

## Particularités cliniques de la gonarthrose au Cap Bon : Résultats d'une étude transversale monocentrique

H. Sahli, A. Bachall<sup>1</sup>, R. Aouf, H. Youna, F. Ben Dahman, H. Harrou, S. Azouzi, F. Ben Ahmed, R. Jari, R. Jekry<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne - HMTM - Nabeul - Tunisie

<sup>2</sup>Laboratoires d'Analyses Médicales - HMTM - Nabeul - Tunisie

<sup>3</sup>Service de Rhumatologie - EPS Charles Nicolle - Tunis - Tunisie

### Introduction :

La gonarthrose est un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Les données de l'examen clinique sont indispensables pour le diagnostic et la conduite thérapeutique. L'objectif de ce travail était de dresser le profil clinique de la gonarthrose en consultation de rhumatologie.

### Méthodes :

Etude transversale ayant inclus tous les patients chez qui le diagnostic de gonarthrose a été retenu en consultation de rhumatologie sur une période de 6 mois. Les données cliniques ont été retenues puis analysées.

### Résultats :

- 112 patients: âgés en moyenne de 62,1±11,1 ans [40-82].
- 89 hommes et 23 femmes.
- L'IMC était en moyenne de 28,7 kg/m<sup>2</sup> [21,3-42,4]. Trente trois pour cent des patients étaient obèses.
- Environ 2/3 des patients étaient mariés.
- Au moins une comorbidité a été notée dans 58% des cas.
- La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 8,8 années [1 mois-40 années].
- Les caractéristiques cliniques de la gonarthrose sont résumées dans le tableau suivant:

Présentation chronique	83,9%
Douleur de type mécanique	96%
Bilatérale	85%
Douleur antérieure	69%
Irradiation inférieure	6%
Blocage	16%
Dérobement	41%

● L'EVA était en moyenne de 61,7 mm [40-100]. La douleur était intense dans 29% des cas.

● L'examen avait montré une déviation axiale dans 39% de s cas, essentiellement à type de flessum. Une boiterie a été notée dans 22% des cas et un choc rotulien dans 21% des cas. La mobilisation des genoux était limitée dans 34% des cas. L'indice de Lequesne était en moyenne de 9,6 [3-18] et correspondait à un handicap au moins important dans 61%.

### Discussion :

L'origine précise de la douleur articulaire dans la gonarthrose est difficile à établir. D'après des données de la littérature, il apparaît que l'os sous-chondral et la synovite jouent un rôle essentiel dans la douleur, une classification clinique des poussées douloureuses de gonarthrose et une prise en charge thérapeutique ciblée permet de bien traiter cette pathologie (1).

### Conclusion :

La gonarthrose est source de douleur souvent de type mécanique et d'un handicap fonctionnel important.

(1) T. Boyer. Origines de la douleur dans la gonarthrose et implications thérapeutiques; Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, Volume 97, Issue 8, Supplément, Décembre 2011, Pages S467-S473

## Caractéristiques cliniques et paracliniques du myélome multiple chez les patients âgés de moins 55 ans

H Sahli, A Bachali\*, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula  
Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle –Tunis  
\*Laboratoires d'analyses Médicales – HMTM – Nabeul – Tunisie

### Introduction

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne qui débute souvent à un âge avancé mais qui peut survenir chez des sujets plus jeunes. Le but de ce travail est de décrire les particularités de cette maladie chez les patients âgés de moins de 55 ans.

### Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclut les patients âgés de moins de 55 ans et qui étaient hospitalisés dans un service de rhumatologie pour MM sur une période de 14 ans [2000-2013]. Les données cliniques et biologiques ont été recueillies et analysées.

### Résultats

- Dix patients (7 hommes et 3 femmes) ont été inclus dans cette étude.
- Age moyen = 48 ans [42-54].
- Il n'y avait pas d'antécédent familial ou personnel de gammopathie monoclonale précédant l'apparition du MM. Aucune néoplasie n'avait été associée au MM au moment du diagnostic.
- Délai moyen de consultation: 4 mois [1-16].
- Les circonstances de découverte du MM étaient dominées par le syndrome osseux. Il s'agissait de douleurs osseuses dans tous les cas ( de type inflammatoire dans 4 cas). Les fractures étaient notées dans 8 cas.
- Un syndrome hypercalcémique était noté dans 4 cas. Une altération de l'état général était observée chez 8 patients, une atteinte rénale chez un patient et une atteinte neurologique (lombocruralgie) chez un patient.
- Les signes radiologiques étaient dominées par les lésions ostéolytiques (n=8) et les fractures vertébrales (n=8).
- La moyenne de la vitesse de sédimentation était de 89 mm. La moyenne de la C-Réactive Protéine était de 10 mg/L. 5 patients avaient une hypercalcémie. Le MM était à IgG dans 5 cas, à chaînes légères dans 4 cas et à Ig A dans 1 cas.
- Huit patients étaient classés stade III et 2 stade I selon la classification de Durie et Salmon.
- La présence d'au moins un facteur de mauvais pronostic était relevée dans 7 cas.
- Le recours aux antalgiques était nécessaire pour tous les patients selon les paliers de l'OMS. Un traitement antitumoral avait été institué chez les 8 patients du stade III.

### Discussion

Le myélome multiple atteint le plus souvent le sujet âgé, et les manifestations osseuses (douleurs, fractures pathologiques) dominent fréquemment le tableau clinique.

### Conclusion

Le MM reste une maladie rare chez les sujets âgés de moins de 55 ans. Notre série se caractérise par la fréquence des manifestations osseuses et par un mauvais pronostic.

# Particularités biologiques du myélome multiple : résultats d'une étude monocentrique

A Bachali\*, H Sahli, R Tekaya, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula  
Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle- Tunis  
\*Laboratoires de Biologie Médicale – HMTM – Nabeul

## Introduction

Le myélome multiple (MM), deuxième hémopathie maligne après le lymphome non hodgkinien, est responsable de 2% de la mortalité par cancer. Les caractéristiques biologiques de cette maladie occupent une place importante dans le diagnostic et le choix du traitement.

## Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans un service de rhumatologie sur une période de 14 ans [2000-2013]. Tous les dossiers de patients chez qui le diagnostic de MM a été retenu et qui étaient suivis durant au moins 3 mois ont été inclus dans cette étude. Les données biologiques ont été recueillies et analysées.

## Résultats

- Soixante dossiers ont été colligés.
- Age moyen = 63 ans au moment du diagnostic [42-85].
- Sex-ratio (H/F) = 0,81.
- Les résultats de la NFS sont résumés dans le tableau n°1.

Tableau 1:  
Anomalies de la NFS

Anomalie	%
Anémie	55 (ANN: 75%)
Leucopénie	16%
Thrombopénie	8%

- Un syndrome inflammatoire biologique (SIB) était noté dans 96 % des cas. La vitesse de sédimentation était supérieure ou égale à 100 mm à la première heure dans 53 % des cas. Des taux de C réactive protéine supérieurs à 6 mg/l étaient constatés dans 48 % des cas.
- Une insuffisance rénale était notée dans 44 % des cas. Une hypercalcémie était notée dans 30 % des cas. Une hyperphosphorémie était notée dans 15 % des cas. L'élévation des LDH était notée dans 37 % des cas.
- L'électrophorèse des protéines (EPP) a montré une hypoalbuminémie dans 37 % des cas, un pic monoclonal dans 83 % des cas et une hypogammaglobulinémie dans 8 % des cas. Dans 60 % des cas, le pic monoclonal était de type IgG. Les protéines de Bence Jones étaient présentes au niveau des urines dans 40 % des cas.

## Discussion

Le myélome multiple est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération d'un clone de plasmocyte envahissant la moelle hématopoïétique. Le myélome multiple atteint le plus souvent le sujet âgé, et les manifestations osseuses (douleurs, fractures pathologiques) dominent fréquemment le tableau clinique. Les résultats de cette étude sont concordants avec ceux de la littérature (1).

## Conclusion

Les paramètres biologiques du MM se caractérisent par la fréquence du SIB, des anomalies de l'EPP et du bilan phosphocalciques qui représentent un pilier du diagnostic positif.

(1) A. Bouatay. Myélome multiple : aspect clinique, diagnostic, biologique et pronostic. mmuno-analyse & Biologie Spécialisée, Volume 28, Issue 1, February 2013, Pages 30-35

# Particularités de la numération de la formule sanguine au cours de la polyarthrite rhumatoïde

H Sahli, A Bachali\*, R Amri, H Tounsi, F Ben Dahmen, H Harran, S Azzebi, I Ben Ahmed, R Jazi, R Tekaya\*\*

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*Laboratoires d'analyses Médicales – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*\* Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie

## Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR), le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, englobe parmi le large spectre de ses atteintes systémiques une atteinte hématologique.

Le but de notre travail est d'évaluer la prévalence des anomalies de la numération de la formule sanguine (NFS) au cours de la PR.

## Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale en consultation de rhumatologie sur une période de 6 mois ayant inclus tous les patients chez qui le diagnostic de PR (ACR 1987 ou 2010) a été retenu. Les données cliniques et biologiques ont été relevées et analysées.

## Résultats

- Vingt six patients ont été recrutés durant la période de l'étude : 6 hommes et 17 femmes.
- L'âge moyen était de  $51 \pm 15$  ans [23-78].
- La durée d'évolution de la maladie au diagnostic était en moyenne de 55 mois [1-444].
- La forme du début était polyarticulaire (n=24), systémique (n=1) et oligoarticulaire (n=1).
- Le nombre d'articulations douloureuses était en moyenne de 13 et celui des articulations tuméfiées de 5. Le DAS28 VS était en moyenne de 5,92 [1,5-7,71]. Ceci correspondait à une forte activité dans 24 cas. Le DAS28 CRP était en moyenne de 5,08 [1,8-5,17].
- Le HAQ était en moyenne de 1,54 [0,5-3].
- Il s'agissait de PR érosive dans 68 % des cas.
- Les résultats de la NFS sont résumés dans le tableau n°1.
- Une leucopénie a été notée chez un patient.
- Aucun cas de thrombopénie ni de lymphopénie n'était noté.
- Une anémie était observée chez 12 patients :  
4 cas d'anémie normochrome normocytaire  
6 cas d'anémie hypochrome microcytaire  
Un cas d'anémie macrocytaire.

Tableau 1: Résultats de la NFS

	Moyenne	Minimum	Maximum
<b>Globules blancs</b> ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )	8.165	3.2	13.7
<b>Hémoglobine (g/dl)</b>	12,4	8,5	14,5
<b>Lymphocytes</b> ( $\times 10^3/\mu\text{L}$ )	2.714	1.1	6.8
<b>Plaquettes (<math>\times 10^3/\mu\text{L}</math>)</b>	308.869	170	501
<b>Hématocrite (%)</b>	37.8	29	46

- L'étude analytique a relevé une corrélation négative entre le taux d'hémoglobine et le DAS28 VS ( $r = -0,49$  ;  $p = 0,039$ ).

## Discussion

L'anémie rhumatoïde est un exemple typique de l'anémie des maladies chroniques. Le profil hématologique est donné : anémie normochrome, normocytaire, ou moins souvent microcytaire, arégénérative avec thrombocytose, transferrinémie normale ou diminuée, coefficient de saturation de la transferrine abaissé, ferritinémie normale ou élevée, taux du récepteur soluble de la transferrine (RsTf) non augmenté, rapport RsTf/logarithme de la ferritine  $< 1$  (1).

## Conclusion

L'hémogramme au cours de la PR se caractérise par la fréquence de l'anémie qui est d'origine plurifactorielle.

(1) Charles Masson. L'anémie de la polyarthrite rhumatoïde. Revue du Rhumatisme, Volume 77, Supplement 1, May 2010, Pages S23-S31

# Syndrome du défilé thoraco-brachial sur côte cervicale: à propos d'une observation

Alaya Zeineb, Mani Linda, Amri Dorra, Bouzaouache Monia, Baccouche Khadija, Zeglaoui Hèla, Belghali Safa, Jamel Abdelmajid, Amara Najeh, Bouajina Elyès.

## Introduction :

Le syndrome du défilé thoraco-brachial ou de la traversée thoraco-brachiale (STTB) est un syndrome canalaire du membre supérieur que regroupe l'ensemble des manifestations cliniques liées à la compression intermittente ou permanente du plexus brachial (nerfs) et/ou des vaisseaux du membre supérieur (artère et veine sous-clavière). Différents tableaux cliniques peuvent être présents : neurologiques (compression racine C8 D1), veineux (phlébite d'effort) ou artériel (ischémie artérielle aiguë ou subaiguë du membre supérieur). L'association à une côte cervicale est rare retrouvée dans seulement 0.6 à 5% des sujets et elle est bilatérale dans 50% des cas. Nous en rapportons une observation.

## Observation :

Il s'agit d'une femme de 50 ans aux antécédents de syndrome cervicothoraco-brachial par côte cervicale bilatérale découvert suite à une névralgie cervico-brachiale associée à une fatigabilité à l'effort des deux membres supérieurs. En 2000, elle a bénéficié d'une décompression vasculo-nerveuse par résection de la côte cervicale droite avec une bonne réponse et en 2012 elle a été réopérée sur le côté gauche mais sans aucune amélioration. Elle garde une névralgie cervico-brachiale C8 gauche associé à des paresthésies et des dysesthésies très invalidantes avec une raideur cervicale. L'examen neurologique était sans anomalies. La biologie n'a pas montré de syndrome inflammatoire. La radiographie du rachis cervical a montré des côtes cervicales bilatérales avec amputation partielle de la côte droite avec présence d'une cervicarthrose étagée. L'angioscanner a montré une sténose peu serrée de 50% de l'artère sous clavière gauche dans le défilé des scalènes entre côte cervicale et muscle scalène antérieur. Devant l'absence d'une indication à une décompression chirurgicale, un traitement conservateur était réalisé chez notre patiente basé sur une rééducation fonctionnelle comportant des massages décontractants du rachis cervical et du membre supérieur, une rééducation posturale et un réapprentissage des gestes quotidiens.

**Figure1: Radiographie du rachis cervical (3/4) montrant des Côtes cervicales bilatérales avec amputation partielle de la côte droite**



## Discussion :

- Le STTB est une pathologie souvent méconnue, sa fréquence est de 0.3 à 0.7% [Atasoy E, Roos DB. Thoracic outlet syndrome. Am Journ Surg. 1987] à cause de diagnostic difficile par manque des signes pathognomoniques malgré les multiples manœuvres (d'Adson, de Wright, d'Eden et le test de Roos) sans qu'ils ne soient spécifiques. Ses étiologies sont nombreuses à type d'anomalies congénitales musculo-ligamentaires et osseuses qui constituent 1% mais qui ne sont pathogènes qu'à 10% de cas. La prédominance féminine a été décrit dans la littérature [Davidovic L, Lotina S, Kostic D et al. The upper thoracic outlet vascular syndrome. Acta Chir Igosl. 2001]; Ceci s'explique par le fait que l'orientation de la première cote chez la femme est plus verticale.

- Cornelis avait trouvé dans une série de 56 cas; 18% des patients avec compression au niveau de la pince costoclaviculaire et dans 49% au niveau du triangle intercostoscalénique (limité par le muscle scalène antérieur en avant, le bord supérieur de la première côte en bas, les muscles scalène moyen et postérieur en arrière), il contient l'artère subclavière et le plexus brachial, ce qui justifie la prédominance de signes neurologiques et artériels.

- Les formes neurologiques pures sont plus fréquentes et le niveau d'atteinte était basse entre les racines de C8 et D1. Les formes hautes sont rares moins de 5% de cas [Roos DB. The place of scalenectomy and first rib resection in thoracic outlet syndrome. Surgery. 1982]; Wood retrouve 44% de formes étagées. Narakas en retrouve 32.5%.

Certains auteurs préfèrent un traitement médical avec la kinésithérapie en première intention et la chirurgie n'interviendrait qu'en cas des formes aiguës et invalidantes. Peet en 1956 [Peet RM. Thoracic outlet syndrome: Evaluation of a therapeutic exercise program. Mayo clin program] proposa un protocole basé sur la physiothérapie par correction gymnique de la posture et un renforcement des élévateurs qui permettait d'obtenir 70% d'amélioration. Mais ces protocoles de rééducation bien que donnant des résultats satisfaisants sont d'après leurs auteurs responsables des résultats insuffisants voir même d'aggravation des signes nécessitant la chirurgie [Prost A. Place de la kinésithérapie dans traitement du syndrome de la traverse thoraco-brachiale. Kinésithérapie scientifique. 1990]. Maxwell et al avaient obtenu 86.5% de disparation de symptômes par la seule résection de la première côte par voie sus claviculaire dans une série de 126 interventions. Si, la forme est neurologique pure, la voie sus-claviculaire est préconisée qui permet de réaliser une scalénectomie et l'ablation d'une éventuelle côte cervicale. Les récives sont possibles dans presque 33% des cas, nécessitant une reprise chirurgicale, les raisons sont l'insuffisance technique et la fibrose cicatricielle tel que le souligne Merle.

**Conclusion :** La prise en charge du syndrome du défilé thoraco-brachial est surtout médicale. Parfois lorsque le traitement médical bien conduit est insuffisant, ou lorsque le pronostic fonctionnel vasculaire ou neurologique est menacé, on envisagera un traitement chirurgical qui vise à restituer un espace anatomique suffisant pour le passage des éléments vasculaires et nerveux. La rééducation fonctionnelle occupe une place de choix pour les formes neurologiques non déficitaires avec des résultats prometteurs.

# L'ostéome ostéoïde de l'épine scapulaire : une localisation inhabituelle

D.Amri, Z. Alaya, K. Baccouche, M. Bouzaouache, H. Zeglaoui, S. Belghali, A. Jamel, N. Amara, I. Ben Smida, N. Bagané, E. Bouajina.  
Service de Rhumatologie CHU Farhat HACHED - Sousse

## **INTRODUCTION :**

L'ostéome ostéoïde est la tumeur osseuse bénigne la plus fréquente, elle représente 10 à 12 % de l'ensemble de ces tumeurs. Localisé le plus souvent aux os longs (75 % des cas), notamment au tibia et au fémur, la localisation à l'épine de l'omoplate est très rare et pose d'énormes difficultés diagnostiques.

## **PATIENTS ET METHODES :**

Nous rapportons une observation colligée en milieu rhumatologique en 2015 d'un patient présentant un ostéome ostéoïde de l'épine scapulaire dont le diagnostic était orienté par l'imagerie et confirmé par l'histologie.

## **RESULTATS :**

Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans qui a consulté pour des douleurs inter scapulaire de rythme inflammatoire évoluant depuis 1 mois. Ces douleurs sont apparues sans traumatisme déclenchant, étaient d'aggravation progressive et résistante aux antalgiques, aux AINS et à l'aspirine. L'examen clinique a montré une douleur élective en regard de l'épine de l'omoplate droite, sans signes inflammatoires locaux avec une sensibilité à la palpation. L'examen du rachis cervical et dorsal, des épaules, des coudes, des mains était normal. L'examen neurologique était sans anomalies. La biologie n'a pas montré d'anomalie au bilan inflammatoire, à la NFS et au bilan phosphocalcique. Les radiographies de l'épaule et du rachis cervical étaient normales. La tomographie de l'épaule a montré une lésion ostéolytique de l'épine scapulaire droite évoquant un ostéome ostéoïde. La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation de l'épine de l'omoplate droite. L'IRM était demandé pour mieux étudier la nature de la tumeur osseuse et a montré une lésion sous corticale de l'épine scapulaire limitée évoquant un chondroblastome. Devant l'échec du traitement médical et le doute diagnostique sur la nature de la tumeur osseuse, le patient a bénéficié d'une biopsie osseuse avec résection de l'épine scapulaire en orthopédie ayant entraîné la disparition des douleurs. L'étude histologique de la biopsie osseuse a conclu à un ostéome ostéoïde.

## **DISCUSSION :**

-L'ostéome ostéoïde touche surtout les os longs des membres (75 %), plus rarement les os de la main ou du pied (15 %) et du rachis (10 %).  
-Il est détecté chez l'enfant ou l'adulte et touche surtout les hommes  
-L'épaule est une localisation exceptionnelle, ce qui rend le diagnostic difficile du fait de son caractère juxta-articulaire pouvant évoquer une arthrite.  
-Le délai diagnostique est donc souvent important.  
-La douleur inflammatoire n'a aucune spécificité. Seule sa sédation, lors de la prise d'aspirine, peut orienter la clinique, mais ce signe faisait défaut chez notre patient.  
-L'IRM retrouve à la fois le nidus, mais aussi fréquemment un œdème osseux et tissulaire adjacent entraînant la tuméfaction palpable cliniquement. C'est l'examen le plus sensible pour confirmer le diagnostic d'ostéome ostéoïde.  
-La résection du nidus est nécessaire et suffisante afin d'obtenir la sédation des douleurs. Elle peut être obtenue par chirurgie classique « à ciel ouvert », ou par des techniques plus modernes.

## **Conclusion :**

La localisation à l'épine scapulaire de l'ostéome ostéoïde est exceptionnelle. Le diagnostic peut être retardé du fait d'une symptomatologie trompeuse. L'imagerie en coupes et la biopsie osseuse permettent de confirmer ce diagnostic.

## **Bibliographie :**

-L. Amhajji. *Osteoid osteoma of the acromion: an unusual localization*. La Lettre du Rhumatologue. No 381 - avril 2012.  
-J. Girard. *Osteoma osteoid of the trapezoid bone: a case-report and review of the literature*. Chirurgie de la main 2005;24: 35-38



TDM de  
l'épaule  
droite



IRM de  
l'épaule  
droite

# MYELOME MULTIPLE ASSOCIÉ À UNE ANÉMIE DE BIERME

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

L'association d'une anémie de Biermer (AB) à un myélome multiple (MM), toujours qualifiée d'inhabituelle, représente un véritable défi diagnostique et thérapeutique pour le clinicien et souligne le caractère particulièrement carcinogène de l'anémie pernicieuse. Nous en rapportons une observation.

## OBSERVATION

A.B., patient tunisien âgé de 75ans, sans antécédents pathologiques, fût admis dans notre service pour exploration d'une bicytopenie : anémie à 7.8g/dl avec une macrocytose (VGM à 109 $\mu$ 3) et une thrombopénie à 58.000/mm<sup>3</sup>. Le diagnostic d'une AB fût retenu (anticorps anti facteur intrinsèque positifs, gastrite chronique atrophique et vitamine B12 plasmatique effondrée) et le patient mis sous Vitamines B12 par voie intramusculaire à la dose de 1000 $\mu$ g/j. La numération érythrocytaire de contrôle après dix jours de vitaminothérapie ne montrait pas de crise réticulocytaire. La ponction sternale fût alors réalisée objectivant, à côté de signes de l'anémie de Biermer une importante infiltration plasmocytaire estimée à 55% faite de plasmocytes dystrophiques. L'électrophorèse des protéines plasmatiques, les tests urinaires et le bilan radiologique avaient conclu à MM à IgG kappa stade IIIA associé à l'AB et le patient fût transféré en hématologie pour prise en charge thérapeutique adaptée.

## COMMENTAIRES

Il est connu depuis longtemps qu'une mégaloblastose minime qualifiée "d'insignifiante" peut se voir chez presque le tiers des patients myélomateux et que chez 19%, cette mégaloblastose peut être modérée ; toutefois sans être à l'origine d'une anémie franche. Ces anomalies morphologiques sont en rapport avec un déficit relatif en acide folique et/ou en vitamine B12.

La survenue d'une anémie mégaloblastique au cours du myélome multiple reste rare et celle d'une authentique anémie de Biermer est exceptionnelle. En effet et depuis la première observation faite par Larsson SO. en 1962, l'association d'AB à un MM n'est que rarement rapportée : seule une trentaine d'observation est retrouvée dans la littérature mondiale sous forme de cas sporadiques.

Cette association, même si ses mécanismes pathogéniques ne sont pas encore démontrés, est loin d'être hasardeuse et paraît bidirectionnelle :

En effet, la grande étude suédoise, regroupant 8406 sujets avec myélome multiple diagnostiqués et suivis entre 1958 et 1998 avait montré un risque significativement plus élevé de voir se développer une anémie de Biermer chez les patients myélomateux comparativement aux contrôles sains appariés avec un Odds Ratio(OR) à 3.27 et certains auteurs estiment même que la prévalence de l'anémie de Biermer se trouve multipliée par 10 en cas de myélome multiple sous jacent.

En revanche, la présence d'une anémie de Biermer expose les patients à un risque ultérieur plus élevé de voir se développer des cancers solides et/ou hémopathies malignes y compris le myélome multiple dont le taux standardisé d'incidence (standardized incidence rates, SIR) était de 2.1 à 2.5 comparativement à la population générale appariée. cette incidence était particulièrement plus élevée chez les femmes.

Cette association pose aussi un problème dans la prise en charge thérapeutique de ces patients puisque le myélome multiple peut être déclenché ou aggravé par l'initiation du traitement vitaminique de l'anémie de Biermer du fait de l'effet "bénéfique" de la cobalamine sur la croissance des cellules myélomateuses.

## CONCLUSION

Aussi rare qu'elle soit, cette association mérite d'être connue vu ses implications thérapeutiques et pronostiques. La recherche d'une immunoglobuline monoclonale paraît utile avant l'initiation d'un traitement par la vitamine B12 au cours d'une anémie de Biermer.



myélogramme montrant l'excès de plasmocytes avec la mégaloblastose (flèche).



myélogramme montrant le caractère dystrophique des plasmocytes (flèches).

# Le syndrome de Hughes-Stovin au cours de la maladie de Behçet

Bouomrani S, Baïll H, Elloumi M & Bèjl M

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Le syndrome de Hughes-Stovin (SHS) est une complication rare de la maladie de Behçet (MB) associée à un taux de mortalité élevé. Il est défini par l'association d'anévrisme pulmonaire et de thrombose veineuse notamment cave. Nous rapportons une nouvelle observation.

## OBSERVATION

Homme tunisien de 20 ans diagnostiqué ayant la MB depuis trois ans avec atteinte oculaire et cérébrale vasculaire, fut admis pour hémoptysie suite à un arrêt intempestif du traitement. L'examen physique notait une aphtose bipolaire, des pseudo-folliculites, une fièvre 38°C, un œdème du visage, un comblement des creux sus claviculaires et une circulation collatérale thoracique. La radiographie de thorax était normale. L'échographie cardiaque montrait une masse de 45 x 30 mm de diamètre de l'oreillette droite se prolabant à travers la tricuspide au niveau du ventricule droit associé à deux autres masses du ventricule droit. L'angio-scanner thoracique objectivait un anévrisme de la branche segmentaire droite partiellement thrombosé de 14 mm de diamètre, une embolie pulmonaire bilatérale (segmentaires basales) et une thrombose de la veine cave supérieure et du tronc veineux innominé.

Le diagnostic du SHS compliquant une MB était retenu et le patient fut traité par trois boli de solumédrol à 1 gr/j relayé par une corticothérapie per os à pleine dose, le Cyclophosphamide en boli mensuels à 16 mg/kg, la colchicine et héparinothérapie initiale relayée par les antivitamine K. L'évolution était favorable avec un angio-scanner normal à 4 mois et une disparition complète des thromboses à échographie cardiaque de contrôle à 6 mois.

## COMMENTAIRES

- ✓ Le SHS est une entité rare : depuis sa première description par Hughes et Stovin en 1959 seule une trentaine de cas fut publiée.
- ✓ Cette observation est originale par sa rareté et l'amélioration sous traitement médical sans recours à la chirurgie.
- ✓ Les signes cliniques les plus fréquents sont la fièvre et l'hémoptysie comme c'est le cas pour notre patient.
- ✓ Le syndrome touche surtout l'homme jeune et pose un problème de pronostic vital : risque de rupture de l'anévrisme .
- ✓ Le plus souvent il s'agit d'anévrisme multiple et bilatéral ; 50% des cas. L'association à une thrombose cardiaque est exceptionnelle.
- ✓ L' embolie pulmonaire est soit la conséquence : de lésions pulmonaires inflammatoires isolées, d'une migration d'embolie du cœur droit.
- ✓ Le traitement à base d'anticoagulant seule est insuffisante, dans ce contexte et nécessite l'association d'immunosuppresseurs. La chirurgie est de mauvais pronostic sur ce terrain.

## CONCLUSION

Un bilan vasculaire complet se trouve justifié devant toute hémoptysie survenant chez le jeune, de surcroît s'il présentait déjà la maladie de Behçet.



Echographie cardiaque montrant 3 thromboses des cavités droites



Angioscanner thoracique montrant une thrombose de la veine cave supérieure



Angioscanner thoracique montrant l'anévrisme de la branche segmentaire droite partiellement thrombosé



# Insuffisance rénale aiguë induite par le Zométa® au cours d'un myélome multiple

Bouomrani S, Baili H, Elloumi M & Béji M

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Les bisphosphonates intraveineux sont de plus en plus utilisés en pathologie cancéreuse pour prévenir les complications ostéolytiques aiguës et traiter l'hypercalcémie maligne ; la néphrotoxicité représente une complication potentiellement grave et parfois limitante de cet usage (*Peazella MA. 2008, Pozzi S. 2011*). Cette complication cependant exceptionnelle (*Chang JT. 2003*) et est dose et durée dépendante (*Peazella MA. 2008, Pozzi S. 2011*). Nous rapportons une observation de néphrotoxicité précoce au Zométa® au cours d'un myélome multiple (MM).

## OBSERVATION

Patiente de 74 ans diagnostiquée ayant un MM stade IIIA à IgG lambda en 2007 et traitée par 6 cures MPT avec une évolution initiale favorable (réponse évaluée à 80%). L'évolution ultérieure était marquée par la survenue à deux épisodes de progression (2009 et 2010) qui ont été traités par deux cycles de 6 cures MPT puis un traitement d'entretien à base de Thalidomide® et Aspégic®. Des perfusions mensuelles d'acide zoledronique (Zométa®) à la dose de 4mg lui ont été prescrites pour ses métastases osseuses très douloureuses. Lors de son admission pour la troisième perfusion, le bilan notait une créatinine sanguine à 279µmol/l sans signes de déshydratation, ni infection urinaire ni hypercalcémie ou rhabdomyolyse associées. L'échographie rénale ainsi que le doppler des vaisseaux rénaux étaient sans anomalies. L'arrêt du Zométa® et l'hydratation ont permis la normalisation progressive de la fonction rénale (194µmol/l après une semaine, 115µmol/l après un mois et 83µmol/l après deux mois).

## COMMENTAIRES

- ✓ L'acide zoledronique est connu être néphrotoxique et peut même induire des dysfonctions tubulaires sévères avec dans le cas extrême un syndrome de Fanconi acquis (*Yoshinami T. 2011*). Cette néphrotoxicité reste exceptionnelle dans les grandes séries : seulement 0.02% dans la série américaine de 430.000 cancéreux recevant le Zométa® (*Chang JT. 2003*).
- ✓ L'IRA sous Zométa® au cours du MM fut rapportée par quelques auteurs (*Henley D. 2005, Koike K. 2011, Bodmer M. 2007*). Cette atteinte est habituellement réversible à l'arrêt du traitement mais peut parfois évoluer vers la chronicité et l'IRC terminale (*Ramazzina C. 2007, Munier A. 2005*) et exceptionnellement être fatale (*Munier A. 2005*).
- ✓ La PBR montre souvent une nécrose tubulaire aiguë toxique et/ou une hyalinose segmentaire et focale (*Koike K. 2011, Bodmer M. 2007, Perazella MA. 2008, Pozzi S. 2011*).

## CONCLUSION

Le Zométa® doit être utilisé avec prudence au cours du MM et une surveillance régulière de la fonction rénale ; en particulier tubulaire, est recommandée chez tout patient recevant l'acide zoledronique surtout si administration fréquente de ce médicament ou si pathologie sous jacente à risque pour les reins comme le MM.

# PANCRÉATITE AIGUE AU COURS D'UNE MALADIE DE HORTON

Bouomrani S, Bailli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

La maladie de Horton (MH) est une angéite primitive giganto-cellulaire, segmentaire et focale qui touche principalement le sujet âgé de plus de 50 ans. Elle est à prédominance céphalique mais peut diffuser dans l'ensemble de l'arbre artériel, en particulier les artères de gros calibre. Les manifestations viscérales digestives y sont rares et dominées par les nécroses et les ischémies intestinales (*Scola CJ. 2008, Annamalai A. 2007, Trimble MA. 2002*). L'atteinte pancréatique reste exceptionnelle et inhabituelle.

## OBSERVATION

Patient de 80 ans, diagnostiqué ayant la MH depuis dix ans devant l'association d'une altération de l'état général à un rhumatisme des ceintures scapulaires, des céphalées, une VS élevée à 126 mmH1. Le diagnostic de la MH fut confirmé par une biopsie de l'artère temporale droite montrant l'artérite temporale avec fragmentation de la limitante élastique interne. Il a reçu une corticothérapie orale (40mg/j pendant un mois suivie d'une décroissance progressive et arrêt au bout de deux ans) avec une évolution favorable. Il fut hospitalisé 10 ans plus tard pour douleur abdominale aiguë avec vomissements bilieux et reprise des signes clinique céphaliques de la MH. La biologie notait une amylasémie à 309 UI/L et une VS à 70 mmH1. Le reste du bilan était sans anomalies (NFS, CRP, créatinine, transaminases, triglycérides, cholestérol total, calcémie..). L'échographie et la TDM abdominales objectivaient une pancréatite aigüe stade B sans autres anomalies ; en particulier les voies biliaires intra et extra hépatiques étaient fines, la vésicule alithiasique, le Wirsung non dilaté et absence d'adénopathies et de lésions tumorales hépato-pancréatiques et intra abdominale ainsi que l'absence de calcifications pancréatiques. Le patient ne prenait pas de corticoïdes à cette époque. Les anticorps anti phospholipides étaient négatifs. Une poussée évolutive de sa maladie était aussi diagnostiquée devant la reprise des céphalées, la VS élevée et l'aspect d'une aortite thoracique évolutive à la tomodynamométrie. Une corticothérapie systémique à 0,5mg/j fut instaurée avec une évolution favorable.

## COMMENTAIRES

- ✓ Le mécanisme plausible à cette pancréatite est celui d'une vascularite diffuse. En effet il a été rapporté quelques observations de PA de mécanisme vasculitique prouvé par l'examen histologique dans de rares cas autopsiques d'artérite viscérale disséminée à cellules géantes rappelant la MH (*Lie JT. 1978, Morita T. 1987*).
- ✓ En revanche une PA au cours d'une MH confirmée n'était rapportée que deux fois dans la littérature mondiale (*Seneviratne DR. 2008, Brüggemann A. 2010*) et dans ces deux cas la pancréatite était rattachée à la corticothérapie à fortes doses et pas à la vascularite elle-même. La survenue d'une PA au cours d'une vascularite à cellules géantes est souvent un accident fatal (*Lie JT. 1978, Brüggemann A. 2010*).

## CONCLUSION

Dans notre observation la négativité du bilan étiologique de la pancréatite ainsi que sa survenue concomitante à la reprise évolutive de la vascularite temporale et son amélioration sous corticothérapie systémique permettent de la rattacher directement à la MH. Cette complication inhabituelle mérite d'être gardée à l'esprit au cours d'un MH, en particulier au début de la corticothérapie systémique.

# Association d'une vascularite à ANCA à une hémosidérose pulmonaire idiopathique.

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

L'hémosidérose pulmonaire idiopathique (HPI) est une pneumopathie chronique exceptionnelle d'étiologie indéterminée. Sa prévalence est estimée à 0.24 à 1.23 cas/million et plus que 80% des cas se déclarent avant l'âge de 10 ans. Les formes de l'adulte sont très rares (*Tzouvelekis A et al. 2012, Kahraman H et al. 2012*). Nous rapportons une observation originale d'HPI associée à une vascularite systémique à ANCA.

## OBSERVATION

Mlle FM, âgée de 20 ans, fût hospitalisée pour exacerbation d'une symptomatologie respiratoire faite d'une dyspnée d'effort associée à des épisodes d'hémoptysie de faible abondance évoluant depuis trois ans.

L'examen somatique était sans anomalies. La biologie révélait une anémie hypochrome microcytaire hyposidérinique à 8.6g/dl. (VGM= 60 $\mu$ 3, TCMH= 20 pg et fer sérique = 1.2 mg/l). La radiographie du thorax montrait un syndrome alvéolo-interstitiel diffus. Le scanner thoracique objectivait l'hémorragie intra-alvéolaire (HIA). L'exploration fonctionnelle respiratoire montrant un trouble ventilatoire restrictif. Le lavage bronchio-alvéolaire montrait un liquide hémorragique avec présence de 100% de sidérophages compatible avec le diagnostic d'HIA. Le bilan étiologique de cette HIA était négatif éliminant en particulier les causes infectieuses, iatrogènes, cardiaques, les anomalies de la crase sanguine, les vascularites systémiques et les maladies dysimmunitaires. La biopsie transbronchique montrant un tissu pulmonaire normal contenant des sidérophages. Ainsi le diagnostic d'hémosidérose pulmonaire idiopathique fut retenu et un traitement par des glucocorticoïdes systémiques fût prescrit à la dose initiale de 1mg/kg/j pendant deux mois suivie d'une dégression progressive avec une évolution initialement favorable mais la reprise de la dyspnée était progressive faisant discuter sa mise sous oxygène en ambulatoire. Un bilan immunologique de contrôle a révélé des ANCA positifs à des taux significatifs et à spécificité anti MPO; Le scanner pulmonaire montrait l'aspect d'une vascularite pulmonaire diffuse. L'ensemble était compatible avec le diagnostic d'une polyangéite microscopique imposant sa mise sous corticoïdes et cyclophosphamide en bolus mensuels avec une évolution favorable.

## COMMENTAIRES

la présence des anticorps de type ANCA est rapportée au cours de plusieurs pneumopathies chroniques non vasculitiques (*Vassilopoulos D et al. 2003*), il s'agit généralement d'ANCA atypiques (non c-ANCA, non p-ANCA) et sont seulement détectés par IFI et non par ELISA (*Blanco A et al. 1994, Vassilopoulos D et al. 2003*). La présence d'ANCA atypiques au cours d'une hémosidérose est rarement signalée et serait un facteur de mauvais pronostic (*Blanco A et al. 1994, Le Clainche L et al. 2000*).

## CONCLUSION

A notre connaissance, l'association d'une HPI à une authentique vascularite à ANCA n'a pas été rapportée auparavant. Une telle association renforce encore une fois l'hypothèse dysimmunitaire de l'HPI.

# SCIATIQUE SECONDAIRE REVELATRICE D'UN KYSTE OSSEUX ANEVRYSMAL SACRE

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Le kyste osseux anévrysmal (KOA) ,considéré autrefois comme une variété de tumeur à cellules géantes et décrite pour la première fois par Jaffe et Lichtenstein en 1942 ,a été redéfini par l'OMS en 1972 comme une « lésion bénigne, ostéolytique, expansive, survenant le plus souvent dans la métaphyse des os longs, les vertèbres, les os plats, constituée de multiples lacunes hématiques séparées par des cloisons conjonctives porteuses d'ostéoclastes et d'une ostéogenèse réactionnelle». L'atteinte pelvienne ne représente que 5%. Nous rapportons ici une localisation sacré du KOA révélée par une sciatique.

## OBSERVATION

Patient de sexe masculin, âgé de 12 ans consulta pour douleur type sciatique. A l'interrogatoire, le patient rapportait la notion de traumatisme il y a un an. A l'examen, on notait une sciatique de type S1 gauche avec raideur, abolition des réflexes achilléens et amyotrophie musculaire du membre inférieur gauche. Radiologiquement on notait une ostéolyse soufflante de l'aïlaron sacré. L'échographie objectivait une masse pelvienne de contenu liquidien limitée par une coque hyperéchogène avec cloisons hyperéchogènes intralésionnelles. La TDM montrait une lésion de densité hétérogène avec quelques logettes liquidiennes et un niveau liquide-liquide. Le diagnostic retenu était celui d'un KOA. Le traitement était basé sur des infiltrations de calcitonine. L'évolution était favorable avec aux contrôles radiologiques une condensation périphérique en endolésionnelle.

## Commentaires

L'étiopathogénie du KOA est controversée. Cependant, la théorie vasculaire (réaction tissulaire à une hémorragie locale) paraît le dénominateur commun entre toutes les théories proposées. L'atteinte rachidienne est une atteinte préférentielle, elle représente 22.8%. Cliniquement ,elle se manifeste par :

-Une douleur: c'est le signe le plus précoce d'installation progressive et le plus souvent type inflammatoire. Occasionnellement ,peut être due a une compression des racines nerveuses , telle que une sciatique sévère.  
-Tuméfaction: la perception d'une tuméfaction para-vértébrale est possible dans les formes à développement postérieur , les kystes sacrés quand à eux sont accessibles au toucher rectale.

-Complications neurologiques: les localisations rachidiennes s'accompagnent fréquemment de complications neurologiques de gravité variable. Cette neuro-agressivité est due à l'augmentation rapide de la taille du KOA ou au tassement vertébrale brutal.

Radiologiquement, le KOA paraît comme une ostéolyse géographique, expansive en «bulle de savon» limitée par une ostéocondensation marginale type Ia. Au niveau du rachis, contrairement à l'aspect en radiologie standard du KOA localisé au squelette périphérique l'aspect est moins évocateur car il est plus souvent agressif. La lésion se traduit par une ostéolyse finement trabéculaire débordant la vertèbre et soufflant la corticale dans 40% des cas. Elle est très souvent excentrée, les travées osseuses sont absentes ou très fines, la coquille d'os limitant le kyste doit être éventuellement recherché par une TDM. L'IRM peut montrer une lésion lobulée avec des septa internes délimitant des logettes de contenu liquidien de signal variable en T1 et en hypersignal T2 limité par un liséré périphérique en hyposignal T1 et T2 entouré par un oedème péri-lésionnel en hypersignal T2. Comme en TDM ,l'IRM peut montrer des niveaux liquide-liquide très caractéristiques mais non pathognomoniques. Après injection de gadolinium, il y a un rehaussement de cloisons tumorale et absence de rehaussement du contenu kystique.

Le traitement dépend essentiellement du siège et de la taille du KOA. Il est soit chirurgical, soit par des infiltrations intra lésionnelles par la calcitonine surtout dans des cas inaccessibles à la chirurgie.

## CONCLUSION

Le KOA est rare et peut être source de complications neurologiques en cas de localisation rachidienne et dans les formes agressives. Le but de ce travail est de montrer l'apport de l'imagerie dans le diagnostic du KOA dans ces formes révélées par de complications.



TDM : coupe axiale à la base du sacrum montrant le kyste anévrysmal sacré.

# Le syndrome de chevauchement lupus érythémateux systémique/Myosites inflammatoires primitives

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Parmi les manifestations neuro-psychiatriques du lupus érythémateux systémique (LES), l'atteinte du système nerveux périphérique reste rare. La «mononeuritis multiplex» ou mononeuropathie multiple représente une forme exceptionnelle de la neuropathie lupique périphérique; elle ne représente que 1.5 à 9% de l'ensemble des complications neurologiques au cours LES.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 23 ans et non connue tarée fût admise pour exploration d'une instabilité à la marche avec lourdeur et paresthésies des deux membres inférieurs évoluant depuis un mois. L'examen notait un steppage bilatéral, un déficit aux deux membres inférieurs côté à 3 et prédominant à droite, une hypoesthésie en chaussettes, des RCP indifférents, une arthrite des deux chevilles et une fièvre à 39°C. La biologie montrait une leucopénie à 2900/mm<sup>3</sup>, une lymphopénie à 1160/mm<sup>3</sup>, une anémie normocytaire à 10.7g/dl, et un syndrome inflammatoire biologique. L'enquête infectieuse était négative. L'EMG montrait une atteinte sensitive-motrice bilatérale et asymétrique à prédominance distale. La ponction lombaire révélait une méningite lymphocytaire aseptique. L'IRM médullaire était normale. La biopsie neuromusculaire objectivait une vascularite leucocytoclastique des vasa-nervorum. Le bilan immunologique objectivait des anticorps anti nucléaires, anti DNA natifs et anti Sm positives. Les antiphospholipides, les ANCA et la recherche d'une cryoglobulinémie étaient négatives. La biopsie des glandes salivaires secondaires était sans anomalies. L'IRM cérébrale n'a pas objectivé d'atteinte centrale parenchymateuse. Le diagnostic d'un LES fut retenu et la corticothérapie systémique à la dose de 1mg/kg/j ainsi qu'une kinésithérapie de renforcement musculaire instaurées avec une évolution favorable.



## COMMENTAIRES

- ✓ Les manifestations neurologiques au cours du LES sont fréquentes et polymorphes: estimées à 24-75% selon les auteurs (**Rafai MA. 2007**).
- ✓ Les atteintes du système nerveux centrales sont les prédominantes alors que la neuropathie périphérique reste rare: seulement 14% des cas dans la grande série de Florica B et al. parmi lesquels 40% n'étaient pas en rapport avec la maladie lupique ! (**Florica B. 2011**).
- ✓ La polyneuropathie et la mononévrite sont les deux présentations les plus fréquentes de la neuropathie lupique, la mononeuropathie multiple reste exceptionnelle. (1.5% à 9%). Sa pathogénie est multifactorielle (vasculitique, ischémique et immunologique) faisant principalement incriminer la vascularite lupique (**Rafai MA. 2007**), les anticorps anti phospholipides et la neurotoxicité directe de certains auto-anticorps lupiques (antineuronal, anti-nerve growth factor, anti-neurotrophines) (**Kujawska-Danecka H. 2011**).
- ✓ La réponse est habituellement favorable à la corticothérapie systémique.

## CONCLUSION

Aussi rare qu'elle soit, la mononeuropathie multiple lupique doit être connue. Un LES doit être évoqué et recherché devant toute «mononeuritis multiplex» de la femme jeune.

# « Mononeuritis multiplex » révélatrice d'un lupus érythémateux systémique

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Béji M

Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Parmi les manifestations neuro-psychiatriques du lupus érythémateux systémique (LES), l'atteinte du système nerveux périphérique reste rare. La « mononeuritis multiplex » ou mononeuropathie multiple représente une forme exceptionnelle de la neuropathie lupique périphérique; elle ne représente que 1.5 à 9% de l'ensemble des complications neurologiques au cours LES.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 23 ans et non connue tarée fût admise pour exploration d'une instabilité à la marche avec lourdeur et paresthésies des deux membres inférieurs évoluant depuis un mois. L'examen notait un steppage bilatéral, un déficit aux deux membres inférieurs côté à 3 et prédominant à droite, une hypoesthésie en chaussettes, des RCP indifférents, une arthrite des deux chevilles et une fièvre à 39°C. La biologie montrait une leucopénie à 2900/mm<sup>3</sup>, une lymphopénie à 1160/mm<sup>3</sup>, une anémie normocytaire à 10.7g/dl, et un syndrome inflammatoire biologique. L'enquête infectieuse était négative. L'EMG montrait une atteinte sensitive-motrice bilatérale et asymétrique à prédominance distale. La ponction lombaire révélait une méningite lymphocytaire aseptique. L'IRM médullaire était normale. La biopsie neuromusculaire objectivait une vascularite leucocytoclasique des vasa-nervorum. Le bilan immunologique objectivait des anticorps anti nucléaires, anti DNA natifs et anti Sm positives. Les antiphospholipides, les ANCA et la recherche d'une cryoglobulinémie étaient négatives. La biopsie des glandes salivaires secondaires était sans anomalies. L'IRM cérébrale n'a pas objectivé d'atteinte centrale parenchymateuse. Le diagnostic d'un LES fut retenu et la corticothérapie systémique à la dose de 1mg/kg/j ainsi qu'une kinésithérapie de renforcement musculaire instaurées avec une évolution favorable.



## COMMENTAIRES

- ✓ Les manifestations neurologiques au cours du LES sont fréquentes et polymorphes: estimées à 24-75% selon les auteurs (*Rafai MA. 2007*).
- ✓ Les atteintes du système nerveux centrales sont les prédominantes alors que la neuropathie périphérique reste rare: seulement 14% des cas dans la grande série de Florica B et al. parmi lesquels 40% n'étaient pas en rapport avec la maladie lupique ! (*Florica B. 2011*).
- ✓ La polyneuropathie et la mononévrite sont les deux présentations les plus fréquentes de la neuropathie lupique, la mononeuropathie multiple reste exceptionnelle. (1.5% à 9%). Sa pathogénie est multifactorielle (vasculitique, ischémique et immunologique) faisant principalement incriminer la vascularite lupique (*Rafai MA. 2007*), les anticorps anti phospholipides et la neurotoxicité directe de certains auto-anticorps lupiques (antineuronal, anti-nerve growth factor, anti-neurotrophines) (*Kujawska-Danecka H. 2011*).
- ✓ La réponse est habituellement favorable à la corticothérapie systémique.

## CONCLUSION

Aussi rare qu'elle soit, la mononeuropathie multiple lupique doit être évoqué et recherché devant toute « mononeuritis multiplex » de la femme jeune.

# Etude comparative clinique, radiologique et évolutive de la lombosciatique commune selon sexe

E. Mersni, R. Alaya, S. Rekik, S. Boussaid, E. Cheour, H. Sahli, M. Elleuch  
Service de Rhumatologie , Hopital la Rabta, Tunis, Tunisie

## Introduction:

La lombosciatique commune (LSC) constitue un problème réel de santé publique par sa fréquence et ses conséquences socioéconomiques importantes. C'est une pathologie observée à tous les âges et chez les deux sexes. La symptomatologie clinique, l'aspect radiologique et la réponse thérapeutique présentent parfois certaines particularités selon sexe.

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 145 cas de lombosciatique commune colligés au service de rhumatologie la Rabta entre 2007 et 2014.

Le but de l'étude est de comparer l'aspect épidémiologique, clinique, radiologique et évolutif de la maladie selon le sexe, ainsi que la réponse thérapeutique.

## Résultats:

Il s'agit de 77 hommes (53.4%) d'âge moyen de 54.6 ans et de 68 femmes (46.6%) d'âge moyen de 57.08 ans. Un facteur déclenchant a été retrouvé dans 23% des cas chez les patients de sexe masculin et dans 11.76% des cas chez les femmes. Une évolution de plus de 1 an avant l'hospitalisation était retrouvée chez un patient sur deux contre 68.62% pour les femmes. Une claudication des membres inférieurs était prédominante chez les hommes (50%) que chez les femmes (41%). Le syndrome rachidien était presque constant (90% des hommes et 80% des femmes) suivi par les signes cliniques de conflit disco-radulaire (60 vs 67%). Une complication neurologique à type de déficit moteur ou de trouble vésico-sphinctérien a été retrouvée dans 7.81% des cas chez les hommes et dans 5.88% des cas chez les femmes. Le recours à un examen radiologique de deuxième intention s'est fait dans 76 cas. Une hernie discale a été retrouvée chez 87% des hommes et 81% des femmes et un canal lombaire étroit a été diagnostiqué chez 33% des hommes et 27% des femmes. Le traitement était basé sur les AINS (89 vs 84%), la rééducation (67 vs 70 %) et le recours aux infiltrations épidurales (85 vs 86%). La réponse aux infiltrations était bonne chez 87.72% des femmes contre 69.23% des hommes. La fréquence de la récurrence était liée au sexe masculin (56.25% vs 27.27%) ( $p=0.018$ ) mais son délai était plus court chez les femmes (12 mois vs 25 mois). Le recours à une deuxième série d'infiltrations a eu dans 55.5% des cas chez les femmes contre 22.2% des cas chez les hommes ( $p=0.08$ ).

## Discussion:

La LSC est fréquente chez les deux sexes à l'âge adulte (même âge moyen de survenue). La LSC du sujet de sexe masculin se caractérise par une fréquence plus élevée de la présence d'un facteur déclenchant, un début de la douleur souvent inférieur à un an et une fréquence plus élevée de la forme claudicante (cela s'explique par le fait que la femme est plus sédentaire). L'aspect clinique ne diffère pas entre les deux sexes (même pourcentage de présence de syndrome rachidien et des signes de conflit disco-radulaire). La forme compliquée (complication neurologique ou TVS) se voit plus chez le sujet de sexe masculin. L'hernie discale constitue l'étiologie la plus fréquente chez les deux sexes. Sur le plan thérapeutique, pas de différence concernant la conduite thérapeutique, on a recours au premier lieu aux antalgiques, AINS, rééducation fonctionnelle et en second lieu aux infiltrations épidurales. Par contre, la réponse aux infiltrations est meilleure chez les femmes. On note une fréquence plus élevée de récurrence chez le sujet de sexe masculin mais son délai est plus court chez les femmes.

## Conclusion:

Dans cette étude, la LSC est une pathologie qui intéresse surtout l'adulte de sexe masculin. Les deux sexes partagent plusieurs points communs tel que l'hernie discale comme principale cause... Les différences se voient dans la réponse aux infiltrations qui est meilleure chez le sexe féminin et la fréquence de récurrence qui est plus élevée chez le sexe masculin.

# Maintenance Thérapeutique Des ANTI TNF Au Cours DES Rhumatismes Inflammatoires Chronique

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

## Objectif :

Définir la maintenance thérapeutique des Anti TNF alfa au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) ; et la spondylarthrite ankylosante (SPA).

## Matériel et méthodes :

Il s'agit de 35 cas de PR ; et 20 cas de SPA associée à une colite inflammatoire dans 7 cas.

Tous ces patients ont été traités par Anti TNF alfa selon le schéma thérapeutique habituel.

L'événement choisi pour le calcul du taux de maintenance thérapeutique a été l'arrêt du traitement pour échec primaire ou secondaire (effet indésirable).

## Résultats :

\* **35 cas de PR** ; 29 femmes et 6 hommes ; âge moyen est de 51,5ans ; FR + (32cas) ; ancienneté de la PR en moyenne est de 7,3 ans ;

\* **20 cas de SPA** ; 18 hommes ; âge moyen 40,3 ans ; ancienneté de la SPA en moyenne 9 ans ;

\* le délai du suivi moyen lors d'un traitement par Anti TNF est de 44 mois (+/-4,3 mois) au cours de la PR ; et 23 mois (+/- 8,2 mois) au cours de la SPA ;

### Il y a eu 19 arrêt du traitement aux Anti TNF pour :

→ échec secondaire pour inefficacité à l'**infiximab** dans **8 cas** (4 cas de PR ayant nécessité un swich avec du Rituximab ceci après un recul de 24 mois; 4 cas de SPA après un recul de 16 mois); un effet secondaire : allergie lors de la perfusion du Rémicade chez une PR;

→ échec secondaire pour inefficacité à l'**Adalimumab** dans **4 cas** (2 cas de PR ayant nécessité un swich avec du Rituximab ceci après un recul de 29 mois; 2 cas de SPA après un recul de 14 mois);

→ échec à l'**Etanercept** pour inefficacité dans **1 cas** de PR.

→ un problème de reconduction du traitement (de prise en charge par les caisses de sécurité sociale (**5 cas**)).

Ainsi la maintenance thérapeutique aux Anti TNF chez nos patients a été de 100% à 3 mois ; 92% à 6 mois ; 57% à 12 et 18 mois ;

## Conclusion :

Les taux de maintenance thérapeutique des Anti TNF au cours de la PR et de la SPA chez nos patients semblent plus faibles à ceux rapportés dans la littérature. Ceci pourrait être expliqué par les problèmes de prise en charge par les caisses de sécurité sociale pour ce genre de traitement qui reste onéreux. Ces données quoiqu'elles portent sur une courte série soutiennent l'efficacité de ce traitement dans les formes réfractaires de la PR et de la SPA.



# Le Profil Ostéodensitométrique Au cours des Spondylarthropathies

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

## Introduction

La spondylarthrite (Spa) est un rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une enthésopathie inflammatoire évoluant progressivement vers l'ossification et l'ankylose. Il a été démontré qu'au cours de cette affection l'inflammation peut générer une ostéoporose diffuse fragilisant l'os.

Le but de ce travail est d'évaluer les caractéristiques de l'ostéoporose chez les Spa et de rechercher les facteurs associés à la baisse de la masse osseuse;

## Patients et méthodes

Étude prospective colligeant 30 dossiers de Spa (critère ESSG). La DMO a été mesurée par l'absorptiométrie biphotonique aux rayons X au niveau du rachis lombaire et des cols fémoraux.

## Résultat

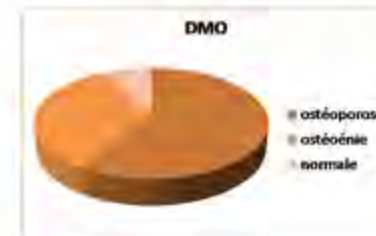
- 26** hommes et **4** femmes (sex-ratio : 6,5);
- SPA primitive dans **26** cas et secondaire à une maladie de Crohn dans 4 cas.
- L'âge moyen : **36** ans;
- IMC moyen : **23.3**kg /m.
- 48%** de nos patients étaient tabagiques.
- L'ancienneté moyenne de la maladie est de **10** ans.
- Huit** malades ont une coxite.
- 15%** des malades sont sous corticoïdes (7,5-10mg/j), **83%** sous AINS et **13,3%** sous sulfasalazyne.

