moyenne	10,25 ans
Age de début moyen	29,30 ans
Eva dl moyenne	65mm
Eva Fatigue moyenne	56,21mm
BASDAI moyen	45,56%
BASFI moyen	44,79%
BASRI moyen	4,43
BASMI moyen	4,76
BASG-s	55,64%
Atteinte des hanches	34,3%
CRP moyenne	21,6 mg/l
VS moyenne	39,6 mm

Conclusion:

Dans notre étude, les spondylarthrites altèrent de façon significative la qualité vie physique et mentale des patients. Cette altération était corrélée au degré de sévérité de la maladie.

Les domaines du SF-36 étaient altérés avec une altération due à l'état physique (moyenne PCS= 36,36) et la santé mentale (moyenne MCS=38,04).

Le tableau 2 montre les résultats de l'étude de corrélation en fonction des différents paramètres de la maladie

Tableau 2: Etude des facteurs impliqués dans la détérioration de la qualité de vie

	Santé physique	Santé mentale
Sexe	0,23	0,33
Durée d'évolution	0,679	0,516
Age de début	0,23	0,708
Eva dl	<0,001	0,003
Eva Fatigue	0,001	<0,001
BASDAI	0,006	<0,001
BASFI	<0,001	0,002
BASG-s	<0,001	<0,001
BASRI	0,356	0,536
BASMI	<0,001	0,014
Atteinte des hanches	0,007	0,57
CRP	0,178	0,257
VS	0,115	0,929

Discussion

- Plusieurs auteurs rapportent une altération de la qualité de vie des patients atteints de Spa avec une altération importante de tous les domaines du SF-36.
- Notre étude a montré que la douleur, la fatigue et l'activité de la maladie sont significativement impliqués dans la détérioration de la qualité de vie physique et mentale des patients. Ces résultats ont été reportés dans l'autres études.
- Nous avons aussi trouvé que la limitation de la mobilité spinale et le retentissement fonctionnel de la maladie évalués par le BASMI et le BASFI sont des facteurs significativement responsables de l'altération de la qualité de vie. En effet, les spondylarthrites du fait de l'atteinte structurale qui entraîne la limitation importante de la mobilité rachidienne avec des déformations caractéristiques, réduisent d'une part l'activité des patients et entravent l'image corporelle perçue par ces patients (diminution de la confiance en soi et de l'auto-estime ..).

(1)Ward M, Kuzis S. Risk factors for work disability in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol 2001;28:315-21.

(2)Bostan EE, Borman P, Bodur H, Barç,a N (2003) Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 23:121-126

(3)Vesovic'-Potic' V, Mustur D, Stanislavljevic' D, Ille T, Ille M. Relationship between spinal mobility measures and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int (2009)29:879-884

A PROPOS D'UN CAS D'HYDATIDOSE OSSEUSE PELVIENNE

S.Bendjemaa, M.Ezzeddine, R.Akrout, H.Fourati, S.Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

INTRODUCTION :

L'échinococcose, ou maladie hydatique, est une parasitose due au développement chez l'homme, de la forme larvaire de *Echinococcus granulosus*, qui vit à l'état adulte dans l'intestin des chiens ou des autres carnivores. Elle touche surtout le foie et les poumons et plus rarement l'os. L'échinococcose osseuse représente 0,9 à 2,5 % des localisations [1]. Nous rapportons une observation d'une hydatidose osseuse pelvienne.

OBSERVATION :

Patiente A.S âgée de 43 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour lombosciatique S1 gauche mécanique évoluant depuis 2 ans. A l'examen clinique : son état général est conservé, elle avait une raideur rachidienne avec un shöber à (+) 1 cm sans syndrome radiculaire.

L'examen des hanches montre une douleur avec limitation de la rotation interne à 15° à gauche. Le reste de l'examen ostéo-articulaire, neurologique et somatique est sans particularités.

La radiographie du rachis lombaire montre un pincement discal à l'étage L4-L5. Devant l'absence d'amélioration sous traitement médical, on a complété par une TDM lombaire qui met en évidence un pincement discal à l'étage L4-L5 avec calcification centro-discale et une lésion osseuse lytique de l'os iliaque gauche et rupture de la corticale osseuse par endroit associée à des lésions liquidiennes de part et d'autre de l'aile iliaque (fig1). Le diagnostic d'hydatidose osseuse et des parties molles a été suspecté et on a complété par une sérologie hydatique qui s'est révélée positive. On a complété par une TDM thoraco-abdomino-pelvienne qui montre l'absence d'autres localisations. L'IRM du bassin montre une masse kystique multi vésiculaire de 12X33 mm intra osseuse iliaque gauche en hypo signal T1 (fig2A), hyper signal T2 (fig2B) avec un rehaussement périphérique pariétal avec extension au niveau des muscles en regard. La patiente a été mise sous albendazole dans un but de réduire la taille des lésions avant la résection chirurgicale.



Fig1



Fig2A



Fig2B

DISCUSSION :

La maladie hydatique est fréquente au Maghreb, où elle sévit à l'état endémique. Elle se localise surtout dans le foie, le poumon plus rarement dans l'os [1].

L'atteinte osseuse représente 0,9 à 2,5 % de l'ensemble des localisations [2]. Dévé, dans une étude concernant 637 cas d'échinococcose, retrouve une prédominance des atteintes rachidiennes (44,2 %), des os longs (30 %) et du bassin (16 %) [3].

L'infestation osseuse se fait le plus souvent par voie hématogène ou à partir d'une atteinte primitive des parties molles [1].

L'hydatidose pelvienne est rare.

La localisation iliaque que nous rapportons est primitive car le scanner thoraco-abdomino-pelvien qu'on a réalisé n'a pas montré d'autres localisations.

Le traitement actuel de l'échinococcose osseuse est médicochirurgical [2]. L'albendazole est prescrit à une dose quotidienne de 10–15 mg/kg par jour en 2 prises en 4 à 6 cures de 4 semaines encadrant l'acte opératoire, et espacées de 2 semaines [1].

Le traitement chirurgical vise l'excision complète des lésions hydatiques afin d'éviter les rechutes.

CONCLUSION :

L'hydatidose osseuse est une affection rare, même en zone d'endémie. Son diagnostic est souvent tardif du fait de son évolution insidieuse. Le traitement actuel de l'échinococcose osseuse est médicochirurgical. Les buts du traitement médical sont la réduction de la taille des kystes, la stérilisation de leur contenu avant la chirurgie et en postopératoire pour traiter les petits kystes passés inaperçus.



SARCOMES D'EWING DU CALCANEUM : A PROPOS D'UN CAS

A. khelifi; N. Tlili; I. Sboui; Y. Jeridi; A. Belkadi; A. Bouguira; F. Saadaoui; MH. Mehrzi
Service des Urgences - Traumatologie. Institut Mohamed Kassab d'orthopédie. Ksar Said

INTRODUCTION:

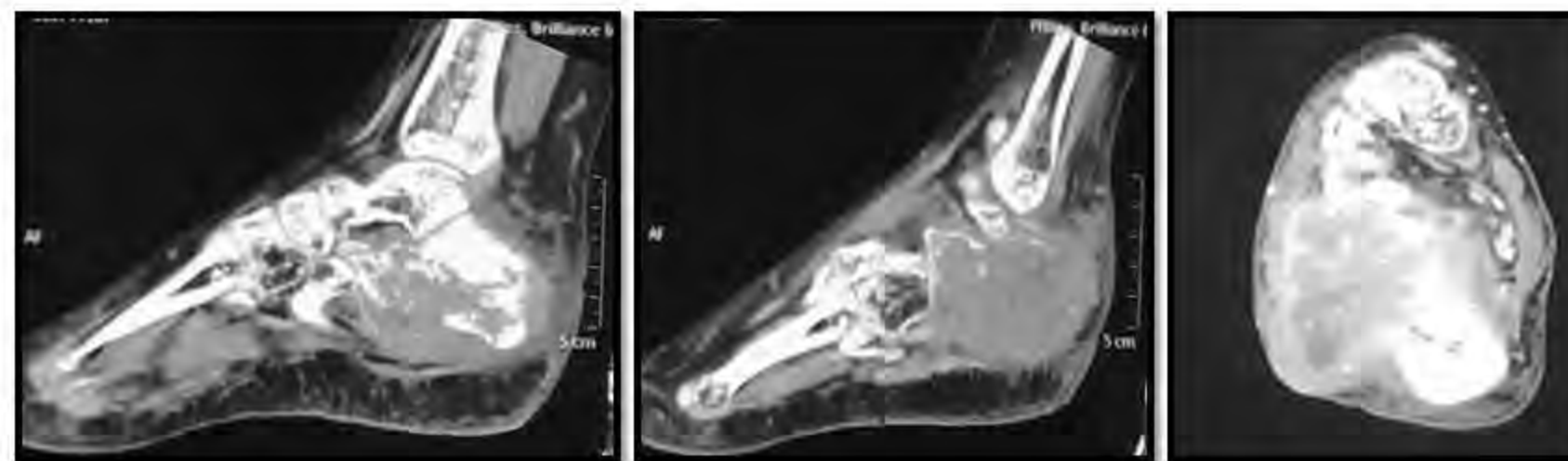
Le Sarcome d'Ewing est la 2^{ème} tumeur maligne chez les jeunes avant 20 ans.

Sa localisation inhabituelle au niveau des os du pied et particulièrement le calcaneum peut entrainer un retard diagnostique et thérapeutique.

