



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

LES PARTICULARITES DU MYELOME MULTIPLE CHEZ LE SUJET JEUNE

Bendjemaa S, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est caractérisé par une infiltration plasmocytaire maligne de la moelle osseuse. L'âge moyen de survenue est au-delà de 60 ans. Il touche de plus en plus de sujets jeunes. Nous présentons à travers notre série, l'aspect clinique, les complications, le traitement ainsi que l'évolution de cette pathologie chez le sujet jeune.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10 ans (janvier 2004-décembre 2013). Ont été recueillis les données démographiques des patients ainsi que les données cliniques, les complications et l'évolution de la maladie. Nous avons divisé les patients en deux groupes : le groupe1 < 65ans (sujet jeune) et le groupe2 > 65ans (sujet âgé).

Résultats :

1. Épidémiologie:

- Nombre de cas: 40 cas
- Fréquence des sujets jeunes : 41,2%
- L'âge moyen : 57 ans.
- Le sex ratio (H/F):0,9.

2. Délai de diagnostic et CDD:

Délai de diagnostic		CDD
G1	5 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur osseuse 95,6% • Fracture pathologique du fémur (1cas)
G2	10 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur osseuse 92,35% • Anomalies bio 7,65%

3. Forme et stade du MM:



4. Complications

Complications	
G1	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologiques (compression médullaire) 21,7% • Insuffisance rénale aigue 21,7% • Infectieuses 17,4%
G2	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologiques 29,4% • Insuffisance rénale aigue 35,3% • Infectieuses 35,3% • Thromboemboliques 11,7% • Hématologique 5,8% • ostéonécrose aseptique 17,6%

5. Traitement et évolution

Traitement		Décès (Survie)
G1	<ul style="list-style-type: none"> • Autogreffe 78,3% • MPT 13,0% • Abstention (avec surveillance) 8,7% 	43,5% (28mois)
G2	<ul style="list-style-type: none"> • MPT 41,2% • MP 35,3% • Abstention (avec surveillance) 23,5% 	41,2%(43 mois)

2. Forme et stade du MM:

Notre série		Diebkilé et Al [3]
Type	<ul style="list-style-type: none"> • IgG 52,2% • IgA 17,4% • CL 30,4% 	<ul style="list-style-type: none"> • IgG 86% • IgA 7% • CL 7%
Stade	<ul style="list-style-type: none"> Stade I : 8,7% Stade II : 4,3 % Stade III : 87,0% 	<ul style="list-style-type: none"> Stade I : 0% Stade II : 47 % Stade III : 53%

3. Complications

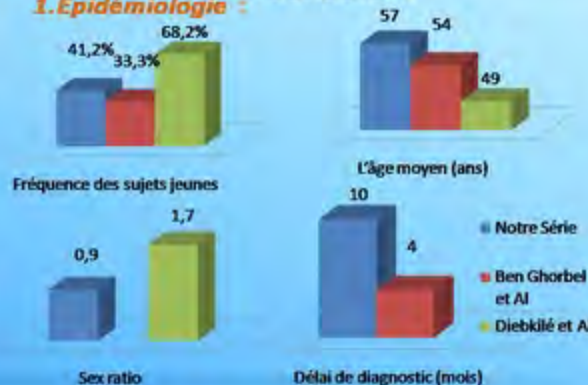
complications	Notre série	Lamloum et Al [2]	Diebkilé et Al [3]
infectieuses	17,4%	28,2%	33 %
rénales	21,7%	13%	14 %
neurologiques	21,7%	17,4%	--%

4. La survie globale:

	Notre Série	Diebkilé et Al [3]
Décès	43,5%	37%
Survie	28 mois	5,1 mois

Discussion:

1.Épidémiologie :



Conclusion:

Bien que le MM dans notre série soit grevé de mois de complications, la survie ne semblait pas meilleure.

Références:

- [1] I. Ben Ghorbels, H. Hrizza, M. Lamlouma, A. Hamzaoui, T. Ben Salema, M. Khanfir, N. Ben Romdhane, M. Mileda, H. Houmana. Particularités cliniques, paracliniques et évolutives du myélome multiple du sujet âgé, La Revue de médecine interne 34S (2013) A80-A180
- [2] M. Lamloum, Y. Kort, H. Tounsi, I. Ben Ghorbel, N. Belfekih, T. Benselem, A. Hamzaoui, M. Khanfir, M.-H. Houman. Myélome du sujet de plus de 65 ans : plus de complications ? La Revue de médecine interne 33S (2012) A90-A198. [3] Diebkilé A'ssata Tolo, Duni Sawadogo, Danho Clotaire Nanho. Characteristics and Results of the Treatment of Multiple Myeloma in the Subject under the Age of 65 at the University Hospital of Yopougon in Abidjan, Côte d'Ivoire, Advances in Hematology Volume 2013, Article ID 583051, 5 pages

La pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) et Maladie de Horton du sujet âgé : A PROPOS DE 28 CAS

I. Hachicha, R. Akrouf, M. Ezzeddine, F. Abid, H. Fakhfakh, H. Fourati, S. Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

La PPR est un syndrome rhumatismal du sujet âgé touchant classiquement les ceintures scapulaires et pelviennes. La PPR peut être isolée ou associée d'emblée à une maladie de Horton. Sa présentation clinique peut poser un problème diagnostique avec d'autres pathologies inflammatoires à cet âge. Le but de notre étude est de préciser le mode de présentation clinique, les principales thérapeutiques préconisées et les modalités évolutives

Résultats :

I- Epidémiologie

1-Fréquence:

Parmi 46 patients présentant une PPR, 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,8 %.

2-Age: L'âge moyen est de 75 ans.

3- Sexe: Il s'agit de 25 femmes et de 3 hommes (sex-ratio= 8).

II- Clinique

- La durée moyenne d'évolution des symptômes : 03 ans [extrêmes : 07 j-05 ans].
- Une atteinte des ceintures scapulaires et/ou pelviennes : 75 % patients.
- Les signes généraux : 18 % des cas.
- Les manifestations ostéo-articulaires périphériques à type de synovites ou de polyarthrite à prédominance distale : 50 % des cas.
- Les céphalées observées chez 15 patients sont accompagnées de troubles visuels dans 2 cas.

III- Biologie

- Un SIB : avec VS > 40 mmH1 et une CRP > 6mg/l : 27 cas
- augmentation des phosphatases alcalines et des GGT : 14,3 % des cas

IV- La biopsie de l'artère temporale pratiquée dans 15 cas montre:

- Normale : 6 cas
- Artérite temporale à cellules géantes confirmant (MH) : 2 cas
- Médicalcose de l'artère temporale : 7 cas.

V- Traitement

- La corticothérapie était systématiquement prescrite chez tous nos patients.
- La dose d'attaque varie de 0,3 à 0,5 mg/Kg/j pour une durée moyenne de 01 mois.
- La dégression est ajustée selon les cas par palier de 2 à 10 mg par 15 jours.

VI- Evolution

- Le recul moyen : 15 mois (extrêmes : 02 mois- 06 ans).
- L'évolution clinique et biologique : favorable dans 27 cas (90%).
- Une récurrence de la maladie : 2 cas.

Patients et Méthodes :

Etude Rétrospective (1989- 2013) de 46 dossiers de patients suivis pour PPR dans le service de rhumatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax, 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,8 %. Nous avons exclu toute infection chronique, connectivite ou pathologie maligne

Commentaires :

- La PPR est associée dans 5 à 30 % des cas à la MH. Dans notre série, elles sont associées dans 7 % des cas.
- La PPR et MH surviennent après l'âge de 50 ans. L'incidence augmente avec l'âge avec un pic moyen de 70 ans.
- Une nette prédominance féminine est retrouvée aussi bien dans notre série que dans ceux de la littérature.
- Le syndrome clinique de la PPR est présent chez 40 à 50 % des maladies et révélateur de la MH dans 20 à 40 % des cas.
- Des complications oculaires surviennent chez 5 à 20 % des patients et se révèle le plus souvent par une cécité monoculaire brutale pouvant être précédée de prodromes.
- Le SIB majeur avec VS > 40 mmH1 est présent dans 90% des cas. Des perturbations du bilan hépato-cellulaire se voient dans 20 à 30 % des cas.
- La présence d'anticorps anti-phospholipides a été retrouvé chez 30 % des malades et pourrait être prédictive du risque vasculaire.
- La BAT n'est pas indispensable au diagnostic de MH. Sa sensibilité varie entre 50 et 90%.
- Les radiographies articulaires n'ont aucun intérêt diagnostique mais ont surtout un intérêt dans le diagnostic différentiel avec une polyarthrite Rhumatoïde à début tardif
- IRM et échographie articulaires et abarticulaires : les synovites sont modérées au cours de la PPR contrastant avec de volumineux épanchements des bourses séreuses et des gaines tendineuses
- Le traitement repose sur la corticothérapie qui doit être débutée le plus tôt possible pour diminuer la fréquence des complications vasculaires dans la MH et diminuer les symptômes de la PPR. La décroissance de la corticothérapie s'effectue par paliers dont la fréquence et la valeur sont variables selon les patients. La durée totale du traitement s'échelonne entre 1 à 3 ans en fonction des formes cliniques. La fréquence des rechutes est estimée entre 20 et 50 %

Conclusion:

La PPR s'associe à la MH dans 5 à 30 % des cas, ce sont les vascularites les plus fréquentes du sujet âgé. La présentation clinique avec des arthrites et synovites périphériques retrouvée dans presque la moitié des cas pose un problème de diagnostic notamment avec la PR du sujet âgé. Le traitement repose sur la corticothérapie tout en tenant compte de l'iatrogénie fréquente dans cette tranche d'âge.



Apport de dosage de monoxyde d'azote et de du facteur de nécrose tumorale α chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Imene MIHADUI, Safaa BELGHALLI, Bassem CHARFEDDINE, Khadija BACCOUCHE, Zeineb ALAWA, Heïla ZEGLAOUI, Nejla EL AMRI, Imene HENCHIRI, Asma KNANI, MOURAD FAIEZ, Elyes BOUAIJINA

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune caractérisée par un processus de destruction articulaire progressif et irréversible avec des manifestations systémiques. Le monoxyde d'azote (NO) et le facteur de nécrose tumorale α (TNF α) sont des médiateurs biologique qui jouent un rôle important dans le processus physiopathologique de de polyarthrite rhumatoïde.

Objectif :

L'objectif de cette étude est de déterminer les taux sériques de NO et TNF α chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Matériels et Méthodes :

Etude comparative entre un groupe de 49 patients atteints de PR (critères de l'ACR) et un groupe de 30 témoins sains. Les critères d'exclusion (les mêmes pour les deux groupes) : autres maladies inflammatoires, épanchement articulaire post-traumatique, infection active, affection maligne, cirrhose. La production du NO et de TNF α a été mesurée dans le sérum des patients atteints de PR et dans le sérum provenant des sujets sains.

Résultats :

L'âge moyen des patients est de 52,28+/-10,7 ans, celui des témoins est de 47,8+/-4,07 ans. Le nombre de femmes est plus important dans les deux groupes soit 83% dans le groupe des patients et 66% dans le groupe témoins. La durée d'évolution de la PR est en moyenne de 92,4 mois.

L'activité de la maladie évaluée par le DAS est en moyenne de 5,97+/-1,22.

Il n'y avait pas de différence significative pour la variable d'âge entre les deux groupes (p supérieure à 0.05).

Il y avait une différence significative dans la proportion des hommes et des femmes dans le groupe de patients présentant une PR et ceux du groupe des sujets sains. Notre étude a montré une élévation du taux sérique du NO et du TNF α chez les malades par rapport aux témoins avec une différence statistiquement significative (p = 0.01).

Conclusion :

L'augmentation des taux de NO et du TNF α confirment l'implication de ces deux paramètres dans la physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. D'autres études sont nécessaires pour clarifier la place exacte de NO dans la physiopathologie de la PR.

L'inhibition sélective de la production de NO lors des rhumatismes inflammatoires semble être une nouvelle voie de recherche.

	Patients	témoins
Nombre	49	30
Age moyen +/-DS (an)	52,28+/-10,7	47,8+/-4,07
Sexe (masculin/féminin)	8/41	12/18
DAS 28	5,97+/-1.22	
Durée d' évolution de la PR (mois)	92,4	

	Patients (n=49)	Témoins (n=30)	p
TNF α (pg/ml)	272,71	65,07	<0.05
NO (μ mol/l)	81,65	48,67	<0.05

Discussion :

Il existe une corrélation positive significative entre les taux sériques de NO et de TNF α chez les patients atteints de PR et chez les témoins. L'augmentation du taux sérique du nitrite a été trouvé chez des patients atteints de PR dans plusieurs études. Ueki et al, ont montré que le taux du NO et les autres cytokines inflammatoires sont plus élevés chez les patients avec une PR active que chez ceux avec une PR moins active.

Farrell et al ont montré que le taux du NO augmente dans le sérum et dans le liquide synovial chez les patients atteints de PR. Le taux de NO dans leur étude a été plus important dans le liquide synovial que dans le sérum et c'était l'hypothèse que les articulations étaient le site probable de la production de NO. A travers notre étude, les taux sérique de TNF α ont été plus élevés chez les patients atteints de PR que chez les sujets sains. Le TNF α est une cytokine inflammatoire libérée par les monocytes activés, les macrophages et les lymphocytes T. Il induit des réactions inflammatoires jouant un rôle important dans la pathogénie de la PR. Il se lie à deux récepteurs : récepteurs du TNF α de type 1(p55) et récepteurs du TNF α de type 2 (p75). L'activité biologique du TNF α peut être atténuée par des récepteurs solubles du TNF. Des études ultérieures chez des patients atteints de PR ont montré que le blocage du TNF α améliore les symptômes.

OSTEOMALACIE HYPOPHOSPHOREMIQUE : A PROPOS D'UNE NOUVELLE OBSERVATION

Kaffel Dh, Cherif I, Zouch I, Slouma M, Boughanmi N, Hamdi W, Kchir MM

INTRODUCTION :

Le syndrome de Fanconi est lié à une anomalie du tubule rénal proximal et constitue une cause rare d'ostéomalacie (OM) hypophosphorémique.

OBSERVATION :

Il s'agissait d'un patient âgé de 33 ans, se plaignant depuis 7 ans de douleurs pelvirachidiennes associées à une douleur de la hanche droite d'origine mécanique aggravées depuis une année. Il présentait par ailleurs, des myalgies diffuses associées à une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. L'examen à l'admission objectivait un déficit musculaire proximal côté à 2 avec hypercyphose dorsale. Les radiographies objectivaient une hypertransparence osseuse diffuse, une ostéonécrose des têtes humérales et fémorales et une fracture vertébrale de D4 responsable d'une cyphose angulaire dorsale. A l'IRM, on notait une fracture des têtes humérales et fémorales, une fracture de D4 avec un aspect étiré de la moelle sans anomalie de signal en regard et une fracture de S1. La densitométrie osseuse montrait un profil d'ostéoporose avec un Z score au niveau du rachis lombaire = - 4,7 DS et un Z score de l'extrémité supérieure du fémur = -5,9 DS. A la biologie, on notait une calcémie à la limite inférieure à 2,21mmol/l, une hypophosphorémie manifeste à 0,1 mmol/l, une élévation des PAL à 2,5 fois la normale, une calciurie et une phosphaturie élevées. La fonction rénale était correcte. La PTH et la vitamine D étaient normales.

Il n'y avait pas de glycosurie. La chromatographie des acides aminés urinaires avait révélé une hyperaminoacidurie axée sur la glycine et l'alanine. On concluait à une ostéomalacie par syndrome de Fanconi incomplet. Le bilan étiologique du syndrome de Fanconi était négatif. Le patient était traité par une supplémentation en phosphore et en vitamine D. L'évolution était favorable avec une diminution des douleurs, une amélioration de la force musculaire des membres inférieurs et une normalisation de la phosphorémie

DISCUSSION :

L'ostéomalacie hypophosphatémique est rare. elle est plus handicapante que l'ostéomalacie par hypovitaminose D car en plus des signes de l'ostéomalacie s'ajoutent ceux de l'hypophosphorémie (1). Le syndrome de Fanconi est une cause rare d'OM hypophosphorémique (2). Notre patient présente une forme incomplète de ce syndrome vu l'absence de glycosurie. Le retard diagnostique aboutit à des formes sévères avec de multiples fractures. Le traitement repose sur la supplémentation en phosphore et vitamine D. Le pronostic fonctionnel dépend de la précocité du traitement. Pour notre patient, il est sévère vu l'ostéonécrose des têtes humérales et fémorales secondaire aux fractures.

CONCLUSION :

Le syndrome de Fanconi doit être évoqué devant toute OM hypophosphorémique afin de faire un diagnostic précoce et d'éviter les complications des formes avancées.

Références:

- 1) J. Sekkat et al. L'ostéomalacie hypophosphorémique vitamino-résistante liée à l'X: à propos de 2 familles. Rev Mar Rhum 2012; 21: 59-62
- 2) Norden AG, Laing RJ, Rowe B, Unwin RJ, Wrong O, Crisp AJ. Oncogenic osteomalacia, raised FGF-23, and renal Fanconi syndrome. QJM. 2014 ;107(2):139-41.

Pseudopolyarthrite rhumatoïde : étude de 21 cas

I.Henchiri, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, E.Bouajina.
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction :

La pseudopolyarthrite rhizomélisque (PPR) se manifeste par des douleurs inflammatoires de la ceinture scapulaire et/ou de la ceinture pelvienne qui surviennent chez des sujets âgés de plus de 50 ans. Le but de notre travail est de rapporter les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la PPR.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective menée au sein du service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse, intéressant 21 cas de PPR sur une période de 5 ans (2009-2013). Le diagnostic de PPR a été retenu selon les critères de Bird.

Résultat:

Il s'agit de 21 patients dont 17 femmes et 4 hommes, d'âge moyen 72 ans. La maladie avait une installation brutale dans 2 cas. L'atteinte était bilatérale dans 42,8% des cas.

Type d'atteinte:



A l'examen:

Des signes généraux étaient rapportés chez 12 malades, à type d'asthénie (4 malades), amaigrissement (5 malades) et fièvre (3 malades). Des myalgies étaient présentes chez 9 patients. Des céphalées temporales étaient notées chez 7 patients, une baisse des pouls temporaux chez 7 patients, une claudication de la mâchoire chez 4 patients, un flou visuel chez 3 patients et une hyperesthésie du cuir chevelu chez 2 patients. Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 20 malades avec une cholestase anictérique dans 2 cas. Il n'y avait pas d'anomalie immunologique avec un FR, des ACPA, des AAN négatifs. Les enzymes musculaires étaient normales. Une biopsie des artères temporales a été faite chez 12 patients. Une maladie de Horton était associée à la PPR dans 4 cas (19%).

Sur le plan thérapeutique:

Tous les patients ont reçu une corticothérapie avec une dose moyenne de 20 mg/j d'équivalent prednisone, deux patients ont eu des infiltrations locales de corticoïdes et deux ont bénéficié d'une rééducation des ceintures scapulaire et pelvienne. Une amélioration clinique et biologique était notée chez tous les patients avec absence de récurrence à la dégression de la corticothérapie. Aucun patient n'a nécessité de traitement d'épargne cortisonique. Aucun cas de néoplasie sous-jacente n'a été noté.

Discussion:

- La PPR est rare avant 50ans, elle est plus fréquente chez la femme.
- L'atteinte de la ceinture scapulaire est plus fréquente que celle de la ceinture pelvienne
- L'altération de l'état général est quasi-constante, ainsi qu'un syndrome inflammatoire biologique important
- La corticothérapie est très efficace avec une dose recommandée de 15mg/kg, dose moyenne de notre série est de 20mg/kg (2)
- L'association de la PPR à la maladie de Horton n'est pas rare, ce qui justifie sa recherche afin de dépister les complications

Conclusion :

Le diagnostic de PPR est parfois difficile car les diagnostics différentiels sont nombreux et parfois urgents ou graves. Elle peut être la manifestation initiale d'une maladie d'Horton ou être un mode d'entrée dans d'autres pathologies qu'elles soient rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, syndrome RS3PE, spondylarthropathie, lupus érythémateux systémique, myopathie, vascularite, chondrocalcinose) ou extrarhumatologique (endocrinopathie, néoplasie, infection).

Bibliographie:

- 1/ Pseudopolyarthrite rhizomélisque, maladie de Horton. Critères de diagnostic et de suivi, Charle Masson, Revue du Rhumatisme Monographies Volume 77, Issue 2, April 2010, Pages 76-81
- 2/ La pseudo-polyarthrite rhizomélisque (PPR) : A PROPOS DE 40 CASI. Hachicha, H. Fourati, M. Sellami, R. Akrouf, N. Bent Biha, N. Hdiji, S. Baklouti, Revue du Rhumatisme Volume 74, Issues 10-11, November 2007, Pages 1200

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez l'enfant drépanocytaire A propos de 12 cas

M. Ouederni, R. Hassouna, M. Ben Khaled, N. Dhouib, A. Haoua, S. Thraya, F. Mellouli, M. Bejaoui
Service d'Immuno-Hématologie pédiatrique, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

Introduction: L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONATF) est une complication fréquente de la drépanocytose qui expose à un risque majeur de destruction de l'articulation dont les conséquences sont particulièrement graves, notamment chez les sujets jeunes et actifs.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective portant sur 85 enfants drépanocytaires majeurs. Tous les malades ont bénéficié d'un examen clinique 4 fois par an et d'une radiographie standard centrée sur les deux hanches une fois par an ou en cas d'anomalie à l'examen clinique. La classification adoptée était celle d'ALERT et FICA.

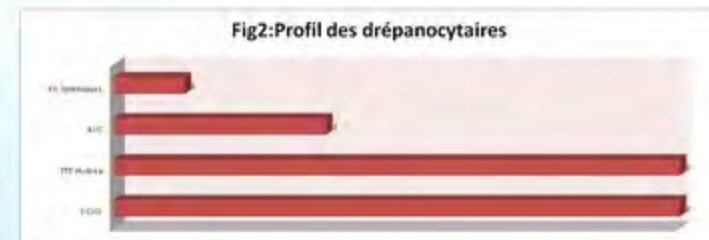
Résultats:

L'âge moyen de sa survenue est de 13 ans (6 -17 ans).
La prévalence de l'ONATF est de 14 % dans notre série

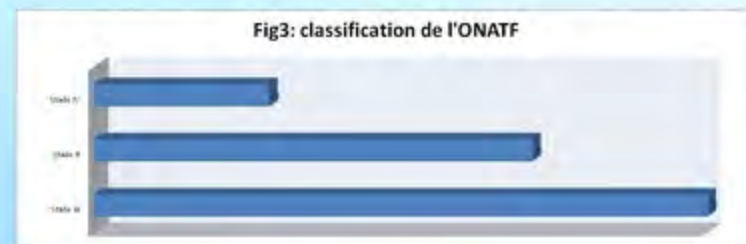


Fig1: prévalence de l'ONATF

Ces malades présentent tous un caractère sévère de leur maladie. En effet, 8 parmi eux faisaient au moins 3 crises vaso-occlusives par an, nécessitant une hospitalisation et dont certains sont mis sous hydroxyurée. 3 patients ont développé des accidents vasculaires cérébraux ischémiques itératifs, nécessitant un échange transfusionnel, une autre patiente a présenté 3 épisodes de séquestration splénique.



Lors de la découverte de l'ONAF, 7 étaient classés stade III, 5 stade II et 2 stade IV. L'atteinte était bilatérale d'emblée dans 2 cas



Conclusion:

L'ONATF est une complication réelle de la drépanocytose, elle est associée aux formes sévères de la maladie. La fréquence du stade III d'emblée dans notre série, impose une surveillance plus vigoureuse afin de dépister cette complication grave plus précocement.

Manifestations oculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Choker.A, Boughanmi.N, Mekni.M, Chebil.A, Matri.L
Service d'ophtalmologie B Institut Hedi Raies

Introduction

L'atteinte oculaire est une manifestation extra articulaire fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Il s'agit typiquement d'une atteinte cornéenne, une épisclérite et/ou une sclérite. L'objectif de notre étude est de déterminer la nature et les caractéristiques des principales lésions oculaires au cours de la PR.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 20 cas de PR colligés sur 4 ans (2009-2013). Tous les patients répondaient aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 1987 et ont effectué un examen ophtalmologique comprenant : acuité visuelle, examen à la lampe à fente, fond d'œil, un test de Shirmer.

Résultats

Il s'agissait de 20 patients (18F/2H) âgés en moyenne de 40,3 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 6,2 ans. Le facteur rhumatoïde était positif dans 90 % des cas et les ACPA dans 80% des cas. Le score DAS28 moyen au moment du diagnostic était de 5,21. 90% des patients étaient sous Méthotrexate et 50% étaient sous corticothérapie. Les lésions sont apparues, en moyenne, après 6,2 ans [2ans-10ans] d'évolution de la PR. Sur le plan fonctionnel, une xérophtalmie était présente dans 45 % des cas (9 cas); une rougeur oculaire dans 40 % des cas (8 cas); un flou visuel dans 10 % des cas (2 cas); une douleur oculaire dans un 1 cas. L'examen ophtalmologique a conclu à la présence d'un syndrome sec dans 45 % des cas compliqué d'une kératite ponctuée superficielle dans 10 % des cas. Une conjonctivite dans 30% des cas, une sclérite dans 10% des cas et une uvéite antérieure dans un cas. L'existence de lésions était significativement corrélée à la durée d'évolution de la PR ($P < 0,001$) et à l'activité de la maladie représentée par le score DAS28 ($P = 0,002$).

Conclusion

Vue la fréquence de l'atteinte oculaire au cours de la PR, un examen ophtalmologique systématique est justifié même pour des patients asymptomatiques.

Arthrite septique tuberculeuse de l'articulation sterno-claviculaire: à propos d'un cas

Elafram Rafik., Dougaz Houssef., Kedous Med.Ali., Jerbi Ismail, Dridi Moez., Annabi Hedi., Hadj Salah Mehdi., Mbaek Mondher
centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Introduction:

La tuberculose est une maladie générale ;. Sa localisation vertébrale est la plus fréquente dans nos services de chirurgie ; par contre, sa localisation sterno-claviculaire reste rare et de diagnostic difficile.

Observation:

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans diabétique sous anti diabétique oraux qui présente une tuméfaction indolore de l'articulation sterno-claviculaire droite. Le tout évoluait dans un contexte de fièvre et sueurs nocturnes avec amaigrissement chiffré à 10 kilos. La radiographie ne montrait pas de lésions.

A la biologie un syndrome inflammatoire fait de CRP 30 mg/l, VS à 85 mm/h . Une ponction a été faite qui n'a pas isolé de germe. Une biopsie a conclu à une tuberculose. La patiente a reçu 12 mois de traitement anti tuberculeux avec une bonne évolution clinique.

Discussion:

Cette difficulté diagnostique doit inciter tout praticien exerçant en zone de forte prévalence tuberculeuse à penser à la tuberculose. Il faut mener un interrogatoire soigneux qui permet de décrire les caractères de la douleur et de rechercher un antécédent tuberculeux, faire un prélèvement systématique et/ou une biopsie en per-opératoire à la recherche de BK ou d'une lésion histologique spécifique.

Conclusion:

Les arthrites infectieuses sterno-claviculaires représentent 9% de l'ensemble des arthrites infectieuses et ne doivent pas être ignorées, malgré un début volontiers insidieux. Elles sont essentiellement dues à des pyogènes, mais, sous nos cieux l'origine tuberculeuse doit toujours être suspecté et surviennent habituellement sur un terrain immunodéprimé.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

GUÉRISON D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN SECONDAIRE À UNE AMYLOSE AL APRÈS TRAITEMENT PAR AUTOGREFFE DES CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Younes M, Hacfi H, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

INTRODUCTION :

L'amylose AL ou dysglobulinémique est secondaire à une sécrétion de chaînes légères par un clone plasmocytaire tumoral, associée au myélome multiple dans 20 à 30% des cas. Son tableau clinique est très polymorphe par ses manifestations viscérales notamment neurologiques. Récemment, son pronostic sombre est amélioré par la greffe des cellules souches hématopoïétiques.

OBSERVATION :

Patiente de 49 ans, consulte pour un syndrome de canal carpien bilatéral avec des lombalgies modérées inflammatoires évoluant depuis 2 mois. La vitesse de sédimentation est augmentée à 120 mm à H1.

Le bilan étiologique de ces lombalgies conduit au diagnostic de myélome multiple stade Ia de la classification de Durie et Salmon. Une biopsie des glandes salivaires dans le cadre étiologique du syndrome du canal carpien découvre une amylose AL. Cette amylose est responsable aussi d'une atteinte cardiaque et rénale avec un syndrome néphrotique.

La patiente a reçu pour son amylose une chimiothérapie à base de thalidomide-dexaméthasone suivie d'une autogreffe des cellules souches hématopoïétiques.

L'évolution était favorable avec disparition totale du syndrome du canal carpien et une amélioration de plus de 50% de la fonction cardiaque et rénale avec un recul de 2 ans.

DISCUSSION

Comme toute amylose, l'amylose AL présente un tableau clinique polymorphe avec notamment une atteinte neurologique à type de polyneuropathie ou de syndrome du canal carpien par dépôt de la substance amyloïde insoluble. L'amylose AL est souvent primitive, mais elle peut être secondaire dans 20% à un myélome surtout au cours de l'évolution. Dans notre observation, l'amylose AL était révélatrice du myélome à un stade précoce Ia.

Sans traitement, son pronostic est de l'ordre de 12 mois. Sous chimiothérapie conventionnelle, la moyenne de survie reste médiocre de l'ordre de 20 mois avec un taux de réponse faible de 25% des cas. La polychimiothérapie n'est pas supérieure au protocole melphalan-prednisone, quoique le taux de réponse peut atteindre 40%. Les critères de réponse de la fonction d'organes sont :

- \geq de plus de 50% de la protéinurie de 24h.
- \geq de plus de 2 cm de la taille du foie ou de plus de 50% des PA.
- \uparrow de plus de 20% de la fraction d'éjection systolique ou \geq de plus de 2 mm du septum inter ventriculaire.
- En fin, \geq de plus de 50% du contingent monoclonal.

Récemment le protocole thalidomide avec dexaméthasone a montré une bonne efficacité aussi bien dans le myélome que dans l'amylose AL mais avec une toxicité neurologique et un de risque de thrombophlébite comme c'était le cas de notre patiente d'où l'association systématique d'un traitement par AVK. Ce protocole est largement utilisé comme chimiothérapie d'induction à la greffe de moelle. La plus utilisée, est l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques qui donne une rémission complète dans plus de 40% de cas avec une moyenne de survie de l'ordre de 5,6 ans. Cependant, cette augmentation de survie après autogreffe peut être due à un biais de sélection du fait que ces patients sont les moins graves et de bon pronostic.

En effet, selon une étude française multicentrique, les facteurs de mauvais pronostic après greffe sont l'atteinte cardiaque ou l'atteinte de 2 organes ou plus. Néanmoins, notre patiente ayant une atteinte cardiaque et une atteinte rénale a eu une rémission complète avec une disparition du canal carpien qui est expliquée comme l'amélioration de la fonction d'organe par une disparition du composant monoclonal est donc une diminution de la substance amyloïde AL.

CONCLUSION :

Notre observation à la particularité d'associer une amylose à un myélome au stade précoce et de confirmer l'efficacité du traitement intensif au cours de l'amylose AL notamment sur les manifestations neurologiques.

SURVIE AU COURS DU MYELOME MULTIPLE : ETUDE D'UNE POPULATION TUNISIENNE

Mahmoud I, Bendjemaa S, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Au cours des 10 dernières années, nous avons assisté à des progrès considérables en matière de traitement du myélome, grâce à l'introduction des nouveaux médicaments. Ces progrès thérapeutiques se traduisent par un allongement de la survie des patients en médiane entre 5 et 7 ans dans les séries occidentales. A travers ce travail nous avons cherché à savoir ce qu'il en est de nos patients.

Patients et méthodes :

Nous nous proposons de déterminer la survie moyenne et l'évolution en fonction du traitement. Pour cela, une étude transversale descriptive incluant les patients suivis pour Myélome Multiple a été menée. Les données démographiques, cliniques, paracliniques, évolutifs ont été recueillis de dossiers médicaux. Les patients pour les quels on n'avait pas de nouvelles depuis plus de 1 mois ont été contactés téléphoniquement.

Résultats :

1. Épidémiologie:

- nombre de cas: 38 cas
- L'âge moyen de nos patients :62 ans.
- Le sex ratio (H/F):0,9.

2. Caractéristiques du myélome:

Type et stade: ce tableau montre la répartition de la population d'étude en fonction du type et du stade

Type/stade	IgG	IgA	à chaînes légères	stade I	stade II	stade III
fréquence	55,3%	26,3%	18,4%	13,1 %	7,9%	79%

Traitement : ce graphique montre la répartition de la population d'étude en fonction du traitement reçu.



3. Survie :

Survie globale: Vingt cas (52,6%) sont décédés avec une survie moyenne de 33 mois et une médiane de survie de 48 mois. Dix-huit patients (47,4%) sont encore vivants avec une durée d'évolution moyenne de 41 mois.

Survie selon les groupes: les taux de décédés et de survivants sont illustrés dans les tableaux suivants

Conclusion :

La survie chez nos patients semblait inférieure à celle observée dans la littérature, en rapport vraisemblablement avec la petite taille de notre échantillon. Une étude tunisienne multicentrique est nécessaire.

Survie selon les groupes: les taux de décédés sont illustrés dans les tableaux suivants

	G1	G2	G3	G4
taux de décès	48,8 %	50 %	66,66 %	0%

Age et survie moyenne selon le groupe décédé/survivant



Discussion:

1. Épidémiologie:

L'âge moyen de notre population est de 62 ans ce qui est concordant avec la littérature [1,2,3]. La prédominance masculine notée dans différentes séries de la littérature (sex-ratio H/F proche de 1,4) [1,4] n'est pas vérifiée dans notre série (sex ratio = 0,9). une étude rétrospective incluant 54 patients admis au service d'hématologie clinique du CHU Farhat Hached de Sousse, durant une période de trois ans, pour MM dont l'âge moyen est de 67 ans avec un sex-ratio de 1,7.

2. Survie globale : ce tableau montre la survie selon les différentes séries de la littérature.

	Chambart 2005 [5]	ZHOU Li-li 2011 [6]	Série tunisienne 2012 [1]	Notre série
Survie globale	34 mois	55 mois	10 mois	48 mois
	avant autogreffe		Après autogreffe	
Survie globale [6]	30		55	

[1] A. Bouatay, S. Hizem, Y. Ben Youssef, F. Sayari, N. Braham, A. Khélif, M. Kortas. Myélome multiple : aspect clinique, diagnostic biologique et pronostic. Immuno-analyse et biologie spécialisée (2013) 28, 30-35
 [2] Raab MA, Podar K, Breitkreutz I, Richardson PG, Anderson KC. Multiple myeloma. Lancet 2009;374:324-39.
 [3] Zappasodi P, Corso A, Klersy C, Pica G, Mangiacavalli S, Varettoni M, et al. Changes in multiple myeloma epidemiology in the last thirty years: a single centre experience. Eur J Cancer 2006;42:396-402.
 [4] Kyle RA, Rajkumar SV. Epidemiology of the plasma-cell disorders. Best Pract Res Clin Haematol 2007;20(4):637-69.
 [5] Chambart B, Gagneux-Lemoussu L, Eschard JP, Ackah-Miezan S, Novella JL, Brochet P. Facteurs pronostiques du myélome, utilisables en pratique courante : suivi sur dix ans de 148 malades âgés de plus de 55 ans. Rev Rhu 2005;72:1299-305.
 [6] ZHOU Li-li, YUAN Zhen-gang, FU Wei-jun, XI Hao, ZHANG Chun-yang, LAN Hai-feng, ZHANG Xin, CHEN Yu, LIU Wen-yu and HOU Jian. Clinical effects of autologous stem cell transplantation as consolidation treatment in 70 multiple myeloma patients: a case-controlled study Chinese Medical Journal 2011;124(19):2975-2980



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Particularités des complications du myélome multiple en Rhumatologie

Ben Abdelghani Kawther, Jemmali Samia, Souabni Leila, Kassab Selma, Chekili Selma, Laatar Ahmed, Zakraoui Leith
Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim-La Marsa

Introduction:

Le myélome multiple (MM) correspond à une prolifération de plasmocytes envahissant la moelle osseuse. Ses complications sont variées, peuvent révéler la maladie et engager le pronostic fonctionnel et vital du patient.

But:

Evaluer la fréquence ainsi que les différents types de complications entravant l'évolution du MM.

Matériels et méthodes:

Etude rétrospective des dossiers des patients suivis pour un MM (International Myeloma Working Group) et ayant présentés au cours de l'évolution une ou plusieurs complications en rapport avec le MM. Ont été relevés les différents types de complications ainsi que les modalités évolutives.

Résultats:

Trente quatre patients ont été inclus. L'âge moyen était de 65 ans (± 12 ans). Le diagnostic a été fait par la ponction sternale chez 91% des patients et par la biopsie ostéomédullaire chez 8% des patients. Le myélome était à chaînes légères chez 14% des patients. Tous nos patients étaient classés stade III de Salmon et Durie. Une autogreffe a été réalisée chez 17% des patients.

Des fractures vertébrales ont été observées chez 22 patients. Ces fractures étaient responsables de compression neurologique chez 6 patients. Une insuffisance rénale a été notée chez 15 patients dont 2 ont nécessité une hémodialyse. Une hypercalcémie a été observée chez 12 patients dont 3 ont présenté une hypercalcémie menaçante. Les complications hématologiques étaient fréquentes. Ainsi, une pancytopenie a été observée chez 3 des patients, une bicytopenie chez 2 patients et une anémie isolée chez 8 patients. Les complications infectieuses étaient survenues chez 9 des patients, il s'agissait de

pneumopathies chez 7 patients. Les manifestations liées à l'hyperviscosité étaient une embolie pulmonaire chez 2 patients, une céphalée chez 2 patients et un syndrome coronarien aigu chez un patient, il y avait aussi une patiente qui avait un épistaxis récidivant. Un seul cas d'amylose associée à un syndrome de lyse tumorale a été objectivé. Aucun cas de décès en rapport avec ces complications n'a été recensé.

Discussion:

L'atteinte osseuse est une cause majeure de morbidité au cours de l'évolution du MM, responsable de fractures pathologiques, de compression médullaire et d'hypercalcémie. L'anémie est très fréquente au moment du diagnostic et quasi constante en phase avancée de la maladie. Comme dans notre étude, la complication rénale est fréquente. Elle est le plus souvent secondaire à une tubulopathie myélomateuse. Les infections sont responsables de la moitié des décès liés au MM. Dans notre série, aucun cas de décès n'a été recensé. Elles sont secondaires à une hypogammaglobulinémie. Leur risque est majoré lors d'insuffisance rénale ou après chimiothérapie.

Conclusion:

D'après notre étude, les complications du MM sont fréquentes. Une surveillance clinicobiologique est nécessaire pour le dépistage et le traitement précoce de ces complications.

Références:

- A. Bouatay, S. Hizem, Y. Ben Youssef, F. Sayari, N. Braham, A. Khelif, M. Kortas. Myélome multiple : aspect clinique, diagnostic biologique et pronostic. Immunologie & Biologie Spécialisée 2013; vol. 28 (Issue 1):30-35.

Facteurs prédictifs de l'atteinte pulmonaire au cours de la PR

N. El Amri K. Baouch, A. Knani, Z. Alaya, S. Belghali, H. Zeglaoui, N. Bagané, I. Smida, E. Bouajina

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

Au cours de la maladie rhumatoïde, l'atteinte respiratoire est la deuxième en fréquence après les manifestations articulaires. Les manifestations pleuro-pulmonaires sont réputées plus fréquentes dans les PR actives nodulaires séro-positives de l'homme. Le but de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs de l'atteinte pulmonaire au cours de la PR.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 300 cas de polyarthrite rhumatoïde colligés sur une période de 6 ans [2007-2012]. Nous avons déterminé la prévalence et les facteurs prédisposant de l'atteinte pulmonaire et ceci moyennant le logiciel SPSS 18.

Résultats :

❖ Notre population se compose de 61 hommes et 239 femmes avec un âge moyen de 52,7 ans.

❖ La prévalence de l'atteinte pulmonaire était **39,7%**.

❖ Les facteurs prédictifs de la survenue de cette atteinte objectivés par notre étude étaient

- le **sexe masculin** (50,8% des hommes sont atteints contre 36,8% des femmes, $p=0,046$)
- le **titre d'IG A du facteur rhumatoïde** ($p=0,014$)
- la **prise de salazopyrine** ($p=0,03$)

❖ Nous n'avons pas trouvé d'association significative entre l'atteinte pulmonaire et l'âge ($p=0,25$), le DAS28 ($p=0,2$), la durée d'évolution ($p=0,08$), les autres manifestations extra-articulaires ($p=0,12$), la CRP ($p=0,48$), la VS ($p=0,29$), le FR ($p=0,11$), le titre de l'IG G et de l'IG M ($p=0,22$), les Anti CCP ($p=0,06$), les AAN ($p=0,1$), le score de Sharp ($p=0,42$), la prise des corticoïdes ($p=0,4$), la prise du méthotrexate ($p=0,9$) et les biothérapies ($p=0,12$).



Radiographie de thorax d'un patient souffrant de polyarthrite rhumatoïde. (démontrant un infiltrat réticulaire prédominant aux bases).

Discussion:

Les facteurs prédictifs de l'atteinte pulmonaire les plus décrits dans la littérature sont :

- Le **sexe masculin** : Il semble que les hommes sont plus disposés que les femmes à présenter des manifestations respiratoires, ce qui a été démontré dans notre étude, où il y a eu une association significative entre l'atteinte respiratoire et le sexe avec une «p» de 0,046.
- L'**activité de la PR** : en effet dans l'étude de S.H.Zrou et al, la PR était active dans les ¾ des cas et sévère dans la moitié des cas.
- La **positivité du bilan immunologique** : La présence des anticorps, en particulier le facteur rhumatoïde ainsi les Ac anti-CCP, est un facteur pronostique important de l'évolution de la PR et pourrait prédire des manifestations systémiques de la maladie. Nos résultats sont proches de ceux observés dans l'étude de H.Ben Fredj et al, où le FR et les anti-CCP étaient positifs dans respectivement 67,8% et 72,4% des cas.
- La **présence de manifestations extra-articulaires** : traduisent le caractère systémique de la PR. Elles sont considérées comme facteur de sévérité de la PR. Elles pourraient être parfois au premier plan vu la gravité de certaines localisations (cardiaques, rénales) et elles pourraient mettre en jeu le pronostic vital.

Conclusion :

Dans notre étude seuls le sexe masculin, le titre d'IGA du facteur rhumatoïde et la prise de la salazopyrine sont associés de manière significative à l'atteinte pulmonaire au cours de la PR.

Thrombopénie secondaire à l'infliximab au cours d'un rhumatisme associé à la maladie de crohn

M Bani, H Sahli, R Tekaya, L Dridi, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

INTRODUCTION :

Les anti-TNF alpha peuvent être à l'origine d'atteintes hématologiques à type de thrombopénie. Nous rapportons un nouveau cas de thrombopénie apparue à la suite d'un traitement par infliximab au cours d'un rhumatisme associé à la maladie de Crohn.

OBSERVATION :

Monsieur BR âgé de 47 ans est suivi depuis 10 ans pour un rhumatisme associé à la maladie de Crohn dans sa forme axiale et périphérique. Un traitement par anti-TNF alpha (infliximab) a été instauré à la dose de 5mg/kg/cure en association à 10 mg d'équivalent prednisolone devant la résistance de la maladie à la salazopyrine, aux corticoïdes et à l'azathioprine. Au bout de 4 cures d'infliximab, la réponse clinique était jugée bonne comme l'attestait la disparition des réveils nocturnes et de la raideur matinale ainsi que l'amélioration des scores BASDAI et BASFI respectivement de 40 % et 87%. Cependant, le bilan biologique de contrôle montrait une thrombopénie d'aggravation progressive de 132000 à 110000 plaquettes/mm³. L'enquête de pharmacovigilance avait conclu à un rôle plausible de l'infliximab dans la genèse de la thrombopénie devant le délai d'apparition de l'atteinte hématologique de 4 mois après l'introduction du traitement et l'évolution stationnaire à la poursuite de celui-ci. L'imputabilité était classée C3S2I3. Devant le caractère peu profond de la thrombopénie, la décision était de poursuivre l'infliximab. L'évolution était marquée par l'amélioration progressive de la thrombopénie (dernier chiffre de plaquettes à 149000 /mm³).

CONCLUSION :

La thrombopénie est un effet indésirable rare mais décrit au cours du traitement par l'infliximab.

Pancréatite aiguë au cours des maladies systémiques : A propos de 4 cas

S El Aoud, F Frikha, M Snoussi, H Loukil, Z Bahloul

Service de médecine interne Sfax

La Ligue Tunisienne

Introduction

Les manifestations digestives sont fréquentes au cours de certaines maladies auto-immunes. Elles sont souvent secondaires à l'atteinte du tube digestif de l'œsophage au colon. La pancréatite aiguë (PA) est par ailleurs rarement décrite dans la littérature.

Patients et méthodes

Nous rapportons quatre observations de pancréatite aiguë survenant au cours des maladies systémiques : 2 cas au cours du lupus érythémateux systémique (LES), 1 cas au cours de la sclérodermie systémique (SS) et 1 cas au cours du purpura rhumatoïde ; colligées dans le service de Médecine interne Sfax-Tunisie.

observations

1 Patiente âgée de 19 ans, hospitalisée pour altération de l'état général et fièvre prolongée. Le diagnostic de LES était retenu devant 4 critères de l'ACR : photosensibilité, érythème en vespertilio, une polyarthrite non érosive du poignet et de la main droite, et des AAN positifs à 1/1280. Elle était traitée par corticothérapie à forte dose (CTFD). Elle présentait à J2 du traitement, des vomissements, un empâtement épigastrique. La lipasémie était élevée à 111U/l. Un scanner abdominal objectivait une pancréatite aigue stade B de Balthazar. L'évolution était bonne sous traitement symptomatique avec poursuite de la CTFD.

3 Patiente âgée de 52 ans, suivie depuis 2004 pour SS (atteinte cutanée diffuse, atteinte oesogastrique, atteinte pulmonaire avec des AAN et des anti Scl70 positifs), et traitée par prednisone 10 mg/j et colchicine. Huit ans plus tard, elle présentait des vomissements, des diarrhées liquidiennes, une sensibilité épigastrique avec déshydratation extra-cellulaire. L'amylasémie était supérieure à 2 fois la normale. Le scanner abdominal objectivait une pancréatite stade B de Balthazar. L'évolution était favorable sous traitement symptomatique.

2 Patiente âgée de 25 ans, hospitalisée pour altération de l'état général, fièvre et vomissements. Le diagnostic de LES était retenu devant 4 critères de l'ACR : péricardite, leucolympopénie, AAN positifs à 1/1280, anti DNA positifs. Une atteinte musculaire (déficit proximal des ceintures, dysphagie, rhabdomyolyse biologique, syndrome myogène à l'électromyogramme) était associée d'où la patiente était mise sous CTFD initiée par 3 boli de méthylprednisolone. Elle présentait à J3 de traitement des douleurs épigastriques, une aggravation des vomissements avec empâtement épigastrique à l'examen clinique. L'amylasémie était à 979 UI/l, la lipasémie à 2329 UI/l. Un scanner abdominal objectivait une pancréatite aigue stade E de Balthazar. L'évolution clinico-biologique était favorable sous traitement symptomatique avec poursuite de la CTFD.

4 Patient âgé de 53 ans, était hospitalisé pour des douleurs abdominales et un purpura vasculaire des membres inférieurs dans un contexte fébrile. Les explorations biologiques montraient une hyperamylasémie, une hyperamylasurie et une hyperlipasémie. Le scanner abdominal objectivait une pancréatite aiguë stade B de Balthazar. La biopsie cutanée révélait une vascularite leucocytoclasique avec des dépôts d'IgA à l'immunofluorescence directe (IFD). La ponction biopsie rénale trouvait une prolifération endocapillaire diffuse et des dépôts d'IgA à l'IFD. Le diagnostic de purpura rhumatoïde compliqué d'une pancréatite aiguë a été retenu. Le patient était traité par une corticothérapie à forte dose associée à un traitement symptomatique de sa pancréatite. L'évolution était bonne sur le plan clinique et biologique.

Commentaires et conclusion

La survenue de la PA au cours des maladies systémiques est rare. A notre connaissance, environ 160 cas de pancréatites lupiques ont été rapportés dans la littérature [1] alors que cette atteinte est rarement décrite au cours des autres connectivites et vascularites. A notre connaissance, elle a été rapportée dans la littérature chez quelques patients atteints de SS seule ou entrant dans le cadre d'un syndrome de chevauchement avec le lupus érythémateux systémique, le syndrome de Gougerot Sjogren et la cirrhose biliaire primitive ce qui fait la particularité de notre 3^{ème} observation.

Sa pathogénie est multifactorielle. Les mécanismes possibles sont nombreux : des phénomènes ischémiques, des mécanismes auto-immuns, une cause médicamenteuse (la corticothérapie), une cause infectieuse intercurrente, la maladie lithiasique des voies biliaires et l'intoxication éthylique [2]. La difficulté de préciser la cause exacte des PA est rencontrée dans la plupart des observations de la littérature. Le pronostic des pancréatites au cours des maladies systémiques est parfois sombre avec possibilité de formes nécrotico-hémorragiques et un taux de mortalité important. Le traitement est à la fois symptomatique et étiologique. La place de la corticothérapie se discute au cas par cas.

[1] X.P. Tian, X. Zhang Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: insight into pathogenesis, diagnosis and treatment World J Gastroenterol, 16 (2010), pp. 2971-2977

[2] Ben Dhaou B¹, Aydi Z¹, Bousserra F¹, Ben Dahmen F¹, Baili I¹, S Ketari¹, Cherif O¹, I Rokbani¹; La pancréatite lupique : une série de six cas; Rev Med Interne 2013 Jan; 34 (1) :12-6

Nodule rhumatoïde excavé d'origine rhumatoïde

K.Ben Abdelghani, K.Maallah, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

Introduction:

- Quoique classiques, les nodules pulmonaires sont rares au cours de la polyarthrite rhumatoïde et peuvent parfois poser un problème diagnostique et thérapeutique.
- Nous rapportons à ce sujet une nouvelle observation

Observation:

Patiente âgée de 50ans consulte pour une polyarthrite chronique des petites et grosses articulations évoluant depuis 17ans, le diagnostic de PR séropositive et non érosive a été retenu et elle a été mise sous méthotrexate.

6 mois plus tard: Dyspnée d'effort d'aggravation progressive.

La radiographie et le scanner thoracique: Plusieurs nodules de la moitié inférieure du champ pulmonaire droit.

L'étude anatomo-pathologique d'un fragment biopsique d'un nodule sous pleural: confirme l'origine rhumatoïde.

L'évolution initiale: favorable sous forte dose de corticothérapie avec nettoyage radiologique

6 mois plus tard: Réapparition de la symptomatologie fonctionnelle avec orthopnée, des épisodes d'hémoptysies et de surinfection bronchique.

Le scanner de contrôle: Récidive des nodules pulmonaires bilatéraux, dont la plupart sont excavés.

Une origine tuberculeuse a été éliminée

Le renforcement de la corticothérapie: inefficace.

- ➔ Un traitement par anti-TNFalpha été proposé devant cette atteinte pulmonaire rapidement progressive.

Discussion:

Les nodules pulmonaires sont de nombre et de taille variables, prédominant aux lobes supérieurs et dans les régions sous-pleurales et le long des scissures. Ils ne sont symptomatiques que par leurs complications(1). Dans notre cas les nodules pulmonaires étaient symptomatiques avant la survenue de complication. Le méthotrexate (MTX), le léflunomide et les agents anti-TNF ont été incriminés dans l'efflorescence et la nécrose de ces nodules tant cutanés que pulmonaires(1). Chez notre patiente la mise sous méthotrexate était marquée par l'apparition d'excavation.

Conclusion:

Les manifestations pulmonaires doivent toujours être recherchées au cours de la polyarthrite rhumatoïde



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatisme

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Accident vasculaire cérébral ischémique au cours du lupus érythémateux systémique : un trouble peut en cacher un autre

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 excroissances géantes de Lambl ou giant valvular strands sont des lésions bénignes dont la fréquence est difficilement estimable. Leur présence au cours du lupus érythémateux systémique (LES) a été rarement publiée. Nous rapportons le cas d'une patiente lupique pour laquelle l'implication d'une cause cardio-embolique mineure dans un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est évoquée.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme âgée de 62ans, ayant pour antécédents une hypertension artérielle, suivie pour un LES évoluant depuis 12ans avec des anticorps anti-phospholipides positifs et traitée par une corticothérapie à faible dose (10mg/j) et hydroxychloroquine. Elle s'est présentée pour une polyarthrite, des troubles cognitifs et une hémiparésie de l'hémicorps droit avec des troubles sensitifs de même topographie. Des ulcérations nasales et buccales, une polyarthrite ainsi qu'un déficit moteur distal au membre supérieur droit (signe de la main creuse) ont été notés. L'angio-IRM cérébrale avait montré un aspect d'AVC de siège thalamique gauche. Dans le cadre de l'enquête étiologique, le bilan de thrombophilie était normal, l'holter ECG/24h n'a pas montré d'arythmie supraventriculaire paroxystique, l'analyse des troncs supra-aortiques (échodoppler et angioscanner) et l'échographie cardiaque trans-thoracique n'avaient pas identifié une quelconque anomalie. En revanche, l'échographie cardiaque trans-oesophagienne avait révélé une formation filamenteuse mobile, de 17 millimètres de longueur, recourbée sur elle-même dans la chambre de chasse ventriculaire gauche et s'insérant à la base de la sigmoïde aortique. L'ablation chirurgicale de cette excroissance de Lambl n'était pas indiquée et la patiente a été mise sous anti-vitamine K.

CONCLUSION

L'originalité de notre observation réside dans l'intrication de plusieurs causes pouvant être à l'origine de cet AVC et en particulier l'association à cette excroissance de Lambl. Ainsi, les facteurs de risque associés aux AVC ischémiques au cours du LES ne devraient pas se limiter aux seuls facteurs classiques «de Framingham».

DISCUSSION

- > Les filaments valvulaires ou «excroissance de Lambl» décrits initialement par les anatomistes sont diagnostiqués par la seule ETO. Il s'agit de filaments mobiles, s'insérant de façon élective sur la face auriculaire de la valve mitrale et la face ventriculaire des valves semi-lunaires aortiques, la localisation valvulaire droite étant exceptionnelle. La prévalence des filaments valvulaires augmente avec l'âge, pour être quasi constante après 80 ans dans les séries anatomiques
- > La découverte de cette situation pose en cardiologie le problème récurrent de la relation entre un accident embolique et certaines anomalies échocardiographiques.
- > Cependant, l'étude de suivi de la cohorte française a montré qu'il n'y avait pas d'augmentation du risque de récurrence d'infarctus cérébral. La présence de filaments valvulaires pourrait donc ne constituer qu'un marqueur du risque d'infarctus cérébral, associé dans tous les cas à un faible risque de récurrence
- > Ces excroissances géantes de Lambl ont le plus souvent un potentiel emboligène incertain et s'assortissent de conséquences thérapeutiques parfois lourdes.

L'hypercalcémie, aspect diagnostique, étiologiques et thérapeutiques

Dr.Gharsallah Imen, Jemmali Samia, Dahri Rim, Souissi Med Anis, Dr.Bousetta Najah, Dr.Laajili Feyda, Dr.Ben Abdelhafidh Nadia, Dr.Louzir Bassem, Dr.Othmani Salah
Service de médecine interne, Hôpital militaire de Tunis

Introduction:

L'hypercalcémie constitue une complication métabolique fréquente en médecine. son polymorphisme clinique et ses multiples étiologies peuvent retarder son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique conduisant à un risque pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

Matériels et méthodes:

une étude rétrospective , portant sur 40 patients présentant une hypercalcémie et hospitalisés au service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis, étalée sur une période de 10 ans entre Janvier 2001 et Décembre 2011.

Résultats:

L'âge moyen des patients était de 62 ans, On avait une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1.22. Les signes cliniques étaient dominés par les signes osteoarticulaires (67,5%) suivies par les signes généraux (62,5%), les signes cardiaques (47,5%), les signes neuromusculaires (42,5%), les signes digestifs (35%), la déshydratation (25%), et les signes rénaux (22,5%). La moitié de notre population avait une hypercalcémie légère, 27% avait une hypercalcémie modérée, 23% avait une hypercalcémie sévère. Le taux de calcémie le plus élevé était noté dans la tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans. La découverte était fortuite chez 17,5% des cas suite à un dosage systématique. Concernant les étiologies de l'hypercalcémie, l'hyperparathyroïdisme primaire était observée dans 30% des cas, le myelome

multiple dans 27.5% des cas et les métastases secondaires dans 12,5% des cas, le lymphome, la sarcoidose, la tuberculose et l'hyperparathyroïdisme tertiaire ont été observés avec une fréquence égale soit 5%. L'hyperthyroïdisme ainsi que la maladie de Paget ont été signalées dans 2,5% des cas chacun. Aucune étiologie n'a été trouvée dans 5% des cas. La principale cause d'hypercalcémie chez l'homme était les néoplasies malignes, chez la femme était l'hyperparathyroïdisme primaire. 9 cas (22,5%) avaient une hypercalcémie maligne au moment du diagnostic, avec une prédominance masculine (67%), La moyenne d'âge était de 62 ans. La moyenne de la phosphorémie était normale, les phosphatases alcalines, la CRP ainsi que la créatinémie étaient augmentées. La prise en charge ayant comporté 2 volets : symptomatique et étiologiques. Le traitement symptomatique était à base d'hyperhydratation (67,5%), de bisphosphonates (45%), de calcitonine (27%), de diurétiques (20%), de corticoïdes (15%) et d'épuration extrarénale (2,5%). Le traitement étiologique était médical et/ou chirurgical selon les différentes étiologies.

Conclusion:

L'hypercalcémie est une complication métabolique potentiellement grave d'où l'intérêt de pratiquer un dosage systématique ,de connaître ses différentes manifestations cliniques et ses principales étiologies afin d'avoir une prise en charge thérapeutique rapide et efficace surtout avec l'avènement des bisphosphonates .

ASSOCIATION OSTÉOMALACIE PAR HYPOPHOSPHORÉMIE ET MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN

R.Akrou, N.Kammoun, I. Hachicha, M.Ezzeddine, H. Fourati, S. Baklouti.
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker - 3029 Sfax

Introduction :

L'ostéomalacie par hypophosphorémie est connue au cours des tumeurs mésoenchymateuses. Sa découverte au cours de la maladie de Von Recklinghausen est rare et de mécanisme physiopathologique non encore bien établi. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :

Patient S. B. âgé de 41 ans sans antécédents pathologiques particuliers a été hospitalisé pour des douleurs pelvi-crurales d'horaire mécanique évoluant depuis deux ans. L'examen clinique a trouvé une marche dandinante, une cyphose dorsale et une déformation du thorax en cloche.

➤ On a noté en outre la présence de multiples tâches café au lait dont la taille est supérieure à 1,5 cm disséminées au niveau du tronc associées à une masse molle indolore faisant 3 cm de diamètre au niveau du front en rapport avec une maladie de Von Recklinghausen (figures 1,2).



Figure 1: une masse molle indolore faisant 3 cm de diamètre au niveau du front

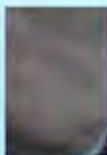


Figure 2: de multiples tâches café au lait disséminées au niveau du tronc

➤ Sur le plan biologique, la calcémie était normale, la phosphorémie était effondrée avec un taux de réabsorption tubulaire du phosphore bas. Les phosphatases alcalines étaient augmentées. Le dosage de la vitamine D et de la parathormone était normal.

➤ Les radiographies du rachis lombaire ont montré une déminéralisation osseuse diffuse associée à des tassements vertébraux étagés. La radiographie du bassin a montré une déformation caractéristique du bassin en cœur de carte à jouer. De multiples stries de Looser Milkman ont été observées au niveau des deux fémurs et des deux omoplates (figures 3,4).



Figure 3: La Rx du bassin : déformation du bassin en cœur de carte à jouer + stries de Looser Milkman au niveau des deux fémurs



Figure 4: La Rx du rachis lombaire : une déminéralisation osseuse diffuse + tassements vertébraux étagés

➤ Le diagnostic retenu est celui d'une ostéomalacie par hypophosphorémie associée à une neurofibromatose type 1.

Commentaires :

- La neurofibromatose 1 (NF1) ou maladie de Von Recklinghausen est l'une des maladies génétiques parmi les plus fréquentes.
- C'est une affection autosomique dominante et le risque, pour un individu atteint, de transmettre la maladie à ses enfants est de 50 %.
- La NF1 est caractérisée par une extrême variabilité de son expression clinique que l'on retrouve également au sein d'une même famille.
- Le tableau clinique de la NF1 associe, le plus souvent, de multiples taches café au lait, des lentigines axillaires et inguinales, des neurofibromes cutanés et des nodules de Lisch.
- L'ostéomalacie par diabète phosphoré est connue au cours des tumeurs mésoenchymateuses. Sa découverte au cours de la maladie de Recklinghausen est rare et de mécanisme encore mal compris, sans doute non univoque.
- L'ostéomalacie hypophosphorémique au cours de la maladie de Recklinghausen n'a été explorée sur le plan physiopathologique que dans un nombre trop insuffisant de cas, eux-mêmes hétérogènes, pour pouvoir tirer des conclusions quant à son mécanisme. Le rôle de la PTH dans certains cas ne devant pas être négligé. Dans notre cas, le dosage de la PTH ainsi que l'exploration des glandes PTH étaient normales.

Conclusion :

Toute maladie de Von Recklinghausen nécessite donc une surveillance de la calcémie et de la phosphorémie. Si des anomalies apparaissent, on doit rechercher une ostéomalacie, doser la PTH et les métabolites de la vitamine D.

BIBLIOGRAPHIE : [1] CAMUS J.P., CR, OUZET J., PRIER A. GUILLEMANT S., ULMANN A., KOEGER A.C. : Ostéomalacies hypophosphorémiques guéries par l'ablation de tumeurs bénignes du tissu conjonctif, l'étude de 3 observations avec dosages pré et post-opératoires des métabolites de la vitamine D. *Ann. Med. Interne.* 1980, 131, 422-426. [2] RETNAM V.J., RANGNEKAR D.M., BHAN DAR KAR S.D. : Neurofibromatosis with hypophosphatemic osteomalacia [von recklinghausen Herberg-Edyren Swann Syndrome]. A case report. *J. Assoc. Physicians India*, 1980, 28, 319-322.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014
Hammamet

L'ostéonécrose aseptique en rhumatologie : à propos de 33 cas

L Mani, M Jguirim, A Mhenni, R Alaya, S Zrou, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui

Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

Introduction :

L'ostéonécrose aseptique (ONA) résulte de l'association de deux processus : l'ischémie osseuse par anomalies de la vascularisation et/ou une diminution de l'activité ostéogénique de la moelle osseuse et d'une augmentation de la lipogenèse qui peut être induite par les corticoïdes. Nous rapportons une série de 33 cas d'OA et nous rapportons les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives de cette maladie en milieu rhumatologique.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective portant sur 33 cas d'ONA colligés à notre service sur une période de 16 ans de 1997 à 2013.

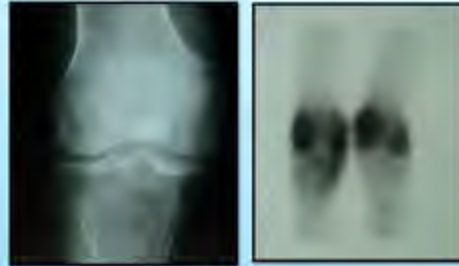
Résultats :

Il s'agit de 18 femmes et 15 hommes d'une moyenne d'âge de 49 ans avec des extrêmes (20-71 ans). Sept cas avaient une vascularite traités par des corticoïdes (3 cas de lupus systémique dont 2 avaient un syndrome des anti phospholipides, un cas de vascularite de Churg Strauss, un cas de purpura rhumatoïde, une maladie de Behçet et une maladie d'Horton). L'indication de la corticothérapie était en plus des 7 vascularites citées, un asthme, une polyarthrite rhumatoïde et lombalgie chacun dans 2 cas, une maladie de Crohn et une otite chacun dans un cas.

Différentes causes de l'ONA



Répartition selon la localisation



Le délai moyen de diagnostic était de 16 mois (15 jours-6 ans). Cliniquement, la douleur était mécanique chez tous les patients avec une limitation progressive de la mobilisation articulaire.

La radiographie standard était en faveur de l'ONA dans 21 cas montrant un stade III de la classification d'Ariet et Ficat. L'IRM a confirmé le diagnostic dans 22 cas.

Discussion :

L'ONA touche surtout l'adulte (âge moyen retrouvé est de 49 ans), on n'a pas trouvé une différence significative entre les deux sexes.

La localisation la plus touchée est la tête fémorale avec une atteinte bilatérale dans 53% des cas et ceci est du à la pression exercée sur elle puisqu'elle supporte tout le poids du corps, en plus elle est mal vascularisée par rapport à la métaphyse fémorale.

La corticothérapie est l'étiologie la plus fréquente, elle est responsable d'atteinte sévères et multifocales (dans 80% des cas, même chez les patients recevant des corticoïdes à haute dose pendant une courte période, en fait il est démontré que les corticoïdes sont susceptibles d'augmenter le contenu lipidique de la moelle osseuse, d'entraîner une hypertrophie des adipocytes médullaires et par là même d'augmenter la pression intra médullaire, avec comme conséquence une diminution du débit sanguin.

Les autres étiologies sont :

- * La drépanocytose qui entraîne une diminution de la déformabilité des globules rouges aboutissant à l'obstruction de vaisseaux sanguins.
- * La maladie de Gaucher qui est la plus fréquente des maladies de surcharge lysosomale. La forme adulte associe une hépatosplénomégalie, une pancytopenie liée à l'hypersplénisme et une atteinte osseuse complexe et douloureuse, liée à l'infiltration médullaire par des macrophages surchargés en glucocébroside. Elle se traduit par des infarctus osseux, des ostéonécroses épiphysaires et une ostéoporose avec risque fracturaire.
- * La radiothérapie par la mort cellulaire et les traumatismes par l'ischémie qu'elle entraîne.
- * Il reste beaucoup de causes à rechercher comme: l'hyperlipidémie, l'alcoolisme, la surcharge pondérale, l'hypersollicitation du membre atteint...

Les signes cliniques sont surtout une douleur mécanique d'aggravation progressive associée à une limitation de la mobilité évoluant vers une impotence fonctionnelle, ceci est constaté à des stade évolué (stades III dans 63%) du fait du retard diagnostic où le seul traitement est le remplacement prothétique retrouvé dans tiers des cas. D'où l'importance de la scintigraphie osseuse et de l'IRM pour un diagnostic précoce, à un stade débutant où le dommage est moins important

Conclusion :

Vue la précarité de sa vascularisation, la tête fémorale reste la localisation la plus fréquente de l'ONA. Les étiologies sont diverses mais la corticothérapie reste la principale étiologie. L'IRM reste le meilleur moyen de diagnostic qui doit être le plus précoce que possible et le traitement repose sur la décharge et le forage aux stades précoces et sur le remplacement prothétique aux stades avancés de la maladie.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Expérience tunisienne des rotations dans les spondyloarthrites axiales: Evaluation selon le type de rotation

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:

Plusieurs études ont confirmé l'intérêt de la rotation d'un premier vers un deuxième anti-TNF alpha (ATF) chez les patients atteints de spondyloarthrites (SpA) axiales. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la rotation d'un premier vers un deuxième ATF en fonction du type de la rotation.

METHODES

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle et transversale colligeant les dossiers des patients atteints de SpA axiales et traité par deux ATF [adalimumab (ADA), etanercept (ETA), infliximab (INF)] suivi entre Avril 2002 et Avril 2013. L'efficacité du 2^{ème} ATF a été évalué à 12 semaines selon les critères ASAS2010 et le maintien de l'efficacité à six mois a été

RESULTATS

Nous résumons les caractéristiques de notre population à l'inclusion (initiation du 2^{ème} anti-TNF alpha)

➤ **Tableau1: Caractéristiques de la population à l'inclusion:**

Nombre de patients	N=12	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 8 Spondyloarthrites ankylosantes ✓ 1 rhumatisme psoriasique ✓ 3 rhumatismes des entérocolopathies 	
H/F	8 / 4	
Age moyen	40,3ans [25-60]	
Durée d'évolution de la SpA avant le 2 ^{ème} anti-TNF	11ans [2-24]	
Type de rotation / Séquences thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ac-Rec (n=8) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ INF vers ETN (n=5) ✓ ETN vers ADA (n=2) ✓ ETN vers INF (n=1)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ac-Ac (n=4) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ INF vers ADA (n=3) ➤ ADA vers INF (n=1)

Maintenance thérapeutique du méthotrexate dans la polyarthrite rhumatoïde

N. El Amri, K Baccouch, Z. Alaya, A. Knani, S. Belghali, H. Zeglaoui, N. Bagané, Smida I, E. Bouagina

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction :

Le méthotrexate est un traitement efficace de la polyarthrite rhumatoïde ; cependant il expose à plusieurs effets secondaires responsables de son interruption. Le taux de maintenance thérapeutique correspond au pourcentage de patients poursuivant un traitement en fonction du temps.

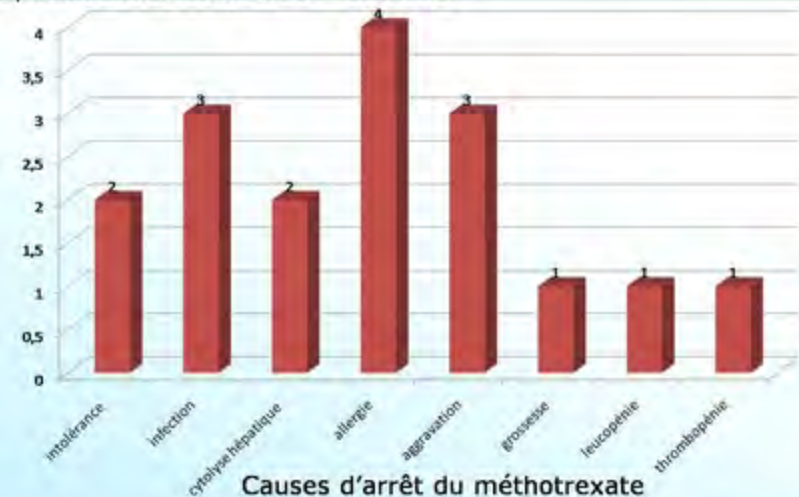
Le but de ce traitement est de déterminer la probabilité de poursuite du méthotrexate, les raisons de son interruption et l'incidence de ses effets secondaires.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 ans [2008-2010], portant sur 100 patients traités pour une polyarthrite rhumatoïde par le méthotrexate en monothérapie. Nous avons étudié les facteurs associés à la toxicité du MTX.

Résultats:

- ❑ Quatre-vingt et une femmes et dix-neuf hommes ont été inclus dans cette étude avec un âge moyen de 46,3 ans [17-79].
- ❑ La durée moyenne de la maladie était de 4 ans et demi.
- ❑ La dose hebdomadaire moyenne de MTX était de 12,45 mg [10-15].
- ❑ Les principaux effets secondaires notés étaient une **toxicité gastro-intestinale (20 cas)**, une **cytolyse hépatique (7 cas)**, une **éruption cutanée (3 cas)**, une **pneumopathie d'hypersensibilité (1 cas)**, une **thrombocytopénie (1 cas)**, une **leucopénie (1 cas)**, des complications infectieuses (10 cas) comprenant **deux cas de réactivation d'une hépatite C**, **2 cas de tuberculose** et un cas d'arthrite septique.
- ❑ Le niveau de **maintenance thérapeutique était de 86 %** lors de la première année. La durée moyenne du traitement était de 10 mois. Les raisons d'arrêt du MTX étaient la survenue effets secondaires (12 cas), l'inefficacité (3 cas) et la grossesse (1 cas).



Discussion:

Les études à long terme indiquent que l'efficacité du MTX se maintient lors d'un traitement prolongé. Le taux de maintenance thérapeutique du MTX est très remarquable. Il dépasse 50% à cinq ans et il est de 38% à 11 ans. Ces chiffres sont très supérieurs à ceux enregistrés pour tous les autres traitements de fond de la PR. Dans une étude marocaine publiée, le taux de maintenance thérapeutique était de 56 % à un an, 43% à 2 ans et de 36 % à 5 ans. Le MTX a été arrêté chez 23 patients (33%) : pour effets secondaires chez 5 malades, pour inefficacité chez 4 patients, pour des raisons indépendantes du traitement chez 7 patients. À l'instar d'autres séries publiées, la raison principale d'interruption du MTX chez nos patients était la survenue d'effets secondaires, contrairement aux traitements de fond classiques où l'inefficacité joue un rôle majeur dans l'interruption thérapeutique.

Conclusion : Le taux de maintenance thérapeutique du méthotrexate pendant la première année était bonne. Cependant, nous avons constaté certains effets secondaires graves nécessitant l'interruption définitive de ce traitement.



APPORT DE LA SCINTIGRAPHIE PARATHYROIDIENNE AU ^{99m}Tc -MIBI EN DOUBLE PHASE DANS L'EXPLORATION DES HYPERPARATHYROIDIES PRIMAIRES : A PROPOS DE 14 CAS

Alaya Z, Henchiri I, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

La scintigraphie parathyroïdienne au ^{99m}Tc -MIBI est un moyen d'imagerie fonctionnelle permettant l'exploration des hyperparathyroïdies. L'objectif de notre étude est de démontrer l'utilité de la scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase dans l'exploration des processus parathyroïdiens sécrétants.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons, à travers ce travail, l'observation de 14 patients suivis pour une hyperparathyroïdie étiquetée biologiquement et explorés dans tous les cas par une échographie cervicale. Tous nos patients ont bénéficié d'une scintigraphie parathyroïdienne au ^{99m}Tc -MIBI en double phase.

Résultats :

Sur les 14 cas étudiés (3 hommes et 11 femmes), 3 patients présentaient une hyperplasie des parathyroïdes à la scintigraphie des parathyroïdes au ^{99m}Tc -MIBI, un seul patient présentait deux foyers d'hyperfixation, les 10 autres patients ne présentaient qu'un seul foyer parathyroïdien, dont un foyer ectopique médiastinal bas. Dans notre série, toutes les hyperparathyroïdies étaient d'origine primaire. L'examen anatomopathologique a révélé dix cas d'adénomes parathyroïdiens et 4 cas d'hyperplasies parathyroïdiennes.

Conclusion :

La scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a nettement contribué à l'orientation et surtout l'amélioration des modalités du traitement chirurgical des hyperparathyroïdies. Cela dans la mesure où elle permet d'affirmer le caractère multiple de quelques adénomes, diffus de certaines hyperplasies, et surtout ectopique de quelques processus parathyroïdiens, avec une sensibilité significativement supérieure à celle des autres moyens d'imagerie morphologique.

Discussion:

• Dans environ 80 % des cas, l'HPP est en rapport avec un adénome parathyroïdien isolé et dans 15 à 25 % des cas avec une hyperplasie des glandes parathyroïdiennes. Les adénomes multiples et les cancers sont rares (moins de 1 %). Les adénomes sont rarement en position ectopique (6%). L'intérêt de la scintigraphie technétium 99m -Tétrafosmine est la détection d'adénome ectopique. Ce n'est qu'en cas de discordance entre les résultats de l'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI que les autres examens (TDM, IRM) sont indiqués.

• Les investigations de localisation préopératoire telles que l'échographie, la scintigraphie au sestamibi sont utiles pour sélectionner les patients qui justifieraient d'une parathyroïdectomie avec un geste chirurgical limité, ou pour dépister des pathologies thyroïdiennes associées présentes dans 52% des cas (27% dans notre série). La scintigraphie des glandes parathyroïdes est un moyen d'exploration d'imagerie fonctionnelle jouant un rôle conséquent dans l'orientation du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des HP. Plusieurs études ont pu affirmer sa grande utilité dans le diagnostic ainsi que la prise en charge des HP, particulièrement en cas d'adénomes multiples, d'hyperplasie diffuse et de localisations ectopiques, le plus souvent médiastinales secondairement intrathyroïdiennes ou rétro-œsophagiennes. Il existe actuellement 2 types de protocoles scintigraphiques : l'étude en double phase avec le ^{99m}Tc -MIBI, et la technique de soustraction (^{99m}Tc -MIBI/ ^{99m}Tc ou ^{99m}Tc -MIBI/ ^{123}I). La scintigraphie des glandes parathyroïdes au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a une sensibilité d'environ 90 %. Comparée à l'échographie et à la TDM dont la sensibilité varie, respectivement, entre 34 et 78 % pour la première et de 46 à 87 % pour la seconde, la scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI s'avère plus sensible, particulièrement chez les patients ayant préalablement subi une exploration chirurgicale du cou. La scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a nettement contribué à l'orientation et surtout l'amélioration des modalités du traitement chirurgical des HP. Cela dans la mesure où elle permet d'affirmer le caractère multiple de quelques adénomes, diffus de certaines hyperplasies, et surtout ectopique de quelques processus parathyroïdiens, avec une sensibilité significativement supérieure à celle des autres moyens d'imagerie morphologique.



Scintigraphie parathyroïdienne: gros nodule parathyroïdien inférieur gauche

Maladie de Paget osseuse dans la race noire. A propos d'un cas

Alia Fazaa, Ines Mahmoud, Olfa Saidane, Hana Sahli, Raoudha Tekaya, Leila Abdelmoula, Rafik Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis-Tunisie

INTRODUCTION

❖ La maladie de Paget est une ostéodystrophie bénigne caractérisée par une différence frappante dans la distribution raciale et géographique. Cette pathologie est considérée comme extrêmement rare chez les personnes d'origine non caucasienne. Nous rapportons l'observation d'une patiente tunisienne de race noire, et discutons les particularités épidémiologiques de cette maladie.

CONCLUSION

❖ En accord avec les données de la littérature, le profil de la maladie de Paget chez notre patiente ne présentait pas de particularités par rapport à celui rapporté habituellement chez les personnes d'origine caucasienne. L'étiologie de la maladie de Paget osseuse reste sujette à discussion. Sa prédilection raciale indiquerait une prédisposition génétique.

OBSERVATION

- ❖ Madame AH, âgée de 52 ans, de race noire selon l'apparence physique et l'histoire familiale, est suivie depuis 2 ans pour une maladie de Paget osseuse, localisée au crâne et à l'hémi-bassin gauche.
- ❖ La maladie a été révélée par des phosphatases alcalines (PAL) élevées à six fois la normale. La patiente était asymptomatique. L'examen ostéo-articulaire était normal, hormis un faciès léonien. La calcémie et la phosphorémie étaient normales et il n'existait pas de syndrome inflammatoire biologique.
- ❖ Le diagnostic de maladie de Paget osseuse a été confirmé par un aspect radiologique typique : épaissement de la voûte crânienne, condensation de l'hémi-bassin gauche et hypertrophie de la branche ischio-pubienne gauche.
- ❖ Compte tenu des localisations à risque et de l'élévation du taux des PAL, un traitement par Pamidronate (Aredia*) 60mg/j pendant 3 jours a été indiqué.
- ❖ Au cours du suivi, la patiente est restée asymptomatique et une normalisation du taux de PAL a été notée. Le recul actuel est de 8 mois

DISCUSSION

- ❖ Les signes radiologiques de la maladie de Paget osseuse sont retrouvés chez 2 à 5 % des sujets de plus de 55 ans, essentiellement de race blanche. Cependant, ils sont rarement rapportés chez les noirs africains (1):
 - ✓ 5 cas/20 000 radiographies osseuses au Nigeria et 14 cas/82 000 radiographies à Sierra Léone.
 - ✓ Deux cas uniquement ont été rapportés chez des Jamaïcains de descendance purement Africaine.
 - ✓ Aucune particularité clinique ou radiologique n'est rapportée.
- ❖ La prédilection raciale de la maladie de Paget indiquerait une prédisposition génétique.
 - ✓ La survenue familiale rapportée supporte aussi cette supposition.
- ❖ Contrairement à sa place chez les noirs africains où la maladie de Paget est très rare, une prévalence similaire chez les noirs et les blancs a été rapportée aux USA ce qui est un argument en faveur de l'influence de l'intervention également de facteurs environnementaux sur l'étiologie de la maladie (2).
 - ✓ La possibilité d'un mélange avec des gènes caucasoïdes ne peut cependant pas être exclue.

Références

- (1) Bileckot R et al. Rev Rhum 1994;61:473-4
- (2) Guyer PB et al. British Medical Journal 1980



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Schwannome rachidien malin révélé par une lombosciatique chronique : A propos d'un cas

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

Le schwannome est une tumeur rare habituellement bénigne d'évolution généralement lente, le plus souvent de petite taille, qui naît de la prolifération de cellules de la gaine de Schwann des nerfs rachidiens ou périphériques. La forme maligne est rare et de mauvais pronostic. Nous rapportons une observation d'un schwannome malin volumineux lombaire à extension pelvienne et intra-abdominale.

OBSERVATION

Mlle K.M, âgée de 23ans, s'est présentée pour une lombosciatique de type L5 mécanique évoluant depuis deux ans et résistante au traitement médical. L'examen clinique a objectivé un steppage à la marche. Le rachis lombaire était raide. La force musculaire et la sensibilité superficielle étaient diminuées dans les territoires L5 et S1 à droite. Le réflexe achilléen droit était aboli. La palpation de l'abdomen a révélé une masse pelvienne ferme para ombilicale droite. La VS était à 55. Les radiographies standards ont montré une ostéolyse du corps vertébral de L5 et de l'aileon sacré droit. L'IRM du rachis, du bassin et de la région abdomino-pelvienne a mis en évidence une volumineuse masse hétérogène et à contours polycycliques envahissant la 5^{ème} vertèbre lombaire et l'aileon sacré droit. Cette masse avait une extension vers le pelvis, l'abdomen et refoulant la veine cave inférieure, le psoas droit et le recto sigmoïde. A l'étage thoracique, il existait des formations pulmonaires bilatérales évocatrices de métastases pulmonaires. L'étude anatomo-clinique du fragment tumoral prélevé sous scanner a conclu à schwannome malin. L'abstention thérapeutique a été décidée devant l'importante étendue de la tumeur et la présence de métastases pulmonaires.

CONCLUSION

Le schwannome rachidien est une tumeur rare, souvent paucisymptomatique, qui peut se révéler par une symptomatologie rhumatologique aspécifique à type de rachialgies mécaniques. Le diagnostic doit être établi afin de procéder à l'exérèse chirurgicale de la tumeur avant l'extension massive ou la survenue de complications neurologiques.

DISCUSSION

- ✓ Les schwannomes intéressent les nerfs rachidiens dans environ 90% des cas.
- ✓ Ils sont souvent de siège paravertébral, dans les gouttières costo-transversaires, avec une prédominance à l'étage lombaire.
- ✓ En raison d'une croissance tumorale lente, ils sont volontiers paucisymptomatiques.
- ✓ Lors de la croissance tumorale, on peut observer un élargissement des trous de conjugaison lié à l'ostéolyse mécanique des pédicules des vertèbres sus et sous jacente, ce qui est responsable de l'extension extra-rachidienne du schwannome.
- ✓ Les complications les plus redoutées sont la nécrose de la masse tumorale, les accidents hémorragiques par érosion vasculaire, la dégénérescence maligne et surtout la compression des structures neurologiques voisines.
- ✓ Le diagnostic est orienté par l'imagerie (IRM) mais nécessite une confirmation histologique.
- ✓ Le traitement est chirurgical et consiste en l'exérèse complète de la lésion, avec un taux de guérison de plus de 80% et un taux de récurrence inférieur à 5%, survenant surtout en cas d'exérèse incomplète de la tumeur.
- ✓ Dans ce cas, la chirurgie peut être complétée d'une radiothérapie externe.

UNE NEUROPATHIE AXONALE CHEZ UN PATIENT AYANT UNE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE SE COMPLIQUANT D'UNE AMYLOSE : QUEL ORIGINE ?

Bendjema S, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

La survenue d'une neuropathie au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est exceptionnelle. Elle impose un bilan exhaustif à la recherche d'une étiologie infectieuse ou tumorale avant de retenir la vascularite rhumatoïde. Nous rapportons ici le cas d'un patient qui développe une neuropathie axonale périphérique sur une PR compliquée d'une amylose.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 68 ans suivi pour une PR rhumatoïde séropositive et érosive depuis 2010 et traité par Methotrexate à la dose de 17.5mg par semaine associé à une faible dose de corticoïde. Dans le cadre du bilan des atteintes extra-articulaires, une protéinurie de 24h demandée revenue positive à 1.92g sans syndrome néphrotique ni insuffisance rénale associés. Le diagnostic d'amylose rénale AA a été retenu (biopsie des glandes salivaires accessoires : coloration Rouge Congo positive). L'échographie cardiaque et l'échographie abdominopelvienne sont normales.

Depuis une année, le patient a développé des acroparesthésies des quatre membres sans déficit moteur et sans signes cutanés avec à l'EMG une neuropathie sensitive axonale des quatre membres. Le bilan étiologique initial : infectieux (sérologie hépatite B et C), néoplasique et à la recherche d'une origine métabolique à cette atteinte s'est révélé négatif. Le diagnostic d'une vascularite en rapport avec la PR a été retenu. L'évaluation initiale a retrouvé un DN4 à 6 et le patient a été mis sous prégabapentine sans amélioration notable. Un traitement par anti-TNF alfa est prévu pour ce patient à la fois pour sa néphropathie amyloïde mais également pour sa vascularite, chez un patient ayant une PR encore très active DAS28=7.67.

Discussion:

La vascularite rhumatoïde est une complication rare .Elle affecte 1 à 5% de patients atteints de PR .

Elle peut toucher n'importe quel organe. Quatre vingt dix pourcent des patients ont des lésions de vascularite cutanées (pétéchies, purpura, gangrène ,ulcère), 40% des patients ont des lésions nerveuses périphériques :multinévrite ou polyneuropathie.

Une étude comportant 108 patients explorés par EMG montre des anomalies dans 57% des cas:85% des multinevrites,14% de polyneuropathie démyélinisante,10% de syndrome de canal carpien.

Le système nerveux central est rarement atteint.

Ces complications neurologiques surviennent chez des PR sévères et séropositives comme c'est le cas dans notre observation où le patient avait en plus une amylose rénale AA qui ne peut pas expliquer sa polyneuropathie qui a été attribuée à sa PR après avoir éliminé une étiologie infectieuse et tumorale.

Notre patient a été traité par MTX et faible dose de corticoïdes et de la gabapentine sans amélioration.

Dans les formes modérés ,le méthotrexate jusqu'à la dose de 20 à 25 mg/S peut suffir sinon l'azathioprine à la dose de 2mg/kg/j est une autre alternative.

Dans les cas sévères, on peut recourir aux corticoïdes en bolus de 7,5 à 15 mg/kg répétés 3 jours de suite en cas de multinevrite sévère puis 1mg/kg/j pendant 3 à 4 semaines puis degression et même aux anti-TNF alfa et au Rituximab.

Conclusion :

La neuropathie ne s'observe jamais avec l'amylose secondaire de type «AA» et le diagnostic de vascularite peut être retenu chez ce patient même en l'absence d'autres arguments cliniques.



Iatrogénie des DMARDs au cours de l'arthrite juvénile idiopathique

La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

K.Ben Abdelghani, M.Slouma, L.Souabni, S.Kassab, S.Chekili, A.Laatrar, L.Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa

INTRODUCTION

Les **DMARDs** (Disease-modifying *antirheumatic drugs*) demeurent les traitements les plus utilisés en première intention dans la prise en charge de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI).

Le **but** de ce travail est d'évaluer la tolérance de s DMARDs à travers une série hospitalière de 54 patient.

MATERIEL ET METHODE

- Etude rétrospective au service de Rhumatologie La Marsa-Tunis ayant inclus tous les patients suivis pour AJI.
- Pour chaque patient, on a recueilli les DMARDs utilisés et les différents effets indésirables observés.

OBSERVATION

- **Cinquante quatre patients:** 28 garçons et 26 filles.
- **L'âge moyen** était de 22.4 ± 5.4 ans.
- **L'âge moyen de début de la maladie** était de 7.50 ans [2-15].
- Le méthotrexate (MTX) a été prescrit dans 39 cas (72%)
- Les formes d'AJI sous MTX sont représentées par la **figure 1**.
- **La dose moyenne de MTX** était de 12,2 mg/semaine [2,5, 20].
- **L'acide folique** a été associé dans tous les cas.
- **Le MTX a été arrêté chez 16 patients pour :** échec (3 cas), échappement (6 cas), effets indésirables (7 cas).
- **Les effets indésirables étaient à type de :** intolérance digestive (3 cas), cytolyse hépatique (1 cas), insuffisance rénale (1 cas) et un syndrome post prise (1 cas).
- **La Sulfasalazine** a été prescrite chez 18 patients, en première intention chez onze patients et en deuxième intention chez sept patients avec une dose moyenne de 1,9 g/ jour.
- **La salazopyrine a été arrêté pour effets indésirables** dans trois cas : un syndrome œdémateux généralisé, une réaction allergique à type d'urticaire et intolérance digestive.
- **Le Léflunomide a été prescrit** en deuxième intention chez sept patients : forme systémique (2 cas), forme polyarticulaire sans FR (3cas), forme polyarticulaire avec FR (1cas), ERA (1cas).
- La dose maximale était d'en moyenne 18,6 mg/j [10, 20].
- **Le Léflunomide a été arrêté** chez deux patients pour hypertension artérielle (1 cas) et diarrhée (1 cas).
- **Les anti-paludéens de synthèse** ont été prescrits chez six patients : en première intention (4 cas) et en deuxième intention (2 cas).
- **Les anti-paludéens de synthèse ont été arrêtés** pour échec chez trois patients et pour échappement chez un patient.