**La DMO** était en faveur d'une ostéoporose dans 59% des cas touchant essentiellement le rachis lombaire avec un T score moyen de -3.18 et -1.94 respectivement au sites vertébral et fémoral.

-L'étude statistique a révélé une corrélation significative entre la baisse de la masse osseuse d'une part, l'âge de début et la durée d'évolution de la Spa d'autre part. nous avons aussi relevé que la baisse de L'IMC constitue un facteur de risque de baisse de la masse osseuse particulièrement au rachis lombaire. Par ailleurs le tabac; l'atteinte articulaire périphérique ou la maladie de Crohn associée, ne semblent pas influencer le profil densitométrique dans notre série. Nous avons également constaté l'absence d'effet délétère du traitement (corticothérapie + AINS) sur la DMO.

## Discussion et Conclusion

La perte osseuse est fréquente chez nos patients atteints de Spa. Elle touche surtout l'os trabéculaire. Le dépistage doit s'intégrer dans la prise en charge systématique notamment en présence de facteurs de risque de l'ostéoporose.



# Effets paradoxaux des anti TNF: à propos de cinq observations

Alaya R, Rekik S, Boussaid S, Essafi F, Sahli H, Cheour E, Elleuch M  
Service de Rhumatologie, CHU la Rabta, Tunis

## Introduction:

L'utilisation à grande échelle des agents anti TNF permet l'émergence d'effets paradoxaux définis par l'induction ou la réactivation de manifestations représentant une indication de ces traitements. L'objectif de ce travail est de réunir des cas d'effets paradoxaux survenus sous traitement anti TNF.

## Matériels et méthodes:

Nous rapportons 5 observations de patients qui étaient sous anti-TNF et chez qui l'évolution a été marquée par la survenue d'effets paradoxaux des anti-TNF.

## Résumé:

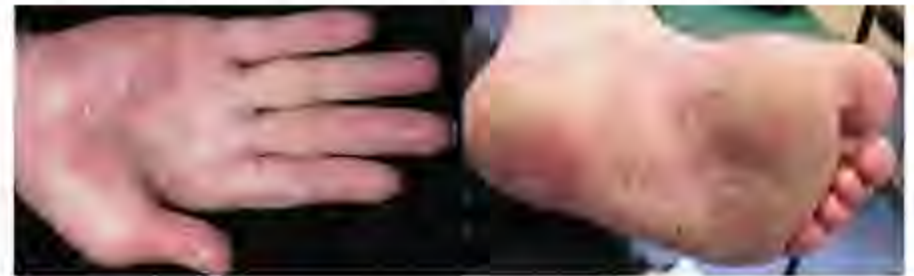
Il s'agit de deux femmes et de trois hommes d'âge moyen de 44 ans. Deux patients étaient suivis pour un syndrome SAPHO, deux autres patients étaient suivis pour une polyarthrite rhumatoïde et le dernier avait une spondylarthrite ankylosante. La maladie évoluait en moyenne depuis 4 ans. L'indication du passage à la biothérapie était un échec des DMARDs dans tous les cas. Quatre patients ont été mis sous Etanercept et une patiente a été mise sous Adalimumab. Le bilan de pré-biothérapie était sans anomalie. Le premier signe clinique alarmant a été apparu en moyenne au bout de 14 mois de traitement bien conduit. Trois patients présentaient des manifestations cutanées. Un patient présentait des lésions cutanées à type de plaques érythémateux-squameux avec pustules superficielles associées à des plaques eczématiformes des paumes et des plantes et des papules érythémateuses de la face antérieure des cuisses. Dans le deuxième cas, une éruption cutanée urticarienne maculo-papuleuse était apparue et dans le dernier cas, le patient développait des lésions érythémateux-squameuses au niveau des deux mains et des plis de l'aîne. Après une biopsie cutanée, un bilan immunologique ainsi qu'une enquête de pharmacovigilance, les diagnostics retenus étaient respectivement un eczéma chronique, une vascularite urticarienne et un psoriasis réactionnels à l'emploi des anti-TNF. Dans un autre cas, des troubles digestifs à type de douleur abdominale et de diarrhées glairo-sanglante ont été notés. Une colonoscopie avait conclu à une colite aiguë grave et le diagnostic était une maladie de Crohn secondaire aux anti-TNF. Dans la dernière observation, l'anti-TNF a été incriminé dans la survenue d'une sclérite nodulaire unilatérale. Un switch vers un autre anti-TNF a été réalisé dans 3 cas et le traitement a été maintenu associé à un traitement symptomatique topique chez les patients qui ont présenté l'eczéma chronique et le psoriasis cutané avec une bonne évolution dans tous les cas.

## Conclusion:

Les effets paradoxaux des anti-TNF doivent être connus en raison de leur important retentissement clinique et psychologique chez ces patients souffrant de maladies inflammatoires chroniques traitées par anti-TNF.

## Discussion:

Le développement de lésions de psoriasis (ou psoriasiformes) de novo ou l'exacerbation d'un psoriasis ancien sont de plus en plus fréquemment rapportés chez les patients traités par anti-TNF-alpha. Il s'agit le plus souvent de femmes (70%) atteintes de rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde dans 50 % des cas, spondylarthropathie dans 22 %) ou de maladies inflammatoires du tube digestif (16 % des cas). Les lésions apparaissent entre quelques jours après l'introduction de la molécule jusqu'à 48 mois après mais le plus souvent de façon précoce entre un et trois mois après l'initiation du traitement.



Psoriasis pustuleux palmo-plantaire chez un patient traité par etanercept pour une polyarthrite rhumatoïde.

Un nombre de plus en plus important de cas de maladies auto-immunes induites par les anti-TNFalpha est rapporté, allant de simples anomalies biologiques immunologiques à des maladies systémiques possiblement sévères, incluant des vascularites, des lupus et des atteintes pulmonaires interstitielles. L'atteinte cutanée est une caractéristique dominante retrouvée chez 87 % des patients, décrite comme un purpura, des lésions ulcérées, des nodules localisés ou diffus, une vascularite digitale ou un exanthème maculopapuleux.

Plusieurs observations de sarcoïdoses réfractaires aux traitements conventionnels mais répondant à certains anti-TNF ont ainsi été rapportées. Paradoxalement, le nombre de sarcoïdoses associées à des rhumatismes inflammatoires chez des patients traités par anti-TNF a fortement augmenté et la responsabilité des anti-TNF dans la survenue de la sarcoïdose est fortement suspectée.

Des uvéites et/ou des sclérites d'origine iatrogène ont été décrites. Les anti-TNF font partie de ces médicaments pouvant induire une inflammation oculaire. Celle-ci est souvent le premier épisode, apparaissant en général dans la première année suivant l'introduction de l'anti-TNF, chez des patients stabilisés du point de vue de leur maladie générale.

# Association d'une fibromyalgie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

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

## Introduction

La fibromyalgie (FM) peut être primaire ou secondaire. La polyarthrite rhumatoïde (PR) est associée à la FM dans 16 à 25% ; Dans notre étude nous nous sommes intéressés aux particularités cliniques, biologiques et évolutives de l'association d'une FM à (PR).

## Materiel et méthode

Nous avons entrepris une étude ouverte prospective concernant 50 patients atteints de PR (critères de l'ACR). Nous avons analysés le profil socio-économique, les antécédents médicaux et chirurgicaux ; l'ancienneté de la maladie, le traitement de fond (DMARDS) au moment du recueil des données, de corticothérapie et d'antalgiques prescrits, les indices fonctionnels de surveillance clinique de la PR, du HAQ (health assessment questionnaire), biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire (CRP;VS) et le DAS 28 (Disease Activity Score). La recherche systématique de points de fibromyalgie.

Les données collectées ont été saisies sur le logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 11.5.

## Résultats

- 47 femmes et 3 hommes
- âge moyen de 53,1 années
- PR évoluant en moyenne depuis 8,49 années.
- L'association PR- FM est retrouvée chez 22

Caractéristiques médico-sociales	PR N (%)	PRFM N (%)	P
-Age moy( ± ET)	51,97(±11,57)	57,09(±12,05)	0,2
-Sexe	2(5,1)	1(9,1)	0,53
<b>F</b>	37(94,9)	10(90,9)	0,04
	26(66,7)	4(36,4)	0,43
-Statut marital	2(5,1)	0(0)	0,33
<b>M</b>	5(12,8)	6(54,5)	
<b>D</b>	6(15,4)	1(9,1)	
<b>V</b>	7(17,9)	1(9,1)	
<b>NM</b>	32(82,1)	10(90,9)	
-Statut Professionnel	20(51,28)	3(27,27)	
Activité professionnelle	11(28,2)	4(36,36)	
Pas de profession	8(20,51)	4(36,36)	
-Co-morbidité			
Absence de pathologie			
1 pathologie			
2 pathologies ou plus			

## Conclusion

L'association PR/FM n'est pas rare (entre 25 et 16%), Il est difficile d'évaluer l'activité d'un rhumatisme inflammatoire comme la PR en cas d'association à une FM, les facteurs d'évaluation subjectifs étant fortement majorés. Il convient donc, en complément de l'évaluation du nombre d'articulations douloureuses et gonflées, de rechercher à l'examen clinique les 18 points de FM, de même que le reste des critères ACR de fibromyalgie.

# Spondylarthrite ankylosante compliquée d'une panuvéite : A propos de 2 cas

A. Aouadi ; I. Zouch ; I. Cherif ; W. Hamdi ; D. Kaffel ; R. Dhahri ; S. Miladi ; I. Henchiri ;  
M. M. Kchir.

## \*Introduction:

L'uvéite antérieure aigue non granulomateuse est la plus fréquente des manifestations oculaires et systémiques des spondylarthropathies. La panuvéite complique exceptionnellement l'évolution d'une spondylarthropathie.

## \*Patients et méthodes:

Nous rapportons 2 cas de spondylarthropathie compliquée d'une panuvéite.

### Observation 1:

Mme A. L, âgée de 38 ans suivie pour spondylarthrite ankylosante dans sa forme axiale évoluant depuis 2 ans traitée par des AINS. Sa maladie reste pour autant active: BASDAI=6,2, BASFI=6,8. Elle consulte pour rougeur oculaire, l'examen ophtalmologique, objective une panuvéite bilatérale d'où l'indication de 3 bolus de solumedrol avec amélioration. La décision était donc de passer à une Biothérapie à base d'un anti TNF alpha: Adalimumab.

### Observation 2:

Mr D. C, âgé de 56 ans, adressé par son ophtalmologue pour exploration d'une panuvéite droite non granulomateuse. Le bilan étiologique initial était négatif (bilan tuberculeux négatif, bilan phosphocalcique normal, sérologie syphilitique négative et absence de signes en faveur d'une maladie de Behçet). Devant l'association de rachialgies, de pyalgies et de talalgies inflammatoires associés à des arthralgies avec une atteinte radiologique des sacroiliaques et un HLA B27 positif. Le diagnostic d'une spondyloarthrite axiale, périphérique et enthésitique a été retenu. Le patient a été mis sous AINS et MTX.

## \*Discussion :

L'uvéite au cours des spondylarthropathies se voit surtout chez les patients jeunes, de sexe masculin. Sa fréquence est estimée à 32%. Elle est volontiers antérieure, aigue et non granulomateuse et souvent associée à un typage HLA B27 positif. Elle survient essentiellement au cours de la SPA primitive et elle est moins commune dans les autres formes de spondylarthropathies. Elle conditionne le pronostic fonctionnel de ce Rhumatisme.

La survenue d'une panuvéite au décours d'une spondylarthrite ankylosante est rare et doit alarmer le clinicien. Une corticothérapie à forte dose par voie intraveineuse peut suffire pour sauver le pronostic visuel du patient, mais on peut avoir recours aux immunosuppresseurs en cas d'inefficacité des corticoïdes.

## \*Conclusion:

De survenue exceptionnelle au cours des spondylarthropathies, seul un diagnostic précoce et une prise en charge rapide pourraient améliorer le pronostic de la panuvéite.

**Références:** [1] S. Zrour, W. Korbaa, M. Younes. Particularités des uvéites associées aux spondylarthropathies. Revue du Rhumatisme

[2] Jakob E, Reuland MS, Mackensen F *et al.* Uveitis subtypes in a german interdisciplinary uveitis center – Analysis of 1 916 patients. *JRheumatol* 2008 Dec. 15. 4 (2007) 1039–1208.

[3] Fernandez-Melon J, Munoz-Fernandez S, Hidalgo V *et al.* Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 2004, 31 ; 524-527.

# La Spondyloarthrite après l'âge de 50 ans: véritable LOAS ou une découverte tardive ?

A. Aouadi, W. Hamdi, I. Cherif, E. Henchir, D. Kaffel, I. Zouch, S. Miladi, R. Dhahri, M. M. Kchir.

## \*Introduction:

La spondyloarthrite (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui survient habituellement chez le sujet jeune de sexe masculin. Les formes à expression tardive représentent moins de 10% de l'ensemble des spondyloarthrites.

## \*Matériels et méthodes:

Le but de notre travail est de déterminer; parmi les dossiers de patients présentant une SA diagnostiquée à un âge supérieur à 50 ans; les véritables SA du sujet âgé connue sous le terme de « late onset axial spondyloarthritis : LOAS » et d'en préciser les caractéristiques.

## \*Résultats:

-Il s'agit de 21 patients âgés en moyenne de 59 ans au moment du diagnostic avec des extrêmes d'âge allant de 51 à 79 ans. Pour 13 patients, l'âge de début de la symptomatologie remontait en moyenne à 35 ans. Parmi eux, 5 patients n'ont jamais consulté et huit ont eu un traitement symptomatique sans avoir de diagnostic précis.

-Pour 8 patients seulement, les premiers symptômes ont débuté après l'âge de 50 ans. Leurs caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau suivant:

Sex ratio	3/5
Atteinte périphérique	4 cas (50%)
Atteinte des enthèses	3 cas
Signes généraux	1 cas

## Discussion:

Les spondyloarthrites représentent 10 % des rhumatismes diagnostiqués après 60 ans[1], il n'est donc pas exceptionnel d'en faire le diagnostic à cet âge. La répartition des spondyloarthrites du sujet âgé diffère de celle du sujet jeune. Le rhumatisme psoriasique est fortement majoritaire (60 %), surtout en pratique libérale (68 %). La spondylarthrite ankylosante est plus rare (16 %), alors que la fréquence des spondyloarthrites indifférenciées et des spondyloarthrites associées aux MICI est comparable. Dans une étude précédente [2] de 75 spondyloarthrites diagnostiquées après 50 ans, les spondyloarthrites indifférenciées étaient majoritaires (57 %) devant la spondylarthrite ankylosante (21 %) et le rhumatisme psoriasique (21 %).

-Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire était présent chez 5 patients et l'antigène HLA B27 était absent chez tous les patients. Les caractéristiques radiologiques sont résumées dans tableau suivant:

SI stade 4	2 patients
SI stade 3	3 patients
SI stade 2	3 patients
Syndesmophytes	5 patients
AIAP	2 patients
Coxite	2 patients

-Aucun signe extra articulaire n'a été noté.

-Sur le plan thérapeutique, une réponse insuffisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) a été notée chez 5 patients (60%), deux patients ont eu le MTX pour leur atteinte périphérique et la SLZ a été prescrite dans deux autres cas. Aucun patient n'a bénéficié d'une biothérapie.

## \*Conclusion:

La LOAS semble avoir un profil clinique différent de la SA du sujet jeune avec une prédominance féminine, une atteinte périphérique et des enthèses plus fréquente et une réponse insuffisante aux AINS. D'autres études avec des effectifs plus larges sont nécessaires pour confirmer ces données.

\*Références: [1] Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009;11:229.

[2] Dubost JJ, Riaux F, Ristori JM, et al. Spondylarthropathies: distinguishing features in relation to late onset. *Arthritis Rheum* 1999;42:s372

# L'ostéodensitométrie en consultation de rhumatologie : est elle prescrite de façon excessive ?

H Sahli, R Khalfallah, R Amri, H Tounsi, F Ben Dahmen, H Harran, S Azzebi, I Ben Ahmed, R Jazi, R Tekaya\*\*

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*\* Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie

## Introduction :

L'ostéodensitométrie, examen de routine en consultation de rhumatologie ayant un grand apport, a des indications qui obéissent à des règles précises.

Dans ce travail, nous nous sommes proposés d'étudier les demandes d'ostéodensitométrie et de voir si elles respectent ces indications.

## Méthodes :

Etude rétrospective ayant porté sur les dossiers de patients chez qui une ostéodensitométrie a été demandée en consultation de rhumatologie ou de façon antérieure sur une période de 6 mois. Les données épidémiologiques, les facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture ainsi que les motifs de demandes ont été relevés puis analysés.

## Résultats :

- Quatre vingt deux dossiers ont été colligés de 66 femmes et 15 hommes âgés en moyenne de 57,9 ans [25-81].
- Un antécédent de fracture non traumatique a été relevé dans 22 cas.
- L'ostéodensitométrie était demandée dans 23 cas avant la consultation en rhumatologie.
- L'analyse des facteurs de risque d'ostéoporose et de fracture chez ces 23 patients n'a pas permis de justifier la pratique de l'examen dans 10 cas (43%).
- Une demande excessive de l'ostéodensitométrie avait été notée dans 12% des cas prescrites en consultation rhumatologique.
- Les principaux motifs de demande étaient les fractures et les rhumatismes inflammatoires chroniques.

## Discussion:

L'ostéodensitométrie, examen peu irradiant, est réalisé en présence de facteurs de risque de perte osseuse ou en cas de fracture non traumatique. Sa réalisation implique une stratégie thérapeutique visant à prévenir la survenue de fracture.

## Conclusion :

L'ostéodensitométrie est fréquemment prescrite en rhumatologie sur la base d'une analyse méticuleuse des facteurs de risque pour aboutir à une stratégie thérapeutique. Sa demande ne doit pas être excessive puisqu'il s'agit d'un examen irradiant et chronophage.

# Aspect thérapeutique de la maladie de Paget

Miladi S, Henchiri I, Zouch I, Cherif I, Kaffel D, Hamdi W, Aouadi A, Dhahri R, Kchir MM  
Service de rhumatologie. Institut Kassab d'orthopédie

## Introduction:

### Maladie de Paget (MP) =

- Une dystrophie osseuse bénigne
- Des anomalies morphologiques et fonctionnelles des ostéoclastes
- Une augmentation focale du remodelage osseux

## Matériels et méthodes

- Etude rétrospective sur une période de 7 ans (2007-2014)
- 17 patients suivis pour une MP
- Collecte des données cliniques
- Analyse des données radiologiques et biologiques
- Etude des indications thérapeutiques

## Résultats

### Population d'étude:

- 9 femmes et 8 hommes
- Age moyen: 63,8 ans [35-83 ans]

### Localisation:

La MP était monostotique dans 12 cas et polyostotique dans 5 cas. Les différents sites atteints sont résumés dans la figure 1.

**Fig1:** différentes localisations de la MP



### Biologie:

Le taux moyen des phosphatases alcalines (PAL) était de 371 UI/L [123-1172], Les PAL étaient augmentés chez 13 patients

### Des complications :

- fractures pathologiques dans 2 cas
- surdité dans un autre cas

### Traitement :

- Prescrit chez 13 patients
- Indications:
  - PAL augmentés dans 13 cas
  - Localisation à risque dans 8 cas
- Le traitement prescrit est résumé dans le tableau 1

**Tableau 1:** Type de traitement prescrit

Traitement	Nombre
Pamidronate	7
Risedronate	4
Acide Zoledronique	2

- Au cours du suivi, 7 patients ont nécessité une deuxième prescription de BP pour des PAL élevé. La conduite était de prescrire le même traitement pour 2 patients (risédronate) et de changer de classe de BP pour les 5 autres
- L'évolution: bonne après un recul moyen de 2 ans [0,5-5]

## Discussion:

La MP est caractérisée par un désordre osseux d'étiologie encore inconnue.

Les bisphosphonates (BP) constitue un traitement efficace sur le remodelage osseux indiqué en cas de localisation à risque, la présence de localisation à risque ou de complications.

L'acide Zolédronique est le traitement le plus efficace attesté par une baisse persistante des PAL dans 96% des cas.

Le risedronate et le Pamidronate sont moins efficaces avec une persistance de la baisse des PAL dans 70% des cas au cours du suivi (jusqu'à 18 mois après traitement).

**Conclusion:** Les bisphosphonates occupent une place considérable sinon exclusive dans le traitement de la MP. L'objectif premier est prévenir les complications tardives.

# Les complications infectieuses au cours du myélome multiple

Brahem M, Jguirim M, Lataoui S, Gaddour M, Haj Hmed W, Sahli M, Mhenni A, Zrouf S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N. SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

## Introduction:

Le myélome multiple est associé à une altération de la capacité immunitaire en raison d'une diminution des taux d'immunoglobulines physiologiques qui protègent contre les infections bactériennes. Ceci peut entraîner une susceptibilité accrue aux infections d'origine bactérienne, y compris la pneumonie et les infections urinaires.

De plus, les médicaments utilisés pour traiter le myélome multiple diminuent souvent le taux de globules blancs. Nous avons étudié les infections détectées au moment du diagnostic et au cours du suivi des malades atteints de myélome multiple.

## Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 94 dossiers de patients suivis pour myélome multiple durant la période allant de 1997 à 2014.

## Résultats:

□ L'âge moyen de nos patients était de 66 ans [36-86] dont 60 % avaient un âge supérieur à 65 ans. Le sexe ratio (H/F) était 1,5 avec une atteinte plus fréquente du sujet âgé masculin.

□ Parmi nos patients, 37,2 % étaient hypertendus, 25,5 % étaient diabétiques et ils étaient classés stade III selon la classification de DURIE ET SALMON dans 58,5 % des cas. La valeur moyenne de VS était à 100 mm (à H1) et de la CRP à 17 mg/l au moment du diagnostic.

□ A noter que 81 % de nos patients étaient traités par chimiothérapie, soit le protocole de melphalan-prednisone- thalidomide dans 36,2% des cas, le protocole de dexaméthasone- thalidomide dans 22,3% des cas et 11,6 % ont été traités par autogreffe de moelle osseuse. 56,7 % des patients étaient traités par bisphosphonates, et 11,5 % des patients ont bénéficié d'une radiothérapie de la zone infiltrée.

> Dans 5,3 % des cas, la découverte du myélome multiple était à cause d'un bilan étiologique d'infections à répétition.

Et durant le suivi, soit sous traitement ou non, 38,3% des patients ont développé des complications infectieuses:

Type d'infection	Type de myélome correspondant
Broncho-pulmonaire (21 cas)	7 cas type IgG kappa, 5 cas type IgA kappa, 4 cas type IgG lambda, 2 cas type IgA lambda
Infection urinaire (5 cas)	4 cas type IgG kappa, 1 cas type IgA lambda
Arthrite septique (3 cas)	2 cas type IgA lambda et 1 cas IgG kappa

## > D'autres infections rares étaient observées au cours de l'évolution:

• 2 cas d'abcès du psoas (IgA kappa), 1 cas de septicémie, 1 cas de méningite (IgG lambda), 1 cas de cholécystite (IgA kappa), 1 cas de gastroentérite (IgA kappa) et un autre cas de candidose œsophagienne (IgA lambda).

• 16 patients sont décédés au cours de l'évolution de leur maladie. La cause de décès était une infection chez 6 patients : soit 4 cas par infection broncho-pulmonaire, un cas par méningite et un autre par septicémie.

## Discussion:

❖ Le myélome multiple est associé à une altération de la capacité immunitaire en raison d'une diminution des taux d'immunoglobulines physiologiques qui protègent contre les infections bactériennes. Ceci peut entraîner une susceptibilité accrue aux infections d'origine bactérienne, y compris la pneumonie et les infections urinaires.

❖ Anisi les complications infectieuses constituent la cause majeure de décès chez les myéломateux en plus de l'insuffisance rénale.

❖ De plus, les médicaments utilisés pour traiter le myélome multiple diminuent souvent le taux de globules blancs. Si le taux de globules blancs fait une chute importante, le risque d'infection augmente.

❖ La fièvre est la manifestation habituelle de l'infection. Une température au-dessus de 38°C nécessite l'instauration rapide d'un traitement médical. D'autres symptômes seront liés à la région infectée (p. ex. toux avec expectoration en cas de pneumonie). De façon moins fréquente, des infections virales comme le zona peuvent survenir.

❖ Les infections bactériennes peuvent être traitées par les antibiotiques mais l'essentiel reste la prévention et la vaccination contre le pneumocoque.

## Conclusion:

La fréquence des infections au cours du myélome multiple aggrave le pronostic des malades et augmente la mortalité, d'où l'intérêt d'une bonne prise en charge thérapeutique avec lutte contre tous les facteurs de risques infectieux sans oublier la vaccination chez ces patients.

1) Callander, N.S. and G.D. Roodman, *Myeloma bone disease*. Semin Hematol, 2001. 38(3): p. 276-85

2) Chaim Shustik, M.D., FRCP(C), Université McGill Division d'hématologie, Hôpital Royal Victoria Complications du myélome multiple, MYELOME CANADA



# Polyarthrite rhumatoïde masculine : étude d'une série tunisienne de 45 cas

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

## **INTRODUCTION :**

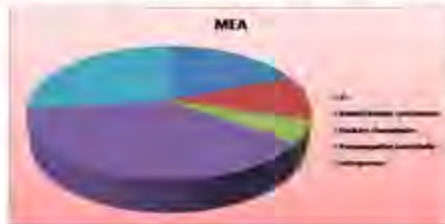
La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une affection qui touche avec prédilection la population féminine. Le but de notre travail est de dégager les particularités cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de ce rhumatisme inflammatoire chronique lorsqu'il touche la population masculine.

## **PATIENTS ET METHODES :**

C'est une étude rétrospective concernant 45 cas de PR masculines colligés au service de Rhumatologie sur une période de 4 ans (2011-2014). Tous nos patients répondaient aux critères de diagnostic de PR de l'ACR 1987.

## **RESULTATS :**

- 262 patients atteints de PR , 45 étaient de sexe masculin
- Age moyen au moment du diagnostic était de 55,75
- Délai moyen de diagnostic de la PR de 2 ans.
- Le mode de début était progressif dans 44 cas (97,8 %).
- Un début aigue est noté chez un seul patient.
- Le tableau clinique initial est représenté par une polyarthrite chronique symétrique dans 39 cas, une oligoarthrite dans 5 cas et une monoarthrite dans un cas.
- Les déformations sont observées dans 25 cas (57%).
- La polyarthrite était érosive chez 40 patients (88,9%). Une coxite est retrouvée chez un malade et une sacroiliite associée dans un cas.
- Le score DAS 28 moyen était de 5,6.
- A la biologie: SIB dans 37 cas, FR positif dans 40 cas et les anti CCP dans 39 cas.
- Un traitement de fond de la PR a été prescrit chez 40 hommes. Le méthotrexate était prescrit chez 38 malades. Une biothérapie était prescrite chez 4 patients : infliximab et adalimumab dans deux cas chacun.



## **DISCUSSION :**

- Notre série de PR masculine se caractérise par:
  - \* un âge de survenue tardif,
  - \* une présentation clinique classique avec un début polyarticulaire progressif
  - \* par une faible fréquence des manifestations systémiques.
- Polyarthrite de l'homme adulte est rare (20 p. 100 des cas). Souvent atypique dans son début (monoarticulaire).
- L'atteinte de la hanche y serait plus fréquente.
- Il semble que le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde soit assez comparable chez les hommes et chez les femmes.
- Les quelques études qui ont analysé la sévérité de la destruction articulaire n'ont pas retrouvé de différences de scores radiographiques entre les polyarthrites rhumatoïdes féminines et masculines après ajustement sur la durée d'évolution.
- Toutes les études sont assez concordantes pour montrer l'absence de différences entre les manifestations extra-articulaires des hommes et des femmes.
- L'effet des traitements est également comparable et il n'y a aucune différence de prise en charge thérapeutique à envisager en fonction du sexe.

## **Conclusion:**

Bien qu'il y ait une grande hétérogénéité de résultats dans les études rapportées dans la littérature, la polyarthrite rhumatoïde des hommes apparaît très proche de celle des femmes, que ce soit pour la présentation clinique, la prédisposition génétique, l'évolution ou la prise en charge thérapeutique.

## **Bibliographie:**

- Jawaheer D, Lum R, Gregersen P, Criswell L. Influence of male sex on disease phenotype in familial rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006;54:3087-3094
- Gossec L, Baro-Riba J, Bozormat MC, Daurès JP, Sany J, Eliaou JF, Combe B. Influence of sex on disease severity in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 2005;32:1448-1451.

# Rhumatisme psoriasique et biothérapie

D. Amri, K. Baccouche, Z. Alaya, S. Belghali, H. Zeglaoui, N. Amara, E. Bouajina  
Service de Rhumatologie CHU Farhat HACHED – Sousse

## **INTRODUCTION :**

Le rhumatisme psoriasique (RP) est une maladie polymorphe sur le plan cutané et rhumatologique. Les anti-TNF- $\alpha$  sont un progrès considérable dans la prise en charge thérapeutique du RP. Le but de notre travail est d'évaluer le profil évolutif des patients atteints d'un rhumatisme psoriasique traités par biothérapie.

## **PATIENTS ET METHODES :**

étude rétrospective menée au service de rhumatologie sur une période de 09 ans (2006-2014) incluant les malades suivis pour un RP et traités par biothérapie.

## **RESULTATS :**

- Il s'agissait de 10 patients (8H/2F), âgés en moyenne de 45 ans (26-60 ans).
- L'âge de début de la maladie était de 34 ans en moyenne.
- Un SIB a été présent dans 7 cas.
- Les radiographies ont objectivé:
  - \* une sacroilite dans 2 cas et
  - \* des signes de destruction articulaire dans tous les cas.
- Les indices d'évolutivité BASDAI et BASFI de la maladie étaient en moyenne à 68/100 et 80/100.
- Les patients ont été traités par AINS dans 6 cas, corticothérapie dans 7 cas, salazopyrine dans 6 cas, et méthotrexate dans 9 cas.
- L'indication de passage à la biothérapie était la persistance d'une maladie active sous traitement de fond bien conduit dans tous les cas.
- L'âge de début de la biothérapie était de 50 ans.

Biothérapie	Nb de patients
Adalimumab	3 cas
Etanercept	6 cas
Infliximab	1 cas

- Une amélioration articulaire et cutanée a été constatée, pour tous les patients, dès les 3 premiers mois de traitement ;
- On a noté une disparition de SIB avec diminution de BASDAI et BASFI à 20/100 et 24/100.
- Un seul cas d'échappement thérapeutique a été noté, sous Etanercept, au bout de 9 mois.
- La tolérance était bonne dans tous les cas.

## **DISCUSSION :**

- Seuls les anti-TNF ont démontré leur efficacité.
- Dans notre étude l'etanercept était le plus utilisé.
- Les DMARD (léflunomide, sulfasalazine et le méthotrexate principalement) sont essentiels dans le traitement des formes périphériques du RP.
- Dans les formes axiales ou en cas d'échec des cs-DMARD dans les formes périphériques, les anti-TNF restent les biothérapies de référence dans le RP.
- Cinq anti-TNF ont actuellement une AMM dans le traitement du RP (trois sont disponibles en Tunisie).
- La prescription concomitante du méthotrexate avec un anti-TNF ne semble pas présenter d'intérêt pour l'efficacité initiale mais son utilisation semble améliorer la survie du traitement tout particulièrement en association avec l'infliximab.
- En cas d'échec à un 1er anti-TNF, la réalisation d'une rotation vers un autre anti-TNF est recommandée.
- Cette rotation est efficace mais la réponse initiale et le taux de maintien semblent moins bons que lors de l'utilisation d'un 1er anti-TNF.
- En cas d'échec de cette première rotation, les données concernant l'efficacité d'un 3e anti-TNF sont très limitées.

## **Conclusion :**

L'utilisation des biothérapies dans le rhumatisme psoriasique est une révolution thérapeutique avec l'obtention d'une efficacité clinique non seulement articulaire mais aussi cutanée, et une certaine efficacité radiologique.

## **Bibliographie :**

- Julien Paccou. Actualités du traitement du rhumatisme psoriasique : résultats d'une analyse systématique de la littérature réalisée pour les recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge des spondyloarthrites. Revue de rhumatisme 2015;82:7-13
- Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. Ann Rheum Dis 2012;71:4-12.

# Tolérance des biothérapies au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Amri D, Baccouche K, Alaya Z, Belghali S, Zeglaoui H, Bagane N, Bouajina E.  
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

## **INTRODUCTION :**

Les biothérapies constituent une avancée thérapeutique considérable dans le traitement de RIC. Cependant, elles exposent à un risque infectieux et à d'autres effets indésirables spécifiques importants justifiant une vigilance particulière. Le but de notre travail consiste à décrire les différents effets indésirables survenus sous biothérapies.

## **PATIENTS ET METHODES :**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 81 patients atteints d'un RIC et traités par biothérapie (rituximab, etanercept, infliximab, adalimumab et tocizulimab) colligés sur une période de 13 ans. Notre but consiste à décrire les différents effets indésirables survenus sous biothérapies.

## **RESULTATS :**

- Notre population est composée de 35 hommes et de 46 femmes
- Age moyen de 49 ans [18-65],



- Des effets indésirables étaient notés dans 18 % des cas.
- Il s'agissait d'une infection dans 4,9% des cas, sévère dans uniquement 1.6% des cas (sous infliximab et rituximab).
- Aucun cas de tuberculose n'a été observé.
- Des réactions liées aux perfusions ont été objectivées dans 12 % des cas.
- Il s'agissait de réactions mineures n'ayant pas nécessité l'arrêt de la biothérapie dans 8 cas (5 cas de réactions cutanées à type de rash et un cas de lésions bulleuses, un cas de pic hypertensif, un cas d'oppression thoracique, un cas d'irritation laryngée).
- Les traitements incriminés étaient le rituximab( n=3), l'infliximab (n=2), l'adalimumab, l'etanercept et le tocizulimab dans un cas chacun.
- Deux cas de réaction majeure, choc anaphylactique, ont été notés sous infliximab.
- Toutes les complications avaient une évolution favorable.

## **DISCUSSION :**

- Les biothérapies sont associées à la survenue d'effets secondaires
- elles sont associées à une augmentation du risque infectieux, bien que ce sur-risque soit nuancé selon la source des données.
- Le risque d'infections sévères est notamment observé avec les agents anti-TNF $\alpha$ .
- Les anti-TNF $\alpha$  peuvent réactiver une tuberculose latente, notamment les anticorps monoclonaux.
- Un dépistage est donc obligatoire avant d'instaurer ces traitements
- L'incidence des néoplasies a surtout été évaluée avec les anti-TNF $\alpha$  et il existe une légère augmentation du risque de cancer cutané.
- Des complications sont spécifiques à certains agents : perforations digestives sous tocilizumab, élévation des paramètres lipidiques sous anti-TNF $\alpha$  ou tocilizumab, pathologie démyélinisante sous etanercept, réaction lors de la perfusion sous rituximab, risque d'infection bronchique sous abatacept chez les patients aux antécédents de bronchopneumopathie chronique obstructive.
- Un bilan préthérapeutique est donc exigé avant l'initiation de ces différents traitements.
- De façon globale, le rapport bénéfice-risque reste favorable pour ces agents biologiques.

## **Conclusion:**

la prescription des biothérapies impose une surveillance rigoureuse afin de limiter leurs effets indésirables potentiellement graves.

## **Bibliographie:**

- Eric T. Tolérance des biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. 18;2012:91-183.
- Salmon-Ceron D. Drug-specific risk of non-tuberculosis opportunistic infections in patients receiving anti-TNF therapy reported to the 3-year prospective French RATIO registry. Ann Rheum Dis 2011;70:616-23

# Comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Brahem M, Jguirim M, Mhenni A, Gaddour M, Lataoui S, Haj Hmed W, Sahli M, Zrouer S, Younes M, Bejja I, Touzi M, Bergaoui N. CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

## Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) retentit globalement sur la qualité de vie et à long terme sur l'espérance de vie des patients. L'augmentation significative de la comorbidité au cours de la PR est actuellement bien documentée.

L'objectif de ce travail était de définir le profil des comorbidités cardio-vasculaires et infectieuses et d'ostéoporose dans une cohorte de 111 PR.

## Patients et méthodes

Etude rétrospective portant sur 111 PR s'étalant durant la période entre 1997 et 2013. On a recueillie les données démographiques, la durée de la maladie, ses caractéristiques, les différents traitements ainsi que les pathologies associées.

## Résultats

L'âge moyen de notre population d'étude est de 51 ans [extrêmes allant de 18 à 80 ans]. 84,7 % étaient des femmes. La durée de l'évolution de la PR était de 6 ans et demi, le mode de début était une polyarthrite dans 84,7% des cas et une oligoarthrite dans 14,4% des cas. La moyenne du DAS 28 était de 5,15%. 37,3% présentaient une déformation articulaire et 68,2% avaient une atteinte radiologique. 67,5% avaient un facteur rhumatoïde positif et 44,1% avaient un anti-CCP positif.

Concernant les manifestations extra-articulaires : 6,3% avaient une fibrose pulmonaire, 37,8% avaient un syndrome sec, 4,5% avaient des nodules rhumatoïdes et 2% une néphropathie. 21,3% étaient ostéoporotiques et 4,5% avaient eu déjà une fracture. Parmi nos malades, 81% étaient sous anti-inflammatoires, 95,8% sous corticoïdes, 90% sous méthotrexate, 21% sous salazopyrine et 6,4% sous anti-TNF alpha.

**Voici les comorbidités élucidées au cours de la PR:**

>Les infections étaient observées chez 19,1 % a type d'infection bactérienne dans 11,8% des cas, virales et parasitaires respectivement dans 2,7% et 4,6%.

## Discussion

•Le pronostic fonctionnel de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été favorablement bouleversé par l'avènement des biothérapies mais les patients présentent un risque accru d'infections et de maladies cardiovasculaires.

•En fait, les comorbidités au cours de la PR sont plus fréquentes chez la femme après 50 ans, et sont dominées par l'HTA, le diabète, les infections et surtout l'obésité et le surpoids.

•Les infections au cours du PR ne sont pas uniquement liées à la pathologie elle même mais aussi aux effets indésirables des traitements et plus particulièrement la biothérapie

•Dans une étude publiée en 2013 par Manathip Osiri et Youwanuch Sattayasomboon, réalisée sur 684 patients atteints d'une PR. Les comorbidités ont été rapportées chez 434 patients (63,5%). La comorbidité la plus fréquente était l'hypertension artérielle (HTA) (51,2%). L'âge avancé et la présence d'une couverture maladie ont été associés à la présence de comorbidités.

• Le coût annuel moyen des traitements non liés à la PR chez les patients avec les comorbidités a été 15 fois plus important comparé au coût du traitement propre de la PR.

## conclusion

Il faut inciter à une analyse scrupuleuse du profil de comorbidité de toute PR et au dépistage systématique des facteurs de risque notamment cardiovasculaires afin de proposer des recommandations pour la prise en charge globale des PR en pratique courante.

## Bibliographie

- 1-Manathip O, Youwanuch S. Prévalence des comorbidités chez les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde suivis en consultation. Revue du Rhumatisme.80 ; 2013 ; 467-72.
- 2-Evaluation des comorbidités par les rhumatologues dans une population de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. A. Mauchamp, L. Sparsa, J. La Revue de Médecine Interne.35 ; 2014 :141.
- 3-B. Guellati, F. Rahal, La comorbidité au cours de la polyarthrite rhumatoïde: étude de cohorte de 500 patients. rhum.2006 ;10 :450.

Comorbidités cardiovasculaires	pourcentage
HTA	16,2%
diabète	18%
dyslipidémie	2,7%
Artériopathie MI	2,7%
Insuffisance rénale	3,6%
Insuffisance cardiaque	5,4%
Accident vasculaire ischémique	2%
Surpoids et obésité	40%

## Infections au cours de la PR



- bactériennes
- virales
- parasitaires

# Effets indésirables grave du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Baccouche K, Amri D, Alaya Z, Belghali S, Zeglaoui H, Bagane N, Bouajina E.  
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

## **INTRODUCTION :**

Le méthotrexate constitue la molécule de choix dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et ce pour son effet anti inflammatoire et immunosuppresseur qui permet de freiner la maladie. Cependant sa prescription doit prendre en compte ses différents effets secondaires. Le but de notre travail est de déterminer les effets indésirables graves du méthotrexate au cours de la polyarthrite rhumatoïde

## **PATIENTS ET METHODES :**

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale portant sur 100 dossiers de patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde et qui ont reçu comme traitement de fond le MTX seul, menée au service de rhumatologie sur 3 ans.

## **RESULTATS :**

- Il s'agissait de 81 femmes et de 19 hommes
- Age moyen de 46.3 ans (17-79ans).
- Le délai moyen de diagnostic était de 4 ans (2mois-25ans).
- Le MTX était débuté à une dose moyenne de 12,6 mg/sem (10-20 mg/sem).
- L'acide folique était prescrit chez tous les patients avec une dose moyenne de 10mg par semaine.
- Des effets indésirables sévères ont été rencontrés chez 9 patients:

- \*Une dysphagie totale avec gastrite compliquée de rétrécissement de l'œsophage thoracique apparue à 9 mois du traitement,
- \*2 patients ont présenté une réactivation d'une hépatite virale C respectivement à 11 mois et 20 mois du traitement,
- \*un seul cas de pneumopathie interstitielle d'hypersensibilité a été observé,
- \*une patiente ayant une sœur drépanocytaire a présenté à 12 mois de traitement une anémie hémolytique à 6.2 g/l,
- \*un patient a présenté une dermatose bulleuse,
- \*un autre a présenté un trouble de rythme avec trouble de relaxation du ventricule gauche.
- \*Deux cas ont présenté des infections sévères soit une tuberculose active à 22 mois de traitement et une surinfection staphylococcique d'une dermatose bulleuse dans un cas.
- Le méthotrexate a été définitivement arrêté dans tous les cas.

## **DISCUSSION:**

- Le MTX est plus souvent arrêté pour la survenue d'un effet indésirable que pour une inefficacité.
- Les effets indésirables les plus fréquents du MTX sont la toxicité hépatique, les symptômes et signes gastro-intestinaux et les effets sur le système nerveux central. La toxicité pulmonaire et hématologique (pancytopenie) sont rares.
- Dans la pratique quotidienne, il n'existe pas de preuve d'une augmentation de fréquence des infections pendant le traitement par MTX et il n'est pas indiqué d'arrêter le MTX lors d'une infection
- Une méta-analyse de neuf études montre que la supplémentation en acide folique diminue la toxicité digestive et hépatique du MTX, sans en réduire l'efficacité
- En utilisant une posologie adaptée dans le cadre d'une prise en charge optimale ayant pour but l'obtention d'une faible activité de la PR ou d'une rémission, le MTX reste le traitement de référence de la PR, souvent en association avec d'autres traitements de fond comme les glucocorticoïdes ou les traitements biologiques

## **Conclusion:**

La prescription du méthotrexate chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde doit prendre en considération les contre-indications du traitement et les effets indésirables qui peuvent survenir au cours du traitement, d'où l'intérêt d'une surveillance régulière et rigoureuse des ces patients.

## **Bibliographie:**

- Le méthotrexate est toujours le traitement de référence de la polyarthrite rhumatoïde. Revue du Rhumatisme; 76 ;2009: 819-822
- Visser K. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E initiative. Ann Rheum Dis 2009;68:1086-93

# Effets indésirables cutanés sous biothérapies

Amri D. 1, Belghali S. 1, Aounallah A.2, Baccouch K. 1, Bouzaouech M. 1, Alaya Z. 1, Zeglaoui H. 1, Bouajina E. 1.  
1 Service de rhumatologie chu Farhat Hached, Sousse.  
2 Service de dermatologie chu Farhat Hached, Sousse.

**INTRODUCTION:** Les biothérapies ont récemment élargi l'arsenal thérapeutique disponible en rhumatologie. Mais ils peuvent s'accompagner de nombreux effets indésirables (EI) entre autre cutanés. Certaines de ces manifestations cutanées sont fréquentes et spécifiques ce qui impose une surveillance clinique attentive des patients traités. L'objectif de cette étude était d'étudier différentes manifestations dermatologiques survenant sous biothérapies.

**Conclusion:** La littérature rend compte de la multiplicité et de la diversité des complications cutanées relatives aux traitements par biothérapies. L'apparition de ces effets secondaires cutanés n'impose généralement pas l'arrêt du traitement. Un traitement symptomatique est le plus souvent proposé.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective portant sur tous les patients traités par biothérapie et ayant eu une réaction cutanée. 101 dossiers de patients ont été analysés entre 2000 et 2015 au service de Rhumatologie de Sousse.

## RESULTATS :

L'Infliximab était prescrit dans 30 cas, l'Etanercept dans 22 cas, l'Adalimumab dans 20 cas et le Rituximab dans 29 cas. Douze patients avaient développé un effet indésirable cutané. Il s'agissait de 7 femmes, 4 hommes et un enfant. L'âge moyen était de 44 ans (13-69 ans). Pathologies : 8 polyarthrites rhumatoïdes, 2 spondylarthrites ankylosantes, 1 maladie de Still et 1 AIJ dans sa forme spondyloarthritique.

Réactions cutanées observées	Nb de cas	Traitement	Conduite à tenir
Réaction cutanée au point d'injection	2 cas	1 Etanercept 1 Adalimumab	Traitement local par corticoïdes avec application de glace
Réaction d'hypersensibilité systémique modérée	2 cas	Infliximab	Ralentissement de la perfusion, ou son arrêt provisoire + antihistaminiques
Réaction d'hypersensibilité systémique sévère	3 cas	2 Infliximab 1 Rituximab	Arrêt immédiat de la perfusion + corticothérapie + mesures de réanimation
Onychomycose	2 cas	1 Etanercept 1 Rituximab	Antifongique
Impétigo	1 cas	1 Etanercept	ATB
Pityriasis rosé de Gibert			Antihistaminique
Lésions purpuriques (Infection par parvovirus B19)	1 cas	1 Rituximab	Surveillance clinique et biologique (sérologie)



Réaction hypersensibilité modérée

## DISCUSSION:

Notre travail met en évidence des effets indésirables cutanés variés chez des patients traités par les anti-TNF $\alpha$  ou les anti CD20 dans le cadre de rhumatismes inflammatoires chroniques dont la majorité est la polyarthrite rhumatoïde ce qui rejoint les études publiées. Parmi les 101 patients inclus, 12 ont présenté des manifestations cutanées. Les réactions immuno-allergiques représentaient les principales manifestations cutanées survenues principalement sous anti-TNF $\alpha$ . Les autres événements cutanés les plus souvent recueillis étaient des infections. Aucun cas de syndrome lupique, de vascularite ou de cancer cutané n'a été noté. Dans la littérature les manifestations infectieuses cutanées rapportées sous anti-TNF $\alpha$  sont principalement des infections fongiques, bactériennes et virales bénignes, dans notre série un cas d'infection bactérienne et 2 cas d'infections virales ont été notés. Les anti TNF ciblent des composantes clés du système immunitaire ce qui pourrait expliquer la susceptibilité accrue aux infections. Peu d'études existent actuellement sur le risque infectieux cutané du Rituximab : celles conduites dans la population traitée pour lymphomes ont montré que l'on n'observe pas d'augmentation de l'incidence des infections. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'infections cutanées graves rapportées sous Rituximab. Le risque tumoral associé à l'utilisation des biothérapies est une préoccupation actuelle, le taux d'incidence des carcinomes sous biothérapie est évalué entre 4 et 5% sans précision sur la fréquence respective des Carcinomes basocellulaire et Carcinome Epidermoïde. La survenue d'effets secondaires cutanés sous biothérapie n'impose pas obligatoirement l'arrêt du traitement, la prise en charge dépend de la nature de la réaction et de la gravité. Un traitement symptomatique est le plus souvent proposé, à l'origine d'une amélioration, voire d'une disparition des manifestations cutanées.

## Bibliographie:

M. Hello Manifestations cutanées des thérapies ciblées. La Revue de médecine interne 2012;33: 273-278.  
A. Barbaud. Hypersensitivity to biotherapeutics. Revue Française d'allergologie 2012;52: 174-178.

**Conclusion:** La biothérapie a représenté une avancée importante dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques. Néanmoins, on assiste à la description de plus en plus fréquente d'effets secondaires, notamment cutanés. La connaissance de ces différents effets secondaires cutanés permet au clinicien de mieux les prévenir et les traiter.

# Maladie de Horton : à propos de 8 cas

Baccouche K, Amri D, Alaya Z, Belghali S, Zeglaoui H, Bagane N, Bouajina E.  
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

## **INTRODUCTION :**

La maladie de Horton (MH) ou artérite à cellules géantes (ACG) est la plus fréquente des vascularites systémiques intéressant les artères de gros et moyen calibre du sujet de plus de 50 ans. Le but de notre travail est de rapporter les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la MH.

## **PATIENTS ET METHODES :**

Etude rétrospective menée au service de rhumatologie intéressant 8 cas de maladie de Horton sur une période de 5 ans (2009-2014).

## **RESULTATS :**

- Il s'agit de 8 patients dont 6 femmes et 2 hommes, d'âge moyen 68 ans (55-83).
- La maladie avait une installation brutale dans 4 cas.
- Le motif de consultation était des polyarthralgies inflammatoires dans 5 cas.
- Des signes généraux étaient rapportés chez 4 patients à type d'AEG chez 4 patients et de fièvre chez 2 patients.
- Des céphalées récentes étaient notées dans 6 cas.
- Une diminution des pouls temporaux était présente dans 3 cas, des claudications de la mâchoire dans 2 cas et une hyperesthésie de cuir chevelu dans 1 cas.
- Une atteinte visuelle était notée chez 5 patients à type de baisse de l'acuité visuelle dans 3 cas et de flou visuel dans deux cas. -
- L'examen ophtalmologique a mis en évidence une neuropathie optique ischémique dans 2 cas.
- Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans tous les cas.
- La biopsie des artères temporales a mis en évidence une artérite granulomateuse temporale dans 5 cas.
- Sur le plan thérapeutique tous les patients ont reçu une corticothérapie avec une dose moyenné de 1mk/kg.
- Une amélioration clinique et biologique était notée chez tous les patients.

## **DISCUSSION :**

- La maladie de Horton est une artérite inflammatoire touchant les artères de gros et moyen calibre avec une prédilection pour les branches crâniennes des artères provenant de l'arc aortique et notamment de la carotide externe, ainsi que pour les artères à destinée ophtalmique.
- Elle peut cependant toucher l'aorte et ses grosses branches et plus rarement des artères viscérales diverses ou des artères des membres.
- Elle se caractérise sur le plan histologique par une infiltration des parois artérielles par des cellules inflammatoires, avec présence de cellules géantes.
- Elle concerne en règle la personne âgée, avec une incidence maximum dans la fourchette de 70 à 75 ans et elle est exceptionnelle avant l'âge de 50 ans.
- Le diagnostic est fondé sur trois caractéristiques cliniques (âge supérieur à 50 ans, céphalées d'apparition récente, induration et diminution de la pulsatilité de l'artère temporale) et deux caractéristiques paracliniques (VS élevée supérieure à 50, inflammation granulomateuse à la biopsie de l'artère temporale ).
- L'échographie de l'artère temporale est parfois utile lorsque la suspicion de diagnostic est faible. Les signes échographiques à rechercher sont le signe du halo, la sténose ou l'occlusion de l'artère.
- L'amélioration de la qualité de vie des patients passe largement par une gestion rigoureuse de la corticothérapie à la lumière des études publiées, et par l'optimisation de la prévention des risques osseux et vasculaires.

## **Conclusion:**

la maladie de Horton est une entité bien connue dans sa forme typique. Les formes atypiques méritent d'être connues pour permettre un diagnostic précoce et afin d'éviter l'apparition des complications.

## **Bibliographie:**

- 1. P.-Y. Hatron. La maladie de Horton; Médecine Nucléaire;33;2009: 505-507
- 2. L. Saller. Qu'a-t-on appris sur la maladie de Horton depuis dix ans ?; La revue de médecine interne 25 ;2004; 815-825

# Analyse des causes d'arrêt des anti TNF alpha en rhumatologie

Amri D, Baccouche K, Alaya Z, Belghali S, Zeglaoui H, Bagane N, Bouajina E.  
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

## **INTRODUCTION :**

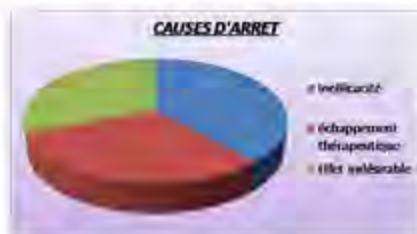
Dès leur avènement, les anti-TNF alpha ont instauré une révolution thérapeutique en rhumatologie; néanmoins on est amené dans plusieurs situations à arrêter leur prescription. L'objectif de ce travail est d'analyser les différentes causes d'arrêt de ce traitement chez des patients atteints de PR, SPA ou AJI

## **PATIENTS ET METHODES :**

Nous avons analysé de façon rétrospective les dossiers de patients atteints de PR, SPA ou AJI, traités par un anti-TNF alpha entre 2000 et 2015. Nos prescriptions respectaient les recommandations internationales et l'AMM tunisienne.

## **RESULTATS :**

- soixante douze dossiers ont été analysés.
- L'infliximab était prescrit dans 30 cas, l'etanercept dans 22 cas et l'adalimumab dans 20 cas.
- L'arrêt de l'anti-TNF était indiqué dans 19 cas.
- Dix patients avaient une PR, 8 une SPA et un patient une AJI,
- Ces patients étaient répartis en 11 femmes et huit hommes âgés en moyenne de 44 ans.
- L'arrêt de la biothérapie a été indiqué pour le rémicade chez 14 patients, l'enbrel chez 8 patients et l'humira chez 4 patients.
- Les causes d'arrêt étaient dominées par:



- effet indésirable dans 8 cas à type de :
  - \* réaction d'hypersensibilité systémique dans 4 cas,
  - \* la découverte d'un adénocarcinome du cavum, d'une TBK pulmonaire évolutive, d'une fibrose pulmonaire et d'une cytolysé hépatique dans un cas chacun.

## **DISCUSSION :**

- Dans notre étude la cause d'arrêt des biothérapies était dominée par l'inefficacité avec un taux d'arrêt plus important pour l'infliximab.
- l'effet secondaire le plus rapporté était la réaction d'hypersensibilité systémique.
- Dans le registre DANBIO , parmi les 764 patients recevant un premier anti-TNF, les raisons d'arrêt dans 95 cas (44 %) étaient en rapport avec les effets secondaires avec un taux d'arrêt plus important chez les patients sous IFX.
- Les données dérivées du registre BSR avaient révélé un taux de 23,5 % d'arrêt lié aux effets secondaires chez les patients traités par IFX versus 12,3 % sous ETA et 14,8 % sous ADA .
- Dans une autre étude, 18,1 % des arrêts de traitement étaient liés aux effets secondaires sous un premier anti-TNF. Les effets secondaires étaient identiques à ceux rapportés dans la littérature, avec des réactions allergiques (essentiellement cutanées), réactions paradoxales (exacerbation de psoriasis ou psoriasis de novo), des infections et des néoplasies .

## **Conclusion :**

Les inhibiteurs du TNF $\alpha$  ont transformé le pronostic des formes réfractaires de polyarthrite rhumatoïde et de spondylarthropathie. Quelques problèmes peuvent nous inciter à arrêter ce traitement de façon définitive ou d'en faire un switch et dans ce contexte on insiste sur le risque infectieux et néoplasique

## **Bibliographie :**

1. Glinborg B, Østergaard M, Dreyer L, et al. Treatment response, drug survival, and predictors thereof in 764 patients with psoriatic arthritis treated with antitumor necrosis factor therapy: results from the nationwide Danish DANBIO registry. *Arthritis Rheum* 2011;63:382-90.
2. Anne-Sophie Soubrier. Réponse au traitement, maintien thérapeutique et tolérance des anti-tumeur necrosis factor chez 193 patients atteints de rhumatisme psoriasique : une expérience de 12 ans dans la « vraie vie ». *Revue du rhumatisme* 2015;82:99-105.



# Maladie cœliaque et ostéodensitométrie

Baccouche K, Amri D, Alaya Z, Belghali S, Zeglaoui H, Bagane N, Bouajina E.  
Service de rhumatologie chu Farhat Hached , Sousse, Tunis

## **INTRODUCTION :**

La malabsorption dans La maladie cœliaque (MC) est responsable d'une altération du métabolisme osseux. La diminution de la masse osseuse en constitue une manifestation fréquente qui peut aggraver la morbidité et altérer davantage la qualité de vie.

## **PATIENTS ET METHODES :**

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 8 cas de MC diagnostiqués sur des arguments cliniques, immunologiques, endoscopiques, histologiques et évolutifs, colligés dans le service de Rhumatologie de Sousse (entre 2002 et 2015) ; nous avons étudié l'association entre la MC et la baisse de la masse osseuse.