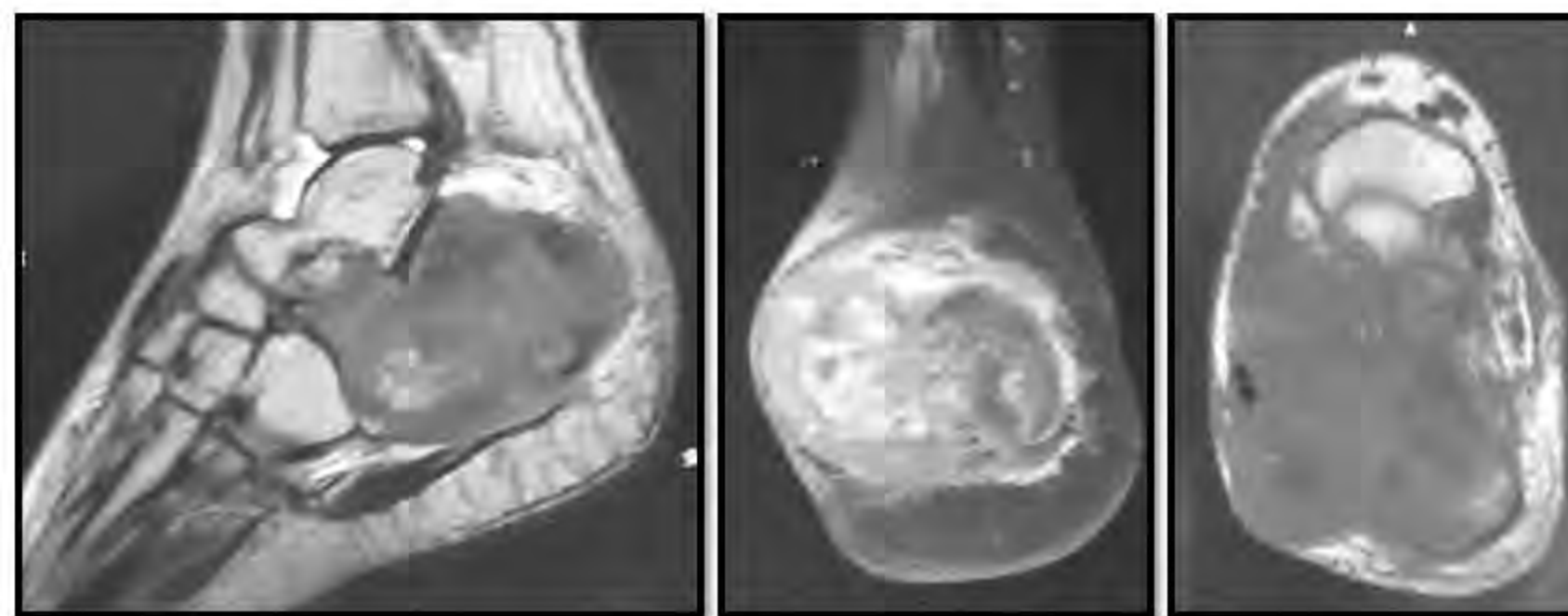
Ce retard est attribué au tableau clinique et radiologique atypique.

OBSERVATION:

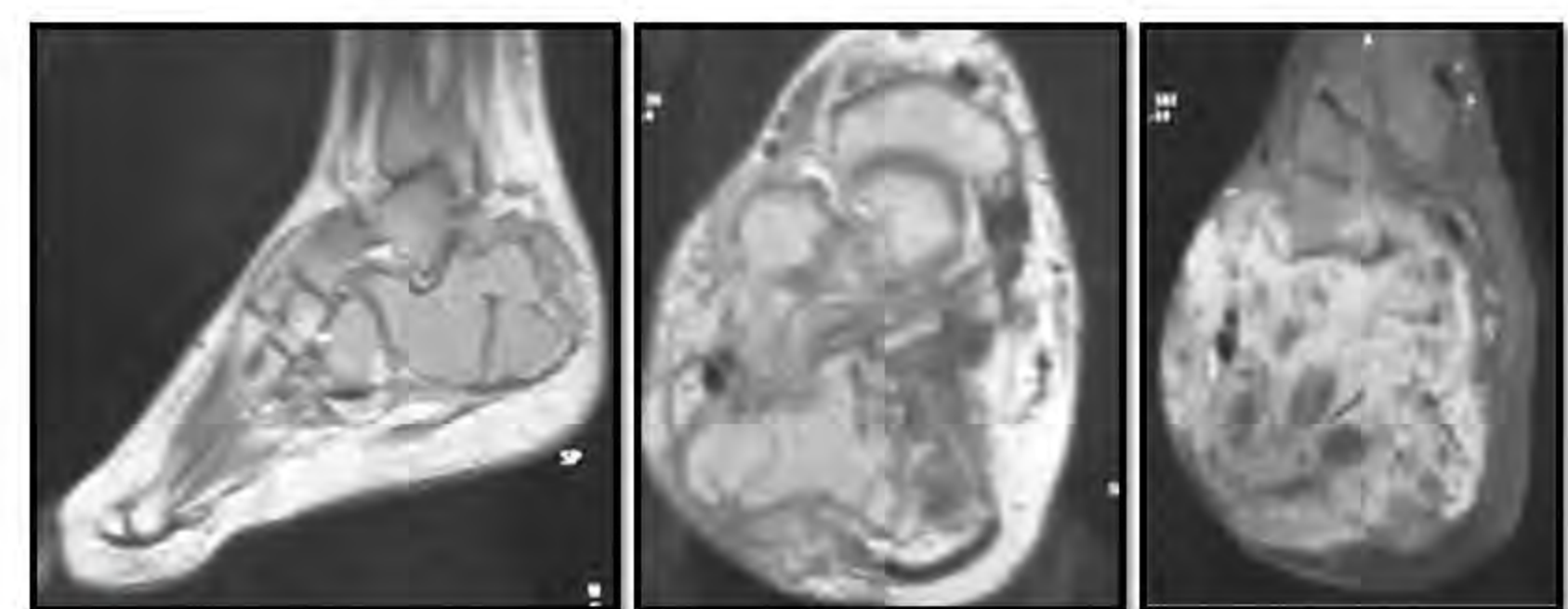
- ❖ Fille âgée de 18 ans. Sans antécédents pathologiques.
- ❖ Prise en charge initiale dans un hôpital régionale : ostéo-arthrite de la sous talienne pour laquelle elle a eu un drainage chirurgical associé à une antibiothérapie.
- ❖ L'examen clinique a montré une tuméfaction dure et douloureuse à la palpation, sans signes inflammatoires locaux.
- ❖ La radiographie standard a montré une condensation du calcaneum avec des réactions périostées et un œdème important des parties molles.



La TDM et l'IRM montre un processus expansif du calcaneum s'étendant aux parties molles.



- ❖ La biopsie a conclu à un sarcome d'Ewing du calcaneum.
- ❖ La patiente a eu une chimiothérapie néo-adjuvante.



- ❖ Mauvaise réponse à la chimiothérapie avec augmentation de la taille de la tumeur et apparition de métastases vertébrales.
- ❖ La patiente a été amputée à 2 mois post chimiothérapie.

DISCUSSION:

- ❖ Décrit pour la 1^{ère} fois en 1921, comme une tumeur qui se développait à partir des cellules mésenchymateuses différenciés de l'os.
- ❖ Le Sarcome d'Ewing survient fréquemment au cours de la 2^{ème} décennie de la vie, les garçons sont plus touchés que les filles.
- ❖ La localisation au niveau du calcaneum est exceptionnelle. Seulement une trentaine de cas de sarcome d'Ewing du calcaneum ont été décrits dans la littérature.
- ❖ La fièvre peut induire en erreur et retarder le diagnostic ainsi que la prise en charge.
- ❖ La TDM et l'IRM sont essentiels pour l'analyse de l'extension loco-régionale.
- ❖ La présence d'une masse au niveau des tissus mous est presque constante. Cette masse est généralement volumineuse et elle est plus étendue que l'atteinte osseuse.
- ❖ Au niveau du pied, l'érosion corticale et la réaction périostée peuvent manquer.
- ❖ Les infections osseuses, lésions à cellules géantes, lymphome et ostéosarcome peuvent simuler un sarcome d'Ewing.
- ❖ Le traitement consiste en une chimiothérapie néo adjuvante et adjuvante, associée à une chirurgie avec ou sans radiothérapie.
- ❖ Le traitement chirurgical est souvent l'amputation devant l'absence d'alternative de reconstruction.
- ❖ La radiothérapie est indiquée lorsque la résection est incomplète ou marginale et en cas de mauvaise réponse à la chimiothérapie.
- ❖ Le Sarcome d'Ewing du calcaneum est de mauvais pronostic. Ce pronostic est aggravé par la présence de métastases au moment du diagnostic.

CONCLUSION:

Le Sarcome d'Ewing du calcaneum est très rare. Il peut se manifester par un tableau clinico radiologique atypique qui entraîne un retard diagnostique conditionnant le pronostic. Le diagnostic est redressé par l'étude anatomopathologique de la biopsie. Le traitement chirurgical est souvent l'amputation devant l'absence d'alternative de reconstruction.





PROFIL DENSITOMETRIQUE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DU SUJET AGE

K.Maataallah; S.Rekik; A.Ben Tekaya; R.Dhahri; H.Ajlani; T.Torjman; M.Eleuch; S.Sellemi

Introduction:

A coté de l'atteinte osseuse locale, la polyarthrite rhumatoïde (PR) expose à un risque accru d'ostéoporose.

But:

Analyser le profil densitométrique des patients atteints de PR du sujets âgé.

Matériels et méthodes:

✓ Etude rétrospective monocentrique (2003-2012) des PR, d'ethnie blanche, qui ont bénéficié d'une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) au moment du diagnostic de la maladie.

✓ La DMO a été évaluée par la méthode DEXA au col fémoral et au rachis

Résultats:

Il s'agit de 35 patients (24 femmes), âgés en moyenne de 72 ans (65-85 ans). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 1an (15j-11ans). La PR était séropositive dans 68% des cas et érosive dans 80% des cas. La DMO était pathologique dans tous les cas:

Tableau: Caractéristiques de la DMO de la PR du sujet âgé

Données de la DMO	Ostéoporose 84%	Ostéopénie 15%
Site atteint en cas d'ostéoporose	Site fémoral 3%	Site vertébral 44%
	Les deux sites 53%	
T score moyen au niveau du site vertébral	-3.23DS(-3.6;-5.8)	
T score moyen au niveau du site fémoral	-2.25DS(0.5;-3.9)	

Discussion :

La baisse de la densité minérale osseuse au cours de la PR est multifactorielle. Un travail longitudinal de Gough et coll. a montré chez 167 patients atteints de PR récente (évoluant depuis moins de deux ans), que la perte osseuse, en l'absence de toute corticothérapie, était significative et surtout à la CRP. Après trois ans de suivi, la perte osseuse atteint 10 % sur le col fémoral pour les patients dont la CRP moyenne est supérieure à 200 mg/l, contre seulement 2,5 % pour les patients dont la CRP est < 200 mg/l (1, 2). Ce qui met en évidence l'effet de l'activité de la PR sur la densité minérale osseuse. Dans notre série, toutes les DMO étaient pathologiques, probablement biaisées par la présence de femmes ménopausées.

Conclusion:

La prévalence de l'ostéoporose est importante chez les patientes suivies pour PR notamment dans les formes à début tardif. Seul un contrôle optimal de la maladie passant par un diagnostic et une prise en charge précoce apparaît comme le meilleur moyen de prévention de l'ostéoporose.