Fig 1: Forme d'AJI sous Methotrexate



DISCUSSION

- **Le MTX est le DMARDs le plus utilisés en première intention au cours de l'AJI.**
- **L'association de d'acide folique au MTX permet d'améliorer la tolérance digestive et de diminuer le risque de cytolysé hépatique.**
- **Notre étude a montré que les DMARD ont été arrêtés suite à la survenue d'un effet secondaire dans 22% des cas.**

CONCLUSION

Le methotrexate reste le gold standard dans la prise en charge des AJI.

Les DMARDs comme tout autre médicament ne sont pas dénués de risque. Une surveillance clinique et biologique rapprochée est nécessaire.

La maladie de Horton: étude épidémiologique clinique et thérapeutique de 26 cas

Gharsallah I, Dhahri R, Jammali S, Boussetta N, Laajili F, Metoui L, Louzir B, Othmeni S

• Introduction:

- La maladie de Horton est actuellement bien connue et les délais diagnostiques ont été beaucoup raccourcis. Le diagnostic ne reste difficile que devant des formes atypiques.

• Patients et méthodes:

- Etude rétrospective des dossiers de 26 cas de maladie de Horton colligés entre 1990-2011.
- Il s'agit de 17 femmes (65%) et 9 hommes (34%). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 70 ans (55-82 ans). L'asthénie et l'amaigrissement ont été observés dans 21 cas (80%) et la fièvre chez 10 patients (38%). Les céphalées étaient quasi-constantes (95.5%) a claudication intermittente de la mâchoire et l'hyperesthésie du cuir chevelu étaient présentes dans respectivement dans 11 et 12 cas . Une pseudo polyarthrite rhizomélique typique a été observée dans 9 cas. Une baisse de l'acuité visuelle a été retrouvée dans 11 cas. Une cécité monoculaire inaugurale a été notée dans 1 cas. Une abolition des pouls temporaux a été observée dans 13 cas et une inflammation ou induration des artères temporales respectivement dans 5 et 4 cas. Des manifestations ORL ont été notées dans 10 cas à type de vertige (3cas), hypoacousie (2cas), dysphonie (2cas), dysphagie (1cas), troubles du goût (1cas), œdème de la face (1cas). Quatre malades ont présenté des manifestations neurologiques à type de confusion mentale (2 cas) ou de syndrome dépressif (2cas)

- Un syndrome inflammatoire biologique était quasi constant (95.5%) et une cholestase an ictérique a été notée dans 50% des cas. La corticothérapie a été la base du traitement chez tous les malades avec une dose initiale 0.5 et 1mg/kg/j de prednisone. L'évolution a été favorable dans 13 cas avec un recul moyen de 5 ans et demi (2-14 ans). 4 malades sont décédés 3 mois après le diagnostic (un VAC, une péritonite dans les suites opératoires d'un ulcère duodéal iatrogène, un décès de cause inconnu)

▪ Discussion:

La maladie de Horton demeure, aujourd'hui encore, une pathologie sévère en termes de morbidité, tout particulièrement en raison des complications vasculaires ophtalmologiques, neurologiques, cardiaques et aortiques qu'elle engendre [1], [2]. C'est pour cela que l'identification de critères diagnostiques de la maladie de Horton et de la PPR, fiables sur les plans de la sensibilité et de la spécificité, est essentielle afin de permettre un diagnostic de certitude précoce et une prise en charge appropriée chez ces patients.

▪ Conclusion:

- La précocité du diagnostic et du traitement de la maladie de Horton constituent les seuls garants pour prévenir l'apparition des complications imprévisibles de la maladie.

• Références:

B.T. Horton, T.B. Magath, G.E. Brown An undescribed form of arteritis of the temporal vessels Proc Staff Meet Mayo Clin, 7 (1932), p. 700
C. Assié, A. Janvresse, D. Plissonnier, H. Levesque, I. Marie Long-term follow-up of upper and lower extremity vasculitis related to giant cell arteritis: a series of 36 patients Medicine (Baltimore), 90 (2011), pp. 40-51

LA MYOSITE OSSIFIANTE CIRCONSCRITE A PROPOS DE DIX CAS

N. Bagane 1, K. Mrad Dali 2, I. Hasni 2, K. Tlili
 Service de consultation externe Hôpital régional Ibn Jazzar Kalrouan 1
 Service de radiologie, CHU Sahloul Sousse 2

INTRODUCTION

La myosite ossifiante circonscrite (MCO) est un processus bénin d'ossification hétérogène focale des parties molles survenant chez des sujets jeunes suite à un traumatisme dans 60%. Son aspect clinique et en imagerie peut être trompeur et faire évoquer un processus néoplasique sarcomateux. L'objectif de ce travail est d'illustrer les différents aspects en imagerie et particulièrement en IRM de cette affection.

MATERIEL ET METHODES :

Dix observations de MOC sont colligées durant une période de six ans (2000-2006). Les patients étaient explorés par des radiographies standard dans 10 cas, échographie 8 cas, TDM 7 cas et IRM dans 3 cas.

RESULTAS :

Il s'agissait de cinq hommes et cinq femmes, l'âge moyen était de 24,5 ans (avec des écarts allant de 7 à 48 ans). La notion de traumatisme était retrouvée dans six cas. Le motif de consultation était une tuméfaction douloureuse dans tous les cas, localisée au niveau de la cuisse 7cas, du bras 1cas, avant bras 1 cas et épaule 1 cas.

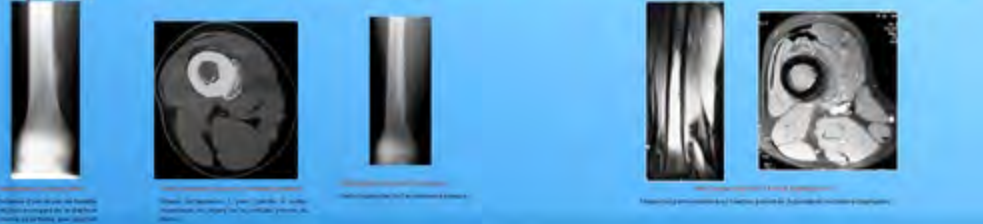
Les Rx standard montraient une masse des parties molles dans tous les cas associées à des calcifications dans 4 cas. L'échographie retrouvait une masse hypo échogène contenant des calcifications dans 4 cas, hyperéchogène dans 2cas et hétérogène dans 2 cas. La TDM montrait une masse des parties molles hypodense (2cas), hyperdense (2cas) iso dense au muscles avoisinants (1cas), les calcifications étaient retrouvées dans 7 cas, elles étaient massives dans 3 cas. Une interface hypodense la séparent de la corticale (2 cas). Le rehaussement de la lésion après injection de produit de contraste était intense dans 4 cas. Une réaction périostée lamellaire de l'os en regard était retrouvée dans 1 cas. L'IRM retrouvait dans les trois cas une masse en double composante: tissulaire en hyposignal T1 hyper signal T2 rehaussé par l'injection de Gado un contingent en hypo ou iso signal T1 hyposignal T2 correspondent à la composante calcique qui est de siège périphérique. La lésion est séparée de la corticale par un liséré en hyposignal dans les trois cas. Intégrité de la corticale dans les trois cas Une biopsie exérèse réalisée chez 4 patient a permis de confirmer le diagnostique dans 3 cas, était non concluante dans 1 cas.

DISCUSSION :

La myosite ossifiante circonscrite (MOC) est une pathologie rare des parties molles. Elle correspond à une prolifération hétérotopique non néoplasique d'os et de cartilage dans les tissus mous. Elle survient chez le sujet jeune à la suite d'un traumatisme ou de microtraumatismes répétés dans 60% des cas.

La MOC se manifeste par l'apparition d'une masse douloureuse des parties molles, de survenue brutale, de volume d'emblée maximale la douleur est localisée associée à une tuméfaction rapidement dans un contexte accompagnée de signes inflammatoires cliniques et biologiques. Les radiographies répétées permettent de vérifier la rapidité caractéristique de maturation des calcifications. L'échographie permet à la phase précoce de reconnaître une masse des parties molles dans laquelle de petites zones hyperéchogènes ponctuées sont à rechercher soigneusement correspondant à des futures calcifications. La tomodensitométrie montre l'ossification, son centre tissulaire en cours de minéralisation et s'assure de la présence d'un liséré de sécurité entre la lésion et la corticale qui est un signe de grande valeur diagnostique. Elle est particulièrement intéressante à la phase initiale ou elle montre plus précocement les calcifications périphériques. A la phase chronique, la TDM met en évidence l'aspect caractéristique de coque osseuse compacte, aucune coiffe tumorale n'existe autour de celle-ci. IRM, lorsqu'elle est réalisable, permet de déceler encore plus précocement la lésion avant l'apparition de calcifications. Elle met en évidence l'œdème des parties molles (en hyposignal T1 et hypersignal T2) témoin de l'inflammation locorégionale et le cerne calcique de la lésion en hyposignal T1 et T2 avec respect de la corticale. Le centre nécrotico-hémorragique peut être en discret hypersignal T1 sans injection.

Observation 1 M. A., Patient de 16 ans, douleur de l'extrémité sup du fémur asthénie anorexie notion de traumatisme qq mois auparavant



Observation 2 H. M., Patiente de 7 ans, ATCD: arthrite chronique juvénile, Motif d'hospitalisation: arthrite septique du genou droit, Notion de traumatisme. Examen physique: tuméfaction dure de la cuisse droite.



avant l'apparition de calcifications, l'inflammation des parties molles est aspécifique et fera discuter un processus infectieux, néoplasique ou post-traumatique. Lors de la phase de maturation, la localisation de cette lésion fera évoquer une périostite réactionnelle exubérante ou une ossification para ostéale simulant un ostéosarcome. Enfin, chez le sujet il conviendra d'éliminer un sarcome d'Ewing

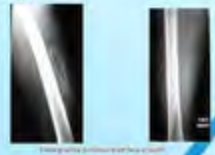
Observation 3 M. K., Patient de 32 ans, Masse de la cuisse droite évoluant depuis 3 ans, Pas de notion de traumatisme.



Observation 4 G. M., Patiente de 19 ans, Tuméfaction douloureuse de la cuisse gauche, Notion de traumatisme il y'a 6 mois



Observation 5 A.B, patient de 16 ans, traumatisme de la cuisse, douleur et tuméfaction du quadriceps



CONCLUSION :

La MOC bien que rare, elle doit être évoquée devant une tuméfaction douloureuse des parties molles post-traumatique chez un patient jeune car elle est bénigne et conduit à l'abstention thérapeutique. Il est important de connaître ses aspects en imagerie pour éviter la confusion diagnostique potentielle avec une tumeur osseuse maligne d'autant plus que l'étude histologique peut induire en erreur, ou être non concluante.

Traitement de la PR par les anti IL6 (Tocilizumab : Actemra) Résultats préliminaires

S. Kochbati ; S. Boussaid; F. Essafi; L. Baili; A. Ben Maatallah; B. Ben Dhaou ; F. Boussema; Baili; S. Ben Rhouma; L. Rokbani
Hôpital Habib Thameur, Tunis

Introduction

Il s'agit d'une étude interventionnelle phase IIIb qui a pour but d'évaluer l'efficacité, la tolérance et la sécurité du Tocilizumab en monothérapie ou associé au Méthotrexate chez des patients atteints de PR modérée à sévère ayant présentés une réponse inadéquate au traitement de fond classique (DMARSs-IR).

Patients et méthodes

Il s'agit de 7 cas de PR (critères de l'ACR), 7 femmes; leur âge moyen est de 49 ans (36-61ans); l'ancienneté de la PR est en moyenne de 54,2 ans (1-15ans); le FR et les Ac Anti CCP sont positifs dans tous les cas. La PR est associée à un syndrome de Goujerot Sjogren (1 cas) et à une luxation atloïdo-axoïdienne (1 cas).

Tous ces patients ont été traités par l'Actemra 8 mg/kg selon les modalités conventionnelles comportant une perfusion toutes les 4 semaines.

L'efficacité de l'Actemra a été évaluée sur les critères d'évolutivités cliniques, biologiques et de qualité de vie de la PR : DAS 28; HAQ; EVA; NAD; NAG; (VS; CRP; NFS; bilan hépatique rénale ; lipidique...); à l'entrée et toutes les 4 semaines.

Les critères d'exclusions sont celles de toute biothérapie.

Tableau1: caractéristiques des malades

paramètres	valeurs
Nbre malades	7
Âge moyen (an)	49
Ancienneté de la mldie (an)	54,2
FR +	7 cas
Anti CCP +	7 cas

Résultats

➤ Nos résultats préliminaires montrent une amélioration de tous les paramètres cliniques, biologiques et de qualité de vie dès le 1^{er} mois, avec un recul de 3 mois.

➤ La tolérance du produit est satisfaisante,

➤ nous n'avons aucun effet secondaire grave, néanmoins 2 patientes ont présenté une élévation des LDL et du cholestérol.

Conclusion

Sur cette courte série, le Tocilizumab peut représenter une nouvelle thérapeutique de la PR réfractaire. Néanmoins, ces résultats méritent d'être vérifiés à long terme et sur des effectifs plus grands. Les premières études avec le tocilizumab ont été menées au Japon. Elles étaient conduites en ouvert et incluait un faible nombre de patients. Elles avaient pour but d'étudier les caractéristiques pharmacodynamiques du produit d'identifier la meilleure dose et le meilleur rythme d'administration ainsi que d'apprécier la tolérance



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Métastases osseuses en milieu rhumatologique :

26-27 Avril 2014
Hammamet

étude de 83 cas

I.Henchiri, Z.Alaya, K.Baccouche, *H.Zaghouani, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, *C.Kraiem, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

Les métastases osseuses (MO) représentent un motif d'hospitalisation très fréquent en rhumatologie. L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de ces MO.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 83 dossiers de patients présentant des MO colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 16 ans (1998 – Janvier 2014).

Résultats :

Il s'agit de 75% hommes et 25% femmes, avec un âge moyen de 63 ans (86 ; 34).

Les métastases osseuses étaient révélatrices dans 76% des cas.

Les signes cliniques : une altération de l'état général dans 71% des cas, des lombalgies dans 47% des cas, des cruralgies dans 21% des cas et des dorsalgies dans 11% des cas. L'examen clinique a objectivé une douleur à la pression des épineuses dans 24% des cas, des douleurs costales à la palpation dans 19% des cas, une tuméfaction osseuse dans 12% des cas et un tableau de compression médullaire dans 11% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez 70 malades.

Sur le plan radiologique :

lésion radiologique



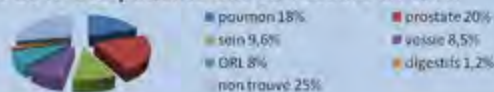
localisation



Un tassement vertébral était noté chez 27,7% des patients.

La scintigraphie osseuse était réalisée chez 54 malades, révélant des localisations multiples chez 18,5% d'entre eux. Seulement 26% des patients ont eu recours à l'IRM.

Le cancer primitif :



Sur le plan thérapeutique :

Seulement 26% des cancers primitifs ont été traités dont 36% par un traitement palliatif.

L'évolution: diminution des douleurs osseuses dans 15 cas, survenue d'une complication dans 18 cas (altération de l'état général dans 6 cas, hypercalcémie grave dans 4 cas et décès dans 5 cas : IDM, angiocholite aigue grave, OAP lésionnel et troubles métaboliques).



Discussion :

- Un nombre de patients de notre série, plus important que dans la littérature, reste sans primitif connu (25% contre 4 à 10%).
- Pour rechercher la tumeur primitive, il n'y a pas de consensus définitif sur l'imagerie et les examens biochimiques systématiques en l'absence de piste clinique.(1,2)
- Les 3 cancers primitifs les plus fréquents, à savoir celui de la prostate, du poumon et du sein, correspondent aux résultats des autres séries tunisiennes.
- Les lésions radiologiques sont lytiques dans la majorité des cas (3)
- Les bisphosphonates constituent une thérapeutique prometteuse pour les douleurs et les destructions osseuses

Conclusion

Les métastases osseuses constituent un tournant évolutif péjoratif dans l'évolution des cancers, néanmoins un nombre important de métastase osseuse reste sans primitif connu, incitant à élargir le champ des explorations afin de connaître la tumeur primitive et d'instaurer une thérapeutique cible ou palliative avant la survenue de complication. Ces MO ont bénéficié récemment de l'apport des bisphosphonates dans la diminution des douleurs osseuses, du risque fracturaire et du risque d'hypercalcémie.

Bibliographie :

- 1/Stratégie de prise en charge des métastases osseuses révélatrices. Diagnostic management of Inaugurable bone metastases; Michele Tubiana-Hulina, Charles de Maulmontb, Jean-Marc Guinebretière; Revue du Rhumatisme 75 (2008) 332-338
- 2/Métastases osseuses révélatrices : étude comparative à 30 ans d'intervalle; Marie Vandecandelaere and al; Revue du Rhumatisme Volume 71, Issue 5, May 2004, Pages 390-396
- 3/ Pathogénie des métastases osseuses, Philippe Clézardin, revue du Rhumatisme 2008, 75:327-331



Maladie de von Recklinghausen et Ostéoporose: A propos d'un cas

**A. Aouadi; I. Ben Ghorbel; H. Tounsi; N. Belfeki; M. Lamloum; A. Hamzaoui; T. Ben Salem;
MH. Houman. Service de médecine interne CHU la Rabta.**

Introduction:

Les manifestations ostéoarticulaires au cours de la neurofibromatose de type 1 (NF1) sont décrites, cependant la fréquence de l'ostéoporose au cours de cette pathologie reste indéterminée.

Patients et méthodes:

Les données de ce travail sont recueillies à partir du dossier d'une patiente hospitalisée au service de médecine interne CHU la Rabta.

Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 18 ans, atteinte de NF1, hospitalisée pour une thrombose veineuse profonde distale compliquée d'une embolie pulmonaire, survenant 15 jours après une fracture de la hanche droite. Dans ses antécédents, on notait une ostéoporose sous Bisphosphonates. A l'examen, il existait des tâches café au lait et des neurofibromes cutanés et sous-cutanés nodulaires avec une atteinte neurologique périphérique confirmée à l'EMG. La DMO réalisée au cours de son hospitalisation avait montré un Z score au site fémoral à -4,7DS. Le bilan étiologique de sa maladie thromboembolique, en dehors du contexte d'alitement, était négatif, notamment le bilan de thrombophilie et les anticorps anti phospholipides. La patiente a été mise sous anticoagulants avec une bonne évolution et adressée en Rhumatologie pour suivi de son ostéoporose.

Discussion:

Cette observation nous invite à se poser la question si cette association est fortuite et si on se proposerait de réaliser une DMO systématiquement chez les patients atteints de NF1. Les facteurs étiopathogéniques de cette ostéoporose restent à discuter ainsi que la durée du traitement surtout que ces patients sont jeunes et multitarés. Ainsi, l'étude d'une série plus large s'avère nécessaire.

Conclusion:

Une analyse des données recueillies à partir des rares cas rapportés dans la littérature de NF1 associées à une ostéoporose doit permettre de déterminer la fréquence de cette association et d'évaluer l'efficacité du traitement par Bisphosphonates chez ces patients.

LA GOUTTE

M.Ezzeddine, R.Akout, I.Hachicha, N.Kammoun, H.Fourati, S.Baklouti
Service de rhumatologie CHU Hedi chaker. Sfax

Introduction : La goutte est à la fois une dyspurinie et une maladie générale métabolique donnant une hyperuricémie et une arthropathie microcristalline. Elle se traduit par un accès articulaires aigus inflammatoires. Les articulations du pied sont les plus touchées. Le but de ce travail est d'analyser les particularités épidémiologiques, cliniques et étiologiques de la goutte.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 100 cas de goutte colligés dans le service de rhumatologie du CHU Hedi Chaker de Sfax.

Résultats :

- Répartition selon le sexe: 68 d'hommes, 32 femmes
- Age moyen de 65 ans (23-90 ans).
- Le délai moyen de consultation: 7 jours (2- 30 jours).
- La fièvre est retrouvée chez 19 patients.
- Mode d'atteinte articulaire: monoarthrite = 37 %
oligoarthrite = 42 %
polyarthrite dans 16 %.
- Localisation de l'atteinte articulaire: Tableau n°1

Localisation	MTP	Avant pied	cheville	genou	main	poignet	coude
Fréquence (%)	30	21	35	35	12	16	9

- Fréquence des tophus: 8%.
- Le syndrome inflammatoire biologique: 67% des cas.
- Le dosage de l'acide urique est augmenté: 86% des cas.
- La fonction rénale est perturbée: 61 % .
- La ponction articulaire: faite chez 36 patients
recherche de microcristaux d'urate de sodium: 28 cas
- Les signes radiologiques: Tableau n°2

Signes radiologiques	géodes	Aspect en Hallebarde	Aspect du pied hérissé
Fréquence	30%	5%	2%

- Enquête étiologique: Tableau n°3

Enquête étiologique	Primitive	Prise de diurétique	Prise des anti-TBC	IR	Déficit enzymatique
fréquence	33	31	2	61	2

- Un traitement à base de colchicine est prescrit dans 97 % des cas
- Le purinol est indiqué dans 75% des cas.

Discussion:

- La goutte est fréquente, elle touche environ 1 % de la population.
- Elle apparaît généralement à un âge moyen, elle est inhabituelle chez les personnes de moins de 30 ans. L'âge moyen de la première crise est de 47 ans.
- Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (10 fois plus souvent) et elle est rare chez les femmes avant la ménopause
- La goutte est fréquente dans les pays industrialisés, principalement en raison du fait que l'alimentation joue un rôle important dans l'apparition de ce trouble.
- La goutte est une forme particulière d'arthrite qui provoque des crises récurrentes, de vives douleurs à une ou quelques articulations.
- Habituellement, les crises de goutte durent quelques jours, puis les symptômes disparaissent pour plusieurs semaines voir des mois.
- Toutes les articulations sont susceptibles d'être touchées, mais le plus souvent, la maladie se déclare d'abord dans celle située à la base du gros orteil. Elle est touchée dans 30% chez nos patients.
- La douleur et la tuméfaction provoquées par une crise de goutte s'expliquent par l'accumulation de cristaux d'acide urique dans l'articulation touchée, ce qui entraîne une inflammation. L'organisme synthétise normalement de l'acide urique lorsqu'il dégrade les cellules et les protéines, et le libère dans la circulation sanguine. L'acide urique reste généralement sous forme dissoute dans le sang, avant d'être éliminé par le rein. S'il y a une quantité excessive d'acide urique dans le sang ou si les reins ne peuvent l'éliminer assez rapidement, des cristaux peuvent se former et s'accumuler dans les articulations, ou même dans les reins, la peau et d'autres tissus mous.
- Même si les patients qui souffrent de la goutte ont souvent une hyperuricémie, environ 3 sur 10 présentent des concentrations normales d'acide urique au cours d'une attaque. Cette notion est retrouvée dans 15 % dans notre série
- Par ailleurs, l'hyperuricémie ne signifie pas en elle-même que la personne souffrira de la goutte.
- Le diagnostic est bien souvent évident sur la description de l'atteinte articulaire et il n'est pas alors besoin de pousser plus avant les explorations.
- En cas de doute, la recherche des microcristaux d'urate au microscope dans le liquide de ponction de l'articulation atteinte assure le diagnostic (cristaux négativement biréfringents).
- Les radiographies sont normales au début et ne servent qu'à exclure un autre diagnostic. En revanche elles servent à rechercher les conséquences osseuses ou articulaires de la goutte chronique (arthropathie goutteuse).
- Pour le traitement, il y a trois vecteurs
soulager la douleur des crises de goutte,
réduire le taux d'acide urique dans le sang (emploi d'un *hypo-uricémiant*),
prévenir la récurrence des crises de goutte sous traitement hypo-uricémiant.

Conclusion : La goutte est la plus fréquente des arthrites microcristallines. La précipitation des cristaux d'urate de sodium dans la cavité articulaire provoque une crise de goutte. Le dépôt des cristaux dans les parties molles réalise des tophus caractéristiques de la goutte chronique.

Polyarthrite rhumatoïde compliquée d'une polyarthrite septique : A propos d'un cas

K.Ben Abdelghani, K.Maataallah, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

Introduction:

➤ L'arthrite septique est une complication connue de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et ses traitements. Elle grève le pronostic de la maladie, surtout lorsque l'agent infectieux est le staphylocoque et quand l'atteinte est polyarticulaire. Le retard diagnostique dû au fait que l'atteinte septique est souvent confondue avec une poussée de la maladie, assombrit plus le pronostic.

➤ Nous rapportons une observation d'une polyarthrite septique compliquant une PR

Observation:

Patient âgé de 49 ans, atteint d'une PR évoluant depuis huit ans et traitée par méthotrexate et corticothérapie générale.

Ce patient était hospitalisé pour une poussée poly articulaire associée à un état septicémique.

Exploration bactériologique: Staphylococcus aureus méti-S dans le sang et le liquide de la ponction articulaire.

➔ Il s'agit d'une polyarthrite septique touchant les genoux, la cheville droite et les articulations sternoclaviculaires avec présence de collections péri-articulaires et au niveau du muscle sterno-cleïdo-mastoïdiens.

Evolution: favorable après une double antibiothérapie anti-staphylococcique associée à un drainage chirurgical des genoux et des abcès.

Discussion:

Les études ont démontrés le risque élevé d'infection chez les patients atteints de PR(1). Les DMARDS par leurs effet immunosupresseurs augmentent ce risque. Le staphylococcus est un agent pathogène dont le portage buccal est augmenté chez les patients atteints de PR. Il a été suggéré que l'utilisation des immunosupresseurs augmente ce portage. Les complications métastatiques surviennent souvent en cas de septicémie à staphylocoque et les foyers habituels sont les articulations et les valves cardiaques (2) comme dans le cas de notre patiente qui était sous méthotrexate et corticothérapie au long cours

Conclusion:

Bien que rares les complications septiques doit être évoquée devant toute poussée de PR. La recherche de signes infectieux devrait être systématique ainsi que la culture de tout liquide articulaire

(1) Michaud K. Comorbidities in rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:885-906.

(2) Anjali B. BMJ Case Reports 2010; doi:10.1136/ber.07.2009.2082

Ostéonécrose aseptique de la rotule: A propos d'un cas et revue de la littérature

H Sahli, R Tekaya, M Bani, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula, R Zouari
Service de rhumatologie-Hôpital Charles Nicolle-Tunis-Tunisie

INTRODUCTION:

- ▶ La rotule représente un siège inhabituel de l'ostéonécrose aseptique puisque seulement une cinquantaine de cas ont été rapportés dans la littérature.
- ▶ Nous en rapportons une nouvelle observation originale également par son caractère multifocal chez une patiente lupique.

OBSERVATION:

- ▶ Mme H.A, âgée de 50 ans, est suivie pour LES depuis l'âge de 15 ans, sous 5 mg/j de Prednisone depuis plusieurs années.
- ▶ Plaintes: gonalgie mécanique bilatérale résistant aux antalgiques et AINS.
- ▶ Examen ostéoarticulaire normal en dehors d'un syndrome fémoro-patellaire bilatéral.
- ▶ **Radiographies: (Figure 1).**
- ▶ **Scintigraphie osseuse** : Multiples foyers d'ostéonécrose récente et semi-récente de la hanche gauche, des deux genoux et de la tête du premier métatarsien gauche.

CONCLUSION:

- ▶ Malgré sa rareté, l'ostéonécrose de la rotule doit figurer parmi les diagnostics étiologiques de gonalgies au cours du LES, à fortiori chez les patients sous corticothérapie au long cours.

Figure 1:
Multiples foyers d'ostéonécrose siégeant aux métaphyses tibiales et fémorales avec une image d'ostéonécrose patellaire gauche zs



DISCUSSION:

- ▶ ONA multifocale est souvent secondaire
- ▶ Localisations les plus fréquentes sont: la tête fémorale, la tête humérale, le condyle fémoral, l'os semi-lunaire et le scaphoïde tarsien.
- ▶ Pas d'impact thérapeutique pour la localisation rotulienne

Particularités de la maladie de Behçet de la femme

La Ligue
Anti-Rhumatoïdisme

N.El Amri, Z.Alaya, K.Baccouche, *Z.Houneida, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, *C.Kraiem, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

*Service de Radiologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

La maladie de Behçet est une pathologie inflammatoire systémique touchant habituellement l'homme jeune. Plusieurs études suggèrent que le sexe influence le cours évolutif de la maladie et que la maladie de Behçet chez la femme est moins sévère. Nous en rapportons 7 cas de maladie de Behçet chez la femme.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 7 patientes atteintes de maladie de Behçet répondant aux critères du Groupe international d'étude sur la maladie de Behçet, colligés au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Résultats :

Sur 27 cas de maladie de Behçet, seulement 7 étaient des femmes avec un âge moyen de $38,1 \pm 8,9$ ans. L'âge moyen de début des symptômes était de $30,2 \pm 4,4$ ans. Les manifestations cutané-muqueuses étaient une aphtose buccale présente dans tous les cas (objectivée à l'examen dans 85,7% des cas), une aphtose génitale dans 6 cas, un érythème noueux dans 28,7% des cas, une pseudo-folliculite dans 14,3% des cas et des lésions acnéiformes dans 14,3% des cas. Le pathergy test fait dans 57,1% des cas était positif dans la moitié des cas. Les arthralgies étaient présentes dans tous les cas. L'examen physique trouve une monoarthrite dans 42,5% des cas et une oligoarthrite dans 28,6% des cas. Les thromboses veineuses ainsi que l'uvéïte étaient observées dans 14,3% des cas.

Discussion :

❖ L'influence du sexe sur l'expression clinique et la sévérité de la maladie de la maladie de Behçet soulève le rôle des facteurs hormonaux dans l'étiopathogénie de la maladie. Ainsi le sexe masculin est un facteur de mauvais pronostic unanimement admis.

❖ En effet, lors d'une étude multicentrique tunisienne, publiée par Taarit et al, portant sur 519 cas la comparaison des manifestations cliniques de la maladie de Behçet dans les deux sexes a permis de montrer la prédominance de l'érythème noueux, des pseudofolliculites nécrotiques et de l'atteinte articulaire chez la femme, alors que les aphtes génitaux, l'atteinte oculaire et vasculaire étaient plus fréquents chez l'homme.

❖ Notre étude a confirmé la bénignité de la maladie chez la femme : nous n'avons pas noté de complications neurologiques ou artérielles et l'uvéïte est survenue dans un cas seulement.

❖ Ces constatations ont été confirmées par une étude coréenne portant sur 1901 cas qui a conclu à une plus grande sévérité des formes masculines significativement associées à l'atteinte oculaire, à l'atteinte veineuse, à la corticothérapie et à la mortalité.

Conclusion :

La maladie de Behçet dans notre série se caractérise par la bénignité des manifestations systémiques. Les atteintes les plus fréquentes étaient cutanées et articulaires.

Sacroiliite tuberculeuse: A propos de 2 cas

A.Aouadi; S.Rekik; R.Dhahri; H.Sahli; E.Cheour; M.Elleuch. Service de Rhumatologie CHU la Rabta.

Introduction:

Les sacroiliaques présentent une localisation rare de l'infection tuberculeuse.

Matériels et méthodes:

Nous en rapportons 2 cas.

Observation 1:

Un homme de 54 ans, aux antécédents d'insuffisance rénale, consulte pour des douleurs fessières droites inflammatoires évoluant depuis 2 mois avec altération de l'état général. A l'examen, on objective une douleur exquise à la pression de la sacroiliaque droite. A la biologie, on note un syndrome inflammatoire biologique. La radiographie standard montre une sacroiliite stade III. La biopsie scannoguidée confirme l'origine tuberculeuse. Un traitement antituberculeux a été entrepris pendant 18 mois avec une évolution favorable.

Observation 2:

Une patiente âgée de 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, est admise au service pour de fessialgies droites associées à une fièvre évoluant depuis 3 mois. L'examen de la sacroiliaque montre une limitation avec une douleur à la mobilisation. La radiographie standard montre une irrégularité de la sacroiliaque droite. L'IRM des sacroiliaques montre une sacroiliite droite stade II. La biopsie scannoguidée objective un granulome tuberculoïde et géantocellulaire avec nécrose caséuse. La patiente a été traitée par antituberculeux pendant 12 mois. Au bout de 2 ans, l'évolution a été favorable.

Discussion:

La tuberculose reste une étiologie fréquente des infections ostéoarticulaires dans notre pays. Néanmoins, la localisation sacroiliaque de cette affection est rare. Avant de retenir ce diagnostic, on doit éliminer les diagnostics différentiels notamment les sacroiliites rhumatismales et les sacroiliites infectieuses autres que la tuberculose.

Conclusion:

Le diagnostic de sacroiliite tuberculeuse est guidé par les examens radiographiques, notamment l'IRM, mais la certitude diagnostique est obtenue seulement par l'examen anatomopathologique.



Spondylarthrite ankylosante et fracture vertébrale

M.Slouma, H.Sahli, S.Rékik, E.Cheour, M.Elleuch
Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta

INTRODUCTION

- La fracture sur rachis ankylosé peut survenir suite à un traumatisme mineur. Son diagnostic est souvent tardif à cause de l'interprétation radiologique souvent difficile.
- **Le but** de ce travail et de déterminer les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques des fractures vertébrales sur rachis ankylosé.

MATERIELS ET METHODES

- Etude rétrospective sur une période de 10 ans (2003-2013) ayant inclus deux cas de patients suivis pour spondylarthrite ankylosante (SA) retenue selon les critères de ESSG et compliquée d'une fracture vertébrale.

OBSERVATIONS

	Cas 1	Cas 2
Sexe	Homme	Homme
Age (ans)	47	70
Age de début de la SA	32	51
Forme de la SPA	Axiale	Axiale et périphérique
Sous anti-TNF	Oui	Non
Motif de consultation	Exacerbations de la lombalgie	Aggravation de la lombalgie associée à une radiculalgie
Notion de traumatisme récent de faible intensité	oui	oui

- **L'examen** montrait la présence d'un syndrome rachidien et de douleurs exquises à la palpation des épineuses avec signes de conflit disco-radicaire dans un cas sans signes neurologiques associés.

- **La biologie** révélait un syndrome inflammatoire modéré dans les deux cas.

- **Les radiographies, la tomodensitométrie et l'IRM lombaire** montraient une solution de continuité qui a intéressé uniquement le corps vertébral dans un cas, le corps vertébral et le disque intervertébral avec importants remaniements osseux corporeaux et de l'arc postérieur, rétrécissant le canal central en regard dans le deuxième. Les deux patients avaient des rachis par ailleurs ankylosés.

- **Le traitement** antalgique avec immobilisation.

- **L'évolution** était favorable dans le premier cas.

- **Le recours au traitement chirurgical** à type de synthèse postérieure de L1 à L5 par quatre vis et deux tiges était cependant nécessaire chez le deuxième patient devant la persistance des douleurs.

DISCUSSION

- Les radiographies standards au cours de la fracture sur rachis ankylosé sont parfois difficiles à interpréter.
- La TDM est considérée comme l'examen de référence pour mettre en évidence le trait de fracture.
- Par ailleurs, la réalisation d'une IRM en complément de la TDM permet de préciser le siège et l'ancienneté de la fracture. Le traitement des fractures non déplacées peut être orthopédique par la mise en place d'un corset.
- Cependant, le traitement chirurgical peut être proposé en cas d'instabilité fracturaire ou persistance des douleurs.

CONCLUSION

La fracture vertébrale au cours de la SPA doit être suspectée devant une aggravation des rachialgie, surtout suite à un traumatisme. Le diagnostic des fractures sur SA est basé sur la symptomatologie couplée à l'imagerie.

Un lymphome à grandes cellules B révélé par une fracture vertébrale cervicale

Ben Abdelghani Kawther, Jemmali Samia, Souabni Leila, Kassab Selma, Chekili Selma, Laatar Ahmed, Zakraoui Leith
Service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim-La Marsa

Introduction:

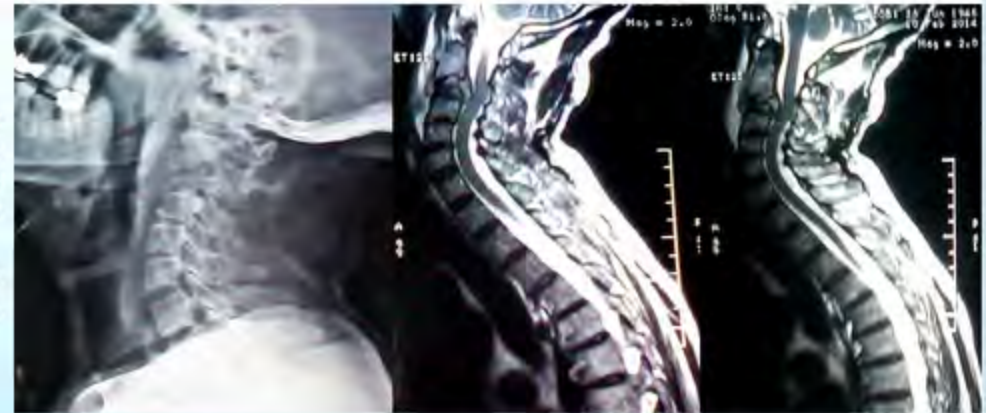
Les lymphomes primaires vertébraux sont rares. Ils sont souvent confondus avec des lésions métastatiques, myélomateuses ou infectieuses, entraînant un retard diagnostique. Nous exposons, à travers une observation, les caractéristiques cliniques, radiologiques et histologiques du lymphome vertébral.

Nous rapportons le cas d'un patient admis au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim pour exploration d'une fracture vertébrale cervicale.

Observation:

Un homme âgé de 68 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté pour une cervicalgie mécanique isolée, évoluant depuis 6 mois sans altération de l'état général ni fièvre. L'examen physique n'a pas montré d'anomalies neurologiques ni de syndrome tumoral. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire modéré sans hypercalcémie, avec des LDH légèrement élevés et une uricémie normale. L'EPP était normale. La radiographie standard du rachis cervical a révélé un tassement irrégulier cunéiforme du corps vertébral de C3 associé à un recul du mur postérieur. La sérologie brucellienne et le dosage du quantiféron étaient négatifs. L'IRM rachidienne a montré une anomalie de signal avec une fracture de C3 associée à un bombement convexe du mur postérieur avec une épидурite. Il s'y associait avec une anomalie de signal de l'arc antérieur de C2. Un Scanner Cervicothoracoabdominal n'a pas montré de processus tumoral ni d'adénopathie profonde. La scintigraphie osseuse n'a pas objectivé d'autres foyers en dehors de l'hyperfixation cervicale. La biopsie vertébrale de C3 a révélé un lymphome à grandes cellules B, CD 20 positif. Un traitement par radiochimiothérapie est en cours.

Les localisations osseuses au cours des lymphomes sont rares. L'atteinte du rachis cervical haut est exceptionnelle et peut entraver le pronostic vital devant le risque de compression médullaire haute.



Discussion:

Les Lymphomes osseux primitifs (LOP) sont rares, ils ne représentant que: 1 à 3% des lymphomes, 3% des tumeurs osseuses malignes, 5% des lymphomes extra-ganglionnaires. Il s'agit majoritairement de LMNH B.

Ce sont des tumeurs de l'adulte d'âge moyen. Les LOP sont de pronostic favorable, contrairement aux lymphomes osseux secondaires. L'imagerie participe au diagnostic positif, au bilan d'extension et au suivi évolutif⁽¹⁾. L'aspect le plus typique est une lésion ostéolytique avec important envahissement des parties molles et respect relatif des corticales osseuses⁽²⁻⁴⁾.

Références:

1. Sans N. et al. Imagerie des lymphomes osseux. Poster électronique. Journées Françaises de Radiologie 2004.
2. Krishnan et al. Primary Bone Lymphoma: Radiographic-MR Imaging Correlation. RadioGraphics 2003; 23:1371-1387
3. Mengiardi et al. Primary Lymphoma of Bone: MRI and CT characteristics during and after successful Treatment. AJR 2005;184:185-192
4. Amara H. et al. Lymphomes osseux primitifs: apport de l'imagerie médicale. J Radiol 2002;83:55-8

OSTEONECROSE DE LA MÂCHOIRE AU COURS D'UN TRAITEMENT PAR BISPHTHONATE PAR VOIE ORALE

M.Ezzeddine, R.Akrout, A. Maamri, F.Abid, H.Fourati, S.Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction : L'ostéonécrose de la mâchoire est une complication qu'est plus fréquente chez les patients traités de façon prolongée et à forte dose de bisphosphonates par voie intraveineuse surtout dans les pathologies malignes. Nous rapportons un cas ostéonécrose de la mâchoire au cours d'un traitement par bisphosphonate par voie orale.

Observation :

- Femme âgée 64 ans aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète, suivie dans notre consultation de rhumatologie pour ostéoporose depuis 2010 (T score au niveau du rachis lombaire -2,6) traitée par alendronate (Fosavance 75mg/semaine).

- Une extraction dentaire du 45ème faite en mai 2013 et depuis la patiente présente des douleurs intenses au niveau de la mandibule droite avec à l'examen présence d'une ulcération qui fait soudure de pus en regard de la cicatrice d'extraction dentaire du 45ème.

- A la radiographie panoramique, découverte d'une image lytique au niveau du même site.

- Le scanner des maxillaires (photog n°1 et 2) montre la présence une plage d'ostéolyse bien limitée de type mitée cortico-médullaire du versant alvéolaire de la branche mandibulaire droite à l'insertion des 45 et 46ème. Elle est entourée par une ostéo condensation péri-lésionnelle et s'associe à une réaction périostée unilamellaire.

- La patiente est mise sous antibiotique (augmentin à la dose de 3 G/jet flagyl à la dose de 250mg deux comprimés, deux fois par jour) avec nette régression des douleurs et disparition de l'ulcération. Le traitement par bisphosphonates est arrêté.



Scanner des maxillaires : présence une plage d'ostéolyse bien limitée de type mitée cortico-médullaire du versant alvéolaire de la branche mandibulaire droite à l'insertion des 45 et 46ème. laire

Discussion : Les ostéonécroses de la mâchoire apparaissent surtout chez des patients sous bisphosphonates par voie intraveineuse, surtout dans la pathologie néoplasique. Cet effet indésirable survient souvent après des soins dentaires. C'est le zolédronate (Zometa) qui semblait être mis en cause le plus souvent.

- Les principaux facteurs de risque des ostéonécroses de la mâchoire sont la voie intraveineuse, la durée prolongée du traitement, l'infection, l'association à un traitement corticoïde ou à une chimiothérapie, les extractions dentaires traumatisantes, les prothèses inadaptées, l'alcoolisme, le tabagisme et un mauvais état bucco-dentaire.

- Les patients doivent être informé du risque des ostéonécroses de la mâchoire afin de les motiver pour une parfaite hygiène dentaire et un suivi régulier par le chirurgien dentiste au moins une fois par an. Un bilan bucco-dentaire complet (clinique et radiographique) et les soins appropriés sont nécessaires avant de débuter le traitement. Les soins dentaires ou parodontaux peuvent être réalisés sans restriction. Lorsque les possibilités de soins conservateurs sont dépassées, l'extraction dentaire pourra être réalisée mais la moins traumatisante possible, avec suture des berges pour obtenir une cicatrisation de première intention, bain de bouche biquotidiens et éventuellement couverture antibiotique.

- Le risque des bisphosphonates par voie orale donnés dans le traitement des ostéoporoses tels Fosamax (alendronate) était estimé faible. Cependant, une étude entreprise par les dentistes de l'université de Californie du Sud (Sedghizadeh et al) semble montrer un risque plus élevé que les estimations antérieures. Selon les données de la clinique dentaire, sur 208 patients ayant un traitement par Fosamax dans leur anamnèse, 9 (soit 4,3%) ont développé une ostéonécrose de la mâchoire, 4 cas ont suivi une extraction dentaire, alors que les 5 autres ont survécu suite à des dégâts gingivaux provoqués par des travaux dentaires autres. Les patients en question sont tous des femmes entre 63 et 80 ans, sous Fosamax pendant 12 mois ou plus. Cet effet indésirable n'est observé chez aucun des 4.384 patients de la clinique qui ont subi des extractions dentaires sans avoir jamais pris d'alendronate. Même une prise relativement courte de ce bisphosphonate suffit chez certains patients à déclencher une ostéonécrose de la mâchoire à la suite de certains travaux dentaires. Il est urgent de mettre en oeuvre d'autres études permettant de mieux mesurer l'étendue de ce danger.

Conclusion : Récemment des cas d'ostéonécrose de la mâchoire sont rapportés au cours d'ostéonécrose de la mâchoire est une complication exceptionnelle des bisphosphonates utilisés pour le traitement d'ostéoporose. Cette complication ne remet pas en question l'intérêt des bisphosphonates au traitement par alendronate. Les soins dentaires peuvent être réalisés, l'extraction dentaire doit être le moins traumatique possible avec suture des berges et prescription d'un antibiotique.

La transformation sarcomateuse au cours de la maladie de neurofibromatose de Von Recklinghausen : 1 observation

Zouch I, Dhahri R, Hamdi W, Bahlouli E, Kaffel D, Kchir MM

• Introduction :

- La neurofibromatose de Von Recklinghausen est une maladie génétique autosomique dominante dont les manifestations cliniques sont très diversifiées.

• Observation :

- Patiente AK âgée de 46 ans, sans antécédents pathologiques, présente depuis 4 mois des douleurs d'horaire inflammatoire de la face postérieure de la jambe droite avec une tuméfaction du mollet rapidement progressif associée à une altération de l'état général. L'examen trouve un mollet droit augmenté de volume, avec une induration de 10 cm de diamètre mal limité, fixe par rapport au plan profond et superficiel, douloureuse à la pression. L'examen cutané objective de multiples macules taches café au lait au niveau de l'abdomen avec de multiples neurofibromes. A la biologie, on trouve un syndrome inflammatoire biologique. La radiographie standard montre une condensation de la trame osseuse au niveau de la jonction 1/3 supérieur 2/3 inférieur au niveau du tibia droit.
- L'échographie des parties molles montre une formation ovale, à double composante kystique et tissulaire se raccordant avec le nerf tibial postérieur, mesurant 12* 7 cm, vascularisée en périphérie au doppler couleur. L'IRM montre une masse à double composante kystique et charnue du mollet qui naît du nerf tibial postérieur mesurant 12*9*8.5 cm qui refoule les muscles profonds et superficiels du mollet, englobant l'artère poplitée, refoule l'artère tibiale antérieure, le tronc tibio-péronier.

- Devant ce tableau en faveur d'un neurofibrosarcome, une amputation de la jambe est pratiquée. L'examen anatomopathologique a confirmé notre diagnostic.
- Un scanner thoraco-abdomino-pelvien, pratiqué dans le cadre du bilan d'extension, est normal. Les neurofibrosarcomes sont des tumeurs très agressives, observées chez 2 à 29% des patients elles résultent de la dégénérescence des neurofibromes plexiformes et nodulaires.

• Discussion :

- La neurofibromatose 1 ou maladie de Recklinghausen (NF1) est une maladie génétique à transmission autosomique dominante avec une pénétrance quasi complète à l'âge de huit ans. Elle a une répartition mondiale homogène et une incidence estimée à 1/2500 naissances. Les tumeurs des nerfs périphériques sont fréquentes mais le plus souvent bénignes (neurofibromes).

• Conclusion :

- Les neurofibrosarcomes sont des tumeurs très agressives, observées chez 2 à 29% des patients elles résultent de la dégénérescence des neurofibromes plexiformes et nodulaires.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatisme

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Les atteintes épidurales au cours des spondylodiscites infectieuses : à propos

de 26 cas et revue de la littérature.

A Mhenni, M Jguinim, L Mani, R Alaya, S Zour, I Bèja, M Touzi, N Bergaoui

Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

Introduction

L'épidurite infectieuse résulte de la diffusion hématogène de l'agent infectieux dans l'espace épidural. Le diagnostic est difficile à établir rapidement car les signes neurologiques sont peu marqués au début. L'imagerie vertébrale par résonance magnétique (IRM) est actuellement l'examen le plus sensible et le plus spécifique pour le diagnostic des pathologies de l'espace épidural.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée depuis 2003 jusqu'à 2013, comportant 26 patients hospitalisés dans notre service pour spondylodiscite infectieuse ayant une épidurite confirmée par l'imagerie.

Résultats :

L'âge moyen de 57,6 ans (extrêmes : 23 à 82 ans). Le sex ratio (H/F) est de 1,6. Un terrain favorisant a été trouvé chez 12 patients (figure 1).

Des douleurs rachidiennes de rythme inflammatoire sont présentes dans 84,6% des cas. Les signes généraux observés sont : une fièvre (57,6%), des sueurs nocturnes (11,5%) et une altération de l'état général (23%). Les signes neurologiques sont notés dans 50% de nos patients (figure 2).

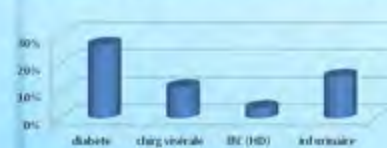


Fig1: les facteurs favorisants

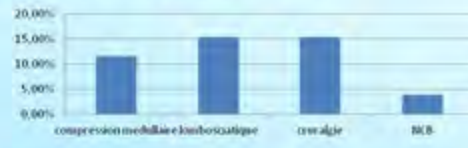


Fig2: signes neurologiques présents dans notre population

L'IRM et la TDM rachidiennes, réalisées respectivement dans 96,1% et 80% des cas, confirmant l'atteinte épidurale dans tous les cas (figure 3).

Le germe incriminé est isolé dans 61,5% des cas. La ponction disco-vertébrale (réalisée dans 69,2% des cas) a été contributive dans 34,6% des cas. La biopsie chirurgicale, pratiquée dans 7,6% des cas, a permis d'isoler le germe. Les germes isolés sont représentés par la figure 4.



Fig 3 : les données de l'imagerie



Fig4 : les germes isolés

Tous les patients ont bénéficié d'une antibiothérapie adaptée. Le recours à la chirurgie a été nécessaire dans 2 cas. Le geste opératoire a été une laminectomie décompressive. L'évolution a été favorable pour tous nos patients.

Discussion:

Les épidurites infectieuses sont estimées à 0,2 et 1,3 cas pour 1 000 hospitalisations en 1975 par Baker et al. Leur incidence tend à augmenter : le vieillissement de la population, le développement des gestes intrarachidiens, l'utilisation croissante des immunosuppresseurs et des antibiotiques, la sensibilité accrue des moyens d'imagerie (IRM).

Les infections épidurales donnent parfois un tableau clinique trompeur. Il faut savoir y penser devant l'apparition de troubles neurologiques évoquant une compression médullaire ou radiculaire dans un contexte infectieux. Le pronostic vital est engagé si le diagnostic n'est pas posé précocement.

Mais souvent : les signes cliniques sont peu évocateurs, les signes neurologiques peu marqués au début, la biologie retardée, et surtout, les radiographies peu contributives.

L'IRM est l'examen d'imagerie le plus sensible (96%) pour détecter l'extension épidurale au début.

Toute rachialgie fébrile avec signes neurologiques doit faire réaliser une IRM.

L'extension épidurale paraît comme une masse extradurale dont le signal est variable, iso ou hypo T1 et hyper T2. L'injection permet de retrouver soit une prise de contraste homogène diffuse évoquant un phlegmon ou une prise de contraste en anneau entourant une collection témoignant d'un abcès nécrotique.



Premier cas : homme de 51 ans, SDI à staphylococcus aureus; Anomalie du signal discovertébral (plateau inférieur de L3 et supérieur de L4) avec hypersignal T1 et hypersignal T2 avec des géodes en miroir, avec extension à travers le foramen droit de L3-L4 à l'espace épidural avec signes d'épidurite.



Troisième cas : femme de 23 ans, SDI à tuberculose; SDI multivertébrale D9 à L2 avec multiples collections des parties molles et osseuses. Collection épidurale paramédiane droite en regard D11-D12 avec épidurite.



Quatrième cas : homme de 60 ans, SDI à tuberculose; Atteinte disco-vertébrale D8-D9 et D11-D12 avec petit abcès épidural antérieur en regard de D11 et D12 à l'origine d'une compression du cône terminal.

L'imagerie par résonance magnétique: Sensibilité et spécificité élevée, bonne analyse osseuse et disquovertebrale, étude de la totalité du rachis (multifocalité), et meilleure étude des éléments intracanaux, détection des compressions radiculomédullaires et de leurs mécanismes, poser l'indication neurochirurgicale et intérêt capital dans surveillance post-thérapeutique, examen coûteux, non disponible dans toutes les formations de soins.

Conclusion:

Les compressions médullaires par épidurite infectieuse constituent une urgence thérapeutique. L'IRM est considérée comme l'examen de choix devant toute symptomatologie clinique orientant vers une atteinte rachidienne infectieuse. Il est à noter que la corticothérapie associée à une antibiothérapie adaptée permet une récupération motrice. Le traitement chirurgical n'est pas systématique.

ASSOCIATION POLYMYOSITE LOCALISÉE ET DYSTHYROÏDIE AUTOIMMUNE

Younes M, Hachfi H, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

INTRODUCTION :

Les myosites localisées constituent une forme particulière des polymyosites primitives et sont définies comme étant des lésions inflammatoires d'un muscle ou d'un groupe de muscles. Elles constituent une entité rare et peuvent s'associer à d'autres affections auto-immunes en particulier une dysthyroïdie autoimmune.

OBSERVATION :

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 60 ans ayant dans ces antécédents un diabète, une HTA et une dysthyroïdie sous traitement substitutif depuis une dizaine d'années. Cette patiente a été hospitalisée pour tuméfaction de tout le membre inférieur droit évoluant depuis 2 mois. L'examen avait montré une induration et une douleur à la palpation des muscles du membre inférieur. Le bilan biologique avait montré un syndrome inflammatoire avec une élévation des enzymes musculaires. Le bilan infectieux ainsi que le bilan immunologique se sont révélés négatifs. Elle avait fait il y a 6 mois un épisode similaire au niveau du membre inférieur controlatéral, la biopsie musculaire réalisée à ce moment avait confirmé le diagnostic de myosite inflammatoire. L'évolution sous corticothérapie était favorable avec régression de la tuméfaction du membre inférieur gauche et normalisation des enzymes musculaires.



Fig: infiltrat inflammatoire avec hypoplasie et nécrose des fibres musculaires (a) Gx100 (b) Gx400



DISCUSSION

Les myopathies rattachées aux dysthyroïdies donnent un tableau clinique qui n'est pas toujours caractéristique. Il existe des aspects cliniques différents : myosite chronique, myosite isolée comme c'est le cas de notre patiente, myosite entrant dans le cadre d'une exophtalmie maligne, fibrose secondaire à une exophtalmie maligne et aspect particulier post-Ogura, fibrose associée à une exophtalmie simple et fibrose apparemment primitive.

Nous insistons sur les difficultés de diagnostic de ces myopathies. Celles-ci sont souvent rattachées au cadre nosologique de la maladie de Basedow mais il existe d'autres types de thyroépathies dans lesquels elles peuvent survenir. Leur traitement est symptomatique et palliatif au stade inflammatoire basé sur la corticothérapie. Une évolution d'évolution des formes localisées vers une forme systémique est possible. Dans la forme chronique, il faudra attendre le stade rétractile pour intervenir sur la fibrose.

CONCLUSION :

Les myosites localisées peuvent être récidivantes, s'associer à une dysthyroïdie autoimmune et peuvent évoluer vers une forme de polymyosite diffuse incitant à une surveillance régulière.

Synovite villonodulaire pigmentée du genou. A propos de 18 cas.

H.Dougaz, I.Jerbi, M.Zaraa, R.Lafram, MA.Kedous, W.Chebby, H.Annabi, M.Mbarek
Service de traumatologie et de chirurgie orthopédique, centre de traumatologie et de grands brûlés ben Arous, Tunisie.

Introduction: La synovite villonodulaire pigmentée est une affection rare du tissu synovial, touchant presque toujours une articulation unique ou une gaine tendineuse. Cette tumeur est bénigne mais à fort pouvoir prolifératif. Le but de ce travail est de rapporter les principaux aspects cliniques, radiologiques thérapeutiques et pronostiques de cette pathologie.

Matériels et méthodes: Il s'agit de 18 patients présentant une synovite villonodulaire du genou a été revue rétrospectivement sur une période de 10 ans entre 2002 et 2012. L'analyse a porté sur les données cliniques, radiologiques et évolutives.

Résultats: La moyenne d'âge des patients était de 35 ans avec des extrêmes de 10 à 67 ans. Aucun patient n'était hémophile. La durée d'évolution était de 19 mois. La biologie n'a montré ni de signes inflammatoires ni de troubles de la coagulation. La radiographie standard était normale dans la plupart des cas. 14 patients parmi 18 ont eu une IRM du genou. Elle a montré dans la plupart des cas un épaissement diffus, hétérogène de la synoviale prenant le gadolinium associé ou non à un épanchement artériel. Le traitement était chirurgical dans tous les cas. Le résultat fonctionnel était bon et excellent chez 9 patients, moyen chez 4 et mauvais chez 5 patients. Nous avons eu 4 cas de récurrences. Le délai moyen de récurrence était de 30 mois avec des extrêmes de 1 à 10 ans. Deux récurrences ont été opérées, une seule a bénéficié d'une synoviorthèse par acide osmique, et une récurrence a été perdue de vue.

Discussion: Les clichés simples restent longtemps normaux. Les autres examens d'imagerie sont de peu d'aide au diagnostic et sont maintenant supplantés par l'IRM. L'IRM permet en effet d'évoquer très fortement le diagnostic devant la présence de masses, plus souvent nodulaires que villosités, contenant de l'hémossidérine. Ce sont les séquences en écho de gradient qui sont les plus sensibles à la présence d'hémossidérine.

Conclusion: Cette tumeur reste mystérieuse et aucune théorie étiopathogénique ne peut être affirmée. L'IRM est un examen indispensable pour le diagnostic, Le bilan pré-thérapeutique et pour le dépistage des récurrences, mais en aucun cas L'IRM ne peut se substituer à l'examen anatomopathologique pour affirmer le diagnostic et notamment éliminer une tumeur blanche du genou.

Références:

- [1] Cotten A, Flipo RM, Chastanet P, Desvigne-Noulet MC, Duquesnoy B, Delcambre B. Pigmented villonodular synovitis of the hip: review of radiographic features in 58 patients. *Skeletal Radiol* 1995; 24: 16.
- [2] Adam MPH, Boussaton M, Teisseyre A et al. Imagerie par résonance magnétique du genou. Trois cas de synovite villonodulaire pigmentée. *J Radiol* 1991; 72: 1417.
- [3] Cotten A, Flipo RM, Mestdagh H, Chastanet P. Diffuse pigmented villonodular synovitis of the shoulder. *Skeletal Radiol* 1990; 24: 3113.
- [4] Hugues-Th, Sartoris DJ, Schweitzer ME, Resnick DL. Pigmented villonodular synovitis: MRI characteristics. *Skeletal Radiol* 1995; 24: 712.

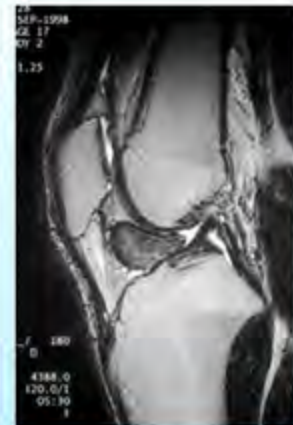


Figure 1. Forme focale de synovite villonodulaire (coupe sagittale pondérée en T2)

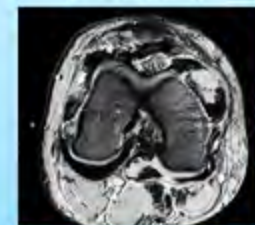


Figure 12. Synovite villonodulaire diffuse Hyposignale en plaques et en nodules de la membrane synoviale.

ABCES POTTIQUE DECOUVERT A L'OCCASION D'UNE INJECTION INTRAMUSCULAIRE

Elafram Rafik., Jerbi Ismail, Kedous Mohamed.Ali., Dougaz Housseem., Dridi Moez, Annabi Hedi., Hadj Salah Mehdi., Mbarek Mondher.
centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

INTRODUCTION

La tuberculose ostéo-articulaire reste un sujet d'actualité en Tunisie, la localisation rachidienne est la plus fréquente et s'associe souvent à un abcès para vertébrale.

CAS CLINIQUE

Homme âgé de 37 ans présentant des rachialgies chroniques sans altération de l'état général ni fièvre.

La radio thorax montre un élargissement du médiastin Justifiant sont hospitalisation.

Lors d'une l'injection intramusculaire, l'infirmier retire un liquide suspect qui, après analyse, s'avère être du caséum!

Les explorations ultérieures du patient ont permis de découvrir une spondylite au niveau de D6 avec un énorme abcès para vertébral étendue à tout le rachis dorsolumbaire et atteignant la fesse droite.

Le patient a été mis sous traitement antituberculeux pendant 12 mois et l'évolution s'est faite vers la régression spectaculaire de l'abcès Pottique.



DISCUSSION

La tuberculose doit être évoquée comme diagnostic différentiel dans les tumeurs médiastinales. La spondylite tuberculeuse est une forme particulière des localisations rachidiennes, son incidence varie de 10 à 50% selon les séries. L'état général est conservé malgré l'importance de l'abcès.

Les abcès froids accompagnent souvent le mal de Pott, ils permettent de faire le diagnostic lorsqu'ils sont accessibles à la ponction même si celle-ci ne donne pas de preuves histologiques.

Leur traitement est médical et nécessite rarement un drainage chirurgical.



CONCLUSION:

Les abcès froids paravertébraux ou du psoas accompagnent souvent le mal de Pott, ils permettent dans certain cas de faire le diagnostic lorsqu'ils sont accessibles à la ponction, leur traitement est essentiellement médical et nécessite rarement un drainage chirurgical même s'ils sont aussi volumineux que dans le cas rapporté dans ce travail.

Le pronostic dépend de l'atteinte rachidienne et des autres localisations associées.

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Profil de la gonarthrose en consultation de Médecine physique

26-27 Avril 2014
Hammamet

Mouna Sghir, Iheb Belhaj Youssef, Soumaya Boudokhane, Houda Migaou, Anis Jellad, Zohra Ben Salah Frih
Service de Médecine Physique et de Rééducation Fonctionnelle de Monastir

Introduction

L'arthrose représente le motif de consultation le plus fréquent en médecine générale mais aussi en rééducation ostéo-articulaire. Le genou est une des localisations les plus fréquentes de la maladie arthrosique qui peut toucher un ou plusieurs compartiments.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer le profil épidémiologique de la gonarthrose et d'étudier secondairement les facteurs de risque et les attitudes thérapeutiques en pratique quotidienne.

Matériels et méthodes

Étude transversale descriptive menée sur une période de 8 mois portant sur les cas de gonarthroses recensés en consultation externe de rééducation fonctionnelle. Les caractéristiques démographiques, cliniques, radiologiques et les

modalités thérapeutiques ont été étudiées.

Résultats

Parmi les 85 patients colligés, la population féminine (79 %) en surpoids était prédominante. L'âge moyen de nos patients était de 57±9 ans et l'IMC moyen était de 32±5 kg/m². La durée moyenne d'évolution des symptômes était de quatre ans. Le syndrome métabolique était associé dans 63 % des cas. Plus que la moitié des patients (65%) avaient un stade radiologique avancé (stades 3 et 4 de la classification KL). Les déformations en varus et en valgus étaient présentes chez 30 % des gonarthrosiques. La sévérité fonctionnelle était attestée par les indices algo-fonctionnels et le test de 6 min de marche.

Sur le plan thérapeutique, 75% des patients avaient utilisé au moins une thérapeutique pharmacologique avant de consulter en médecine physique. La prescription d'un programme d'exercices physique étaient faite chez tous les patients (57% rééducation en ambulatoire et 43% auto rééducation à domicile).



Figure n° 1 : Répartition des patients selon les tranches d'âge



Figure n° 2 : Répartition des patients selon l'IMC

Discussion

La majorité de nos patients était des femmes en surpoids ou obèses. Il y a une certaine évidence que le taux de la gonarthrose est plus élevé chez les femmes. Des données de la Framingham Knee Osteoarthritis Study, rapporte une incidence 1,7 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De même il a été démontré que l'obésité est associée à un risque accru de survenue d'une gonarthrose et ceci dans plusieurs études. Ce terrain, explique l'association fréquente avec un syndrome métabolique.

Le retentissement fonctionnel de la gonarthrose a été attestée chez nos patients par les indices algo-fonctionnels altérés et la distance parcourue en 6 min de marche limitée. La prise en charge en milieu de rééducation était adaptée et personnalisée répondant aux dernières recommandations, associant un traitement pharmacologique et non pharmacologique. Les données actuelles sur l'efficacité des exercices physiques au cours de la gonarthrose incitent à une attitude qui confère une place de première importance aux exercices physiques réalisés par le patient à son domicile

Conclusion

Les patients souffrants de gonarthrose consultent en médecine physique après avoir vu le médecin généraliste et le spécialiste. Leur prise en charge reste multidisciplinaire.

Prise en charge thérapeutique et devenir fonctionnel des ostéonécroses aseptiques au cours des maladies systémiques : à propos de 17 cas

Hanen Loukil ; Faten Frikha ; Yosr Hentati ; Mouna Snoussi ; Sahar El Aoud, Zeineb Mnif ; Zouhir Bahloul
Service de Médecine interne- service de Radiologie Sfax

Introduction :

- ◆ L'ostéonécrose aseptique (ONA) est une ostéopathie fréquente d'étiologies variées caractérisée par la mort cellulaire des ostéocytes suite à des troubles vasculaires avec notamment un ralentissement circulatoire diffus.
- ◆ C'est une pathologie handicapante, bien connue au cours des maladies systémiques, favorisée par la maladie elle-même et la prescription de corticothérapie prolongée. La conduite thérapeutique diffère selon le stade radiologique et le siège de l'ONA.
- ◆ Nos objectifs sont Etudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et radiologiques de l'ONA au cours des maladies systémiques et clarifier ses principales conduites thérapeutiques

Patients et Méthodes :

- ◆ Etude rétrospective portant sur les cas d'ONA survenus au cours des maladies systémiques colligés dans le service de Médecine interne de Sfax sur une période de 16 ans (1996-2011).

Résultat :

1- Caractéristiques épidémiologiques:

- ◆ Parmi 34 cas d'ONA, 17 patients avaient une maladie systémique traités tous par une corticothérapie au long cours .
- ◆ L'âge moyen de nos patients était 35,49 ans.
- ◆ Le Sex-ratio(H/F)était égal à 4/13.

2- Types de maladies systémiques associées à l'ONA :

- un lupus érythémateux systémique (LES) (8 cas) , une polyarthrite rhumatoïde (2 cas) une polymyosite (2 cas) , une maladie de Behçet (2 cas) un syndrome de Gougerot Sjogren (1 cas) , une sarcoïdose (1 cas) maladie de Takayasu (1 cas)

3- Mode de survenue et circonstances de découverte de l'ONA :

- Le délai moyen d'apparition de l'ONA variait de 7 jours à 4 ans.
- Une douleur qui s'associait à une impotence fonctionnelle dans tous les cas.

4- Sièges de l' ONA :

- La tête fémorale (TF) dans 10 cas , le condyle fémoral dans 5 cas ,
- le semi-lunaire dans 4 cas ,La tête humérale dans 3 cas l'astragale dans 2 cas.

5- Radiologie :

- ◆ Cette ONA était confirmée par la radiographie standard et/ou par la scintigraphie osseuse et /ou par IRM .

6- Modalités thérapeutiques :

- ◆ Un traitement médical était préconisé pour tous les patients et consistait à la mise en décharge de toutes les articulations et la prescription d'AINS et d'antalgiques.
- ◆ Trois patientes lupiques avaient bénéficié d'un traitement chirurgical.
 - Une patiente présentant une ONA de la TF droite stade IV avait bénéficié d'une PTH droite (**Figure**)
 - Les 2 autres patientes présentant une ONA bilatérale de la TF au stade de coxarthrose avaient bénéficié d'une PTH bilatérale.
 - Une 4ème patiente lupique et qui avait développé une ONA des 2 têtes fémorales déjà opérée, avait bénéficié d'un 3ème geste chirurgical à type d'arthrodèse tibio-astragalienne pour une ONA de l'astragale au stade d'arthrose.

7- Evolution et devenir fonctionnel:

- ◆ Nous avons suivi l'évolution de 10 malades, 7 étaient perdus de vue et un décédé. La durée de suivi variait de 3 à 17 ans.
- ◆ L'évolution était jugée favorable pour 6 malades avec régression des douleurs et maintien d'une fonction articulaire satisfaisante.
- ◆ Chez 3 malades, l'évolution était défavorable avec persistance des douleurs et aggravation de la limitation de la mobilité.

Conclusion :

- ◆ L'ONA n'est pas rare au cours des maladies systémiques, essentiellement au cours du LES. C'est une pathologie non négligeable, grave par son retentissement fonctionnel.
- ◆ L'attitude thérapeutique diffère selon le stade radiologique du diagnostic. Le diagnostic précoce de l'ONA reste sans doute l'étape la plus importante de la thérapeutique.



Figure : Radiographie du bassin. Ostéonécrose de la tête fémorale stade IV à gauche. Remplacement prothétique à droite.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014
Hammamet

LES PARTICULARITES DU MYELOME MULTIPLE CHEZ LE SUJET JEUNE

Bendjemaa S, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est une infiltration plasmocytaire maligne de la moelle osseuse. L'âge moyen de survenue est au-delà de 60 ans. Il touche de plus en plus de sujets jeunes. Nous présentons à travers notre série, l'aspect clinique, les complications, le traitement ainsi que l'évolution de cette pathologie chez le sujet jeune.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10 ans (janvier 2004-décembre 2013). Ont été recueillis les données démographiques des patients ainsi que les données cliniques, les complications et l'évolution de la maladie. Nous avons divisé les patients en deux groupes : le groupe1 < 65ans (sujet jeune) et le groupe2 > 65ans (sujet âgé).

Résultats :

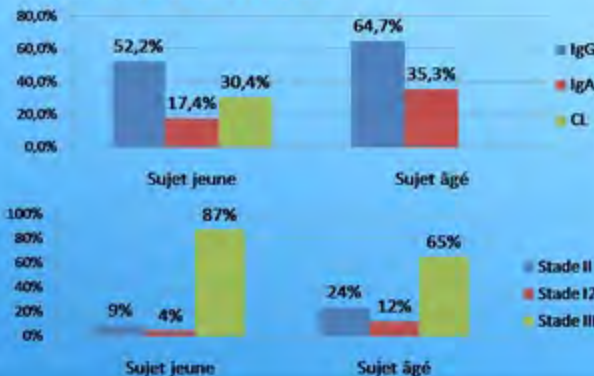
1. Épidémiologie:

- Nombre de cas: 40 cas
- Fréquence des sujets jeunes : 41,2%
- L'âge moyen : 57 ans.
- Le sex ratio (H/F):0,9.

2. Délai de diagnostic et CDD:

Délai de diagnostic		CDD
G1	5 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur osseuse 95,6% • Fr. pathologique fémur (1cas)
G2	10 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur osseuse 92,35% • Anomalies bio 7,65%

3. Forme et stade du MM:



4. Complications

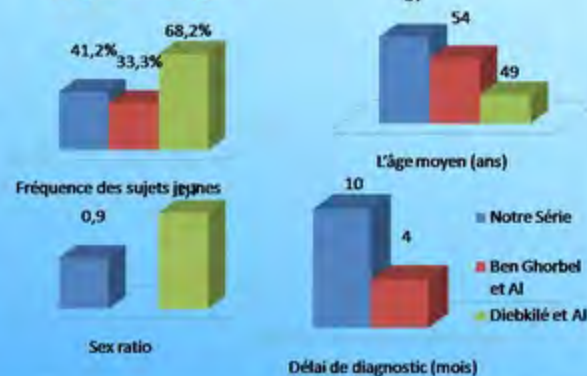
Complications	
G1	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologiques (compression médullaire) 21,7% • Insuffisance rénale aigue 21,7% • Infectieuses 17,4%
G2	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologiques 29,4% • Insuffisance rénale aigue 35,3% • Infectieuses 35,3% • Thromboemboliques 11,7% • Hématologique 5,8% • ostéonécrose aseptique 17,6%

5. Traitement et évolution

Traitement		Décès (Survie)
G1	<ul style="list-style-type: none"> • Autogreffe 78,3% • MPT 13,0% • Abstention (avec surveillance) 8,7% 	43,5% (28mois)
G2	<ul style="list-style-type: none"> • MPT 41,2% • MP 35,3% • Abstention (avec surveillance) 23,5% 	41,2% (43 mois)

Discussion:

1.Épidémiologie :



Conclusion:

Bien que le MM dans notre série soit grevé de moins de complications, la survie ne semblait pas meilleure.

2. Forme et stade du MM:

	Notre série	Diebkilé et Al [3]
Type	<ul style="list-style-type: none"> • IgG 52,2% • IgA 17,4% • CL 30,4% 	<ul style="list-style-type: none"> • IgG 86% • IgA 7% • CL 7%
Stade	<ul style="list-style-type: none"> Stade I : 8,7% Stade II : 4,3 % Stade III : 87,0% 	<ul style="list-style-type: none"> Stade I : 0% Stade II : 47 % Stade III : 53%

3. Complications

complications	Notre série	Lamloum et Al [2]	Diebkilé et Al [3]
infectieuses	17,4%	28,2%	33 %
rénales	21,7%	13%	14 %
neurologiques	21,7%	17,4%	--%

4. La survie globale:

	Notre Série	Diebkilé et Al [3]
Décès	43,5%	37%
Survie	28 mois	5,1 mois

Références :

- [1] I. Ben Ghorbel, H. Hriza, M. Lamlouma, A. Hamzaoui, T. Ben Salema, M. Khanfir, N. Ben Romdhane, M. Mileda, H. Houmana. Particularités cliniques, paracliniques et évolutives du myélome multiple du sujet âgé, La Revue de médecine interne 34S (2013) A80-A180
- [2] M. Lamloum, Y. Kort, H. Tounsi, I. Ben Ghorbel, N. Bellefikih, T. Benselem, A. Hamzaoui, M. Khanfir, M.-H. Houman. Myélome du sujet de plus de 65 ans : plus de complications ? La Revue de médecine interne 33S (2012) A90-A198. [3] Diebkilé A/ssata Tolo, Duni Sawadogo, Danho Clotaire Nanho. Characteristics and Results of the Treatment of Multiple Myeloma in the Subject under the Age of 65 at the University Hospital of Yopougon in Abidjan, Côte d'Ivoire, Advances in Hematology Volume 2013, Article ID 583051, 5 pages0



CAUSE INHABITUELLE DE LOMBOSCIATIQUE : KYSTES DE TARLOV

Hachfi H, Younes M, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

Introduction :

Les kystes de Tarlov sont des excroissances de l'arachnoïde remplies de fluide cérébro spinal le plus souvent sacrés révélés lors d'une exploration par IRM. Ces kystes sont typiquement asymptomatiques dans 80 % des cas, mais peuvent plus rarement être responsables de lombalgies, sciatalgies ou de troubles urinaires.

Nous rapportons le cas d'un kyste de Tarlov révélé par une lombosciatique en rappelant les particularités cliniques et les traitements proposés.

Observation :

Mme E H, âgée de 38 ans s'est présentée pour une lombosciatique S1 droite d'horaires mixte d'intensité modérée évoluant depuis 4 mois. Ce tableau a été précédé depuis une année de lombalgies. Cette symptomatologie n'est pas améliorée par les antalgiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Par ailleurs, la patiente rapporte des troubles sphinctériens à type d'impériosité mictionnelle.

L'examen physique était normal et en particulier il n'y avait pas de signes de conflit disco radiculaire ni de signes neurologiques déficitaires.

Le bilan radiologique standard était normal. L'IRM rachidienne a montré des kystes des gaines radiculaires sacrés bilatéraux, le plus grand faisant 5 cm de grand axe était à gauche. Devant la banalité de la sciatique et l'absence de symptômes du côté du gros kyste à gauche opposé au côté de la sciatique, une abstention chirurgicale a été décidée.

Discussion:

Les kystes périduraux ou périradiculaires ou kystes de Tarlov apparaissent sur le trajet radiculaire à la jonction de la racine postérieure et du ganglion rachidien. Ils sont parfois plus distaux. Ils se développent dans l'espace péridural compris entre l'endonevrite et le périnevrite (correspondant à l'arachnoïde). Les fibres nerveuses sont contenues dans les poches kystiques ou baignent au milieu des kystes. Ils siègent préférentiellement sur les racines sacrées S2 et S3, sont souvent multiples et de taille variable. Une prolifération arachnoïdienne de l'ostium des kystes, par un mécanisme de clapet, peut gêner à la fois le remplissage et le vidage des kystes. Ce phénomène de collet valvulaire permettrait le remplissage des kystes particulièrement lorsque la pression du LCR augmente (station debout, toux, éternuements), expliquant leur expression symptomatique ; le vidage ne s'effectuant que partiellement en décubitus rendrait compte de l'accroissement progressif du volume du kyste au cours de la vie et de sa révélation souvent tardive.

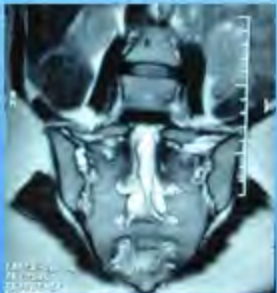
La symptomatologie est souvent banale, comprenant des lombalgies, des douleurs fessières, des lombo-sciatalgies ou des coccydynies. Parfois, sont notés des signes pelviens, des troubles vésico-sphinctériens, des troubles sensitifs ou plus rarement des troubles moteurs.

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.

Le traitement médical peut suffire dans la plupart des cas et le traitement chirurgical s'adresse aux kystes de Tarlov symptomatiques. La simple évacuation des kystes est insuffisante en exposant au risque de récurrence rapide. La préservation des racines est capitale. Quant la kystectomie totale comporte le risque de section d'une racine, il est possible de n'enlever que le dôme du kyste en effondrant les parois, après obstruction du pertuis de communication.

Conclusion :

Les kystes de Tarlov sont des anomalies congénitales des espaces péri nerveux et sont souvent asymptomatiques. Quand ils sont parlants, ils se présentent selon des tableaux bâtarde et sont de diagnostic difficile sauf exploration par IRM. En plus du traitement symptomatique, les traitements radicaux ne se justifient qu'en cas de gêne importante sur la fonction sphinctérienne ou de douleurs rebelles.



IRM coupe frontale T2: Dilatation kystique au niveau du sacrum.



IRM coupe transverse: Multiples kystes de Tarlov bilatéraux (flèches noires).

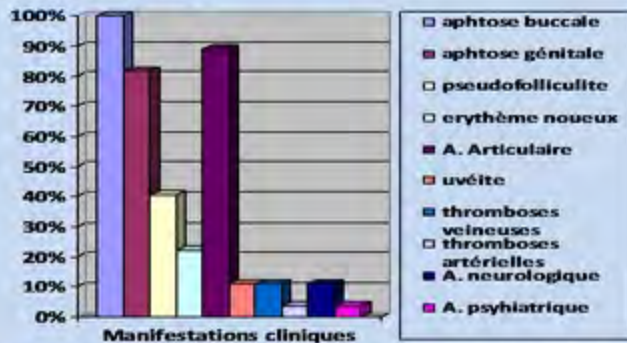
N. El Amri, Z. Alaya, K. Baccouche, H. Zeglaoui, S. Belghali, A. Jamel, N. Amara, I. Ben Smida, N. Bagané, E. Bouajina.
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction : La maladie de Behçet est une maladie inflammatoire chronique dont le substratum anatomique est une vascularite pouvant toucher tous les vaisseaux de l'organisme. Ses manifestations cliniques sont polymorphes. Le but de notre travail est d'étudier les aspects cliniques et thérapeutiques dans une série de patients Tunisiens.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 27 cas de maladie de Behçet diagnostiqués selon les critères du Groupe international d'étude sur la maladie de Behçet, colligés au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Résultats :

- Notre population se compose de 20 hommes et 7 femmes d'un âge moyen de 35,4 ans [21-56].
- L'âge moyen de début des symptômes était $29,6 \pm 9,5$ ans.
- Les atteintes inaugurales les plus fréquentes étaient cutanéomuqueuses (40,7%) et articulaires (33,3%).
- Le test pathergique était positif chez 41,6 % des patients.
- Un typage HLA B51 était positif chez 33,3% des patients ayant bénéficié de typage HLA.



- Les traitements utilisés étaient : la colchicine (96%), les AINS (64%), une corticothérapie avec une dose variant de 10 mg à 1mg/kg/j d'équivalent prednisonne (72%), le cyclophosphamide (11,1%) et les AVK (11,1%).

Discussion:

- La maladie de Behçet est considérée comme le prototype des vascularites puisque c'est la seule à toucher les veines, les veinules, les artères et le cœur.
- Sa distribution géographique est particulière, puisqu'on la rencontre surtout le long de la Route de la Soie, entre l'Asie de l'Est et les pays du bassin méditerranéen. La Turquie est le pays avec la prévalence la plus élevée au monde avec 110-420 cas/100 000 habitants. Elle se développe en général à l'âge adulte et elle est rare pendant l'enfance. A l'est du bassin méditerranéen, cette affection touche plus souvent les hommes que les femmes, au contraire de ce qui est observé en Asie.
- L'âge de début de début est variable : 31,7 ans aux pays du Maghreb, 26,5 ans aux autres pays arabes, et 25,6 ans en Turquie.
- Le sexe ratio dans les séries maghébines entre 2,43 et 3. Il est de 2,85 dans notre série.
- La fréquence de l'atteinte articulaire varie entre 50 et 70% elle est plus fréquente dans notre série et ceci peut être expliqué par un biais de recrutement. Selon ben Taarit et al, les manifestations articulaires de la maladie de Behçet sont volontiers associées à l'érythème noueux et à la pseudofolliculite nécrotique
- L'atteinte oculaire est particulièrement grave. Sa fréquence varie entre 40 et 60%.

Conclusion : Notre série se caractérise par la prédominance masculine, la fréquence élevée des manifestations articulaires et cutanéomuqueuses comme la plupart des séries colligées en milieu rhumatologique.

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Expression clinique, radiologique et biologique des métastases osseuses en milieu rhumatologique

26-27 Avril 2014
Hammamet

Kaffel Dh, Cherif I, Hamdi W, Slouma M, Boughanmi N, Zouch I, Kchir MM
Service de Rhumatologie -Institut Kassab

INTRODUCTION:

Les métastases osseuses (MO) représentent les tumeurs osseuses malignes les plus fréquentes. Leur survenue constitue un détournement évolutif de la maladie néoplasique.

> **Objectif:** Présenter notre expérience en termes de diagnostic et de prise en charge des MO en milieu rhumatologique.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective colligeant tous les dossiers de patients suivis pour MO durant les 4 dernières années (2009-2013). Les données cliniques, radiologiques, biologiques et évolutives ont été recueillies.

DISCUSSION:

Près des deux tiers des patients atteints de cancer présentent à un stade évolué des MO [1].

Les MO peuvent être révélatrice dans 25% des cas [2]. Dans notre série, les MO étaient inaugurales dans tous les cas. Le rachis est le site métastatique le plus fréquent. Le pronostic est globalement sombre.

RESULTATS :

- ✓ N= 24
- ✓ 18 Hommes et 6 femmes.
- ✓ Age moyen = 67,2 [55-83] ans.
- ✓ La MO était inaugurale dans tous cas.
- ✓ Les signes révélateurs sont résumés dans le **tableau 1**.
- ✓ Les aspects radiologiques sont résumés dans le **graphique 1**.
- ✓ Le siège des MO est résumé dans le **graphique 2**.
- ✓ Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans 20 cas :
VS moyenne = 56,7mm [13-118].
CRP moyenne = 76mg/l [6-175]).
- ✓ Une hypercalcémie était notée dans 5 cas.
- ✓ Les PAL étaient élevées dans 20 cas.
- ✓ Le type de néoplasie primitive est résumé dans le **graphique 3**.
- ✓ Sur le plan thérapeutique, tous les patients étaient mis sous antalgiques :
 - palier 1 dans 4 cas.
 - palier 2 dans 6 cas.
 - palier 3 dans 14 cas.
- ✓ Le recours à la radiothérapie de décompression était noté dans 1 cas.
- ✓ Tous les patients ont été orientés vers des centres anticancéreux spécialisés.

CONCLUSION:

Notre série montre que le tableau clinique des MO est polymorphe dominé par l'atteinte du rachis et du bassin. Le cancer du poumon reste le primitif le plus fréquemment retrouvé chez l'homme, alors que chez la femme il s'agit plutôt du sein

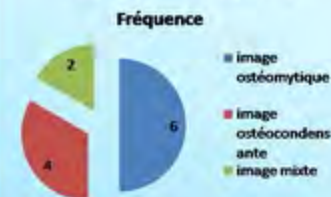
Références:

- 1) JB Rey. Métastases osseuses et bisphosphonates. J Pharm clin 2006;25:129-37
- 2) JM Coreas et al. Aspects radiologiques des métastases des cancers urologiques. Progrès en urologie 2006;7:197-201

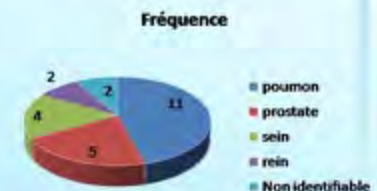
Tableau 1: Les différents signes révélateurs

Signe clinique	fréquence
Radiculalgie inflammatoire	15
Rachialgie	4
Douleurs osseuses	2
Néuralgie intercostale	1
Fracture pathologique	1
Déficit neurologique	1

Graphique n°1: Aspects radiologiques



Graphique n°3: Sièges de la néoplasie primitive



Graphique 2: Localisation des MO



Place de l'Azathioprine dans le traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde

Alia Fazaa, Olfa Saidane, Ines Mahmoud, Hana Sahli, Raoudha Tekaya, Leila Abdelmoula, Rafik Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis-Tunisie

INTRODUCTION

❖ L'azathioprine (AZA) est un DMARD cytotoxique et anti-métabolique, anciennement connu et utilisé au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Nous rapportons notre expérience avec cette molécule dans le traitement de la PR.

MALADES ET METHODES

❖ Etude rétrospective (1992-2013) des dossiers de patients ayant une PR (critères ACR) et traités par AZA. L'efficacité a été jugée sur la réponse EULAR et l'effet d'épargne cortisonique à 3 mois, 6 mois, 9 mois et à 12 mois.

RESULTATS (1)

- ❖ Il s'agit de 4 patients, 2 femmes et 2 hommes, âgés en moyenne de 39,5 ans (27-52 ans), suivis pour une PR séropositive (n=3) et érosive (n=4).
- ❖ Les patients avaient reçus au préalable de la prednisone (7,5 à 20 mg/j) et du méthotrexate (10 à 20 mg/semaine), en association au plaquenil dans un cas et à la salazopyrine dans un autre cas.
- ❖ L'AZA a été introduite en moyenne après 12 ans d'évolution de la PR (5-21 ans), à la dose de 125mg/j (100-150 mg).
- ❖ La durée du suivi après la mise sous AZA était de 24,75 mois (9mois-5ans).
- ❖ L'évolution du DAS28 sous AZA est illustré dans le **tableau 1**.
- ❖ Une diminution de la dose des corticoïdes a été possible chez 3 patients à 3 mois, chez 2 patients à 6 mois, et chez 1 patient à 9 mois. A 12 mois, il n'y avait plus d'effet d'épargne cortisonique.
- ❖ Aucun effet indésirable grave n'a été à l'origine d'un arrêt de l'AZA.

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
J0	6,51	3,77	4,97	6,26
3 mois	2,91**	NE	1,6**	4,62*
6 mois	NE	2,8*	1,9**	5,24
9 mois	3,7*	4,3	3,08*	5,3
12 mois	5,92	NE	NE	5,8
24 mois	NE	2,4**	NE	NE

Tableau 1:
Evolution du
DAS28 sous
AZA

Réponse EULAR:
NE: non évaluée
*modérée
**Bonne

CONCLUSION

❖ Notre étude suggère un bénéfice à court terme du traitement par AZA sur l'activité de la PR et sur l'épargne cortisonique et rejoint les résultats globalement favorables rapportés avec ce médicament dans la littérature. De nouvelles études sont nécessaires pour comparer son bénéfice à celui d'autres immunosuppresseurs et pour évaluer son effet à long terme et à différents stades évolutifs de la maladie.

DISCUSSION

- ❖ En raison de sa toxicité, l'AZA était initialement réservé aux PR réfractaires ou avec des atteintes systémiques mettant en jeu le pronostic vital.
 - ✓ Depuis une décennie, l'approche thérapeutique a évolué et l'AZA est plus couramment utilisé, le plus souvent dans un but d'épargne cortisonique.
- ❖ Selon notre étude, il existe un bénéfice à court terme d'un traitement par AZA au cours de la PR.
 - ✓ Cependant, il s'agit d'une étude rétrospective, basée sur un faible nombre de patients.
 - ✓ De plus, les effets à long terme sur le statut fonctionnel et la progression radiologique n'ont pas été évalués.
- ❖ Selon les données de la littérature, l'efficacité clinique de l'AZA a été démontrée à l'occasion d'études ouvertes et contrôlées au cours de la PR,.
 - ✓ Suarez-Almazor et al. (1) ont réalisé une revue de la littérature incluant tous les essais contrôlés randomisés comparant l'AZA à un placebo chez des patients ayant une PR. Un bénéfice statistiquement significatif a été observé pour l'AZA. Cependant, l'arrêt du traitement en raison d'effets secondaires était significativement plus élevé dans le groupe AZA.
 - ✓ Jeurissen et al. (2), ont démontré à l'occasion d'une étude randomisée la supériorité du MTX par rapport à l'AZA.
 - ✓ Willkens et al. (3), ont de plus démontré que la combinaison MTX et AZA ne montre pas une meilleure efficacité qu'une monothérapie.