## **RESULTATS :**

- Il s'agissait de 8 femmes âgées en moyenne de 35,7 ans (16 à 60 ans).
- Sur le plan clinique, les manifestations digestives à type de diarrhées et d'amaigrissement étaient présentes dans 2 cas.
- La FOGD avec biopsie duodénale réalisée chez 6 patientes a noté une atrophie villositaire dans 5 cas.
- A l'immunologie, les anticorps anti-transglutaminases, anti-endomysium et anti-gliadine étaient positifs chez 5 patients.
- La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par absorptiomètre biphotonique à rayon X était réalisée chez tous nos patientes avec évaluation du T-score et du Z score.
- La DMO était basse chez 7 patientes avec un T-score vertébral moyen à -3.5 DS (-2,5 à -5,7) et un T-score fémoral moyen de -3 DS (-2,5 à -4,1).
- Il s'agissait d'une ostéomalacie dans 3 cas.
- La baisse de la DMO était révélatrice de la maladie (MC) dans 3 cas.
- Toutes les patientes étaient traitées par un régime sans gluten (RSG) associé à une substitution vitamino-calcique.
- On n'a pas fait de contrôle DMO.

## **DISCUSSION :**

Une baisse de la DMO est fréquemment observée au cours de la MC pouvant atteindre jusqu'à 70% des cas.

- La prévalence de la perte osseuse est variable selon les études ; l'ostéopénie varie de 18% à 75% et l'ostéoporose de 7 à 47% selon les séries. Cette variation est en rapport avec l'hétérogénéité des séries, la durée variable du RSG, la multiplicité des méthodes de mesure de la DMO et des sites osseux explorés.
- Une étude faite sur une population tunisienne comportant 30 malades et 30 témoins a montré une prévalence élevée de la perte osseuse chez les malades coeliaques (70%) par rapport aux témoins (6,6%).
- Certains préconisent la réalisation systématique d'une DMO au moment du diagnostic de la maladie . Néanmoins, il n'y a pas de consensus actuel pour le moment idéal de la mesure densitométrique chez ces malades .
- En effet, l'intérêt d'un dépistage systématique de la MC chez des patients ayant une ostéoporose demeure un sujet de controverse.
- Beaucoup d'auteurs ont retrouvé une augmentation de la prévalence de la MC chez des patients ostéoporotiques . Alors que d'autres, comme Sahli et al ont trouvé une prévalence de 1 % de MC chez les femmes tunisiennes ostéoporotiques, ce qui n'est significativement pas différent de la prévalence de la MC dans la population générale en Tunisie.

## **Conclusion:**

L'ostéoporose n'est pas rare au cours de la MC. D'où l'intérêt de pratique systématique d'une DMO chez les patients atteints d'une MC.

## **Bibliographie:**

1. Papamichael K, Kokkinakis E, Archavlis EJ, Theodoropoulos L et al (2010) Effect of a gluten free diet on bone mineral density in patients with celiac disease Gastroenterology 2010; 138/5 SUPPL. 1 (S308)
2. Fasano A, Bertl I, Gerarduzzi T et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. Arch Intern Med 2003;163: 286-92.
3. Younes Mohamed, Prévalence de la perte osseuse au cours de la maladie coeliaque de l'adulte et facteurs associés: Etude cas témoins. a tunisie Medicale - 2012 ; Vol 90 ( n°02 ) : 129-135

# **Polyarthrite rhumatoïde en échec de méthotrexate : étude d'une série Tunisienne de 68 cas**

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

## **INTRODUCTION :**

Le méthotrexate (MTX) est actuellement considéré comme le traitement de fond de référence de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Il constitue le premier traitement de fond prescrit (sauf dans les formes sévères). Le but de notre travail était d'étudier les différentes alternatives thérapeutiques après échec du méthotrexate.

## **PATIENTS ET METHODES :**

Etude rétrospective portant sur 68 cas de PR colligés dans le service de Rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse en Tunisie. Pour 14 patients en échec de MTX, on a consigné les différents traitements de fond de relais.

## **RESULTATS :**

- On a colligés 68 patients (53 femmes et 15 hommes), d'un âge moyen à 49,8 ans (20-76 ans).
- Tous les patients ont été mis sous MTX avec un délai moyen de 1 mois.
- L'échec du MTX a été noté chez 14 patients après une durée moyenne de traitement de 4 ans.
- Les traitements de relais étaient : les antipaludéens de synthèse (APS) dans 1 cas, le léflunomide dans 1 cas, la biothérapie dans 3 cas (adalimumab dans 1 cas et etanercept dans deux cas) et une association MTX à la Salazopyrine dans 9 cas.



- Les patients mis sous APS et Salazopyrine n'avaient pas de sécurité sociale nécessaire dans notre pays à la prescription de léflunomide et des biothérapies. –
- Chez deux de nos patients mis sous méthotrexate et salazopyrine on a noté un échec du traitement de relais, ils ont été mis alors sous léflunomide et biothérapie dans chaque cas.

## **DISCUSSION :**

- L'efficacité des nouveaux traitements de la PR est évaluée de manière de plus en plus fine, grâce aux données cliniques, biologiques et radiologiques.
- Des outils comme les critères ACR ou EULAR sont disponibles pour comparer l'efficacité des différents traitements.
- Plusieurs travaux ont été réalisés afin d'établir un arbre décisionnel pour le choix d'un traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une PR en échec de méthotrexate
- Le rapport risque sur bénéfique de chaque traitement doit être évalué au cas par cas avant de décider du meilleur choix d'un traitement de fond.
- Dans la pratique quotidienne, d'autres facteurs peuvent intervenir comme l'âge, la présence de comorbidités, le niveau socioculturel.
- une mise à jour de ces recommandations sera nécessaire compte tenu du grand nombre de nouvelles molécules actuellement en cours d'évaluation.

## **Conclusion :**

Les PR en échec de MTX sont des PR actives et sévères, nécessitant l'essai de plusieurs traitements de fond parmi lesquels les biothérapies restent le relais de choix du MTX.

## **Bibliographie**

- 1.Olivier Meyer.Arbre décisionnel permettant le choix en pratique clinique d'un traitement de fond de seconde intention au cours de la polyarthrite rhumatoïde récente, après échec d'un traitement de fond de première intention d'une durée de six mois. Revue du Rhumatisme;2007;74: 79-84
2. Le Loët X, Berthelot JM, Cantagrel A, Corbe B, De Bandt M, Fautrel B, et al. Clinical practice decision tree for the choice of the first disease modifying antirheumatic drug for very early rheumatoid arthritis: a 2004 proposal of the French Society of Rheumatology. Ann Rheum Dis 2006; 65:45-50.

# Effacité clinique, biologique et structurale de la biothérapie dans la polyarthrite rhumatoïde.

Bouzaouache Monia, Baccouche Khadija, Amri Dorra, Alaya Zeineb, Belghali Sfaa, Zeglaoui Hela, Bouajina Elyes  
CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

La découverte du rôle des cytokines pro-inflammatoires et des lymphocytes B, plus précisément, a guidé vers la conception de la biothérapie qui est venue enrichir l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Ce travail vise à déterminer l'efficacité clinique, biologique et structurale des traitements biologiques chez une population tunisienne.

## Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective qui inclue 47 patients suivis au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse pour polyarthrite rhumatoïde et chez qui un traitement biologique a été indiqué

## Résultats :

Il s'agissait de 89.3 % des femmes et de 10.6 % d'hommes, d'âge moyen de 47.8 ans. La durée d'évolution de la PR était en moyenne de 11.2 ans. Le score DAS28 du départ était de 6.15 avec un HAQ de 1.79. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez 71.62%. Le facteur rhumatoïde était positif dans 68.25% des cas et l'anti-CCP l'était dans 59.4% des cas. Près de 88% des PR avaient des érosions à l'imagerie.

Les biothérapies indiquées étaient l'infliximab chez 31.91% des malades, le rituximab chez 31.9%, le tocilizumab chez 25.53%, l'étanercept chez 6.3%, et l'adalimumab chez 4.25% des malades. Sous infliximab, le DAS28 est passé à 4.75 au bout de 3 mois puis à 4.03 à bout de 1 an. Le HAQ est passé de 1.62 à 3 mois à 1.28 à 12 mois. Chez 5 patients on a noté un échappement thérapeutique jugulé par l'augmentation des doses chez 2 patients et le rapprochement des perfusions chez un patient. On a switché vers le rituximab chez 2 patients. Sous rituximab, à 3 mois le DAS28 est passé en moyenne à 4.12, le HAQ à 1.62. Trois patients n'ont pas répondu. Sous tocilizumab, la réponse était bonne chez tous les patients et l'évolution au bout de 1 an était comme suit : DAS28 à 2.05, un HAQ à 0.6. Une stabilité structurale était notée chez tous les patients ayant bénéficié d'un contrôle radiologique au bout de un an, toutes biothérapies confondues.

## Discussion :

Dans le domaine de la biothérapie, on dispose en Tunisie des anti TNF alpha, à savoir l'infliximab, l'atanarcept et l'adalimumab, des anti CD20 : le mabthéra et des anti IL6 : le tocilizumab. Leur avènement a constitué une véritable révolution dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. L'efficacité de ces molécules autant sur le plan clinique que biologique et structurale a été prouvée et approuvée par plusieurs études dont la notre. Cependant leur prescription doit se baser sur des critères sélectifs d'activité et de sévérité de la maladie vue l'absence de recul quant aux effets indésirables à long terme.

De nombreuses méta-analyses avaient comparé plusieurs biothérapies dans la PR. Une revue générale de la Cochrane avait analysé l'efficacité des biothérapies dans la PR sans stratification basée sur la précédente utilisation de MTX et avait suggéré une efficacité similaire de l'étanercept, l'adalimumab et le rituximab. Une méta-analyse récemment publiée de données provenant de non-répondeurs au MTX avait indiqué que le taux de réponse ACR50 à six mois était significativement plus élevé sous anti-TNF que sous abatacept. Les résultats d'une méta-analyse menée par Audrey et collaborateurs, suggèrent que les biothérapies combinées avec le MTX sont plus efficaces que le MTX seul chez les patients présentant une PR. Chez les patients naïfs de MTX, toutes les biothérapies avaient approximativement la même efficacité durant la première année. Cependant, les anti-TNF étaient plus aptes à inhiber la progression radiographique que le rituximab et l'abatacept. Chez les patients mauvais répondeurs au MTX, la biothérapie avec le MTX avaient montré une meilleure efficacité clinique que le MTX seul, sans différence significative entre les biothérapies.

## Conclusion :

L'avènement des biothérapies a révolutionné la prise en charge des maladies rhumatismales, notamment de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Néanmoins, devant l'absence de réponse à ces molécules chez certains patients et l'échappement thérapeutique presque inévitable, d'autres perspectives thérapeutiques devraient être recherchées.

**Bibliographie:** [1] Élisabeth Solau-Gervais. Revue du rhumatisme 79 (2012) 73-77  
[2] Éric Toussirot a. Revue du rhumatisme 77 (2010) 169-173

# Efficacité et tolérance du rituximab au cours de la polyarthrite rhumatoïde naïve aux anti TNF alpha

Bouzaouache Monia, Baccouche Khadija, Amri Dorra, Alaya Zeineb, Belghali Sfaa, Zeglaoui Hela, Bouajina Elyes  
CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

Le rituximab est un anticorps monoclonal chimérique anti-CD20. Il s'attaque aux lymphocytes B responsables de nombreux effets pathogènes dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). Ce travail vise à évaluer l'efficacité et la tolérance de ce traitement au cours de la PR.

## Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant concerné 15 patients suivis au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse, porteurs d'une polyarthrite rhumatoïde et chez qui le rituximab a été indiqué de 1<sup>ère</sup> intention. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan pré-biothérapie qui était négatif.

## Résultats :

Il s'agissait de 14 femmes et d'un homme d'âge moyen de 49 ans. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 13 ans. Le score d'activité de la maladie (DAS28) était de 5.93 avant le début du traitement par le rituximab. Le HAQ moyen était de 2.58, la VS de 63.73 et la CRP de 19.38.

La PR était destructrice dans près de 99% des cas. Tous les patients étaient sous traitement de fond, méthotrexate dans 99.33% des cas associé à la salazopyrine dans 60% des cas. L'indication de passage à la biothérapie était comme suit : l'échec de deux traitements de fond dans 60% des cas, l'échec du méthotrexate seul dans 33.33% des cas et la présence d'une contre-indication aux anti-TNF dans un seul cas.

Au bout de 6 mois, 80 % des patients ont bien répondu au traitement par anti CD20 avec en moyenne un DAS28 à 4.03, un HAQ à 1.25 et une VS à 34. On a noté une stabilité radiologique chez tous les patients ayant bénéficié d'un contrôle radiologique au bout de 1 an. Pour les effets indésirables, trois patients ont présenté une réaction à la perfusion de rituximab correspondant respectivement à une éruption érythémateuse localisée des avant bras, à un pic hypertensif et à l'installation de vertige d'asthénie et de nausées avec une évolution favorable dans les 3 cas. Des complications infectieuses ont été décrites chez 4 patients : 2 cas de broncho-pneumopathie, un abcès de la rate et une infection à parvovirus B19 avec une bonne évolution.

## Discussion :

Le rituximab est actuellement prescrit pour le traitement des PR actives après un anti-TNF. Lors de plusieurs essais randomisés, le rituximab a prouvé son efficacité chez des patients avant traitement par anti-TNF et après. Une étude observationnelle rétrospective réalisée par Élisabeth Solau et collaborateurs a analysé la réponse au rituximab en pratique quotidienne chez des patients anti-TNF naïfs. Il n'y avait aucune différence significative entre le nombre de répondeurs EULAR entre les patients n'ayant pas reçu d'anti-TNF auparavant (78,6 %) et ceux qui en avaient déjà reçu (74,1 %) ( $p = 1$ ).

En dehors du contexte des biothérapies, la PR est associée à une augmentation du risque infectieux bactérien comparativement à la population générale. Concernant le RTX, les essais cliniques randomisés n'ont pas mis en évidence d'augmentation du risque d'infections sévères ou opportunistes, comparativement au groupe témoin. Dans l'étude d'Edwards et al., des infections sévères ont été constatées chez un patient du groupe MTX comparativement à quatre dans les groupes comportant le RTX. Dans l'étude DANCER, les taux d'infections étaient de 3,19/100 patient-années dans le groupe MTX + placebo et 4,74/100 patient-années dans le bras de 1000 mg de RTX. Dans l'étude REFLEX, le taux d'infections sévères était de 3,7/100 patient-années dans le groupe MTX + placebo et 5,2/100 patients années dans le groupe RTX + MTX. Les études d'extension en ouvert de ces essais RTX n'ont pas mis en évidence de majoration de ce risque infectieux, notamment avec la répétition des cycles de traitement. Le risque infectieux apparaît même plutôt important les premiers mois qui suivent l'administration du RTX pour décroître ensuite, quel que soit le cycle de traitement. Dans ces différents essais cliniques, les sepsis les plus courants étaient les *infections respiratoires, nasopharyngées, urinaires et sinusiennes.*

## Conclusion :

La PR est la première maladie auto-immune pour laquelle l'efficacité du rituximab a été démontrée par des études contrôlées. Ce dernier doit être réservé cependant pour les PR insuffisamment contrôlées par un traitement de fond.

**Bibliographie:** [1] Élisabeth Solau-Gervais. Revue du rhumatisme 79 (2012) 73-77  
[2] Éric Toussierot a. Revue du rhumatisme 77 (2010) 169-173

# Polyarthrite rhumatoïde et auto-immunité

I Abdelkefi, S Rekik, S Boussaid, R Alaya, H Sahli, E Cheour, M Elleuch  
Service de rhumatologie La Rabta

## Introduction

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une affection multifactorielle relevant des facteurs génétiques, hormonaux, environnementaux, neuropsychologiques et immunologiques.
- Elle peut être isolée ou s'associer à d'autres maladies auto-immunes.
- Le but de ce travail est d'étudier le profil immunologique au cours de la PR et comparer l'auto-immunité entre les PR féminines et masculines.

## Matériels et méthodes

- Etude rétrospective incluant les patients atteints de PR répondant aux critères ACR hospitalisés entre Janvier 2011 et Décembre 2013.
- La sélection des patients a été faite au hasard.
- Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.
- Une comparaison du profil immunologique a été effectuée entre les hommes et les femmes.

## Résultats

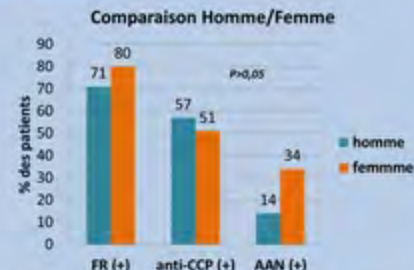
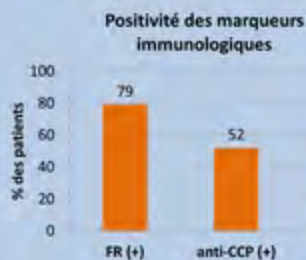
### Caractéristiques de la population

- 42 patients : 35 femmes et 7 hommes (sex-ratio=0.2)
- âge moyen = 61.1 (44-87) ans.

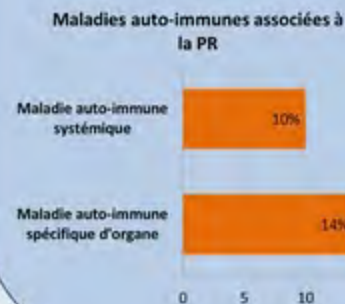


- Durée moyenne de la PR=12,2 (2-27) ans
- DAS 28 moyen=6,4 (4,05-8,05)
- Traitement par corticoïdes=100% des patients

### Caractéristiques immunologiques



- Maladie auto-immune associée à la PR dans 24% des cas : 29% des hommes versus 23% des femmes ( $p > 0,05$ )



- **Maladie auto-immune spécifique d'organe:** une cirrhose biliaire primitive (1 cas), une maladie d'Addisson (1 cas), une maladie de Beirmmer (1 cas) et une hypothyroïdie auto-immune (3 cas).
- **Maladie auto-immune systémique :** un syndrome de Sjögren secondaire (3 cas) et une sclérodermie (1 cas)

## Discussion

- Le diagnostic précoce de la polyarthrite rhumatoïde repose essentiellement sur des marqueurs immunologiques (FR et anticorps anti-CCP).
- Le FR est plus fréquent que les anticorps anti-CCP sans différence entre les deux sexes.
- L'association PR-syndrome de Sjogren est la plus fréquente dans la littérature.
- Dans notre étude, aucune association statistiquement significative n'a pu être identifiée vue le faible effectif.

## Conclusion

- L'association entre la PR et une autre maladie auto-immune est fortuite entrant dans le cadre d'un terrain d'auto-immunité multiple.
- Une maladie auto-immune associée est toujours à évoquer devant les différentes manifestations systémiques aussi bien chez l'homme que chez la femme.

# devenir des ruptures de la coiffe des rotateurs non opérées

monia othman;wided korbaa;khaouther mokhtar; mahbouba jguirime; saumaya attig, zouhour agiur;saoussen zrou; ismail bejia; mongi touzi; naceur bergaoui. hôpital fattouma bouguiba monastir

## INTRODUCTION:

L'objectif de notre travail a été d'évaluer l'apport de la rééducation et de traitement médical dans les ruptures de la coiffe des rotateurs et de savoir le devenir de ces coiffes rompues à long terme.

## MATERIELS ET METHODES:

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant sur une période allant de 2009 à 2014.

L'évaluation a été basée sur l'intensité de la douleur (EVA), la mobilité articulaire active et passive, la force musculaire, le degré de satisfaction des patients.

## RESULTATS:

Il s'agit de huit femmes et deux hommes, d'âge moyen 56ans (46–75 ans). L'évaluation finale a été réalisée avec un recul moyen cinq ans (deux à cinq). L'EVA douleur moyenne est passé de  $80,3 \pm 31$  à  $20,3 \pm 12$  au repos et de  $80,5 \pm 36$  à  $40,3 \pm 15$  à l'effort. Toutes les amplitudes articulaires actives ont été améliorées à l'évaluation finale. Le score de « Constant modifié » est passé de  $28,8 \pm 14,2$  à  $51,6 \pm 21,8$ . Le score de qualité de vie SF36 a été amélioré de 16 %. À l'évaluation finale de l'étude, 62,7 % des patients étaient satisfaits et très satisfaits. L'évolution a été jugée bonne à très bonne pour 07patients (70 %). L'amélioration de la qualité de vie paraît bien corrélée à la diminution de la douleur au repos ( $r=0,62$ ) et à l'effort ( $r=0,59$ ) et à l'amélioration du score de Constant.

## DISCUSSION:

L'atteinte dégénérative des tendons de la coiffe des rotateurs conduit généralement à la rupture chez un grand nombre de sujets surtout au-delà de 60 ans. Certains de ces patients restent toujours asymptomatiques. Classiquement, on considère que l'état fonctionnel des épaules atteintes d'une rupture de la coiffe des rotateurs est dans l'ensemble satisfaisant chez les sujets âgés. Les patients symptomatiques ayant une rupture de la coiffe des rotateurs (RCR) confirmée radiologiquement souffrent d'une douleur et d'une atteinte fonctionnelle importante (habillage, toilette personnelle, le ménage.). Les sujets jeunes sont certes moins touchés mais présentent cependant un handicap majeur aussi bien dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) que dans les activités professionnelles. Une stratégie thérapeutique adéquate s'impose chez les patients symptomatiques. Le traitement conservateur est souvent offert comme premier moyen thérapeutique pour les patients ayant une rupture complète des tendons de la coiffe des rotateurs. Le traitement des ruptures des tendons de la coiffe des rotateurs varie du traitement conservateur (incluant les exercices de rééducation, électrothérapie, acupuncture, les thérapies manuelles, les infiltrations) à la chirurgie. Il y a peu d'études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du traitement conservateur dans la prise en charge des ruptures de la coiffe des rotateurs de même pour les résultats de ce type de prise en charge au long court. Toutes ces études suggèrent que la rééducation fonctionnelle (renforcement et étirement), quand elle fait partie du programme thérapeutique, a des effets bénéfiques pour les patients ayant des épaules symptomatiques avec une RCR évidente à l'exploration radiologique ou arthroscopique. Actuellement, le traitement conservateur est préconisé en première intention dans la prise en charge des RCR en dehors des ruptures aiguës traumatiques chez les sujets jeunes moins de 50 ans et actifs.

Notre étude vient confirmer l'effet bénéfique à long terme de la rééducation fonctionnelle en association au traitement médical avec 70 % de bons résultats et avec un recul moyen de cinq ans. Cette amélioration est nette et significative pour les différents paramètres à savoir la douleur, la fonction et la mobilité articulaire. Cette amélioration est aussi bien intéressante pour la douleur (60 %) que pour la fonction (80 %). Cette amélioration a permis une amélioration de la qualité de vie de nos patients mais avec un pourcentage d'amélioration du score total du SF-36 uniquement de 20 %. L'évolution naturelle des RCR à moyen et à long terme suite au traitement conservateur est variable d'un individu à un autre et c'est essentiellement le développement spontané ou non de suppléances musculaires, qui peut expliquer la grande variabilité du tableau clinique. De plus, on sait que la pathologie dégénérative tendineuse est lentement évolutive et peut rester longtemps asymptomatique. Les résultats du traitement conservateur sont diversement appréciés dans la littérature. Le pourcentage de patients améliorés varie de 40 % à plus de 80 % selon les auteurs. Cette variation est rattachée à la diversité des protocoles thérapeutiques, au recul et à la diversité des méthodes utilisées pour l'évaluation des résultats (critères subjectifs et/ou objectifs, utilisation ou non de score fonctionnel et le type de score). Le paramètre le plus souvent amélioré par le traitement conservateur est la douleur. La mobilité et la fonction sont améliorées à un degré moindre et la force musculaire reste cependant pratiquement inchangée. Dans notre étude, on a trouvé une amélioration de la douleur de 58,5 % et de la fonction de 79,2 %. Pour la force musculaire, elle est déjà diminuée à l'évaluation initiale et le pourcentage d'amélioration est moindre (28 %) par rapport à celui de la douleur et de la fonction. McCabe et al. ont rapporté que les patients ayant une rupture massive de la coiffe (identifiée lors d'une chirurgie arthroscopique) avaient une réduction significative de la force musculaire du côté rompu par rapport à l'épaule controlatérale asymptomatique et cela quant la force est testée à 108 d'abduction. Tous ces résultats laisse supposer que l'évaluation de la force musculaire par un simple testing manuel dans les ruptures de la coiffe des rotateurs est douteuse surtout lorsqu'il existe une composante douloureuse associée et nous incite à utiliser une méthode objective d'évaluation. Les différentes modalités du traitement conservateur sont essentiellement : le repos, l'adaptation fonctionnelle, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les injections locales de corticoïdes, la physiothérapie, la balnéothérapie et les exercices de rééducation.

## Conclusion:

Nos résultats suggèrent que l'utilisation d'un programme de rééducation isolée ou en association à d'autres moyens thérapeutiques dans la prise en charge des ruptures de la coiffe des rotateurs a des effets bénéfiques. Ces effets bénéfiques du traitement conservateur sont essentiellement une sédation de la douleur, une amélioration de la fonction et de la qualité de vie. Ces résultats et leur maintien après un recul moyen de cinq ans peuvent être expliqués par l'utilisation d'un protocole de rééducation individualisée par un suivi d'exercices d'auto rééducation.

# Syndrome de chevauchement lupus érythémateux systémique/Myopathies inflammatoires primitives

Bouomrani S, Baïli H, Elloumi M & Bèji M

Service de Médecine Interne. Hôpital Militaire de Gabès, 6000 Gabès.

## INTRODUCTION

Au cours du lupus érythémateux systémique (LES), les myalgies sont fréquentes, mais l'association à une myopathie inflammatoire (polymyosite 'PM' ou dermatomyosite 'DM') authentique n'est notée que dans 4-16% des cas (**Rostić G. et al 2005**). Nous en rapportons trois observations.

## OBSERVATIONS

Deux femmes et un homme âgés respectivement de 16, 35 et 41 ans et ayant un LES diagnostiqué selon les critères de l'ACR depuis les âges respectifs de 9,28 et 41 ans, présentaient une myosite inflammatoire primitive associée à type de PM dans deux cas et de DM dans un cas. Le diagnostic de la myopathie était fait selon les critères de Bohan et Peter et confirmé par l'histologie musculaire dans tous les cas. L'évolution était initialement favorable sous corticothérapie systémique à la dose de 1-2mg/kg/j associée au cyclophosphamide dans un cas pour atteinte rénale lupique sévère. L'évolution secondaire de la myopathie était marquée par des rechutes fréquentes (trois en moyenne) chez deux patients et le développement d'un syndrome interstitiel pulmonaire avec début de fibrose dans un cas.

	Cas 1	Cas 2	Cas 3
CPK	710	967	239
LDH	1093	744	653
Aldolases	24.9	16	-

	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Ac anti nucléaire	+	+	+
Ac anti DNA natif	+	+	+
Ac anti Sm	+	+	-
Autres Anticorps	Anti SSA/SsA70	Anti CL	-

	Cas 1	Cas 2	Cas 3
Symptomatologie inaugurale	Vespertin	Vespertin	Erythème felleux
	Artite	Artite digitale	Myalgies
	Proximal	Proximal	Différentiel
	Proximal	Proximal	Proximal
Atteinte rénale	RL type II	RL type IV	
Délai LES/MI	1 an	1 an	0
Testing musculaire	faiblesse généralisée	faiblesse généralisée	faiblesse généralisée
	Maximum au niveau	Maximum au niveau	Maximum
	proximal	proximal	proximal
EMG	Tracé myogène	Tracé myogène	Tracé myogène
Biopsie musculaire	Myosite avec nécrose	Myosite avec nécrose	Myosite avec nécrose
	Myosite inflammatoire	Myosite inflammatoire	Myosite inflammatoire
	Myosite inflammatoire	Myosite inflammatoire	Myosite inflammatoire

## COMMENTAIRES

✓ L'association LES et myopathie inflammatoire primitive reste rare et réalise le syndrome de chevauchement LES/MI. Cette association n'a été notée que dans 3.4% dans une série tunisienne (**Maazoun F. et al 2011**) ; tous les types de myosites sont possibles et une prédominance féminine est signalée. La chronologie de l'association est variable (**Rostić G. et al 2005**).

✓ Le diagnostic différentiel principal se pose avec la myopathie lupique proprement dite et la myopathie cortisonique chez une lupique. Le diagnostic clinique de cette association peut représenter un vrai défi pour le clinicien car plusieurs manifestations sont communes aux deux affections (**Kilani B. et al 2005**).

## CONCLUSION

Cette association mérite d'être connue et recherchée chez tout patient lupique. Elle pose le diagnostic différentiel avec la myopathie lupique propre.

# Profil lipidique au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ferjani hanene, Besghaier lamia, bouallegue sonia, Med Habib Bouallegue

## INTRODUCTION :

Le risque cardiovasculaire est augmenté au cours des rhumatismes inflammatoires, surtout dans la polyarthrite rhumatoïde (PR). Plusieurs facteurs interviennent dans l'augmentation de ce risque tels que l'inflammation chronique, le syndrome métabolique et la dyslipémie qui joue un rôle atherogène majeur. L'objectif de notre travail est d'évaluer les perturbations lipidiques chez les patients atteints de PR et de chercher d'éventuelles corrélations avec l'activité de la maladie et le traitement.

## Matériels et méthodes :

Etude transversale menée sur 30 patients atteints de PR répondants aux critères EULAR 2010. Pour tous les patients nous avons pratiqué un bilan inflammatoire, lipidique (cholestérol LDL et HDL, et Triglycérides), et nous avons calculer le DAS28.

## Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 52,3 ans, pour les 24 femmes étudiées, les 2/3 étaient ménopausées.

La durée moyenne de la maladie variait de 3mois à 2 ans, une hypertension artérielle et un diabète type 2 étaient présents chez 6 patients. Une atteinte extra articulaire a été retrouvée dans 7 cas, un syndrome sec occulo buccale (5 cas), une atteinte pulmonaire à type de syndrome interstitiel (1 cas), et une hépatite auto immune (1cas). Le DAS 28 moyen de nos patients était à 3.8. Tous les malades étaient sous méthotrexate à une dose moyenne de 17.5 mg/ semaine, le salazopyrine était associé dans 24 cas. Les anti inflammatoire stéroïdiens et non stéroïdiens étaient prescrits dans tous les cas. Le bilan lipidique était perturbé chez 8 PR, une hypercholestérolémie modérée à 5, 7mmol/l a été notée dans les 8 cas avec une hyper triglycéridémie dans 5 cas.

Ces anomalies lipidiques étaient liées au diabète et à l'hypertension artérielle et corrélées à un DAS 28 élevé chez ces patients. Concernant le traitement, la dyslipémie était plus fréquente chez les PR avec une forte dose de corticoïdes (> à 10mg/j)

## Conclusion

Les troubles lipidiques sont fréquents dans notre étude (26.6%). La prise de la corticothérapie à dose élevée, de même qu'une activité importante de la maladie semblent être associée à un risque plus accru de syndrome métabolique. D'où la nécessité d'une épargne cortisonique et un contrôle serré de l'activité de la PR grâce à un traitement de fond efficace.

## Discussion :

De nombreuses études anglo-saxonnes ont montrées que le risque cardiovasculaire est augmenté de 30 à 60 % chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde par rapport à la population générale. Les pathologies vasculaires, tel que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébrale, sont les premières causes de mortalité chez ces patients. Ainsi la polyarthrite rhumatoïde est un facteur de risque aussi important que le diabète dans la survenue de certaines complications.

Lors de ce syndrome inflammatoire, rencontré chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, on voit apparaître une diminution du taux de HDL cholestérol et une augmentation du LDL cholestérol. Ainsi, un déséquilibre se crée en faveur du mauvais cholestérol. Les études ont également montré que l'inflammation est responsable de l'instabilité des plaques d'athérome et de leur rupture dans les vaisseaux.

De ces constatations débouchent d'importantes recommandations dans la prise en charge de ces risques au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Les patients en rémission ont une rigidité des artères et une tension artérielle moindre que chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde active. Un contrôle de l'activité inflammatoire est primordial grâce à l'optimisation des traitements de fonds de la polyarthrite rhumatoïde. A cela doit s'ajouter un régime diététique pour contrôler le bilan lipidique. La tension artérielle doit être également contrôlée car elle reste souvent non traitée chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, elle peut être stabilisée par des médicaments. Il ne faut pas non plus oublier que l'arrêt du tabac et la diminution d'une surcharge pondérale sont aussi primordiaux. De plus, les traitements pour diminuer le taux du cholestérol ont un effet favorable sur l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde.

La corticothérapie : L'étude de Del Rincon réalisée chez 647 patients ayant une PR a consisté en une étude échographique de l'artère carotide. Après appariement sur les facteurs de risque cardiovasculaires les PR ayant reçu une corticothérapie supérieure à 164 g avaient plus souvent des plaques carotidiennes et des artères incompressibles que les PR n'ayant jamais reçu de corticothérapie.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens : les AINS bloquent l'effet anti-agrégant et provoquent par conséquent la formation de caillots et de thrombose dans les vaisseaux. L'étude APROVE a confirmé une augmentation du risque cardiovasculaire avec le Rofécoxib et a entraîné son retrait du marché. L'étude APC retrouve aussi une incidence plus élevée d'événements cardiovasculaires chez les patients prenant du celecoxib et ce d'autant plus que la dose de celecoxib était importante. Les AINS classiques induisent également une augmentation du risque cardiovasculaire.

Une large étude prospective menée chez des patients avec une PR, récemment traités par MTX, a montré une diminution de 70% de la mortalité CV chez les patients traités par MTX comparés à ceux n'ayant jamais été traités. Le MTX peut néanmoins engendrer une hyperhomocystéinémie et des dommages endothéliaux.

L'effet propre des anti TNF a : Hulman a étudié de façon non invasive l'évolution de la fonction endothéliale chez 11 patients ayant une PR active par la réalisation d'une échographie avant et après 12 semaines de traitement par infliximab. Il a retrouvé une amélioration de la dilatation endothélium-dépendante contrairement à la dilatation non- endothélium dépendante qui reste inchangée.

L'ensemble de ces recommandations permet une baisse de 30% des accidents vasculaires et de 10% du nombre de décès au cours de la maladie. Il est donc indispensable de prêter une attention toute particulière à cette complication.



# **LES ARTHRITES MICROCRISTALLINES: ASSOCIATION GOUTTE ET CHONDROCALCINOSE ARTICULAIRE**

Mhenni A, Jguirim M, Linda M, Brahem M, Gaddour M, Lataoui S, Haj Hmed W, Sahli M, Zrouf S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.  
service de rhumatologie, CHU Fattoima Bourguiba, Monastir

## **Introduction:**

Les arthropathies microcristallines sont caractérisées par la formation de cristaux à l'intérieur des articulations, ce qui entraîne des crises d'arthrite et éventuellement des arthropathies chroniques. L'objectif de cette étude était de déterminer les caractéristiques cliniques et thérapeutiques des patients ayant une arthrite microcristalline associant à la fois la goutte et la chondrocalcinose articulaire (CCA).

## **Patients et méthodes :**

C'est une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, s'étalant de 1997 au 2014, portant sur 200 patients ayant une arthrite microcristalline. On a trouvé que 4 % soit 8 de nos patients présentent à la fois une goutte et une chondrocalcinose articulaire.

## **Résultats :**

La moyenne d'âge était de 69 ans [45 à 91 ans]. Le sexe ratio (H/F) était de 0,5. Les principaux motifs d'hospitalisation étaient : exploration d'une arthrite inflammatoire dans 53% des cas, une crise d'arthrite microcristalline déjà connue dans 19 % des cas et suspicion d'arthrite septique dans 15% des cas. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 8 jours (extrêmes allant de 2 à 30 jours). On a noté 1 cas de goutte familiale et 1 cas de CCA familiale. 50% des patients gouteux ont été identifiés comme porteurs de goutte secondaire. 20% de ceux suivis pour CCA, ont une forme secondaire. Un liseré de calcification intra articulaire était retrouvé dans 70% des cas. Des signes de destruction articulaire ont été trouvés dans 2 cas. Une ponction articulaire réalisée dans 40% des cas, a permis de confirmer la présence des microcristaux d'urate de sodium dans tous les cas et microcristaux de pyrophosphate dans 50% des cas.

La moyenne de la VS et de la CRP était respectivement de 78 et de 72 mg/l.

La prise en charge thérapeutique était classique. Tous les patients ont été traités par colchicine, 3 ont eu des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 1 a eu des corticoïdes oraux à la dose de 5 à 10 mg/j, tous ont reçu des antalgiques palie I ou II et enfin 3 ont bénéficié au moins d'une infiltration intra-articulaire cortisonique. L'introduction du purinol était prévue à titre externe.

## **Discussion :**

- Les arthropathies microcristallines sont caractérisées par la formation de cristaux à l'intérieur de l'articulation, ce qui entraîne des crises d'arthrite et éventuellement des arthropathies chroniques.
- La goutte est un trouble du métabolisme des purines, caractérisé par une augmentation du pool d'acide urique, traduite par une hyperuricémie, et aboutissant à des précipitations uratiques dans différents tissus, en particulier dans les articulations.
- La chondrocalcinose est une arthropathie microcristalline due à la précipitation de cristaux de pyrophosphate de calcium. Il s'agit de cristaux à bout carré qui peuvent être mis en évidence dans le liquide synovial en cas d'arthrite.
- L'association des deux pathologies est estimée à 2 à 4 % dans la littérature.
- La douleur intense, l'incertitude diagnostic et la suspicion d'une arthrite septique sont les principaux motifs d'hospitalisation dans notre série. La prise en charge était classique.

## **Conclusion :**

Les arthrites microcristallines comportent essentiellement la goutte et la CCA. Pourtant l'association de ces deux pathologies est possible.

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL D'UNE LACUNE DU CRANE

Mhenni A, Jguirim M, Lataoui S, Haj Hmed W, Gaddour M, Brahem M, Sahli M, Zrouf S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.  
service de rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

## Introduction :

Les lacunes au niveau du crane sont découvertes dans deux circonstances, soit de façon fortuite lors d'un bilan radiologique pour sinusite ou traumatisme crânien, soit de façon systématique au cours du bilan d'extension de certaines hémopathies ou de certains cancers ostéophiles.

Le but de ce travail était de démontrer la place prépondérante des explorations neuroradiologiques modernes dans l'interprétation d'une ou de plusieurs lacunes de la voûte crânienne et de rappeler les principaux diagnostics différentiels d'une lacune tumorale.

Dans ce sens, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) apparaissent complémentaires pour mieux analyser et interpréter non seulement la lyse osseuse, mais aussi l'existence précise du processus en cause, que ce soit une tumeur bénigne ou surtout maligne.

## Observation :

Patiente âgée de 53 ans admise pour exploration d'une lacune du crane. Elle a dans ces antécédents un carcinome basocellulaire du nez. Le bilan d'extension incluant une tomodensitométrie du massif facial a objectivé une image lacunaire de 9 mm à l'emporte pièce de l'os temporal gauche. Le bilan biologique était normal. A l'imagerie par résonance magnétique, cette lacune est en regard du sinus transverse gauche avec lequel elle se continue et se rehausse de la même façon que le sinus après injection de gadolinium. Le diagnostic retenu était le sinus pericranii. C'est une communication via une lacune médiane entre le sinus longitudinal supérieur et un peleton de vaisseaux sanguins au dessus de la table externe. Le scanner comme l'IRM visualise une importante prise de contraste (figure 1, 2).



Figure 1



figure 2

## Discussion :

\* La « lacune crânienne » est définie comme une image de densité radiologique anormalement faible au niveau de la calvaria ou voûte du crâne. Cette radioclarité osseuse correspond soit à une image de defect (absence des tables interne, externe et du diploé), soit à une zone d'amincissement (absence d'une seule table) ou de déminéralisation localisée. Les lacunes de la voûte sont classiquement réparties en deux catégories : les lacunes physiologiques et les lacunes pathologiques. Les lacunes physiologiques n'ont pas de traduction clinique. Quant aux lacunes pathologiques, elles sont peu symptomatiques. Leurs manifestations se traduisent, soit par une douleur localisée, spontanée ou provoquée, soit par une déformation d'apparition progressive.

\* La radiographie du crâne suffit pour poser le diagnostic de lacune de la voûte, si l'on dispose au moins de 3 incidences : face haute, Worms-Bretton et profil.

### Les causes de lacune du crane:

- \*Métastases, Myélome multiple, Plasmocytome solitaire
- \*Tumeurs bénignes : Kyste épidermoïde ou cholestéatome, kyste dermoïde, Kyste leptoméningé, Hémangiome diploïque, Granulome éosinophile, Sarcoidose, Kyste anévrismal, Tumeur à cellules géantes ou à myélopaxe
- \*Tumeurs malignes primitives et hémopathies malignes : Ostéosarcome, Sarcome d'Ewing, Fibrosarcome, Lymphomes, Extension tumorale par un carcinome cutané du cuir chevelu, Les méningiomes en plaques
- \*Lacunes infectieuses : l'ostéite staphylococcique postopératoire du volet et celle secondaire à une infection locorégionale (sinusite, infection du scalp), syphilis, tuberculose, mycoses, parasitoses.
- \*Dystrophies osseuses : Maladie de Paget, Dysplasie fibreuse
- \*Ostéopathies endocriniennes : Ostéose thyroïdienne, Maladie de Cushing
- \*Lacunes physiologiques : Fossettes de Pacchioni, Lacs veineux diploïques, Trous pariétaux de Bonnaire ou foramen pariétaux
- \*Lacunes congénitales : Méningocèle et méningocéphalocèle, Sinus pericranii, Sinus dermique congénital

## Conclusion :

La bonne connaissance des simples anomalies de la voûte, d'origine congénitale banale, sinon physiologique doit permettre au radiologue d'être relativement sûr de son diagnostic dès qu'une anomalie osseuse est détectée. Le plus souvent, TDM et IRM vont se révéler complémentaires de l'analyse lésionnelle et orientent d'emblée vers une étiologie précise, basée avant tout sur l'état clinique et les explorations complémentaires autres, en particulier biologiques.

# OSTÉOPOROSE ET NOMBRE MOYEN DE FRACTURES CHEZ UNE POPULATION TUNISIENNE

Mhenni A, Jguirim M, Gaddour M, Brahem M, Lataoui S, Haj Hmed W, Sahli M, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N  
service de rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

## Introduction :

L'ostéoporose est une maladie qui touche plus de 75 millions de personnes aux Etats-Unis, en Europe et au Japon et qui provoque plus de 8,9 millions de fractures chaque année dans le monde. En Tunisie, la prévalence de l'ostéoporose post ménopausique est estimée à 24 % et celle des fractures ostéoporotiques à 16,2 %.

L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence des fractures ostéoporotiques et l'ostéoporose densitométrique dans une cohorte de patients tunisiens ayant eu une mesure de la densitométrie (DMO).

## Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale de 582 patients âgés de plus de 40 ans, ayant eu une DMO selon la méthode DEXA. Pour chaque patient, nous avons précisé les facteurs de risque d'ostéoporose et les antécédents de fractures ostéoporotiques ainsi que leur siège et leur nombre.

## Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de  $62,3 \pm 10,4$  ans. Il s'agissait de 531 femmes (91,2 %) et de 51 hommes (8,9 %). Une polyarthrite rhumatoïde a été notée dans 10,5 % des cas. Les glucocorticoïdes ont été utilisés dans 25,9 % des cas. Un antécédent familial de fracture du col du fémur chez un parent était noté dans 9,3 % des cas. L'ostéoporose densitométrique était observée dans 53 %, l'ostéopénie dans 29,2 % et la DMO était normale dans 17,4 %. La DMO moyenne au rachis était de  $0,948 \pm 0,195$  g/cm<sup>2</sup> avec un T-score moyen de  $-1,99 \pm 1,60$  DS et un Z-score de  $-0,80 \pm 1,46$  DS. La DMO moyenne au fémur était de  $0,850 \pm 0,170$  g/cm<sup>2</sup> avec un T-score moyen de  $-1,31 \pm 1,31$  DS et un Z-score de  $-0,51 \pm 1,11$  DS.

La prévalence des fractures observées chez nos patients était de 40,86%. Le nombre moyen des fractures étaient de  $0,7 \pm 0,887$  fractures [0-3].

Le nombre des fractures et leurs sièges sont donnés dans le tableau 1.

Les fractures ostéoporotiques étaient survenues chez les ostéoporotiques dans 60,3 %, chez les ostéopéniques dans 29 % et dans 10,7 % chez des patients ayant une densité osseuse normale.

Tableau 1: Siège des fractures ostéoporotiques.

	Nombre de fractures	Pourcentage (%)
Tassement vertébral	96	18
Col du fémur	25	4,7
Pouteau colles	48	9
Humérus	9	1,7
Métatarses	7	1,3
Autres (côtes, tibia, fémur distal)	32	6
Total	217	40,86

## Discussion:

« L'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette, caractérisée par une densité osseuse basse et des altérations de la microarchitecture osseuse, responsable d'une fragilité osseuse exagérée et donc d'un risque élevé de fracture » (OMS, conférence de consensus Hong-Kong 1993).

Elle est définie par une DMO inférieure ou égale à 2,5 écart-type au-dessous de la DMO moyenne des adultes jeunes (T score  $\leq -2.5$ DS), et en l'absence d'autres étiologies de fragilité osseuse.

Les fractures ostéoporotiques sont une cause importante de morbidité et de mortalité. Ceci implique que le diagnostic doit être réalisé avant la survenue d'une fracture, ce qui reste un défi important pour le médecin.

## Conclusion :

Les fractures ostéoporotiques sont fréquentes. Leur prévalence est plus augmentée chez les patients ostéoporotiques et ostéopéniques. Mais, elles peuvent survenir chez les patients ayant une DMO normale. Ceci nous emmène à penser qu'il existe d'autres facteurs squelettiques et non squelettiques qui peuvent contribuer directement ou indirectement à la survenue de l'ostéoporose et des fractures.

# Profil des métastases osseuses inaugurations chez le sujet âgé de plus de 60 ans

Mhenni A, Jguirim M, Sahli M, Gaddour M, Brahem M, Lataoui S, Haj Hmed W, Zrouer S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.  
Service de rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

## Introduction :

L'objectif de ce travail est de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des MO inaugurations vues en milieu rhumatologique.

## Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 36 cas de MO inaugurations, colligées au service de rhumatologie de Monastir sur une période de 14 ans.

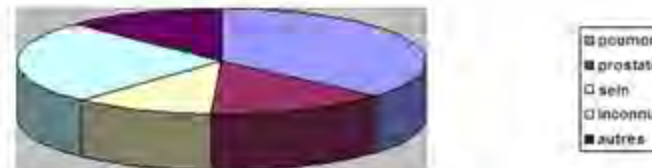
## Résultats :

Il s'agit de 23 hommes et 13 femmes. L'âge moyen est de 62 ans (34-90).

L'altération de l'état général est notée dans 67 %. Le syndrome inflammatoire biologique est présent dans 96 % et l'hypercalcémie dans 22 % des cas. Les phosphatases alcalines sont augmentées dans 56 % des cas. L'examen clinique a orienté vers la tumeur primitive dans 38 % des cas. Les marqueurs tumoraux (PSA) étaient positifs et ont orienté le diagnostic dans 5 cas vers une origine prostatique.

Les radiographies standard pratiquées chez tous les patients ont montré un aspect lytique dans 58 %, condensant dans 18 % des cas et des tassements vertébraux dans 31 % des cas. L'exploration tomодensitométrique et par IRM est pratiquée respectivement dans 45,5 % et 5,5 % des cas. La scintigraphie, faite chez 87 % des cas, a montré une hyperfixation nodulaire multiple. La biopsie osseuse, pratiquée dans 33 % des cas, est concluante dans 18 % des cas. Les tumeurs primitives étaient : néoplasie pulmonaire dans 36,4% des cas, néoplasie prostatique dans 14,5% des cas, néoplasie mammaire dans 11% des cas. Le primitif était inconnu dans 25,5% des cas. Quinze patients ont des métastases viscérales concomitantes (hépatique : 23,6 % et pulmonaire : 5,5%). Le traitement par morphinique est indiqué dans 30 cas et les bisphosphonates dans 6 cas. Le traitement anti-tumoral spécifique est adapté en fonction de la tumeur primitive.

Type du cancer primitif :



## Discussion :

Ainsi, devant un tableau de métastases osseuses inaugurations, nous proposons de pratiquer un interrogatoire et un examen clinique soigneux, une radiographie du thorax et une tomодensitométrie thoraco-abdominale. Ces éléments devraient nous aider dans plus de 80 % des cas à retrouver le cancer primitif. D'autres investigations ne seront entreprises que si ce bilan a orienté vers un site particulier. Le diagnostic étiologique d'une MO inauguration a un intérêt majeur car il conditionne le traitement anti-tumoral adapté susceptible de contrôler l'évolution à long terme. Il n'y a pas de consensus définitif pour l'exploration de ces MO inaugurations.

## Conclusion :

Le diagnostic étiologique d'une MO inauguration a un intérêt majeur car il conditionne le traitement anti-tumoral adapté susceptible de contrôler l'évolution à long terme. Il n'y a pas de consensus définitif pour l'exploration de ces MO inaugurations.

# Grossesse sous Léflunomide : quelle conduite à tenir ?

Safaa Belghali, Monia Bouzaouache, Khadija Baccouche, Zeineb Alaya, Dorra Amri, Hela Zeglaoui, Elyes Bouajina

CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

Les patientes en âge de procréation, atteintes de polyarthrite rhumatoïde (PR) et traitées sont exposées au risque de grossesse sous leur traitement de fond. Se pose alors la question de la sécurité foetale et de la décision de la poursuite ou de l'interruption du traitement médical au cours de la grossesse ou de l'allaitement. On a rapporté ici le cas d'une jeune patiente suivie pour une PR, qui a eu une grossesse sous léflunomide.

## Observation :

Il s'agit de Mme S.M, G2P2A1 (une grossesse gémellaire : 2 filles), âgée de 37 ans et suivie depuis 12 ans pour une PR. Elle a été traitée initialement par méthotrexate associé à une corticothérapie avec une bonne évolution clinique. La patiente a, cependant, développé une intolérance digestive l'obligeant à arrêter le traitement de fond avec une recrudescence des poussées polyarticulaires.

En Mars 2013, elle a été mise sous léflunomide (Arava®) avec une éducation pour une contraception efficace comme pour le méthotrexate. Cinq mois après l'initiation de l'ARAVA®, la patiente s'est présentée à la consultation et nous a rapporté une aménorrhée de 3 mois sans aucun suivi gynécologique ni de contraception. Une grossesse a été confirmée par le dosage de la beta HCG. Il s'agissait d'une grossesse monofoetale évolutive de 26 SA à l'échographie obstétricale. La patiente a refusé l'interruption thérapeutique de la grossesse (ITG). Après avis pharmacovigilance et concertation avec les obstétriciens, l'ITG n'a pas été indiquée devant l'absence de malformations visibles à l'échographie. La décision était d'arrêter le léflunomide et de pratiquer un wash-out par Questron 8 g par jour pendant 11 jours. La patiente a été informée du risque tératogène du traitement et a été adressée à son gynécologue avec un suivi rapproché.

La grossesse a finalement été menée à terme sans complications avec accouchement en Février 2014 d'un nouveau né en bon état de santé ne présentant pas de syndrome malformatif ou de dysmorphie.

## Discussion :

Le léflunomide est un immunomodulateur ayant des propriétés antiprolifératives en inhibant la synthèse des nucléotides pyrimidiques. Sa demi-vie d'élimination est très longue (environ deux semaines). Il est tératogène chez l'animal à des doses similaires à celles qui sont utilisées chez l'homme. Il s'agit d'anomalies du SNC chez le rat (anophtalmie, microophtalmie et hydrocéphalie), d'anomalies osseuses chez le lapin et des atteintes multiples chez la souris (exencéphalie, fentes palatines, anomalies du squelette axial et cardiopathies).

Sur le plan clinique, on dispose d'une expérience d'environ 80 patientes exposées. Il s'agit d'une série de 64 patientes dont le traitement a été arrêté en moyenne à cinq SA et un jour, pour les quelles un wash-out a été effectué pour 95% d'entre elles et dont les issues de grossesses ont été comparables à celles des groupes témoins. Pour le reste, il s'agit d'observations isolées. Il faut retenir un risque accru d'infection maternofoetale (en particulier à CMV) en raison de l'immunosuppression induite par le traitement.

La synthèse de ce recul clinique ne permet pas d'objectiver un risque particulier attribuable au traitement à ce jour. Chez une patiente qui souhaite une grossesse ou dont la grossesse est déjà en cours sous traitement, un wash-out par cholestyramine (ou par du charbon) est possible pour diminuer les concentrations plasmatiques de léflunomide. Du fait de sa longue demi-vie (en moyenne 15 jours), le traitement par léflunomide doit être arrêté au moins 3,5 mois (7 demi-vies) avant la conception. La poursuite de la grossesse est envisageable assortie d'une surveillance échographique adaptée aux anomalies visualisées chez l'animal.

## Conclusion :

En dépit d'une crainte compréhensible, en particulier vis-à-vis des traitements rhumatologiques, les prescripteurs disposent d'outils thérapeutiques efficaces utilisables en cours de grossesse, permettant d'optimiser la prise en charge.

## Bibliographie

# Forme atypique de Maladie de Still de l'adulte avec une atteinte des interphalangiennes distales. A propos d'un cas et revue de la littérature.

Monia Bouzaouache, Safaa Belghali, Khadija Baccouche, Dorra Amri, Zeineb Alaya, Jacem Saadana, Houneida Zaghouani\*, Hela Zeglaoui, Elyes Bouajina

Service de rhumatologie -(\*)Service de radiologie  
CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

L'atteinte articulaire au cours de la maladie de Still de l'adulte (MSA) est rarement destructrice touchant surtout le carpe, le tarse et la hanche. Nous rapportons l'observation d'un jeune patient souffrant d'une MSA avec apparition d'une atteinte des interphalangiennes distales (IPD) très invalidante au cours de l'évolution.

## Observation :

Il s'agit d'un jeune patient A.B, âgé de 22 ans (au moment du diagnostic en 2009) qui avait consulté pour des arthralgies inflammatoires associées à une fièvre prolongée avec notion d'éruption cutanée fugace. L'examen objectivait une polyarthrite et une hépatosplénomégalie sans adénopathies périphériques.

Après une recherche étiologique exhaustive éliminant une origine infectieuse, tumorale ou une hémopathie, le diagnostic de MSA a finalement été retenu devant : la présence de 4 critères majeurs de Yamaguchi qui étaient : une fièvre > 39° pendant plus que 7 jours, des arthralgies inflammatoires évoluant depuis plus de 15 jours, une éruption cutanée fugace au moment des pics fébriles, l'hyperleucocytose > 10000, et de 2 critères mineurs : douleur pharyngée et splénomégalie avec perturbation du bilan hépatique.

Le patient a été mis sous corticothérapie avec une disparition des signes généraux. Il a gardé une polyarthrite récidivante fluxionnaire touchant surtout les poignets, les IPP avec l'apparition de douleur et tuméfaction en regard des IPD en début de l'année 2014. Il s'agissait d'une atteinte destructrice des IPD objectivée sur les radiographies et confirmée à l'IRM.



IRM des mains objectivant un épaississement synovial prenant le contraste correspondant à une synovite active des IPP et IPD des 2è et 5è doigts

Malgré un traitement de fond à base de méthotrexate à doses optimales le patient continuait à faire des poussées polyarticulaires. L'association de la salazopyrine a été marquée par la survenue d'une hépatite médicamenteuse responsable de son arrêt définitif. Une demande de biothérapie de type anti récepteur de l'IL6 (Roactemra®) a été réalisée devant cette forme sévère et destructrice.

## Discussion :

Au cours de la MSA, les manifestations articulaires se présentent classiquement sous forme de polyarthralgies diffuses ou d'arthrites à caractère migrateur. Ces manifestations peuvent régresser sans séquelles, récidiver ou passer à la chronicité. La destruction articulaire s'observe après cinq à sept ans d'évolution, c'est le cas de notre patient. Une atteinte destructrice plus précoce dénoterait de la sévérité de la maladie. Rkiouak et al. ont rapporté le cas d'une atteinte destructrice inaugurale chez un patient de 24 ans avec une maladie d'emblée sévère et réfractaire aux traitements de fond habituels.

Les articulations les plus touchées sont les genoux, les chevilles et les poignets. L'atteinte des IPD est assez particulière au cours de la MSA. Elle peut s'accompagner d'érosions ou de calcifications capsulaires et les lésions radiographiques sont généralement discrètes. Cinq cas d'atteinte des IPD ont été rapportés dans la littérature; 3 cas rapportés par Haculla, un cas par Zrour et un autre par Rikouak.