Référence:

(1) Gough A. *Lancet* 1994 ; 344 : 23

(2) Gough A. *J Rheumatol* 1998 ; 25 : 1282-9



PROFIL ETIOLOGIQUE ET EVOLUTIF DU RACHITISME CHEZ L'ENFANT: A PROPOS DE 8 CAS

L. Gargouri¹ ; M. Hsairi¹ ; S. Ben Jemaa² ; F. Turki¹ ; R. Akrou² ; M. Ezzedine², I. Mejdoub¹ ; B. Maalej¹ ; W.Feki³ ; H.Fourati³ ; Y. Hentati³ ; E. Daoud³ ; Z. Mnif³ ; S. Baklouti² ; A. Mahfoudh¹

1 : Service de Pédiatrie, Urgence et de Réanimation pédiatriques. CHU Hédi Chaker. Sfax

2 : service de rumathologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

3 : service de radiologie. CHU Hédi Chaker. Sfax

Introduction : Le rachitisme est un syndrome résultant d'un défaut de minéralisation du tissu préosseux nouvellement formé de l'organisme en croissance. Les principales manifestations cliniques sont le reflet de l'atteinte des os longs du fait de l'importance de la croissance osseuse au siège des cartilages de conjugaison des os longs chez le jeune enfant.

Rachitisme carenciel :

2 filles et 2 garçons. Âge moyen: 1 ans et demi extrêmes 1 an - 2 ans et demi.

Prise de vitamine D: incomplète (3 cas) non faite (1 cas).

Examen clinique : nouures épiphysaires (4 cas), craniotabès (1 cas), aplatissement occipital bombement frontal (1 cas), chapelet costal (2 cas), thorax en carène (1 cas), déformation des membres inférieurs (4 cas), anomalies dentaires (1 cas).

Bilan phosphocalcique : perturbé dans tous les cas.

Radiographie standard : déminéralisations osseuses avec becs métaphysaires dans tous les cas.

Aspect en bouchons de champagne (1 cas),

déformations osseuses (3 cas)

Modifications métaphysaires (1 cas.)



Confirmation diagnostic: dosage du 1.25(OH)2D3 : valeur moyenne à 7 µg/l.

Traitement: vitamine D associé au calcium.

Évolution: guérison (1 cas), amélioration clinique et radiologique (1 cas) après un recul de 6 mois. Issue fatale (1 cas) suite à des bronchopneumopathies récidivantes. Un cas a été perdu de vue.

Rachitisme secondaire à une acidose tubulaire distale

enfant admis pour exploration d'un retard staturo-pondéral.

Signes de rachitisme: Déformations en varus des membres inférieurs, Bourrelets métaphysaires, dystrophie dentaire, Fontanelle antérieure ouverte.

Bilan radiologique: Déminéralisation, amincissement des corticales, becs métaphysaires chapelet costal. aspect de thorax en cloche.

Bilan étiologique: association de retard staturo-pondéral, surdité de perception bilatérale rachitisme vitaminorésistant, acidose métabolique, ph urinaire qui reste toujours alcalin à 7 hypocalcémie avec une hypercalciurie, hypokaliémie, nephrocalcinose à l'échographie rénale.

Traitement : sérum bicarbonaté par voie orale à la dose de 2 meq/kg/j + potassium.

Evolution: persistance de signes de rachitisme + fractures pathologiques. issue fatale à 9 ans.



Déminéralisation osseuse

amincissement des corticales + becs métaphysaires

Rachitisme hypophosphatémique :

Garçon 2 ans originaire de Sidi Bouzid

Prise vitamine D: correcte

Circonstance de découverte: retard staturopondéral à -4 DS

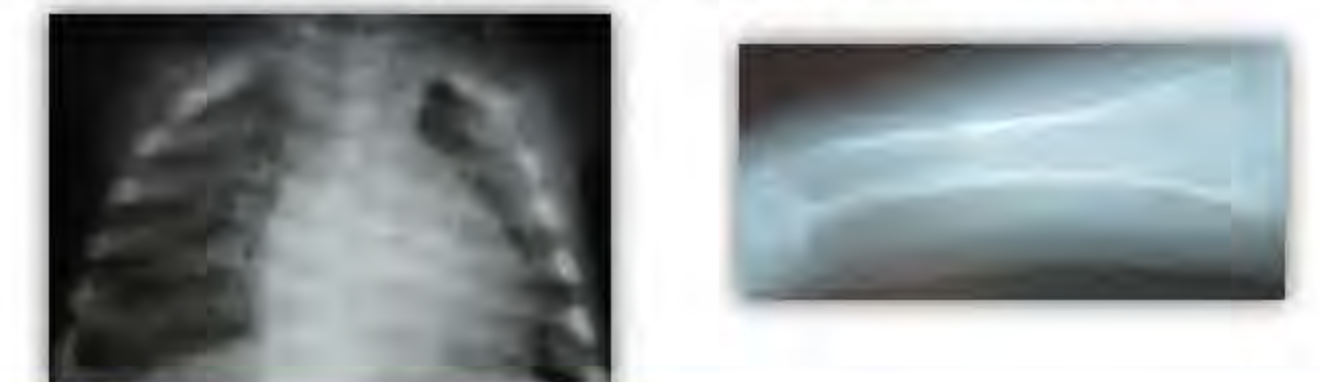
Examen clinique: nouures épiphysaires, chapelet costal, déformation des membres inférieurs

Biologie: calcémie=2.24; phosphorémie= 0.6; 25 (OH)2D3=7.5; 1.25(OH)2D3=218

Signes radiologiques: déminéralisation osseuse; becs métaphysaires; aspect en bouchons de champagne; déformation osseuse

Traitement: calcium per os + un alpha

Evolution: décès par bronchopneumopathie



Rachitisme secondaire à une maladie cœliaque :

Garçon 4 ans originaire de Sfax; trisomie 21; Prise vitamine D correcte

Circonstance de découverte: déformations osseuses

Examen clinique: nouures épiphysaires, déformation des membres inférieurs, retard de croissance

Biologie: calcémie=1,9mmol/l; phosphorémie= 1 mmol/l; sérologie maladie cœliaque +

Signes radiologiques: déminéralisation osseuse; becs métaphysaires; déformation osseuse

Traitement: calcium per os + stérogyl; **Evolution:** recul 2 mois



Rachitisme vitamino-résistant de type I (Pseudo carenciel) :

Fille 2 ans et demi originaire de Sfax

Prise vitamine D: incomplète

Circonstance de découverte: déformation osseuse

Examen clinique: nouures épiphysaires, déformation des membres inférieurs

Biologie: calcémie=2.24; phosphorémie= 1.29 ; 1.25(OH)2D3=16 ng/l

Signes radiologiques: déminéralisation osseuse;

becs métaphysaires;

déformation osseuse

Traitement: calcium per os + un alpha

Evolution: recul 8 ans; guérison



Conclusion : Malgré l'importance des signes cliniques et radiologiques, le traitement des rachitismes carenciels entraîne une guérison spectaculaire. La prévention de formes carencielles et le dépistage précoce des formes secondaires est primordial pour améliorer la survie ainsi que le pronostic fonctionnel.



AMYLOSE VERTEBRALE PRIMITIVE COMPLIQUEE D'UNE PARAPLEGIE

A.Amira; S.Rekik; R.Dhahri; K.Maatallah; H.Sahli; N. Meddeb; E. Cheour; M. Elleuch; S.Sallemi.

Service de Rhumatologie CHU la Rabta

Introduction: L'amylose regroupe un ensemble d'affections pouvant toucher les différents systèmes de l'organisme. Les localisations osseuses de l'amylose sont rares et de diagnostic difficile. La compression médullaire dans ce contexte particulier est extrêmement rare.

Matériels et méthodes: Les données de ce travail sont recueillies à partir du dossier d'hospitalisation d'un patient présentant une amylose vertébrale compliquée d'une compression médullaire. Les données cliniques, radiologiques et biologiques sont exposées dans cette observation.

Résultats: Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 42 ans aux antécédents d'amylose hépatosplénique découverte suite à une rupture spontanée de la rate, rupture compliquée d'un hémopéritoine. Une année plus tard, le patient a présenté une lomboradiculalgie unilatérale droite mal systématisée compliquée d'une paraplégie sensitivomotrice sans troubles vésicosphinctériens. La résonance magnétique (IRM) avait montré des tassements vertébraux étagés du rachis dorsolombaire avec recul du mur postérieur et des signes de compression médullaire prédominant en regard de T12. L'histologie ainsi que l'étude immunohistochimique ont confirmé le type AL de l'amylose. Une décompression chirurgicale a été faite et l'évolution était favorable.

Discussion: L'amylose osseuse est presque exclusivement de type AL. L'infiltration ostéomédullaire amyloïde, révélée cliniquement par des manifestations osseuses est exceptionnelle, de

- diagnostic difficile et souvent méconnue. La localisation vertébrale reste exceptionnelle. Le rachis lombaire semble rarement affecté : seulement quatre autres observations
- d'amylose osseuse primitive touchant le rachis lombaire et compliquées de compression médullaire [1-2] sont rapportées dans la littérature. Chez notre patient l'amylose est multifocale ce qui reste exceptionnel.

Conclusion: L'IRM est d'un apport considérable en matière d'amylose vertébrale. Cependant, c'est l'examen anatomopathologique qui permet un diagnostic de certitude d'une amylose. La survenue d'une compression médullaire dans l'amylose reste exceptionnelle et nécessite un traitement chirurgical. L'évolution est cependant variable selon les cas.

- [1] Sancho JM, Ribera JM, Roussos I, Vaquero M. Spinal cord compression by primary vertebral amyloidoma of lumbar region. Med Clin 1999;112:719.
- [2] Haridas A, Basu S, King A, Pollock J. Primary isolated amyloidoma of the lumbar spine causing neurological compromise: Case report and literature review. Neurosurgery 2005;57(1):E196.



ANÉVRISMES PULMONAIRES BILATÉRAUX A ISSUE FATALE AU COURS DE LA MALADIE DE BEHÇET

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

La maladie de Behçet (MB) est une maladie inflammatoire chronique touchant avec prédilection le sujet jeune de sexe masculin. L'atteinte vasculaire au cours de cette maladie a été signalée pour la première fois par Adamantiades en 1946. Elle est de loin dominée par les thromboses veineuses. L'atteinte artérielle demeure exceptionnelle : 2-7 % des cas mais de très mauvais pronostic.

Au sein de ces complications vasculaires, les anévrysmes pulmonaires sont particulièrement graves car grevés d'un risque important de rupture et par conséquent de décès.