Références

- (1) Suarez-Almazor et al. Cochrane Database Syst Rev 2000; 4:CD001461
- (2) Jeurissen ME. Arthritis Rheum 1991; 34: 961-72
- (3) Willkens RF et al. Arthritis Rheum 1995; 38: 1799-806

Les lombalgies en milieu professionnel: Etat des lieux en Tunisie.

Bani M, Ben Charrada N, Youssef I, Ben Said H, Ladhari N, Gharbi R.

Service de Pathologie Professionnelle et d'Aptitude au Travail, EPS Charles Nicolle-Tunis.

INTRODUCTION:

Les lombalgies: problème de santé publique:

- ✓ Fréquence élevée
- ✓ Coût important
- ✓ Retentissement socio-professionnel
- Absence d'études multicentriques permettant d'avoir une idée globale sur l'ampleur de ce problème de santé en Tunisie

OBJECTIFS:

- Déterminer les indicateurs nationaux de cette morbidité en milieu professionnel
- Dresser le profil d'un salarié Tunisien lombalgique
- Evaluer le coût des lombalgies en milieu professionnel en Tunisie
- Préciser le devenir professionnel des lombalgiques Tunisiens

MATÉRIELS & MÉTHODES: Synthèse des études tunisiennes

1/ Lombalgies secondaires à des AT:

- Population: Effectif: **1183** victimes ATL (Secteur privé: 827 et Secteur public: 356)
- Enquêtes rétrospectives
 - ✓ **Données statistiques:**
 - * Secteur public (Données de la CMC): - 8601 AT (2000-2002)
 - Fréquence des AT lombaires: 4 à 5%
 - Indice de fréquence: 0, 32 à 0,36
 - * Secteur privé :La fréquence de la lombalgie secondaire à un accident du travail dans le secteur privé variait entre 7.7% et 9.5%.
 - ✓ **Profil du lombalgique:**
 - **Moyenne d'âge:** 36 - 43.5 ans * **Sexe:** Masculin = 83%
 - * **Etat civil :** marié = 84% * **Antécédent vertébral :** 34%
 - **Secteur d'activité:** Primaire (8.5%), Secondaire (56.6%), Tertiaire (35%)
 - **Moyenne d'ancienneté :** 7,8 à 16,2 ans.
 - **Catégorie:** Ouvrier, ouvrier qualifié (75%)
 - **Contraintes gestuelles et posturales:** -Position assise prolongée = 4,2%
-Position debout prolongée = 31,3%
-Port de charge lourde =46.
 - **Devenir professionnel:**
Maintien au poste (35.5%), reclassement (33%), retraite anticipée (19.5%), aménagement poste du travail (12%).

RÉSULTATS:

2/ Lombalgies non accidentelles:

- ✓ **Données statistiques:**
 - Prévalence variait de 37% à 75,8%
 - Incidence variait de 3,14% à 13,9%
- ✓ **Profil du lombalgique:**
 - * **Moyenne d'âge:** 28 - 46.8 ans
 - * **Sexe:** Masculin = 61.6%
 - * **Etat civil :** marié = 74.8%
 - * **Antécédent vertébral :** 22%
- **Secteur d'activité:** Secteur de soins: 33.2 % +++
- **Moyenne d'ancienneté :** 3 - 14 ans.
- **Catégorie:** Infirmier (31 %), ouvrier polyvalent (22.3 %)
- **Contraintes gestuelles et posturales:**
 - Position assise prolongée = 28 %
 - Position debout prolongée = 49.7 %
 - Port de charge lourde = 41 %
- **Devenir professionnel:**
Maintien au poste (87.3%), aménagement poste du travail (7.4%), reclassement (4.1%), retraite anticipée (0.5%).
- ✓ **Absentéisme:**
 - Au moins un arrêt de travail (ART): 32 %
 - Nombre moyen de jours d'ART: 2.5 - 23.

Absentéisme:

	Secteur	
	Privé	Public
Absentéisme	96%	89,6%
Nb moyen de j d'AT	210	18
< 3 mois	38,3%	81,5%
Entre 3 et 6 mois :	14,6%	14,7%
> à 6mois :	47,1%	3,8%

Polyarthrite Rhumatoïde et Anti CD20

S. Kochbati ; S. Boussaid; L. Baili; A. Ben Maatallah; F. Essafi; B. Ben Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur

Introduction

Le Rituximab (RTX) est un anti CD20, qui est indiqué dans le traitement de la PR active en cas de résistante ou d'intolérance à au moins un anti TNF α . Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du RTX au cours de la PR réfractaire.

Patients et méthodes

Il s'agit de 10 cas de PR (critères ACR) ; sévère; traités par RTX, selon les modalités habituelles (2 perfusions de 1g à J0 et J 14).

L'efficacité du traitement a été évaluée selon les critères de l'EULAR (bonne, modérée ou absence de réponse); DAS28 ; HAQ; ainsi que la réduction de l'utilisation des corticoïdes.

Résultats

Il s'agit de 4 hommes et 6 femmes ; sexe ratio F/H 1.5, d'âge moyen 42.9 ans ayant une PR sévère (DAS28 moyen 4.61) évoluant depuis 13.9 \pm 9 ans en moyenne. Tous les patients sont sous Méthotrexate (m : 18,5mg/semaine); associé à la Salazopyrine dans 4 cas. La posologie moyenne de prednisone avant la mise sous RTX est 22.07mg/j. 4 parmi nos patients n'ont pas eu de biothérapie (anti TNF α) précédant la RTX.

paramètres	valeurs
Sexe ratio (F/H)	1,5
Âge moyen (an)	42,9
Dose corticoïde moy (mg/j)	22,07
DAS28 initial	
HAQ initial	

Tableau 1: caractéristiques des malades

✓ **L'efficacité** après retraitement (évaluée pour 5 patients)

➢ **bonne dans 75% des cas**

➢ **absente pour les autres.**

✓ Un seul patient a eu **une 3^{ème} cure** avec une **bonne réponse (DAS28 2.8** et une épargne cortisonique de **-7.5mg/jour**).

➢ L'efficacité du RTX jugée sur les différents paramètres étudiés avec un :

✓ recul moyen 15.85 mois (2mois- 4ans) ;

✓ est rapide et maintenue (8 cas) jugée bonne selon les critères de l'EULAR :

✓ la moyenne du **DAS 28** a diminué de 1.3 ; celle du **HAQ** de 0.16 et celle des **corticoïde** 13.32 mg/j,

➢ La tolérance immédiate et à long terme est bonne pour tous les patients,

➢ Nous n'avons à déplorer aucun cas de complications secondaires, en dehors d'une chute de cheveux importante chez une patiente sous RTX.

Conclusion

Dans notre étude, le RTX a un bon rapport bénéfice/risque, avec une bonne tolérance et une efficacité remarquable. Il existe des recommandations sur l'utilisation et la surveillance du traitement par RTX au cours de la PR qu'il faudrait suivre lors de chaque utilisation. Les plus utilisées sont celle de la SFR/CRI.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014
Hammamet

Association polyarthrite rhumatoïde-sclérose en plaques: a propos d'une observation

N.Bagane ; H. Zaghlaoui ; N.Amara ; I.Ben Smida

Service de consultation externe Hôpital Régional Ibn Jazzar Kairouan

Introduction :

La sclérose en plaques (SEP) est une affection inflammatoire démyélinisante multifocale du système nerveux central, d'étiologie encore indéterminée mais dont l'origine dysimmunitaire est probable.

Son association avec d'autres maladies auto-immunes chez une même personne suppose des facteurs étiologiques communs. Nous rapportons un cas particulier associant SEP et deux autres maladies dont l'origine auto-immune ne fait pas de doute : le diabète de type 1 et la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Observation :

A.K une patiente âgée de 25 ans aux antécédents de diabète insulino-dépendant évoluant depuis 3 ans, consulte pour l'apparition d'une polyarthrite touchant les mains, les poignets et les deux genoux. Les explorations biologiques et radiologiques posent le diagnostic de PR séropositive. La patiente était mise sous méthotrexate avec stabilisation de l'activité de la maladie (DAS 28 à 3,2). Le malade a développé par la suite des troubles neurologiques à type de paresthésies mal systématisées des mains suivies de déficit moteur du membre supérieur droit de façon transitoire. L'examen neurologique était normal en dehors de réflexes ostéo-tendineux vifs sans autres signes pyramidaux. Le diagnostic de SEP a été posé devant une atteinte neurologique déficitaire multifocale évoluant par poussées, associée à une élévation oligoclonale des immunoglobulines dans le liquide céphalorachidien. Ce diagnostic a été confirmé par l'IRM cérébro-médullaire montrant des anomalies de la substance blanche cérébrale et la moelle cervicale (Fig 1 et 2). Un traitement immunomodulateur par interféron β recombinant lui a été proposé associé à une corticothérapie.

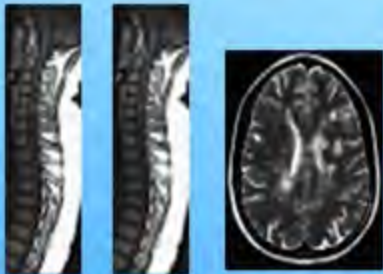


Fig1 : IRM T2 et T1 +Gado coupe sagittale plusieurs lésions de la moelle cervical hyperintense en T2 multifocale qui se rehaussent après injection.

Fig 2 : IRM T2 coupe axiale cérébrale anomalie de la substance blanche péri ventriculaire.

Discussion :

Si l'association de la PR à d'autre maladie auto-immune (myasthénie, thyroïdite de hashimoto, maladie de basrow, polymyosite) est classique, celle avec la SEP est rarement signalée. Dans une étude rétrospective, Baker estime cette association à 0,61%. Kayser a trouvé 5 PR sur 828 SEP. Enfin, dans une étude cas témoin Midgard évalue l'association PR SEP à 1,9%.

Il existe de nombreux arguments pour considérer la SEP comme une véritable maladie auto-immune :- biologiques, avec présence quasi constante de bandes d'immunoglobulines oligoclonales dans le liquide céphalorachidien et activation de la population lymphocytaire T ; - génétiques, avec l'association de la sclérose en plaques à certains haplotypes du système HLA ; - neuropathologiques, avec l'infiltration des lésions du système nerveux central par des cellules immunocompétentes ; - thérapeutiques, avec l'influence bénéfique de traitements immunosuppresseurs et immunomodulateurs. Par ailleurs la PR et la SEP sont deux maladies auto-immunes qui partagent de nombreuses similitudes, physiopathologiques, étiologiques et histologiques : elle prédomine chacune chez la femme, surviennent à des âges semblables, comportent histologiquement un infiltrat cellulaire aux sites pathologiques composé majoritairement de lymphocytes T CD4+ et chaque maladie est associée à un ou des antigènes HLA-DR (DR2 dans la SEP, DR1 ou DR4 dans la PR). Enfin ces deux pathologies font intervenir des facteurs d'environnement communs et notamment des virus comme l'EBV. Cette importante similitude physiopathologique explique mal la faible fréquence de l'association SEP-PR et soulève donc la question de l'exclusion d'une maladie par l'autre. Un travail récent souligne la fréquence de maladies auto-immunes dans les familles de patients atteints de sclérose en plaques [5]. Ces constatations vont dans le sens d'un désordre immunitaire plus large dirigé contre plusieurs cibles, tel qu'on peut le rencontrer dans les syndromes auto-immuns multiples (regroupement de trois maladies auto-immunes ou plus chez un même patient, témoin d'une réponse immunitaire aberrante avec plusieurs cibles antigéniques, sur terrain génétique prédisposé).

Conclusion :

La SEP est une maladie neurologique chronique dont la cause est encore inconnue. L'association avec d'autres maladies auto-immunes tel que la PR et le diabète chez la même personne témoigne en faveur des mécanismes étiopathogéniques communs.

Bibliographie :

- 1- Rev Rhum, 1999, 66 (3), 191-194
- 2- Rev Med Interne 2001 ; 22 : 1271-7
- 3- Gastroenterol Clin Biol, 2004, 28

Efficacité du méthotrexate en monothérapie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

N. El Amri K. Baouch, Z. Alaya, A. Knani, S. Belghali, H. Zeglaoui, N. Amara, Smida. I, E. Bouajina
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

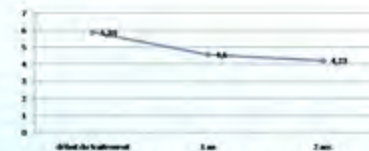
Malgré le développement du traitement de la polyarthrite rhumatoïde au cours de la dernière décennie le méthotrexate reste le DMARD de choix de première intention dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde vu son efficacité, sa tolérance et son coût. Le but de notre étude est de déterminer l'efficacité clinique et biologique du méthotrexate.

Matériels et méthodes :

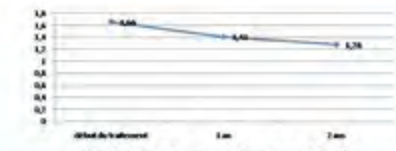
Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3ans [2008-2010], portant sur 100 patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée selon les critères de l'ACR traités par méthotrexate en monothérapie.

Résultats:

- Notre population se compose de 81 femmes (81%) et de 19 hommes (19%) avec un âge moyen de 46.3ans [17- 79].
- La durée moyenne de la maladie était 4ans et demi.
- Le DAS 28, le HAQ de départ étaient respectivement de 5,89 [2,25-7,76], 1,66 [0,1-3].
- Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 90% des cas. Le facteur rhumatoïde, les ACPA et les AAN étaient positifs dans respectivement 64%, 73% et 13% des cas.
- La dose hebdomadaire moyenne de méthotrexate est de 12,45mg [10-15].
- La valeur moyenne de Δ DAS28 est passée de $1,32 \pm 1,59$ la 1ère année à $1,51 \pm 1,5$ la 2ème année alors que le Δ HAQ est passé à 0,25 à la première année et à 0,38 à la deuxième année.
- La réponse clinique évaluée par les critères d'EULAR au cours de la première année était bonne dans 8% des cas et moyenne dans 52% des cas.
- Au cours de la deuxième année une bonne réponse EULAR était notée dans 18% alors que la réponse moyenne était observée dans 41% des cas.
- Au bout de deux ans 16% des patients ont arrêté définitivement le méthotrexate.



Evolution de la valeur du DAS 28



Evolution de la valeur du HAQ



Réponse au méthotrexate

Discussion:

- L'efficacité clinique du MTX a été démontrée au cours de nombreuses études au cours de polyarthrite rhumatoïde établie.
- Une analyse regroupant 5 études randomisées versus placebo publiées entre 1966 et 1997 (301 malades en phase active) a montré que tous les critères cliniques (nombre d'articulations douloureuses ou gonflées, évaluation de la douleur par EVA) étaient significativement améliorés sous méthotrexate. Seule la vitesse de sédimentation ne montrait aucune variation significative.
- L'étude randomisée en double aveugle de Strand et al. en 1999 (402 patients) confirmait une nette supériorité du méthotrexate sur le placebo pour améliorer de 20 % le score de l'ACR. Récemment, des études dans la PR récente ont été menées comparativement à un anti-TNF ont montré une efficacité clinique après un an et deux ans du même ordre que celle obtenue avec les anti-TNF en monothérapie bien que d'obtention moins rapide.

Conclusion :

Le méthotrexate reste le gold standard dans le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. Cependant une bonne réponse EULAR est difficile à obtenir avec ce traitement comme le montre notre étude.

Les névralgies cervico-brachiales en milieu hospitalier : à propos de 58 cas

M.Faiz, Z.Alaya, K.Baccouche, *H.Zaghouani, S.Belghali, H.Zeglaoui, A.Jamel, I.Ben Smida, N.Amara, N.Bagané, *C.Kraiem, E.Bouajina.

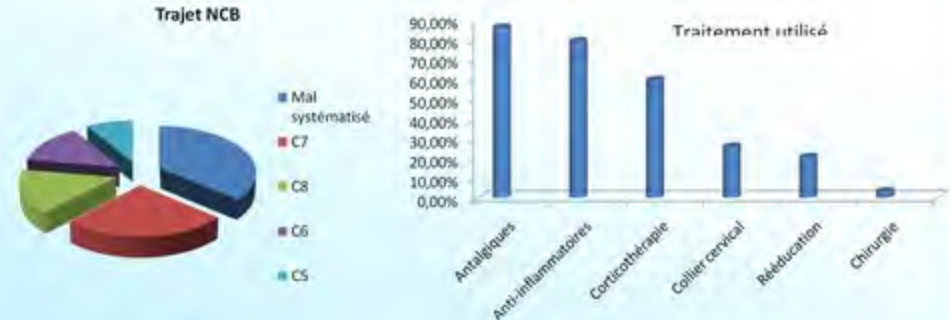
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

*Service de Radiologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction : Les névralgies cervico-brachiales (NCB) constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale et en rhumatologie. Bien que la majorité des cas soient d'origine commune, il ne faut pas passer à côté des causes secondaires. L'objectif de cette étude est d'étudier les particularités épidémiologiques, cliniques, étiologiques et paracliniques des NCB ayant nécessité une hospitalisation.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 58 cas de NCB colligés au service de Rhumatologie de l'Hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 15 ans (1998-2013).

Résultats : Il s'agissait de 40 femmes et 18 hommes, d'âge moyen 50,2 ans [23-79]. Tous les malades présentaient une névralgie cervico-brachiale évoluant en moyenne depuis 14,1 mois [0,1 mois-180 mois]. Le type de la NCB était mécanique dans 46 cas, inflammatoire dans 4 cas et mixte dans 8 cas. Le trajet de la NCB était par ordre décroissant mal systématisé (21 cas), C7 (15 cas), C6 (9 cas), C8 (8 cas) et C5 (5 cas) (figure 1). Un facteur déclenchant était retrouvé dans 5 cas à type de traumatisme ou de faux mouvement. Une atteinte neurologique était retrouvée dans 22 cas à type d'anomalies des ROT, de déficit moteur ou de présence de signe de Hoffman. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans 29,3 % des cas. Les radiographies standards ont montré des ostéophytes dans 26 cas, un pincement discal dans 18 cas, une rectitude du rachis cervical dans 16 cas, une uncarthrose dans 8 cas, une fracture vertébrale dans un cas et des géodes en miroir dans un cas. Un complément d'exploration par TDM ou IRM a été demandé dans 16 cas. La NCB était commune dans 54 cas et symptomatique dans 4 cas (3 cas de métastases vertébrales d'un cancer broncho-pulmonaire et un cas de spondylodiscite infectieuse à germes pyogènes chez un hémodialysé ayant mené à un décès par choc septique). Les traitements utilisés étaient : les antalgiques (86,2%), les anti-inflammatoires (79,3%), la corticothérapie (59,6%), le collier cervical (25,9%), la rééducation (20,7%) et la chirurgie (3,4%) (figure 2). Les patients ayant une NCB secondaire à des métastases vertébrales ont bénéficié de perfusion d'acide zolédronique.



Discussion : Les NCB correspondent fréquemment à une compression d'un nerf rachidien ou de ses racines le plus souvent par hernie molle ou dure. Cette névralgie est en général monoradiculaire et rarement accompagnée de signes déficitaires moteurs. Les examens complémentaires pour reconnaître une cause compressive sont dominés par la TDM et surtout l'IRM. L'exploration électrique par électromyogramme peut confirmer la souffrance radiculaire, la topographier et en préciser la gravité. Le traitement conservateur doit être proposé de première intention en dehors de tout déficit neurologique : immobilisation cervicale par collier, tractions axiales, physiothérapie, traitement médical avec antalgiques, anti-inflammatoires et myorelaxants. La chirurgie est pratiquée en dernier recours ou en cas de déficit moteur.

Conclusion : Les NCB sont dans la plupart des cas d'origine commune et nous disposons d'un arsenal thérapeutique assez varié mais la hantise reste la NCB secondaire, qui bien que peu fréquente doit toujours être recherchée de part sa gravité.

Association spondylarthrite ankylosante et lombosciatique commune : difficultés diagnostiques et thérapeutiques

H Sahli, A Ben Tekaya, R Tekaya, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicole, Tunis

INTRODUCTION

La lombosciatique commune (LSC) et la spondylarthrite ankylosante (SPA) partagent en commun plusieurs caractéristiques dont le sexe et l'âge de survenue. Leur association chez un même malade peut être une source de difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons dans ce cadre deux observations.

OBSERVATIONS

➤ **Observation1** : Mr B.M âgé de 37ans consulta pour une lombosciatique mécanique bilatérale mal systématisée impulsive post-traumatique, évoluant depuis 2 ans. L'origine discale a été retenue sur des arguments cliniques et radiologiques. Sa lombosciatique a résisté aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il a alors bénéficié d'une série d'infiltrations épidurales aux corticoïdes avec une nette amélioration. Deux mois plus tard, il a développé une pygalgie à bascule associée à une lombalgie inflammatoire. L'examen clinique a trouvé un syndrome rachidien. Les articulations sacro-iliaques étaient douloureuses à la mobilisation. Les radiographies standards n'avaient pas montré de signes en faveur d'une SPA. Une IRM du bassin a été pratiquée et a montré une sacroïlite bilatérale avec des signes d'activité à droite. Ceci a justifié sa mise sous biothérapie anti-TNF alpha après échec et iatrogénie aux AINS.

DISCUSSION

- ✓ Une inflammation de l'articulation sacro-iliaque peut provoquer des douleurs qui s'apparentent à celles de la sciatique. La littérature scientifique en a fait état à maintes reprises.
- ✓ Les exemples décrits montrent que l'irritation de la racine du nerf n'est pas toujours d'origine purement mécanique. Les inflammations peuvent également jouer un rôle. Même lorsque la lésion du disque intervertébral peut être établie par IRM, comme dans notre premier exemple, ce n'est pas encore une preuve qu'elle est responsable des douleurs sciatiques.

CONCLUSION

L'association LSC et SPA doit nous amener à faire la part de l'origine de la douleur afin de cibler la conduite thérapeutique puisque la prise en charge de deux maladies est radicalement différente.

➤ **Observation2** : Mr R.N âgé de 32ans consulta pour des douleurs fessières gauches et des talalgies d'horaire mécanique évoluant depuis 2 ans. L'articulation sacro-iliaque gauche était douloureuse à l'examen. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Une TDM du bassin a été réalisée et a montré une sacroïlite bilatérale. Ainsi, le diagnostic d'une SPA axiale a été retenu. Il a été mis sous AINS sans amélioration des lombalgies et pygalgie bien que le BASDAI était à 2. Sept mois plus tard, il s'est présenté pour une lombosciatique L5 gauche mécanique impulsive et déficitaire. Une IRM rachidienne a été faite en urgence et a mis en évidence une protrusion discale paramédiane au niveau de l'étage L4-L5 responsable d'un conflit disco-radicaire avec la racine L5 gauche et d'une compression du fourreau dural. L'amélioration de la symptomatologie a été obtenue sous corticothérapie.

- ✓ Les médiateurs de la douleur (par ex. la cytokine, stimulante de la douleur, comme le TNF alpha, diffusée par le noyau liquide d'un disque intervertébral) peuvent contribuer aux douleurs des racines nerveuses. C'est pourquoi il a déjà été proposé de traiter également aux anti-TNF alpha les douleurs sciatiques dues aux lésions de disques intervertébraux
- ✓ L'inflammation d'une articulation sacro-iliaque peut provoquer des douleurs sciatiques dans les jambes de deux manières : premièrement, en tant que douleur propagée et, deuxièmement, comme diffusion de substances médiateurs de la douleur de l'articulation sacro-iliaque vers les structures nerveuses voisines.
- ✓ Pour établir le diagnostic crée la clarté. C'est pourquoi il faudrait utiliser l'IRM quand les radiographies ne décèlent aucune modification et qu'un sérieux soupçon de sacroïlite subsiste.

TUMEURS BRUNES REVELANT UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE : A PROPOS DE 5 CAS

Alaya Z, Henchiri I, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bagané N, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

Les tumeurs brunes représentent un aspect rare des manifestations osseuses de l'hyperparathyroïdie primaire (HPP) (2 à 3%), survenant habituellement lors de formes sévères avec signes de résorption osseuse. Elles sont exceptionnellement révélatrices d'HPP.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 5 cas de tumeurs brunes révélatrices d'HPP colligés dans un service de Rhumatologie entre 1995 et 2013.

Résultats :

Il s'agit de 4 femmes et d'un homme d'âge moyen de 48 ans. Le motif de consultation était : une douleur osseuse (5 cas) avec tuméfaction de la jambe (2 cas). Les radiographies ont montré des lésions lytiques (100%) siégeant : au tibia (2 cas) dont une compliquée de fracture, à la branche ischio-pubienne (1cas), à l'aile iliaque (1 cas) et aux vertèbres lombaires (1 cas). La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation diffuse sur l'ensemble du squelette (100%). Une hypercalcémie avec augmentation des PAL et de la PTH ont été observées dans tous les cas. L'histologie de la biopsie de l'os iliaque était en faveur d'une tumeur brune. L'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI ont conclu à un adénome parathyroïdien dans 4 cas. La scintigraphie au Myoview et le scanner cervico-thoracique ont révélé un adénome parathyroïdien ectopique. Tous les patients ont bénéficié d'une parathyroïdectomie. Un enclouage centromédullaire du tibia a été réalisé chez un malade.

Conclusion :

Devant la découverte de lésions lytiques, il faut savoir évoquer en plus de la pathologie maligne (métastases, myélome), l'hyperparathyroïdie.

Discussion:

• L'atteinte osseuse au cours de l'HP se voit dans 2 % des cas. Elle est similaire dans les HPP et secondaires mais beaucoup plus sévère dans les formes primitives. Elle se manifeste par des douleurs osseuses, une fracture pathologique ou une tuméfaction locale. Le siège concerne essentiellement le squelette axial. Au niveau du massif facial l'atteinte mandibulaire est fréquente. Les tumeurs brunes surviennent habituellement lors de formes sévères accompagnées de signes de résorption osseuse sous périostée. Le rachis en constitue une localisation exceptionnelle.

• Sur le plan biologique : l'hypercalcémie avec hypophosphorémie et hypercalciurie sont très évocatrices du diagnostic, qui est confirmé par l'augmentation du taux de la PTH dans le sang.

• Les tumeurs brunes réalisent des plages de destruction osseuse bien limitées, parfois d'allure agressive, avec destruction ou soufflure corticale et sont souvent multifocales. Ces « tumeurs » ne sont pratiquement jamais isolées et s'intègrent dans un fond de résorption osseuse diffuse mais avec une prédominance dans certains sites. La TDM montre une lésion ostéolytique de densité tissulaire entourée d'un liseré dense s'étendant progressivement dans l'os, et se développant sous forme pseudo tumorale dans les parties molles adjacentes, à l'origine de déformations osseuses. Les tumeurs brunes posent le problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs à cellules géantes en imagerie.

• L'intérêt des bisphosphonates avant la réalisation d'une parathyroïdectomie en cas de tumeur brune rachidienne a été rapporté. Après traitement, la régression des lésions osseuses est plus au moins complète associant sclérose, calcification et diminution du volume tumoral.



Tumeur brune du tibia



Radiographie du bassin: lésion ostéolytique de l'aile iliaque gauche



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatisme

Les arthropathies sternoclaviculaires

M. Slouma, D Kaffel, I Chérif, I Zouch, N Boughanmi, W Hamdi, M Kchir
Service de Rhumatologie, Institut M Kassb

INTRODUCTION

L'arthropathie sterno-claviculaire (SC) est peu fréquente. Elle est caractérisée par sa diversité clinique, radiologique et étiologique. L'examen clinique de cette articulation facilement accessible, et l'examen général, associé à des techniques d'imagerie, permettent habituellement d'orienter la démarche diagnostique.

L'objectif de ce travail est de déterminer le profil clinique, radiologique et étiologique des arthropathies SC.

MATERIELS ET METHODES

• Etude rétrospective colligeant tous les patients hospitalisés dans notre service pour exploration d'une atteinte de l'articulation sterno-claviculaire (ASC) sur une période de 7 ans [2007- 2013].
• Toutes les données cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

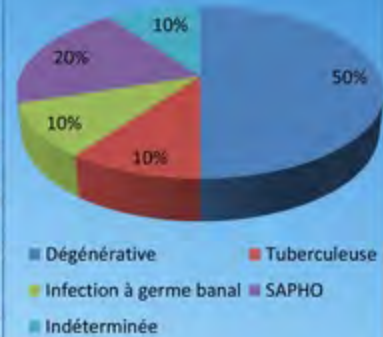
RESULTATS

- **Dix patients** : 8 femmes et 2 hommes.
- L'**âge moyen** était de 47,7 ans [26-60 ans].
- **Les motifs de consultation** étaient une douleur de l'ASC (6cas) et une tuméfaction de cette dernière (4 cas).
- **La durée moyenne d'évolution de la symptomatologie** était de 1 an [2 -24 mois].
- **L'examen physique** avait retrouvé une tuméfaction de l'ASC (7 patientes) et une pustulose palmoplantaire (2 patients).
- **Le bilan biologique** avait révélé un syndrome inflammatoire (3 cas), une hyperleucocytose (1 cas).
- **Les radiographies standard** avaient montré des érosions de la corticale de l'ASC dans 2 cas et une ostéocondensation dans 1 cas.
- **Les imageries en coupes (TDM ou IRM)** étaient pratiquées dans 8 cas montrant des signes de destruction de l'ASC dans 4 cas, une synovite dans 4 cas et une collection des parties molles périarticulaires dans 2 cas.
- **Le recours à la biopsie** était nécessaire dans 5 cas.
- **L'examen anatomopathologique** avait montré un tissu fibreux-cartilagineux sans composante inflammatoire dans 3 cas, un granulome géant-cellulaire avec nécrose caséuse dans 1 cas et des signes de suppuration sans éléments de spécificité dans 1 cas.
- **L'étiologie retenue** est représentée par la figure 1

DISCUSSION

- L'articulation sternoclaviculaire peut être intéressée par les différents processus pathologiques de l'appareil locomoteur.
- Comme pour l'ensemble des pathologies ostéoarticulaires, la douleur est le signe fonctionnel commun aux différentes étiologies de la pathologie de l'articulation sternoclaviculaire. La douleur siège dans la région sternoclaviculaire, mais elle peut être l'objet d'irradiations vers l'épaule, le cou ou le sternum, pouvant égarer le diagnostic.
- Pour établir le diagnostic et le bilan des lésions anatomiques, la TDM est un excellent examen.
- D'après notre série, l'étiologie dégénérative était la cause prédominante. L'arthrose sternoclaviculaire est fréquente après 50 ans, elle est volontiers associée à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Rarement latente, elle ne s'exprime que par une saillie médiale de la clavicule. L'arthrite septique sternoclaviculaire diagnostiquée chez 2 de nos patientes est rare, elle représente 2% parmi les localisations septiques périphériques pour les germes banals et 1,5% pour le Bacille de Koch. Le Staphylococcus aureus représente le germe le plus fréquemment isolé (50%) (1).
- L'ASC, du fait de sa situation axiale et de ses multiples insertions ligamentaires, fait partie du territoire enthésique. Elle est le siège de prédilection des spondylarthropathies. La fréquence de ces 2 affections sur une étude radiographique et scintigraphique est respectivement de 20 et de 24% (2). L'ASC est aussi un siège de prédilection au cours du Sd SAPHO et sa fréquence est estimée à 48% (3).

Fig 1: Etiologies des ASC



Références

- (1) Le Loet X, Klemmer N, Lequerré T, Vittecoq O, Mejjad O. arthrites septiques sternoclaviculaires. Revue de Rhumatisme 73 (2006) 173-176
- (2) Fournie B, Boutes A, Dromer C et al. Prospective study of anterior chest wall involvement in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Rev Rhum Engl Ed 1997;64(1)/22-5
- (3) Bard H. Pathologie non traumatique de l'articulation sternoclaviculaire. La lettre du rhumatologue N 347 Décembre 2008

CONCLUSION

• Les ASC sont rares. L'imagerie a permis de mieux les étudier. Bien que leurs étiologies soient dominées par les causes dégénératives, une origine inflammatoire ou infectieuse ne doit pas être méconnue.

LE RHUPUS MASCULIN: A PROPOS DE 2 CAS

A.Aouadi; S.Rekik; R.Dhahri; H.Sahli; E.Cheour; M.Elleuch. Service de Rhumatologie CHU la Rabta.

Introduction:

Le terme de « rhupus » est défini par l'association polyarthrite rhumatoïde (PR) et lupus érythémateux disséminé (LED). C'est une pathologie rare et sa présence chez l'homme est exceptionnelle.

Patients et méthodes:

Nous rapportons les cas de deux patients réunissant les critères diagnostics de PR et de LED.

Nous allons exposer les données cliniques, biologiques, radiologiques et les aspects thérapeutiques recueillis à partir de leurs dossiers.

Observations:

Cas clinique 1 : Patient âgé de 50 ans, traité par méthotrexate de 2007 à 2010 pour une PR séropositive érosive, associée à partir de 2010 à une photosensibilité avec un Lupus Band test positif. Les AAN et les anti DNAn étaient positifs et les fractions C3 et C4 du complément étaient consommées. Le patient présentait par ailleurs un syndrome sec oculobuccal. Le diagnostic de Rhupus avec syndrome de Gougerot Sjögren secondaire était porté. L'évolution était marquée par la survenue de crises convulsives tonico-cloniques avec à l'IRM cérébrale des lésions cadrant avec un Neurolupus.

Cas clinique 2: Patient âgé de 56 ans, suivi dans notre service pour une PR séropositive et érosive avec un lymphome à petites cellules T estimé secondaire, traité par des cures de Cyclophosphamides. Un lupus associé était diagnostiqué devant une photosensibilité, des AAN positifs, des anti DNAn positifs et un Lupus Band test positif. Il a été traité par une cure de Rituximab et par corticothérapie avec une évolution favorable.

Discussion:

Le Rhupus est une association rare est qui se voit plus fréquemment chez les femmes. Son diagnostic chez l'homme doit être discuté après avoir éliminé tous les diagnostics différentiels. Les études concernant le traitement de cette pathologie restent controversées vu que plusieurs traitements de la polyarthrite Rhumatoïde ne sont pas conçus pour le traitement du LED.

Conclusion:

Il serait intéressant d'étudier les particularités clinicobiologiques et pronostiques du Rhupus masculin. L'étiopathogénie de cette association reste indéterminée. La prise en charge thérapeutique pose souvent des problèmes et nécessite des études à large échelle.

La pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) et Maladie de Horton du sujet âgé A PROPOS DE 28 CAS

I. Hachicha, R. Akrouf, M. Ezzeddine, F. Abid, H. Fakfakh, H. Fourati, S. Bakkouf,
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker - 3029 Sfax-TUNISIE

Introduction

La PPR est un syndrome rhumatismal du sujet âgé touchant classiquement les ceintures scapulaires et pelviennes. La PPR peut être isolée ou associée d'emblée à une maladie de Horton. Sa présentation clinique peut poser un problème diagnostique avec d'autres pathologies inflammatoires à cet âge.

Patients et Méthodes

Etude rétrospective (1989- 2013) de 40 dossiers de patients suivis pour PPR dans le service de rhumatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax; 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,0 %. Nous avons exclu toute infection chronique, connectivite ou pathologie maligne.
Le but de notre étude est de préciser le mode de présentation clinique, les principales thérapeutiques préconisées et les modalités évolutives.

Résultats

I- Epidémiologie

1- Fréquence:
Parmi 40 patients présentant une PPR, 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,0 %.

2- Age:
L'âge moyen est de 75 ans.

3- Sexe:
Il s'agit de 25 femmes et de 3 hommes (sex-ratio= 8).



II- Clinique

La durée moyenne d'évolution des symptômes : 03 ans [extrêmes : 07-105 ans]

Une atteinte des ceintures scapulaires et/ou pelviennes : 75 % patients

Les signes généraux : 15 % des cas

Les manifestations ostéo-articulaires périphériques à type de synovites ou de polyarthrite à prédominance distale : 50 % des cas.

Les céphalées observées chez 15 patients sont accompagnées de troubles visuels dans 2 cas.

III- Biologie

Un syndrome inflammatoire biologique avec VS > 40 mmH1 et une CRP > 5mg/l : 27 cas (96,4 %).

Des perturbations du bilan hépato-cellulaire à type d'augmentation des phosphatases

alcalines et des yGT : 14,3 % des cas

IV- La biopsie de l'artère temporale pratiquée dans 15 cas montre:

- Normale : 6 cas

- Arthrite temporale à cellules géantes confirmant (MH) : 2 cas

- Médicalcose de l'artère temporale : 7 cas.

V- Traitement

La corticothérapie était systématiquement prescrite chez tous nos patients

La dose d'attaque varie de 0,3 à 0,5 mg/Kg) pour une durée moyenne de 01 mois

La dégression est ajustée selon les cas par palier de 2 à 10 mg par 15 jours.

VI- Evolution

Le recul moyen est de 15 mois (extrêmes : 02 mois- 06 ans)

L'évolution initiale est favorable dans 27 cas (90%) aussi bien sur le plan clinique que biologique. Dans 3 cas, amélioration des douleurs des ceintures, cependant la VS reste élevée au bout de deux mois de suivi (patients perdus de vue)

Une récurrence de la maladie : 2 cas

1er cas : au bout de 5 mois de suivi après dégression de la corticothérapie à 10 mg/l, la conduite à tenir était d'augmenter la dose de corticoïdes.

2ème cas : récurrence de la même symptomatologie après 3 ans, alors que le patient est sous 7,5 mg/l, la conduite à tenir était d'introduire un traitement immunosuppresseur à base de méthotrexate.

Commentaires

La PPR est un syndrome clinique qui doit systématiquement faire rechercher une MH. Elles sont associées dans 5 à 30 % des cas. Dans notre série, elles sont associées dans 7 % des cas.

La PPR et MH surviennent après l'âge de 50 ans. L'incidence augmente avec l'âge avec un pic moyen de 70 ans.

Une nette prédominance féminine est retrouvée aussi bien dans notre série que dans ceux de la littérature.

Le syndrome clinique de la PPR est présent chez 40 à 50 % des malades et révélateur de la MH dans 20 à 40 % des cas.

Des complications oculaires surviennent chez 5 à 20 % des patients et se révèlent le plus souvent par une cécité monoculaire brutale pouvant être précédée de prodromes.

Le syndrome inflammatoire majeur avec VS > 40 mmH1 est présent dans 96% des cas. Des perturbations du bilan hépato-cellulaire se voient dans 20 à 30 % des cas.

La présence d'anticorps anti-phospholipides a été retrouvée chez 30 % des malades et pourrait être prédictive du risque vasculaire.

La BAT n'est pas indispensable au diagnostic de MH. Sa sensibilité varie entre 50 et 60%.

Les radiographies articulaires n'ont aucun intérêt diagnostique mais ont surtout un intérêt dans le diagnostic différentiel avec une polyarthrite Rhumatoïde à début tardif.

IRM et échographie articulaires et abarticulaires : les synovites sont modérées au cours de la PPR contrastant avec de volumineux épanchements des bourses séreuses et des gaines tendineuses.

Le traitement repose sur la corticothérapie qui doit être débutée le plus tôt possible pour diminuer la fréquence des complications vasculaires dans la MH et diminuer les symptômes de la PPR.

La décroissance de la corticothérapie s'effectue par paliers dont la fréquence et la valeur sont variable selon les patients.

La durée totale du traitement s'échelonne entre 1 à 3 ans en fonction des formes cliniques.

La fréquence des rechutes est estimée entre 20 et 50 %.

Conclusion

La PPR s'associe à la MH dans 5 à 30 % des cas, ce sont les vascularites les plus fréquentes du sujet âgé.

La présentation clinique avec des arthrites et synovites périphériques retrouvée dans presque la moitié des cas pose un problème de diagnostic notamment avec la PR du sujet âgé.

Le traitement repose sur la corticothérapie tout en tenant compte de l'atrogénie fréquente dans cette tranche d'âge.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

L'HYPERPARATHYROIDIE: PARTICULARITÉS CLINIQUES, RADIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Alaya Z, El Amri N, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction : L'hyperparathyroïdie est une pathologie extrêmement polymorphe. Elle a bénéficié des progrès récents de l'imagerie par échographie et scintigraphie au MIBI qui rendent actuellement possible la localisation d'un adénome unique dans la majorité des cas.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective de 18 dossiers d'hyperparathyroïdie à manifestation ostéo articulaire dont 16 cas d'hyperparathyroïdie primaire et deux cas secondaire colligés entre 1995 et 2013.

Résultats : Il s'agit de 5 hommes et 13 femmes dont 9 sont ménopausées. L'âge moyen était de 51 ans (27-72 ans). Les manifestations cliniques rencontrées étaient : des douleurs osseuses dans 13 cas (72.2%), des arthralgies dans 8 cas (44.4%), une asthénie dans 11 cas (61.1%) et des fractures pathologiques dans 5 cas (27.8%). Une lithiase rénale était notée dans 70% des cas. Une hypercalcémie était observée dans 16 cas, une hypophosphatémie dans 11 cas, une PAL augmentée dans 14 cas, une PTH augmentée dans 17 cas. Les radiographies standards ont montré une déminéralisation osseuse diffuse dans 14 cas (77.8%), un tassement vertébral dans 3 cas (16.7%), un aspect sel et poivre à la radio du crâne dans 4 cas (22.2%), une résorption des houppes phalangiennes dans 3 cas (16.7%) et des tumeurs brunes dans 5 cas (27.8%). L'échographie cervicale a montré un adénome parathyroïdien dans 14 cas (77.8%), un nodule thyroïdien associé dans 4 cas (22.22%) et un goitre multi nodulaire associé dans 1 cas (5.6%). Une scintigraphie sestamibi faite dans 13 cas a montré dans 3 cas une hyperplasie des parathyroïdes et dans 10 cas un adénome parathyroïdien. Une scintigraphie au technetium-99m -Tétrofosmine était nécessaire pour la mise en évidence d'un adénome ectopique. Un traitement médical de l'hypercalcémie a été instauré dans 17 cas (94.4%) à base de bisphosphonates dans 5 cas (29.4%), calcitonine dans 12 cas (70.5%), furosémide (2 cas) et prednisone (1 cas) en plus de l'hyperhydratation. Une parathyroïdectomie a été faite dans 14 cas (77.8%) compliquée dans 4 cas d'hypocalcémie. L'étude anatomopathologique a conclu à un adénome parathyroïdien dans 83.3% des cas et à une hyperplasie diffuse des parathyroïdes dans 16.7% des cas.

Conclusion : Le traitement de l'hyperparathyroïdie est essentiellement chirurgical basé actuellement de plus en plus sur des techniques de parathyroïdectomie mini invasive avec d'excellents résultats. Le traitement médical sera probablement transformé par les calcimimétiques.

Discussion:

□ L'hyperparathyroïdie peut être primaire (HPP), de découverte souvent fortuite lors de bilans biologiques systématiques ou secondaire (HPS) dont la principale cause est l'insuffisance rénale. La femme ménopausée paraît particulièrement touchée. Dans notre série, 72% des patients sont des femmes, qui sont ménopausées dans 69% des cas.

□ Actuellement, l'HPP est le plus souvent diagnostiquée après la découverte fortuite d'une hypercalcémie (80 % des cas). L'atteinte rénale avec lithiase n'est observée que dans 15 à 20 % des HPP (dans notre série dans 70% des cas). L'HP représente 5 à 10 % des étiologies des lithiases rénales. Le syndrome polyuropolydypsique par diabète insipide néphrogénique lié à l'hypercalcémie est exceptionnel, de même que la néphrocalcinose (aucun cas dans notre série). Les signes d'hypercalcémie sont rarement révélateurs de l'HP (5 cas dans notre série). Les atteintes osseuses de l'HPP, antérieurement mises en évidence par des radiographies, ont pratiquement disparu. Il s'agit de formes très rares (2%) associant une ostéite fibrokystique, une résorption osseuse sous-périostée et des tumeurs brunes (5 cas dans notre série). La présentation osseuse actuelle de l'HPP est une ostéoporose (3 cas dans notre série), compliquée ou non de fractures, dont le diagnostic repose essentiellement sur la mesure de la densité minérale osseuse (DMO). La chondrocalcinose est rapportée chez 18 à 25 % des HPP (22% dans notre série).

□ C'est l'association d'une hypercalcémie et d'une parathormone (PTH 1-84) haute ou normale/haute, inadaptée à l'hypercalcémie, qui permet de poser le diagnostic. Une hypophosphatémie avec abaissement de la réabsorption tubulaire des phosphates est souvent associée.

Dans environ 80 % des cas, l'HPP est en rapport avec un adénome parathyroïdien isolé (83.3% dans notre cas) et dans 15 à 25 % des cas, avec une hyperplasie des glandes parathyroïdiennes (16.7% des cas dans notre cas). Les adénomes multiples et les cancers sont rares (moins de 1 %). Les adénomes sont rarement en position ectopique (6%) : rétrotrachéale, rétrooesophagienne, intrathyroïdienne ou médiastinale (1 cas dans notre série).

□ Des critères chirurgicaux ont été clairement établis, permettant de proposer une chirurgie d'une part aux patients symptomatiques et, d'autre part, à 30 à 40 % de patients asymptomatiques. Environ 70 à 80 % des patients porteurs d'une hyperparathyroïdie justifieront d'une chirurgie. Le taux de guérison biologique est supérieur à 95 % lorsque les patients sont confiés à des chirurgiens expérimentés.

A PROPOS D'UN CAS DE METASTASES OSSEUSES REVELATRICES D'UN NEUROBLASTOME

S.Bendjemaa, R.Akrouf, M.Ezzeddine, I.Hachicha, H.Fourati, S.Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Le neuroblastome constitue une famille de tumeurs embryonnaires malignes d'origine nerveuse sympathique qui touche le jeune enfant. Il occupe le 2^{ème} rang des tumeurs solides de l'enfant. Plus de 90 % des patients sont âgés de moins de 6 ans, avec un âge moyen compris entre 2 et 3 ans. Nous rapportons le cas d'un jeune adolescent âgé de 18 ans qui présente un neuroblastome révélé par des métastases osseuses.

Observation :

Un garçon âgé de 18 ans, fermier, sans antécédents pathologiques, consulte pour des rachialgies inflammatoires associées à une altération de l'état général. L'examen montre une pâleur cutanéomuqueuse, une douleur à la pression des épineuses lombaires et du bassin. A la biologie, on note : un syndrome inflammatoire intense (VS = 110 mm1H, CRP = 112 mg/l) et une anémie normochrome, normocytaire à 6,9 g/dl. Les radiographies du rachis et du bassin montrent de multiples lésions lytiques. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (figure1) met en évidence une masse rétropéritonéale droite de contours polylobés hétérogène envahissant le foie et refoulant le pôle supérieur du rein droit, associée à une hépatomégalie siège de multiples nodules hypodenses et de multiples adénopathies lombo-aortiques et interaortico-cave. La trame osseuse du rachis dorso-lombo-sacré était hétérogène. Une BOM conclut à une infiltration médullaire par un neuroblastome peu différencié ce qui a été confirmé par le résultat de la biopsie scanoguidée de la masse surrénalienne. Le diagnostic de neuroblastome avec métastases hépatiques et osseuses a été retenu et le patient a bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole : VP16-cisplat.

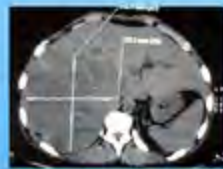


Figure1: Le scanner thoraco-abdomino-pelvien met en évidence une masse rétropéritonéale droite hétérogène envahissant le foie et refoulant le pôle supérieur du rein droit

Discussion:

1. Épidémiologie:

- Représente environ 10 % des cancers de l'enfant.
- Cette tumeur affecte en moyenne 1 enfant sur 8000.
- L'âge moyen est compris entre 2 et 3 ans.
- Plus de 90 % des patients sont âgés de moins de 6 ans.
- La localisation la plus fréquente est le rétropéritoine, en particulier la surrénale(35%). La tumeur peut se développer par envahissement de contiguïté du tissu adjacent, par extension lymphatique aux ganglions de voisinage ou à distance et par métastases hématogènes.

2. Les signes cliniques:

- La découverte d'une masse
- Des signes fonctionnels en rapport avec des phénomènes de compression (digestive, urinaire, respiratoire, neurologique radiculaire ou spinale).
- La découverte fortuite

3. Les sites métastatiques:

Environ 70 % des enfants de plus de 1 an ont une forme d'emblée disséminée. L'extension métastatique se fait principalement vers la moelle osseuse, l'os, le foie et la peau. Les métastases pulmonaires ou cérébrales sont exceptionnelles.

4. Le traitement :

Des neuroblastomes localisés repose avant tout sur l'exérèse complète suffisante en l'absence d'amplification de NMYC, avec plus de 90 % de guérison.

Dans les formes métastatiques, chez l'enfant de plus de 1 an, une chimiothérapie lourde de consolidation est proposée aux patients en rémission complète ou partielle

Conclusion :

Pour le neuroblastome métastatique, le traitement se base sur une polychimiothérapie. La radiothérapie reste indiquée en urgence pour les compressions médullaires. Le pronostic est réservé surtout pour les formes métastatiques qui constituent malheureusement le mode révélateur le plus fréquent.

BIBLIOGRAPHIE : D. Plantaz, D. Pasquier, J.F. Dyon, M. Favrot, M. Bost. Neuroblastomes : aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques actuels. *Médecine Nucléaire - Imagerie fonctionnelle et métabolique* - 2001 - vol.25 - n°4

Expression articulaire du Syndrome de Sjögren primitif

Boughanmi.N, Hamdi.W, Slouma.M, zouch.I, Cherif.Ines, Kaffel.D, Kchir.M

Introduction

Le syndrome de Sjögren (SS) est une pathologie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphocytaire progressive des glandes exocrines en particulier les glandes salivaires et lacrymales à l'origine d'une xérostomie et d'une xérophtalmie. Les atteintes extraglandulaires peuvent intéresser les articulations, le poumon, le système nerveux, le rein et le tube digestif. Le but de cette étude est de Rappeler les particularités de l'atteinte articulaire dans la forme primitive du SGS.

Patients et Méthodes

Nous rapportons 10 cas de SS primitifs colligés sur une période de 8 ans (2006–2014) au service de rhumatologie de l'Institut Kassab. Tous les patients répondaient aux critères du groupe de consensus américano-européens pour le SS.

Résultats

Il s'agit de 10 femmes dont l'âge moyen était de 48 ans. La xérostomie et/ou xérophtalmie étaient révélatrices dans 90%. Les anticorps anti-SSA étaient positifs chez 50% des patients, les anti-SSB dans 60% des cas, le facteur rhumatoïde était positif dans 30% des cas. Parmi les manifestations systémiques, une atteinte bronchopulmonaire a été notée dans un cas et une atteinte neurologique dans un autre cas. L'atteinte articulaire était la manifestation extra glandulaire la plus fréquente et était présente lors du diagnostic initial chez toutes les patientes. Il s'agissait de polyarthralgies inflammatoires récurrentes touchant les poignets, les mains, les genoux et les épaules dans 2 cas et d'arthrites non déformantes touchant surtout les poignets (87%) et les mains (62,5%) dans 8 cas. Le bilan radiologique n'a pas montré de lésions ostéo-cartilagineuses dans tous les cas. L'échographie des poignets et des mains était normale dans 1 cas et a mis en évidence des synovites dans 8 cas (radiocarpiennes(5cas), cubitocarpiennes(1cas), métacarpophalangiennes(1cas), ténosynovite des fléchisseurs(1cas).

Conclusion

L'atteinte articulaire est la manifestation extraglandulaire la plus fréquente dans le SS primitif avec une fréquence qui varie de 38 à 78% selon les séries. Elle peut être inaugurale et pose souvent des problèmes diagnostiques avec une PR débutante.



Lipome arborescent : une cause rare de gonalgie

M Slouma¹, D.KAFFEL¹, M.H.JAAFOURA², A Bondka³, S CHAABENE¹, K ZEHI³, I Zouch¹, W Hamdi¹, MM Kchir¹

1 : Service de rhumatologie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

2 : Laboratoire d'histopathologie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

3 : Service d'orthopédie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

INTRODUCTION

OBSERVATION

- Le lipome arborescent est une affection bénigne et rare de la synoviale touchant habituellement le genou.
- Seulement une cinquantaine d'observations ont été publiées dans le monde.
- Il se manifeste habituellement par une douleur chronique avec un épanchement articulaire abondant, récidivant et associé à une importante tuméfaction supra patellaire lorsqu'il atteint le genou.
- L'âge moyen de survenue est de 46 ans pour les hommes et de 37 ans pour les femmes. Le sexe ratio est de 4.

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé pour exploration de gonalgies droites, de rythme inflammatoire, rebelles au traitement médical, associées à une tuméfaction du genou qui évolue depuis 3 ans.

• **Examen** : Masse qui comble le cul de sac sous quadriceps, douloureuse à la mobilisation, sans signes inflammatoires en regard. La stabilité du genou est conservée; le quadriceps est amyotrophié.

• **Examens paracliniques** : Le bilan biologie ne montre pas de syndrome inflammatoire. Les radiographies standards sont normales (Fig 1). L'échographie montre un épaississement diffus, irrégulier et hyperéchogène des franges synoviales, associé à un épanchement intra-articulaire hyperéchogène (Fig 2). L'IRM montre un épaississement diffus de la synoviale, très marqué au niveau du cul de sac sous quadriceps et de l'échancrure intercondylienne, présentant un signal élevé en T1 et en T2, de même intensité que la graisse avoisinante, s'effaçant de la même façon après saturation de la graisse, prenant le contraste de façon marquée après injection de gadolinium. Il s'y associe un épanchement de moyenne abondance (Fig 3). Un complément scanner a montré une hypodensité de nature grasseuse (-40UH) au sein de l'épaississement synovial sous quadriceps (Fig 4). Le diagnostic retenu est celui de lipome arborescent associé à une synovite. Le patient a bénéficié d'une synovectomie à ciel ouvert (Fig 5). L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de lipome arborescent de la synoviale (Fig 6 et 7)

• **L'évolution** a été émaillée par la récurrence de la même symptomatologie au bout de 2 ans. L'IRM a montré une récurrence de la tumeur. La reprise chirurgicale est discutée.



Fig 1 : Rx du genou



Fig 2: Echo du genou



Fig 3: IRM du genou

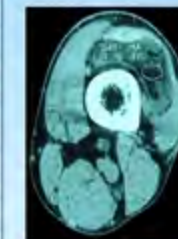


Fig 4 : TDM du genou



Fig 5 et 6 : Aspect macro et microscopique de la pièce opératoire



DISCUSSION

• Le lipome arborescent est une lésion pseudotumorale, rare caractérisée par une hypertrophie des villosités synoviales distendues par de la graisse [1]. Elle intéresse habituellement le récessus suprapatellaire du genou. Elle a rarement été rapportée dans d'autres articulations (épaule, hanche, bourse bicapitulaire et poignet)[1]. Bien qu'elle puisse être isolée, elle est fréquemment associée à une arthropathie chronique (essentiellement l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde), suggérant la possibilité d'une origine réactionnelle à une synovite chronique [1]. Certains auteurs ont en revanche incriminé le lipome arborescent dans le développement précoce d'une arthrose. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec la synovite villonodulaire dont les caractéristiques en IRM sont différentes du fait des anomalies de signal liées aux dépôts d'hémosidérine [2].

CONCLUSION

- Le lipome arborescent est une tumeur rare sans étiologie connue.
- Il se distingue par ses caractères cliniques peu spécifiques, à type d'épanchement abondant et récidivant du genou, associés à une importante tuméfaction suprapatellaire, et par ses critères très évocateurs à l'IRM.
- Le traitement consiste en une synovectomie et en une prise en charge de l'arthropathie sous-jacente éventuelle.

REFERENCES

- [1] Anne Cotten, Chaouki Dabbeche et al. Tumeurs et pseudotumeurs synoviales du genou. Revue du Rhumatisme 2006 (73) : 593-602
 [2] Michel Franco, Jean Marc Puch et al. Lipome arborescent du genou traité par synovectomie arthroscopique. Revue du Rhumatisme 2004 (71) : 89-91

Manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux systémique : étude de 78 cas

M. Bouzaouache ; Z. Alaya, K. Baccouche; S. Belghali ; H. Zeglaoui; N.Amara, I.Ben Smida; A. Jamel ; E. Bouajina.
Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse.

INTRODUCTION :

Les manifestations neuropsychiatriques du lupus érythémateux systémique, encore appelées neuro-lupus, constituent l'un des signes de gravité de la maladie. Elles sont caractérisées par leur grande variabilité clinique. Ce travail est une étude descriptive des principales manifestations du neuro-lupus.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée sur 78 dossiers de patients lupiques hospitalisés dans le service de rhumatologie du CHU Farhat Hached entre 1998 et 2013. Le diagnostic de LES a été retenu devant 4 critères de l'ACR.

RESULTATS :

Il s'agit de 90% de femmes et de 10% d'hommes d'âge moyen de 40.4 ans. L'atteinte articulaire était présente dans 91% des cas suivie par l'atteinte cutanée à type d'érythème en aile de papillon dans 70% des cas. Des manifestations neuropsychiatriques étaient notées dans 25 % des cas, tous de sexe féminin. Il s'agissait de céphalées dans 40% des cas, d'un syndrome dépressif dans 35% des cas, d'un AVC dans 20% des cas et d'un seul cas de crises convulsives. Les anti DNA natifs étaient positifs chez 95% des malades. Une hypocomplémentémie a été retrouvée dans 45% des cas. Une association positive et statistiquement significative a été retrouvée entre la positivité des APL et la survenue d'AVC ($p=0.02$). Sur le plan thérapeutique on a eu recours à la corticothérapie dans 95% des cas, aux anti paludéens de synthèse dans 55% des cas, aux anti inflammatoires non stéroïdiens dans 40% des cas et aux immunosuppresseurs dans 25% des cas. Des bolus mensuels de cyclophosphamide ont été prescrits chez 5% des patients. L'évolution a été marquée par la survenue de 3 décès dont 2 au décours d'AVC.

DISCUSSION :

Dans une récente méta-analyse recensant l'ensemble des études basées sur les critères ACR et en se basant sur les plus robustes sur le plan méthodologique, la prévalence globale des manifestations neuropsychiatriques a été estimée à 56 %. Par ordre de fréquence, les manifestations les plus souvent rencontrées étaient 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 une étude où 240 dossiers de patients chinois hospitalisés présentant des manifestations neuropsychiatriques ont été extraits d'une cohorte de 1965 patients, les manifestations les plus fréquentes étaient les céphalées (35 % parmi les 240 patients), les crises convulsives (32 %), les troubles de l'humeur (20 %), les syndromes confusionnels (19 %) et les manifestations cérébrovasculaires (18 %) [3]. Cette hétérogénéité s'explique principalement par le caractère rétro- ou prospectif des études. La plupart des manifestations neuropsychiatriques sont inaugurales ou surviennent dans l'année qui suit le diagnostic de lupus. Les manifestations vasculocérébrales, dont les AVC, surviennent chez 2 à 24% des patient lupiques.[1]

La présence d'anticorps antiphospholipides (aPL) est un facteur de risque reconnu dans les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques dans plusieurs études comme dans la notre, mais également les myélites, les mouvements anormaux, les troubles cognitifs et les crises convulsives. Les antécédents de manifestations neuropsychiatriques sont des facteurs de risque reconnus de nouvel événement identique (récidive) ou différent.[1]

Les examens qui sont recommandés au cours du lupus dans la prise en charge de manifestations neuropsychiatriques en général sont :

- l'IRM cérébrale conventionnelle ;
 - l'analyse du liquide cébrospinal (LCS) ;
 - la spectroscopie par résonance magnétique nucléaire (MRS) ;
 - la tomoscintigraphie cérébrale (tomographie par émission monophotonique [TEMP], single photon emission computed tomography [SPECT]).[1]
- La prise en charge thérapeutique se base sur la corticothérapie, les cyclophosphamide et le rituximab [1]

CONCLUSION :

L'atteinte neurologique au cours du lupus est polymorphe et souvent grave, mettant en jeu le pronostic vital. La prise en charge thérapeutique se base souvent sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs

BIBLIOGRAPHIE :

- [1]G. Lefèvre et al., Description des outils diagnostiques et thérapeutiques devant une manifestation psychiatrique ou neurologique centrale au cours du lupus érythémateux systémique. La Revue de médecine interne 33 (2012) 503-513
- [2]Unterman A, Nolte JE, Boaz M, Abady M, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. Neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus: a metaanalysis. Semin Arthritis Rheum 2010.
- [3] Zhou HQ, Zhang FC, Tian XP, Leng XM, Lu JJ, Zhao Y, et al. Clinical features and outcome of neuropsychiatric lupus in Chinese: analysis of 240 hospitalized patients. Lupus 2008;17:93-9.

Manifestations neurologiques révélatrices du syndrome de Gougerot Sjögren primitif

Boughanmi.N, Ben waddey.O, Ben rejab.S, Miladi.N

Introduction:

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une exocrinopathie inflammatoire caractérisée sur le plan clinique par une xérophtalmie et une xérostomie. Outre les manifestations glandulaires, des manifestations systémiques peuvent compliquer le SGS comme l'atteinte neurologique. L'objectif de ce travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de huit patients ayant un SGS primitif (SGSP) avec atteinte neurologique révélatrice.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 8 patients présentant un SGSP retenu sur les critères du consensus américano-européen avec atteinte neurologique centrale et/ou périphérique. Le caractère primitif a été retenu sur l'absence de pathologies associées. Nous avons exclu de l'étude les patients présentant une maladie pouvant expliquer l'atteinte neurologique.

Résultats:

Age moyen : $46,54 \pm 12,3$ ans.

6F/2H

L'atteinte neurologique était révélatrice dans tous les cas.

Les signes neurologiques initiaux ont précédé l'apparition du syndrome sec chez 5 patients avec un délai moyen de 12,1 mois.

Dans 3 cas, les manifestations neurologiques se sont installées 2 ans en moyenne après le syndrome sec.

Atteinte périphérique dans 6 cas [polyneuropathie axonale sensitive pure (3 cas), polyneuropathie sensitivomotrice à prédominance sensitive (2 cas) et mononeuropathie multiple sensitivomotrice dans un cas].

Atteinte centrale a été observée dans 2 cas sous forme d'atteinte médullaire (1 cas) ou encéphalique (1 cas).

Tous les patients ont reçu un traitement par corticothérapie, le recours à un traitement immunosuppresseur a été nécessaire dans 2 cas. Après un suivi moyen de 36 mois, l'évolution était favorable dans 5 cas avec une amélioration nette et régression de la symptomatologie initiale, stationnaire dans 2 cas et défavorable dans 1 cas.

Conclusion:

Les manifestations neurologiques sont fréquentes et peuvent précéder le SGS. Cela implique de rechercher un SGS devant toute manifestation neurologique inexplicée.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014
Hammamet

Association polyarthrite rhumatoïde-sclérose en plaques: a propos d'une observation

N.Bagane ; H. Zaghlaoui ; N.Amara ; I.Ben Smida

Service de consultation externe Hôpital Régional Ibn Jazzar Kairouan

Introduction :

La sclérose en plaques (SEP) est une affection inflammatoire démyélinisante multifocale du système nerveux central, d'étiologie encore indéterminée mais dont l'origine dysimmunitaire est probable.

Son association avec d'autres maladies auto-immunes chez une même personne suppose des facteurs étiologiques communs. Nous rapportons un cas particulier associant SEP et deux autres maladies dont l'origine auto-immune ne fait pas de doute : le diabète de type 1 et la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Observation :

A.K une patiente âgée de 25 ans aux antécédents de diabète insulino-dépendant évoluant depuis 3 ans, consulte pour l'apparition d'une polyarthrite touchant les mains, les poignets et les deux genoux. Les explorations biologiques et radiologiques posent le diagnostic de PR séropositive. La patiente était mise sous méthotrexate avec stabilisation de l'activité de la maladie (DAS 28 à 3,2). Le malade a développé par la suite des troubles neurologiques à type de paresthésies mal systématisées des mains suivies de déficit moteur du membre supérieur droit de façon transitoire. L'examen neurologique était normal en dehors de réflexes ostéo-tendineux vifs sans autres signes pyramidaux. Le diagnostic de SEP a été posé devant une atteinte neurologique déficitaire multifocale évoluant par poussées, associée à une élévation oligoclonale des immunoglobulines dans le liquide céphalorachidien. Ce diagnostic a été confirmé par l'IRM cérébro-médullaire montrant des anomalies de la substance blanche cérébrale et la moelle cervicale (Fig 1 et 2). Un traitement immunomodulateur par interféron β recombinant lui a été proposé associé à une corticothérapie.

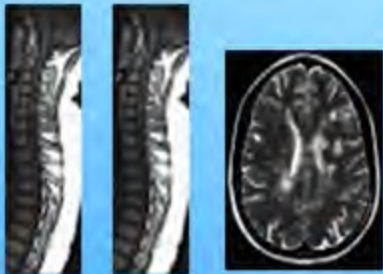


Fig1 : IRM T2 et T1 +Gado coupe sagittale plusieurs lésions de la moelle cervical hyperintense en T2 multifocale qui se rehaussent après injection.

Fig 2 : IRM T2 coupe axiale cérébrale anomalie de la substance blanche péri ventriculaire.

Discussion :

Si l'association de la PR à d'autre maladie auto-immune (myasthénie, thyroïdite de hashimoto, maladie de basrow, polymyosite) est classique, celle avec la SEP est rarement signalée. Dans une étude rétrospective, Baker estime cette association à 0,61%. Kayser a trouvé 5 PR sur 828 SEP. Enfin, dans une étude cas témoin Midgard évalue l'association PR SEP à 1,9%.

Il existe de nombreux arguments pour considérer la SEP comme une véritable maladie auto-immune :- biologiques, avec présence quasi constante de bandes d'immunoglobulines oligoclonales dans le liquide céphalorachidien et activation de la population lymphocytaire T ; - génétiques, avec l'association de la sclérose en plaques à certains haplotypes du système HLA ; - neuropathologiques, avec l'infiltration des lésions du système nerveux central par des cellules immunocompétentes ; - thérapeutiques, avec l'influence bénéfique de traitements immunosuppresseurs et immunomodulateurs. Par ailleurs la PR et la SEP sont deux maladies auto-immunes qui partagent de nombreuses similitudes, physiopathologiques, étiologiques et histologiques : elle prédomine chacune chez la femme, surviennent à des âges semblables, comportent histologiquement un infiltrat cellulaire aux sites pathologiques composé majoritairement de lymphocytes T CD4+ et chaque maladie est associée à un ou des antigènes HLA-DR (DR2 dans la SEP, DR1 ou DR4 dans la PR). Enfin ces deux pathologies font intervenir des facteurs d'environnement communs et notamment des virus comme l'EBV. Cette importante similitude physiopathologique explique mal la faible fréquence de l'association SEP-PR et soulève donc la question de l'exclusion d'une maladie par l'autre. Un travail récent souligne la fréquence de maladies auto-immunes dans les familles de patients atteints de sclérose en plaques [5]. Ces constatations vont dans le sens d'un désordre immunitaire plus large dirigé contre plusieurs cibles, tel qu'on peut le rencontrer dans les syndromes auto-immuns multiples (regroupement de trois maladies auto-immunes ou plus chez un même patient, témoin d'une réponse immunitaire aberrante avec plusieurs cibles antigéniques, sur terrain génétique prédisposé).

Conclusion :

La SEP est une maladie neurologique chronique dont la cause est encore inconnue. L'association avec d'autres maladies auto-immunes tel que la PR et le diabète chez la même personne témoigne en faveur des mécanismes étiopathogéniques communs.

Bibliographie :

- 1- Rev Rhum, 1999, 66 (3), 191-194
- 2- Rev Med Interne 2001 ; 22 : 1271-7
- 3- Gastroenterol Clin Biol, 2004, 28

Myélome multiple révélé par une localisation thoracique : à propos d'un cas

O Saidane, S Bendjemaa, I Mahmoud, H Sahli, R Tekaya, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Les localisations extra-osseuses du myélome multiple sont rares au moment du diagnostic. Elles sont plus fréquentes en cas de maladie évoluée mais ne dépassent pas 5%. Elles témoignent d'une maladie agressive. Le thorax est exceptionnellement le siège d'atteinte myélomateuse extra-osseuse. Nous rapportons le cas d'un homme présentant un plasmocytome thoracique révélant un myélome multiple.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 68 ans, tabagique à 70PA qui accusait depuis 6 mois une douleur basi-thoracique gauche.

L'examen clinique a trouvé une altération de l'état général, une douleur à la palpation des côtes gauches.

La radiographie thoracique de face a objectivé une opacité pariétale gauche avec une lyse costale.

La TDM thoracique (Figure1) a montré une volumineuse masse pariétale gauche centrée sur l'arc latéral de la quatrième cote gauche mesurant 5.6x3.6 cm dans le plan axial, et s'étendant sur 5 cm en hauteur. Cette masse présentait une extension endo-thoracique sans extension exo-thoracique. On notait également des adénomégalies hilaires et inter bronchique droites. L'étude en fenêtre osseuse montrait de multiples lésions ostéolytiques diffuses à tout le squelette : rachis dorsal, sternum, côtes, omoplate et clavicule.



Figure1:TDM thoracique montrant la masse pariétale gauche

Le bilan biologique révélait une anémie normochrome normocytaire à 6.5g/dl, une VS à 145 mm à la première heure et une CRP à 21 mg/l. La calcémie était à 3.4 mmol/l, le taux de PAL était de 59U/I et la créatinine était à 120µmol/l. Un pic monoclonal au niveau des Béta globulines, mesuré à 60g/l, a été retrouvé à l'électrophorèse des protéines plasmatiques. L'IEPP présentait une gammopathie monoclonale de type IGA Kappa. Le myélogramme a montré une infiltration par des plasmocytes dystrophiques à 20% permettant de retenir le diagnostic de MM.

Outre une hyperhydratation et un traitement par bisphosphonates IV, une polychimiothérapie à base de Melphalan-Prednisone- Thalidomide a été instaurée.

Conclusion :

La présence d'un plasmocytome thoracique isolé est un mode de révélation rare du myélome multiple. Elle nous a fait discuter chez un homme fumeur le diagnostic de cancer bronchopulmonaire. L'électrophorèse des protéines plasmatiques et l'IEPP ont permis d'orienter le diagnostic.

Discussion:

Les plasmocytomes extra médullaires (PEM) secondaires au MM sont rares ne dépassant pas les 5%.

La localisation du plasmocytome la plus commune est le tractus aérodigestif supérieur retrouvée dans 80 % des cas.

La localisation pulmonaire est encore plus rare. Le tableau suivant résume des cas de PEM pulmonaires rapportés dans la littérature selon la chronologie de leur publication.

auteur	Shin 1992	Koss 1998	Duggal 2002	Oymak 2003	Damoj 2004	Sullivan 2006	Prasad 2011	Notre cas
Nombre de cas	2	5	1	13	11	1	1	1
Sexe	M F	4M 1F	M	9 M 4 F	8 M 3 F	M	F	M
âge	69,5	64	60	60	59	51	45	68
Radio thorax	Masse Pulmonaire (MP)	(MP) dont 2 parahilaires	(MP) avec érosion de la 6 ^{ème} côte	2 cas ont une (MP)	3 cas ont une (MP)	Adénopathies hilaires bilatérales + (MP)	(MP) avec érosion de la 5 ^{ème} côte	(MP) avec érosion de la 4 ^{ème} côte
circonstance de découverte	Douleur basi-thoracique	Douleur basi-thoracique	dyspnée	Douleur basi-thoracique	Douleur basi-thoracique	Douleur basi-thoracique	dyspnée	Douleur basi-thoracique

Le traitement consiste en une autogreffe pour les patients jeunes et une poly chimiothérapie pour les sujets âgés comme c'était le cas chez notre patient.

Le pronostic des patients avec des (PEM) secondaire au MM est pauvre contrastant à une survie plus longue chez les patients ayant des (PEM) primaires.

Streptococcus salivarius: Entre commensalisme et virulence

Rdte Chammakhi.M;Dr Cheour.E;Dr Elleuch.M;Dr Shali.H;Dr Rekik.S

Introduction: Streptococcus salivarius (SS) est un streptocoque α -hémolytique commensal des sphère bucco-dentaire et génito-urinaire. Sur certains terrains immunodéprimés, ce germe peut devenir virulent et être à l'origine d'infection. Sa localisation ostéo-articulaire est rare. Nous en rapportons un cas.

Observation: Mme M.A, 44ans a des antécédants de cancer du col de l'utérus traité chirurgicalement avec complément à base de chimio-endo-curithérapie, Elle consulte pour des douleurs aiguës du pli de l'aîne droit, douleurs apparues 5 jours auparavant avec impotence fonctionnelle du membre inférieur droit, le tout évoluant dans un contexte fébrile. La patiente est fébrile à 38,6°. Elle a un flessum de la hanche droite qui est très douloureuse et limitée à la mobilisation. Il n'y a pas d'adénopathies. Le reste de l'examen ostéo-articulaire est normal. Le bilan biologique montre une CRP à 343 mg/l, une cytolysé hépatique à 4 fois la normale. Les hémocultures isolent un SS. La radiographie standard du bassin ne montre pas d'anomalies ostéo-articulaires. L'échographie de la hanche détecte la présence d'un épanchement de l'articulation coxo-fémorale droite. Une IRM du bassin objective un aspect évoquant une coxite infectieuse droite avec présence de petites collections à paroi nette au niveau du muscle iliaque droit. La patiente est mise sous double antibiothérapie (Céphalosporine 3^{ème} génération + aminoside) en intra-veineux avec une bonne évolution clinique, biologique et radiologique.

Discussion: *S. salivarius* a été associé à diverses infections, les plus souvent signalées sont la méningite et la bactériémie. D'autres types d'infections sont également possibles, notamment : péricardite, péritonite bactérienne spontanée, jéjunite aiguë, abcès pancréatique, endocardite multimicrobienne, septicémie néonatale précoce, sinusite, endophtalmie, impétigo bulleux et ostéite fémorale. L'atteinte articulaire n'a pas été signalée. De nombreux patients atteints d'une bactériémie à *S. salivarius* présentent des facteurs locaux prédisposants: une lésion muqueuse et/ou des maladies sous-jacentes graves, telles qu'une cirrhose ou une affection maligne comme est le cas de cette patiente.

Conclusion: L'immunodépression congénitale ou acquise est un facteur de risque important qui peut rendre le commensal de tous les jours, pathogène et virulent un jour.





Osteosarcoma of femoral neck

Rafik Elafram, Dougaz Houcem, Med Ali Kedous, Ismail Jerbi, Dridi Moez, Hedi Annabi, Mehdi Hadj Salah, Mondher Mbarek
Burn and traumatology centre of Ben Arous

Introduction:

Osteosarcoma is the commonest primary bone sarcoma 70% of all osteosarcomas will arise around the knee, but 5-6% arise in the proximal femur.

Case:

A 23-year-old male presented with a 04 month history of right hip pain and a limp. Pelvis, hips showed mixed osteopenic and sclerotic areas in the right proximal femur from the growth plate distally for approximately 11 cm . Magnetic resonance imaging (MRI) showed an expansile lesion in the right femoral neck, extending 13 cm from the proximal femoral articular surface through the intertrochanteric region into the upper right femoral shaft. The lesion was seen to breach the cortex and extend into the soft tissue, infiltrating the quadratus femoris muscle medially and superiorly, and infiltrating the vastus lateralis muscle laterally. A chest, abdominal and pelvic CT scan have not shown any metastasis. A bone scintigraphy has not shown any other location. The biopsy of the lesion confirmed an osteosarcoma.

The treatment consists of chemotherapy and a wide resection of the proximal femur and reconstruction with a coned hemi-pelvic implant and proximal femoral endoprosthesis . Follow-up after one year showed satisfactory results with no evidence of tumour recurrence or complications like infection or dislocation



Discussion:

Osteosarcoma (OS) is the most common malignant bone tumor in adolescents and young adults, and is characterized by the proliferation of tumor cells producing osteoid or an immature bone matrix. Despite advances in multimodality treatments, consisting of aggressive adjuvant chemotherapy and wide local excision, pulmonary metastasis occurs in 60–80% of patients with OS and remains a major cause of fatal outcomes.

Conclusion:

The treatment and prognosis of osteosarcoma depend very largely on the extent of the tumor. Localized, non-metastatic tumor generally has a very good to excellent prognosis.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Profil étiologique des coxopathies en dehors des rhumatismes inflammatoires chroniques

A Ben Tekaya, H Sahli, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicole, Tunis

INTRODUCTION

Les coxopathies représentent un motif fréquent de consultation en milieu rhumatologique. Elles peuvent être d'étiologie divers : dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) ou non. L'objectif de ce travail était d'étudier le profil clinique, radiologique et étiologique des coxopathies n'entrant pas dans le cadre des RIC.

METHODES

Etude rétrospective descriptive et monocentrique portant sur les dossiers des patients hospitalisés entre 2002 et 2012 et ayant une coxopathie qui n'était pas en rapport avec un RIC.

RESULTATS

➤ Nous résumons les caractéristiques de notre population dans le tableau

Tableau1 : Population d'étude

Nombre de patients	27
F / H	16 / 11
Age moyen	48,6 ans [22-77]
délaï moyen de diagnostic	20 mois [1jour-29ans]
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Horaire inflammatoire (n=19) ✓ Impotence fonctionnelle (n=3) ✓ Diminution du périmètre de marche (n=3) ✓ Altération de l'état général (n=3) ✓ Fièvre (n=8)
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boiterie (n=5) ✓ Limitation articulaire (n=23)
Biologie	Syndrome inflammatoire biologique (n=12)

DISCUSSION

- La coxite infectieuse était l'étiologie la plus fréquente dans notre série.
- En revanche, l'interprétation est difficile vu le biais de sélection : nous avons inclus uniquement les patients hospitalisés.
- Une étude française multicentrique colligeant 292 patients âgés entre 16 et 50ans et ayant une coxopathie. La coxarthrose expliquait l'atteinte dans 62% des cas. Le diagnostic reposait sur les radiographies standards dans la majorité des cas, ce qui a été vérifié dans notre série.

CONCLUSION

L'atteinte de la hanche en dehors des rhumatismes inflammatoires chroniques se caractérise par un profil étiologique polymorphe.

➤ Le profil étiologique est illustré dans la figure 1

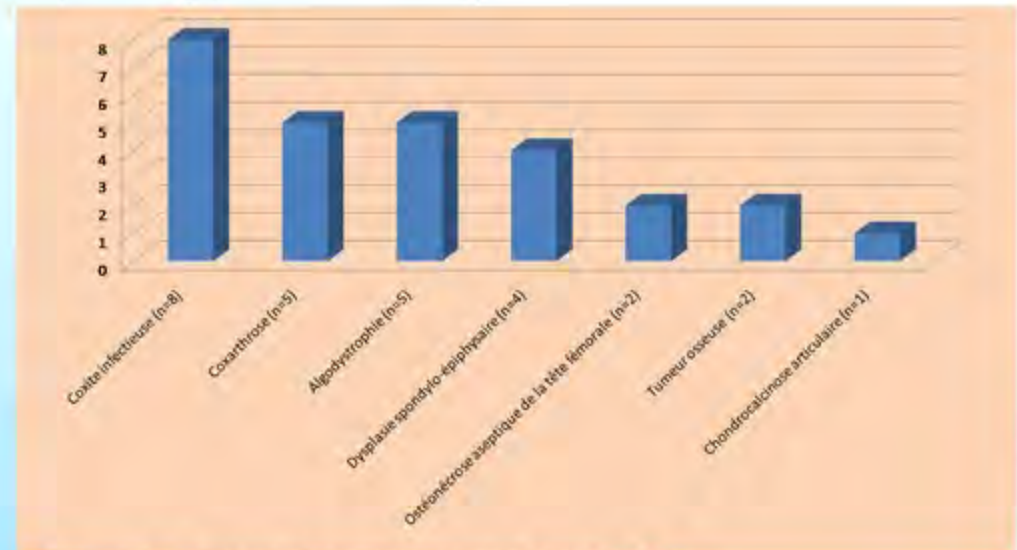


Figure1: Profil étiologique des coxopathies en dehors des RIC

- Il s'agissait de :
 - *2 cas tumeurs osseuses : Primitive (chondrosarcome) (n=1) / Métastase osseuse (n=1)
 - *5 cas de coxarthrose : primitive (n=3) / Maladie protrusive (n=1) / Syndrome de Legg-Perthès-Calvé (n=1).
- Le diagnostic étiologique était retenu sur :
 - *Les radiographies standards (n=9)
 - *IRM (n=8)
 - *La biopsie osseuse (n=2)
- L'atteinte était présumé infectieuse sans preuve bactériologique dans 7/8cas.

REFERENCE

A. Nogier, Et al. Descriptive epidemiology of mechanical hip pathology in adults under 50 years of age. Prospective series of 292 cases: Clinical and radiological aspects and physiopathological review. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research.* 2010;96(8):553-8

Polyarthrite rhumatoïde compliquée d'une polyarthrite septique : A propos d'un cas

K.Ben Abdelghani, K.Maataallah, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

Introduction:

➤ L'arthrite septique est une complication connue de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et ses traitements. Elle grève le pronostic de la maladie, surtout lorsque l'agent infectieux est le staphylocoque et quand l'atteinte est polyarticulaire. Le retard diagnostique dû au fait que l'atteinte septique est souvent confondue avec une poussée de la maladie, assombrit plus le pronostic.

➤ Nous rapportons une observation d'une polyarthrite septique compliquant une PR

Observation:

Patient âgé de 49 ans, atteint d'une PR évoluant depuis huit ans et traitée par méthotrexate et corticothérapie générale.

Ce patient était hospitalisé pour une poussée poly articulaire associée à un état septicémique.

Exploration bactériologique: Staphylococcus aureus méti-S dans le sang et le liquide de la ponction articulaire.

➔ Il s'agit d'une polyarthrite septique touchant les genoux, la cheville droite et les articulations sternoclaviculaires avec présence de collections péri-articulaires et au niveau du muscle sterno-cleïdo-mastoïdiens.

Evolution: favorable après une double antibiothérapie anti-staphylococcique associée à un drainage chirurgical des genoux et des abcès.

Discussion:

Les études ont démontrés le risque élevé d'infection chez les patients atteints de PR(1). Les DMARDS par leurs effet immunosupresseurs augmentent ce risque. Le staphylococcus est un agent pathogène dont le portage buccal est augmenté chez les patients atteints de PR. Il a été suggéré que l'utilisation des immunosupresseurs augmente ce portage. Les complications métastatiques surviennent souvent en cas de septicémie à staphylocoque et les foyers habituels sont les articulations et les valves cardiaques (2) comme dans le cas de notre patiente qui était sous méthotrexate et corticothérapie au long cours

Conclusion:

Bien que rares les complications septiques doit être évoquée devant toute poussée de PR. La recherche de signes infectieux devrait être systématique ainsi que la culture de tout liquide articulaire

(1) Michaud K. Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:885-906.

(2) Anjali B. *BMJ Case Reports* 2010; doi:10.1136/bcr.07.2009.2082

Les connectivites en milieu rhumatologique

Th.Guerman Hemissi; O.Saidane ; I. Mahmoud ; H .Sahli ; R. Tekaya ; L. Abdelmoula ; R Zouari

Service de rhumatologie hopital Charles Nicolle

La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Introduction

Les connectivites sont des maladies inflammatoires systémiques qui peuvent toucher tous les tissus et tous les organes. Une atteinte articulaire peut révéler la maladie mais peut également survenir au cours de son évolution chez plus de 50% des patients.

Le but de notre étude était de préciser les particularités cliniques, paracliniques et évolutives associées à l'atteinte articulaire au cours des connectivites.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive portant sur des dossiers des patients vus en rhumatologie pour une connectivite entre 2005 et 2014. Le diagnostic de connectivite a été retenu selon les différents critères diagnostiques validés des maladies systémiques ; Hoogendijk pour la dermatopolymyosite, ACR 1997 pour le lupus, ACR 1989 pour la sclérodemie, AECG pour le Sjörger, SHARP pour les connectivites mixtes. Ont été exclus les patients atteints de PR.

résultats

Il s'agit de 33 patients 28 femmes et 5 hommes d'âge moyen au moment de l'apparition des signes de la maladie de 41 ans (15-68 ans). La polyarthralgie inflammatoire était le principal mode de révélation,

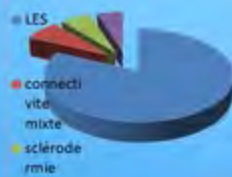


Figure 1: Les pathologies rencontrées

Manifestation viscérale	Pourcentage(%)
Raynaud	33
Fibrose pulmonaire	15
Atteinte rénale	9
Purpura vasculaire	15

tableau1:manifestations viscérales

TTT prescrits	Pourcentage(%)
corticoïdes	94,7
plaquénil	91
méthotrexate	24
salazopyrine	9
azathioprine	3

Tableau2 :les traitements prescrits

Discussion

La fréquence de l'atteinte articulaire chez nos patients rejoint celles des études déjà publiées (90% des malades). De ce fait, le rhumatologue est le spécialiste fréquemment consulté pour la prise en charge des patients souffrant de connectivite. Néanmoins différentes manifestations d'organes sont retrouvés par la suite comme c'est le cas dans notre série. Les corticoïdes ainsi que les DMARDs permettant d'envisager une rémission durable dans un large pourcentage de cas et une diminution du nombre de décès liés à certaines connectivites, comme le lupus érythémateux systémique.

Conclusion

Les connectivites sont couramment vues en rhumatologie notamment à cause de la fréquence de la symptomatologie articulaire. Les femmes sont la population la plus touchée. Le LES est pathologie la plus fréquente.

S Toujani (1); H Ghedira (2); L Metoui (1); S Zriba (2); I Gharsallah (1); F Ajili (1); N Ben Abdelhafidh (1); B Louzir (1); F Msadak (2); S Othmani (1)

(1) Médecine Interne, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie;
(2) Hématologie, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie.

Introduction:

Les Lymphomes osseux primitifs (LOP) sont définis par la localisation primitive d'un lymphome au niveau d'un os avec absence de toute autre localisation ou d'adénopathies à distance survenant dans les 6 mois suivant le diagnostic positif. C'est une entité rare, ne représentant que: 1 à 3% des lymphomes, 3% des tumeurs osseuses malignes et 5% des lymphomes extra-ganglionnaires. Les LOP sont de meilleur pronostic que les lymphomes osseux secondaires.

Résultats:

	Obsevation 1	Observation2	Observation3	Observation 4	Observation 5
Age	37 ans	68 ans	38 ans	63 ans	44 ans
Sexe	F	F	M	F	F
Délai d'évolution	17 mois	1 mois	6 mois	7 mois	1 mois
Circonstances de découverte	Excroissance osseuse frontale	Douleur intercostale en hémiceinture	Lombosciatalgies inflammatoire	Tuméfaction temporo-pariétale	Douleur intercostale en hémiceinture
Anapath+ immunohistochimie	Lymphome B diffus à grandes cellules CD20+	Lymphome B diffus à grandes cellules CD20+	Lymphome B diffus à grandes cellules CD20+	Lymphome B diffus à grandes cellules CD20+	Lymphome B diffus à grandes cellules CD20+
Bilan d'extension	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Stade	II E	I E	IE	IV E	II
Evolution	Disparition de la formation tissulaire.	Restitution ad integrum	Disparition des lésions osseuses.	Disparition du reliquat tumoral.	Disparition des lésions osseuses.
Survie sans évènements	26 mois	62 mois	167 mois	13 mois	12 mois

Tableau 1 : les différentes caractéristiques cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives.

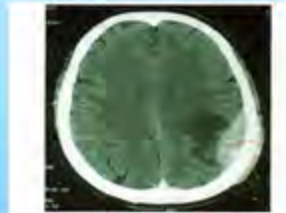


Fig 1: IRM cérébrale : envahissement du parenchyme par un LOP

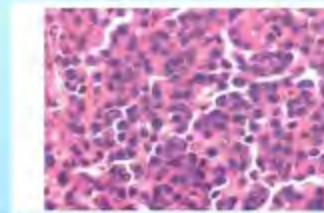


Fig 2: Aspect histologique d'un lymphome osseux B diffus à grandes cellules.

Discussion:

L'âge moyen de découverte des LOP est généralement aux alentours de la cinquantaine. Le squelette périphérique est plus souvent atteint que le squelette axial. Les LOP sont presque toujours révélés par une douleur chronique souvent d'allure inflammatoire présente chez tous nos patients pouvant se compliquer d'une fracture, d'une compression médullaire, parenchymateuse cérébrale ou radiculaire. L'examen de référence est l'IRM qui apprécie mieux que la TDM l'extension aux parties molles et à la moelle osseuse. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec les ostéosarcomes, les métastases osseuses et la localisation secondaire osseuse d'un lymphome. Dans tous les cas, la corrélation clinico- radiologique et anatomopathologique permet de redresser le diagnostic.

Le phénotype est presque exclusivement B (90% des cas), le phénotype T est relevé dans uniquement 10% des cas. Le type le plus fréquent (50% des cas) est le lymphome diffus à grande cellule de phénotype B CD20+, CD5-, suivi par le lymphome folliculaire et le lymphome de Burkitt. Le traitement de l'LOP est discuté, associant en général radiothérapie et chimiothérapie adjuvante. La surveillance de l'évolution sous et après traitement est basée sur l'IRM ou la scintigraphie au Gallium. Une bonne réponse est observée dans environ 50% des cas avec une survie globale de 50 à 90% des cas selon les auteurs

Conclusion:

Les LOP sont rares. L'imagerie occupe une place prépondérante dans le diagnostic positif, le bilan d'extension et le suivi des patients. Le pronostic de ces tumeurs osseuses est bon sous chimiothérapie d'où l'importance d'un diagnostic précoce.