Ce sont souvent les formes articulaires chroniques sévères de MSA résistantes au traitement et associées à une corticorésistance, qui peuvent se compliquer d'arthropathie destructrices. L'anti récepteur de l'IL6 semble avoir un effet spectaculaire sur l'atteinte systémique et articulaire dans ces cas.

## Conclusion :

La MSA est une affection rare, hétérogène avec un mode évolutif imprévisible. L'atteinte destructrice digitale reste rare, notamment l'atteinte des IPD qui est exceptionnellement décrite.

## Bibliographie :

- [1] Zrour et al.; Adult-onset of Still's disease with atypical articular and skin manifestations.
- [2] Rkiouak, Atteintes articulaires atypiques au cours d'une maladie de Still de l'adulte réfractaire : efficacité des antagonistes de l'interleukine-6 (tocilizumab), Annales Pharmaceutiques Françaises (2012) 70, 163-168

# Profil immunologique et réponse à la biothérapie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Bouzaouache Monia, Khadija Baccouche, Zeineb Alaya, Safaa Belghali, Dorra Amri, Hela Zeglaoui, Elyes Bouajina  
CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

Une meilleure connaissance de la physiopathologie de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a permis la création d'un nouveau concept thérapeutique : la biothérapie. Ce travail recherche une relation entre le profil immunologique de la maladie et la réponse à la biothérapie.

## Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui intéresse 48 patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse et chez qui une biothérapie a été indiquée. Le bilan prébiothérapie effectué chez tous les patients était négatif.

## Résultats :

Il s'agissait de 43 femmes et de 4 hommes, d'âge moyen de 47.82 ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 11.26 ans. Le score DAS28 avant instauration de la biothérapie était de 6.15 avec un HAQ de 1.79. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé chez 71.62% des patients. Le facteur rhumatoïde était positif dans 68.25% des cas et l'anticorps anti-CCP l'était dans 59.4% des cas. Il s'agissait d'une PR destructrice dans 88% des cas.

Les biothérapies indiquées étaient l'infliximab chez 31.91% des malades, le rituximab chez 31.9% des malades, le tocilizumab chez 25.53% des malades. 6.3% des patients ont bénéficié d'étaanercept et 4.25% d'adalimumab.

L'évaluation des malades au bout de 3 mois, 06 mois et 12 mois de traitement a trouvé un score DAS28 respectivement à 4.43, 4,2 et 4.16. La réponse a été estimée bonne chez 83% des malades. Une stabilité structurale était notée chez tous les patients ayant bénéficié d'un contrôle radiologique au bout de un an.

Notre étude a trouvé une corrélation positive entre la positivité de l'anti CCP et le caractère destructeur de la maladie. La réponse favorable à la biothérapie était corrélée de façon statistiquement significative à la négativité de l'anti CCP ( $p < 0.05$ ) et non statistiquement significative à la négativité du FR.

## Discussion :

Compte tenu de l'existence de divers mécanismes physiopathologiques dans la PR, certains patients pourraient être plus à même de répondre à un traitement donné que d'autres.

Des études récentes ont montré que les marqueurs biologiques peuvent être prédictifs de la réponse à certaines thérapeutiques ciblées. Même si ces marqueurs biologiques pourraient permettre un meilleur rapport coût-efficacité, leur utilisation en pratique courante reste limitée.

Récemment, il a été montré que les patients atteints de PR avec du FR et/ou des anti-CCP ont une meilleure réponse thérapeutique au RTX que ceux n'ayant pas ces auto-anticorps. En effet, une étude menée par Anais a montré qu'il existe une association entre un titre élevé d'anticorps anti-CCP et une bonne réponse au RTX à 6 mois. La cohorte SMART, incluant 208 patients ayant une PR réfractaire, a montré que les patients ayant des auto-anticorps (FR ou anti-CCP) avaient 3 à 4 fois plus de chance d'avoir une bonne réponse EULAR au RTX à M6 ( $p = 0,0015$ ).

Ces données ont été récemment confirmées dans une grande cohorte observationnelle regroupant les données de 10 registres européens et de 2019 patients atteints de PR. La baisse du DAS28 à M6 y était significativement plus importante chez les patients ayant des anti-CCP par rapport aux patients sans auto-anticorps;

Ces résultats viennent à l'encontre des nôtres qui démontrent au contraire une réponse meilleure aux biothérapies, toutes confondues, chez les patients porteurs d'une polyarthrite séronégative.

## Conclusion:

D'après notre étude la positivité du FR et anti CCP est un facteur prédictif de mauvaise réponse à la biothérapie.

**Bibliographie:** [1] Anais; Un titre élevé d'anticorps anti-CCP est prédictif d'une bonne réponse au rituximab chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde active; Revue du rhumatisme B2 (2015) 106-110.

# DRESS Syndrome au cours de la polyarthrite rhumatoïde

S Jradi ; S Boussaïd ; S Rekik ; H Sahli ; E Cheour ; M Elleuch  
Service de Rhumatologie – Hôpital la Rabta

## INTRODUCTION :

Le syndrome DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) est une affection systémique d'hypersensibilité médicamenteuse. Il en résulte une réaction inflammatoire souvent éosinophile au niveau de plusieurs organes. Nous rapportons un cas de DRESS syndrome chez une patiente suivie pour polyarthrite rhumatoïde (PR).

## OBSERVATION :

Mme AA âgée de 54 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, est suivie depuis 2012 pour une PR séropositive, érosive et déformante résistante au Méthotrexate et au Leflunomide. Elle a été hospitalisée en octobre 2014 pour une poussée sévère de sa maladie avec altération de l'état général (AEG). Nous avons donc décidé de mettre la patiente sous biothérapie. Une échographie abdominale faite devant l'AEG trouve un kyste hydatique du foie de type 4 qui contre indique momentanément la biothérapie. Une intervention chirurgicale a été donc programmée et en attendant l'opération, la patiente a été mise sous bi-thérapie ; Salazopyrine et Nivaquine en association aux corticoïdes à faible dose. A j20 de traitement, la patiente a présenté un rash cutané au niveau des avants bras et des jambes avec à la biologie une cholestase à 3 fois la normale. La conduite était d'arrêter la salazopyrine et de mettre la patiente sous anti-histaminiques. 5 jours après, la patiente est devenue fébrile à 39,5°C, le rash cutané s'est propagé sur tout le corps avec apparition de plaques érythémateuses prurigineuses (Figures 2) et installation d'un œdème du visage (Figure 1). L'examen clinique de la patiente note une stabilité des constantes hémodynamiques. A la biologie, nous avons noté une hyperleucocytose à 34970 élé/mm<sup>3</sup> à prédominance éosinophiles, une cytolyse à 3 fois la normale, une cholestase à 6 fois la normale et une insuffisance rénale aiguë (clearance de la créatinine à 43 ml/min). Les séries d'hémocultures et l'ECBU étaient négatives. Le diagnostic de DRESS syndrome a été posé, toute thérapeutique antérieure a été arrêtée. La patiente a été mise sous corticothérapie (1mg/Kg/j d'équivalent de prédnisone) et transférée en unité de soins intensifs.

## CONCLUSION :

Le DRESS syndrome, de diagnostic trompeur, est déclenché par un nombre relativement faible de médicaments. Il survient après 2 à 12 semaines de traitement. Il peut persister durant des semaines malgré l'arrêt du traitement causal. Il est associé à une mortalité de 10% souvent par une insuffisance hépatique. La détection précoce du syndrome, l'arrêt immédiat des médicaments en cause et la non-prise d'autres médicaments sont d'une importance vitale.

Figure 1 : Œdème du visage



Figures 2 : Plaques érythémateuses prurigineuses et étendues





# L'ostéoarthrite du pied : une localisation rare de la tuberculose

S Jradi ; S Boussaïd ; S Rekik ; H Sahli ; E Cheour ; M Elleuch  
Service de Rhumatologie – Hôpital la Rabta

## INTRODUCTION :

L'atteinte ostéoarticulaire représente environ 35 % des atteintes extra pulmonaires et environ 1 à 3 % de tous les cas de tuberculoses. Tous les os sont susceptibles d'être atteints mais certaines localisations sont rares (atteintes des extrémités moins de 10 %). Concernant la tuberculose de la cheville, l'atteinte du talus et du calcaneus sont les plus fréquentes.

## OBSERVATION

Mme AM âgée de 64 ans, hypertendue, suivie pour dilatation des bronches ayant fait un érysipèle du membre inférieur droit il y a 8 mois traité par de la Pénicilline. Elle a consulté pour des douleurs inflammatoires de l'avant pied droit évoluant depuis 5 mois. A l'examen, la patiente était fébrile à 38,5°C et on notait une arthrite du pied. A la biologie, la CRP était à 141g/l, la NFS montrait une leucolymphopénie à 3560 élé/mm<sup>3</sup> et une anémie inflammatoire à 9,5g/dl. Les hémocultures, la sérologie Brucelienne et la RBK dans les crachats étaient négatives. A la radiographie standard du pied, on notait une hypertransparence du tarse avec un aspect moucheté des métatarses (Figure 3). Une algodystrophie dans sa phase chaude était suspectée et une IRM a été demandé pour réconforter le diagnostique. Elle a montré une ostéoarthrite du tarse et des métatarses avec des abcès des parties molles et en intraosseux (Figures 1 et 2). Une biopsie chirurgicale a été faite et a isolé le Bacille de Koch. La patiente a été mise sous quadrithérapie antituberculeuse avec décharge et mise à repos du membre. Au bout d'un mois de traitement, l'atteinte ostéoarticulaire s'est fistulisé à la peau malgré une bonne observance du traitement. Un drainage chirurgicale a été préconisée.

Figure 3 : Radio standard des avants pieds



## CONCLUSION :

L'ostéorhrite tuberculeuse du pied est rare, mais doit être évoquée devant tout tableau clinique trainant. Le diagnostique et le traitement précoce sont la clé du pronostic.

Figure 1 : IRM = Coupes axiales en T1

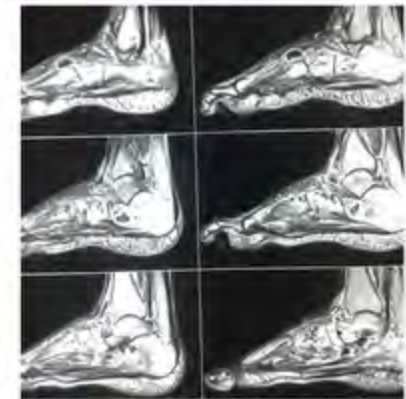
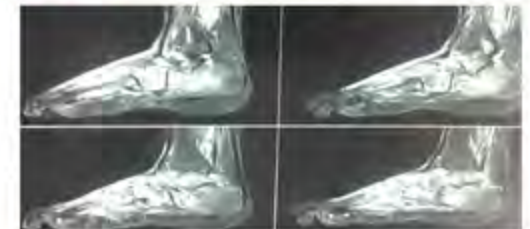


Figure 2 : IRM = Coupes axiales en T2



# Comorbidités cardiovasculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Brahem M, Jguirim M, Mhenni A, Sahli M, Lataoui S, Gaddour M, Haj Hmed W, Zrouer S,  
Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.

Service de rhumatologie, Hôpital Fattouma Bourguiba - Monsastir

## Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est associée à un risque cardiovasculaire accru. Nous avons étudié les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients atteints de PR.

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 111 dossiers de patients qui ont été hospitalisés dans le service de Rhumatologie pour PR durant la période allant de 2000 à 2014 avec consultation des dossiers du suivi de ces patients.

## Résultat:

L'âge moyen de nos patients était 51 ans +/- 15 (18-80). Le sexe ratio (H/F) était de 0,18 avec une nette prédominance féminine.

La durée d'évolution moyenne de la PR était de 6 ans et demi. La PR était déformante dans 37,3 % des cas. Les manifestations extraarticulaires étaient présentes dans 53,2 % des cas à type de : syndrome sec oculaire dans 37,8 des cas, de fibrose pulmonaire dans 6,3% des cas, de nodule rhumatoïde dans 4,5% des cas et d'amylose dans 1,8% des cas.

La PR était active dans 27% des cas avec un DAS 28 supérieur à 5,4. Concernant les traitements prescrits, on a noté le recours aux AINS dans 81 % des cas, aux corticoïdes dans 95,5 % des cas et au méthotrexate dans 69 % des cas. Les anti-TNF étaient prescrits dans 6,4 % des cas.

Les facteurs du risque traditionnels associés aux comorbidités cardiovasculaires trouvées étaient l'obésité dans 40 % des cas avec un IMC moyen à 26,42 kg/m<sup>2</sup>, le tabagisme dans 9 % des cas, l'hypertension artérielle dans 16,2 % des cas avec une TAS moyenne à 12,5mmHg, le diabète dans 18 % des cas, la dyslipidémie dans 2,7% des cas et l'hyperuricémie, 8% des cas.

## Les complications cardiovasculaires observées au cours de l'évolution de la PR sont:

### AVC (2 patients)

Artériopathie des membres inférieurs ( 3 patients)

IDM ( 1 patient)

Insuffisance cardiaque globale ( 6 patients)

## Discussion:

❖ Les facteurs de risques cardiovasculaires détectés au cours de la polyarthrite rhumatoïde sont surtout l'obésité, l'HTA, le diabète, la dyslipidémie, le tabac et l'âge avancé.

❖ En fait, les patients atteints de PR développent un risque accru de morbidité et de mortalité en comparaison avec la population générale et ceci est lié surtout à l'atteinte cardiovasculaire remarquable notamment l'HTA, l'insuffisance coronaire, l'artériopathie des membres inférieurs, l'insuffisance cardiaque.

❖ Une étude rétrospective réalisée dans un département de recherche, Rochester USA, a trouvé que les malades atteints de PR présentent un risque élevé de décès par cause cardiovasculaire. De plus, en examinant les artères coronaires des patients avec PR autopsiés, ils ont mis en évidence l'inflammation et la proportion accrue des plaques instables.

❖ Par ailleurs, les patients atteints de PR souffrent d'un risque accru de cardiopathies ischémiques qui ne peut pas être expliqué par les facteurs de risques cardiovasculaires traditionnels, mais ça conforte l'hypothèse d'être lié aux facteurs spécifiques de la PR ou les patients se plaignent d'athérosclérose plus sévère et d'immunité plus faible.

## Conclusion:

Le risque cardiovasculaire dans la PR est bien documenté et il est essentiellement lié à l'état inflammatoire chronique qui entraîne de nombreuses modifications métaboliques. D'autres paramètres comme les traitements utilisés jouent également un rôle. Le contrôle strict de l'activité de la maladie devrait permettre de diminuer la morbidité cardiovasculaire.

1) Gabriel SE, Cardiovascular morbidity and mortality in rheumatoid arthritis. <sup>1</sup> Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota 55905, USA

2) Bacon PA, Townend JN. Increasing evidence for the role of rheumatic disease in the cardiovascular mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001;44:2707-10.

3) Hilal Maradit-Kremers, Paulo J. Nicola, Cardiovascular Death in Rheumatoid Arthritis, A Population-Based Study, Vol. 52, No. 3, March 2005, pp 722-732

# Intérêt de l'IRM dans la prise en charge du myélome multiple

Brahem M, Jguirim M, Lataoui S, Mhenni A, Sahli M,, Gaddour M, Haj Hmed W, Zrou S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N. SERVICE DE RHUMATOLOGIE CHU fattouma bourguiba monastir

## Introduction:

Dans la prise en charge du myélome multiple, le recours à l'IRM est de plus en plus fréquent. Jusqu'à présent étaient réalisées des IRM du rachis-bassin dans l'exploration du myélome car l'atteinte axiale est fréquente et que les temps d'acquisition le permettait. Nous avons étudié l'intérêt de cet examen dans le diagnostic, le pronostic et la prise en charge.

## Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 94 dossiers de patients suivis pour myélome multiple durant la période allant de 1997 à 2014.

## Résultats:

□L'âge moyen de nos patients était de 66 ans +/- 10 [36-86] dont 60 % avaient un âge supérieur à 65 ans. Le sexe ratio (H/F) était 1,5 avec une atteinte plus fréquente du sujet âgé masculin.

□Parmi nos patients, 37,2 % étaient hypertendus, 25,5 % étaient diabétiques et ils étaient classés stade III selon la classification de DURIE ET SALMON dans 58,5 % des cas. La valeur moyenne de la VS était à 100 mm (à H1) et de la CRP à 17 mg/l au moment du diagnostic.

□A noter que 81 % de nos patients étaient traités par chimiothérapie, soit le protocole de melphalan-prednisone- thalidomide dans 36,2% des cas, le protocole de dexaméthasone- thalidomide dans 22,3% des cas et 11,6 % ont été traités par autogreffe de moelle osseuse. 56,7 % des patients étaient traités par bisphosphonates, et 11,5 % des patients ont bénéficié d'une radiothérapie de la zone infiltrée

> Dans notre échantillon, 46% des patients avaient bénéficié d'une IRM rachidienne. En fait, elle était normale dans 16,3% des cas, on a objectivé une compression médullaire dans 11,6% des cas, une anomalie de signal diffuse dans 42% des cas, une épидурite isolée chez un seul patient.

Ces atteintes radiologiques étaient présentes chez 78% des patients classés stade 3 de DURIE ET SALMON.

## Discussion:

□Dans le bilan initial du myélome multiple, la sensibilité de l'IRM est très supérieure à celle des radiographies standard pour l'étude du rachis et du bassin.

Ce qui explique que « Durie/Salmon Plus staging system » : intègre l'IRM et le TEP scan dans la classification initiale des myélomes

□Les « faux négatifs » de l'IRM axiale sont possibles d'où l'intérêt de l'IRM corps entier.

□La fiabilité de l'évaluation de la masse tumorale par l'IRM reste sujette à controverses, en particulier en raison de l'absence d'évaluation d'une grande partie du squelette par l'IRM axiale. L'IRM pelvi-rachidienne ne semble pouvoir se substituer actuellement à l'holosquelette radiographique, qui reste encore l'imagerie de référence pour l'évaluation de la masse tumorale;

□L'intérêt pronostique de l'IRM initiale est bien établi pour les stades I (risque de progression plus rapide si IRM anormale). Mais moins bien défini pour les stades II et III, même s'il semble que des patients ayant des IRM initiales normales ont une meilleure réponse à la chimiothérapie et une survie plus longue que ceux qui présentent des lésions focales ou diffuses.

□Par contre, l'intérêt de l'IRM est bien établi dans les MGUS et les plasmocytomes, et dans le bilan des complications. En fait, l'IRM pelvi-rachidienne initiale améliore la prise en charge initiale des plasmocytomes et des MGUS en détectant des lésions non visibles sur les radiographies standard, transformant alors le diagnostic en myélome vrai. Ce nouveau statut est associé à une mauvaise réponse à la radiothérapie locale et à une transformation systémique plus précoce de la maladie par rapport aux patients présentant des IRM normales. elle permet de mieux apprécier l'extension locale d'un plasmocytome.

□De plus, c'est l'examen le plus indiqué pour réaliser le bilan des complications axiales (fracture-tassement vertébrale, compression médullaire ou radiculaire).

□Elle est très intéressante dans la surveillance des patients traités par chimiothérapie et surtout par autogreffe.

## Conclusion:

L'IRM est un examen intéressant dans le diagnostic de MM surtout en absence d'anomalies sur les radiographies standard, par conséquent la prise en charge thérapeutique et le pronostic diffèrent. L'IRM trouve aussi sa place dans le suivi post thérapeutique en cas d'atteinte grave (compression ou épидурite). Pourtant, on ne peut pas la considérer systématique ou indispensable dans la prise en charge.

1) Van de Berg, B.C., et al., Stage I multiple myeloma: value of MR imaging of the bone marrow in the determination of prognosis. Radiology, 1996. 201(1):p.243-6.

2) A Dumas, H Chiavassa-Gandois, Suivi par IRM pelvi-rachidienne d'une cohorte de patients atteints de myélome multiple, traités par chimiothérapie à haute dose et autogreffe de cellules souches périphériques, Journal de radiologie, Vol 90, N° 11-C1 - novembre 2009

# Panuvéite : effet paradoxal des anti-TNF

Slouma M, Ben Abdelghani K, Kassab S, Chammakhi M, Souabni L, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L  
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slima La Marsa

## INTRODUCTION

• Les anti-TNF ont permis de transformer le pronostic articulaire et oculaire des rhumatismes inflammatoires chroniques.  
• Cependant, il convient de connaître la survenue d'uvéites dites paradoxales, rapportées après l'introduction des anti-TNF.  
• L'objectif de notre travail était de décrire les cas d'uvéite paradoxale et de rapporter les caractéristiques cliniques et la prise en charge de cet effet paradoxal.

## MATERIELS ET METHODES

Etude rétrospective effectuée au service de Rhumatologie à l'hôpital Mongi Slim ayant inclus tous les cas de panuvéite paradoxale apparue suite à l'introduction des anti-TNF. Pour chaque patient nous avons déterminé le type de rhumatisme inflammatoire, le délai entre la survenue de la panuvéite et le début des anti-TNF, et la prise en charge de cette complication.

## RESULTATS

- Sur 151 patients sous anti-TNF, **3 cas** de panuvéite paradoxale étaient rapportés
- Il s'agissait de 3 hommes âgés en moyenne de  $31,33 \pm 13,5$  ans.
- Aucun antécédent médical de diabète, HTA et dyslipidémie n'a été noté.
- **Les rhumatismes inflammatoires ayant justifié le recours à des anti-TNF:** une arthrite juvénile idiopathique dans sa forme polyarticulaire séronégative (1cas), une spondyloarthrite juvénile (1cas), une spondyloarthrite secondaire à la maladie de crohn (1cas).
- **L'âge de début du rhumatisme inflammatoire chronique:** 17,33 ans.
- **Les anti-TNF utilisés:** etanercept (2cas), infliximab (1 cas).
- **L'âge de début des anti-TNF :**  $21,58 \pm 19,96$  ans.
- Tous les patients avaient un examen ophtalmologique normal avant l'initiation des anti-TNF.
- **Le délai entre la survenue de l'atteinte oculaire et le début des anti-TNF :** 6,33 ans [5 ;8].
- Il s'agissait d'une panuvéite dans tous les cas associée à une vascularite rétinienne dans un cas.
- Le rhumatisme inflammatoire était en rémission lors de l'apparition de la panuvéite dans tous les cas. L'atteinte oculaire était bilatérale dans 2 cas. Une bilatéralisation de la panuvéite a été notée dans le troisième cas suite à la ré-introduction de l'étaanercept.
- Une étiologie infectieuse a été écartée dans tous les cas.
- L'arrêt des anti-TNF était nécessaire dans tous les cas.
- **Un switch de l'étaanercept vers un anti-TNF:** 2cas.
- **Le traitement de la panuvéite :** une corticothérapie dans tous les cas et des séances de lasers (2 cas).
- L'évolution était marquée par la guérison (2 cas) et l'apparition de complications à type d'œdème maculaire, cataracte, glaucome et baisse de l'acuité visuelle dans un cas.

## DISCUSSION

• La panuvéite associant une uvéite antérieure et postérieure est un effet paradoxal rarement décrit dans la littérature.  
• L'étaanercept semblerait plus souvent impliqué que les AC monoclonaux dans la survenue de cet effet.  
• L'arrêt des anti-TNF était accompagné d'une amélioration de la panuvéite.

## CONCLUSION

La panuvéite est un effet paradoxal des anti-TNF qui mérite d'être décrit du fait de sa gravité.  
Un switch vers un anti-TNF est parfois nécessaire, et conduit à la l'amélioration de cette atteinte oculaire dans la majorité des cas.

Ben Abdelghani K et al. Retinal vasculitis: a novel paradoxical effect of anti-TNF $\alpha$ ?  
BMJ Case Rep. 2014;20;2014

# Myélome multiple à chaînes légères

Brahem M, Jguirim M, Lataoui S, Mhenni A, Sahli M, Haj Hmed W, Gaddour M, Zrouer S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N. CHU fattouma bouguiba monastir

## Introduction:

Dans le myélome multiple, l'anticorps fabriqué en excès par les plasmocytes malades peut appartenir aux Ig G, aux Ig A ou exceptionnellement aux Ig D ou aux Ig E. Mais ce n'est parfois qu'un fragment d'anticorps. On parle alors de myélome à chaînes légères car le plasmocyte anormal ne fabrique que des chaînes légères d'anticorps. Nous avons étudié cette forme particulière de myélome multiple.

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 94 patients suivis pour myélome multiple durant la période allant de 1997 à 2014.

## Résultat:

> L'âge moyen de nos patients était 66 ans +/- 10 (36-86) dont 60% avaient un âge > 65 ans. Le sexe ratio (H/F) était 1,5. nos patients étaient classés stade 3 de DURIE ET SALMON dans 58,5% des cas. Dans notre échantillon, on a trouvé 4 cas de myélome à chaînes légères dont 3 à chaîne légère lambda et 1 à chaîne légère kappa. L'âge moyen était de 64 ans. Les circonstances de découverte étaient une insuffisance rénale avec anémie et thrombopénie chez le premier patient, une altération de l'état général avec douleurs osseuses et fracture pathologique chez le deuxième, une fracture pathologique chez le troisième et une altération de l'état général avec compression médullaire chez le quatrième. La vitesse de sédimentation était augmentée chez tous nos patients avec une moyenne de 90 mm à H1.

> L'EPP sanguine a montré l'absence de pic chez trois patients, une hypogammaglobulinémie chez un patient. Le dosage des chaînes légères dans le sang était positif chez un patient. La protéinurie de Bence Jones était positive chez 2 patients. Ainsi le diagnostic était porté par la ponction sternale qui a objectivé des infiltrations plasmocytaires entre 32% et 86% avec une moyenne de 64%. On a noté aussi que trois patients étaient classés stade 3 A et un patient était classé stade 3B de Durie Et Salmon, deux d'entre eux avaient un âge > 65 ans et donc ils étaient traités par protocole de chimiothérapie melphalan-prednisone-thalidomide, les deux autres avaient un âge < 65ans et donc ils étaient traités par Dexa-thalidomide. Un seul patient a subi une autogreffe de moelle osseuse, un autre était traité par bisphosphonate.

> Durant le suivi après traitement, un seul patient a présenté une fracture. Sur le plan biologique, on a objectivé un cas d'insuffisance rénale, 1 cas d'hypercalcémie, 3 cas d'anémie, 2 cas de thrombopénie et un cas de leucopénie au cours du suivi.

## Discussion:

- Approximativement 15% des patients à MM ont uniquement une chaîne légère monoclonale et pas d'immunoglobuline entière sécrétée par le clone malin. Ces patients sont difficiles à diagnostiquer car leur électrophorèse des protéines sériques (EPS) ne présente généralement pas d'anormalité.
- C'est pourquoi, il a historiquement été recommandé de tester les urines de 24 heures pour la recherche de chaînes légères libres monoclonales
- La difficulté de collecte des urines de 24 heures et l'imprécision de la technique de dosage urinaire sont des facteurs contribuant à l'inhérente difficulté des ces tests.
- Le dosage des chaînes légères dans le sérum évite les problèmes des tests urinaires. Dans une étude récente les dosages sériques des chaînes légères libres ont détecté 100% des patients à MMCL.
- Il est important de signaler que pas de corrélation entre le taux sérique de chaînes légères et l'évolutivité de la maladie et le pronostic.

## Conclusion:

Le myélome multiple à chaînes légères est une forme rare, qui se caractérise par la normalité de l'électrophorèse des protéines et l'absence de syndrome inflammatoire biologique, ce qui rend le diagnostic parfois difficile. Le test des urines de 24 heures pour la recherche de chaînes légères libres monoclonales peut être utile dans ce cas. Toutefois, les urines de 24 heures peuvent être négatives au début de la pathologie car la capacité de réabsorption rénale des chaînes légères libres doit être excédée avant qu'elles n'apparaissent dans les urines. D'où l'importance de ne pas passer à côté devant une normalité de l'EPP et de pousser les explorations en cas de doute diagnostique par le dosage des chaînes légères dans le sang.

- 1) A.R. Bradwell, *et al.* Serum test for assessment of patients with Bence Jones myeloma. *Lancet* 2003; 361: 489-491
- 2) Marie-Alexandra Alyanakian, *et al.* Free Immunoglobulin Light-Chain Serum Levels in the Follow-up of Patients With Monoclonal Gammopathies: Correlation With 24-hr Urinary Light-Chain Excretion. *Am J Hematology* 2004; 75: 246-248

# Myélome Multiple et Autogreffe de moelle osseuse : à propos de 10 cas

Lataoui S, Jguirim M, Brahem M, Sahli M, Gaddour M, Haj Hmed W, Mhenni A, Zrour S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.

CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

## Introduction

L'autogreffe de moelle osseuse constitue actuellement l'une des options de choix dans la prise en charge du myélome multiple chez le sujet jeune (en Tunisie pour les sujets âgés de moins de 65 ans) démontrant un potentiel curateur avec une obtention d'une rémission plus ou moins complète et durable de la maladie.

L'objectif de cette étude était de rapporter les résultats de l'autogreffe de moelle osseuse chez 10 patients suivis pour myélome multiple.

## Matériels et méthodes

Nous présentons les résultats d'une étude rétrospective menée sur 10 dossiers de cas de myélome multiple, colligés au service de rhumatologie FB Monastir, ayant été traités par autogreffe de moelle osseuse de 1997 jusqu'à 2014

## Résultats

Il s'agit de 3 femmes (30%) et 7 hommes (70%), âgés de moins de 65 ans. L'âge moyen des patients à l'autogreffe était de 53 ans. 3 cas étaient diabétiques et hypertendus. Le diagnostic porté était un myélome à IgG dans 7 cas, IgA dans un cas et autres types dans 2 cas, la chaîne légère était de type lambda dans 7 cas et kappa dans 2 cas. La classification pronostique de Salmon et Durie au diagnostic était de IIIb dans un cas, IIIa dans 6 cas et IIa dans 3 cas. Tous les cas ont reçu le même protocole de chimiothérapie d'induction par **dexaméthasone et thalidomide** suivie d'une autogreffe de la moelle osseuse. Une rémission partielle a été constatée dans 5 cas et un échec avec progression de la maladie dans 2 cas. Trois patients étaient perdus de vue. Une deuxième autogreffe était programmée pour trois patients avec une induction par le **Velcade**. L'évolution ultérieure était un décès dans 3 cas, une survie d'une moyenne de 2 ans dans les 4 autres cas. La survie la plus longue était de sept ans avant la récurrence chez un patient. Les causes de décès étaient une hémorragie digestive, une septicémie ainsi qu'une rechute de la maladie. Au cours du suivi, 3 patients avaient présenté une anémie, un cas une leucopénie, un cas une thrombopénie, 1 cas une insuffisance rénale, et 1 cas une hypercalcémie. La survenue d'une infection a été notée dans 4 cas (40%), à type d'**infection bronchopulmonaire**, dont un cas compliqué de septicémie. Une thrombose de la veine jugulaire a aussi été constatée dans un cas.

## Discussion

•Le suivi à long terme dans les études des patients ayant reçu une chimiothérapie intensive d'induction suivie d'une première autogreffe<sup>[1]</sup> ou d'une deuxième autogreffe<sup>[2]</sup> après échec de la première, a montré une survie globale d'environ un tiers des patients 10 ans après greffe. Cette survie serait modulée par plusieurs paramètres.

•Une étude rétrospective sur 185 patients publiée en 2009 par Marta Krejci et al.<sup>[3]</sup>, a montré un taux de réponse global était de 94% dont 23% de cas de rémissions complètes. La médiane de survie globale était respectivement de 39,8 et 77,9 mois. Les facteurs associés avec une meilleure survie étaient un ISS <III, la rémission complète après autogreffe, et l'utilisation de la thalidomide et/ou le bortézomib dans le traitement après rechute. L'âge des patients, l'insuffisance rénale n'ont pas d'influence significative sur la survie à long terme.

## Conclusion

L'autogreffe de moelle osseuse dans le cadre du myélome tient une place de choix à l'heure actuelle, mais l'évolution n'est pas dénuée de complications. La réussite du traitement dépend de plusieurs paramètres. Le suivi régulier est nécessaire pour minimiser les complications notamment infectieuses.

## Bibliographie

- 1- Sirohi B, Powles R, Mehta J, et al. An elective single autograft with high-dose melphalan: single-center study of 451 patients. *Bone Marrow Transplant* 2005; 36:19-24.
- 2- Barlogie B, Tricot GJ, van Rhee F, et al. Long-term outcome results of the first tandem autotransplant trial for multiple myeloma. *Br J Haematol* 2006; 135:158-64.
- 3- Marta Krejci, Vlastimil Scudla et al. Long-term Outcomes of Autologous Transplantation in Multiple Myeloma: Significant Survival Benefit of Novel Drugs in Post-transplantation Relapse. *Clin Lymphoma Myeloma*. 2009;9(6):436-442.

# Causes d'arrêt du traitement par Leflunomide au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques.

A. Aouadi, W. Hamdi, I. Cherif, I. Henchiri, D. Kaffel, I. Zouch, M.M. Kchir

## \*Introduction:

Le Leflunomide est un agent immunomodulateur qui a prouvé son efficacité dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde. Sa tolérance est globalement bonne. Cependant, des cas d'inefficacité et d'intolérance motivant l'arrêt de ce traitement sont rapportés.

## \*Objectif:

Déterminer les causes d'interruption du traitement par Leflunomide (ARAVA®) chez les patients suivis pour rhumatisme inflammatoire chronique.

## \*Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective au sein du service de rhumatologie de l'institut M. Kassab d'orthopédie. Nous avons analysé les dossiers des patients traités par Leflunomide et identifié les causes en cas d'arrêt du traitement.

## \*Résultats:

- Quarante-deux dossiers de patients traités par Leflunomide ont été inclus.

- Ce traitement a été interrompu dans 12 cas.

- Les caractéristiques de cette population sont résumées dans le tableau suivant:

Sexe ratio	1/3
Age moyen	54 ans [45-74]
Polyarthrite Rhumatoïde	11 patients
Rhumatisme psoriasique	1 patient
Durée d'évolution	7 ans
Maladie active	7 patients

- Le traitement par Leflunomide a été prescrit de première intention chez un seul patient devant la contre indication au Méthotrexate et de deuxième intention chez le reste des patients.

- Le traitement par Leflunomide a été prescrit à des doses quotidiennes de 20 mg pour une durée moyenne de 14 mois.

- Les motifs d'arrêt du traitement sont représentés dans le tableau suivant:

Chiffres tensionnels élevés	6 patients
Intolérance digestive	1 patient
Réaction allergique (éruption cutanée)	1 patient
Inefficacité thérapeutique	4 patients

## \*Discussion:

- Le Méthotrexate (MTX) reste le traitement de fond traditionnel de référence dans la PR.

- Le Leflunomide est actuellement considérée comme la meilleure alternative au MTX parmi les traitements conventionnels, avec une efficacité et une tolérance globalement comparables.

- Les causes d'arrêt de Leflunomide dans notre série sont dominés par la survenue d'effets secondaires, notamment les chiffres tensionnels élevés.

## \*Conclusion :

Le Leflunomide est une alternative thérapeutique intéressante dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et des rhumatismes inflammatoires à manifestations périphériques. Son efficacité et sa tolérance sont bonnes mais il nécessite une surveillance stricte notamment de la tension artérielle rebelle.

## Références :

[1] Smolen JS, Emery P, Kalden JR, Van riel PMCL, Dougados M, Strand CV, et al. The efficacy of leflunomide monotherapy in rheumatoid arthritis: towards the goals of disease modifying antirheumatic drug therapy. J Rheumatol Suppl 2004;71:13-20.

[2] Van Riel PL, Smolen JS, Emery P, Kalden J, Dougados M, Strand CV, et al. Leflunomide: a manageable safety profile. J Rheumatol Suppl 2004;71:21-4.

# Association entre polyarthrite rhumatoïde et cirrhose biliaire primitive : à propos de 4 cas

Baccouche Khadija, Mani Linda, Belghali Safa, Alaya Zeineb, Amara Najeh, Zeglaoui Héla, Bouajina Elyès.

## Introduction :

La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une maladie auto-immune caractérisée par une destruction chronique des canalicules biliaires pouvant aboutir à une cirrhose hépatique. L'association entre polyarthrite rhumatoïde (PR) et cirrhose biliaire primitive (CBP), peu décrite dans la littérature, est estimée entre 1,8 à 5,6% des patients atteints de CBP. Nous rapportons quatre cas.

## Résultats :

Il s'agit de trois femmes et un homme dont la moyenne d'âge est de 57 ans suivis tous pour une PR destructrice, déformante dans deux cas et séronégative dans seulement un cas. Deux de nos malades étaient déjà connus porteurs d'une CBP dont un avait un Overlap syndrome (association entre une CBP et une hépatite auto-immune). Chez les deux autres, la découverte de la CBP était fortuite devant une cholestase anictérique modérée à la biologie sans cytolyse avec des anticorps anti mitochondries positifs, la biopsie hépatique a été pratiquée chez deux patients confirmant le diagnostic. L'activité de la PR était modérée chez trois cas et importante chez un cas, les manifestations extra-articulaires retrouvées étaient : une ostéoporose chez deux cas et un syndrome de Sjogren secondaire dans un cas. Tous nos malades ont été traités par des corticoïdes à faible dose (10 mg/jour équivalent Prednisone) et par acide ursodéoxycholique (Ursolvan). Le traitement par Méthotrexate n'a pas été contre-indiqué et il a été poursuivi sous réserve d'une surveillance biologique rigoureuse. Un traitement par Etanercept a été préconisé chez la patiente atteinte de l'Overlap syndrome vue qu'il a montré son efficacité dans ce cas. L'évolution était bonne et on n'a pas noté une aggravation de la cholestase chez nos patients.

## Discussion :

La CBP est une hépatopathie chronique, considérée comme une maladie auto-immune, conduisant à une fibrose progressive. La plupart des cas sont découverts à un stade asymptomatique. Deux des trois critères suivants sont nécessaires pour le diagnostic :

1. asthénie, prurit ou ictère
2. présence d'anticorps antimitochondries
3. signes histologiques d'inflammation hépatique non suppurative.

- La CBP est connue pour être associée avec d'autres maladies auto-immunes, notamment le syndrome de Sjögren (dans 70% des cas) [J. Coll et al], la sclérodémie systémique, le plus souvent dans la forme cutanée limitée (syndrome de Reynolds, touchant environ 15 % des patients atteints de CBP) [S. Abraham et al.2004] et les thyroidites (dans 10% des cas).

- La CBP peut être responsable d'arthralgies de par elle-même ou par le biais d'une association avec le syndrome de Sjögren. Cette dernière association peut être à l'origine d'arthrites habituellement non destructrices.

- Deux études portant sur une large série de patients atteints de CBP suggéraient que la CBP était associée à la PR dans 1,8 à 5,6 % des cas [B. Marasini et al]. La PR atteint le plus souvent le tissu conjonctif articulaire, mais des atteintes extra-articulaires sont possibles. L'atteinte hépatique induite par la PR demeure exceptionnelle. Les perturbations hépatiques au cours de la PR sont le plus souvent induites par les traitements de fond [J. Walker et al].

- La présence d'anticorps anti-CCP ait été décrite chez 4 % des patients atteints de CBP.

- Le méthotrexate a été testé comme traitement de la CBP dans les cas d'échec de l'acide ursodéoxycholique. Des données contradictoires ont été rapportées, mais une récente étude de suivi pendant dix ans de patients atteints de CBP suggérait que l'association méthotrexate plus acide ursodéoxycholique était plus efficace que l'acide ursodéoxycholique.

- La coexistence de ces deux affections ne semble pas modifier l'évolution de chacune des deux maladies.

Les données retrouvées dans la littérature suggèrent que la découverte d'une cholestase isolée (principalement des taux élevés de phosphatases alcalines) au cours d'une PR doit mener à une recherche d'anticorps antimitochondries

## Conclusion :

- L'association de la CBP à une authentique PR pose surtout un problème d'ordre thérapeutique en ce qui concerne l'hépatotoxicité du méthotrexate, des données contradictoires ont été rapportées, ce qui suggère qu'une perturbation modérée du bilan hépatique ne contre-indique pas systématiquement son utilisation.



# Anomalies biologiques au cours de la sarcoïdose systémique

A Bachali\*, H Sahli, R Amri, H Tounsi, R Khalfallah, F Ben Dahmen, H Harran, S Azebi, I Ben Ahmed, R Jazi, R Tekaya\*\*

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*Laboratoire d'analyses Médicales – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*\*Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie

## Introduction

La sarcoïdose systémique est une maladie inflammatoire systémique d'étiologie inconnue. La biologie apporte des arguments d'orientation diagnostique. Le but de ce travail est de préciser l'apport de la biologie dans le diagnostic de la sarcoïdose systémique.

## Méthodes

Etude rétrospective ayant inclus les dossiers de 9 patients, chez qui le de sarcoïdose systémique a été retenu et qui étaient hospitalisés dans un service de Médecine Interne entre 2009 et 2014.

## Résultats

Il s'agissait de 8 femmes et un homme d'âge moyen de 53 ans [34-61]. Les manifestations cliniques sont résumées dans le tableau n°1.

Une augmentation de la vitesse de sédimentation a été retrouvée chez 6 patients avec une moyenne de 53 mm [22-87]. La C-réactive protéine était augmentée dans 2 cas. La numération de la formule sanguine n'avait pas objectivé d'anomalies. Le taux sérique de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) était élevé chez 5 patients (Tableau 2). Une hypercalcémie avec hypercalciurie était présente chez une patiente âgée de 50 ans qui avait une atteinte cutanée, hépatique et médiastino-thoracique.

Tableau 1: Les manifestations de la sarcoïdose chez les 9 patients

Manifestations médiastino-thoraciques	n=5
Manifestations cutanées	n=6
Manifestations hépatiques et digestives	n=1
Manifestations thyroïdiennes	n=1
Manifestations osseuses	n=1
Manifestations rhumatologiques	n=1

Tableau 2: Le taux élevé de l'enzyme de conversion chez les 5 patients

Taux de l'enzyme de conversion (norme < 68 UECA)	
Cas n° 1	85
Cas n° 2	83
Cas n° 3	90
Cas n° 4	133
Cas n° 5	167

**Discussion:** La sarcoïdose, fréquente et d'étiologie indéterminée, présente des manifestations essentiellement pulmonaires et cutanées mais d'autres localisations viscérales sont possibles. Le bilan biologique retrouvera souvent une hyperprotidémie avec hypergammaglobulinémie, mais sans anomalies à la numération-formule sanguine et sans élévation de la vitesse de sédimentation. Dans un tiers des cas on retrouvera une hypercalcémie avec hypercalciurie; les phosphates le plus souvent sont normaux. On peut mettre en évidence l'hyperlymphocytose T avec un excès de lymphocytes T « helper », et une augmentation des récepteurs à l'IL-2; ces élévations sont plus facilement mesurables dans le LBA que dans le sang et y sont plus sensibles et spécifiques de la sarcoïdose. Mais les marqueurs diagnostiques encore les plus utiles sont le lysozyme et l'ECA sériques. L'ECA reste le marqueur le plus intéressant bien qu'il soit loin d'être idéal. La sensibilité n'est que de 60 à 80 % selon les études et les stades; une ECA normale n'exclut donc pas une sarcoïdose (1).

**Conclusion:** Aucun marqueur biologique n'est suffisant pour affirmer le diagnostic de sarcoïdose systémique. L'enzyme de conversion de l'angiotensine est produite par les granulomes sarcoïdosiens faisant de cette enzyme un marqueur diagnostique et pronostique de la sarcoïdose.

(1) B. Baudin. L'enzyme de conversion de l'angiotensine I (ECA) dans le diagnostic de la sarcoïdose. Pathologie Biologie 2005;53:183-8

# Perturbations biologiques au cours du lupus érythémateux systémique

A. Bachali\*, H. Sahli, R. Amri, H. Tounsi, R. Khalfallah, F. Ben Dahmen, H. Harran, S. Azzebi, I. Ben Ahmed, R. Jazi, R. Tekaya\*\*

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*Laboratoire d'analyses Médicales – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*\* Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie

## Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie systémique caractérisée par un grand polymorphisme biologique. Le but de ce travail est d'étudier le profil biologique de cette maladie.

## Méthodes

Etude rétrospective sur les dossiers de patients chez qui le diagnostic de LES (critères ACR 1997) a été retenu durant une période de 3 ans (2011-13) dans un hôpital régional. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques au moment du diagnostic ont été relevées. Les caractéristiques biologiques ont été analysées.

## Résultats

❖ Il s'agissait de 16 patients : 14 femmes et 2 hommes

❖ Age moyen =  $41 \pm 13$  ans.

❖ Les manifestations cliniques les plus fréquentes étaient rhumatologiques (n=7) et cardiaques (n=3).

### ❖ **Biologie:**

▪ Un syndrome inflammatoire biologique était noté dans tous les cas.

▪ La numération de la formule sanguine a montré une lymphopénie chez 5 patients.

▪ Les anticorps antinucléaires (AAN) étaient négatifs dans un cas : il s'agissait d'un patient âgé de 36 ans avec une forme bénigne associant une atteinte cutanée et articulaire.

▪ La valeur moyenne des AAN était de 1/360 [1/160-1/1280].

▪ Les anticorps anti-DNA natifs étaient positifs chez 7 patients.

▪ Les anticorps anti-ENA étaient positifs chez 6 patients : anti-SSA (n=5), anti-RNP (n=3), anti-SSB (n=1), anti-nucléosome (n=1), anti-histone (n=1), anti-SM (n=1), anti-Ro52 (n=1).

## Discussion

Le diagnostic immunologique du LES repose sur la mise en évidence d'anticorps antinucléaires à taux élevé, habituellement d'aspect homogène ou moucheté et, plus inconstamment, sur la mise en évidence d'anticorps antiacide désoxyribonucléique (ADN) natif ou antinucléosomes. D'autres autoanticorps sont utiles au diagnostic bien que plus inconstants : anti-Sm, antiribosomes (1).

## Conclusion

Les principales anomalies biologiques au cours du LES sont immunologiques, ce qui illustre bien l'implication de l'immunologie dans la physiopathologie de cette maladie.

(1) O. Meyer. Lupus érythémateux systémique. EMC - Rhumatologie-Orthopédie, Volume 2, Issue 1, January 2005, Pages 1-32

# Diagnostic des arthrites aiguës : Etude transversale sur une période de 6 moi

H Sahli, R Khalfallah, R Amri, H Tounsi, F Ben Dahmen, H Harran, S Azzebi, I Ben Ahmed, R Jazi, R Tekaya\*\*

Service de Médecine Interne – HMTM – Nabeul – Tunisie

\*\* Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle – Tunis – Tunisie

## Introduction :

L'arthrite aiguë, atteinte inflammatoire aiguë de la synoviale d'une ou de plusieurs articulations, peut être d'étiologies diverses. Le défi est de ne pas passer à côté d'une origine infectieuse qui peut être de conséquence grave

## Matériels et méthodes :

Etude transversale auprès des patients chez qui le diagnostic d'arthrite aiguë a été retenu durant une période de 6 mois dans un service régional de médecine interne. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutives ont été recueillies puis analysées

## Résultats:

- Il s'agissait de 7 patients (3 hommes et 4 femmes) âgés en moyenne de 49 ans [38-60].
  - Un antécédent de RAA était présent dans 1 cas et de diabète dans un autre cas.
  - Il s'agissait d'une monoarthrite aiguë du genou dans 3 cas, d'une oligo-arthrite dans 3 cas et d'une polyarthrite des grosses et petites articulations dans le dernier cas.
  - La fièvre était présente dans 5 cas.
  - Une manifestation extra-articulaire était observée dans 3 cas : surdité de perception (n=1) et éruption cutanée (n=2).
  - Sur le plan biologique: un SIB a été noté dans 6 cas.
  - La NFS a montré une hyperleucocytose dans 3 cas et une anémie normochrome normocytaire dans 4 cas. Une hyperuricémie a été relevée dans 1 cas.
  - La ponction articulaire avait montré un liquide inflammatoire stérile dans tous les cas.
  - Les ASLO, pratiqués dans 2 cas étaient positifs dans un cas.
  - Un pincement articulaire était présent dans 3 cas.
  - Le diagnostic étiologique était comme suit :
  - Le traitement était d'abord symptomatique mais aussi étiologique dans tous les cas.
- L'évolution était favorable à l'exception du cas d'endocardite où une chirurgie urgente était nécessaire.

<b>Sacoïdose</b>	<b>1</b>
Rhumatisme post streptococcique	1
Goutte	2
Endocardite brucellienne	1
Arthrite septique à pyogènes	2

## Conclusion:

Les arthrites aiguës représentent ne urgence diagnostique pour ne pas passer à côté d'une origine infectieuse parfois grave. Une démarche méticuleuse comportant un interrogatoire , un examen physique complet et des examens complémentaires en fonction de l'orientation.

# **DOIGTS À RESSAUT DE TOUS LES DOIGTS DES DEUX MAINS: PENSER AUX OS SÉSAMOÏDES MÉTACARPO-PHALANGIENS**

**Mhenni A, Ben Brahim H, Hachfi H, Ben Hammouda S, Younes M**  
**Service de rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia**

## **Introduction :**

Le doigt à ressaut est une pathologie fréquente. Il est lié à une inadéquation entre la taille des tendons fléchisseurs et celle du canal digital, principalement au niveau de sa partie proximale, la poulie A1. Le doigt à ressaut est le plus souvent unique, lorsqu'il est multiple et bilatéral doit faire penser à la polyarthrite rhumatoïde ou à des causes constitutionnelles à type d'os surnuméraires métacarpo-phalangiens. Nous rapportons le cas d'une patiente avec 10 doigts à ressaut.

## **Observation :**

Il s'agit d'une femme de 49 ans aux antécédents de diabète sous antidiabétiques oraux et de dyslipidémie. Elle Consulte pour arthralgies des deux mains ainsi qu'un blocage intermittent des 10 doigts, évoquant le diagnostic de doigts à ressaut multiples (figure 1, 2).

**Figure 1,2: photo de la main droite montrant doigts à ressaut de tous les Doigts**



Le bilan biologique a montré une VS à 24mm, numération de la formule sanguine correcte, une glycémie à jeun à 11,4mmol/L, une créatinémie à 61 umol/L et un taux d'acide urique à 229 mmol/l. La radiographie des deux mains face a trouvé des os surnuméraires métacarpo-phalangiens des 10 doigts (figure 3,4).

**Figure 3, 4: radiographie standard des deux mains face montrant des os surnuméraires métacarpo-phalangiens.**



La patiente a bénéficié d'infiltrations locales d'Altim aux niveaux des différents doigts réparties sur plusieurs séances avec amélioration nette de la douleur et de la gêne fonctionnelle.

## **Discussion :**

\* Le ressaut digital est un signe clinique. Il se caractérise par un temps d'arrêt dans le mouvement de flexion ou d'extension d'un doigt suivi de la reprise du mouvement qui s'achève de manière brusque, lorsque l'obstacle a été surmonté. Plusieurs étiologies peuvent se voir, parmi elles les os surnuméraires métacarpo-phalangiens : les os sésamoïdes.

Ce sont des os courts, arrondis ou ovalaires, généralement de tout petit volume, qui se développent, soit au voisinage de certaines articulations du pied et de la main, soit dans l'épaisseur d'un certain nombre de tendons.

\* Les sésamoïdes péri-articulaires de la main sont tous situés sur la face palmaire (figure 5), du côté de la flexion par conséquent. D'autre part, on les rencontre exclusivement, soit au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, soit au niveau des articulations interphalangiennes. Ces petits os sont très variables par leur forme, par leur volume, par leur nombre. On en compte de 2 à 7 pour chaque main. Deux sont constants : ce sont ceux qui répondent à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

**Figure 5 : La main droite, vue par sa face palmaire**



## **Conclusion :**

Plusieurs pathologies sont à rechercher devant un ressaut digital. L'atteinte de plusieurs doigts doit inciter la recherche des os surnuméraires métacarpo-phalangiens. Le traitement par infiltration de glucocorticoïdes demeure efficace dans cette cause particulière de doigt à ressaut

# **Efficacité du rituximab dans la kératoconjonctivite sèche compliquée d'un ulcère cornéen au cours de Syndrome de Gougerot Sjogren primitif**

**Mhenni A, Ben Brahim H, Ben Hammouda S, Hachfi H, Younes M**  
**service de rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia**

## **Introduction :**

La kératoconjonctivite sèche est l'atteinte oculaire la plus fréquente du syndrome de Gougerot-Sjögren (SGJ) et est la conséquence de xérophtalmie dû à l'inflammation et à l'infiltration lymphocytaire des glandes lacrymales. Des complications peu fréquentes peuvent survenir à type d'ulcérations cornéennes responsable d'iridocyclite, perforation ou cicatrice.

## **Observation :**

Il s'agit d'une patiente de 61 ans, diabétique, hypertendue, présentant depuis 8 ans une xérostomie et xérophtalmie invalidante. La patiente rapporte une aggravation de sa symptomatologie à type de sensation permanente de corps étrangers et de grains de sables dans les deux yeux avec photosensibilité, ainsi que des poly arthralgies inflammatoires. L'examen ophtalmologique trouve une kératoconjonctivite sèche avec test de Schirmer <5mm, break up time très altéré. Ce syndrome sec oculaire s'est compliqué d'un ulcère cornéen malgré la corticothérapie générale et les larmes artificielles. La biopsie des glandes salivaires accessoires a montré une sialadénite chronique stade 3. La biologie a montré un taux négatif des anticorps antinucléaires, une électrophorèse des protéines normale, VS à 10mm. Le diagnostic d'un SGJ primitif a été retenu, avec complications cornéenne et altération importante de la qualité de vie. La décision était d'administrer une cure du rituximab à la dose de 1 g à J1 et J15. Le bilan pré-thérapeutique a montré un bilan tuberculeux négatif, sérologie de l'hépatite B et C négative et absence de foyer infectieux à l'examen de stomatologie et oto-rhino-pharyngé. Le contrôle ophtalmologique après la perfusion du rituximab a montré une cicatrisation de la perforation cornéenne ainsi qu'une amélioration du break up time devenu à 5 secondes avec arrêt des traitements locaux et amélioration de la qualité de vie.

## **Discussion :**

- \* Le SGJ est une pathologie chronique caractérisée par une infiltration lymphocytaire et une destruction des glandes salivaires et lacrymales conduisant à une perte des fonctions sécrétoires. L'amélioration des connaissances physiopathologiques ont permis le développement de nouvelles cibles thérapeutiques.
- \* Parmi elles, la molécule CD20 qui est exprimée à la surface cellules B du stade pré-B au stade de lymphocyte B mature. Elle est spécifique de la lignée B. Elle forme également des amas à la surface de la cellule induisant l'apoptose de la cellule CD20 résiste à l'internalisation et reste exprimée longtemps la surface de la cellule. Ces caractéristiques en ont fait une cible thérapeutique potentielle.
- \* Le rituximab, un anticorps monoclonal dirigé contre la molécule CD20 présente à la surface des cellules B du stade pré-B au stade de lymphocyte B mature. Il s'agit d'un anticorps chimérique.

## **De nombreuses études ont montré l'efficacité du rituximab au cours du syndrome sec oculaire :**

**\*Zapata et al (2007) :** rapporte une amélioration d'une kératoconjonctivite sèche réfractaire au traitement conventionnel sous rituximab pour deux patient suivis pour SGJ.

**\*Meljer et al (2010), Dass et al (2008) :** rapportent deux études randomisées sur des populations de petite taille démontrant l'efficacité du Rituximab sur la sécheresse oculaire. La tolérance a été globalement bonne mais des réactions immuno-allergiques sériques ont été observées chez quelques patients avec présence d'HACA (Human Anti Chimeric Antibody).

**\*L'étude TEARS (2014) :** incluant des patients suivis pour SGJ depuis moins que 10 ans, a montré que 22.4% ont eu une amélioration significative 6 semaines mais la différence n'était plus significative à 6 mois contre placebo. Cette étude a démontré que le traitement améliore les patients plus tôt que ce que l'on attendait.

## **Conclusion :**

L'utilisation du rituximab au cours du SGJ et particulièrement au cours de la kératoconjonctivite sèche sévère a montré des résultats encourageant. L'efficacité spectaculaire dans les formes compliquées d'ulcère cornéen observée dans notre cas mérite une confirmation par d'autres études.

# Hypocalcémie sévère après administration d'une perfusion d'acide Zolédronique au cours du myélome multiple : à propos d'un cas

Mhenni A, Ben Brahim H, Hachfi H, Ben Hammouda S, Younes M  
service de rhumatologie, CHU Taher, Sfar mahdia

## Introduction :

Les biphosphonates constituent le traitement usuel de l'ostéolyse osseuse associée au myélome multiple. Ces médicaments empêchent la résorption osseuse médiées par les ostéoclastes dans le but de réduire la morbidité squelettique. Cependant, certains cas d'hypocalcémie peuvent se voir après administration des bisphosphonates. Nous rapportons un cas d'hypocalcémie sévère et réfractaire chez une patiente atteinte de myélome multiple à chaîne légère après une perfusion d'acide Zolédronique.

## Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 58 ans. Elle présentait des rachialgies inflammatoires évoluant depuis 2ans, avec impotence fonctionnelle depuis 3 mois. A la biologie on a trouvé une insuffisance rénale fonctionnelle avec hypercalcémie, une VS à 90mm, une hypogamma globulinémie à 3,37 g/l, une protéinurie de 24H à 1,5g/l et un taux de chaîne libre Kappa à 185,71 mg/l. La radiographie standard du crâne profil a montré des géodes à l'emporte-pièce. Les radiographies du rachis, des os long et bassin ont montré une raréfaction osseuse importante avec lésions lytiques disséminées.

Figure 1: radio du crâne de profil



Figure 3: radio bassin face



Figure 4: radio rachis dorso-lombaire



Figure 2: radio des deux membres supérieurs



Figure 5: radio des deux membres inférieurs

L'IRM a objectivé une sévère atteinte secondaire avec infiltration des parties molles lombosacrées. Le diagnostic de myélome multiple à chaîne légère Kappa a été retenu. Un protocole de réhydratation intensive avec lasilix a permis de normaliser la calcémie ainsi que la fonction rénale.

La patiente a été mise sous protocole de chimiothérapie d'induction : dexasone-thalidomide, ainsi que des perfusions mensuelles de Zométa. Mais, après la première perfusion la patiente a présenté à J3de la perfusion, une hypocalcémie à 1,86 mmol/l qui est devenu symptomatique à J10 malgré une supplémentation orale de calcium à 1 g/j. Le bilan a montré une calcémie à 1,32 mmol/l avec à l'ECG des ondes T plates. Ces troubles ioniques ont nécessité une supplémentation potassique et calcique par voie intraveineuse à forte dose. Les taux de la calcémie ainsi que la kaliémie se sont stabilisés après 15 jours de traitement.

## Discussion :

- ✓ Le myélome multiple est une prolifération maligne de plasmocytes siégeant au niveau de la moelle osseuse. Ces plasmocytes entraînent l'activation des ostéoclastes, cellules responsables de la destruction de la matrice osseuse et d'ostéolyse tumorale. Cette ostéolyse va être responsable de complications entraînant une diminution de la qualité de la vie et pouvant engager le pronostic vital. Les bisphosphonates (BP) sont utiles dans le traitement de cette ostéolyse maligne en bloquant l'activité ostéoclastique.
- ✓ Les bisphosphonates sont généralement bien tolérés. Mais ils sont parfois associés à des événements indésirables à savoir l'hypocalcémie, une néphrotoxicité, une pancypopénie et l'ostéonécrose aseptique. Tous les bisphosphonates peuvent causer une hypocalcémie, indépendamment de leur mode d'administration, bien que ce soit rarement symptomatique.

## Les causes évoquées dans la littérature expliquant le risque d'hypocalcémie après perfusion d'AZ :

\*Une aggravation de la néphropathie myélomateuse avec développement d'une insuffisance rénale aigue.

\*Hypovitaminose D : il y a des cas dans la littérature d'hypocalcémie post-perfusion d'AZ qui se sont corrigés par l'administration de vitamine D.

\*La prise de la dexaméthasone concomitante à la prise de l'AZ : les corticostéroïdes diminuent le taux de calcium dans le sang par inhibition de son absorption intestinale et sa réabsorption rénale.

## Conclusion :

Notre observation se distingue par la survenue d'une hypocalcémie sévère après la première perfusion de Zométa, expliquée peut être par un squelette trop déminéralisé et avide de calcium ainsi qu'un déficit en vitamine D. Ceci doit inciter à une attention particulière pour l'évaluation clinique et biologique avant et après l'administration des perfusions d'acide Zolédronique.

# POLYARTHRITE ŒDEMATEUSE DU SUJET ÂGÉ (OU RS3 PE)

*Mhenni A, Ben Hammouda S, Hachfi H, Ben Brahim H, Younes M  
service de rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia*

## **Introduction**

Le syndrome RS3 PE (Remitting Seronegative Symetrical Synovitis with Pitting Edema) a été décrit pour la première fois en 1985 par Mac-Carty. Appelé aussi polyarthrite subaigüe œdémateuse bénigne du sujet âgé.

## **Matériels et méthodes :**

Nous rapportons dans ce travail 4 nouvelles observations de ce syndrome rare afin d'en préciser les caractères cliniques et évolutifs.

## **Résultats :**

Il s'agit de 4 patients, d'âge moyen de 72 ans, répartis en 3 hommes et 1 femme et ayant un syndrome RS3 PE. Dans deux cas, l'évolution s'est faite vers une autre affection : une pseudo-polyarthrite rhizomélique et un syndrome paranéoplasique. Dans les deux cas restant le syndrome RS3 PE a été isolé. L'évolution a été bénigne dans 3 cas. Aucune récurrence n'a été marquée et ceci sous faible dose de corticoïdes avec disparition des œdèmes et des arthralgies dans un délai de 1 à 2 semaines

## **Discussion :**

- ✓ Le syndrome RS3 PE, tel qu'il a été décrit par Mc Carty, est un rhumatisme inflammatoire touchant électivement le sujet âgé de plus de 60 ans, 65% des patients ayant plus de 70ans. Il touche plus souvent l'homme.
- ✓ Son début est typiquement brutal (24 - 48H). L'œdème constitue volontiers la première manifestation. Il est bilatéral, symétrique et distal, concerne habituellement la face dorsale des mains, parfois le dos du poignet et l'extrémité inférieure de l'avant bras. L'atteinte de pieds est plus rare.
- ✓ La polyarthrite est symétrique touchant les petites articulations des mains (MCP et IPP) et les poignets. L'atteinte des épaules est fréquente. Les pieds (MTP et tarse), ainsi que les genoux peuvent également être affectés.
- ✓ Sur le plan biologique, le SIB est aspécifique. La sérologie rhumatoïde est constamment négative.
- ✓ Les radiographies retrouvent un gonflement des parties molles, mais pas d'érosion osseuse, y compris après plusieurs mois d'évolution.
- ✓ Le traitement fait appel aux corticoïdes à faible dose (7-15mg /jour de prednisone) entraînant une régression plus ou moins complète de la symptomatologie en quelques jours.
- ✓ L'évolution est rapidement favorable avec une rémission complète en quelques mois à deux ans.
- ✓ Le syndrome RS3 PE peut être associé à d'autres maladies, pouvant être classées en 3 catégories : des rhumatismes inflammatoires et connectivites : spondylites, LES, sarcoïdose... ; des hémopathies bénignes ou malignes : LMH, LMNH, LLC....et des cancers solides ou la polyarthrite œdémateuse a été assimilée à un authentique syndrome paranéoplasique.

## **Conclusion :**

Le syndrome RS3 PE constitue un mode de début propre au sujet âgé d'une pathologie articulaire inflammatoire. Cette pathologie est le plus souvent bénigne rapidement révolutive sous corticothérapie à faible dose. Une réponse partielle au traitement, une rechute ou une AEG marquée doivent mener à une révision du diagnostic de RS3 PE et imposent de rechercher une autre pathologie, notamment maligne.

# Effet du diabète sur la densité minérale osseuse chez les dialysés

Slouma M1, Sahli H1, Smaoui W2, Rekik S1, Boussaid S1, Bahlous A3, Laadhar L4, Sellami M4, Ben Moussa F2, Cheour E1, Elleuch M1  
1 : Service de rhumatologie, hôpital La Rabta, 2 : Service de néphrologie, hôpital La Rabta  
3 : Service de biochimie, hôpital Charles Nicolle, 4 : Service d'immunologie, hôpital la Rabta

## INTRODUCTION

- Il a été démontré que le diabète de type 2 est faiblement associé au risque d'ostéoporose.
- Chez les hémodialysés, l'effet de diabète sur la densité minérale osseuse (DMO) n'est pas bien élucidé.
- Le but de notre travail était d'étudier l'effet du diabète sur la DMO chez les hémodialysés chroniques.

## MATERIELS ET METHODES

- Etude transversale effectuée au service de Rhumatologie à l'hôpital La Rabta Tunis-Tunisie.
- Ont été inclus 90 patients hémodialysés depuis plus de 3 mois.
- Les patients ont été répartis en 2 groupes :
  - G1 (diabétique)
  - G2 (non diabétique).
- La DMO a été mesurée au niveau du rachis lombaire et au niveau du site fémoral.
- Les études statistiques ont été réalisées par le logiciel SPSS

## RESULTATS

- **90 patients** : 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.
- Le diabète a été noté dans 38 cas.
- La néphropathie glomérulaire chronique (44,4%) et la néphropathie diabétique (33,3%) ont représenté les étiologies les plus fréquentes de l'IRC chez nos patients.
- La valeur moyenne de l'indice de masse corporelle :  $25,79 \pm 4,67$  kg/m<sup>2</sup>.
- La moyenne de la DMO:
  - $0,854 \pm 0,152$  g/cm<sup>2</sup> au site fémoral
  - $1,155 \pm 0,218$  g/cm<sup>2</sup> au site vertébral.
- Selon la classification de l'OMS, **ostéoporose** et **ostéopénie** ont été observées respectivement chez 23% et 45% des patients.
- Les valeurs de la DMO au niveau du site fémoral étaient statistiquement plus basses chez les diabétiques (G1 :  $0,798 \pm 0,117$  g/cm<sup>2</sup> vs G2 :  $0,894 \pm 0,162$ , p : 0,003).
- En revanche, il n'existe pas de différence significative de la DMO lombaire entre les sujets diabétiques et non diabétiques (G1 :  $1,119 \pm 0,174$  g/cm<sup>2</sup> vs G2 :  $1,182 \pm 0,238$ , p : 0,181).
- Les valeurs de la DMO au niveau du site fémoral étaient statistiquement plus basses chez les diabétiques (G1 :  $0,798 \pm 0,117$  g/cm<sup>2</sup> vs G2 :  $0,894 \pm 0,162$ , p : 0,003).
- La néphropathie diabétique était le type le plus souvent associé à une baisse de la DMO au niveau du site fémoral (p : 0,031).

## DISCUSSION

- Dans notre étude, la DMO fémorale était plus basse chez les diabétiques.
- Plusieurs études avaient supporté nos résultats [1].
- Toutefois, Barreto F C et al. [2] n'avaient pas constaté une association entre la DMO et le diabète.
- Notre étude a montré également que la néphropathie diabétique était la néphropathie la plus associée à une baisse de la DMO.

## CONCLUSION

- L'ostéoporose est fréquente chez les hémodialysés.
- Le diabète est un facteur de baisse de la masse osseuse chez les dialysés chroniques.

[1] Elder GJ et al. 25-Hydroxyvitamin D Deficiency and Diabetes Predict Reduced BMD in Patients With Chronic Kidney Disease. J Bone Miner Res. 2006;21:1778-84.  
[2] Barreto F et al. Osteoporosis in hemodialysis patients revisited by bone histomorphometry: A new insight into an old problem. Kidney International. 2006;69:1852-1857.



# Le FGF23 est-il un facteur de risque de baisse de la DMO chez les hémodialysés ?

Slouma M1, Sahli H1, Smaoui W2, Boussaid S1, Rekik S1, Bahlous A3, Laadhar L4, Sellami M4, Ben Moussa F2, Cheour E1, Elleuch M1

1: Service de rhumatologie, hôpital La Rabta, 2 : Service de néphrologie, hôpital La Rabta, 3 : Service de biochimie, hôpital Charles Nicolle 4 : Service d'immunologie, hôpital la Rabta

## INTRODUCTION

• Le fibroblast growth factor 23 (FGF23) est une hormone synthétisée principalement par les ostéocytes et les ostéoblastes.  
• Il est considéré comme un marqueur précoce et sensible des anomalies osseuses et minérales chez les patients atteints de MRC. Le dosage de FGF 23 qui est aujourd'hui l'objet de nombreuses recherches.  
• Le but de notre travail était d'étudier l'effet du FGF23 sur la DMO chez les hémodialysés chroniques.

## MATERIELS ET METHODES

• Etude transversale effectuée au service de Rhumatologie à l'hôpital La Rabta Tunis-Tunisie.  
• Ont été inclus 80 patients hémodialysés depuis plus de 3 mois.  
• La DMO a été mesurée au niveau du rachis lombaire et au niveau du site fémoral.  
• Le dosage de FGF 23 a été réalisé par une technique immuno-enzymatique.  
• Sa valeur normale chez l'adulte se situe entre 30 et 176 pg/mL.

## RESULTATS

- **80 patients** : 51 hommes et 23 femmes.
- **L'âge moyen** était de 53.27 ans [20; 89].
- **L'ancienneté de l'hémodialyse** était de 50.42 + 14.49 ans.
- **L'âge de début de l'hémodialyse** 50.42 + 14.49 ans.
- **L'indice de masse corporelle** 25.91 + 4.86 Kg/m2.
- **Des antécédents** de diabète, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie ont été retrouvés dans 45%, 66.3% and 15% des cas respectivement.
- **Les concentrations sériques de la calcémie et de la phosphatémie** étaient de respectivement de 2.06 + 0.39 mmol/L and 1.83 + 0.57 mmol/L.
- **Les concentrations sériques de FGF23** étaient de 221,87 + 248,96 pg/mL.
- **Au niveau du site lombaire**, une ostéoporose a été notée dans 9% des cas et une ostéopénie dans 33% des cas.
- **Au niveau du site fémoral**, une ostéoporose a été notée dans 20% des cas et une ostéopénie dans 44% des cas.

• Les concentrations de FGF23 étaient significativement plus élevée chez les patient ayant une ostéoporose lombaire (FGF23: 428,13 pg/mL chez les patients avec ostéoporose lombaire, 194.5 pg/mL chez les patient avec ostéopénie lombaire et 275.64 pg/mL chez les patients ayant un T-score normal, p:0.039).

## DISCUSSION

- Chez les patients dialysés, les concentrations sériques de FGF23 seraient plus élevées par rapport à la population générale.
- Elles variaient selon les études entre 15 692 et 95,7 pg/mL.
- Ceci a été également prouvé par notre étude.
- L'effet du FGF 23 sur l'os n'est pas encore bien connu chez les hémodialysés.

## CONCLUSION

- Notre étude a montré que l'ostéoporose lombaire était associée à des concentrations élevées de FGF23.
- L'effet du FGF23 sur la DMO est variable selon les séries.

# La goutte chez l'adulte jeune : une série de 8 cas

Kadija Baccouche, Monia Bouzaouache, Zeineb Alaya, Safaa Belghali, Imène Ben Smida, Hela Zeglaoui, Elyes Bouajina

CHU Farhat Hached Sousse

## Introduction :

La prévalence de la goutte augmente avec l'âge mais elle est de plus en plus observée chez les sujets jeunes. Quels sont alors les caractéristiques de la goutte chez les personnes de moins de 40 ans ?

## Matériels et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive ayant concerné 8 patients hospitalisés dans le service de rhumatologie du CHU Farhat Hached, entre 2000 et 2014 et chez qui le diagnostic de goutte a été retenu.

## Résultats :

Il s'agissait de 7 hommes et 1 femme d'âge moyen de 33 ans (26 -38 ans). Une cause a été retenue dans un seul cas : insuffisance rénale chronique par tubulopathie interstitielle. Pour les autres, on n'a pas trouvé d'étiologie.

Les dosages enzymatiques n'ont pu être effectués. Un seul patient présentait des antécédents de goutte familiale. Quatre patients présentaient un syndrome métabolique. La consommation de tabac et d'alcool était rapportée par 2 patients.

Le mode de début de la maladie était mono articulaire dans 5 cas, à type de crise aiguë du gros orteil, polyarticulaire dans 2 cas et oligoarticulaire dans un seul cas.

Un syndrome inflammatoire biologique a été présent chez 6 patients avec une VS moyenne de 49.5 et une CRP moyenne de 10.

Des destructions articulaires à type de géodes et de pincement ont été mises en évidence dans 4 cas.

Seuls 2 patients ont eu des complications à type de lithiases rénales. La seule association retrouvée dans ce travail est celle entre la goutte et le sexe masculin ( $p=0.005$ )

## Discussion :

Hormis le déficit enzymatique en HGPRT, plusieurs facteurs prédisposent à l'apparition de goutte chez le sujet jeune. Une prédisposition familiale est rapportée dans 1 cas sur 3. Plusieurs gènes codant pour des transporteurs tubulaires d'acide urique sont impliqués dans l'hyperuricémie et donc dans la goutte primitive : URAT1 (gène SLC22A12) et GLUT9 (gène SLC2A9) sont les mieux caractérisées.. Une corrélation entre poids corporel et uricémie; le régime antigoutteux fait baisser l'uricémie de 10 mg/l.

Dans une cohorte menée par..., on a mis en évidence que l'obésité est un facteur de risque important pour la goutte même en tenant compte des facteurs de risque connus de la goutte. Cette étude a aussi démontré que ceux qui étaient obèses à l'âge de 21 ans développent la goutte 11 ans plus tôt que leurs homologues non-obèses.

Une étude prospective menée chez des patients de sexe masculin a noté une augmentation deux fois plus grande du risque de goutte chez ceux dont l'IMC augmenté de plus de 1,88 kg / m<sup>2</sup> avant 35 ans.

L'étude Johns Hopkins a trouvé que le risque relatif de la goutte est de 1,12 pour une augmentation d'une unité de l'IMC à 35 ans.

## Conclusion:

La goutte du l'adulte jeune concerne plus les sujets de sexe masculin comme le montre ce travail. La crise aiguë du gros orteil reste le mode de révélation le plus fréquent. Le syndrome inflammatoire biologique est modéré.

## Bibliographie:

[1] Mara A. et al. ; Younger age at gout onset is related to obesity in a communitybased cohort; Arthritis Care Res (Hoboken). 2011 August ; 63(8): 1108-1114. doi:10.1002/acr.20479.

[2] Gérard Chalés, De l'hyperuricémie à la goutte : épidémiologie de la goutte, Revue du Rhumatisme 78 (2011) S109-S115

# Contraintes gestuelles et posturales dans les entreprises Tunisiennes. (A propos d'une enquête nationale)

M.BANI, I.YOUSSEF, H.BEN SAID, N.BEN CHARRADA, N.MECHERGUI, N.LADHARI, R.GHARBI.

Service de pathologie professionnelle et d'aptitude au travail. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

## INTRODUCTION :

Dans les pays émergents et notamment en Tunisie, les maladies professionnelles en particulier les troubles musculosquelettiques ne cessent de causer des pertes énormes en termes de préjudices physiques, de vies humaines et en indemnisation.

Afin d'adopter une démarche préventive ciblée et efficace concernant ces pathologies d'hypersollicitation, une identification des contraintes gestuelles et posturales sur les lieux du travail est nécessaire.

## OBJECTIFS :

- Evaluer les contraintes gestuelles et posturales dans les sociétés tunisiennes.
- Déterminer les spécificités de ces expositions en fonction des gouvernorats et des secteurs d'activité.

## METHODOLOGIE :

- Etude descriptive et exhaustive concernant toutes les entreprises adhérentes aux groupements de santé et de sécurité au travail de 17 gouvernorats tunisiens.
- Le recueil des données : fiche de renseignement propre pour chaque entreprise remplie par un médecin du travail.
- Les contraintes posturales, l'ouvrier devait répondre à la question est-il obligé de maintenir une position debout ou assise prolongée au niveau de son poste du travail
- Les contraintes gestuelles, existait-il des mouvements répétés dans sa tâche.

## RESULTATS :

- ✓ 1653 entreprises employant 161 517 salariés dont (67%) sont des hommes.
- ✓ Le secteur de l'industrie a représenté (53%) des entreprises étudiées (textile et agroalimentaire).
- ✓ Les petites et moyennes entreprises ont représenté (92,6%).

**I. LES CONTRAINTES POSTURALES :** importantes dans le secteur bancaire (84%) et l'industrie textile (84% et 83%) et celui de l'industrie du cuir (78,5%).

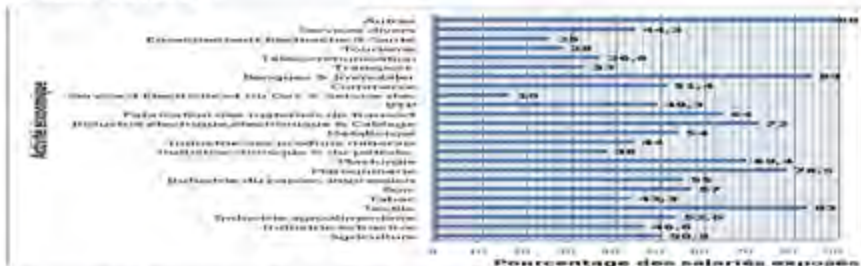


Figure n°1 : Pourcentage des salariés exposés aux contraintes posturales selon la branche d'activité professionnelle.

- ✓ L'exposition professionnelle prédominante (56%).
- ✓ Premières expositions professionnelles pour 14 gouvernorats étudiés.
- ✓ Gouvernorats : Bizerte, Sidi Bouzid, le Kef, Zaghouan ont les taux d'exposition aux contraintes les plus importants.

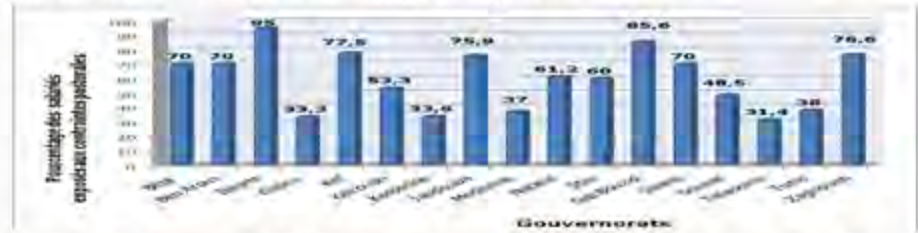


Figure n°2 : Pourcentage des salariés exposés aux contraintes posturales par gouvernorat.

**II. LES CONTRAINTES GESTUELLES :** importantes dans l'industrie du textile (62%), maroquinerie (50%) et les industries électrique, électronique et de câblage(47%).

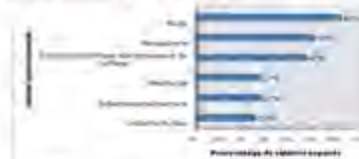


Figure n°3 : Pourcentage des salariés exposés aux contraintes gestuelles par activité professionnelle.

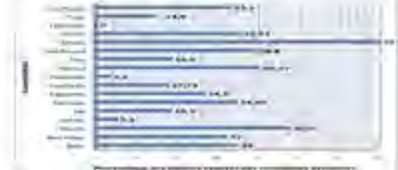


Figure n°4 : Pourcentage des salariés exposés aux contraintes gestuelles par gouvernorat.

Prédominance féminine retrouvée pour les contraintes posturales et gestuelles avec respectivement (55%) et (75,5%).

## DISCUSSION :

□ L'enquête SUMER 2003: les contraintes posturales ont atteint 7 salariés sur dix, les secteurs les plus exposés à ces contraintes sont l'industrie du cuir et des caoutchoucs avec 92,4%, l'industrie du bois 88%, l'hôtellerie et la restauration 87,8% et l'agriculture avec 87,8%.

□ Uniquement 7 % des salariés qui ont été confrontés à des gestes répétitifs plus de 20 heures par semaine. Le taux de leur exposition est de 64 % dans le secteur de l'habillement et du cuir, une sur deux dans l'industrie automobile, l'agro-alimentaire et la chimie. Prédominance féminine pour les deux contraintes.

➢ Différence importante due à une automatisation plus importante du secteur industriel, à l'adoption des mesures de prévention spécifiques en France favorisant une réduction des contraintes gestuelles.

**CONCLUSION :** Dresser une cartographie de l'exposition aux contraintes gestuelles et posturales en Tunisie permettrait aux décideurs de mettre en place une stratégie de prévention adaptée.

# LES EPICONDYLITES PROFESSIONNELLES (A PROPOS DE 10 OBSERVATIONS).

M.BANI, I.YOUSSEF, H.BEN SAID, N.BEN CHARRADA, N.MECHERGUI, N.LADHARI, R.GHARBI.

Service de pathologie professionnelle et d'aptitude au travail. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

## INTRODUCTION :

L'épicondylite est une tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens. Elle est plus connue sous le nom de 'tennis elbow'. Longtemps spécifique aux joueurs de tennis, elle se rencontre aussi en milieu professionnel. Il s'agit d'une douleur de la face externe du coude, secondaire à certaines activités professionnelles sollicitant d'une manière excessive le coude.

## OBJECTIF :

Etudier à travers une série de 10 cas d'épicondylite professionnelle, les caractéristiques socioprofessionnelles des patients, les caractéristiques cliniques de la maladie et le devenir professionnel.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive ayant concerné 10 dossiers de salariés présentant une épicondylite d'origine professionnelle colligés au service de médecine du travail et de pathologie professionnelle de l'hôpital Charles Nicolle sur une période de 4 ans. Un entretien téléphonique a été mené afin d'affiner certaines données en rapport avec le devenir professionnel.

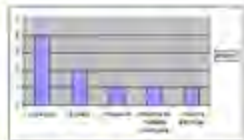
## RÉSULTATS :

### 1/Caractéristiques socioprofessionnelles:

#### \* Sexe:

6 hommes et 4 femmes.  
Sexe ratio = 1.5

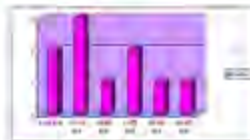
#### \* Secteur d'activité:



Répartition sectorielle des épicondylites.

#### \* Age:

L'âge de nos patients varie entre 40 et 49 ans.



Répartition selon l'ancienneté professionnelle.

#### \* Ancienneté professionnelle:

### 2/Caractéristiques cliniques :

#### \* Plaintes fonctionnelles:

#### \*Examen clinique:

-Évocateur chez les dix patients (Douleur en regard de l'épicondyle huméral, déclenchée à la palpation directe au niveau de l'insertion des épicondyliens et à la contraction contrariée de la flexion dorsale du poignet.

- L'atteinte touche le membre dominant dans 9 cas sur 10.

#### Examens complémentaires effectués:

-Radiographies standards du coude : demandées chez 5 patients, elles montraient des signes d'arthrose dans 3 cas et des calcifications périarticulaires dans 2 cas.

-Echographie du coude: faite dans 6 cas : elle montrait des calcifications tendineuses dans 3 cas et un épaississement isolé au niveau de l'enthèse des épicondyliens dans les autres cas.

-Electromyographie : demandée une seule fois. Elle a objectivée une atteinte du cubital au passage du coude.

→Une déclaration au titre du tableau n° 82 a été faite pour tous les patients. →Une éviction des tâches exposant à l'hypersollicitation du coude a été prescrite dans tous les cas.

### 3/Devenir professionnel:

\* 8 cas sur 10 ont été effectivement reconnus comme présentant une maladie d'origine professionnelle.

## DISCUSSION:

u L'épicondylite est le diagnostic le plus fréquemment posé devant les lésions du coude [1].

u Sa prévalence se situe entre 1 et 3 % dans la population générale [2] et les taux de prévalence les plus élevés sont observés chez les individus âgés de 30 à 55 ans [3].

u Chez les adultes, l'épicondylite survient chez certains sportifs ou suite à une activité professionnelle contraignante[4].

u Les épicondylites d'origine professionnelle représentent 35 à 64 % des cas [6].

u Leur prévalence varie selon l'activité professionnelle et le secteur de 1,6 à 23,1 % [7,8] L'incidence a été estimée de 1,17/1000 auprès de travailleurs indemnisés à Washington [6] et de 5,9/1000 en Finlande [10].

u L'épitrachéite semble six à dix fois moins fréquente que l'épicondylite [3].

u L'épicondylite est caractérisée par une douleur située à la face externe du coude qui est accentuée lors de tests de provocation tels que l'extension passive du coude avec le poignet en flexion ou l'extension résistée du poignet ou du troisième métacarpien avec le coude en extension [11].

## CONCLUSION:

Une meilleure connaissance des caractéristiques cliniques et des facteurs de risque de cette pathologie est nécessaire afin d'éviter des conséquences socio-professionnelles et économiques graves.

## RÉFÉRENCES :

- [1] Vincenzo B, Wright A. Lateral epicondylitis I: epidemiology, pathophysiology, etiology and social history. Phys Ther Rev 1996;1:23-34.
- [2] Johnson C. Prevalence, incidence, and cessation rates of some common occupational disorders of the upper extremities. Scand J Rheumatol 1974;3:145-52 [3] Hamilton PT. The prevalence of lateral epicondylitis: a survey in general practice. J R Coll Gen Pract 1980;30:464-5.
- [4] Colquhoun H. Tennis elbow (lateral epicondylitis). Orthop (Br) North Am 1992;24:75-87.
- [5] Cavallaro HM, Pollock D. An epidemiologic study of tennis elbow, bursitis, tenosynovitis, and tendinosis of the extensor carpi radialis. Arch Sports Med 1979;7:234-9.
- [6] Lindberg L. The prevalence and cessation of tennis elbow (lateral epicondylitis) in a population of workers in an engineering industry. Ergonomics 1987;30:573-8.
- [7] McLennan WB, Burns RT, Wells A, Davidson C, Jones HR. Prevalence of tendinitis and related disorders of the upper extremity in a manufacturing workforce. J Rheumatol 1990;17:958-64.
- [8] Moore PL, Chang A. Upper extremity disorders in a pulp processing plant - relationships between job risk factors and mortality. Am Ind Hyg Assoc J 1994;55:761-65.
- [9] Silverstein BA, Shup T, Nelson R, Sahl L. Career incidence of musculoskeletal disorders of the upper extremities: Washington state, 1982 through 1990. Am J Public Health 1999;89:1827-33.
- [10] Kivi P. The etiology and conservative treatment of lateral epicondylitis. Scand J Rehabil Med 1987;15:37-43.
- [11] Swenson L, McCrobie H. Tennis elbow: lateral epicondylitis. Phys Med 1999;20:73-5.

# Lupus masculin : A propos de deux cas et revue de la littérature

Mhenni A, Ben Hammouda S, Hachfi H, Ben Brahim H, Younes M  
service de rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia

**Introduction :** Le lupus érythémateux systémique est rare chez l'homme. L'atteinte du sexe masculin est réputée de pronostic péjoratif du fait de la fréquence des atteintes systémiques sévères chez l'homme. Le but de notre étude est d'essayer, à travers de 2 observations, d'étayer les particularités du lupus érythémateux systémique de l'homme. A ce propos, nous rapportons deux cas de lupus masculin.

## Observation 1:

Mr HB âgé de 48 ans, adressé pour exploration d'une péricardite évoluant dans le cadre d'une altération de l'état général, associée à des arthralgies de type inflammatoire des grosses articulations et une photosensibilité.

L'examen physique était sans particularités. A la biologie il existait un syndrome inflammatoire biologique. La formule de numération sanguine objectivait une anémie normochrome normocytaire non hémolytique, le taux de GB et des plaquettes est normal. La fonction rénale est conservée et la protéinurie de 24 h était négative. Les anticorps antinucléaires sont positifs à 1/6400 et les anticorps anti nucléosomes sont positifs à > 200 UI. Les anticorps anti DNA natifs et les anticorps anti phospholipides sont négatifs. A la radio thorax : il existait une pleurésie gauche. Le patient était mis sous corticothérapie (0.5 mg/kg /j) associée à des anti paludéens de synthèse avec bonne évolution.

## Observation 2

Un patient âgé de 79 ans, hospitalisé pour une altération de l'état général, des troubles psychiatriques à type d'hallucinations visuelles associés à des paresthésies des 4 membres. A l'interrogatoire: notion de photosensibilité, de dyspnée d'effort, de céphalées holocrâniennes et de polyarthralgies inflammatoires des grosses articulations, le tout évoluant depuis 2 ans. L'examen physique trouvait une arthrite du poignet droit, une abolition des reflexes ostéo-tendineux des 4 membres, une hypoesthésie en gants et en chaussettes, des troubles de la sensibilité profonde et des râles crépitants aux deux bases pulmonaires à l'auscultation. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire. La numération formule sanguine (NFS) et le bilan rénal (créatinine, protéinurie de 24h) étaient normaux. Le bilan immunologique révélait des AAN positifs à 1/800 et des anticorps anti-nucléosomes positifs. Les aPL étaient négatifs.

L'électromyogramme (EMG) objectivait des signes électriques de polyneuropathie sensitive sévère de type axonal prédominante aux membres inférieurs.

L'examen anatomopathologique de la biopsie neuro-musculaire montrait une inégalité des fibres musculaire. Les parois des vaisseaux étaient épaissies avec présence d'infiltrat inflammatoire. Cet aspect était en faveur d'une atteinte neurogène sur le muscle associée à une vascularite.

La ponction lombaire objectivait une hyperalbuminorachie à 1,7 g. L'IRM cérébrale montrait de multiples hypersignaux flair de la substance blanche péri-ventriculaire en rapport avec une vascularite cérébrale.

La radiographie et le scanner thoracique objectivaient une fibrose interstitielle diffuse bilatérale. L'exploration fonctionnelle respiratoire avec mesure de DLCO montrait un syndrome restrictif. L'échographie cardiaque montrait un épanchement péricardique de moyenne abondance. Le diagnostic de LES était retenu devant la présence de 5 critères de l'ACR : photosensibilité, arthrite non érosive, péricardite, atteinte neuropsychiatrique et AAN positifs. Un traitement associant une corticothérapie par voie orale à la dose de 1 mg/ Kg/j, précédée par 3 bolus de méthylprédnisolone (solumérol®) à la dose de 1g/ j, des bolus mensuels de cyclophosphamide (endoxan®) à la dose de 14 mg/ kg/ j et hydroxochloroquine (400mg/j) était instauré.

Le patient a reçu au total 6 bolus de cyclophosphamide relayés par l'azathioprine (Imurel®) à la dose de 3mg/kg/ j. L'évolution était favorable.

## Discussion :

- Le lupus systémique est une maladie auto-immune qui touche dans 90% des cas des femmes dont l'âge de prédilection se situe entre 15 et 44 ans. Sa survenue chez l'homme reste rare et même exceptionnelle.
- Physiopathologie: Il a été démontré que chez l'homme lupique, on trouve souvent une diminution de la testostéronémie sans différence significative par rapport aux témoins, tandis que l'androsténone et la déhydroépiandrosténone sulfate sont significativement plus diminuées, et une faible réponse de la testostérone libre à la HCG indiquant une diminution de la fonction testiculaire. Cette hyperestrogénie et hypoandrogénie facilite les phénomènes auto-immuns.
- Certaines manifestations sont significativement plus fréquentes chez l'homme : atteinte rénale, thromboses vasculaires (qui ne semblent pas être en rapport avec les anticorps antiphospholipides trouvés beaucoup plus chez les femmes), ulcérations buccales, manifestations neuropsychiatriques à type de comitialité et de psychose et les sérites.
- A la biologie la thrombopénie et l'anémie hémolytique sont significativement plus fréquentes chez l'homme. Ainsi que la présence des anti-ADN et anti-S
- L'atteinte rénale est fréquente dans toutes les études rapportées. La glomérulonéphrite segmentaire et focale et la glomérulonéphrite membranoproliférative sont les classes les plus rencontrées. Il s'agit d'une atteinte qui évolue plus fréquemment vers l'insuffisance rénale.

**Conclusion :** Le lupus érythémateux est rare chez les hommes et une présentation atypique peut rendre le diagnostic extrêmement difficile.

# Les manifestations rhumatologiques de la maladie de behçet

I Garsallah; N Boussetta; S Hamrouni; A laabidi; N Ben Abdelhafidh; R Battikh; B louzir; L Metoui; S Othmani

## Introduction:

La maladie de behçet fut décrite en 1937 par Hulusi behçet. Elle associe une aptose buccale et génitale à une atteinte oculaire des chambres antérieures et postérieures de l'œil auxquelles peuvent s'ajouter d'autres manifestations parmi lesquelles l'atteinte articulaire. Bien que rarement prise en compte dans les critères diagnostiques, l'atteinte articulaire est fréquente et pose parfois des problèmes diagnostiques, surtout lorsqu'elle est inaugurale.

## Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 100 observations de maladie de behçet colligées sur une durée de 13 ans. Tous les malades répondent aux critères de classification du Groupe International d'étude sur la maladie de behçet. 60% des malades ont présenté des manifestations rhumatologiques. L'examen ophtalmologique et le test pathergique ont été réalisés chez tous les malades. Les radiographies des sacro-iliaques ont été faites chez 58 patients. Les antigènes HLA B51 et B27 ont été recherchés chez 70 malades. La recherche des anticorps anti nucléaires a été pratiquée chez 57 malades et le dosage de C3 et C4 chez 44 malades.

## Résultats:

L'atteinte articulaire est présente chez 60 % des malades. Elle est inaugurale dans 38 % des cas. Les genoux et les chevilles sont les plus touchés. Une monoarthrite, une oligoarthrite et une polyarthrite sont notées respectivement dans 26 %, 19 % et 14% des cas. Les arthralgies sont présentes dans 80 % des cas. Deux malades ont présenté une sacroïllite isolée. Par ailleurs, ont été notés: un kyste poplité de Baker (4 cas), rompu dans 2 cas. L'atteinte articulaire est associée à de l'érythème noueux dans 55 % des cas et à la pseudofolliculite dans 70 % des cas. Les antigènes HLA B51 et HLA B27 étaient présents dans respectivement 13,8% et 36,9% des cas. Ces manifestations articulaires sont bénignes, résolutes et n'ont jamais évolué vers la déformation ou la destruction.

les manifestations articulaires



- arthralgies
- monoarthrite
- oligoarthrite
- polyarthrite

## Discussion:

Les manifestations articulaires de la maladie de Behçet sont fréquentes. Elles surviennent dans 50 à 70 % des cas ( 60% des cas dans notre série). L'antigène HLA-B51 recherché chez 70 de nos patients avec atteinte articulaire est présent dans 13.8% des cas. L'association HLA-B51 et maladie de Behçet est présente dans 50 à 60 % des cas selon les séries [1]. Strachan et al ont rapporté un cas de maladie de Behçet où les autres symptômes de la maladie sont apparus 20 ans après l'atteinte articulaire. En fait l'atteinte articulaire peut être concomitante de l'aphtose, mais le plus souvent elle apparaît après les autres manifestations [2]. Dans notre série, l'atteinte articulaire a été inaugurale dans 38 % des cas.

Les manifestations articulaires périphériques sont les plus fréquentes. Plusieurs aspects peuvent être réalisés allant des simples arthralgies ou de véritables arthrites. Comme le montre notre série, les atteintes articulaires étaient sous forme de monoarthrite, oligoarthrite et polyarthrite respectivement dans 26 %, 19 % et 14% des cas. Les manifestations articulaires touchent avec prédilection les grosses articulations des membres inférieurs : genoux et chevilles, suivis des poignets, des coudes et des épaules[3].

Une comparaison entre la fréquence des signes cliniques de la maladie de Behçet avec atteinte articulaire et sans atteinte articulaire a montré que l'atteinte articulaire s'accompagne plus souvent d'érythème noueux, de pseudofolliculite et d'hypersensibilité cutanée[1]. Dans notre série, l'atteinte articulaire est associée à de l'érythème noueux dans 55 % des cas et à la pseudofolliculite dans 70 % des cas.

Le traitement des manifestations articulaires de la maladie de Behçet repose sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens et la colchicine, avec le plus souvent une guérison sans séquelles témoignant du bon pronostic.

## Conclusion:

Les manifestations de la maladie de behçet sont fréquentes, associées le plus souvent à l'érythème noueux et à la pseudofolliculite.

## Bibliographie:

- [1] Les manifestations rhumatologiques de la maladie de Behçet : à propos de 309 cas. Ben Taarit, S. Turki, H. Ben Maiz Rev Méd Interne 2001 ; 22 : 1049-55
- [2] Strachan RW, Wigzell FW. Polyarthritits in Behçet's multiple symptom complex. Ann Rheum Dis 1963 ; 22 : 26-35.
- [3] Hamza M. Maladie de Behçet. In : Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC, Eds. Maladies et syndromes systémiques. Quatrième édition. Paris : Flammarion Médecine Sciences ; 2000. p. 883-924.

# TUMEURS COSTALES MALIGNES

monia othman; raoudha ben abdallah; khaouter zaag, wided korbaa; mahbouba gjiurim; saumaya attig; zouhour aguïr; saousen zrour ; ismail bejia; mongi touzi; naceur bergaoui. hôpital régional de ksar helal

## INTRODUCTION:

Les lésions costales sont fréquemment rencontrées en pratique radiologique. Les étiologies sont multiples et variées. Elles peuvent être bénignes ou malignes. Les lésions malignes sont dominées essentiellement par les métastases osseuses. Sur les radiographies du thorax elles réalisent habituellement un syndrome pariétal, et le diagnostic étiologique peut être orienté, mais certaines lésions restent méconnues sur le cliché standard. La TDM est plus performante pour les détecter et permettre une meilleure analyse de la lésion et des structures adjacentes. L'IRM complètera le bilan de certaines lésions.

## MATERIELS ET METHODES:

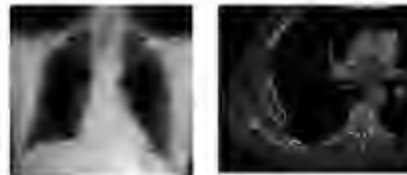
Nous rapportons cinq observations ; trois hommes, une femme et une fille de 9ans. Deux patients ayant respectivement des antécédents de cancer du Larynx et du sein, opérée et traitée par chimiothérapie et radiothérapie. Tous nos patients ont d'une radiographie thoracique complète par un examen tomodensitométrique sans et avec injection et produit de contraste.

## RESULTATS:

L'âge moyen de nos quatre adultes patients était de 50 ans, tous consultent pour dyspnée et douleurs thoraciques. La femme consulte pour toux et fièvre avec à l'examen une masse pariétale droite et une VS supérieure à 100mm. La fillette consulte pour un syndrome pleural droit. Les différents examens radiologiques réalisés pour chaque malade ont mis en évidence un volumineux processus expansif pariétal de densité tissulaire, se rechaussant de façon hétérogène après injection Intra veineuse de produit de contraste, associé à une extension intra parenchymateuse dans deux observations. Le diagnostic de métastases osseuses a été retenu pour trois patients, les deux autres ont bénéficié d'une biopsie scanno-guidée, avec comme diagnostics retenus : Plasmocytome solitaire pour l'un et Sacrome d'Ewing pour l'autre.



Sarcome d'Ewing: Opacité pariétale avec atteinte osseuse minime sur la radiographie. Le scanner et RX apprécient bien l'atteinte osseuse et l'extension périphérique.



Radiographie thoracique de face : lésion condensante soufflant l'os de l'arc moyen de la cinquième côte droite sans images lytiques. Tomodensitométrie thoracique, fenêtre osseuse sans injection de produit de contraste. Processus costal ostéolytique, assez bien limité, soufflant la corticale de la cinquième côte droite.

## DISCUSSION:

Les tumeurs de la paroi osseuse thoracique sont rares, représentant moins de 5 % de l'ensemble des tumeurs osseuses. Elles se localisent le plus souvent sur les côtes et l'omoplate, plus rarement sur le sternum ou la clavicule. Les tumeurs du rachis dorsal sont exclues. Les tumeurs cartilagineuses sont les plus fréquentes des tumeurs bénignes, dominées par l'ostéochondrome et le chondrome. Ces tumeurs bénignes se distinguent par leur caractère souvent asymptomatique et un respect de la corticale. Les tumeurs osseuses malignes de la paroi thoracique les plus fréquentes sont les métastases et les localisations myélomateuses. Les tumeurs primitives, plus rares, sont essentiellement représentées par le chondrosarcome. Ces tumeurs malignes se définissent par leur caractère symptomatique, des limites floues, une destruction avec interruption de la corticale et souvent une extension dans les parties molles. De nombreuses lésions sont découvertes de façon fortuite sur une radiographie thoracique et posent peu de problèmes diagnostiques. Cependant, l'analyse sémiologique peut parfois être difficile et justifier la réalisation d'un scanner. L'imagerie par résonance magnétique est bien plus rarement effectuée, sauf en cas de doute diagnostique et de bilan d'extension lorsqu'une biopsie ou une exérèse chirurgicale est indiquée. La tomographie à émission de positons serait d'un faible apport diagnostique, plusieurs tumeurs bénignes fixant de façon équivalente à certaines tumeurs malignes. D'autre part, elle ne permet pas de différencier un chondrome d'un chondrosarcome de bas grade. Elle pourrait, en cas de fixation importante et en fonction de son aspect en imagerie, indiquer une vérification histologique.

## CONCLUSION:

Les tumeurs osseuses de la paroi thoracique sont multiples et variées: le diagnostic des tumeurs secondaires et myélomateuses, les plus fréquentes, pose en principe peu de problèmes en raison du contexte clinique. Les tumeurs primitives posent souvent des problèmes plus difficiles bien que leur diagnostic puisse être approché par le scanner voire l'IRM grâce aux possibilités de caractérisation de la matrice tumorale et à l'analyse précise de la corticale, des contours de la tumeur et de son extension aux tissus mous. Ces examens s'avèrent souvent utiles afin de guider une biopsie ou une exérèse chirurgicale.

# Le syndrome de Parsonage et Turner, A propos d'un cas et revue de la Littérature

SAADANA.J, BELGHALI.S, BACCOUCHE.K, MANI.L, ALAYA.Z, AMARA.N, ZEGLAOUI.H, BOUAJINA.I  
Service de rhumatologie-CHU Farhat Hached-Sousse

## **Introduction :**

Le syndrome de Parsonage-Turner (SPT) ou névralgie amyotrophique de l'épaule (NA), décrit en 1948, réalise dans la forme classique un tableau typique fait d'une première phase douloureuse locale intense, suivie d'une deuxième phase de paralysie et d'atrophie de certains muscles de la ceinture scapulaire. L'étiologie précise de ce syndrome est inconnue, bien que certains facteurs favorisants soient signalés dans plus d'un cas sur deux.

## **Observation :**

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans droitier, diabétique, qui a été hospitalisé pour une impotence fonctionnelle totale de l'épaule droite. Il a présenté trois semaines auparavant une douleur brutale de la ceinture scapulaire droite de type inflammatoire sans fièvre ni facteur déclenchant avec l'installation progressive d'une amyotrophie des muscles de l'épaule.

A l'examen, on a trouvé un rachis cervical souple et indolore, une amyotrophie des muscles deltoïde, sus épineux et sous épineux avec une limitation de la mobilité active dans tous les secteurs alors que la mobilité passive était normale. L'examen neurologique a noté une hypoesthésie du moignon de l'épaule avec une diminution des ROT et un déficit moteur du deltoïde et des épineux.

La biologie était normale. La radiographie du thorax était normale. L'EMG a objectivé une souffrance pluri radiculaire C5, C6, C7, C8, D1. L'IRM cervicale a montré une discopathie C5-C6 conflictuelle avec la racine C 5 droite n'expliquant pas l'atteinte pluriradiculaire. L'IRM de l'épaule droite était sans anomalies en particulier absence d'atteinte de la coiffe des rotateurs et absence de compression du plexus brachial. Le patient a été traité par une corticothérapie à 0.5 mg/kg/j avec une rééducation intensive de la ceinture scapulaire.



**Fig1: Amyotrophie du deltoïde ant.et moyen**



**Fig2: Amyotrophie du sus et sous épineux.**

## **Discussion**

Syndrome de Parsonage - Turner est le terme donné pour décrire une entité qui est également connue comme la névrite brachiale aiguë, névralgie amyotrophique, neuropathie brachiale, ou névrite de ceinture de l'épaule. Il est relativement rare, touche l'homme plus que les femmes avec un pic d'incidence entre troisième et septième décennies. La cause exacte du syndrome de Parsonage - Turner est inconnue. De nombreux facteurs ont été proposés pour provoquer la névrite y compris un traumatisme, une infection, une maladie virale, un exercice intense, une intervention chirurgicale récente, la vaccination et les maladies auto-immunes. Des cas héréditaires ont été décrits par Kuhlenbaumer et al, 2000 dont le gène responsable est localisé sur le Chromosome 17q25 dans une région de 16 cM (Meulemann et al, 1999). Une étiologie potentielle a été signalée dans 50 % des cas. Les infections représentent les conditions favorisantes les plus fréquentes. Dans notre cas aucune étiologie n'a été retrouvée, il s'agit donc d'un SPT idiopathique.

Il est facilement confondu avec d'autres anomalies des membres supérieurs, y compris les anomalies de la coiffe des rotateurs, capsulite rétractile, arthrose cervicale, compression du nerf, tumeur, poliomyélite aiguë. Comprendre la chronologie des NA est essentiel parce que le diagnostic est clinique soutenu par imagerie et confirmé par l'électromyographie (EMG).

## **Conclusion:**

Ce cas illustre l'importance de la chronologie d'installation des symptômes, les données de l'examen clinique et para-cliniques pour le diagnostic de la NA ou le SPT. Lors de la revue de la littérature, l'origine du SPT est le plus souvent idiopathique. Certaines étiologies ont été décrites dont le traumatisme, l'infection virale ou bactérienne, un exercice intense, une intervention chirurgicale récente, la vaccination et les maladies auto-immunes

## **Bibliographie:**

- Parsonage, MJ & Turner, A. « Neuralgic amyotrophy. The shoulder-girdle syndrome. », *The Lancet*, vol. 251, n° 6513, 1948, p. 973-978  
Misamore GW, Lehman DE. Parsonage-Turner syndrome (acute brachial neuritis). *J Bone Jt Surg* 1996;78A:1405-8  
van Alfen N, van Engelen HGM, Hughes RAC. Treatment for idiopathic and hereditary neuralgic amyotrophy (brachial neuritis). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3



# La sclérodermie systémique en milieu rhumatologique

Chammakhi.M; Ben Abdelghani.K; Kassab.Selma; Souissi.MA; Chkili.S; Laatar.A; Zakraoui.L

## Introduction:

La sclérodermie systémique est une maladie auto-immune qui peut toucher plusieurs organes et avoir ainsi des tableaux cliniques très variés. Nous proposons d'étudier les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques de la sclérodermie systémique prise en charge dans un service de rhumatologie.

## Matériels et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 28 dossiers de sclérodermie systémique colligés au service de Rhumatologie du CHU Mongi Slim de Tunis entre l'année 1994 et 2011. Les caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été relevées chez tous les patients.

## Résultats:

Il s'agit de 28 patients: 25 femmes et 3 hommes.

L'âge moyen: 57 ±12 ans.

L'âge moyen de début de la maladie: de 41,82 ±13,01 ans.

Une atteinte cutanée: sclérose cutanée (25 patients: forme diffuse 17 cas, limitée 8 cas), tégangiectasies (8 cas), lésions dychromiques (7 cas), lésions de calcinose (3 cas).

L'atteinte vasculaire: un syndrome de Raynaud (26 cas) compliqué d'ulcérations digitales (13 cas)→

Capillaroscopie: microangiopathie sclérodermique (12 cas).

Les manifestations articulaires: arthralgies (26 patients), arthrites (2 cas)→ Radiographie des mains: accro-ostéolyse (8 cas).

Les manifestations respiratoires: dyspnée (14 patients), toux (6 cas)→L'exploration fonctionnelle respiratoire: syndrome restrictif (9 cas, un syndrome mixte (2 cas). L'atteinte pulmonaire à la TDM thoracique: fibrosante dans 5 cas, interstitielle dans 2 cas. L'échographie cardiaque: hypertension artérielle pulmonaire chez 5 patients symptomatiques de dyspnée, gradée de minime à modérée et nécessitant ainsi un contrôle échographique rapproché. L'évolution au cours du suivi était marquée par la stabilisation des valeurs chez 4 patients, et par l'aggravation, devenant sévère chez un patient.

L'atteinte digestive: dysphagie (22 cas) et de reflux gastro-oesophagien (5 cas)→ La manométrie pratiquée chez 10 patients: hypotonie du sphincter inférieur de l'oesophage avec apéristaltisme. L'atteinte digestive à la fibroscopie: oesophagite (5cas), atrophie congestive (5cas), bulbite (2cas) et un cas d'endobrachyoesophage.

Un syndrome inflammatoire biologique: 17 cas.

Les anticorps antinucléaires: positifs chez 21 patients → anti Scl70 (9 cas), anti-ENA (13 cas) et d'anti-centromère (1 cas).

Traitement: atteinte cutanée→ D-pénicillamine (16 cas) / la colchicine (6 cas) / corticoïdes (16 cas).

syndrome de Raynaud →inhibiteurs calciques (19 cas) / Iloprost (2 cas d'ulcérations digitales)

atteinte articulaire→methotrexate (7 cas) / antipaludéens de synthèse (5 cas).

fibrose pulmonaire prononcée→ cyclophosphamide (3 cas) / mycophénolate mofétil (un cas).

HTAP sévère→Bosentan (un cas).

## Conclusion:

Plusieurs complications peuvent émailler l'évolution d'une sclérodermie systémique. La sclérose cutanée avec les rétractions tendineuses et la limitation du jeu articulaire peuvent être à l'origine d'un handicap fonctionnel important. Le pronostic vital peut être mis en jeu par l'atteinte respiratoire, rénale et cardiaque. Un traitement ciblé et un suivi régulier au long cours est nécessaire.

# Profil étiologique des hypercalcémies : à propos de 46 cas

I Gharsallah; N Bousetta; S Hamrouni; F Ajili; N Ben Abdelhafidh; R Battikh;  
B Louzir; L Metoui; S Othmani

## Introduction:

L'hypercalcémie est une complication métabolique fréquente en médecine pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Son polymorphisme clinique et ses multiples étiologies peuvent retarder son diagnostic et sa prise en charge thérapeutique. Notre objectif est de faire une étude sur l'hypercalcémie afin de préciser les différents symptômes qui en découlent, les différentes étiologies responsables et les différents moyens pour sa prise en charge thérapeutique.

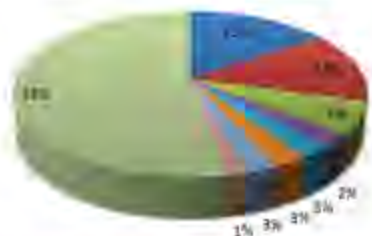
## Patients et méthodes:

Notre étude était rétrospective et a porté sur 46 cas d'hypercalcémie colligés sur 12 ans entre 2001 et 2015 dans notre service de médecine interne.

## Résultats:

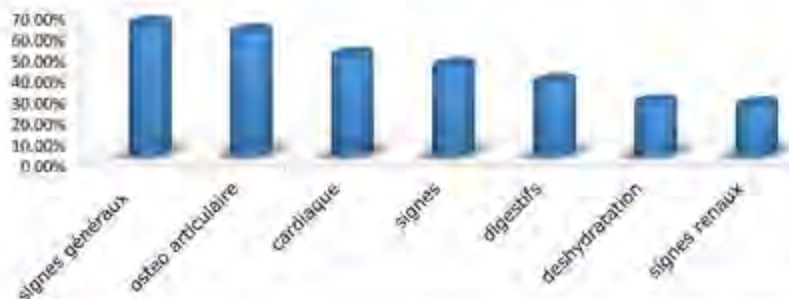
L'âge moyen de nos patients était de 62 ans. Nous avons relevé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,2. La découverte de l'hypercalcémie était fortuite chez 15,21 % des cas suite à un dosage systématique. Les signes cliniques de l'hypercalcémie étaient dominés par les manifestations ostéo-articulaires (58,65%), suivis 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 (23,91%). Dans notre série 50% des cas avaient une hypercalcémie légère, 27% avaient une hypercalcémie modérée et 23% avaient une hypercalcémie sévère. Les différentes étiologies étaient l'hyperparathyroïdisme primaire (34,5%), le myélome multiple (31,5%), les métastases secondaires (14,5%) le lymphome (5,75%), la sarcoïdose (5,75%), la tuberculose (5,75%), l'hyperparathyroïdisme tertiaire (5,75%), l'hyperthyroïdisme (2,85%) et la maladie de Paget (2,85%). Aucune étiologie n'a été trouvée dans 5,75% des cas. La prise en charge thérapeutique a comporté deux principaux volets: le traitement symptomatique était à base d'hyperhydratation (67,5%), de bisphosphonate (45%), de calcitonine (27%), de diurétique (20%) corticoïde (15%) et d'épuration extra rénale (2,5%). Le traitement étiologique était médical et/ou chirurgical selon les différentes étiologies.

étiologies des hypercalcémies



- hyperparathyroïdisme primaire
- myélome multiple
- métastase secondaire
- lymphome
- sarcoïdose
- tuberculose
- hyperparathyroïdisme tertiaire

manifestations cliniques



## Discussion:

• Les signes cliniques de l'hypercalcémie sont peu spécifiques et le diagnostic n'est évoqué que lorsque plusieurs de ces signes sont associés. La majorité des hypercalcémies modérées, comprises entre 2,63 et 3 mmol/L (soit 105 et 120 mg/L), sont peu ou totalement asymptomatiques. Dans plus de 50 % des cas, le diagnostic d'hypercalcémie se fait de façon fortuite, à l'occasion d'un dosage systématique de la calcémie (15,21% dans notre série)

• Les étiologies sont diverses avec comme tête de liste, l'hyperparathyroïdisme primaire et les hypercalcémies dites paranéoplasiques représentant à elles seules 80 à 90 % des étiologies.

