

Activité de la polyarthrite rhumatoïde et quid de son retentissement sur la fonction cognitive

Rouached.L, Saidane.O, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L
Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicolle. Tunisie.

Introduction :

Selon la littérature, la fréquence de l'atteinte cognitive chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) est plus élevée que la population générale. Ceci est dû probablement au risque élevé d'accidents vasculaires cérébraux dans la PR par athérosclérose.

Notre but est de déterminer la relation entre l'atteinte des fonctions cognitives et l'activité de la PR.

Méthodes:

Etude transversale incluant des patients atteints de PR selon les critères ACR-EULAR2010.

Les paramètres sociodémographiques et relatifs à la PR ont été recueillis et les fonctions cognitives ont été évaluées par l'Arabe Mini Mental State Examination (A-MMSE): L'atteinte cognitive était définie par un score >26.

Résultats :

Il s'agissait de quarante patients, sex-ratio de 0,3.

L'âge moyen était de 53 ans (40-72ans).

L'évaluation du niveau d'étude est illustrée dans la figure 1.

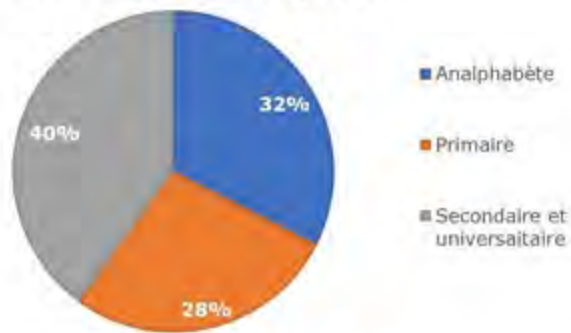


FIGURE1: NIVEAU D'ÉTUDE DES PATIENTS

Concernant la PR, l'âge du diagnostic était de 42ans (20-67ans) et la durée moyenne de la maladie était de 11 ans (1-30 ans).

Concernant l'activité de la maladie: DAS28crp=4 (1.37-7.31), un DAS28vs=4.5 (1.74-8.2). Le HAQ était en moyenne de 0.98 (0-3).

Le score A-MMSE moyen était de 25 (17-30).

La répartition des patients est résumée sur la figure2.

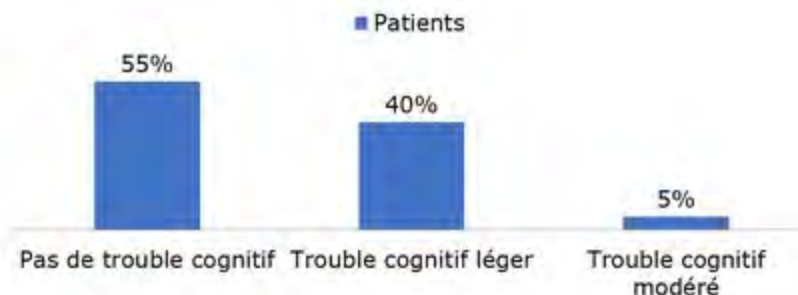


Figure2: Répartition des patients selon le niveau cognitif

L'étude analytique a montré que les troubles cognitifs étaient associés à un âge élevé ($p=0.00$), à un niveau d'étude bas ($p=0.03$), à un début précoce de la maladie ($p=0.05$).

Par contre, nous n'avons pas retrouvé d'association avec le retentissement fonctionnel et l'activité de la maladie.

Conclusion :

Nous avons montré que chez les patients atteints de PR, le score A-MMSE était influencé par l'âge, le faible niveau intellectuel et le début précoce de la maladie.

Existe-t-il une relation entre l'hyperhomocystéinémie et l'inflammation dans la PR ?

Rouached.L(1), Tekaya.R(1), Bouzid.K(2), Saidane.O(1), Ben Tekaya.A(1), Mahmoud.I(1), Abdelmoula.L(1)

(1)Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicolle. Tunisie.

(2)Service de biochimie, hôpital Charles Nicolle. Tunisie .

Introduction :

Selon la littérature, dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), l'hyperhomocystéinémie est favorisée par l'inflammation et les traitements antifolate (Méthotrexate et sulfasalazine).

Le but de notre travail était de déterminer la relation entre l'inflammation, l'activité de la maladie et l'hyperhomocystéinémie.

Méthodes:

Etude analytique et transversale sur une période de 14 mois.

Sur 103 des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010.

Les données épidémiologiques et les paramètres relatifs à l'activité de la maladie et à l'inflammation ont été relevés, et un dosage de l'homocystéine a été effectué chez tous les patients.

Résultats :

Nous avons colligé 103 patients (sex-ratio=0,3). L'âge moyen était de 53±10 ans.

L'évaluation de l'activité de la PR a révélé que l'EVA douleur selon les patients était en moyenne de 46,1mm [0-90].

Les scores d'activité de la PR étaient en moyenne modérés. Ils sont illustrés dans le tableau I.

Tableau n° I : Répartition des patients selon les indices spécifiques de la PR

	Moyenne ±écart type	Minimum	Maximum
DAS28 VS	4.36±1.42	0.49	8.28
DAS28 CRP	3.90±1.38	1.21	7.31
CDAI	17.17±11.4	0	53
SDAI	33.39±26	1	123

DAS: Disease Activity Score -VS: vitesse de sédimentation -CRP: C reactive protein - CDAI: Clinical Disease Activity Index - SDAI: Simplified Disease Activity Index

Le tableau II montre la répartition des patients selon les paliers d'activité de la PR.

Tableau n° II : Répartition des patients selon l'évaluation de l'activité

	Activité de la PR (DAS28CRP)		Activité de la PR (DAS28VS)		Activité de la PR (SDAI)		Activité de la PR (CDAI)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Forte	21	20.4	35	34	51	49.5	35	34
Modérée	45	43.7	47	45.6	36	35	33	32
Faible	14	13.6	9	8.7	14	13.6	28	27.2
Rémission	23	22.3	12	11.7	2	1.9	7	6.8
Total	103	100%	103	100%	103	100%	103	100%

N: nombre de patients -PR: Polyarthrite rhumatoïde- DAS: Disease Activity Score -CDAI: Clinical Disease Activity Index -SDAI: Simplified Disease Activity Index

Un syndrome inflammatoire biologique (SIB) était présent chez 78 patients.

Une hyperhomocystéinémie était trouvée chez 20.4% des patients.

Les valeurs moyennes du bilan inflammatoire et de l'homocystéine sont illustrées dans le tableau III

Tableau n° III: Valeurs moyennes des différents paramètres biologiques étudiés

Paramètre biologique (unité)	Valeur moyenne ± écart type	Extrêmes
Homocystéine (µmol/L)	12.54±4.2	[6.89-32.92]
Vitesse de sédimentation (mm/H1)	33,56	[2,130]
Protéine C réactive (mg/l)	16,24	[0-102]

Une activité élevée de la PR (CDAI, DAS28crp) étaient significativement associée à une hyperhomocystéinémie: DAS28crp (p=0.06), CDAI (p=0.05) et la CRP était corrélée positivement aux taux d'homocystéine (p=0.06, r=0.18).

Conclusion :

Notre travail confirme que l'hyperhomocystéinémie est corrélée à l'inflammation (CRP) et elle est aussi associée à une activité élevée de la maladie.

Existe-il une relation entre l'activité de la maladie et le HeartSCORE ?

Rouached.L(1), Tekaya.R(1), Ben Ahmed.H(2), Ben Tekaya.A(1), Saidane.O(1), Mahmoud.I(1), Abdelmoula.L(1)

(1)Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicolle. Tunisie.

(2)Service de cardiologie, hôpital Charles Nicolle. Tunisie .

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est responsable d'une morbi-mortalité cardiovasculaire élevée. Le but de notre travail était de déterminer la relation entre l'activité de la maladie et le risque de mortalité cardiovasculaire (CV) élevé évalué par le HeartSCORE qui évalue le risque de mortalité cardiovasculaire dans 10 ans.

Méthodes:

Etude analytique et transversale sur une période de 14 mois sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010. Les données épidémiologiques, et les paramètres relatifs à l'activité de la maladie (score d'activité et données biologiques) et l'évaluation du HeartSCORE selon Eular 2015 ont été effectués chez tous les patients.

Résultats :

Nous avons colligé 103 patients (sex-ratio=0,3). L'âge moyen était de 53±10 ans. L'évaluation de l'activité de la PR a révélé un nombre moyen d'articulations douloureuses de 5,6±5 et un nombre moyen d'articulations tuméfiées de 3,2±3. L'EVA douleur selon les patients était en moyenne de 46,1mm [0-90]. L'EVA douleur selon le médecin était en moyenne de 36.5mm [0-70]. La répartition des patients selon l'EVA douleur et de EGP est illustrée dans la figure 1

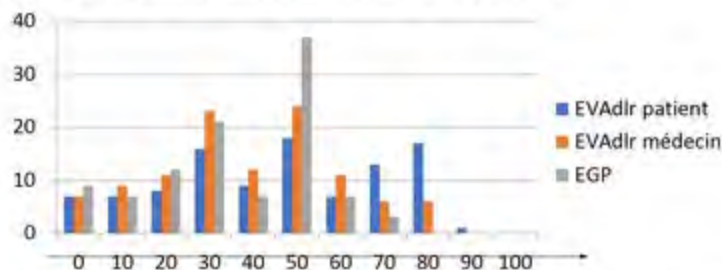


Figure n° 1: Répartition des patients selon l'EVA douleur et l'EGP

La durée moyenne de la raideur matinale était de 40 minutes [0-240]. Un réveil nocturne était mentionné par 47.6% des patients

Les scores d'activité de la PR étaient en moyenne modérés. La répartition des patients selon le niveau d'activité de la maladie est illustrée dans le tableau I
Un syndrome inflammatoire biologique (SIB) était présent chez 78 patients. La valeur moyenne de la VS était de 33,56 mm/H1 et celle de la CRP était de 16,24mg/l.

Tableau n° I : Répartition des patients selon l'évaluation de l'activité

	Activité de la PR (DAS28CRP)		Activité de la PR (DAS28VS)		Activité de la PR (SDAI)		Activité de la PR (CDAI)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Forte	21	20.4	35	34	51	49.5	35	34
Modérée	45	43.7	47	45.6	36	35	33	32
Faible	14	13.6	9	8.7	14	13.6	28	27.2
Rémission	23	22.3	12	11.7	2	1.9	7	6.8
Total	103	100%	103	100%	103	100%	103	100%

N: nombre de patients -PR: Polyarthrite rhumatoïde- DAS: Disease Activity Score -CDAI: Clinical Disease Activity Index -SDAI: Simplified Disease Activity Index

L'évaluation du risque de mortalité CV par le HeartSCORE, a révélé un risque élevé à très élevé dans 35% des cas.

En comparant les patients selon le niveau de risque CV, nous n'avons pas trouvé les paramètres d'activité de la PR étaient associés à un niveau de risque élevé : DAS28 (p=0.25), SDAI (p=0.29), CDAI (p=0.31), RM (p=0.6), EVA (p=0.21), CRP (p=0.67).

Conclusion :

L'activité élevée de la maladie n'est pas associée à un risque de mortalité CV élevé. Ces constatations devraient être confirmées par des études multicentriques plus larges.

Erosions dans la PR : siège préférentiel

SAADAoui Khaled, AJLANI Houda, REKIK Sonia, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed
Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

Le diagnostic de la PR repose essentiellement sur la présence des érosions osseuses. Ces lésions ne sont pas toujours retrouvées au début de l'évolution. L'échographie a permis de mettre en évidence les érosions à un stade infra radiologique. L'objectif de notre travail est de déterminer le siège prédictif des érosions lors de la PR non érosive radiologiquement.

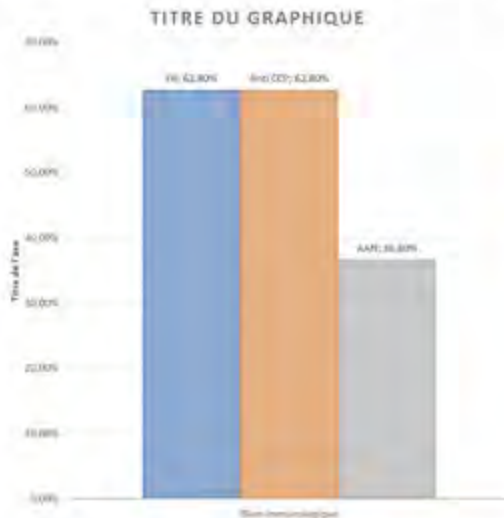
Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant 48 cas de Rhumatisme inflammatoire non érosive sur radiographie standard colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis sur un an (2016-2017)

Résultats :

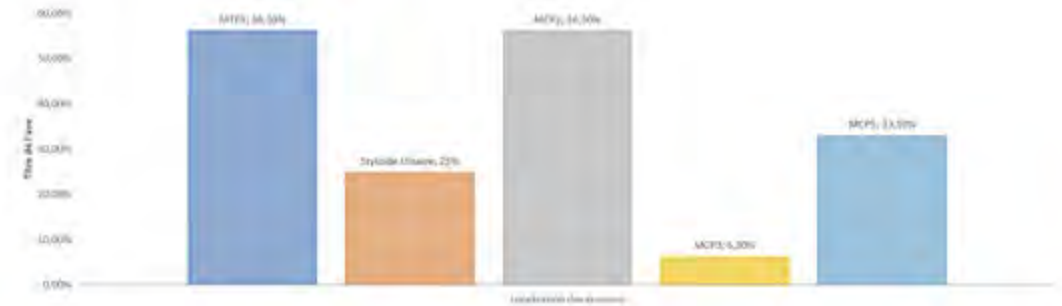
❖ Age moyen = 52,4 ans Sex Ratio H/F = 0,14 Objectif de l'écho : *Dg 73,8%
*Suivi 6,2%

❖ L'échographie a permis de redresser les Diagnostics de RIC et de SGS (20,1% des cas) vers la PR.
❖ Durée moyenne d'évolution PR = 2,64 ans.



	Moyenne
CRP (mg/l)	20,8
VS (mm)	44
DAS 28	4,02
Naredo B	5,1
Naredo Doppler	4,1

Résultats :



Conclusion :

Notre travail a permis de confirmer l'intérêt des érosions de la MTP5 pour poser le diagnostic de la polyarthrite Rhumatoïde

Discussion :

Les atteintes érosives, au début, apparaissent dans les petites articulations chez les patients atteints de PR.[1]
L'échographie a une sensibilité et spécificité similaire à celle de l'IRM et supérieure à celle de la Radiologie conventionnelle.[2]
Zayat, et al, ont montré que la présence d'érosions sur la MTP5 à l'échographie était spécifique de la PR.[3]

- van der Heijde DM. Plain X-rays in rheumatoid arthritis: overview of scoring methods, their reliability and applicability. *Baillieres Clin Rheumatol* 1996;10:435-53.
- Baillet A, Gaujoux-Viala C, Mouterde G, Pham T, Tebib J, Saraux A, et al. Comparison of the efficacy of sonography, magnetic resonance imaging and conventional radiography for the detection of bone erosions in rheumatoid arthritis patients: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology* 2011;50:37-47
- Zayat AS, Ellegaard K, Conaghan PG, Terslev L, Hensor EM, Freeston JE, et al. The specificity of ultrasound-detected bone erosions for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015;74:80-87

Impact de l'indice de masse corporelle sur l'activité de la PR

Triki W, Tekaya R, Ben Tekaya A, Saidane O, Testouri N, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

L'obésité est une comorbidité fréquente au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR), elle fait partie d'un syndrome métabolique majorant le risque cardiovasculaire. Le surpoids et l'obésité sont associés à un risque élevé de développer une PR. L'objectif de cette étude est d'étudier la relation entre la sévérité de la PR et l'indice de masse corporelle (IMC).

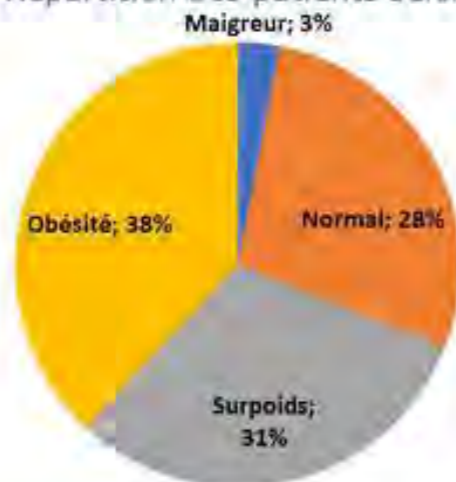
Patients et méthodes:

Etude transversale, descriptive, menée en 2017 sur une période de 9 mois, incluant des patients atteints de PR répondant aux critères ACR-EULAR 2010. Les données cliniques et paracliniques ont été recueillies. L'IMC a été calculé et a été stratifié comme suit : maigre < 18,5 kg/m² ; corpulence normale : 18,5-24,9 kg/m²; surpoids : 25-29,9 kg/m² et obésité > 30 kg/m². Les corrélations entre les paramètres biologiques et cliniques ont été analysées par le test paramétrique de Pearson.

Résultats :

Durant la période de l'étude, 100 patients ont été colligés. La moyenne d'âge était de 53,57 ± 10,43 ans [23-81]. Le sex-ratio H/F était de 0,15. L'âge de début de la maladie était en moyenne de 44,2 ans ± 11,2. La durée moyenne de l'évolution de la PR était de 11,36 ans ± 8ans.

Fig1. Répartition des patients selon l'IMC



La PR était active dans 95% des cas avec une activité sévère chez 42% des patients. La PR était immunopositive dans 77% des cas. Elle était érosive chez 84% des patients.

Fig2. Différences entre les groupes de patients selon certains paramètres liés à la maladie

Paramètres	p
Raideur matinale	0,026
Nombre d'articulations douloureuses	0,02
Taux de CRP élevé	0,015

Il n'y avait pas de différence significative entre l'IMC et la qualité de vie évaluée par le HAQ (p=0,7). De même, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le profil immunologique et le caractère érosif d'une part et l'IMC d'autre part (respectivement p=0,29 et p=0,72).

Discussion:

L'obésité augmente le taux de cytokines pro inflammatoires (IL-1, IL-6 et TNFα) et diminue les cytokines anti inflammatoires (adiponectine, antagoniste du récepteur de l'IL-1 et IL-10).

Ce mécanisme pourrait bien expliquer l'activité élevée de la maladie (reflétée par la VS, la CRP et le DAS28) ainsi que l'altération de la qualité de vie des PR obèses (reflétée par le HAQ) retrouvés dans la littérature.

Une relation paradoxale a été rapportée dans la littérature : l'obésité semble être un facteur protecteur de l'atteinte articulaire. Les mécanismes physiologiques exacts expliquant ce phénomène sont encore insuffisamment connus.

Conclusion:

Notre étude a démontré que l'obésité augmente la durée de la raideur matinale, le nombre d'articulations douloureuses et l'activité de la PR. Les rhumatologues ont la responsabilité d'éduquer les patients atteints de PR de la nécessité de diminuer leurs poids et au besoin de recourir à l'aide des nutritionnistes.

Facteurs prédictifs de l'atteinte de la hanche au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Triki W, Tekaya R, Saidane O, Ben Tekaya A, Testouri N, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La coxite au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est retrouvée dans environ 15% des cas. C'est une localisation particulièrement grave du point de vue fonctionnel et constitue un marqueur de sévérité de la maladie. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil épidémiologique et clinique et thérapeutique des patients atteints de coxite rhumatoïde.

Patients et Méthodes:

Etude transversale monocentrique réalisée en milieu rhumatologique entre sur une période de 9 mois entre Septembre 2016 et Juin 2017, incluant les patients atteints de PR répondants aux critères ACR/EULAR 2010. Tous les patients ont bénéficié d'un examen clinique et radiographique. Les caractéristiques sociodémographiques ont été recueillies. L'activité de la maladie était évaluée par le DAS28 VS. Nous avons comparé 2 groupes de patients : un groupe avec coxite et un deuxième sans coxite.

Résultats:

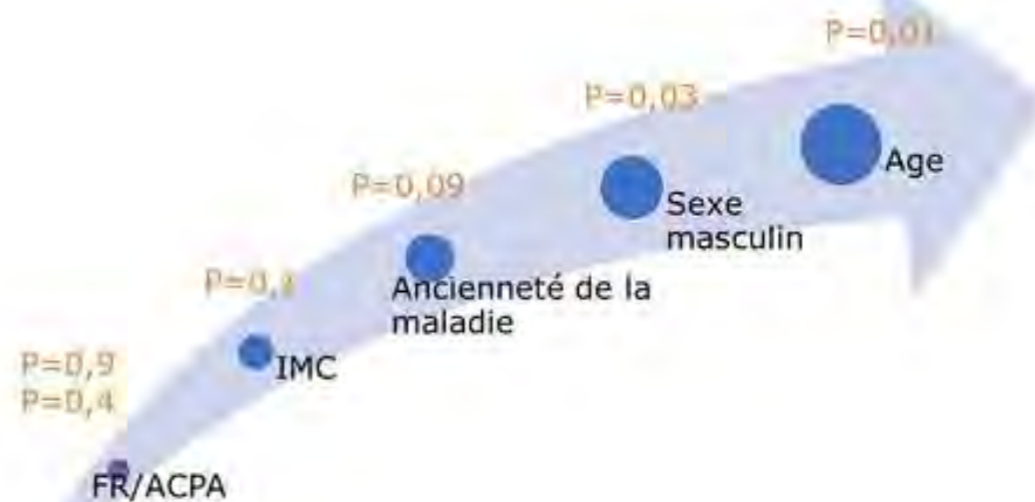
Cent patients ont été inclus (83 femmes et 17 hommes) âgés en moyenne de 53 ,57 ans [28-77].

Fig1. Paramètres liés à la maladie

Paramètres	valeurs
Durée d'évolution (an)	11,36
FR	77%
ACPA	67,9%
Erosif	84%
Maladie active	95%

Neuf pourcent des patients présentaient une atteinte radiographique de la hanche dont 5 étaient bilatérales. Le délai moyen du diagnostic de la coxite par rapport au diagnostic de la PR était de 5,5 ans. Seulement 2 patients avaient bénéficié d'une prothèse totale de la hanche.

Fig2. Facteurs associés à la survenue de coxite



Les patients présentant une coxite étaient plus fréquemment mis sous biothérapie que les patients qui n'en présentaient pas (44% contre 25%) bien que ce n'était pas significatif ($p=0,1$). Enfin l'activité de la maladie n'était pas significativement associée à la survenue de coxite ($p=0,39$).

Conclusion:

La survenue d'une coxite au cours de la PR est un élément de mauvais pronostic. Dans notre étude elle était significativement plus fréquente chez le sujet âgé et de sexe masculin. Elle est constatée durant les 5 premières années de la maladie d'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour une meilleure prise en charge.

Influence des paramètres sociodémographiques sur l'activité de la Polyarthrite Rhumatoïde

Triki W, Tekaya R, Saidane O, Testouri N, Ben Tekaya A, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent avec un taux d'incidence estimé à 0,18% dans le nord tunisien. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'influence des paramètres sociodémographiques sur l'activité de la PR.

Patients et Méthodes:

Étude transversale incluant des patients atteints de PR, menée en milieu rhumatologique sur une période de 9 mois. Le diagnostic de PR était retenu selon les critères ACR/EULAR 2010. Nous avons interrogé les patients sur leur niveau d'étude, leur statut marital, socioprofessionnel et socio-économique et nous avons évalué l'activité de la maladie dans les différents groupes.

Résultats:

100 patients étaient inclus et étaient répartis en 87 femmes et 13 hommes. L'âge moyen des patients était de $53,57 \pm 10,43$ ans. L'ancienneté de la maladie était de $11,36 \pm 8$ ans avec des extrêmes allant de 1 à 35 ans.

Fig1. Répartition des patients selon le statut marital

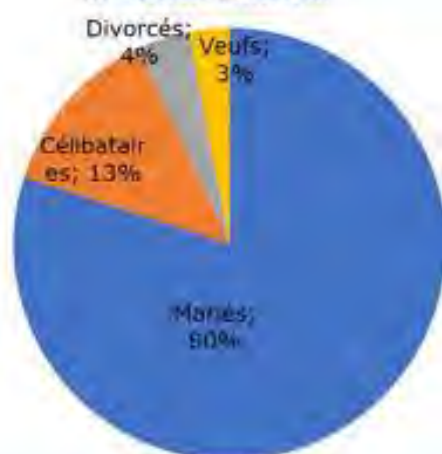
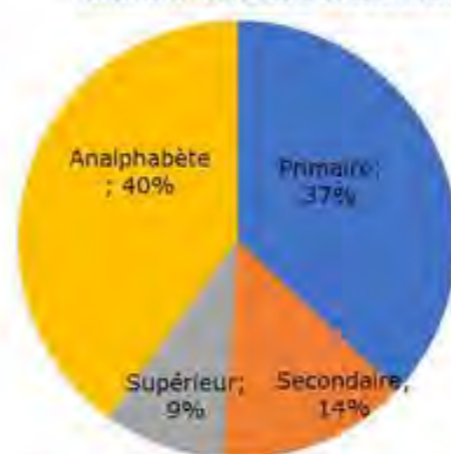
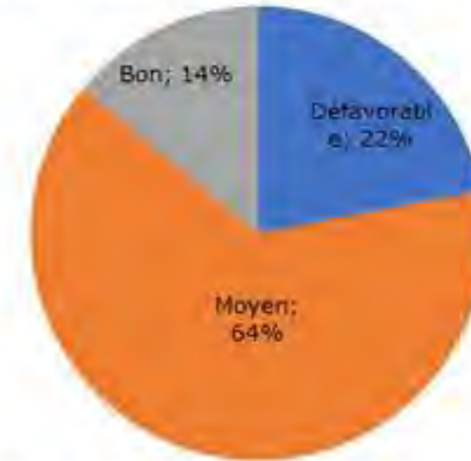


Fig2. Répartition des patients selon le niveau éducationnel



Soixante-cinq pourcent des patients habitaient en zone urbaine et 35% en zone rurale. Seulement 6% des patients vivaient seuls, le reste vivait en communauté (milieu familial). La distance moyenne par rapport à la plus proche structure sanitaire était de 2413,5 mètres [150-15000].

Fig3. Répartition des patients selon le niveau socio-économique



Dans 59% des cas, les patients étaient sans profession. L'évaluation du DAS28 VS n'avait pas montré de différence significative selon le niveau d'études, le niveau socio-économique, le statut marital, le milieu environnemental et le travail (respectivement, $p=0,7$, $p=0,6$, $p=0,9$, $p=0,7$, $p=0,6$).

Conclusion:

Selon les résultats de notre étude, aucun paramètre sociodémographique ne semble influencer sur l'activité de la PR.

Particularités de la Polyarthrite Rhumatoïde en milieu rural : Résultats d'une étude transversale sur 9 mois

Triki W, Tekaya R, Testouri N, Saidane O, Ben Tekaya A, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La prise en charge des patients vivant dans les zones rurales et présentant des pathologies chroniques semble rencontrer des difficultés. L'objectif de cette étude est de déterminer les particularités de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) du milieu rural en comparaison avec celle du milieu urbain.