Métastase osseuse au cours du cancer de la prostate : à propos de 29 cas

R Alaya, M Jguirim, A Mhenni, L Mani, S Zrour, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

Introduction :

Les métastases osseuses sont une évolution fréquente des cancers ostéophiles. Parmi ceux-ci, on retrouve le cancer de la prostate (CP). Leur survenue marque un tournant important dans l'histoire naturelle de la maladie cancéreuse. Le but de notre travail est de décrire les différents aspects clinique, biologique et radiologique des métastases osseuses du cancer de la prostate et leur prise en charge thérapeutique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 29 cas de métastase osseuse d'origine prostatique sur une période de 17 ans [1996-2013].

Résultats :

L'âge moyen de découverte des métastases osseuses était de 69.9 ans [50-84 ans]. Tous les patients avaient un adénocarcinome. Dix sept patients étaient déjà suivis pour un CP. Chez 12 patients, la découverte du primitif était concomitante au diagnostic de métastase. Les circonstances de découverte des métastases osseuses étaient dans 72% des cas une douleur osseuse isolée de type mixte ou inflammatoire qui siégeait particulièrement au niveau du rachis, bassin, épaules, côtes. Dans 17% des cas, la douleur osseuse était associée à une sciatique de type L5 (13%) ou S1 (4%). Une radiculalgie inflammatoire était observée dans deux cas et une fracture pathologique du col du fémur dans un cas. A la biologie, 79% des patients avaient un syndrome inflammatoire biologique. La calcémie était normale dans 72% des cas et les PAL étaient augmentées dans 48% des cas. Les PSA étaient supérieures à la normale dans 100 % des cas et supérieures à 100 dans 75% des cas. A la radiologie standard, 34.5 % des patients avaient des lésions à la fois condensantes et lytiques, 31 % avaient des lésions condensantes, 13.8 % avaient des lésions lytiques isolées (Figure). 27% avaient un tassement vertébral qui est multiple dans 17% des cas. Dix neuf patients ont bénéficié d'une scintigraphie osseuse qui a mis en évidence des foyers d'hyperfixation multiples. Dans 5 cas, une IRM rachidienne a mis en évidence une épидurite métastatique. Quinze patients étaient traités par pulpectomie et 10 patients étaient traités par les analogues de LH-RH. Dix patients avaient reçu de l'acide Zolédronique et 4 le pamidronate. Quatre patients ont eu une cure de radiothérapie métabolique.



Discussion :

❖ le cancer de la prostate est une affection du sujet âgé caractérisé par un tropisme important des cellules tumorales circulantes pour métastaser dans le tissu osseux. Ainsi, près de 95 % des patients qui décèdent du cancer de la prostate sont porteurs de métastases osseuses. La métastase a une activité mixte plutôt condensante, c'est-à-dire une activité ostéoblastique prédominante. Les métastases osseuses d'origine prostatique se localisent préférentiellement au niveau du squelette axial (rachis dorso-lombaire, bassin) et de la racine des membres, riches en moelle hématopoïétique.

❖ La scintigraphie occupe une place de choix de part sa grande sensibilité dans la détection de ces métastases. Sa faible spécificité pose l'indication d'une imagerie par résonance magnétique et, au maximum, d'une biopsie à l'aiguille. Lorsque le taux de PSA est supérieur à 100 ng/mL, il est presque inutile de demander une scintigraphie. Cependant, quand le taux de PSA est compris entre 10 et 20 ng/mL, l'indication d'une scintigraphie est à discuter en tenant compte du score de Gleason qui doit être supérieur à 7 ou égal à 7 (4 + 3), de l'existence ou non de douleur osseuse d'apparition récente.

❖ La place des biphosphonates notamment ceux de troisième génération comme l'acide zolédronique dans le traitement des métastases osseuses est bien établie. Ils inhibent l'activité ostéoclastique et donc la libération à partir de la matrice osseuse de facteurs favorisant la poursuite du processus lytique et la croissance tumorale. La fréquence des fractures pathologiques ainsi que l'intensité des douleurs osseuses sont significativement diminuées (taux de réponse de 70 à 80 %). De plus, le temps jusqu'au premier événement osseux est retardé. Pour les patients chez qui les métastases sont limitées à quelques sites, il est possible de proposer la radiothérapie externe pour contrôler la douleur de manière palliative. Le traitement hormonal est souvent inactif au moment où les métastases deviennent douloureuses car les patients sont souvent hormono-résistants.

Conclusion :

Le cancer de la prostate est encore une affection tardivement diagnostiquée. La prise en charge des métastases osseuses avérées repose sur des thérapeutiques anti résorptions osseuses telles que les bisphosphonates, qui permettent de limiter et de prévenir les complications squelettiques comme les fractures pathologiques et les douleurs.



Manifestations neurologiques de la maladie de Behçet

Rekik.S, Boughanmi.N, Sahli.H, Cheour.E, Elleuch.M

Introduction

Les manifestations neurologiques de la maladie de Behçet (MB) sont polymorphes et constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Le but de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de cette atteinte.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, colligeant les patients atteints de la MB et ayant présenté des manifestations neurologiques.

Résultats

Il s'agit de 7 hommes et 3 femmes, d'un âge moyen 35,4 ans. Les signes neurologiques ont précédé le diagnostic de la MB dans un cas. Le délai moyen entre les premiers signes de la maladie de Behçet et les manifestations neurologiques étaient de 2,1 ans en moyenne. Les céphalées étaient le symptôme inaugural chez la majorité des patients : 7cas. Par ailleurs, il s'agissait de : thrombose veineuse dans 5 cas, méningite aseptique dans 2 cas, accident vasculaire ischémique artériel dans 2 cas et myélite dans 1 cas. On n'a pas objectivé d'atteinte neurologique périphérique. Le traitement consistait en une corticothérapie, immunosuppression ou anticoagulation selon le type d'atteinte. L'évolution s'est faite vers la l'aggravation dans 5 cas, la rémission complète dans 4 cas et le décès dans un seul cas.

Conclusion

L'atteinte neurologique de la MB est un facteur déterminant le pronostic vital et fonctionnel des patients. Ceci impose un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et efficace.

Myélome multiple dans un service de Médecine Interne

Mzabi A, Guedri S, rezgui A, El Abed M, Karmani M, Ben Fredj Ismail F, Laouani Kechrid C
Service de Médecine Interne, Hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne relativement fréquente (10% des hémopathies).

L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques de cette maladie.

Matériels et méthodes : Nous avons effectué une étude rétrospective, descriptive de 28 dossiers de patients atteints de MM, colligés au service de Médecine Interne du CHU Sahloul.

Résultats : Il s'agissait de 13 hommes et 15 femmes. L'âge moyen était de 65 ans et 6 mois avec des extrêmes de 46 et 79 ans. Le MM était symptomatique (23 cas) : altération de l'état général (13 cas), douleurs osseuses diffuses (10 cas), rachialgies (9 cas), radiculalgies (3 cas), fracture pathologique (4 cas). La biologie révélait une insuffisance rénale (15 cas), une hypercalcémie (9 cas), un syndrome inflammatoire (21 cas) et une anémie (18 cas). Le MM était à IgG (53,6% des cas), à IgA (21,4%) et à chaînes légères (25%). La ponction sternale était faite chez tous les patients alors que la biopsie ostéo médullaire (BOM) était jugée nécessaire dans 4 cas. Une tomодensitométrie rachidienne était réalisée dans 7 cas et une imagerie par résonance magnétique dans 2 cas. Les lésions radiologiques étaient : une ostéolyse (6 cas) et un tassement vertébral (2 cas). Le traitement était basé sur la chimiothérapie +/- radiothérapie. L'abstention thérapeutique était indiquée chez 2 patients.

Discussion : Le MM est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération clonale de plasmocytes tumoraux envahissant la moelle osseuse hématopoïétique. Son incidence augmente rapidement avec l'âge.

➤ Les manifestations osseuses (douleurs, fractures pathologiques) dominent fréquemment le tableau clinique. Dans notre étude, l'altération de l'état général et les douleurs osseuses représentaient les principales manifestations.

➤ Le diagnostic est facile, basé sur l'association d'une plasmocytose médullaire supérieure à 10%, souvent dystrophique et d'une immunoglobuline monoclonale sérique et / ou urinaire.

➤ L'âge avancé au diagnostic et l'existence de comorbidités associées rendent complexe la prise en charge thérapeutique du MM. En fait plusieurs combinaisons de chimiothérapie ont fait la preuve d'une bonne efficacité avec une tolérance acceptable. Plusieurs auteurs préconisent l'association melphalan-prednisone-thalidomide en tant que traitement de référence du MM des personnes de plus de 65 ans. Certains auteurs affirment que la dexaméthasone donne des résultats meilleurs que la prednisone mais avec davantage d'évènements infectieux. Les bisphosphonates sont associés à la chimiothérapie.

Conclusion : Le MM demeure une affection redoutable. Une meilleure connaissance des mécanismes cellulaires et le progrès thérapeutique devraient améliorer le pronostic.



La polyarthrite rhumatoïde en association à d'autres maladies auto-immunes

N Boughanmi, D Kaffel, I Zouch, M Slouma, I Cherif, W Hamdi, MM Kchir
Service de Rhumatologie, Institut M Kasbi

INTRODUCTION:

La polyarthrite rhumatoïde (PR), chef de file des rhumatismes inflammatoires chroniques, est aussi une maladie auto-immune (MAI) qui peut se compliquer ou s'associer à d'autres MAI. L'objectif de notre étude est de déterminer la nature des MAI associées à la PR et d'analyser les caractéristiques cliniques, biologiques et immunologiques de ces PR.

PATIENTS ET METHODES:

Etude rétrospective incluant 15 patients atteints de PR (répondant aux critères de l'ACR 1987) associée à d'autres MAI, colligés dans notre service sur une période de 8 ans (2006-2013).

RESULTATS:

15 patients (14F/1H).

Age moyen : 45,2 ans [35-58 ans].

Durée moyenne d'évolution de la PR: 5ans.

Le diagnostic de MAI précédait celui de la PR dans 5 cas.

La forme polyarticulaire était notée dans 11 cas (73.33%).

Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 80% des patients.

Le facteur rhumatoïde était positif dans 86% des cas et les ACPA dans 66,6% des cas

Le score DAS28 moyen au moment du diagnostic de la PR = 4,1.

Les différentes MAI associées à la PR sont résumées dans la figure 1.

DISCUSSION:

Les associations de maladies auto-immunes sont fréquentes d'emblée ou au cours de l'évolution. Les résultats de notre série sont comparables à ceux de la littérature. Le syndrome de gougerot sjörgren est la MAI la plus fréquemment associée à la PR. L'association lupus érythémateux systémique et d'une PR (rhupus) est une condition clinique rare. A travers le monde une cinquantaine cas de Rhupus ont été décrits [1]. Dans notre série nous avons retrouvé 2 nouveaux cas. Plusieurs gènes sont incriminés. En effet le PTPN22 joue un rôle dans la PR, le lupus, le vitiligo et le diabète de type 1. Egalement l'IRF5 joue un rôle dans le lupus, la PR et qui, plus récemment, a montré qu'il jouait aussi un rôle dans le syndrome de Gougerot-Sjögren (Tous ces gènes ne sont donc pas spécifiques d'une maladie mais favorisent un état d'auto-immunité). Les PR associées à d'autres MAI sont souvent plus sévères ce qui est le cas de nos patients.

CONCLUSION:

Les PR associées à d'autres MAI sont souvent plus sévères, avec des complications plus fréquentes et des implications thérapeutiques particulières d'où l'intérêt de les rechercher systématiquement.

Références:

1-I Hachicha, H Fourati, R Akrouf, S Baklouti. Syndrome de Rhupus: à propos de deux observations. Pan Afr Med J. 2012; 12: 50.

Fig 1: Les différentes MAI associées à la PR



FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

S. Kochbati ; S. Boussaid; L. Baili; A. Ben Maatallah; F. Essafi; B. Ben Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur

Introduction

L'ostéoporose est une complication bien connue de la polyarthrite rhumatoïde (PR) qui peut être responsable de fractures. Elle est caractérisée par la complexité des facteurs de risque, incluant l'ostéoporose primaire, l'inflammation ;, l'immobilisation et l'usage des corticoïdes.

Le but de cette étude est d'évaluer la masse osseuse au cours de la PR et de dégager les facteurs associés à la perte osseuse ;

Patients et méthodes

Méthodes :

Etude transversale portant sur 55 cas de PR (critères de l'ACR). La densité minérale osseuse (DMO) a été évaluée par la méthode DEXA aux sites fémoraux et au rachis lombaire.

La DMO a été corrélée aux données épidémiologiques, aux facteurs susceptibles d'influer la perte osseuse (âge et statut ménopausique ; durée d'évolution de la PR ; durée d'évolution de la PR ; activités de la maladie, corticothérapie.

Patients :

55 cas de PR ; 47 femmes et 8 hommes ; âge moyen 56,3ans+/-10,9ans ; ancienneté de la PR : 11,8+/-8,3ans ; FR (+) 76% des cas ; PR érosive : 76% des cas. Les femmes sont ménopausées dans 69% des cas. 89% des patients sont sous corticoïdes au long cours (posologie moyenne de 8,6 mg/j).

Conclusion

Ainsi notre étude confirme que la perte osseuse est fréquente chez les patients atteints de PR.

L'ancienneté de la maladie; la ménopause et sa durée et la corticothérapie représentent les facteurs de risques importants d'ostéoporose au cours de la PR.

Tableau1: caractéristiques des malades

paramètres	valeurs
Sexe ratio (F/H)	5,87
Âge moyen (an)	56,6
Ancienneté de la mldie (an)	11,8
FR+	76%
Erosion +	76%
Ménopause	69%
corticothérapie	89%

Résultats

Selon la classification de l'OMS de l'ostéoporose (OP), les résultats du T score sont en faveur

- ❖ d'une **OP** chez 30 cas (54,5%) (27F; 3H) ;
- ❖ une **ostéopénie** chez 13 cas (23,6%) (11F ; 2H).
- ❖ La DMO est **normale** chez 12 cas (21,8%) restants.

L'OP est observée

- au site lombaire dans 24 cas ;
- au site fémoral dans 15 cas.
- D'après le test de Mac Nemar l'OP a concerné avec prédilection le rachis lombaire.

➢ L'**ostéopénie**, a été observé au rachis lombaire dans 3 cas ; et au site fémoral dans 9 cas.



Discite cervicale au cours de la polyarthrite rhumatoïde

K.Ben Abdelghani, K.Maallah, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

Introduction:

- L'atteinte du rachis cervical est fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- La discite rhumatoïde est une manifestation peu fréquente.
- Nous rapportons une nouvelle observation de discite rhumatoïde cervicale

Observation:

Mme K.F âgée de 43 ans hospitalisée pour une poussée polyarticulaire d'une PR.

Examen: Rachis cervical souple douloureux à la mobilisation, Compte articulaire=16/10, examen neurologique normal.

Biologie: VS=20, CRP=11,6 mg/l, pas d'hyperleucocytose. DAS28= 5,9.

Radiographie du rachis cervical: Luxation C1C2 (12mm) réductible en hyper extension et pincement de C3-C4 avec irrégularité des plateaux adjacents.

IRM rachis cervical: Panus synovial rhumatoïde périodontoidien de 9,5mm, pincement C3-C4 avec irrégularité des plateaux vertébraux et rehaussement de disque après injection Gadolinium traduisant l'aspect d'une discite inflammatoire pure.

L'enquête infectieuse: Négative.

➔ Diagnostic de discite rhumatoïde retenu.

Traitement: Bolus de solumédrol puis méthotrexate 10mg/semaine, prednisone à la dose de 10 mg avec immobilisation du rachis cervical par un collier

Évolution: Nette amélioration des cervicalgies

Discussion:

La fréquence de la discite inflammatoire est difficile à préciser car elle est peu symptomatique et expose rarement à des complications neurologiques, elle est associée à l'importance des érosions des articulations périphériques, aux facteurs de susceptibilité tels les antigènes HLA (HLA-DRB*1 04), ainsi qu'à la présence de facteurs rhumatoïdes et de nodules rhumatoïdes(1). Notre patiente présentait deux facteurs de risques; le caractère érosif et la séropositivité de la maladie

Conclusion:

Une discite chez un patient atteint de PR doit toujours faire rechercher une origine infectieuse.

La discite rhumatoïde reste un diagnostic d'élimination

Tuberculose ostéoarticulaire multifocale: A propos de 3 cas

A.Aouadi; S.Rekik; R.Dhahri; H.Sahli; N.Meddeb; E.Cheour; M.Elleuch.
Service de Rhumatologie, CHU la Rabta.

Introduction

La localisation multifocale de la tuberculose ostéoarticulaire est une forme rare de cette affection. Sa survenue chez un sujet immunocompétent est exceptionnelle. Nous en rapportons trois observations.

Observations

Observation1: Patiente âgée de 49 ans était hospitalisée pour exploration d'une arthrite chronique du genou gauche. L'examen a montré un choc rotulien positif avec des signes inflammatoires locaux. Les radiographies standards ont montré une arthrite destructrice du genou avec une symphysite pubienne. L'examen anatomopathologique de la membrane synoviale était en faveur d'une synovite tuberculeuse. La patiente a eu un traitement antituberculeux pendant 06 mois. L'évolution a été marquée par l'apparition d'une collection inguinale fistulisée ayant bien évolué après drainage.

Observation2: Patient âgé de 54 ans, hospitalisé pour des lombalgies et des fessialgies inflammatoires avec altération de l'état général évoluant depuis 03 mois. Les radiographies standards ont montré une sacroiliite droite avec un pincement du disque L4L5. L'IRM a conclu à une spondylodiscite compliquée d'une épидурite associée à une sacroiliite droite. La biopsie disco-vertébrale a confirmé l'origine tuberculeuse. L'évolution était favorable sous traitement antituberculeux prescrit pendant une année.

Observation3: Patient âgé de 30 ans, consulte pour des douleurs chroniques du bras faisant suite à une vaccination par le BCG. Le bilan radiologique a conclu à une ostéite du bras gauche, du tibia du même côté et à une trochantérite gauche. La TDM et la scintigraphie osseuse ont confirmé les mêmes localisations. L'examen anatomopathologique de la pièce de biopsie de la jambe a conclu à une ostéite tuberculeuse. Il a reçu une antibiothérapie antituberculeuse pendant une année avec une évolution favorable.

Discussion

Dans notre petite série, les trois patients ont un âge moyen de 44 ans et n'ont pas d'antécédents pathologiques particuliers, ce qui remet en question la théorie de survenue de tuberculose ostéoarticulaire multifocale uniquement sur un terrain fragile. De ce fait, une oligoarthrite destructrice d'évolution subaigüe ou chronique doit nous mener à suspecter l'étiologie tuberculeuse. Parmi les techniques récentes d'imagerie, l'imagerie par résonance magnétique est un moyen diagnostique intéressant mais qui ne dispense pas de la preuve anatomopathologique qui reste le seul moyen de certitude diagnostique. La durée du traitement antituberculeux est, sauf en cas de complications, la même que pour la tuberculose monofocale.

Conclusion

L'arthrite tuberculeuse est souvent mono-articulaire. Une atteinte multifocale nécessite une prise en charge rapide car elle peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel.

Références:

[1]Hassen-Zrouer S, Younes M, et al. Dactylite tuberculeuse multifocale : à pro

La pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR) et Maladie de Horton du sujet âgé : A PROPOS DE 28 CAS

I. Hachicha, R. Akrouf, M. Ezzeddine, F. Abid, H. Fakhfakh, H. Fourati, S. Baklouti
Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

La PPR est un syndrome rhumatismal du sujet âgé touchant classiquement les ceintures scapulaires et pelviennes. La PPR peut être isolée ou associée d'emblée à une maladie de Horton. Sa présentation clinique peut poser un problème diagnostique avec d'autres pathologies inflammatoires à cet âge. Le but de notre étude est de préciser le mode de présentation clinique, les principales thérapeutiques préconisées et les modalités évolutives

Résultats :

I- Epidémiologie

1-Fréquence:

Parmi 46 patients présentant une PPR, 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,8 %.

2-Age: L'âge moyen est de 75 ans.

3- Sexe: Il s'agit de 25 femmes et de 3 hommes (sex-ratio= 8).

II- Clinique

- La durée moyenne d'évolution des symptômes : 03 ans [extrêmes : 07 j-05 ans].
- Une atteinte des ceintures scapulaires et/ou pelviennes : 75 % patients.
- Les signes généraux : 18 % des cas.
- Les manifestations ostéo-articulaires périphériques à type de synovites ou de polyarthrite à prédominance distale : 50 % des cas.
- Les céphalées observées chez 15 patients sont accompagnées de troubles visuels dans 2 cas.

III- Biologie

- Un SIB : avec VS > 40 mmH1 et une CRP > 6mg/l : 27 cas
- augmentation des phosphatases alcalines et des GGT : 14,3 % des cas

IV- La biopsie de l'artère temporale pratiquée dans 15 cas montre:

- Normale : 6 cas
- Artérite temporale à cellules géantes confirmant (MH) : 2 cas
- Médicalcose de l'artère temporale : 7 cas.

V- Traitement

- La corticothérapie était systématiquement prescrite chez tous nos patients.
- La dose d'attaque varie de 0,3 à 0,5 mg/Kg/j pour une durée moyenne de 01 mois.
- La dégression est ajustée selon les cas par palier de 2 à 10 mg par 15 jours.

VI- Evolution

- Le recul moyen : 15 mois (extrêmes : 02 mois- 06 ans).
- L'évolution clinique et biologique : favorable dans 27 cas (90%).
- Une récurrence de la maladie : 2 cas.

Patients et Méthodes :

Etude Rétrospective (1989- 2013) de 46 dossiers de patients suivis pour PPR dans le service de rhumatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax, 28 cas sont âgés de 65 ans et plus soit une fréquence de 60,8 %. Nous avons exclu toute infection chronique, connectivite ou pathologie maligne

Commentaires :

- La PPR est associée dans 5 à 30 % des cas à la MH. Dans notre série, elles sont associées dans 7 % des cas.
- La PPR et MH surviennent après l'âge de 50 ans. L'incidence augmente avec l'âge avec un pic moyen de 70 ans.
- Une nette prédominance féminine est retrouvée aussi bien dans notre série que dans ceux de la littérature.
- Le syndrome clinique de la PPR est présent chez 40 à 50 % des maladies et révélateur de la MH dans 20 à 40 % des cas.
- Des complications oculaires surviennent chez 5 à 20 % des patients et se révèle le plus souvent par une cécité monoculaire brutale pouvant être précédée de prodromes.
- Le SIB majeur avec VS > 40 mmH1 est présent dans 90% des cas. Des perturbations du bilan hépato-cellulaire se voient dans 20 à 30 % des cas.
- La présence d'anticorps anti-phospholipides a été retrouvé chez 30 % des malades et pourrait être prédictive du risque vasculaire.
- La BAT n'est pas indispensable au diagnostic de MH. Sa sensibilité varie entre 50 et 90%.
- Les radiographies articulaires n'ont aucun intérêt diagnostique mais ont surtout un intérêt dans le diagnostic différentiel avec une polyarthrite Rhumatoïde à début tardif
- IRM et échographie articulaires et abarticulaires : les synovites sont modérées au cours de la PPR contrastant avec de volumineux épanchements des bourses séreuses et des gaines tendineuses
- Le traitement repose sur la corticothérapie qui doit être débutée le plus tôt possible pour diminuer la fréquence des complications vasculaires dans la MH et diminuer les symptômes de la PPR. La décroissance de la corticothérapie s'effectue par paliers dont la fréquence et la valeur sont variables selon les patients. La durée totale du traitement s'échelonne entre 1 à 3 ans en fonction des formes cliniques. La fréquence des rechutes est estimée entre 20 et 50 %

Conclusion:

La PPR s'associe à la MH dans 5 à 30 % des cas, ce sont les vascularites les plus fréquentes du sujet âgé. La présentation clinique avec des arthrites et synovites périphériques retrouvée dans presque la moitié des cas pose un problème de diagnostic notamment avec la PR du sujet âgé. Le traitement repose sur la corticothérapie tout en tenant compte de l'iatrogénie fréquente dans cette tranche d'âge.

Atteinte du rachis cervical au cours du Rhumatisme Psoriasique

I Cherif, H Sahli, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION:

L'atteinte du rachis cervical (RC) est habituelle au cours du rhumatisme psoriasique (RP) et peut être source d'instabilité et de complications neurologiques.

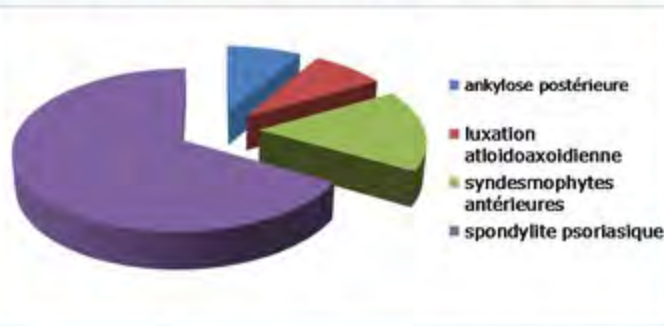
>**Objectif:** Déterminer le profil clinique et radiologique ainsi que les facteurs prédictifs d'une atteinte du rachis cervical au cours du RP.

MATERIELS ET METHODES :

Etude rétrospective des dossiers de patients suivis pour un RP (critères CASPAR) avec atteinte du rachis cervical sur une période de 13 ans [1999-2012]. Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies. Nous avons par la suite procédé à une comparaison entre deux groupes : Groupe 1 (RP avec atteinte du rachis cervical) et Groupe 2 (RP sans atteinte du rachis cervical).

RESULTATS :

- ❖ N=36
- ❖ 12 cas d'atteinte du rachis cervical: 8 hommes et 4 femmes
- ❖ Age moyen= 53 ans [23-74].
- ❖ Les types de l'atteinte du rachis cervical sont résumés dans le graphique n°1.



Graphique n°1: Aspects radiologiques de l'atteinte du rachis cervical

Tableau n°I Caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques

	Groupe 1	Groupe 2
N	12	24
Sexe ratio(H/F)	2	2,2
Durée d'évolution (ans)	8,8 [0,3-18]	7,1 [0-32]
Chronologie du psoriasis :		
-absent	4	7
-antérieur	5	9
-concomitant	3	5
-ultérieur	0	3
Atteinte périphérique	83%	16%
Enthésopathie	50%	20%
Atteinte des sacroiliaques	83%	41%
Coxite	33%	33%
MEA	33%	33%
RN	1,9 [0-5]	1,8 [0-5]
RM (h)	1 [0,08-4]	1,3 [0,2-5]
EVA	74,1 [50-100]	68,1 [100-30]
NAD/NAG	9,7/3,4	6,4/6,4
BASFI	57,6 [19-100]	54,8 [0-96]
BASDAI	66,5 [25-100]	53,1 [0-94]
BASRI	5,8 [0-16]	1,6 [0-12]
CRDO	0,9 [0-4]	0,75 [0-5]
VS	78,8	67,4
CRP	52,3	60,6

DISCUSSION ET CONCLUSION:

L'atteinte du rachis cervical au cours du RP est retrouvée dans 70% des cas[1]. Elle est plus fréquente qu'au cours de la spondylarthrite ankylosante. Elle peut être séparée en deux catégories: L'atteinte cervicale inflammatoire qui est la plus sévère et l'atteinte à type d'ankylose et de syndesmophytes[2]

D'après ce travail, l'atteinte du rachis cervical au cours du RP touche un tiers des patients et semble être liée à une maladie plus sévère ayant une longue durée d'évolution.

L'étude comparative montrait que l'atteinte du rachis cervical était associée à une durée plus longue d'évolution de la maladie, à une fréquence plus élevée de manifestations périphériques et à une maladie plus active (tableau I).

L'étude analytique montrait une corrélation positive et statistiquement significative entre l'atteinte du rachis cervical et le BASRI (p=0,004). Le BASDAI était plus élevé en cas d'atteinte du RC mais la différence n'était pas statistiquement significative (p=0,098).

Références:

- 1) Troussier S et al. Radiological cervical spine involvement in Psoriatic Arthritis. *Rachis* 1996;8:23-30
- 2) BLAU R., KAUFMAN R. :Erosive and spondylitic cervical spine disease in patients with psoriatic arthritis. *J. Rheumatol.*, 1987,14 (1):111-17,



LE SYNDROME DES ANTISYNTHETASES : A PROPOS D'UN CAS

M.Ezzeddine, R.Akrout, F Frikha*, S.Zribi**, S.Baklouti

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

* Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

** Hôpital régional Sidi Bouzid Tunisie

Introduction : Le syndrome des anti-synthétases est un sous groupe de maladie inflammatoire idiopathique qui associe une myopathie inflammatoire, une polyarthrite, un syndrome de Raynaud et caractérisé par la présence d'anticorps spécifique anti synthétase le plus fréquent anti Jo1. Nous rapportons à ce propos une nouvelle observation

Observation : homme âgé de 62 ans

- Pas antécédents pathologiques particuliers
- Il présente depuis 2 ans un tableau de polyarthrite déformante touchant les petites et les grosses articulations de façon bilatérale et symétrique.
- A la radiographie des poignets, présence d'une carpite stade III
- Le facteur rhumatoïde est fortement positif (8880UI/ml) ainsi que les anticorps anti CCP (144UI/ml)
- Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde est retenu selon les critères de l'ARA.
- Dans le bilan des manifestations extra-articulaires, découverte d'un syndrome alvéolo-interstitiel sur la radiographie thoracique.
- Le scanner thoracique confirme la présence d'une pneumopathie interstitielle diffuse du lobe basal gauche et du segment postérieur du lobe supérieur droit associée à un épanchement pleural de moyenne abondance.
- Au bilan immunologique, les anticorps anti-nucléaires sont faiblement positifs (1/320) avec découverte de la présence des anticorps antiPL12 qui rentre dans le cadre d'un syndrome des antisynthétases mais reste une forme incomplète vue l'absence d'atteinte musculaire et de syndrome de Raynaud

Discussion :

•Epidémiologie :

- Maladie rare
- 1 à 2 / 1 million d'habitants
- 2 femmes / 1 hommes.

•Clinique :

- **Myosite :** Déficit moteur bilatéral, symétrique et proximal, myalgies, troubles de déglutition en cas d'atteinte des muscles striés du pharynx (facteur de gravité car risque de fausse-route et de pneumopathies d'inhalation).
- **Pneumopathie interstitielle :** Présente dans plus de la moitié des cas, peut être présente sans atteinte musculaire .Elle évolue indépendamment de l'atteinte musculaire
- **Polyarthrite :** Présente dans un cas sur 2, atteinte distale, rarement érosive
- **Atteinte cutanée :** mains de mécanicien : hyperkératose fissuraire, phénomène de Raynaud
- Examens complémentaires**
- Anticorps anti-synthétases : JO1, PL12, PL7, EJ, OJ...
- Elévation des CPK : inconstante
- Capillaroscopie : microangiopathie organique avec mégacapillaires
- Electromyogramme : présence d'un syndrome myogène (peut être normal)
- IRM musculaire : présence d'hypersignaux musculaires, témoignant de l'activité de la maladie
- EFR : recherche et évaluation d'un syndrome restrictif
- Scanner thoracique en coupes fines : recherche et évaluation de la pneumopathie interstitielle
- Biopsie musculaire: histologie proche de celle de la dermatomyosite.
- Evolution**
- L'association entre un syndrome des antisynthétases et un cancer reste débattue ; il n'y a donc pas de consensus quant à la réalisation systématique d'un bilan à la recherche d'un cancer. Il semble nécessaire de pratiquer un examen clinique complet et une surveillance particulière en ce sens.

•Traitements

- Corticothérapie : 1 mg/kg/j initialement, puis décroissance progressive
- Méthotrexate : en cas de corticorésistance ou de corticodépendance de l'atteinte musculaire ou articulaire
- Immunoglobulines polyvalentes : en cas de troubles de la déglutition
- Cyclophosphamide : en cas de pneumopathie interstitielle évoluée
- Kinésithérapie musculaire passive puis active : elle fait partie intégrante du traitement

Conclusion : le syndrome des anti-synthétases est la forme la plus fréquente de myosite associée à des anticorps. L'atteinte musculaire est parfois tardive voire infra clinique. L'atteinte pulmonaire peut être au premier plan. L'atteinte articulaire est fréquente généralement non érosive. La particularité de notre observation est le caractère érosive des polyarthrites associées à une sérologie rhumatoïde fortement positive.

CAUSE INHABITUELLE D'UNE TUMEFACTION DU POUCE : LA TUMEUR A CELLULES GEANTES DE LA GAINE DU FLECHISSEUR

H Sahli, R Tekaya, M Bani, L Dridi, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, L Chaabouni, R Zouari

Service de Rhumatologie –Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

Les tumeurs à cellules géantes des gaines synoviales des tendons représentent la forme localisée de la synovite villonodulaire hémopigmentée. Leur localisation à la main est inhabituelle. Nous rapportons à ce propos une nouvelle observation.

Observation :

- ❖ Patiente âgée de 62 ans.
- ❖ Aux antécédents de diabète et de thyroïdectomie, droitère.
- ❖ Motif de consultation: dysesthésie et tuméfaction douloureuse de la face palmaire du pouce droit, d'augmentation progressive.
- ❖ Examen: tuméfaction palmaire du pouce droit, ferme, non pulsatile, non douloureuse et multilobée, mesurant 4 cm de grand axe (Figure 1). Cette masse était non adhérente à la peau mais fixée au plan profond. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce étaient conservés. Il n'y avait pas par ailleurs de troubles vasculaires ni de déficit sensitivomoteur en aval.
- ❖ Radiographie standard (Figure 2): épaissement des parties molles.
- Echographie: lésion tissulaire bien limitée au contact du fléchisseur et vascularisée au doppler.
- Un complément par une IRM (Figure 3 et 4): tuméfaction au niveau de la face palmaire de P1 et P2 du pouce droit mesurant 4x1 cm en hypersignal T1et T2 et qui se rehaussait de façon modérée et hétérogène après injection de Gadolinium, évoquant une tumeur à cellules géantes de la gaine du fléchisseur du pouce.
- ❖ Une biopsie-exérèse de cette tumeur était alors réalisée et l'étude histologique a confirmé le diagnostic de tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses.

DISCUSSION:

- ❖ La tumeur à cellules géantes est une tumeur de l'adulte jeune généralement entre 30 et 50 ans avec un maximum entre 40 et 50 ans. L'atteinte féminine est légèrement dominante dans les grandes séries. Comme la plupart des tumeurs des parties molles, l'étiologie des TCGGS de la main reste inconnue.
- ❖ Cliniquement, les deux tiers de ces tumeurs se développent le long des bords de la main et des doigts et généralement en regard des articulations interphalangiennes ou métacarpophalangiennes. L'index est le plus souvent touché suivi par l'auriculaire, le pouce étant le moins atteint. Elle se présente comme une masse généralement unique, indolore à croissance lente qui peut s'étaler sur une vingtaine d'années, de taille variable de 0,5 à 5 cm, polylobée, fixée aux structures profondes, mobiles sous la peau sauf pour les tumeurs distales où il peut exister une adhérence cutanée.

Conclusion:

Les tumeurs à cellules géantes des gaines synoviales sont des tumeurs bénignes mais à malignité locale tout comme les tumeurs à cellules géantes osseuses. Leur évolution lente a comme conséquence un diagnostic tardif. Leur prise en charge repose sur l'exérèse chirurgicale.



Figure 1:
Tuméfaction palmaire du pouce



Figure 2:
Épaississement des PM



Figure 3 et 4:
Hypersignal T2 de la tuméfaction

- Le diagnostic différentiel se pose souvent avec les granulomes à corps étrangers de la main, les fibromes des gaines tendineuses, le kyste mucoïde, le nodule rhumatoïde, le lipome ou une infection.
- ❖ La radiographie standard permet de voir les érosions corticales par hyperpression tumorale et de rechercher des calcifications intratumorales. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'existence de lésions osseuses est corrélée à un taux élevé de récurrences. L'échographie confirme la structure tissulaire de la masse sans préjuger de son étiologie. L'IRM est plus intéressante que le scanner en faisant à la fois un bilan lésionnel précis et une exploration locale. À l'IRM, la tumeur a des limites discrètement bien définies et développées au contact d'une gaine synoviale. Elle apparaît en hyposignal en séquence pondérée en T1 et en hypersignal en séquence pondérée en T2, elle est rehaussée de manière diffuse après injection de gadolinium. La mise en évidence d'hémossidérine qui apparaît moins fréquente dans les formes articulaires, permet de confirmer le diagnostic.
- ❖ Le traitement des TCGGS est chirurgical. L'étude anatomopathologique confirme le diagnostic.
- ❖ L'évolution est surtout dominée par les récurrences qui varient selon les séries de 0 à 26 %. Il faut signaler qu'aucune dégénérescence maligne n'a été rapportée dans la littérature.
- ❖ Les éléments de mauvais pronostic sont : la localisation à l'IPD ou à l'IP du pouce ; l'existence d'une arthrose de l'IPD ; et l'envahissement osseux.

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

La nodulite ou nodulose rhumatoïde est une entité rare de nosologie discutée. Elle est caractérisée par la présence de nombreux nodules rhumatoïdes, d'une symptomatologie articulaire récidivante, de géodes osseuses sous-chondrales et d'une sérologie rhumatoïde positive contrastant avec une évolution bénigne et l'absence de signes francs de polyarthrite rhumatoïde. Nous rapportons une nouvelle observation.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 60ans, qui a consulté pour des arthralgies inflammatoires bilatérales et symétriques des grosses et des petites articulations des mains et des pieds. L'examen a mis en évidence de nombreux nodules sous-cutanés disséminés aux membres supérieurs sans synovite. Le bilan radiologique était normal. Le bilan immunologique était négatif. Une biopsie a été alors pratiquée et a confirmé l'origine rhumatoïde.

DISCUSSION

- ✓ La nodulite rhumatoïde est une forme rare de maladie rhumatoïde avec des critères qui ont été retenus pour son diagnostic. On retrouve peu de cas rapportés dans la littérature et le recul par rapport au début de la maladie est le plus souvent peu important.
- ✓ Quatre critères sont requis comportant l'association de nodules sous-cutanés, dont la nature rhumatoïde est prouvée histologiquement, des épisodes d'arthrites récidivantes évoluant sous la forme d'un rhumatisme palindromique, avec peu ou pas de signes systémiques et une évolution bénigne en dépit de sa « séropositivité ».
- ✓ Les manifestations articulaires sont le plus souvent inaugurales ; comme dans notre observation. Elles comportent des polyarthralgies fugaces de quelques jours ou des poussées d'oligopolyarthrites migratrices avec peu ou pas de synovites.
- ✓ La pathogénie de la nodulite rhumatoïde reste, à l'heure actuelle, mal élucidée. Pour beaucoup d'auteurs, il s'agit d'une forme clinique particulière de PR, du fait notamment de la positivité du facteur rhumatoïde et de la nature histologique rhumatoïde des nodules. Le nodule rhumatoïde n'est pas non plus spécifique de la PR. Il peut se voir, plus rarement, dans les connectivites.

CONCLUSION

A travers cette observation, nous discutons les particularités cliniques, biologiques et radiologiques, ainsi que les modalités thérapeutiques de cette affection.

Les arthrites réactionnelles

o O.Saidane ; Th.Guermen ; I. Mahmoud ; R. Tekaya ; H. Sahli ; L. Abdelmoula ;
R. Zouari

Service de rhumatologie hôpital Charles Nicolle

Introduction

Les arthrites réactionnelles sont des arthropathies inflammatoires, survenant en réaction à une infection à distance de l'articulation sans germe intra articulaire. L'objectif de notre étude est de décrire les particularités cliniques biologiques et radiologiques des patients présentant une arthrite réactionnelle.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective descriptive incluant des patients admis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle entre 2006 et 2014 et chez qui le diagnostic d'arthrite réactionnelle a été posé.

Résultats

12 dossiers ont été colligés

Les résultats sont résumés dans ce tableau

N°	N°
Age (moy)	54,7
Sexe (M/F)	6/6
Cause	12
Mécanisme de lésion	
Traumatisme	2
Infection	4
Autre	6
Site de lésion	7
Oligoarthrite	4
Oligoarthrite	2
Polyarthrite	1
Autre	12
Prédisposition génétique	0
HLA B27 positif	8
Autre	4
Autre	1
Autre	2
Autre	1
Autre	12
Autre	0
Autre	2

Discussion

La prévalence des ARé est faible et elle est en régression surtout dans les pays occidentaux .le diagnostic positif n'est pas toujours aisé quand un germe compatible n'est pas mis en évidence.la recherche de l'HLA B27 trouve ici tout son intérêt en particulier lorsque les critères de SPA ne sont pas remplis. En effet la fréquence de l'HLA B27 est de 60 % dans les ARé post chlamydiennes contre 37 % dans notre série et elle est de 70 % à 80 % en cas d'ARé succédant à une infection digestive. L'évolution se fait le plus souvent vers une rémission lente mais on trouve une évolution secondaire dans 20 à 50 % des cas avec une SPA typique dans 10 à 20 % des cas comme c'est le cas dans notre série avec 16 % des patients qui ont développé une SPA. Les traitements antibiotiques sont inefficaces sauf dans les ARé a Chlamydiae comme en témoigne la bonne évolution de nos malades. Les traitements symptomatiques ou de fond sont superposables a la SPA.

Conclusion

Les arthrites réactionnelles peuvent se présenter sous des formes très diverses et restent assez fréquentes en Tunisie. Elles surviennent le plus souvent au décours d'une infection à chlamydiae, mais les étiologies rares telles qu'une hydatidose sont possibles.

MYÉLOME MULTIPLE AVEC HYPERLEUCOCYTOSE IMPORTANTE EN DEHORS D'UNE LEUCÉMIE: VOTRE DIAGNOSTIC ?

Younes M, Hacfi H, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

INTRODUCTION :

L'hyperleucocytose importante au cours du myélome multiple (MM) est inhabituelle et doit faire rechercher une origine infectieuse, une leucémie chimio-induite ou une leucémie à plasmocytes, voire même une origine paranéoplasique par sécrétion de Colony Granulocyte Stimulating Factor (C-GSF).

OBSERVATION :

Patiente DH, âgée de 58 ans, connue atteinte d'un MM IgG K avec des GB=8710/mm³ au moment du diagnostic. Ce myélome a été traité par chimiothérapie type Alexanian avec obtention d'une rémission partielle. Neuf mois après, survenue d'une rechute de la maladie avec des GB 23400/mm³ (PNN=92%). Le bilan infectieux était négatif et la ponction sternale avait éliminé une leucémie notamment à plasmocytes. La patiente a été remise sous la même chimiothérapie puis sous thalidomide, mais l'hyperleucocytose a continué d'augmenter jusqu'à 82600 EB/mm³. L'évolution était marquée par une chimiorésistance et la survenue d'un décès après un recul de 6 ans. Devant cette hyperleucocytose importante et la négativité du bilan étiologique, une origine paranéoplasique par sécrétion de C-GSF par les plasmocytes tumoraux paraît très plausible. Cette étiologie a été décrite dans seulement 3 cas dans la littérature mais n'a pas pu être confirmée par le dosage de ce facteur de croissance granulocytaire chez notre patiente.

DISCUSSION

Cette étiologie paranéoplasique par sécrétion de C-GSF a été décrite dans seulement 3 cas dans la littérature mais n'a pas pu être confirmée par le dosage de ce facteur chez notre patiente.

Le nombre de GB=29 000 à 99 000/mm³ (PNN>82%). Notre patient GB=82600/mm³, C-GSF ↗ jusqu'à 1500 ng/ml (N:5,78-27,5)

Dans ces 3 cas le myélogramme a éliminé le diagnostic de Leucémie (LMC). L'étude immunohistochimique des plasmocytes à l'anticorps anti-C-GSF réalisée dans 2 cas était positive. L'expression de l'ARNm de G-CSF est positive dans ces cas et négative dans les cas témoins de MM sans hyperneutrophilie.

Certains ont montré une sécrétion directe de G-CSF par ELISA après culture des plasmocytes tumoraux.

L'évolution était fatale dans un cas dans un tableau de Broncho-pneumopathie et atélectasie. Un cas a montré une résistance à l'association (Melphalan-prednisone) avec amélioration sous polychimiothérapie (Ranimustine, vincristine, melphalan et dexaméthasone) avec ↘ de G-CSF et des GB. Notre cas: rémission partielle sous melphalan-prednisone avec une survie ~ de 5 ans.

CONCLUSION

Devant une hyperleucocytose au cours du MM il ne faut pas oublier l'origine paranéoplasique par sécrétion de C-GSF.

Cette hyperleucocytose ne semble pas grever le pronostic du MM mais suscite certainement un ajustement thérapeutique qui reste à préciser.



Effet de l'acupuncture sur les algies de l'épaule

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

Introduction :

La pathologie abarticulaire de l'épaule est fréquente. Elle est source parfois d'un handicap majeur par la réduction de la mobilité. Le contrôle des douleurs doit être la priorité dans cette pathologie. Les traitements médicamenteux, reçus par voie orale ou locale, ne sont pas toujours efficaces et se trouvent parfois contre indiqués chez certains patients.

Objectif

Démontrer l'apport de l'acupuncture sur le traitement de l'épaule douloureuse

Matériels et méthodes :

- ❖ **Etude** prospective sur 6 mois
- ❖ **Inclusion:** Epaule douloureuse secondaire à une pathologie ordinaire
- ❖ **Exclusion:** épaules douloureuses d'origine tumorale, infectieuse ou traumatique
- ❖ **Durée:** 6 séances d'acupuncture
- ❖ **Evaluation:** EVA douleur, consommation médicamenteuse

Résultats:

- ❖ **21 patients :** 15 femmes et 6 hommes.
- ❖ **Age moyen :** 52 ans [21-80 ans].
- ❖ **Ancienneté** des scapulalgies: 3 ans et 4 mois [1 mois-15 ans].

Evaluation selon l'amélioration de l'EVA douleur après la 3^{ème} et la 6^{ème} séance:



Tableau résumant la diminution de la prise médicamenteuse:

Prises médicamenteuses	Moyennes des résultats	
	3 ^{ème} séance	6 ^{ème} séance
Diminution des prises	54%	72%
Arrêt des médicaments	29%	46%

A noter:

- ❖ La baisse des algies de l'épaule était inversement proportionnelle à son ancienneté.
- ❖ Les sujets initialement convaincus de l'efficacité de l'acupuncture ont un taux d'amélioration légèrement plus élevé.

Discussion:

Le recours à l'acupuncture dans le traitement des scapulalgies chroniques reste faible dans notre pays. Une évaluation a été faite en Corée et qui a montré que seulement 17,5% des patients vus en acupuncture, le motif était une algie de l'épaule [1].

D'après notre étude, le traitement des épaules douloureuses par acupuncture a prouvé son efficacité. ceci a été prouvé aussi par l'étude de FuQN et al [2].

Conclusion :

A travers ce travail nous remarquons que l'acupuncture ; un traitement peu prescrit au cours des algies de l'épaule ; semble être assez efficace puisque dans notre travail nous observons une réduction des douleurs de plus de 50% à la fin de la cure chez tous les patients. Sa prescription doit être plus large surtout que ceci nous permet de réduire la consommation médicamenteuse parfois délétère.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

TRISMUS REVELATEUR D'UN RHUMATISME PSORIASIQUE

K. Ben Abdelghani, M. Slouma, L. Souabni, S. Kassab, S. Chekili, A. Laatrar, L. Zakraoui
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa

INTRODUCTION

- L'atteinte clinique de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) est peu fréquente au cours du rhumatisme psoriasique RP mais est souvent masquée par les plaintes douloureuses des autres articulations.
- L'arthrite de l'ATM est rarement inaugurale d'un RP.

Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant un RP révélé par une arthrite de l'articulation temporo-mandibulaire.

OBSERVATION

- Mme CS âgée de 62 ans
- Pas d'**antécédents** pathologiques a
- **Motif de consultation** : trismus gênant la mastication.
- **L'examen** a montré une limitation de l'ouverture de la bouche avec une douleur exquise à la palpation des ATM.
- Elle avait une synovite du poignet gauche, des articulations interphalangiennes proximale et une arthrite des genoux. Le rachis était souple.
- **L'examen cutané** a révélé des lésions psoriasiques au niveau de la face d'extension des coudes.
- **Le bilan biologique** a objectivé un syndrome inflammatoire avec une VS à 60 mm et une CRP à 41 mg/l.
- **Le bilan immunologique** n'a pas révélé de facteur rhumatoïde ni d'anti-CCP.
- **Les radiographies des mains** ont objectivé une carpite érosive plus importante à gauche, des érosions des IPP et des IPD associé à des signes de reconstruction.
- **Les radiographie du rachis et des sacro-iliaques** étaient normales.
- **La radiographie des ATM** a objectivé l'existence d'un pincement.
- **Le diagnostic de RP dans sa forme périphérique a été retenu selon les critères de CASPAR.**
- **Traitement**: corticoïdes, myorelaxants et methotrexate
- **Evolution** : bonne après un recul de 3 ans

DISCUSSION

- L'atteinte inflammatoire des ATM est une localisation inhabituelle au cours du RP.
- L'existence d'une atteinte articulaire et de lésions cutanées de psoriasis font évoquer le diagnostic de rhumatisme psoriasique.
- L'atteinte des ATM peut rester longtemps asymptomatique et se révéler au stade d'ankylose.
- Une prise en charge précoce permettrait de limiter le risque d'évolution vers l'ankylose

CONCLUSION

Le trismus révélateur d'un rhumatisme psoriasique fait l'originalité de notre observation.
Devant tout trismus, la recherche de signes cliniques et paracliniques en faveur d'un rhumatisme inflammatoire permet d'établir un diagnostic positif et une prise en charge adéquate

Neuropathie axonale au cours du lupus érythémateux systémique : A propos de deux cas

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 manifestations neurologiques au cours du lupus érythémateux systémique (LES) sont fréquentes et polymorphes. Elles sont dominées par les atteintes centrales. Les atteintes périphériques sont observées dans 2 à 30 % des cas. Elles sont largement représentées par l'atteinte des nerfs crâniens, les multinévrites sont rares. Nous en rapportons deux observations.

OBSERVATIONS

Le tableau suivant résume les 2 observations:

Nombre de patients	2 Femmes
Age moyen	47,5 ans
Délai moyen d'apparition de l'atteinte neurologique	✓ 11,5 ans [10 - 13] ✓ Diagnostic de LES (au moins 4 critères de l'American College of Rheumatology (ACR) 1997)
Signes fonctionnels	Paresthésies des membres au décours d'une poussée de la maladie
Electromyogramme	Neuropathie sensitivo-motrice sévère bilatérale de type axonale (n=2)
Biopsie neuromusculaire	Atteinte neurogène : atrophie neurogène (n=2)
Traitement	✓ Corticothérapie à forte dose a été instaurée dans les 2 cas



Evolution favorable et régression des signes dans un cas.

✓ Dans le second cas, l'amélioration n'a été obtenue qu'après l'adjonction de bolus de Cyclophosphamide.

CONCLUSION

L'atteinte neurologique périphérique au cours du LES doit être recherchée systématiquement devant tout tableau évocateur, afin d'instaurer un traitement adéquat.

DISCUSSION

- ❖ La prévalence des neuropathies périphériques au cours du lupus varie selon les critères utilisés pour le dépistage. Elle est de 2 à 18 % quand il s'agit de critères cliniques, et de 25 à 30 % si l'on se fonde sur l'étude de la conduction nerveuse [1].
- ❖ Il s'agit le plus souvent de neuropathies survenant à l'occasion d'une poussée lupique, ou en association avec une atteinte du système nerveux central [2].
- ❖ Les atteintes périphériques sont exceptionnellement révélatrices de la maladie. Les polyneuropathies distales symétriques, sensitives pures ou sensitivomotrices, et les mononeuropathies multiples représentent les atteintes périphériques les plus fréquentes [1].
- ❖ Les polyradiculonévrites subaiguës ou chroniques sont plus rares, et sont caractérisées par la présence d'un syndrome inflammatoire biologique et d'une hyperprotéinoravhie [3].

REFERNCES

- [1] Refai MA, et al. Neuropathie Périphérique au cours du lupus érythémateux disséminé avec vascularite épineurale et anticorps antiphospholipide. Rev Neurol. 2007;163(1):103-6
- [2] N. Ahbeddou, et al. Thrombose veineuse cérébrale et polyradiculonévrite aiguë révélant un lupus érythémateux disséminé. Rev Neurol. 2010;166:458-63
- [3] E. Ait Benhaddou, et al. Polyradiculonévrite aiguë de type Guillain Barré révélant un lupus érythémateux aigu disséminé : étude de deux cas et revue de la littérature. Rev Neurol. 2003;159:599-608



LA MALADIE DE KIENBOCK. A PROPOS DE 4 CAS

Hachfi H, Younes M, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

Introduction :

L'ostéonécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck) se rencontre essentiellement chez l'homme jeune. Elle est souvent d'origine traumatique ou micro traumatique ou parfois secondaire à une corticothérapie. Elle touche préférentiellement le coté dominant à cause des facteurs favorisants professionnels.

Nous en rapportons 4 observations en rappelant les caractéristiques cliniques et radiologiques de cette pathologie.

Observation :

Il s'agit de deux hommes et deux femmes d'âge moyen de 34 ans (24-45 ans). Un facteur favorisant professionnel était retrouvé dans 2 cas, un traumatisme du poignet dans un cas et une corticothérapie dans un cas de polyarthrite rhumatoïde. Une douleur mécanique localisatrice au poignet était retrouvée dans tous les cas. Le délai diagnostique moyen était de 2,5 mois (1-6 mois). L'examen clinique a trouvé une douleur exquise en regard du semi lunaire et à l'hyper extension du poignet avec une limitation de la mobilité du poignet dans 3 cas. Les radiographies standard du poignet de face et de profil ont montré une condensation avec affaissement du semi lunaire sans luxation antérieure du poignet. Le scanner pratiqué dans 2 cas a confirmé l'ostéonécrose et a objectivé aussi un aspect fragmenté du semi lunaire dans un cas. Le traitement était médical dans tous les cas basé sur le traitement symptomatique et les orthèses de repos avec une amélioration partielle. Le traitement chirurgical n'était pas retenu en l'absence d'instabilité ou de subluxation du poignet.



Radiographies standard du poignet de face:
condensation avec affaissement du semi lunaire.



TDM: ostéonécrose du semi-lunaire.

Discussion:

Depuis sa description initiale par Robert Kienböck en 1910, la nécrose ischémique du lunatum est une pathologie dont l'étiologie, l'histoire naturelle et la prise en charge restent controversées. Il est actuellement admis qu'il s'agit d'une maladie idiopathique, dont la genèse repose sur une combinaison de facteurs anatomiques prédisposants (variance ulnaire négative, faible pente radiale) et de facteurs traumatiques (hypersollicitation chronique, lésions ligamentaires ou osseuses aiguës) qui aboutissent à la création d'une hyperpression au sein du lunatum.

La maladie de Kienböck est une pathologie relativement rare. Elle touche plus souvent les hommes que les femmes et apparaît généralement entre 20 et 50 ans. Le début des symptômes est insidieux. Initialement, il s'agit de douleurs dorsales du poignet, puis apparaissent le gonflement et la raideur.

Mais le diagnostic est radiologique. La maladie progresse selon différents stades selon la classification de Lichtmann Au stade I, le scanner et surtout l'IRM permettent un diagnostic précoce. Cliniquement les douleurs sont intermittentes, associées éventuellement à une perte de force et un gonflement modéré du poignet. Au stade II, il y a une augmentation de la densité osseuse du lunatum sur les clichés standards puis au stade IIIA un effondrement du lunatum. Cliniquement, la raideur est importante. Enfin au stade IIIB et IV, une subluxation du scaphoïde est observée.

À chaque stade, différents traitements sont proposés. Au début, une immobilisation peut être proposée. Pour les stades 3 et 4 à index radio-ulnaire normal, les opérations classiques sont la résection de la première rangée du carpe ou à des arthrodèses partielles du carpe. Aussi, une solution plus conservatrice a été évaluée chez des patients jeunes, porteurs d'une maladie évoluée : c'était le remplacement du semi-lunaire par un greffon cartilagineux costal. Mais, un suivi à plus long terme est nécessaire.

Conclusion :

L'ostéonécrose du semi lunaire est de diagnostic facile sur les radiographies au stade avancé. Au début des symptômes, on peut avoir recours à la tomodensitométrie ou à la scintigraphie pour confirmer le diagnostic. Le handicap est souvent majeur et le traitement médical est souvent insuffisant.

Dysarthrie ataxique révélatrice d'un syndrome de Fahr

Hanen Loukil, Faten Frikha, Mouna Snoussi, Raida Ben Salah, Sahar El Aoud, Zouhir Bahloul

Service de Médecine interne CHU Hédi Chaker, Sfax-Tunisie

INTRODUCTION

Le syndrome de Fahr (SF) est une entité anatomo-clinique rare, décrite la première fois par Karl Theodor Fahr en 1930, et définie radiologiquement par l'existence de calcifications cérébrales, bilatérales et symétriques touchant les noyaux gris centraux (NGC) [1]. Les manifestations cliniques sont diverses, mais caractérisées par la prédominance des manifestations neuropsychiatriques.

Nous rapportons l'observation d'un patient qui a été hospitalisé pour des troubles neurologiques (dysarthrie et ataxie) et dont les examens ont permis la découverte d'un syndrome de Fahr.

OBSERVATION

Un homme âgé de 39 ans était hospitalisé pour une asthénie physique et psychique, une dysarthrie et une ataxie. Dans ses antécédents, on notait une cataracte bilatérale opérée et une épilepsie de type grand mal non explorée.

A l'examen, il existait un trouble de la marche à type d'instabilité à la station debout, associé à des troubles de la parole à type de dysarthrie avec des accès de bredouillement et un ralentissement idéomoteur. Il n'existait pas de déficit sensitivomoteur. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. Le tonus était un normal. Il n'y avait pas trouble de la coordination, ni d'atteinte des nerfs crâniens.

La tomodensitométrie (TDM) cérébrale révélait des calcifications intracérébrales, bilatérales et symétriques, intéressant les noyaux gris centraux, les noyaux dentelés du cervelet et la substance blanche péri-ventriculaire (figures 1,2,3).

Les examens biologiques mettaient en évidence une hypocalcémie à 1,55 mmol/l (N: 2,25-2,60), une hyperphosphorémie à 2,1 mmol/l (N: 0,8-1,45). Le taux sérique de parathormone, mesuré par méthode radio-immunologique directe était de 5 pg/ml (N : 15-56 pg/ml). Le dosage de la vitamine D était normal. Le bilan immunologique, hormonal, thyroïdien ainsi que la fonction rénale et la protidémie étaient sans anomalies. L'électrocardiogramme objectivait un allongement de l'espace QT. L'échographie cervicale montrait une glande thyroïde d'échostructure normale.

Le diagnostic de syndrome de Fahr révélant une hypoparathyroïdie (probablement primitive auto-immune) était retenu et un traitement substitutif associant du calcium (3g/j) et de la vitamine D (un- alfa 1 µg une fois par jour) fut entrepris.

L'évolution à quatre mois était marquée par une amélioration biologique mais avec persistance des troubles neurologiques. Au scanner X cérébral de contrôle, les images radiologiques étaient inchangées.

CONCLUSION: Le syndrome de Fahr est une entité anatomo-clinique et radiologique rare, aux multiples aspects cliniques et étiologiques, dont le mécanisme physiopathologique des lésions reste mal élucidé. Notre observation souligne l'intérêt de rechercher des anomalies du métabolisme phosphocalcique et la présence de calcifications cérébrales chez les patients présentant des troubles neurologiques afin de mettre en route les mesures thérapeutiques appropriées. Le pronostic de ce syndrome est bon car la correction de ces troubles permet une amélioration des symptômes cliniques.

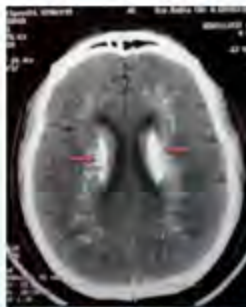


Figure 1 : Scanner cérébral: calcifications des noyaux gris centraux

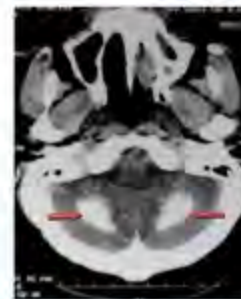


Figure 2 : Scanner X cérébral : calcifications du cervelet



Figure 3 : Scanner X cérébral : calcifications de la substance blanche

DISCUSSION

Le SF est une entité rare, caractérisée sur le plan neuroradiologique par la présence de calcifications striato pallido dentelées, non artério-sclérotiques, bilatérales et symétriques [1,2,3].

Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces calcifications intracérébrales restent mal élucidés. La plupart des auteurs évoquent un trouble métabolique des cellules oligodgliales avec dépôts de mucopolysaccharides et apparition secondaire de lésions vasculaires, périvasculaires et d'incrustations calcaires [4].

Les troubles neurologiques sont assez fréquents et souvent discrets par rapport à l'étendue des lésions anatomoradiologiques, tels que crises épileptiques, syndrome pyramidal, syndrome akinéto-hypertonique, syndrome cérébelleux généralement discret, troubles sphinctériens, mouvements choréo-athétosiques, dysarthrie vraie ou parole bredouillante. L'atteinte des nerfs crâniens et les accès d'hypertension intracrânienne bénigne sont rares. Les troubles psychiques sont présents dans 45% des cas, à type de détérioration intellectuelle, de débilite mentale et parfois de troubles caractériels.

L'hypoparathyroïdie est la cause la plus classique du SF, qu'elle soit primitive ou postopératoire ce qui explique l'association fréquente à des troubles du métabolisme phosphocalcique au cours du SF comme chez notre patient [1,2].

La TDM représente l'examen de choix pour la détection des calcifications intracérébrales [4]. Depuis l'avènement et la pratique plus large des scanners X cérébraux, le diagnostic est plus rapide, grâce à la mise en évidence des calcifications intracérébrales, localisées aux noyaux gris centraux, bilatérales et symétriques. Les localisations les plus fréquentes sont les noyaux striés, le thalamus, les noyaux dentelés, le centre semi-ovale. Ces calcifications peuvent s'étendre aux noyaux dentelés du cervelet réalisant au début de petites opacités régulières et symétriques de la tête des noyaux caudés comme chez notre patient.

Sur le plan thérapeutique, le traitement est symptomatique associant du calcium et du alpha-hydroxy-vitamine D3. Le pronostic du syndrome de Fahr le plus souvent est bon, car les signes cliniques, neuropsychiques régressent après correction des perturbations phosphocalciques.

Profil clinique et difficultés diagnostiques du rhumatisme

Psoriasique sans psoriasis :

Cherif I, Hamdi W, Slouma M, Zouch I, Boughanmi N, Kaffel Dh, Kchir MM
Service de Rhumatologie -Institut Kassab

INTRODUCTION

Le Rhumatisme Psoriasique (RP) sans psoriasis est une forme particulière du RP faisant partie des spondyloarthrites qui se caractérise par une grande originalité radio-clinique et expose souvent à des difficultés de diagnostic vu l'absence d'atteinte cutanée.

➤ But: Déterminer les caractéristiques cliniques et radiologiques ainsi que les critères de diagnostic du RP sans psoriasis.

PATIENTS ET METHODES

- Etude rétrospective des dossiers de patients suivis pour un RP sans psoriasis sur une période de 8 ans [2006-2014].
- Les données clinico-radiologiques et les critères de diagnostic ont été analysés.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques de la population d'étude:

- 4 hommes et 5 femmes: sexe-ratio=0,8
- Age moyen= 46,7 [24-74]
- Antécédents familiaux de psoriasis: 5 cas

Caractéristiques cliniques:

Paramètres cliniques	Valeur moyenne
Durée d'évolution	10,6 ans[0,5-21]
Type de l'atteinte articulaire inaugurale:	
➤ Axiale	1
➤ Périphérique	1
➤ Mixte	7
Atteinte périphérique:	
➤ Polyarthrite	3
➤ Oligoarthrite	1
➤ Monoarthrite	1
➤ arthralgie	2
Atteinte des IPD	5
NAD	9,6[0-26]
NAG	2,2[0-5]

Caractéristiques radiologiques:

Paramètres	Fréquence
Destruction	5
Déformation	3
Sacroiliite	8
Coxite:	5
Pseudorhumatoïde	2
Pseudoarthrosique	1
Engainante	1
Atteinte du rachis cervical	3
BASRI	6
CRDO	3,6

BASDAI=4,7
BASFI=4,9
VS=36,8
CRP=18

DISCUSSION

Le RP est une forme particulière de rhumatisme inflammatoire qui peut être reconnu même en l'absence de psoriasis (6 à 21%) [1].

La présentation oligoarticulaire est la plus fréquente.

Dans les formes mixte, l'atteinte des sacroiliaques est le plus souvent asymétrique [2].

L'atteinte des IPD se voit dans 5% des cas [2].

Le diagnostic est souvent porté sur l'atteinte du rachis cervical plus fréquente, contrastant avec une atteinte lombaire peu enraidissante avec des syndesmophytes en agrafe.

CONCLUSION

Notre série montre que le RP sans psoriasis se caractérise par une longue durée d'évolution et la fréquence des formes mixtes et séronégatives. La connaissance des différents critères de diagnostic et de classification permettent d'établir un diagnostic précoce.

Références:

- 1) Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. J Rheumatol 2000;27:1247-50.
- 2) Palazzo E. Critères de classification du rhumatisme Psoriasique. Rev Rhum 2002;69:635-9

Traitement par le Rituximab, expérience de l'hôpital militaire de Tunis

Dr.Gharsallah Imen, Jemmali Samia, Dahri Rim, Souissi Med Anis, Dr.Bousetta Najah, Dr.Laajili Feyda, Dr.Ben Abdelhafidh Nadia, Dr.Louzir Bassem, Dr.Othmani Salah
Service de médecine interne, Hôpital militaire de Tunis

Introduction:

L'anti CD20 ou Rituximab 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.

Matériels 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 Rituximab 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 : six femmes et deux hommes, tous suivis pour PR, l'âge moyen de ces patients est de 50,25 ans. Leur âge moyen à la découverte de la maladie était de 39,25 ans, ce qui correspond à une durée moyenne d'évolution de la maladie avant la mise sous Rituximab de 11ans. Ces patients avaient reçu initialement les traitements traditionnels de la PR. Un seul patient avait reçu un agent anti-TNF (Infliximab) avant le Rituximab.

Tous ont reçu une cure de Rituximab à la dose de 1000 mg en perfusion intraveineuse à j 1 et à j 15. Nous avons eu recours à une deuxième cure chez trois patients après un délai moyen de 15 mois de la première cure. On a noté une baisse significative du score de DAS 28, 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 Klebsielle Pneumoniae dans un cas, un érysipèle dans un cas et une hypogammaglobulinémie dans un autre cas.

Discussion:

Le Rituximab a prouvé son efficacité lors de plusieurs essais randomisés chez des patients avant et après traitement par anti-TNF[1,2].

Cependant, les échantillons de patients ayant une PR dans ces essais randomisés étaient limités en taille en raison des critères d'inclusion[3]. C'est à ce titre que des études basées sur la pratique quotidienne sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité du médicament. Deux autres études observationnelles sur l'utilisation du Rituximab dans le traitement de la PR ont été rapportées, la première impliquant 20 patients et la seconde 55 patients. Lors de ces études, l'efficacité du Rituximab, évaluée grâce aux critères EULAR était de 85% à trois mois et de 60%[4] à 82%[5] à six mois.

Conclusion:

Nos résultats concordent avec ceux des études qui l'ont précédé pour attester l'intérêt de cette molécule au cours de la PR. Le RTX a en effet beaucoup d'avantages : il est efficace et bien toléré par rapport au traitement classique. Les différences interindividuelles incitent à définir les caractéristiques clinicobiologiques permettant de prédire le degré de sensibilité thérapeutique avant la première perfusion de Rituximab. 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.

Références:

1. P. Emery, R. Fleischmann, A. Fillipowicz-Sosnowska et al. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIB randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial; *Arthritis Rheum*, 54 (2006), pp. 1390-1400
2. S.B. Cohen, P. Emery, M.W. Greenwald et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks.
3. T. Sokka, T. Pincus. Most patients receiving routine care for rheumatoid arthritis in 2001 did not meet inclusion criteria for most recent clinical trials or american college of rheumatology criteria for remission; *J Rheumatol*, 30 (2003), pp. 1138-1146
4. R.N. Jois, A. Masding, M. Somerville et al. Rituximab therapy in patients with resistant rheumatoid arthritis: real-life experience; *Rheumatology (Oxford)*, 46 (2007), pp. 980-982
5. N. Assous, L. Gossec, P. Dieude et al. Rituximab therapy in rheumatoid arthritis in daily practice; *J Rheumatol*, 35 (2008), pp. 31-34

Association lymphome de type MALT, polyarthrite rhumatoïde et amylose salivaire

Dhahri R, Meddeb N, Aouadi A, Rekik S, Sehli H, Cheour E, El Euch M

Introduction :

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est associée à un risque accru de lymphomes. Nous rapportons une observation particulière par la chronologie de cette association et son adjonction à une amylose salivaire.

Observation :

- Il s'agit d'une patiente âgée de 54 ans suivie pour un lymphome non hodgkinien de type MALT du cavum de faible grade de malignité et en cours de traitement par chimio radiothérapie qui consulte en rhumatologie pour une polyarthrite touchant les grosses et les petites articulations de façon bilatérale et symétrique évoluant depuis 12 mois avec un syndrome sec oculo-buccal
- L'examen ophtalmologique objective un test de Shirmer positif des deux côtés.
- La radiographie standard des deux mains et poignets trouve une carpite géodique bilatérale et un pincement radiocarpien bilatéral.
- le bilan immunologique trouve un facteur rhumatoïde positif à 210 ui/ml (Latex) et des anticorps anti CCP positifs à 64 ui/ml avec des AAN négatifs .
- La biopsie des glandes salivaires objective une amylose salivaire avec une sialadénite granulomateuse et lymphocytaire stade IV de Shisholm. Celle du poignet trouve des remaniements inflammatoires de la synoviale dominés par un granulome inflammatoire lymphoplasmocytaire, des dépôts fibrineux et une fibrose.

- Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive et fortement active est retenu en présence de 6 critères d'ACR avec comme manifestation extra-articulaire un syndrome de Gougerot secondaire et une amylose salivaire.

- Le lymphome était considéré en rémission complète. La patiente a été mise sous méthotrexate à la dose de 15 mg/semaine et prednisone 7.5 mg / jour. Avec une bonne évolution clinico biologique.

Discussion:

L'association lymphomes –polyarthrite rhumatoïde est connue de longue date [1] ; l'incidence et le risque relatif sont toujours discutés, en particulier en cas de traitement par le méthotrexate [2].

Conclusion:

- L'association de la maladie lymphomateuse à une polyarthrite rhumatoïde avérée et ancienne a été rapportée dans la littérature. La particularité de cette observation c'est la chronologie d'apparition de la maladie rhumatoïde 12 mois après le diagnostic d'un lymphome non hodgkinien et son association avec une amylose secondaire.

1) Moder KG, Tefleri A, Cohen MD, Menke DM, Luthra MS. Hematologic malignancies and the use of methotrexate in rheumatoid arthritis : A retrospective study. Am J Med 1995 ; 99 : 276-81.

2) Georgescu L, Quinn GC, Schwartzman S, Paget SA. Lymphoma in patients with rheumatoid arthritis : association with the disease state or methotrexate treatment. Semin Arthritis Rhum 1997 ; 26 : 794-804.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Effet des rotations des anti-TNF alpha sur le retentissement fonctionnel au cours des spondyloarthrites axiales

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:

Plusieurs études ont confirmé l'efficacité d'un 2^{ème} anti-TNF alpha (ATF) après échec ou intolérance du 1^{er} ATF sur l'activité d'une spondyloarthrite (SpA) axiale. L'effet sur le retentissement fonctionnel a été peu étudié. Le but de ce travail est d'évaluer l'effet d'un 1^{er} switch sur la qualité de vie au cours des SpA axiales.

METHODES

Etude monocentrique observationnelle et transversale menée entre Avril 2002 et Avril 2013 colligeant les dossiers des patients atteints de SpA et qui ont bénéficié d'un switch. L'évaluation fonctionnelle a été estimée par le BASFI (Bath ankylosing spondylitis functional index). Les causes d'arrêt du 1^{er} ATF alpha ont été classées en inefficacité (échec primaire et échappement) et autre que l'inefficacité (effets indésirables et autres).

RESULTATS

Nous résumons les caractéristiques de notre population à l'inclusion (initiation du 2^{ème} anti-TNF alpha)

> **Tableau1: Caractéristiques de la population à l'inclusion:**

Nombre de patients	N= 11 ✓ 6 Spondylarthrites ankylosantes ✓ 1 rhumatisme psoriasique ✓ 4 rhumatismes des entérocolopathies
H/F	7 / 4
Age moyen	40,3ans [25-60]
Durée d'évolution de la SpA avant le 2 ^{ème} anti-TNF	11ans [2-24]
Un antécédent de coxite	✓ N=4 ✓ atteinte bilatérale (n=3) ✓ Prothèse totale de hanche (n=1)
Ankylose totale du rachis cervical	N=2
BASFI moyen initial	5,5±3,1 8/11 avaient un BASFI initial≥4

REFERENCE

[1] F. Cantini, et al. Switching from Etanercept to Once-Weekly Administration of 50 mg Filgrastim in Rituximab or Infliximab Patients With Ankylosing Spondylitis: Results of a Fifty-Four-Week Study. *Arthritis Rheumatism*. 2006; 50(5):812-6

[2] Rudwaleit, et al. Rituximab treatment, effectiveness, and safety of adalimumab in patients with ankylosing spondylitis or psoriatic arthritis and history of anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Research & Therapy*. 2010; 12(4):117

[3] G. Gøtzsche et al. Clinical Response, Drug Survival, and Protection Therapy in 422 ankylosing spondylitis patients switching tumor necrosis factor inhibitor therapy: Results from the Danish nationwide DANMO Registry. *Ann Rheum Dis*. 2013; 72(7):1149-55.

[4] L. Li et al. Effectiveness of switching between TNF inhibitors in ankylosing spondylitis: data from the NOR-DANMO registry. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70(11):157-63.

- ✓ La baisse du BASFI était statistiquement significative à 3mois (p=0,013) avec un maintien de l'efficacité à six mois (p=0,75).
- ✓ Lorsque le motif du 1^{er} switch était l'inefficacité, la baisse du score BASFI était significative au troisième mois (p=0,028) avec un échappement à six mois.
- ✓ Lorsque le motif du 1^{er} switch était autre que l'inefficacité, la diminution du BASFI n'était significative qu'au 6^{ème} mois.
- ✓ La rotation Anticorps monoclonal (Ac) vers Récepteur soluble et inversement était accompagnée d'une tendance à l'amélioration significative à 3mois (p=0,05) avec un maintien à six mois (p=0,18).
- ✓ La rotation Ac vers Ac avait aboutit à une baisse du score BASFI moyen. Cette baisse n'était pas significative aux différentes dates d'évaluations. Le tableau2 illustre les différentes évaluations à 3mois et 6mois

> **Tableau2: Variation du BASFI pour les spondyloarthrites axiales en fonction du temps :**

BASFI moyen	T0	3Mois	P3Mois/T0	6Mois	P6/3Mois
Type de rotation					
Globale	5,5±3,1	3±3	0,013	3,2±2,9	0,75
Cause d'arrêt du 1^{er} anti-TNF alpha:					
• Inefficacité (n=5)	5,8± 2,8	1,9 ± 2,2	0,028	3 ± 2,9	0,046
• Autres de l'inefficacité (n=6)	5,2± 3,8	4,3± 3,5	0,5	3,5± 3,3	0,043
Type de rotation employée:					
• Ac – Rec (n= 7)	5,5 ± 3,2	2,8 ± 3,4	0,05	3,5 ± 3,4	0,18
• Ac – Ac (n=4)	5,4±3,4	3,4±1,9	1	2,5±1,4	0,11

Ac: Anticorps monoclonal / Rec: récepteur soluble / Ac-Rec: Rotation d'un Ac vers un un Rec et inversement

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre série a montré une amélioration du score fonctionnel BASFI chez les patients atteints de SpA axiales et switchers vers un 2^{ème} anti-TNF alpha. Cette amélioration était statistiquement significative en cas de rotation pour inefficacité et Ac-Rec. Cantini F et al. ont noté une amélioration statistiquement significative du BASFI aux semaines 24 et 54 [1]. Les études RHAPSODY et STEREO, publiées par Rudwaleit et al. en 2010 sur l'efficacité de l'ADA chez 1250 SA en 2^{ème} ou en 3^{ème} intention a également vérifié l'amélioration du retentissement fonctionnel estimé par le BASFI pour les 326 switchers SA [2]. Un travail récent, issu du registre Danois, sur la rotation des anti-TNF alpha au cours des SpA sur une période de 10 ans a montré une baisse significative du BASFI à 3mois et 6mois de l'initiation des trois anti-TNF alpha [3]. Le registre norvégien a trouvé une baisse significative du BASFI à 3mois du 2^{ème} anti-TNF alpha. Cette variation du BASFI n'était pas influencée par la cause d'arrêt du 1^{er} ATF [4]. Le faible effectif de notre étude limite l'interprétation. Une extension de notre étude en un nombre plus important est souhaitable.

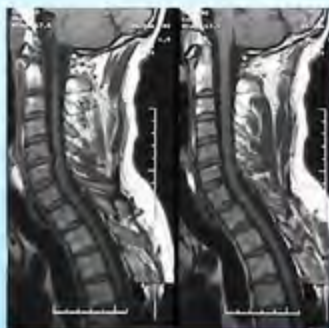
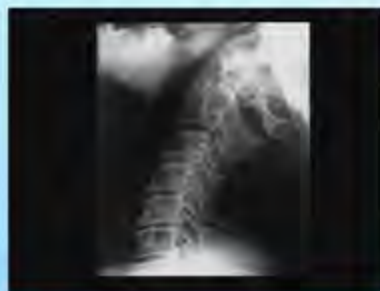
La myélopathie cervicarthrosique: A propos de 40 cas.

H.Dougaz, R.Lafram, M.Zaraa, S.Bedda, MA.Kedous, W.Chebbi, H.Annabi, M.Mbarek

Service de traumatologie et de chirurgie orthopédique, centre de traumatologie et de grands brûlés ben Arous, Tunisie.

Introduction: La maladie dégénérative du rachis cervical est la cause la plus fréquente de dysfonctionnement médullaire du sujet âgé de plus de 50 ans. La décompensation myélopathique de la cervicarthrose est rare (0,5 % des cervicarthroses). Le but de notre travail est de dégager les critères de choix thérapeutique entre le traitement conservateur et le traitement chirurgical d'une part, et le choix de la technique chirurgicale d'autre part, tout en insistant sur l'importance de la stabilisation vertébrale.

Matériels et méthodes: Quarante malades souffrant de myélopathie cervicarthrosique ont inclus dans notre étude avec un recul moyen de 52 mois. Tous nos patient ont bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan radiologique comportant des radiographies standards, une tomodensitométrie.



Résultats: L'âge moyen des malades étant de 54,5 ans. 70 % était de sexe masculin. L'évaluation de l'handicap fonctionnel initial a été basée sur la classification de Nurick. 42,5 % ont été classés stade II, 37,5 % stade III, 17,5 % stade IV et 2,5 % Stade V. Tous les malades ont eu un traitement médical pour une durée moyenne de 7,5 mois. L'amélioration clinique a intéressé 42,5 % des cas. Devant le caractère évolutif de l'handicap fonctionnel, l'indication chirurgicale a été posée chez 23 malades. La laminectomie instrumentée étant la technique de choix, pratiquée chez 91,3% des patients, intéressant plus de 2 étages dans 73,9 % des cas. Au recul, 82,6 % patients ont été améliorés et 17,4 % patients ont été stabilisés.

Discussion: La myélopathie est une complication rare des cervicarthroses nécessitant le plus souvent un geste de décompression chirurgicale[1,2]. L'existence d'un syndrome dépressif associé peut amener à un retard diagnostique compte tenu d'un examen neurologique de base qui est déjà pathologique. L'examen par résonance magnétique nucléaire est probablement le plus pertinent sur le plan diagnostique [2,3]. Comme dans la littératures la série a confirmé l'efficacité du traitement chirurgical par décompression antérieure en cas de douleur et de brachialgies prédominantes et postérieure en cas de patient à l'état général précaire ou grabataire[4].

Conclusion: Bien que la décompensation myélopathique de la cervicarthrose est rare, elle reste un événement péjoratif. Son pronostic étant fonction du délai d'apparition des symptômes, de l'importance du déficit neurologique préopératoire, du degré de souffrance médullaire et de l'étendue des lésions médullaires.

Les myopathies inflammatoires en milieu rhumatologique: à propos de 13 cas

N.El Amri, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, E.Bouajina.

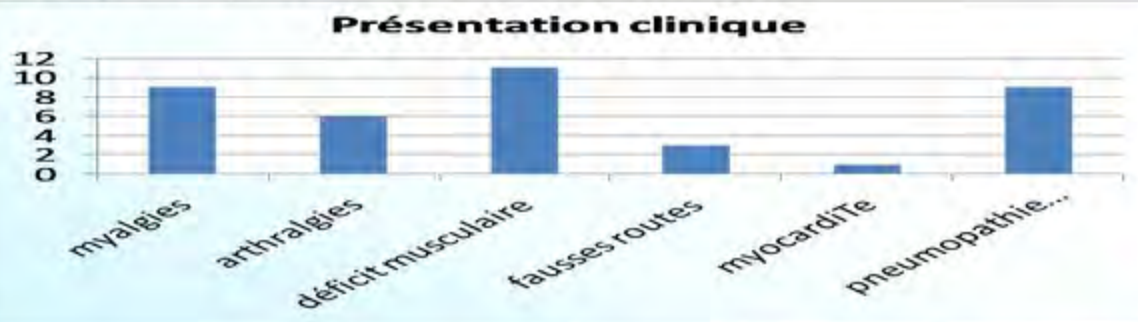
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction : Les myopathies inflammatoires sont un groupe hétérogène de pathologies comportant cinq entités : la dermatomyosite, la polymyosite, la myosite à inclusions, la myopathie nécrosante auto-immune et les syndromes de chevauchement ou myosites des connectivites. Le but de notre étude est de déterminer les aspects cliniques, biologiques et histologiques ainsi que de relever les difficultés diagnostiques dans une série de patients porteurs de myopathies inflammatoires

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 13 cas de myopathies inflammatoires colligés au service de rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse.

Résultats:

- 4 hommes / 9 femmes
- âge moyen de 39,4 ans
- Il s'agit de 10 cas de polymyosite et 3 cas de myosite de chevauchement (2 cas de sclérodermie et un cas de lupus érythémateux systémique).
- Une association avec une hypothyroïdie dans 2 cas et avec une hépatite auto-immune dans 1 cas
- élévation des enzymes musculaires : 11 cas (CPK moyenne : 2800 UI/L)
- Syndrome inflammatoire biologique : 9 cas
- Immuno: AAN étaient positifs dans 5 cas avec des anti Jo1 positifs dans 2 cas.
- L'EMG : tracé myogène chez tous les patients.
- Biopsie musculaire : infiltrat inflammatoire du muscle dans 9 cas et était non concluante dans 4 cas.
- La recherche d'une néoplasie sous jacente était (-)
- Traitement:
 - corticothérapie générale avec une dose qui varie entre 0,5 et 1,5 mg/kg/j d'équivalent prednisone dans les 13 cas



- Recours aux immunosuppresseurs prescrits devant une corticodépendance dans 6 cas (l'azathioprine dans 4 cas, le cyclophosphamide dans un cas et le méthotrexate dans 2 cas).
- Deux patientes ont bénéficié de traitement par rituximab (scléromyosite : 1 cas, polymyosite avec myocardite : 1 cas).

Discussion:

- L'association d'un déficit musculaire et d'infiltrats inflammatoires au sein du muscle strié squelettique définit les myopathies inflammatoires. Néanmoins, il existe une hétérogénéité importante entre ces myosites, tant au plan clinique qu'anatomopathologique
- L'incidence annuelle est estimée entre 5 et 10 par million d'habitants.
- Chez l'adulte, les myosites de chevauchement sont les plus rencontrées (68 % des patients) suivies des DM (20 %) et des PM (10 %)
- Il existe dans le cadre des myosites de chevauchement des risques très supérieurs de rechute et/ou de corticodépendance par rapport aux formes de myosites DM ou PM.
- Les myosites répondent bien aux immunosuppresseurs, sauf la MI dont le traitement reste débattu. D'une manière générale, le traitement initial est une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg/j pendant au moins 6 semaines, associée d'emblée au méthotrexate, à l'azathioprine ou aux immunoglobulines polyvalentes, en raison des rechutes fréquentes. Des essais menés avec un Ac anti-CD20, le rituximab, sont très prometteurs

Conclusion : Les myopathies inflammatoires sont des pathologies potentiellement graves vu leurs complications (cardiaques et respiratoires) et leur association assez fréquente aux néoplasies. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et histologiques. Les formes douteuses ne sont pas rares et se voient surtout avec les myosites de chevauchement

Chirurgie orthopédique au cours de l'Arthrite Juvénile Idiopathique

Th.Guermen; I.Mahmoud; O.Saidane, R. Tekaya; H. Sahli; L. Abdelmoula; R. Zouari
Service de rhumatologie hopital Charles Nicolle

Introduction

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le rhumatisme inflammatoire infantile chronique le plus fréquent. Les lésions ostéoarticulaires sont aussi très fréquentes malgré l'amélioration de la prise en charge de ces enfants au cours de ces vingt dernières années ce qui peut être à l'origine d'un retentissement important sur la vie des enfants. Des opérations peuvent être indiquées pour soulager la douleur, redresser une articulation repliée ou déformée, restaurer la mobilité ou remplacer une articulation endommagée

L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence du traitement orthopédique chez les patients atteints d'AJI

Matériel et méthodes

étude rétrospective incluant les patients répondant aux critères de l'ILAR de l'AJI, âgés de plus de 16 ans et régulièrement suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle.

Résultats

Nous avons colligés 49 dossiers

Les caractéristiques et les formes cliniques sont résumés respectivement dans le tableau 1 et la figure 1

Les différentes chirurgies faites ou à envisager sont représentées sur la figure 2

Femmes/hommes	33/16
Age moyen	26,2 ans
Age moyen début maladie	10 ans
Taux de rémission spontanée	2%
Taux de maladie évolutive	98%
Retard statur pondéral	50%
Handicap fonctionnel (stade III et IV de Steinbrocker)	23,8%

Tableau 1:données cliniques

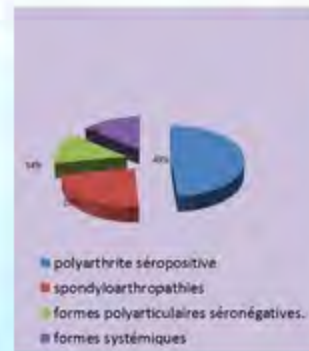


figure1 formes cliniques



Figure2:différents types de chirurgies

Discussion

La prise en charge des AJI a bénéficié de nombreuses avancées thérapeutiques ,elle est cependant pluridisciplinaire faisant intervenir les rhumatologues et les orthopédistes.

Les patients présentant une polyarthrite séropositive sont plus prédisposés à subir un traitement chirurgical ceci est du à la prédominance de cette forme d'AJI. la hanche est l'articulation la plus sujette à être abimée.

La rééducation est une composante essentielle du traitement. Effectuée avec un kinésithérapeute, elle doit commencer le plus tôt possible pour permettre de préserver la mobilité des articulations, l'amplitude des mouvements et la force musculaire.

Conclusion

Les arthrites juvéniles idiopathiques sont responsables d'un handicap fonctionnel majeur, d'où l'importance d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire. Or l'évolution imprévisible de la maladie ne permet pas de définir de protocole précis. Le traitement orthopédique occupe une place prépondérante dans ce traitement dans le but est de sauvegarder le potentiel fonctionnel articulaire et d'assurer au malade une vie aussi



La Ligue Tunisienne Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014 Hammamet

Statut professionnel de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : étude transversale de 50 dossiers dans la région de Monastir

M Jguirim*, A Mahfoudh**, M Mahjoub**, A Mhenni*, R Alaya*, L Mani*, S Zrour*, I Bèjia*, M Touzi*, N Bergaoui*

*Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monastir

**Département de Médecine de travail de Monastir

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique. L'handicap fonctionnel qu'elle engendre est à l'origine d'une incapacité fonctionnelle pouvant entraver l'activité professionnelle des patients. Notre étude a pour but d'évaluer le retentissement de la polyarthrite rhumatoïde sur l'activité professionnelle de ces malades.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale de 50 dossiers de malades atteints de polyarthrite rhumatoïde et recrutés au niveau du service et de la consultation de rhumatologie à l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, entre Janvier 1999 et Janvier 2014. Ont été relevés les caractéristiques des malades atteints de la polyarthrite rhumatoïde, en plus de l'activité de la maladie évaluée par le score du DAS. Le retentissement professionnel de la PR a été évalué par le Work Ability Index (WAI). La qualité de vie était évaluée par le HAQ.

Résultats :

L'âge moyen de la population étudiée est de 48,14 ± 8,13 ans (extrêmes de 29 à 64 ans), sexe ratio F/H est de 4,55 (figure 1). L'ancienneté moyenne de la maladie est de 12,12 ± 8,53 ans avec des extrêmes allant de 2 à 34 ans. La figure 2 représente le profil social de nos malades.



Fig 1 : répartition de la population selon le sexe

Le délai diagnostique moyen est de 3,28 ans avec des extrêmes allant de 3 mois à 16 ans. Il est de 3,54 ans chez les femmes et de 2,11 ans chez les hommes. Il est de 3,76 ± 4,1 ans chez les patients en arrêt de travail et de 2,8 ± 3,81 ans chez ceux en activité professionnelle (figure 3). La majorité des travailleurs atteints de la PR appartiennent au secteur de la confection (34 %) dont 100 % sont des femmes, la figure 4 représente les importants secteurs professionnels trouvés dans notre population d'étude.