D'autres étiologies sont également retrouvées comme les granulomateuses avec des fréquences avoisinant les 10 à 20% pour la sarcoïdose, les endocrinopathies surtout les hyperthyroïdies (rencontrées dans 2,85% des cas dans notre série) et les iatrogénies (vitamine D, A, les diurétiques thiazidiques...)

• La nécessité de traiter spécifiquement une hypercalcémie dépend de l'étiologie et du niveau de l'hypercalcémie. Dans tous les cas où une cause curable a été identifiée, et en dehors d'une hypercalcémie maligne, le traitement se résumera au traitement de la maladie responsable de l'hypercalcémie ; c'est tout particulièrement le cas pour l'HPT1, qui peut être guérie par la chirurgie.

## 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 rare: spondylarthrite ankylosante juvénile et purpura rhumatoïde

*Maatallah K., Saidane O, Mahmoud I, Sahli H, Tékaya R, Abdelmoula L*  
**Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole**

## Introduction

- Le purpura rhumatoïde ou syndrome de Schönlein-Henoch est une vascularite systémique des petits vaisseaux en rapport avec des dépôts tissulaires de complexes immuns contenant des immunoglobulines A (Ig A).
- Atteignant principalement l'enfant, l'affection est plus rare chez l'adulte avec une fréquence estimée entre 0.1 à 0.8/100,000§.
- Son association à une spondylarthrite ankylosante est exceptionnelle.
- Nous rapportons le cas original d'un patient atteint de purpura rhumatoïde associé à une spondylarthrite ankylosante

## Observation

- Mr M, âgé de 47 ans
- Antécédents** : Syndrome de Guillain Barré à l'âge de 16 ans
- Suivi pour **spondylarthrite ankylosante à début juvénile** évoluant depuis l'âge de 12 ans compliquée de coxite bilatérale opérée. Le patient était traité depuis 1988 par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en continu avec une bonne réponse clinique et biologique. Deux mois avant l'hospitalisation, Mr M rapporta l'apparition brutale, de douleurs abdominales intenses, de lésions de purpura nécrotique des membres inférieurs et d'une anurie.
- Biologie**: Insuffisance rénale avec une créatinine égale à 198 mmol/l (clearance à 33ml/mn) et anémie à 7g/dl. Le taux des plaquettes était normal.
- Scanner abdominal sans injection pratiqué en urgence** avait montré : Un épaissement pariétal diffus des anses grêles sans niveaux hydro-aérique le tout associé à un épanchement abdominal.
- Evolution** : Aggravation rapidement progressive de son insuffisance rénale (Clearance à 11ml/mn) compliquée d'une hyperkaliémie et un œdème pulmonaire aigu nécessitant le recours à des séances d'hémodialyse.

- Ponction biopsie du rein** a objectivé une augmentation diffuse de la matrice mésangiale et à l'immunofluorescence présence de dépôts d'Immunoglobuline A dans le mésangium.  
**Le diagnostic de purpura rhumatoïde a été alors retenu**
- le patient a reçu des boli de solumédrol à 500mg 3 jours de suite relayés par une corticothérapie per os à la dose de 1mg/kg/j ainsi qu'une transfusion par deux culots globulaires avec amélioration de la fonction rénale et disparition de l'hématurie .
- Pour sa spondylarthrite un bilan anti-TNF alpha a été demandé devant une maladie active avec un BASDAI à 5 et la contre-indication à la remise sous AINS

## Discussion

Le purpura rhumatoïde est caractérisé par l'association de signes cutanés, articulaires et gastro-intestinaux, pouvant survenir par poussées. Une atteinte rénale s'associe parfois à ces signes. Le purpura rhumatoïde de l'adulte diffère de celui de l'enfant par sa faible incidence et la plus grande sévérité des manifestations cliniques [1]. La maladie est plus fréquente chez les patients de sexe masculin (sexe ratio : 1,5). La néphropathie du purpura rhumatoïde est une néphropathie glomérulaire à dépôts d'IgA très proche de la maladie de Berger. Seul le contexte clinique permet d'ailleurs de les distinguer histologiquement [2]. Dans notre cas, le tableau clinique évocateur et l'aspect à la biopsie rénale a permis de poser le diagnostic.

## Conclusion

L'association spondylarthrite ankylosante juvénile et purpura rhumatoïde est exceptionnelle mais doit être évoqué devant un tableau clinique associant une atteinte digestive, cutanée et rénale.

# METASTASES MUSCULAIRES

**monia othman;raoudha ben abdallah; khaouter zaag, wided korbaa; mahbouba gjiurim; saumaya attig; zouhour aguir; saousen zrou ; ismail bejia;mongi touzi; naceur bergaoui. Hôpital fattouma bourguiba monastir**

## INTRODUCTION:

Le développement de métastase musculaire est une des complications les plus dramatiques du cancer. Elles sont rares, mais leur fréquence est peut être sous-estimée en clinique et en imagerie. Les mécanismes conduisant ou non à leur survenue sont incertains. Cependant, elles restent un mode de révélation possible d'une néoplasie primitive jusqu'alors non diagnostiquée. Les 5 nouveaux cas que nous rapportons sont originaux de par la localisation musculaire et/ou la nature de la néoplasie primitive.

## PATIENTS ET METHODES:

*Cas 1 et 2* : deux hommes de 60 ans et 66 ans, tabagiques actifs, hospitalisés pour altération de l'état général (AEG). Le diagnostic d'adénocarcinome pulmonaire métastatique est porté par biopsie d'une métastase au niveau du biceps gauche. *Cas 3* : Femme de 53 ans avec rachialgies inflammatoires et AEG. On découvre de multiples métastases du squelette axial et de la ceinture pelvienne d'un mélanome cutané malin. *Cas 4* : Homme de 74 ans hospitalisé pour AEG associée à des lombalgies gauches intenses. Le scanner objective dans le même temps une tumeur de larynx avec envahissement métastatique musculaire para-vertébral. *Cas 5* : Femme de 75 ans est hospitalisée pour sciatalgie gauche rebelle. Le bilan retrouvera des métastases osseuse, pulmonaire et musculaire d'une adénocarcinome dont le primitif introuvable.

## RESULTATS:

L'âge moyen de nos patients était de 55 ans. Deux patients ont eu un cancer broncho-pulmonaire, un cas de tumeur de larynx, un cas mélanome cutané et le dernier cas le métastase musculaire était révélatrice d'un adénocarcinome ou le primitif reste inconnu. Les signes clinique révélatrices était variables dominés par le découverte d'une tuméfaction douloureuse de taille et de topographie variable. Les localisations intéressent essentiellement les muscles psoas et les muscle droits de l'abdomen. Une atteinte multifocale a été rapportée en cas de mélanome. En IRM, ces tumeurs hypo intenses en T1 et hyper intenses en T2 présentent volontiers un centre nécrotique et elles sont entourées d'une importante réaction œdémateuse des parties molles adjacentes.



La lésion encapsulée avec une couronne hypointense en T2 ou présenter un « œdème » diffus périlésionnel. Le rehaussement des lésions après injection de gadolinium est intense.

## DISCUSSION:

Au vu du nombre de cas recensés dans notre série et dans la littérature, il est évident que l'atteinte métastatique des muscles est rare pour différentes raisons. Il est aussi évident qu'elles sont le témoin d'une dissémination et d'un mauvais pronostic de la maladie. Néanmoins, la durée de survie d'un patient dépend non seulement de son type de néoplasie mais aussi du délai d'apparition de métastases quelque soit leur site : les patients ayant développé des métastases tardivement ayant une survie plus longue que ceux qui les ont eues précocement. Le fait qu'il s'agisse le plus souvent de cancers pulmonaires non à petites cellules pourrait expliquer un certain nombre de cas de métastases révélatrices étant donné que ce type de tumeur peut être relativement silencieux et difficile à détecter. Il est aussi possible qu'avec les nouvelles techniques d'IRM à haut champs et la possibilité de faire des investigations corps entier, la résonance va permettre de visualiser plus de métastases musculaires étant donné que les petites lésions sont asymptomatiques. Un dépistage précoce d'éventuelles lésions musculaires pourrait dans ce cas avoir une répercussion sur le traitement du patient (chirurgie exérèse, radiothérapie ou chimiothérapie). Vu le caractère aspécifique des images en IRM, il est probable que l'on devra faire plus de diagnostics différentiels en utilisant d'autres techniques car le nombre de tumeurs bénignes est 50 à 100 fois plus élevé que les tumeurs malignes. Cela entraînera probablement plus de biopsies. Actuellement, une biopsie est réalisée lorsqu'il existe une masse afin de faire le diagnostic différentiel entre une métastase, un abcès, un hématome, une autre tumeur primitive ou lorsque le patient a des antécédents de 2 néoplasies afin de déterminer laquelle est responsable de la métastase. Si des lésions musculaires multiples apparaissent dans le cadre d'une tumeur maligne, il conviendra d'exclure des abcès multiples dans le diagnostic différentiel. La clinique et l'évolution suffisent en général dans ce cas.

## CONCLUSION:

La métastase des tissus musculaires doit être évoquée dans les diagnostics différentiels devant l'apparition d'une masse chez un patient cancéreux (sans autre métastase connue) ou non. La lésion devra être biopsiée sauf si l'imagerie peut affirmer la bénignité.

# Le syndrome de Gougerot Sjogren primitive (SGS)

L. Metoui, N. Boussetta, S. Hamrouni, N. Ben abdelahfidh. J. Laabidi, R. Battikh, B. Louzir, I. Gharsallah, S. Othmani

## Introduction:

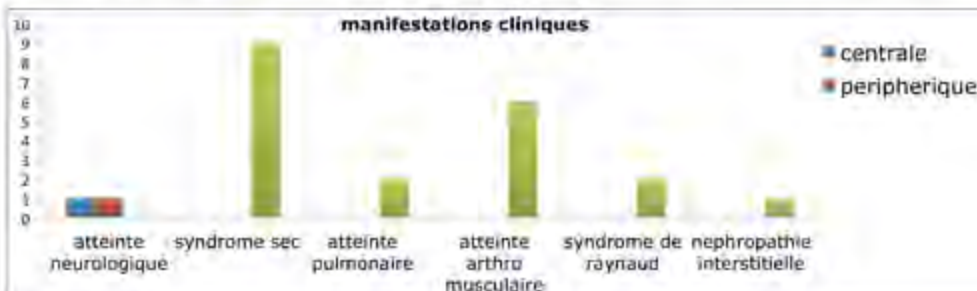
Le syndrome de Gougerot-Sjogren (SGS) est une maladie auto-immune responsable d'un syndrome sec oculaire et buccal en plus des manifestations systémiques. Il peut être primitive ou secondaire à une affection inflammatoire. A partir de notre série, on se propose de rappeler les caractéristiques cliniques, biologiques et immunologiques de la forme primitive.

## Patients et méthodes:

Etude rétrospective de 11 cas de SGS primitive colligés dans le service médecine interne de l'hôpital militaire de Tunis sur une période de 5 ans.

## Résultats:

Le diagnostic de SGS primitive est retenu chez nos 11 patients selon les critères européens récemment révisés de Vital. Il s'agit de 11 femmes âgées en moyenne de 50 ans. La xérostomie et/ou xérophtalmie sont révélatrices dans 9 cas. Le syndrome sec oculaire est confirmé par l'examen ophtalmologique chez tous nos patients: par le test de schirmer (5cas) ou par un break up time diminué avec kératite ponctuée superficielle (6 cas). Une hypertrophie des parotides est observée chez 4 patients. Les manifestations systémiques notées sont variées. Dans 2 cas, l'atteinte neurologique est révélatrice de la maladie à type d'atteinte du système nerveux central dans un premier cas et du système nerveux périphérique dans le deuxième. Une atteinte pulmonaire interstitielle est observée chez 2 patients. Une néphropathie interstitielle est objectivée dans un cas par une ponction biopsie rénale. L'atteinte arthro-musculaire (arthralgies inflammatoires, arthrites, myalgies) est notée dans 6 cas. Deux malades ont présenté un syndrome de Raynaud. Un syndrome inflammatoire biologique est présent chez tous les patients. Les anticorps anti nucléaires sont positifs dans 8 cas avec des anti SSA/SSB dans 7 cas. Le facteur rhumatoïde est positif dans 6 des cas. Les antipaludéens de synthèse sont prescrits dans 10 cas. Les anti inflammatoires et les corticoïdes dans 7 cas. Un patient est mis sous méthotrexate.



## profil immunologique



- anticorps antinucléaires
- anti SSA/SSB
- facteur rhumatoïde
- 4th Qtr

## Discussion:

•le diagnostic de syndrome de Sjogren primitif (SjP) repose sur des critères européens et américains de SjP. Il faut au moins 1critère immunologique objectif (infiltrat lymphocytaire de grade 3 selon Chisholm ou 4 ou présence d'anticorps anti-SSA/SSB) en plus de trois autres critères (sécheresse subjective oculaire, sécheresse subjective buccale, sécheresse objective oculaire, sécheresse objective buccale). Si le patient ne remplit que trois critères (au lieu de quatre) mais qu'il s'agit exclusivement de critères objectifs, le diagnostic de SjP peut également être porté.

•Les manifestations cliniques du SjP sont très polymorphes dominées par les manifestation glandulaire surtout la Xérostomie (96%).

•Les manifestations extraglandulaires sont très diverses: les manifestations articulaires dominées par les Arthralgies (48% des cas) , les atteintes pulmonaire (11%) qui sont infraclinique le plus souvent, les atteintes rénale retrouvées dans 6% des cas (surtout a types d'Atteintes interstitielles rénale) et les atteintes neurologiques qui sont dominées par la neuropathie périphérique (11%).

Le phénomène de raynaud est également retrouvé dans 18% des cas Les Atteintes cutanées sont considérés comme l'une des manifestations extraglandulaires les plus caractéristiques de SGp (surtout le purpura vasculaire)

•les manifestations hématologiques chez les patients atteints de SSs les plus communes sont la cytopénie (33 %), et hypergammaglobulinémie (22 %).  
•Sur le plan immunologiques SG peut s'associé a des anticorps antinucléaires > 1/80 dans 85% Anti-Ro/SSA dans 52% Anti-La/SSB dans 34%.

## Conclusion:

L'évolution du SGS est lentement progressive, mais des manifestations systémiques peuvent emmailler l'évolution de la maladie. La complication la plus redoutable est la survenue d'un syndrome lymphoprolifératif (1%)

# Evolution radiologique d'une Tumeur brune rachidienne après parathyroïdectomie

Maatallah K, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tékaya R, Abdelmoula L  
Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole

## Introduction

Les tumeurs brunes représentent une manifestation classique des hyperparathyroïdies primitives (HPT), parfois révélatrice de la maladie. La localisation rachidienne reste néanmoins exceptionnelle.

Nous rapportons le cas d'une hyperparathyroïdie primitive révélée par d'une tumeur brune à localisation rachidienne

## Observation

- Patiente âgée de 55 ans
- **Antécédents:** Hypertension artérielle sous inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- **Consulte pour:** Lombocruralgie droite mécanique depuis 1an + Altération de l'état général (asthénie et amaigrissement chiffré à 10 kg).
- **Examen clinique:** Un rachis souple, signe de Leri négatif et un examen neurologique normal.
- **Testing musculaire:** Sans anomalie.
- **Biologie:** VS à 42 mm, une CRP à 1,9 mg/l, une hypercalcémie à 2,87mmol/l, une hypophosphorémie 0,49mmol/l et des phosphatases alcalines élevés à 934 (4 fois la normale)
- **Radiographie du bassin** montrait des lésions lytiques soufflant la corticale et un élargissement des sacro-iliaques **Radiographie des mains** montrait une résorption périostée.
- **Scanner du rachis** montrait une lésion de 4 cm polylobée du corps vertébral de L4 envahissant le pédicule gauche et soufflant la corticale à son niveau
- **La parathormone** était élevée à 25 fois la normale recontrôlée à 47 fois la normale.
- **L'échographie cervicale** montrait deux nodules para thyroïdiens inférieurs gauches vascularisés au doppler couleur.
- **Traitement:** parathyroïdectomie
- **Evolution:** Amélioration clinique, normalisation du bilan biologique et disparition des lésions osseuses sur les radiographie standard du bassin et du rachis mais également par la disparition de la tumeur brune sur le contrôle scanno-graphique réalisé au bout de deux ans du traitement.



Figure 1: Lésion polylobée du corps vertébral de L4 soufflant la corticale



Figure 2: Disparition de la lésion osseuse après parathyroïdectomie

## Discussion

L'atteinte osseuse survient dans 10 à 15% d'HPT primaire. La tumeur brune représente un aspect rare de cette atteinte, elle survient chez 2 à 3% des patients et est exceptionnellement révélatrice notamment dans les localisations rachidiennes [1]. Comme dans le cas de notre patiente, la présentation radiologique des ces tumeurs peut être trompeuse pouvant évoquer une ostéolyse tumorale maligne avec des lésions ostéolytiques ayant parfois des contours polycycliques, corticale amincie, effacée ou soufflée [2]. La parathyroïdectomie est considérée par plusieurs auteurs le traitement de référence des tumeurs brunes [3]. Dans notre cas, la parathyroïdectomie a permis une régression tumorale parfaite.

## Conclusion

Les tumeurs brunes rachidiennes sont rares mais cette localisation est à bien connaître en raison de la possibilité de complication neurologique. Le traitement repose sur la parathyroïdectomie.

[1] Mestiri A. Rev Méd Interne. 2003;24(Suppl 1):12

[2] Brown WT. J Nucl Med. 1978;19(10):1146-8

[3] Yamazaki H. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61(6):719-22

# AUTO-ANTICORPS DE LA CIRRHOSE BILIAIRE PRIMITIVE ET ARTHRALGIES : À PROPOS DE 35 CAS

BOUDEN S, AMMAR R, NAMOUCHI I, MEDDEB M, LAADHAR L, KALLEL SELLAMI M,  
LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE, HÔPITAL LA RABTA, TUNIS, TUNISIE.

## INTRODUCTION:

La cirrhose biliaire primitive est une maladie chronique du foie, elle se manifeste sur le plan clinique essentiellement par le prurit et l'ictère. Néanmoins, les arthralgies sont présentes dans un quart des cas.

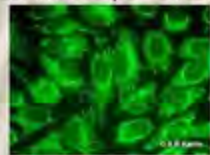
Les marqueurs immunologiques de la CBP (anti mitochondrie, anti-gp210, anti-PML, anti-SP100) peuvent parfois être découverts fortuitement devant une symptomatologie faite d'arthralgies et /ou d'arthrites, faisant suspecter une CBP à début articulaire.

## OBJECTIF :

Déterminer les caractéristiques cliniques, biologiques et immunologiques de patients présentant des arthralgies associées à des auto-anticorps de la CBP.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 2000 à 2015, qui a inclus tous les patients adressés au laboratoire d'immunologie pour exploration d'arthralgies, chez qui nous avons trouvé des auto-anticorps de la CBP. Ces auto-anticorps ont été détectés fortuitement par immunofluorescence indirecte sur cellules Hep2 et/ou triple substrat et confirmés par une méthode immuno-enzymatique.



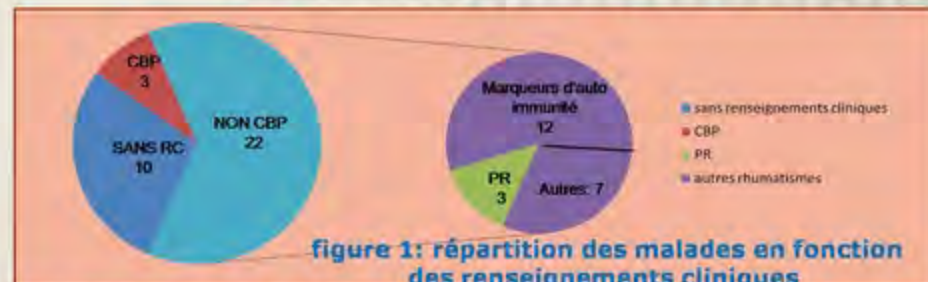
Anti mitochondrie sur hep2



aspect few dot (sp100)

## RESULTATS:

Il s'agissait de 35 patients. L'âge moyen était de 51ans. Le sexe ratio était de 2 hommes pour 33 femmes. Sur les 25 patients dont les renseignements cliniques étaient disponibles, 3 avaient une CBP et 22 n'avaient pas d'arguments cliniques ni biologiques en faveur d'une CBP. Ce dernier groupe comportait 3 patients qui étaient classés polyarthrite rhumatoïde, et 19 qui avaient un rhumatisme non encore classé dont 12 portaient d'autres marqueurs d'auto immunité pouvant cadrer avec une connectivite (figure 1). 8 patients avaient présenté des anticorps anti SSA pouvant cadrer avec un syndrome de gougerot sjogren et 4 des anti scl70 pouvant cadrer avec une sclérodermie.



## DISCUSSION:

Le diagnostic de la CBP n'est retenu que sur la réunion de deux critères parmi trois: une cholestase biologique (PAL > 1,5 N et/ou GGT >3N), des anticorps anti mitochondries M2 ≥ 1/40 (± IgM augmentées) et une cholangite lymphocytaire destructrice.

Le diagnostic de la CBP n'a pu être retenu que chez 3 de nos patientes bien que l'âge (40-60 ans) et le sexe (sex-ratio de 1H/33F) (3) soient en faveur. Dans les autres cas, les arthralgies se sont avérées être soit une manifestation précoce d'une CBP latente qu'il faudrait dépister, soit une manifestation d'un terrain d'auto immunité (2). Dans notre étude, il s'agissait principalement du syndrome de gougerot sjogren et d'une sclérodermie systémique.

## CONCLUSION

Les auto-anticorps (anti-mitochondrie, anti-PML, anti-gp210, anti-sp100) peuvent être des marqueurs précoces d'une CBP à début articulaire. Ils peuvent être associés à une maladie rhumatismale auto-immune notamment la polyarthrite rhumatoïde, ou à une autre connectivite, témoignant d'un terrain d'auto immunité. Dans ce cas, un contrôle régulier du bilan hépatique est indiqué permettant le diagnostic précoce d'une CBP.

### Références:

- (1) Revue du rhumatisme, volume 74, mai 2007, issue 5, association polyarthrite rhumatoïde et cirrhose biliaire primitive;
- (2) La revue de médecine interne, volume 34, supplément 2, décembre 2013, maladies auto immunes et manifestations extra hépatiques au cours de la CBP.
- (3) la revue de médecine interne 2014, la cirrhose biliaire primitive dans un service de médecine interne.

# DÉFICIT VITAMINIQUE D ET HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE

S. Hamrouni, N. Boussetta, F. Agili, Y. Ben ariba, S. Sayhi, J. Laabidi, I. Gharsallah, R. Battikh, B. Louzir, N. BenAbdelhafidh, L. Metoui, S. Othmani

Service de médecine interne  
Hôpital militaire de Tunis

## Introduction:

L'hyperparathyroïdie primaire, asymptomatique dans 80 % des cas, contribue à une baisse de la masse osseuse. Sa fréquence chez la femme, notamment après la ménopause fait s'interroger sur l'intérêt du dosage de la vitamine D dont le déficit favorise aussi la raréfaction et la fragilité osseuse. Nous rapportons 3 observations d'hyperparathyroïdie primaire associée à une hypovitaminose D.

## Observation n1:

Patiente âgée de 50 ans sans antécédents pathologiques notables admise pour exploration de lombalgies d'horaire inflammatoire associées à une altération de l'état général. Au bilan biologique d'admission une hypercalcémie a été découverte calculée à 2,63 mmol/l, associée à une hypophosphatémie à 0,41 mmol/l. La parathormone (PTH) était à 724 ng/l. L'échographie cervicale et la scintigraphie parathyroïdienne ont permis de localiser un adénome parathyroïdien inférieur gauche. La densitomètre osseuse retrouve une ostéopénie rachidienne et des cols fémoraux. Dans le cadre d'exploration de l'ostéopénie un dosage de la vitamine D a révélé un taux très bas à 3 nmol/l. La patiente a reçu de la vitamine D et a été opérée pour son adénome.

## Observation n2 :

Patiente âgée de 50 ans suivie pour une polyarthrite rhumatoïde sous méthotrexate. Au cours de son suivie, une hypercalcémie à 2,9 mmol/l a été découverte associée à une hypophosphatémie à 0,8 mmol/l. Le taux de la PTH à 170 ng/l a confirmé le diagnostic d'une hyperparathyroïdie. L'IRM cervicale a permis de retenir l'origine primaire de cette hyperparathyroïdie. Un dosage de la vitamine D a montré un taux bas à 7 nmol/l. La patiente a reçu de la vitamine D et sera opérée de son adénome parathyroïdien.

## Observation n3 :

Patiente âgée de 67 ans ostéoporotique depuis 5 ans sous bisphosphonate. Une hypercalcémie à 2,8 mmol/l a été découverte lors d'un bilan de contrôle associée à une hypophosphatémie à 0,7 mmol/l. L'étiologie retenue était une hyperparathyroïdie primaire (PTH 400 ng/l associée à un nodule polaire inférieur parathyroïdien à la scintigraphie). Le taux de la vitamine D était à 5 nmol/l. La patiente a reçu un traitement substitutif et sera opérée pour son adénome parathyroïdien.

## Discussion:

- La vitamine D active joue un rôle majeur dans le développement, la croissance et le maintien du capital osseux du squelette.
- De concert avec la parathormone, la vitamine D maintient l'homéostasie calcique en stimulant l'absorption intestinale, la réabsorption rénale et la mobilisation de la matrice osseuse. La carence en vitamine D peut entraîner le rachitisme hypocalcémique de l'enfant, l'ostéoporose chez l'adulte, une hyperparathyroïdie secondaire, sévère chez l'insuffisant rénal, mais déjà significative chez les sujets à fonction rénale conservée.
- La cause de cette carence est souvent multifactorielle : malabsorption intestinale, exposition aux UV insuffisante, carence d'apport alimentaire, incapacité de synthèse par le rein de la forme active de la vitamine D (1,25-OH D). Cette carence est reconnue comme un problème croissant de santé publique en raison de ses conséquences osseuses, cardiaques et d'une susceptibilité accrue au cancer.
- L'association et même la corrélation entre une carence en vitamine D et une hyperparathyroïdie primaire (HPT1) ont été rapportées, surtout dans des études rétrospectives: ainsi en Inde, région carencée, les patients déficitaires souffrant d'HPT1, ont une forme cliniquement et biologiquement (calcémie, taux de PTH) plus grave. Dans les régions moins carencées de façon endémique, l'association des deux troubles peut être moins sévère, et peut poser le problème du diagnostic différentiel des formes normocalcémiques de l'HPT1.
- Dans l'ensemble les études épidémiologiques montrent que les patients déficitaires ont des taux plus élevés de PTH, et des marqueurs du métabolisme osseux, ainsi qu'une fréquence accrue de fractures: il est suggéré que le déficit vitaminique D agit comme un promoteur de la prolifération des cellules parathyroïdiennes et que sa correction peut prévenir ou faire régresser le phénomène.

## Conclusion:

L'association d'un déficit en vitamine D et une hyperparathyroïdie primaire est de plus en plus retrouvée. La déminéralisation osseuse est plus sévère chez les patients déficitaires en vitamine D avec plus de risque de fractures pathologiques. Ceci témoigne de la nécessité du dosage systématique la vitamine D chez tous les patients suspects ou atteints d'hyperparathyroïdie primaire.



# Lyse isthmique bilatérale de L2 : quel diagnostic ?

BELGHALI.S, SAADANA.J, BACCOUCHE.K, MANI.L, ALAYA.Z, AMARA.N, ZEGHLOUI.H, BOUJAJINA.I  
Service de rhumatologie- CHU Farhat Hachech-Sousse

## Introduction

La lyse isthmique survient au jeune âge suite à un traumatisme ou peut être d'origine dégénérative. Elle touche surtout le rachis lombaire bas notamment en L4 et L5. Au cours de la spondylarthrite ankylosante axiale (SPA), les fractures du rachis caractéristiques sont les fractures transdiscales et/ou transvertébrales. Nous rapportons une lyse isthmique bilatérale de L2 survenue chez un patient porteur d'une SPA et nous discutons l'aspect à l'imagerie.

## Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 46 ans, suivi depuis 17 ans pour une SPA axiale. Sur le plan clinique, il présente une ankylose du rachis cervical et lombaire ainsi qu'une limitation et un fessum irréductible des deux hanches. Les radiographies montrent une ankylose des articulaires postérieures au rachis cervical, une sacroiliite stade IV bilatérale et une coxite bilatérale. Par ailleurs présence d'une baisse de la masse osseuse sur l'ostéodensitométrie avec un Z-score à -2,7 D.S au niveau du Rachis Lombaire.

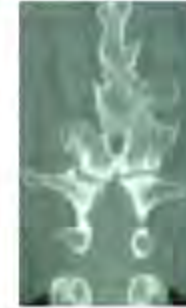
Sur le plan thérapeutique, il a eu des AINS pendant 6 ans, un traitement de 2ème intention à type d'anti-TNF (Rémicade) a été initié en 2012. On a noté une nette amélioration clinico-biologique, avec un passage du BASDAI de 5,9/10 à 2,9/10 et la disparition du syndrome inflammatoire qui était très important, passage de la VS de 120 à 34 et de la CRP de 38 mg/l à 20 mg/l. Mais le patient a gardé un point douloureux exquis au niveau du rachis lombaire haut avec l'apparition progressive d'une faiblesse des membres inférieurs (MI) ainsi qu'une exagération des réflexes ostéotendineux aux MI.

Les radiographies standard du rachis lombaire ont mis en évidence un trait de fracture intéressant l'arc postérieur à l'étage L2-L3. La tomodynamométrie (TDM) lombaire a confirmé la présence d'une solution de continuité bilatérale en rapport avec une lyse isthmique bilatérale de L2 et la formation d'un cal osseux du côté droit sans lésions corporéales ou discales. L'IRM du rachis a confirmé la lyse isthmique bilatérale avec un engainement des deux racines L2 sans lésion médullaire. Le patient a été opéré en avril 2014 en neurochirurgie et il a eu une laminectomie L2 et L3. Il garde toujours la même douleur en regard de L2 mais il présente une amélioration de la faiblesse des membres inférieurs et un examen neurologique stable.

**Conclusion :** La revue de la littérature concernant les fractures rachidiennes au cours de la SPA décrit surtout les fractures transversales. A notre connaissance, il s'agit de la première description d'une lyse isthmique bilatérale de L2 au cours de cette affection. La prise en charge médico-chirurgicale reste très difficile



Rx rachis lombaire face et profil montrant une fracture de l'arc postérieur.



Coupe axiale et sagittale de TDM lombaire montrant la lyse isthmique bilatérale



Aspect IRM T2 de fracture isthmique.

## Discussion:

L'incidence des fractures du rachis au cours de la SPA est difficile à évaluer: huit cas en cinq ans pour Murray [1] et 61 cas sur 1071 pour Feldtkeller [2] parmi lesquels 15 cas survenus en dehors de traumatisme. La majorité des fractures surviennent sur une SPA sévère avec ankylose rachidienne étendue, ce qui est le cas de notre patient. La fracture sur rachis ankylosé peut se voir après un traumatisme minime ou même en dehors de tout traumatisme [1,3]. Chez notre patient la nette amélioration clinique sous anti TNF peut expliquer une possible augmentation de l'activité physique et une probable hypersollicitation du rachis pouvant être responsable de cette fracture atypique. Il faut souligner l'intérêt de rechercher systématiquement une fracture en cas de SPA avec notion de traumatisme même minime ou devant une exacerbation récente des rachialgies [3].

Les fractures rachidiennes au cours de la SA peuvent être difficiles à identifier en radiographies standard, du fait de l'ossification rachidienne, de l'ostéoporose, le diagnostic de ces fractures est actuellement largement facilité par les performances de la TDM et de l'IRM [4]. Il s'agit le plus souvent de fractures transdiscales ou transcorticales. Dans notre cas il s'agit d'une lyse isthmique bilatérale de L2 avec une consolidation du côté droit visible sur le scanner ainsi que l'IRM qui montre aussi l'engainement des racines L2. Les disques ainsi que les corps vertébraux sont respectés. La lyse isthmique est une fracture de fatigue qui survient souvent au niveau de L5 zone soumise à des contraintes de cisaillement. La localisation en L2 chez notre patient peut être expliquée par une modification de la statique rachidienne avec inversion des courbures ainsi que par l'ostéoporose vertébrale chez ce patient.

## Bibliographie:

- [1] Murray GC et al. Cervical fracture complicating ankylosing spondylitis: a report of eight cases and review of literature. Am J Med 1981;70:1033-41
- [2] Feldtkeller E et al. Prevalence and annual incidence of vertebral fractures in patients with ankylosing spondylitis. Rheumatol Int 2006;26:234-9
- [3] Vosse D, Feldtkeller E, Erlendsson J, van der Linden S. Clinical vertebral fractures in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol 2004;31:1981-5
- [4] Michel JL, Soubryrand AC, Kabre M, Dubost JJ, Soubrier M. Fractures du rachis ankylose interet de FIRM. J Radiol 2007;88:1703-6

# Risque de réactivation tuberculose lors des biothérapies : à propos de 9 cas

F.Essafi;R.Alaya;S.Rekik;S.Boussaid;E.Cheour;H.Sehli;M.El Euch  
service de rhumatologie ; H.la Rabta

**Introduction :** Les biothérapies ont révolutionné la prise en charge des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Le dépistage et le traitement des tuberculoses (TBC) latentes s'avèrent nécessaires afin d'éviter l'apparition de TBC-maladie caractérisée par des formes sévères et extra pulmonaires.

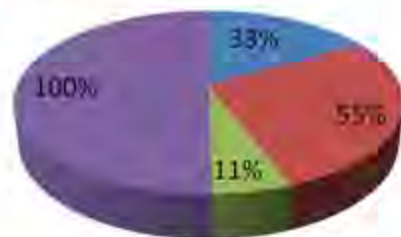
**L'objectif :** déterminer le risque de réactivation du bacille de koch (BK) après une chimio-prophylaxie bien conduite chez des patients présentant une TBC latente diagnostiquée avant la mise en route d'une biothérapie.

**Résultat :** Neuf dossiers de patients ont été étudiés

- 7 polyarthrite rhumatoïde (PR)
- 1 spondylarthrite ankylosante (SPA)
- 1 syndrome de gougerot sjogren (SGJ) primitif compliqué d'atteinte neurologique périphérique résistante aux corticoïde et cyclophosphamide

Données	Valeurs
Sex ratio ( F\H)	1\9
Age moyen(an)	46

## facteurs de risques



- antécédents de tuberculose traitée et datant de plus de 10 ans
- methotrexate
- cyclophosphamide
- corticoïdes

Tous ces patients avaient une tuberculose latente documentée par IDR et/ou quantiferon .L' IDR était positive dans 7 cas sur 9.Le test Quantiferon était fait dans 6 cas et était positif dans 4 cas .

Tous ces patients ont eu une chimioprophylaxie tuberculeuse (l'isoniazide à la dose de 3mg/kg/j associé à la rifampicine à la dose de 10 mg/kg/j pendant 3 mois ).

## Biothérapie utilisée



**Deux patients (2 PR) ont développé une TBC maladie au bout de 16 mois de biothérapie en moyenne**

une TBC osseuse sous Etanercept diagnostiquée par la biopsie osseuse

une TBC pulmonaire bacillifère sous Infliximab

Le recul thérapeutique est de 43 mois en moyenne pour les patients n'ayant pas présenté une TBC -maladie.

**Discussion :** L'incidence de la TBC est multipliée par quatre en cas d'utilisation des anti-TNF. Une diminution de l'incidence de la tuberculose est notée après l'amélioration du dépistage (par l' IDR et\ ou Quantiferon+++ ) et de la prise en charge codifiée de la TBC latente. Toutefois, le risque de réactivation de BK après une chimio-prophylaxie bien conduite reste méconnu et mal élucidé dans la littérature : Ruiz et al rapporte le cas d'une patiente suivi pour PR active et réfractaire ayant présenté une tuberculose urinaire sous Infliximab malgré un traitement prophylactique bien conduit. Dans notre étude, ce risque est réel et estimé à 22%.

**Conclusion :** La chimioprophylaxie anti-tuberculeuse réduit le risque de réactivation de BK. Néanmoins , ce risque est réel .Par conséquent, il faut être attentif dans le suivi de ces malades et rechercher le moindre signe évocateur de TBC-maladie.

# Profil clinique, biologique et radiologique des spondyloarthrites féminines compliquées de coxites

Mahmoud I.1, Maatallah k.1, Saidane O.1, Ben Abdelghani K .2,  
Zakraoui.2, TekayaR.1, Abdelmoulah L.1

(1)Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole

(2)Service de rhumatologie Hôpital Mongi Slim

## Introduction

- Les spondyloarthrites sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que la femme.
- La forme féminine est restée insuffisamment étudiée pendant longtemps.
- L'objectif de cette étude est de déterminer les particularités des spondyloarthrites féminines compliquées de coxite.

## Méthodes

- 84 patients suivis pour une spondyloarthrite remplissant les critères ASASS 2009 et compliquée de coxite ont été inclus.
- Les données cliniques, biologiques et radiologiques étaient collectées;
  - Le Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI) était utilisé pour évaluer l'activité de la maladie,
  - le Bath Ankylosing spondylitis functional index (BASFI) et l'indice algo fonctionnel (IAF) étaient utilisés pour évaluer le retentissement fonctionnel de la maladie.
  - La vitesse de sédimentation (VS) et la C Reactive Protein (CRP) étaient également recueillies.
  - Une radiographie du bassin de face était effectuée chez tous les patients.

## Résultats

72 (84.7%) patients étaient des hommes et 13 (15,3%) étaient des femmes. Le tableau 1 résume les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques des deux groupes: Il n'y avait pas de différence significative de l'âge des patients, l'âge de début de la maladie et le délai de découverte de la coxite entre les deux groupes. Les manifestations extra-articulaires semblent plus fréquentes dans les spondyloarthrites féminines

Tableau 1: Caractéristique cliniques, biologiques et radiologiques selon le sexe

	Hommes	Femmes
Age moyen (ans)	42[21-71]	42[36-59]
Age de début (ans)	26[6-54]	28[15-49]
HLA B27 positif	47%	57%
Délai de découverte de la coxite(ans)	7[8mois-36 ans]	8[ 8mois-18ans]
Manifestations extra-articulaires	27%	69%
VS	49	54
CRP	41	22
BASDAI moyen	5,5	5,6
BASFI moyen	5,4	6,2
IAF moyen	12,8	12,4
BASRI hanche moyen	2,05	1,9

## Discussion

Dans notre étude, le profil d'activité et le retentissement fonctionnel de la maladie était comparable entre les deux groupes. On notent cependant une prédominance féminine des manifestations extra-articulaires

## Conclusion

A travers notre étude, il paraît que la coxite modifie le dogme classique qui stipule que les Spondyloarthrites féminines sont bien moins sévères que les masculines. Bien au contraire, cette population semble développer plus de manifestations extra-articulaires. Des études à large échelle semblent être nécessaires afin de confirmer nos résultats.

# Le syndrome de croisement; à propos d'une observation

S. Zribi, R. Hajji, M. Elleuch, F. Derbali, M. Elleuch, N. Kammoun

Service médecine interne Hôpital régional Sidi Bouzid

## Introduction:

Décrit depuis le XIXème siècle, le syndrome de croisement est une pathologie peu fréquente, se manifestant par une douleur et un œdème au niveau du bord radial du dos de poignet à 7 cm de la styloïde radiale. Ce syndrome correspond à un processus inflammatoire non infectieux du 2nd compartiment des extenseurs. Dans certains cas, l'origine professionnelle doit être recherchée compte tenu de l'hypersollicitation lors du travail, comme l'illustre cette observation.

## Observation:

Mme ZH, 38 ans, droitrière, professeur d'enseignement secondaire, consulte pour des douleurs mécaniques de la face postéro-latérale de l'avant bras droit. L'examen objective un œdème localisé associé à une augmentation de la chaleur locale à 7cm de la styloïde radiale. A la flexion/extension du poignet, on note une crépitation sous cutanée. La biologie est normale. L'échographie des parties molles conclue un épaissement de la gaine des tendons de De Quervain et de la bourse à la hauteur du croisement avec les tendons extenseurs radiaux du carpe. Le diagnostic d'un syndrome de croisement est ainsi retenu. Un traitement médical (antalgique et anti-inflammatoire), une immobilisation et un arrêt de travail de un mois lui ont été prescrit. L'évolution est favorable avec disparition des douleurs et de l'œdème.

## Discussion:

Le syndrome du croisement résulte d'un processus inflammatoire non infectieux avec conflit entre les tendons extenseurs du premier compartiment de la face dorsale du carpe lors de leur passage sur les tendons extenseurs du second compartiment.

La physiologie exacte reste encore inconnue : frottement et hypersollicitation à l'origine du processus inflammatoire ou hypertrophie des corps musculaires ou encore sténose du second compartiment des extenseurs ? Les études récentes sont en faveur d'une association de ce syndrome avec des mouvements répétés de flexion-extension du poignet d'origine professionnelle, avec éventuellement un traumatisme révélateur.

Le processus atteint la main dominante et se manifeste par une douleur et un œdème au niveau du bord radial du dos du poignet à 7 ou 8 cm de la styloïde radiale. Le diagnostic peut être confirmé par une échographie ou une image par résonance magnétique.

C'est une pathologie peu fréquente, qui doit faire rechercher une origine professionnelle.

La réparation de ce syndrome peut se faire au titre d'un accident du travail en cas de traumatisme direct associé ou par l'intermédiaire du tableau des maladies professionnelles

## Conclusion:

Le syndrome de croisement est donc une pathologie peu fréquente, mais pouvant être liée à une hypersollicitation du poignet potentiellement professionnelle. En se rattachant aux tendinites/ténosynovites des extenseurs, elle peut faire l'objet d'une déclaration au titre de maladie professionnelle.

# SPA et biothérapie, expérience du service de médecine interne

Dr. L. Metoui, S. Jemmali, Dr. N. Boussetta, W. Boughanmi, Dr. F. Laajili, Dr. N. BenAbdelhafidh, Dr. B. Louzir, Dr. I. Gharsallah, Dr. S. Othmani

Service de médecine interne, hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

## • Introduction

La spondylarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique invalidante. Le recours à la biothérapie est parfois nécessaire surtout que les sujets jeunes sont les plus atteints.

## • Matériels et méthodes

Nous présentons l'expérience de notre service de médecine interne dans le traitement des spondylarthrites par biothérapie.

## • Résultats

Neuf patients étaient atteints de spondyloarthrite et traités par biothérapie, six patients présentaient une SPA et trois patients présentaient un rhumatisme psoriasique (RP). L'âge moyen était de 35.55 ans. Les six patients atteints de SPA présentaient une forme axiale. Les 3 patients atteints de RP présentaient une forme mixte. La salazopyrine était prescrite chez les 6 patients atteints de SPA et le MTX était prescrit chez les 3 patients atteints de RP. Les neuf patients présentaient des atteintes radiologiques évoluées. Une coxite bilatérale destructrice était décrite chez deux patients et une coxite unilatérale chez 3 patients. Tous les patients atteints de rhumatisme psoriasique avaient de multiples atteintes articulaires périphériques destructives. Devant la haute activité de la maladie; les biothérapies étaient indiquées après échec des traitements conventionnels. L'âge moyen de l'introduction de la biothérapie était de 42.7 ans. Les neuf patients étaient mis sous infliximab (ifx) en 1ère intention. L'etanarcept était introduit en deuxième intention chez quatre patients après l'échec de l'IFX. La valeur moyenne finale de la VS était de 17 mm et de la CRP était de 13mg/l. Sur le plan radiologique, tous les patients avaient présenté une stabilisation des atteintes rachidiennes précédemment décrites avec nette régression des lésions actives de sacroiliite et de coxite et une diminution de 60% du nombre moyen des articulations périphériques atteintes pour le RP. La diminution moyenne du BASDAI et du BASFI était de 61% et de 67% respectivement au bout d'une durée moyenne de 35mois de biothérapie. La dose moyenne d'AINS initialement était de 150mg/j et la dose moyenne finale était de 83mg/j. Quatre complications étaient observées. Une réaction allergique unique lors d'une perfusion de IFX, deux infections urinaires haute sous IFX et une réaction allergique unique lors de la deuxième injection d'etanarcept.

## • Conclusion

Le pronostic fonctionnel de la SPA a été considérablement amélioré par les biothérapies. Une surveillance est nécessaire pour détecter les complications.

# Spondylarthrite ankylosante et ostéomalacie : Association fortuite ou conséquence?

Kassab S, Slouma M, Ben Abdelghani K, Chammakhi M, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L  
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slîma La Marsa

## INTRODUCTION

• L'ostéomalacie est une ostéopathie raréfiante en rapport avec un défaut de minéralisation de la matrice collagène pré-osseuse.  
• Son association avec spondylarthrite ankylosante (SPA) a été rarement décrite dans la littérature.

## MATERIELS ET METHODES

• Nous rapportons une nouvelle observation d'une ostéomalacie associée à une SPA révélée par un trouble de la marche. Nous soulignons les particularités cliniques, biologiques et radiologiques de cette association.

## RESULTATS

- Patient âgé de 44 ans
- sans antécédents pathologiques notables,
- **Motif de consultation:**
  - rachialgie inflammatoire évoluant depuis 6 ans
  - trouble de la marche d'apparition récente.
- Il se déplaçait en fauteuil roulant.
- Pas de notion de traumatisme récent.
- L'examen révélait :
  - une démarche dandinante,
  - une cyphose dorsale,
  - un syndrome rachidien
  - une limitation de la mobilité de la hanche.
- **Le diagnostic de SPA est retenu devant:**
  - l'existence d'une sacro-illite bilatérale stade 4,
  - la présence de multiples syndesmophytes à l'étage lombaire
  - une coxite droite destructrice.
- D'autre part, on notait sur les radiographies standards **une fracture des branches ilio-pubienne et ischio-pubienne.**
  - Le bilan biologique objectivait :
    - une calcémie à 2,1mmol/l,
    - une hypophosphatémie à 0,8mmol/l,
    - des concentrations élevées de phosphatase alcaline à 800UI/l.
- Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique.
- Le dosage de la 25 hydroxy-vitamine D était à 8.1 ng/ml témoignant d'une **carence vitaminique.**
- L'ostéodensitométrie montrait **un profil ostéoporotique** (Tscore à -3,4 au site lombaire et -4,6 au site fémoral).
- Le bilan immunologique de la maladie caeliaque était négatif.
- La fibroscopie oeso-gastroduodénale était normale.

## DISCUSSION

• L'association de la SPA à l'ostéomalacie est rarement décrite dans la littérature.  
• Cette association pourrait être non fortuite et un lien entre ces 2 pathologies pourrait exister. L'association pourrait être expliquée par l'existence de similitudes entre les gènes responsables de l'ostéomalacie axiale et le gène de l'antigène HLA B27 [1].  
• De plus, la SPA peut être responsable d'une immobilisation. L'ostéomalacie par hypovitaminose D pourrait être donc la conséquence d'un défaut d'exposition au soleil secondaire à l'immobilisation.

## CONCLUSION

• Notre observation s'inscrit parmi les rares cas précédemment publiés associant une ostéomalacie à une SPA.  
• Cette association peut être fortuite ou due à des similitudes génétiques. L'ostéomalacie peut être également considérée comme une des conséquences de la SPA.  
• De nouvelles études sont nécessaires pour expliquer le lien entre ces deux pathologies.

- **Le diagnostic d'une ostéomalacie associée à une SPA était retenu.**
- **Un traitement par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et une supplémentation en vitamine D a été instauré.**
- **L'évolution était favorable. Le patient marchait sans aide.**

# Apport calcique journalier chez les femmes ménopausées tunisiennes

N.El Amri, O.Saidane, I.Mahmoud, R.Tekaya, L.Abdelmoula  
Service de rhumatologie Charles Nicolle

## Introduction:

- ❖ Si les besoins calciques augmentent après la ménopause, les études épidémiologiques ont prouvé la faible consommation calcique alimentaire chez les femmes ménopausées.
- ❖ But : Apprécier l'apport alimentaire journalier en calcium chez une population de femmes ménopausées tunisiennes.

## Méthodes :

- ❖ Etude transversale portant sur des femmes ménopausées depuis au moins de 12 mois colligées au service de rhumatologie Charles Nicolle.
- ❖ La consommation calcique journalière était calculée par le questionnaire de Fardellone.

## Résultats :

- ❖ L'âge moyen de nos patientes était de 63,5 ans [54-85ans].
- ❖ La durée d'évolution moyenne de la ménopause était de 16,5 ans.
- ❖ Un niveau instructif bas était noté dans 75% des cas.
- ❖ Les principales co-morbidités étaient une dyslipidémie (41,6%), une HTA (37,5%), un diabète (33,3%), une polyarthrite rhumatoïde (29,1%), une insuffisance rénale terminale (4,1%).
- ❖ L'apport calcique journalier moyen était de **708mg/j** [184-1632mg/j] et il ne dépassait les 1200mg/j que dans **8,3%** des cas.
- ❖ Dans **66,6%** des cas, cet apport était **inférieur à 800mg/j**.
- ❖ Une supplémentation vitamino-calcique était prescrite dans 45,8% des patientes interrogées.

## Discussion :

- ❖ L'évaluation de la ration calcique chez les femmes ménopausées est intéressante du fait de l'implication de la carence calcique dans le défaut de minéralisation de l'os prédisposant à l'ostéoporose.
- ❖ Les besoins théoriques en calcium des femmes ménopausées ont été estimés à 1200 mg par jour chez les femmes de plus de 55 ans [1], cependant seulement 8,3% de nos patientes avaient un apport calcique suffisant.
- ❖ L'apport calcique moyen dans notre étude était de 708mg/j, ce qui témoigne d'une insuffisance d'apport importante chez les patientes interrogées. Ceci a été démontré dans des études tunisiennes antérieures [2,3]. En se comparant aux données magrébines, l'apport calcique journalier dans notre est supérieur de celui des femmes marocaines [4,5].

## Conclusion :

Notre étude confirme le faible apport calcique chez les femmes tunisiennes ménopausées. Une stratégie de dépistage et de correction des carences en calcium s'avère nécessaire ainsi qu'une sensibilisation de la population générale des répercussions du déficit calcique.

## Références:

- [1] AFFSA-CNERNA-CNAS. Apports nutritionnels conseillés pour la population française. Edition TEC et Doc, 3e édition, 2001
- [2] Laatar A., Kerkeni S., Kassab S., and al. La ration calcique chez les femmes tunisiennes : à propos de l'étude PODIT Rev Rhum 2004 ; 71 : 979
- [3] I. Ben Nacef, H. Kandara, M. Toukebri, Z. Turki, L. Ben Salem, C. Ben Slama, Facteurs influençant l'apport calcique de la femme ménopausée : comparaison des diabétiques et non diabétiques, Diabetes & Metabolism, Volume 37, Issue 1, Supplement 1, March 2011, Pages A39
- [4] S. Bennouna. Évaluation de la ration calcique chez les femmes marocaines ménopausées. Les cahiers du médecin. Tome VII, n° 87, 2005.
- [5] M. Ait Ouazar, M. Amine, G. Harifi, I. Ouikil, R. Younsi, A. Belkhouet al, Évaluation de la ration calcique dans la population de Marrakech et de sa région : à propos de mille cas, Volume 71, Issue 1, February 2010, P 51-5

# Anémie de Biermer et polyarthrite rhumatoïde: une association rare à propos de deux cas

S. Zribi, F. Derbali, M. Elleuch, R. Hajji, M. Elleuch, N. Kammoun  
Service de médecine interne Hôpital régional Sidi Bouzid

## Introduction:

Très peu d'observations de polyarthrite rhumatoïde associée à une anémie de Biermer ont été rapportées dans la littérature. Quand cette association existe, elle s'intègre le plus souvent dans le cadre d'un syndrome de poly auto-immunité. Nous rapportons à ce propos deux observations.

**Observation 1 :** Mme AZ âgée de 46 ans, est suivie depuis 15 ans pour une polyarthrite rhumatoïde traitée par méthotrexate (10 mg/semaine) et prédnisone (7,5 mg/jour). La patiente rapporte des paresthésies des membres inférieurs d'aggravation progressive évoluant depuis 2 ans. Les explorations biologiques mettent en évidence un syndrome inflammatoire (VS = 65) ainsi qu'une anémie normochrome normocytaire (Hb = 8,5g/dl ; VGM = 90 $\mu$ 3) avec une hypovitaminose B12 (<80 pg/ml). Le taux de folates sanguin est normal. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale montre un aspect de gastrite antrofundique avec atrophie légère. La recherche d'anticorps anti-facteurs intrinsèque sérique et d'anticorps anti-cellules pariétales est positive. Devant ce tableau, le diagnostic d'une maladie de Biermer associée à la polyarthrite rhumatoïde est retenu. Un traitement d'attaque par vitamine B12 par voie parentérale est entrepris. L'évolution clinique et biologique est favorable.

**Observation 2 :** Mme BR âgée de 40 ans est suivie depuis 2003 pour une polyarthrite rhumatoïde sous méthotrexate (10 mg/semaine) et prédnisone (7,5 mg/jour). Un bilan biologique systématique met en évidence une anémie normochrome macrocytaire (Hb = 10,6g/dl ; VGM = 107,8 $\mu$ 3). Le taux sérique de la vitamine B12 est effondré (<60 pg/ml) avec un taux de folates normal. La fibroscopie oeso-gastro-duodénale visualise une gastrite atrophique diffuse avec métaplasie intestinale. La recherche d'anticorps anti-facteurs intrinsèque sérique est négative. Le diagnostic d'une maladie de Biermer associée à une polyarthrite rhumatoïde est retenu. Un traitement d'attaque par vitamine B12 par voie parentérale est entrepris. L'évolution clinique et biologique est favorable.

## Discussion:

Les maladies auto-immunes sont des maladies dans lesquelles les lésions observées sont dues à la mise en jeu d'une réaction immunitaire vis à vis des constituants du soi.

Ces maladies peuvent être schématiquement divisées en maladies auto-immunes spécifiques d'organes ou de tissus et maladies auto-immunes non spécifiques d'organes encore appelées maladies systémiques.

Les maladies auto-immunes sont d'origine multifactorielle. En effet, la prédisposition à ces maladies repose le plus souvent à la fois sur des facteurs propres à l'individu (facteurs génétiques et endocriniens) et des facteurs d'environnement.

L'association de maladies auto-immunes dans le cadre d'un syndrome de poly auto-immunité est toujours décrite mais l'association d'anémie de Biermer et de polyarthrite rhumatoïde est rarement rapportée dans la littérature. D'où l'intérêt de notre travail.

Enfin, une meilleure compréhension de leur physiopathologie a permis des progrès considérables dans leur thérapeutique.

## Conclusion

L'anémie est une manifestation hématologique fréquente au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Néanmoins l'association d'une anémie de Biermer à une polyarthrite rhumatoïde est beaucoup plus rare. Une prédisposition génétique est recherchée.



# Comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

I Abdelkefi, S Rekik, S Boussaid, H Ajlani, H Sahli, E Cheour, M Elleuch

Service de rhumatologie La Rabta

## Introduction

- Plusieurs affections peuvent être associées à la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Ces comorbidités sont responsables d'une invalidité et d'une mortalité surajoutée.
- Le but de ce travail est d'évaluer la prévalence et le type des comorbidités chez les patients atteints de PR ainsi que d'identifier les facteurs associés à leur présence.

## Matériels et méthodes

- Etude rétrospective incluant les patients atteints de PR répondant aux critères ACR hospitalisés entre Janvier 2011 et Décembre 2013.
- Les différentes affections associées ont été colligées à partir des dossiers médicaux ainsi que les facteurs associés.

## Discussion

- La prévalence des comorbidités dans notre étude était comparable à celle rapportée dans d'autres registres, des données d'assurance-maladie, et dans les études de cohortes provenant d'autres pays, variant entre 54 et 63.5 %.
- La comorbidité la plus fréquente était l'HTA, ce qui concorde avec la littérature, malgré une différence en termes de sa valeur absolue.

## Conclusion

- Notre étude souligne la forte prévalence des comorbidités au cours de la PR notamment les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose secondaire, ce qui alourdit la prise en charge et aggrave le pronostic fonctionnel et vital.
- Une collaboration multidisciplinaire est nécessaire pour dépister ces comorbidités et améliorer la qualité de vie des patients.