Patients et méthodes:

Étude prospective comparative, menée en milieu rhumatologique sur une période de 9 mois de PR répondant aux critères ACR/EULAR 2009. Les données sociodémographiques, cliniques et biologiques étaient collectées. La qualité de vie des patients était évaluée par l'indice fonctionnel : le Health Assessment Questionary (HAQ). L'observance thérapeutique des traitements de fond était évaluée par le score Morisky. Les patients ont été divisés en 2 groupes : Groupe 1 : milieu rural, Groupe 2 : milieu urbain.

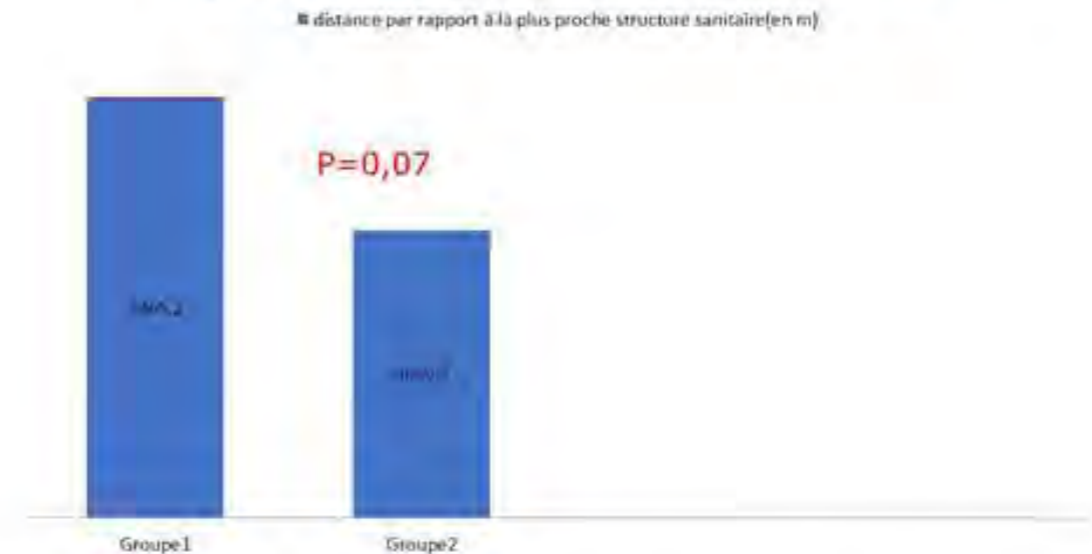
Résultats:

Nous avons colligé un total de 100 patients. Le groupe 1 était constitué de 35 patients (3 hommes et 32 femmes) et le groupe 2 de 65 patients (10 hommes et 55 femmes), d'âge moyen, respectivement de 55,06 ans et de 52,77 ans.

Fig1. Comparaison des 2 groupes selon l'ancienneté de la maladie et le délai diagnostique



Fig2. Comparaison des 2 groupes selon la distance par rapport à la plus proche structure sanitaire



Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le profil immunologique de la PR, le caractère érosif, la présence de comorbidités, l'activité de la maladie évaluée par le DAS28 et la qualité de vie évaluée par le HAQ. Un résultat important dans cette étude est l'absence de différence significative concernant l'observance thérapeutique des traitements de fond de la PR (p=0,4). De même aucune différence significative n'a été trouvée concernant la prescription d'une biothérapie (p=0,8).

Conclusion:

Dans notre étude, la PR en milieu rural est prise en charge plus tardivement que celle du milieu urbain, pouvant expliquer l'existence de formes plus actives avec un retentissement fonctionnel plus important.

Les comorbidités au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Triki W, Tekaya R, Ben Tekaya A, Saidane O, Testouri N, Mahmoud I, Abdelmoula L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

Les comorbidités sont fréquemment associées à la polyarthrite rhumatoïde (PR), et sont responsables d'une invalidité et d'une mortalité surajoutée. Cette association est le plus souvent due à la PR et à ses traitements. L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence et les types des comorbidités chez les patients atteints de PR.

Patients et Méthodes:

Étude transversale monocentrique réalisée en 2017 sur une période de 9 mois. Elle avait inclus les patients atteints de PR répondant aux critères ACR 1987 et /ou ACR-EULAR 2010. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies. L'activité de la maladie était évaluée par le DAS 28. Nous avons comparé deux groupes de patients : un groupe avec comorbidités et un deuxième groupe sans comorbidités. L'analyse des données est faite sur SPSS 23.

Résultats:

Nous avons colligé 100 patients, (87 femmes et 23 hommes). L'âge moyen était de $53,57 \pm 10,43$ ans.

Fig1. Certains Paramètres de la maladie

Paramètres	Valeurs
Durée d'évolution de la PR	11,25
FR	77%
Caractère érosif	84%
Score DAS28 VS	4,7
MTX	100%
Biothérapie	26%

Les comorbidités étaient retrouvées chez 63 % des patients.

Fig2. Prévalence des différentes comorbidités

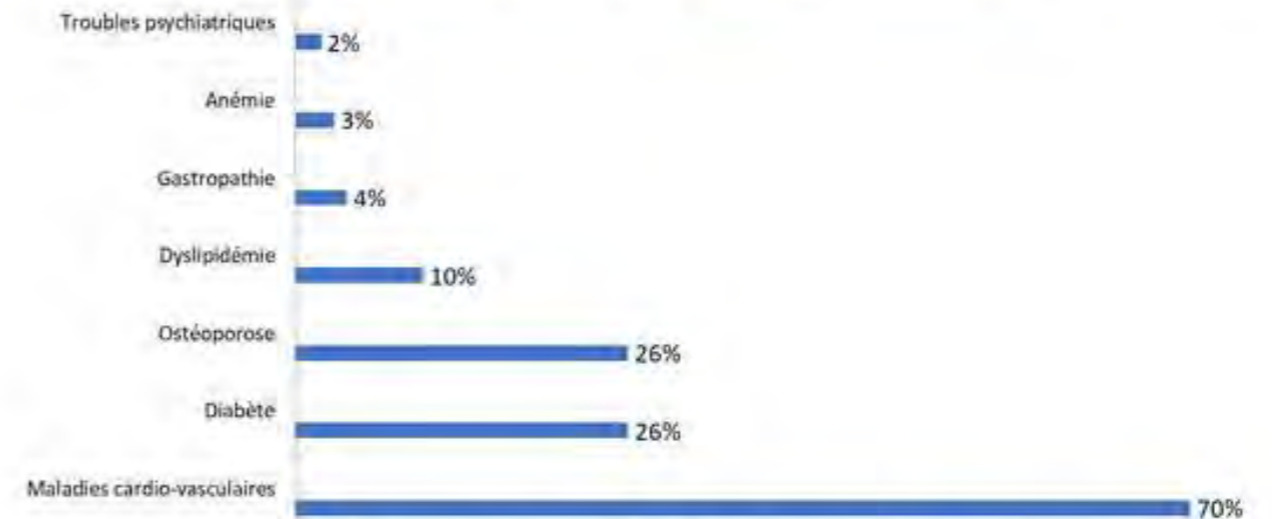
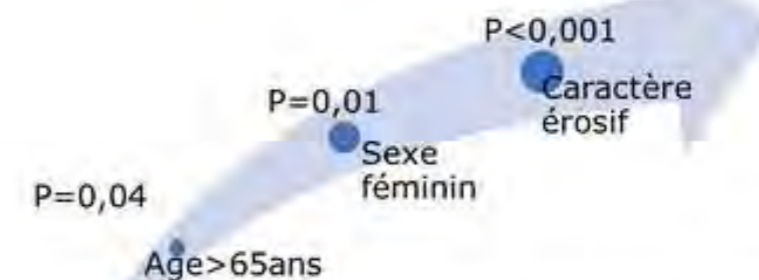


Fig3. Facteurs associés à la présence de comorbidités



Le profil immunologique et l'activité de la PR évaluée par le DAS28 VS n'étaient pas statistiquement corrélés à la présence de comorbidités (respectivement $p=0,457$ et $p=0,155$).

Conclusion: Notre étude souligne la prévalence élevée des comorbidités au cours de PR, notamment les pathologies cardiovasculaires, le diabète et l'ostéoporose. Ces comorbidités alourdissent la prise en charge et aggrave le pronostic fonctionnel et la qualité de vie. Une collaboration multidisciplinaire est nécessaire pour dépister ces comorbidités et améliorer la qualité de vie.



29^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Efficacité biologique du Tocilizumab: Anémie et CRP

Ben Tekaya A, Nacef L, Saïdane O, Mahmoud I, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicole, Tunis

14 & 15 Avril
2018

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques sont des maladies à manifestations locales ET systémiques.
Parmi les manifestations biologiques les plus courantes: L'anémie inflammatoire et l'élévation de la CRP (C Reactive Protein)

Objectif de notre étude: Mettre en évidence chez les patients de notre série l'efficacité biologique du traitement par Tocilizumab, notamment sur ces deux paramètres.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective portant sur les 12 patients suivis au sein du service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle, pendant la période s'étalant entre 2015 et 2017, et mis sous Tocilizumab pour un rhumatisme inflammatoire chronique.
Nous avons recueilli le bilan inflammatoire avant et après mise sous biothérapie, puis nous avons calculé la variation du chiffre d'hémoglobine et celui de la CRP sous traitement
Population d'étude: 12 patients, dont 11 femmes et 1 homme.
10 d'entre eux étaient suivis pour une polyarthrite rhumatoïde, les 2 autres pour une arthrite juvénile idiopathique.
75% de nos patients avaient déjà une anémie avant mise en route du traitement par Tocilizumab.
L'anémie a été définie selon les critères de l'OMS par un taux d'hémoglobine inférieur à 13g/dl pour les hommes et 12g/dl pour les femmes.
La CRP a été considérée élevée à partir d'une valeur de 5 mg/L.
66% de nos patients ont élevé leur chiffre d'hémoglobine après les cures de Tocilizumab.

Résultats

Premier paramètre étudié: L'anémie
La variation moyenne du taux d'hémoglobine était de **+1,22g/dl**, avec des extrêmes allant de 0,3 à 4,6 g/dl.
Les résultats ont été observés à partir de **3 cures** en moyenne.
Deuxième paramètre étudié: La CRP
Les valeurs initiales variaient entre 1,9 et 197,8 mg/L, soit une moyenne de 35,1 mg/L.
Après traitement, **75%** des patients ont vu leur CRP s'abaisser.
La variation moyenne était de **-15,38 mg/L**; avec des extrêmes allant de 1,5 à 34,2 mg/L.

Discussion:

Quelle action du Tocilizumab sur l'anémie inflammatoire?

→ Acteur principal: **HEPCIDINE**

- Hormone peptidique synthétisée dans le foie:
- Rôle clé dans l'**homéostasie du Fer**, modulée par: l'hypoxie, l'erythropoïèse et les stimuli de la Ferroportine (Transporteur du fer exprimé à la surface des entérocytes et des macrophages) → ANEMIE (2) l'inflammation.(2)
- Diminue l'absorption intestinale du fer, et empêche son recyclage à partir des réserves en régulant l'expression de

IL6: Inducteur majeur de l'expression de l'Hépcidine durant l'inflammation. **L'augmentation de l'Hépcidine** est fortement impliquée dans l'étiologie des **anémies inflammatoires.**

Anti-IL6 → Bloque l'expression de l'ARNm de l'Hépcidine 25 → Amélioration de l'anémie inflammatoire.

Quelle action du Tocilizumab sur la CRP?

L'IL-6 **stimule les hépatocytes** qui produisent les **protéines de la phase aiguë de l'inflammation** (PRI+ ou positive acute phase protein) incluant la **CRP**, le sérum amyloïde A protéine, le fibrinogène, l'haptoglobine et l'alpha-1-antichymotrypsine.

- À l'inverse, elle diminue la synthèse des PRI négatives dont l'albumine (3)
- L'IL-6 agit aussi sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien en induisant la fièvre, la fatigue et en favorisant la sécrétion d'ACTH.(3)

Anti-IL6: Action biologique directe conduisant à une diminution significative de la CRP.

Quelle différence entre anti-IL6 et anti-TNF en termes d'efficacité biologique?

Une étude comparative entre anti-IL6 et anti-TNF alpha a été menée concernant l'effet de chacun sur ces deux paramètres biologiques.

Le Tocilizumab a prouvé sa supériorité par rapport aux anti-TNF quant au blocage de l'action de l'Hépcidine 25. L'augmentation moyenne du taux d'hémoglobine était de 1,4 g/dl, contre 0,7 g/dl avec les anti-TNF alpha. (4)

Le TNF alpha joue un rôle inducteur dans la synthèse de l'ARNm de l'IL6, ce qui suggère l'hypothèse que l'effet des anti-TNF sur la diminution de l'hépcidine passe par l'IL6. (4)

Conclusion:

L'expérience avec Tocilizumab a confirmé que l'inhibition de la voie de l'IL-6 est une stratégie thérapeutique efficace dans la polyarthrite rhumatoïde. Celui-ci a montré sa supériorité par rapport aux autres biothérapies quant aux manifestations biologiques de la polyarthrite rhumatoïde.

Place du test Quantiféron dans la détection d'une tuberculose latente

Fazaa A¹, Sellami M¹, Cheikh M², Miladi S¹, Ouenniche K¹, Kassab S¹, Chekili S¹, Ben Abdelghani K¹, Ennaifer R², Laatar A¹¹ Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie² Service de Gastroentérologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa, Tunis, Tunisie**Introduction :**

Le dépistage de la tuberculose latente (TBL) est indispensable chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques et candidats à une biothérapie. De nombreuses recommandations internationales ont permis de diminuer le risque de tuberculose sous traitement biologique en se basant sur l'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine, mais elles ne font pas toutes appel aux tests sérologiques.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité du dépistage de la TBL par le test sérologique QuantiFERON-TB Gold (QFT) avant l'instauration d'un traitement biologique.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique menée sur 2 ans [2015-2017] incluant les malades suivis en rhumatologie (rhumatisme inflammatoire chronique) et en gastroentérologie (maladie inflammatoire chronique de l'intestin) candidats à une biothérapie (anti-TNF alpha ou Tocilizumab). Les données démographiques, cliniques et biologiques ont été collectées. Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie de thorax et d'un test sérologique QFT.

Résultats :

Notre étude a porté sur 43 hommes (41,7%) et 60 femmes (58,2%), âgés en moyenne de 47,8 ans [18-74].

Il s'agissait de 47 cas de polyarthrite rhumatoïde, 25 cas de spondyloarthrite, 30 cas de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (21 cas de maladie de Crohn et 9 cas de rectocolite hémorragique) et un cas d'arthrite juvénile idiopathique.

La durée moyenne d'évolution des maladies inflammatoires était de 11,2 ans [1-29]. Aucun antécédent de tuberculose ou de contagement tuberculeux n'a été relevé.

Quatre vingt treize patients (90,2%) étaient vaccinés par le Bacille de Calmette et Guérin à la naissance.

Un traitement par corticothérapie au long cours et par immunosuppresseurs était prescrit chez respectivement 81 (78,6%) et 79 (76,6%) patients.

La radiographie de thorax a montré des images suggestives de tuberculose active dans 3 cas, confirmée dans un seul cas par tomodensitométrie (TDM) thoracique.

Le test QFT, pratiqué chez tous les patients, était négatif dans 79 cas (76,6%), indéterminé dans un seul cas (1%) et positif dans 23 cas (22,3%).

Dans tous les cas où le QFT s'est avéré positif ou indéterminé, un complément d'exploration par TDM thoracique et recherche de bacille de Koch dans les crachats a été pratiqué.

Au terme de ce bilan, aucun cas de tuberculose pulmonaire évolutive n'a été diagnostiqué et le diagnostic de TBL a été retenu. Ces patients ont été mis sous chimioprophylaxie antituberculeuse (rifampicine - isoniazide pour une durée de 3 mois ou isoniazide seul pour une durée de 6 mois). La biothérapie a été initiée 4 semaines après.

Durant le suivi, aucun cas de réactivation tuberculeuse n'a été rapporté parmi les patients ayant une TBL.

Discussion:

Le dépistage systématique de la TBL chez les patients suivis pour une maladie inflammatoire chronique et candidats à une biothérapie est devenu un pilier important dans la stratégie de contrôle de la tuberculose [1].

Plusieurs études ont conclu à une faible concordance entre les résultats de l'IDR à la tuberculine et le QFT et recommandent plutôt un recours à ces deux techniques de dépistage de la TBL dans les pays endémiques [2].

Conclusion :

Notre étude souligne l'efficacité du test immunologique QFT dans la détection de la TBL chez des patients candidats à un traitement biologique. Ce test paraît très utile notamment dans les pays endémiques et chez les sujets vaccinés.

Références:

[1] Rangaka MX, Cavalcante SC, Marais BJ et al. Controlling the seedbeds of tuberculosis. Diagnosis and treatment of tuberculosis infection. Lancet 2015; 386: 2344-53.

[2] Kim JH, Cho SK, Han M, Choi CB, Kim TH, Jun JB, et al. Factors influencing discrepancy between the QuantiFERON-TB gold in tube test and the tuberculin skin test in Korean patients with rheumatic diseases. Semin Arthritis Rheum 2013;42:424-32.

Polyarthrite rhumatoïde : Etude de 500 cas

Saidane.O, Sellami.M, Barhoumi.R, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique dont la morbi-mortalité est causée majoritairement par les manifestations extra-articulaires. Sa prévalence est estimée entre 0,8 et 1% dans la population générale.

L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la PR en milieu hospitalier tunisien.

Patients et Méthodes :

Etude rétrospective transversale incluant 500 patients porteurs d'une PR et suivis sur une période de 15 ans [2000-2014]. Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'ACR 1987 et/ou les critères ACR/EULAR 2010. Les données épidémiologiques, les caractéristiques cliniques de la PR, les données biologiques (syndrome inflammatoire, facteur rhumatoïde, anticorps anti-peptides cycliques : ACPA) et les modalités thérapeutiques ont été recueillies. L'activité de la maladie est mesurée par le score DAS28 VS et l'incapacité fonctionnelle par le questionnaire HAQ.

Résultats :

Il s'agissait de 422 femmes (84,4%) et 78 hommes (15,6%) âgés en moyenne de 53,39 ans [21 et 83]. Le délai diagnostique moyen était de 5,4 ans [3mois-40ans]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 12,08 ans [2-40]. L'âge moyen de début de PR était de 41,3 ans [16-73]. Un tabagisme actif a été constaté chez 55 patients (11%). Vingt cinq pourcent des patients avaient au moins une seule comorbidité essentiellement un diabète de type 2 (13%). La polyarthrite a constitué le mode le plus fréquent de révélation de la PR (75%). Soixante deux pourcent des PR (312 cas) étaient associées à une manifestation extra articulaire (l'ostéoporose était en premier lieu chez 120 patients).

Des déformations articulaires étaient présentes chez 83% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était objectivé chez 380 patients (76%).

Le facteur rhumatoïde était positif dans 357 patients (71,4%) et les ACPA, recherchés seulement chez 85 patients, étaient présents chez 51 patients (60 %). La PR était érosive chez 450 patients (90%). Une coxite a été notée chez 65 patients (13%) et une luxation atloïdo-axoïdienne chez 67 patients (13,4%). Le score DAS 28 VS moyen au diagnostic était de 5,90 [4,52-7,28]. Le HAQ moyen, à l'hospitalisation initiale, était de 1,62 [0,2 à 3]. Un traitement symptomatique (antalgique de palier 1 et anti-inflammatoire non stéroïdiens) a été prescrit chez tous les patients. Quatre cent sept patients (81,4 %) ont reçu une corticothérapie orale. Tous nos patients ont reçu au moins un traitement de fond de type : méthotrexate (77,2%), sulfasalazine (39,4%), antipaludéens de synthèse (26,8%), léflunomide (12,4%) et biothérapie (27%). Un recours au traitement chirurgical était noté chez 59 malades (12%).

Les déformations articulaires étaient corrélées à l'âge ($p = 0,001$), à la durée d'évolution et à l'activité de la PR ($p = 0,001$ et $p = 0,002$ respectivement).

Conclusion :

Notre étude a objectivé un délai diagnostique moyen long malgré les avancés immun-radiologiques. Les déformations articulaires étaient corrélées à l'âge, à la durée d'évolution et l'activité de la maladie.

Impact de l'anémie sur l'activité de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La survenue de l'anémie au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est fréquente, expliquée par différents mécanismes dont le syndrome inflammatoire. Elle peut être responsable d'un retentissement fonctionnel considérable nécessitant une prise en charge globale.

Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de l'anémie au cours de la PR et d'évaluer son influence sur la qualité de vie et les paramètres d'activité du rhumatisme.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective transversale incluant 150 patients atteints de PR selon les critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques (taux d'hémoglobine, volume globulaire moyen (VGM), teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine (TCMH), vitesse de sédimentation (VS) et taux de c-réactive protéine (CRP)) ont été recueillies chez tous les patients. L'activité de la PR et le retentissement fonctionnel ont été évalués par le score DAS28 CRP et HAQ respectivement. L'anémie a été définie selon l'OMS par un taux d'hémoglobine < 12 g/dL pour les femmes et < 13 g/dL pour les hommes. Le seuil de signification (p) a été fixé à 0,05.

Résultats :

La population étudiée était composée de 124 femmes et de 26 hommes (sex-ratio de 0,21), âgés en moyenne de 57,09 ± 12,52 ans. La durée moyenne d'évolution du rhumatisme était de 7,52 ± 9,2 ans. Soixante cinq pourcent des patients avaient une anémie (97) majoritairement normochrome normocytaire (71 cas, 73%). Le taux moyen d'hémoglobine à 11,25 ± 1,53 g/dl [6,6-15,9]. L'anémie était significativement plus fréquente chez les femmes (p<0,001).

En présence d'une anémie, la PR avait une plus forte activité.

En effet, la valeur de la VS, CRP et du DAS28 CRP était significativement plus élevée chez les patients anémiques (p=0,02, p=0,04 et p<0,01 respectivement). L'indice fonctionnel HAQ était plus important en présence d'une anémie (p=0,03). Aucune association n'a été relevée entre l'anémie et les paramètres immunologiques (facteur rhumatoïde et anticorps anti-peptides cycliques citrullinés) ou le caractère érosif de la PR (p=0,421, p=0,622 et p=0,921 respectivement).

Conclusion :

Notre étude a montré que l'anémie était une comorbidité fréquente au cours de la PR associée à une plus forte activité du rhumatisme et à un retentissement fonctionnel plus important.

Impact de la PR sur la vie conjugale et familiale

Ben Tekaya A, Nacef L, Saïdane O, Mahmoud I, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicole, Tunis

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent et touche essentiellement la femme jeune. Cette maladie a des répercussions importantes sur la vie sociale et conjugale des patients.



Objectif de cette étude: Décrire le statut conjugal des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, le degré de leur réussite dans l'éducation de leurs enfants, et le degré de compréhension de ceux-ci de la maladie des parents.

Méthodes

Cette étude a porté sur 31 patients hospitalisés au sein du service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis de Juillet à Septembre 2017. Les données sociodémographiques ont été recueillies. L'activité de la maladie a été évaluée par le score DAS28. Ces patients ont été soumis à un questionnaire concernant leur statut marital, leur relation avec leur conjoint et avec leurs enfants, ainsi que les difficultés rencontrées dans les deux.

Résultats:

Parmi les patients interrogés, 65,38% étaient mariés, 19,23% étaient célibataires, 7,69% étaient divorcés et 3,84% étaient veufs. 50% avaient un niveau d'études primaire, 7,69% un niveau d'études secondaire, 3,84% avaient fait des études universitaires et 30,76% étaient analphabètes. Parmi les patients mariés, 88,23% ont décrit leur relation conjugale comme "**bonne**", reçoivent de l'aide de la part de leur partenaire, n'ont jamais été victimes de trahison, ni de menace de séparation de la part de leur conjoint; tandis que 17,64% l'ont décrite comme "**mauvaise**" avec un soutien conjugal absent. **Les causes de divorce** chez nos patients n'étaient en aucun cas la maladie. Un sentiment de **culpabilité** en cas de poussée a été décrit dans 23,07% des cas. Le degré de **réussite des enfants** a été décrit comme variant entre 5/10 et 9/10. Le degré de difficulté à **expliquer la maladie aux enfants** était en moyenne de 5,69%. Les enfants ont été décrits comme **compréhensifs** de la maladie des parents dans 100% des cas.

Discussion :

La PR est une pathologie dont la prise en charge doit être multidisciplinaire, incluant entre autres le rhumatologue et le psychologue. Le statut marital aurait une influence sur l'activité de la PR, et ce par le biais d'un changement de comportement du patient envers sa maladie ainsi que son adhésion au traitement. Une corrélation significative était observée entre l'attitude positive du conjoint, le soutien émotionnel et la l'amélioration de la douleur chez les patients atteints de PR. (1) Le niveau d'éducation élevé était par ailleurs corrélé à une satisfaction conjugale moindre et à une surévaluation de la douleur par le patient.(1) La limitation fonctionnelle causée par la pathologie et empêchant l'individu atteint de PR de contribuer aux tâches quotidiennes ainsi qu'à la vie de couple était une cause de disputes au sein du couple.(1) De manière plus globale, une mauvaise relation conjugale a été décrite comme un facteur favorisant de l'altération de la santé physique des individus d'un certain âge.(2) L'ancienneté de la PR a été significativement corrélée chez certains à une adaptation du conjoint.(3)

Conclusion

La prise en charge de la PR passe par le traitement médicamenteux mais aussi en s'assurant que le patient bénéficie d'un soutien social et conjugal, et le cas échéant, de l'adresser à un spécialiste. L'amélioration de la qualité de vie du malade est une étape clé dans le traitement de la PR.

Références:

- (1) Tewary S, Farber N. Marital Quality and Self-Efficacy: Influence of Disease Management among Individuals with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 11:3, 237-247
- (2) Bookwala J. The role of marital quality in physical health during the mature years. *J Aging Health*. 2005 Feb;17(1):85-104.
- (3) Resorlu H, Sahin B. An assessment of marital adjustment in patients with rheumatoid arthritis. *Med Glas (Zenica)*. 2017 Feb 1;14(1):67-72

Troubles podologiques au cours de la polyarthrite rhumatoïde

N. Belghuith, A. Fazaa, K. Ouenniche, Miladi S, S. Kassab, S. Chekili, K. Ben Abdelghani, A. Laatar

Service de rhumatologie hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction:

L'atteinte du pied, en particulier l'avant-pied, est fréquente dès les stades précoces de la polyarthrite rhumatoïde (PR). La synovite est responsable de la destruction articulaire mais des contraintes mécaniques spécifiques participent également aux déformations du pied. Le but de notre travail est d'étudier les troubles podologiques au cours de la PR, ainsi que les modalités thérapeutiques.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective descriptive (2010-2017), portant sur les données cliniques, thérapeutiques et évolutives des troubles podologiques au cours de la PR.

Résultats:

- 20 patients 18 femmes et 02 hommes.
- Age moyen est de 54,7 ans [38-70].
- Le délai moyen entre le diagnostic de PR et l'apparition de l'atteinte des pieds était de 8,8 ans [1-20].
- Les troubles podologiques étaient dominés par l'atteinte à la fois de l'avant-, du médio- et de l'arrière-pied dans 70% des cas. Une atteinte isolée de l'avant-pied était observée dans 30 % des cas.
- Les différents troubles podologiques de l'avant pied sont résumés dans la figure 1.
- Les différents troubles podologiques du médio et de l'arrière pied sont résumés dans la figure 2.
- Tous les patients étaient sous Méthotrexate lors de l'apparition de l'atteinte du pied. Un traitement podologique dominé par des orthèses plantaires et un chaussage adapté a été conseillé dans tous les cas. Deux patients ont été traités par un traitement local à type d'infiltration aux corticoïdes. Le recours à la chirurgie a été indiqué dans 4 cas après échec des autres moyens.