Fig 3 : délai diagnostique selon le statut professionnel et le sexe



Fig 2 : profil social

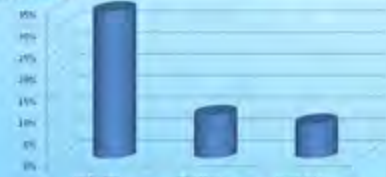


Fig 4 : répartition selon la profession.

Des contraintes professionnelles physiques sont retrouvées dans 45 cas soit 90 %. La moitié de la population étudiée a arrêté l'activité professionnelle à cause de leur maladie. L'abandon de travail a été constaté dans 12 cas soit 48 %, il est volontaire dans 11 cas (44 %) et suite à un licenciement économique dans 1 cas (4 %) après une durée moyenne de la maladie de 63,83 mois. Une mise en invalidité a été constatée dans 7 cas (28 %) après une durée moyenne de la maladie de 99,57 mois. La figure 5 représente les différents statuts professionnels dans notre population d'étude.



Fig 5 : statut professionnel

La majorité des malades avait une PR très active au moment du diagnostic (48 %). L'atteinte extra-articulaire était plus fréquente chez les patients qui ont arrêté leurs travaux (figure 6). La figure 7 représente les principales caractéristiques des patients en arrêt de travail.



Fig 6 : atteinte extra-articulaire selon le statut professionnel

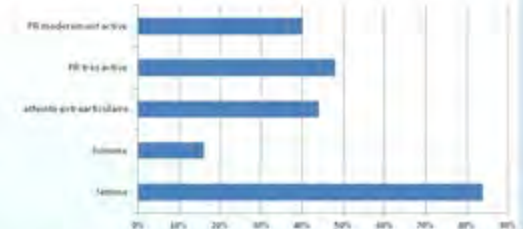


Fig 7 : caractéristiques des patients en arrêt de travail

Discussion :

Un des domaines où les répercussions de la PR sont importantes, est la vie professionnelle. Plusieurs études montrent qu'environ 50% de des patients sont obligés d'interrompre leur activité professionnelle généralement moins de cinq ans après le début de la maladie et 10% d'entre eux développent une PR sévère déterminant une invalidité grave en moins de deux ans. Il s'agit bien d'un problème de santé publique.

Les patients atteints de PR sont confrontés de façon chronique à une impotence fonctionnelle douloureuse, souvent polyarticulaire dont l'amélioration est fréquemment remise en cause par de nouvelles poussées évolutives. Notre étude montre que l'arrêt de travail au cours de la PR est plus important avec l'âge, l'atteinte extra-articulaire, l'incapacité fonctionnelle, l'activité de la maladie et le bas niveau d'instruction.

La prise en charge doit être pluridisciplinaire ayant pour objectif réduire le handicap :

- * l'apprentissage des mécanismes qui contribuent à aggraver les déformations
- * l'apprentissage des gestes utiles et nuisibles,
- * l'entretien de la souplesse et d'un bon tonus musculaire,
- * les adaptations qui transforment une incapacité en capacité,
- * l'appareillage qui limite l'évolution des déformations,
- * la prise en charge psychologique,
- * l'information sur les droits et les aides financières éventuelles, les possibilités de réinsertion ou d'adaptation de poste de travail

Conclusion :

L'arrêt de travail au cours de la PR semble être lié à plusieurs facteurs : le degré de lésions structurales, l'activité de la maladie, la douleur mais aussi des facteurs liés au patient lui-même comme l'âge avancé, l'incapacité fonctionnelle, le bas niveau d'instruction ainsi que le profil psychologique.

Quelle formation théorique à acquérir concernant les anti TNF alpha pour un infirmier ?

H Sahli, M Bani, R Tekaya, Asma, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

INTRODUCTION :

L'infirmier est un maillon important dans la chaîne d'administration des anti TNF alpha. Il doit participer à la surveillance de l'efficacité du traitement et à la détection des effets indésirables de ces produits. De ce fait, il doit acquérir les compétences théoriques indispensables afin de contribuer efficacement à l'usage de ce type de thérapeutique.

Nous nous proposons de faire une étude descriptive des connaissances théoriques d'un échantillon d'infirmiers exerçant en milieu hospitalier utilisant les anti TNF alpha.

PATIENTS ET MÉTHODES :

Etude descriptive qualitative transversale menée auprès de 40 infirmiers dans les services de Rhumatologie et de Gastro-Entérologie de l'établissement publique sanitaire (EPS) Charles Nicolle et de l'hôpital la Rabta au cours de la semaine de 25 Février 2013. Un questionnaire préétabli a été utilisé comportant des données démographiques, et 5 questions d'ordre théorique sur les anti TNF alpha.

RÉSULTATS :

La population d'étude comportait 16 hommes et 24 femmes. Les infirmiers étaient âgés en moyenne de 33 ans [22-58]. Ils étaient répartis en 20 appartenant aux services de gastro-entérologie (10 de l'EPS Charles Nicolle et 10 de la Rabta) et 20 appartenant aux services de Rhumatologie (10 de l'EPS Charles Nicolle et 10 de la Rabta). L'ancienneté professionnelle moyenne était de 9.7 [1 mois-35 années].

La définition d'une biothérapie (Q1) était connue par 28 infirmiers (70%) mais celle d'un anti TNF alpha (Q2) était connue par 22 infirmiers (55%). Dix-neuf infirmiers connaissaient les indications des anti TNF alpha (Q3) (47.5%). Les contre-indications (Q4) et les effets indésirables (Q5) étaient connus par respectivement 10(25%) et 14 infirmiers (35%). L'étude analytique a permis de montrer que les femmes connaissaient plus que les hommes ce que c'est qu'une biothérapie ($p=0.037$). L'âge < 30 ans était un facteur prédictif de bien connaître et répondre aux questions. Une ancienneté de travail d'au moins 5 ans était corrélée à une bonne connaissance des effets indésirables. Les infirmiers des services de Rhumatologie connaissent plus que les infirmiers des services de Gastrologie ce que c'est qu'une biothérapie ($p=0,014$) et plus de nombre d'anti TNF alpha ($p=0,044$).

CONCLUSION :

Le pourcentage des bonnes réponses varie entre 55 et 25 % qui représente un taux critique par rapport à l'usage des anti TNF alpha de la part de cette population. Les connaissances des deux groupes d'infirmiers paraissent réduites et limitées à travers cette étude ce qui doit inciter à renforcer la formation théorique dans le domaine des biothérapies.

Tableau I: Etude analytique

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Service (R/G)	0.014	0,111	0,527	0,716	1
Hôpital	0,301	0,341	0,527	0,273	0,32
Age (<30/≥30)	0.736	0,005	0,025	0,028	0,001
Sexe (H/F)	0.037	1	1	1	0,329
Niveau d'étude (U/S)	1	0,125	0,112	0,473	1
Ancienneté (<5/≥5)	0,731	0,341	0,205	0,065	0,002



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Utilité de la mesure de la densité minérale osseuse au radius au cours des spondyloarthropathies

M Jguirim, A Mhenni, L Mani, R Alaya, S Zrour, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

Introduction :

Les spondyloarthropathies (SpA) dont le chef de file la spondyloarthropathie ankylosante est un rhumatisme inflammatoire évoluant progressivement vers l'ossification et l'ankylose, avec parallèlement, le développement d'une ostéoporose (OP) diffuse fragilisant l'os. Différentes techniques ont été utilisées pour évaluer la masse osseuse dans la SPA. Le but de ce travail est de rapporter l'intérêt de la mesure de la DMO au radius au cours des spondyloarthropathies.

Patients et méthodes :

La DMO au rachis, au fémur et au radius a été mesurée chez 48 patients consécutifs suivis à la consultation externe de Rhumatologie pour spondyloarthropathies (spondylarthrite ankylosante primitive, rhumatisme psoriasique, rhumatisme des MICI). Ont été aussi relevées toutes les données clinico-biologiques, radiologiques et thérapeutiques relatives à leur maladie rhumatismale.

Résultats:

L'âge moyen des patients était de 39, 59 [20-61]. Le sex ratio (h/F) est de 23 (figure 1). Le BMI moyen était de 24,53 [16,2-42,74] kg/m². Le profil pathologique des patients est présenté par la figure 2.



Fig1 : répartition de la population d'étude selon le sexe

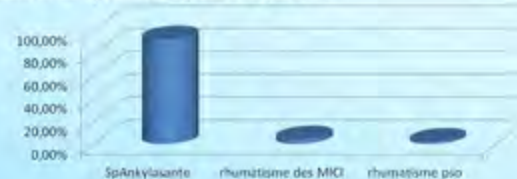


Fig 2: le profil pathologique des patients.

Le délai diagnostique moyen était de 108 mois avec des extrêmes allant de 2 à 360 mois. Les glucocorticoïdes étaient utilisés dans 12,5 % des cas avec une dose moyenne de 10 mg/j et une durée moyenne de 17,4 mois.

L'atteinte rhumatismale était axiale dans 40 cas (83 %) et périphérique dans 14 cas (31 %). Les atteintes extraarticulaires étaient observées 10 % des cas (figure 3).

Une fracture vertébrale était observée dans deux cas. Le profil densitométrique en interprétant les trois sites est représenté par la figure 4.

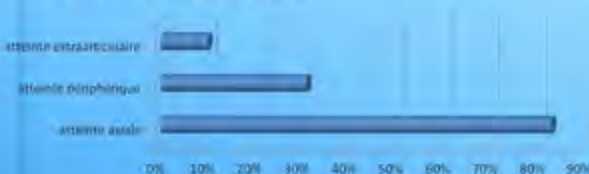


Fig 3 : les particularités cliniques de notre population d'étude



Fig 4 : profil densitométrique

Le T-score moyen au rachis était de -0,758 (- 4,7 - 4,5) DS. Le T-score moyen au fémur était de - 1,361 DS (- 4,9 - 2,9) et le T-score moyen au radius était de - 0,714 DS (- 3- 1,2).

La mesure de la DMO au radius a permis de retenir le diagnostic d'OP dans 6,3 % des cas et d'ostéopénie dans 27,1 % des cas.

Discussion:

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer la survenue d'OP au cours des SpA :

- * génétique
- * l'immobilisation due à la douleur et la raideur
- * l'ankylose rachidienne
- * la prise des corticoïdes et des AINS.
- * déficit en hormones sexuelles
- * l'inflammation systémique (rôle des cytokines)
- * atteinte intestinale infraclinique

Notre travail confirme néanmoins l'existence d'une ostéopathie raréfiante dans les SpA puisque 37 % des patients présentaient une ostéopénie et 35 % une OP.

Cependant l'évaluation de la DMO du rachis lombaire dans les SpA est d'interprétation difficile du fait de la présence d'une arthrose notamment des articulaire postérieure, des ossifications et des syndesmophytes. Ces lésions faussaient la valeur de la DMO chez une fraction significative des patients, en particulier ceux de plus de 50 ans. Dans la plupart des études, la proportion de malades avec une déminéralisation de l'extrémité supérieure du fémur était supérieur à celle observée au rachis lombaire, y compris dans les maladies d'évolution récente. Dans ce cadre l'évaluation de la DMO au niveau de l'extrémité inférieure du radius garde tout son intérêt.

Conclusion:

La pratique d'une DMO chez les patients atteints de SpA ne saurait être systématique en pratique quotidienne ne serait-ce que pour un problème de coût. Les critères pour décider chez qui réaliser cette mesure n'existent pas actuellement. Ainsi, l'étude de la DMO sera utile s'il existe des facteurs de risque associés d'OP. La mesure de la DMO au radius pourrait être utile en présence d'ossification rachidienne.

Coxite de l'arthrite juvénile idiopathique et densité minérale osseuse

K.Maataallah, K.Ben Abdelghani, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

But:

Evaluer le retentissement de la coxite sur la densité minérale osseuse au cours de l'arthrite juvénile idiopathique(AJI)

Matériel et méthodes:

- Etude rétrospective comparative des dossiers d'AJI colligés dans notre service (1993-2013).
- Deux groupes de sujets ont été comparés:
 - ✓ Un groupe d'étude: Patients souffrant d'AJI compliquée de coxite
 - ✓ Un groupe contrôle: Patients atteints d'une AJI sans coxite.
- La mesure de la densité minérale avait été réalisée par la méthode DEXA aux sites lombaire, fémoral et corps entiers. Les résultats exprimés selon la classification opérationnelle de l'OMS en utilisant la courbe de référence de population d'âge identique

Résultats :

- Cinquante-trois dossiers ont été colligés.
- Le groupe d'étude: Les patients avaient une atteinte axiale dans 8 cas, oligoarticulaire (1 cas), polyarticulaire (6 cas), systémique (10 cas). Ils étaient traités par méthotrexate dans 4 cas à une dose moyenne de 15mg/semaine, des antipaludéens de synthèse (3 cas) salazopyrine (13 cas), leflunomide (4cas) et par anti TNF (4 cas).
- La DMO avait été pratiquée chez 16 patients du groupe d'étude et chez 18 patients du groupe contrôle.
- La coxite ne semblait pas avoir une influence statistiquement significative sur la DMO des patients atteints AJI avec coxite.
- Les résultats sont détaillés au tableau 1

	AJI coxite(+)	AJI coxite(-)	p
Nombre de patients	16	18	
Age moyen(ans)	25(10-35)	19(10-37)	
Durée de la maladie(ans)	17(8-28)	12(2-26)	
Z score moyen site fémoral(DS)	-1,4	-0,7	0,36
Z score moyen sitevertébral (DS)	-2,6	-4,1	0,34
Z score moyen corps entier(DS)	-2,14	-1,59	0,84
Nombre de patients ayant une ostéoporose	11	8	

Tableau1: Densité minérale osseuse des deux groupes de patients

Discussion:

La densité minérale osseuse des patients atteints d'AJI est significativement plus faible que celle d'enfant sain(1). La baisse de la DMO résulte de l'inflammation chronique et de la corticothérapie. Dans le groupe d'étude l'atteinte de l'articulation coxo-femorale était associée à un nombre plus important d'ostéoporose sans que ça soit statistiquement significatif ce qui pourrait être expliqué par le faible effectif étudié

Conclusion:

La coxite n'avait pas de retentissement important sur la densité minérale osseuse des patients atteints d'AJI



Corrélation entre incapacité fonctionnelle et dommages structuraux chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde

Imen MNAOUI, Safaa BELGHIALI, Bassem CHAFFEDDIRE, Khadija BACCOUCHE, Asma KHAIRI, Hela ZEGLAOUI, Zainab ALAMI, Nejla EL AMRI, Oym BOUAIIRA

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique dont le devenir est intimement lié à la destruction qu'il entraîne et en particulier à celle des mains et des pieds. Parmi les patients, 50 à 70% vont progressivement détruire leurs articulations aboutissant, ainsi à une impotence fonctionnelle majeure.

Objectif :

Rechercher l'existence d'une corrélation entre le score HAQ (Health assessment questionnaire) et le score de Sharp modifié par Van Der Heijde chez des patients ayant une PR.

Matériels et Méthodes :

49 patients ont été inclus dans cette étude. Les données recueillies étaient: les caractéristiques démographiques, la vitesse de sédimentation (VS) comme paramètre biologique. L'activité de la maladie et le statut fonctionnel ont été évalués respectivement par l'indice articulaire, l'indice synovial et le score HAQ. L'évaluation structurale a été évaluée par le score de Sharp modifié par Van Der Heijde.

Resultats :

L'étude a inclus 41 femmes soit 83,67% et 8 hommes soit 16,32% avec un sexe ratio de 5,12.

L'âge moyen des patients étaient de 46,67 ans \pm 12,99. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 92,4 mois [6-300]. Les moyennes des indices articulaires et synoviaux étaient respectivement de 12,55 [2-27] \pm 7,61 et 7,78 [0-25] \pm 5,42.

Le HAQ moyen obtenu est de 1,82 [0,5-3] \pm 0,59.

La majorité des patients (55,1%) ont un HAQ entre 2 et 2,5, ce qui rend compte des répercussions de la maladie sur la qualité de vie.

La moyenne de score de Sharp modifié pour les mains est de 60,8 \pm 39,17 avec des extrêmes allant de 10 à 176.

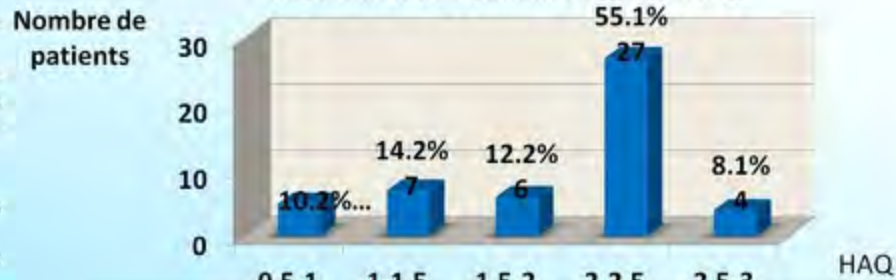
La moyenne de score de Sharp modifié pour les pieds est de 7,94 \pm 11,05, avec des extrêmes allant de 0 à 56.

La moyenne de score de Sharp modifié total était de 68,14 \pm 49 avec des extrêmes de 0 à 232. L'analyse univariée a montré une corrélation positive non significative entre le score HAQ et le score de Sharp modifié (P=0,063).

Conclusion :

Cette étude a montré que le handicap fonctionnel était lié à l'activité de la maladie et aux lésions radiographiques. Cependant une prise en charge thérapeutique précoce et efficace permettra d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de PR.

Répartition des patients selon le HAQ



score de Sharp	score de Sharp modifié Mains	score de Sharp modifié pieds	score de Sharp modifié total
Moyenne \pm Ecart type	60,8 \pm 39,17	7,94 \pm 11,05	68,14 \pm 49
Minimum- Maximum	[10-176]	[0-56]	[0-232]

Discussion : Le gold standard dans la PR reste la radiographie même si l'échographie et l'IRM sont également très informatives. Au stade de diagnostic, l'évaluation radiographique permet de : poser le diagnostic de polyarthrite érosive ou non érosive. En effet, devant un rhumatisme inflammatoire débutant la radiographie permet le diagnostic de PR avec une sensibilité modeste de 25 à 33%, mais une très bonne spécificité variant de 91 à 94,5% [1]. Elle permet aussi de formuler un pronostic évolutif à moyen ou long terme. Dans la majorité des études visant à élaborer des critères pronostics dans la PR, le score radiologique initial et, en particulier, la présence d'érosions sont un facteur de mauvais pronostic ayant abouti au concept de polyarthrite érosive plutôt que de PR. L'atteinte radiologique initiale est corrélée au remplacement prothétique et à l'handicap ultérieur [2]. Dans notre étude l'atteinte radiologique initiale est corrélée positivement à l'incapacité fonctionnelle mais de façon non significative vue la petite taille de l'échantillon.

Atteintes rénales au cours des spondyloarthrites

Alia Fazaa, Ines Mahmoud, Olfa Saidane, Raoudha Tekaya, Hana Sahli, Leila Abdelmoula, Rafik Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis-Tunisie

INTRODUCTION

❖ A côté des atteintes ostéo-articulaires classiques, diverses manifestations extra-articulaires ou systémiques peuvent venir compliquer le cours évolutif des Spondyloarthrites (Spa), et plus particulièrement les manifestations rénales. Nous nous proposons d'étudier les caractéristiques des atteintes rénales et en particulier néphrologiques au cours de cette pathologie.

MALADES ET METHODES

❖ Etude rétrospective (1992-2013) des dossiers de patients suivis pour Spa (critères d'AMOR) et présentant une atteinte rénale. Ceux ayant une pathologie associée pourvoyeuse d'atteinte rénale ont été exclus.

RESULTATS (1)

- ❖ 5 cas de Spa avec atteinte rénale ont été colligés: 4 H et 1 F, âgés en moyenne de 34 ans (17-56 ans), suivis pour une Spondylarthrite Ankylosante (n=4) et associée à une entérocolopathie (n=1).
- ❖ L'atteinte était axiale dans 2 cas, axiale et périphérique dans 3 cas.
- ❖ Les patients étaient traités par AINS (n=3) et/ou salazopyrine (n=4).
- ❖ L'atteinte rénale est survenue après une durée moyenne d'évolution de 4 ans (0-10 ans).
- ❖ Les CDD étaient à type de protéinurie (n=4), hématurie macroscopique (n=1), hématurie microscopique (n=1), syndrome néphrotique (n=1) et élévation de la créatinémie (n=1).
- ❖ Le dosage pondéral des IgA sériques était normal dans les 2 cas où il a été réalisé.
- ❖ La PBR, indiquée chez 3 patients a été contributive au diagnostic étiologique dans 1 cas.
- ❖ Les différentes étiologies de l'atteinte rénale étaient à type d'insuffisance rénale fonctionnelle en rapport avec les AINS (n=1), lithiase rénale bilatérale (n=1) et amylose AA (n=1). L'étiologie d'une hématurie avec protéinurie, n'a pas pu être établie chez 2 patients.
- ❖ La conduite à tenir pour l'atteinte rénale était l'abstention (n=2), l'arrêt des AINS avec réhydratation (n=1) et traitement au laser de la lithiase rénale (n=1).

CONCLUSION

❖ Notre étude a attiré l'attention sur la possibilité d'atteinte rénale au cours des Spa. Selon les données de la littérature, l'amylose secondaire représente la cause la plus fréquente. Cependant une néphrotoxicité médicamenteuse, en particulier aux AINS, mérite également d'être évoquée.

RESULTATS (2)

- ❖ Un traitement par anti-TNF alpha a été indiqué chez le patient ayant une amylose rénale mais celui-ci a été perdu de vue.
- ❖ L'évolution s'est faite vers l'amélioration de la fonction rénale dans 1 cas et la guérison de la lithiase rénale dans un autre cas.

DISCUSSION

- ❖ Les Spa peuvent s'accompagner de manifestations extra-articulaires affectant différents organes, comme le système cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveux ou le rein (1). Cette dernière n'est pas rare, et son pronostic dépend du type d'atteinte rénale (2).
- ❖ Une PBR est nécessaire devant la survenue d'une anomalie du sédiment urinaire, afin de déterminer le pronostic et de décider du protocole thérapeutique.
- ❖ Selon une étude tunisienne (3), qui a comparé 32 Spa avec atteinte rénale à 88 Spa sans atteinte rénale, le tabagisme, un syndrome inflammatoire biologique intense, l'uricémie et l'IgA sérique, une sacro-iléite stade 3 ou 4 et une colonne vertébrale bambou, constituent des facteurs prédictifs de l'atteinte rénale au cours des Spa (2).
 - ✓ En raison du faible effectif, ces facteurs n'ont pas été évalués dans notre étude.
- ❖ L'amylose AA est la plus fréquente des causes d'atteinte rénale au cours des Spa (62%), suivie par la néphropathie à IgA (30%) (1).
- ❖ La néphrotoxicité médicamenteuse peut provenir des AINS, comme chez l'un de nos patients, ou des DMARDs (1). Les effets secondaires rénaux et la possibilité de pathologies rénales préexistantes devraient donc être pris en compte pour la décision thérapeutique (1).

References

- (1) Strobel ES, et al. Clin Rheumatol 1998; 17: 524-30
- (2) Lee SH et al. Rheumatol Int 2013; 33: 1689-92
- (3) Samia B et al. Nephrol Ther 2012; 8: 220-5

Facteurs prédictifs de la réponse thérapeutique au méthotrexate

N. El Amri, K. Baccouch, Z. Alaya, A. Knani, S. Belghli, H. Zeglaoui, N. Amara, N. Bagané, E. Bouagina
Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

Le méthotrexate est le traitement de fond de référence dans la polyarthrite rhumatoïde. Cependant la réponse thérapeutique est variable d'un patient à un autre.

Le but de notre étude est de déterminer les facteurs prédictifs de la bonne réponse au méthotrexate.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 100 patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde traités par méthotrexate. Nous avons étudié l'efficacité du traitement à un an puis à deux ans via des critères cliniques (DAS28, HAQ, nombre de réveils nocturnes, durée de dérouillage matinal ...), biologiques (VS, CRP) et radiologiques (score de Sharp).

Résultats:

- Notre population se compose de 81 femmes et 19 hommes, avec un âge moyen de 46,3 ans [17-79].
- La durée d'évolution moyenne est de 4 ans [2 mois- 20 ans].
- Parmi les paramètres étudiés nous avons objectivé une association positive entre *l'âge jeune [30-60 ans] (p=0,001)* ainsi qu'un *degré d'activité de la maladie important (DAS28 ≥ 5,1) (p=0,002)* et la réponse thérapeutique au cours de la première année.
- Au cours de la deuxième année, les facteurs prédictifs d'une bonne réponse thérapeutique étaient *l'âge jeune [30-60] ans (p=0,004)* et *un syndrome inflammatoire biologique absent ou peu marqué (vs < 40) (p=0,03)*.
- Les autres facteurs étudiés étaient le sexe (p= p=0,7 à 1 an, p=0,57 à 2 ans), la durée d'évolution (p= p=0,44 à un an, p=0,98 à 2 ans), la positivité du facteur rhumatoïde (p=0,21 à un an, p=0,67 à 2 ans), la présence d'anti CCP (p=0,62 à 1 an, p=0,96 à 2 ans), la positivité des AA N (p= p=0,37 à 1 an et 0,064 à 2 ans), le score de Sharp modifié (p=0,07 à 1 an), la dose reçue du méthotrexate (p=0,85 à 1 an, p=0,12 à 2 ans). Cependant ces facteurs ne semblent pas modifier la réponse thérapeutique au méthotrexate.

Discussion :

Les facteurs prédictifs de bonne réponse au méthotrexate décrits dans la littérature sont le sexe masculin, l'évolution récente, la combinaison aux corticoïdes, alors que le tabagisme et la présence de HLA-DRB1*04 sont des facteurs prédictifs d'échec thérapeutique. Le rôle des cytokines pro-inflammatoires, l'origine ethnique et l'âge reste incertain. Les résultats de notre étude sont différents de ceux décrits dans la littérature. En effet on a objectivé une association positive entre le syndrome inflammatoire biologique, l'âge, l'activité de la maladie et la réponse au méthotrexate.

Conclusion :

Dans notre série, seuls l'âge, l'activité de la maladie et le syndrome inflammatoire biologique initial interviennent dans l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde sous méthotrexate.

HUNGRY BONE SYNDROME COMPLIQUANT UNE PARATHYROIDECTOMIE : A PROPOS DE DEUX CAS

S.Bendjemaa, R.Akrout, M.Ezzeddine, I.Hachicha, H.Fourati, S.Baklouti

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Hungry bone syndrome (HBS) est une complication qui survient suite à une parathyroïdectomie. Il se traduit par une hypocalcémie rapide, profonde et prolongée associée à une hypophosphorémie et hypomagnésémie. Il est du à une utilisation accrue du calcium par le squelette comme résultat d'une baisse brutale du taux de PTH qui entraîne un arrêt de la résorption osseuse face à une poursuite et augmentation de la formation osseuse[1].

Nous rapportons deux observations de patientes ayant bénéficié d'une parathyroïdectomie compliquée d'un (HBS).

Observation 1 :

Patiente âgée de 41 ans sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour douleurs osseuses diffuses et rachialgies d'installation progressive avec notion d'amaigrissement.

A l'examen, elle avait un poids de 30 kg et un IMC de 15,8 kg/m², une marche dandinante, un thorax en cloche, une douleur à la percussion des épineuses dorsales et lombaires. A la biologie : calcémie à 2,95 mmol/l ; phosphorémie à 0,52 mmol/l ; PAL à 1950 UI/l, PTH à 3109,6 ng/l. Au bilan radiologique, on note une résorption des houpes phalangiennes, un aspect en sel et poivre au niveau du crane (figure1) et des tassements vertébraux. On a retenu le diagnostic d'hyperparathyroïdie. L'enquête étiologique a conduit à un adénome parathyroïdien ectopique sous digastrique. Elle a bénéficié d'une ablation des deux glandes parathyroïdes droites, de la parathyroïde inférieure gauche et de l'adénome. A J3 postopératoire, elle a développée des contractures musculaires généralisées. La biologie révèle une hypocalcémie à 1,15 mmol/l. Elle a bénéficié d'une supplémentation calcique par voie intraveineuse puis relais par voie orale associé à la vitD avec évolution favorable.

Observation 2 :

Patiente âgée de 46 ans sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour polyarthralgies touchant les poignets, les coudes, les épaules, les genoux et les chevilles et rachialgies d'installation progressive avec notion d'amaigrissement.

A l'examen, on note des douleurs à la mobilisation des articulations sans signes inflammatoires locaux, une douleur à la percussion des épineuses dorsales et lombaires. A la biologie : calcémie à 3,1 mmol/l ; phosphorémie à 0,5 mmol/l ; PAL à 1330 UI/l, PTH à 1450,6 pg/ml, 25OHvitD à 7,5 mmol/l. Au bilan radiologique, on note une résorption des houpes phalangiennes (figure2), un aspect en sel et poivre au niveau du crane. A l'échographie cervicale et la scintigraphie osseuse présence de 2 nodules parathyroïdiens supérieur droit et inférieur gauche. Elle a bénéficié d'une ablation de 3 glandes parathyroïdes hypertrophiées.

A J1 postopératoire, elle a développée des contractures musculaires généralisées. La biologie révèle une hypocalcémie à 1,15 mmol/l. Elle a bénéficié d'une supplémentation calcique par voie intraveineuse puis relais par voie orale associé la vitD avec évolution favorable au bout de 15 j.



Figure1: Rx du crane: aspect en sel et poivre



Figure2: Rx des 2 mains: résorption d'une houppe phalangienne

Discussion:

1. Épidémiologie :

La prévalence de (HBS) est de 13% des patients avec hyperparathyroïdie primaire (HPTP). Des séries récentes d'Asie [2-5] ont rapportés des prévalence plus importantes de 24-87% alors qu'une série de l'Arabie Saoudite [6] a rapporté une prévalence de 4%.

2. Facteurs de risque [1] :

- L'âge au moment de la chirurgie
- Des taux élevés de calcium, PAL et PTH
- Hypomagnésémie et hypophosphorémie
- Des signes radiologiques d'hyperparathyroïdie (ostéite fibrokystique ++): 25-90%
- Volume V et poids P de l'adénome parathyroïdien: V > 5 cm³, P > 2 gr

3. Prévention [1] :

- Corriger un déficit en Vit D avant la chirurgie
- Administration de bisphosphonates en préopératoire

4. Traitement [1] :

- Supplémentation calcique 6 à 12 g / jour au début par voie IV puis PO.
- Supplémentations par des métabolites actifs de la vitD: calcitriol, ou alfalcidol (2 à 4 µg/jour).
- Supplémentations en magnésium par voie IV puis PO.

Conclusion :

HBS est une complication rare mais grave de la parathyroïdectomie pour hyperparathyroïdie primaire associée à un haut remodelage osseux. Il n'y a pas de protocole particulier pour la prise en charge thérapeutique. Le but du traitement est de corriger l'hypocalcémie et restaurer un remodelage osseux normal par la supplémentation vitaminocalcique.

Effet de l'acupuncture sur l'indice de WOMAC de la gonarthrose

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

Introduction :

La gonarthrose → pathologie dégénérative chronique fréquente source de douleurs et de gêne fonctionnelle

Le traitement

chirurgical = radical mais mal accepté par les patients
médical = peu efficace
alternatif = acupuncture

Objectif

Déterminer l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de la gonarthrose

Matériels et méthodes :

- ❖ **Etude** prospective sur 6 mois
- ❖ **Population:** Gonarthrose fémoro-tibiale ou fémoro-patellaire stade radiologique II ou III d'Albach.
- ❖ **Inclusion:** pas d'antalgiques ou anti inflammatoires dans les 48h précédant la première séance d'acupuncture et durant toute la durée du suivi et pas d'infiltration des genoux depuis au moins 2 mois.
- ❖ **Durée:** 6 à 10 séances d'acupuncture.
- ❖ **Evaluation:** indice WOMAC à l'inclusion, à la dernière séance et un mois après arrêt du traitement.

Résultats:

- ❖ **25 patients :** 19 femmes et 6 hommes.
- ❖ **Age moyen** 61,76 ans [36-75 ans].
- ❖ **Ancienneté** de la gonalgie : $58 \pm 65,5$ mois.
- ❖ La gonalgie : bilatérale: 17 cas / unilatérale : 8 autres.
- ❖ Syndrome fémoro-patellaire : 6 cas / syndrome fémoro-patellaire et fémoro-tibial: 19 cas.
- ❖ Radio: stade II d'Albach 6 cas / stade III 19 cas.
- ❖ l'évaluation de l'indice WOMAC dans le tableau suivant: avant le début du traitement puis à la fin et un mois après la cure

Références:

- [1] Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised trial. Witt C et al, Lancet 2005
[2] Needle-knife therapy improves the clinical symptoms of knee osteoarthritis by inhibiting the expression of inflammatory cytokines. Lin M et al, Exp Ther Med. 2014

	Avant acupuncture (n=25)	A la fin de la cure (n=20)	1 mois après fin de la cure (n=20)
WOMAC douleur	302.8 ± 77	260 ± 92 (- 15%)	268 ± 107 (+ 1.1%)
WOMAC gêne fonctionnelle	900 ± 253	771 ± 07 (- 14.5%)	724 ± 342 (- 6.5%)
WOMAC raideur	93.6 ± 43	74.5 ± 42.5 (- 18.7%)	71 ± 47.8 (- 5.6%)

cinq sont sortis prématurément, pour inefficacité dans 3 cas et indisponibilité dans 2 cas

A noter: une amélioration de tous les paramètres de l'indice WOMAC à la fin du traitement qui était statistiquement significative pour la douleur et la raideur (respectivement $p=0,001$ et $p<0,001$). Un mois après l'arrêt du traitement on remarque la persistance de l'amélioration de tous les paramètres.

Discussion:

D'après Witt C et al, une amélioration de l'indice WOMAC a été aussi retrouvée après étude 294 patients [1].

Le mécanisme d'action de cette thérapeutique a été mis en évidence par une équipe chinoise et il semblerait que l'acupuncture agit en diminuant le taux des cytokines pro-inflammatoires circulantes (IL1, IL6 et TNF α) [2].

Conclusion :

L'acupuncture, un moyen thérapeutique anodin, a un effet bénéfique sur l'amélioration de la douleur, la gêne fonctionnelle ainsi que la raideur occasionnées par la gonarthrose. Cette alternative doit être de plus en plus prescrite afin d'éviter les effets indésirables des médicaments utilisés chez une population le plus souvent multi-traitée.



OSTEOSARCOME DU CALCANEUM A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

I Jerbi .M Zaraa .R Elafrem .H Dougaz .M Mbarek

Introduction:

L'ostéosarcome représente 21% des tumeurs osseuses malignes primitives; les zones de croissance rapide de l'os représentent les localisations préférentielles de la tumeur, la localisation calcanéenne est très rare et ne représente que 1%. Les auteurs rapportent le cas d'un ostéosarcome du calcaneum.

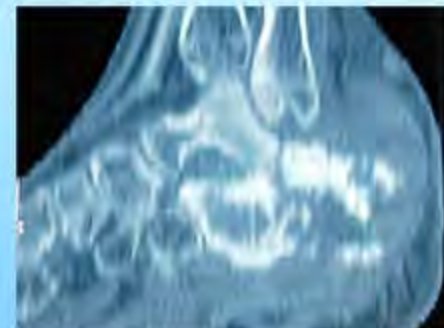
Observation clinique:

Mr GM âgé de 19 ans se plaint de talalgie droite inflammatoire avec une tuméfaction prenant le cou du pied évoluant depuis 4 mois et qui s'aggrave progressivement; l'examen clinique trouve une mobilité réduite et douloureuse de la cheville et tuméfaction chaude et sensible englobant le talon plus développé en externe, l'examen vasculaire et neurologique de l'avant pied ainsi que le reste de l'examen somatique étaient sans particularité.

Le bilan radiologique standard montre une image lytique à limite floue siégeant au niveau du calcaneum envahissant les parties molles, la tomographie trouve un processus expansif à double composante lytique et condensante centré sur le calcaneum se rehaussant après injection du produit de contraste; cette masse envahie les parties molles notamment l'abducteur de l'hallux, le carré plantaire, et englobe le paquet vasculo-nerveux plantaire latéral et medial. Le patient a eu un biopsie qui a confirmé le diagnostic de ostéosarcome; le bilan d'extension était négatif. Devant le caractère agressif, l'englobement des axes vasculo-nerveux, on a opté pour un traitement radical. Le patient a eu une amputation de jambe suivie d'une chimiothérapie. Les suites opératoires ont été simples. A 12 ans de recul, le patient n'a pas présenté de récidence .

Conclusion:

L'ostéosarcome est une tumeur maligne dont le sexe ratio est égal à 1,5. La localisation au niveau du pied était décrite en rapport avec une maladie de Paget ou de Wegener, soit un constat non validé dans notre cas. L'atteinte du calcaneum se caractérise par son caractère agressif et la proximité des éléments vasculo-nerveux, il est donc plus prudent d'opter pour l'amputation.





La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Apport de dosage de monoxyde d'azote et de du facteur de nécrose tumorale α chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune caractérisée par un processus de destruction articulaire progressif et irréversible avec des manifestations systémiques. Le monoxyde d'azote (NO) et le facteur de nécrose tumorale α (TNF α) sont des médiateurs biologique qui jouent un rôle important dans le processus physiopathologique de de polyarthrite rhumatoïde.

Conclusion :

L'augmentation des taux de NO et du TNF α confirment l'implication de ces deux paramètres dans la physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde. D'autres études sont nécessaires pour clarifier la place exacte de NO dans la physiopathologie de la PR.

L'inhibition sélective de la production de NO lors des rhumatismes inflammatoires semble être une nouvelle voie de recherche.

Objectif :

L'objectif de cette étude est de déterminer les taux sériques de NO et TNF α chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Matériels et Méthodes :

Etude comparative entre un groupe de 49 patients atteints de PR (critères de l'ACR) et un groupe de 30 témoins sains. Les critères d'exclusion (les mêmes pour les deux groupes) : autres maladies inflammatoires, épanchement articulaire post-traumatique, infection active, affection maligne, cirrhose. La production du NO et de TNF α a été mesurée dans le sérum des patients atteints de PR et dans le sérum provenant des sujets sains.

Résultats :

L'âge moyen des patients est de 52,28+/-10,7 ans, celui des témoins est de 47,8+/-4,07 ans. Le nombre de femmes est plus important dans les deux groupes soit 83% dans le groupe des patients et 66% dans le groupe témoins. La durée d'évolution de la PR est en moyenne de 92,4 mois.

L'activité de la maladie évaluée par le DAS est en moyenne de 5,97+/-1,22.

Il n'y avait pas de différence significative pour la variable d'âge entre les deux groupes (p supérieure à 0.05).

Il y avait une différence significative dans la proportion des hommes et des femmes dans le groupe de patients présentant une PR et ceux du groupe des sujets sains. Notre étude a montré une élévation du taux sérique du NO et du TNF α chez les malades par rapport aux témoins avec une différence statistiquement significative (p = 0.01).

	Patients	témoins
Nombre	49	30
Age moyen +/-DS (an)	52,28+/-10,7	47,8+/-4,07
Sexe (masculin/féminin)	8/41	12/18
DAS 28	5,97+/-1.22	
Durée d' évolution de la PR (mois)	92,4	

	Patients (n=49)	Témoins (n=30)	p
TNF α (pg/ml)	272,71	65,07	<0.05
NO (μ mol/l)	81,65	48,67	<0.05

Discussion :

Il existe une corrélation positive significative entre les taux sériques de NO et de TNF α chez les patients atteints de PR et chez les témoins. L'augmentation du taux sérique du nitrite a été trouvé chez des patients atteints de PR dans plusieurs études. Ueki et al, ont montré que le taux du NO et les autres cytokines inflammatoires sont plus élevés chez les patients avec une PR active que chez ceux avec une PR moins active.

Farrell et al ont montré que le taux du NO augmente dans le sérum et dans le liquide synovial chez les patients atteints de PR. Le taux de NO dans leur étude a été plus important dans le liquide synovial que dans le sérum et c'était l'hypothèse que les articulations étaient le site probable de la production de NO. A travers notre étude, les taux sérique de TNF α ont été plus élevés chez les patients atteints de PR que chez les sujets sains. Le TNF α est une cytokine inflammatoire libérée par les monocytes activés, les macrophages et les lymphocytes T. Il induit des réactions inflammatoires jouant un rôle important dans la pathogénie de la PR. Il se lie à deux récepteurs : récepteurs du TNF α de type 1(p55) et récepteurs du TNF α de type 2 (p75). L'activité biologique du TNF α peut être atténuée par des récepteurs solubles du TNF. Des études ultérieures chez des patients atteints de PR ont montré que le blocage du TNF α améliore les symptômes.

Niveau d'informations des femmes tunisiennes concernant l'ostéoporose

Ben Abdelghani K, Dhahri R, Souabni L, Jammeli S, Kassab S, Chkili S, Laatar A, Zakraoui L

- **Introduction:** L'ostéoporose est une maladie osseuse souvent asymptomatique, sous diagnostiquée et dont les complications peuvent être handicapantes.
- **Objectif:** Evaluer le niveau de connaissance des femmes tunisiennes à propos de l'ostéoporose.
- **Patients et méthodes:** Etude prospective transversale d'un groupe de 368 femmes tunisiennes âgées de 45 ans et plus ayant bénéficié d'une exploration de la densité de la masse osseuse du calcaneus par ultrasons (QUS) à l'aide d'un appareil Achilles Express de la marque GE Lunar©. Toutes ont été interrogées sur la question d'ostéoporose.
- **Résultats:** Notre étude avait inclus 368 femmes âgées entre 45 et 80 ans avec un âge moyen de 51.8 ans \pm 5.73 ans. 35% des femmes étaient âgées de plus de 65 ans. Cent-sept femmes étaient analphabètes (29.1%). Le reste de l'échantillon soit 261 femmes (70.9%) avaient un niveau d'instruction variable: niveau primaire: 101 femmes (27.4%), niveau secondaire: 97 femmes (26.4%) et niveau supérieur: 63 femmes soit dans 17.1% des cas.
- Cent trente quatre femmes (36.4%) n'avaient jamais entendu parler de l'ostéoporose. Cent quatre vingt dix sept femmes soit 53.3% n'avaient jamais parlé de l'ostéoporose avec un médecin ou un cadre de la santé publique. 63.3% des femmes soit deux cents trente quatre femmes avaient des connaissances générales concernant cette affection: 195 femmes étaient informées qu'à partir de 45 ans les femmes sont plus exposées à l'ostéoporose que le reste de la population.
- **Discussion:**
 - L'OP est donc un champ d'application de l'éducation thérapeutique pour favoriser la personnalisation du soin et du traitement, l'acquisition et le transfert de compétences et un accompagnement favorable à des changements de comportements. Les recommandations
 - de prise en charge de l'OP [1] mettent l'accent sur plusieurs actions thérapeutiques pouvant être une cible pour l'ETP : l'adhésion au traitement et les traitements non médicamenteux tels l'alimentation calcique et la prévention des chutes.
- **Conclusion:** La majorité des femmes interrogées avaient peu ou pas d'idées sur l'ostéoporose. Ceci devrait justifier une campagne d'information nationale.
- 1. Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2013;24:23-57.



APPORT DE LA SCINTIGRAPHIE PARATHYROIDIENNE AU ^{99m}Tc -MIBI EN DOUBLE PHASE DANS L'EXPLORATION DES HYPERPARATHYROIDIES PRIMAIRES : A PROPOS DE 14 CAS

Alaya Z, Henchiri I, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

La scintigraphie parathyroïdienne au ^{99m}Tc -MIBI est un moyen d'imagerie fonctionnelle permettant l'exploration des hyperparathyroïdies. L'objectif de notre étude est de démontrer l'utilité de la scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase dans l'exploration des processus parathyroïdiens sécrétants.

Matériels et méthodes :

Nous rapportons, à travers ce travail, l'observation de 14 patients suivis pour une hyperparathyroïdie étiquetée biologiquement et explorés dans tous les cas par une échographie cervicale. Tous nos patients ont bénéficié d'une scintigraphie parathyroïdienne au ^{99m}Tc -MIBI en double phase.

Résultats :

Sur les 14 cas étudiés (3 hommes et 11 femmes), 3 patients présentaient une hyperplasie des parathyroïdes à la scintigraphie des parathyroïdes au ^{99m}Tc -MIBI, un seul patient présentait deux foyers d'hyperfixation, les 10 autres patients ne présentaient qu'un seul foyer parathyroïdien, dont un foyer ectopique médiastinal bas. Dans notre série, toutes les hyperparathyroïdies étaient d'origine primaire. L'examen anatomopathologique a révélé dix cas d'adénomes parathyroïdiens et 4 cas d'hyperplasies parathyroïdiennes.

Conclusion :

La scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a nettement contribué à l'orientation et surtout l'amélioration des modalités du traitement chirurgical des hyperparathyroïdies. Cela dans la mesure où elle permet d'affirmer le caractère multiple de quelques adénomes, diffus de certaines hyperplasies, et surtout ectopique de quelques processus parathyroïdiens, avec une sensibilité significativement supérieure à celle des autres moyens d'imagerie morphologique.

Discussion:

• Dans environ 80 % des cas, l'HPP est en rapport avec un adénome parathyroïdien isolé et dans 15 à 25 % des cas avec une hyperplasie des glandes parathyroïdiennes. Les adénomes multiples et les cancers sont rares (moins de 1 %). Les adénomes sont rarement en position ectopique (6%). L'intérêt de la scintigraphie technétium 99m -Tétrafosmine est la détection d'adénome ectopique. Ce n'est qu'en cas de discordance entre les résultats de l'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI que les autres examens (TDM, IRM) sont indiqués.

• Les investigations de localisation préopératoire telles que l'échographie, la scintigraphie au sestamibi sont utiles pour sélectionner les patients qui justifieraient d'une parathyroïdectomie avec un geste chirurgical limité, ou pour dépister des pathologies thyroïdiennes associées présentes dans 52% des cas (27% dans notre série). La scintigraphie des glandes parathyroïdes est un moyen d'exploration d'imagerie fonctionnelle jouant un rôle conséquent dans l'orientation du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique des HP. Plusieurs études ont pu affirmer sa grande utilité dans le diagnostic ainsi que la prise en charge des HP, particulièrement en cas d'adénomes multiples, d'hyperplasie diffuse et de localisations ectopiques, le plus souvent médiastinales secondairement intrathyroïdiennes ou rétro-œsophagiennes. Il existe actuellement 2 types de protocoles scintigraphiques : l'étude en double phase avec le ^{99m}Tc -MIBI, et la technique de soustraction (^{99m}Tc -MIBI/ ^{99m}Tc ou ^{99m}Tc -MIBI/ ^{123}I). La scintigraphie des glandes parathyroïdes au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a une sensibilité d'environ 90 %. Comparée à l'échographie et à la TDM dont la sensibilité varie, respectivement, entre 34 et 78 % pour la première et de 46 à 87 % pour la seconde, la scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI s'avère plus sensible, particulièrement chez les patients ayant préalablement subi une exploration chirurgicale du cou. La scintigraphie au ^{99m}Tc -MIBI en double phase a nettement contribué à l'orientation et surtout l'amélioration des modalités du traitement chirurgical des HP. Cela dans la mesure où elle permet d'affirmer le caractère multiple de quelques adénomes, diffus de certaines hyperplasies, et surtout ectopique de quelques processus parathyroïdiens, avec une sensibilité significativement supérieure à celle des autres moyens d'imagerie morphologique.



Scintigraphie parathyroïdienne: gros nodule parathyroïdien inférieur gauche



Calcinose universelle au cours d'une scléromyosite de l'adulte

M.Snoussi, H.Loukil, F.Frikha, R. Ben Salah, Y. Chérif, S. EL Aoud, C.Damak, S.Garbaa, H.Mesrati, M.Jallouli, S.Marzouk, Z.Bahloul.

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker, Sfax.

Introduction : Les calcinose sous cutanées peuvent compliquer certaines connectivites telles la sclérodermie systémique, les formes essentiellement juvéniles de la dermatomyosite et plus rarement le lupus systémique. Elles sont souvent localisées aux zones susceptibles à des microtraumatismes, la forme diffuse de l'adulte comme observée chez notre patient est exceptionnellement rapportée.

Patients et méthodes :

Nous rapportons l'observation d'une calcinose universelle chez un patient atteint de scléromyosite parmi une série de cinq cas de calcinose sous cutanée au cours des myosites recensés durant la période allant de 1996 à 2013 au CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie).

Observation :

- Patient âgé de 48 ans est suivi pour une sclérodermie systémique retenue devant une sclérose cutanée diffuse, une pneumopathie interstitielle prédominante aux bases pulmonaires confirmée par le scanner thoracique, une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage objectivée par la manométrie et des anti Scl 70 positifs.
- Il a été traité par la colchicine (1mg/j) et un inhibiteur de la pompe à proton (20mg/j) avec une stabilisation de la maladie.
- Un an plus tard, le patient se présentait avec un déficit symétrique des ceintures et un trouble de la déglutition, le diagnostic d'une polymyosite (PM) associée était alors certain devant la myolyse, le tracé myositique à l'EMG et les lésions inflammatoires spécifiques à la biopsie musculaire. La sévérité de la PM était l'indication d'une corticothérapie à forte dose initiée par des bolus de solumédrol et le méthotrexate à la dose de 15mg/semaine. L'évolution était marquée par une rechute précoce de la myosite stabilisée par la majoration des corticoïdes et du méthotrexate à 20 mg/semaine.
- A cinq ans d'évolution des deux connectivites, le patient consultait pour des indurations sous cutanées du visage, de la face antérieure des jambes, des cuisses et au niveau des deux coudes et des genoux. Devant l'inefficacité de la colchicine seule, un inhibiteur calcique (le diltiazem) était associé avec le résidronate à raison de 35 mg/semaine indiqué devant une ostéoporose cortisonique avec une stabilisation des lésions.



Différentes calcifications observées chez notre patient

Discussion :

La calcinose sous cutanée est une complication grave des dermatomyosites juvéniles par son préjudice fonctionnel articulaire. Notre observation illustre un exemple rare de calcinose diffuse au cours d'une scléromyosite de l'adulte. Du fait de sa pathogénie inconnue, le traitement est mal codifié basé sur la colchicine, les inhibiteurs calciques et les biphosphonates avec des résultats divergents. Ces options thérapeutiques étaient prescrites chez notre patient mais sans efficacité notable.

Conclusion : La calcinose sous cutanée est une manifestation rare mais grave au cours des connectivites par l'existence parfois de formes diffuses invalidantes répondant souvent mal aux protocoles thérapeutiques proposés.

Pelade survenant sous anti-TNF alpha : A propos d'une nouvelle observation

*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 anti-TNF ont des effets secondaires dysimmunitaires bien connus, auxquels pourrait s'ajouter la Pelade. Cet effet indésirable cutané est très peu décrit. L'explication physiopathologique du rôle éventuel des anti-TNF alpha dans la pelade est encore incertaine. Nous rapportons une nouvelle observation

OBSERVATION

Mme H.C âgée de 42ans était suivie pour un rhumatisme des entérocolopathies en rapport une maladie de crohn colique. Devant la résistance aux traitements conventionnels, elle a été mise sous anti-TNF alpha : Adalimumab (ADA). Ce dernier a été aussi justifié par une maladie digestive en poussée. L'ADA était jugé efficace sur le plan digestif et articulaire. A 3mois, elle avait obtenu une réponse BASDAI50, le BASDAI est passé de 7 à l'introduction à 1,1 à 3mois avec un maintien de l'efficacité à six mois. Cependant, à six mois, elle a développé un psoriasis palmo-plantaire de novo traité de façon symptomatique avec une bonne évolution. A 10 mois de l'introduction de l'ADA, elle s'est présentée pour une pelade diffuse. L'ADA a été alors arrêté. Une repousse totale a été constatée après le seul arrêt de l'anti-TNF alpha. La patiente a bénéficié d'un switch vers l'Infliximab sans récurrence de la pelade.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- ✓ Dix-sept cas de pelade au cours de traitements par anti-TNF alpha ont été décrits jusqu'ici dans la littérature. La pelade est peut-être un effet secondaire des anti-TNF alpha.
- ✓ Chez notre patiente, l'absence d'autre facteur favorisant de pelade, en dehors d'un contexte de stress, plaide pour le rôle inducteur des anti-TNF alpha. Une repousse complète à l'arrêt des anti-TNF alpha, sans autre traitement, est un argument supplémentaire en faveur de la responsabilité de ces biothérapies. Une association fortuite entre pelade et anti-TNF alpha ne peut cependant pas être écartée. L'explication physiopathologique du rôle éventuel des anti-TNF alpha dans la pelade est encore incertaine. L'activation de lymphocytes T auto-réactifs par le médicament pourrait être à l'origine de cette complication.
- ✓ D'autres études seraient nécessaires pour mieux comprendre l'explication physiopathologique et l'imputabilité des anti-TNF alpha dans la pelade.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

GUÉRISON D'UN SYNDROME DU CANAL CARPIEN SECONDAIRE À UNE AMYLOSE AL APRÈS TRAITEMENT PAR AUTOGREFFE DES CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Younes M, Hacfi H, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

INTRODUCTION :

L'amylose AL ou dysglobulinémique est secondaire à une sécrétion de chaînes légères par un clone plasmocytaire tumoral, associée au myélome multiple dans 20 à 30% des cas. Son tableau clinique est très polymorphe par ses manifestations viscérales notamment neurologiques. Récemment, son pronostic sombre est amélioré par la greffe des cellules souches hématopoïétiques.

OBSERVATION :

Patiente de 49 ans, consulte pour un syndrome de canal carpien bilatéral avec des lombalgies modérées inflammatoires évoluant depuis 2 mois. La vitesse de sédimentation est augmentée à 120 mm à H1.

Le bilan étiologique de ces lombalgies conduit au diagnostic de myélome multiple stade Ia de la classification de Durie et Salmon. Une biopsie des glandes salivaires dans le cadre étiologique du syndrome du canal carpien découvre une amylose AL. Cette amylose est responsable aussi d'une atteinte cardiaque et rénale avec un syndrome néphrotique.

La patiente a reçu pour son amylose une chimiothérapie à base de thalidomide-dexaméthasone suivie d'une autogreffe des cellules souches hématopoïétiques.

L'évolution était favorable avec disparition totale du syndrome du canal carpien et une amélioration de plus de 50% de la fonction cardiaque et rénale avec un recul de 2 ans.

DISCUSSION

Comme toute amylose, l'amylose AL présente un tableau clinique polymorphe avec notamment une atteinte neurologique à type de polyneuropathie ou de syndrome du canal carpien par dépôt de la substance amyloïde insoluble. L'amylose AL est souvent primitive, mais elle peut être secondaire dans 20% à un myélome surtout au cours de l'évolution. Dans notre observation, l'amylose AL était révélatrice du myélome à un stade précoce Ia.

Sans traitement, son pronostic est de l'ordre de 12 mois. Sous chimiothérapie conventionnelle, la moyenne de survie reste médiocre de l'ordre de 20 mois avec un taux de réponse faible de 25% des cas. La polychimiothérapie n'est pas supérieure au protocole melphalan-prednisone, quoique le taux de réponse peut atteindre 40%. Les critères de réponse de la fonction d'organes sont :

- > de plus de 50% de la protéinurie de 24h.
- > de plus de 2 cm de la taille du foie ou de plus de 50% des PA.
- ↑ de plus de 20% de la fraction d'éjection systolique ou > de plus de 2 mm du septum inter ventriculaire.
- En fin, > de plus de 50% du contingent monoclonal.

Récemment le protocole thalidomide avec dexaméthasone a montré une bonne efficacité aussi bien dans le myélome que dans l'amylose AL mais avec une toxicité neurologique et un de risque de thrombophlébite comme c'était le cas de notre patiente d'où l'association systématique d'un traitement par AVK. Ce protocole est largement utilisé comme chimiothérapie d'induction à la greffe de moelle. La plus utilisée, est l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques qui donne une rémission complète dans plus de 40% de cas avec une moyenne de survie de l'ordre de 5,6 ans. Cependant, cette augmentation de survie après autogreffe peut être due à un biais de sélection du fait que ces patients sont les moins graves et de bon pronostic.

En effet, selon une étude française multicentrique, les facteurs de mauvais pronostic après greffe sont l'atteinte cardiaque ou l'atteinte de 2 organes ou plus. Néanmoins, notre patiente ayant une atteinte cardiaque et une atteinte rénale a eu une rémission complète avec une disparition du canal carpien qui est expliquée comme l'amélioration de la fonction d'organe par une disparition du composant monoclonal est donc une diminution de la substance amyloïde AL.

CONCLUSION :

Notre observation à la particularité d'associer une amylose à un myélome au stade précoce et de confirmer l'efficacité du traitement intensif au cours de l'amylose AL notamment sur les manifestations neurologiques.

Atteinte hépatique et anti TNF alpha

R Alaya, M Jguirim, A Mhenni, L Mani, S Zrou, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

Introduction:

Avec l'utilisation croissante des anti-TNF alpha, il est essentiel de surveiller la fonction hépatique en raison du risque rare mais grave d'hépatite. Ce risque peut être majoré par l'utilisation concomitante de Méthotrexate, ce qui pourrait, en synergie, affecter le fonctionnement du foie. Nous rapportons quatre cas d'atteinte hépatique survenue au décours de l'utilisation des anti-TNF alpha et nous rapportons les différents mécanismes physiopathologiques de cette atteinte.

Observations :

Nous avons traité 4 patients, 2 hommes et 2 femmes. Aucun patient n'avait des antécédents personnels ni familiaux d'atteinte hépatique ni une notion de prise d'alcool. Les enzymes hépatiques étaient normales au bilan pré-thérapeutique. Deux patients étaient suivis pour un rhumatisme psoriasique, 1 patient était suivi pour une spondylarthrite ankylosante et une patiente était suivie pour une polyarthrite rhumatoïde. Ils recevaient tous un anti-TNF alpha, 3 patients étaient sous Infliximab et une patiente était sous Etanercept, en association dans tous les cas au Méthotrexate à une dose moyenne de 15 mg/ semaine, à la Salazopyrine à la dose de 2 grammes/ jours dans 2 cas et au Paracétamol dans tous les cas. La dose moyenne de perfusion de l'Infliximab était de 300 mg/ perfusion. La perturbation du bilan hépatique est apparue au décours de la 5ème perfusion de l'Infliximab et au décours de la 12ème injection sous-cutanée de l'Etanercept, associée dans un cas à une réaction allergique cutanée à type de rush cutané. L'augmentation des ASAT et des ALAT variait entre 2 à 5 fois la normale et celle des gamma GT variait entre 1 fois et demi à 4 fois la normale. Les sérologies de l'hépatite B et C étaient négatives dans tous les cas. L'échographie abdominale était normale. Le bilan immunologique AAN, Anti LK, Anti mitochondrie et anti-muscle lisse étaient négatifs dans tous les cas. Le traitement par paracétamol et Salazopyrine a été arrêté et les doses de Méthotrexate ont été diminuées chez une patiente et le traitement par Méthotrexate était arrêté pour les trois autres patients. Chez un patient, l'Etanercept a été arrêté et changé par le Rituximab avec une normalisation du bilan hépatique au bout de 1 mois. L'Infliximab a été arrêté chez trois patients et a été changé par l'Etanercept avec une bonne évolution biologique.

Discussion:

- ❖ L'incidence de l'hépatotoxicité chez des patients traités par un anti-TNF alpha est considérée comme faible (0.6%). La susceptibilité à cette complication est multifactorielle et essentiellement dépendante de l'âge, du terrain génétique, des habitudes de consommation et des traitements associés à la biothérapie et qui peuvent avoir un retentissement sur la fonction hépatique comme le méthotrexate qui peut entraîner une stéatose, une fibrose et éventuellement une cirrhose hépatique au stade ultime.
- ❖ Quelques théories ont été rapportées sur le mécanisme de l'hépatotoxicité des anti-TNF alpha suggérant une action directe sur les cellules hépatiques en se fixant sur le TNF membranaire conduisant à l'apoptose cellulaire et entraînant l'apparition d'auto-anticorps. Une vingtaine de cas d'hépatite auto-immune induite par les anti-TNF alpha ont été signalés. La cytolysse hépatique apparaît en moyenne après trois mois de l'initiation du traitement. Devant cette perturbation, on doit faire un dosage des anticorps antinucléaire et éventuellement une ponction biopsie du foie.
- ❖ L'anti-TNF alpha doit être arrêté définitivement. L'évolution est dans la majorité des cas favorable avec retour des enzymes hépatiques à leurs valeurs normales au bout de trois à cinq mois. Dans quelques cas, il a été nécessaire de mettre les patients sous corticothérapie avec une bonne réponse.

Conclusion:

L'hépatotoxicité est un effet secondaire décrit au décours de l'utilisation des anti-TNF α . Bien qu'une augmentation légère à modérée des enzymes hépatiques est rapportée après l'utilisation de ces agents, l'hépatite grave est rarement rapportée. La réactivation d'une hépatite virale et l'induction d'une hépatite médicamenteuse sont les deux principales causes de dysfonctionnement du foie chez ces patients, mais les anti-TNF alpha peuvent déclencher une hépatite auto-immune par mécanisme immunoallergique.

Lombostat et posture en matière de lombalgie chronique

(1) Gharsallah I, Dhahri R, Souissi MA, Jammeli S, Metoui L, Laajili F, Boussetta N, Louzir B, Othmeni S
(2) Maaoui R, Rahali H

• Introduction:

- Il a été démontré que chez les lombalgiques chroniques, il existe un déficit de l'équilibre postural. Nous nous proposons d'évaluer l'apport du port de lombostat sur cet équilibre postural chez les lombalgiques chroniques.

• Patients et méthodes:

- Etude transversale incluant des patients adressés pour prise en charge de lombalgies et /ou de lombosciatalgies chroniques. Cette étude comprend : une évaluation clinique du trouble statique et une évaluation stabilométrique statique de l'équilibre sur plateforme winposture dans quatre situations : yeux ouverts sans lombostat (YOSL), yeux fermés sans lombostat (YFSL), yeux ouverts avec lombostat (YOAL) et yeux fermés avec lombostat (YFAL).

• Résultat:

- Il s'agit de 50 patients d'âge moyen de 40.86 ans et se répartissant en 23 femmes et 27 hommes. La symptomatologie évolue depuis une durée moyenne de 55.92 mois. L'examen clinique révèle un trouble postural dans le plan frontal dans 78 % des cas et dans le plan sagittal dans 56% des cas.

- L'évaluation stabilométrique sur plateforme winposture montre que 62% des patients présentent un trouble de l'équilibre exprimé par:

- - Une augmentation de la surface d'oscillation chez 19 patients YOSL et chez 10 patients YFSL.
- - Une déviation du centre de gravité dans le plan frontal chez 10 patients YOSL et 12 patients YFSL.
- - Une déviation du centre de gravité dans le plan sagittal chez 3 patients YOSL et 5 patients YFSL.
- Après port de lombostat il y a eu stabilisation dans 30% des cas, amélioration dans 44% des cas et aggravation du trouble dans 26% des cas aussi bien yeux ouverts que yeux fermés.

• Discussion:

- La prise en charge non pharmacologique au cours des lombalgies repose, outre les mesures physiques, sur le port de lombostat a pour rôle la correction du déséquilibre postural. (1)

• Conclusion:

- Le port du lombostat contribue en plus de ses autres fonctions à la correction des troubles de l'équilibre postural chez les lombalgiques chroniques.

1. M.A. Adams, A.F. Mannion, P. Dolan Personal risk factors for first-time low back pain Spine, 24 (1999), pp. 2497-2505

Progression radiologique sous méthotrexate

N. El Amri, K. Bacouch, Z. Alaya, A. Knani, S. Belghali, H. Zeglaoui, I. Smida, N. Bagané, E. Bouagina

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

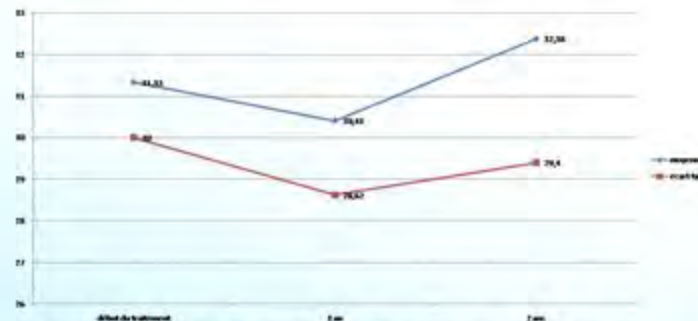
L'efficacité clinique et radiologique du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde est démontrée. Le but de notre étude est d'évaluer la progression structurale sous méthotrexate en monothérapie.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 3 ans [2008-2010], portant sur 100 patients suivis pour une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée selon les critères de l'ACR traités par méthotrexate en monothérapie. Le score de Sharp modifié a été calculé au moment du diagnostic puis à un et à deux ans.

Résultats :

- ❖ Notre population se compose de 81 femmes (81%) et de 19 hommes (19%) avec un âge moyen de 46,3 ans [17- 79].
- ❖ La durée moyenne de la maladie était 4 ans et demi.
- ❖ Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 90% des cas.
- ❖ Le facteur rhumatoïde, les ACPA et les AAN étaient positifs dans respectivement 64%, 73% et 13% des cas.
- ❖ La dose hebdomadaire moyenne de méthotrexate est de 12,45mg [10-15].
- ❖ Le score de Sharp initial était de 31,33. Après un an on a noté une amélioration du score de Sharp moyen qui est passé à 30,41.
- ❖ Au cours de la deuxième année, on a noté une reprise évolutive de la progression structurale avec un score de Sharp modifié moyen de 32,38.



Evolution de la valeur du score de Sharp

Discussion :

- ❖ La destruction articulaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde est maximale durant les 2 premières années. L'efficacité du MTX sur la progression radiographique de la PR a été démontrée au cours des études récentes. En effet, le pourcentage de patients sans progression radiologique à un an décrit dans la littérature est de 58,7%.
- ❖ Le mécanisme physiopathique de cet effet structural est la réduction du nombre d'ostéoclastes présents sur les sites d'érosion.
- ❖ Dans notre étude, le MTX n'a pas montré d'efficacité sur les signes radiologiques évaluée par la valeur moyenne du score de Sharp qui a passé de 31,33 à 30,41 au cours de la 1^{ère} année puis à 32,28 au cours de la 2^{ème} année. Ce résultat est comparable à celui de Stergaard avec une baisse non significative du score (0,40 unité) et de la série de Drosos mais inférieurs à celui de Soubrier (diminution de 1,8 unité) et Takeuchi (diminution de la valeur moyenne du score de 9,82 unités). Par ailleurs, Wassenberg a noté une régression importante des lésions radiologiques même une reprise structurale après un an du traitement par le MTX.

Conclusion :

Notre étude suggère que la progression radiologique sous méthotrexate est ralentie. Cet effet structural du traitement est très important en limitant la destruction articulaire au cours de la PR.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

BILAN LESIONNEL DANS LES LOMBALGIES COMMUNES : QUOI DE NEUF ?

Khaoula GUEDRIA, _Walid OUANES, Sghir Mouna, Maaref KHALED, Zaoui AFIF, Faycel KHACHNAOUI

Introduction:

La lombalgie est un symptôme, et non pas une maladie. C'est un symptôme très fréquent, en constante augmentation dans les pays industrialisés. L'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux ne sont clairement individualisés que dans moins de 20 % des cas. La recherche étiologique doit être renouvelée selon l'évolution clinique.

HIZ (high intensity zone) ou zone d'hypersignal discale lombaire à l'IRM constitue un sujet d'actualité dans la littérature avec une signification controversée : indicateur de douleur dans les lombalgies communes ???

OBJECTIF:

le but de cette étude est de déterminer la signification clinique de la HIZ chez des patients souffrant de lombalgies pour déterminer s'il existe une caractéristiques cliniques qui peuvent suspecter le diagnostic de « HIZ ».

Observation:

Nous rapportons le cas de madame AG âgée de 37 ans active suivie depuis 2006 à la consultation de médecine physique et rééducation fonctionnelle CHU sahloul pour des lombalgies chroniques avec des épisodes d'aggravation aigue résistant au traitement médical et aux infiltrations par le hiatus et au programme de Rééducation fonctionnelle la conduite était de faire une infiltration des articulaires postérieurs avec une amélioration des douleurs de 20% , devant la non amélioration de la symptomatologie une IRM de control a été demande montrant des images de HIZ La conduite était de stabiliser le rachis lombaire par un corset plâtre avec une amélioration de 60% .



IRM LOMBAIRE coupe sagittale pondéré T2 montre un disque dégénéré L5-S1 avec une HIZ dans le tiers postérieure du disque

DISCUSSION:

Zone de haute intensité ou d'hypersignal (HIZ) de disque intervertébral lombaire est un signal de haute intensité , hyper signal situé dans le tiers postérieur disque sur les images de résonance magnétique pondérées en T2 . En 1992 , Aprill et Bogduk [1] ont rapporté une forte corrélation entre les zones de haute intensité annulaires sur l'IRM lombaire et les lombalgies chroniques , et ont conclu que HIZ est un marqueur de douloureux de perturbation interne du disque (IDD) , il ont indique également que de « low intensity zone peuvent exister chez des personnes asymptomatique en rapport avec des fissures annulaire leur activation responsable des fissure discale symptomatique et des lésion de HIZ à l'IRM ; qui pourrait être à l'origine d'une accentuation de la douleur

HIZ sur la colonne lombaire à IRM ont été suggérés comme un marqueur de « Internal disc disruption (IDD) » fiable par certains auteurs .

Internal disc perturbation (IDD) a été décrite par Crock1, 2 dans les années 1970. IDD a été considérée comme une maladie secondaire à un métabolisme anormale des structures internes du disque dont la symptomatologie principale est les lombalgies chroniques. Il ya encore de fortes controverses sur la pathologie, l'histoire, les critères de diagnostic, de traitement, et même son existence.

Daemgen et coll.15 ont proposé quatre critères diagnostiques: 1) l'histoire de traumatisme, 2) pas d'antécédents neurologique et des Radiographies standards sans anomalies 3) l'existence de lombalgies mécaniques chroniques , résistantes aux traitements médicamenteux de plus de 6 mois, et 4) les constatations positives à l'IRM lombaire. Ils ont insisté pour que ces quatre critères doivent être respectés pour confirmer IDD.

Conclusion: HIZ est une constatation fréquente chez les patients souffrant de lombalgies communes , mais la présence d'un HIZ ne définit pas un groupe de patients présentant des spécificités cliniques.

Profil d'activité et de sévérité des spondyloarthrites avant et après l'air des biothérapies

K.Maataallah, I.Mahmoud, O.Saïdane, H.Sahli, R.Tekaya, L.Abdelmoula, R.Zouari

Introduction:

L'avènement des biothérapies a révolutionné la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques notamment des spondyloarthrites (SPA).

En Tunisie, la prescription des anti TNF a été débutée en 2004 et a permis un meilleur contrôle de ces maladies

But:

Evaluer le profil d'activité des SPA avant et après le début de prescription des antiTNF

Méthodes:

- Etude rétrospectives des dossiers de patients suivis pour SPA .
- **G1:** Patients suivis avant 2004
- **G2:** patients suivis après 2004.
- Le délai diagnostique, les indices d'activité et de la sévérité de la maladie ont été comparé: BASDAI, EVA douleur, RM, BASMI et BASFI .

Résultats:

96 dossiers ont été colligés et répartis entre 34 patients au G1 et 62 patients au G2. Les résultats sont détaillés dans le tableau1

Les formes de spondylarthropathies



- spondylarthrite ankylosante
- rhumatisme des entérocolopathies
- rhumatisme psoriasique

Tableau1: Profil d'activité et sévérité de la maladie des deux groupes de patients G1 et G2

	G1	G2	p
Age(ans)	46	39	
Délai diagnostic(ans)	6	4	NS
BASDAI	50	40	0,05
BASFI(%)	47	41	NS
BASMI	5,4	4,2	0,006
RM(mn)	50	40	NS
EVA DI	60	60	NS

Discussion:

Le TNF α est une cytokine pro-inflammatoire qui a un rôle central dans la physiopathologie des SPA, Les anti-TNF- α ont été une avancée décisive dans le traitement de ces maladies. Plusieurs études prospectives, randomisées, contrôlées *versus* placebo, menées en double aveugle, ont démontré l'efficacité des 3 inhibiteurs du TNF α dans les SPA(1). Notre étude confirme l'efficacité de la biothérapie des patients atteints de SPA dans « la vraie vie » avec une amélioration significative du BASDAI et du BASMI. Le BASFI et la RM étaient moins élevés dans le G2 sans que ce soit statistiquement significatif ça pourrait être expliqué par le faible effectif de notre étude

Conclusion:

Le BASDAI et le BASMI étaient moins élevés chez les patients traités après 2004 de façon statistiquement significative ce qui reflète un meilleur schéma thérapeutique de prise en charge à l'air des biothérapie.

K Lanfant-Weybel. Anti-TNF alpha dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante. Presse Med. 2009

RS3PE du sujet âgé: À propos de 3 cas

Mzabi A, El Guedri S, Rezgui A, Baroudi J, Karmani M, Ben Fredj Ismail F, Laouani Kechrid C

Service de Médecine Interne, Hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Le RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) est caractérisé par une ténosynovite bilatérale et symétrique des extrémités. Il survient de façon brutale chez les sujets âgés. Cette entité hétérogène peut être isolée, révéler diverses affections rhumatismales ou être associée à une néoplasie. Nous rapportons 3 cas de RS3PE chez le sujet âgé.

Matériels et méthodes : Nous avons effectué une étude rétrospective, descriptive de 3 dossiers de patients âgés présentant un RS3PE, colligés au service de médecine interne du CHU Sahloul.

Résultats : Il s'agissait de 3 femmes. Leur âge moyen était de 75 ans. Le début de la symptomatologie était brutal dans 1 cas. La polyarthrite était symétrique dans tous les cas, elle concernait les poignets (1 cas), les métacarpo-phalangiennes (2 cas), les inter-phalangiennes (1 cas), les chevilles (3 cas). Un œdème distal, symétrique et gardant le godet était présent dans les 3 cas. L'atteinte de la ceinture scapulaire était observée chez les 3 patientes. Des signes généraux étaient associés : une altération de l'état général (2 cas), un fébricule (1 cas). Le syndrome inflammatoire biologique était observé dans tous les cas. Le dosage du facteur rhumatoïde et des anticorps anti nucléaires était négatif chez toutes les patientes. La radiographie des mains et des pieds ne montrait pas d'érosion osseuse (3cas). Le RS3PE était isolé dans tous les cas. Le traitement était basé sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (1cas) et sur la corticothérapie à faible dose (2 cas). L'évolution était rapidement favorable chez toutes les malades.

Discussion : Le RS3PE pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres rhumatismes inflammatoires dans notre étude.

+ Il peut être individualisé de la polyarthrite rhumatoïde (PR) compte tenu de l'importance des œdèmes, de la négativité du facteur rhumatoïde, de l'absence d'érosions articulaires radiologiques. Il ne peut être rattaché au groupe des spondylarthropathies du fait du caractère symétrique de ses manifestations articulaires et de l'absence de liaison avec HLA-B27. Le RS3PE se distingue également de la pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR), du fait de l'importance des synovites périphériques et des œdèmes. Enfin, ce syndrome ne peut correspondre à une connectivite du fait de l'absence ou de la faiblesse des taux observés d'anticorps antinucléaires.

+ Toutefois, La polyarthrite œdémateuse du sujet âgé peut rester isolée, mais elle peut constituer la présentation inaugurale d'un rhumatisme inflammatoire chronique (PR ou autres connectivites), voire d'une hémopathie ou d'un cancer.

+ Bien que les manifestations du RS3PE puissent s'avérer sensibles aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, le traitement fait habituellement appel aux corticoïdes à faible dose (7 à 15 mg par jour), dont l'efficacité est généralement spectaculaire, aboutissant à une régression plus ou moins complète de la symptomatologie en quelques jours. Divers traitements de fond ont été proposés, notamment l'hydroxychloroquine, sans que la preuve de leur efficacité ne soit démontrée.

+ L'évolution est rapidement favorable. La rémission complète est obtenue en quelques mois à deux ans. Il faut cependant noter qu'un certain enraidissement des doigts peut définitivement persister.

Conclusion : La polyarthrite œdémateuse du sujet âgé peut rester isolée, mais elle peut constituer la présentation inaugurale d'un rhumatisme inflammatoire chronique (PR ou autres connectivites), voire d'une hémopathie ou d'un cancer. Une réponse partielle au traitement, une rechute ou une altération marquée de l'état général doivent impérativement mener à une révision du diagnostic de RS3PE et imposent de rechercher une autre pathologie, notamment une pathologie maligne.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Maladie de Behçet révélée par des varices du tronc

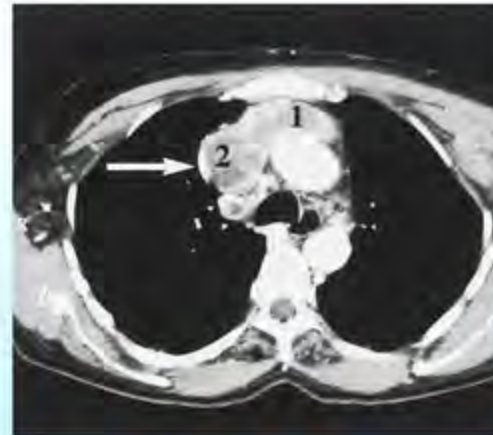
M. Ben Hammamia, K. Kaouel, M. Ben Mrad, N. Elleuch, R. Denguir, T. Kalfat, A. Khayati
Service de Chirurgie Cardiovasculaire, La Rabta Tunis

INTRODUCTION:

La maladie de Behçet (MB) se situe au carrefour de plusieurs catégories de maladies inflammatoires, principalement les maladies auto-inflammatoires et les vascularites. La vasculopathie de la MB se distingue des vascularites classiques par l'atteinte concomitante des artères et des veines, de tous diamètres, et par la fréquence des thromboses veineuses. La thrombose cave supérieure est une manifestation rare mais bien connue de la MB. Nous rapportons une observation originale d'une thrombose d'un gros tronc veineux inaugurale d'une MB.

OBSERVATION

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 34 ans qui s'est présenté à la consultation pour une ectasie du réseau veineux superficielle du thorax et de l'abdomen. Il a signalé une aphtose buccale récidivante depuis plusieurs années et un syndrome cave supérieur typique remontant à une année. L'examen clinique a mis en évidence une ulcération du scrotum et une circulation veineuse collatérale thoracique et abdominale impressionnante. Le diagnostic de la MB avec une thrombose cave supérieure a été donc envisagée. Le complément d'exploration par une angio-IRM a confirmé la thrombose du tronc veineux innominé et a éliminé une néoplasie pulmonaire sous jacente. La recherche du haplotype HLA B51 s'est avérée positive. Ainsi, le malade satisfaisait aux critères diagnostiques de l'International Study Group (ISG) pour la MB. Un traitement anticoagulant et une corticothérapie à forte dose ont été instaurés et ont permis d'obtenir une amélioration nette du syndrome cave supérieur.



Angio IRM

DISCUSSION

La maladie de Behçet est une vascularite systémique d'étiologie inconnue rapportée pour la première fois par Hulus Behçeten en 1937. En l'absence d'étiologie étiquetée, le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments de l'International Study Group for Behçet Disease. Dans cette affection, l'atteinte vasculaire est rare mais aggrave lourdement le pronostic. Elle est de survenue tardive, 3 à 8 ans après le début de la maladie (2) et peut être révélatrice de la maladie comme dans notre cas. L'atteinte veineuse peut intéresser tous les territoires avec une préférence pour les membres inférieurs (1.5% à 2.7% des cas). La thrombose d'un grand tronc veineux est inhabituelle et constitue un facteur pronostic aggravant. Son évolution est souvent favorable sous traitement médical. Toutefois, un traitement chirurgical est parfois nécessaire en absence d'amélioration clinique.

CONCLUSION

L'angio-Behçet est un mode de révélation de la MB. Elle constitue une atteinte qui conditionne le pronostic vital surtout quand il s'agit d'anévrismes des artères pulmonaires.



Les taux d'hémoglobine et de plaquette peuvent-ils constituer des marqueurs de l'inflammation au cours de la polyarthrite rhumatoïde ?

Hamdi W, Slouma M, Chérif I, Kaffel D, Boughanmi N, Zouch I, Kchir M
Service de Rhumatologie, Institut M.Kassab

INTRODUCTION

- L'anémie et la thrombocytose sont souvent considérées comme des paramètres pouvant refléter l'inflammation chronique.
- L'objectif de ce travail est de rechercher les liens entre les paramètres d'activité de la PR et les taux d'hémoglobine (Hb) et de plaquettes (Plq).

MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective menée au service de Rhumatologie à l'institut de Kassab ayant colligé 53 patients suivis pour PR répondant aux critères d'ACR-EULAR 2010.
- Nous avons effectué pour chaque patient un bilan biologique comportant : une NFS, une vitesse de sédimentation (VS) et une C-Réactive protéine (CRP).
- Nous avons également calculé pour chaque patient le DAS28 VS.
- Les études descriptive et analytique ont été réalisées par le logiciel SPSS.

RESULTATS

- 53 patients : 41 femmes et 12 hommes.
- L'âge moyen était de $54,05 \pm 10,82$ ans.
- La durée d'évolution de la PR était de 7.29 ± 6.07 ans.
- LA PR était séropositive dans 75% des cas (n=40).
- Elle était érosive dans tous les cas.
- Le taux moyen d'hémoglobine était de 12.2 ± 1.5 g/dl.
- Trente trois pourcent des patients (n=18) avaient une anémie.
- Le Taux moyen de PLQ était de $317\ 037 \pm 72\ 163$ élé/mm³.
- Une thrombocytose a été notée dans 17 % des cas (n=9).
- Le DAS28 VS moyen était de 5.02 ± 1.27 .
- L'activité de la PR est représentée par le **graphique 1**
- Le DAS 28 était à 5,66 chez les PR anémiques vs 4.69 chez les PR non anémiques. La différence était statistiquement significative (p=0.02).
- La CRP était significativement corrélé à la VS (r=0.755,p=0.000), au DAS28 VS (r=-0.428,p=0.001) et au taux de plaquette (r=0.502,p=0.000).
- Le taux d'Hb était négativement corrélé au taux de plaquette (r=-0.461, p=0.001) et à la VS(r=-0.335, p =0.014).
- Le taux de plaquette était significativement corrélé aux paramètres suivants : VS(r=-0.502,p=0.00), CRP, DAS28VS et au taux d'Hb.

Graphique 1: Activité de la PR



DISCUSSION

- Notre étude a montré que l'anémie et la thrombocytose étaient associés à une activité plus importante de la PR, une VS et une CRP plus élevées.
- Il semblerait que l'anémie et la thrombocytose sont plus fréquentes chez les PR actives

CONCLUSION

- Le taux d'Hb et celui des Plq peuvent être considérés comme des paramètres de l'inflammation au cours de la PR
- Nos résultats concordent avec les données de la littérature [1].

M. Milovanovic, E. Nilsson et P. Järemo. Relationships between platelets and inflammatory markers in rheumatoid arthritis. Clinica Chimica Acta 2004; 343: 237-240.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

MALADIE OSSEUSE DE PAGET : APPORT DE L'IMAGERIE

Z.Alaya, H.Zaghouani*, K.Baccouche, D.Amri, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, I.Ben Smida, N.Amara, E.Bouajina, C.Kraiem*

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

*Service de Radiologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction : La maladie osseuse de Paget, affection peu fréquente, est une ostéodystrophie bénigne caractérisée par un remaniement osseux excessif et anarchique pouvant affecter un ou plusieurs os. L'imagerie permet d'en faire le diagnostic dans la plupart des cas.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective portant sur 18 patients atteints d'une maladie osseuse de Paget colligés dans le service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse en Tunisie sur une période de 16 ans (1998-2014).

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, diagnostiquée à l'occasion de douleurs osseuses dans 15 cas et de fracture pathologique dans un cas. Des signes vasomoteurs étaient retrouvés chez un patient. Une élévation des phosphatases alcalines était présente dans 14 cas. Les radiographies standards ont montré une hypertrophie osseuse dans tous les cas, une dédifférenciation corticomédullaire chez neuf patients (81,8%), une ostéolyse dans sept cas (63,6%), une déformation osseuse dans quatre cas (36,4%) et une vertèbre ivoire dans quatre cas (22,2%). La scintigraphie osseuse pratiquée chez neuf patients a montré une hyperfixation dans tous les cas. Il s'agissait de forme polyostotique dans 5 cas. Les os touchés étaient: le fémur (4 cas), le bassin (12 cas), le tibia (3 cas), le rachis (4 cas), l'humérus (2 cas), le crâne (2 cas) et l'épaule (1 cas). Une IRM a été réalisée dans 3 cas et une TDM dans 3 cas, devant le doute sur des métastases osseuses sur les radiographies standards, ayant permis de retenir le diagnostic de Maladie osseuse de Paget dans 5 cas, dans le dernier cas une biopsie osseuse en a confirmé le diagnostic. Des complications ostéoarticulaires (fracture, fissure, arthropathie) étaient notées dans 13 cas et neurologiques (compression radiculaire) dans 2 cas. Aucun cas de dégénérescence sarcomateuse n'a été noté dans notre série. Un traitement par bisphosphonates a été prescrit chez 17 patients: pamidronate dans 8 cas, résidronate dans 7 cas et acide zolédronique dans 2 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 osseuse de Paget touche souvent le tibia, l'os iliaque, le fémur, dans notre étude l'os le plus touché est le bassin (46%). Elle peut être mono ou polyostotique. La progression locale de la maladie conduit à des complications osseuses (fractures, dégénérescence sarcomateuse), articulaires (arthropathies Pagétiques) ou neurologiques (souffrance médullaire, surdité). Les complications ostéo-articulaires sont les plus fréquentes dans notre série (69 % des cas). Elle est le plus souvent asymptomatique de découverte radiologique fortuite ou lors du bilan d'une élévation des phosphatases alcalines. Le diagnostic radiologique peut, dans la grande majorité des cas, être établi sur la base de la conjonction d'anomalies particulières, de forme (hyperplasie, déformations plastiques), de densité (résorption puis densification), de structure (os spongieux hypertrophique, corticales hypertrophiques mais poreuses, dédifférenciation corticospongieuse) associées à une distribution particulière (jamais la totalité du squelette mais un ou plusieurs os, en partie ou en globalité). En cas de doute diagnostique, l'examen complémentaire de choix est l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Conclusion : L'imagerie occupe une place importante dans le diagnostic de la maladie osseuse de Paget en montrant notamment l'hypertrophie osseuse avec la dédifférenciation corticomédullaire et en recherchant les complications.



Prévalence et type des manifestations pulmonaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde

N. El Amri, K. Baccouch, Z. Alaya, A. Knani, S. Belghali, H. Zeglaoui, N. Amara, I. Smida, E. Bouagina

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction :

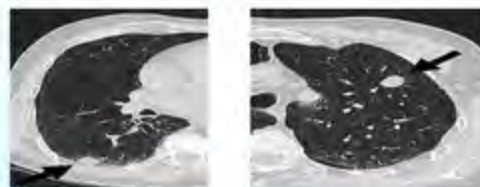
La polyarthrite rhumatoïde est une véritable maladie systémique. L'atteinte pulmonaire constitue la localisation extra-articulaire la plus fréquente. Elle se caractérise par des manifestations spécifiques et d'autres non spécifiques d'origine médicamenteuse et/ou infectieuse. Le but de cette étude est de déterminer la prévalence et les caractéristiques des atteintes respiratoires spécifiques et non spécifiques de la PR.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portant sur 300 cas de polyarthrite rhumatoïde colligés sur une période de 6 ans [2007-2012]. Toutes les manifestations pulmonaires apparues au début et au cours de la maladie objectivées moyennant les outils diagnostiques conventionnels (Radio thorax, TDM thoracique, EFR...) ont été incluses.

Résultats :

- ✓ 61 ♂ et 239 ♀ avec un âge moyen de 52,7 ans.
- ✓ La prévalence de l'atteinte pulmonaire était **39,7%**.
- ✓ Le délai d'apparition des manifestations respiratoires était de 71 mois. Cependant, dans 85,7% des cas, cette atteinte était présente dès le diagnostic de la PR.
- ✓ L'atteinte pulmonaire **spécifique** était observée dans **91,59%** des cas. Les atteintes radiologiques les plus fréquentes étaient la **pneumopathie interstitielle diffuse (8,4%)** et les **bronchiectasies (5,9%)** alors que les atteintes **spirométriques** étaient dominées par le syndrome obstructif (33,6%) et le syndrome restrictif (32,8%). Ces manifestations étaient **asymptomatiques** dans 79,83% des cas.
- ✓ Les atteintes **non spécifiques** observées dans **7,6%** des cas comportaient 2 cas de pneumopathie interstitielle diffuse iatrogènes apparues sous méthotrexate dans un cas et sous infliximab dans un autre cas et 7 cas de pneumopathie infectieuse documentée dont 4 cas de tuberculose découverte lors du diagnostic de la PR.



TDM thoracique en fenêtre parenchymateuse d'un patient atteint de la PR (montrant un nodule spéculé du lobe supérieur gauche, et un nodule sous-pleural du segment de Fowler droit).



TDM thoracique en coupes fines dans une PID associée à la PR.



TDM thoracique en coupes fines dans un sd emphysème-fibrose associé à la PR.