## Résultats

### Caractéristiques des patients

42 patients: 35 femmes/7 hommes (sex-ratio=0,2)

Age moyen=61,1 (44-87) ans

### Répartition des patients selon l'âge



Durée moyenne de PR 12,2 (2-27) ans

Séropositivité 83%

érosions 90%

DAS 28 moyen 6,4 (4,05-8,05)

Corticothérapie 100%

### Traitements de fond

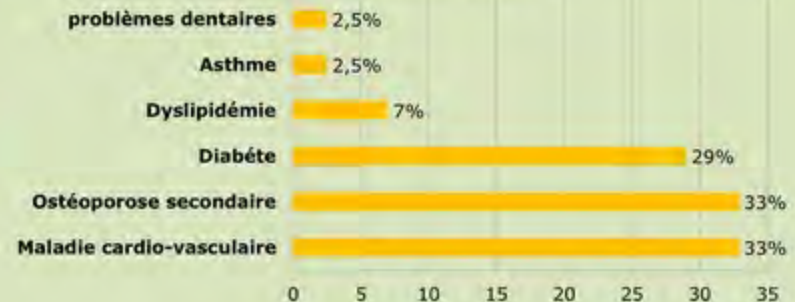


### Comorbidités

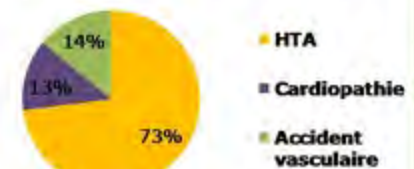
- Comorbidité: 62% des patients
- Patients avec au moins 2 comorbidités: 29%

- En analyse multivariée, aucune corrélation n'a été établie entre la présence de comorbidité et l'âge des patients ( $p=0.232$ ), la durée d'évolution de PR ( $p=0.544$ ), le début précoce avant 40 ans ( $p=0.753$ ), la séropositivité ( $p=0.187$ ), la présence d'érosions ( $p=0.299$ ), le DAS 28 ( $p=0.865$ ) et la durée du traitement par MTX ( $p=0.864$ ).

### Types de comorbidités



### Maladies cardio-vasculaires



# Stratégie diagnostique et prise en charge des métastases osseuses révélatrices en Milieu Rhumatologique : A Propos de 49 cas

AFEF FEKI; RIM AKROUT; MARIEM EZZEDDINE ; HÉLA FOURATI; SOUFIENE BAKLOUTI  
Service de Rhumatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

## INTRODUCTION :

Les métastases osseuses sont observées dans 60% - 80% des patients porteurs d'affection néoplasique et constituent un motif fréquent d'hospitalisation en milieu rhumatologique. Il s'agit de métastases révélatrices d'un cancer primitif dans plus de 30 % des cas, voire jusqu'à 70 % dans les séries rhumatologiques. Elles posent plusieurs ordres de difficultés : pour établir le diagnostic positif, notamment en cas de métastase unique révélatrice, de mise en évidence du néoplasme primitif, et enfin, de prise en charge thérapeutique. Objectifs de l'étude : Etude des caractéristiques épidémiocliniques et para-cliniques des patients porteurs des métastases osseuses et étayer les différentes alternatives de la prise en charge thérapeutique.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude concernant 49 patients hospitalisés au service de rhumatologie pour métastases osseuses révélatrices sur une période de 9 ans.

## RESULTATS :

### 1) Épidémiologie

- Âge moyen : 65 ans [18-86]
- Sexe Ratio : H/F = 6 (42H et 7F)
- Tabac: 48.89%, Alcool: 3 patients

### 2) Clinique

#### Circonstance du diagnostic :

Fig n°1: Circonstances de découverte

#### Symptômes associés :

- Arthralgies : 24,48% (12 cas).
- Symptomatologie orientant vers le cancer primitif: 59.18%

Signe	urinaire	pulmonaire	digestive	gynécologique
pourcentage	55.17	34.48	6.89	3.44

Autre site métastatique: trouvé dans 57.14% des cas.

Localisation	Foie	Ganglion	Poumon	Cerveau	Parties molles
patients	18	13	6	4	3

### 3) Radiologie

Fig n°2: Résultats de la radiographie standard

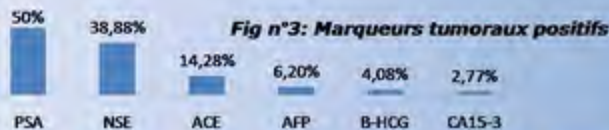
- lésion lytique
- lésion ostéocondensante
- lésion mixte

### 4) Biologie

- Biologie standard :
  - VS: augmentée dans 65.3% (32 cas).
  - CRP: augmentée dans 63.26% (31 cas).
  - Anémie: dans 44.89% (22 cas).
  - Hypercalcémie: dans 14.28% (7 cas).

Marqueurs tumoraux:

- Demandés dans 100% des cas. Positifs pour des valeurs significatifs dans 36 cas.



### 5) BOM et examen anatomopathologique

- Pratiquée dans 44,89% (22 cas).
- Scannoguidée dans 6 cas.
- Concluante dans 19 cas (86.36%)



### 6) Diagnostic du cancer primitif

- Le cancer primitif est identifié dans 73.46%.
- L'étiologie est dominée par le cancer de la prostate 16 cas, du poumon 14 cas et le type digestif 3 cas.

### 7) Traitement

- Traitement non spécifique palliatif (63,27%):
  - Antalgique palier III: 37 cas (75.5%)
  - Radiothérapie antalgique: 8 cas (16.32%)
  - Bisphosphonate : 12 cas (24.48%)
- Traitement spécifique: 18 cas (36.73%)

### DISCUSSION:

Les métastases osseuses surviennent surtout chez des sujets d'âge > 60ans<sup>(1)</sup>. Le sexe ratio F/H 0,3<sup>(2)</sup>, il est égale à 0.17 dans notre série, ceci peut être du au nombre réduit des patients inclus dans l'étude. Les signes d'appel sont dominés par la douleur osseuse isolée ou associée à des radiculalgies<sup>(2)</sup>. Les fractures pathologiques sont moins fréquentes

probablement en raison du recrutement rhumatologique<sup>(2)</sup>.

Les lésions radiologiques sont lytiques (75% des cas), condensantes (15% des cas) ou mixtes.<sup>(5)</sup> La stratégie diagnostique recommandée fait inclus l'anamnèse, l'examen clinique, radio thorax ± TDM, TDM abdomino-pelvienne, BOM, mammographie (si femme) et le dosage du PSA (si homme)<sup>(2)</sup>. Le dosage des autres marqueurs tumoraux sans ciblage diagnostique n'est pas justifié, cependant il est de pratique courante en raison de la facilité de leur demande et de leur obtention.

Le cancer primitif est retrouvé dans [80-96%] des cas<sup>(3)(4)</sup> pour certaines séries et dans 63%<sup>(2)</sup> des cas pour d'autres. L'étiologie dominante est le néoplasme pulmonaire (31%)<sup>(2)</sup>. Ainsi nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature.

Le traitement est palliatif dans la majorité des cas (64,3%)<sup>(6)</sup>

### CONCLUSION :

La maladie métastatique osseuse s'apparente à une maladie chronique incurable. Ainsi, elle peut être compatible avec une survie prolongée qui doit être de qualité. Elle impose donc un suivi régulier et démarche clinique qui préviennent la survenue de complications.

### BIBLIOGRAPHIES :

- (1) M. Lubiano-Hallen et al / revue du rhumatisme 75 (2009) 332-338 (2) : M. Vandecastellein et al / revue du rhumatisme 71 (2004) 390-396. (3) : Hainesworth JD, Greco FA. Treatment of patients with cancer of unknown primary site. N Engl J Med 1993; 329:257-63. (4) : Filini M / unknown primary tumours Postgrad Med J 2000; 76:690-3. (5) : J. Revet et al / revue du rhumatisme 77 (2010) 201-207. (6) : L.L. TAPSOBA, G.G.W. Diendré, J.L. Samon, J.F. QUATTARA, S.L. Quadraogo, V. Gansone, T.A. Bambara, A. Barrera. Contribution de la scintigraphie osseuse dans le bilan d'extension des cancers au CRFPO: a propos 70 cas. Médecine nucléaire 37 (2013) 466-471.

# LA SYNOVITE VILLO-NODULAIRE DANS UN SERVICE DE RHUMATOLOGIE

AFFEF FEKI; RIM AKROUT; MARIEM EZZEDDINE ; HÉLA FOURATI; SOUFIENE BAKLOUTI  
Service de Rhumatologie, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

## INTRODUCTION :

La synovite villo-nodulaire est une affection rare et bénigne qui appartient au groupe des dystrophies Synoviales. Elle se caractérise par une prolifération cellulaire pseudo-tumorale se développant aux dépens de la membrane synoviale d'une articulation. Elle peut être localisée ou diffuse et toucher toutes les articulations, avec une forte prédilection pour le genou qui est atteinte dans plus de deux tiers des cas suivi par la hanche, la cheville, le poignet, l'épaule et le coude. Elle est presque toujours mono articulaire. Le but de notre étude est de décrire les particularités épidémiologiques et thérapeutiques de la synovite villo-nodulaire.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective de 10 cas de patients présentant une synovite villo-nodulaire colligés au service de Rhumatologie de Sfax-Tunisie sur une période de 21 ans.

## RESULTATS :

### 1) Épidémiologie

- Âge moyen : 31 ans 4 mois [17-70]
- Sexe Ratio : F/H = 1,5 (4H et 6F)

### 2) Clinique

#### Circonstance du diagnostic :

- Mono arthrite chronique du genou dans 100% des cas avec raideur et tuméfaction.
- Douleurs mécaniques 4/5 des cas.
- Pas de notion de traumatisme signalée.

### 3) Biologie

- La ponction du liquide articulaire :
  - Réalisée dans 50% des cas.
  - Aspect séro-hématique dans tous les cas.
  - Bilan d'hémostase correct.
- La vitesse de sédimentation : augmentée modérément dans 3 cas.

### 4) Radiologie

- La radiographie standard du genou :
  - Pratiquée chez tous les patient.
  - A montré une augmentation du volume des parties molles sans calcification décelable

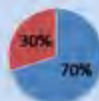


**Fig1: Augmentation de la densité des parties molles du genou**

### 5) Le diagnostic étiologique

- Le diagnostic de synovite villonodulaire diffuse a été évoqué à l'IRM et à l'arthroscopie.

■ IRM ■ Arthroscopie



**Fig2: Examen d'orientation étiologique.**



1,2: Signal intermédiaire en T1  
3: Signal intermédiaire en T2 + Zone de vides de signal (dépôts d'hémossidérine)  
4, 5 : Prise de contraste après gadolinium

### Fig3: Aspects IRM d'une synovite villonodulaire

- La synovite était agressive dans 1 cas, évoquant un synovialo-sarcome.
- Le diagnostic de certitude :
  - Histologique dans tous les cas par biopsie synoviale
  - délais moyen entre début de symptôme et le diagnostic histologique: 3 ans.

### 6) Traitement

- Synovectomie chirurgicale subtotale est réalisée dans 100% des cas.
- Un 2<sup>ème</sup> geste chirurgical s'est avéré nécessaire dans 4 cas avec complément par synoviorthèse dans 3 cas (1 isotopique et 2 l'acide osmique).

### 7) Evolution

- Favorable dans 50% des cas.
- Récidive clinique et sur IRM de contrôle après période de rémission moyenne de 11 mois.

### DISCUSSION :

- Le premier cas de SNV a été décrit en 1882. C'est une tumeur rare : l'incidence est 1.8/1000000 habitants par an (2).
- Aussi fréquente chez l'homme que chez la femme(1)
- Age(1) : adulte jeune [20-40 ans] dans 50% des cas, âges extrêmes [2-89 ans](1).
- Circonstances diagnostic: mono arthrite du genou dans 70-80% des cas(1).
- Les principaux signes clinique d'appel(1) : douleur mécanique et un épanchement articulaire le plus souvent séro-hématique.

- La biologie est en règle normale sans trouble d'hémostase(1) et sans SIB (sauf dans les rares nécroses tumorales)(2)
- les radio standards sont les plus souvent normaux dans les formes localisés (4/5 des cas)(1), alors que dans les formes diffuses ils ne sont normaux que dans 20% des cas(3) ainsi une tuméfaction non spécifique des tissus mous avec une densité élevée liée aux dépôts d'hémossidérine sont fréquemment observés.
- IRM est actuellement l'examen le plus performant de l'analyse de la structure synoviale(1).
- La confirmation diagnostic est histologique par biopsie synoviale avec délai diagnostic moyen de 4ans.(2)
- le traitement étiologique dépend surtout du caractère localisé au diffus, il correspond respectivement à une synovectomie partielle (arthroscopique ou par arthrotomie) et à une synovectomie totale. Le taux de récurrences pseudotumorales après traitement est variable (10 à 50% selon les séries)(2)
- En cas de destruction articulaire importante le recours à une prothèse totale peut être nécessaire malgré le jeune âge du patient(2).

### CONCLUSION :

La synovite villonodulaire est une tumeur bénigne rare qui mérite d'être connue compte tenu de son Agressivité locale. La clinique, la biologie et l'imagerie ne sont pas spécifiques et seule l'histologie permet un diagnostic de certitude. Ce manque de spécificité associé à la rareté de la maladie rend compte du fréquent retard au diagnostic et de la difficulté de prise en charge. En effet, le traitement de la synovite villonodulaire reste mal codifié en particulier dans les formes diffuses où les récurrences sont fréquentes.

**BIBLIOGRAPHIES :** (1) JAFFE HL, LICHTENSTEIN I, SUTIRO CJ: Pigmented villonodular synovitis, Arch Pathol, 1941, 31, 731-765. (2) V.legré, T.Boyer, H.Dorfmann, P.Lafforgue. Tumeurs et dystrophies de synoviale/EMC 2009 1480A10. (3) Myers BW, MASI AT, FEIGENBAUM SL: clinical epidemiological study. Medicine 1980 59, 233-239.

# Arthrite septique du genou à bactériologie négative chez l'adulte

Hamdi Kaziz, Nader Naouar, Thabet Mouelhi, Mohamed Amine Triki, Mohamed Mseddi, Mohamed Laziz Ben Ayeche

Service d'orthopédie traumatologie Sahloul Sousse Tunisie

## **Introduction :**

L'arthrite septique du genou est définie par la présence et la multiplication des micro-organismes dans le liquide synovial. Cependant, et dans certaines situations, les examens bactériologiques restent négatifs dans 7 à 35 % des cas pris pour arthrite septique authentique. On suppose que ces arthrites, prennent comme septique initialement, ont une évolution particulière qui fera l'objectif de cette étude. Le diagnostic de ces arthrites ne peut alors être que présomptif. Nous avons revu nos cas d'arthrite septique du genou à bactériologie négative chez l'adulte afin de déterminer les caractéristiques épidémiologique, diagnostiques et thérapeutiques de cette entité.

## **Matériel et méthode :**

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 32 malades admis pour un tableau d'arthrite septique du genou dont la bactériologie était négative. Le diagnostic était clinique devant le syndrome douloureux et inflammatoire du genou. Ces cas étaient répertoriés entre janvier 2010 et décembre 2014 au service d'orthopédie traumatologie Sahloul Sousse. Tous les patients ont été hospitalisés en urgence. Une arthrotomie para-rotulienne interne avec lavage articulaire et synovectomie subtotale ont été effectués chez tous les patients. Une biopsie a été indiquée dans tous les cas. Le diagnostic d'une arthrite septique était pris en considération et tous les patients ont eu une antibiothérapie de première intention par voie parentérale à base d'amoxicilline et acide clavulanique et ceci en fonction de la dégression des marqueurs de l'inflammation notamment la valeur de la CRP et la VS. Les patients ont eu une surveillance régulière à la consultation externe. Le dosage de l'acide urique et la recherche des auto anticorps ont été faits chez tous les patients. L'évaluation radiologique était basée sur les incidences de face et de profil du genou concerné. L'évaluation clinique était basée sur le score IKS fonction et genou au recul avec étude de l'évolution des arthrites à long terme.

## **Résultats :**

Cette série était composée de 18 hommes et 14 femmes, ayant un âge moyen de 46.5 ans. Neuf patients ont eu un diabète et 4 ont eu une hypertension artérielle. Aucune arthropathie cristalline microcristalline n'a été objectivée. Le dosage de l'acide urique a objectivé des valeurs limites dans 5 cas et c'était des patients de sexe masculin sous traitement antihypertenseur dans 3 cas. L'évaluation radiologique initiale n'a pas objectivé de dégradation articulaire manifeste. Des lésés opaques en faveur de la chondrocalcinose ont été trouvés dans 6 cas. la valeur de la CRP était de 56,2 mg/l. la normalisation de la CRP après arthrotomie lavage était obtenu dans un délai moyen de 15 jours. La vitesse de sédimentation a regagné des valeurs normales dans 17 cas et ceci après un délai moyen de 8 semaines ( 6 semaines - 10 semaines). La recherche des facteurs rhumatoïdes était positif dans 5 cas. Le typage HLAB27 était présent dans 4 cas. Les anticorps antinucléaires ont été revenus négatifs dans tous les cas. Le bilan radiologique au dernier recul n'a pas objectivé d'atteinte arthrosique. Quatre patients avaient présenté une récurrence de l'épanchement dans un délai moyen de 13 mois. La mobilité moyenne de flexion était 100°. La biopsie de la synoviale était positive dans 10 cas avec des signes histologiques d'une atteinte inflammatoire non spécifique. Au recul moyen de 13.5 mois, le Knee score moyen est de 88.6. La vitesse de sédimentation est restée accélérée chez 15 patients au dernier recul. Aucun de ces patients n'a eu des signes radiologiques de gonarthrose. Sept patients ont présenté des signes d'une polyarthrite rhumatoïde ultérieure, trois patients sont revenus avec une pelvispondylite rhumatismale.

## **Discussion :**

Un rhumatisme inflammatoire se déclare chez au moins 14 % des malades où le diagnostic d'arthrite septique est posé malgré des examens bactériologiques négatifs. Cette pseudo-arthrite septique ne peut être différenciée d'une authentique arthrite septique. Lorsqu'aucun germe n'est isolé le diagnostic reste présomptif et un suivi s'impose afin d'assurer la détection d'autres affections, notamment rhumatismales. Devant ces pseudo arthrite septique, un acharnement diagnostique doit être posé pour aboutir à une étiologie claire et évidente. L'arthropathie microcristalline et les arthropathies inflammatoires avec la polyarthrite rhumatoïde à la tête de liste sont considérées comme les étiologies les plus incriminées dans la survenue de ces épisodes inflammatoires. La surveillance stricte avec dosage des marqueurs de l'inflammation ainsi que les facteurs rhumatoïdes et le typage HLA sont reproductibles pour le diagnostic. Les biopsies de la synoviale lors de l'arthrotomie chirurgicale a une sensibilité importante avec une spécificité faible comme elle n'oriente pas le diagnostic et ne confirme que le caractère inflammatoire de l'affection sans suggérer le caractère infectieux ou pas de l'arthrite. Certains auteurs rapportent l'intérêt des ponctions lavages itératifs dans le traitement de ces arthrites après la preuve bactériologique de la première ponction articulaire diagnostique.

## **Conclusion:**

Les arthrites dites "septiques" du genou à bactériologie négative sont fréquentes en pratique quotidienne. Le traitement initial probabiliste ayant l'objectif 'éliminer l'infection n'est que transitoire. Leur évolution est aléatoire et peut être le point de découverte d'une arthropathie inflammatoire chronique ou microcristalline.

# Tophus goutteux historique du pied

Hamdi Kaziz, Thabet Mouelhi, Walid Osman, Wael El Meddeb, Nader Naouar, Mohamed Laziz Ben Ayeche

Service d' orthopédie traumatologie Sahloul Sousse Tunisie

## Introduction :

La goutte est une affection inflammatoire responsable de l'arthropathie microcristalline la plus fréquente. C'est une pathologie multifactorielle, survient de façon sporadique, favorisée par certaines conditions. Elle touche les différents systèmes de l'organisme dont l'atteinte ostéoarticulaire est de loin la plus fréquente. Le diagnostic est clinico-biologique basé sur les données de l'examen clinique et la détermination du teneur sérique d'acide urique. Le traitement est basé sur les règles hygiéno-diététiques et la prise d'hypourémiants. L'évolution est presque toujours favorable sous traitement bien conduit. L'apparition des tophi goutteux et la destruction articulaire témoignent de la non-observance au traitement.

## Observation :

On rapporte un patient âgé de 80 ans, hypertendu sous furosémides depuis 17 ans, qui a consulté pour tuméfaction inflammatoire du deuxième orteil droit évoluant depuis trois semaines. L'examen physique a objectivé une tuméfaction dure, douloureuse, inflammatoire et fistulisée centrée par un enduit blanchâtre non suintante en regard de l'interphalangiène proximale du deuxième orteil. (figure1) Par ailleurs, le patient rapporte la notion d'une évolution insidieuse de cette tuméfaction depuis des années associée à d'autres déformations et gonflement des doigts longs (figure2) des orteils ainsi qu'au niveau des oreilles et des faces postérieures des coudes. Le patient n'a jamais été suivi. Le bilan biologique a trouvé une vitesse de sédimentation accélérée (VS=130mm à la première heure). La valeur de la CRP était à 110 mg/ml. Le bilan radiologique standard du pied droit a objectivé une déformation articulaire importante des orteils avec une destruction de l'inter phalangiène proximale du deuxième orteil associé à nombreuses images radio transparentes correspondant aux tophi autour des articulations des orteils.(figure3) Le bilan radiologique de deux mains a trouvé une déformation des doigts longs avec la formation des tophi en regard des inter phalangiennes proximales et la métacarpo-phalangiennes. La détermination de la concentration sérique d'acide urique était à 650  $\mu\text{g/l}$ . le patient était opéré avec une excision du tophus du deuxième orteil et régularisation de l'articulation. L'exploration chirurgicale n'a pas trouvé de collection purulente ni des signes infectieux évidents. L'examen au microscope à la lumière polarisée a objectivé des cristaux d'urate de sodium. L'examen bactériologique n'a révélé aucun agent pathogène. Un traitement médical à base d'allopurinol et des règles hygiéno-diététiques était instauré. L'évolution se faisait vers la nécrose digitale nécessitant une amputation tars-cervicale du deuxième métatarsien. Au recul de 1 an, le patient ne rapportait aucune doléance avec cicatrisation de la peau gardant un préjudice esthétique indélébile. La concentration sérique d'acide urique était de 265 $\mu\text{g/l}$ . le bilan radiologique standard ne montrait pas d'aggravation des signes radiologiques déjà trouvés sur les autres localisation



Fig1: Aspect du tophus ulcéré du pied droit



Fig2: Aspect de la main gauche avec les tophi

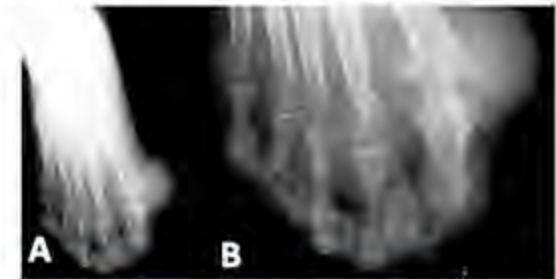


Fig3: bilan radiologique du pied droit avec destruction osseuse

## Discussion

La goutte représente la principale étiologie des arthropathies inflammatoires chroniques microcristallines. Les principaux diagnostics différentiels sont la chondrocalcinose articulaire, la polyarthrite rhumatoïde et les atteintes infectieuses dans les formes subaiguës. L'atteinte de la métatarso-phalangiène de l'hallux est la plus rapportée. Les manifestations cliniques ne sont pas corolaire à la concentration sérique d'acide urique. Dans les formes évoluées, une insuffisance rénale doit être éliminer comme elle peut être une étiologie aussi bien qu'une complication de l'hyper-urécémie. d'autres étiologies comme les désordres métaboliques (les anémies hémolytiques, les maladies génétiques) et la cause iatrogène sont possibles. la goutte négligée entraîne une destruction articulaire avec remaniement des articulations caractérisé par l'apparition des tophi. Les tophi réalisent des dépôts de couleur blanche de consistance ferme ou crayeuse. Ces tophi peuvent réaliser différents tableaux : le tophus encapsulé, le tophus infiltratif et le tophus ulcéré. Dans cette dernière forme, la peau qui recouvre le tophus garde généralement une bonne vascularisation ; toutefois dans de rares cas, elle peut se nécroser par endroits et il se créé alors une ulcération plus ou moins volumineuse, avec issue de bouillie crayeuse. sous traitement bien conduit, les tophi de petite taille peuvent disparaître avec restitution de la continuité de l'os, en revanche, les tophi de grande taille sont généralement indolores et résistants au traitement médical. Dans certaines situations ou les tophi deviennent énormes avec un grand préjudice esthétique, la chirurgie consistant en une excision est indiquée pour rétablir l'anatomie, libérer l'articulation et prévenir la survenue des complications notamment l'ulcération et

# Kyste mucoïde de l'articulation tibio fibulaire supérieure A propos d'un cas

Korbaa W, Dhahbi K, Daami M, Nemria J

Consultation de rhumatologie, hopital régional de Moknine

## Introduction

Le kyste mucoïde est une formation kystique incolore ou xanthochromique souvent confondue avec le kyste synovial. En effet, la distinction entre les deux n'est nette qu'histologiquement. Autour du genou, le kyste peut être volumineux se développant en inter ou intramusculaire (loge antérieure, externe ou postérieure), en intra-neural (nerf fibulaire commun) ou en intra-artériel (artère poplitée). Le kyste mucoïde de l'articulation tibio-fibulaire supérieure (TFS) et a développement intramusculaire pur est une entité rare, nous en rapportons un cas.

## Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de consultant pour douleur du mollet gauche évoluant depuis quelques semaines. Le diagnostic de thrombophlébite a été évoqué et le patient a bénéficié d'une echo doppler veineuse. Celle-ci n'a pas montré de signe de phlébite superficielle ou profonde. Par ailleurs, mise en évidence d'une collection liquidienne intramusculaire du long extenseur des orteils étendue sur 13,5 cm de hauteur, multiloculée qui semble communiquer avec l'articulation tibio-fibulaire proximale évoquant le diagnostic d'un kyste mucoïde intramusculaire de l'articulation tibio-fibulaire supérieure (image 1).

Une IRM de la jambe a confirmé le diagnostic en montrant une lésion liquidienne intramusculaire du long extenseur des orteils de 2 x 2 cm de diamètre dans le plan axial, étendue sur 16 cm de hauteur, avec un collet proximal qui la fait communiquer avec l'articulation tibio-fibulaire proximale. Elle est en hyposignal T1 et hyperT2, bien limitée et partiellement cloisonnée, présentant un rehaussement périphérique, avec une contiguïté avec le septum intermusculaire antérieur dans lequel passe le nerf fibulaire superficiel (images 2, 3 et 4).

Le diagnostic étant confirmé, le patient a bénéficié d'une exérèse chirurgicale du kyste, dont la nature a été confirmée histologiquement.

## Discussion :

Les kystes mucoïdes aux dépens de l'articulation TFS et a développement intramusculaire pur ont été rarement rapportés. A sa naissance, le kyste peut être relié a l'articulation TFS par un fin pertuis difficile a individualiser. Le kyste peut augmenter de volume et comprimer les éléments avoisinants.

Notre observation est particulière par son évolution purement intramusculaire et l'importance de la taille du kyste. Le développement intramusculaire du kyste se fait le plus souvent en distal vers l'un des 3 compartiments de la jambe. Toutes les localisations ont été décrites, dans le muscle tibial antérieur, entre le tibial antérieur et le long extenseur des orteils, entre le long extenseur de l'hallux et le long extenseur des orteils, au niveau du muscle long fibulaire et au niveau du muscle soléaire.

Le diagnostic clinique n'est pas toujours évident. En effet, le kyste peut être de petite taille intra-musculaire et complètement non palpable. La radiographie standard est souvent négative. Une arthrographie de l'articulation TFS plus ou moins couplée au scanner peut montrer un fin pédicule entre le kyste et l'articulation.

L'échographie est un bon examen initial reconnaissant la nature kystique de la tuméfaction. L'IRM est déterminante, la localisation intramusculaire du kyste est bien mise en évidence ainsi que les rapports avec les structures de voisinage.

L'exérèse du kyste doit être complète avec résection et ligature du collet.

## conclusion :

le kyste mucoïde de la TFS est une entité rare, de diagnostic clinique difficile, aidé par l'échographie et l'IRM. Le traitement est chirurgical avec l'extirpation totale du kyste.

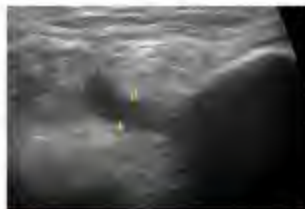


Image 1



Image 2



Image 3



image4

# PATELLECTOMIE VERTICALE EXTERNE DANS L'ARTHROSE FEMOROPATELLAIRE ISOLEE : A PROPOS DE 11 ROTULES

Benzarti S, Mouelhi T, Triki MA, Naouar N, Mtaoumi M, Ben Ayech M.L  
Service De Chirurgie Orthopédique Et Traumatologique De Sahloul SOUSSE

## Introduction :

L'arthrose fémoro-patellaire (AFP) isolée est une situation relativement rare. Elle entraîne en général une atteinte prédominante sur l'interligne externe avec une subluxation de la rotule, il est rare que l'arthrose soit centrée avec un pincement global.

Son traitement chirurgical reste très controversé. De nombreuses techniques ont été décrites mais aucune n'assure un résultat fiable et durable. L'objectif de notre travail est d'évaluer le résultat fonctionnel à moyen et à long terme de la patellectomie verticale externe (PVE).

## Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective portant sur 11 rotules chez 8 patients avec une AFP isolée ayant eu une PVE, colligés sur une période de 12 ans (2002-2014). Les résultats fonctionnels ont été évalués selon le score IKS.

## Résultats :

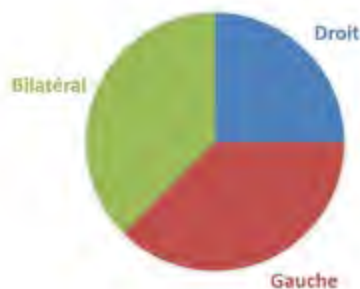
On a noté une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0.14, l'âge moyen lors du diagnostic était de 55,8 ans (44-65).

Le tableau clinique est dominé par des douleurs mécaniques lors de la montée ou la descente des escaliers et après station assise prolongée avec une gêne fonctionnelle importante pour tous nos patients. Le score IKS est en moyenne de 162.

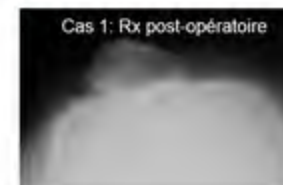
La majorité des cas soit 86% présentaient une AFP stade IV selon la classification d'IWANO.

Une patellectomie sagittale a été pratiquée chez tous nos patients suivie d'une rééducation.

Au dernier recul de 3 ans et 2 mois, les résultats fonctionnels ont été bons dans 10 cas (IKS = 167), et mauvais dans 1 cas (IKS = 119).



Classification d'IWANO	
Stade 1 et 2	0
Stade 3	1
stade 4	10



## Discussion :

L'AFP entraîne en général une atteinte prédominante sur l'interligne externe avec une subluxation externe de la rotule.

Selon certains auteurs, le principal facteur prédisposant est la présence d'une dysplasie trochléenne.

L'évolution radiologique est lente et les manifestations cliniques souvent tardives et cycliques.

La patellectomie a été longtemps utilisée comme seul traitement des AFP. Elle supprime de façon radicale le conflit douloureux entre rotule et trochlée.

Pour certains auteurs, cette technique semble affecter le résultat fonctionnel d'une arthroplastie totale du genou, mais elle garde encore ces indications où l'arthroplastie est récusée (sujet âgé, antécédent septique).

## Conclusion :

La patellectomie verticale externe reste une bonne option thérapeutique donnant un appui immédiat, avec des résultats fonctionnels satisfaisants et encourageants.

# Dépistage de la fibromyalgie par le questionnaire FIRST (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) au cours de la polyarthrite rhumatoïde

I Abdalkafi, S Rakik, S Boussaid, F Essafi, H Sahli, I Cheour, M Elleuch  
Service de rhumatologie La Rabta

## Introduction

- La fibromyalgie (FM): un syndrome douloureux somato-psychique qui peut être primitive ou s'associer à d'autres maladies rhumatismales comme la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Cette association avec la PR peut rester longtemps méconnue et être considérée à tort comme une poussée de la maladie.
- Le but de ce travail est de dépister la fibromyalgie au cours de la PR, déterminer sa fréquence et évaluer les facteurs associés

## Patients et méthodes

- Etude transversale incluant des patients atteints de PR et qui ont répondu au questionnaire FIRST.
- Ce questionnaire de dépistage comporte 6 items.

### Questionnaire FIRST

	oui	non
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs aigües comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales comme des fourmillements, des picotements ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaux, des maux de tête, ou des irrégularités dans les jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : ma capacité à me concentrer, à travailler, à faire des choses que j'aime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Une fibromyalgie est retenue si la réponse est positive à 5 items.
- Une évaluation des facteurs associés à la fibromyalgie a été réalisée.

## Résultats

### Caractéristiques des patients

- 20 patients: 5H/15F (sex-ratio:0,33)
- Age moyen: 49 (29-71) ans

### Répartition des patients selon le sexe



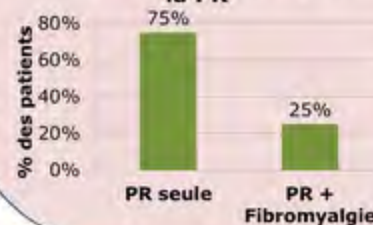
### Caractéristiques de la maladie

Durée moyenne de PR (an)	10 (0,3-29)
Présence d'érosions	85%
Présence de déformations	40%
DAS 28 moyen	5,26 (2,98-6,87)
Comorbidité associée	55%
Corticothérapie	75%
Traitement par MTX	70%

### Paramètres du questionnaire FIRST



### Fréquence de la fibromyalgie au cours de la PR



### En analyse multivariée:

- Corrélation positive entre FM et: l'antécédent de dépression ( $p=0.05$ ), la présence d'une ostéoporose secondaire ( $p=0.01$ ) et l'ancienneté de la PR > 10 ans ( $p=0.05$ ).
- Aucune corrélation entre FM et l'âge, le sexe, la présence d'érosions, la présence des déformations et la corticothérapie.

## Discussion

- Le questionnaire FIRST sert à dépister la fibromyalgie avec une sensibilité et spécificité proche de 90%.
- Mais, le diagnostic de FM repose sur les critères de l'ACR 2010-2011 et la validation d'un expert.
- La fréquence de FM touche les 20% des consultants en rhumatologie. Ce pourcentage est proche de celui trouvé dans notre population d'étude.
- La fatigue et le retentissement global sont les paramètres les plus exprimés par les patients et qui peuvent être en rapport avec la FM ou la PR.
- Il faut se méfier des « fausses FM » dans les PR séronégatives et non érosives.

## Conclusion

- L'association polyarthrite rhumatoïde-fibromyalgie est assez fréquente.
- Le seul traitement efficace de la PR n'entraîne pas la guérison du syndrome fibromyalgique.
- Un dépistage de la fibromyalgie s'avère nécessaire grâce au questionnaire FIRST, facile et rapide, en vue d'améliorer la qualité de vie des patients.



# Les complications infectieuses au cours des traitements par biothérapies

F.Essafi ;S.Rekik ;S.Boussaid ;R.Alaya ;E.Cheour ;H.Sehli ;M.El Euch  
Service de rhumatologie, la Rabta

**Introduction :** Les biothérapies ont révolutionné le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques. Alors que leur efficacité est indiscutable, la connaissance approfondie de leur tolérance au long cours demeure un enjeu. Les infections sont une complication classique des biothérapies compte tenu de leur action immunosuppressive.

**Matériels et méthodes :** étude rétrospective colligeant 15 dossiers de patients suivi au service de rhumatologie pour polyarthrite rhumatoïde (PR) ou spondylarthrite ankylosante (SPA). Les infections apparaissent au décours du traitement par biothérapie.

**Résultat :** 15 patients  
12 polyarthrite rhumatoïde (PR)  
3 spondylarthrite ankylosante (SPA)

Age moyen ( an ) 33

Sexe- ratio 2/15

Durée d'évolution ( an ) PR : 7  
SPA : 2

## facteurs de risques



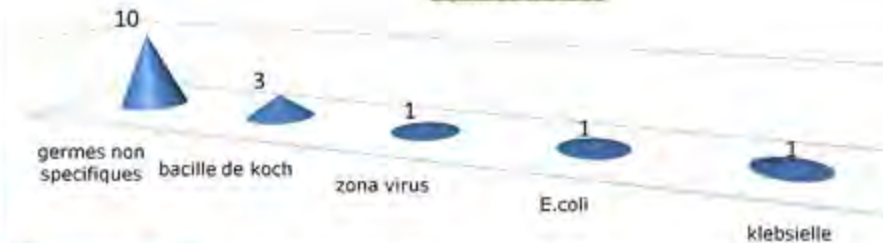
- diabète
- antécédents de broncho-pneumopathie chronique
- antécédents d'infection antérieur
- utilisation de corticoïde à dose supérieur à 10 mg
- méthotrexate

## infections ( sites et germes )



- infections pulmonaires basse bactériennes
- infection urinaire
- méningite
- infection osseuse
- infection digestive bactérienne
- infection des parties molles
- infection cutanée

## germes isolés



**Discussions :** Les Facteurs de risque d'infections opportunistes rapportés au cours des traitements par anti-TNFα sont :

*l'immunodépression, l'âge avancé, lymphopénie, neutropénie prolongée, maladie inflammatoire active, broncho-pneumopathie chronique, tabagisme, diabète, corticothérapie à posologie élevée (> 10 mg/jour), agents immunosuppresseurs.*

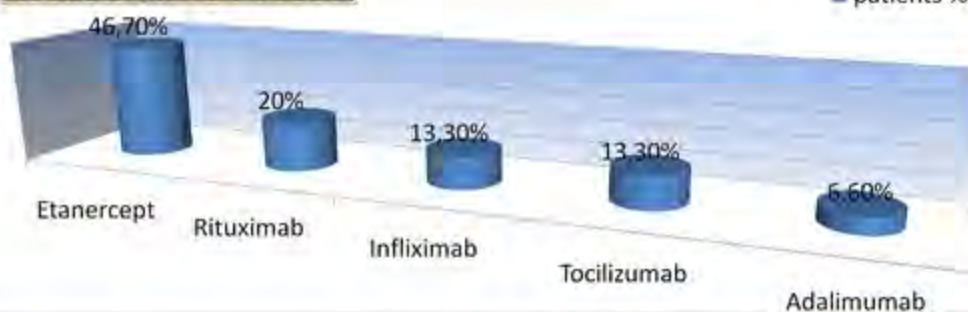
Différentes bactéries peuvent être responsable d'infections opportunistes au cours des traitements par anti-TNFα comme la tuberculose (avec un risque multiplié par 4 sous anti TNF), la Légionellose, la Listériose, les Mycobactéries non tuberculeuses.

Les infections fongiques sont fréquents au cours des infections par anti TNF( la pneumocystose, les candidoses, l'aspergillose, la cryptococcose, ou encore l'histoplasmose).

Différents virus sont responsables d'infections opportunistes au cours des traitements par anti-TNFα : Herpès simplex, Herpès varicella zoster, Cytomégalo virus, Epstein-Barr virus, Virus des hépatites B et C et VIH.

Retuximab expose au risque de réactivation hépatite B essentiellement avec risque d'évolution vers l'hépatite fulminante.

## Biothérapies utilisées



50% des patients suivi pour PR. 1/2 ont une biothérapie en association à DMARD.

Un cas de tuberculose latente est apparu au décours du traitement par Tocilizumab. Parmi ses infections, deux cas d'état de choc septique était notés sous Etanercept à 22 semaines en moyenne de traitement. Dans tous les cas, le traitement a été arrêté jusqu'à rémission complète de l'infection.

# Enquête de satisfaction des patients pris en charge à l'hôpital du jour

S Jradi ; K Ben Abdelghani ; L Souebni ; S Kassab ; S Chekili ; A Laater ; L Zakraoui  
Service de Rhumatologie – Hôpital Mongi Slim la Marsa

## INTRODUCTION

L'évaluation de la qualité de prise en charge à l'hôpital du jour (HDJ) perçue par les patients est une première. Le but est de mesurer les taux de satisfaction des patients, d'identifier les points forts et éventuels points d'insatisfaction ou de moindre satisfaction des patients aux différentes étapes de leur prise en charge puis d'analyser les résultats et rechercher des solutions pour satisfaire au mieux les patients et d'améliorer la qualité de prise en charge.

## MATERIELS ET METHODES:

45 patients ont exprimés leur avis sur la qualité de prise en charge à l'HDJ dont 34 femmes et 10 hommes de 47 ans d'âge moyen, interrogés sur une période de deux mois (juillet-Août) dans un service de rhumatologie en Tunisie. Un questionnaire a été préparé à l'avance et chaque question a été exposée par un médecin au malade et remplie par le même médecin. Chaque question est cotée de 1 à 4 comme suit : très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant et pas du tout satisfaisant.

## RESULTATS

- 33 patients contre 12 étaient satisfaits par le délai du rendez-vous et 42 patients contre 3 étaient satisfaits du jour de la semaine.
- La consultation est faite dans 33 cas dans une chambre seule et dans 12 cas dans une chambre double avec une gêne estimée à 25 %.
- Globalement, la qualité de prise en charge à l'HDJ a été cotée à 1 dans 23/45 cas, à 2 dans 19/45 cas et à 4 dans 1/45 cas.
- Les points faibles à l'HDJ sont surtout les délais d'attente, le confort des lits d'examen, le nombre d'interlocuteur trop important et les informations reçues par le médecin concernant la conduite à tenir.
- Les points forts sont l'organisation, l'hygiène, le relationnel avec l'équipe soignante et la qualité des soins médicaux.

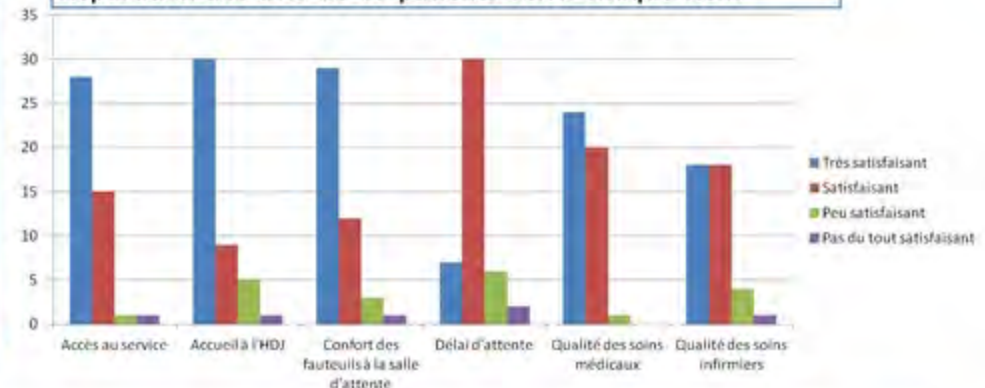
## DISCUSSION

L'évaluation de la qualité de prise en charge à l'HDJ perçue par les patients nous permet d'améliorer au mieux la qualité de prise en charge ainsi que le fonctionnement du service. La dimension humaine est perçue comme un élément très important par les patients. On restera dès lors vigilant à maintenir un bon niveau de qualité sur les aspects informationnels et relationnels instaurés avec les patients. Il serait pertinent d'informer sur les délais d'attente et les raisons qui y sont associées pour rendre l'attente plus acceptable.

## CONCLUSION

L'information, la confiance, le confort et le relationnel restent la clé de la satisfaction des patients.

Répartition des avis de 45 patients selon chaque item



# Profil densitométrique au cours de la sclérodermie systémique

Slouma M, Ben Abdelghani K, Souabni L, Souissi MA, Kassab S, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slima La Marsa

## INTRODUCTION

• Les maladies systémiques peuvent, à des degrés variables, entraver le métabolisme osseux et exposer au risque d'ostéoporose.  
• Le but de notre étude était d'évaluer le statut minéral osseux chez des patients suivis pour sclérodermie systémique (SS) et de déterminer les facteurs de risque associés à la baisse de la densité minérale osseuse.

## MATERIELS ET METHODES

• Etude rétrospective sur une période de 15 ans [2000-2015], ayant inclus les patients suivis pour sclérodermie systémiques évoluant depuis au moins une année, et ayant bénéficié d'une mesure de la densité minérale osseuse au cours de leurs suivis. La masse osseuse était mesurée par absorptiométrie biphotonique aux rayons X au niveau du site lombaire et fémoral.  
• L'interprétation de la DMO a été basée sur la classification densitométrique de l'ostéoporose l'OMS établie en 1994.

## RESULTATS

• **18 patients** : 3 hommes et 15 femmes.  
• **L'âge moyen** : 55,88 ans  $\pm$  12,44 ans.  
• **L'âge de début de la SS** : 40,55  $\pm$  15,11 ans.  
• **La ménopause** a été notée dans 6 cas avec un âge moyen de 47,66 ans.  
• La durée d'évolution de la maladie: 15,33  $\pm$  7,43 ans.  
• **Indice de masse corporelle (IMC)** : 25,37  $\pm$  5,509 kg/m<sup>2</sup>.  
• **Antécédent personnel de fracture suite à un traumatisme minime**: un cas.  
• **Corticothérapie** : 12 cas avec une dose moyenne de 10.83 mg/j [5 ; 25].  
• **Moyenne de la DMO**: 0,904  $\pm$  0,153 g/cm<sup>2</sup> au rachis lombaire et de 0,853  $\pm$  0,182 g/cm<sup>2</sup> au site fémoral.  
• **T-score moyen** : -1,65  $\pm$  1,41 DS au site lombaire, de -1,68 + 1,32DS au site fémoral.  
• **Baisse de la densité osseuse**: 72.22 % (n=13) des patients: 16% (n=3) patients avaient une ostéopénie et 55 % avaient une ostéoporose (10 cas dont deux hommes).

### • Facteurs associés à la baisse de la DMO:

• l'âge (61,3 ans dans le groupe ostéoporose vs 47.57 ans),  
• la corticothérapie  
• l'existence d'un syndrome inflammatoire biologique  
• la durée d'évolution de la maladie (16,6 ans chez les patients ayant une baisse de la DMO et 13 ans chez les patients ayant une DMO normale) (p<0,05).

• Aucune association n'a été retrouvée entre l'ostéoporose et la ménopause.  
• **Corrélation positive** entre l'IMC et la DMO au niveau du site fémoral (r:0.546, p:0.019).

### • Traitement de l'ostéoporose :

• bisphosphonates dans 3 cas  
• ranélate de strontium dans 1 cas.  
• La forme orale des bisphosphonates était contre-indiquée à cause de l'atteinte œsophagienne dans 14 cas.

## DISCUSSION

• La sclérodermie systémique s'associe souvent à une atteinte œsophagienne et digestive.  
• L'ostéoporose est une complication souvent rencontrée au cours de la sclérodermie systémique.  
• Elle est multifactorielle:  
• Corticothérapie  
• Faible IMC  
• Inflammation  
• Alitement

## CONCLUSION

La baisse de la masse osseuse est fréquente au cours de la sclérodermie systémique.

Le maintien d'un bon état nutritionnel et d'un IMC dans les limites de la normale permettrait de prévenir le risque de la baisse de la DMO.

# Ostéonécrose de la mâchoire sous acide zolédronique : à propos d'un cas

S Jradi ; L Souebni ; K Ben Abdelghani ; S Kassab ; S Chekili ; A Laater ; L Zakraoui  
Service de Rhumatologie – Hôpital Mongi Slim la Marsa

## INTRODUCTION :

L'ostéonécrose de la mâchoire (ONM) est une manifestation clinique rare. Les patients pris en charge par une thérapie anticancéreuse sont particulièrement exposés à l'ONM iatrogène. En effet, des agents cytotoxiques, la corticothérapie, mais aussi la radiothérapie font partie des étiologies possibles. Plus récemment, certains traitements comme les bisphosphonates ont été cités comme potentiellement responsables de cette atteinte. Nous rapportons un cas d'ONM potentiellement associée à la prise de bisphosphonates.

## OBSERVATION :

Il s'agit d'un patient âgé de 60 ans, sans antécédents pathologiques, qui a développé un adénocarcinome de la prostate score 8 de Gleason compliqué de métastases osseuses confirmées à la scintigraphie osseuse. Le patient a été mis sous hormonothérapie pour la localisation primitive et sous cures mensuelles de 4 mg d'acide zolédronique pour les métastases osseuses. Après 11 mois (soit après 9 cures d'acide zolédronique), ce même patient a développé une tuméfaction de la région sous maxillaire droite en rapport avec une ONM confirmée par un scanner de la région mandibulaire. Les cures d'acide zolédronique ont été initialement arrêtées puis repris après un suivi en milieu de chirurgie maxillo-faciale sous couverture antibiotique et soins dentaires appropriés sans extraction ni geste chirurgical. L'évolution était favorable sur le plan clinique et radiologique.

## DISCUSSION :

L'ONM, décrite pour la première fois en 2003, est une complication préoccupante des bisphosphonates prescrits à forte dose, par voie intraveineuse et de façon prolongée chez les patients ayant une affection néoplasique. La fréquence de cette complication grave est estimée entre 2,9 et 9,9% au cours des pathologies malignes. D'exceptionnelles observations d'ONM ont également été rapportées chez des patients traités par bisphosphonates par voie orale pour une ostéoporose ou une maladie de Paget. La survenue d'une ONM est associée au type de bisphosphonate utilisé, à la durée du traitement, intraveineux dans la très grande majorité des cas (94 %), avec une moyenne de 9 à 14 mois selon les études, aux antécédents de chirurgie ou d'infection dentaire, même si de nombreuses observations d'ONM spontanée ont également été rapportées, et à la maladie sous jacente avec un plus grand nombre de cas rapportés au myélome multiple que des cancers solides.

Le traitement préventif consiste en une mise en état bucco-dentaire quelques semaines avant le début du traitement par les bisphosphonates, la limitation de la durée du traitement, et une surveillance stomatologique régulière, au minimum annuelle.

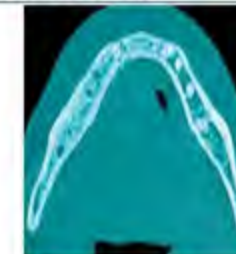
## CONCLUSION :

C'est dire l'importance de l'hygiène et des soins dentaires chez les patients traités au long cours par bisphosphonates.

Figure 1 : Rx panoramique = zone de résorption osseuse mandibulaire droite



Figure 2 : TDM = ostéite condensante mandibulaire droite



# Profil densitométrique au cours de la sclérodermie systémique

Slouma M, Ben Abdelghani K, Souabni L, Souissi MA, Kassab S, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slima La Marsa

## INTRODUCTION

• Les maladies systémiques peuvent, à des degrés variables, entraver le métabolisme osseux et exposer au risque d'ostéoporose.  
• Le but de notre étude était d'évaluer le statut minéral osseux chez des patients suivis pour sclérodermie systémique (SS) et de déterminer les facteurs de risque associés à la baisse de la densité minérale osseuse.

## MATERIELS ET METHODES

• Etude rétrospective sur une période de 15 ans [2000-2015], ayant inclus les patients suivis pour sclérodermie systémiques évoluant depuis au moins une année, et ayant bénéficié d'une mesure de la densité minérale osseuse au cours de leurs suivis. La masse osseuse était mesurée par absorptiométrie biphotonique aux rayons X au niveau du site lombaire et fémoral.  
• L'interprétation de la DMO a été basée sur la classification densitométrique de l'ostéoporose l'OMS établie en 1994.

## RESULTATS

• **18 patients** : 3 hommes et 15 femmes.  
• **L'âge moyen** : 55,88 ans  $\pm$  12,44 ans.  
• **L'âge de début de la SS** : 40,55  $\pm$  15,11 ans.  
• **La ménopause** a été notée dans 6 cas avec un âge moyen de 47,66 ans.  
• La durée d'évolution de la maladie: 15,33  $\pm$  7,43 ans.  
• **Indice de masse corporelle (IMC)** : 25,37  $\pm$  5,509 kg/m<sup>2</sup>.  
• **Antécédent personnel de fracture suite à un traumatisme minime**: un cas.  
• **Corticothérapie** : 12 cas avec une dose moyenne de 10.83 mg/j [5 ; 25].  
• **Moyenne de la DMO**: 0,904  $\pm$  0,153 g/cm<sup>2</sup> au rachis lombaire et de 0,853  $\pm$  0,182 g/cm<sup>2</sup> au site fémoral.  
• **T-score moyen** : -1,65  $\pm$  1,41 DS au site lombaire, de -1,68 + 1,32DS au site fémoral.  
• **Baisse de la densité osseuse**: 72.22 % (n=13) des patients: 16% (n=3) patients avaient une ostéopénie et 55 % avaient une ostéoporose (10 cas dont deux hommes).

### • Facteurs associés à la baisse de la DMO:

• l'âge (61,3 ans dans le groupe ostéoporose vs 47.57 ans),  
• la corticothérapie  
• l'existence d'un syndrome inflammatoire biologique  
• la durée d'évolution de la maladie (16,6 ans chez les patients ayant une baisse de la DMO et 13 ans chez les patients ayant une DMO normale) (p<0,05).

• Aucune association n'a été retrouvée entre l'ostéoporose et la ménopause.  
• **Corrélation positive** entre l'IMC et la DMO au niveau du site fémoral (r:0.546, p:0.019).

### • Traitement de l'ostéoporose :

• bisphosphonates dans 3 cas  
• ranélate de strontium dans 1 cas.  
• La forme orale des bisphosphonates était contre-indiquée à cause de l'atteinte œsophagienne dans 14 cas.

## DISCUSSION

• La sclérodermie systémique s'associe souvent à une atteinte œsophagienne et digestive.  
• L'ostéoporose est une complication souvent rencontrée au cours de la sclérodermie systémique.  
• Elle est multifactorielle:  
• Corticothérapie  
• Faible IMC  
• Inflammation  
• Alitement

## CONCLUSION

La baisse de la masse osseuse est fréquente au cours de la sclérodermie systémique.

Le maintien d'un bon état nutritionnel et d'un IMC dans les limites de la normale permettrait de prévenir le risque de la baisse de la DMO.

# Sclérodémie systémique masculine

Slouma M, Ben Abdelghani K, Souabni L, Souissi MA, Kassab S, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slima La Marsa

## INTRODUCTION

• La sclérodémie systémique est une connectivite caractérisée par la survenue de phénomènes de fibrose et d'oblitération vasculaire.  
• Plusieurs études se sont intéressées à déterminer les particularités de la sclérodémie systémique chez l'homme.  
• Le but de ce travail était de mieux caractériser les atteintes cliniques initiales et l'évolution de la sclérodémie systémique chez l'homme.

## MATERIELS ET METHODES

• **Etude rétrospective**  
• sur une période de 15 ans [2000-2015]  
• **critères d'inclusion:** les hommes suivis pour sclérodémie systémique répondant aux critères de Leroy.  
• **Les paramètres étudiés:**

- caractéristiques cliniques
- caractéristiques biologique
- caractéristiques radiologiques
- la prise en charge de chaque patient

## RESULTATS

• Sur 28 cas de sclérodémie systémique, 3 patients de sexe masculin ont été colligés.  
• **Le sex-ratio** était de 1:10  
• **L'âge moyen:**  $56,33 \pm 7,50$  ans.  
• **L'âge de début de la maladie :**  $43,66 \pm 8,50$  ans.  
• **Le syndrome d'Erasmus** une sclérodémie systémique et une exposition à la silice a été retrouvé dans un cas.  
• **Un syndrome de chevauchement** associant une sclérose systémique et une myopathie inflammatoire a été constaté dans 1 cas.  
• **Les manifestations cliniques** sont représentées par la figure 1.  
• La moyenne du **score de Rodnan** : 24  
• **Un syndrome inflammatoire biologique** a été retrouvé dans tous les cas.  
• **Un syndrome restrictif** a été retrouvé dans 2 cas.  
• **Les anticorps anti-Scl 70** étaient identifiés dans 2 cas.  
• **La manométrie a révélé :** une hypotonie sphincter inférieur de l'œsophage associé à un apéristaltisme des 2/3 inférieur de l'œsophage (2cas).  
• **La fibroscopie digestive** a montré des télangiectasies du bas œsophage (1 cas), une antropathie congestive (2 cas), une oesophagite peptique (3 cas).  
• **Les radiographies standards** avaient montré : une calcinose (2 cas), une acro-ostéolyse longitudinale (2 cas).  
• **Une ostéoporose** a été notée dans 2 cas.

• **Une hypertension pulmonaire** a été notée dans 2 cas.  
• **Le scanner thoracique** a révélé une pneumopathie organisée dans un cas, une fibrose pulmonaire dans 1 cas et des signes caractéristiques de la silicose pulmonaire associés à un aspect en verre dépoli dans 1 cas.  
• **L'atteinte pulmonaire** était sévère ayant nécessité le recours à la **cyclophosphamide** dans 1 cas.  
• **Les ulcérations digitales** et le syndrome de Raynaud étaient invalidantes dans un cas ayant justifié le recours à l'**Iloprost**.