FIGURE 1: troubles podologiques de l'avant pied

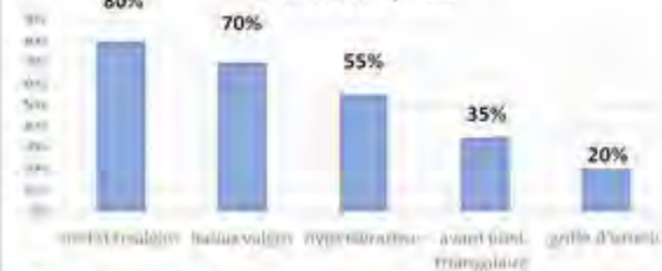
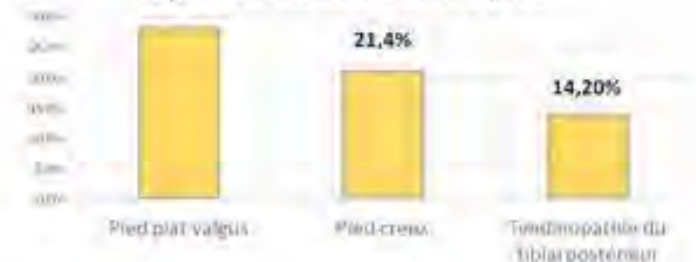


FIGURE 2: troubles podologiques du médio et de l'arrière pied



Discussion :

Le but de notre étude est d'insister sur l'importance d'un examen clinique et podologique minutieux afin de guetter les troubles podologiques à un stade précoce. Les principaux résultats de notre étude sont conformes aux données de la littérature 1,2 comme le montrent les figures 3 et 4.

FIGURE 3: Etude comparative 1

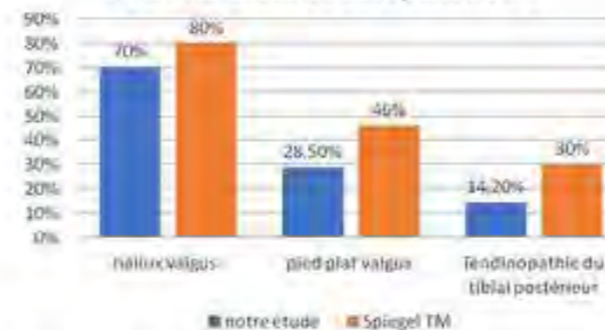
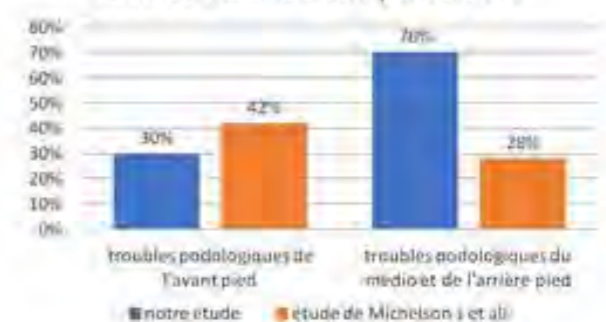


FIGURE 4: Etude comparative 2



Conclusion:

La gêne fonctionnelle liée au pied rhumatoïde impose un diagnostic et une prise en charge précoces afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de PR.

Références:

- (1) Spiegel TM, Spiegel JS. Rheumatoid arthritis in the foot and ankle. Diagnosis, pathology and treatment. Foot Ankle 1982;2:318-24.
- (2) Michelson J, Easley M, Wigley FM, et al. Foot and ankle problems in rheumatoid arthritis. Foot Ankle Int 1994;15:608-13.

Fatigue et activité de la maladie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sahli M, Ouenniche K, Fazaa A, Miladi S, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de Rhumatologie-Hopital Mongi Slim La Marsa

Introduction :

La plupart des patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (PR), se plaignent de fatigue. C'est un symptôme fréquent qui semble intimement lié au niveau d'activité de la maladie.
L'objectif de cette étude est de vérifier la corrélation entre l'activité de la maladie et la fatigue chez les patients souffrant de (PR).

Patients et méthodes :

Dans le cadre d'une étude transversale, des patients âgés de 16 à 65 ans atteints de PR satisfaisant les critères de l'ACR (American college of rheumatology) de 1987 ont été évalués sur le plan clinique et biologique sur une période d'une année.
La fatigue a été évaluée en utilisant deux instruments de mesure : une échelle visuelle analogique (EVA fatigue), allant de 0 (absence de fatigue) à 100 (fatigue la plus importante possible) et un auto-questionnaire FACIT-F comprenant 13 questions et dont le score est inversement proportionnel à la fatigue. L'étude statistique a recherché une association entre les deux paramètres d'évaluation de la fatigue et les différents paramètres du Disease activity score (DAS28).
La liaison entre les variables a été étudiée par le coefficient de corrélation de Pearson.

Résultats:

Cent patients ont été colligés



□ L'âge moyen de **49.5±10** ans [18-65 ans].

□ La durée d'évolution moyenne de la PR était de **87.3** mois [1-360 mois]

□ Paramètre cliniques et biologiques de la PR à l'inclusion :

EGP	NAD	NAG	VS	CRP
47,8	5,3	1	38,1	10,8

□ Le DAS28 moyen était de **3.68** [1.9-8.33]:

- activité faible: 24% des patients
- activité modérée: 53%
- Activité forte: 23%

□ Les paramètres d'activité de la fatigue:

- Valeur moyenne de l'**EVA fatigue**: **49.1** [5-100]
- Valeur moyenne du **FACIT-F**: **27.1** [0-51].

□ L'étude statistique a montré une association significative entre le NAD, NAG, EGP et les deux paramètres d'évaluation de la fatigue avec un **p <0.001**

□ Les malades présentant un niveau de fatigue important avaient généralement des valeurs de VS et de CRP plus élevées.

□ Une association très significative a été retrouvée entre le FACIT-F, EVA fatigue et le score DAS28. Il s'agissait d'une relation négative pour le score FACIT-F et positive pour l'EVA fatigue (**P=0.0001**).

Conclusion :

Les résultats de notre étude ont montré que plus la PR était active, plus les malades étaient fatigués. Ceci met l'accent sur la nécessité d'une bonne prise en charge de la PR pour lutter contre le sentiment de fatigue et améliorer la qualité de vie des patients.

Les facteurs prédictifs de la fatigue au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sahli M, Ouenniche K, Fazaa A, Miladi S, Kassab S, Chekill S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de rhumatologie-Hopital Mongi Slim La Marsa

Introduction :

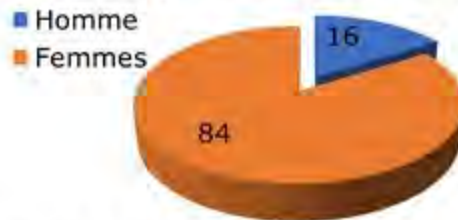
Les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) se plaignent souvent de fatigue qui est considérée comme un symptôme extra-articulaire. Cette fatigue est durable, inexpliquée et peu soulagée par le repos. L'objectif de notre travail était de rechercher les facteurs prédictifs de la fatigue au cours de la (PR).

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude prospective et longitudinale, menée sur des patients atteints de (PR) sur une période de 12 mois. La fatigue a été évaluée chez tous nos patients en utilisant une échelle visuelle analogique (EVA F) et La version arabe du Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue (FACIT-F). La fatigue a été retenue si $0 \leq \text{FACIT-F} < 40$ et/ou $\text{EVA F} \geq 20$. Les différents paramètres cliniques et biologiques ont été relevés et associés à la présence de fatigue. La corrélation a été évaluée par le score de Pearson (seuil de significativité $p \leq 0,05$).

Résultats:

Il s'agissait de 44 patients d'âge moyen de **49,5 ± 10** ans [18 ; 65]



L'âge moyen de l'apparition de la PR chez nos patients était de **42** ans [11-61].

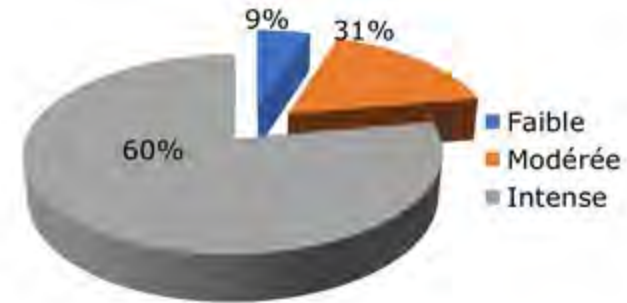
25% des patients étaient professionnellement actifs . Parmi les patients qui ne travaillaient pas, 10% étaient retraités.

L'EVA douleur moyenne était de **4.9**.

Le score moyen du HAQ était de **0,90** [0 - 2,75].

Le facteur rhumatoïde (FR) était positif dans 75% des cas et les anticorps anti-CCP dans 72,6% des cas.

La moyenne de l'EVA fatigue était de **49.1** [5-100]. Selon la valeur de l'EVA fatigue, l'intensité de la fatigue était comme suit:



Le score FACIT-F moyen était de **27.1** [0-51].

Les facteurs prédictifs de fatigue identifiés étaient:

- un **âge avancé**
- une **EVA douleur élevée**
- l'altération de la qualité de vie (**HAQ**)
- une forte activité de la maladie (**DAS28**)

Le sexe, le statut professionnel et le statut immunologique (facteur rhumatoïde et anticorps anti-CCP) n'étaient pas associés à la présence de fatigue. .

Conclusion :

La fatigue semble liée à la douleur et à l'inflammation. C'est une cible identifiable à prendre en considération dans la prise en charge de la PR.

La polyarthrite rhumatoïde est-elle une source d'anxiété ?

Hamdi W. ; Ben Saad R. ; Cherif I. ; Maatallah K. ; Kaffel D. ; Kchir M
Institut National Orthopédique de Mohamed El Kassab

Introduction :

L'organisation mondiale de la santé a définie l'anxiété comme « un sentiment de danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement ». C'est une névrose qui peut s'associer aux maladies chroniques notamment à la polyarthrite rhumatoïde (PR). Plusieurs paramètres de la maladie peuvent s'associer à l'anxiété.

Notre objectif était de déterminer la fréquence de l'anxiété au cours de la PR et de rechercher une corrélation entre les paramètres de la PR et l'anxiété

Méthodes :

Etude transversale portant sur 70 patients atteints de PR (critères de l'ACR/EULAR 2010). L'évaluation de l'activité de la maladie a reposé sur le nombre d'articulations douloureuses (NAD), le nombre d'articulations tuméfiées (NAT), la vitesse de sédimentation (VS) et le DAS28 (disease activity score 28) VS. La douleur était évaluée sur une échelle visuelle analogique (EVA) (0-10). Le retentissement fonctionnel a été évalué par le Health Assessment Questionnaire HAQ. Le score de Sharp modifié a été utilisé pour évaluer la présence d'érosions et de pincements articulaires.

Un auto-questionnaire (Beck Anxiety Index (BAI)) a été utilisé pour l'évaluation de la sévérité de la l'anxiété. Il comprend 21 items, noté chacun de 0 à 3. Le score global varie de 0 à 63. L'anxiété est considérée minime si le score varie entre 0 et 17, modérée entre 18 et 24 et sévère au-delà de 25.

Résultats :

Il s'agissait de 70 patients âgés en moyenne de $51,9 \pm 12,2$ ans [18-75] et répartis entre 54 femmes et 16 hommes (sexe ration=0,29). La durée moyenne d'évolution de la PR était de $6,9 \pm 8,4$ ans [3mois -41ans]. Le NAD et NAT moyen étaient de $7,8 \pm 7,5$ de $3,9 \pm 5,2$ respectivement. Le DAS 28 VS était de $4,8 \pm 1,5$. L'EVA douleur était de 49 ± 21 . Le HAQ était de $1,4 \pm 1,5$. Le score de Sharp modifié était de $107,1 \pm 99,5$.

Le score de BAI total était de $16,2 \pm 9,5$.

L'anxiété était minime dans 32 %, modérée dans 22%, et sévère dans 15%.

La liaison entre le score de BAI et les paramètres de la PR sont représentée par le tableau I

Tableau I: Corrélation entre le score du BAI et les paramètres de la PR

	Age	Délai d'évaluation	NAD	NAT	DAS 28 VS	EVA douleur	HAQ	Sharp érosion	Sharp pincement	VS	CRP
BAI	p=0,604	p=0,103	p=0,001 r=0,400	p=0,008 r=0,310	p=0,000 r=0,480	p=0,000 r=0,430	p=0,000 r=0,490	p=0,026 r=0,360	p=0,382	p=0,695	p=0,774

Le score de BAI était corrélé significativement au NAD (p=0,001, r=0,40), au NAT(p=0,008, r=0,31), au DAS28 VS (p=0,000, r=0,48), à l'EVA douleur(p=0,000, r=0,43) et au HAQ (p=0,000, r=0,49). De même, il était corrélé au score de Sharp érosion (p=0,026,r=0,36) mais pas au score de Sharp pincement .

Aucune corrélation n'était retrouvée avec l'âge, le délai d'évolution, la VS et la CRP,

Conclusion:

Le diagnostic d'anxiété associée à la PR est important. Elle représente un facteur de comorbidité, responsable d'une altération de la qualité de vie des patients. Une prise en charge multidisciplinaire peut être nécessaire.

Caractéristiques de l'hépatite médicamenteuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde 2018

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

Les étiologies de l'atteinte hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont diverses et souvent intriquées. L'hépatite médicamenteuse reste toujours la cause la plus fréquente de l'atteinte hépatique au cours de la PR selon la majorité des études.

Le but de ce travail était de déterminer la prévalence et l'évolution des hépatites médicamenteuses au cours de la PR ainsi que les principaux traitements incriminés.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective transversale incluant les patients atteints de PR selon les critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010 suivis sur une période de 5 ans [2010-2015]. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques et évolutives ont été recueillies. Après avoir éliminé les autres causes d'hépatopathies, Le diagnostic d'hépatite médicamenteuse était retenu après une enquête de pharmacovigilance.

Résultats :

Nous avons inclus 150 patients (124 femmes), âgés en moyenne de $57,09 \pm 12,52$ ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de $7,52 \pm 9,2$ ans. Nos patients avaient reçu un traitement par paracétamol (150 patients, 100%), anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) (95 patients, 63%) et corticoïdes (126 patients, 84%).

Au moins un traitement de fond de type conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs (csDMARDs) a été instauré avec recours au : méthotrexate (130 patients, 87%), sulfasalazine (56 patients, 37%) et léflunomide (11 patients, 7%). Trente six patients (24%) avaient reçu une biothérapie.

La prévalence de l'hépatite médicamenteuse était de 25% (38 cas). Cette atteinte médicamenteuse était toujours de découverte fortuite révélée par une cholestase dans 91% et une cytolyse dans 88%. Les classes thérapeutiques incriminées dans l'induction d'une hépatite médicamenteuse étaient : les AINS (17cas, 37%), le méthotrexate (13 cas, 34%), le paracétamol (5 cas, 13%), la sulfasalazine (4cas, 10%), le léflunomide (1cas, 3%) et le ritiximab (1cas, 3%). L'AINS le plus hépatotoxique était le diclofénac (7 patients, 50%). Une normalisation du bilan hépatique a été notée à l'arrêt du traitement en cause en $22 \text{ jours} \pm 11,4$ en une moyenne. Un seul cas de non résolution de l'atteinte hépatique a été retrouvé, avec réapparition d'une cytolyse et de cholestase hépatique à la réintroduction progressive du méthotrexate.

Conclusion :

Notre étude a montré que l'hépatite médicamenteuse était présente dans 25% des cas au cours de la PR. Les AINS et le méthotrexate étaient les traitements les plus incriminés. L'hépatotoxicité était réversible à l'arrêt du traitement.

Prévalence des hépatites virales découvertes fortuitement dans le bilan pré thérapeutique de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La prescription d'un traitement immunosuppresseur ou biologique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) impose, aujourd'hui, de réaliser un bilan pré thérapeutique pour limiter les risques infectieux. Certaines particularités devront s'appliquer en fonction du traitement choisi, mais les sérologies virales des hépatites B et C sont toujours indispensables.

Le but de ce travail était d'identifier la prévalence des hépatites B et C dépistées par le bilan pré thérapeutique ainsi que leur impact thérapeutique.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 150 patients atteints de PR suivis sur une période de 5 ans [2010-2015]. Les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives ont été recueillies. Les sérologies virales d'hépatite B (antigène anti Hbs, anticorps anti Hbs et anticorps anti Hbc) et C (anticorps anti VHC) étaient demandées avant l'instauration d'un traitement par méthotrexate ou biothérapie. En présence d'une sérologie positive, une réaction en chaîne par polymérase (PCR) était pratiquée.

Résultats :

Nous avons inclu 150 patients (124 femmes), âgés en moyenne de $57,09 \pm 12,52$ ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de $7,52 \pm 9,2$ ans. Aucun antécédent d'hépatite B ou C n'a été révélé par l'interrogatoire. Un facteur de risque d'hépatite virale a été retrouvé dans 25% des cas (habitudes de scarifications et tatouages). Une corticothérapie orale était prescrite chez 126 patients (84%). Cent trente patients (87%) étaient mis sous méthotrexate et seulement 36 patients (24%) avaient reçu une biothérapie. Une atteinte hépatique a été diagnostiquée chez 66 patients (44%).

La prévalence des hépatites virales chroniques était de 14/66 (21%). Dix cas d'hépatite B chronique ont été observés : 3 cas (2,3%) dépistés par le bilan pré méthotrexate et 7 cas (19,4%) dépistés par le bilan pré biothérapie (pré infliximab et etanercept). Quatre sérologies d'hépatite C chronique (11,1%) étaient découvertes en pré biothérapie (Infliximab et Tocilizumab). La recherche de l'ADN viral du VHB par PCR était indétectable dans les 10 cas d'hépatite B chronique. La recherche de l'ADN viral du VHC était positive chez un seul patient. Une hépatite B guérie a été notée chez 5 patients. Aucun signe clinique ou biologique d'insuffisance hépatique n'a été retrouvé. La découverte d'une hépatite chronique à amener à arrêter la corticothérapie dans tous les cas. Un traitement préemptif d'hépatite B a été démarré avant l'instauration de la biothérapie. La découverte d'une hépatite B chronique en pré méthotrexate à amener à annuler ce traitement avec un switch vers les anti TNF α dans les 3 cas.

Conclusion :

Les hépatites virales B et C de découverte fortuite étaient fréquentes au cours de la PR (21%). L'impact thérapeutique de ces hépatopathies était double avec la nécessité d'un traitement préemptif et d'une adaptation du traitement de fond.

Profil biologique et immunologique de la polyarthrite rhumatoïde associée à des manifestations extra-articulaires

Saidane.O, Sellami.M, Barhoumi.R, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

Les manifestations extra-articulaires (MEA) de la polyarthrite rhumatoïde (PR) traduisent le caractère systémique du rhumatisme qui peut toucher de nombreux tissus.

Notre objectif était d'étudier les caractéristiques biologiques et immunologiques de la PR associée à des MEA.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective transversale incluant les patients porteurs d'une PR et suivis sur une période de 15 ans [2000-2014]. Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'ACR 1987 et/ou les critères ACR/EULAR 2010. Les caractéristiques cliniques de la PR ainsi que les données biologiques (dosage de la vitesse de sédimentation : VS et la c-réactive protéine CRP) et immunologiques (facteur rhumatoïde : FR, anticorps anti-peptides cycliques : ACPA et anticorps antinucléaires : AAN) ont été recueillies. Le FR et les ACPA ont été mesurés dans 89% (445 cas) et 17% (85 cas) respectivement. Les AAN ont été recherchés 369 cas (73%). Les caractéristiques biologiques et immunologiques de la PR étaient comparées selon la présence ou non de MEA. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats :

Cinq cent patients (422 femmes) âgés en moyenne de 53,39 ans [21-83] ont été inclus. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 12,08 ans [2-40]. Un syndrome inflammatoire biologique était objectivé chez 380 patients (76%). Le FR et les ACPA étaient positifs dans 357 (71,4%) et 51 cas (60%) respectivement. Les AAN étaient positifs dans 28 cas (7,5%). Soixante deux pourcent des PR (312 cas) étaient associées à une MEA de type : perte osseuse chez 179 patients (36%), syndrome sec oculaire chez 173 patients (34,6%), syndrome de Sjögren secondaire dans 70 cas (14%), atteinte pulmonaire en rapport avec la PR chez 70 patients (14%), atteinte rénale chez 45 malades (9%), nodules rhumatoïdes chez 23 patients (4,6%), vascularite rhumatoïde chez 3 malades (0,6%) et un syndrome de Felty chez 2 patients (0,4%).

La moyenne de la VS selon la présence ou pas d'une MEA était comparable dans les 2 groupes (63,8 vs 69,5mm, $p=0,524$). La moyenne de la CRP était comparable dans les 2 groupes selon la présence ou non d'une MEA (34 vs 31 mg/dl, $p=0,247$). Les MEA étaient significativement associées à des polyarthrites FR positifs et ACPA positifs ($p=0,01$ et $p=0,02$ respectivement).

De même, ces manifestations systémiques étaient plus observées dans les PR ayant des AAN positifs ($p=0,001$). La perte osseuse et l'atteinte pulmonaire étaient les MEA les plus corrélées à des PR fortement FR positifs ($r=0,522$ et $r=0,411$ respectivement) et ACPA positifs ($r=0,271$ et $r=0,364$). Cette corrélation était statistiquement significative.

Conclusion :

Le SIB n'était pas associé à la présence ou non d'une MEA. Notre étude a montré qu'un bilan immunologique (FR, ACPA et AAN) positif au cours de la PR était associé à des MEA plus fréquentes.



Impact de la ménopause sur l'incapacité fonctionnelle des patientes au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune qui implique des facteurs hormonaux pouvant expliquer sa fréquence dans la population féminine. Plusieurs études se sont intéressées à la relation entre la ménopause et l'activité de la PR.

Notre but était d'étudier l'association entre la ménopause et l'incapacité fonctionnelle des patientes suivies pour PR.

Patients et méthodes :

Etude transversale portant sur des patientes atteintes de PR selon les critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010. Le questionnaire HAQ mesure l'incapacité fonctionnelle au cours de la PR. Les étapes de la ménopause selon l'encyclopédie Médico-chirurgicale sont définies par : la préménopause (la période allant de la puberté jusqu'à la périménopause confirmée), la périménopause (la période d'irrégularités des cycles menstruels précédant la ménopause et l'année qui suit l'arrêt apparent des menstruations) et la post ménopause (la période s'écoulant après la ménopause).

Résultats :

Il s'agissait de 95 femmes atteintes de PR avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de $5,69 \pm 7,4$ ans. Dix neuf femmes (20%) étaient en préménopause, 31 femmes (33%) étaient en périménopause et 45 femmes (47%) en post ménopause. L'âge moyen pour chaque groupe respectif était : $33,4 \pm 6,4$ ans, $49,4 \pm 3,1$ ans et $64,5 \pm 5,1$ ans.

L'indice moyen HAQ a augmenté parallèlement à l'âge et selon le statut ménopausique : $0,88 \pm 0,24$ (préménopause), $1,5 \pm 0,84$ (périménopause) et $2,4 \pm 1,1$ (post ménopause). Les femmes post ménopausiques avaient une incapacité fonctionnelle significativement plus sévère par rapport aux femmes non ménopausées attestée par un score HAQ plus élevé ($p=0,001$). La ménopause tardive (>55 ans) et la multiparité étaient associées à une incapacité moins sévère ($p=0,034$ et $p=0,042$ respectivement). Aucune association significative n'a été observée avec la contraception orale au long cours ou la ménopause précoce (<40 ans).

Conclusion :

Notre étude a montré que la ménopause chez les femmes atteintes de PR est associée à un déclin de l'état fonctionnel avec une incapacité fonctionnelle de plus en plus sévère.

La polyarthrite rhumatoïde est-elle un facteur de risque de survenue de démence ? 2018

Saidane.O, Sellami.M, Barhoumi.R, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La relation entre l'inflammation chronique et la démence a été bien établie dans différentes études épidémiologiques. Cependant, les données sur l'altération de la fonction cognitive au cours la polyarthrite rhumatoïdes (PR), une des plus fréquentes maladies inflammatoires chroniques, reste controversées et incertaines.

Notre objectif était d'évaluer l'association entre la PR et l'apparition d'une altération de la fonction cognitive.

Patients et méthodes :

Etude transversale comparative incluant des patients suivis pour une PR, colligés en milieu rhumatologique, et des témoins sains, choisis au hasard, appariés selon l'âge et le sexe. Le Mini Mental State Examination (MMSE) était utilisé pour explorer les fonctions cognitives. L'atteinte cognitive était définie par un score MMSE inférieur à 24 ou inférieur à 26 pour les patients ayant bénéficié de moins de six ans de scolarité. L'activité de la PR était mesurée à l'aide du DAS28(VS).

Résultats :

Deux groupes ont été retenus: le groupe 1 comportait 20 patients (12 femmes et 8 hommes) suivis pour une PR âgés en moyenne de 52,6 ans [31-72], et le groupe 2 formé de 20 témoins (15 femmes et 5 hommes) apparemment sains, sans antécédents notables, âgés en moyenne de 55,8 ans [50-77]. La PR était séropositive dans 95% des cas, évoluant en moyenne depuis 12,45 ans [1-26]. La moyenne du DAS28(VS), au moment de l'interrogatoire, était de 4,73 témoignant d'une activité modérée du rhumatisme. Trois quart de nos patients étaient sous ou ont déjà reçu du méthotrexate.

Huit patients (40%) étaient sous biothérapie : 5 patients sous anti TNF alpha et 3 sous Rituximab. Quarante pourcent des patients du groupe 1 étaient analphabètes versus 49% dans le groupe 2. Un score MMSE normal était retrouvé chez onze patients (55%) dans le groupe 1 et chez 15 patients dans le groupe 2 (75%). Une atteinte cognitive modérée (moyenne de MMSE de 18,62) était retrouvée chez 8 patients (40%) dans le groupe 1 et chez 2 patients (10%) dans le groupe 2 avec une atteinte prédominante de la praxie constructive. Aucune atteinte cognitive sévère ou très sévère n'a été relevée dans les deux groupes. L'apparition d'une atteinte cognitive était significativement associée à la présence d'une PR : la moyenne du MMSE dans le groupe 1 était de 24,95 (une atteinte cognitive légère) versus 28,24 dans le groupe 2 (score considéré normal) avec un $p=0,001$.

Conclusion :

Notre étude a attiré l'attention sur une manifestation peu connue mais grave de la PR qui est l'apparition précoce d'une démence. Celle-ci pourrait être expliquée par l'inflammation et l'atteinte vasculaire causées par le rhumatisme. Une étude plus large est nécessaire pour mieux caractériser et dépister cette atteinte neurologique.