Discussion : Les manifestations pulmonaires propres à la PR sont très diverses, touchant d'une façon isolée ou associée le parenchyme pulmonaire, les voies aériennes, la plèvre voire même les vaisseaux pulmonaires. La TDM a bouleversé l'approche du poumon rhumatoïde. L'atteinte respiratoire y est présente dans 50 % des PR, mais elle n'est symptomatique que dans 10 % des cas. La TDM a permis de dresser l'inventaire précis des différentes lésions, le plus souvent intriquées : - nodules pulmonaires (20 %), - atteinte pleurale (15 %), - maladie des voies aériennes distales (30 %) : bronchiolites et bronchiectasies, - pneumopathies infiltrantes diffuses au profil extrêmement hétérogène (20 %). Au cours la PR, les manifestations respiratoires doivent faire systématiquement discuter les infections, en particulier opportunistes, et les pneumopathies médicamenteuses.

Conclusion : L'atteinte pulmonaire au cours de la PR est fréquente mais généralement asymptomatique. Elle doit être cherchée systématiquement vu ses implications pronostiques et thérapeutiques.

Impact des paramètres spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde sur le risque de fracture

Boughanmi.N, Hamdi.W, Slouma.M, zouch.I, Cherif.I, Kaffel.D, Kchir.M

Introduction:

L'index FRAX est un outil proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour estimer le risque de fracture par fragilité osseuse à dix ans des femmes et des hommes de plus de 40 ans. La polyarthrite rhumatoïde fait partie des facteurs de risque retenus pour le calcul de ce score. Le but de notre étude est de rechercher l'impact des paramètres de la PR sur le risque fracturaire.

Patients et méthodes:

Etude transversale portant sur 173 patients atteints de PR colligés sur 7 ans (2006-2013). Les caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques des patients ainsi que les paramètres cliniques, biologiques et radiologiques de la PR ont été collectés. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (DXA) au niveau du rachis lombaire (RL) et du col fémoral (CF). Nous avons utilisé l'indice FRAX adapté à la population tunisienne.

Résultats:

Il s'agissait de 173 patients (141 F, 32 H), âgés en moyenne de $54,05 \pm 11,04$ ans [29-78]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de $8,2 \pm 8,02$ ans. Deux patients avaient des antécédents familiaux de fracture du col du fémur et 5 des antécédents personnels de fracture. 72,25% des patients étaient sous corticothérapie. Une ostéoporose a été notée dans 47,9% des cas. Le risque moyen de développer une fracture majeure (FMO) sur 10 ans, était de $2,65 \pm 2,22$ [0-14]. Le risque moyen de développer une fracture de la hanche (FH) sur 10 ans était de $1,41 \pm 1,13$ [0-9,9]. Le risque de FMO était corrélé positivement et de façon significative avec le score HAQ ($r=0,38$, $P<0,001$) et le score de SHARP ($r=0,41$; $P<0,001$). Le risque de FH était également corrélé positivement et de façon significative avec le score HAQ ($r=0,38$; $P=0,004$) et le score de SHARP ($r=0,31$; $P=0,007$). Aucune association n'a été notée entre le FMO, le FH et les paramètres d'activité de la PR (nombre de réveils nocturnes, durée du dérouillage matinal, nombre d'articulations douloureuses, nombre d'articulations tuméfiées, VS, CRP, DAS28).

Conclusion

Notre étude suggère que le risque fracturaire au cours de la PR était associé, outre la baisse de la masse osseuse, à l'importance des dégâts structuraux et au retentissement fonctionnel de la maladie mais ne semble pas lié à l'activité de la maladie.

Apport du lavage broncho alvéolaire (LBA) dans le diagnostic d'une atteinte pulmonaire rhumatoïde pré-symptomatique

Dhahri R, Rekik S, Aouadi A, Mouhli N, Sahli H, Cheour E, El Euch M

Introduction:

L'atteinte respiratoire est la 2ème en fréquence dans la maladie rhumatoïde.

- On se propose d'étudier la corrélation entre les données scannographiques et les données du lavage broncho alvéolaire effectués chez 20 patients atteints de PR et asymptomatique sur le plan respiratoire .

Patients et méthodes:

Étude prospective chez 20 patients consécutifs atteints de PR : 16 femmes et 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). On a exclu de cette étude les patients ayant des antécédents pulmonaires.

Résultats:

L'analyse du liquide du LBA a montré. une augmentation des neutrophiles 35 % des cas. Le taux de neutrophiles varie entre 0,2 % et 16,2% . Une augmentation des lymphocytes est notée dans 2 cas . Il n'y avait pas de cas d'hyper éosinophilie à LBA.

- Un seul cas avait une cellularité mixte. En confrontant ces données avec ceux de la TDM on identifie : quatre groupes G : G1 de 6 patients avec TDM et un LBA anormaux ,G2 de 7 patients ayant un LBA normal et une TDM pathologique, G3 de 2 patients ayant un examen TDM normal et un LBA anormal , G4 de 7 patients ayant un examen TDM normal et un LBA normal .

- On a pu mettre en évidence que chez 50% de nos patients, l'hypercellularité est notée en cas de dilatation des bronches. A l'examen TDM-HR, les lésions associées à cette DDB étaient peu évoluées puisque 2 fois sur 4, existaient des syndromes interstitiels focalisés.

Discussion:

Cervantes-Perez et al [1], dans une étude histologique de 25 cas de PR, montrent que 80 % des patients ont une atteinte pulmonaire, asymptomatique dans la moitié des cas. Bien que les manifestations pleuropulmonaires de la PR soient connues de longue date, leur appréciation demeure variable suivant les critères diagnostiques utilisés : cliniques, radiologiques, scintigraphiques [2] cytologiques [3], fonctionnels ou tomодensitométriques d'une part et le manque de séries prospectives non sélectionnées d'autre part.

Conclusion:

Nos résultats confirment la prévalence élevée de l'atteinte pulmonaire détectée par une exploration tomодensitométrique au cours de la PR . Le LBA joue un rôle important dans le diagnostic positif, l'attitude thérapeutique et surtout dans le diagnostic différentiel.

- L.C.P. Cervantes-Perez, L.C.A.H. Toro-perez, M.P. Rodriguez-jurado Pulmonary involvement in rheumatoid arthritis JAMA, 243 (1980), pp. 1715-1719
- G. Bisson, G. Drapeau, G. Lamoureux, A. Cantin, M. Rola-Pleszczynski, R. Bégin Computer-based quantitative analysis of gallium and Diseased lungs Chest, 84 (1983), pp. 513-517
- B. Duquesnoy, T. Perez, J.M. Farre, B. Wallaert, C. Voisin, A.B. Tonnel et al. Étude de l'alvéolite par lavage broncho alvéolaire dans la polyarthrite rhumatoïde avec et sans atteinte pulmonaire interstitielle Rev Rhum, 55 (1989), pp. 277-283

Cirrhose biliaire primitive et lupus érythémateux systémique : une association rare. À propos d'un cas

H Loukil ; F Frikha ; M Snoussi ; S El Aoud ; R BenSalah ; Y C herif ; Z Bahloul

Introduction :

- La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie chronique d'origine auto-immune due à une destruction progressive des canaux biliaires interlobulaires, responsable d'un désordre cholestatique chronique.
- Elle peut s'associer à plusieurs maladies auto-immunes telles que le syndrome de Gougerot Sjogren, le CREST syndrome, l'hépatite auto-immune, la thyroïdite de Hashimoto et la polymyosite.
- L'association avec le LES est rare et seulement une quinzaine d'observations a été rapportée.

Patients et Méthodes :

- Nous rapportons une nouvelle observation de l'association CBP-LES colligée dans le service de médecine interne EPS Hédi Chaker Sfax-Tunisie, et rappelons les particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette association.

Observation :

- Patiente âgée de 60 ans, était admise en octobre 2013 et chez qui le diagnostic de LES dans sa forme sévère était retenu devant : une atteinte cutanée (lésion en vespertilio), une atteinte hématologique (leucopénie à 1270 /mm³), un bilan immunologique positif (anticorps antinucléaires à 1/1280 et anti-ADN natifs positifs) et une atteinte rénale (néphropathie lupique stade IV).
- Elle a été traitée par une corticothérapie à forte dose (1 mg/kg/j) initiée par 3 boli de Méthylprednisolone, associée à un immunosuppresseur à type de Cyclophosphamide en bolus mensuel et à l'hydroxychloroquine.
- Le bilan biologique initial a révélé une cholestase anictérique à 5 fois la normale et une cytolysse à 3 fois la normale.
- Les sérologies des hépatites virales B et C étaient négatives.
- Le dosage des anticorps antimitocondries a montré un taux positif > à 1/40 avec des anti-M2 (AMA2) positifs permettant de retenir le diagnostic de CBP.
- La ponction biopsie hépatique n'a pas été faite.
- La patiente a été mise sous acide ursodeoxycholique à la dose de 15 mg/kg/jour, tout en continuant la corticothérapie et les cures d'endoxan déjà instaurées pour le LES.
- L'évolution était bonne sur le plan clinique et biologique

Discussion :

- La CBP est connue pour être associée avec d'autres maladies auto-immunes, notamment le syndrome de Sjogren (environ 70 % des patients atteints de CBP), la sclérodermie (touchant 15 % des patients atteints de CBP) et les thyroïdites (environ 10 % des patients atteints de CBP).
- Son association au LES est rare (fréquence 1%), et seuls des cas isolés ont été rapportés et dans lesquels le diagnostic de CBP précède celui de LES.
- L'originalité de cette observation repose sur la découverte concomitante de ces 2 pathologies et la difficulté de préciser la chronologie d'apparition des deux affections.
- Cette association fait discuter l'hépatotoxicité et les précautions à entreprendre des traitements du LES notamment le Cyclophosphamide utilisé pour une néphropathie lupique chez notre patiente .

Conclusion :

- Le LES et la CBP sont deux désordres immunologiques qui surviennent rarement chez la même personne. Toutefois, la recherche de CBP de façon systématique en présence de maladie auto-immune est nécessaire afin d'instaurer un traitement précoce améliorant le pronostic de cette pathologie

Bibliographie :

- 1-Efe C, Purnak T, Ozaslan E, Ozbalkan Z, Karaaslan Y, Altiparmak E, Muratori P, Wahlin S: Autoimmune liver disease in patients with systemic lupus erythematosus: a retrospective analysis of 147 cases. *Scand J Gastroenterol* 2011, 46:732-737
- 2-Sonia H, Nabil C, Houda M, Fethia B and Hamouda S: Late-onset systemic lupus erythematosus-associated primary biliary cirrhosis. *International Archives of Medicine* 2013, 6:1755-7682-6-3

Facteurs associés à l'atteinte osseuse au cours de la cirrhose

La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Introduction

L'ostéoporose est la complication la plus fréquente de l'ostéodystrophie hépatique. Des liens unissent l'hépatopathie chronique à la pathologie osseuse. Ils peuvent être communs : une altération du métabolisme de la vitamine D, le rôle de certaines cytokines, ou plus spécifiques à chaque hépatopathie : la bilirubine, l'utilisation de glucocorticoïdes ou d'immunosuppresseurs, l'alcool. Sa prévalence varie de 20 à 100%^[1] ce qui représente un facteur de risque fracturaire, source de morbidité et de mortalité chez ces patients.

Objectifs

Déterminer chez un groupe de patients ayant une cirrhose les facteurs cliniques et/ou biologiques associés à l'atteinte osseuse.

Méthodes

Etude transversale portant sur 37 patients atteints de cirrhose hépatique. Une mesure de la densité minérale osseuse par absorptiométrie biphotonique a été réalisée et les données cliniques, biologiques et évolutifs de la cirrhose ainsi que des facteurs de risque osseux ont été relevés pour chaque patient. Nous avons cherché par la suite les facteurs associés à l'atteinte osseuse.

Résultats

Notre population se compose de 37 patients (22 femmes et 15 hommes) avec un âge moyen de 57,78 ans [27-82], atteints de cirrhose hépatique de durée moyenne d'évolution de 9,73 ans [1-32]. Les étiologies de la cirrhose étaient diverses : infection par le virus B (n=14), infection par le virus C (n=3), hépatite auto-immune (n=2), cirrhose biliaire primitive (n=7), syndrome de chevauchement (n=2), cholangite sclérosante primitive (n=3) et origine indéterminée (n=4). 25 patients avaient une cirrhose compliquée (ascite n=17, hémorragie digestive n=17, ictère n=9, syndrome hépatorénal n=2, encéphalopathie n=4). La sévérité de l'atteinte hépatique était évaluée par le score de Child-Pugh : Child A n=21 (56,8%), Child B n=11 (29,7%), Child C n= 5 (13,5%).

Concernant la densité minérale osseuse : Une perte de la densité osseuse était objectivée chez 27 patients (73%) : 37,8% des patients étaient ostéoporotiques et 35,1% étaient ostéopéniques. L'atteinte du site lombaire était la plus fréquente et retrouvée chez 67,5% des patients (43,2% ostéopénie et 24,3% ostéoporose) suivie par l'atteinte du site fémoral qui était retrouvée chez 52,7% des patients (44,4% d'ostéopénie et 8,3% d'ostéoporose). Cinq patients ont bénéficié d'une mesure de la DMO au niveau du site radial dont 4 étaient ostéoporotiques.



Discussion

Un faible BMI, la ménopause est la durée d'évolution de la cirrhose ont été identifiés comme facteurs de risque dans certaines études^[2] ce qui n'était pas confirmé pour notre échantillon. De l'étude des autres facteurs associés ressort que la perte de masse osseuse est statistiquement corrélée aux antécédents fracturaires ostéoporotiques ($p=0,038$) et à l'hypoalbuminémie ($p=0,035$). L'atteinte osseuse est proportionnelle à un score de Child-Pugh élevé ($p=0,032$) tout comme d'autres séries^[3,4]. En revanche, il n'y avait aucune relation statistiquement significative entre la densité minérale osseuse et les autres caractéristiques biologiques et cliniques de l'hépatopathie.

Dr. HEDRIE, Salah EDDINALI, HOU ZELOAFER, KHOUBA BACHOUCHE, ZOUHRI ALATA, NISSEYI AMEL, AYOUB KHANOU, AB EMMAR, FAYE SOUJANA
Médecin rhumatologue, CHU FARJEL TUNISIE
Médecin rhumatologue, CHU de Sfax

Conclusion

Dans notre population, la perte osseuse au cours de la cirrhose est significativement liée aux antécédents fracturaires ostéoporotiques, à l'albuminémie et à la sévérité de l'atteinte hépatique évaluée par le score de Child-Pugh. Une étude sur l'opportunité et l'efficacité de la mise en place d'un traitement préventif en fonction des facteurs de risque pourrait être pertinente.

Concernant les Facteurs associés à l'atteinte osseuse (ostéoporose et ostéopénie)

	Os normal (n=10)	Os atteint (n=27)	P
Âge moyen (ans)	52,4 ± 12,66	57,04 ± 11,4	NS
Femme/homme	7/3	16/8	NS
Ménopause précoce	0	5	NS
ATCDs fracturaires ostéoporotiques	0	9	0,038
BMI < 19	1	1	NS
Tabac	1	1	NS
Alcool	0	1	NS
Activité physique limitée	8	24	NS
Apports calciques faibles	0	4	NS
Corticoïdes	0	3	NS
Âge moyen du diagnostic (ans)	99,11 ± 20,2	47,92 ± 11,83	NS
Durée moyenne d'évolution (ans)	14,44 ± 11,45	8,04 ± 7,23	NS
PSL (U/L)	113 ± 50,93	199 ± 182,69	NS
GGT (U/L)	35,8 ± 15,77	75,15 ± 75,94	NS
Bilirubinémie (µmol/l)	16,8 ± 10,59	30,53 ± 25,05	NS
Albuminémie (g/l)	41,61 ± 9,21	30,82 ± 13,61	0,035
Child A	9	12	0,032
Child B	0	11	
Child C	1	4	
Forme compliquée de la cirrhose	5	20	NS
Ascite	2	15	NS
Hémorragie digestive	3	14	NS
Ictère	2	7	NS
Syndrome hépatorénal	0	2	NS
Encéphalopathie	1	3	NS

Les ATCDs fracturaires ostéoporotiques, l'albuminémie et le score de Child-Pugh sont les facteurs indépendants de la déminéralisation osseuse au cours de la cirrhose.

Coxite de l'arthrite juvénile idiopathique et statut staturo-pondéral

K.Maataallah, K.Ben Abdelghani, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

But:

- Evaluer le retentissement de la coxite sur le statut staturo-pondéral au cours de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI)

Matériel et méthodes:

- Etude rétrospective comparative des dossiers d'AJI colligés dans notre service (1993-2013).
- Deux groupes de sujets ont été comparés:
 - ✓ Un groupe d'étude: Patients souffrant d'AJI compliquée de coxite
 - ✓ Un groupe contrôle: Patients atteints d'une AJI sans coxite.
- Le poids et la taille ont été mesurés pour les deux groupes étudiés

Résultats :

- Cinquante-trois dossiers ont été colligés.
- Le groupe d'étude: Les patients avaient une atteinte axiale dans 8 cas, oligoarticulaire (1 cas), polyarticulaire (6 cas), systémique (10 cas). Ils étaient traités par méthotrexate dans 4 cas à une dose moyenne de 15mg/semaine, des antipaludéens de synthèse (3 cas) salazopyrine (13 cas), leflunomide (4 cas) et par anti TNF (4 cas).
- Une différence statistiquement significative du poids et de la taille a été notée entre les patients des deux groupes étudiés. Le groupe d'étude avait une taille et un poids moyens inférieurs à ceux du groupe contrôle avec $p < 0,0001$ dans les deux cas. Le retard staturo-pondéral $< -2DS$ était plus fréquent dans le groupe d'étude par rapport au groupe contrôle avec $p < 0,001$.
- Les résultats sont détaillés au tableau 1

	AJI coxite(+)	AJI coxite(-)	p
Nombre de patients	25	29	
Age moyen(ans)	25(10-35)	19(10-37)	
Durée de la maladie(ans)	17(8-28)	12(2-26)	
Statut pondéral moyen(DS)	-2	-0,9	<0,0001
Statut statural moyen(DS)	-1,8	0,3	<0,0001
Nombre de patients ayant un retard staturo-pondéral	11	1	<0,001

Tableau1: Statut staturo-pondéral des deux groupes de patients

Discussion:

Le retard de croissance staturopondérale au cours de l'AJI implique plusieurs facteurs dont: l'activité de la maladie qui a pour conséquence une diminution des taux d'IGF1 (*insulin-like growth factor 1*), un statut nutritionnel déficient avec des apports insuffisants en protéines et en calories et une corticothérapie prolongée(1). Dans notre étude près du ¼ des patients avaient un retard de croissance. L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale est souvent associée à des formes sévères d'AJI et une forte dose de corticothérapie est souvent nécessaire pour contrôler la maladie ce qui pourrait expliquer le retentissement sur la croissance plus important chez le groupe d'étude

Conclusion:

Dans notre étude, La coxite avait un retentissement important sur le statut staturo-pondéral des patients souffrant d'AJI.

TUMEURS BRUNES REVELANT UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE : A PROPOS DE 5 CAS

Alaya Z, Henchiri I, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bagané N, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

Les tumeurs brunes représentent un aspect rare des manifestations osseuses de l'hyperparathyroïdie primaire (HPP) (2 à 3%), survenant habituellement lors de formes sévères avec signes de résorption osseuse. Elles sont exceptionnellement révélatrices d'HPP.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 5 cas de tumeurs brunes révélatrices d'HPP colligés dans un service de Rhumatologie entre 1995 et 2013.

Résultats :

Il s'agit de 4 femmes et d'un homme d'âge moyen de 48 ans. Le motif de consultation était : une douleur osseuse (5 cas) avec tuméfaction de la jambe (2 cas). Les radiographies ont montré des lésions lytiques (100%) siégeant : au tibia (2 cas) dont une compliquée de fracture, à la branche ischio-pubienne (1 cas), à l'aile iliaque (1 cas) et aux vertèbres lombaires (1 cas). La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation diffuse sur l'ensemble du squelette (100%). Une hypercalcémie avec augmentation des PAL et de la PTH ont été observées dans tous les cas. L'histologie de la biopsie de l'os iliaque était en faveur d'une tumeur brune. L'échographie cervicale et la scintigraphie au MIBI ont conclu à un adénome parathyroïdien dans 4 cas. La scintigraphie au Myoview et le scanner cervico-thoracique ont révélé un adénome parathyroïdien ectopique. Tous les patients ont bénéficié d'une parathyroïdectomie. Un enclouage centromédullaire du tibia a été réalisé chez un malade.

Conclusion :

Devant la découverte de lésions lytiques, il faut savoir évoquer en plus de la pathologie maligne (métastases, myélome), l'hyperparathyroïdie.

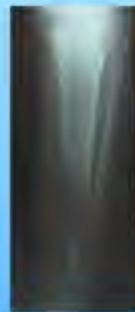
Discussion:

• L'atteinte osseuse au cours de l'HP se voit dans 2 % des cas. Elle est similaire dans les HPP et secondaires mais beaucoup plus sévère dans les formes primitives. Elle se manifeste par des douleurs osseuses, une fracture pathologique ou une tuméfaction locale. Le siège concerne essentiellement le squelette axial. Au niveau du massif facial l'atteinte mandibulaire est fréquente. Les tumeurs brunes surviennent habituellement lors de formes sévères accompagnées de signes de résorption osseuse sous périostée. Le rachis en constitue une localisation exceptionnelle.

• Sur le plan biologique : l'hypercalcémie avec hypophosphorémie et hypercalciurie sont très évocatrices du diagnostic, qui est confirmé par l'augmentation du taux de la PTH dans le sang.

• Les tumeurs brunes réalisent des plages de destruction osseuse bien limitées, parfois d'allure agressive, avec destruction ou soufflure corticale et sont souvent multifocales. Ces « tumeurs » ne sont pratiquement jamais isolées et s'intègrent dans un fond de résorption osseuse diffuse mais avec une prédominance dans certains sites. La TDM montre une lésion ostéolytique de densité tissulaire entourée d'un liseré dense s'étendant progressivement dans l'os, et se développant sous forme pseudo tumorale dans les parties molles adjacentes, à l'origine de déformations osseuses. Les tumeurs brunes posent le problème de diagnostic différentiel avec les tumeurs à cellules géantes en imagerie.

• L'intérêt des bisphosphonates avant la réalisation d'une parathyroïdectomie en cas de tumeur brune rachidienne a été rapporté. Après traitement, la régression des lésions osseuses est plus au moins complète associant sclérose, calcification et diminution du volume tumoral.



Tumeur brune du tibia



Radiographie du bassin: lésion ostéolytique de l'aile iliaque gauche

Rhumatismes intermittents : Particularités épidémiologiques, cliniques et immunologiques à travers une étude monocentrique

H Sahli, M Bani, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari.

INTRODUCTION :

Les rhumatismes intermittents (RI) regroupent des affections diverses se traduisant par des signes articulaires de durée brève qui se répètent sans anomalie articulaire apparente dans l'intervalle des crises. Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et immunologiques des RI.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Etude rétrospective menée sur une période de 13 ans [2000-2013] portant sur les dossiers de patients suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle et chez qui le diagnostic de RI a été retenu.

RÉSULTATS :

- ✓ 7 hommes et 1 femme d'âge moyen 36 ans [18-56].
- ✓ Le délai moyen de consultation : 911 jours [3jours-3240jours].
- ✓ MEA: Absentes chez tous les patients.
- ✓ Un syndrome inflammatoire biologique : 4 cas.
- ✓ Les radiographies standards étaient sans anomalies.
- ✓ L'IRM, pratiquée dans 3 cas: Erosion des os du carpe dans 1 cas et synovite inflammatoire du genou dans 2 cas.

CONCLUSION :

Les RI sont rares mais le suivi au long cours est nécessaire afin de dépister une éventuelle évolution vers un rhumatisme inflammatoire chronique comme une PR.

Tableau I: Caractéristiques cliniques

Monoarthrite	N=3
Oligoarthrite	N=4
Polyarthrite asymétrique	N=1
Déformations	N=1
Signes inflammatoires locaux	N=6

- ✓ Une biopsie synoviale des articulations, pratiquée dans 3 cas, avait montré une synovite inflammatoire chronique chez un cas.
- ✓ Les anticorps anti-CCP : 1 cas et les anticorps anti-nucléaires : 1 cas.
- L'évolution vers une polyarthrite rhumatoïde était notée dans un cas après un délai de 3 ans.

A PROPOS D'UN CAS DE METASTASES OSSEUSES REVELATRICES D'UN NEUROBLASTOME

S. Bendjemaa, R. Akrouf, M. Ezzeddine, I. Hachicha, H. Fourati, S. Baklouti

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Le neuroblastome constitue une famille de tumeurs embryonnaires malignes d'origine nerveuse sympathique qui touche le jeune enfant. Il occupe le 2ème rang des tumeurs solides de l'enfant. Plus de 90 % des patients sont âgés de moins de 6 ans, avec un âge moyen compris entre 2 et 3 ans. Nous rapportons le cas d'un jeune adolescent âgé de 18 ans qui présente un neuroblastome révélé par des métastases osseuses.

Observation :

Un garçon âgé de 18 ans, fermier, sans antécédents pathologiques, consulte pour des rachialgies inflammatoires associées à une altération de l'état général. L'examen montre une pâleur cutanéomuqueuse, une douleur à la pression des épineuses lombaires et du bassin. A la biologie, on note : un syndrome inflammatoire intense (VS = 110 mm1H, CRP = 112 mg/l) et une anémie normochrome, normocytaire à 6,9 g/dl. Les radiographies du rachis et du bassin montrent de multiples lésions lytiques. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (figure1) met en évidence une masse rétropéritonéale droite de contours polylobés hétérogène envahissant le foie et refoulant le pôle supérieur du rein droit, associée à une hépatomégalie siège de multiples nodules hypodenses et de multiples adénopathies lombo-aortiques et interaortico-cave. La trame osseuse du rachis dorso-lombo-sacré était hétérogène. Une BOM conclut à une infiltration médullaire par un neuroblastome peu différencié ce qui a été confirmé par le résultat de la biopsie scanoguidée de la masse surrénalienne. Le diagnostic de neuroblastome avec métastases hépatiques et osseuses a été retenu et le patient a bénéficié d'une chimiothérapie selon le protocole : VP16-cisplat.

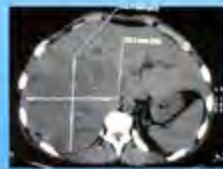


Figure1: Le scanner thoraco-abdomino-pelvien met en évidence une masse rétropéritonéale droite hétérogène envahissant le foie et refoulant le pôle supérieur du rein droit

Discussion :

1. Épidémiologie:

- Représente environ 10 % des cancers de l'enfant.
- Cette tumeur affecte en moyenne 1 enfant sur 8000.
- L'âge moyen est compris entre 2 et 3 ans.
- Plus de 90 % des patients sont âgés de moins de 6 ans.
- La localisation la plus fréquente est le rétropéritoine, en particulier la surrénale(35%). La tumeur peut se développer par envahissement de contiguïté du tissu adjacent, par extension lymphatique aux ganglions de voisinage ou à distance et par métastases hématogènes.

2. Les signes cliniques:

- La découverte d'une masse
- Des signes fonctionnels en rapport avec des phénomènes de compression (digestive, urinaire, respiratoire, neurologique radiculaire ou spinale).
- La découverte fortuite

3. Les sites métastatiques:

Environ 70 % des enfants de plus de 1 an ont une forme d'emblée disséminée. L'extension métastatique se fait principalement vers la moelle osseuse, l'os, le foie et la peau. Les métastases pulmonaires ou cérébrales sont exceptionnelles.

4. Le traitement :

Des neuroblastomes localisés repose avant tout sur l'exérèse complète suffisante en l'absence d'amplification de NMYC, avec plus de 90 % de guérison.

Dans les formes métastatiques, chez l'enfant de plus de 1 an, une chimiothérapie lourde de consolidation est proposée aux patients en rémission complète ou partielle

Conclusion :

Pour le neuroblastome métastatique, le traitement se base sur une polychimiothérapie. La radiothérapie reste indiquée en urgence pour les compressions médullaires. Le pronostic est réservé surtout pour les formes métastatiques qui constituent malheureusement le mode révélateur le plus fréquent.

BIBLIOGRAPHIE : D. Plantaz, D. Pasquier, J.F. Dyon, M. Favrot, M. Bost. Neuroblastomes : aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques actuels. *Médecine Nucléaire - Imagerie fonctionnelle et métabolique* - 2001 - vol.25 - n°4



Schwannome du nerf radial: motif de consultation inhabituel en Rhumatologie

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

INTRODUCTION

- Le schwannome est une tumeur bénigne des gaines nerveuses développée aux dépens de la cellule de Schwann qui entoure les nerfs.
- Il siège souvent au niveau des faces d'extension des membres supérieurs.
- Il représente un motif de consultation inhabituel en rhumatologie.
- Nous en rapportons une observation.

OBSERVATION

- Mme BF âgée de **34 ans**
- Pas d'antécédents pathologiques
- **Motif de consultation** : une tuméfaction douloureuse de l'avant bras gauche évoluant depuis deux ans et augmentant progressivement de taille. Cette tuméfaction était responsable d'une décharge électrique déclenchée par le contact.
- **L'examen** objectivait une tuméfaction de l'avant bras gauche oblongue de 20 mm de grand axe, sensible à la palpation.
- **La biologie** n'a pas décelé de syndrome inflammatoire.
- **L'électromyogramme** était normal.
- **L'échographie** montrait une formation tissulaire hypoéchogène oblongue de contours réguliers.
- **L'IRM de l'avant bras gauche** révélait une lésion fusiforme de la loge postéro-externe du bras, hypointense en T1 prenant le gadolinium de façon hétérogène et hyperintense en T2. Elle est entourée par une pseudocapsule en hyposignal T2. Son siège est excentré par rapport au nerf radial. L'aspect radiologique était en faveur d'un schwannome du nerf radial.
- **Un traitement** chirurgical par énucléation de la tumeur a été programmé.

DISCUSSION

- Le schwannome est une tumeur neurologique bénigne caractérisée par sa croissance lente et sa petite taille ne dépassant pas 5 cm.
- Il est habituellement solitaire, mais l'existence de schwannomes multiples est évocatrice d'une neurofibromatose.
- Le mode de révélation est représenté par la tuméfaction et les douleurs.
- L'IRM est un examen performant permettant de montrer une tumeur encapsulée excentrée par rapport au nerf.
- L'examen anatomopathologique est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic.

CONCLUSION

Le schwannome se manifeste par une tuméfaction douloureuse sur le trajet du nerf périphérique.

L'IRM est l'examen radiologique le plus contributif.

L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic.

Son traitement est chirurgical

Impact des paramètres sociodémographiques sur l'activité de la maladie au cours de la PR

Cherif I, Hamdi W, Boughanmi N, Kaffel Dh, Slouma M, Zouch I, Kchir MM
Service de Rhumatologie- Institut Kassab

INTRODUCTION:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Plusieurs facteurs influencent l'activité de la maladie au cours de la PR.

➤ **Objectif:** Rechercher l'impact des paramètres sociodémographiques sur l'activité de la PR.

PATIENTS ET METHODES :

Etude prospective sur 12 mois portant sur des patients atteints de PR (critères ACR 1987). Les données socio démographiques et les paramètres d'activité de la maladie ont été recueillis. Le test de Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et l'ANOVA pour les variables quantitatives.

DISCUSSION ET CONCLUSION:

Notre série montre que l'absence d'emploi, le milieu de vie rural et l'analphabétisme constituent les principaux paramètres sociodémographiques influençant l'activité de la PR. Barnabe et al ont retrouvé que le bas niveau socioéconomique est corrélé à un retard de diagnostic au cours de la PR [1].

En outre, les patients indigents ont des difficultés à adhérer aux traitements et à auto évaluer leurs maladie.

Concernant les conditions climatiques il sn'avaient pas d'influence sur l'activité de la PR[2]

RESULTATS

• N=70

• Age moyen= 52 ans [18-78ans].

• 77% étaient de sexe féminin.

Niveau socio-économique:

• Défavorisé dans 46% des cas

• Moyen dans 41% des cas

• Bon dans 13% des cas.

Niveau d'étude:

• 34% des patients étaient illettrés

• 38% avaient un niveau d'étude primaire

• 24% avaient un niveau d'étude secondaire

• 4% avaient un niveau d'étude supérieur.

Couverture sociale:

• 84% des patients étaient affiliés à la CNAM

• 16% étaient indigents.

Type d'habitation:

• 77% des patients habitaient en zone urbaine

• 23% habitaient en milieu rural.

Statut matrimonial:

• 78% des patients étaient mariés

• 13% étaient célibataires

• 10% étaient divorcés

• 7% étaient veuves.

Profession:

• 70% des patients étaient sans profession

• 24% occupaient un travail de force

• 6% un travail de bureau.

Les caractéristiques de la PR sont résumés dans le tableau 1

Paramètres	Valeur moyenne
Durée d'évolution	6,9 [0,25-41] ans
FR positif	75%
RN	1,7+/-1,3[0- 5]
DM	44,3min +/-36[%0-120]
NAD	7,8+/-7,5[0-32]
NAG	3,9+/-1,2 +/-[0-32]
VS	41,6mm
CRP	20,1mg/l
DAS28	4,86[2-8 ,33]
HAQ	1,46[0,2-3]
EVA douleur	49,85 mm [0,5-90]

L'étude analytique avait permis de noter que l'absence d'emploi influençait négativement le HAQ ($p=0,018$), le DAS28 ($p=0,012$) et le dérouillage matinal ($p=0,018$). Le milieu de vie rural influençait négativement la douleur ($p=0,035$) et le nombre d'articulations tuméfiées ($p=0,43$). Les patients avec un niveau d'étude supérieur avait un nombre de réveils nocturnes significativement plus important ($p=0,028$), les patients illettrés avait un HAQ significativement plus important ($p=0,028$). Aucune différence des paramètres d'activité n'a été retrouvée selon le niveau socioéconomique, la couverture sociale, le sexe et le statut matrimonial.

REFERENCES:

- 1) Barnabe C and al. Factors associated with time to diagnosis in early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2014
- 2) Yazmalar L, Ediz L, Alpayci M, Hiz O, Toprak M, Tekeoglu I. Seasonal disease activity and serum vitamin D levels in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and osteoarthritis. Afr Health Sci. 2013

Amylose cardiaque de type AA compliquant une polyarthrite rhumatoïde chez une patiente ayant une bêta thalassémie

Dhahri R, Hamdi W, Chrif I, Zouch I, Kaffel DH, Kchir MM

• Introduction:

- L'amylose secondaire (de type AA), complication bien connue des rhumatismes inflammatoires chronique notamment la PR, touche exceptionnellement le cœur et entrave de façon dramatique le tournant pronostique de la maladie. Nous en rapportons une observation.

• Observation:

- Il s'agit d'une patiente âgée de 38 ans aux antécédents de bêta-thalassémie mineure, présentant depuis l'âge de vingt ans une PR séropositive et érosive (critères d'ACR), traitée par prednisone 10 mg/j et méthotrexate 15 mg/ semaine avec notion de mauvaise observance au traitement. Elle a été hospitalisée pour une poussée de sa maladie (DAS28 à 7.2) associée à une arthrite septique bifocale à staphylocoque intéressant le genou et le coude droits et qui a bien évolué sous traitement antibiotique adapté. Trois mois plus tard elle a été ré hospitalisée dans un tableau d'insuffisance cardiaque aigüe (dyspnée stade 4 de NYHA , et œdème bilatéral des deux membres inférieurs) La radiographie de thorax trouve des images d'OAP avec une cardiomégalie (index cardio thoracique à 0.65), ECG trouve un micro voltage diffus ainsi qu'une ischémie sous endocardique , les troponines Ic étaient positives.

- L'échographie cardiaque trouve un ventricule gauche dilaté, une hypertrophie du septum inter ventriculaire avec un aspect granité du myocarde ou « granular sparkling » caractéristique d'une amylose cardiaque. La biopsie myocardique n'a pas pu être faite. La biopsie labiale confirme le diagnostic d'amylose de type AA. La patiente est mise sous azathioprine à la dose de 100 mg/ jour. Elle développe secondairement une insuffisance rénale rapidement terminale, en rapport avec une amylose rénale à la suite de laquelle elle est prise en charge en néphrologie pour dialyse.

• Discussion:

- La cardiopathie amyloïde se manifeste par une insuffisance cardiaque diastolique et des troubles du rythme et de la conduction.
- Le diagnostic précoce de l'atteinte cardiaque requiert un haut degré de suspicion et repose sur l'échocardiographie couplée au Doppler. (1)

• Conclusion:

- Les relations entre les dépôts amyloïdes et le système cardiovasculaire sont multiples et illustrent bien la plupart des questions liées à cette pathologie : diagnostic tardif de l'atteinte cardiaque au cours des amyloses généralisées,
- 1. In : Gateau G, Benson MD, Delpech M, eds. *Les Amyloses*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2000 : 1-580.

Profil ostéodensitométrique au cours de la polyarthrite rhumatoïde avec coxite

Hamdi.W ,Boughanmi. N ,Cherif. I,Kaffel.D,Slouma.M, Zouch.I ,Kchir.M

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) représente le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent de l'adulte. La coxite rhumatoïde est peu fréquente (15%) et généralement tardive dans l'évolution de la maladie. Il s'agit d'une localisation particulièrement grave du point de vue fonctionnel. Le but de notre étude est de rechercher les particularités du profil ostéodensitométrique chez les patients atteints de PR avec coxite.

Patients et méthodes :

Etude transversale portant sur 173 patients atteints de PR colligés sur 7ans (2006-2013). La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (DXA) au niveau du rachis lombaire (RL) et du col fémoral (CF). Les patients ont été divisés en deux groupes : patients avec coxite et patients sans coxite.

Résultats :

- 173 patients (141 F, 32 H)
- Age en moyen: $54,05 \pm 11,04$ ans
- Durée moyenne d'évolution de la PR : $8,2 \pm 8,02$ ans.
- 19 patients (10,98%) avaient une coxite.
- L'ostéoporose était plus fréquente dans le groupe PR avec coxite.

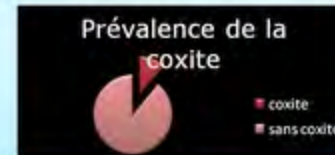
➤ Les deux groupes étaient comparables pour: l'âge, le sexe, l'âge de début de la PR, la durée de la ménopause

➤ La durée d'évolution de la maladie dans le groupe PR avec coxite était supérieure à la durée d'évolution dans le groupe sans coxite ($14,42 \pm 2,49$ ans versus $7,44 \pm 0,58$ ans).

➤ La présence de facteur rhumatoïde [63,15% versus 72,72% ; $P=0,4$] et d'ACPA [63,15 % versus 74% $P=0,6$] était comparable dans les 2 groupes. Il n'y avait pas de différences significatives entre les 2 groupes pour les scores d'activité DAS28 ($P=0,3$). Les valeurs de la DMO étaient comparables pour les 2 groupes, au niveau du RL ($P=0,06$) et du CF ($P=0,2$). Le T score était également comparable pour les 2 groupes au niveau du RL ($P=0,2$) et du CF ($P=0,16$).

Conclusion :

➤ Dans notre série 94,73% des patients ayant une coxite avaient une perte osseuse, mais cette association n'était pas statistiquement significative.



Syndrome des antisynthétases et cancer : une association fortuite ?

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 myosites associées aux cancers sont définies par la découverte d'une myosite dans un délai de plus ou moins trois ans par rapport au diagnostic de néoplasie. Les liens entre myosite et cancer sont différents en fonction du type de myosite. Ce risque a été clairement établi dans la dermatomyosite et la polymyosite. Le caractère paranéoplasique du syndrome des antisynthétases manque de preuve statistique. Nous en rapportons une nouvelle observation.


DISCUSSION ET CONCLUSION

- ✓ Notre observation soulève l'hypothèse d'un lien potentiel entre syndrome des antisynthétases et néoplasie, en cas d'association à des anticorps anti-Jo1.
- ✓ Le syndrome des antisynthétases appartient au groupe des myosites de chevauchement associées aux connectivites. Il se définit par la présence d'une myosite histologique associée soit à la présence d'anticorps anti-aminoacyl-tRNA synthétases (dont les plus fréquents sont les anticorps anti-Jo1, anti-PL7, et anti-PL12), soit à la présence de signes extramusculaires tels qu'un phénomène de Raynaud, des arthralgies, une hyperkératose fissuraire ou une atteinte pulmonaire avec syndrome interstitiel.
- ✓ Il est maintenant démontré qu'en présence d'une dermatomyosite, d'une polymyosite pure et d'une myopathie nécrosante (en dehors des myopathies nécrosantes auto-immunes à anticorps anti-signal recognition peptide [SRP] et à anticorps anti-HMGCoA reductase), il faut rechercher une néoplasie par des examens complémentaires adaptés

OBSERVATION

Mme J.Z, âgée de 62ans, venait d'être diagnostiquée porteuse d'un syndrome des anti-synthétases, diagnostic retenu devant une myosite clinique, biologique et histologique, des anticorps antisynthétases (anti-JO1) fortement positifs et une pneumopathie interstitielle diffuse au stade de fibrose. Une corticothérapie à la dose de 1 mg/kg par jour a été alors débutée et la mise en route d'un traitement immunosuppresseur était prévue. Cependant, devant la corticorésistance avec une persistance des CPK à 11N et l'apparition d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche, le caractère paranéoplasique du syndrome des anti-synthétases a été évoqué. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien était sans anomalie en dehors de la fibrose pulmonaire déjà connue. La mammographie était normale. En revanche, l'échographie cervicale avait montré une formation kystique thyroïdienne gauche d'aspect suspect, à paroi épaissie irrégulière aménageant de multiples cloisons et siège d'un bourgeon endokystique vascularisé, associée à des microlacunes diffuses au niveau du rachis et du bassin. Le complément d'exploration par une cytoponction du nodule thyroïdien a conclu à un adénocarcinome de la thyroïde. L'IRM médullaire a mis en évidence un tassement vertébral L1 d'allure suspecte avec recul du mur postérieur et épидурite. Le diagnostic d'un micro-carcinome métastatique de la thyroïde a été retenu. La patiente a été adressée en chirurgie carcinologique, l'évaluation est en cours.

- ✓ Il existe plusieurs cas décrits de néoplasie associée à des syndromes des antisynthétases dont cinq cas d'adénocarcinome pulmonaire. Les autres cas décrits rapportent des localisations tumorales et des types histologiques variés. Cependant, il a été précédemment établi que la présence d'anticorps antisynthétase a une très bonne valeur prédictive négative concernant le risque de néoplasie associée aux myosites. Deux études récentes semblent pourtant montrer un lien entre la présence d'anticorps anti-Jo1 et cancers dans certains sous-groupes.
- ✓ Il n'y a donc, à ce jour, aucune preuve statistique d'un risque de néoplasie augmenté chez les patients souffrant d'un syndrome des antisynthétases. Un sur-risque existe peut-être chez des patients avec anticorps anti-Ro-52 (SSA).

 Chez un patient avec syndrome des antisynthétases, il faut réaliser un examen clinique exhaustif qui permettra de guider l'imagerie. La recherche d'un syndrome interstitiel est systématique en cas de syndrome des antisynthétases et mènera dans tous les cas à une imagerie thoracique. Il faudra reconsidérer la possibilité d'association à une néoplasie en cas de résistance au traitement, de forme sévère avec altération de l'état général importante ou de signes francs de dermatomyosite associée

Coxite de l'arthrite juvénile idiopathique et scolarité

K.Maataallah, K.Ben Abdelghani, L.Souabni, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui

But:

Evaluer le retentissement de la coxite sur la scolarité au cours de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI)

Matériel et méthodes:

- Etude rétrospective comparative des dossiers d'AJI colligés dans notre service (1993-2013).
- Deux groupes de sujets ont été comparés:
 - Un groupe d'étude: Patients souffrant d'AJI compliquée de coxite
 - Un groupe contrôle: Patients atteints d'une AJI sans coxite.
- Le niveau d'étude, l'absentéisme, le nombre de classes redoublées, les causes d'abandon des études ont été étudiées

Résultats :

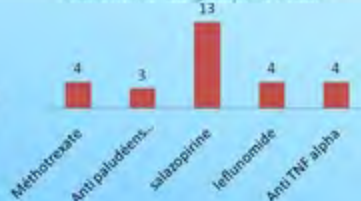
- Cinquante-trois dossiers ont été colligés.
- Le groupe d'étude:

les formes cliniques de l'AJI dans le groupe d'étude



- Atteinte axiale
- Atteinte oligoarticulaire
- Atteinte polyarticulaire
- Atteinte systémique

Traitement du groupe d'étude



- Les renseignements concernant la scolarité avaient été recueillies sur 17 patients. Six patients étaient en cours de scolarisation et neuf patients avaient abandonné leurs études. Les renseignements concernant la scolarité avaient été recueillies chez 19 patients.. Treize patients étaient en cours de scolarisation et quatre patients avaient abandonné leurs études. Aucune différence statistiquement significative n'a été objectivée entre les deux groupes .
- Les résultats sont détaillés au tableau 1

	AJI coxite(+)	AJI coxite(-)	P
Nombre de patients	17	19	
Age moyen(ans)	25(10-35)	19(10-37)	
Durée de la maladie(ans)	17(8-28)	12(2-26)	
Niveau d'étude			Ns
•Analphabète	1	-	
•Primaire	2	5	
•Secondaire	9	11	
•Superieur	5	3	
Absentéisme	2	4	Ns
Redoublement	7	8	Ns
Nombre de classes redoublées	1,5	1,4	Ns
Cause d'abandon			Ns
•La maladie	6	3	
•Désir personnel	2	1	
•Desir familial	1	-	

Tableau1: Scolarité des patients AJI avec et sans coxite

Discussion:

Plusieurs facteurs peuvent gêner la scolarité des patients atteints d'AJI: les difficultés à la marche, la résistance moindre à la fatigue, douleurs ou raideurs le matin ou après position assise prolongée. A la suite d'une poussée d'arthrite l'enfant peut être obligé de manquer l'école, les rendez-vous avec les médecins ne sont pas toujours compatibles avec l'emploi du temps scolaire. Dans notre étude, le retentissement scolaire de la maladie n'était pas influencé par l'atteinte de l'articulation coxo-fémorale

Conclusion:

Dans notre étude, la coxite n'avait pas de retentissement important sur la scolarité des patients atteints d'AJI.

Le sarcome d'Ewing de l'os iliaque. A propos de 3 observations

Bagané. N, Zeglaoui H, Amara. N, Baccouche K, Bouajina E
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached de Sousse

INTRODUCTION

Le sarcome d'Ewing est une tumeur osseuse maligne qui touche principalement les enfants et les jeunes adultes. C'est une tumeur rare qui représente 10 à 15% des tumeurs osseuses primitives. Elle atteint essentiellement le pelvis et les os longs [1]. Nous rapportons trois observations de sarcome d'Ewing localisé au niveau de l'os iliaque.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a porté sur 3 observations de sarcome d'Ewing de l'os iliaque confirmé histologiquement.

Nos trois patients étaient 1 fille et 2 garçons d'âge moyen 14,6 ans. La tumeur était révélée, par des douleurs fessières unilatérales associées à des sciatalgies S1 d'horaires mixtes dans deux cas et par des douleurs de la coxo-fémorale avec impotence fonctionnelle dans l'autre cas. Des signes généraux étaient présents chez les 3 patients (AEG : 2 cas, fièvre : 1 cas). Tous les patients avaient un syndrome inflammatoire biologique. Le bilan radiologique standard a détecté la présence de lésions de l'os iliaque chez les trois patients (ostéolyse étendue avec aspect mité de la branche ilio et ischio-pubienne : 1 cas, condensation de l'aile iliaque : 1 cas, lésion lytique cloisonnée bien limitée de l'aile iliaque : 1 cas). La TDM et l'IRM ont permis de faire le bilan d'extension locorégionale et de confirmer le diagnostic de lésion tumorale agressive de l'os iliaque avec envahissement des parties molles adjacentes dans les trois cas. La confirmation diagnostique, pour les trois patients, a été faite par biopsie chirurgicale à ciel ouvert. La prise en charge thérapeutique a consisté à une chimiothérapie néo adjuvante puis exérèse chirurgicale.

CONCLUSION

Le sarcome d'Ewing est une tumeur osseuse maligne rare touchant essentiellement l'enfant. Les signes d'appel peuvent être cliniques ou radiologiques. Le diagnostic est histologique avec biopsie chirurgicale. Malgré un traitement médico-chirurgical, le pronostic reste réservé.

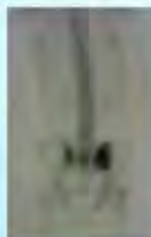
RÉSULTATS



Rx standard du bassin : lésion lytique cloisonnée bien limitée de l'aile iliaque



TDM coupe axiale : lésion lytique de la sacro-iliaque gauche avec envahissement des parties molles adjacentes



Scintigraphie osseuse : hyperfixation de la sacro-iliaque gauche



IRM coupe frontale en T1 et T1 fatsat : hyper signal hétérogène de la sacro-iliaque et crête iliaque gauche avec infiltration des parties molles adjacentes

DISCUSSION

Le sarcome d'Ewing est une tumeur osseuse maligne qui s'observe chez des personnes âgées de 5 à 30 ans avec un pic d'incidence entre 10 et 15 ans. Il représente 10 à 15% des tumeurs osseuses. Les os les plus fréquemment atteints sont ceux du pelvis (26%), du thorax (côte, clavicule, omoplate) (20%), le fémur (16%), le tibia (9%), les vertèbres (8%) et l'humérus (5%) [2]. C'est une tumeur à fort potentiel métastatique (poumon, moelle osseuse). Les signes révélateurs de la maladie sont le plus souvent des douleurs osseuses, de caractère parfois capricieux, expliquant un retard fréquent de plusieurs mois au diagnostic. Parfois la tuméfaction qui apparaît secondairement est d'aspect inflammatoire. Il s'y associe dans 15 à 20% des cas des signes généraux, en particulier de la fièvre, une asthénie et un amaigrissement. Ces signes généraux sont souvent associés à une maladie métastatique ou à une localisation pelvienne. Il peut également s'agir de signes respiratoires révélateurs de métastases pulmonaires, de douleurs radiculaires ou d'une compression médullaire révélatrice d'une tumeur vertébrale. Sur la radiographie standard on retrouve des lésions ostéolytiques avec réaction périostée, l'aspect caractéristique est celui dit en "bulbe d'oignon", épaississement cortical concentrique multilamellaire au niveau de la diaphyse d'un os long. La tumeur des parties molles est souvent très volumineuse en particulier au niveau des os plats et il faut rechercher attentivement une lésion osseuse de voisinage pour orienter le diagnostic [3]. L'imagerie par résonance magnétique permet d'étudier l'extension tumorale et la présence de fracture occulte. La scintigraphie osseuse au technétium permet de dépister les métastases. La tomographie serait performante pour détecter les métastases pulmonaires. La biopsie permet de confirmer le diagnostic. L'aspect anatomopathologique montre des petites cellules tumorales rondes, indifférenciées avec du glycogène intracytoplasmique très abondant [4]. Le traitement associe une chimiothérapie pour réduire la taille de la tumeur primitive (faciliter la chirurgie) et éradiquer les métastases à distance, puis une chirurgie chaque fois que la localisation de la tumeur le permet. Une radiothérapie locale est parfois nécessaire pour compléter le traitement local. Le pronostic est de sévérité variable. Le taux de survie est très bas, quand le patient est âgé de moins de 16 ans et lorsqu'il y a des métastases à distance. La survie sans récurrence est de 50 à 70%. Le traitement doit être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire experte dans le traitement des cancers de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- N Engl J med 1994;331 : 294-9.
- 2- Cancer 1991;67 : 2818-25.
- 3- J Clin Oncol 1993;11 : 1763-69.
- 4- Chirurgie de la main, 2005,24 : 196-198.

Spondylodiscite infectieuse en Médecine Interne

Mzabi A, Guedri S, Rezgui A, Ben Yahia W, Karmani M, Ben Fredj Ismail F, Laouani Kechrid C
Service de Médecine Interne, Hôpital Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction : Les spondylodiscites infectieuses (SI) sont essentiellement de localisation dorsolombaire touchant un seul ou rarement plusieurs disques contigus. Les signes radiologiques initiaux peuvent se limiter à un affaissement du disque. L'examen TDM et mieux l'IRM montrent de façon précoce un œdème lésionnel puis un abcès ou une épидурite. Les germes responsables sont majoritairement pyogènes et souvent identifiables à partir d'un foyer infectieux ou d'une hémoculture positive. En absence de germes identifiés, une recherche microbiologique par ponction vertébrale s'impose.

Partant de notre série et d'une revue de la littérature, nous essayons de préciser l'épidémiologie et les causes des spondylodiscites infectieuses en milieu de Médecine Interne et de discuter leur prise en charge diagnostique et thérapeutique afin de l'améliorer.

Matériels et méthodes : Ce travail a consisté en une étude rétrospective descriptive de 19 cas de spondylodiscite infectieuse colligés dans le service de Médecine Interne de l'hôpital Sahloul de Sousse.

Résultats : Nous avons colligé dix hommes et neuf femmes d'âges extrêmes de 17 et 80 ans. La lombalgie fébrile avec ou sans déficit neurologique était la circonstance de découverte la plus fréquente. Le syndrome inflammatoire biologique était souvent présent. L'IDR à la tuberculine était positive dans un seul cas. La sérologie brucellienne était positive chez cinq patients. Les hémocultures étaient rarement positives. Une TDM et/ ou une IRM rachidienne ont été pratiquées chez tous les patients. La ponction vertébrale était pratiquée dans la moitié des cas et contributive dans tous ces cas.

Onze spondylodiscites infectieuses étaient d'origine bactérienne (dont trois iatrogènes), trois tuberculeuses et cinq brucelliennes. Une antibiothérapie adaptée était prescrite dans tous les cas. L'évolution était favorable dans tous les cas.

Discussion : La spondylodiscite est une infection du disque et des plateaux vertébraux adjacents qui résulte d'une dissémination hémotogène ou de plus en plus d'une inoculation directe.

➤ Les germes en cause sont divers : staphylocoques (50 %), bacilles Gram négatif (30%), streptocoques mais aussi brucelles et bacille de Koch. Dans notre étude, on a noté 3 cas de SI d'origine tuberculeuse et 5 cas d'origine brucellienne. Plusieurs auteurs ont noté l'incidence croissante des formes iatrogènes. Elles sont caractérisées par une moindre incidence des tares favorisantes tel que le diabète, une atteinte quasi exclusive du rachis lombaire et une responsabilité prépondérante du staphylococcus aureus. Dans notre série, on a observé seulement 3 formes iatrogènes.

➤ La spondylodiscite se traduit par des rachialgies inflammatoires avec parfois des radiculalgies et un syndrome infectieux souvent atténué. Une augmentation de la vitesse de sédimentation et/ou de la protéine C-réactive a une grande valeur d'alerte. Cependant, les SI peuvent être révélées par des manifestations atypiques telle qu'une pleurésie et le retard diagnostique n'est pas rare à cause de la non-spécificité des symptômes. Quand les radiographies ne sont pas démonstratives, l'imagerie par résonance magnétique, très sensible et spécifique, s'impose en urgence. La ponction-biopsie discovertébrale est indispensable pour identifier le germe quand les hémocultures et les sérologies sont négatives.

➤ Le principe général du traitement comporte trois volets : l'immobilisation en décharge, le traitement antibiotique et le traitement chirurgical. Le traitement d'une épидурite relève de la chirurgie en raison de la menace de séquelles neurologiques. Il en est de même pour la prise en charge secondaire de certaines causes d'évolutivité sous traitement médical (séquestre, enkystement d'abcès).

Conclusion : Les spondylodiscites infectieuses sont essentiellement de localisation dorsolombaire. La clinique est souvent fortement évocatrice. La biologie est pauvre. Les recherches bactériologiques (hémocultures et ponction vertébrale) et l'IRM sont souvent suffisantes pour identifier le germe en cause. L'évolution est favorable sous antibiotiques et immobilisation à condition d'un diagnostic précoce.



Neuropathie démyélinisante révélatrice d'un syndrome de Gougerot Sjogren primitif

M.Slouma, H.Sahli, S.Rekik, E.Cheour, M.Elleuch
Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta

INTRODUCTION

- Les atteintes du système nerveux central au cours du syndrome de Gougerot sjogren primitif (SGS) sont exceptionnelles.
- Elles sont liées à une vascularite ou un processus de démyélinisation pouvant être responsables de troubles moteurs.
- Nous rapportons l'observation d'une patiente présentant une atteinte neurologique de type pseudo sclérose en plaque.

OBSERVATION

- Patiente âgée de **54 ans**
- **Motif de consultation** :
 - un engourdissement du membre inférieur gauche
 - une polyarthralgie inflammatoire des grosses et des petites articulations occasionnant plusieurs réveils nocturnes et une raideur matinale de 60 mn.
 - Sécheresse oculaire et une sécheresse buccale avec sensation de fatigue.
- **Début de la symptomatologie**: depuis un an et continuait à s'aggraver progressivement.
- **L'examen** : trouble sensitif objectif très discret et déficit moteur du membre inférieur gauche côté à 3.
- **L'IRM** montre des zones d'hypersignal en T2 de la substance blanche sustentoriale sans prise de contraste en T1 évocatrice d'une démyélinisation.
- **L'examen ophtalmologique** objectivait le syndrome sec oculaire.
- **L'électromyogramme** était normal.
- **La biopsie des glandes salivaires accessoires** révélait une sialadénite stade IV de Shisholm et Masson.
- **Le bilan immunologique** avait montré des anticorps anti-nucléaires positifs à 1/200 mouchetés avec anticorps anti-SSa et SSb.
- **Les sérologies de CMV, HIV, hépatite B et C** étaient négatives.
- **Le diagnostic retenu était le SGS.**
- **Le traitement** : bolus de corticoïde suivi d'une cure de rituximab
- **L'évolution** a été marquée par la disparition des arthralgies et l'amélioration de l'atteinte neurologique estimée à 50%. Une IRM de contrôle à un an d'intervalle a montré une stabilité de l'atteinte radiologique.

DISCUSSION

- L'atteinte de type pseudo sclérose en plaque au cours du SGS a été rarement décrite dans la littérature.
- Le Rituximab associé à un bolus de corticoïdes semble intéressant dans la prise en charge de ces manifestations.
- Son utilisation a permis une amélioration spectaculaire de l'atteinte neurologique périphérique et une stabilité radiologique de l'atteinte neurologique centrale.

CONCLUSION

- L'originalité de notre observation réside dans le fait que le SGS a été révélé par une atteinte multifocale cérébrale simulant une sclérose en plaques.
- D'une autre part, le rituximab a permis une amélioration partielle des symptômes et une stabilité radiologique des lésions.



Facteurs associés à l'atteinte osseuse au cours de la cirrhose

La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Introduction

L'ostéoporose est la complication la plus fréquente de l'ostéodystrophie hépatique. Des liens unissent l'hépatopathie chronique à la pathologie osseuse. Ils peuvent être communs : une altération du métabolisme de la vitamine D, le rôle de certaines cytokines, ou plus spécifiques à chaque hépatopathie : la bilirubine, l'utilisation de glucocorticoïdes ou d'immunosuppresseurs, l'alcool. Sa prévalence varie de 20 à 100%^[1] ce qui représente un facteur de risque fracturaire, source de morbidité et de mortalité chez ces patients.

Objectifs

Déterminer chez un groupe de patients ayant une cirrhose les facteurs cliniques et/ou biologiques associés à l'atteinte osseuse.

Méthodes

Etude transversale portant sur 37 patients atteints de cirrhose hépatique. Une mesure de la densité minérale osseuse par absorptiométrie biphotonique a été réalisée et les données cliniques, biologiques et évolutifs de la cirrhose ainsi que des facteurs de risque osseux ont été relevés pour chaque patient. Nous avons cherché par la suite les facteurs associés à l'atteinte osseuse.

Résultats

Notre population se compose de 37 patients (22 femmes et 15 hommes) avec un âge moyen de 57,78 ans [27-82], atteints de cirrhose hépatique de durée moyenne d'évolution de 9,73 ans [1-32]. Les étiologies de la cirrhose étaient diverses : infection par le virus B (n=14), infection par le virus C (n=3), hépatite auto-immune (n=2), cirrhose biliaire primitive (n=7), syndrome de chevauchement (n=2), cholangite sclérosante primitive (n=3) et origine indéterminée (n=4). 25 patients avaient une cirrhose compliquée (ascite n=17, hémorragie digestive n=17, ictère n=9, syndrome hépatorénal n=2, encéphalopathie n=4). La sévérité de l'atteinte hépatique était évaluée par le score de Child-Pugh : Child A n=21 (56,8%), Child B n=11 (29,7%), Child C n= 5 (13,5%).

Concernant la densité minérale osseuse : Une perte de la densité osseuse était objectivée chez 27 patients (73%) : 37,8% des patients étaient ostéoporotiques et 35,1% étaient ostéopéniques. L'atteinte du site lombaire était la plus fréquente et retrouvée chez 67,5% des patients (43,2% ostéopénie et 24,3% ostéoporose) suivie par l'atteinte du site fémoral qui était retrouvée chez 52,7% des patients (44,4% d'ostéopénie et 8,3% d'ostéoporose). Cinq patients ont bénéficié d'une mesure de la DMO au niveau du site radial dont 4 étaient ostéoporotiques.

Conclusion

Dans notre population, la perte osseuse au cours de la cirrhose est significativement liée aux antécédents fracturaires ostéoporotiques, à l'albuminémie et à la sévérité de l'atteinte hépatique évaluée par le score de Child-Pugh. Une étude sur l'opportunité et l'efficacité de la mise en place d'un traitement préventif en fonction des facteurs de risque pourrait être pertinente.

Concernant les Facteurs associés à l'atteinte osseuse (ostéoporose et ostéopénie)

	Os normal (n=10)	Os atteint (n=27)	P
Âge moyen (ans)	52,4 ± 12,66	57,04 ± 11,4	NS
Femme/homme	7/3	16/8	NS
Ménopause précoce	0	5	NS
ATCDs fracturaires ostéoporotiques	0	9	0,036
BMI < 19	1	1	NS
Tabac	1	1	NS
Alcool	0	1	NS
Activité physique limitée	8	24	NS
Apports calciques faibles	0	4	NS
Corticoïdes	0	3	NS
Âge moyen du diagnostic (ans)	99,11 ± 20,2	47,92 ± 11,83	NS
Durée moyenne d'évolution (ans)	14,44 ± 11,45	8,04 ± 7,23	NS
PAI (U/l)	113 ± 50,93	199 ± 182,69	NS
GGT (U/l)	35,8 ± 15,77	75,15 ± 75,94	NS
Bilirubinémie (µmol/l)	16,8 ± 10,59	30,53 ± 25,05	NS
Albuminémie (g/l)	41,61 ± 9,21	30,82 ± 13,61	0,035
Child A	9	12	
Child B	0	11	0,032
Child C	1	4	
Forme compliquée de la cirrhose	5	20	NS
Ascite	2	15	NS
Hémorragie digestive	3	14	NS
Ictère	2	7	NS
Syndrome hépatorénal	0	2	NS
Encéphalopathie	1	3	NS

Les ATCDs fracturaires ostéoporotiques, l'albuminémie et le score de Child-Pugh sont les facteurs indépendants de la déminéralisation osseuse au cours de la cirrhose.



Discussion

Un faible BMI, la ménopausse est la durée d'évolution de la cirrhose ont été identifiés comme facteurs de risque dans certaines études^[2] ce qui n'était pas confirmé pour notre échantillon. De l'étude des autres facteurs associés ressort que la perte de masse osseuse est statistiquement corrélée aux antécédents fracturaires ostéoporotiques (p=0,038) et à l'hypoalbuminémie (p=0,035). L'atteinte osseuse est proportionnelle à un score de Child-Pugh élevé (p=0,032) tout comme d'autres séries^[3,4]. En revanche, il n'y avait aucune relation statistiquement significative entre la densité minérale osseuse et les autres caractéristiques biologiques et cliniques de l'hépatopathie.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

BILAN LESIONNEL DANS LES LOMBALGIES COMMUNES : QUOI DE NEUF ?

Khaoula GUEDRIA, _Walid OUANES, Sghir Mouna, Maaref KHALED, Zaoui AFIF, Faycel KHACHNAOUI

Introduction:

La lombalgie est un symptôme, et non pas une maladie. C'est un symptôme très fréquent, en constante augmentation dans les pays industrialisés. L'origine anatomique et les mécanismes en cause dans la genèse des phénomènes douloureux ne sont clairement individualisés que dans moins de 20 % des cas. La recherche étiologique doit être renouvelée selon l'évolution clinique.

HIZ (high intensity zone) ou zone d'hypersignal discale lombaire à l'IRM constitue un sujet d'actualité dans la littérature avec une signification controversée : indicateur de douleur dans les lombalgies communes ???

OBJECTIF:

le but de cette étude est de déterminer la signification clinique de la HIZ chez des patients souffrant de lombalgies pour déterminer s'il existe une caractéristiques cliniques qui peuvent suspecter le diagnostic de « HIZ ».

Observation:

Nous rapportons le cas de madame AG âgée de 37 ans active suivie depuis 2006 à la consultation de médecine physique et rééducation fonctionnelle CHU sahloul pour des lombalgies chroniques avec des épisodes d'aggravation aigue résistant au traitement médical et aux infiltrations par le hiatus et au programme de Rééducation fonctionnelle la conduite était de faire une infiltration des articulaires postérieurs avec une amélioration des douleurs de 20% , devant la non amélioration de la symptomatologie une IRM de control a été demande montrant des images de HIZ La conduite était de stabiliser le rachis lombaire par un corset plâtre avec une amélioration de 60% .



IRM LOMBAIRE coupe sagittale pondéré T2 montre un disque dégénéré L5-S1 avec une HIZ dans le tiers postérieure du disque

DISCUSSION:

Zone de haute intensité ou d'hypersignal (HIZ) de disque intervertébral lombaire est un signal de haute intensité , hyper signal situé dans le tiers postérieur disque sur les images de résonance magnétique pondérées en T2 . En 1992 , Aprill et Bogduk [1] ont rapporté une forte corrélation entre les zones de haute intensité annulaires sur l'IRM lombaire et les lombalgies chroniques , et ont conclu que HIZ est un marqueur de douloureux de perturbation interne du disque (IDD) , il ont indique également que de « low intensity zone peuvent exister chez des personnes asymptomatique en rapport avec des fissures annulaire leur activation responsable des fissure discale symptomatique et des lésion de HIZ à l'IRM ; qui pourrait être à l'origine d'une accentuation de la douleur

HIZ sur la colonne lombaire à IRM ont été suggérés comme un marqueur de « Internal disc disruption (IDD) » fiable par certains auteurs .

Internal disc perturbation (IDD) a été décrite par Crock1, 2 dans les années 1970. IDD a été considérée comme une maladie secondaire à un métabolisme anormale des structures internes du disque dont la symptomatologie principale est les lombalgies chroniques. Il ya encore de fortes controverses sur la pathologie, l'histoire, les critères de diagnostic, de traitement, et même son existence.

Daemgen et coll.15 ont proposé quatre critères diagnostiques: 1) l'histoire de traumatisme, 2) pas d'antécédents neurologique et des Radiographies standards sans anomalies 3) l'existence de lombalgies mécaniques chroniques , résistantes aux traitements médicamenteux de plus de 6 mois, et 4) les constatations positives à l'IRM lombaire. Ils ont insisté pour que ces quatre critères doivent être respectés pour confirmer IDD.

Conclusion: HIZ est une constatation fréquente chez les patients souffrant de lombalgies communes , mais la présence d'un HIZ ne définit pas un groupe de patients présentant des spécificités cliniques.

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez l'enfant drépanocytaire

A propos de 12 cas

M. Ouederni, R. Hassouna, M. Ben Khaled, N. Dhouib, A. Haoua, S. Thraya, F. Mellouli, M. Bejaoui
Service d'Immuno-Hématologie pédiatrique, Centre National de Greffe de Moelle Osseuse de Tunis

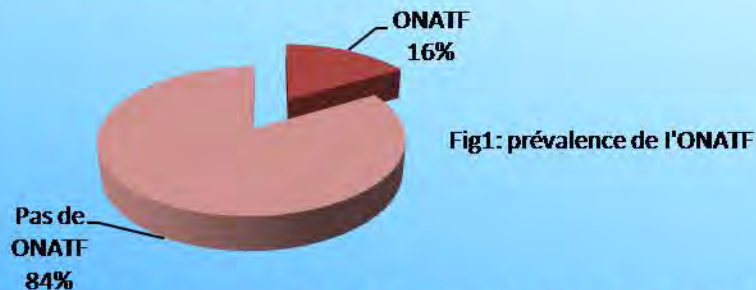
Introduction: L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONATF) est une complication fréquente de la drépanocytose qui expose à un risque majeur de destruction de l'articulation dont les conséquences sont particulièrement graves, notamment chez les sujets jeunes et actifs.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude prospective portant sur 85 enfants drépanocytaires majeurs. Tous les malades ont bénéficié d'un examen clinique 4 fois par an et d'une radiographie standard centrée sur les deux hanches une fois par an ou en cas d'anomalie à l'examen clinique. La classification adoptée était celle d'ALERT et FICA.

Résultats:

L'âge moyen de sa survenue est de 13 ans (6 -17 ans).

La prévalence de l'ONATF est de 14 % dans notre série



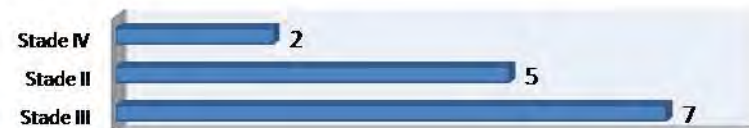
Ces malades présentent tous un caractère sévère de leur maladie. En effet, 8 parmi eux faisaient au moins 3 crises vaso-occlusives par an, nécessitant une hospitalisation et dont certains sont mis sous hydroxyurée. 3 patients ont développé des accidents vasculaires cérébraux ischémiques itératifs, nécessitant un échange transfusionnel, une autre patiente a présenté 3 épisodes de séquestration splénique.

Fig2: Profil des drépanocytaires



Lors de la découverte de l'ONAF, 7 étaient classés stade III, 5 stade II et 2 stade IV. L'atteinte était bilatérale d'emblée dans 2 cas

Fig3: classification de l'ONATF



Conclusion:

L'ONATF est une complication réelle de la drépanocytose, elle est associée aux formes sévères de la maladie. La fréquence du stade III d'emblée dans notre série, impose une surveillance plus vigoureuse afin de dépister cette complication grave plus précocement.



Niveau et source d'information des patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde sur la corticothérapie

Ben Abdelghani K, Dhahri R, Souabni L, Miladi S, Kassab S, Chkili S, Laatar A, Zakraoui L

• **Introduction:**

- La plupart des nouvelles recommandations proposées pour la prise en charge des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde soulignent l'implication des malades dans la prise des décisions thérapeutiques. Ceci devrait nous inciter à évaluer leur niveau d'information, peurs et croyances par rapport aux différents traitements

• **Objectif:**

- Evaluer les peurs et croyances des patients tunisiens suivis pour polyarthrite rhumatoïde concernant la corticothérapie.

• **Patients et méthodes:**

- Il s'agit d'une étude prospective portant sur les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde consultant en hospitalisation du jour au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim La Marsa sur une période de deux semaines et ayant une corticothérapie (CC) associée au traitement de fond.

• **Résultats:**

- Il s'agit de 30 patients : 26 femmes et 4 hommes âgés de 59 ans en moyenne (21-72 ans), l'ancienneté moyenne de la maladie 102 mois (36-168 mois). Le bilan immunologique montrait un facteur rhumatoïde positif et des anticorps anti CCP positifs dans tous les cas.
- Tous les patients étaient sous traitement de fond : 21 patients étaient sous méthotrexate, 6 sous Infliximab et 3 patients sous Rituximab après échec des DMARDs habituels.
- La corticothérapie était prescrite à une dose journalière moyenne de 7.5 mg de Prednisone (5 à 10 mg).
- Le niveau d'éducation de nos patients était généralement bas : 12 patients étaient analphabètes, 10 avait reçu une éducation primaire ou secondaire, 8 patients avait reçu une éducation universitaire.

- Aucun de nos patients ne faisait partie du corps médical ou paramédical.
- 16 patients avaient une idée sur un effet potentiellement nocif sur l'équilibre glycémique (hyperglycémie pour 14 patients et une hypoglycémie pour 2 autres) dont 8 étaient déjà diabétiques, 12 patients ont parlé de l'obésité comme effet corrélé à la corticothérapie, 12 parlent de pic hypertensif associé (tous hypertendus), 6 parlent d'ostéoporose, et 4 parlent de bouffées de chaleur, 8 patients n'avaient aucune idée sur les effets du traitement.
- En interrogeant nos patient sur la source de leurs informations : la première source rapportée est les émissions télévisés ou de radio à contenu informatif médical, en 2^{ème} lieu on trouve l'entourage comme source d'informations, en 3^{ème} lieu vient le personnel soignant médical ou para médical.

• **Discussion:**

- La plupart des nouvelles recommandations thérapeutiques concernant le PR mettent l'accent sur l'implication du malade dans la prise de décision chose qui dépend de façon fondamentale sur le niveau d'information du malade par rapport à sa maladie et ses traitements.

• **Conclusion:**

- **Indépendamment du niveau éducatif et socio économique des patients, le niveau d'information des patients suivis pour PR sur les effets secondaires des CC paraît être insuffisant. Il devrait être renforcé par de nouveaux supports de sensibilisation : brochure adaptée, éducation par les pairs, groupes de soutien...**



Les polyarthrites septiques : à propos de 02 cas

Rafik Elafram, Mourad Zaraa, Jerbi Ismail, Dougaz Houcem, Dridi Moez, Hedi Annabi, Mehdi Hadj Salah, Mondher Mbarek
centre de traumatologie et des grands brûlés de Ben Arous

Introduction:

Certes la polyarthrite septique est une lésion rare mais non exceptionnelle. C'est urgence médical qui peut avoir une issue fatale due à une méconnaissance du diagnostic et un retard thérapeutique.

Observation 1 :

Patient âgée de 40 ans, sans antécédents particuliers, qui présente une douleur de la hanche droite et du genou gauche. Le patient est fébrile à 38.5 degré Celsius. L'examen la mobilisation de la hanche et du genou est douloureuse et limitée. Au bilan biologique, la numération sanguine a montré des blancs à 15000 à prédominance neutrophile, une CRP à 150 mg/l. les radiographies de la hanche et du genou sont sans anomalies.

A l'échographie, un épanchement articulaire échogène avec hyperhémie de la synoviale est noté au genou et à la hanche.

Une ponction articulaire du genou a isolé un staphylocoque aureus. Le traitement est à base d'antibiotique, oxacilline et gentamycine pendant 08 semaines, et de drainage chirurgical des deux articulations pendant 07 jours. A 07 ans de recul, le patient n'a pas présenté de récives, avec des amplitudes articulaires complètes.

Observation 2 :

Patient âgé de 15 ans, qui a consulté pour douleur de la hanche droite avec boiterie à la marche et douleur de l'épaule gauche, évoluant dans contexte fébrile de 39 degré Celsius. A l'examen une mobilisation de la hanche est impossible mais l'épaule est douloureuse en fin de course. Les radiographies sont sans anomalies. On a complété par une échographie des deux localisations qui a objectivé un épanchement épais échogène avec une hyperhémie de la synoviale de la hanche et de l'acromio-claviculaire. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation de l'extrémité supérieure du fémur et de l'acromion.

Une ponction de la hanche a isolé un staphylocoque aureus. Le patient a eu un drainage chirurgical de la hanche qui a confirmé le diagnostic. Il a eu une antibiothérapie, à base de ciprofloxacine et gentamycine auxquels le germe est sensible pendant 12 semaines. Les suites sont marquées par l'apyrexie et la disparition de l'épanchement à l'échographie de deux articulations. A 05 ans, le patient n'a pas présenté de récive avec un résultat fonctionnel satisfaisant.

Discussion:

L'arthrite septique est la conséquence de l'invasion de la synoviale par les microorganismes vivants. C'est une urgence médicale car elle engage le pronostic fonctionnel articulaire mais parfois également le pronostic vital en cas de bactériémie associée et de choc septique. Le diagnostic est de difficulté variable et repose sur l'identification du germe qui est cruciale pour le succès du traitement.

Conclusion:

La possibilité d'une polyarthrite septique doit toujours être à l'esprit du médecin surtout devant un tableau de poly arthralgies fébrile. Le germe en cause est habituellement le staphylocoque. La ponction articulaire est l'examen clé du diagnostique ce qui vérifie le dogme connu « tout épanchement doit être ponctionné ».



Lipome arborescent : une cause rare de gonalgie

M Slouma¹, D.KAFFEL¹, M.H.JAAFOURA², A Bondka³, S CHAABENE¹, K ZEHI³, I Zouch¹, W Hamdi¹, MM Kchir¹

1 : Service de rhumatologie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

2 : Laboratoire d'histopathologie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

3 : Service d'orthopédie, Institut Mohamed El Kassab d'orthopédie

INTRODUCTION

OBSERVATION

- Le lipome arborescent est une affection bénigne et rare de la synoviale touchant habituellement le genou.
- Seulement une cinquantaine d'observations ont été publiées dans le monde.
- Il se manifeste habituellement par une douleur chronique avec un épanchement artriculaire abondant, récidivant et associé à une importante tuméfaction supra patellaire lorsqu'il atteint le genou.
- L'âge moyen de survenue est de 46 ans pour les hommes et de 37 ans pour les femmes. Le sexe ratio est de 4.

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé pour exploration de gonalgies droites, de rythme inflammatoire, rebelles au traitement médical, associées à une tuméfaction du genou qui évolue depuis 3 ans.

• **Examen** : Masse qui comble le cul de sac sous quadricipital, douloureuse à la mobilisation, sans signes inflammatoires en regard. La stabilité du genou est conservée; le quadriceps est amyotrophié.

• **Examens paracliniques** : Le bilan biologie ne montre pas de syndrome inflammatoire. Les radiographies standards sont normales (Fig 1). L'échographie montre un épaississement diffus, irrégulier et hyperéchogène des franges synoviales, associé à un épanchement intra-articulaire hyperéchogène (Fig 2). L'IRM montre un épaississement diffus de la synoviale, très marqué au niveau du cul de sac sous quadricipital et de l'échancrure intercondylienne, présentant un signal élevé en T1 et en T2, de même intensité que la graisse avoisinante, s'effaçant de la même façon après saturation de la graisse, prenant le contraste de façon marquée après injection de gadolinium. Il s'y associe un épanchement de moyenne abondance (Fig 3). Un complément scanner a montré une hypodensité de nature grasseuse (-40UH) au sein de l'épaississement synovial sous quadricipital (Fig 4). Le diagnostic retenu est celui de lipome arborescent associé à une synovite. Le patient a bénéficié d'une synovectomie à ciel ouvert (Fig 5). L'examen anatomopathologique confirme le diagnostic de lipome arborescent de la synoviale (Fig 6 et 7)

• **L'évolution** a été émaillée par la récurrence de la même symptomatologie au bout de 2 ans. L'IRM a montré une récurrence de la tumeur. La reprise chirurgicale est discutée.



Fig 1 : Rx du genou



Fig 2: Echo du genou



Fig 3: IRM du genou

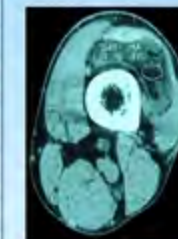


Fig 4 : TDM du genou



Fig 5 et 6 : Aspect macro et microscopique de la pièce opératoire



DISCUSSION

• Le lipome arborescent est une lésion pseudotumorale, rare caractérisée par une hypertrophie des villosités synoviales distendues par de la graisse [1]. Elle intéresse habituellement le récessus suprapatellaire du genou. Elle a rarement été rapportée dans d'autres articulations (épaule, hanche, bourse bicapitoradiale et poignet)[1]. Bien qu'elle puisse être isolée, elle est fréquemment associée à une arthropathie chronique (essentiellement l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde), suggérant la possibilité d'une origine réactionnelle à une synovite chronique [1]. Certains auteurs ont en revanche incriminé le lipome arborescent dans le développement précoce d'une arthrose. Le diagnostic différentiel se pose surtout avec la synovite villonodulaire dont les caractéristiques en IRM sont différentes du fait des anomalies de signal liées aux dépôts d'hémosidérine [2].

CONCLUSION

- Le lipome arborescent est une tumeur rare sans étiologie connue.
- Il se distingue par ses caractères cliniques peu spécifiques, à type d'épanchement abondant et récidivant du genou, associés à une importante tuméfaction suprapatellaire, et par ses critères très évocateurs à l'IRM.
- Le traitement consiste en une synovectomie et en une prise en charge de l'arthropathie sous-jacente éventuelle.

REFERENCES

- [1] Anne Cotten, Chaouki Dabbeche et al. Tumeurs et pseudotumeurs synoviales du genou. Revue du Rhumatisme 2006 (73) : 593-602
 [2] Michel Franco, Jean Marc Puch et al. Lipome arborescent du genou traité par synovectomie arthroscopique. Revue du Rhumatisme 2004 (71) : 89-91



Les uvéites rhumatismales

Boughanmi.N, Rekik.S, Choker.A, Cheour.E, Sahli.H, Elleuch.M

Introduction

L'uvéite est une affection qui se définit par l'inflammation du tractus uvéal. Les uvéites se caractérisent par la multitude des étiologies qui peuvent être infectieuses, inflammatoires, ou oculaires spécifiques. Notre étude a pour but de déterminer les caractéristiques des uvéites vues en rhumatologie et les pathologies associées.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 15 patients suivis dans notre service ayant présenté une uvéite diagnostiquée par un examen ophtalmologique spécialisé.

Résultats

Il s'agissait de 15 patients (8H/7F) d'âge moyen de 36,2 ans. L'uvéite était antérieure dans 8 cas, une panuvéite a été notée dans 6 cas et une uvéite postérieure dans 1 cas. L'atteinte était bilatérale chez 13 patients et unilatérale dans 2 cas. Il s'agissait d'une première poussée dans 6 cas, d'une uvéite chronique récidivante dans 5 cas et de séquelles d'uvéite dans 4 cas. Les pathologies sous-jacentes retrouvées étaient par ordre de fréquence la spondylarthrite ankylosante (9 cas), la maladie de Behçet (3 cas), la polyarthrite rhumatoïde (2 cas) et le rhumatisme psoriasique (1 seul cas). Onze de nos patients ont été traités par corticothérapie, associée dans 3 cas de maladie de Behçet à un traitement immunosuppresseur.

Conclusion

L'incidence de l'uvéite est variable au cours des maladies rhumatismales. Elle doit être recherchée systématiquement car elle fait parfois toute la gravité de la maladie mettant en jeu le pronostic visuel du fait de sa possible latence clinique.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Anévrisme inflammatoire de l'aorte abdominale. Place de la chirurgie endovasculaire

M. Ben Hammamia, K. Kaouel, M. Ben Mrad, N. Elleuch, R. Denguir, T. Kalfat, A. Khayati
Service de chirurgie cardiovasculaire, La Rabta, Tunisie

INTRODUCTION:

La chirurgie conventionnelle des anévrismes inflammatoires de l'aorte abdominale sous rénale (AAA) est réputée difficile et associée à une morbi-mortalité immédiate élevée et à long terme non négligeable. Durant ces dix dernières années le traitement endovasculaire est de plus en plus réalisé comme alternative dans cette indication.

METHODES ET METHODES

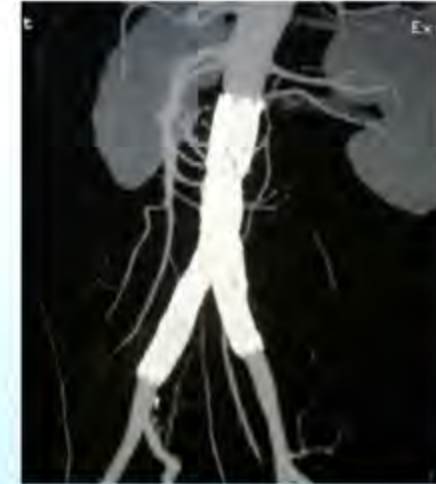
Nous rapportons les cas de 2 patients âgés de 45 ans et 68 ans suivis pour une maladie de Behçet et une maladie de Horton. Ces patients ont été hospitalisés pour des AAA inflammatoires symptomatiques de douleurs abdominales paroxystiques. Les angiostanners ont montré un AAA de 68 mm de diamètre avec un collet proximal de 16 mm de longueur pour le patient atteint de maladie de Horton et un AAA sacculaire de 30 mm de diamètre avec un collet proximal de 20 mm de longueur pour le malade atteint de maladie de Behçet. Nous avons porté l'indication à un traitement endovasculaire pour ces 2 cas devant l'existence d'une anatomie favorable. Sous anesthésie générale et après abord chirurgical des 2 scarpa, nous avons mis en place 2 endoprothèses de type Excluder (Gore®). Un succès technique immédiat a été obtenu dans le cas de la maladie de Behçet avec exclusion totale de l'anévrisme. Les suites opératoires étaient simples et les angiostanners réalisés à 1 mois, 6 mois et 1 an étaient sans particularités. Une conversion chirurgicale immédiate a été réalisée pour le patient atteint de maladie de Horton à cause d'une plicature du jambage iliaque court. Nous avons réalisé une mise à plat greffe classique et les suites opératoires étaient simples.

CONCLUSION

Le traitement endovasculaire constitue une bonne alternative à la chirurgie pour les AAA inflammatoires surtout lorsque les conditions anatomiques sont favorables. Ses résultats précoces sont satisfaisants et l'évaluation de ses résultats tardifs nécessite des études plus larges.



Angiostanner préopératoire



Angiostanner postopératoire

DISCUSSION

Vasseur fut le 1^{er} à réaliser une exclusion endovasculaire d'un AAA secondaire à la maladie de Behçet en 1998. Depuis, plusieurs observations ont décrit l'utilisation de cette technique qui est devenue actuellement le traitement de choix chez les patients atteints de maladie de Behçet. Le traitement d'un AAA inflammatoire doit faire appel à la chirurgie conventionnelle en cas d'englobement des structures péri-aortiques par le processus inflammatoire car cette dernière permet un meilleur débridement. En effet, le traitement chirurgical semble garantir un pourcentage plus élevé de régression complète que celui du traitement endovasculaire. Dans la littérature, le taux de récurrence varie de 10 % à 57 % en cas de cure endovasculaire contre 0 % à 30 % en cas de cure chirurgicale. Si le risque chirurgical s'avère important, le traitement endovasculaire peut être proposé avec un suivi clinique et radiologique approprié du processus inflammatoire pariétal. Le succès technique a été obtenu dans 100% des cas des formes sous rénales dans la majorité des séries et des cas publiés. La mortalité péri-opératoire était nulle dans la littérature, ce qui constitue un avantage certain par rapport au traitement chirurgical. Contrairement aux anévrismes athéroscléreux, Les AAA inflammatoires présentent fréquemment une anatomie favorable. En effet, l'anévrisme est souvent sacculaire et s'agissant souvent de patients jeunes, les artères iliaques sont souvent non athéroscléreuses, non allongées et non tortueuses permettant un passage et un déploiement faciles de l'endoprothèse. Le risque de survenue de faux anévrismes reste l'événement évolutif majeur après cure endovasculaire. Il est rapporté dans 0 % à 22 % des cas. Ces faux anévrismes siègent au niveau des accès fémoraux et plus rarement au niveau des zones d'ancrage de l'endoprothèse. Une force radiale excessive exercée par l'endoprothèse auto-expandable sur la paroi aortique fragile serait à l'origine d'une évolution anévrismale de l'aorte et peut être responsable d'endofuite soulignant la nécessité d'un sizing adéquat évitant surtout les surdimensionnements. Un traitement médical à base d'immunosuppresseurs peut être associé à une diminution du taux de ces complications.

Les kystes à contenu gélatineux de l'appareil locomoteur: A propos de 160 cas.

H.Dougaz, R.Lafram, M.Zaraa, M.Ben Romdhan, MA.Kedous, W.Chebbi, H.Annabi, M.Mbarek

Service de traumatologie et de chirurgie orthopédique, centre de traumatologie et de grands brûlés ben Arous, Tunisie.

Introduction: Les kystes à contenu gélatineux, kyste synovial et kyste mucoïde, de l'appareil locomoteur sont fréquents. Ces kystes se localisent dans différents sites anatomiques. Ils peuvent être

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 162 kystes à contenu gélatineux chez 160 patients entre août 2006 et décembre 2011. Nos patient ont bénéficié d'un examen clinique complet, un bilan radiologique comportant des radiographies standards, une tomodensitométrie ou une IRM.

Résultats: Les patients se répartissent en 52 hommes et 108 femmes avec un sexe ratio = 0.5. L'âge moyen est de 38 ans avec des extrêmes entre 11 et 81 ans. Les localisations siègent dans différents sites anatomiques : 146 au niveau des extrémités avec au poignet seul 78% des cas, 13 au niveau des grosses articulations. La majorité des patients ont consulté suite à l'apparition d'une tuméfaction, c'est le cas pour 146 des patients soit 90% des cas, 11 pour douleurs et 2 pour troubles neurologiques. Les patients ont bénéficié d'un ou plusieurs types d'imageries, une radiographie pour 9 patients, une échographie pour 150 patients, un scanner pour 3 patients et une IRM pour 9 patients. Pour les kystes qui ont été suspectés cliniquement, la plupart se sont avérés de vrais kystes après imagerie avec une sensibilité de l'examen clinique de 95%. Treize patients ont eu un traitement chirurgical soit 8% des cas, 75 patients ont bénéficié d'un traitement médical soit 45% des cas, pour le reste des patients la conduite à tenir était l'abstention thérapeutique.