OBSERVATION

R.R. Patient Tunisien âgé de 24 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, était admis pour exploration d'une hémoptysie de faible abondance. L'interrogatoire et l'examen physique ont permis de retenir le diagnostic de MB : aphtose bipolaire récurrente, cicatrice d'aphtose génitale, pseudofolliculite nécrotique et un test pathergique positif. La radiographie de thorax montrait une opacité arrondie et homogène au niveau du hile pulmonaire gauche. La tomographie avec injection objectivait de multiples anévrysmes pulmonaires bilatéraux. Le patient était mis sous colchicine, aspirine, corticothérapie à pleine dose (1mg/kg/j) et des boli mensuels de cyclophosphamide. Lors de son admission pour le deuxième bolus, le patient présentait une hémoptysie foudroyante en rapport avec la rupture d'un anévrysmes pulmonaire avec un état de choc. Malgré la réanimation intensive et la lobectomie de sauvetage pratiquée en urgence, le patient était décédé à deux jours de l'intervention par récurrence de l'hémoptysie.

COMMENTAIRES

- La MB est une maladie inflammatoire chronique dont le substratum anatomique est une vascularite à prédominance veineuse. L'atteinte artérielle au cours de cette maladie demeure rare, dominée par les anévrysmes (2/3 des cas). Les artères pulmonaires représentent avec l'aorte abdominale, le siège de prédilection des anévrysmes.
- Il s'agit toujours d'un faux anévrysmes: ne comportant qu'un seul orifice et sa paroi ne comporte jamais de média.
- La symptomatologie des anévrysmes pulmonaires est très variable et non spécifique: hémoptysie, douleur thoracique, opacité médiastino-pulmonaire parahilaire unique ou bilatérale ou une réaction pleurale.
- Le diagnostic est actuellement facilité par les nouvelles techniques d'imagerie, en particulier l'IRM. La TDM reste l'examen de référence pour le diagnostic, elle permet de visualiser les anévrysmes, les dénombrer, déterminer leur siège et leur taille et l'existence ou non d'une thrombose associée.
- Les formes bilatérales sont exceptionnelles car l'atteinte artérielle au cours de la MB est souvent unique. Ces anévrysmes sont de mauvais pronostic avec un risque de rupture fatale de 60 %.
- Le traitement reste toujours médical dans les formes non compliquées reposant sur une corticothérapie à fortes doses et des boli mensuels de cyclophosphamide permettant dans certains cas la régression complète de ces anévrysmes. L'embolisation artérielle reste un complément thérapeutique très utile. La chirurgie comporte un risque important vu le terrain de fragilité vasculaire sous-jacent.

CONCLUSION

Les artères pulmonaires représentent une localisation préférentielle des anévrysmes au cours de la MB. Cette atteinte doit être recherchée devant le moindre symptôme car grevée d'une lourde mortalité : 60 % . l'angioscanner reste l'examen de choix pour le diagnostic et la surveillance de ces anévrysmes pulmonaires.



Radio thorax de face:opacité para-hilaire Gauche Avec signe de convergence évoquant l'origine vasculaire



TDM thorax SPC:opacités bilatérales sur les trajets des artères pulmonaires

ECHAPPEMENT DE LA REPONSE AU TRAITEMENT DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE PAR BIOTHERAPIE

S. Kochbati (1); F. Boussema (1) ; S. Bousaid (1); L. Baili (1); B. Ben Dhaou (1); L. Rokbani(1)

(1)Service de Médecine interne, Hôpital Habib Thameur de Tunis, Tunis, Tunisie

INTRODUCTION

L'avènement de la biothérapie a modifié le pronostic des rhumatismes inflammatoires et notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR). Plusieurs traitements ont été proposés. Notre objectif est d'évaluer l'efficacité de la biothérapie au cours de la PR réfractaire en incisant sur le taux d'échappement de la maladie à cette thérapie.

MATERIEL ET METHODE

•Nous avons mené un travail prospectif à propos de 33 cas de PR, évolutives et réfractaires aux traitements de fonds classiques ayant nécessité le recours à un traitement par biothérapie. Le RTX a été prescrit après échec, intolérance ou une contre indication aux anti-TNF α .

RESULTATS

•L'âge moyen des patients est de 48 ans. Le sex-ratio H/F est de 0,22. La PR évoluait depuis en moyenne 14 ans. Elle était séropositive dans 72,73 % des cas et les Ac anti-CCP étaient présents dans 63,64% des cas. Il s'agissait de PR actives (DAS28 moyen 5,62) et érosive. 29 patients ont reçu des anti-TNF α : 18 sous Infliximab, 7 sous Etanercept, 4 sous Adalimumab et 15 PR ont reçu le Rituximab.

•L'efficacité de l'Infliximab a été démontrée dans 8 cas. Après un recul moyen de 16 mois. Un échec a été constaté dans 7 cas, dont 4 échappements après un recul moyen de 39 mois. Pour l'Etanercept, l'évolution était marquée par une bonne réponse dès les premières semaines du traitement (recul moyen de 30.8 mois. Un cas d'échappement était survenu après 27 mois. L'Adalimumab était administré, dans 4 cas.

Il s'était montré efficace avec une bonne réponse dès les premières semaines du traitement. Le recours au Rituximab a été réalisé dans 15 cas. Il s'était montré efficace dans 13 cas dès les premières semaines du traitement. Un cas d'échappement était constaté après 33 mois du traitement.

	Nombre de cas	efficacité	échappement
Infliximab	18	8	4
Etanercept	7	6	1
Adalimumab	4	4	0
rituximab	15	13	1

Tableau 1: Profil des réponses selon la nature de la biothérapie

CONCLUSION

•Selon notre étude, l'efficacité et l'échappement du traitement par biothérapie ne semblent pas dépendre de la nature de la molécule. En effet, la moyenne des PR en rémission est sensiblement la même pour les différents traitements utilisés.



LA MALADIE OSSEUSE DE PAGET: UNE SERIE DE 40 PATIENTS

F Frikha, S El Aoud, M Snoussi, N Saidi, H Loukil, H Hariz, M Jallouli, S Marzouk, Z Bahloul

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie.

INTRODUCTION

La maladie osseuse de Paget (MP) est le deuxième désordre osseux en fréquence après l'ostéoporose. C'est une dystrophie osseuse bénigne caractérisée par une augmentation focale du remodelage osseux associé à des anomalies morphologiques et fonctionnelles des ostéoclastes.

PATIENTS ET METHODES

Notre étude est rétrospective concernant 40 cas de MP colligés dans le service de médecine interne de CHU Hédi Chaker de Sfax durant une période de 16 ans (1996-2011). Nous avons essayé d'en dégager les caractéristiques démographiques, cliniques, les moyens diagnostiques, les modalités thérapeutiques.

RESULTATS

- ❖ Notre série comporte 22 femmes (55%) et 18 hommes (45%) âgés en moyenne de 69,7 ans \pm 9,7 (52 et 86 an).
- ❖ La douleur était présente chez 33 malades (82,5 %). Elle était de type mécanique (24 cas), inflammatoire (4 cas) et de type permanent (5 cas). Elle intéressait le rachis lombaire dans 18 cas (45%), le rachis dorsal dans 4 cas (10 %), le rachis cervical dans 10 cas (25 %), la hanche dans 19 cas (45 %), l'épaule dans 15 cas (38%) et le genou dans 10 cas (25%).
- Les déformations étaient notées dans 5 cas (12,5%) : incurvation caractéristique de la jambe gauche dans 1 cas, de la jambe droite dans 2 cas et du bras droit dans 2 cas. Une augmentation du volume du crâne était notée chez un patient. D'autres signes physiques rares étaient observés : surdité (3 cas), troubles vasomoteurs (2 cas), signes d'insuffisance cardiaque (1 cas) et tableau de compression médullaire (1 cas).
- ❖ Le dosage des PAL était augmenté chez 36 patients (90 %). Le taux moyen initial des PAL était de 522,9 \pm 462 UI/L (100 jusqu'à 2481 UI/L).
- ❖ Sur le plan radiologique, les anomalies observées étaient : aspect cotonneux du crâne (8 cas), épaissement de la voûte crânienne (16 cas) ; condensation vertébrale (11 cas) ; condensation de l'hémibassin (13 cas), atteinte du fémur (7 cas), atteinte du tibia (4 cas), atteinte de l'humérus (3 cas). Dans notre série, on a trouvé 11 cas de coxopathie pagétique. Elle était unilatérale dans 7 cas et bilatérale dans 4 cas. Deux malades ont présenté une fracture pathologique de l'avant bras gauche (1 cas) et de la jambe gauche (1 cas) (**Figures 1, 2 et 3**).
- ❖ La scintigraphie osseuse, réalisée chez 38 patients, avait montré des foyers d'hyperfixation dont le nombre total était de 102 foyers. Le scanner osseux était pratiqué chez 6 patients. Il s'agissait d'une TDM du rachis lombaire dans 4 cas et du crâne dans 2 cas. Il avait permis de montrer des signes en faveur de l'atteinte pagétique. Quatre patients ont bénéficié d'une biopsie qui a révélé des remaniements pagétiques assez importants, sans signe histologique de malignité.
- ❖ Dans notre série 27 patients (67,5%) ont bénéficié d'un traitement anti-ostéoclastique spécifique de la MP. La molécule la plus utilisée était le pamidronate chez 22 patients. Nos patients ont été suivis avec un recul moyen de 78,22 mois.

CONCLUSION

La MP est fréquente, son diagnostic positif est généralement facile. Il demeure essentiellement radiologique. D'importants progrès ont été réalisés dans la connaissance et le traitement de la MP au cours de la dernière décennie. Ce traitement fait appel en première ligne aux bisphosphonates, agents anti-ostéoclastiques de plus en plus puissants.



Figure n°1: Aspect condensé et hypertrophié de l'hémibassin droit avec une coxopathie pagétique droite.



Figure n°2 : Atteinte du fémur avec incurvation de l'os, structure fibreuse et dédifférenciation cortico-médullaire.