Polyarthrite rhumatoïde masculine : à propos de 78 cas

Saidane.O, Sellami.M, Barhoumi.R, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune qui touche principalement les femmes, avec un sex-ratio en moyenne de 3 femmes atteintes pour un homme. Cette différence est surtout nette avant 60 ans et diminue progressivement avec l'âge ou dans les formes familiales.

Le but de notre travail était d'étudier les aspects cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la PR chez l'homme et de déterminer les particularités de ce rhumatisme inflammatoire chronique chez la population masculine.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective descriptive incluant 78 cas de PR masculine, colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 14 ans [2000-2014] selon les critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010. Les caractéristiques sociodémographiques, clinico-biologiques radiologiques et thérapeutiques ont été recueillies.

Résultats :

Soixante dix-huit hommes atteints de PR ont été inclus durant cette période d'étude, âgés en moyenne de $57,10 \pm 12,04$ ans. Un tabagisme actif était observé chez 5 patients (6%). Au moins un antécédent médical était noté dans 58 cas (74%). Le délai moyen de diagnostic de la PR était de $6,03 \pm 5,85$ ans. La durée moyenne d'évolution de la PR était de $10,62 \pm 7,96$ ans avec un âge moyen de début du rhumatisme de $46,6 \pm 10,11$ ans. La polyarthrite chronique a constitué le mode le plus fréquent de révélation de la PR (79%), suivie par l'oligoarthrite asymétrique (21%). Les déformations articulaires étaient observées dans 60 cas (77%).

Une complication osseuse a été observée dans 11 cas (11%) : une luxation atloïdo-axoïdienne (4 cas) et une coxite (7 cas). A la biologie, un syndrome inflammatoire biologique a été retrouvé dans 70 cas (90%) avec une vitesse de sédimentation moyenne de $62,03 \pm 34,72$ mm et une c-réactive protéine moyenne de $35 \pm 30,45$ mg/l. Le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-peptides citrullinés étaient positifs dans 55 cas (71%) et 49 cas (63%) respectivement. La recherche des anticorps anti-nucléaires était positive chez 6 malades (8%). Le score DAS 28 VS moyen était de $5,48 \pm 1,32$ et l'indice fonctionnel HAQ moyen de $1,61 \pm 0,68$. Une manifestation extra-articulaire a été notée dans 42 cas (54%) : une atteinte pulmonaire (29 cas), une ostéoporose (21 cas), une atteinte rénale (9 cas), un syndrome de Sjörgen secondaire (9 cas), des nodules rhumatoïdes (5 cas) et une vascularite rhumatoïde (2 cas). En plus du traitement symptomatique par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (67 cas, 86%) et les corticoïdes à faible dose (64 cas, 82%), un traitement de fond de la PR était prescrit chez tous les patients à base de : méthotrexate (55 cas, 71%), sulfasalazine (38 cas, 49%) et léflunomide (10 cas, 13%). Le recours à la biothérapie était nécessaire dans 14 cas (18%). La chirurgie articulaire était nécessaire dans 9 cas (12%).

Conclusion :

Notre série de PR masculine se caractérise par une présentation clinico-biologique et thérapeutique classique. Les déformations articulaires et les complications osseuses fréquentes témoignent de la sévérité du rhumatisme chez l'homme.

Etude des comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR) s'est profondément modifiée avec l'apparition de la notion de fenêtre d'opportunité et du contrôle serré. Ce meilleur contrôle de la PR rend d'autant plus évidente la nécessité de détecter et traiter les comorbidités associées.

Notre objectif était de déterminer la prévalence et le profil des comorbidités au cours de la PR ainsi que les facteurs associés à leur survenue.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective portant sur 150 dossiers de PR répondant aux critères ACR 1987 ou ACR/EULAR2010, colligés au service de rhumatologie. Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et para cliniques ont été recueillies chez tous les patients. L'activité de la PR et la fonction ont été évalués par le score DAS28 CRP et HAQ respectivement.

Résultats :

Cent cinquante patients ont été inclus (124 femmes), âgés en moyenne de 57,09 ± 12,52 ans. La durée moyenne d'évolution du rhumatisme était de 7,52 ± 9,2 ans. La PR était FR positive et érosive dans 79% et 81% des cas respectivement. Le score DAS 28 CRP moyen était de 5,83 ± 1,38. Le HAQ moyen était de 1,74 ± 1,25. Tous les patients avaient eu un traitement symptomatique à base de paracétamol et/ou d'anti-inflammatoire non stéroïdiens.

Quatre-vingt huit pourcent de nos patients ont reçu au cours de l'évolution de la PR une corticothérapie orale. Quatre-vingt sept pourcent des patients étaient traités par méthotrexate, 37% par sulfasalazine, 7% par léflunomide et 24% par biothérapie. Quatre vingt patients (53%) avaient au moins une comorbidité et 15 patients (10%) avaient au moins deux comorbidités. Soixante-dix malades (47%) n'avaient aucun antécédent personnel particulier. L'hypertension artérielle était la comorbidité la plus fréquente (44patients, 29%), suivie par le diabète de type 2 (41 patients, 27%), la dyslipidémie (29patients, 19%), la dysthyroïdie (11 patients, 7%), l'ulcère gastroduodénal (10 patients, 7%), la tuberculose (8patients, 5%), l'asthme allergique (6patients, 4%) et les néoplasies (4patients, 3%). Les facteurs associés à la présence de comorbidité étaient un âge avancé ($p=0,012$), une durée moyenne d'évolution du rhumatisme ≥ 3 ans ($p=0,024$) et l'utilisation des corticoïdes ($p=0,035$). Aucune corrélation n'a été observée entre la présence d'une comorbidité et le genre, le DAS28, le HAQ, la positivité du facteur rhumatoïde et l'utilisation des autres thérapeutiques.

Conclusion :

La prévalence des comorbidités au cours de la PR était de 53%. L'atteinte cardiovasculaire et endocrinienne était les plus retrouvées. Ces comorbidités étaient plus fréquentes chez les patients âgés, les PR évoluant depuis plus que 3 ans et en présence d'une corticothérapie.

Prévalence de la stéatohépatite métabolique au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

L'atteinte hépatique au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) pose souvent un problème diagnostique pouvant relever d'une atteinte spécifique, d'une comorbidité ou d'une maladie auto-immune associée. La stéatohépatite métabolique (SM) est une affection de plus en plus fréquente pouvant être responsable d'une comorbidité hépatique associée à la PR.

Le but de notre étude était de déterminer la prévalence de la SM au cours de la PR ainsi que son impact sur la prise en charge thérapeutique.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective, portant sur 150 patients souffrant de PR et colligé sur une période de 5 ans [2010-2015]. Le diagnostic de SM était posé devant l'association d'arguments clinique (surcharge pondérale), biologique (hypercholestérolémie), échographiques et histologique quand une biopsie du foie était disponible.

Résultats :

Notre population était composée de 124 femmes et de 26 hommes, âgés en moyenne de 57,09 ans [25 à 85 ans]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de $7,52 \pm 9,2$ ans. Une hépatopathie a été diagnostiquée chez 66 patients porteurs de PR faisant une prévalence de 44%. Le diagnostic de SM était retenu chez 10 patients (15%) révélé dans la plupart des cas (80%) par une cholestase asymptomatique. Dans un cas la SM était de découverte échographique fortuite et dans l'autre cas le diagnostic était histologique (biopsie du foie pratiquée devant une hépatite B chronique).

Au moins un facteur de risque de SM a été relevé chez tous les patients : une surcharge pondérale notée chez tous les patients avec un indice de masse corporelle moyen de 29,8 kg/m² [28-36], une élévation de la cholestérolémie totale dans 7/10 cas (70%) avec un taux moyen de cholestérol total de l'ordre de 2,2g/l [2-3,1] et un diabète de type 2 chez 5 patients (50%). L'échographie hépatique a objectivé dans tous les cas des images très évocatrices de SM à type d'augmentation de l'échogénicité homogène ou hétérogène. L'étude histologique, pratiquée chez deux patients porteurs de SM, a objectivé des lésions de stéatose hépatique micro et macro vésiculaire avec fibrose portale et périsinusale minime chez une patiente et stéatohépatite non alcoolique en activité faible et sans fibrose chez une patiente. La SM était associée à une autre hépatopathie au cours de la PR dans 8 cas : association à un kyste hydatique du foie dans un cas, une hépatite B chronique dans 2 cas et une hépatite médicamenteuse dans 5 cas.

Tous les malades porteurs de SM ont été adressés en hépatologie avec une normalisation du bilan hépatique dans la moitié des cas. L'impact thérapeutique de la SM sur la prise en charge thérapeutique de la PR était essentiellement un arrêt provisoire des traitements à pouvoir hépatotoxique afin d'explorer la perturbation biologique.

Conclusion :

Notre étude a montré que la fréquence de la SM au cours de la PR était de 15%, essentiellement due à une obésité ou à un diabète. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire entre rhumatologue, hépatologue et endocrinologue.

Les facteurs de risque de perte osseuse lié à la maladie dans la polyarthrite rhumatoïde (PR)

Hamdi W, Boudokhane M, Boughanmi N, Kaffel D, Maatallah K, Kchir M
Service de rhumatologie – institut d'orthopédie KASSAB

Introduction :

L'atteinte osseuse constitue la complication extra articulaire la plus fréquente au cours de la PR et s'associe à une morbidité et une mortalité importante. D'où l'importance d'un diagnostic rapide et une prise en charge adéquate de l'ostéoporose au cours de la PR. L'objectif de notre étude était d'identifier les facteurs de risque de perte osseuse lié à la PR.

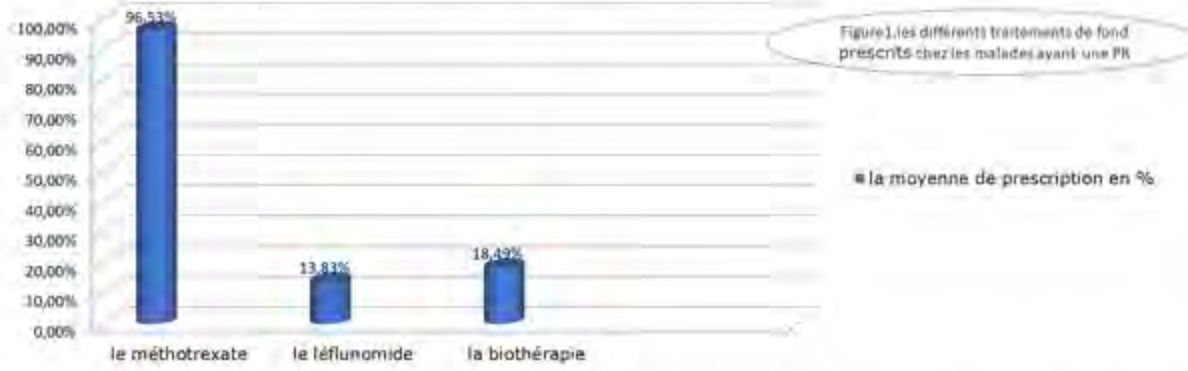
Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur 173 patients ayant une PR répondant aux critères de l'ACR 1987 colligé sur une période d'un an au service de rhumatologie à l'institut kassab d'orthopédie. Les patients atteints d'une affection associée pouvant avoir un retentissement sur la densité minérale osseuse ont été exclus. La DMO a été mesurée par absorptiomètre bi photonique à rayons X ou DEXA et exprimée en g/cm².

Résultats :

Nous avons colligé 173 patients ayant une PR dont 141 femmes et 32 hommes. L'âge moyen était de 54.05ans [29-78]. L'âge moyen de début de la maladie était de 45.6 [17-74]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 8.2 ans [7 mois-41 ans]. La positivité du FR et de l'ACPA était respectivement noté dans 72.25% et 73.98%. La PR était érosive dans 98.84% des cas. Cent vingt cinq malades (72.25%) recevaient de la corticothérapie dont 76% seulement parmi eux recevaient en plus une supplémentation vitamino-calcique.

Pour le traitement de fond, le méthotrexate, le léflunomide et la biothérapie étaient prescrits respectivement dans 96.53%, 13.83% et 18.49% des cas (figure1).



L'ostéoporose et l'ostéopénie était observé respectivement chez 83 (47.9%) et 55 (31.7%) malades.

Les facteurs de risque lié à la maladie impliqués dans la perte osseuse étaient le degré de retentissement fonctionnel évalué par le HAQ (p<0.01) et l'importance de l'atteinte structurale évalué par le score SHARP modifié (p<0.01).

Dans l'étude multivariée, les paramètres de la PR lié au risque de perte osseuse de façon indépendantes étaient le degré de retentissement fonctionnel évalué par le HAQ (OR ajusté= 17.6, p=0.01) et la présence d'une inflammation biologique évaluée par la mesure de la vitesse de sédimentation (OR ajusté =11.04, p=0.04).

Conclusion :

La prévention de l'ostéoporose nécessite une prise en charge précoce et adéquate de la polyarthrite rhumatoïde visant en particulier la réduction du handicap physique et l'inflammation biologique.

Les facteurs de risque généraux de perte osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Boudokhane M, Hamdi W, Boughanmi N, Maatallah K, Kaffel D, Kchir M
Service de rhumatologie – institut d'orthopédie KASSAB

Introduction :

L'ostéoporose est l'ostéopathie raréfiante la plus fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). La survenue de cette complication émane de l'intrication des facteurs de risque généraux d'ostéoporose et des facteurs liés à la PR. L'objectif de notre étude est de déterminer la fréquence et l'effet des facteurs de risque généraux d'ostéoporose au cours de la PR dans la survenue de perte osseuse.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur 173 patients ayant une PR répondant aux critères de l'ACR 1987 colligés sur une période d'un an au service de rhumatologie à l'institut Kassab d'orthopédie. Les patients atteints d'une affection associée pouvant avoir un retentissement sur la densité minérale osseuse ont été exclus. La DMO a été mesurée par absorptiomètre bi photonique à rayons X ou DEXA et exprimée en g/cm^2 .

Résultats :

Nous avons colligé 173 patients ayant une PR dont 141 femmes et 32 hommes. L'âge moyen des patients était de 54ans [29-78]. Parmi les 141 femmes, 15 (10.63%) étaient nullipares. Pour les autres patientes, le nombre moyen de grossesse était de 3.91 [0-10]. Cent patientes étaient ménopausées. L'âge moyen de survenue de la ménopause était de 48.75 [37-65]. Elle était précoce chez 4 femmes.

L'index de masse corporelle (IMC) moyen était de $27.32kg/m^2$ [14.47-43.3]. La maigreur (IMC<18.5) et l'obésité (IMC>30) étaient observés respectivement chez 9 et 67 malades (figure1).

Vingt huit patients étaient tabagiques. L'apport journalier moyen de calcium était de $495.2mg/j$ [229-1117].

L'ostéoporose et l'ostéopénie étaient observés respectivement chez 83 (47.9%) et 55 (31.7%) malades (figure2).



figure1. la répartition des patients selon l'IMC.

nombre des patients selon les résultats de la DMO



Figure 2: la répartition des patients selon les résultats de la DMO

Les facteurs généraux impliqués dans la perte osseuse étaient l'IMC ($p<0.001$), la ménopause ($p<0.001$) et l'apport journalier en calcium ($p<0.001$).

Dans l'étude multivariée, les paramètres qui s'étaient avérés liés au risque de perte osseuse de façon indépendantes étaient la ménopause (OR=15.57, $p=0.02$) et l'apport calcique journalier en mg (OR=6.26, $p=0.03$).

Conclusion :

Les facteurs de risque généraux d'ostéoporose au cours de la PR sont essentiellement l'IMC, la ménopause et l'apport calcique journalier. D'où la nécessité d'insister sur les mesures hygiéno-diététiques chez les sujets atteints de PR afin de réduire le risque de perte osseuse.

Lymphome au cours de polyarthrite rhumatoïde sous Méthotrexate : présentation atypique A propos de 1cas

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

Introduction

La survenue d'une hémopathie et notamment le lymphome au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est rarement rapportée dans la littérature Tunisienne. Les mécanismes ne sont pas connus et de nombreux facteurs ont été incriminés comme l'hérédité, l'inflammation chronique, une co-infection par le virus Epstein Barr (EBV) et l'immunodépression due aux traitements de fond en particulier le méthotrexate (MTX) et probablement les anti-TNF α . Le diagnostic de lymphome est facilement évoqué en présence d'adénopathies. Les manifestations moins typiques doivent être connues pour arrêter MTX.

Nous rapportons un cas de lymphome non hodgkinien (LNH) survenu au cours d'une PR.

Patient

Mr A.O, âgé de 57 ans suivi pour une polyarthrite rhumatoïde depuis 5 ans séropositive avec présence d'Ac Anti CCP. Il s'agit d'une forme de PR, sans manifestations extra-articulaire notamment de syndrome de Goumert Jogren, elle est modérément active avec un DAS 28 à 4,4. Sa maladie est bien contrôlée par du Methotrexate 6cp/semaine et prednisone 7,5 mg.

Au cours de l'évolution soit 4 ans après le début de sa PR, il présente une altération de l'état général et de la découverte d'une splénomégalie à 16 cm sans adénopathie superficielle ni profonde ni d'hépatomégalie. A l'hémogramme il existe une hyperleucocytose à 24000 (80 % de lymphocytes); l'EPP : une hypoalbuminémie à 29 g/l sans anomalie des gamma globulines et, sans adénopathie superficielle ni hépatomégalie. Le myélogramme montre une moelle infiltré par 48 % d'élément lymphoïde

Résultats :

l'IEPP : présence d'une bande étroite discrète au niveau des gamma globulines correspondant à une IgM monoclonale de type lambda

l'immunophénotypage montre une population lymphoïde B mature monoclonale lambda CD19+ , CD5- ,CD22+ ,CD79b + ,CD23 faible, CD20 fort, FMC7+ et la biopsie ostéo-médullaire confirme l'envahissement par un lymphome à petite cellule B de phénotype compatible avec un lymphome de la zone marginale (Caryotype : délétion 7q).

les Sérologies de l'hépatite B, C et le HIV sont négatifs. Le diagnostic de lymphome marginal splénique stade 4 médullaire a été retenu.

Il a été traité initialement par chlorambucil à la dose 6mg/m², puis il a bénéficié par un traitement anti CD20 (Rituximab) à la dose de 375 mg/ m² (j1, j8, j15, j22).

L'évolution a été marqué par l'amélioration de l'état général, la disparition de la splénomégalie et sur le plan biologique la disparition de l'hyperleucocytose.

Le patient est actuellement en rémission clinique et biologique aussi bien de sa PR et de son lymphome.

Conclusion

Les données de la littérature montrent que l'incidence des lymphomes est celle qui est attendue dans une population de rhumatisme inflammatoire chronique sévère SIR 2,4 (1,7 – 3,02). Le risque de lymphome au cours de la PR mais aussi l'existence de manifestations atypiques doivent être rappelés. La survenue d'un LNH ou d'une maladie de Hodgkin impose l'arrêt du MTX qui s'accompagne parfois d'une rémission qui ne doit pas faire relâcher la surveillance.

Evaluation de la fatigue au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Nessib D, Hamdi W, Cherif I, Maatallah K, Kaffel M.D, Kchir M.M

Service de Rhumatologie, Institut d'Orthopédie Mûjammed Kassab

Introduction :

- La Polyarthrite Rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique ayant un retentissement fonctionnel important.
- Ce retentissement est déterminé par plusieurs facteurs dont la fatigue.
- Objectifs de ce travail :
 - évaluer la fatigue physique et mentale au cours de la PR
 - étudier les facteurs auxquelles elle est corrélée

Patients et méthodes :

- Etude transversale prospective
- 70 patients répondant aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR 1987) de la PR
- Paramètres recueillis : paramètres épidémiologiques, cliniques et biologiques
- La fatigue a été évaluée sur les plans somatique et mental par le questionnaire de Chalder comportant 14 items.
- Un score supérieur à 4 témoigne d'un état de fatigue avéré.

Résultats :

- 70 patients : 54 femmes et 16 hommes
- Sexe ratio de 3,3 F/H
- Âge moyen : 51,9 ans [18-78]
- Durée moyenne de l'évolution de la PR : 6,9 ans [0,25-41]
- Le score global moyen de la fatigue : 8,8 [1-14]
- Le score global moyen de la fatigue était supérieur à 4 chez 91% des patients
- Le score moyen de la fatigue somatique : 6,5 [1-8]
- Le score moyen de la fatigue mentale : 2,3 [0-6]

Paramètres corrélés avec la fatigue somatique

	p	r
Echelle Visuelle Analogique (EVA) de la douleur	p=0,023	r=0,27
Disease Activity Score (DAS28)	p=0,000	r=0,48
Health Assessment Questionnaire (HAQ)	p=0,000	r=0,43
Score de Sharp modifié (érosions)	p=0,034	r=0,34
Nombre d'Articulations Douloureuses (NAD)	p=0,003	r=0,35

Paramètres corrélés avec la fatigue mentale

	p	r
EVA douleur	p=0,040	r=0,250
DAS28	p=0,000	r=0,500
HAQ	p=0,000	r=0,530
NAD	p=0,001	r=0,380
NAG	p=0,003	r=0,350

Conclusions :

- La fatigue : une plainte fréquente et d'intensité importante dans notre série
- Le versant somatique était plus important que le versant mental.
- Cette étude a par ailleurs prouvé la liaison entre la fatigue et l'activité de la maladie.
- La prise en charge de la PR devrait passer aussi par une évaluation objective puis par une prise en charge psychosomatique de la fatigue.

Comorbidité et historique médical de la polyarthrite rhumatoïde dans la région du Sahel

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

- Rechercher les atcd familiaux d'auto-immunité ou de maladie inflammatoire au cours de la polyarthrite rhumatoïde (pr)
- Préciser les comorbidités et le délai diagnostique de la PR et évaluer le retentissement de ces comorbidités sur la prise en charge de la PR.

Patients et méthodes :

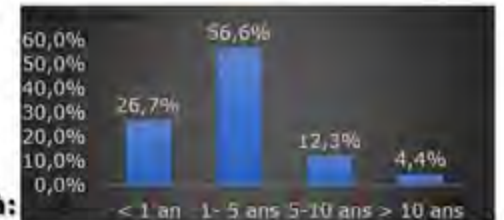
- Etude transversale monocentrique descriptive
- 90 patients atteints de pr
- Critères de l'acr1987 et/ou EULAR 2010
- Service de rhumatologie de monastir
- Période de 06 mois (novembre 2016-avril 2017)

Résultats :

- **Age moyen** = 52 ± 10 ans [27-78]
- **Sex-ratio** = 0,1
- **Antécédents familiaux:**
 - **Antécédents de maladie inflammatoire chronique:** 26,6%
 - PR = 79%
 - Dysthyroïdie = 13%
 - Spondylarthrite (maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI)) = 9%
 - Diabète sucré = 21%
 - Hypertension artérielle = 16%
 - **Antécédents personnels:** 52%
 - Diabète type 2 = 14%
 - Diabète cortico-induit = 23%
 - Hypertension artérielle = 13%
 - Maladies auto-immunes à type d'endocrinopathie = 4%
 - Antécédents orl (otites séromuqueuses, dysphonie et surdité) = 5%
 - Antécédents gastriques = 9%
 - Essentiellement ulcère gastroduodénal
 - Un cas de perforation gastro intestinale sous Tocilizumab



- Antécédents pulmonaires = 5%
 - Tuberculose pulmonaire
 - Kyste hydatique
 - Pleurésie
 - Syndrome de kartagener
- **Délai diagnostique moyen = 2 ans**
 - <1an = 27% des cas
 - Entre 1 et 5ans = 57% des cas
 - Entre 5 et 10 ans = 12% des cas
 - Supérieur à 10 ans = 4% des cas
- **La comorbidité est statistiquement associée à :**
 - Ancienneté de la PR (p ≤ 0,04)
 - Délai diagnostique > 10 ans (p ≤ 0,02)



Conclusion :

- Presque 10% de nos PR ont des ATCD familiaux de maladies auto-immunes
- Les problèmes gastriques fréquemment rencontrés sont probablement secondaires AINS
- Le diabète cortico-induit et les infections sont favorisés par les immunosuppresseurs
- Les manifestations pulmonaires et ORL sont plutôt l'effet de l'atteinte systémique
- La prise en charge des patients doit être globale et adaptée
- Le délai diagnostique est encore long

Lecture critique des valeurs de DAS 28 vs versus les valeurs de DAS 28 crp dans une étude prospective de 69 PR

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

Le score DAS28 crp demeure invalide. Nous présentons une étude critique des valeurs DAS 28 crp en comparaison avec le DAS 28 vs.

Patients et méthodes :

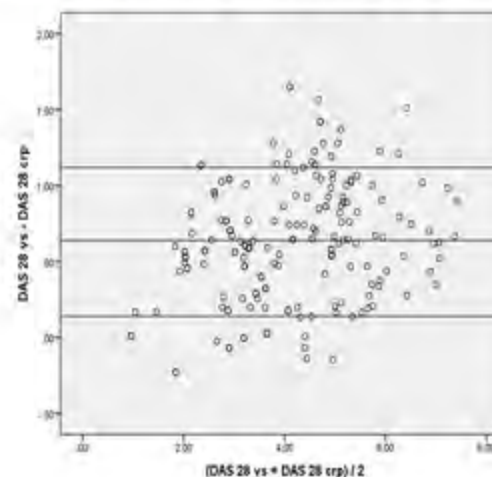
- Etude prospective
- PR consécutives dont le diagnostic a été retenu selon les critères de L'EULAR 2010/ACR 87
- Evaluation de sa PR à J0, à J7 et à J30.
- La concordance entre les 2 scores:
 - A l'échelle individuelle, par le test Kappa de Cohen.
 - En globalité, entre les valeurs de DAS 28 vs et DAS 28 crp par la courbe graphique de Bland Altaman.
 - Les meilleures valeurs de compromis DAS28-CRP pour chaque seuil ont été calculées en utilisant des courbes de caractéristiques de fonctionnement du récepteur (ROC)

Résultats :

- **Nombre** : 69 patients
- **Age moyen** = 52 ± 10 ans [27-78]
 - Prédominance de la tranche d'âge de 40 à 60 ans (65%).
- **Sex-ratio** = 86 % des patients (sex-ratio= 0,13)
- **Antécédents familiaux** :
 - Antécédents de maladie inflammatoire chronique : 26,6%
 - Le coefficient de corrélation VS versus CRP : $r = 0,701$
 - Le coefficient de corrélation DAS28-vs versus DAS28-crp : $r = 0,964$
 - Corrélation parfaite : à l'échelle individuelle

• La courbe graphique de Bland Altaman:

- Correspondance importante entre les 2 scores.



• Les valeurs seuils de DAS28-CRP correspondant:

- Rémission = 2,2
- Activité faible de la maladie = 2,8
- Activité élevée de la maladie = 4,17
- La sensibilité et la spécificité des courbes ROC ont été progressivement réduites à mesure que les valeurs de DAS28 devenaient plus faibles.

Conclusion :

- Cette étude a montré que le DAS28-crp et le DAS28-vs étaient bien corrélées. Les valeurs seuils devraient être reconsidérées. Ce qui a été signalé dans la littérature.

ZROUR S., MOUANAA H., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

- Déterminer les particularités épidémiologiques de la Polyarthrite rhumatoïde (PR) dans la région du sahel.