Discussion: Un traitement n'est pas toujours nécessaire. Il est rare qu'on propose d'écraser le kyste car ce geste est douloureux et souvent peu efficace. On peut avoir recours à une ponction (évacuation à l'aiguille du kyste) suivie d'une injection (de corticoïdes en général) mais les récives sont très fréquentes. Le traitement chirurgical des tuméfactions est justifié dès lors qu'elles deviennent gênantes esthétiquement ou fonctionnellement. Le traitement consiste à ôter en totalité la tuméfaction et sa base d'implantation. Ceci est le meilleur garant du moindre risque de récive.

Conclusion: Les kystes à contenu gélatineux de l'appareil locomoteur représentent une pathologie fréquente et généralement bénigne, mais elle peut devenir grave lorsque le kyste provoque une compression nerveuse ou vasculaire, le traitement dans ce cas est chirurgical.



Figure 1: Aspect d'un kyste synovial du poignet à l'IRM.



Figure 1: Aspect macroscopique du kyste après résection chirurgicale.

Relation entre atteinte structurale et la perte osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Hamdi.W ,Boughanmi. N ,Cherif. I,Kaffel.D,Slouma.M, Zouch.I ,Kchir.M

Introduction :

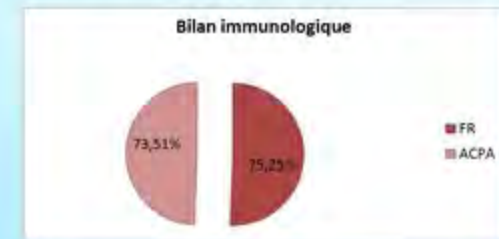
➤La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques.La destruction articulaire ,en particulier celle des mains et des pieds, est l'une des caractéristiques de cette pathologie.Outre cette perte osseuse localisée, il ya aussi une perte osseuse systémique .Le but de notre étude est de rechercher une éventuelle corrélation entre la destruction osseuse périarticulaire et la baisse de la densité minérale osseuse au cours de la PR.

Patients et méthodes :

➤Etude transversale portant sur 173 patients atteints de PR répondant aux critères de l'ACR 1987 colligés au service de Rhumatologie à l'Institut Kassab .Pour quantifier l'importance de la destruction articulaire,nous avons calculé le score de Sharp modifié par Van Der Heijde pour tous les patients .La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurées par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (DXA) au niveau des sites lombaire et fémoral.

Résultats :

- ❖ 173 patients: 141F/32)H
- ❖ Age moyen: 54,05 ± 11,04 ans[29-78]
- ❖ Durée moyenne d'évolution de la PR était de 8,2 ±8,02 ans.
- ❖ Le facteur rhumatoïde était positif dans 75,25% des cas et les ACPA dans 73,51% des cas.
- ❖Le score DAS28 moyen était de 5,54± 1,24[1,96-9,3].Le score HAQ moyen était de1,02± 0,9[0-2,7].
- ❖Le score d'érosion était significativement corrélé à la DMO au niveau du site lombaire (r = -0,50 , P<0,001) et du site fémoral (r = -0,54 , p <0,0001).
- ❖ Le score de Sharp modifié était également corrélé à la DMO au niveau des 2 sites : lombaire (r = -0,49 , P<0,001) et fémoral (r = -0,53 , p <0,0001).



Conclusion

➤Notre étude suggère qu'une atteinte structurale importante était associée à une baisse de la densité minérale osseuse. Cet effet peut s'expliquer en partie par un rôle néfaste des cytokines pro inflammatoires localement au niveau des articulations atteintes mais aussi un effet plus général sur le remodelage osseux.



Association Polyarthrite Rhumatoïde et Spondylarthropathies : A propos de 5 observations

Cherif I, Hamdi W, Slouma M, Zouch I, Boughanmi N, Kaffel Dh, Kchir MM
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

INTRODUCTION :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et les spondylarthropathies (SPA) constituent deux rhumatismes inflammatoires chroniques distincts de part leur physiopathologie, leur terrain génétique et leurs signes cliniques. La coexistence de ces deux rhumatismes chez un même patient est rare. Nous rapportons à ce propos 5 observations.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective sur une période de 8 ans [2006-2014] ayant permis de colliger 8 cas de patients présentant une association PR et SPA. Les données cliniques, radiologiques biologiques et immunologiques ont été recueillies.

RESULTATS :

2 hommes et 3 femmes.

Age moyen= 43,6 [28-60] ans.

Le diagnostic de PR précédait le diagnostic de SA dans 2 cas, était concomitant dans 2 cas, et était retenu après 8 ans du diagnostic de SA dans 1 cas.

Tableau n°1: Caractéristiques de l'atteinte périphérique

N	5
Durée d'évolution	6ans
Bilatérale	5
Asymétrique	1
Erosive	5
Déformation	
Coup de vent cubital	5
Boutonnière	3
Pouce en Z	1
Col de cygne	2
Pied plat valgus	2
FR positif	5
ACPA positif	1

Une carpite fusionnante était retrouvé dans 3 cas et une tarsite dans 1 cas. Une luxation atloïdo-axoïdienne était notée dans 2 cas. Une coxite était retrouvée dans 1 cas. L'atteinte des IPD était noté dans 1 cas, l'atteinte des sacroiliaques étaient notées dans tous les cas : bilatérale (n=4), asymétrique (n=1), stade 3 de la classification de Forestier dans 4 cas et stade 2 dans 1 cas. L'atteinte de la paroi thoracique antérieure à type d'érosion de l'articulation manubrio -sternale était notée dans 2 cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas avec une VS moyenne de 68 mm et une CRP moyenne de 36 mg/l. Le typage HLA pratiqué dans deux cas était de type B27 dans les deux cas.

Le diagnostic de PR associé à un rhumatisme psoriasique était retenu chez une patiente présentant un psoriasis cutané, une polyarthrite chronique bilatérale, symétrique et séropositive, une sacroiliite bilatérale, une spondylodiscite inflammatoire, des syndesmophytes et qui avait également des taux très élevés des ACPA.

Dans les autres cas le diagnostic de l'association PR et spondylarthrite ankylosante était retenu devant la présence concomitantes de suffisamment de critères ACR 1987 et suffisamment de points des critères d'Amor permettant de classer le patient dans ces deux groupes de rhumatismes.

DISCUSSION :

L'association PR et SA est rare. La présence d'ACPA au cours de la SA peut se voir à un taux faible et est dans ce cas prédictif d'une atteinte périphérique (1). Cependant, dans notre série, la patients ayant un rhumatisme psoriasique avait un taux élevé d'ACPA. La SA a été également associé à d'autre maladie auto-immune tel que le syndrome de Sjogren (2)

CONCLUSION:

L'association PR-SPA est rare mais expose à une majoration des dégâts structuraux et des complications articulaires et extra articulaires.

Références:

- 1) Kim JO et al. The relationship between peripheral arthritis and anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in ankylosing spondylitis. Joint Bone Spine. 2013;80(4):399-401
- 2) Pérez-Fernández OM et al. Spondyloarthropathies in autoimmune diseases and vice versa. Autoimmune Dis. ;2012:7363-84.

Aspects cliniques de l'ostéogénèse imparfaite : A propos de 5 cas

H Sahli, M Bani, R Tekaya, L Dridi, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

INTRODUCTION :

L'ostéogénèse imparfaite (OI) est une affection génétique rare caractérisée par une expression clinique très variable avec des formes majeures létales périnatales et des formes modérées pouvant passer inaperçues. Ses manifestations rhumatologiques sont de sévérité variable. Nous rapportons dans ce cadre 5 observations.

OBSERVATIONS :

- 3 femmes et 2 hommes.
- Age moyen: 29,6 ans [19-37 ans].
- Un antécédent familial connu d'OI était retrouvé dans 1 cas et celui de surdité dans 2 cas.
- Mariage consanguin de premier degré: N=1.
- ❖ Les principales caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau I.
- ❖ Audiométrie: surdité de sévérité variable dans 3 cas.
- ❖ Le bilan radiologique montrait une déminéralisation osseuse diffuse dans 3 cas et des fractures vertébrales étagées dans 2 cas (Figure I).
- ❖ L'ostéodensitométrie révélait une ostéoporose chez 4 patients.
- ❖ Un traitement par bisphosphonates était administré chez 3 patients.

CONCLUSION :

L'OI à révélation rhumatologique s'avère bénigne. Son traitement a bénéficié ces dernières années de l'apport des bisphosphonates.

Tableau I: Caractéristiques cliniques

Motifs de consultation	N
Fractures à répétition	3
Dorsolombalgie mécanique chronique	2
Anomalies à l'examen	
Petite taille	3
Sclérotiques bleues	4
Troubles de la dentinogénèse	2
Raideur rachidienne	1
Scoliose	2



Figure I: Fractures vertébrales étagées



Ostéoarthropathies nerveuses: A propos de 3 cas

A.Aouadi; S.Rekik; R.Dhahri; H.Sahli; E.Cheour; M.Elleuch. Service de Rhumatologie CHU la Rabta.

Introduction:

Les ostéoarthropathies nerveuses sont des arthropathies destructrices qui résultent du dysfonctionnement de fibres sensibles à l'origine de troubles proprioceptifs, d'une hypoalgésie et de troubles trophiques.

Matériels et méthodes: Nous en rapportons 3 cas.

Observation:

A propos de 2 femmes et un homme, âgés respectivement de 48, 47 et 21 ans. La première patiente était sans antécédents pathologiques notables. La deuxième avait un diabète insulino-dépendant mal équilibré évoluant depuis 18 ans, au stade de complications dégénératives. Le troisième avait un diabète insulino-dépendant évoluant depuis 8 ans avec une ostéoporose idiopathique juvénile. L'atteinte intéressait le pied dans 2 cas et le coude dans l'autre. Un trouble de la marche était révélateur dans un cas, un syndrome pyramidal dans un autre et des douleurs neuropathiques chez une patiente.

L'arthropathie était destructrice chez tous les patients. Les explorations neuro radiologiques ont montré l'existence d'une malformation d'Arnold Chiari et d'une moelle cervicale syringomyélique nerveuse chez la première patiente. Pour les deux autres, le bilan étiologique était négatif, notamment le bilan immunologique. Le diagnostic d'ostéoarthropathie d'origine diabétique a été donc retenu. La patiente présentant une syringomyélie a été traitée chirurgicalement avec une bonne évolution initiale et récurrence 10 ans après, révélée par une atteinte destructrice du coude controlatéral. La deuxième patiente a reçu des Bisphosphonates avec une bonne évolution. Le dernier patient a reçu un traitement symptomatique, perdu de vue par la suite.

Discussion:

Les ostéoarthropathies nerveuses restent parmi les étiologies rares des atteintes ostéoarticulaires. Néanmoins, devant la fréquence du diabète, on voit de plus en plus les ostéoarthropathies d'origine diabétique qui restent pourtant méconnues et sous-estimées. Les Bisphosphonates sont une thérapeutique d'appoint considérable dans cette affection, bien que la durée du traitement soit controversée.

Conclusion:

Les ostéoarthropathies nerveuses constituent un réel problème de prise en charge. Le traitement sera adapté selon l'étiologie.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatisme

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Profil clinique du syndrome SAPHO : 12 cas

26-27 Avril 2014

Hammamet

Gharsallah I, Dhahri R, Jammeli S, Souissi MA, Metoui L, Laajili F, Boussetta N, Louzir B, Othmeni S

• Introduction

- Le SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose et Ostéite) est un acronyme désignant un ensemble d'anomalies pouvant toucher un individu de n'importe quel âge, et qui se caractérise par l'association des symptômes pré-cités.

- **But du travail:** étudier les aspects épidémiologiques et cliniques du syndrome SAPHO.

- **Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 12 patients présentant un syndrome SAPHO suivis au service de médecine interne de l'Hôpital Militaire Principal d'instructions de Tunis durant la période étalée entre 1995 et 2011.

- **Résultats:** Douze patients ont été colligés : six femmes et six hommes soit un sex ratio de 1. L'âge moyen de nos patients était de 37 ans avec des extrêmes de 8 à 62 ans. L'âge moyen de début de la maladie est de 33 ans avec des extrêmes de 8 à 62 ans. Le délai diagnostique moyen était de 5 ans (1 mois à 29 ans). L'atteinte cutanée était notée au début de la maladie dans 3 cas dont 2 cas de pustulose palmo plantaire (PPP) et un cas d'acnée vulgaire. L'atteinte ostéoarticulaire inaugurale était axiale dans 9 cas de type rachialgies inflammatoires, périphérique dans 2 cas de type arthralgies inflammatoires et enthésitique dans 1 cas (talalgies inflammatoires).

- Les douleurs de la paroi thoracique antérieure étaient notées dans 3 cas. A la phase d'état 7 patients présentaient des signes cutanés : 6 cas de PPP et un cas d'acnée vulgaire. Le tableau associait, en plus, une atteinte articulaire axiale dans 9 cas, périphérique dans 6 cas, une atteinte de la paroi thoracique antérieure dans 6 cas et une atteinte des os longs dans 1 cas. Le typage HLA pratiqué dans 10 cas était de type HLA B 27 dans 3 cas. Un syndrome inflammatoire biologique est retrouvé dans 8 cas avec une VS moyenne à la première heure de 50 mm (20-90) et une CRP moyenne de 33 mg/l (<6 - 67).

• Discussion

- C'est bien l'atteinte osseuse, très particulière dans sa présentation clinico radiologique, qui se dégage comme la pierre angulaire du diagnostic. Notons toutefois que sa présence n'était pas considérée comme obligatoire dans les critères proposés par Benhamou et al., intégrant les atteintes purement articulaires acnés sévères [1].

• Conclusion:

- Nos résultats confirment la variété avec laquelle le syndrome SAPHO peut se présenter.

• Références:

- Windom RE, Stanford JP, Ziff M. Acne conglobata and arthritis. Arthritis Rheum 1961;4:632-5

Apport de l'imagerie dans le diagnostic de spondylodiscite infectieuse : à propos de 78 cas

N.El Amri, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction : La spondylodiscite infectieuse correspond à une infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. L'imagerie joue un rôle primordial dans le diagnostic positif, le bilan lésionnel et l'enquête bactériologique. Le but de cette étude est d'illustrer l'intérêt de l'imagerie dans la spondylodiscite infectieuse.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 78 cas de spondylodiscite infectieuse colligés en milieu rhumatologique sur une période de 15 ans [1998-2013]. Le diagnostic a été retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

•Résultats

- 50 hommes (64,1%) et de 28 femmes (35,9%)
- âge moyen : 59,2 ans [18-84]

Données cliniques	
Sexe masculin	64,1%
Sexe féminin	35,9%
Âge moyen	59,2 ans
Âge minimum	18 ans
Âge maximum	84 ans

Données cliniques

Données radiologiques	
Localisation	12,0%
Abcès des parties molles	34,9%
Abcès du psoas	35,2%
Abcès de la cage vertébrale	34,2%
Abcès de l'anneau vertébral	7,7%
Abcès de l'arc vertébral	11,0%
Abcès de la racine	5,3%
Abcès de la queue de cheval	26,7%
Abcès de la dure-mère	66,0%

Données radiologiques

❖Données biologiques:

- SIB: 89,7 % des cas
- Isolement du germe:53,5% (tuberculose: 44,9%, brucellose 20,5% , germes pyogènes 29,5%)
- Ponction disco-vertébrale scanno-guidée :rendement27,8%
- ponction d'un abcès des parties molles :rendement de 85,9%



Spondylodiscite à Staphylocoque aureus de L2-L 3 avec collections péri-vertébrales et de l'espace épidual comprimant le foramen dural

Discussion

- L'infection discovertébrale ou spondylodiscite infectieuse est une urgence médicale.
- Elle correspond à l'infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents par l'inoculation d'un germe pyogène.
- Pathologie encore fréquente dans les pays en voie de développement . Son incidence semble être en augmentation dans les pays développés .
- L'imagerie a une place importante dans le diagnostic de la spondylodiscite.
- Les radiographies standards peuvent être normales au début ou montrer effacement des plateaux vertébraux ou un pincement discal .
- L'IRM est l'examen de choix dans le diagnostic précoce de cette maladie en rapport avec son excellente sensibilité (œdème intraspongieux).Elle permet aussi de déceler les complications locorégionales : L'épidurite infectieuse, l'abcès du psoas, Les abcès paravertébraux .
- Le scanner garde son intérêt dans le diagnostic bactériologique en guidant la ponction des collections discales, paravertébrales, et surtout la biopsie discovertébrale percutanée

Conclusion : L'imagerie occupe une place importante dans le diagnostic positif et du germe en cause au cours de la spondylodiscite infectieuse. L'IRM permet d'en faire le diagnostic à un stade précoce, de donner une cartographie des lésions et de déceler les complications neurologiques potentiellement graves.



LES COMPLICATIONS DU MYELOME MULTIPLE DU SUJET AGE

O Saidane, S Bendjemaa, I mahmoud, H Sahli, R Tekaya, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est caractérisé par une prolifération monoclonale de plasmocytes envahissant la moelle osseuse. Il touche préférentiellement le sujet âgé. Les complications au sein de cette population sont fréquentes et grèvent le pronostic.

Le but de notre étude est d'analyser la fréquence et le type des complications du myélome multiple du sujet âgé.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10 ans (janvier 2004-décembre 2013). Nous avons recueilli les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et les complications des sujets âgés à partir des observations cliniques.

Résultats :

1. Epidémiologie : Nous avons colligé 40 dossiers de MM.

Fréquence des sujets âgés:	42,5 %
Age moyen de nos patients	72ans (de 65 à 81 ans).
Sex ratio (H/F):	0,98.
Délai moyen de diagnostic	10 mois.

2. Circonstances de découvertes :

Douleurs osseuses	92,35 %
Découverte biologique	7,65 %

3. Données biologiques:

Anémie	65 %
Une hypercalcémie	35,3%
Elevation de la créatininémie	65 %
Hypercalcémie	29,4 %
Accélération de la vs	94 %
Augmentation de la CRP	64,7 %

4. complications:

Les complications sont illustrées dans le tableau suivant:

complications	fréquence
infectieuses	6 cas/17
septicémie	3 cas/17
cellulite de la face	1 cas/17
d'abcès de la cuisse	1 cas/17
d'arthrite septique du coude	1 cas/17
hématologique	la présence d'un anticorps anticoagulant circulant 1 cas/17
thromboemboliques	2 cas/17
embolie pulmonaire	1 cas/17
thrombose veineuse superficielle	1 cas/17
neurologiques	5 cas/ 17
polyneuropathie sensitivomotrice axonale	3 cas/17
compression médullaire	1 cas/17
confusion associée à des céphalées	1 cas/17
rénales	insuffisance rénale aigue 6 cas/17
ostéonécrose aseptique	3 cas/17

Discussion:

1. Epidémiologie :

	Notre série	M. Lamloum et al
Fréquence des sujets âgés	42,5 %	33,3 %
L'âge moyen	72ans	70,2 ans
Le sex ratio (H/F)	0,98	1,09

2. Types de complications:

complications	Notre série	M. Lamloum et al
infectieuses	35,3%	43,5 %
rénales	35,3%	13 %
neurologiques	29,4%	10,9 %

Nous avons observés une fréquence élevée de complications infectieuses dans les deux séries . Elles étaient surtout pulmonaires dans la série de M. Lamloum et al et de septicémies dans notre série.

Les complications neurologiques étaient dominées par les compressions médullaires dans la série de M. Lamloum et al et de polyneuropathie sensitivomotrice axonale dans notre série.

L'insuffisance rénale était plus fréquente dans notre série.

Conclusion :

les complications du MM du sujet âgé sont surtout d'ordre infectieux, neurologique et thromboembolique. Elles sont responsables d'une morbi-mortalité importante aggravant le pronostic du myélome multiple.

ASSOCIATION OSTÉOMALACIE PAR HYPOPHOSPHORÉMIE ET MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN

R. Akrouf, N. Kammoun, I. Hachicha, M. Ezzeddine, H. Fourati, S. Baklouti.

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker - 3029 Sfax

Introduction : L'ostéomalacie par hypophosphorémie est connue au cours des tumeurs mésoenchymateuses. Sa découverte au cours de la maladie de Von Recklinghausen est rare et de mécanisme physiopathologique non encore bien établi. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation : Patient S. B. âgé de 41 ans sans antécédents pathologiques particuliers a été hospitalisé pour des douleurs pelvi-crurales d'horaire mécanique évoluant depuis deux ans. L'examen clinique a trouvé une marche dandinante, une cyphose dorsale et une déformation du thorax en cloche.

➤ On a noté en outre la présence de multiples tâches café au lait dont la taille est supérieure à 1,5 cm disséminées au niveau du tronc associées à une masse molle indolore faisant 3 cm de diamètre au niveau du front en rapport avec une maladie de Von Recklinghausen (figures 1,2).



Figure 1: une masse molle indolore faisant 3 cm de diamètre au niveau du front



Figure 2: de multiples tâches café au lait disséminées au niveau du tronc

Sur le plan biologique, la calcémie était normale, la phosphorémie était effondrée avec un taux de réabsorption tubulaire du phosphore bas. Les phosphatases alcalines étaient augmentées. Le dosage de la vitamine D et de la parathormone était normal.

Les radiographies du rachis lombaire ont montré une déminéralisation osseuse diffuse associée à des tassements vertébraux étagés. La radiographie du bassin a montré une déformation caractéristique du bassin en cœur de carte à jouer. De multiples stries de Looser Milkman ont été observées au niveau des deux fémurs et des deux omoplates (figures 3,4).



Figure 3: La Rx du bassin: déformation du bassin en cœur de carte à jouer + stries de Looser Milkman au niveau des deux fémurs.



Figure 4: La Rx du rachis lombaire: une déminéralisation osseuse diffuse + tassements vertébraux étagés

Le diagnostic retenu est celui d'une ostéomalacie par hypophosphorémie associée à une neurofibromatose type 1.

Commentaires :

- La neurofibromatose 1 (NF1) ou maladie de Von Recklinghausen est l'une des maladies génétiques parmi les plus fréquentes.
- C'est une affection autosomique dominante et le risque, pour un individu atteint, de transmettre la maladie à ses enfants est de 50 %.
- La NF1 est caractérisée par une extrême variabilité de son expression clinique que l'on retrouve également au sein d'une même famille.
- Le tableau clinique de la NF1 associe, le plus souvent, de multiples tâches café au lait, des lentigines axillaires et inguinales, des neurofibromes cutanés et des nodules de Lisch.
- L'ostéomalacie par diabète phosphoré est connue au cours des tumeurs mésoenchymateuses. Sa découverte au cours de la maladie de Recklinghausen est rare et de mécanisme encore mal compris, sans doute non univoque.
- L'ostéomalacie hypophosphorémique au cours de la maladie de Recklinghausen n'a été explorée sur le plan physiopathologique que dans un nombre trop insuffisant de cas, eux-mêmes hétérogènes, pour pouvoir tirer des conclusions quant à son mécanisme. Le rôle de la PTH dans certains cas ne devant pas être négligé. Dans notre cas, le dosage de la PTH ainsi que l'exploration des glandes PTH étaient normales.

Conclusion : Toute maladie de Von Recklinghausen nécessite donc une surveillance de la calcémie et de la phosphorémie. Si des anomalies apparaissent, on doit rechercher une ostéomalacie, doser la PTH et les métabolites de la vitamine D.

Apport de l'imagerie dans le diagnostic de spondylodiscite infectieuse : à propos de 78 cas

N.El Amri, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, N.Amara, I.Ben Smida, N.Bagané, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED - Sousse

Introduction : La spondylodiscite infectieuse correspond à une infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. L'imagerie joue un rôle primordial dans le diagnostic positif, le bilan lésionnel et l'enquête bactériologique. Le but de cette étude est d'illustrer l'intérêt de l'imagerie dans la spondylodiscite infectieuse.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 78 cas de spondylodiscite infectieuse colligés en milieu rhumatologique sur une période de 15 ans [1998-2013]. Le diagnostic a été retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

•Résultats

- 50 hommes (64,1%) et de 28 femmes (35,9%)
- âge moyen : 59,2 ans [18-84]

Données cliniques		Données radiologiques	
Sexe masculin	50	arthrite	12,8%
Sexe féminin	28	abcès des parties molles	84,8%
Localisation	3,3%	ostéomyélite vertébrale	35,2%
Arthralgie	47	abcès intercostal	14,2%
Arthrite	10,2%	abcès psoas	7,7%
Abcès	10,2%	abcès du psoas	11,2%
Abcès	10,2%	abcès du psoas	6,3%
Abcès	10,2%	abcès du psoas	26,7%
Abcès	10,2%	abcès du psoas	84,8%

Données cliniques

Données radiologiques

❖Données biologiques:

- SIB: 89,7 % des cas
- Isolement du germe: 53,5% (tuberculose: 44,9%, brucellose 20,5% , germes pyogènes 29,5%)
- Ponction disco-vertébrale scanno-guidée : rendement 27,8%
- ponction d'un abcès des parties molles : rendement de 85,9%



Spondylodiscite à Staphylocoque aureus de L2-L3 avec collections péri-vertébrales et de l'espace épidual comprimant le foramen dural

Discussion

- L'infection discovertébrale ou spondylodiscite infectieuse est une urgence médicale.
- Elle correspond à l'infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents par l'inoculation d'un germe pyogène.
- Pathologie encore fréquente dans les pays en voie de développement . Son incidence semble être en augmentation dans les pays développés .
- L'imagerie a une place importante dans le diagnostic de la spondylodiscite.
- Les radiographies standards peuvent être normales au début ou montrer effacement des plateaux vertébraux ou un pincement discal .
- L'IRM est l'examen de choix dans le diagnostic précoce de cette maladie en rapport avec son excellente sensibilité (œdème intraspongieux).Elle permet aussi de déceler les complications locorégionales : L'épidurite infectieuse, l'abcès du psoas, Les abcès paravertébraux .
- Le scanner garde son intérêt dans le diagnostic bactériologique en guidant la ponction des collections discales, paravertébrales, et surtout la biopsie discovertébrale percutanée

Conclusion : L'imagerie occupe une place importante dans le diagnostic positif et du germe en cause au cours de la spondylodiscite infectieuse. L'IRM permet d'en faire le diagnostic à un stade précoce, de donner une cartographie des lésions et de déceler les complications neurologiques potentiellement graves.

Une étiologie rare d'une ostéolyse multifocale

D Kaffel (1); N Nouri (2); I Cherif (1); W Hamdi (1); M Chelli (2); I Zouch (1) F Ladeb (2); MM Kchir (1);

(1) Rhumatologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie;

(2) Radiologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie.

INTRODUCTION:

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques rares secondaires à une hyperparathyroïdie. Nous en rapportons une observation mimant des lésions métastatiques.

RÉSULTATS:

Patient âgé de 77 ans qui a consulté pour des douleurs de la hanche gauche évoluant depuis 6 mois, d'horaire mixte. A l'interrogatoire on a retrouvé la notion d'une polyurie-polydipsie associée à un amaigrissement récent non chiffré. L'examen avait objectivé une hanche limitée dans tous les axes et des réflexes ostéotendineux abolis. A la biologie, il existait une hypercalcémie à 3.87 mmol/l associée à une hypophosphorémie. L'ECG n'avait pas montré de signes électriques d'hypercalcémie. Le bilan radiologique avait retrouvé une lésion lytique du col du fémur gauche avec effraction de la corticale et extension aux tissus mous (Fig 1). Le scanner thoracoabdominal a montré de multiples lésions lytiques, costales, vertébrales, et des 2 ailes iliaques (Fig 2 et 3). La recherche d'un myélome ainsi que d'une néoplasie était négative. L'échographie cervicale avait montré 2 nodules parathyroïdiens (Fig 4) et le dosage de la PTH était à 15 fois la normale. Le patient a été confié aux ORL pour une parathyroïdectomie. Les suites étaient simples avec normalisation de la PTH et de la calcémie. L'examen anatomopathologique avait conclu à une hyperplasie des parathyroïdes.

DISCUSSION

Les tumeurs brunes sont rares, correspondant à des lésions osseuses ostéolytiques à cellules géantes, bénignes et liées à une hyperparathyroïdie le plus souvent primaire. L'hyperparathyroïdie primaire peut être la conséquence dans 85 % des cas d'un adénome, dans 10 % d'une hyperplasie parathyroïdienne ou dans 5 % d'un carcinome parathyroïdien pouvant être associé à une néoplasie endocrinienne multiple de type I ou II. Elles sont isolées ou multiples et touchent préférentiellement le pelvis, les côtes, les fémurs ou des localisations plus atypiques comme la main. Elles sont la plupart du temps asymptomatiques mais des douleurs ou des fractures peuvent survenir. Elles peuvent être associées à des signes cliniques d'hyperparathyroïdie, notamment d'hypercalcémie comme une polyurie ou des lithiases rénales mais elles peuvent aussi être le seul témoin de l'hyperfonctionnement parathyroïdien. À la radiographie standard, les tumeurs brunes ont un aspect d'ostéolyse bien limité non spécifique. La corticale est amincie voir rompue. Il peut s'y associer des signes d'hyperparathyroïdie primaire comme une résorption osseuse sous-périostée.

CONCLUSION:

L'originalité de notre observation réside dans le caractère disséminé et l'allure pseudo-métastatique trompeuse des tumeurs brunes.

REFERENCES:

1. [An unusual presentation of primary hyperparathyroidism: severe hypercalcemia and multiple brown tumors.](#)

Jouan A, Zabraniecki L, Vincent V, Poix E, Fournié B. Joint Bone Spine. 2008 Mar;75(2):209-11. doi: 10.1016/j.jbspin.2007.03.004. Epub 2007 Sep 4.

PMID: 18222720 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2. [Knee brown tumor revealing a primary hyperparathyroidism: a case report.](#)

Dekaken A, Gouri A, Bentorki AA, Yakhlef A. Ann Biol Clin (Paris). 2014 Apr 1;72(2):245-8. doi: 10.1684/abc.2014.0934.



Fig1 : Radiographie du bassin de face : Lésion osseuse lytique de l'ischion gauche et du col fémoral homolatéral

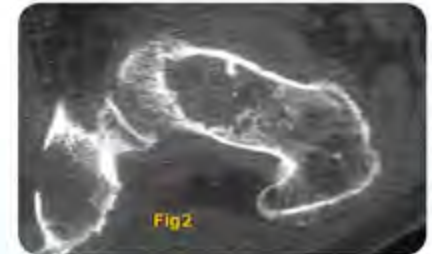


Fig2

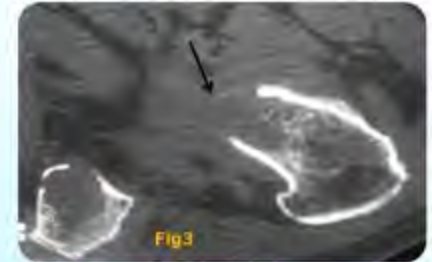


Fig3

Fig 2 et 3 : TDM du bassin en coupe axiale : Confirme les lésions décrites sur la radiographie et montre une rupture de la corticale osseuse et une extension vers les tissus mous avoisinants, témoignant du caractère rapidement évolutif du processus lytique.

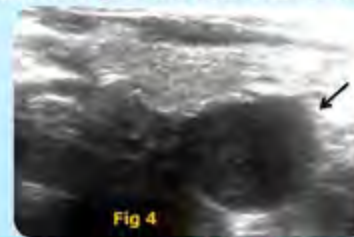


Fig 4

Fig4 : Echographie cervicale : Nodule hypoéchogène bien limité homogène en arrière du lobe thyroïdien = nodule parathyroïdien.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

LOMBOSCIATIQUE SECONDAIRE À DES CAUSES CONGÉNITALES DE LA MOELLE ET DES RACINES

Younes M, Hacfi H, Ben Hammouda S.

Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

INTRODUCTION :

Les anomalies congénitales du système nerveux, en particulier la lipomyéoméningocèle, les kystes de Tarlov et les anomalies des racines nerveuses, sont rarement responsables de lombosciatique souvent atypique.

L'IRM constitue l'examen de choix pour confirmer ces anomalies. Nous rapportons 3 cas concernant chacune de ces maladies et nous discutons leurs aspects cliniques et thérapeutiques.

OBSERVATION 1 :

Patiente de 38 ans, consulte pour lombosciatique S1 droite évoluant depuis 4 mois. L'examen ne trouve pas de signe de conflit discoradiculaire et les radiographies standards sont sans anomalies. L'IRM montre des kystes radiculaires sacrés bilatéraux de Tarlov. Devant la banalité de la sciatique, une abstention chirurgicale a été décidée.

OBSERVATION 2 :

Patiente de 44 ans consulte pour lombosciatalgies et troubles vésicosphinctériens avec déficit des membres inférieurs évoluant depuis 4 ans. L'examen objective un lipome lombosacré connu depuis l'enfance.

La radiographie standard a montré un spina bifida et l'IRM a montré une lipomyéoméningocèle. Le traitement chirurgical n'est pas retenu devant la complexité anatomique des lésions.

OBSERVATION 3 :

Patiente de 36 ans consulte pour une lombosciatique L5 droite. Le scanner a montré une suspicion de racine double L5 bilatérale confirmée par la SRG devant la non disponibilité de l'IRM.



Fig 3 : (IRM coupe frontale T2) Dilatation kystique au niveau du sacrum.



Fig 4 : (IRM coupe transverse) : Multiples kystes de Tarlov bilatéraux (flèches noirs).



Fig : IRM lombo-sacrée sagittale en séquence T2: lipomyéoméningocèle avec rapports complexes des racines de la queue de cheval avec le lipome.



Fig : IRM en coupe transverse S1: montrant la spina bifida complète avec les rapports des racines nerveuses avec le lipome.

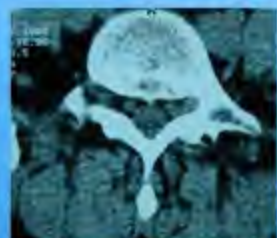


Fig 5 (Scanner) : racines L5 doubles bilatérales au niveau des recessus latéraux.



Fig 6 (SRG : incidences de 1/4 droite et gauche) : racines L5 doubles bilatérales

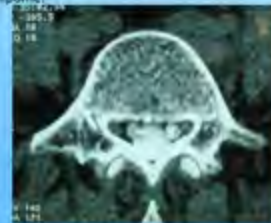


Fig 7 (Myéloscanner) : racines L5 doubles bilatérales avec opacification des gaines des racines internes

Discussion

Le tableau clinique de la lipomyéoméningocèle peut associer de façon plus ou moins complète des troubles vésico-sphinctériens, des radiculalgies mal systématisées des membres inférieurs avec parfois déficit moteur et impotence fonctionnelle. L'IRM est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic et surtout permettre un bilan précis des rapports anatomiques entre les racines nerveuses et le lipome. Le traitement de la lipomyéoméningocèle est chirurgical et doit être indiqué précocement avant l'aggravation des troubles neurologiques.

Les Kystes de Tarlov sont des kystes périnerveux qui correspondent à une dilatation de la dure-mère et sont donc une affection de la dure-mère et non des racines nerveuses, qui sont secondairement touchées par ces kystes en particulier les racines postérieures. Notre patiente présente une lombosciatique du côté de petit kyste à droite et non pas du côté du gros kyste à gauche. Les symptômes communs incluent une douleur lombaire, des fessalgies, des sciatalgies, des claudications neurogènes, des paresthésies, des désordres sphinctériens et sexuels. Les kystes de Tarlov sont généralement diagnostiqués via une IRM (ils peuvent être aussi visibles au scanner). La SRG permet de montrer leur communication avec le liquide céphalo-rachidien. Le traitement est souvent médical mais l'handicap fonctionnel peut être important. Parfois la chirurgie est proposée pour extraction du kyste, mais elle est souvent décevante.

Les anomalies des racines nerveuses sont de fréquence variable de 4 à 23% selon les séries. Le type I des anomalies des racines nerveuses de la classification de Neidle et MacNab est le plus fréquent, le type III étant le plus rare. Ces anomalies peuvent être uni ou bilatérales comme c'est le cas de notre patiente. Elles sont le plus souvent asymptomatiques, mais peuvent devenir symptomatiques en cas d'un élément compressif à type d'une hernie discale ou d'un canal lombaire étroit occasionnant une lombosciatique mal systématisée et biradiculaire comme c'était le cas de notre patiente qui avait une sciatique intermittente. La myélographie et en particulier le myéloscanner permettent seulement le diagnostic des anomalies nerveuses de type I et II. Dans notre observation le myéloscanner a permis le diagnostic d'anomalies de la racine L5 de type IIb puisque il y'a conservation de la racine S1 sous jacente. L'IRM constitue actuellement l'examen de choix pour le diagnostic de ces anomalies nerveuses. Le traitement de sciatique avec anomalie de la racine nerveuse est le même que celui d'une sciatique commune habituelle. En cas de résistance au traitement médical bien conduit, un bilan d'imagerie préopératoire en particulier l'IRM permet de visualiser l'anomalie nerveuse. Le résultat du traitement chirurgical est meilleur en cas de concordance anatomo-clinique et en cas de présence de hernie discale associée.

CONCLUSION :

Les anomalies congénitales de la moelle et des racines doivent être évoqués devant une lombosciatique atypique chez le sujet jeune et sont confirmés par l'IRM. Le traitement chirurgical doit être discuté surtout que ces anomalies peuvent être asymptomatiques.

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Atteinte pulmonaire interstitielle au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

26-27 Avril 2014
Hammamet

Hamdi W, Cherif I, Slouma M, Zouch I, Boughanmi N, Kaffel Dh, Kchir MM
Service de Rhumatologie Institut Kassab

INTRODUCTION:

La pneumopathie interstitielle (PI) est présente chez au moins 30% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle a un impact très significatif sur le pronostic vital et la qualité de vie. L'objectif de ce travail était de déterminer le profil clinique radiologique et spirométrique de l'atteinte pulmonaire interstitielle au cours de la PR.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective ayant inclus tous les dossiers de patients suivis pour une PR (critères ACR 1987) et présentant une PI durant les huit dernières années [2006-2014]. Les données cliniques radiologiques spirométriques et évolutives ont été recueillies puis analysées.

RESULTATS:

- N=14
- 11 femmes et 3 hommes
- Age moyen= 54,7 [38-70] ans.
- Des antécédents pulmonaires étaient retrouvés dans un cas à type de bronchopneumopathie chronique obstructive.
- Quatre patients étaient tabagiques avec une consommation moyenne de 7 PA.

- Sept patients étaient sous Methotrexate à la dose moyenne de 10 mg/semaine lors du diagnostic de la PI.
- La rotation vers un deuxième traitement de fond était pratiquée dans 4 cas : Leflunomide (n=1), Etanercept (n=2) et Tocilizumab (n=1). La poursuite du Methotrexate était autorisée dans 3 cas après accord des pneumologues.
- Aucune aggravation de la fonction respiratoire n'a été notée.

Tableau n°1: Caractéristiques de la PR

Paramètre	Fréquence
Durée d'évolution	9 ans
FR positif	5 cas
ACPA positif	1 cas
Déformations	5 cas
Syndrome sec secondaire	4 cas
DAS28 moyen	5,7

DISCUSSION:

L'atteinte pulmonaire interstitielle est présente chez environ 30% des patients atteints de PR [1]. Les formes les plus fréquentes sont l'atteinte interstitielle non spécifique et la fibrose commune, ce résultat a été retrouvé dans notre série. Le syndrome emphysème-fibrose constitue un nouveau mode de présentation [2]. La PID est responsable d'une importante morbidité et mortalité.

Références:

- 1) Sylvie F, Jean D, Laurent P, Romain L. Pneumopathie interstitielle dans la polyarthrite rhumatoïde Rev Med Suisse 2011;7:2272-7
- 2) Cottin V, Nunes H, Mouthon L, et al. Combined pulmonary fibrosis and emphysema syndrome in connective tissue disease. Arthritis Rheum 2011;63:295-304

Tableau n°2: Particularités de l'atteinte pulmonaire interstitielle

Paramètre	Fréquence
Inaugurale	4 cas
Délai d'apparition	7 ans
-asymptomatique	5
-dyspnée d'effort	7
-toux sèche	2
Rales crépitants	3
Rx Thorax	
Normale	5
Images réticulonodulaires	9
TDM	
Verre dépoli	3
Rayon de miel	3
Bronchectasies	2
Fibroemphysème	1
Syndrome restrictif	2

CONCLUSION:

Notre série est caractérisée par l'importance de la dyspnée d'effort comme signe révélateur de la PI et la fréquence des formes bénignes.

EFFICACITE ET TOLERANCE DE LA SYNOVIORTHESE A L'HEXACETONIDE DE TRIAMCINOLONE AU COURS DE LA COXITE INFLAMMATOIRE

Hamdi W, Cherif I, Boughanmi N, Kaffel Dh, Slouma M, Zouch I, Kchir MM
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

INTRODUCTION :

L'atteinte de la hanche constitue un tournant évolutif majeur dans la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). La réalisation de la synoviorthèse à l'Hexacétonide de Triamcinolone constitue une alternative thérapeutique efficace.

>Objectif : Décrire notre expérience en termes d'efficacité et de tolérance de la synoviorthèse à l'Hexacétonide de Triamcinolone au cours des RIC.

PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective de tous les dossiers de patients présentant une coxite inflammatoire et ayant bénéficié d'une synoviorthèse sur une période de 8 ans [2006-2014]. Les données cliniques radiologiques et évolutives ont été recueillies.

RESULTATS :

- N=14
- 10 hommes et 4 femmes.
- Age moyen =32 ans [10-53].
- Il s'agissait d'une spondylarthrite ankylosante à début juvénile dans 5 cas, une spondylarthrite ankylosante de l'adulte dans 7 cas, un rhumatisme psoriasique dans 1 cas et une arthrite idiopathique juvénile dans sa forme oligoarticulaire dans 1 cas.
- Durée d'évolution moyenne= 9 ans [1-21].

Caractéristiques de la coxite

Paramètre	Fréquence
Délai d'apparition	5,8 ans
Inaugurale	5
Type	
-pseudorhumatoïde	9
-pseudoarthrosique	2
Fruste	3
Synovite active à l'échographie	4
SIB	13
Périmètre de marche	300m
Marche à l'aide d'une canne	2

- L'infiltration à l'hexacétonide de Triamcinolone était unilatérale dans 11 cas et bilatérale dans 3 cas.
- Le bénéfice était en moyenne de 16,5 mois [8-36].
- Aucun incident n'a été noté au décours de l'infiltration.

DISCUSSION :

La synoviorthèse à l'Hexacétonide de Triamcinolone constitue une alternative thérapeutique séduisante de part son efficacité et sa bonne tolérance si bien qu'elle constitue un facteur indéniable de protection articulaire. Ses domaines d'application sont élargi [1].

CONCLUSION :

D'après notre série, l'infiltration à l'Hexacétonide de Triamcinolone paraît être un moyen simple et efficace sur la coxite inflammatoire avec un bon profil de tolérance. Cependant cette efficacité s'estompe avec le temps.

Références:

- 1) Ajlani H, The synoviorthesis: a reappraisal].

OSTEOMALACIE HYPOPHOSPHOREMIQUE : A PROPOS D'UNE NOUVELLE OBSERVATION

Kaffel Dh, Cherif I, Zouch I, Slouma M, Boughanmi N, Hamdi W, Kchir MM

INTRODUCTION :

Le syndrome de Fanconi est lié à une anomalie du tubule rénal proximal et constitue une cause rare d'ostéomalacie (OM) hypophosphorémique.

OBSERVATION :

Il s'agissait d'un patient âgé de 33 ans, se plaignant depuis 7 ans de douleurs pelvirachidiennes associées à une douleur de la hanche droite d'origine mécanique aggravées depuis une année. Il présentait par ailleurs, des myalgies diffuses associées à une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. L'examen à l'admission objectivait un déficit musculaire proximal côté à 2 avec hypercyphose dorsale. Les radiographies objectivaient une hypertransparence osseuse diffuse, une ostéonécrose des têtes humérales et fémorales et une fracture vertébrale de D4 responsable d'une cyphose angulaire dorsale. A l'IRM, on notait une fracture des têtes humérales et fémorales, une fracture de D4 avec un aspect étiré de la moelle sans anomalie de signal en regard et une fracture de S1. La densitométrie osseuse montrait un profil d'ostéoporose avec un Z score au niveau du rachis lombaire = - 4,7 DS et un Z score de l'extrémité supérieure du fémur = -5,9 DS. A la biologie, on notait une calcémie à la limite inférieure à 2,21mmol/l, une hypophosphorémie manifeste à 0,1 mmol/l, une élévation des PAL à 2,5 fois la normale, une calciurie et une phosphaturie élevées. La fonction rénale était correcte. La PTH et la vitamine D étaient normales.

Il n'y avait pas de glycosurie. La chromatographie des acides aminés urinaires avait révélé une hyperaminoacidurie axée sur la glycine et l'alanine. On concluait à une ostéomalacie par syndrome de Fanconi incomplet. Le bilan étiologique du syndrome de Fanconi était négatif. Le patient était traité par une supplémentation en phosphore et en vitamine D. L'évolution était favorable avec une diminution des douleurs, une amélioration de la force musculaire des membres inférieurs et une normalisation de la phosphorémie

DISCUSSION :

L'ostéomalacie hypophosphatémique est rare. elle est plus handicapante que l'ostéomalacie par hypovitaminose D car en plus des signes de l'ostéomalacie s'ajoutent ceux de l'hypophosphorémie (1). Le syndrome de Fanconi est une cause rare d'OM hypophosphorémique (2). Notre patient présente une forme incomplète de ce syndrome vu l'absence de glycosurie. Le retard diagnostique aboutit à des formes sévères avec de multiples fractures. Le traitement repose sur la supplémentation en phosphore et vitamine D. Le pronostic fonctionnel dépend de la précocité du traitement. Pour notre patient, il est sévère vu l'ostéonécrose des têtes humérales et fémorales secondaire aux fractures.

CONCLUSION :

Le syndrome de Fanconi doit être évoqué devant toute OM hypophosphorémique afin de faire un diagnostic précoce et d'éviter les complications des formes avancées.

Références:

- 1) J. Sekkat et al. L'ostéomalacie hypophosphorémique vitamino-résistante à l'X: à propos de 2 familles. Rev Mar Rhum 2012; 21: 59-62
- 2) Norden AG, Laing RJ, Rowe P, Unwin RJ, Wrong O, Crisp AJ. Oncogenic osteomalacia, raised FGF-23, and renal Fanconi syndrome. QJM. 2014 ;107(2):139-41.

PROFIL ELECTROPHORETIQUE ET IMMUNOELECTROPHORETIQUE DU MYELOME MULTIPLE

S Bendjemaa, O saidane, I Mahmoud, R Tekaya, H Sahli, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne définie par la prolifération intra-médullaire de plasmocytes malins sécrétant une immunoglobuline monoclonale sérique et/ou urinaire. L'existence d'une protéine monoclonale est révélée par l'électrophorèse des protéines sériques, où elle apparaît le plus souvent sous la forme d'une bande étroite et symétrique qui migre dans la zone des gammaglobulines ou plus rarement dans la zone des bêtaglobulines. On peut retrouver une hypogammaglobulinémie. La confirmation de la clonalité nécessite la pratique d'une étude en immunofixation qui permet la détermination de l'isotope de la chaîne lourde (gamma, alpha, ou delta) et de la chaîne légère de cette protéine.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10 ans (janvier 2004-décembre 2013). Tous les dossiers de patients hospitalisés pour myélome multiple ont été recensés. Notre but était d'étudier les anomalies rencontrées au niveau de l'électrophorèse des protéines sériques (EPP) et de l'immunofixation (IEPP).

Résultats :

1. Épidémiologie:

- Nombre de cas: 40 cas
- L'âge moyen de nos patients : 62,8 ans. (de 38 à 81 ans).
- Le sex ratio (H/F): 0,9.
- Délai diagnostique : 6 mois

2. Circonstances de découverte: sont illustrées dans le tableau suivant

Circonstance de découverte	fréquence
Douleur osseuse	90%
perturbation du bilan biologique	7,5%
fracture pathologique de l'extrémité supérieure du fémur	2,5%

3. Profil électrophorétique:

Anomalie rencontrée à l'EPP	fréquence
un pic monoclonal migrant dans la zone des gammaglobulines	45%
un pic monoclonal migrant dans la zone des bêtaglobulines	35 %
Une hypogammaglobulinémie	10%
EPP normale	10%

Les patients qui avaient une EPP normale présentaient une douleur osseuse inflammatoire, une AEG et/ ou une hypercalcémie motivant la réalisation du myélogramme qui a permis de retenir le diagnostic dans tous les cas. Le MM était soit à chaînes légères soit à IgG.

4. Profil immunoélectrophorétique:

Type	IgG	IgA	à chaînes légères
fréquence	57,5 %	25%	17,5%

Discussion:

1. Profil électrophorétique: :

Anomalie rencontrée à l'EPP	Notre série	Bouatay 2013
un pic monoclonal migrant dans la zone des gammaglobulines	45%	50 %
un pic monoclonal migrant dans la zone des bêtaglobulines/alfa2	35 %	14,8 %/11,1%
Une hypogammaglobulinémie	10%	11,2%
EPP normale	10%	12,9%

2. Profil immunoélectrophorétique:

	Notre série	KOFFI K 2000	Diebkilé 2013	Laanani 2013	Elherrar 2013
Nombre de cas	40	50	30	66	131
Age moyen(ans)	62,8	58	49	60	54,5
IgG	57,5 %	72 %	86 %	65 %	50%
IgA	25%	16 %	7 %	20 %	17,6 %
à chaînes légères	17,5%	0 %	7 %	15 %	25%
IgD	0 %	12 %	0 %	0 %	0,7%

Conclusion :

Au cours du myélome multiple, l'EPP révèle le plus souvent un pic monoclonal en zone gamma. Cependant, l'EPP peut être normale ce qui incite à pousser les explorations lorsqu'il existe une forte suspicion diagnostique.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

La dermatomyosite amyopathique : à propos de 3 cas.

M.Snoussi, H.Loukil, F.Frikha, R. Ben Salah, Y. Chérif, S. EL Aoud, C.Damak, S.Garbaa, H.Mesrati,
M.Jallouli, S.Marzouk, Z.Bahloul.

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker, Sfax.

Introduction : La dermatomyosite amyopathique (DMA) est une entité extrêmement rare au sein myosites idiopathiques, caractérisée par une atteinte cutanée typique de la dermatomyosite (DM) sans atteinte musculaire inflammatoire avérée. A travers trois cas de DMA colligés dans le sud tunisien, nous essayerons de préciser les particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de ce type de myopathie inflammatoire.

Patients et méthodes :

Étude rétrospective monocentrique portant sur les cas de PM et DM retenus selon les critères de Bohan et Peter dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax entre 1996 et 2013. Trois cas de DMA parmi une série totale de 90 cas (0.3%) ont été inclus dans notre étude.

Observation n°1 :

■ Patiente âgée de 63ans était hospitalisée pour des lésions cutanées érythémateuses chroniques. La patiente a présenté initialement un érythroedème périorbitaire unilatéral gauche, 6 mois après d'autres lésions érythématosquameuses étaient apparues au niveau des coudes, des faces d'extension des métacarpophalangiennes (MCP) et des inter phalangiennes proximales (IPP) et une bilatéralisation de l'érythroedème périorbitaire.

■ L'examen physique ne trouvait pas de myalgies ni de déficit musculaire. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique ni d'élévation des enzymes musculaires. Les anticorps antinucléaires (AAN) et les anti JO1 étaient négatifs. L'EMG était normal, la biopsie cutanée a montré une infiltration dermique plasmocytaire péri vasculaire en manchon et l'enquête néoplasique était négative. Le diagnostic d'une DMA était retenu et la patiente a été traitée par une corticothérapie à dose moyenne associée à l'hydroxy-chloroquine (400mg/j) avec une évolution favorable.

Observation n°2 :

■ Patiente âgée de 60ans était hospitalisée pour des lésions érythémateuses lilacées tégangiectasiques en périorbitaires, des lésions érythémato-papuleuses squameuses en regard des articulations MCP et IPP et un érythème péri unguéal.

■ L'examen clinique n'objectivait pas de douleurs à la pression musculaire ni de déficit musculaire associé.

■ La biopsie cutanée a montré un épiderme acanthosique, hyperkératosique orthokératosique et un infiltrat dermique inflammatoire lymphocytaire péri vasculaire.

■ Le dosage répété des enzymes musculaires était normal.

■ L'EMG et la biopsie musculaire étaient sans anomalies. L'enquête néoplasique était négative.

■ Une DMA était retenue et la patiente a reçu des antipaludéens de synthèse associés à une corticothérapie à moyenne dose avec une évolution lentement et partiellement favorable.

Observation n°3 :

■ Patiente âgée de 32ans suivie pour un lupus systémique diagnostiqué en 2009, était hospitalisée deux ans après pour un érythème du visage plus accentué en périorbitaire, du décolleté et des faces d'extension des membres.

■ L'examen neuromusculaire et le reste de l'examen somatique étaient normaux.

■ Le bilan biologique était sans anomalies en particulier pas d'ascension des enzymes musculaires.

■ L'EMG n'a pas révélé de tracé myositique.

■ La biopsie cutanée a visualisé un épiderme atrophique avec un infiltrat dermique lymphoplasmocytaire péri vasculaire.

■ Une DMA associée au lupus systémique était retenue. La patiente a eu une corticothérapie à dose moyenne et l'hydroxy-chloroquine (400mg/j) avec une amélioration partielle des lésions cutanées.

Discussion:

■ La dermatomyosite amyopathique est une entité rare, elle caractérisée des par des lésions cutanées évocatrices de dermatomyosite, sans atteinte musculaire individualisable après au minimum deux ans d'évolution.

■ Elle intéresse la femme jeune et fréquente surtout en chine représentant environ 25% des DM et semble exceptionnelle sur le pourtour méditerranéen . Dans notre série la DMA était observée chez 3 patientes (0.3%) et diagnostiquée à un âge tardif.

■ L'avènement de nouveaux moyens diagnostiques ont permis a permis de mettre en évidence chez un certain nombre de patients atteints de DMA une atteinte musculaire infra clinique.

■ Nos trois patientes avaient des signes cutanés pathognomoniques sans atteinte musculaire (confirmée par l'EMG, la normalité des enzymes musculaires et de la biopsie musculaire).

■ L'association à des néoplasies a été également décrite au cours de la DMA, leur incidence est la même que dans la DM classique et les tumeurs les plus fréquemment rencontrées sont ceux de l'ovaire, du sein et les lymphomes et le carcinome nasopharyngé en chine. D'autres auteurs considèrent la DMA comme une forme abortive de la dermatomyosite caractérisée par son évolution bénigne avec moins de néoplasie.

■ Dans notre étude, bien que la DMA était de révélation tardive, aucun cas de néoplasie n' a été resencé.

■ Le traitement repose sur l'utilisation des antipaludéens de synthèse à la des de 400mg/j. L'utilisation du méthotrexate a été rapportée au cours des formes cutanées réfractaires avec une efficacité estimée entre 60 et 80% des cas.

■ chez nos patientes le traitement consistait essentiellement à une utilisation des anti paludéens de synthèse seuls ou associés à une corticothérapie à moyenne dose devant l'intensité des lésions cutanées.

Conclusion :

Dans notre étude, la DMA était rare et révélée à un âge tardif. Son tableau clinique est dominé par des manifestations cutanées isolées similaires à la DM classique mais la transformation myositique est possible. Le traitement est controversé basé sur les antipaludéens de synthèse avec souvent une résistance thérapeutique.

Complications infectieuses au cours du myélome multiple

H.Sahli, M. Bani, R.Tekaya, I.Mahmoud, O.Saidane, L. Abdelmoula, R.Zouari

INTRODUCTION :

Les complications infectieuses émaillant le cours évolutif du myélome multiple (MM) sont fréquentes et variables. Dans certains cas, elles peuvent être fatales surtout quand elles sont méconnues et/ou tardivement traitées.

Nous nous proposons d'étudier les particularités des complications infectieuses au cours du MM.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Etude rétrospective sur une période de 9 ans [2003-2012], portant sur des dossiers de patients présentant un MM et qui ont présenté une complication infectieuse au cours de leur suivi.

RÉSULTATS :

- ❑ Onze dossiers ont été colligés : 7 femmes et 4 hommes d'âge moyen 71,8 ans.
- ❑ Le MM était à IgG (9 cas), à IgA (1 cas) et à chaînes légères (1 cas). Le MM était classé stade IIIA dans 9 cas et stade IIIB dans 2 cas.
- ❑ Une chimiothérapie par Melphalan-Prednisone était instaurée chez 10 patients et par VAD chez une patiente.
- ❑ La durée moyenne entre le diagnostic du MM et l'infection était de 16,18 mois [15 jours -6 ans].
- ❑ Les différents types d'infections sont résumés dans le tableau I.
- ❑ Signes généraux: (fièvre : 6 cas, altération de l'état général : 1 cas).
- ❑ Hyperleucocytose: N=1.

CONCLUSION :

Les infections au cours du MM peuvent être graves en raison du terrain sur lequel elles se greffent et peuvent être une cause de décès.

Tableau I: Types d'infections

Complication infectieuse	N
Pneumopathie	5
Oesophagite herpétique	1
Candidose oesophagienne	1
Infection urinaire	3
Abcès de la fesse	1

- ❑ Le germe a été isolé dans 6 cas (hémocultures : 2 cas, urines : 3 cas, biopsie oesophagienne : 1 cas).
- ❑ Une antibiothérapie a été instaurée dans tous les cas avec un geste chirurgical pour un cas (mise à plat d'un abcès).
- ❑ L'évolution était bonne dans 10 cas et fatale pour un patient qui est décédé suite à une détresse respiratoire sur sepsis.



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

25^{ème} Congrès National de Rhumatologie

26-27 Avril 2014

Hammamet

Myélome multiple du sujet âgé : une série de 23 cas

I Rachdi, Z Aydi, L Baili, F Daoud, B Ben Dhaou, L Rokbani, F Boussema

Service de Médecine Interne. Hôpital Habib Thameur . Tunis

Introduction

- ❖ Le myélome multiple (MM) représente 12 % des hémopathies malignes, en rapport avec une prolifération plasmocytaire maligne touchant essentiellement la moelle osseuse. Son traitement repose sur la chimiothérapie
- ❖ Le but de ce travail était d'étudier les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques du MM chez les patients âgés de plus de 65 ans.

Patients et Méthodes

- ❖ Il s'agit d'une étude rétrospective de dossiers de patients âgés de 65 ans et plus, atteints de MM nouvellement diagnostiqué (de novo). Cette étude a été menée au service de Médecine Interne de l'Hôpital Habib Thameur, sur une période allant de Janvier 2000 à Janvier 2014.
- ❖ Tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique et radiologique à visée diagnostique et pronostique.

Résultats

- ❖ Parmi les 47 cas de MM, nous avons retenu 23 patients âgés de plus de 65 ans répartis en 11 femmes et 12 hommes d'âge moyen de 72,08 ans avec des extrêmes allant de 65 à 97 ans.
- ❖ La symptomatologie inaugurale était dominée par les signes généraux (18 patients), les douleurs osseuses (17 patients), le syndrome anémique fonctionnel (16 patients) et une compression médullaire dans un cas.
- ❖ Des lésions ostéolytiques diffuses étaient retrouvées chez 14 patients à type de géodes dans 9 cas et de tassements vertébraux dans 5 cas.(figure1).
- ❖ Sur le plan biologique, l'anémie était la manifestation hématologique la plus fréquente (18 patients). Elle était dans la plupart des cas précoce normochrome normocytaire arégénérative.
- ❖ L'insuffisance rénale était observée chez 14 patients et l'hypercalcémie chez 11 patients.
- ❖ Aucun syndrome néphrotique ni amylose n'a été noté.
- ❖ L'isotype IgG était présent chez 19 patients (14 K et 5 λ). L'Ig A à chaînes légères kappa était retrouvée chez 4 patients.
- ❖ Au myélogramme, l'infiltration plasmocytaire était comprise entre 10 et 75 %.
- ❖ Selon la classification de Salmon et Durie, nos patients étaient classés stade I dans 2 cas, stade II dans 3 cas et stade III dans 18 cas.
- ❖ Les formes immunohistochimiques étaient observées chez 20 patients. Le plasmocytome solitaire osseux était diagnostiqué chez 3 patients (siège vertébral, sterno-costal et iliaque).
- ❖ Sur le plan thérapeutique, vingt et un patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie à base de Melphalan-Prednisone (MP), avec l'adjonction du Thalidomide chez 5 patients. Le recours aux biphosphonates avaient eu lieu chez 5 patients. Une radiothérapie à visée antalgique a été indiquée chez 5 patients et décompressive dans un cas..
- ❖ L'évolution était marquée par une stabilisation dans 13 cas, une rémission complète dans 2 cas, une rechute chez 6 patients engendrant le décès dans 2 cas.

Discussion

Le myélome multiple est une pathologie fréquente en gériatrie. puisque le pic de fréquence se situe à 70 ans, et les données épidémiologiques montrent que l'incidence de cette pathologie augmente avec l'âge. Il est caractérisé par la fréquence de l'isotype Ig G, la chaîne légère kappa et les formes à plus forte masse tumorale



Figure 1 : Images ostéolytiques

Conclusion

Le profil clinique, biologique, radiologique et thérapeutique du myélome multiple du sujet âgé paraît proche de celui du sujet myélomateux plus jeune. Cependant, le choix de la chimiothérapie chez les patients âgés doit prendre en considération l'existence de tares, de la réduction de la fonction rénale et du rapport bénéfice-tolérance du traitement afin d'assurer la meilleure qualité de vie possible.

La spondyloarthrite à début tardif : à propos de 17 cas

M.Faiz, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, I.Ben Smida, N.Amara, N.Bagané, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction : La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique touchant avec prédilection l'adulte jeune. La maladie peut cependant débuter à un âge plus tardif. L'objectif de notre étude était de décrire les particularités cliniques et thérapeutiques de la spondyloarthrite à début tardif.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 17 dossiers de patients présentant une spondyloarthrite à début supérieur à 50 ans colligés au service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED de Sousse sur une période de 15 ans (1998-2013).

Résultats : Il s'agissait de 15 hommes et 2 femmes. La moyenne d'âge était de 61,1 ans [51-72]. Une comorbidité était retrouvée dans 7 cas : Diabète (3 cas), ulcère gastro-duodéal (2 cas) et HTA (2 cas). La durée moyenne d'évolution était de 31,3 mois [1-144]. Les manifestations inaugurales étaient axiales dans 10 cas, périphériques dans 1 cas et mixtes dans 6 cas (figure 1). Le nombre de réveils nocturnes était en moyenne de 3,3 [0-5] et le dérouillage matinal moyen était de 80 minutes [15-120]. Le BASDAI moyen était de 45,1 [30-70] et le BASFI moyen était de 53,8 [8-82]. En cas d'atteinte périphérique, le nombre d'articulations gonflées était en moyenne de 7,7 [3-12] et le nombre d'articulations douloureuses de 8,4 [3-12]. Une ostéoporose était notée dans 2 cas. Un syndrome inflammatoire biologique était noté dans 10 cas. Les anti inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits dans 12 cas. Un traitement de fond était prescrit dans 6 cas (Méthotrexate = 3 cas et Salazopyrine = 3 cas). Aucun patient n'était sous anti-TNF α . Il s'agissait d'une spondyloarthrite dans sa forme axiale dans 16 cas et d'une spondyloarthrite des MICI dans un cas.



Discussion : les débuts de spondyloarthrite après 50 ans sont rares. Elles offrent habituellement une atteinte axiale modérée, la possibilité d'une oligarthrite prédominant aux membres inférieurs, un liquide articulaire volontiers paucicellulaire. Les signes généraux sont marqués avec fièvre, amaigrissement et syndrome inflammatoire plus important que dans la forme commune. La possibilité d'un œdème périphérique prenant le godet a été fréquemment rapportée. Ces formes ont été décrites sous le vocable de *late onset spondyloarthropathy* ou *late onset peripheral spondyloarthropathy*.

Conclusion : Notre étude montre que la présentation clinique de la spondyloarthrite du sujet âgé ne diffère pas beaucoup de celle du sujet jeune. Néanmoins, les comorbidités posent des problèmes thérapeutiques, notamment en ce qui concerne la prescription d'anti inflammatoires.

Etude épidémiologique et clinique au cours du rhumatisme psoriasique: à propos de 31 cas

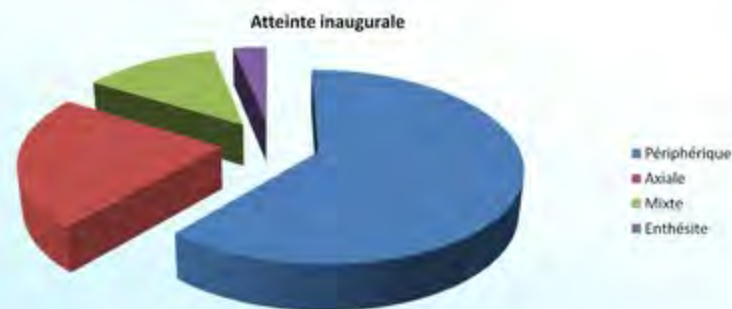
M.Faiz, Z.Alaya, K.Baccouche, H.Zeglaoui, S.Belghali, A.Jamel, I.Ben Smida, N.Amara, N.Bagané, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat HACHED – Sousse

Introduction : Le rhumatisme psoriasique (RP) fait partie du groupe des spondylarthropathies et peut être à l'origine d'un handicap fonctionnel important. L'objectif de cette étude était de décrire les particularités cliniques et épidémiologiques au cours du RP.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective des dossiers des patients suivis pour un RP selon les critères CASPAR, colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 14 ans (1999-2013). Les données épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques ont été recueillies. La fonction a été évaluée par le BASFI et l'activité de la maladie par le BASDAI.

Résultats : Trente et un dossiers ont été colligés dont 16 hommes et 15 femmes, âgés en moyenne de 44,8 ans [18-74]. Seul une patiente avait un RP sans psoriasis cutané. Le RP évoluait en moyenne depuis 4,2 ans [0,1-22]. L'atteinte articulaire inaugurale était périphérique dans 61,2% des cas, axiale dans 22,5 % des cas, mixte dans 12,9% des cas et enthésitique dans 3,2% des cas (figure 1). Le nombre de réveils nocturnes était de 4,1 [0-10]. La durée moyenne du dérouillage matinal était de 57,8 minutes [15-120]. Des manifestations extra-articulaires étaient présentes dans 5 cas (dont 4 cas de syndrome sec). La maladie était destructrice dans 51,6 % des cas. La hanche était atteinte dans 7 cas et le rachis cervical dans 9 cas. Seuls 4 patients n'avaient pas de syndrome inflammatoire biologique. Le BASDAI moyen était de 48,2 [20-72] et le BASFI moyen était de 66,6 [33-100].



Discussion: Le rhumatisme psoriasique est une spondylarthropathie très fréquente. Il forme avec la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante le trio de tête des rhumatismes inflammatoires chroniques le plus souvent observés. Il n'est pas la simple association d'un rhumatisme à un psoriasis, il s'agit d'une arthropathie originale qui, dans sa forme évoluée, mélange à des degrés divers : une atteinte rachidienne à prédominance cervicodorsale ; une sacro-iliite généralement pauvre, asymptomatique et unilatérale; une calcanéite exubérante lorsqu'elle est typique et une atteinte des doigts et des orteils qui frappe en priorité la distalité. Son évolution est en général bénigne mais dans un tiers des cas, une forme destructrice pose la question d'un traitement de fond qui s'inspire de celui de la polyarthrite rhumatoïde.

Conclusion : Les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du RP se rapprochent de celles des autres spondylarthropathies. Il serait intéressant d'analyser le retentissement psychologique provoqué par l'atteinte cutanée sur les patients.

EVALUATION DU COUT INDIRECT DES LOMBALGIES CHRONIQUES EN MILIEU PROFESSIONNEL A PROPOS DE 154 CAS

Bani M, Ben Said H, Youssef I, Ben Charrada N, Ladhari N, Gharbi R

Service de Pathologie Professionnelle et d'Aptitude au Travail, EPS Charles Nicolle.

Introduction:

- Le poids du coût indirect des lombalgies chroniques a été souligné depuis longtemps à travers les études dans le monde.
- En Tunisie, les études effectuées sur ce sujet sont peu nombreuses.

Objectif: Evaluer le coût indirect des lombalgies chroniques en rapport avec les arrêts du travail, la diminution du rendement et l'altération de la qualité de vie et du bien-être du salarié.

Matériel et Méthodes:

- Etude rétrospective et exhaustive: tous les salariés lombalgiques chroniques, travaillant dans huit entreprises du gouvernorat de Bizerte, durant la période du 1er Janvier 2003 au 31 Décembre 2005.
- Recueil des données:
 - ✓ Les dossiers médicaux des salariés au sein du groupement de médecine du travail de Bizerte
 - ✓ Un questionnaire validé (D.R.A.D de DALLAS) pour l'appréciation de la qualité de vie (1).

Résultats

Caractéristiques socioprofessionnelles :

- **Population:** 154 lombalgiques chroniques (5.4%)
- **Age moyen:** 39.4 ans ± 8.5 ans
- **Sexe ratio H/F:** 0.7.
- **Ancienneté professionnelle:** 19.4 ans ± 7.6.
- **Secteur professionnel:** Secondaire (100%): Confection (53.2%), secteur électronique (11%), secteur pneumatique (25.3%), secteur de réparation de bateaux (10.4%).
- **Qualification professionnelle:** Ouvriers qualifiés (90%).
- **Contraintes professionnelles:** Position assise prolongée (56.5% des cas), position debout prolongée (31% des cas), port de charges lourdes (25% des cas), déplacements fréquents (30.5% des cas), attitude vicieuse (24.6% des cas).
- **Evolution moyenne de la lombalgie:** 6.1 ans ± 5.3.
- **Facteurs étiologiques:** hernie discale (39.6%), atteinte dégénérative du rachis (39%), traumatisme lombaire (8.4%).

Résultats

Coût indirect des lombalgies chroniques

Absentéisme:

- Au moins un arrêt du travail a été enregistré chez 81 lombalgiques chroniques (52.6%).
- Le taux d'absentéisme annuel: 46/154=29.8%.
- Le nombre moyen des jours d'absentéisme par an: 3471.3.
- Le nombre moyen de jours d'arrêt du travail par salarié et par an: 22.5 jours.

Coût de l'absentéisme :

- Le salaire mensuel moyen par salarié: 442 dinars.
- Le coût moyen annuel engendré par la lombalgie chronique: $(442/30) \times 22.5 = 331.5$ dinars.
- ➡ Coût annuel global proche de 51 mille dinars pour les 154 lombalgiques.

Rendement et qualité du travail:

- Une baisse du rendement: 62 salariés lombalgiques chroniques (40.2%).
- Une baisse de la qualité du travail: 16 salariés lombalgiques chroniques (10.4%):
 - > Augmentation du nombre d'erreurs chez 15 cas (93.75%)
 - > Baisse de la qualité du produit fini chez 1 cas (6.25%)

Qualité de vie:

- Items du questionnaire de « Dallas » fréquemment ou tout le temps influencés par la lombalgie chronique: l'anxiété et le moral (77.2%), le besoin de soutien par les autres (45.5%), la marche (27.3%) et la dépression (21.4%).
- La répercussion de la douleur:
 - > moyenne sur les activités quotidiennes (61%) et sur l'anxiété et la dépression (63.7%)
 - > faible ou nulle sur les activités professionnelles (60%) et sur la sociabilité

Discussion

- La plupart des auteurs s'accordent à dire que les lombalgies sont responsables d'un taux élevé d'absentéisme, d'une baisse du rendement et d'une altération de la qualité de vie (2, 3, 4, 5).
- Le coût en rapport avec l'absentéisme est variable selon le pays. Ceci pourrait être expliqué par la différence de situation économique.
- La baisse peu importante du rendement et la qualité du travail pourrait être expliquée par la qualification professionnelle des salariés et l'ancienneté professionnelle.
- Les quatre dimensions du questionnaire ont été faiblement ou moyennement touchées. Aucun salarié lombalgique chronique ne déclare avoir un retentissement important de sa pathologie sur les activités professionnelles. Ceci pourrait être expliqué par une bonne entente entre les salariés eux-mêmes et avec leurs supérieurs hiérarchiques.

Conclusion:

- Une réévaluation demeure nécessaire vu notamment le développement économique et professionnel.
- Une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire des lombalgiques permettra d'éviter le passage à la chronicité et de réduire non seulement les dépenses de soins, l'absentéisme et la baisse du rendement mais aussi le retentissement péjoratif sur la qualité de vie.

1. Agency for Workless America, Washington, D. C. (1983). An evaluation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire. In: Journal of Back Musculos Rehabilitation, 1990; 3(4): 199-204.
2. Agency for Workless America, Washington, D. C. (1983). An evaluation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire. In: Journal of Back Musculos Rehabilitation, 1990; 3(4): 199-204.
3. Agency for Workless America, Washington, D. C. (1983). An evaluation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire. In: Journal of Back Musculos Rehabilitation, 1990; 3(4): 199-204.
4. Agency for Workless America, Washington, D. C. (1983). An evaluation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire. In: Journal of Back Musculos Rehabilitation, 1990; 3(4): 199-204.
5. Agency for Workless America, Washington, D. C. (1983). An evaluation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire. In: Journal of Back Musculos Rehabilitation, 1990; 3(4): 199-204.

Place de l'acupuncture dans la prise en charge de la lombosciatique commune

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

L'Acupuncture, tant par ses moyens diagnostiques que par son efficacité thérapeutique, fait partie aujourd'hui du traitement médical des lombosciatiques communes (LSC). Il semble qu'en dehors des indications chirurgicales d'urgence, l'échec d'un traitement médical ne doit pas conduire systématiquement à un acte opératoire si le patient n'a pu bénéficier d'un traitement acupuncture bien conduit. L'objectif de ce travail est de vérifier l'efficacité de l'Acupuncture sur une série de patients souffrant d'une LSC.

DISCUSSION ET CONCLUSION

- Cette étude a montré que l'acupuncture s'avère efficace dans la LSC.
- Cependant, l'évaluation a porté sur des critères subjectifs. Il n'y avait pas de critères objectifs tels que signe de Lasègue.
- une revue de la littérature a trouvé des rares travaux en double aveugle sur l'effet antalgique de l'acupuncture. Il y a une supériorité de l'acupuncture vraie par rapport à l'acupuncture placebo dans la majorité des études.
- Une évaluation à long terme portant sur des critères objectifs mérite d'être effectuée.

METHODES

Etude prospective menée sur trois mois au centre d'Acupuncture de l'hôpital Mongi Slim de la Marsa. Les patients ont bénéficié d'un examen somatique complet. Le protocole thérapeutique consistait à effectuer une série de 10 séances d'Acupuncture, de 20 minutes chacune, par patient. Les points choisis étaient V25, VB30, VB31, VB34 pour la sciatique type L5 et V26, V57, V40, V37, V60 pour la sciatique type S1. L'évaluation a été faite à l'inclusion, puis à la 3^{ème}, 5^{ème} et 10^{ème} séance. Les critères d'évaluations étaient l'évaluation de la douleur sur une échelle visuelle analogique (EVA), l'activité socioprofessionnelle ainsi que la consommation d'antalgique et/ou d'AINS.

RESULTATS

➤ Population d'étude:

- 48 patients
- Age moyen: 60±13ans.
- Ancienneté de la LSC : 5±4ans.

➤ Evaluation de l'efficacité de l'acupuncture:

- Baisse significative de l'EVA aux différentes évaluations ($p < 0.0001$) (figure1)
- Amélioration de l'activité socioprofessionnelle ($p < 0.05$)
- Baisse significative de la consommation des antalgiques et/ou d'AINS ($p < 0.05$).

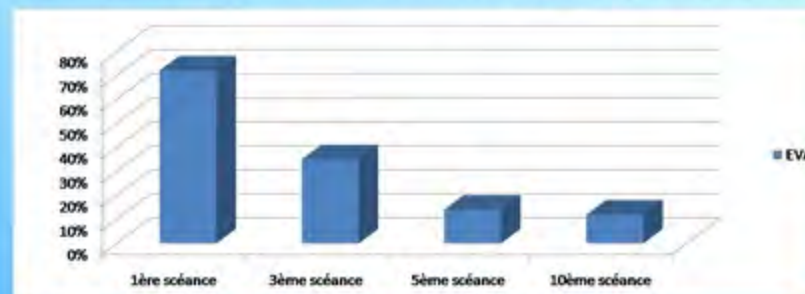


Figure1: Evaluation de l'EVA aux différentes séances d'acupuncture

Une compression médullaire révélant un myélome multiple chez un homme âgé de 70 ans

I Rachdi, Z Aydi, F Daoud, L Baili, B Ben Dhaou, L Rokbani, F Boussema
Service de Médecine Interne. Hôpital Habib Thameur . Tunis

Introduction

La compression médullaire (CM) s'observe dans environ 5 % des cas de myélome multiple (MM). La principale cause de CM dans le MM est une lésion vertébrale primitive qui se prolonge dans le canal médullaire. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen radiologique le plus sensible pour la détection des lésions osseuses localisées ou diffuses dans le MM.

❖ Nous rapportons l'observation d'un MM révélé par une CM en rapport avec un plasmocytome osseux de localisation lombaire.

Observation

❖ Monsieur K.S âgé de 70 ans, avait été hospitalisé pour une **Altération de l'état général, des douleurs osseuses diffuses et une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs.**

❖ **L'examen clinique** avait montré un syndrome de la queue de cheval.

❖ **A la biologie:** la fonction rénale et la calcémie étaient normales et il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique.

❖ Une masse osseuse siégeant au niveau de la 3^{ème} vertèbre lombaire avait été objectivée à **l'imagerie par résonance magnétique** (Fig 1).

❖ **L'électrophorèse des protéines plasmatiques** (Fig 2): avait objectivé un pic gamma monoclonal à 17,6 g/l.

❖ **Le myélogramme:** était en faveur d'une infiltration plasmocytaire à 28%.

❖ Le diagnostic de **MM à Ig G kappa classé stade III A** selon la classification de Salmon et Durie, avait été retenu.

❖ Le patient avait été traité par 10 séances de radiothérapie décompressive et une chimiothérapie à base de Dexaméthasone-Melphalan associé au thalidomide à la dose de 100mg/j pendant une durée de 18 mois.

❖ **L'évolution initiale après traitement** était marquée par la normalisation du pic et disparition du plasmocytome à l'IRM.

❖ Trois mois plus tard, il a présenté une récurrence du pic, émaillée par un décès dans un tableau de coagulation intra-vasculaire disséminée.



Fig 1 : un plasmocytome au niveau
vertébral L 3



Fig 2

Discussion

❖ Le MM est une hémopathie maligne qui se manifeste classiquement par des douleurs osseuses ou l'une de ses complications habituelles, mais rarement révélé par une masse dont la localisation pourrait être néfaste en fonction du site qu'elle occupe.

❖ La CM est habituellement réversible par une radiothérapie décompressive.

Conclusion

Le myélome multiple est une prolifération plasmocytaire maligne habituellement responsable de lésions osseuses diffuses ou multiples touchant préférentiellement le rachis. Devant tout signe de compression médullaire chez un sujet âgé, il faut penser au diagnostic de myélome multiple et envisager une prise en charge urgente.

FACTEURS DE RISQUE D'OSTÉOPOROSE AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

S. Kochbati ; S. Boussaid; L. Baili; A. Ben Maatallah; F. Essafi; B. Ben Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur

Introduction

L'ostéoporose est une complication bien connue de la polyarthrite rhumatoïde (PR) qui peut être responsable de fractures. Elle est caractérisée par la complexité des facteurs de risque, incluant l'ostéoporose primaire, l'inflammation ;, l'immobilisation et l'usage des corticoïdes.

Le but de cette étude est d'évaluer la masse osseuse au cours de la PR et de dégager les facteurs associés à la perte osseuse ;

Patients et méthodes

Méthodes :

Etude transversale portant sur 55 cas de PR (critères de l'ACR). La densité minérale osseuse (DMO) a été évaluée par la méthode DEXA aux sites fémoraux et au rachis lombaire.

La DMO a été corrélée aux données épidémiologiques, aux facteurs susceptibles d'influer la perte osseuse (âge et statut ménopausique ; durée d'évolution de la PR ; durée d'évolution de la PR ; activités de la maladie, corticothérapie.

Patients :

55 cas de PR ; 47 femmes et 8 hommes ; âge moyen 56,3ans+/-10,9ans ; ancienneté de la PR : 11,8+/-8,3ans ; FR (+) 76% des cas ; PR érosive : 76% des cas. Les femmes sont ménopausées dans 69% des cas. 89% des patients sont sous corticoïdes au long cours (posologie moyenne de 8,6 mg/j).

Conclusion

Ainsi notre étude confirme que la perte osseuse est fréquente chez les patients atteints de PR.

L'ancienneté de la maladie; la ménopause et sa durée et la corticothérapie représentent les facteurs de risques importants d'ostéoporose au cours de la PR.

Tableau1: caractéristiques des malades

paramètres	valeurs
Sexe ratio (F/H)	5,87
Âge moyen (an)	56,6
Ancienneté de la mldie (an)	11,8
FR+	76%
Erosion +	76%
Ménopause	69%
corticothérapie	89%

Résultats

Selon la classification de l'OMS de l'ostéoporose (OP), les résultats du T score sont en faveur

- ❖ d'une **OP** chez 30 cas (54,5%) (27F; 3H) ;
- ❖ une **ostéopénie** chez 13 cas (23,6%) (11F ; 2H).
- ❖ La DMO est **normale** chez 12 cas (21,8%) restants.

L'OP est observée

- au site lombaire dans 24 cas ;
- au site fémoral dans 15 cas.
- D'après le test de Mac Nemar l'OP a concerné avec prédilection le rachis lombaire.

➢ L'ostéopénie, a été observé au rachis lombaire dans 3 cas ; et au site fémoral dans 9 cas.

la Polyarthrite Rhumatoïde et biothérapie

S. Kochbati ; S. Boussaid; L. Baili; A. Ben Maatallah; F. Essafi; B. Ben Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur

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 et la tolérance de la biothérapie au cours de la PR réfractaire.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 45 PR sévères et réfractaires aux traitements de fond habituels. Chez lesquels un traitement par biothérapie été indiqué (anti TNF : Infliximab; Etanercept et adalimumab ; et Anti CD20 /Rituximab). L'efficacité du traitement a été évaluée selon les différents paramètres d'évolutivité de la maladie : RM ; RN ; NAD ; NAG ; indices fonctionnels (DAS28 et HAQ). La tolérance du traitement a été évaluée cliniquement et biologiquement en fonction de la molécule utilisée.

Résultats

Il s'agit de 38 femmes et 7 hommes; d'âge moyen 45.5 ans ayant une PR sévère, séropositive dans 34 cas; évoluant depuis 10.38 ans en moyenne; le DAS28 moyen 5,3 et HAQ moyen 1,8. Tous les patients sont sous methothrexate (m : 17.5mg/sem.) ; associé au Leflunomide (Arava) dans 1cas; à la sulfasalzine dans 25 cas, et aux antipaludéens de synthèse dans 12 cas. Devant le caractère réfractaire de la PR : 14 malades ont bénéficiés d'une biothérapie : Infliximab 14 cas; Etanercept 11 cas; Adalimumab 8 cas; Rituximab 13 cas; le recul moyen est de 41.94mois (6mois-6ans).

L'analyse statistique a montré une amélioration de tous les paramètres surtout au début du traitement chez tous les patients. L'évolution moyenne du DAS28 est de 2,35; et la moyenne du HAQ est de 0.4.



Figure 1: Répartition des patients selon la molécule de biothérapie utilisée

-10 parmi ces patients ont bénéficié d'un switch à une autre biothérapie soit pour échappement, intolérance ou effet secondaire du produit:

❖ Pour échappement thérapeutique à l'Infliximab avec un switch

- au Rituximab dans 4 cas ; après 8.5 cures (6 – 14 cures),
- à l'Etanercept dans 3 cas
- au Rituximab chez une patiente qui a développé des AAN (rhupus) : après 6 cures

❖ 1 switch au Rituximab après échappement à l'Etanercept (1 an).

Nous avons à déplorer un cas de cancer du sein chez une patiente traitée par Enbrel depuis 5 ans et qui a nécessité son arrêt. Un cas de chute de cheveux importante survenue après la 2eme cure de Rémicade.

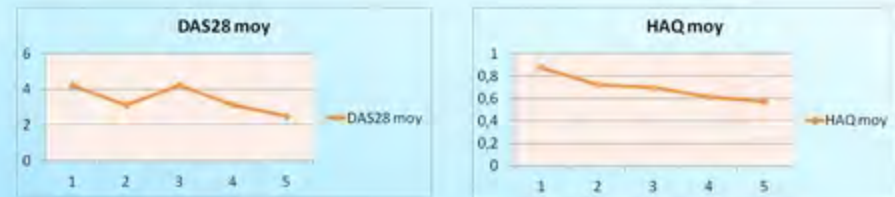


Figure 2: amélioration des scores DAS28 et HAQ après utilisation d'une biothérapie

Conclusion

La biothérapie est devenue une pierre angulaire dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde réfractaire au traitement par les DMRADs. Il ne faut tout de même pas oublier qu'il s'agit de traitements immunosuppresseurs agressifs pour l'organisme. Il faudrait donc guetter leurs effets indésirables et savoir modifier la classe de biothérapie en cas d'échec. Il existe plusieurs recommandations sur l'utilisation et la surveillance des biothérapie. Les plus utilisées en Tunisie sont les recommandations de la SFR/CRI 2007.

Penser au syndrome de Plummer-Vinson devant l'association d'une anémie et une dysphagie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

R Alaya, M Jguirim, A Mhenni, L Mani, S Zrou, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

Introduction:

Le syndrome de Plummer-Vinson (SPV) est une affection rare, qui atteint essentiellement la femme de race blanche. Il se caractérise par une dysphagie, une carence martiale et la présence d'un anneau membraneux du tiers supérieur de l'œsophage. Décrit avec certaines maladies dysimmunitaires, son association à une polyarthrite rhumatoïde (PR) semble exceptionnelle. A ce propos, nous rapportons une nouvelle observation et nous analysons les différents mécanismes physiopathologiques de cette association.

Observations :

Mr C.F âgé de 57 ans, est suivi depuis 35 ans pour une PR déformante érosive sous Méthotrexate per os, associée à un syndrome de Gougerot Sjögren (SGS) diagnostiqué devant l'apparition d'une xérostomie et d'une xérophtalmie. Par ailleurs, le patient rapportait une altération récente de l'état général avec un amaigrissement de 8 Kg en quelques mois, une asthénie et une dysphagie haute aux solides et aux liquides. Le patient n'était pas tabagique, ne consommait pas de l'Alcool et n'avait pas des antécédents familiaux particuliers de néoplasie. A l'examen clinique, il y'avait une pâleur cutanéomuqueuse sans glossite ni chéilite. L'hémogramme avait révélé une anémie hypochrome microcytaire régénérative à 5.1g/dl. Le fer sérique et le coefficient de saturation étaient en faveur d'une anémie ferriprive. L'examen oto-rhino-laryngologique était normal. La fibroscopie digestive n'était pas possible devant l'existence d'un obstacle infranchissable haut situé. Le transit œsogastroduodénal a mis en évidence une sténose de l'œsophage cervical étendu sur 2.5 cm régulière et circonscrite. Le tableau clinique et radiologique évoquait le syndrome de Plummer-Vinson. Le patient avait reçu une transfusion de deux culots globulaires devant la mauvaise tolérance de l'anémie en association avec un traitement martial. Une dilatation œsophagienne est programmée. Concernant la PR, le patient a été remis sous Méthotrexate injectable à la même dose avec une bonne évolution clinico-biologique de sa PR sans aggravation de la dysphagie.

Discussion:

❖ Le syndrome de Plummer Vinson est une entité rare dont la physiopathologie est inconnue. La carence martiale en est la cause habituellement retenue. Cependant, d'autres facteurs étiologiques ont été évoqués, en particulier des mécanismes génétiques, environnementaux et immunologiques. Cette dernière hypothèse est fondée sur l'association possible de ce syndrome à certaines maladies auto-immunes telles que la maladie coeliaque, les dysthyroïdies et la polyarthrite rhumatoïde .

❖ Au cours du SGS, la dysphagie constitue un signe fonctionnel digestif fréquent, rapporté dans 75 % des cas . Son mécanisme physiopathologique reste mal élucidé, mais semble multifactoriel. Cependant, la présence d'un véritable anneau œsophagien semblable à celui observé dans le SPV, a été rarement rapportée .

❖ Chez notre patient, l'association des deux syndromes (SPV et SGJ) et la PR était bien établie, néanmoins, le Syndrome de Plummer Vinson serait probablement lié à l'anémie ferriprive et non pas au Syndrome de Gougerot Sjogren ou à la Polyarthrite Rhumatoïde comme en témoigne l'évolution favorable après traitement de la carence martiale.

❖ La dilatation endoscopique est une procédure de choix dans le traitement des diaphragmes œsophagiens au cours de ce syndrome.



Conclusion:

La dysphagie constitue le principal symptôme pouvant révéler un syndrome de Plummer-Vinson. Le risque de dégénérescence impose une surveillance endoscopique régulière. Etant un état pré-néoplasique , il contre-indique la mise des patients, si cela est nécessaire, sous anti-TNF alfa.

Complications neurologiques des spondylodiscites infectieuses

H Sahli, M Bani, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

INTRODUCTION :

Les complications neurologiques des spondylodiscites infectieuses (SPDI) mettent en jeu le pronostic fonctionnel et vital du patient. De ce fait le dépistage précoce de ces complications constitue une étape obligatoire dans la prise en charge de cette maladie.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Etude rétrospective descriptive des dossiers de patients hospitalisés au service de rhumatologie pour SPDI entre 2002 et 2012. Nous avons relevé puis étudié les complications neurologiques.