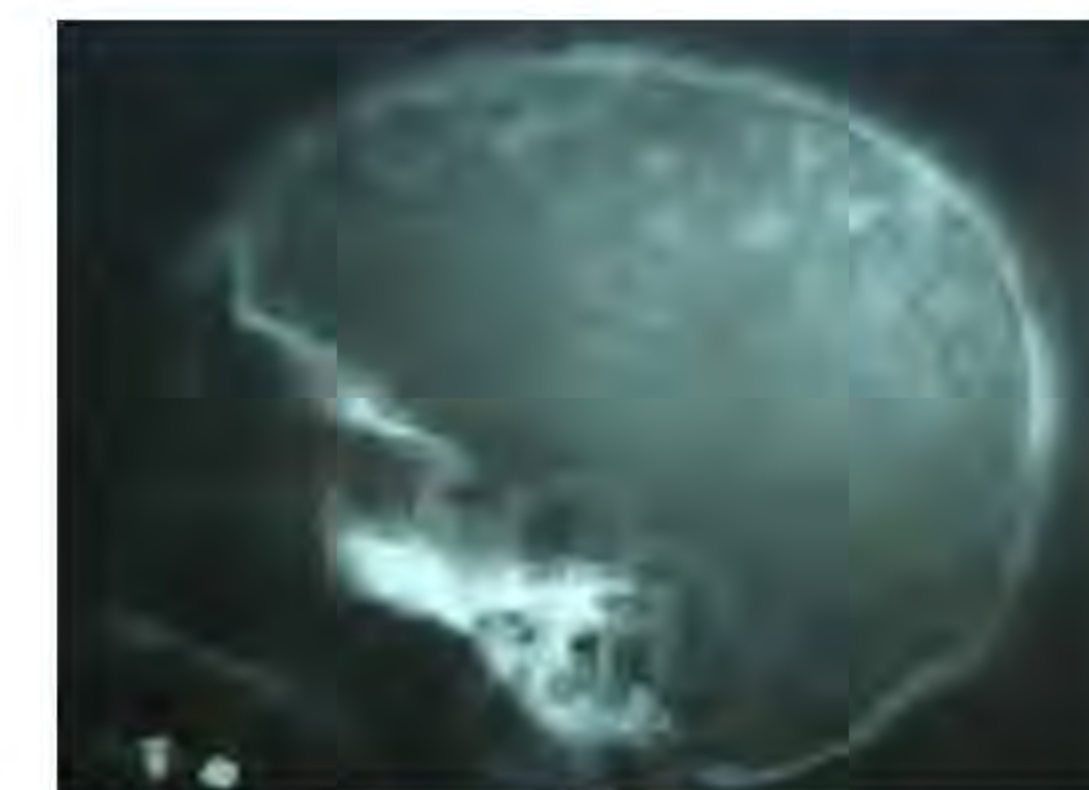


Figure n°3: Aspect ouaté cotonneux du crâne avec épaissement de la voûte.

DISCUSSION

- ❖ **Epidémiologie:** La maladie de Paget est une maladie fréquente, en particulier chez les sujets âgés mais son incidence est difficile à évaluer et probablement sous estimée en raison des formes asymptomatiques. Dans la littérature, la plupart des auteurs s'accordent que la maladie de Paget atteint 3% à 4% de la population adulte de plus de 45 ans avec une fréquence de moins de 1% entre 30 à 45 ans et pouvant aller jusqu'à 10% chez les sujets âgés de 80 ans.
- ❖ **Diagnostic positif:** La MP est considérée comme une maladie silencieuse car la transformation de l'os normal en os pagétique est habituellement asymptomatique, ce qui explique une reconnaissance volontiers tardive (10 à 20 ans après le début théorique).
- ❖ La douleur est le symptôme le plus fréquent de la MP et elle apparaît généralement de façon tardive. Elle est le plus souvent modérée et de type mécanique.
- ❖ Les déformations osseuses sont caractéristiques de la maladie et vont toucher tous les segments. En effet, l'augmentation de la taille de l'os et l'altération de ses qualités mécaniques sont à l'origine des déformations qui se développent en fonction des contraintes musculaires locales et des zones de moindre résistance.
- ❖ Le diagnostic positif de la MP est généralement facile. Il demeure essentiellement radiologique et nécessite alors des radiographies de bonne qualité. Ce diagnostic radiologique peut être un diagnostic de certitude dans la grande majorité des cas, du moins pour un observateur expérimenté.
- ❖ **Traitement**
- Au cours des 30 dernières années, le traitement médical de la MP a considérablement progressé grâce à l'utilisation d'inhibiteurs spécifiques de la résorption ostéoclastique de plus en plus puissants : les bisphosphonates. Ces agents sont capables de cibler sélectivement les sites pagétiques et de restaurer une structure histologique normale dans l'os. Nous avons utilisé le pamidronate chez 22 malades de notre série. Un syndrome pseudo-grippal était survenu chez seulement 3 malades. L'évolution de la MP était favorable chez 20 patients, les deux patients restant étaient perdus de vue juste après la cure d'Arédia®.
- Le Zolédronate (Aclasta®), 5 mg en perfusion intraveineuse unique d'au moins 15 minutes, s'avère aujourd'hui l'agent anti-ostéoclastique le plus puissant et le plus actif [5, 9, 166, 167, 168]. Contrairement au pamidronate qui a l'inconvénient de sa lenteur de perfusion imposant une courte hospitalisation, la tendance actuelle avec le zolédronate est le développement de cette forme puissante administrée à faible dose avec une simple injection intraveineuse de quelques minutes, qui peut être réalisée en consultation [4].

Références:

- [1] Alexandre C. Maladie osseuse de Paget. EMC - Appareil locomoteur 2006;1:13 [Article 14-023-R-10].
- [2] Malghem J, Vande Berg B, Lecouvet F, Maldague B. Maladie de Paget. EMC - Radiologie et Imagerie médicale : Musculosquelettique - Neurologique - Maxillofaciale 2005 [31-360-A-10].
- [3] Paget J. On a form of chronic inflammation of bones (osteitis deformans). Med Chir Trans London 1877;60:37-63.
- [4] Lojo Oliveira L, Torrijos Eslava A. Treatment of Paget's disease of Bone. Rheumatol Clin. 2012;8(4):220-4.



LE RHUMATISME PSORIASIQUE : UNE SERIE DE 25 CAS

A. Souissi ; L. Metoui ; I. Gharsallah ; N. Boussetta ; R. Dhahri ; B. Louzir ; S. Othmani

Service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, Tunisie

Introduction : Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique appartenant au groupe des spondylarthropathies. Son étiopathogénie fait intervenir des facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques. Sa physiopathologie reste encore mal élucidée.

Le but de ce travail est de dégager les particularités épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques, et évolutives du RP.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, bi-centrique, portant sur les dossiers de 25 malades hospitalisés au service de dermatologie et au service de médecine interne de l'hôpital militaire principal de Tunis, sur une période de 10 ans de janvier 2002 à janvier 2012. Les critères de sélection des malades ont été ceux de FOURNIER, d'AMOR et de VASEY ESPINOSA.

Résultats: Il s'agit de 8 femmes et de 17 hommes. L'âge moyen était de 40 ans. Le délai diagnostique moyen était de 7ans. L'atteinte articulaire était périphérique pure dans 48% des cas, axiale pure dans 44% des cas et mixte dans 36% des cas. L'atteinte cutanée était présente dans tous les cas. Un psoriasis en plaques était noté chez 72% des patients et un psoriasis de l'ongle était observé dans 48 % des cas. Le méthotrexate a été prescrit dans 84% des cas et l'infliximab dans 2 cas. L'évolution a été comme suit : amélioration (40% des cas), stabilisation (52%) et aggravation (8%).

Discussion : Le RP est un rhumatisme inflammatoire original par l'association d'une atteinte cutanée aux manifestations articulaires. Une bonne prise en charge permet d'améliorer la symptomatologie ainsi que la qualité de vie des patients. Actuellement, l'avènement des anti TNF alpha constitue un progrès thérapeutique considérable dans le RP.

Conclusion : Le RP est une affection bénigne mais qui peut engager rarement le pronostic fonctionnel. Une prise en charge précoce est nécessaire pour éviter l'évolution vers des séquelles handicapantes.



Plaques de psoriasis



Psoriasis avec atteinte unguéale



PROBLEME DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L ASSOCIATION POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET HEPATITE C

W.Bousselmi ; H.Sahli; R.Tekaya ; L. Dridi; I.Mahmoud ; O. Saidane ; L. Abdelmoula ; R.Zouari,
service de rhumatologie, hopital Charles Nicoles

INTRODUCTION :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un RIC nécessitant une prise en charge multidisciplinaire comportant notamment un traitement médicamenteux symptomatique et de fond requérant un foie indemne.

Si la plupart des auteurs s'accordent sur le risque élevé de la prescription de traitement au cours de la PR associée à l'hépatite B, leur attitude reste plus nuancée quand ce rhumatisme s'associe à une hépatite virale C (HVC).

Nous rapportons à ce sujet deux observations

Observation 1 :

F de 43 ans présentant une PR séropositive, destructrice et déformante, évoluant depuis l'âge de 17 ans mal suivie et sans traitement de fond pendant 26 ans.

En mars 2006, elle a été traitée par méthotrexate (12,5mg/semaine), interrompu à 13 mois de traitement devant une cytolyse hépatique supérieure à 2 fois la normale.

Le bilan étiologique a révélée une hépatite C chronique à activité modérée sans signes d'IHC ne requérant pas un traitement antiviral.

La patiente a alors été traitée par les antipaludéens de synthèse interrompue au bout de 20 jours devant une intolérance digestive majeure.

Devant l'importance de l'activité de sa PR avec un DAS28 à 6 en février 2008, elle a été mise sous sulfasalazine (2g/j).

Observation 2 :

F de 68 ans suivie depuis 2004 dans notre service pour une PR.

Le traitement de fond n'a pas été reçu devant une perturbation du bilan hépatique à type de cytolyse à 2 fois la normale et de cholestase à 4 fois la normale, dont le bilan étiologique a conclu à une hépatite C chronique active.

La patiente a été gardée sous traitement symptomatique.

Actuellement, elle présente une poussée polyarticulaire avec un DAS28 à 7,1 et un bilan hépatique toujours perturbé avec des signes biologiques de cirrhose sans signes d'insuffisance hépatocellulaire.

Vue le problème de l'hépatite C, passée au stade de cirrhose, ni les traitements de fond ni les traitements symptomatiques n'ont pu être indiqués chez notre patiente.

CONCLUSION

La découverte d'une perturbation hépatique au cours d'une PR doit amener à pratiquer une enquête étiologique exhaustive comportant notamment les sérologies hépatitiques. L'association d'une hépatite virale à une PR rétrécit le champ de choix thérapeutique. L'utilisation des anti-TNF dans ce cas reste controversée selon les auteurs.