Patients et méthodes :

- Etude transversale monocentrique descriptive
- Patients consécutifs, atteints de PR
- Critères de l'ACR1987 et/ou EULAR 2010
- Service de Rhumatologie
- Période de 06 mois (Novembre 2016-Avril 2017)

Résultats :

- Quatre-vingt-dix patients
- **Age moyen** = 52 ± 10ans [27-78]
- Prédominance de la tranche d'âge 50 à 60 ans (45 % des cas).
- Prédominance féminine ou les femmes représentent 89 % des patients:
 - 54 femmes (60 %) étaient ménopausées
 - 25% sous pilules œstro-progestatives
- Tabac:
 - La majorité des patients: non tabagique 66% des cas:
 - 100% des hommes
 - 17% des femmes
- **Consommation d'alcool:**
 - 5% des patients exclusivement des hommes consommaient de l'alcool

• Origine géographique:

- urbaine dans 72 % des cas essentiellement de la région du Sahel Tunisien

• Niveau d'étude :

- La majorité de nos patients soit 78% des cas avait un niveau d'étude qui ne dépasse pas le niveau primaire
- Dix malades soit 11% des cas avaient un niveau supérieur

• Travail:

- 52 % des cas étaient non travailleurs notamment 51% chez la population active (âge < 60 ans)

• Niveau socio-économique :

- La majorité de nos patients avait un niveau socio-économique moyen (salarié...) avec un pourcentage de 83%.

Conclusion :

- Les patients atteints de PR dans la région du sahel sont des femmes adultes non tabagiques, non travaillant, non mariées, vivant dans des zones urbaines, non mariées, vivant dans des zones urbaines, active (Ouvrière ++) avec un niveau socioéconomique moyen habitant essentiellement dans des zones urbaines.

Les comorbidités au cours de la PR sont elles différentes de celles des spondylarthropathies ?

2018

EL Achek MA¹, Jguirim M¹, Farhat A¹, Mouna B¹, Bejia I¹, Touzi M¹, Zrou S¹, Bergaoui N¹

Service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

Les patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires ne sont certainement indemnes d'importantes **comorbidités** qui peuvent être dues à l'activité inflammatoire systémique des maladies rhumatismales elles-mêmes, d'un dysfonctionnement immunitaire, ou à l'iatrogénie, elles peuvent également avoir lieu indépendamment. La morbidité cardiovasculaire demeure une des plus importantes à dépister et elle est augmentée au cours de ces maladies. **Donc existent-il des différences significatives entre les comorbidités associées à la polyarthrite rhumatoïde (PR) et celles à la spondyloarthrite ankylosante (SPA) ?**

Résultats : Il s'agit d'une étude rétrospective de 111 dossiers de patients suivis pour PR (critères de l'ACR 1987), et de 60 dossiers de patients suivis pour SPA, menée à notre service entre Janvier 2005 et Décembre 2016.

L'âge moyen des patients atteints de PR était de 51,04 ans [18-80ans] avec un **sex ratio** (H/F) était de 0,18. La durée moyenne d'évolution de la maladie était 6,54 ans [0-29ans].

L'âge moyen des patients atteints de SPA était de 40,4 ans [18-61ans] avec un **sex ratio** (H/F) était de 19. La durée moyenne d'évolution de la maladie était 16,8 ans [1-45ans].

Concernant les **comorbidités cardiovasculaires** on a objectivé une **HTA** chez 16,2 % de PR et 5,1% des SPA, une **dyslipidémie** chez 2,7% des PR et 0% des SPA, un **surpoids** chez 31,5 % des PR et 21,7% des SPA, une **obésité** chez 22,5% des PR et 11,7% des SPA, une insuffisance cardiaque et coronaire chez 5,4% des PR et 1,7% des SPA, une insuffisance rénale chez 3,6% des PR et chez 3,4% des SPA, un **diabète** chez 18% des PR et 10% des SPA, une **hypothyroïdie** chez 5,4% des PR et chez 1,7% des SPA, une **goutte** chez 0,9% des PR et aucun patient atteint de SPA, une **ostéoporose** chez 21,3% des PR et 40% des SPA.

Discussion: La PR est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Sa prévalence fluctue selon les pays mais elle est en moyenne de 0,5 % dans le monde [1]. Elle se caractérise par un excès du risque cardiovasculaire résultant d'une athérosclérose plus importante que dans la population générale due à la fois à des facteurs de risque cardiovasculaires et à la présence d'un syndrome métabolique [2,3]. Dans la cohorte NHANES-III, aucune augmentation de la prévalence des facteurs de risque CV classiques n'était retrouvée chez les patients atteints de PR par rapport à la population générale [4]. La dyslipidémie joue un rôle important dans la formation de l'athérome. Selon l'absence ou la présence d'une dyslipidémie, le risque relatif de décès d'origine CV au cours de la PR passe de 1,47 à 7,12 [5]. Le risque de développer un diabète chez les patients atteints de PR était de 0,94 (0,84-1,06) après ajustement avec l'âge, le sexe, l'index de masse corporelle, le tabac, l'alcool, la corticothérapie et les comorbidités [6]. Ce sont surtout l'obésité et le mode de vie des patients qui favorisent l'apparition d'un diabète chez les patients

atteints de PR. L'association entre PR et DT1 est estimée à 2,8 % et augmente en présence d'anticorps anti-peptides citrullinés avec un odds ratio à 7,3 [7]. La goutte augmente le risque cardiovasculaire chez les patients atteints de PR [2].

Pour la SPA: Un excès de mortalité de 1,6 à 1,9 fois a été rapporté dont la principale cause était une MCV (40-52 %) [8]. Cet excès de mortalité pourrait être à la fois expliqué par une augmentation de l'incidence des événements cardiovasculaires mais également une augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV) par rapport à la population générale [5,6]. En ce qui concerne le profil lipidique: Une diminution du HDL cholestérol a été retrouvée dans différentes études [9,10]. Les études sur les lipoprotéines sont plus difficiles à appréhender, une étude de 2013 [10] retrouve des taux de lipoprotéine Lp(a) plus bas chez les SpA par rapport aux témoins suggérant un rôle plutôt athéroprotecteur. Plusieurs études retrouvent une augmentation de la prévalence de l'HTA, du syndrome métabolique et de l'ostéoporose dans leur population SpA par rapport au groupe témoin. La prévalence de l'ostéoporose densitométrique était de 18 à 62%. L'hyperuricémie est particulièrement décrite chez les rhumatismes psoriasiques [11].

Conclusion :

Notre étude a conclu à la fréquence de comorbidités surtout cardiovasculaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde par rapport à l'SPA. L'ostéoporose est aussi plus rencontrée chez notre population d'étude atteinte de PR bien que non rare chez nos patients atteints de SPA. Cela peut s'expliquer par la prescription d'une corticothérapie dans la PR.

Bibliographie:

- [1]. Saraux A. Epidemiology of rheumatoid arthritis. Rev Prat. 2012;62(8);p.1081-3.
- [2]. Hein J, Paul A, Bianca S, Marion B. Goutte et polyarthrite rhumatoïde. deux affections dont il faut tenir compte dans la prise en charge du risque cardiovasculaire : étude de cohorte rétrospective en soins primaires. Revue du Rhumatisme. 2017 ; p 520-25.
- [3]. Schlienger JL, Monnie L. Le syndrome métabolique a déjà une histoire. Med des Maladies Métaboliques. 2016 ; p75-80.
- [4]. De Pablo P, Dietrich T, Karlson EW. Antioxidants and other novel cardiovascular risk factors in subjects with rheumatoid arthritis in a large population sample. Arthritis Rheum 2007;57:953-62.
- [5]. Fischer LM, Schlienger RG, Matter C, Jick H, Meier CR. Effect of rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus on the risk of first-time acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2004;93:198-200.
- [6]. Dubreuil M, Rho YH, Man A, et al. Diabetes incidence in psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a UK population-based cohort study. Rheumatology 2014;53:346-52.
- [7]. Liao KP, Gunnarsson M, Källberg H, et al. Specific association of type 1 diabetes mellitus with anti-cyclic citrullinate peptide-positive rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2009;60:653-60.
- [8]. Prati C, Claudepierre P, Pham T, et al. Mortality in spondylarthritis. Joint Bone Spine 2011;78:46-70.
- [9]. Mathieu S, Gossec L, Dougados M, et al. Cardiovascular profile in ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Care Res (Hoboken) 2011;63:557-63.
- [10]. Papagoras C, Markatseli TE, Saougou I, et al. Cardiovascular risk profile with spondylarthritis. Joint Bone Spine 2014;81:57-63.
- [11]. Blanchais A, Moltó M. Comorbidités et spondyloarthrite. Revue du rhumatisme monographies. 2014.

Prévalence de l'atteinte du rachis cervical au cours de la polyarthrite rhumatoïde : 2018 A propos de 30 cas

Rekik.S, Moalla.M, Boussaid.S, Aouadi.A, Jammali.S, Ajlani.H*, Sahli.H, Cheour.I, Jrad.M**, Elleuch.M

Service de rhumatologie La Rabta, *Hopital regional El Yasminette Beh Arous **Service de radiologie La Rabta

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire de l'ensemble du tissu conjonctif à prédominance synoviale. Le rachis cervical, du fait de sa richesse en articulations synoviales n'est pas épargné. Son atteinte représente un facteur de mauvais pronostic tant sur le plan fonctionnel que vital ce qui motive sa recherche systématique.

Le but de ce travail est de déterminer la prévalence de l'atteinte cervicale au cours de la PR.

Méthodes :

Etude transversale s'étalant sur une période de 18 mois, ayant porté sur des patients atteints de PR dont la durée d'évolution était supérieure à deux ans.

Résultats :

Trente patients ont été inclus au total (2H/28F) dont l'âge moyen était de 54,2 ans. La durée d'évolution moyenne de la PR était de 8,4 ans.

Vingt-cinq patients (83%) souffraient de cervicalgies (inflammatoires dans 16 cas, d'horaire mixte dans 4 cas et mécaniques dans 5 cas). L'évaluation de la douleur selon Ranawat est représentée dans le tableau 1.

Stade	Nombre de patients (pourcentage)
0	5(%)
I	14(%)
II	9(%)
III	2(%)

Tableau 1 : évaluation selon Ranawat

Dix patients ont rapporté une irradiation des cervicalgies (tableau 2) : 8 avec une névralgie cervico-brachiale (27%) et 2 une névralgie d'Arnold (7%). Neuf patients (30%) ont rapporté la notion de paresthésies des membres supérieurs (MS) de trajet mal systématisé. Des signes bulbo-médullaires à type de vertige et de nausées ont été notés chez cinq patients (17%).

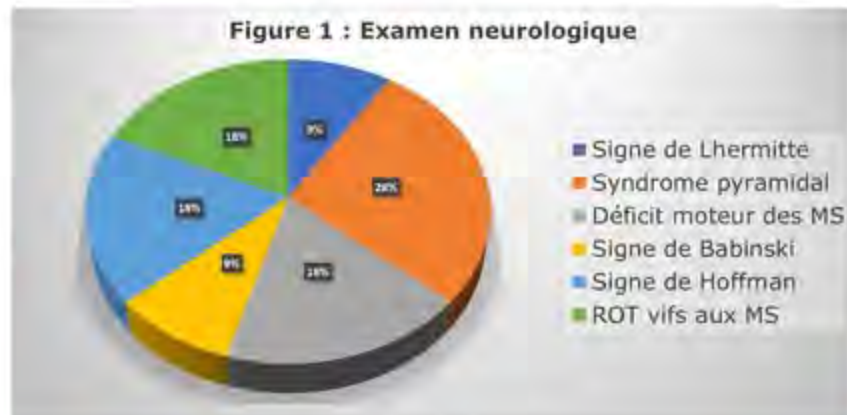
Cervicalgies	25
Névralgies cervico-brachiales	8
Névralgie d'Arnold	2
Signes bulbo-médullaires	5
Paresthésies mal systématisées du membre supérieur	9

Tableau 2: Signes fonctionnels associés

A l'examen du rachis, une raideur cervicale a été notée chez 9 patients (30%) et une rectitude du rachis cervical avec torticolis a été retrouvée chez un patient (3%).

Sur le plan neurologique, ont été objectivés : un signe de Lhermitte (1cas), un syndrome pyramidal (3cas), un déficit moteur au niveau des MS (2cas), des réflexes ostéo-tendineux vifs aux MS dans (2cas) , un signe de Babinski (1cas) et celui de Hoffman (2cas) (figure1)

Figure 1 : Examen neurologique



Conclusion :

L'atteinte du rachis cervical n'est pas rare au cours de la PR. Elle peut se manifester de façon variable et peut être négligée par le patient. Un interrogatoire et un examen rigoureux doivent être de mise devant tout patient atteint de PR vu la gravité potentielle de cette atteinte.

Particularités de l'association polyarthrite rhumatoïde et syndrome de Gougerot Sjögren

Fakhfakh R; El Amri N; Baccouche K; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E
Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction :

Les données concernant la polyarthrite rhumatoïde (PR) associée au syndrome de Sjögren (SS) sont limitées. L'objectif de l'étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la PR et du SS chez les patients affectés par l'association de ces 2 maladies.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les dossiers de patients suivis pour PR ayant un SS associé, menée au service de Rhumatologie de Sousse de 1997 à 2016. Le diagnostic de PR était retenu selon les critères ACR (1987) ou ACR/EULAR2009 et le SS selon les critères American European Consensus group (AECG).

Résultats :

Notre étude a inclus 44 patients (3 hommes et 41 femmes), d'âge moyen 47ans. Le délai moyen d'évolution de la PR lors du diagnostic du SS était de 4,8 ans (2mois-27ans). Une sécheresse oculaire et buccale était objectivée dans 89% et 68% des cas respectivement. L'atteinte oculaire était sévère dans 10% des cas. L'activité de la PR au moment du diagnostic du SS était faible dans 3 % des cas, modérée dans 40% des cas et élevée dans 47% des cas. Les manifestations extra-articulaires observées étaient : une ostéoporose dans 31% des cas, une atteinte pulmonaire dans 13% des cas (à type de nodules pulmonaires et HTAP dans 3% (1cas), pneumopathie interstitielle diffuse et bronchiolite cellulaire dans 8% des cas (3 cas)). Il n'avait pas d'atteinte rénale. Le bilan immunologique était positif pour les AAN dans 62% des cas, les antiSSA dans 32% des cas et les antiSSB dans 25% des cas. La PR était séronégative dans 17%. Des érosions radiologiques étaient trouvées dans 82% des cas. Une corticothérapie à faible dose était préconisée pour tous les patients. L'hydroxychloroquine était prescrite dans 4 cas. Une biothérapie était nécessaire pour 4 patients (Rituximab et Adalimumab : chacun 1cas, Tocilizumab : 2cas). L'évolution était favorable pour tous les patients sans transformation lymphomateuse.

Discussion:

Les études ont montré que le pourcentage de patients ayant une PR et réunissant les critères de classification du SS sont de 4-31%. Selon Fox et al, le SS associée à la PR se produit sur un terrain génétique différent que le SS primaire (HLA DR4) et cet auteur suggère que le SS secondaire à la PR a un processus pathogénique différent que celui associé au lupus et à la sclérodermie. Le SS secondaire à la PR est peu symptomatique, s'accompagnant essentiellement d'un syndrome sec buccal sans signes systémiques, d'une infiltration lymphoïde salivaire et d'une faible prévalence des auto anti corps anti SSA/SSB. La relation SS secondaire avec la durée d'évolution de la PR est contre versée selon les études. L'association entre le SS secondaire et l'activité de la PR a également été étudiée par Foujita et al qui ont constaté que l'activité de la PR n'a pas de corrélation significative avec le syndrome sec oculaire, mais il y avait une certaine relation chez les patients qui ont répondu au diagnostic de SS secondaire.

Conclusion :

Dans notre série, la PR associée au SS est majoritairement destructrice et a une activité élevée. Le SS et la PR ne semblent pas modifier pas leur cours évolutif respectif

The place of ultrasound in the short-term follow-up of rheumatoid arthritis activity

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Rheumatology Department, University Hospital Center Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisia

Rheumatology Department, University Hospital Center Taher Sfar, Mahdia

Introduction :

- Different clinical scoring systems are used to monitor disease activity in rheumatoid arthritis (RA). However, subclinical activity may be observed and detected by ultrasound (US) assessment despite clinical remission and lead to radiographic progression. This prospective study aimed to :
 - Compare synovial US scores to conventional measures (DAS28, Erythrocyte sedimentation rate (ESR), C reactive protein (CRP)) in RA activity assessment.
 - Evaluate clinical and US activity scores changes between baseline and 1 month after treatment.

Patients et méthodes :

- In daily practice, 69 patients with RA were consecutively enrolled and assessed at the Rheumatology department of Fattouma Bourguiba Teaching Hospital, Monastir, Tunisia, from november the first 2016 to april 30th 2017. All of whom underwent clinical, laboratory, radiographic and ultrasonographic assessments with grayscale and power doppler assessments, at baseline and at one month.

Résultats :

- The mean age of our patients was 52.01 ± 10.1 years [27-78].
- The women accounted for 89% of patients.
- The average of disease duration was 121 ± 86 months [1- 333].
- At baseline, the mean tender joint count (TJC) was 5.9 ± 5.6 [0-27], the mean swollen joint count (SJC) was 3 [0- 22], the mean ESR, the mean DAS 28 was 42 mm [4-115mm].
- The overall mean modified Sharp Score (SS) was 105 ± 59 [17-272].

- The mean NS was 17 ± 15 [0-64] and BS was 21 ± 10 [2-44].
- NS was significantly associated with SJC ($p < 0.000$) and DAS28 ($p < 0.01$).
- The BS was significantly associated with TJC ($p < 0.000$), SJC ($P < 0.04$) and DAS 28 ($p < 0.02$).
- The number of erosions found by the BS was significantly associated with the erosion score of both hands and overall erosion score found by the SS ($p < 0.001$).
- Ultrasound shows superiority in detecting erosions than standard radiographs: the number of erosions found by the BS was superior in 91% of cases to the number of erosions found by SS in the same joints.
- Clinical and US indicators changed significantly after treatment, from baseline to 1 month: TCJ, SJC, ESR, CRP, DAS 28, NS, BS ($p=0.000$) respectively

Conclusion :

- NS and BS are significantly associated with RA disease activity
- Ultrasound detects better synovitis and osteoarticular erosions than clinical and radiological assessment respectively
- US evaluation is useful in assessing disease activity at baseline,



Relation entre indice de masse corporelle et la réponse au traitement biologique au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Daldoul C, Elamri N, Fakhfekh R, Baccouch K, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie Farhat Hached Soussse

Introduction :

Le lien entre l'obésité et le risque de survenue de polyarthrite rhumatoïde (PR) ainsi que son rapport avec l'activité de la maladie était toujours un sujet de controverse. Beaucoup d'études se sont même intéressé à évaluer l'impact de l'obésité sur la réponse aux différents traitements de la polyarthrite rhumatoïde dont les biothérapies.

Matériel et méthodes :

Nous avons analysé de façon rétrospective 34 dossiers de polyarthrite rhumatoïde ayant été mis sous traitement biologique durant une période d'au moins une année. Nous avons évalué l'activité de la maladie avant l'initiation du traitement biologique et à 3, à 6 et à 12 mois du traitement et nous avons corrélé ces résultats à l'indice de masse corporelle des patients (IMC). L'activité de la maladie a été évaluée par le Disease Activity Score (DAS28), la vitesse de sédimentation (VS) et la C-Reactive Protein (CRP). Le seuil de signification statistique p a été fixé à 0,05.

Résultats :

34 patients, avec un sexe ratio à 0.13, âgés en moyenne de 56 ans ont été inclus. L'IMC moyen était de 30.49 ± 09. L'âge moyen du diagnostic est de 44 ans. La PR était séropositive dans 76.5% des cas avec facteur rhumatoïde (FR) positif dans 67.6% et anti-ccp positif dans 64.7% des cas. La mise sous la première biothérapie était après un délai moyen de 105 mois après le diagnostic. Les molécules prescrites étaient comme suit : Anti-TNFα dans 58.8% des cas (Infliximab 32.4%, adalimumab 8.8%, etanercept 14.7%, Certolizumab 2.9%), Tocilizumab dans 32.4% et Rituximab dans 8.8%. Une corticothérapie a été prescrite dans 85.3% des cas (11.8% sous 5mg/j de prednisone, 2.9% sous 7.5mg/j de prednisone, 67.6% sous 10mg/j de prednisone). Un traitement de fond associé à la biothérapie a été prescrit dans 91.2% des cas (55.9% sous methotrexate, 5.9% sous salazopyrine, 14.7% sous léflunomide). Le taux moyen de CRP initial était de 25mg/l, la valeur moyenne de la VS initiale était de 35 mm à H1, la moyenne du DAS28 initial, à 3mois, à 6mois et à 12 mois était respectivement de 5.61, 3.95, 3.96 et 3.61. La corrélation entre l'IMC et le DAS 28 à 3 mois était non significative ($r=+0.064$, $p=0,75$), ainsi qu'avec le DAS 28 à 6mois ($r=0.22$, $p=0.3$) et le DAS 28 à 12 mois ($r=-0.85$, $p=0.68$).

Discussion :

L'excès du tissu adipeux est une source de stress biologique, en effet il contribue à l'augmentation d'expression de cytokines pro inflammatoires par le biais des adipokines. Au cours de la polyarthrite rhumatoïde, il est associé à une forte activité de la maladie mais à une progression structurale moindre(1). En matière de biothérapie, certaines études suggèrent que l'obésité pouvait entraver l'atteinte d'une rémission clinique, surtout avec l'Infliximab, ainsi qu'une réduction du délai de maintien de la biothérapie(2) (3) (4). Cependant le traitement par Rituximab et Tocilizumab semble peu influencés par l'obésité, il est même stipulé que le Tocilizumab pouvait réduire les marqueurs d'inflammation induits par le tissu adipeux(5).

Conclusion :

Les données de la littérature suggèrent une corrélation négative entre obésité et l'activité de la PR, cependant ce lien n'a pas été établi dans notre population.

Références :

- (1) Iannone F, Lopalco G, Rigante D, Orlando I, Cantarini L, Lapadula G. Impact of obesity on the clinical outcome of rheumatologic patients in biotherapy. *Autoimmun Rev.* 2016;1-4.
- (2) Klaasen R, Wijbrandts CA, Gerlag DM, Tak PP. Body mass index and clinical response to infliximab in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2011;63:359-364.
- (3) Gremese E, Carletto A, Padovan M, et al. Obesity and reduction of the response rate to anti-tumor necrosis factor α in rheumatoid arthritis: an approach to a personalized medicine. *Arthritis Care Res* 2013;65:94-100.
- (4) Heimans L, van den Broek M, Dirven L, Schouffer AA, Speyer I, Kerstens PJ, et al. Body mass index is associated with decreased response to initial and delayed treatment with dose escalated infliximab in patients with recent onset rheumatoid arthritis [abstract]. *Arthritis Rheum* 2011;63 Suppl:S156-7.
- (5) Gardette A, Ottaviani S, Sellam J, Berenbaum F, Lioté F, Meyer A. Body mass index and response to tocilizumab in rheumatoid arthritis : a real life study. 2016;

Glomérulonéphrite extra-membraneuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

Dahiri R1, Athimni S2, Slouma M1, Hamdi M.S1, Ben Ariba Y1, Laajili F1, Abidi J, Metoui L 1, Rahali H2, Gharsallah I1, Louzir B1

1 Service de médecine interne HMPIT

2 Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle HMPIT

Introduction :

L'atteinte rénale au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est souvent en rapport avec une amylose ou secondaire à la toxicité médicamenteuse. La glomérulonéphrite extra membraneuse liée directement à la PR est exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'une patiente suivie pour une PR chez qui le diagnostic de glomérulonéphrite extra membraneuse (GEM) a été révélé par un syndrome néphrotique.

Observation :

Patiente âgée de 32 ans était suivie pour PR séropositive (pour les anti-CCP) et destructrice. Sa maladie évoluait depuis 2 ans durant lesquelles aucune manifestation extra-articulaire n'a été notée.

Le traitement comportait des corticoïdes à la dose de 20mg/kg/j et du méthotrexate (15 mg/semaine) mais avec une mauvaise adhérence au traitement.

Elle consultait pour une poussée articulaire de sa maladie avec à l'examen un œdème malléolaire blanc mou gardant le godet. Le bilan biologique mettait en évidence un syndrome inflammatoire : une CRP à 48mg/l et une vitesse de sédimentation (VS) à 50mm à la première heure. Il existait également un syndrome néphrotique impur associant une hématurie microscopique, une protéinurie de 24h à 8.19 g, une hypoalbuminémie à 26.7g/L et une protidémie à 58 g/L. La fonction rénale était normale.

La ponction biopsie rénale avait objectivé une **GEM** sans signes d'amylose. Le bilan étiologique était négatif : La patiente n'avait pas de signes évoquant un processus tumoral ou une connectivites. Elle n'avait jamais reçu de la D-penicillamine ou des sels d'or. Les anticorps anti-nucléaires et les sérologies virales notamment des hépatites étaient négatifs. Ainsi la PR a été retenue comme l'étiologie de cette atteinte.

Un traitement à base d'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine était instauré avec une régression partielle de la protéinurie.

L'évolution s'est faite vers une stabilisation de la protéinurie sans détérioration de la fonction rénale.

Conclusion:

Bien qu'il s'agisse d'un type rare d'atteinte rénale et dont Le mécanisme physiopathologique au cours de la PR reste à élucider, la GEM doit être évoquée devant un syndrome néphrotique au cours de cette pathologie.

Néanmoins, l'élimination des autres étiologies est nécessaire avant de retenir la PR comme responsable de cette néphropathie.

Patients sous biothérapie et patients sous DMARD: Peur du traitement

Ben Tekaya A, Nacef L, Saïdane O, Mahmoud I, Tekaya R, Abdelmoula L
Service de rhumatologie, hôpital Charles Nicole, Tunis

Introduction :

Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) sont sujets à plusieurs craintes dont celle du traitement en cours. L'objectif de cette étude est d'étudier le degré d'appréhension de ces patients, en particulier envers la prise de biothérapie.

Matériel et méthodes

Etude transversale portant sur 32 patients suivis pour PR au sein du service de Rhumatologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis, durant la période allant de Juillet à Septembre 2017. la PR était séropositive dans 83,3% des cas, ACPA positive dans 61,1% des cas, érosive dans 91,1% des cas.

L'activité de la maladie a été évaluée par les scores DAS28 (Disease Activity Score) et CDAI (Clinical Disease Activity Index). La peur liée à la maladie et au traitement a été évaluée par l'échelle FAIR.

L'échelle FAIR est une échelle validée au plan psychométrique pour évaluer les craintes liées à la maladie. Ce score est rapide et facile à administrer: composé de 10 items, chacun coté de 0 à 100, la note finale est obtenue en additionnant les notes de chaque item puis en divisant le tout par dix (nombre de questions posées).

Résultats :

Parmi les patients interrogés, 46% étaient sous biothérapie seule, 31,25% étaient uniquement sous DMARDs, et 12,5% étaient sous association des deux.

Le score FAIR moyen était de **41,66%** variant entre 3 et 78.

Le score FAIR était plus élevé chez les patients **sous biothérapie** que sous DMARDs ($p=0,01$; $r=0,958$).