RÉSULTATS :

- ❑ Quatre vingt dix dossiers de SPDI ont été colligés.
- ❑ 45 hommes et 45 femmes âgés en moyenne de 55 ans [16-86 ans].
- ❑ Durée d'évolution moyenne: 4.46 mois [2 semaines- 12 mois].
- ❑ SPDI d'origine tuberculeuse (61%), à pyogène (21%) et brucellienne (18%). La Radiographie standard était pathologique dans 85% des cas. L'IRM était pratiquée dans 67% des cas. L'atteinte infectieuse était unifocale dans 74,6% des cas, bifocale (19,4%) et multifocale (7,4%). L'étage lombaire était le plus fréquemment atteint (67,1%) puis l'étage dorsal (20,8%) et cervical (6%). Les patients atteints de spondylodiscite tuberculeuse avaient bénéficié d'un traitement antituberculeux composé de 4 antituberculeux majeurs pour une durée de traitement variant entre 12 et 18 mois. Les patients ayant des spondylodiscites non tuberculeuses avaient reçu une antibiothérapie adaptée pendant 3 à 6 mois.

CONCLUSION :

Cette série montre que les complications neurologiques sont peu fréquentes. Les avancés diagnostiques et thérapeutiques permettent de maîtriser et de diminuer l'apparition de cette évolution défavorable.

- ❑ L'évolution était marquée par la survenue de complications médullaires chez 3 patients soit dans (3.3%) des cas.
- ❑ Il s'agissait de compression médullaire.
- ❑ La survenue de cette complication était rapide pour (1 cas) et en moyenne de 2.5 mois en cours de traitement pour (2 cas).
- ❑ La localisation au niveau du rachis cervical avait prédominé dans (2 cas).
- ❑ L'origine tuberculeuse était retrouvée dans (2 cas).
- ❑ Le recours au traitement chirurgical était nécessaire pour un seul malade.
- ❑ Un décès était noté chez un malade ayant présenté une complication neurologique rapide à type de quadriplégie.



Manifestations extra-articulaire de l'arthrite juvénile idiopathique

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

INTRODUCTION

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) peut être associée, comme les rhumatismes inflammatoires de l'adulte, à des manifestations extra-articulaires. Les MEA peuvent être révélatrices de l'AJI ou émailler le cours évolutif de la maladie.

Le **but** de ce travail est de déterminer les différentes MEA de l'AJI et de rechercher les facteurs qui pourraient être associés à leur survenue.

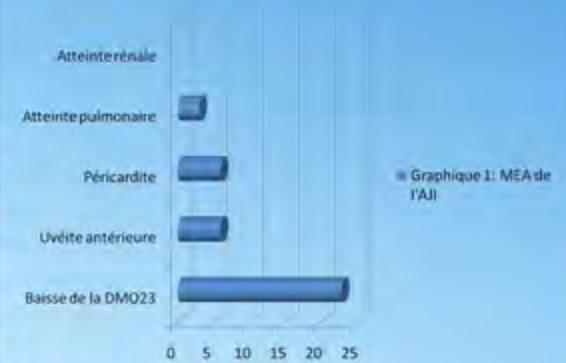
MATERIELS ET METHODES

• Etude rétrospective colligeant les patients suivis pour AJI répondant aux critères de l'International league of associations for Rheumatology pour l'AJI au service de Rhumatologie à l'hôpital Mongi Slim La Marsa sur une période de 19 ans (1994-2013).
• A partir des dossiers médicaux ont été recueillies les MEA: osseuse, pulmonaire, cardiaque, ophtalmologique et rénale.
• Des corrélations entre les différentes MEA et les paramètres cliniques, biologiques et radiologiques ont été recherchées à l'aide d'un logiciel SPP.

RESULTATS

- **Cinquante quatre** patients : 28 garçons et 26 filles.
- L'**âge moyen** était de 22.4 ± 5.4 ans.
- L'**âge moyen de début de la maladie** était de 7.50 ans
- Les MEA sont représentées par le **graphique 1**
- **Une baisse de la masse osseuse**: AJI dans sa forme enthésite en rapport avec une arthrite (ERA) (8 cas), systémique (6 cas), polyarticulaire avec facteur rhumatoïde (FR) (4 cas), polyarticulaire sans FR (3 cas) et oligoarticulaire (2 cas). Une corrélation significative a été trouvée entre la baisse de la masse osseuse et l'âge de début de l'AJI ($p=0.037$).
- **Une uvéite antérieure**: 3 cas d'AJI dans sa forme ERA, 2 cas dans sa forme systémique et 1 cas dans sa forme polyarticulaire sans FR. L'intervalle entre la survenue de l'uvéite et le début de l'AJI était en moyenne de 11 ans et deux mois. Elle était inaugurale dans un cas. Aucune corrélation n'a été trouvée entre la survenue d'uvéite et les différents paramètres cliniques, biologiques et radiologiques.
- **Une atteinte cardiaque** à type de péricardite dans 6 cas d'AJI dans sa forme systémique. Le délai de son apparition était en moyenne de trois ans et huit mois d'évolution. Elle était inaugurale dans un cas. Une association significative a été trouvée entre l'atteinte cardiaque et les paramètres suivants : le sexe masculin ($p=0,01$), le nombre de réveils nocturnes ($p=0,048$) et la CRP ($p=0,01$).
- **Une atteinte pulmonaire** à type de syndrome interstitiel (2 cas) et syndrome restrictif (1cas). Il s'agissait d'AJI dans sa forme ERA, polyarticulaire sans FR et systémique dans un cas chacun. Le délai entre son apparition et le début de l'AJI était de 6 ans et quatre mois. Elle était inaugurale dans un cas.
- **L'atteinte rénale** à type de néphropathie tubulo-interstitielle aigue d'origine immunoallergique dans un cas de forme oligo-articulaire et d'une glomérulonéphrite extra-membraneuse dans un cas de forme polyarticulaire sans FR.

Graphique 1: MEA de l'AJI



DISCUSSION

- Notre étude a montré que les MEA sont fréquentes au cours de l'AJI.
- L'uvéite antérieure et la péricardite semblent être les plus fréquentes au cours de l'AJI.

CONCLUSION

- La recherche des MEA doit être systématique au cours de l'AJI permettant ainsi une prise en charge précoce.



Corrélation entre incapacité fonctionnelle et dommages structuraux chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique dont le devenir est intimement lié à la destruction qu'il entraîne et en particulier à celle des mains et des pieds. Parmi les patients, 50 à 70% vont progressivement détruire leurs articulations aboutissant, ainsi à une impotence fonctionnelle majeure.

Objectif :

Rechercher l'existence d'une corrélation entre le score HAQ (Health assessment questionnaire) et le score de Sharp modifié par Van Der Heijde chez des patients ayant une PR.

Matériels et Méthodes :

49 patients ont été inclus dans cette étude. Les données recueillies étaient: les caractéristiques démographiques, la vitesse de sédimentation (VS) comme paramètre biologique. L'activité de la maladie et le statut fonctionnel ont été évalués respectivement par l'indice articulaire, l'indice synovial et le score HAQ. L'évaluation structurale a été évaluée par le score de Sharp modifié par Van Der Heijde.

Resultats :

L'étude a inclus 41 femmes soit 83,67% et 8 hommes soit 16,32% avec un sexe ratio de 5,12.

L'âge moyen des patients étaient de 46,67 ans \pm 12,99. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 92,4 mois [6-300]. Les moyennes des indices articulaires et synoviaux étaient respectivement de 12,55 [2-27] \pm 7,61 et 7,78 [0-25] \pm 5,42.

Le HAQ moyen obtenu est de 1,82 [0,5-3] \pm 0,59.

La majorité des patients (55,1%) ont un HAQ entre 2 et 2,5, ce qui rend compte des répercussions de la maladie sur la qualité de vie.

La moyenne de score de Sharp modifié pour les mains est de 60,8 \pm 39,17 avec des extrêmes allant de 10 à 176.

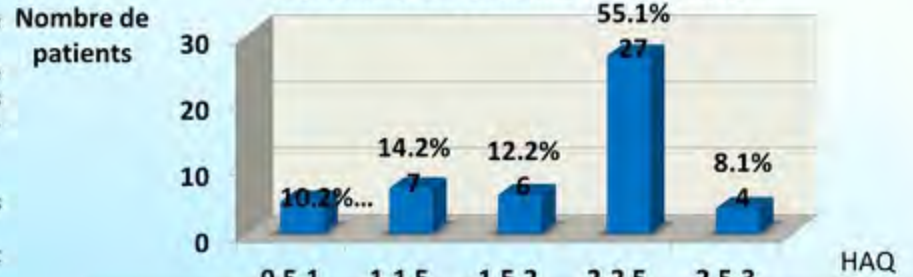
La moyenne de score de Sharp modifié pour les pieds est de 7,94 \pm 11,05, avec des extrêmes allant de 0 à 56.

La moyenne de score de Sharp modifié total était de 68,14 \pm 49 avec des extrêmes de 0 à 232. L'analyse univariée a montré une corrélation positive non significative entre le score HAQ et le score de Sharp modifié (P=0,063).

Conclusion :

Cette étude a montré que le handicap fonctionnel était lié à l'activité de la maladie et aux lésions radiographiques. Cependant une prise en charge thérapeutique précoce et efficace permettra d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de PR.

Répartition des patients selon le HAQ



score de Sharp	score de Sharp modifié Mains	score de Sharp modifié pieds	score de Sharp modifié total
Moyenne \pm Ecart type	60,80 \pm 39,17	7,94 \pm 11,05	68,14 \pm 49
Minimum- Maximum	[10-176]	[0-56]	[0-232]

Discussion : Le gold standard dans la PR reste la radiographie même si l'échographie et l'IRM sont également très informatives. Au stade de diagnostic, l'évaluation radiographique permet de : poser le diagnostic de polyarthrite érosive ou non érosive. En effet, devant un rhumatisme inflammatoire débutant la radiographie permet le diagnostic de PR avec une sensibilité modeste de 25 à 33%, mais une très bonne spécificité variant de 91 à 94,5% [1]. Elle permet aussi de formuler un pronostic évolutif à moyen ou long terme. Dans la majorité des études visant à élaborer des critères pronostics dans la PR, le score radiologique initial et, en particulier, la présence d'érosions sont un facteur de mauvais pronostic ayant abouti au concept de polyarthrite érosive plutôt que de PR. L'atteinte radiologique initiale est corrélée au remplacement prothétique et à l'handicap ultérieur [2]. Dans notre étude l'atteinte radiologique initiale est corrélée positivement à l'incapacité fonctionnelle mais de façon non significative vue la petite taille de l'échantillon.

Bisphosphonates et ostéonécrose maxillomandibulaire : à propos de deux cas

M Jguirim, R Alaya, A Mhenni, L Mani, S Zrou, I Bèjia, M Touzi, N Bergaoui
Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba – Monsastir

Introduction:

Les bisphosphonates sont des analogues structuraux des pyrophosphates. Ils possèdent une action anti-tumorale et agissent contre la résorption osseuse, ce qui leur confère une utilité dans le traitement des affections ostéolytiques bénignes et malignes. Leur bénéfice doit être mis en balance avec leurs risques et, en particulier, avec une complication de plus en plus décrite dans la littérature et potentiellement grave: l'ostéonécrose des os maxillaires et mandibulaires, dont nous rapportons deux cas.

Observations :

Il s'agit d'un homme et d'une femme âgés respectivement de 75 et 58 ans. Ils recevaient de l'acide zolédronique (Zometa®) en perfusion mensuelle pour myélome multiple stade III A en association avec la chimiothérapie. Aucun patient n'avait eu de radiothérapie dans la région cervico-faciale. Le nombre de perfusions était respectivement de 24 et de 15 cures. Dans le premier cas, le patient présentait des douleurs dentaires et l'examen stomatologique a révélé une dénudation osseuse mandibulaire surinfectée qui est survenue après une extraction dentaire. Le bilan radiographique a montré une ostéolyse mandibulaire droite avec perte de substance osseuse et cutanée. Le patient a bénéficié alors d'un curetage chirurgical associé à une antibiothérapie et des bains de bouche antiseptiques. Dans le deuxième cas, l'ostéonécrose a été évoquée devant l'apparition d'une masse dure indolore mandibulaire associée à une hypoesthésie labio-mentonnaire. A l'examen, présence d'une mise à nu de l'os alvéolaire. La patiente a été traitée par antibiothérapie et est programmée pour curetage chirurgical. Le dentascan maxillaire et mandibulaire a confirmé le diagnostic dans les 2 cas, le traitement par aminobisphosphonate a été interrompu.



Discussion:

- ❖ En 2003, l'association bisphosphonate ostéonécrose de la mâchoire (ONM) a été décrite pour la première fois, et depuis un nombre de cas croissant a été publié. La fréquence des ONM est variable selon les études allant de moins de 1 à 8%. L'étiopathogénie de cette complication est encore actuellement mal connue et semble complexe.
- ❖ Les bisphosphonates agissent sur les ostéoclastes et provoquent une diminution du remodelage osseux, donc une augmentation de la minéralisation osseuse et, secondairement, une diminution de la vascularisation osseuse comme dans toute affection ostéo-condensante. L'effet anti-angiogénique, propre aux aminobisphosphonates pourrait participer à la diminution de la vascularisation. Les ostéonécroses sont donc très probablement d'origine ischémique.
- ❖ Dans une étude réalisée par A Simone et al se basant sur une revue systématique des articles publiés entre 2003 et mai 2007, 1268 cas d'ostéonécrose de la mandibule ont été répertoriés. Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence que l'ONM survient en premier lieu chez les patients traités pour des pathologies malignes, et notamment le myélome, que la localisation préférentielle est la mandibule, que le délai moyen de survenue est de 28,2 mois, et que le principal bisphosphonate pourvoyeur d'ONM est le Zolédronate par voie intraveineuse.
- ❖ Plusieurs types de facteurs de risques d'ONM sous bisphosphonates ont été identifiés qui sont essentiellement: les modalités de traitement par bisphosphonates (durée, mode d'administration, classe pharmacologique et forme galénique), la pathologie sous-jacente, les traitements associés et l'état buccodentaire et les soins buccodentaires concomitants.
- ❖ Il semble que l'incidence des ONM sous bisphosphonates oraux soit nettement inférieure à celle survenant lors des traitements intraveineux au long cours.
- ❖ Il est très souvent retrouvé un acte dentaire précédant l'apparition d'une ONM, mais il existe d'authentiques cas d'ONM « spontanée » sous traitement. Les examens d'imagerie ne sont pas spécifiques et permettent surtout de rechercher un facteur favorisant sous-jacent. L'atteinte de l'os alvéolaire se traduit plus fréquemment par un aspect lytique que condensant.
- ❖ La modification de la posologie des bisphosphonates après l'apparition d'une ostéonécrose ne peut pas avoir une incidence favorable immédiate sur l'évolution de la lésion: en effet, les bisphosphonates absorbés n'ayant pas été métabolisés, ils continuent à agir probablement encore longtemps après l'arrêt du traitement.
- ❖ En cas d'ONM avérée, la prise en charge en milieu spécialisé s'impose mais les traitements chirurgicaux ne doivent être envisagés qu'à minima. L'arrêt des bisphosphonates est recommandé, même si l'impact de cet arrêt sur l'amélioration de la prise en charge de l'ONM n'a pas été démontré.

Conclusion:

L'ostéonécrose des mâchoires est une complication rare du traitement par les bisphosphonates. Une prise en charge dentaire est fortement recommandée chez tout patient à risque avant le début du traitement par les bisphosphonates.



Association de sclérose en plaque et de lupus érythémateux systémique: A propos de un cas.

A.Aouadi; S.Rekik; H.Sahli; E.Cheour.M.Elleuch. Service de Rhumatologie CHU la Rabta.

Introduction:

La sclérose en plaque(SEP) et le lupus érythémateux systémique(LES) reste une association rare qui a été rapportée dans quelques cas dans la littérature.

Patients et méthodes:

Nous en rapportons un cas.

Observation:

Mme N.A, âgée de 32 ans, a présenté en 2007 une faiblesse de l'hémicorps droit associée à un vertige. L'IRM a montré une lésion de démyélinisation de la substance blanche sus et sous tentorielle. Le diagnostic de sclérose en plaque a été porté. La patiente a été traitée par des boli de Solumédrol en association avec de l'interféron béta. L'évolution initiale était bonne et les quelques poussées émaillant cette évolution ont été jugulées par des cure d'Endoxan.

En 2008, la patiente nous consulte pour une xérostomie avec des arthralgies inflammatoires. La BGSA était normale et le bilan immunologique était négatif.

Au cours de son suivi, elle a développé une atteinte articulaire non destructrice. Le bilan immunologique s'est positivé: AAN à 1/1600 et anti DNA positif. Une atteinte hématologique à type de lymphopénie a été notée. Le diagnostic de LES a été posé. La patiente a été traitée par Plaquénil avec une évolution favorable.

Discussion:

L'association entre SEP et LES est extrêmement rare, seulement quelques cas ont été rapportés dans la littérature. Avant de faire le diagnostic de cette association, il faut faire la part entre ces deux pathologies notamment en présence de signes neurologiques qui peuvent faire partie du tableau des deux maladies. La prise en charge de ces malades reste un sujet à discuter.

Conclusion:

Le diagnostic de cette association entre LES et SEP reste difficile voire les similitudes qui existent entre les signes neurologiques des deux pathologies.



Tolérance cutanée des anti-TNF

Slouma M, Hamdi W, Boughanmi N, Zouch I, Chérif I, Kaffel D, Kchir M

Service de Rhumatologie, Institut M.Kassab

INTRODUCTION

Il est encore difficile de définir aujourd'hui précisément la fréquence des effets indésirables dermatologiques imputables aux anti-TNF.

L'objectif de notre étude est de déterminer la fréquence et le types des effets cutanés secondaires aux anti-TNF administrés par voie sous cutanée.

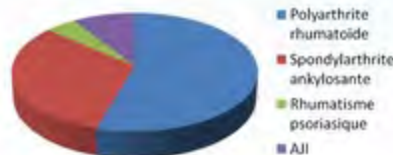
MATERIELS ET METHODES

- Eude rétrospective menée au service de rhumatologie Institut Kassab sur une période de 7 ans (2006-2013).
- Ont été colligés, les patients sous anti-TNF administrés en sous-cutané (adalimumab et etanercept).
- Nous avons recueilli à partir des dossiers médicaux les différents effets secondaires cutanés imputables à ces anti-TNF

RESULTATS

- **22 patients** : 9 hommes et 13 femmes.
- L'**âge moyen** était de 48.52 ± 15.44 ans.
- **Les patients étaient suivis pour les pathologies** représentées par le **graphique 1**
- **Les anti-TNF utilisés** sont représentés par le **graphique 2**.
- **Les effets secondaires cutanés** ont été observés dans 22 % des cas (n= 5).
- **Une réaction inflammatoire au site d'injection** était notée dans 3 cas : etanercept (2cas) et adalimumab (1 cas). Cette réaction apparaissait en moyenne 2 jours après l'injection, et régressent en 4 jours. L'application de glace au site d'injection et la rotation des sites d'injection ont permis de résoudre ce problème dans les 3 cas. **Un prurit** généralisé par réaction d'hypersensibilité retardée 3 jours suite à la 3ème injection d'adalimumab a été noté dans un cas. **Un érythème noueux** apparu 6 mois après le début d'utilisation de l'etanercept a été noté dans 1 cas ayant nécessité un switch vers l'adalimumab.

Graphique 1: les pathologies de la population d'étude



Graphique 2 : les anti-TNF utilisés



DISCUSSION

• Notre étude a montré que la fréquence des effets secondaires cutanés associés aux anti-TNF est de l'ordre de 22%.

• La réaction locale au point d'injection représente la complication la plus fréquente mais elle ne nécessite pas souvent l'interruption du traitement.

• L'érythème noueux secondaire aux anti-TNF est rarement rapporté dans la littérature [1]

CONCLUSION

Il semble que les effets secondaires cutanés sous anti-TNF sont assez fréquents mais n'amène à l'arrêt des anti-TNF que rarement.

Calcinose sous-cutanée diffuse au cours d'une sclérodémie systémique limitée. A propos d'un cas

Olfa Saidane, Alia Fazaa, Ines Mahmoud, Raoudha Tekaya, Hana Sahli, Leila Abdelmoula, Rafik Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis-Tunisie

INTRODUCTION

❖ Au cours de la sclérodémie systémique, la calcinose sous-cutanée est observée dans 10 à 30 % des cas, en particulier sur la face palmaire des doigts. Nous rapportons une observation particulière par le caractère extensif de la calcinose, rarement rapporté au cours de la sclérodémie systémique.

OBSERVATION

❖ Mme NN, âgée de 47 ans, est suivie pour une sclérodémie systémique évoluant depuis 20 ans, révélée par une polyarthrite chronique et un phénomène de raynaud. L'examen a objectivé des tégangiectasies du visage, une sclérodactylie avec un score de Rodnan à 7, une limitation de l'ouverture de la bouche à 1,5 cm et des cicatrices d'ulcérations digitales. Il existait de plus de multiples nodules sous-cutanés fermes douloureux revêtus d'une peau inflammatoire, siégeant aux épaules, coudes, fesses, cuisses et face interne des genoux, qui correspondaient à la radiographie à des calcifications des parties molles (*figures 1,2*). A la biologie, la VS était à 43 mm, et la CRP à 1 mg/l. Le bilan immunologique était négatif. La capillaroscopie a confirmé l'aspect de microangiopathie. Une dysphagie aux solides et aux liquides a fait indiquer une fibroscopie digestive qui a révélé une atrophie congestive. Le bilan pulmonaire a objectivé une dyspnée stade II, une restriction légère à l'épreuve fonctionnelle respiratoire, et un aspect en rayon de miel des bases au scanner thoracique. Il n'existait pas d'atteinte cardiaque ni rénale. Outre un inhibiteur calcique, un AINS et de la prednisonne (5 mg/jour), le traitement a également visé l'atteinte cutanée en associant du méthotrexate (10mg/semaine) et de la colchicine (1mg/jour). Après 6 mois, la patiente n'avait plus d'arthralgies et les nodules de calcinose n'étaient plus douloureux.

DISCUSSION

- ❖ La calcinose dystrophique correspond à un dépôt de sels de calcium dans les tissus altérés ou dévitalisés, survenant chez des patients ayant un métabolisme phospho-calcique normal.
- ❖ La probabilité de développer une calcinose est variable selon les connectivites, la sclérodémie et la dermatomyosite étant les plus fréquemment associées.
- ❖ La calcinose diffuse aux tissus sous-cutanés et aux tissus conjonctifs des muscles et tendons est dénommée calcinose universelle (1).
- ❖ Si son incidence au cours de la sclérodémie augmente avec la durée d'évolution de la maladie, il est très rare qu'elle accompagne une sclérose cutanée limitée.

CONCLUSION

❖ Notre observation est remarquable en raison de l'extension de la calcinose sous-cutanée, semblant tout à fait disproportionnée avec la faible étendue de la sclérose cutanée. La calcinose diffuse peut être à l'origine d'un retentissement fonctionnel et altérer sévèrement la qualité de vie. Si le traitement des formes localisées est principalement chirurgical, le traitement des formes diffuses ne fait pas consensus et reste souvent décevant.



Fig 1



Fig 2

- ❖ Elle se présente comme chez notre patiente, sous l'aspect de nodules durs, blancs lorsqu'ils sont superficiels.
 - ✓ Une extrusion des dépôts d'hydroxyapatite peut se produire à travers la peau, s'accompagnant d'une ulcération cutanée qui peut se surinfecter. Leur évolution est totalement imprévisible.
 - ✓ La sévérité de la calcinose peut être appréciée selon le score de Berger variant de 1 à 4 (2).
- ❖ Différentes thérapies ont montré un bénéfice variable (3): excision chirurgicale, traitement par laser, diltiazem, colchicine, et sodium thiosulfate topique.
- Notre patiente a été symptomatiquement améliorée par de la colchicine.
- ❖ Le nombre d'essais contrôlés est cependant insuffisant pour aboutir à un consensus thérapeutique.

Références

- (1) Murray K, NY, Acad Med. 1980;56.
- (2) Berger RG Am J Med 1987;83:72-6.
- (3) Mayo Medical School, USA.



Ostéogénèse imparfaite : A propos d'une famille tunisienne

Boughanmi.N, Rekik.S, Sahli.H, Cheour.E, Elleuch.M

Introduction:

L'ostéogénèse imparfaite(OI) est une maladie génétique qui regroupe un ensemble d'affections caractérisées par une fragilité osseuse. Le diagnostic est souvent établi dans la petite enfance mais parfois beaucoup plus tardif. Nous rapportons le cas de 4 membres d'une même famille atteinte de cette maladie.

Observation:

Le premier cas est celui d'un nourrisson ayant présenté à l'âge de 1 an une fracture de la diaphyse fémorale. Le diagnostic d'OI a été porté devant l'association à une déminéralisation osseuse diffuse et un amincissement des corticales. L'enquête familiale a trouvé des antécédents personnels de fractures survenant suite à des traumatismes minimes, chez la mère âgée de 40 ans, l'oncle et la grand-mère. Le diagnostic d'OI était évoqué devant des arguments cliniques (aspect bleu des sclérotiques) et radiologiques (déminéralisation osseuse diffuse avec des os graciles à corticale mince). La DMO a mis en évidence une ostéoporose chez les 3 adultes. On n'a pas noté d'anomalies de la dentinogénèse ni de déformation osseuse. Un traitement par bisphosphonate a été instauré chez tous les patients avec des résultats satisfaisants à moyen terme.

Conclusion:

L'OI est une maladie pour laquelle une prise en charge et un traitement précoce sont nécessaires. Les biphosphonates, représentent un traitement d'autant plus intéressant qu'ils sont introduits précocement.

LOMBOSCIATIQUES SYMPTOMATIQUES : A PROPOS DE 20 CAS

Alaya Z, El Amri N, Baccouche K, Zeglaoui H, Belghali S, Amara N, Jamel A, Ben Smida I, Bagané N, Bouajina E.
Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction : Les lombosciatiques symptomatiques ou secondaires sont la manifestation d'affections sous-jacentes graves. Le but de notre travail est d'en préciser les différents tableaux et les principales étiologies.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective portant sur 20 cas de lombosciatiques symptomatiques colligés dans le service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse entre 1998 et 2014.

Résultats : Il s'agit de 17 hommes et 3 femmes d'âge moyen de 57 ans (20-79). Le trajet était de type L5 dans 11 cas, S1 dans 6 cas et mal systématisé dans 3 cas. La douleur était d'allure inflammatoire et d'installation progressive chez 19 patients. Huit de nos patients avaient un antécédent de néoplasie. Onze patients avaient une altération de l'état général. Une fièvre a été notée dans 3 cas. A la biologie, un syndrome inflammatoire a été observé dans 17 cas, la calcémie était normale dans tous les cas, une augmentation de la PAL dans 7 cas, un pic monoclonal étroit en gamma dans un cas, un bilan tuberculeux positif dans 1 cas, une sérologie de la brucellose positive dans 1 cas, un dosage de PSA est revenu positif dans 3 cas. Le bilan radiologique était normal chez 5 patients, a montré une ostéolyse dans 9 cas, une ostéocondensation dans 5 cas. Une scintigraphie osseuse faite dans 9 cas était normale chez 3 patients et a montré une hyperfixation dans 5 cas. Une échographie abdominale a révélé un foie métastatique dans 2 cas. Dans notre série, le diagnostic de métastases osseuses a été retenu chez 11 patients dont l'origine prostatique a été incriminée dans 3 cas, vésicale dans 3 cas, thyroïde (1 cas), cavum (1 cas), pulmonaire (1 cas), sein (1 cas) et rectum (1 cas). Les autres diagnostics retenus étaient une tumeur d'Ewing (1 cas), un plasmocytome solitaire (1 cas), une spondylodiscite infectieuse (brucellienne dans 1 cas, tuberculeuse dans 1 cas), une hydatidose osseuse (1 cas). Sur le plan thérapeutique, les malades ont bénéficié de traitements étiologiques spécifiques. Un décès a été noté dans 2 cas.

Conclusion : La prise en charge des lombosciatiques symptomatiques doit être rapide dans un milieu spécialisé. Les examens complémentaires doivent être orientés par la clinique. Le traitement et le pronostic dépendent étroitement de l'étiologie.

Discussion:

- Les lombosciatiques symptomatiques sont rares (moins de 1%), mais il faut y penser systématiquement car l'erreur diagnostique est lourde de conséquences.
- C'est la clinique qui permet de suspecter une lombosciatique symptomatique. Les principaux éléments qui doivent alerter sont :
 - ✦ le début progressif, insidieux et l'absence de facteur déclenchant ;
 - ✦ les atypies topographiques de la douleur ;
 - ✦ le rythme inflammatoire des douleurs ;
 - ✦ l'intensité des douleurs et leur aggravation progressive ;
 - ✦ l'absence d'antécédents de lombalgies, surtout chez le sujet âgé ;
 - ✦ l'existence d'une raideur globale et intense du rachis lombaire à l'examen.
- Il faut tenir compte des circonstances de survenue, de l'existence de fièvre, d'AEG, d'antécédents ou de signes d'appels orientant vers une néoplasie.
- Devant la suspicion de lombosciatiques symptomatiques, la pratique de radiographies du rachis lombaire et d'examens biologiques se justifie. D'autres examens complémentaires sont réalisés en fonction de l'orientation diagnostique.
- Les principales causes de lombosciatiques symptomatiques sont représentées par: le myélome multiple, les métastases osseuses, les spondylodiscites infectieuses, les spondylarthropathies, les tumeurs rachidiennes bénignes (ostéome ostéoïde, neurinome, méningiome, angiome vertébral...) et les ostéopathies déminéralisantes. Dans notre série, les causes de lombosciatiques symptomatiques ont été dominées par les métastases osseuses (55% des cas) avec comme néoplasie primitive une tumeur prostatique ou vésicale dans plus de la moitié des cas. Les autres diagnostics retenus étaient une tumeur d'Ewing (1 cas), un plasmocytome solitaire (1 cas), une spondylodiscite infectieuse (brucellienne dans 1 cas, tuberculeuse dans 1 cas), une hydatidose osseuse (1 cas).
- Le traitement est fonction de l'étiologie.



Profil clinique et radiologique de l'arthrite juvénile idiopathique

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

INTRODUCTION

L'arthrite juvénile Idiopathique (AJI) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui apparaît avant 16 ans, de durée supérieure à 6 semaines et sans cause identifiable.

Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et radiologiques de l'AJI

MATERIELS ET METHODES

- Étude rétrospective ayant inclus les patients suivis pour AJI retenus selon les critères de l'International league of associations for Rheumatology pour l'AJI sur une période de 19 ans (1994-2013).
- Les caractéristiques cliniques et radiologiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

RESULTATS

- **54 patients** : 28 garçons et 26 filles.
- L'âge moyen de début de la maladie était de 7.50 ans [2-15] :
 - inférieur à 4 ans dans 9 cas,
 - entre 4 et 8 ans dans 20 cas
 - entre 8 et 12 ans dans 16 cas
 - supérieur à 12 ans dans 9 cas
- Les formes de l'AJI sont représentées par la **figure 1**
- L'âge moyen de début le plus précoce (7 ans en moyenne) a été noté dans la forme polyarticulaire sans FR.
- Les **antécédents** notés étaient : une Thyroïdite d'Hashimoto (un cas de forme psoriasique), ostéomyélite chronique (1 cas de forme oligoarticulaire) et purpura rhumatoïde (1 cas de forme systémique).
- La fièvre au long cours a été notée dans tous les cas de la forme systémique et un cas de la forme polyarticulaire.
- La **moyenne de la vitesse de sédimentation** était de 25,2 mm/h [2, 92] et celle de la **CRP** était de 21,7 mg/l [0, 165].
- Les **signes systémiques trouvés dans la forme systémique** étaient : une éruption cutanée (9 cas), une hypertrophie ganglionnaire (8 cas), une splénomégalie (3 cas) et une hépatomégalie (2 cas).
- Les radiographies standards avaient objectivé une destruction articulaire dans 70% des cas.
- Cette destruction concernait : la hanche pour l'ERA, Le carpe et le poignet pour la forme oligo-articulaire, le coude pour la forme polyarticulaire avec et sans FR, le coude et la hanche pour la forme systémique. Elle concernait le coude, le genou et les metacarpo-phalangiennes dans la forme psoriasique.

Fig1: Les formes de l'AJI



DISCUSSION

- Notre étude a montré que l'AJI survient le plus souvent entre 4 et 12 ans (67%)
- La forme systémique semble être la forme la plus fréquente.
- L'AJI est responsable de destruction articulaire dans la majorité des cas.

CONCLUSION

- Il semble que l'AJI débute à un âge précoce.
- L'AJI était sévère puisqu'elle était responsable de destruction et déformation articulaire.

Amylose secondaire à un rhumatisme inflammatoire chronique. A propos de 7 cas

Olfa Saidane, Alia Fazaa, Ines Mahmoud, Raoudha Tekaya, Hana Sahli, Leila Abdelmoula, Rafik Zouari
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis-Tunisie

INTRODUCTION

❖ L'amylose secondaire A (AA) correspond au dépôt dans les organes de substances amyloïdes dérivées de la protéine amyloïde sérique A (SAA). Il s'agit d'une complication bien connue des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous avons réalisé une étude dans le but d'évaluer le profil des patients présentant une telle complication.

MALADES ET METHODES

❖ Il s'agit d'une étude rétrospective (1992-2013) portant sur les patients ayant un RIC et chez lesquels le diagnostic d'amylose secondaire a été retenu sur des arguments histopathologiques.

RESULTATS

Nbre de patients	7 (5F/2H)	Dg amylose	
Age moyen (ans)	54,5 (30-68)	PBR	n=3
Type du RIC		BGSA	n=5
PR séro+ érosive	n=5	Biopsie graisse abdominale	n=1
AJI	n=1	Traitement amylose	
Rh entérocolopathies	n=1	Colchicine	n=3
Délai survenue amylose	16 ans (4mois-44 ans)	Cyclophosphamide	n=1
Activité RIC		Aldactone	n=2
DAS28	6,19 (5,32-7,39)	Sintrom	n=2
BASDAI	75	Changement ttt fond RIC biothérapie	n=2
Circonstances de découverte		Arava	n=1
syndrome néphrotique	n=4	Méthotrexate	n=1
protéinurie	n=7	Durée suivi (ans)	2,2 (3mois-6)
macroglossie	n=3	Evolution atteinte rénale	
paresthésies	n=1	Aggravation protéinurie	n=1
Siège amylose		IRT + hémodialyse	n=1
polyviscérale	n=1	Disparition protéinurie	n=1
Rein	n=6	Stabilisation	n=1
S. nerveux périphérique	n=1	Evolution atteinte neurologique	
		amélioration	n=1

CONCLUSION

❖ La néphropathie est la principale manifestation clinique de l'amylose de type AA qui doit être évoquée devant une protéinurie ou une insuffisance rénale apparaissant au cours de l'évolution d'un RIC. La prévention de l'amylose secondaire passe par un traitement précoce et adéquat de la maladie sous-jacente.

DISCUSSION

- ❖ L'amylose AA est une complication sévère des RIC, en rapport avec une inflammation systémique de longue durée.
- ❖ Une élévation de la SAA semble être la condition nécessaire au développement d'une amylose secondaire.
 - ✓ Cependant, d'autres facteurs, notamment génétiques peuvent être impliqués (1).
- ❖ La prévalence de l'amylose AA chez les patients atteints de PR est mal connue, variant de 7 à 26% (1).
 - ✓ Au cours des spondyloarthrites, elle est considérée comme rare et dépend probablement d'une prédisposition génétique (2).
- ❖ Certains facteurs de risque comme une longue durée d'évolution de la maladie peuvent influencer le développement d'une amylose AA.
 - ✓ Dans notre étude, ce facteur s'est vérifié pour 6 patients.
- ❖ Les symptômes habituels comprennent: une protéinurie, une hématurie, des douleurs abdominales et une diarrhée chronique.
 - ✓ Les manifestations digestives n'étaient présentes chez aucun de nos patients.
- ❖ Comme dans notre série, la néphropathie est la principale manifestation clinique de l'amylose AA.
 - ✓ La recherche de protéinurie et la mesure de la créatinine plasmatique constituent les moyens de dépistage au cours des RIC.
- ❖ Une fois installée, l'amylose AA reste de mauvais pronostic en raison de l'insuffisance rénale terminale, observée chez l'un de nos patients, et en raison de l'atteinte digestive qui s'accompagne de dénutrition profonde.
- ❖ Un contrôle étroit et précoce de l'inflammation au cours des RIC et l'éradication d'infections co-existentes sont les meilleurs moyens de prévention d'une amylose secondaire (3).



Devenir algo-fonctionnel et qualité de vie après auto rééducation pour gonarthrose

Mouna Sghir, Emna Toulgui, Soumaya Boudokhane, Houda Migaou, Anis Jellad, Zohra Ben Salah Frih
Service de Médecine Physique et de Rééducation fonctionnelle de Monastir

INTRODUCTION

L'auto-rééducation pour gonarthrose peut être entendue comme l'ensemble des moyens non médicamenteux utilisables par le patient lui-même dans le but de réduire les conséquences algo-fonctionnelles de sa maladie.

L'objectif de notre travail est d'établir l'efficacité d'un programme d'exercices d'auto rééducation sur la fonction et la qualité de vie des patients suivis pour gonarthrose à court et à long terme.

MATERIELS ET MÉTHODES

Notre étude est prospective ayant inclus 40 patients suivis pour une gonarthrose uni ou bilatérale symptomatique. Les patients ont reçu un programme d'exercices à domicile avec une évaluation en fin de programme, à 6 mois et à un an. Les paramètres d'évaluation sont : indice de WOMAC, indice algo-fonctionnel de Lequesne, et qualité de vie (SF36).

RÉSULTATS

Il s'agit de 7 hommes et 33 femmes dont l'âge moyen est de 55,9±9 ans. Un surpoids ou une obésité est observée dans 92,5% avec un indice de masse corporelle moyen de 31,3±5 kg/m². La durée moyenne d'évolution des gonalgies est de 3 ans. Le nombre moyen de séances est de 13,3±3, visant à améliorer la force des membres inférieurs, l'endurance et l'équilibre. En fin de programme, une amélioration significative des paramètres fonctionnels et de la qualité de vie a été notée. Cette amélioration se maintient à un an d'évolution.

Tableau n°I: Evolution du score composite physique et du score composite mental du SF36 au cours du temps

	S0	S5	M6	M12
	Moy±DS	Moy±DS	Moy±DS	Moy±DS
PCS	33,5±6,46	38,70±7,8**	39,5±9,7**	40,6±10,5**
MCS	39,5±9	40,8±10	45±11,2	45±11,6*

PCS: score composite physique, MCS: score composite mental, * p<0,05, ** P<0,01

Tableau n°II: Evolution des paramètres fonctionnels au cours du temps

	S0	S5	M6	M12
	Moy±DS	Moy±DS	Moy±DS	Moy±DS
Indice algo-fonctionnel de Lequesne	12,18±4	9,2±3,5**	9,1±4,2**	9±5**
Womac douleur	8,5±2,9	5,5±2,8**	6,2±3,2**	6,2±3,6**
Womac raideur	1,8±1,9	1,2±1,3**	1±1,2	1,1±1,2
Womac fonction	26,7±9,7	18,2±9,3**	17,2±10**	16,6±11**

* p<0,05, ** P<0,01

DISCUSSION

Pour notre population d'étude, l'évolution des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie montre une amélioration à court terme et qui se maintient à un an d'évolution.

Mc Carthy et al ont noté à un an d'évolution un retour à l'état fonctionnel initial tandis que pour la qualité de vie il y avait une amélioration persistante. L'observance des patients aux exercices est importante puisque l'efficacité à long terme du traitement dépend en partie de la conformité aux exercices recommandés. Nous avons noté que l'observance aux exercices d'auto rééducation a diminué tout au long de l'année et que plus que la moitié des patients étaient non observant à 6mois et à un an d'évolution, une constatation qui a été rapporté par plusieurs auteurs.

CONCLUSION

Le recours à l'auto rééducation au cours de la gonarthrose répond donc à un argumentaire cohérent. Il a pour objectif en complément des thérapeutiques supervisées de réduire l'incapacité associée à la maladie. Il repose sur la connaissance des déficiences de la gonarthrose accessibles aux exercices physiques et celles d'autres déterminants importants de l'incapacité.

Les abcès musculaires d'origine bactérienne: une série de 31 cas

Gharsallah I, Dhahri R, Jammali S, Souissi MA, Boussetta N, Laajili F, Metoui L, Louzir B, Othmeni S

- **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.

- **Patients et méthodes:**

- Nous proposons d'étudier 31 cas de patients reçus au service de médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis pour cause d'abcès musculaires sur une période de 7 ans (2000-2007).

- **Résultats:**

- 31 cas ont été colligés : 24 hommes et 7 femmes. La moyenne d'âge était de 43 ans. Un terrain prédisposant a été retrouvé chez 15 patients : 11 patients étaient diabétiques. L'abcès était primitif dans 12 cas et secondaire dans 19 cas : à une spondylodiscite dans 6 cas, à un érysipèle dans 5 cas, à une ostéoarthrite de la hanche dans 3 cas, à une sacroiliite dans 2 cas à une arthrite du genou dans 1 cas, à un abcès appendiculaire dans 1 cas, à une infection du site opératoire après néphrectomie dans 1 cas.

- Le germe a été isolé dans 21 cas: il s'agit de germe 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 dans 8 autres. Un syndrome inflammatoire biologique est retrouvé dans 18 cas. Dans tous les cas une antibiothérapie est prescrite de durée moyenne de 27 jours pour les pyogènes et 13 mois pour la tuberculose en association à un drainage chirurgical dans 10 cas et un drainage percutané dans 3 cas. L'évolution était favorable pour 30 patients, un patient est décédé à la suite d'un état de choc septique à staphylococcus aureus.

- **Conclusion:**

- Les abcès musculaires sont des affections qui peuvent revêtir plusieurs aspects cliniques. Leur diagnostic doit être précoce et leur traitement adapté.



HYPERPARATHYROÏDIE CHEZ LES HEMODIALYSES

M. Slouma, M. Smaoui, H. Sahli, A. Haj Salah, S.Rekik, E. Cheour, J. Abdelmoula, F. Ben Moussa, M. Elleuch

Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta

Service de Biochimie Charles Nicolle

Service de Néphrologie La Rabta

INTRODUCTION

L'hyperparathyroïdie secondaire est la plus fréquente des lésions histologiques de l'ostéodystrophie rénale.

But : L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence de l'hyperparathyroïdie chez les hémodialysés chroniques et de déterminer l'effet de la PTH sur la densité minérale osseuse.

MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective ayant inclus 90 patients hémodialysés depuis plus de 3 mois.
- Pour chaque patient, une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par absorptiométrie biphotonique aux rayons X et un dosage de la parathormone (PTH) ont été effectués.

RESULTATS

- **90 hémodialysés** : 58 hommes et 32 femmes.
- L'âge moyen était de $53,01 \pm 14,60$ ans.
- L'ancienneté de l'hémodialyse était de $3,94 \pm 1,99$ ans.
- La moyenne de calcémie était de $2,084 \pm 0,32$ mmol/l.
- La moyenne de la phosphatémie était de $1,84 \pm 0,57$ mmol/l.
- La valeur moyenne de phosphatases alcalines totales était de $88,35 \pm 72,56$ UI/l.
- Le taux moyen de la PTH était de $425,70 \pm 380,78$ ng/l.
- **Une corrélation significative a été trouvée entre le taux de la PTH et l'ancienneté du dialyse ($p < 0,05$).**
- Quatre vingt huit pour cent des patients avaient une PTH élevée.
- La moyenne de la DMO était de $0,854 \pm 0,152$ g/cm² au site fémoral et de $1,155 \pm 0,218$ g/cm² au site vertébral.
- Les résultats de la DMO sont représentés par le graphique 1
- Elle touchait le site fémoral dans 20% des cas et le site vertébral dans 5,5% des cas.
- **Une corrélation négative a été trouvée entre le taux de PTH et la DMO au site fémoral ($p < 0,05$).**

DISCUSSION

- Notre étude a montré une prévalence élevée de l'hyperparathyroïdie (88 %) chez les hémodialysés chroniques.
- L'excès de PTH affecte le développement des différentes cellules osseuses et altère ainsi la qualité de l'os surtout cortical par augmentation de la vitesse du remodelage osseux
- L'hyperparathyroïdie est ainsi un facteur déterminant dans la physiopathologie complexe de la perte osseuse chez les insuffisants rénaux chroniques

CONCLUSION

- L'hyperparathyroïdie est fréquente chez les hémodialysés.
- Elle est souvent associée à une baisse de la densité minérale osseuse corticale.
- Nos résultats concordent avec les données de la littérature.

Graphique 1 : Résultats de la DMO



Impact du statut immunitaire sur la réponse au Rituximab au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Abdelghani K, Dhahri R, Souabni L, Miladi S, Kassab S, Chkili S, Laatar A, Zakraoui L

- **Introduction:** Le lymphocyte B joue un rôle important dans la pathogénie des maladies auto-immunes, et en particulier dans la PR. Le rituximab (RTX) est un anticorps monoclonal anti-CD20 qui est une molécule spécifique du lymphocyte B mature.
- **Objectif:** Etudier l'impact du profil immunologique sur la réponse au Rituximab dans la polyarthrite rhumatoïde.
- **Patients et méthodes:** Etude rétrospective d'une série de patients suivis au service de rhumatologie Mongi Slim La Marsa pour polyarthrite rhumatoïde (diagnostic retenu selon les critères de l'ACR 1987) et traités par Rituximab .
- Deux groupes ont été individualisés ceux ayant un facteur rhumatoïde (FR +) et /ou Anti CCP +. L'activité de la maladie a été évaluée par le DAS 28 -VS avant et à 6 mois de la mise sous Rituximab. La réponse a été jugée à 6 mois sur les critères de réponse EULAR . On a comparé les pourcentages de réponse moyennant le chi-square test of Pearson. Le taux de signification a été fixé à 0.05.
- **Résultats:** Vingt-neuf patients ont été inclus: 26 femmes et 3 hommes. L'âge moyen est de 50.5 ans. Le FR et les Anti CCP sont respectivement positifs dans 19 cas et 21 cas. RTX et Méthotrexate ont été associés chez 19 malades. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 11.97 ans (6-39 ans).
- Le DAS 28 a diminué d'une moyenne de 5.72 avant traitement à 5.15 en moyenne à 6 mois. La séropositivité du FR était significativement associée à la bonne réponse EULAR ($p=0.004$). La corrélation avec la positivité des Anti-CCP était non significative ($p=0.28$).
- **Discussion:**
De nombreux facteurs prédictifs en lien avec le patient ou avec la maladie ont été décrits, aussi bien dans les PR précoces que tardives mais leur utilité pour guider le choix d'un traitement au niveau individuel reste à éclaircir. En particulier, le statut immunitaire initial est un puissant facteur pronostique, au moins en ce qui concerne la rémission qui en découle chez des patients avec une PR précoce ou tardive.
- **Conclusion:** Nos résultats se trouvent conformes à la littérature en admettant une fois de plus que la séropositivité du FR constitue un facteur prédictif de bonne réponse au Rituximab au cours de la PR.
- **Références:**
 - 1.S.M. Verstappen, G.A. van Albeda-Kuipers, J.W. Bijlsma *et al.* Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort Study Group (SRU): a good response to early DMARD treatment of patients with rheumatoid arthritis in the first year predicts remission during follow up *Ann Rheum Dis*, 64 (2005), pp. 38-43



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

Rupture du tendon d'achille négligée chez l'adulte : A propos de 10 cas.

H.Dougaz, R.Lafram, M.Zaraa, Y.Mallat, MA.Kedous, W.Chebbi, H.Annabi, M.Mbarek
Service de traumatologie et de chirurgie orthopédique, centre de traumatologie et de grands brûlés ben Arous, Tunisie.

Introduction: La rupture de tendon d'Achille est une pathologie qui a beaucoup progressé ces dernières années. Fréquemment nous nous voyons confronté à des ruptures passées

Matériels et méthodes: Entre 2003 et 2012, 10 patients avec une rupture négligée du tendon d'Achille. Le diagnostic de rupture était toujours affirmé par l'examen clinique. Un complément échographe a été quand même nécessaire chez tous nos patients pour préciser le siège et l'étendue de la perte de substance tendineuse. Tous nos patients ont eu une reconstruction chirurgicale type Bosworth.

Résultats: Il s'agissait de 6 hommes et 4 femmes d'un âge moyen de 38 ans. Nos dix patients ont été revus avec un recul moyen de 33 mois. Tous nos patients disent avoir retrouvé les possibilités qu'avant l'intervention. Aucun de nos patients ne présentait au dernier recul des douleurs résiduelles. A l'évaluation clinique nous avons retrouvé une hypertrophie du tendon d'Achille chez 100% de nos patients. On a trouvé chez 8 patients une diminution de la trophicité du mollet. La mobilité de l'articulation tibio-tarsienne était diminuée chez 3 patients. L'appui monopodal sur la pointe du pied était notre critère majeur d'évaluation, il était stable chez tous nos patients..



Discussion: Une actualisation de l'ensemble des ces différentes méthodes et de leurs résultats doit permettre une évaluation du rapport bénéfice/risque de chacune d'elles pour guider l'évolution des indications thérapeutiques en fonction du type de la rupture et de la demande fonctionnelle du patient. La rupture ancienne du tendon d'Achille par lésion initiale méconnue ou négligée, ou plus souvent par traitement initial insuffisant, nécessite généralement un traitement chirurgical.

Conclusion: Les résultats cliniques de la technique type Bosworth dans le traitement des ruptures négligées du tendon d'Achille sont satisfaisantes. C'est une chirurgie non trop extensive et permet le plus souvent un retour à l'état antérieur.



Profil épidémiologique, clinique et immunologique des rhumatismes inclassables

H Sahli, M Bani, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari.

Service de rhumatologie. Hôpital Charles Nicolle

INTRODUCTION : Les rhumatismes inclassables représentent un groupe hétérogène de manifestations articulaires ne répondant pas aux critères établis de classification des rhumatismes inflammatoires. Le but de notre travail est d'étudier leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et immunologiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Etude rétrospective menée sur une période de 13 ans [2001-2013] portant sur les dossiers de patients suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle et chez qui le diagnostic de rhumatisme inclassable a été retenu.

RÉSULTATS :

- Quinze dossiers : 4 hommes et 11 femmes d'âge moyen 44.8 ans [19-85].
- Délai moyen de consultation: 539.8 jours [10 jours-2190 jours].
- Caractéristiques cliniques (Tableau I).
- Des manifestations extra-articulaires étaient notées dans 5 cas (Tableau II).
- SIB: N=8.
- Les radiographies étaient sans anomalies dans tous les cas.
- Le facteur rhumatoïde positif : 3 cas et les anti CCP : 2 cas.
- Typage HLA, pratiqué dans 3 cas; aucune particularité.
- La biopsie synoviale, faite chez 2 patients, avait conclu à une synovite inflammatoire chronique non spécifique.

CONCLUSION : Les rhumatismes inclassables sont rares et prédominent chez la femme. Un suivi au long cours est impératif afin de dépister une éventuelle évolution vers un rhumatisme inflammatoire chronique bien établi.

Tableau I:Caractéristiques cliniques

Monoarthrite	N=4
Oligoarthrite	N=3
Polyarthralgies	N=8
Déformations	N=0
Limitation de la mobilité	N=2

Tableau II: MEA

Syndrome sec	N=5
Aptose buccale	N=2
Erythème facial en vespertilio	N=1
Alopécie	N=1

- L'évolution était bonne sous anti-inflammatoires non stéroïdiens chez 11 patients et sous corticothérapie à faible dose: 4 patients.
- L'évolution était marquée par installation d'un lupus érythémateux systémique après un délai de 2 ans.

Intérêt de la rééducation dans la gonarthrose chez les sujets âgés : Etude comparative

Mouna Sghir, Khaoula Guedria, Houda Migaou, Sana Salah, Anis Jellad, Zohra Ben Salah Frih
Service de Médecine Physique et de Rééducation Fonctionnelle de Monastir

Introduction

La gonarthrose représente un problème de santé publique, sa prise en charge doit être globale et personnalisée.

L'objectif de cette étude est de souligner l'importance de la rééducation dans la prise en charge de la gonarthrose du sujet âgé (SA) par rapport au sujet jeune.

Matériels et méthodes

Étude cas-témoins réalisée dans le service de MPRF de Monastir. Les patients sont répartis en trois groupes, G1 est constitué de sujets âgés de plus de 70 ans, G2 comportant des adultes jeunes témoins dont l'âge est compris entre 30 et 50 ans et G3 d'adultes dont l'âge est compris entre 50 et 70 ans. Les paramètres d'évaluation étaient : la douleur, la fonction (Indice de Womac et indice de Lequesne) et la marche (test de 6 min de marche:T6M).

Tous nos patients ont bénéficié d'un programme de rééducation réalisé à titre externe à raison de trois séances par semaine pendant 5 semaines.

Résultats

Nous avons noté une amélioration significative de la douleur chez les SA : EVA douleur repos ($p = 0,04$) et EVA douleur mouvement ($p=0,01$). L'indice de LEQUESNE est baissé significativement de 1,6 chez les SA versus 3,5 pour les autres groupes.

Nous avons également trouvé une amélioration significative de l'indice de Womac (domaine fonction) et de la distance parcourue dans 6 min de marche chez les SA. Il n'y avait pas de différence significative avec les autres groupes témoins en termes de gain pour les différents paramètres étudiés.

Tranches d'âge	Moyenne	p
31-50	EVAdirepos1 13,3	0,19
	EVAdirepos2 5,5	
51-70	EVAdirepos1 19,3	0**
	EVAdirepos2 4,3	
>70	EVAdirepos1 28,1	0,04*
	EVAdirepos2 15,1	

Tranches d'âge	Moyenne	p
31-50	EVAadmvt1 64,5	0,002**
	EVAadmvt2 36,1	
51-70	EVAadmvt1 64,2	0**
	EVAadmvt2 32,5	
>70	EVAadmvt1 59	0,019*
	EVAadmvt2 40	

Tableaux n°I et n°II: Evolution de la douleur au repos et au mouvement pour les différentes tranches d'âge

Tranches d'âge	Moyenne	p	Tranches d'âge	Moyenne	p
31-50	Lequesne 1 14,2	0,003**	31-50	T6M 1 315	0,03*
	Lequesne 2 10,7			T6M 2 393	
51-70	Lequesne 1 13,1	0**	51-70	T6M 1 304	0**
	Lequesne 2 9,6			T6M 2 362	
>70	Lequesne 1 15,2	0,04*	>70	T6M 1 263	0,04*
	Lequesne 2 13,5			T6M 2 297	

Tranches d'âge	Moyenne	p
31-50	Womac fonction 1 315	0,006**
	Womac fonction 2 393	
51-70	Womac fonction 1 304	0**
	Womac fonction 2 362	
>70	Womac fonction 1 263	0,001**
	Womac fonction 2 297	

Tableaux n° III , n° IV et n° V: Evolution des paramètres fonctionnels pour les différentes tranches d'âge

Discussion

Les orientations thérapeutiques de la gonarthrose sont multiples. Le traitement rééducatif a fait la preuve de son efficacité sur la réduction de la douleur, l'amélioration de la fonction et la qualité de vie du sujet âgé gonarthrosique. Dans notre étude, l'évaluation finale a montré une diminution de la douleur et un gain fonctionnel significatifs chez les

SA.

Conclusion

La diminution de la douleur et le gain de la capacité fonctionnelle chez

les SA a été aussi importante que pour les autres patients plus jeunes. Ainsi, la rééducation trouve toute son importance dans la prise en charge de la gonarthrose chez le SA.

PROFIL ELECTROPHORETIQUE ET IMMUNOELECTROPHORETIQUE DU MYELOME MULTIPLE

S Bendjemaa, O saidane, I Mahmoud, R Tekaya, H Sahli, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne définie par la prolifération intra-médullaire de plasmocytes malins sécrétant une immunoglobuline monoclonale sérique et/ou urinaire. L'existence d'une protéine monoclonale est révélée par l'électrophorèse des protéines sériques, où elle apparaît le plus souvent sous la forme d'une bande étroite et symétrique qui migre dans la zone des gammaglobulines ou plus rarement dans la zone des bêtaglobulines. On peut retrouver une hypogammaglobulinémie. La confirmation de la clonalité nécessite la pratique d'une étude en immunofixation qui permet la détermination de l'isotope de la chaîne lourde (gamma, alpha, ou delta) et de la chaîne légère de cette protéine.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10 ans (janvier 2004-décembre 2013). Tous les dossiers de patients hospitalisés pour myélome multiple ont été recensés. Notre but était d'étudier les anomalies rencontrées au niveau de l'électrophorèse des protéines sériques (EPP) et de l'immunofixation (IEPP).

Résultats :

1. Épidémiologie:

- Nombre de cas: 40 cas
- L'âge moyen de nos patients : 62,8 ans. (de 38 à 81 ans).
- Le sex ratio (H/F): 0,9.
- Délai diagnostique : 6 mois

2. Circonstances de découverte: sont illustrées dans le tableau suivant

Circonstance de découverte	fréquence
Douleur osseuse	90%
perturbation du bilan biologique	7,5%
fracture pathologique de l'extrémité supérieure du fémur	2,5%

3. Profil électrophorétique:

Anomalie rencontrée à l'EPP	fréquence
un pic monoclonal migrant dans la zone des gammaglobulines	45%
un pic monoclonal migrant dans la zone des bêtaglobulines	35 %
Une hypogammaglobulinémie	10%
EPP normale	10%

Les patients qui avaient une EPP normale présentaient une douleur osseuse inflammatoire, une AEG et/ ou une hypercalcémie motivant la réalisation du myélogramme qui a permis de retenir le diagnostic dans tous les cas. Le MM était soit à chaînes légères soit à IgG.

4. Profil immunoélectrophorétique:

Type	IgG	IgA	à chaînes légères
fréquence	57,5 %	25%	17,5%

Discussion:

1. Profil électrophorétique:

Anomalie rencontrée à l'EPP	Notre série	Boutay 2013
un pic monoclonal migrant dans la zone des gammaglobulines	45%	50 %
un pic monoclonal migrant dans la zone des bêtaglobulines/alfa2	35 %	14,8 %/11,1%
Une hypogammaglobulinémie	10%	11,2%
EPP normale	10%	12,9%

2. Profil immunoélectrophorétique:

	Notre série	KOFFI K 2000	Diebkilé 2013	Laanani 2013	Elherrar 2013
Nombre de cas	40	50	30	66	131
Age moyen(ans)	62,8	58	49	60	54,5
IgG	57,5 %	72 %	86 %	65 %	50%
IgA	25%	16 %	7 %	20 %	17,6 %
à chaînes légères	17,5%	0 %	7 %	15 %	25%
IgD	0 %	12 %	0 %	0 %	0,7%

Conclusion :

Au cours du myélome multiple, l'EPP révèle le plus souvent un pic monoclonal en zone gamma. Cependant, l'EPP peut être normale ce qui incite à pousser les explorations lorsqu'il existe une forte suspicion diagnostique.

Manifestations neurologiques révélatrices du syndrome de Gougerot Sjögren primitif

Boughanmi.N, Ben waddey.O, Ben rejab.S, Miladi.N

Introduction:

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une exocrinopathie inflammatoire caractérisée sur le plan clinique par une xérophtalmie et une xérostomie. Outre les manifestations glandulaires, des manifestations systémiques peuvent compliquer le SGS comme l'atteinte neurologique. L'objectif de ce travail est d'analyser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de huit patients ayant un SGS primitif (SGSP) avec atteinte neurologique révélatrice.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 8 patients présentant un SGSP retenu sur les critères du consensus américano-européen avec atteinte neurologique centrale et/ou périphérique. Le caractère primitif a été retenu sur l'absence de pathologies associées. Nous avons exclu de l'étude les patients présentant une maladie pouvant expliquer l'atteinte neurologique.

Résultats:

Age moyen : 46,54 ± 12,3 ans.

6F/2H

L'atteinte neurologique était révélatrice dans tous les cas.

Les signes neurologiques initiaux ont précédé l'apparition du syndrome sec chez 5 patients avec un délai moyen de 12,1 mois.

Dans 3 cas, les manifestations neurologiques se sont installées 2 ans en moyenne après le syndrome sec.

Atteinte périphérique dans 6 cas [polyneuropathie axonale sensitive pure (3cas), polyneuropathie sensitivomotrice à prédominance sensitive (2cas) et mononeuropathie multiple sensitivomotrice dans un cas].

Atteinte centrale a été observée dans 2 cas sous forme d'atteinte médullaire (1 cas) ou encéphalique (1 cas).

Tous les patients ont reçu un traitement par corticothérapie, le recours à un traitement immunosuppresseur a été nécessaire dans 2 cas. Après un suivi moyen de 36 mois, l'évolution était favorable dans 5 cas avec une amélioration nette et régression de la symptomatologie initiale, stationnaire dans 2 cas et défavorable dans 1 cas.

Conclusion:

Les manifestations neurologiques sont fréquentes et peuvent précéder le SGS. Cela implique de rechercher un SGS devant toute manifestation neurologique inexplicée.

Traitement par le Rituximab, expérience de l'hôpital militaire de Tunis

Dr.Gharsallah Imen, Jemmali Samia, Dahri Rim, Souissi Med Anis, Dr.Bousetta Najah, Dr.Laajili Feyda, Dr.Ben Abdelhafidh Nadia, Dr.Louzir Bassem, Dr.Othmani Salah
Service de médecine interne, Hôpital militaire de Tunis

Introduction:

L'anti CD20 ou Rituximab 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.

Matériels 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 Rituximab 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 : six femmes et deux hommes, tous suivis pour PR, l'âge moyen de ces patients est de 50,25 ans. Leur âge moyen à la découverte de la maladie était de 39,25 ans, ce qui correspond à une durée moyenne d'évolution de la maladie avant la mise sous Rituximab de 11ans. Ces patients avaient reçu initialement les traitements traditionnels de la PR. Un seul patient avait reçu un agent anti-TNF (Infliximab) avant le Rituximab.

Tous ont reçu une cure de Rituximab à la dose de 1000 mg en perfusion intraveineuse à j 1 et à j 15. Nous avons eu recours à une deuxième cure chez trois patients après un délai moyen de 15 mois de la première cure. On a noté une baisse significative du score de DAS 28, 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 Klebsielle Pneumoniae dans un cas, un érysipèle dans un cas et une hypogammaglobulinémie dans un autre cas.

Discussion:

Le Rituximab a prouvé son efficacité lors de plusieurs essais randomisés chez des patients avant et après traitement par anti-TNF[1,2].

Cependant, les échantillons de patients ayant une PR dans ces essais randomisés étaient limités en taille en raison des critères d'inclusion[3]. C'est à ce titre que des études basées sur la pratique quotidienne sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité du médicament. Deux autres études observationnelles sur l'utilisation du Rituximab dans le traitement de la PR ont été rapportées, la première impliquant 20 patients et la seconde 55 patients. Lors de ces études, l'efficacité du Rituximab, évaluée grâce aux critères EULAR était de 85% à trois mois et de 60%[4] à 82%[5] à six mois.

Conclusion:

Nos résultats concordent avec ceux des études qui l'ont précédé pour attester l'intérêt de cette molécule au cours de la PR. Le RTX a en effet beaucoup d'avantages : il est efficace et bien toléré par rapport au traitement classique. Les différences interindividuelles incitent à définir les caractéristiques clinicobiologiques permettant de prédire le degré de sensibilité thérapeutique avant la première perfusion de Rituximab. 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.

Références:

1. P. Emery, R. Fleischmann, A. Fillipowicz-Sosnowska et al. The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIB randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial; *Arthritis Rheum*, 54 (2006), pp. 1390-1400
2. S.B. Cohen, P. Emery, M.W. Greenwald et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks.
3. T. Sokka, T. Pincus. Most patients receiving routine care for rheumatoid arthritis in 2001 did not meet inclusion criteria for most recent clinical trials or american college of rheumatology criteria for remission; *J Rheumatol*, 30 (2003), pp. 1138-1146
4. R.N. Jois, A. Masding, M. Somerville et al. Rituximab therapy in patients with resistant rheumatoid arthritis: real-life experience; *Rheumatology (Oxford)*, 46 (2007), pp. 980-982
5. N. Assous, L. Gossec, P. Dieude et al. Rituximab therapy in rheumatoid arthritis in daily practice; *J Rheumatol*, 35 (2008), pp. 31-34

Polyarthrite Rhumatoïde et Anti CD20

S. Kochbati ; S. Boussaid; L. Baili; A. Ben Maatallah; F. Essafi; B. Ben Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur Dhaou; Z. Aidi ; F. Daoud ; F. Boussema
H. Habib Thameur

Introduction

Le Rituximab (RTX) est un anti CD20, qui est indiqué dans le traitement de la PR active en cas de résistante ou d'intolérance à au moins un anti TNF α . Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité et la tolérance du RTX au cours de la PR réfractaire.

Patients et méthodes

Il s'agit de 10 cas de PR (critères ACR) ; sévère; traités par RTX, selon les modalités habituelles (2 perfusions de 1g à J0 et J 14).

L'efficacité du traitement a été évaluée selon les critères de l'EULAR (bonne, modérée ou absence de réponse); DAS28 ; HAQ; ainsi que la réduction de l'utilisation des corticoïdes.

Résultats

Il s'agit de 4 hommes et 6 femmes ; sexe ratio F/H 1.5, d'âge moyen 42.9 ans ayant une PR sévère (DAS28 moyen 4.61) évoluant depuis 13.9 \pm 9 ans en moyenne. Tous les patients sont sous Méthotrexate (m : 18,5mg/semaine); associé à la Salazopyrine dans 4 cas. La posologie moyenne de prednisone avant la mise sous RTX est 22.07mg/j. 4 parmi nos patients n'ont pas eu de biothérapie (anti TNF α) précédant la RTX.

paramètres	valeurs
Sexe ratio (F/H)	1,5
Âge moyen (an)	42,9
Dose corticoïde moy (mg/j)	22,07
DAS28 initial	
HAQ initial	

Tableau 1: caractéristiques des malades

✓ **L'efficacité** après retraitement (évaluée pour 5 patients)

➢ **bonne dans 75% des cas**

➢ **absente pour les autres.**

✓ Un seul patient a eu **une 3ème** cure avec une **bonne réponse (DAS28 2.8** et une épargne cortisonique de **-7.5mg/jour**).

➢ L'efficacité du RTX jugée sur les différents paramètres étudiés avec un :

✓ recul moyen 15.85 mois (2mois- 4ans) ;

✓ est rapide et maintenue (8 cas) jugée bonne selon les critères de l'EULAR :

✓ la moyenne du **DAS 28** a diminué de 1.3 ; celle du **HAQ** de 0.16 et celle des **corticoïde** 13.32 mg/j,

➢ La tolérance immédiate et à long terme est bonne pour tous les patients,

➢ Nous n'avons à déplorer aucun cas de complications secondaires, en dehors d'une chute de cheveux importante chez une patiente sous RTX.

Conclusion

Dans notre étude, le RTX a un bon rapport bénéfice/risque, avec une bonne tolérance et une efficacité remarquable. Il existe des recommandations sur l'utilisation et la surveillance du traitement par RTX au cours de la PR qu'il faudrait suivre lors de chaque utilisation. Les plus utilisées sont celle de la SFR/CRI.

Association maladie cœliaque de l'adulte et lupus érythémateux systémique : A propos de 3 cas

El Aoud S, Marzouk S, Frikha F, Snoussi M, Loukil H, Ben Salah R, Jallouli M, Cherif Y, Bahloul Z
Service de médecine interne Sfax

Introduction

La maladie coeliaque (MC), une maladie classiquement de l'enfant, se voit de plus en plus chez l'adulte. Son caractère auto-immun est actuellement bien établi. Son association à d'autres maladies auto-immunes est décrite. L'association entre MC et lupus érythémateux systémique (LES) est cependant rarement rapportée.

Patients et méthodes

Notre étude est rétrospective réalisée au service de médecine interne CHU Hédi Chaker colligeant trois cas d'association entre LES et maladie coeliaque sur une période de 17 ans (1996 à 2013) parmi une série de 215 malades lupiques, soit une fréquence de 1.39 %.

observations

Il s'agissait de trois femmes âgées en moyenne de 28 ans. La MC était concomitante au lupus dans un cas, elle l'a précédé de 6.5 ans en moyenne dans les deux autres cas. Le diagnostic de la MC était porté par les données de l'histologie objectivant une atrophie villositaire et par les marqueurs sérologiques chez les trois malades.

Particularités de la maladie lupique chez ces patientes :

Le diagnostic de LES a été posé selon les critères de l'ACR. Il s'agissait d'une forme sévère de LES chez une patiente avec une atteinte rénale et hématologique nécessitant le recours à une corticothérapie à forte dose associée aux immunosuppresseurs. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'une forme bénigne de LES (atteinte cutanéarticulaire), traitée par anti-inflammatoires non stéroïdiens et antipaludéens de synthèse.

Associations du LES- MC à d'autres maladies systémiques chez ces patientes :

Chez une patiente, le LES et la MC étaient associés à un syndrome de Gougerot Sjogren avec une atteinte rénale de type acidose tubulaire distale. Une thyroïdite d'Hashimoto était diagnostiquée chez une autre patiente.

L'évolution de la MC sous régime sans gluten était favorable dans les 3 cas.

Discussion

L'association du lupus à la maladie coeliaque est rare. De ce fait, cette association est considérée par certains auteurs comme étant fortuite. Sa prévalence en Tunisie varie entre 1/157 et 1/170 [1].

A notre connaissance, 54 cas ont été rapportés dans la littérature. Cependant, des études récentes ont tenté de déterminer la prévalence des marqueurs sérologiques de la maladie coeliaque au cours du lupus, qui a été aux alentours de 23% pour les anticorps anti-gliadines et 2% pour les anticorps anti-transglutaminases. La physiopathologie de cette association est multifactorielle. Un terrain immunogénétique commun est fortement évoqué dans plusieurs études notamment les antigènes d'histocompatibilité HLA B8 et DR3. D'autres facteurs nutritionnels ont été incriminés [2].

Conclusion

Du fait de l'existence d'un terrain immunogénétique commun, l'association entre le LES et la MC mérite de retenir l'attention des chercheurs. Des études plus larges seraient souhaitables pour déterminer la réelle prévalence de l'association de ces deux pathologies.

Références :

- [1] Khaoula Ben Abdelghania, Leila Mouelhib, Anis Hrizi, Systemic lupus erythematosus and celiac disease, Letters to the Editor / Joint Bone Spine 2012; 79 :199-206
- [2] JONAS F. LUDVIGSSON, ALBERTO RUBIO-TAPIA, VAIDEHI CHOWDHARY, JOSEPH A. Increased Risk of Systemic Lupus Erythematosus in 29,000 Patients with Biopsy-verified Celiac Disease J Rheumatol. 2012; 39(10): 1964-1970



La Ligue Tunisienne
Anti-Rhumatismale

CALCINOSE PSEUDO-TUMORALE DE L'HEMODIALYSE

Hachfi H, Younes M, Ben Hammouda S.
Service de Rhumatologie, CHU Tahar Sfar Mahdia.

Introduction :

Les calcifications des tissus mous de l'insuffisant rénal en hémodialyse sont fréquentes. Les localisations périarticulaires prennent dans de rares cas une forme massive, pseudo tumorale, de physiopathogénie non univoque et de traitement difficile.

Observation :

Patient de 41 ans, hémodialysé depuis 3 ans, consulte pour une douleur de l'épaule et de la hanche droites évoluant depuis 4 mois. L'examen objective une masse de 4 cm de diamètre, de consistance dure avec une limitation importante de la mobilité active et passive de l'épaule. La hanche droite est aussi limitée avec une masse de 6 cm de grand axe siégeant à sa face postéro-externe. La radiographie standard montre une grosse calcification de toute la bourse sous acromial et une masse calcique multilobulaire périarticulaire de la hanche droite. La tomodynamométrie confirme les données de la radiographie standard et ne montre pas de signes de surinfection. La calcémie et la phosphorémie sont peu augmentées, les phosphatases alcalines sont normales et la parathormone est augmentée à 538 pg/ml (nle < 70 pg/ml). L'échographie et la scintigraphie parathyroïdienne confirment la présence d'une hyperplasie des parathyroïdes. La recherche d'autres calcifications de tissus mous notamment cardiaques est négative. Le patient est proposé pour une parathyroïdectomie et une cure chirurgicale de la calcification de l'épaule.



Figure 2a (Radiographie de l'épaule droite) : disparition totale de la calcinose tumorale 8 mois après la parathyroïdectomie. Figure 2b: disparition également de la calcinose tumorale de la hanche droite



Fig 1: Masse calcifiée périarticulaire occupant toute la bourse sous acromiale.



Fig 2: Calcinose pseudotumorale périarticulaire de la hanche.



Fig 3 (TDM de l'épaule droite) : Calcinose dessinant la bourse sous acromiale.

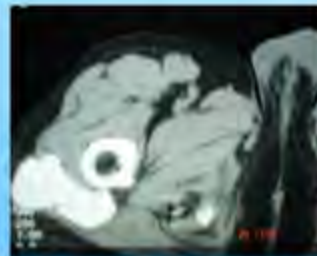


Fig 4 (TDM de la hanche droite) : Calcinose multilobulée périarticulaire.

Conclusion :

Les auteurs discutent les caractéristiques radio-cliniques, les hypothèses pathogéniques et les modalités thérapeutiques de ces calcifications pseudo-tumorales.

Discussion :

La calcinose pseudo-tumorale est caractérisée par le développement de masses calcifiées dans les parties molles voisines des grosses articulations. Elle peut constituer une complication de l'insuffisance rénale. La physiopathologie est mal connue. Certains auteurs évoquent le rôle de l'augmentation du rapport sérique Ca/P, ainsi que du phosphore. L'hyperparathyroïdie secondaire est également incriminée.

Cliniquement, elle se présente comme une tuméfaction de taille variable de 1 à 30 cm de diamètre, de consistance ferme adjacente à une grosse articulation. Dans les 2/3 des cas, les lésions sont bilatérales. Parfois elles peuvent se compliquer d'ulcération avec suintement de liquide laiteux et s'infecter.

Les localisations les plus fréquentes, sont la région supéro-externe de l'épaule, les coudes, les faces latérales des fesses, les mains et les genoux. La compression des structures de voisinage est possible. La biologie montre dans la plupart des cas une calcémie normale et une phosphorémie élevée.

Sur le plan radiologique, la lésion siège en juxta articulaire réalisant un aspect en grappe par juxtaposition de petites images denses, arrondies et bien limitées, homogènes, séparées par des septas radio-transparents. La lésion est plus ou moins opaque en fonction de la densité des dépôts calciques. La présence de niveaux liquides horizontaux, correspondant à la sédimentation des cristaux calciques, avec un surnageant séreux, est considérée comme un signe spécifique mais non pathognomonique. Une érosion osseuse est possible en regard de la lésion.

Le scanner et l'IRM, met mieux en évidence les niveaux liquides et précise les rapports avec les structures musculaires et osseuses adjacentes. L'aspect échographique a été peu décrit dans la littérature, les lésions se présentent sous forme de masses multiloculées avec une coque périphérique calcifiée et un contenu liquidien. Le traitement de choix repose sur la chirurgie d'exérèse dans les formes où le volume et /ou la localisation sont gênants. Le traitement de la maladie causale est instauré chaque fois que possible.

Iatrogénie des traitements de fonds de la polyarthrite rhumatoïde: étude de 45 cas

Ben Abdelghani k, Dhahri R, Souabni L, Miladi S, Kassab S, Chkili S, Laatar A, Zakraoui L

- **Introduction:**

- Les effets iatrogènes des traitements de fonds de la polyarthrite rhumatoïde PR constituent un élément crucial à tenir en compte lors de la prise en charge de cette maladie.

- **L'objectif** de cette étude est de déterminer l'iatrogénie des traitements de fonds de la PR motivant un changement de traitement chez une population de 45 malades.

- **Patients et méthodes:**

- Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers de patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde retenus selon les critères de l'ACR 1987 et mis sous traitement de fond et présentant au moins un symptôme objectivé et directement lié au traitement. Cette étude s'est étendue sur 10 ans de suivis (2003-2013).

- **Résultats:**

- Parmi les 45 patients inclus dans l'étude 34 patients étaient sous Méthotrexate (G1), 2 sous Leflunomide (G2) et 9 patients étaient sous biothérapie (G3): 6 sous Anti TNF alpha (4 infliximab et 2 Etanercept) et 3 sous Rituximab.

- L'étude de l'iatrogénie inhérent au méthotrexate (Groupe 1) trouve un groupe de 34 cas d'âge moyen était de 73,5±5 ans. Il s'agissait de 12 Hommes et 22 Femmes. L'âge de début du MTX était de 47,13±2.7ans. La dose hebdomadaire moyenne du MTX était à 11.25mg (min:7.5; max:17.5) cette dose correspondait à 0,16mg/kg/sem. L'acide folique a été prescrit à la posologie de 10mg/sem à distance de la prise du MTX chez tous les patients. Deux patients avaient présenté une élévation transitoire des transaminases à 1.9 fois la normale six mois après le début du MTX n'ayant pas nécessité l'arrêt de ce traitement. Le bilan hépatique est resté stable un an après le début du MTX (p=0.9).

- L'étude du 2^{ème} groupe de malades mis sous Leflunomide trouve que la principale complication rapportée était celle d'un déséquilibre tensionnel sévère chez 2 patientes non connues hypertendues motivant le switch vers une biothérapie dans les deux cas.
- Le 3^{ème} groupe était constitué de 9 patients d'âge moyen de 42.8 ans. 8 ont été mis sous biothérapie après l'échec d'au moins deux traitements de fonds usuels et une patiente a été mise sous biothérapie pour intolérance digestive au méthotrexate et hypertension sévère sous Leflunomide. Sous ces traitements on a noté une hypotension sévère chez deux patients sous Rituximab et une thrombopénie sévère chez une 3^{ème}. Au cours du traitement par Infliximab on a noté que sur les 4 cas d'iatrogénie liée à cet anticorps 3 cas ont présenté des surinfections répétitives surtout bronchiques et un cas a présenté une réaction allergique sévère avec œdème de Quincke. Sous Enbrel, une patiente a présenté un psoriasis cutané et une autre une réaction cutanée étendue de type allergique.

- **Discussion et conclusion:**

- **Il est important de savoir détecter précocement et à toute consultation les effets iatrogènes des traitements prescrits au cours de la PR car ces derniers peuvent mettre en jeu le pronostic vital.**

LA RENTABILITE DIAGNOSTIQUE DU MYELOGRAMME

O Saidane, S Bendjemaa, I mahmoud, H Sahli, R Tekaya, L Abdelmoula, R Zouari
Service de Rhumatologie Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le diagnostic de myélome multiple (MM) repose sur la présence d'une plasmocytose médullaire supérieure à 10 %, souvent dystrophique, permettant de différencier le MM de la gammopathie monoclonale de signification indéterminée.

Le diagnostic positif impose la réalisation d'une ponction sternale(PS). Il arrive cependant que la PS soit non contributive. En cas de forte suspicion diagnostique, on a recours à la biopsie ostéo-médullaire(BOM).

Patients et méthodes :

Une étude rétrospective descriptive a été menée au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis sur une période de 10ans (janvier 2004-décembre 2013) comportant des dossiers de patients hospitalisés pour myélome multiple. Notre but était d'étudier la rentabilité diagnostique du myélogramme.

Résultats :

1. Épidémiologie:

- Nombre de cas: 40 cas
- L'âge moyen de nos patients :62,8 ans. (de 38 à 81 ans).
- Le sex ratio (H/F):0,9.
- Délai diagnostic : 6mois

2. Apport du myélogramme:

Le myélogramme, fait dans tous les cas, a permis de confirmer le diagnostic de myélome multiple dans 90% des cas. Le pourcentage médian d'infiltration de la moelle osseuse était de 40 % (une infiltration médullaire entre 12 % et 100 %).

3. Place de la BOM:

Le myélogramme était non concluant dans 10 % des cas (4 patients). Dans 3 cas, la PS a mis en évidence une plasmocytose médullaire inférieure à 10%. Dans le quatrième cas, il existait un doute entre une infiltration plasmocytaire et une infiltration lymphoplasmocytaire. La BOM a permis de redresser le diagnostic pour tous les patients.

Discussion:

	Notre série	Bouattay 2013	Diebkilé 2013
Diagnostic posé par la PS	90%	68,5 %	100%
Recours à la BOM	10%	31,5%	0%
Motif de la réalisation de la BOM	moelle de richesse faible non concluante Doute entre une infiltration plasmocytaire et lymphoplasmocytaire	moelle de richesse faible non concluante infiltration plasmocytaire normale Doute entre une Infiltration plasmocytaire et lymphoplasmocytaire	

conclusion :

Dans le myélome multiple, la rentabilité diagnostic du myélogramme n'est pas égale à 100%. On peut avoir recours à la BOM soit parce que le pourcentage d'infiltration est inférieur à 10%, soit pour trancher entre infiltration lymphocytaire ou plasmocytaire..

Evaluation du profil ostéodensitométrique au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Abdelkefi I, Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune et systémique pouvant engendrer plusieurs manifestations extra-articulaires.

La diminution de la densité minérale osseuse (DMO) constitue la principale atteinte extra-articulaire pouvant altérer le pronostic fonctionnel des patients vue le risque accru de fracture.

Cette baisse de DMO est multifactorielle.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique menée entre Janvier 2005 et Mars 2014. Elle inclut 184 patients suivis pour PR et ayant bénéficié d'une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par méthode d'absorptiométrie à rayons X (DXA) au niveau du rachis lombaire et des cols fémoraux. Nous avons évalué le profil ostéodensitométrique et les facteurs associés à la baisse de la masse osseuse. Les corrélations entre DMO, les paramètres d'évolutivité et le terrain ont été étudiés.

Résultats

Caractéristiques démographiques



Répartition selon le sexe
➢ 46% des femmes PR sont ménopausées

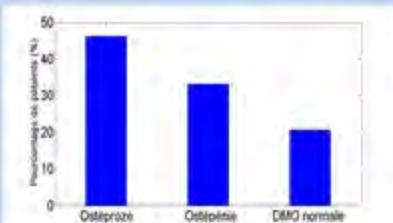
Age moyen des patients (ans)	53.24 [32-88]
Age moyen de la ménopause (ans)	47.28 [40-58]
Durée moyenne de la PR (ans)	4.86 [0.25-20]
IMC moyen (Kg/m ²)	25.89

Caractéristiques cliniques

DAS 28 moyen	5.27 [1.54-6.89]
Erosion %	55.88%
Signes extra-articulaires %	50%

En analyse statistique multivariée, huit facteurs ont été retrouvés associés significativement à une DMO basse: sexe masculin, multiparité, tabagisme, IMC, durée d'évolution de la PR > 4ans, érosions radiologiques, corticothérapie, et ménopause précoce. L'âge et la présence d'autres signes extra-articulaires ne sont pas corrélés au profil DMO.

Profil ostéodensitométrique



➢ 73.33% des femmes ostéoprototiques sont ménopausées
➢ L'ostéoporose touche essentiellement le rachis lombaire.

T-score moyen au site vertébral (écart-type)	-3,14
T-score moyen au site fémoral (écart-type)	-1,63
Masse osseuse (g/cm ²)	0.809 g/cm ²

Discussion

- ✓ Plusieurs études transversales et longitudinales démontrent l'augmentation de la prévalence de l'ostéoporose dans la PR par rapport aux témoins
- ✓ Dans notre travail, l'ostéoporose touche essentiellement le rachis alors que dans la littérature la masse osseuse axiale est relativement préservée et une perte osseuse périphérique est prédominante (hanche) dès le début de la maladie ce qui rend important la prise en charge précoce
- ✓ Le sexe masculin est associé à une baisse plus importante de la DMO ce qui est discordant avec la littérature.
- ✓ Les patients ayant une PR évolutive et ancienne ont une grande diminution de DMO ce qui rejoint la littérature.
- ✓ Dans notre étude, la fréquence de l'ostéoporose est nettement plus élevée chez les femmes ménopausées (73,33%) par rapport aux femmes non ménopausées ce qui est concordant avec la littérature
- ✓ Il existe une corrélation entre la destruction osseuse et la baisse de DMO
- ✓ Les données concernant la corticothérapie sont contradictoires => Effet variable

Conclusion

- ✓ Cette étude confirme la baisse importante de la masse osseuse au cours de la PR notamment en présence de certains facteurs associés : le sexe masculin, le tabac, la multiparité, la ménopause précoce et la corticothérapie.
- ✓ Intérêt d'un dépistage systématique précoce de l'ostéoporose par DMO
- ✓ La corticothérapie doit être limitée en dose et en durée
- ✓ Importance d'un meilleur contrôle de l'activité de la maladie par les nouvelles biothérapies

Prévalence et facteurs liés à la fatigue au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Th.guerman; I.Mahmoud; O. Saidane; R. Tekaya; H. Sahli; L. Abdelmoula; R. Zouari
Service de rhumatologie hopital Charles Nicolle

Introduction

La fatigue est une plainte fréquente des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde ; elle a de nombreuses causes et de multiples mécanismes. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence de la fatigue chez des patients souffrants de PR et d'étudier sa relation avec les paramètres d'activité de la maladie.

Matériel et méthodes

Etude transversale, monocentrique, ayant inclus des patients atteints d'une PR selon les critères ACR 1987. On a consécutivement recruté les patients hospitalisés en rhumatologie au CHU Charles Nicolle hospitalisés entre Janvier 2013 et Janvier 2014.

Pour mesurer la fatigue nous avons utilisé le score FASCIT-F qui varie entre 0 et 52. un score élevé correspond à une fatigue minime. Un score entre 20 et 40 à une fatigue modérée et <20 correspond à une fatigue intense.

Résultats

Quarante patients ont été colligés, Les caractéristiques cliniques et les paramètres d'activité de la PR sont résumés dans le tableau 1

	r
douleur	0,96
DAS28	0,77
HAQ	0,7

Tableau 2: corrélation fatigue et paramètres d'activité de la PR

Femmes/hommes	38/2
Age moyen (ans)	47
Durée d'évolution de la PR(ans)	11,6
FR positif	93
DAS28 moyen	6,12
% maladie très active	57
% patients en rémission	9
HAQ moyen	1,46
EVA douleur	75
Patients sous MTX (%)	56
Patients sous salazopyrine(%)	20
Patients sous leflunomide (%)	8
Patients ayant une fatigue (%)	89
FASCIT moyen	18,6
Fatigue modérée (%)	12
Fatigue intense (%)	76

Tableau 1

Discussion

La prévalence de la fatigue au cours la PR varie beaucoup selon la définition et les outils de mesure utilisés par les différents auteurs. Dans certaines études, les taux de prévalence dépassent 80 % rejoignant ainsi les résultats de notre série. Plusieurs études dont l'enquête de l'ANDAR suggèrent qu'il existe une corrélation importante entre le niveau de fatigue et les autres indicateurs : état de santé, activité de la polyarthrite rhumatoïde(DAS28), capacité fonctionnelle et qualité de vie(HAQ).aussi la douleur est fréquemment mentionnée de même que la dépression et les troubles du sommeil. également noté un impact positif des biothérapies sur la fatigue (corrélation entre un état de fatigue faible et la prise d'une biothérapie), suite à la réduction de l'activité de la PR et un meilleur état fonctionnel mais ceci n'a pas été vérifié dans notre série.

Conclusion

Dans la PR la fatigue est secondaire à la douleur articulaire et à l'état d'inflammation chronique qui caractérise la maladie. Un traitement bien conduit et efficace, qui diminue l'activité de la maladie, pourrait diminuer dans les mêmes proportions la fatigue qui l'accompagne. Dans ce contexte, l'évaluation de l'efficacité de la biothérapie sur la fatigue est intéressante.



Schwannome du nerf radial: motif de consultation inhabituel en Rhumatologie

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

INTRODUCTION

- Le schwannome est une tumeur bénigne des gaines nerveuses développée aux dépens de la cellule de Schwann qui entoure les nerfs.
- Il siège souvent au niveau des faces d'extension des membres supérieurs.
- Il représente un motif de consultation inhabituel en rhumatologie.
- Nous en rapportons une observation.

OBSERVATION

- Mme BF âgée de **34 ans**
- Pas d'antécédents pathologiques
- **Motif de consultation** : une tuméfaction douloureuse de l'avant bras gauche évoluant depuis deux ans et augmentant progressivement de taille. Cette tuméfaction était responsable d'une décharge électrique déclenchée par le contact.
- **L'examen** objectivait une tuméfaction de l'avant bras gauche oblongue de 20 mm de grand axe, sensible à la palpation.
- **La biologie** n'a pas décelé de syndrome inflammatoire.
- **L'électromyogramme** était normal.
- **L'échographie** montrait une formation tissulaire hypoéchogène oblongue de contours réguliers.
- **L'IRM de l'avant bras gauche** révélait une lésion fusiforme de la loge postéro-externe du bras, hypointense en T1 prenant le gadolinium de façon hétérogène et hyperintense en T2. Elle est entourée par une pseudocapsule en hyposignal T2. Son siège est excentré par rapport au nerf radial. L'aspect radiologique était en faveur d'un schwannome du nerf radial.
- **Un traitement** chirurgical par énucléation de la tumeur a été programmé.

DISCUSSION

- Le schwannome est une tumeur neurologique bénigne caractérisée par sa croissance lente et sa petite taille ne dépassant pas 5 cm.
- Il est habituellement solitaire, mais l'existence de schwannomes multiples est évocatrice d'une neurofibromatose.
- Le mode de révélation est représenté par la tuméfaction et les douleurs.
- L'IRM est un examen performant permettant de montrer une tumeur encapsulée excentrée par rapport au nerf.
- L'examen anatomopathologique est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic.

CONCLUSION

Le schwannome se manifeste par une tuméfaction douloureuse sur le trajet du nerf périphérique.

L'IRM est l'examen radiologique le plus contributif.

L'examen anatomopathologique permet de confirmer le diagnostic.

Son traitement est chirurgical