DISCUSSION:

L'hépatite virale C touche environ 170 millions de personnes dans le monde. Ceci pose un réel problème de prise en charge de certaines maladies dont la PR puisqu'il est rapporté des cas d'hépatites virales C réactivées ou aggravées par certains immunosuppresseurs.

Les données concernant le **méthotrexate** à dose rhumatologique, largement décrit comme cause de stéatose, fibrose et, beaucoup plus rarement une hépatite aigue, sont absentes hormis certaines observations individuelles, souvent rassurantes.

Concernant les **anti-TNF**, occasionnellement hépatotoxiques, à travers les études faites, ils semblent pas pas réactiver l'hépatites C, cependant une surveillance étroite des transaminases et contrôle régulier de la PCR HCV est nécessaire.

Le problème se pose essentiellement avec les formes actives d'hépatite C avec importante perturbation du bilan hépatique, contre-indiquant tout les thérapeutiques proposées au cours de la PR.



PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET EVOLUTIF ACTUEL DES SPONDYLODISCITES INFECTIEUSES

L. Dridi ; H. Sahli ; R. Tekaya ; W. Smiri ; O. Saidane ; I. Mahmoud ; L. Abdelmoula ; L. Chaabouni ; R. Zouari
Service de Rhumatologie- Hôpital Charles Nicolle

Introduction

Les spondylodiscites infectieuses (SDI) demeurent un sujet d'actualité et occupent une place importante en pratique rhumatologique. Notre objectif est de dresser le profil épidémiologique, les particularités diagnostiques et évolutives des SDI au cours de ces 10 dernières années.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective descriptive colligeant les dossiers de patients hospitalisés au service de Rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle pour une SDI entre 2002 et 2012. Nous avons relevé les données épidémiologiques, les modalités diagnostiques et l'évolution.

Résultats

77 dossiers ont été colligés. Les principales paramètres épidémiologiques et cliniques des patients sont résumés dans le tableau I.

Tableau I: Caractéristiques épidémiologiques et cliniques

Hommes/Femmes	43/44	
Age moyen	55 [16-80]	
Terrain prédisposant	32,4%	Diabète (68%) Hépatopathie chronique (24%) ttt immunosuppresseur (12%)
Début insidieux	57,1%	
Délai diagnostique moyen	4,6 mois	
Rachialgie	100%	
Radiculgie	42,8%	
Fièvre	33,7%	

- L'étage lombaire était le plus fréquemment atteint (68,8%).
- La SDI était bi ou multifocale dans 16,8 % et bi ou multi-étagée dans 16,8 %.
- Les données de l'imagerie (TDM et ou IRM) sont résumés sur la figure 1.

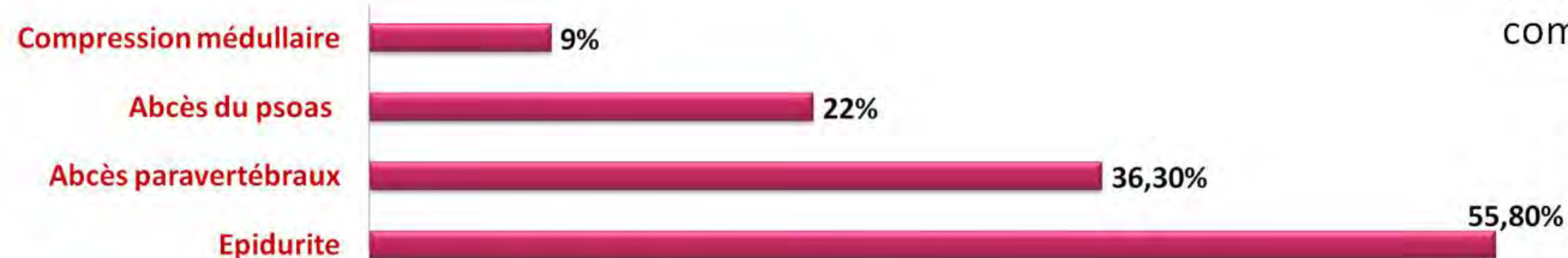


Figure 1: Données de l'imagerie

- La ponction biopsie discovertébrale pratiquée dans 76,6% des cas, n'était contributive que dans 44%.
- Le profil étiologique des SDI est résumé dans la figure 2.
- Pour les SDI à pyogènes, le germe était isolé dans 62,5%.

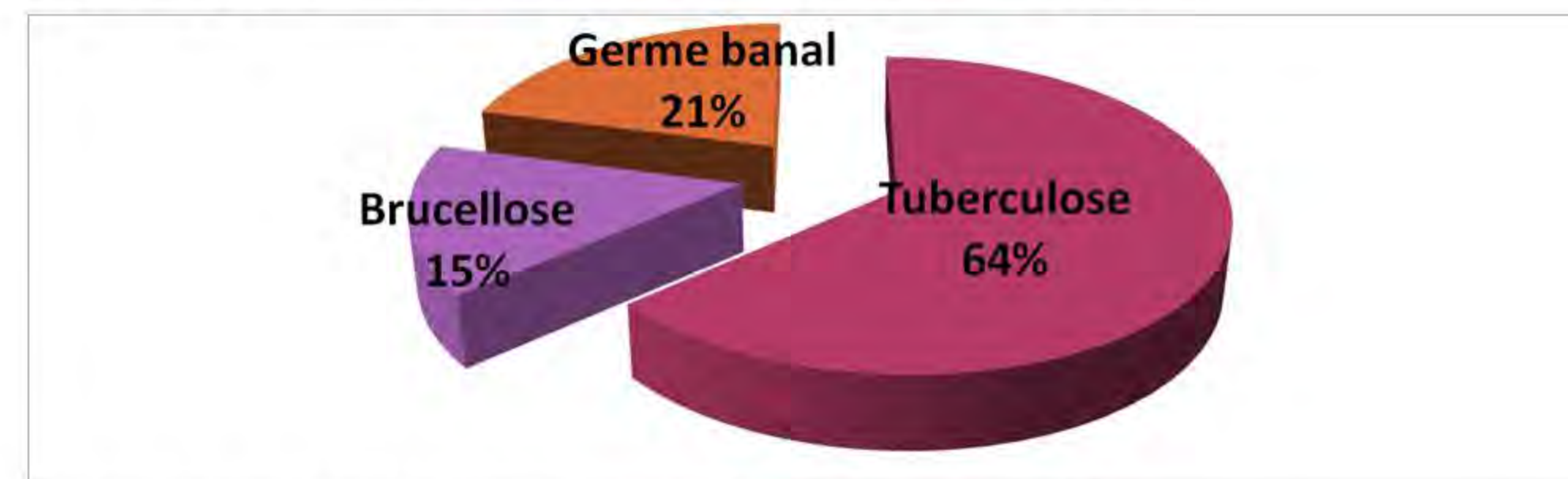


Figure 2: Profil étiologique des SDI

- Tous les patients ont reçu une antibiothérapie adaptée.
- Un drainage d'un abcès ou une décompression chirurgicale étaient nécessaires dans 5% des cas.
- L'évolution était favorable dans la majorité des cas (74%).

Les complications étaient à type de:

- Iatrogénie médicamenteuse (45%)
- Complications neurologiques (25%)
- Autre localisation infectieuse (15%)
- Complications du décubitus (10%).
- Trois décès..

Discussion

- Le profil épidémiologique des SDI paraît inchangé: pathologie de l'adulte avec un facteur favorisant.
- Les étiologies restent dominées par la tuberculose. Dans notre série, elle était la cause dans 64%. Dans une série colligée entre 1970 et 2000, la tuberculose était en cause dans 72% des cas.
- L'IRM reste toujours l'examen de choix. Elle permet de mettre en évidence les lésions précoces et de faire le bilan lésionnel.
- Ces dernières années, nous constatons aussi le recours plus fréquent à la PBDV pratiquée dans 76,6% des cas.
- La PBDV isole le germe dans 50 à 60% des cas, dans notre série, elle était contributive dans 44% des cas.
- Le recours à la chirurgie a relativement régressé ces 10 dernières années grâce aux progrès réalisés en imagerie interventionnelle.
- Malgré les avancées diagnostiques et thérapeutiques, la SDI reste une pathologie grave, la mortalité était à 3,8% dans notre série. Les complications neurologiques sont toujours fréquentes et peuvent compromettre le pronostic fonctionnel.

Conclusion

Notre série montre que la tuberculose demeure la première étiologie de SDI dans notre pays. Les complications restent fréquentes malgré les avancés diagnostiques et thérapeutiques.

Références:

- (1) N. Sans, M. Faruch, F. Lapègue, A. Ponsot, H. Chiavassa, J.-J. Railhac. Infections of the spinal column-Spondylodiscitis. Diagnostic and Interventional Imaging 93;2012:520-529
- (2) Ch Ben Taarit, S Turki, H Ben Maiz. Infectious spondylitis : a review of 151 cases. Acta Orthopaedica Belgica ; 68 - 4 - 2002



PSEUDOTUMEUR INFLAMMATOIRE DE L'ORBITE ASSOCIÉE A UNE NÉVRITE OPTIQUE AU COURS D'UNE MALADIE DE BEHÇET

Bouomrani Salem H, Nouma Hanène, Slama Alaeddine, Chebbi Safouane, Kilani Ichrak, Naffoussi Marwa, Farah Afef & Béji Maher
service de médecine interne. Hôpital Militaire de Gabès

INTRODUCTION

Les atteintes oculaires compliquent environ 70 % des cas de MB et sont de loin dominées par les uvéites antérieures et postérieures et les vascularites rétiniennes. La neuropathie optique (NO) est très rare et les pseudotumeurs inflammatoires non spécifiques ne sont qu'exceptionnellement décrites en association avec cette maladie.

Nous rapportons une observation particulière où une pseudotumeur inflammatoire de l'orbite (PTIO) à type de myosite orbitaire associée à une névrite optique était le signe révélateur d'une MB.

OBSERVATION

Patient âgé de 37 ans avait été exploré pour des céphalées associées à une baisse progressive de l'acuité visuelle plus marquée du côté gauche. L'examen ophtalmologique initial était sans anomalies. Le scanner X et l'IRM orbitaires ont montré l'aspect de pseudotumeur inflammatoire de l'orbite à type de myosite du muscle droit externe gauche. Le patient était mis sous corticothérapie orale mais l'évolution n'était pas favorable.