L'intensité de la peur était significativement corrélée à une forte activité de la maladie évaluée par le score CDAI.

Il n'y avait pas de lien significatif entre la peur liée à la maladie et l'existence de manifestations extra-articulaires, le niveau éducationnel ou le statut marital et familial chez les patients de notre série.

Discussion:

Les études ont démontré qu'il existait une corrélation entre un score **FAIR élevé** et le score **HAD** d'anxiété et de dépression chez les patients atteints de PR.(1) →Outil de **dépistage** pour les patients à risque de développer ces troubles psychologiques.

Il y aurait également une association entre un score de craintes élevé et **un bas niveau d'éducation**, ceci étant expliqué par une difficulté d'accès à l'information ainsi qu'une mauvaise compréhension de la maladie et du traitement . (1)

Les peurs auraient tendance à varier en fonction de **l'évolution de la maladie**. En effet, au moment du diagnostic, les patients craignaient l'évolution de la pathologie vers un handicap. Petit à petit, et après instauration du traitement, les patients craignaient plutôt la récurrence de la symptomatologie.

Ziegler et al. ont estimé que 50 à 70% des patients avaient besoin de plus d'information concernant les **effets indésirables** de leurs traitements. Ceci les aiderait à prendre des décisions plus réfléchies quant à leur prise en charge.(2)

L'avènement de la biothérapie a bouleversé la prise en charge de la PR, mais aussi la vision des patients de leur maladie.

L'accès aux anti-TNF alpha, par exemple, a suscité plusieurs ressentis différents chez les patients, notamment **l'espoir** d'une rémission miraculeuse, **l'appréhension** des effets indésirables qui ont été exposés au cours de l'hospitalisation, **l'anxiété** avant chaque perfusion ou à l'attente du bilan de contrôle, **la frustration** de ne pas être éligible pour les recevoir, mais aussi **la peur** de les interrompre lorsque ceux-ci fonctionnaient bien. (3)

Conclusion:

Dépister les peurs et les craintes des patients envers leur maladie et leur traitement pourrait avoir un intérêt dans la détection des patients à risque de développer des troubles psychologiques spécifiques aux porteurs de maladies chroniques. Le questionnaire FAIR serait un outil intéressant à cet effet.

Références:

- (1)Gossec L; Chauvin P. Development and psychometric validation of a patient-reported outcome measure to assess fears in rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis: the Fear Assessment in Inflammatory Rheumatoid diseases (FAIR) questionnaire, Clinical and epidemiological research. 2018.
- (2) Berry D; Perceptions of the risks and benefits of medicines in patients with rheumatoid arthritis and other painful musculoskeletal conditions. Rheumatology 2004.
- (3)Sandersson T, The impact of patient-perceived restricted access to anti-TNF therapy for rheumatoid arthritis: a qualitative study. Musculoskeletal Care. 2009 September

Co-morbidités et spondyloarthrites

Chammakhi M, Dhahri R, Metoui L, Slouma M, Boussetta N, Laajili F, Louzir B, Gharsallah I, Othmeni S
service de médecine interne, Hôpital Militaire de Première Instruction de Tunis.

Introduction :

Les spondyloarthrites (SpA) sont associées à un risque cardiovasculaire accru. Nous avons étudié les facteurs de risque cardiovasculaire chez les patients atteints de SpA.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 68 dossiers de patients atteints de spondyloarthrites.

Les données cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été relevées. Le syndrome métabolique était défini selon les critères de IFD 2005.

Résultats :

Notre population comportait 49 hommes et 19 femmes soit un sexe ratio H/F= 2,6. L'âge moyen de début de la maladie était de $33,8 \pm 11,1$ ans. L'âge moyen au moment de l'étude était de 42 [15 - 61] ans.

La répartition des différentes formes de spondyloarthrite était comme suit : une spondylarthrite ankylosante (n= 46), un rhumatisme psoriasique (n= 9), un rhumatisme des entérocolopathies (n= 11), un syndrome SAPHO (n= 1) et une arthrite réactionnelle (n= 1).

Les antalgiques ont été prescrits chez 90% des patients, les AINS (78 %), les corticoïdes (23,5%), la salazopyrine (42,6%) et le méthotrexate (22 %). Les anti-TNF alpha ont été prescrits chez 33,8% des patients: infliximab (56,5%), étanercept (26%) et adalimumab (17,5%).

Comme antécédent personnel, un diabète de type 2 était noté chez deux patients, une hypertension artérielle chez un patient et une hypothyroïdie chez un autre patient.

Un tabagisme chronique était noté dans 38,2% des cas. L'indice de masse corporelle moyen était de $25,7 \pm 5$ kg/m² avec un surpoids chez 19 patients (37,2%) et une obésité chez neuf patients (17%).

Dans notre population d'étude, la VS moyenne était de : 39,4 mm à H1 et la CRP moyenne était de 34,1 mg/dL. Un bilan lipidique était pratiqué chez 58 patients. On a noté une hypercholestérolémie chez huit patients (13,8%) et une hypertriglycéridémie chez 12 patients (21%). Un dosage sanguin de l'acide urique était disponible chez 53 patients et une hyperuricémie était notée chez 5 patients (9,4%).

Un syndrome métabolique était retrouvé chez trois de nos patients (4,4%).

Discussion:

L'augmentation du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de SpA est bien documentée. La surveillance du patient doit porter sur l'évaluation et le traitement des facteurs de risques conventionnels et la recherche des atteintes cardiaques spécifiques. La diminution du LDL-cholestérol lorsque les mesures hygiéno-diététiques sont insuffisantes passe par la prescription de statines qui pourraient avoir également un effet bénéfique sur l'activité de la SpA (1).

Conclusion:

Les spondyloarthrites affectent généralement les sujets d'âge jeune. Le recours à des médicaments cardiotoxiques comme les AINS et la corticothérapie au long cours est un facteur de risque supplémentaire qui, associé aux facteurs de risque cardiovasculaires classiques augmenteraient la morbi-mortalité chez ces sujets.

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri Rim, Metoui L, Boussetta N, Gueddiche N, Sayhi S, Laajili F, Gharsallah I, Louzir B
Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal de Tunis

Introduction :

L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale peut révéler ou émailler le cours évolutif des spondyloarthrites (SA). Elle constitue un marqueur de sévérité de la maladie car elle entrave le pronostic fonctionnel.

Objectifs :

Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence de cette atteinte, ses caractéristiques cliniques, radiologiques et de déterminer les facteurs prédictifs de sa survenue.

Matériels et méthode :

Etude rétrospective monocentrique effectuée sur une période de 7 ans (2010-2017), ayant colligé les patients suivis pour SA répondant aux critères ASAS ou New-York modifiés. Nous avons déterminé la fréquence de la coxite et étudié les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques afin de dégager les facteurs prédictifs de la survenue de coxite

Résultats :

- L'âge moyen était de $36,6 \pm 12$ ans.
- Le sex ratio était de 2,77
- L'âge de début de la maladie était de $33,8 \pm 11$ ans.
- Le BASDAI moyen était à 6,81.
- Une coxite a été notée dans 35% des cas (n=24).
- La coxite était révélatrice de la SA dans la moitié des cas (n= 12).
- Pour le reste des patients, le délai moyen entre le début de la SA et l'apparition de la coxite était de 25 mois [0-264].
- Elle était bilatérale dans 70,8% (n=17).
- Le nombre de hanches atteintes est de 41 hanches
- L'âge de début de la SPA était plus bas chez les patients ayant développé une coxite ($32,1 \pm 9$ ans versus $35,7 \pm 13$ ans ; p = 0,308)



Figure 2: Aspects radiologiques de la coxite

- La vitesse de sédimentation (VS) était significativement plus élevée chez les patients avec coxite (50,74 mm H1 versus 30,79 mm H1, p=0,037)
- En revanche, les paramètres suivants n'étaient pas associés à la survenue des coxite : le sexe, le tabagisme, le taux de la CRP, le score d'activité BASDAI et l'existence d'une sacroïlite radiographique.

Discussion :

- L'atteinte de la hanche au cours des spondyloarthrites est fréquente dans la population maghrébine, estimé à 30% parmi la population des spondylarthritiques [1], dans notre étude elle a été estimée à 35%
- Notre étude a montré que l'existence d'un syndrome inflammatoire biologique (VS) était associée à la survenue de coxite, d'autres études suggèrent que l'atteinte des coxo-fémorales est associée à une atteinte axiale sévère et au gène d'histocompatibilité HLA B27 [2].
- Sur le plan radiologique, les aspects de la coxite débutante méritent d'être connus, car elle peut constituer la manifestation révélatrice de la maladie, c'est-à-dire le cas dans la moitié de nos patients

Conclusion :

L'atteinte de la hanche au cours des spondyloarthrites est à craindre de part sa fréquence et son retentissement fonctionnel. Elle doit être recherchée systématiquement au moment du diagnostic car elle peut être inaugurale.

1 .Benmaiza et al. Atteinte inflammatoire de la hanche au cours des spondylarthropathies: à propos de 30 cas. *Revue du Rhumatisme*, 74(10-11), 1167.
2 .F. Frikha et al la spondylarthrite ankylosante: étude d'une série de 83 cas, *Revue du Rhumatisme* Volume 73, Issue 11, November 2006, Page 1251

Le visage systémique de la spondyloarthrite

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Boussetta N, Gueddiche N, Sayhi S, Laajili F, Gharsallah I, Louzir B

Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal de tunis

Introduction :

Les manifestations extra-articulaires au cours de la spondyloarthrite (SA) sont très variables en termes de fréquence et de sévérité. Elles doivent être recherchées systématiquement car elles engagent le pronostic fonctionnel et vital.

Objectifs :

Le but de ce travail est de déterminer la fréquence les manifestations extra-articulaires (MEA) au cours de la SA, et de chercher les facteurs favorisant leur survenue.

Matériels et méthode :

Etude rétrospective effectuée sur une période de 7 ans (2010-2017). Nous avons colligé 68 patients suivis pour SA définie selon les critères Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) Les paramètres suivants ont été recueillis : l'âge, les différentes MEA, BASDAI....

Résultats :

- Il s'agissait de 50 hommes et 18 femmes.
- L'âge moyen était de 36,6 ±12ans.
- La durée moyenne d'évolution de la SA était de 8±5 ans.
- Les MEA étaient observées dans 39,7% des cas (n= 27).
- Les patients qui avaient une MEA avaient une durée d'évolution de la maladie plus longue (10,5 ans versus 6,3 ans, p=0,02).
- Il n'existe pas de différence significative entre les patients avec et sans MEA concernant les paramètres suivants : le sexe, l'âge et le score d'activité BASDAI
- La présence d'uvéite était significativement associée à l'élévation de la vitesse de sédimentation (p<0,0001
- Le tabagisme était associé au risque de survenue d'une atteinte pulmonaire (76.9 % versus 43,5%, p=0.05).
- La vitesse de sédimentation (VS) était significativement plus élevée chez les patients avec atteinte cardiaque (79,66 mm H1 versus 36,12 mm H1, p=0,001)

Atteinte oculaire (n)	12
uvéite antérieure	9
sècheresse oculaire	4
Atteinte cardiaque (n)	6
Insuffisance aortique	3
Péricardite	1
Troubles de la conduction	2
Atteinte pulmonaire (n)	13
Syndrome restrictif	6
Emphysème	1
Bronchectasie	1
Verre dépoli	1
Micronodule	3
Osseuse (n)	15
Ostéopénie	6
Ostéoporose	9

Figure 1: Les manifestations extra-articulaires

Discussion

- Notre étude souligne la fréquence des manifestations extra-articulaires, estimée dans notre étude à 39,7%.
- Elles semblent être associées à la durée de la maladie et la vitesse de sédimentation
- L'atteinte oculaire constitue l'atteinte extra articulaire la plus fréquente au cours de la SA [1].
- L'atteinte rénale bien qu'elle n'a pas été étudiée chez nos patients, semble être courante et représentée surtout par l'amylose, la néphropathie à Ig A et les lithiases [2]

Conclusion

- Les atteintes extra-articulaires de la SA sont fréquentes et parfois sévères.
- Ces atteintes doivent être recherchées chez les patients ayant une SA, même en absence de signe d'appel
- Des études à plus large effectif sont nécessaires pour déterminer les facteurs prédisposant à ces atteintes.

1. H Zeghidi, P Le Hoang, B. Bedaghi. Œil de la spondyloarthrite. Revue du Rhumatisme Monographies
2. Sami, B et al. Atteinte rénale au cours de la spondyloarthrite ankylosante. Néphrologie & Thérapeutique 2012

Risque cardiovasculaire au cours des spondyloarthrites

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Boussetta N, Gueddiche N, Sayhi S, Laajili F, Gharsallah I, Louzir B

Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal de Tunis

Introduction :

Il est maintenant admis que le risque cardiovasculaire est augmenté au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques y compris les spondyloarthrites (SA). Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) doivent être recherchés systématiquement car ils sont associés à une surmortalité au cours de la SA [1]

Objectif :

On se propose de prélever la fréquence des FRCV dans la SA et d'identifier les facteurs qui s'associent à leur présence.

Matériels et méthode :

Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique sur une période de 7 ans (2010-2017) incluant 68 les patients atteints de SA définis selon les critères ASAS. Pour chaque malade nous avons recueilli les données démographiques, anthropométriques, les caractéristiques de la SA ainsi que les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) à savoir l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, la dyslipidémie, l'hyperuricémie, l'obésité et le tabac.

Résultats

- Cinquante de nos patients étaient des hommes (73,5%),
- La médiane d'âge était de 36,6 ±12ans
- La durée moyenne d'évolution de la SA était de 8±5 ans.
- La SA était dans sa forme axiale radiographique isolée dans 32 cas.

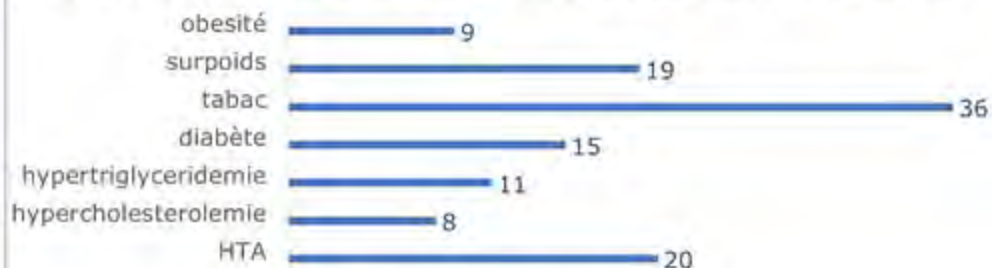


Figure 1: Les facteurs de risque cardio-vasculaire

- Les facteurs de risque cardiovasculaire ont été observés chez 58 patients : 44 hommes et 14 femmes
- La cumulation de deux FRCV a été observée chez 19 patients (27,9%).
- Dix patients avaient cumulé 3 FRCV (14,70%) et huit avaient plus que 4 FRCV (11,76%).
- Les patients ayant au moins un FRCV étaient plus âgés que ceux sans FRCV (44 ans vs 31 ans; $p = 0,003$).
- Le **début de la maladie** était plus tardif chez les patients ayant un FRCV (34 ans vs 26 ans ; $p = 0,038$).
- La **vitesse de sédimentation (VS)** était significativement plus élevée chez les patients ayant un FDR (55,8 mm H1 versus 36,49 mm H1, $p=0,046$)
- Il n'existe pas de différence entre les patients avec et sans FRCV concernant : la durée d'évolution de la SA (8,4 ans vs 5,4 ans, $p=0,114$), le taux de la CRP (30,81 mg/L vs 53,7 mg/L, $p=0,202$), le score d'activité de la maladie BASDAI (6 vs 5,61, $p=0,789$)
- Les FRCV n'étaient pas associés à la forme de la SA ni à l'existence de manifestations extra-articulaires.

Discussion :

- Les FRCV sont fréquents au cours de la SA. Nos résultats concordent avec ceux de la littérature [2]
- Un âge avancé, un début tardif de la maladie et une vitesse de sédimentation élevée semblent être prédisposant au risque cardiovasculaire indépendamment de l'activité.
- Certains auteurs concluent que le sur-risque cardiovasculaire dans la SA est plutôt lié à l'utilisation des AINS ou à l'inflammation biologique [3].

Conclusion:

Les FRCV doivent faire l'objet d'un intérêt tout particulier au regard de leur rôle et de leur possible implication dans la prise en charge thérapeutique et le pronostic de la SA.

1. Agca R, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Annals of the rheumatic diseases* (2017)
2. Blanchais A, et al. Comorbidités et spondyloarthrite. *Revue du rhumatisme monographies* (2014)
3. Sundström B, et al. Modifiable cardiovascular riskfactors in patients with ankylosing spondylitis. *Clinical Rheumatology* (2014)



Spondyloarthrite axiale radiographique et non radiographique : 2018 quelles différences ?

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri Rim, Metoui L, Boussetta N, Gueddiche N, Sayhi S, Laajili F, Gharsallah I, Louzir B

Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal de tunis

Introduction :

Le terme de spondyloarthrite axiale non radiographique a été introduit récemment pour faciliter un diagnostic précoce de la spondyloarthrite. L'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis de démontrer un processus inflammatoire actif au sein des articulations sacro-iliaques et/ou du rachis durant ce stade.

Objectif :

Le but de ce travail était d'une part d'apprécier la place de l'IRM dans le diagnostic de SA et d'autre part de comparer l'aspect clinico-biologique des patients ayant une SA radiographique (SARx) et ceux ayant une SA non radiographique (SAnRx).

Matériels et méthode :

Soixante-deux patients suivis pour SA répondant aux critères ASAS, ont été intégrés dans une étude rétrospective. Nous avons répartis les patients en 2 groupes : **G1** ayant une SARx c'est-à-dire ayant une sacroiliite radiographique répondant aux critères modifiés de New York et **G2** ayant une SAnRx. Selon les critères modifiés de New York, on parle de sacro-iliite bilatérale de grade 2 ou unilatérale de grade 3 ou 4.

Résultats

- Dans G1, une sacroiliite grade 3 était retrouvée dans 42 cas et grade 4 dans 33 cas.
- L'atteinte était bilatérale dans 44 cas et unilatérale dans 3 cas
- Dans G2, l'IRM du bassin était indiquée devant :
 - ☐ Un aspect normal des sacro-iliaque (8 cas)
 - ☐ Un pseudo-élargissement (1),
 - ☐ Des irrégularités avec des érosions (4),
 - ☐ Une condensation des berges (2).
- L'IRM avait montré un œdème sous chondral dans 70% des cas et des remaniements graisseux dans 23% des cas.
- Au sein de G2, les patients ayant un œdème sous chondral à l'IRM étaient plus jeune au moment du diagnostic (33 ans vs 45, p= 0,048), avaient un début de symptomatologie plus précoce (30 ans vs 40 ans, p=0,017) et un délai diagnostique plus important (34 mois vs 10 mois, p=0,068).
- Le tableau 1 compare les caractéristiques clinico-biologiques entre G1 et G2.

Tableau 1: comparaison des caractéristiques clinico-biologique

	SA Rx (n=47)	SA nRx (n=15)	p
Homme/Femme	38/9	10/15	0,296
Age au diagnostic (ans)	34,8	37,55	0,469
Durée moyenne d'évolution (mois)	96	111	0,543
Délai diagnostique (mois)	37,47	34,13	0,809
BASDAI	7,02	2,1	0,027
Manifestations extra-articulaires (%)	53%	0	0
VS (mm/H)	39,57	38,87	0,936
CRP (mg/L)	38,19	29,47	0,590
Tabac (n)	28	6	0,238

Le sexe, le tabagisme, la vitesse de sédimentation, la CRP, le BASDAI et l'indice de masse corporelle n'étaient pas des facteurs associés à la présence d'une inflammation à l'IRM.

Discussion :

- L'œdème sous chondral est un signe particulièrement visible lors des poussées et peut apparaître très précocement avant l'apparition des érosions à la radiographie standard.
- L'âge au moment du diagnostic, la durée de la symptomatologie étaient associées à la présence de cet œdème⁰⁴⁵
- En étudiant les formes axiales non radiographiques, nos résultats étaient concordants avec celle de la littérature en ce qui concerne l'âge, l'âge de début et le sexe ratio, la durée de l'évolution et l'activité. [1]

Conclusion:

L'absence d'une sacroiliite radiographique ne doit pas être un obstacle au diagnostic précoce de la SA. En effet, les nouveaux critères de l'ASAS font une place à l'IRM qui permet un diagnostic précoce de lésions inflammatoires sacro-iliaques et rachidiennes sans traduction radiographique.

1. . Blachier M, et al., *Rheumatology* 2013

Etude de la liaison entre les paramètres de la Spondyloarthrite axiale et enthésitique et la dépression

Ben Saad R. ; Hamdi W. ; Cherif I. , Kaffel D.; Maatallah K ; Kchir M

Institut National orthopédique de Mohamed El Kassab

Introduction :

L'organisation mondiale de la santé a définie la dépression comme « un trouble mental, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi ». Elle est souvent associée au rhumatisme inflammatoire chronique notamment au Spondyloarthrite axiale et enthésitique (SA). Le but de ce travail était de rechercher une corrélation entre les paramètres de la SA et la dépression.

Méthodes :

Etude transversale portant sur 50 patients atteints de SA (critères de ASAS 2009). L'évaluation de l'activité de la maladie a reposé sur le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) , ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) VS et CRP. La douleur rachidienne était calculée par l'échelle visuelle analogique (EVA) (0-10) et au niveau des enthèses par le score de MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score). Le retentissement fonctionnel a été évalué par le BASFI (Bath ankylosing spondylitis disease functional index) et le BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index). Le score mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score) a été calculé pour évaluer l'atteinte structurale.

Un autoquestionnaire (Beck Depression Index (BDI)) a été utilisé pour l'évaluation de la sévérité de la dépression. Il comprend 21 items, noté chacun de 0 à 3. Le score global varie de 0 à 63. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère.

Résultats :

Il s'agissait de 50 patients âgés en moyenne de $42 \pm 12,2$ ans [18-65] et répartis entre 11 femmes et 39 hommes (sexe ration=3,5) . La durée moyenne d'évolution de la PR était de $9,8 \pm 8,2$ ans [6mois -41ans]. Le BASDAI moyen était de $4,7 \pm 2,4$. L'ASDAS VS et CRP moyen était de $3 \pm 1,1$ et de $2,9 \pm 1$ respectivement. Le BASFI et le BASMI était de $4,8 \pm 2,9$ et de $5 \pm 2,4$ respectivement. Le mSASSS était de $10,5 \pm 13,3$. Le score de BDI total était de $16,2 \pm 11,9$

La liaison entre les paramètres de la SA et le score du BDI est représentée par le tableau I

Tableau I: Corrélation entre les paramètres de la SA et le score du BDI

	âge	Délai D'évolution	BASDAI	ASDAS VS	ASDAS CRP	EVA douleur	BASFI	BASMI	mSASSS	MASES	VS	CRP
BDI	p=0,696	p=0,073	p=0,000 r=0,520	p=0,000 r=0,600	p=0,000 r=0,600	p=0,000 r=0,630	p=0,000 r=0,630	p=0,001 r=0,460	p=0,474	p=0,652	p=0,000 r=0,56	p=0,000 r=0,500



Le score de BDI total était de $16,2 \pm 11,9$. Il était corrélé significativement aux paramètres d'activité de la maladie : BASDAI ($p=0,000$, $r=0,52$), ASDAS VS ($p=0,000$, $r=0,60$), ADSAS CRP ($p=0,000$, $r=0,60$) et à l'EVA douleur ($p=0,000$, $r=0,63$) . De même, il était corrélé au retentissement fonctionnel : BASFI ($p=0,000$, $r=0,63$) et BASMI ($p=0,001$, $r=0,46$) et à la biologie : VS ($p=0,000$, $r=0,56$) et CRP ($p=0,000$, $r=0,50$).

En revanche, aucune corrélation n'était retrouvée avec l'âge de début, le délai d'évolution de la SA, le score de mSASSS et de MASES.

Conclusion:

La dépression peut s'associer à la SA et majorer la perception de la douleur et des limitations fonctionnelles de la maladie. Elle peut aussi représenter un facteur de résistance au traitement d'où l'importance de son dépistage précoce.

Y a-t-il une corrélation entre le score de FACIT et les indices BASDAI et BASFI au cours des spondylarthrites axiales?

H.Bettaieb, M.Slouma, R.Dhahri, L.Metoui, N.Boussetta, N.Gueddiche, S.Sayeh, F.Ajili, I.Gharsallah, B.Louzir
Service de Médecine Interne -Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis-

❖ Introduction :

La fatigue est un symptôme fréquent au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques notamment au cours des spondylarthrites axiales (SP).

Le but de notre étude était d'évaluer la fatigue et d'étudier sa relation avec les paramètres d'activité et d'impact fonctionnel de la maladie.

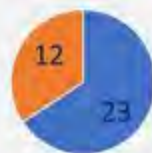
❖ Patients et Méthodes :

- Etude transversale portant sur 35 patients atteints de SP.
- La fatigue a été évaluée par l'échelle FACIT-Fatigue.
- Deux groupes ont été formés;
G1 : FACIT >30 (pas de fatigue)
G2 : FACIT <30 (fatigue sévère)
- L'activité et l'impact fonctionnel de la maladie ont été évalués respectivement par l'indice d'activité (BASDAI) et l'indice fonctionnel (BASFI).

❖ Résultats :

- sex ratio = 1,9
- L'âge moyen était $42,5 \pm 19$ ans.
- La durée moyenne de la maladie était de $7,8 \pm 4,5$ ans.

Répartition selon le sexe



■ HOMME ■ FEMME

- Pas de corrélation significative entre le score de FACIT et BASDAI ($r: -0,3, p = 0,21$)
- Pas de corrélation significative entre le score de FACIT et BASFI ($r: -0,36, p = 0,15$)

❖ Discussion :

La fatigue est un symptôme courant au cours des SP. Sa prévalence augmente lors des poussées et diminue au cours des rémissions. Elle semble être corrélée avec l'activité et le retentissement fonctionnel de la maladie. Dans notre étude, l'absence de corrélation significative entre la fatigue et les scores de BASDAI et BASFI pourrait être expliquée par la faible taille de notre échantillon.

	G1	G2
Nombre de patients	17	18
Score FACIT moyen	$38,5 \pm 5,9$	$21,2 \pm 6$
Nombre de patients ayant une maladie active (BASDAI >4)	3	11
BASDAI moyen	$4,1 \pm 1,6$	$5,84 \pm 1,9$
Nombre de patients ayant un retentissement fonctionnel sévère (BASFI >5)	3	9
BASFI moyen	$4,46 \pm 2,8$	$6,28 \pm 2,25$

❖ Conclusion :

- Le score de FACIT est un outil simple et pratique pour évaluer la fatigue au cours des SP.
- Le score était plus altéré à un BASDAI et BASFI élevés.
- D'autres études à large échelles seront nécessaires pour appuyer ces résultats.

Caractéristiques des coxites inaugurales au cours de la spondyloarthrite

Hamdi W, Sellami M, Maatallah K, Kaffel D, Kchir MM

Service de Rhumatologie, Institut Nationale d'orthopédie MT Kassab, La Mannouba, La Tunisie

Introduction :

La survenue d'une atteinte de la hanche est fréquente au cours de la spondyloarthrite (SA) et constitue l'un des éléments de mauvais pronostic fonctionnel. Les coxites inaugurales au cours de la SA peuvent être associées à un profil clinique particulier du rhumatisme.