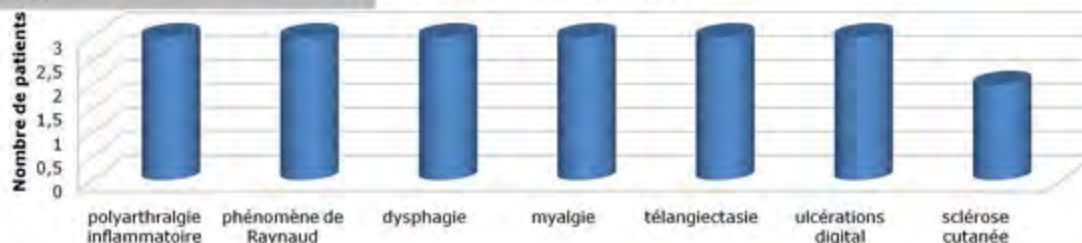
## DISCUSSION

• **La sclérodémie systémique est une affection multisystémique avec une prédominance féminine nette.**  
• **Le sex-ratio varie selon les séries entre trois à huit femmes pour un homme.**

## CONCLUSION

• **La sclérodémie masculine semble être sévère à cause de la fréquence des atteintes pulmonaires.**  
• **Chez l'homme, l'existence d'un facteur déclenchant environnemental souvent professionnel est souvent rapporté.**

Manifestations cliniques



# Profil étiologique des uvéites en Rhumatologie

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

## Introduction :

L'uvéite est une inflammation oculaire touchant le tractus uvéal pouvant être uni ou bilatérale, antérieure et/ou postérieure. C'est l'une des principales manifestations ophtalmologiques rencontrées en milieu rhumatologique du fait de sa survenue lors des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Le but de notre étude était d'en préciser les différentes étiologies diagnostiquées dans un service de rhumatologie.

## Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur les cas d'uvéites colligés entre 1998 et 2015. Les données épidémiologiques, cliniques et paracliniques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.

## Résultats:

Il s'agit de 20 patients : 12 hommes et 8 femmes. L'âge moyen était de 48,33 ans [18-67]. L'âge de début du RIC était de 33,3 ans [6-64]. L'âge moyen d'apparition de l'uvéite était de 39,2 ans [12-64]. Il s'agissait d'une uvéite antérieure dans 14 cas et d'une panuvéite dans 6 cas. L'atteinte oculaire était unilatérale dans 9 cas et bilatérale dans 11 cas. Les récurrences ont été retrouvées chez 9 patients. Une vascularite rétinienne était associée dans deux cas et une névrite optique dans un autre. Les spondyloarthrites (SpA) représentaient l'étiologie la plus fréquente avec 7 cas (35%) dont 6 spondyloarthrites ankylosantes et un rhumatisme des entérocolopathies dans un cas. L'examen ophtalmologique objectivait une panuvéite chez ce dernier et une uvéite antérieure pour les autres patients. L'apparition de l'uvéite survenait en moyenne 13 ans après le début de la SpA chez 7 patients et le précédait de 4 ans dans un cas. Cette atteinte était compliquée de synéchies iridocristalliniennes dans un cas et d'une cataracte et d'un glaucome dans un autre. L'uvéite était en rapport avec une maladie de Behçet chez 6 patients (30%). Il s'agissait d'une panuvéite dans deux cas et d'une uvéite antérieure dans quatre cas. L'atteinte ophtalmologique était concomitante au diagnostic chez 4 patients et le précédait chez un autre. Les autres étiologies étaient une arthrite juvénile idiopathique (AJI) dans deux cas et un rhumatisme inclassable dans 4 cas. L'uvéite a été considérée comme effet paradoxal des anti-TNF alpha (influximab) chez 4 patients.

## Conclusion :

Conformément aux données de la littérature, les spondyloarthrites et la maladie de Behçet sont les RIC les plus pourvoyeurs d'uvéites dans notre étude. Elles sont fréquemment concomitantes au diagnostic lors du Behçet alors qu'elles surviennent le plus souvent lors de l'évolution au cours des SpA. Cette affection doit être systématiquement recherchée du fait de la gravité du pronostic fonctionnel.

# Atteinte pulmonaire au cours de la sclérodermie systémique

Souissi MA, Ben Abdelghani K, Kassab S, Chammakhi M, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L

## Introduction :

L'atteinte pulmonaire au cours des maladies systémiques, et notamment de la sclérodermie systémique, est très fréquente, dominée par les pneumopathies interstitielles.

Le but de notre étude était d'en préciser les différentes caractéristiques cliniques et paracliniques lors de la sclérodermie systémique (SS).

## Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur les dossiers de sclérodermie systémique colligés entre 2000 et 2015. Les données suivantes ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : signes cliniques et résultats des différentes explorations radiologiques, tomodensitométriques (TDM), fonctionnelles respiratoires (EFR) et échocardiographiques (ETT).

## Résultats:

Il s'agit de 28 patients : 3 hommes et 25 femmes, dont 16 (58%) ont présenté une atteinte pulmonaire au cours de la SS. L'âge moyen était de 57,07 ans + 12,03 ans. L'âge de début de la SS était de 41,82 + 13,01 ans. Le tabagisme a été noté dans deux cas. Une dyspnée d'effort d'installation progressive était notée dans 14 cas (50%) et une toux sèche dans 7 cas (25%). Un pyrosis était rapporté chez 5 patients et associé à des manifestations pulmonaires dans 4 cas (14,2%). Les EFR ont été réalisées chez 21 patients et ont révélé un syndrome restrictif dans 9 cas (42,8%), associé à une diminution de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone (DLCO) dans 2 cas, un trouble ventilatoire mixte dans 3 cas (14,2%). Douze patients ont été explorés par une TDM thoracique, révélant une atteinte du parenchyme pulmonaire dans 11 cas. L'atteinte la plus fréquente était la pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) caractérisée par des lésions en verre dépoli, rencontrée dans 8 cas (66,6%). Ailleurs, la TDM a révélé des lésions en rayon de miel correspondant à une pneumopathie interstitielle commune (UIP) (2 cas) et une pneumopathie organisée (COP) caractérisée par des condensations sous-pleurales (un cas). Des micronodules sous-pleuraux ont été objectivés dans un cas permettant le diagnostic d'une silicose pulmonaire associée à une SS. L'ETT, pratiquée chez 23 patients, a trouvé une hypertension artérielle pulmonaire (HTAP) chez 7 patients (30,4%), minime dans un cas, modérée dans 5 cas et sévère dans un cas. Trois patients ont été traités par des cures de cyclophosphamide avec amélioration de la symptomatologie respiratoire dans 2 cas et une stabilisation des signes cliniques dans l'autre. Deux patients porteurs d'une HTAP ont bénéficié d'un traitement par bosentan et iloprost chacun dans un cas, avec stabilisation de l'HTAP.

## Conclusion :

D'après notre travail, l'atteinte pulmonaire dans la SS est fréquente, une fréquence cependant moindre que celle décrite dans la littérature (58% contre 70-100%). Elle est accompagnée d'un retentissement fonctionnel respiratoire dans la moitié des cas environ, pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital. Les lésions parenchymateuses pulmonaires sont dominées dans notre étude par la pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) avec une fréquence supérieure à celle décrite dans la littérature (67% contre 40-60%). Une surveillance régulière par ETT à la recherche d'une HTAP est primordiale afin d'instaurer rapidement un traitement vasodilatateur.



# Complications de la maladie de Paget

**Souissi MA, Ben Abdelghani K, Kassab S, Slouma M, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L**

## **Introduction :**

La maladie osseuse de Paget est une dystrophie osseuse focalisée liée à une stimulation du remodelage osseux, pouvant être monostotique ou pluri-ostotique. La diversité des localisations pagétiques explique la grande variété des complications pouvant survenir lors de cette affection. Le but de notre étude était de relever les principales complications au cours de la maladie de Paget.

## **Matériels et méthodes :**

Etude rétrospective portant sur les dossiers des patients souffrant de maladie osseuse de Paget colligés entre 2002 et 2015. Les données suivantes ont été recueillies: signes cliniques et résultats des différentes explorations radiologiques.

## **Résultats:**

Il s'agit de 23 patients : 12 hommes et 11 femmes. L'âge moyen était de 74,9 ans + 9,43 ans. L'âge de début de la maladie était de 60,63 + 10,41 ans. Des complications ont été observées chez 17 patients. Neuf complications (52,9%) étaient révélatrices de la maladie et une dixième était présente lors du diagnostic. Les complications osseuses prédominaient avec une fissure osseuse au col fémoral dans un cas et des fractures dans 7 cas (41,1%). Il s'agissait de fractures vertébrales chez 6 patients (lombaires et T7) et malléolaire externe chez un autre. Concernant les complications articulaires, la coxopathie pagétique était la plus fréquente, trouvée chez 11 patients (64,7%) dont une atteinte bilatérale dans un cas avec un indice algofonctionnel à 10. Deux localisations plus rares ont été notées : l'épaule et le genou, chacune dans un cas. Les complications neurosensorielles étaient recensées chez 8 patients (47%). L'hypoacousie a été objectivée dans 5 cas dont une atteinte bilatérale. Une compression médullaire était notée dans un cas et celle des racines de la queue de cheval dans un autre. Des céphalées, une paralysie faciale périphérique unilatérale et des névralgies intercostales ont été objectivées chez un patient. Enfin, un cas de dégénérescence sarcomateuse de siège ischiatique a été noté. Aucun cas d'accident ischémique par vol vasculaire n'a été observé.

## **Conclusion :**

Conformément aux données de la littérature, notre étude a confirmé la prédominance des complications ostéoarticulaires lors de la maladie de Paget mettant en jeu le pronostic fonctionnel. Cependant, la recherche des complications neurosensorielles et des signes de dégénérescence, certes plus rares, ne doit pas être omise en raison de leur gravité. Devant la fréquence élevée de ces complications lors du diagnostic, un bilan radiologique à minima chez un sujet âgé consultant pour des douleurs même peu intenses pourraient s'avérer essentiel pour un diagnostic plus précoce.

# Effacité du Rituximab au cours du Lupus Erythémateux systémique. A propos de trois cas

Dr. L. Metoui, S. Jemmali, Dr. N. Boussetta, W. Boughanmi, Dr. R. Abid, Dr. F. Agili, Dr. B. Louzir, Dr. I. Gharsallah, Dr. S. Othmani

Service de médecine interne, hôpital militaire principal d'instruction de Tunis

## Introduction

Le lupus érythémateux systémique est une affection chronique menaçant le pronostic vital et nécessitant le recours à de fortes doses de corticoïdes et d'immunosuppresseurs qui ont une toxicité cumulative et peuvent s'avérer inefficaces dans certains cas. Le recours à des thérapeutiques plus ciblées était parfois nécessaire, en l'occurrence les biothérapies.

## Matériels et méthodes

Etudier les principales indications des biothérapies au cours du lupus, et le profil évolutif après mise en route de ces thérapeutiques

## Résultats

Trois patients atteints de lupus (LES) selon les critères de l'ACR étaient traités par biothérapie. La 1ère patiente âgée de 23ans, elle avait un LES hématologique et rénale avec un syndrome néphrotique et une glomérulonéphrite type IV. Le SLEDAI initial était à 15. Elle a eu un traitement usuel (corticoïdes, cyclophosphamide et MMF), Cependant elle a présenté une insuffisance rénale avec persistance du syndrome néphrotique et de la lymphothrombopénie. Elle a reçu 1 cure de Rituximab (RTX) avec disparition de l'insuffisance rénale et du syndrome néphrotique deux mois après la dernière perfusion, avec une amélioration hématologique. Le SLEDAI à 6mois était à 2. La 2ème patiente âgée de 43ans, avait un LES articulaire et hématologique avec des anticorps anti plaquettes. Le SLEDAI initial était à 12. Elle a eu des boli de corticoïdes et une cure d'immunoglobulines et des boli de cyclophosphamide. Devant la récurrence de la pancytopenie avec thrombopénie à 5000 et un syndrome hémorragique dès la dégression de la corticothérapie, elle a été mise sous RTX. L'évolution a été marquée par l'amélioration de la symptomatologie articulaire et une augmentation du taux des plaquettes à 70000 après la 2ème perfusion persistant à 6 mois d'évolution. Le 3ème patient âgé de 22ans, ayant un lupus articulaire, hématologique (anémie hémolytique auto-immune) et cardiaque (péricardite). Il a reçu des boli de corticoïdes avec des cures de Cyclophosphamide. L'évolution initiale était favorable mais après 2 mois, il a présenté un syndrome hémolytique et urémique avec un pic hypertensif, un OAP et un état de mal convulsif en rapport avec une glomérulonéphrite grade IV nécessitant son hospitalisation en réanimation avec l'apparition d'une orchépididymite récidivante et d'une pleurésie bilatérale (SLEDAI:11). L'évolution était favorable après une cure de RTX (SLEDAI:4). Par ailleurs, la diminution moyenne de la corticothérapie était de 15mg/j pour les 3 patients après traitement par RTX.

## Conclusion

Le pronostic vital du lupus peut être considérablement amélioré par les anti-CD20. Toutefois c'est une molécule qui est encore dans la phase initiale de son développement clinique au cours du Lupus.

# Etude de la pertinence des motifs référents en consultation de rhumatologie :

## Etude monocentrique de la région du Cap-Bon Tunisien

H Sahli\*, I Cherif, R Tekaya, R Amri\*, I Mahmoud, O Saidane, L Abdelmoula, R Zouari

Service de Rhumatologie – EPS Charles Nicolle -Tunis

Service de Medecine Interne – Hôpital Mohamed Taher Maamouri -Nabeul

### INTRODUCTION :

Le motif référent figurant sur la lettre de liaison des patients en consultation de rhumatologie est un élément primordial pouvant conditionner le degré d'urgence de la prise en charge des patients.

➤ Objectif de notre étude était d'analyser la pertinence des motifs référents en consultation de rhumatologie de la région du Cap-Bon Tunisien.

### PATIENTS ET METHODES :

- ✓ Etude transversale analysant 151 lettres de liaison parvenues à la consultation de Rhumatologie de 2<sup>ème</sup> ligne sur une période de 3 mois.
- ✓ Les motifs référents ont été relevés puis analysés.
- ✓ La pertinence de ces motifs a été étudiée après avoir relevé à l'interrogatoire le motif réel de consultation.

### RESULTATS :

**N**=151 lettres de liaison.

#### **Médecin référent (Graphique):**

- ❖ Quatre vingt neuf (59%) adressées par un médecin généralistes
- ❖ Soixante deux (41%) parvenues d'un médecin spécialiste.



#### **Motifs référents les plus fréquents:**

gonalgie: n= 26, lombalgie: n=17.

#### **Degré de concordance entre le motif récurrent et le motif réel:**

Le motif référent était concordant avec le motif réel de consultation dans 64 cas (42,4%), incomplet dans 34 cas (22,5%) et incorrect dans 52 cas (34,4%).

#### **Etude analytique (Tableau):**

Corrélation significative entre le grade du médecin référent (MSP) et la pertinence du motif référent ( $p=0,018$ ). Cependant, la spécialisation, le type de spécialité, le secteur d'origine, l'hôpital d'origine du médecin référent n'avaient pas d'influence sur le degré de pertinence du motif référent (tableau).

	P
Grade	$p=0,018$
Spécialité	$p=0,110$
Spécialiste/ Généraliste	$p=0,615$
Type de l'hôpital	$p=0,901$
Secteur privé	$p=0,496$

### DISCUSSION :

Notre étude a montré que dans plus de la moitié des cas, le motif référent rédigé par le médecin de première ligne était incomplet ou incohérent. Ce dernier serait plus pertinent s'il a été rédigé par un médecin spécialiste. Dans la littérature, peu d'études se sont intéressées à l'étude des moyens de communication entre médecin de première ligne et médecin hospitaliers. Par exemple, dans une étude récente menée par Jiwa et al, les auteurs ont étudié l'impact des conclusions de sortie sur la prise en charge ultérieures des malades par le médecin généraliste [1].

### CONCLUSION :

D'après notre étude, le motif référent dépend du grade du médecin référent et serait plus pertinent s'il est rédigé par un médecin spécialiste de santé publique.

# Dysplasie polyépiphysaire dans sa forme pseudo-rhumatoïde: à propos de 2 cas

Slouma M, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L.  
Service de Rhumatologie, hôpital Charles Nicolle

## INTRODUCTION

• La dysplasie polyépiphysaire est un groupe de maladies osseuses hétérogène d'expressivité variable. Elle est caractérisée par une atteinte des épiphyses responsable de douleurs articulaires précoces. Elle représente un motif de consultation rare en Rhumatologie.

## OBSERVATIONS

• Patient âgé de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables hormis un retard de l'acquisition de la marche (3 ans), qui consultait pour une polyarthralgie mécanique des coudes, chevilles et épaules associé à une boiterie à la marche. Sa symptomatologie évoluait depuis l'âge de 5 ans.

• L'examen avait montré une taille à 1,75m, un flessum irréductible des coudes à 90°, des pieds creux, une limitation de la mobilité des hanches et des épaules.

• Les bilans inflammatoire et immunologique étaient négatifs.

• Les radiographies avaient montré une coxa plana avec coxarthrose secondaire, une dysplasie des têtes humérales avec omarthrose secondaire et une arthrose tibioastragaliennne et un aplatissement des têtes des métacarpes et de métatarses.

• Le diagnostic de dysplasie polyépiphysaire dans sa forme pseudorhumatoïde a été retenu.

• Une rééducation fonctionnelle a été instaurée et un traitement chirurgical a été programmé.

## DISCUSSION

• Les dysplasies polyépiphysaires sont habituellement découvertes durant les premières années de vie.

• C'est une pathologie hétérogène caractérisée par une atteinte des épiphyses.

• Elle fait le lit de remaniements dégénératifs précoces des hanches et des genoux responsables souvent d'un retentissement fonctionnel important.

• Son diagnostic se base sur l'examen radiologique.

• Son traitement est basé essentiellement sur la kinésithérapie et chirurgie.

## MATERIELS ET METHODES

• Nous rapportons deux nouveaux cas de dysplasie polyépiphysaire dans sa forme pseudorhumatoïde.

• Nous soulignons les principales caractéristiques cliniques et radiologiques de cette maladie.

• Patient âgé de 46 ans, aux antécédents de maladie mitrale, qui consultait pour des arthralgies mécaniques touchant des coudes, chevilles, poignet et les métacarpophalangiennes. Sa symptomatologie évoluait depuis l'âge de 6 ans pour laquelle il n'avait jamais consulté.

• L'examen avait montré une taille normale, une déformation des doigts en maillet, une tuméfaction indolore des poignets, un flessum des coudes à 5° et une limitation de la mobilité des hanches.

• Les bilans inflammatoire et immunologique étaient sans particularités.

• Les radiographies avaient montré une coxa vara avec arthrose bilatérale, une dysplasie des phalanges, une gonarthrose bilatérale, une bradymétacarpie.

• Le diagnostic de dysplasie polyépiphysaire dans sa forme pseudorhumatoïde a été porté. Un traitement symptomatique a été prescrit.

## CONCLUSION

• Les dysplasies polyépiphysaires est une pathologie rare qui mérite d'être connue.

• L'existence de déformation articulaire peut prêter à confusion avec les rhumatismes inflammatoires chroniques notamment la polyarthrite rhumatoïde.

# Intérêt des différents moyens diagnostiques pour la recherche du cancer primitif devant une métastase osseuse

F.Essafi; I.Abelkafi; S.Boussaid; S.Rekik; I.Cheour; H.Sehli; M.El Euch  
service de Rhumatologie, Hopital la Rabta

**Introduction :** La découverte de métastase osseuse peut avoir une issue fatale. La médiane de survie est de cinq mois tout cancer confondu. Certains cancers, même au stade de métastase, ont des possibilités thérapeutiques intéressantes. On cite : les cancers hormonodépendants, les cancers thyroïdiens, les neuroblastomes, les tumeurs germinales, les cancers du côlon...

**Objectif :** identifier les éléments paracliniques permettant de trouver le cancer primitif.

**Matériel et Méthodes :** étude rétrospective portant sur 35 dossiers de patients qui ont été hospitalisés au service de rhumatologie. Tous les patients ont eu un interrogatoire et un examen clinique. Un complément radiologique, des biopsies osseuses ou d'autres sièges, une scintigraphie osseuse et des marqueurs tumoraux ont été effectués au cas par cas.

**Résultat :** 35 patients

Age moyen ( an )	61
Sexe -ratio	25\10
antécédents de néoplasies connus	7 cas

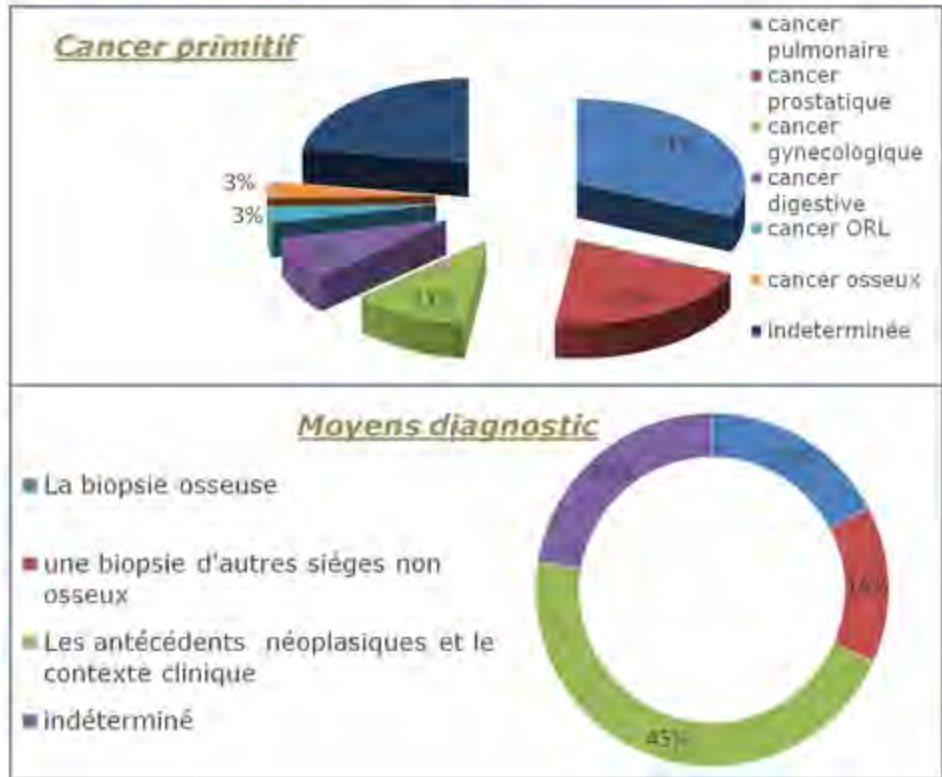
La valeur localisatrice des marqueurs tumoraux apparaît relativement faible hormis le PSA.

La scintigraphie osseuse a été réalisée dans 7 cas et a montré dans tous les cas une hyperfixation diffuse ou localisée.

Une ou plusieurs biopsies osseuses ont été réalisées dans 8 cas. Deux biopsies ont été nécessaires dans 1 cas.

- 6 biopsies vertébrales (scannoguidée)
- 2 biopsies du bassin

## Anatomopathologie des biopsies osseuses



**Discussion :** On ne retrouve pas dans la littérature d'étude de rentabilité des biopsies osseuses dans le cadre de métastases inaugurales. Toutefois, certains auteurs ont publié des résultats portant sur la rentabilité des biopsies osseuses des tumeurs osseuses qu'elles soient primitives ou métastatiques. Ozerdemoglu, et al, sur 25 biopsies osseuses dans la région sacrococcygienne, ont rapporté qu'ils obtenaient dans 81 % des cas le diagnostic du cancer primitif. De même, en 2003, Preteseille, et al. ont effectué une étude portant sur 91 biopsies au trocard chez des patients présentant des tumeurs osseuses. La sensibilité de cette méthode est de 92,3 % pour une spécificité de 97,4 %. Euler Ziegler a montré l'intérêt des marqueurs tumoraux dans une étude sur 20 patients, avec un dosage systématique de l'ACE, l'alphafœtoprotéine, les phosphatases acides prostatiques, le PSA, le SCC, le CA 19-9, le CA 15-3 et le CA 125. Elle souligne ainsi que 70 % des métastases osseuses inaugurales expriment un marqueur cible correspondant au cancer primitif. Selon la littérature, l'origine des cancers primitifs de ces métastases inaugurales retrouvée est toujours prostate, sein, rein, poumon et thyroïde, qui à eux cinq représentent entre 80 et 96 % des cancers primitifs.

# Profil densitométrique des spondyloarthrites compliquées de coxite

Mahmoud I.1, Maatallah k.1, Saidane O.1, Rekik S.2, Eleuch .2, Tekaya R.1, Abdelmoulah L.1

(1) Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole

(2) Service de rhumatologie la Rabta

## Introduction

- Les spondyloarthrites forment un ensemble hétérogène de rhumatisme inflammatoire chronique qui touche surtout les sujets jeunes de sexe masculin.
- L'ostéoporose associée à cette affection est d'origine multifactorielle, favorisée en partie par l'ankylose.
- Le but de notre travail est de rechercher une ostéopathie raréfiante associée aux spondyloarthrites compliquées de coxite

## Méthodes

- Etude transversale portant sur des patients souffrant de Spondyloarthrites (critères ASAS2009) et compliquée de coxite clinique et radiographique.
- Les patients opérés pour PTH bilatérales et ceux ne disposant pas d'une DMO n'ont pas été inclus.
- L'activité de la maladie a été appréciée par le Bath ankylosing spondylitis disease activity index scores (BASDAI)
- Le Bath Ankylosing spondylitis functional index (BASFI) et l'indice algo fonctionnel (IAF) étaient utilisés pour évaluer le retentissement fonctionnel de la maladie.
- Ont été recueillis : La vitesse de sédimentation (VS) et la C Reactive Protein (CRP), les données du bilan radiologique (rachis lombaire, bassin) pour évaluer la sévérité de l'atteinte radiologique et les données de la DMO (par absorptiométrie biphotonique à rayons X).
- Ont été exclus de cette étude, les patients ayant une pathologie ou recevant un traitement ayant une influence sur le métabolisme osseux

## Résultats

Parmi les 84 dossiers étudiés 43 patients ont été inclus, dont 37 hommes, l'âge moyen était de 42 ans [21 ans, 71 ans]. Le tableau 1 résume les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques du groupe d'étude. Selon la classification de L'OMS de l'ostéoporose, une perte osseuse à type d'ostéoporose ou d'ostéopénie a été notée chez 30 patients soit 69% des cas. Il s'agit de 15 cas d'ostéoporose et de 15 cas d'ostéopénie.

Le T score moyen au site vertébral était de -2,8 DS[1,-4,3] et -2,2 DS[1.6,-3.2] au site fémoral. L'ostéoporose a été observée au site fémoral chez 6 patients (13%) et au site lombaire chez 13 malades (30%). L'ostéopénie a été observée au rachis lombaire chez 18 patients et au site fémoral chez 20 malades

Tableau 1: Caractéristique cliniques, biologiques et radiologiques des spondyloarthrites compliquées de coxite

Nombre de patients	43
Âge moyen (ans)	42[21-71]
Âge de début de la maladie(ans)	26[6-49]
Délai diagnostic (ans)	6
HLA B27(+)	35%
Coxite bilatérale	35
BASDAI moyen	5,4
BASFI moyen	5,6
IAF moyen	12,6
Vs moyenne	48
CRP moyennes	37
BASRI rachis lombaire moyen	1,3
Score mSASS moyen du rachis	7

## Discussion

L'ostéoporose est une complication fréquente au cours des spondylarthrites sa prévalence est estimée à 31,7%, ce qui rejoint les données de notre étude. Elle atteint surtout les patients ayant une spondyloarthrite sévère.

## Conclusion

Ainsi notre travail confirme que la perte osseuse est fréquente chez les patients atteints de spondyloarthrites et qu'elles touchent surtout l'os trabéculaire.

[1]Ghozlani.Revue du rhumatisme 2007;74:1162

[2] Alaya Z.Thèse médecine,Tunis2011

# Quelle corrélation entre les scores d'activité au cours des spondyloarthrites

Chammakhi.M;Ben Abdelghani.K;Kassab.Selma;Slouma.M;Chkili.S;Laatar.A;Zakraoui.L

## Introduction:

L'évaluation périodique de l'activité de la spondyloarthrite est nécessaire afin d'apprécier la réponse aux traitements institués, et le degré de gêne ressentie par le patient. Pour cela, différents scores ont été établis. Le but de ce travail est de comparer ces scores : BASDAI, ASDAS-VS et ASDAS-CRP.

## Matériels et méthodes:

Etude prospective monocentrique réalisée dans le service de rhumatologie Mongi Slim Tunis, colligeant 25 cas. On a calculé pour tous les patients les scores : BASDAI, ASDAS-VS et ASDAS-CRP. Le coefficient de corrélation de Person a été calculé pour identifier la relation entre ces 3 scores.

## Résultats:

Il s'agit de 25 patients: 18 hommes et 7 femmes.

L'âge moyen: 44,7 ans  $\pm$ 14,3 ans.

Les patients étaient suivis pour une spondyloarthrite ankylosante dans 13 cas, pour un rhumatisme des entérocolopathies dans 6 cas et pour un rhumatisme psoriasique dans 6 cas.

Un traitement par une biothérapie était instituée dans 17 cas.

Le niveau d'activité moyen des 3 scores évalués ainsi que la corrélation entre les valeurs est représenté dans le tableau1.

Un niveau élevé d'activité de la maladie ( $>2,1$ ) était indiqué par le score ASDAS-VS dans 16 cas (64%), par le score ASDAS-CRP dans 14 cas (56%) et était concordant avec un BASDAI ( $>4$ ) chez 12 (75%) et 10 (71%) patients respectivement

	BASDAI	ASDAS-VS	ASDAS-CRP
Score d'activité	3,7 $\pm$ 2,08	2,57 $\pm$ 0,87	2,59 $\pm$ 0,89
Corrélation BASDAI		r= 0,65 p= 0.00	r= 0,59 p= 0,003

## Conclusion:

Le score ASDAS se révèle être l'outil à adopter pour l'évaluation du niveau d'activité des spondyloarthrites axiales puisqu'il existe des niveaux d'activité prédéfini.

# La spondyloarthrite : Niveau de connaissance des patients sur leur maladie

Chammakhi.M; Ben Abdelghani.K; Kassab.Selma; Souissi.MA; Chkili.S; Laatar.A; Zakraoui.L

## Introduction

Au cours des spondyloarthrites, une collaboration médecin-malade est nécessaire afin de donner au rhumatisant toutes les chances de mener une vie quasi-normale. La connaissance de sa maladie dans ses différents aspects est le meilleur garant de rendre cet ennemi pesant un compagnon anodin au long cours. Objectif : Evaluer le niveau de connaissance de patients suivis pour une spondyloarthrite au sujet de leur maladie.

## Matériels et méthodes

Un groupe de 15 patients a été interrogé sur la question de spondyloarthrite : le niveau d'instruction, la source d'information sur la maladie, les atteintes possibles au cours de la spondyloarthrite (axiale, périphérique, extra-articulaire), les effets secondaires des AINS, les complications possibles, les vaccinations, l'effet du tabac.

## Résultats

Il s'agit de 15 patients: 13 hommes et 2 femmes.

L'âge moyen: 44.86 ans [30-68].

La spondyloarthrite: ankylosante dans 7 cas,  
rhumatisme des entérocolopathies dans 6 cas  
rhumatisme psoriasique dans 2 cas.

Le niveau d'instruction variable : primaire dans 4 cas  
secondaire dans 6 cas  
universitaire dans 5 cas.

Les patients s'informaient de leur maladie auprès de leur médecin traitant dans 100% des cas.

Autres moyens d'information: articles médicaux 4 cas  
web dans 4 cas.

La possibilité d'atteinte: axiale reconnue par 13 patients  
périphérique reconnue par 12 patients  
extra-articulaire (rénale, pulmonaire, oculaire, cardiaque) reconnue par 7 patients.

La crainte de complications à type de déformations handicapantes était rapportée par 13 patients et d'iatrogénie par 4 patients.

Les effets secondaires reconnus des AINS: une toxicité gastrique dans 11 cas  
cardiovasculaire dans 3 cas  
rénale dans 2 cas.

Le tabac était reconnu comme facteur aggravant chez 9 patients.

La vaccination contre la grippe et le pneumocoque n'était faite que par 2 patients.

## Conclusion

Impliquer les patients dans la prise en charge de leur spondyloarthrite en leur expliquant les particularités de leur rhumatisme et en les incitant à appliquer les règles d'hygiène de vie (éviction tabac, vaccination, sport...) permettrait une meilleure maîtrise de la maladie



# Atteintes extra-articulaires et spondyloarthrites compliquées de coxites

Maatallah K, Mahmoud I, Saidane O, Sahli H, Tekaya R, Abdelmoula L  
Service de rhumatologie Hôpital Charles Nicole

## Introduction

- La coxite est une complication redoutable au cours des spondyloarthrites qui assombri le pronostic fonctionnel des patients.
- Le but de notre étude était d'étudier les manifestations extra articulaires chez les patients atteints de spondyloarthrites compliquées de coxite.

## Méthodes

- Etude transversale de dossiers de patients atteints de spondylarthrites et compliquées de coxite (Critères ASAS 2009).
- Les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques des patients ont été recueillies
- Les manifestations extra-articulaires de la maladie ont été recherchées et comparées à celles de patients atteints de spondyloarthrite sans coxite

## Résultats

95 patients atteints de coxite ont été inclus. l'âge moyen était de 42 ans [21-71] (81Hommes).Le tableau 1 résume les caractéristiques cliniques et biologiques des patients. Un traitement par anti TNF alpha était prescrit chez 48 patients (infliximab 48%, Adalimumab 14% et Etanercept 36%), 27 patients recevaient un csDMARDs et 46 des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Une atteinte extra-articulaire était notée chez 59 patients (62% des cas). Les différentes atteintes retrouvées ont été détaillées dans la figure1.Le groupe de patients atteints de spondyloarthrite sans coxite était âgé en moyenne de 40 ans[16-74ans] , Les manifestations extra-articulaires étaient présentes dans 55% des cas

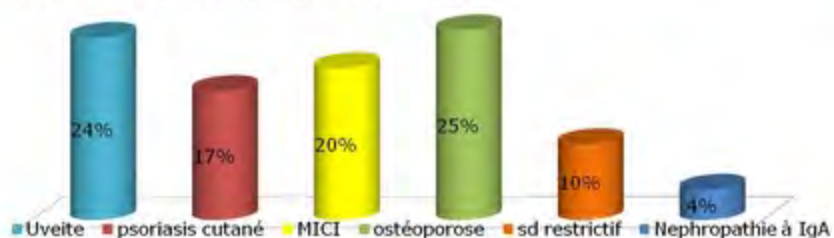


Figure 1: Les manifestations extra-articulaires au cours des spondyloarthrites compliquées de coxite

Tableau 1: Les caractéristiques cliniques et biologiques des patients atteints de spondyloarthrites compliquées de coxite

Nombre de patients	95
Âge moyen (ans)	42[21-71]
Âge de début de la maladie(ans)	26[6-54]
HLA B27(+)	50%
Coxite bilatérale	78
BASDAI moyen	3,6
BASFI moyen	4
IAF moyen	12,6[6-24]
Vs moyenne	47
CRP moyenne	33

## Discussion

Les manifestations extra-articulaires sont très variables en terme de fréquence et de sévérité. Les atteintes habituellement rencontrées sont l'uvéite, l'atteinte osseuse, intestinale, pulmonaire, cardiaque et rénale. Dans notre étude les atteintes osseuses et oculaires étaient les complications les plus fréquemment retrouvées. L'association entre uvéite et coxite est diversement appréciée par les différents auteurs[1], dans notre étude il n'y avait pas de différence entre les patients avec et sans coxite

## Conclusion

Les spondyloarthrites peuvent être responsables de manifestations extra-articulaires qui doivent être systématiquement recherchées surtout chez les patients présentant des facteurs de mauvais pronostics

# Aspect radiologique de la maladie de Paget : à propos de 21 cas

Chammakhi.M; Ben Abdelghani.K; Kassab.Selma; Souissi.MA; Chkili.S; Laatar.A; Zakraoui.L

## Introduction:

La maladie de Paget est une ostéopathie condensante dont le diagnostic radiologique peut prêter à confusion avec les métastases osseuses condensantes, de pronostic plus sévère. Il est primordial de connaître les aspects typiques de l'os pagétique sur les radiographies standards, en cas de doute le recours à une imagerie plus fine s'impose. Les caractéristiques cliniques et radiologiques d'un groupe de malades atteints d'une maladie de Paget ont été relevées au cours de cette étude.

## Matériels et méthodes:

Etude rétrospective portant sur 21 patients atteints d'une maladie de Paget hospitalisés dans le service de rhumatologie Mongi Slim Tunis sur une période de 13 ans [1998-2011]. Ont été recueillis à partir des dossiers médicaux, les anomalies cliniques et les résultats des différentes explorations radiologiques pratiquées

## Résultats:

Il s'agit de 21 patients: 11 hommes et 10 femmes.

L'âge moyen:  $74,7 \pm 9,1$  ans.

L'âge de début de la maladie:  $60,1 \pm 10,07$  ans.

La maladie de Paget était symptomatique dans 20 cas:  
rachialgies (11 cas)/douleurs inguinales (5 cas)/troubles de l'équilibre (2 cas).

La forme monostotique (5 cas):

atteinte d'un hémibassin (4 cas)/une vertèbre (1 cas).

Les signes radiologiques:

hypertrophie osseuse (15 cas), épaissement des corticales (12 cas), dédifférenciation cortico-médullaire (9 cas).

Une atteinte des vertèbres: 10 cas avec des images d'hypertrophie et de condensation (vertèbre en cadre, vertèbre ivoire).

L'aspect ouaté de l'os : 10 cas, au niveau du crâne et de l'os iliaque.

Coxopathie pagétique: 7 cas/ arthropathie du genou: 1 cas/ arthropathie de l'épaule: 1 cas.

La scintigraphie osseuse: images d'hyperfixation chez 11 patients.

Le recours à la TDM (3 cas) : 1. vertiges → TDM cérébrale → atteinte pagétique du crâne (circonstance de découverte), 2. lombalgies chroniques → TDM lombaire → des signes de lombarthrose non expliquée par la scintigraphie (fixation au niveau de l'os iliaque droit), 3. TDM rachidienne dans le cadre d'exploration de douleur pelvienne (scintigraphie non faite).

Une atteinte vertébrale (1 cas de vertèbre D12 ivoire et un cas de fracture vertébrale de D12) → IRM rachidienne.

Des lombalgies intenses chroniques → IRM lombaire (un cas de tassement de L2 et un cas de tassement de L3).

## Conclusion:

L'identification radiologique des sites touchés par le processus pagétique par différents moyens radiologiques est importante pour l'évaluation de l'étendue de la maladie et la détection des lésions asymptomatiques situées dans des sites propices aux complications et qui peuvent nécessiter un traitement.

# Syndrome des antisynthétases :

## à propos de 4 cas

Souissi MA, Ben Abdelghani K, Kassab S, Chammakhi M, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L

### Introduction :

Le syndrome des antisynthétases (SAS) est une myopathie inflammatoire caractérisée par la présence d'un anticorps anti-aminoacyl-synthétase et d'un phénotype clinique hétérogène.

Le but de notre étude était d'en préciser les différentes caractéristiques cliniques, paracliniques et thérapeutiques.

### Matériels et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 4 cas de SAS colligés dans le service de Rhumatologie du CHU Mongi Slim entre 2000 et 2015. Les données suivantes ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : signes cliniques, résultats des différentes explorations radiologiques, tomodensitométriques (TDM), fonctionnelles respiratoires (EFR), échocardiographiques (ETT) et densitométriques (DMO), modalités thérapeutiques et évolution.

### Résultats:

Il s'agit de 4 patientes, toutes sans antécédents. L'âge moyen était de 44,75 ans [31-64], L'âge de début du SAS était de 35,25 ans [15-54]. L'atteinte pulmonaire était présente dans tous les cas, inaugurant la symptomatologie chez deux patientes. Cette atteinte se traduisait cliniquement par une dyspnée d'effort d'installation progressive (4 cas) et une toux sèche (2 cas). Les EFR ont conclu à un trouble ventilatoire restrictif sévère dans un cas, modéré dans 3 cas. La TDM thoracique a montré une pneumopathie interstitielle non spécifique (en verre dépoli) et une pneumopathie interstitielle commune (en rayon de miel), chacune dans un cas, et des lésions mixtes dans les deux autres cas. L'ETT n'a été réalisée que chez deux patientes et s'est révélée normale. Des myalgies et un déficit musculaire ont été observés chez 3 patientes. Les CPK, élevées dans tous les cas, étaient entre 1,5 et 30 fois la normale. L'électromyogramme objectivait une atteinte myogène dans 2 cas et les biopsies musculaires trouvaient des anomalies communes aux myosites chez 3 patientes. Un phénomène de Raynaud et une calcinose sous-cutanée ont été observés dans un cas. Les arthralgies étaient notées chez les 4 patientes et les arthrites chez 3 d'entre elles. Un syndrome inflammatoire biologique était présent à chaque fois au moment du diagnostic. Le bilan immunologique révélait: des anticorps antinucléaires (3 cas), des anti-Jo1 (4 cas), un facteur rhumatoïde (2 cas), des anti-SSA (2cas). La DMO a conclu à une ostéoporose dans 3 cas et à une ostéopénie dans un cas. Aucune association à un cancer n'a été retrouvée. Toutes les patientes ont été traitées par des corticoïdes à la dose de 60mg associés à un immunosuppresseur: azathioprine (1 cas), rituximab (1 cas) et cyclophosphamide (2 cas). L'évolution était favorable dans 3 cas et le recours à une oxygénothérapie longue durée (OLD) était nécessaire chez une patiente.

### Conclusion :

Conformément aux données de la littérature, notre étude a montré que l'atteinte pulmonaire au cours du SAS est quasi-constante. Elle conditionne le pronostic de la maladie à moyen et long terme et constitue la principale cible thérapeutique lors du traitement du SAS. En revanche, l'atteinte musculaire peut être absente, infraclinique ou paucisymptomatique, dépistée par l'élévation des enzymes musculaires ou par l'EMG.

# Cancer de la prostate métastatique avec un taux de PSA normale : à propos de 2 cas avec revue de la littérature.

*Mhenni A, Ben Brahim H, Ben Hammouda S, Hachfi H, Younes M  
service de rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia*

## **Introduction :**

Le PSA est une kallikreine humaine 3 (hk3) produite exclusivement par l'épithélium prostatique. L'avènement du PSA comme marqueur prostatique a totalement transformé la prise en charge du cancer de prostate permettant le plus souvent un diagnostic au stade précoce, sa place fait depuis l'objet de nombreuses controverses. Les données de la littérature tant en ce qui concerne le dépistage de masse ont montré ses faiblesses. Nous rapportons deux cas d'adénocarcinome de la prostate métastatique avec un taux de PSA total normal.

## **Première observation :**

Il s'agit d'un homme de 66 ans aux antécédents d'adénocarcinome de la prostate depuis 10 ans sous hormonothérapie. Il a consulté pour paraplégie flasque avec névralgie cervico brachiale C8 inflammatoire évoluant depuis 2 mois. A l'IRM cervicale, on a trouvé un processus tissulaire du pédicule de C7 engainant la racine C7 et C8 avec extension endocanalaire avec épидуритес et extension aux parties molles.. A la biologie on a trouvé un taux de calcémie corrigée à 2,27mmol/l, une créatinémie à 73 umol/l et un taux de PSA total à 3,27 ng/ml. L'indication d'une décompression n'a pas été posée pour le patient vu l'ancienneté de la compression médullaire et la multiplicité des lésions. Il a bénéficié d'un bolus de solumédrol de 3 jours de suite, sans amélioration notable du déficit moteur.

## **Deuxième observation :**

Il s'agit d'un homme de 60 ans, consultant pour dysurie, douleurs osseuses inflammatoires avec altération de l'état général. A la biologie, on a trouvé une calcémie à 2,27 mmol/l, une créatinémie à 378 umol/l et un taux de PSA totale à 0,76 ng/ml. L'échographie vésico-prostatique a montré un magma vesico-prostatique tumoral. L'IRM rachidienne a montré des lésions secondaires rachidiennes. La scintigraphie osseuse a confirmé la présence de localisation osseuse secondaire multifocale. Une biopsie prostatique a permis de conclure à un adénocarcinome prostatique localement évolué non sécrétant. Il a bénéficié d'une chimiothérapie à base de Taxotère, ainsi qu'une radiothérapie antalgique.

## **Discussion :**

- Le PSA est un marqueur tumoral utilisé pour la détection du cancer de la prostate. Le PSA est spécifique de la prostate et non pas du cancer. On considère que 25% des cancers peuvent survenir avec un taux d'antigène spécifique de la prostate (PSA) normal. Dans ces cas, il existe souvent une induration de la prostate au toucher rectal qui permet de suspecter le cancer malgré le taux normal de PSA. C'est pour cela que le toucher rectal et le dosage du taux de PSA doivent toujours être associés.
- **Nishio R et al. (2003)** : rapportent 4 cas atteints de cancer de la prostate avec un taux de PSA sérique dans la fourchette normale. Toutes les tumeurs ont été des adénocarcinome peu différenciées. Les auteurs note une élévation des marqueurs sériques telles que l'ACE, CA19-9, CA15-3, CA125, éno-lase et pro-peptide libérant la gastrine. On en déduit que chez les patients ayant un cancer de la prostate avec un taux normal de PSA, on peut en avoir recours à ces marqueurs au cours du suivi.
- **Trotz et al. (2003)** : rapporte un cas de carcinome prostatique à petite cellule avec un taux de PSA normal. Dans ce cas on rapporte une normalisation de l'éno-lase et de la lactate déshydrogénase après hormonothérapie.
- Plusieurs études suggèrent que l'ACE est un marqueur tumoral fiable, ainsi que l'éno-lase. En effet, des taux élevés suggèrent un mauvais pronostic.

## **Conclusion :**

En conclusion, le cancer de la prostate peut progresser malgré un faible taux de PSA sérique. Bien que ce soit une entité rare, mais un examen clinique, radiologique et anatomopathologique s'avère nécessaire au moindre doute. De nouveaux biomarqueurs plus spécifiques du cancer de prostate sont en cours d'étude pour améliorer la sensibilité et spécificité du PSA vis-à-vis du cancer de prostate.

# Facteurs prédictifs de l'altération de la fonction de la main au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

S. BELGHALI, Kh. BEN ABDERRAHIM, D. AMRI, H. ZEGLAOU, Kh. BACCOUCHE, Z. ALAYA, Kh. MAAREF\*, E. BOUJINA.

Service de Rhumatologie Sousse

\*Service de Rééducation Fonctionnelle Sousse

## Introduction- Objectif:

L'atteinte de la main au cours de la polyarthrite rhumatoïde engendre un handicap fonctionnel majeur avec des répercussions psychologique, professionnelle et sociale graves. L'objectif de notre travail était d'étudier les éventuels facteurs prédictifs sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques liés à l'altération de la fonction de la main rhumatoïde.

## Patients et méthodes:

Etude prospective analytique portant sur 200 mains rhumatoïdes. Une analyse univariée a été effectuée pour mettre en évidence les corrélations qui existeraient entre l'altération de la fonction de la main étudiée par le Michigan Hand Outcomes Questionnaire Abrégé (MHQ) et les différentes données sociodémographiques, cliniques, para-cliniques ainsi que le volet thérapeutique.

**Résultats:** Les tableaux I et II résument les facteurs prédictifs de l'altération de la fonction de la main étudiée par le MHQ a

Moyennes les plus basses du MHQ abrégé	Moyennes les plus élevées du MHQ abrégé
Sujet âgé (âge ≥ 65ans)	Biothérapies
Durée d'évolution ≥ 02 ans	Kinésithérapie
DAS 28 > 3.2	Ergothérapie
Déformations articulaires VS accélérée	Orthèses et appareillage Chirurgie de la main

		MHQ abrégé (main droite)			MHQ abrégé (main gauche)		
		M.oy.	p	r	M.oy.	p	r
Age	< 65 ans	56,41			57,69		
	≥ 65 ans	31,14	0,003	-0,33	33,59	0,003	-0,31
Durée d'évolution	≤ 02 ans	61,98			55,50		
	> 02 ans	40,74	0,006	-0,45	46,22	0,016	-0,45
DAS28	< 3,2	59,38			59,38		
	> 3,2	51,49	0,023	-0,53	52,23	0,032	-0,47
Déformations articulaires	-	49,40			50,34		
	+	24,17	0,000	-0,80	23,07	0,000	-0,84
VS	Normale	46,96			48,07		
	Accélérée	29,56	0,000	-0,38	32,77	0,001	-0,36

		MHQ abrégé (main droite)			MHQ abrégé (main gauche)		
		M.oy.	p	r	M.oy.	p	r
bDMARD	-	37,87			37,87		
	+	46,51	0,024	0,22	46,51	0,022	0,22
Kinésithérapie	-	33,50			33,50		
	+	47,13	0,034	0,71	47,13	0,034	0,61
Ergothérapie	-	39,12			39,12		
	+	55,67	0,048	0,48	55,67	0,048	0,39
Orthèses	-	37,50			37,50		
	+	55,13	0,020	0,31	55,13	0,020	0,31
Chirurgie de la main	-	36,50			36,50		
	+	58,34	0,012	0,47	58,34	0,012	0,45

## Discussion:

T. médicaux	Littérature	Notre Etude
Age	Etude Chung et al (2007) Age > 60 ans p = 0,022	Age > 65 ans p = 0,003
Travail	Etude Dias et al (2005) Capacité à travailler p = 0,050 Etude Squitieri et al (2010) Capacité à travailler p = 0,041	-
DAS 28	Etude Durmus et al (2013) 3,2 > DAS28 > 5,1 (p = 0,030) DAS28 > 5,1 (p = 0,021)	> 3,2 p = 0,022/H.032
Déformations articulaires	Etude Van Der Giesen et al (2008) Coup de vent : p = 0,013 Boutonnière : p = 0,006 Col de cygne : p = 0,010 Etude Burke et al (2009) Subluxation tête ulnaire p = 0,022	+
Ergothérapie	Etude Michonnet et al (2007) (+) p = 0,042	(+) p = 0,048
Orthèses	Etude Adams et al (2008) (+) p = 0,035 Etude Van Der Giesen et al (2009) (+) p = 0,017	(+) p = 0,020
Chirurgie de la main	Etude Goldfarb et al (2003) (+) p = 0,030 Etude Chung et al (2009) (+) p = 0,028 Etude Chetta et al (2013) (+) p = 0,036	(+) p = 0,012

Différents paramètres sociodémographiques, cliniques, para-cliniques et thérapeutiques influencent négativement ou positivement la fonction de la main rhumatoïde. Une évaluation fonctionnelle objective permettra d'orienter l'approche thérapeutique. D'autres études sont nécessaires à l'échelle nationale pour proposer éventuellement un algorithme de prise en charge spécifique à la main rhumatoïde.

## Conclusion:

L'âge, la durée d'évolution de la PR, l'activité de la maladie, la présence de déformations sont associées aux moyennes les plus basses du MHQ donc à une altération de la fonction de la main. Le traitement de la PR et celui dédié à la main influencent positivement le MHQ. Une approche thérapeutique pluridisciplinaire (ATP) est la solution requise pour améliorer la fonction de la main. Malheureusement cette ATP est déficiente dans notre pratique courante....

# Maladie de Dupuytren : étude épidémiologique, clinique et thérapeutique à propos de 27 cas

Lataoui S, Jguirim M, Brahem M, Haj Hmed W, Sahli M, Gaddour M, Mhenni A, Zrouf S, Younes M, Bejia I, Touzi M, Bergaoui N.  
CHU FATTOUMA BOURGUIBA MONASTIR

## Introduction

La maladie de Dupuytren est une atteinte fibrosante chronique caractérisée par une phase nodulaire et une phase de rétraction tendineuse responsable d'une déformation invalidante des mains. Plusieurs facteurs seraient corrélés à la survenue de cette pathologie. Par ailleurs, le traitement par aponévrotomie à l'aiguille pourrait actuellement constituer une alternative au traitement chirurgical et est de plus en plus utilisé. D'où l'intérêt de cette étude épidémiologique et thérapeutique.

## Matériels et méthodes

Nous présentons les résultats d'une étude rétrospective menée sur 30 dossiers de cas de maladie de Dupuytren, colligés au service de rhumatologie FB Monastir entre 2001 et 2012.

## Résultats

Il s'agit de 7 femmes (25.9%) et 20 hommes (74.1%). L'âge moyen au moment du diagnostic était de 60.41 ans (entre 46 et 76 ans). 13 des cas étaient des travailleurs manuels. 17 patients étaient suivis pour un diabète dont 16 étaient de type 2, 8 étaient sous antidiabétiques oraux et 8 sous insuline.

Un diabète déséquilibré était noté chez 12 des patients. Deux cas étaient connus épileptiques, traités par Gardéнал. Une maladie de Ledderhose était présente chez 2 cas, un antécédent de maladie de la Peyronie était présent chez un cas. Un antécédent familial de maladie de Dupuytren était présent chez un cas. 9 des patients étaient tabagiques et 2 étaient éthyliques. A l'examen, une atteinte bilatérale était constatée chez 19 des cas. Concernant l'atteinte de la main gauche, un stade nodulaire palmaire était présent dans 7 cas et digital dans 2 cas, une atteinte au stade 1 était présente chez 8 cas, touchant R1(3), R2(5), R3(2) et R4(5), R5(2), stade 2 chez 7 cas, touchant R1(1), R2(1), R3(2) et R4(4), R5(5), stade 3 chez 3 cas, touchant R4(1), R5(2), stade 3D+ dans 1 cas touchant R4(1), et stade 4 chez 2 cas, touchant R4(2), R5(2). L'atteinte de la main droite était à un stade nodulaire palmaire dans 7 cas et digital dans 4 cas et palmaire+digital dans 1 cas, une atteinte au stade 1 était présente chez 11 cas, touchant R1(3), R2(2), R3(5), R4(8), et R5(5), stade 2 chez 3 cas, touchant R1(1), R2(2), R3(2), R4(3), R5(2), stade 3 chez 6 cas, touchant R3(1), R4(3) et R5(4), stade 4 chez 1 cas, touchant R4(1), R5(1). La peau était souple dans 12 cas et rigide, figée, infiltrée et très adhérente dans 14 des cas. Un traitement par aponévrotomie à l'aiguille a été réalisé dans 12 cas et une abstention dans 13 cas. Un passage à un stade 1 ou 0 était noté dans 6 cas, à un stade 2 dans 3 cas pour la main gauche et un passage au stade 1 ou 0 dans 8 cas pour la droite, avec un échec et persistance d'un stade 3 après aponévrotomie dans un cas.

## Discussion

• Notre série se caractérise par une prédominance masculine, de sujets diabétiques, mal équilibrés. L'association avec un travail manuel, un antécédent de maladie de la Peyronie, d'une maladie de Ledderhose, d'une épilepsie sous Gardéнал et un antécédent familial de Dupuytren ont été constatés dans quelques cas. Une atteinte des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayons étaient les plus fréquents, avec une prédominance des stades 1 et 2. Le traitement par aponévrotomie était corrélé avec une amélioration clinique, avec un échec constaté dans un seul cas.

• L'étude MNA1, réalisée en 2011 par Baudreuil J. et al, incluant 30 patients atteints de maladie de Dupuytren sévère et traités par multiaponévrotomie à l'aiguille, a montré un âge moyen de 63,7 ans avec prédominance masculine à 87%, un éthyliisme (53%), un diabète (20%), des antécédents familiaux dans 16 cas avec une maladie de la Peyronie dans 2 cas et de Ledderhose dans 6 cas.[1]

• Une étude rétrospective faite en 2012 par Pereira A. et al portant sur 44 patients traités par aponévrotomie a montré une amélioration de plus de 70% pour les stades I et II mais non satisfaisante pour des stades plus avancés, diminuant au fil du temps. Le taux de récurrence était de 9%. La plupart des patients étaient satisfaits du résultat.[2]

## Conclusion

• La maladie de Dupuytren, atteinte fibrosante et invalidante des mains, pourrait être favorisée par un terrain particulier. L'aponévrotomie à l'aiguille constitue actuellement une technique simple et peu invasive, mais non dénuée de risques, et qui pourrait permettre une bonne amélioration fonctionnelle et de ce fait constituer une alternative thérapeutique.

## Bibliographie

- 1- Multi-aponévrotomie à l'aiguille dans les formes sévères de maladie de Dupuytren : résultats préliminaires de tolérance et d'efficacité (étude MNA 1), Baudreuil J, Lermusiaux J.L, Teyssedoua J.P et al. Revue du Rhumatisme Volume 78, Issue 5, October 2011, Pages 442-445
- 2- Percutaneous needle fasciotomy in Dupuytren's contracture: is it a viable technique? Pereira A, Massada M, Sousa R, Silva C, Trigueiros M, Lemos R. Acta Orthop Belg. 2012 Feb;78(1):30-4.