L'examen ophtalmologique de contrôle trouvait une acuité visuelle à 5/10ème à droite, une hyperhémie papillaire au fond de l'œil et une papillite à l'angiographie rétinienne témoignant d'une névrite optique aiguë antérieure de type inflammatoire et persistance de la myosite orbitaire gauche à l'IRM de contrôle. Le diagnostic de maladie de Behçet était retenu devant l'association d'aphte buccal récurrent, de cicatrices d'ulcérations génitales et de pseudofolliculites. La décision d'instaurer une corticothérapie systémique et intensive initiée par des boli IV de méthylprednisolone et associée à la colchicine était prise amenant à stabiliser l'atteinte oculaire.

COMMENTAIRES

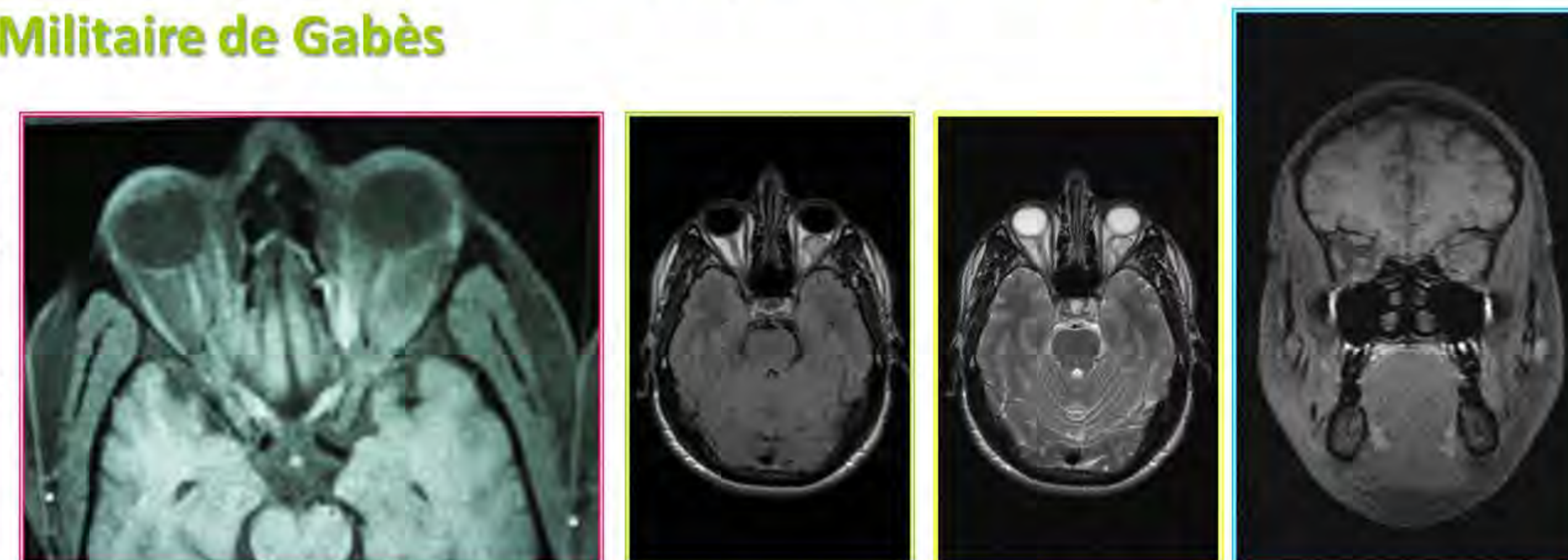
✓ Les pseudotumeurs inflammatoires non spécifiques (PTINS) représentent un groupe d'affections hétérogènes, d'étiologie inconnue et souvent chroniques. Au niveau de l'orbite ces PTINS sont rares. Elle ne représentent que 4,7 à 6,3% de l'ensemble des pathologies orbitaires et seulement 7 à 8,5% des orbitopathies tumorales. Elle peuvent toucher l'ensemble des tissus orbitaux et se répartissent en deux groupes : les PTIO diffuses et celles localisées regroupant myosites orbitaires, dacryoadénites, péri sclérites et périnévrites.

✓ L'association maladie de Behçet et PTINS n'est qu'exceptionnellement rapportée dans la littérature mondiale. La première observation documentée histologiquement fut publiée en 1996 rapportant une PTINS de l'iléum terminal au cours d'une MB; depuis quelques autres localisations ont été signalées : cœur, cerveau et orbite. Dans le cas de Garrity et al, l'étude histologique d'une PTIO associée à la MB avait montré juste une infiltration inflammatoire non spécifique. Cette observation se caractérisait en plus par le caractère récurrent de la PTIO : droite au début puis le côté gauche est atteint 9 ans après avec une résistance au traitement corticoïde et immunosuppresseurs conduisant à la prescription d'Infliximab avec une évolution spectaculaire.

✓ La NO n'est à son tour qu'exceptionnellement rapportée au cours de la MB. Sa fréquence est estimée à 0,6 à 4,7% dans les grandes séries. Elle est cependant sous estimée du fait de l'existence fréquente d'uvéite et/ou de ces complications rendant difficile l'examen du fond d'œil. L'atteinte du nerf optique isolée ou associée au neuro-Behçet a été objectivée aussi bien par l'imagerie par résonance magnétique que par l'étude histologique post mortem montrant un infiltrat inflammatoire chronique lymphocytaire et diffus du tissu neuronal associé à des foyers de nécrose et à une vascularite leucocytoclasique ou lymphocytaire des vasa nervorum.

CONCLUSION

A notre connaissance c'est le premier cas d'association de névrite optique et de myosite orbitaire au cours de la MB. Dans notre observation la névrite optique était du côté controlatéral de la PTIO laissant évoquer un mécanisme inflammatoire systémique, fort probablement en rapport avec la vascularite de la microcirculation qui caractérise la MB, renforçant l'idée de certains auteurs à retenir la PTIO parmi les complications ophtalmologiques de la MB





LA SPONDYLARTHRITE DU SUJET AGE

W.Bousselmi ; O.Saidane ; I.Mahmoud ; R.Tekaya; H. Sahli ;L.Abdelmoula ; R.Zouari, service de rhumatologie, hopital Charles Nicole, Tunis.

Introduction :

La spondylarthrite (SPA) est un rhumatisme inflammatoire chronique du sujet jeune. Chez le sujet âgé, La pathologie revêt souvent une présentation particulière qui peut mener à un retard du diagnostic.

L'objectif de notre travail est d'en montrer les particularités cliniques biologiques et radiologiques.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective descriptive portant sur les cas de SPA âgés de plus de 65 ans, répondant aux critères d'Amor, sur une période de 13 ans. Les données sociodémographiques, cliniques et biologiques ont été collectées.

Résultats: Nous avons recueilli 10 cas de SPA du sujet âgé. Les paramètres cliniques, biologiques et radiologiques sont résumés dans le tableau.

Discussion:

- Les rhumatismes inflammatoires du sujet âgé ont longtemps été restreints à: la polyarthrite rhumatoïde, la pseudopolyarthrite rhizomélique, la maladie de Horton et plus récemment les polyarthrites œdémateuses.
- La fréquence des SPA des sujet âgé ne dépasse pas 8 %.
Bien que les critères habituels des SPA puissent aider au diagnostic, on peut estimer que seuls 50 % de ces patients remplissent ces critères, surtout applicables aux sujets jeunes.
- Toutes les formes de SPA peuvent être observées avec une fréquence accrue des formes associées au psoriasis.
- L'âge apparaît modifier sensiblement l'expression des SPA du sujet âgé, qui paraît **particulièrement sévère** : plus grande fréquence **des atteintes rhizoméliques et cervicales, importance du syndrome inflammatoire et du fléchissement de l'état général.**
- Ces spécificités nécessitent une confirmation par des études comparatives incluant un nombre important de patients.

Conclusion :

Notre étude est concordante avec les données de la littérature en révélant une SPA du sujet âgé qui semble sévère du fait de la grande fréquence de l'atteinte de la hanche et de l'importance du syndrome inflammatoire biologique..

Tableau: caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des patients

Paramètres n=10	valeurs
Âge moyen (an)	66 [65-74]
Rachialgies: Cervicalgies	N=6
Dorsalgies	N=1
Lombalgies	N=3
pygalgies	N=2
oligoarthrite	N=4
coxite	N=4
sacroiliite	N=7
VS moyenne	71,33 [35,120]
traitement	Salazopyrine(n=5) AINS+IPP(n=7)



QUELLE HIERARCHIE DE PRESCRIPTION DE L'IMAGERIE DES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES?

L. Souabni; A. Ben Tekaya; K. Ben Abdelghani; S. Kassab; S. Chekili; A. Laatar; L. Zakraoui

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunisie

Introduction

L'articulation sacro-iliaque constitue la localisation la plus précoce et quasi-constante des atteintes débutantes des spondyloarthrites (SpA). Elle peut être également le siège d'atteintes infectieuses ou des modifications par surcharge mécanique. La fiabilité des différentes techniques est sujette à caution, vu l'absence de gold standard indiscutable. Le but de notre travail est d'illustrer notre stratégie diagnostique devant une suspicion de sacroiliite (SI).

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective colligeant des dossiers des patients ayant un aspect radiologique anormale au moins d'une articulation SI. Nous avons exclu les patients déjà suivis pour SpA.

Résultats:

Femme/Homme:	16/4	
Age moyen:	34.4 ans[13-55]	
Motifs de consultation:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pygalgies inflammatoire (6) ✓ pygalgies mécanique (4) ✓ Lomboradiculalgies inflammatoire (5) ✓ Douleur inguino-crurale (1) ✓ Découverte fortuite lors d'une exploration d'une polyarthrite rhumatoïde (3)/ une sarcoïdose (1) 	
Prescription de l'imagerie:	<p>1^{ère} intention:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La TDM : 70% <ul style="list-style-type: none"> ▪ remaniements dégénératifs (50%) ▪ une atteinte présumé inflammatoire (33%) ▪ SI infectieuse (17%) ✓ L'IRM: 30% <ul style="list-style-type: none"> ▪ Etiologie infectieuse (60%) ▪ inflammatoire (40%) 	<p>2^{ème} intention: IRM (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ recherche de signes d'activité inflammatoire devant une forte suspicion d'une SpA avec une TDM normale (2) ✓ aspect de SI infectieuse à la TDM avec une biopsie non concluante (1) ✓ confirmation d'une SI infectieuse (1)

Discussion et Conclusion:

D'après nos résultats, après l'imagerie standard, la TDM a été la plus prescrite en raison probablement de son faible cout. Toutefois, l'IRM a été quand même demandée en complément à la TDM dans un nombre non négligeable de cas. En effet, l'apport spécifique de l'IRM est de visualiser les signes d'activité inflammatoire par la mise en évidence d'anomalies de la moelle osseuse juxta-articulaire (tuméfaction, œdème, micro-abcès. . .). C'est ce qui permet à l'IRM d'être plus sensible que la TDM pour visualiser es formes débutantes d'atteinte des sacro-iliaques mais aussi pour l'évaluation des réponses thérapeutiques (diminution de l'activité inflammatoire). Ceci nous amène à conclure qu'il serait plus licite de privilégier d'emblée l'IRM afin d'avoir d'une part un diagnostic précis et de pouvoir d'autre part faire des économies de santé!