Le but de ce travail était de déterminer les caractéristiques de la SA avec coxite inaugurale.

Patients et méthodes :

Etude transversale menée sur une période de 4 ans incluant 165 patients atteints de SA répondant aux critères de New York modifiés. Les paramètres clinico-biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la SA ont été comparés selon le caractère inaugural ou non de la coxite.

Résultats :

Il s'agissait de 136 hommes et 29 femmes âgés en moyenne de 36,4 ans [16-69]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 10,9 ans [1-44]. Une SA juvénile (âge de début < 16 ans) était diagnostiquée chez 24 patients (14,5%). Cent patients (60,6%) avaient une coxite, qui était inaugurale dans 46% des cas et à début juvénile dans 15% des cas. Les coxites inaugurales étaient plus fréquentes en cas de début juvénile de la SA ($p=0,009$).

Par contre, le délai de survenue de la coxite n'avait pas influencé les paramètres démographiques de la SA (âge, sexe masculin, indice de masse corporelle, antécédents familiaux de SA, âge et mode de début de la SA).

Les coxites inaugurales étaient associées à une atteinte rachidienne moins évoluée avec une : distance C7-mur, EVA douleur globale et nocturne au rachis et nombre de réveils nocturnes significativement plus faibles ($p=0,034$, $p=0,0009$, $p=0,019$ et $p=0,021$ respectivement). Les paramètres cliniques de la mobilité du rachis et l'atteinte articulaire périphérique (autre que la hanche) étaient comparables dans les cas où la coxite était inaugurale ou d'apparition tardive. L'expression clinique de l'atteinte de la hanche était comparable en cas de début précoce ou tardif de la coxite, de même que les atteintes structurales.

Le typage HLA B27 et la présence d'un syndrome inflammatoire biologique étaient comparables et sans relation avec le délai de survenue de la coxite. Sur le plan radiologique, les patients ayant une atteinte inaugurale de la hanche ont développé plus souvent une coxite débutante ($p=0,361$) et engainante ($p=0,540$) et moins souvent une coxite synostosante ($p=0,684$) mais sans association significative. La coxite destructrice et pseudo-arthrosique étaient exprimées de façon quasi équivalente selon le caractère inaugural ou non de la coxite ($p=0,966$, $p=0,923$ respectivement).

La prescription d'un traitement de fond ($p=0,355$), les infiltrations de la hanche par les corticoïdes ($p=0,427$) et les synoviorthèses ($p=0,517$) n'ont pas été influencées par le caractère inaugural ou non de la coxite. En revanche, le recours à la prothèse totale de la hanche (PTH) était significativement plus fréquent en cas de coxite inaugurale ($p=0,011$).

Conclusion :

Notre étude a montré que la coxite inaugurale s'associait significativement au début juvénile de la SA et à une atteinte rachidienne clinique moins sévère. Le recours à la PTH était significativement plus fréquent en cas de coxite inaugurale.

Paramètres radiologiques prédictifs de la perte osseuse au cours de la spondyloarthrite

Hamdi W, Sellami M, Kasraoui A, Maatallah K, Kaffel D, Kchir MM

Service de Rhumatologie, Institut Nationale d'orthopédie MT Kassab, La Mannouba, La Tunisie

Introduction :

La perte osseuse associée à la spondyloarthrite (SA) est actuellement une complication qui peut être précocement détectée grâce à la mesure de la densité minérale osseuse (DMO). Certains indices radiologiques calculés au cours de la SA peuvent être associés à une perte osseuse plus importante.

Notre but était de rechercher une association entre les indices radiologiques d'atteinte structurale et la perte osseuse au cours de la SA.

Patients et méthodes :

Etude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur 75 patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. Les paramètres radiologiques calculés étaient : le BATH Ankylosing spondylitis radiologic index (BASRI) qui permet l'évaluation de l'atteinte du rachis cervical et lombaire, des articulations sacro-iliaques et des hanches et le modified Stoke ankylosing spondylitis spine score (mSASSS) pour l'évaluation quantitative de l'atteinte structurale rachidienne

Résultats :

Il s'agit de 62 hommes et 13 femmes, âgés en moyenne de 36,8 ans [17-74]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 9 ans [5 mois-31 ans]. Cinquante sept patients (76%) présentaient une perte osseuse. Le BASRI moyen était de 8,9 [2-16]. Le score mSASSS moyen était de 17,6 [1-72].

Le BASRI des sacro iliaque était corrélé négativement à la DMO lombaire antéropostérieure ($p=0,002$).

Le BASRI des hanches était corrélé négativement au T score lombaire latéral et fémoral ($p=0,004$ et $p=0,020$ respectivement). Le BASRI du rachis était corrélé négativement au T score lombaire latéral ($p=0,007$). Le BASRI total était corrélé négativement au T score lombaire latéral ($p=0,001$). Ainsi, les patients ayant un score BASRI plus élevé avaient une perte osseuse marquée. Cette association était significative pour le BASRI des sacro-iliaques, des hanches et le BASRI total ($p=0,004$, $p=0,005$ et $p=0,04$ respectivement). Les paramètres ostéodensitométriques aux différents sites de mesure n'étaient pas corrélés au score mSASSS. Les patients ayant une perte osseuse avaient un score mSASSS plus élevé. Toutefois cette association était non significative ($p=0,412$).

Conclusion :

Notre travail a trouvé que les scores BASRI total, des sacro-iliaques et des hanches élevées étaient associés à une perte osseuse significative. L'absence de corrélation entre la perte osseuse et les scores de l'atteinte structurale du rachis (BASRI rachis et mSASSS) peut s'expliquer par la surestimation de la DMO au niveau du rachis par la construction osseuse.



Facteurs de risque liés au terrain associés à la perte osseuse au cours de la spondyloarthrite

Sellami M, Hamdi W, Kesraoui A, Kaffel D, Maatallah K, Kchir MM

Service de Rhumatologie, Institut Nationale d'orthopédie MT Kassab, La Mannouba, La Tunisie

Introduction :

L'ostéoporose associée à la spondyloarthrite (SA) est d'origine multifactorielle. Outre l'inflammation, de nombreux facteurs ont été incriminés dans la genèse de cette perte osseuse.

Le but de cette étude était de rechercher la relation entre les différents facteurs de risque liés au terrain et la perte osseuse et d'évaluer l'impact de chacun de ces facteurs sur la densitométrie osseuse (DMO).

Patients et méthodes :

Etude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur les patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. Les données sociodémographiques, cliniques ainsi que les facteurs de risque d'ostéoporose associés ont été collectés.

Résultats :

Soixante quinze patients (62 hommes) appartenant à l'ethnie blanche ont été inclus. L'âge moyen était de 36,8 ans [17-74]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 9 ans [5 mois-31 ans]. Une perte osseuse a été diagnostiquée chez 57 patients (76%) : ostéoporose chez 34 patients (48%) et ostéopénie chez 23 patients (32%). Quatre patientes avaient une ménopause précoce (≤ 40 ans) et deux avaient une ménarche tardive. Onze patientes avaient des enfants. Des antécédents de fracture ostéoporotique chez la mère étaient observés chez 2 patients.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 24.9 kg/m² [16.4 et 37]. Six patients (8%) avaient un IMC inférieur à 19 kg/m². Le tabagisme actif a été constaté chez 42,7% des patients. Huit malades consommaient l'alcool de façon occasionnelle. La consommation de café a été constatée chez 44% des patients. L'apport journalier moyen de calcium alimentaire était de 618,3 mg [272-1318]. Vingt-huit patients (37,3%) avaient une activité (sport et/ou travail manuel) et 47 (62,3%) étaient sédentaires. Les patients ayant une perte osseuse étaient plus âgés que les patients ayant une DMO normale. Toutefois l'association entre ces deux facteurs n'était pas significative ($p=0,45$).

Une DMO plus basse était objectivée chez les femmes au rachis lombaire antéropostérieure sans aucune association significative entre le sexe et le risque de perte osseuse. L'IMC moyen était significativement plus bas chez les sujets ayant une perte osseuse ($p=0,035$). La consommation d'alcool et le tabagisme ne semblait pas augmenter le risque de perte osseuse ($p=0,09$ et $p=0,31$ respectivement). Le T score lombaire latéral était significativement plus bas chez les patients consommateurs de café ($p=0,009$). L'importance de l'apport journalier en calcium n'avait pas d'influence sur le statut minéral osseux. La ménopause n'a pas constitué un facteur de risque supplémentaire de perte osseuse ($p=0,501$). En revanche, la DMO au rachis lombaire antéropostérieure et au rachis latéral étaient significativement plus basses chez les patientes qui avaient une ménopause précoce ($p=0,013$ et $p=0,017$ respectivement). On n'a pas trouvé d'association entre l'âge de la ménopause ou la parité et le statut minéral osseux ($p=0,311$, $p=0,307$ respectivement). Aucune association n'a été trouvée entre la sédentarité et le statut minéral osseux ($p=0,214$).

Conclusion :

Les facteurs de risque liés au terrain et associés à la perte osseuse au cours de la SA relevés par notre étude étaient : la maigreur, la consommation de café et la ménopause précoce.



Délai et facteurs prédictifs du recours à la prothèse totale de la hanche au cours de la spondyloarthrite

2018

Hamdi W, Sellami M, Maatallah K, Kaffel D, Kchir MM

Service de Rhumatologie, Institut Nationale d'orthopédie MT Kassab, La Mannouba, La Tunisie

Introduction :

L'atteinte de la hanche au cours de la spondyloarthrite (SA) marque toujours un tournant évolutif péjoratif au cours de la maladie. La survenue de la coxite suscite l'interrogation sur le moment idéal pour indiquer la chirurgie notamment l'arthroplastie totale de la hanche.

Notre but était de déterminer le délai et les facteurs prédictifs du recours à la prothèse totale de la hanche (PTH) au cours de la SA.

Patients et méthodes :

Etude transversale menée sur une période de 4 ans incluant 165 patients atteints de SA répondant aux critères de New York modifiés. Les paramètres démographiques, clinico-biologiques et radiologiques ainsi que les indices spécifiques de la SA ont été comparés chez les patients selon le recours ou non à la PTH. Les indices calculés étaient : le Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI), le Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI), le Bath Ankylosing Spondylitis patient Global score (BASG-s), l'indice de métrologie de la spondylarthrite ankylosante (BASMI), le Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES), le Bath Ankylosing spondylitis radiologic index (BASRI) et le modified Stoke ankylosing spondylitis spine score (mSASSS).

Résultats :

Il s'agissait de 136 hommes et 29 femmes âgés en moyenne de 36,4 ans [16-69]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 10,9 ans [1-44]. Cent patients (60,6%) avaient une coxite. Une PTH a été réalisée chez 25 patients (bilatérale dans 17 cas et unilatérale dans 8 cas). Le délai moyen de mise en place de la PTH était de 12,16 ans [4-36]. Les paramètres sociodémographiques (âge, sexe, antécédents familiaux de SA) n'étaient pas associés à un recours plus fréquent à la PTH.

La mise en place d'une PTH n'était pas influencée par l'activité de la SA (BASDAI), son retentissement fonctionnel (BASFI) ou son effet sur l'état général (BASG-s). Concernant les paramètres cliniques liés à la SA : le recours à la PTH était significativement associé à l'ancienneté de la SA ($p=0,002$), au début progressif de la maladie ($p=0,042$) par une atteinte périphérique de la SA ($p=0,0037$) et au caractère inaugurale de la coxite ($p=0,011$). Le recours à la PTH était significativement plus fréquent en cas de boiterie à la marche ($p=0,033$), de limitation à la flexion ($p=0,004$) et à l'extension de la hanche ($p=0,037$), de distance inter-malléolaire plus faible ($p=0,011$), d'un indice de Lequesne plus élevé ($p=0,003$) et à la forme destructrice ($p=0,005$). Les scores du BASMI, du BASRI total, du BASRI hanches, du BASRI sacro-iliaques, du BASRI rachis et du mSASSS étaient significativement plus élevés en cas de recours à la PTH ($p=0,016$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,048$, $p=0,013$ et $p=0,005$ respectivement).

La présence d'un syndrome inflammatoire biologique n'était pas associée à un recours plus fréquent à la PTH. La PTH n'était pas plus fréquente chez les patients porteurs du HLA B27.

Conclusion :

Le délai moyen de mise en place de la PTH était long dans notre étude. Plusieurs scores et caractéristiques cliniques de la SA ont constitué des facteurs prédictifs d'un recours plus fréquent à la PTH en particulier une atteinte structurale plus évoluée et une forme anatomopathologique destructrice de la coxite.

Evaluation du statut minéral osseux au cours de la spondyloarthrite

Hamdi W, Sellami M, Kesraoui A, Maatallah A, Kaffel D, Kchir MM

Service de Rhumatologie, Institut Nationale d'orthopédie MT Kassab, La Mannouba, La Tunisie

Introduction :

L'ostéoporose associée à la spondyloarthrite (SA) est une complication fréquente reconnue grâce aux données épidémiologiques et à l'avènement de nouvelles techniques de mesure de la densité minérale osseuse (DMO).

Le but de notre étude était de déterminer la fréquence de la perte osseuse et d'évaluer le statut minéral osseux chez les patients atteints de SA.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale prospective sur une période de 5 ans portant sur 75 patients atteints d'une SA répondant aux critères de New York modifiés. Les patients atteints d'un rhumatisme des entérocolopathies ou d'une affection associée pouvant avoir un retentissement sur la densité minérale osseuse ont été exclus. La DMO a été mesurée par absorptiomètre bi photonique à rayons X ou DEXA et exprimée en g/cm². La mesure de la DMO a été réalisée chez tous les patients au niveau du site lombaire antéro postérieure et latéral mais n'a pu être réalisée que chez 65 patients au niveau du site fémoral à cause d'une prothèse totale de la hanche (6 cas) ou l'absence de courbe pour les sujets d'âge < 20 ans (4 cas). Les résultats ont été rapportés à une population de référence Tunisienne pour les femmes, Italienne pour les hommes et NHANES pour le rachis latéral.

Résultats :

La population étudiée était répartie en 62 hommes et 13 femmes, âgés en moyenne de 36,8ans [17-74]. La durée moyenne d'évolution de la SA était de 9 ans [5 mois-31 ans]. L'atteinte était à la fois axiale et périphérique chez 39 patients (52%) et axiale pure chez 36 malades (48%). La DMO était en moyenne de : 0,658 g/cm² [0,232 - 1,263] au rachis lombaire antéropostérieure, 0,633g/cm² [0,232-1,263] au rachis lombaire latéral et 0,933g/cm² [0,607 - 1,309] au site fémoral. Quatre malades avaient moins de 20 ans au moment de l'étude. Ils étaient tous ostéopéniques (Z score entre -2 et -1 DS).

Les résultats du T score étaient en faveur d'une ostéoporose chez 34 patients (48%) et d'une ostéopénie chez 23 patients (32%), soit un total de 57 patients (76%) présentant une perte osseuse. Cette perte osseuse était fémorale et/ou rachidienne dans respectivement 32 et 48% des cas. Le bilan phosphocalcique était normal chez tous les patients. La 25 OH Vit D était en moyenne de 12.8 ng /ml [3.76-37.12]. Trente patients (40%) avaient une carence en vitamine D (taux < 10ng/ml). Une insuffisance en vitamine D (taux entre 10 et 30 ng/ml) a été observée chez 43 patients (57,3%). Le bilan thyroïdien et le dosage de la cortisolémie étaient normaux chez tous les patients. Treize patients (17,3%) avaient une hyperparathyroïdie secondaire à une carence en vitamine D sans anomalies de la fonction rénale. Sept patients (9,3%) avaient une perturbation des hormones sexuelles. Le risque moyen de développer une fracture majeure sur 10 ans (FRAX FMO), était de 0,36 [0-0,9]. Le risque moyen de développer une fracture de la hanche sur 10 ans (FRAX FH) était de 0,3 [0-0,5].

Conclusion :

Notre étude a confirmé la fréquence de l'ostéoporose chez les patients atteints de SA. Un taux effondré en 25 OH D a été retrouvé chez 40% des patients sans stigmates biologiques d'ostéomalacie ou d'insuffisance rénale.

Activité physique chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante

Feki.A1, Sellami.I2, Ghorbel.A3, Ben Djemaa.S1, Gassara.Z1, Akrouit.R1, Ezzeddine.M1, Hachicha.I1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Ayadi.F3, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
3- Service de biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction

- L'activité physique (AP) est définie par l'OMS comme « tout mouvement produit par les muscles squelettiques responsables d'une augmentation de la dépense énergétique ».
- Ses effets bénéfiques sont bien connus chez la population générale et chez les patients atteints de pathologies chroniques.
- La spondylarthrite ankylosante (SA), comme étant un rhumatisme handicapant, il peut s'associer à une limitation de la mobilité avec une possibilité de perte de l'activité.
- Le but de cette étude:
 - explorer les niveaux d'AP des adultes atteints de SA
 - étudier leur associations avec les différentes caractéristiques de la maladie.

Méthodes

- Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients atteints de SA (critères de New York modifiés).
 - L'activité de SA a été évaluée par le BASDAI.
 - Le retentissement fonctionnel a été évalué par le BASFI.
 - L'AP a été mesurée à l'aide du IPAQ-SF (International Physical Activity Questionnaire - Short Form).
 - Ses items enregistrent le temps consacré à l'AP de 3 niveaux (important, modéré et en marche) ainsi que le temps passé à s'asseoir à la semaine dernière.
 - Les scores continus [exprimés en équivalent métabolique de tâche (MET-min/semaine)] et catégoriques (niveau faible, modéré et élevé) ont été déterminés.
 - Le temps de sédentarité (assis) a été exprimé en minutes/semaine.
- Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Données épidémiologiques

- 68 patients atteints de SA ont été colligés
- Répartition des patients selon le sexe : Fig1



Fig1: Répartition selon le sexe

- L'âge moyen était de $43,8 \pm 14$ ans.

Les données cliniques

- La forme axiale était la plus fréquente (60,3%).
- La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $15,9 \pm 12$ ans.
- Le BASDAI moyen était de $3,7 \pm 1,8$.
- L'indice de masse corporelle moyen était de $25,9 \pm 6,2$ kg / m².
- Le BASFI moyen était de $47,3 \pm 23,4$ %.

Les aspects thérapeutiques

- 54% des patients étaient sur sous AINS
- 20,6% étaient sous biothérapie.

Exploration de l'activité physique

- Le temps moyen de sédentarité était de $1540,5 \pm 628,6$ minutes/semaine.
- le score continu IPAQ-SF moyen était de $2379,46 \pm 3327,26$ MET- min/semaine.
- Quarante-quatre pourcent des patients présentaient un faible niveau d'AP.
- 35,3% avaient un niveau modéré.
- 20,6% des patients présentaient un niveau d'AP élevé.
- Les patients avec une faible AP avaient significativement une maladie plus active (BASDAI = 4,4 pour AP faible contre 3,2 pour une AP modéré contre 2,8 pour un AP élevée, $p = 0,006$).
- Il n'y avait pas de différences significatives dans les catégories d'AP pour les autres caractéristiques.
- L'analyse de corrélation a révélé une corrélation négative significative entre AP (Total MET-min/semaine) et à la fois l'âge ($p = 0,049$, $r = -0,204$) et le BASDAI ($p = 0,047$; $r = -0,224$).
- De plus, il existe une corrélation positive significative entre le temps de sédentarité et l'activité de la maladie ($p = 0,031$; $r = 0,337$).

Conclusion

- Notre étude a prouvé que l'AP chez les patients atteints de SA diminuait avec l'âge et l'activité de la maladie avec une augmentation concomitante du temps de sédentarité.
- Vu les risques de développer une maladie chronique secondaire aux faibles niveaux d'AP, l'exercice physique devrait être recommandé dans le cadre des soins complets de SA.

Le profil densitométrique des patients atteint de spondylarthrite ankylosante : 2018 résultats d'une étude cas-témoins

Feki.A1, Sellami.I2, Ghorbel.A3, Ben Djemaa.S1, Grassa.R1, Akrouf.R1, Ezzeddine.M1, Hachicha.I1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Ayadi.F3, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 3- Service de biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique sévère dont la lésion élémentaire est une inflammation de l'enthèse.

Elle touche essentiellement le squelette axial y compris les articulations sacro-iliaques. Elle peut évoluer vers une ankylose irréversible du rachis entraînant ainsi une limitation importante de sa mobilité.

Cette réduction de la mobilité, associée à l'inflammation chronique ont un effet néfaste sur le capital osseux.

Le but de ce travail est d'objectiver le retentissement de SA sur la densité minérale osseuse.

Méthodes

Il s'agit d'une étude cas-témoins incluant des patients:

- atteints de SA (selon les critères de New York modifiés).
- non connus ostéoporotiques ni ostéopéniques.
- sans antécédent notable de maladie ou de prise médicamenteuse influençant sur le métabolisme osseux.

Les témoins étaient appariés avec les patients dans le sexe, l'âge et l'IMC et ils répondent aux mêmes critères d'inclusion.

Une mesure de la densité minérale osseuse a été effectuée aux 2 sites vertébral et fémoral.

Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Les données épidémiologiques

Il s'agit de 47 patients et 47 témoins.

Chaque groupe est composé de 35 hommes et 12 femmes.

L'âge moyen des patients était de $43,81 \pm 13,47$ ans et des témoins était $47,02 \pm 13,47$ ans de sans différence significative ($p=0,249$).

L'indice de masse corporelle moyen des patients était de $25,9 \pm 6,2$ kg / m² et celui des témoins était de $27,3 \pm 4,6$ kg/m² sans différence significative ($p= 0,126$).

Les données cliniques

La forme de clinique de SA était :

- axiale dans 33 cas (70,2%).
- mixte (axiale et périphérique) chez 14 cas (29,8%).

La durée moyenne d'évolution de SA était de $15,07 \pm 10,9$ ans.

19 patients (40,4%) étaient sous traitement de fond au moment de l'étude. L'index de BASDAI moyen était de $3,7 \pm 1,8$.

Le BASFI moyen était de $47,3 \pm 23,4$ %.

Les aspects thérapeutiques

54% des patients étaient sur sous AINS.

20,6% étaient sous biothérapie.

Résultats de l'étude analytique

L'ostéoporose était plus fréquente chez les patients que chez les témoins (10,6% contre 4,3%) avec une différence statistiquement significative ($p = 0,002$).

Cette différence significative a consacré uniquement le site vertébral : 8,5% des patients étaient ostéoporotiques au site vertébral contre 2,1% des témoins avec une différence significative ($p=0,016$).

Au site fémoral, une ostéoporose était constatée chez 8,5 % des patients contre 2,1 % des témoins avec une différence non significative ($p=0,068$).

En comparant les 2 groupe selon la densité osseuse basse (c'est-à-dire T score < -1) ou normale, la différence était significative ($p=0,000$) : 57,4% des patients avaient une densité osseuse basse contre 19,1 % des témoins avec un odds ratio de 5 [IC : 2-12].

Conclusion

Notre étude confirme que la SA expose à un risque de perte osseuse plus élevée que la population générale aussi bien au site fémoral que au site vertébral.

Cela implique à un dépistage systématique de cette complication chez tous les patients atteints de SA quel que soit la durée d'évolution de la maladie pour assurer une prise en charge précoce et prévenir une éventuelle complication fracturaire.

Retentissement de la coxite sur la densité minérale osseuse de la hanche au cours de la spondylarthrite ankylosante

Feki.A1, Sellami.I2, Ghorbel.A3, Ben Djemaa.S1, Jriri.S1, Akrouf.R1, Ezzeddine.M1, Hachicha.I1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Ayadi.F3, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

3- Service de biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction

Les complications osseuses sont les complications extra-articulaires les plus fréquentes des spondyloarthrites y compris la spondylarthrite ankylosante (SA).

L'ostéoporose fait partie de ces complications.

Elle représente en fait un phénomène paradoxal de l'inflammation chronique dans une maladie dont les complications sont essentiellement liées à l'excès d'ostéoformation.

L'atteinte de la hanche est fréquente au cours de SA.

L'objectif de ce travail est d'évaluer le retentissement de l'inflammation chronique de la hanche (coxite) sur la densité osseuse à ce siège.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale colligeant des patients atteints de SA (Selon les critères de New York modifiés).

Ces patients ne sont pas connus ostéoporotiques et ne présentent pas d'autres affections ou de prise médicamenteuse qui peuvent retentir sur le métabolisme osseux. Une atteinte de la hanche a été recherchée par l'examen clinique et par la radiographie du bassin.

Le gène fonctionnel de la hanche a été évalué par l'indice algo-fonctionnel de Lequesne (IAF).

La densité minérale osseuse au site fémorale a été mesurée chez ces patients.

Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Les données épidémiologiques

47 patients ont été colligés, 12 femmes et 35 hommes.

L'âge moyen des patients a été de $43,81 \pm 13,47$ ans.

Une consommation tabagique a été notée dans 25% des cas.

Les données cliniques

La forme clinique était axiale dans 33 cas (70,2%) et mixte (axiale et périphérique) chez 14 cas (29,8%).

La durée moyenne d'évolution de SA était de $15,07 \pm 10,9$ ans.

19 patients (40,4%) étaient sous traitement de fond au moment de l'étude.

La coxite était présente chez 31 patients (66%). Elle était bilatérale dans 13 cas (42,5%).

La moyenne de l'IAF était à $7,1 \pm 6,5$ avec des extrêmes de 0 à 18.

Les données radiologiques

Cette coxite était débutante dans 18 cas (40,9%), engageante dans 15 cas (34,1%) et pseudo-arthrosique dans 11 cas (25%). Fig1



Fig1: coxite droite engageante

Les données densitométriques

29 patients (61,7%) avaient une densitométrie osseuse fémorale normale

13 patients (27,7%) avaient une ostéopénie

4 patients (8,5%) avaient une ostéoporose

T-score moyen au site fémoral était $-0,5 \text{ DS} \pm 1,303[-3 - -2]$.

Etude analytique

Les patients ayant une coxite avaient un T score significativement plus bas au site fémoral par comparaison avec ceux sans coxite ($-0,77 \pm 1,31 \text{ DS}$ contre $0,07 \pm 1,11 \text{ DS}$ avec $p=0,036$).

Conclusion

Notre étude confirme le rôle de l'inflammation chronique dans la genèse d'une raréfaction osseuse au cours de SA. Cela incite sur la nécessité d'une prise en charge précoce et surtout efficace de SA afin de bien juguler le processus inflammatoire et prévenir l'apparition d'une ostéoporose.

Statut marital et activité de la spondylarthrite ankylosante : Quelle association entre les deux ? 2018

Feki.A1, Sellami.I2, Ghorbel.A3, Ben Djemaa.S1, Jemni.A1, Akrouf.R1, Ezzeddine.M1, Hachicha.I1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Ayadi.F3, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 3- Service de biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction

La spondylarthrite ankylosante (SA) est le 2ème rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) après la polyarthrite rhumatoïde.

Elle évolue par poussés.

Elle nécessite une prise en charge précoce (P.E.C) afin de prévenir son évolution handicapante.