Les causes rares de l'infection ostéoarticulaire

H. Zoubeidi, L. Metoui, R. Abid, N. Boussetta, F.Ajili, R. Battikh, B.Louzir, S. Othmani

Introduction:

Les germes inhabituels dans les infections ostéoarticulaires sont rarement réclamés et doivent être recherchés notamment sur un terrain particulier. On rapporte les caractéristiques de ces infections à partir de 9 observations.

Matériel et Méthodes:

On a réuni 9 patients avec un sex ratio =3 et une moyenne d'âge de 37 ans. Les maladies sous jacentes étaient le lupus érythémateux systémique dans un cas, le diabète dans 2 cas et la paraplégie dans un cas. 4 patients ont été hospitalisés pour une arthrite septique (1 cas à *Salmonella enteritidis*, 1 cas à *Haemophilus influenzae*, 1 cas à *Streptococcus pneumoniae*). Tous les patients ont bien évolué sous traitement antibiotique dans un intervalle de 3 mois. Un patient a été hospitalisé pour une spondylodiscite infectieuse à *Citrobacter diversus* qui a bien évolué sous antibiothérapie pendant 6 mois. 4 cas d'ostéite (1 cas à *Propionibacterium acnes*, 1 cas à *actinomyces spp*, 2 cas à *Rhizopus oryzae*) ont nécessité 6 à 12 mois de traitement antibiotique. L'un des cas de mucormycose est décédé dans un tableau de sepsis sévère.

Discussion:

Plusieurs germes peuvent être en cause dans les infections ostéoarticulaires qui demeurent des atteintes graves. Les causes inhabituelles sont certes plus rares mais elles voient leur fréquence augmenter notamment avec les polyopathologies sous jacentes et les différentes causes d'immunodépression qui doivent inciter à les rechercher surtout que le pronostic est conditionné par la réponse au traitement, elle-même en relation étroite avec l'identification de l'agent causal.

Conclusion:

Ces commentaires décrivent des variétés exceptionnelles de germes impliqués dans les ostéites. Le terrain fragilisé ainsi que l'existence d'une porte d'entrée ont favorisé le développement de ces infections. Le pronostic demeure réservé pour certains d'entre eux et seule l'antibiothérapie et/ ou la chirurgie précoce amènent la guérison.



EVALUATION DE L HANDICAP FONCTIONNEL AU COURS DES LOMBORADICULALGIES SUR HERNIE DISCALE

R. Dhahri; L. Metoui; I. Gharsallah ; F. Aajili; B. Louzir ; S. Othmeni

• **Introduction :**

- Les lombalgies constituent un problème de santé publique à l'origine d'un handicap fonctionnel particulièrement quand elles deviennent chroniques et s'associent à une douleur radriculaire.

• **Patients et méthodes :**

- une étude prospective portant sur 40 patients reçus dans le service de médecine interne de l'hôpital militaire principal de Tunis souffrant d'une lombocruralgie ou d'une lombosciatique mono radriculaire consécutive à un conflit radriculaire par hernie discale confirmée. Tous nos patients reçoivent un traitement médical bien conduit. La symptomatologie évolue depuis plus de quatre semaines

• **Résultats**

- L'âge moyen des patients inclus dans l'étude était de 38,10± 10,42 ans avec des extrêmes allant de 20 à 76 ans. Notre population était formée de 34 hommes (85%) et de six femmes (15%). La durée moyenne de l'évolution des symptômes au sein de notre population était de 3 ans et 3 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 22 ans. L'EVA douleur était en moyenne de 8,5 .Evaluation de l'incapacité fonctionnelle par l'indice fonctionnel d'oswestry(ODI) , seul indice traduit en arabe et validé. La moyenne des scores était de 65,06%.
- Le taux de consommation d'AINS est estimé à 85% des individus de notre population

L'âge moyen	38,10± 10,42 ans
sexe	34 hommes (85%) et six femmes (15%).
La durée moyenne de l'évolution des symptômes	3 ans et 3 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à 22 ans.
L'EVA douleur	8,5
l'indice fonctionnel d'oswestry(ODI)	65,06%.
Le taux de consommation d'AINS	85%

• **Conclusion :**

- Notre travail souligne l'importance de l handicap engendré par les lomboradiculalgies herniaires. Cette affection touche en priorité la tranche d'âge la plus productive de la société et constitue , par ces faits, un problème de santé publique



Un Pancoast-Tobias révélé par une névralgie cervico-brachiale C8 chez deux jumeaux

GADER N ; BEN BRAHIM H ; SAID W ; KESSOMTINI W

Introduction

Le Syndrome de Pancoast Tobias est un ensemble de symptômes cliniques et radiologiques souvent liés à une tumeur maligne de l'apex pulmonaire. Le pronostic reste globalement sévère et dépend de la nature histologique de la tumeur. Nous rapportons deux cas de syndrome de Pancoast Tobias révélés par une névralgie cervicobrachiale chez deux frères jumeaux.

Observation

Il s'agit de deux frères jumeaux, âgés de 41 ans, tabagiques.

Le 1^{er} a consulté pour une névralgie cervico-brachiale (NCB) C8-D1 droite inflammatoire hyperalgique (EVA 80%) évoluant depuis un mois. L'examen a trouvé un comblement du creux susclaviculaire droit, une hyperesthésie dans le territoire de C8-D1 et un déficit des muscles intrinsèques de la main coté à 3/5.

Le 2^{ème} jumeau a consulté un an après pour une NCB C8 gauche inflammatoire évoluant depuis 4 mois, l'examen a montré un syndrome de Claude Bernard Horner partiel (ptosis), une turgescence veineuse au niveau de l'avant bras et des reflexes rotuliens vifs et diffusés.

La biologie a montré un syndrome inflammatoire pour les deux ; la radiographie thoracique a objectivé une opacité apicale droite (Fig.1) pour le 1^{er} et gauche pour le 2^{ème}. La TDM (Fig.2,3,4,5) et l'IRM cervicothoracique ont confirmé la présence du processus tumoral apical ainsi que l'ostéolyse vertébrale et costale pour les deux et un envahissement de l'espace épidurale pour le 2^{ème} jumeau.

Le 1^{er} a fait une métastase vertébrale, il est décédé après un protocole de radiothérapie, chimiothérapie et de chirurgie, le 2^{ème} est perdu de vue avant la poursuite de la prise en charge.



Fig.1: Radiographie du thorax de face: Opacité du sommet pulmonaire droit

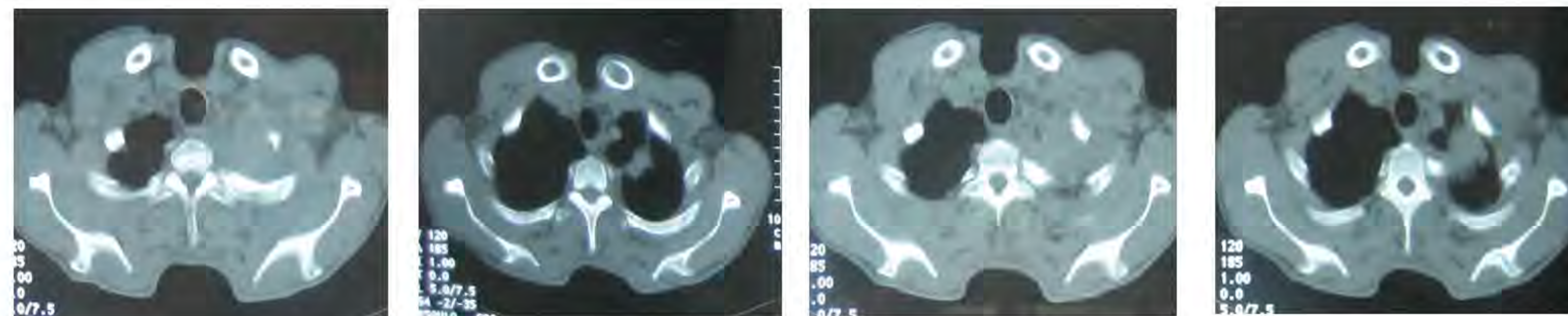


Fig.2,3,4,5: TDM thoracique (Coupes axiales) :Tumeur de l'apex pulmonaire gauche.

Discussion

Les tumeurs de l'apex-pariéto-pulmonaire sont rares, représentent classiquement moins de 5% des carcinomes bronchopulmonaires.

Ces tumeurs envahissent habituellement le lobe supérieur pulmonaire, les muscles scalènes et sternocléidomastoïdiens, les deuxième et troisième arcs costaux, les corps vertébraux correspondants, le plexus brachial inférieur, les vaisseaux sous-claviers, et le ganglion stellaire.

Ces extensions anatomiques produisent le syndrome de Pancoast-Tobias, retrouvé dans 90 % des tumeurs de l'apex, incluant une douleur scapulaire avec des irradiations cervicales, thoraciques, et brachiales, notamment dans le dermatome cubital, associée dans près d'un tiers des cas à un syndrome de Claude-Bernard-Horner homolatéral et à un déficit sensitivomoteur radicaire C8 et T1.

D'autres manifestations cliniques peuvent plus rarement être retrouvées, comme un syndrome cave supérieur, des adénopathies supraclaviculaires, ou une atteinte des nerfs phréniques et laryngés. Le scanner et l'IRM permettent de faire le bilan d'extension de la tumeur.

L'évolution progressive de la symptomatologie douloureuse conduit souvent à un retard diagnostique, et les tumeurs de l'apex sont ainsi souvent localement évoluées lors de leur prise en charge initiale.

La prise en charge thérapeutique associe une radiothérapie préopératoire et un traitement chirurgical.

Le pronostic reste toutefois réservé, de l'ordre de 20 à 34% de survie à cinq ans.

Conclusion

Devant une NCB C8-D1 notamment de type inflammatoire chez un patient tabagique, il faut éliminer avant tout le diagnostic de syndrome de Pancoast Tobias. Les modalités thérapeutiques associent une radiothérapie et une résection chirurgicale en bloc. Le pronostic reste toutefois réservé.