Cette P.E.C est réciproque impliquant aussi bien le rhumatologue traitant ainsi que le patient. Ce dernier doit être bien observant à son traitement et à son suivi ultérieur. Plusieurs facteurs influencent cette observance et retiennent secondairement sur l'activité de SA et sur l'obtention d'une rémission.

Le but de ce travail est de déterminer un éventuel retentissement du statut marital sur l'activité de SA.

Méthodes

Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients atteints de SA (critères de New York modifiés).

Les données sociodémographiques des patients étaient colligées.

L'activité de la maladie a été évaluée par le BASDAI (Bath Ankylosing Spondylarthritis Disease Activity Index).

Le retentissement fonctionnel a été évalué par le BASFI (Bath Ankylosing Spondylarthritis Disease fonctionnel Index).

Un BASDAI >4 définit une maladie active.

Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Soixante-huit patients atteints de SA ont été colligés. Répartition des patients selon le sexe : Fig1



Fig1: Répartition selon le sexe

Données épidémiologiques

Quatre-vingt pourcent des patients étaient mariés.

L'âge moyen était de $43,8 \pm 14$ ans.

Les données cliniques

La forme axiale était la plus fréquente (60,3%).

La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $15,9 \pm 12$ ans et le BASDAI moyen était de $3,7 \pm 1,8$.

Le BASFI moyen était de $47,3 \pm 23,4\%$.

Les aspects thérapeutiques

54% des patients étaient sur sous AINS et 20,6% étaient sous biothérapie.

Etude analytique

50% des patients avaient une maladie active dont 82,4% étaient mariés avec une différence d'activité entre les patients statistiquement significative selon le statut marital ($p=0,017$).

Il n'avait pas d'association significative entre le BASDAI et le statut marital ($p=0,322$).

Conclusion

Les patients atteints de SA et qui sont célibataires avaient une maladie mieux jugulée que les autres. Ainsi, les occupations et certaines exigences de la vie conjugale peuvent retentir négativement sur la qualité de la PEC des RIC tel que la SA.

Syndrome d'activation macrophagique au cours de la SPA sous Anti TNF alfa

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

Introduitio

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) correspond à une infiltration multifocale d'histiocytes et de lymphocytes T activés, responsable cliniquement d'une atteinte multi viscérale polymorphe. Son diagnostic est souvent méconnu. Sa survenue au cours de la spondylarthrite ankylosante (SPA) est rarement rapportée dans la littérature.

resultat

Il s'agit de Mr ZM, âgé de 26 ans ,

suivi pour une SPA (critères ESSG), évoluant depuis 4 ans,

Il s'agit d'une SPA primitive avec atteinte axiale et périphérique compliquée de coxite. Le patient a été traité par AINS et sulfasalazyme (2g/j).

Devant le caractère réfractaire on a eu recours aux anti TNF alpha (Adalimumab) avec une bonne évolution clinique (score de basdai inferieur à 3). Au cours de l'évolution (4 ans),

il a présenté une fièvre isolée persistante avec d'une altération de l'état généra et une sinusite qui a nécessité sa mise sous antibiothérapie (amoxicilline et acide clavulinique), mais sans aucune amélioration.

L'examen ne montrait pas ni d'adénopathie ni d'hépatosplénomégalie.

La biologie montrait une bicotopénie (thrombopénie : 80000 /mm ; leucopénie 2000/mm ; une hypertriglycéridémie à 3,5 mmol \l, LDH élevé à 663 U\l, l' ; hyperferritinémie à 1952. Le bilan infectieux est négatif.

Le diagnostic de SAM a été retenu. Le patient a été traité par corticothérapie (prednisone à la dose de 1mg/kg par jour). L'évolution a été marquée par l'amélioration clinique et biologique et ce après un recul de 6 mois. L'enquête pharmacologique avait incriminée l'antibiothérapie.



conclusion Le SAM au cours de la spondylarthrite ankylosante (SPA) est rarement rapportée dans la littérature. Longtemps réputé pour son pronostic sévère, le SAM constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Grâce à une meilleure connaissance des mécanismes physiopathologiques, son pronostic s'est nettement amélioré ces dernières années.

;

Apport de l'imagerie par résonance magnétique dans le diagnostic précoce d'une spondyloarthropathie

Rekik S, Moalla M, Boussaid S, Jammali S, Ajlani H*, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Service de Rhumatologie LA Rabta - *:Hôpital Elyassminette Ben Arous

Introduction

Le diagnostic de spondylarthrite (SpA) n'est pas toujours aisé à un stade précoce. La supériorité de l'IRM par rapport à la radiographie dans le diagnostic n'est plus à démontrer.

L'intérêt de cette étude est de démontrer l'impact de l'IRM du rachis et des sacro-iliaques (SI), sur la prise en charge de patients suspects de SpA.

Patients et méthodes

Etude transversale durant 14 mois, portant sur les patients chez qui le diagnostic de SpA a été suspecté. Une IRM du rachis et des SI a été demandée afin de déterminer sa valeur prédictive pour établir un diagnostic précoce.

Résultats

Cette étude a inclus 10 patients (sexe ratio H/F = 2/3) d'âge moyen égal à 36ans. Un parent de premier degré d'un des patients était atteint d'une spondylarthrite ankylosante, deux autres patients étaient porteurs d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).

Les plaintes fonctionnelles sont résumées dans la figure 1.

Un syndrome inflammatoire biologique a été retrouvé chez 6 patients.

La recherche HLA B27 était positive dans 3cas.

Les résultats des radiographies standards du rachis sont rapportées sur la figure 2. Au niveau des SI, l'aspect radiologique était normal également chez 6 patients et douteux dans les autres cas.

Figure 1: Plaintes fonctionnelles

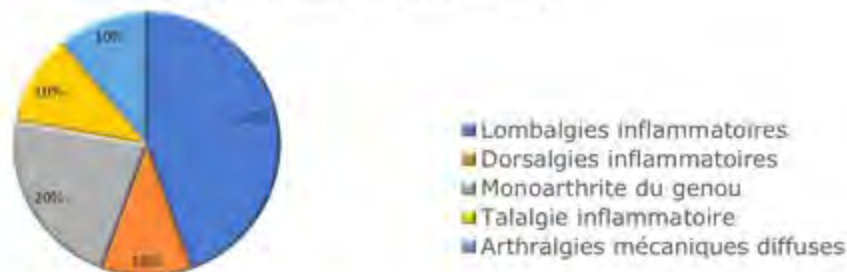


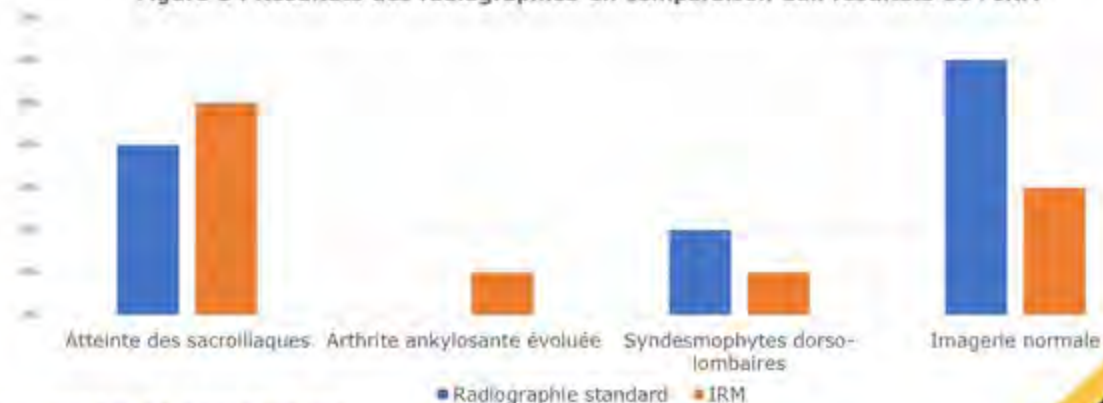
Figure 2 : Résultats de la radiographie standard



Sur l'IRM, une atteinte inflammatoire des berges SI a été mise en évidence chez cinq malades. Une arthrite ankylosante évoluée et des syndesmophytes dorso-lombaires ont été décelés dans un cas chacun. L'IRM était normale chez les trois patients restants.

Les résultats des radiographies standards et de l'IRM sont rapportés sur la figure3.

Figure 3 : Résultats des radiographies en comparaison aux résultats de l'IRM



Discussion et conclusion

Cette étude montre l'intérêt de l'IRM rachidienne et des sacro-iliaques en cas de diagnostic d'une SpA. Les résultats IRM ont permis au clinicien de motiver la prise en charge précoce et éventuellement un changement de décision thérapeutique.

Titre: Une myélite aiguë transverse révélant une spondyloarthrite

Auteurs: Boussaïd S, Aïssaoui T, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour I, Eleuch M

Adresse: Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

La myélite transverse est une maladie inflammatoire démyélinisante de la moelle épinière. Elle peut être idiopathique comme elle peut être secondaire. Dans ce dernier cas, elle peut s'observer dans le cadre d'une pathologie infectieuse ou inflammatoire. Nous rapportons pour la première fois le cas d'une myélite aiguë transverse ayant révélé le diagnostic d'une spondyloarthrite ankylosante.

Observation:

Mr KA, âgé de 58 ans, aux ATCDs d'hypertension artérielle et d'arythmies par fibrillation auriculaire sous traitement, nous a consulté pour des paresthésies des membres inférieurs avec des troubles sphinctériens (troubles de la défécation). A l'examen clinique le patient marchait en steppant et ses ROT étaient vifs. Il n'a pas été objectivé d'anesthésie en selle et le toucher rectal était normal. L'examen du rachis et ostéo-articulaire était normal. Une évaluation radiologique et biologique a été demandée, la CRP était à 21,5. Le bilan radiologique standard était normal. Devant les troubles neurologiques, une IRM rachidienne a été réalisée montrant un aspect compatible avec une myélite transverse dorsale associée à des signes de pelvispondyloarthrite rhumatismale (érosion aux angles sacro-iliaque et postérieur des plateaux vertébraux de T7, T8 et T9). Le diagnostic d'une spondyloarthrite ankylosante a été posé, mais le patient n'a pas nécessité de traitement car il n'était pas algique. Il a été décidé de le mettre sous biothérapie si la douleur réapparaissait, il est actuellement sous prégabaline.

Discussion:

La survenue de myélite transverse aiguë dans le cadre des maladies inflammatoires (Lupus érythémateux systémique, Syndrome des anti-phospholipides, la maladie de Behçet, la sclérodermie..) a été rapportée par plusieurs auteurs. Au cours de la SpA, sa survenue est très rare. Dans la littérature, elle a été rapportée par 3 cas dans le cadre des SpA évolués (1-3). Dans notre cas, la myélite transverse était la circonstance de découverte de la SpA chez un malade jusque là asymptomatique, et c'est l'IRM faite devant la symptomatologie neurologique qui a révélé les lésions inflammatoires typiques de la SpA au stade infraradiographique. Cela suggère le rôle d'une extension locale des phénomènes inflammatoires du rachis vers la moelle épinière plutôt qu'un mécanisme systémique de l'inflammation.

Par ailleurs, d'autres manifestations neurologiques de la SpA peuvent se voir. L'atteinte de la moelle épinière résulte principalement de la myélopathie compressive due à l'ostéopathie squelettique et est habituellement responsable de déficits sensoriels et moteurs.

Conclusion :

La myélite pourrait être une manifestation précoce très rare de la spondyloarthrite ankylosante qui doit être détectée à temps pour éviter les séquelles. L'IRM a un rôle important dans le diagnostic surtout avant la manifestation articulaire de la spondyloarthrite.

1. Oh DH, Jun JB, Kim HT, Lee SW, Jung SS, Lee IH, et al. Transverse myelitis in a patient with long-standing ankylosing spondylitis. Clin Exp Rheumatol. 2001;19(2):195-6.
2. Rath JJ, Roday HK, Wirtz PW. Acute transverse myelitis in psoriatic arthritis. J Neurol. 2010;257(3):457-8.
3. Lan HH, Chen DY, Chen CC, Lan JL, Hsieh CW. Combination of transverse myelitis and arachnoiditis in cauda equina syndrome of long-standing ankylosing spondylitis: MRI features and its role in clinical management. Clin Rheumatol. 2007;26(11):1963-7.

29^{ème} Congrès National de Rhumatologie

Réactions liées aux injections d'anti-TNF alpha

14 & 15 Avril
2018

Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Objectifs : Déterminer l'incidence des réactions liées aux injections d'anti-TNF alpha au cours des spondyloarthrites (SpA).

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective descriptive incluant 49 patients, ayant une SpA répondant aux critères d'Amor 1990 et/ou ASAS 2009 et/ou CASPAR sur une période de 12 ans [2004-2015]. Tous ces patients ont eu un traitement par anti-TNF alpha. Nous avons relevé les données socio-démographiques, les anti-TNF utilisés, les effets secondaires observés. un effet secondaire est considéré grave s'il entraîne: la mort, une mise en jeu du pronostic vital, une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation, des séquelles ou une incapacité notable et durable, ou une anomalie congénitale .

Résultats:



Figure 1 : Type de Spondyloarthrites



Figure 2 : Type d' anti TNF alpha

Tableau 1 : caractéristique de notre population

âge moyen (ans)	42,81±11,77
âge au moment du diagnostic (ans)	29,41±11,29
Durée moyenne d'évolution de la maladie	10,16±10,7

Deux patient ont présenté un effet indésirable grave et ont nécessité une hospitalisation urgente. Un changement d'anti-TNF a été fait dans un cas (dyspnée aigue).

Cinquante-cinq pour cent des patients ont présenté une atteinte axiale et périphérique, 37% une atteinte axiale pure et 8% une atteinte périphérique pure.

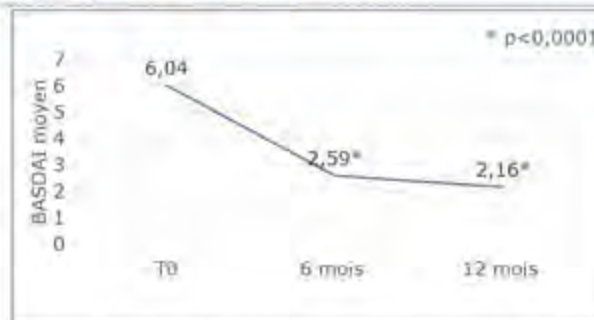


Figure 3 : Variation du BASDAI sous anti-TNF alpha

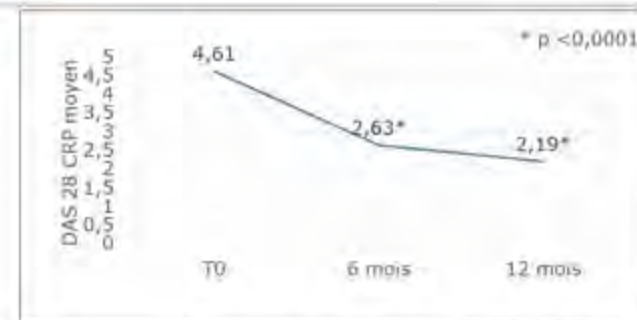


Figure 4 : Variation du DAS 28 CRP sous anti-TNF alpha

Tableau 2 : Fréquence des complications liées à l'injection chez les malades

Type de complication	Expression clinique	Nombre de cas	Anti-TNF incriminé	hospitalisation
Réaction d'hypersensibilité Immédiate	Veinite	1 cas	IFX	non
	Hypertension artérielle	1 cas	IFX	non
	Dyspnée aigue	1 cas	IFX	oui
Réaction d'hypersensibilité retardée	Allergie cutanée apparue après 2 jours	1 cas	ETN	oui
Réaction au point d'injection		1 cas	ETN	non

Discussion: L'administration sous-cutanée de l'ETN peut causer une réaction au site d'injection. Ce type de réaction locale s'est produit chez 10% à 20% des patients pendant le premier mois de traitement et le risque est diminué par la suite [1]. Les réactions d'hypersensibilité immédiate se produisent dans 5,4% des perfusions (soit 8,4% des patients) chez un groupe de patients traités par IFX [2]. Les réactions d'hypersensibilité retardée se produisent chez 2,8% des patients sous IFX [3]. L'ADA a été aussi incriminé dans la survenue de réaction d'hypersensibilité retardée [4]. Des anticorps anti-ETN ont également été isolés dans le sérum des patients sans manifestations cliniques associées [5].

Conclusion : La surveillance des patients sous anti-TNF est primordiale afin de détecter les complications liées aux injections pouvant être grave et mettre en danger leur pronostic vital.

1-Zeltser R, Valle L, Tanck C, Holyst MM, Ritchlin C, Gaspari AA. Clinical, histological and immunophenotypic characteristics of injection site reactions associated with etanercept: a recombinant tumor necrosis factor alpha receptor; Fc fusion protein. Arch Dermatol. 2001;137(7):893-9.
 2-Cheifetz A, Smedley M, Martin S, Reiter M, Leone G, Mayer L, et al. The incidence and management of infusion reactions to infliximab: a large center experience. Am J Gastroenterol. 2003;98(6):1315-24.
 3-Colombel JF, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, Egan LJ, Harmsen WS, Schleck CD, et al. The safety profile of infliximab in patients with Crohn's disease: The Mayo Clinic experience in 500 patients. Gastroenterology. 2004;126(1):19-31.
 4-Steenholdt C, Svendsen M, Benotzen K, Thomsen OD, Brynskov J, Ainsworth MA. Acute and delayed hypersensitivity reactions to infliximab and adalimumab in a patient with Crohn's disease. J Crohns Colitis. 2012;6(1):108-11.
 5-Werth VP, Levinson AI. Etanercept-induced injection site reactions: mechanistic insights from clinical findings and immunohistochemistry. Arch Dermatol. 2001;137(7):953-5.

Effacité des anti-TNF alpha au cours des spondyloarthrites

Essafi F, Saidane O, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Objectifs : Evaluer l'efficacité de 3 anti-TNF alpha au cours des spondyloarthrites (SpA) à 6 mois et étudier les facteurs prédictifs de bonne réponse.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 26 patients suivis au service de rhumatologie sur une période allant de 2004 à 2015 traités par un anti-TNF alpha pendant au moins 6 mois. Ces patients étaient suivis pour une SpA (13 rhumatisme psoriasique, 11 rhumatisme des MICI, une arthrite réactionnelle et une spondylarthrite indifférenciée) répondant aux critères d'ASAS 2009 ou CASPAR. Nous avons recueilli les données socio-démographiques, cliniques et biologiques. Tous les patients ayant un rhumatisme des MICI ont été traités par les anticorps monoclonaux. Les indices d'activité ont été évalués par le BASDAI, l'ASDAS CRP et DAS 28 CRP. Nous avons cherché les facteurs prédictifs de bonne réponse EULAR à 6 mois. Les paramètres étudiés étaient : Le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, la présence de coxite, la présence de manifestations extra articulaires, le BASDAI initial élevé, le DAS 28 initial élevé, le type de traitement biologique utilisé, et l'utilisation antérieure de DMARDs classiques.

Résultats :

Tableau 1 : caractéristiques de notre population

Patients	26
Sexe ratio	0,5
Age moyen (ans)	45,7 ±10,77
âge au moment du diagnostic (ans)	30.9±11.39

A 6 mois, il y avait une amélioration significative de tous les indices d'activité clinique et des paramètres biologiques (Tableau 2). Cinquante-quatre pour cent des patients ont atteint le BASDAI 50 à 6 mois, 78% avaient une bonne réponse EULAR, Aucun des facteurs étudiés n'étaient prédictifs de bonne réponse EULAR.

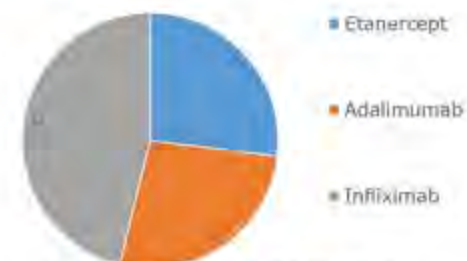


Figure 1: Anti-TNF alpha

Tableau 2: Variation des indices d'activité clinique et des paramètres biologiques.

	semaine 0	Semaine 24	p
BASDAI	5,9 ± 2,3	2,8 ± 2,4	0,001
ASDAS CRP	4,55 ± 1,27	2,3 ± 1,4	0,001
AD	6,67 ± 5,9	3,48 ± 6,76	0,029
AG	3,05 ± 3,02	1,33 ± 3,44	0,06
DAS 28 CRP	4,81 ± 1,2	2,7 ± 1,68	0,001
CRP	58,95 ± 69,37	18,74 ± 28,47	<0,0001
VS	72,53 ± 42,48	28,59 ± 33,26	0,001

Conclusion : Les anti-TNF alpha ont prouvé leur efficacité dans le traitement des SpA à 6 mois. Une large étude nationale est nécessaire afin d'évaluer les facteurs prédictifs de bonne réponse des anti-TNF alpha.

L'impact professionnel de la spondylarthrite ankylosante

Feki A.1, Sellami I.2, Ghorbel A.3, Ben Djemaa S.1, Grassa R.1, Akrouf R.1, Ezzeddine M.1, Hachicha I.1, Kallel M.H.1, Fourati H.1, Ayadi F.3, Masmoudi M.L.2, Baklouti S.1

1-Service de rhumatologie, CHU HédiChaker, Sfax, Tunisie 2-Service de médecine de travail, CHU HédiChaker, Sfax, Tunisie 3-Service de biochimie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

Les maladies rhumatismales inflammatoires sont aujourd'hui de plus en plus rencontrées en milieu de travail dans un contexte d'amélioration de la prise en charge thérapeutique et de l'intégration professionnelle des patients atteints de ces pathologies. La spondylarthrite ankylosante (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique sévère dont la lésion élémentaire est une inflammation de l'enthèse. Elle touche essentiellement le squelette axial en donnant des lésions souvent graves.

Objectif : Décrire le vécu professionnel des patients atteints de SA.

Patients et méthodes :

- Étude transversale
- Un questionnaire adressé aux patients atteints de SA
- Diagnostic du SA selon les critères de New York modifiés
- Service de rhumatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax.
- Les caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et cliniques des patients étaient recueillies.

Résultats :

- ✓ 39 malades : 37 hommes et 2 femmes
- ✓ Âge moyen : 44 ± 13 ans.
- ✓ L'âge moyen de début de la symptomatologie : **29,82 ± 8,43 ans.**
- ✓ Les mariés représentaient 71,8% des malades.
- ✓ Le niveau d'étude était pour la majorité d'entre eux **primaire** (53,8%).
- ✓ L'âge de début de la maladie était 28 ± 8,8 ans.
- ✓ La durée d'évolution moyenne de la maladie était de 16,3 ± 11 ans.
- ✓ La forme clinique était **axiale** pour 67% des patients (Figure 1)
- ✓ Le BASDAI moyen était de 3,56 ± 1,8.
- ✓ Le BASFI moyen était de 45,2 ± 23,9%.
- ✓ L'EVA douleur était de 5,22 ± 3,87
- ✓ Traitements :
 - Les traitements AINS étaient prescrits chez 87% des patients.
 - Un traitement par anti TNF était prescrit pour 23,1% des patients.

- ✓ Le travail occupé par nos patients était pour la majorité des patients un **travail manuel** (Figure 2).
- ✓ Nos patients étaient dans 51% des cas **contractuels**.
- ✓ Ils décrivaient des **difficultés professionnelles** essentiellement dans les périodes de poussées.
- ✓ Un départ à la retraite pour usure prématurée de l'organisme était rapporté par 23% des patients.



Figure 1 : Répartition des patientes selon la forme clinique de leur atteinte



Figure 2 : Répartition des patientes selon la nature de leur activité

Conclusion :

Le pronostic des pathologies inflammatoires est fortement amélioré avec l'introduction de nouvelles thérapeutiques. Une bonne orientation professionnelle ainsi qu'une adaptation au poste du travail permettraient de mieux intégrer les malades dans leurs milieux professionnels.

Y a-t-il une relation entre l'obésité et la réponse aux anti-TNF α au cours des spondylarthrites ? 2018

Daldoul C, Elamri N, Fakhfekh R, Mouanaa H, Baccouch K, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

L'utilisation des anti-TNF α dans le traitement des spondylarthrites est de plus en plus fréquente, ceci nous incite à identifier des facteurs prédictifs de bonne réponse dans l'intention de mieux optimiser leur usage.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 23 patients colligés au service de rhumatologie de Farhat Hached Sousse atteints d'une spondylarthrite ayant été traité par un anti-TNF α pendant au moins 6 mois durant une période de 8 ans allant de 2010 jusqu'à 2018.

Nous avons étudié les caractéristiques de cette population et l'activité de la maladie selon le Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath ankylosing spondylitis disease functional index (BASFI) et la vitesse de sédimentation (VS). Les patients ont été classés en 2 groupes selon l'indice de masse corporelle (IMC) : patients non obèses si $IMC < 30$ (G1) et patients obèses si $IMC \geq 30$ Kg/m² (G2). Le seuil de signification statistique p a été fixé à 0,05.

Resultats :

Notre population comportait 19 hommes et 4 femmes avec un âge moyen de 42 ans. La répartition des différentes formes de spondylarthrite était comme suit : une spondylarthrite ankylosante axiale primitive (n= 18), un rhumatisme psoriasique (n= 3), un rhumatisme des entérocolopathies (n= 2). L'âge moyen au diagnostic était de 31 ans, le délai entre le diagnostic de la maladie et l'introduction de traitement biologique était de 74 mois. Les traitements prescrits étaient comme suit : Infliximab 34.3%, Adalimumab 30.4%, Etanercept 26.1%, Certolizumab 8.7%. Quatre patients étaient obèses (G2) et 17 patients étaient non obèses (G1). La valeur moyenne du BASDAI, BASFI avant l'initiation de biothérapie était respectivement de 49.9% et 55.74%. La valeur moyenne du BASDAI BASFI à 6 mois de traitement était respectivement. La valeur moyenne de la VS initiale et à 6 mois était respectivement de 38.9 mm à H1 et de 21.9mm à H1. Tous les patients du groupe G2 ont atteint un BASDAI < 40% au bout de 6 mois, vs 12 patients du groupe G1. Mais la comparaison n'a pas trouvé de différence significative (p=0.532).

Discussion :

Le rôle du tissu adipeux au cours des spondylarthrites n'a pas été largement étudié. Etant donné que le choix thérapeutique en matière de biothérapie est plus limité, il est important de déceler les facteurs prédictifs d'une bonne réponse au traitement. Dans cet esprit quelques études se sont intéressées à étudier l'influence de l'IMC sur la réponse au traitement anti-TNF α concluant qu'un IMC élevé représente un facteur de risque de non obtention de rémission(1)(2).

Conclusion :

D'autres études à large échelle sont nécessaire pour établir le lien entre l'IMC et la réponse aux traitements biologiques.

References

1. Gremese E, Bernardi S, Bonazza S, Nowik M, Peluso G, Massara A, et al. Body weight , gender and response to TNF- α blockers in axial spondyloarthritis. 2014;1-7.
2. Ottaviani S, Allanore Y, Tubach F, Forien M, Gardette A, Pasquet B, et al. Body mass index influences the response to infliximab in ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther. 2012;14(3):R115.

Compression médullaire par calcification du ligament jaune : A propos de 2 cas

SLIMANE.A, KERMANI.N, MNAKRI.H, BEN SAID.I, KALLEL.J, JEMEL.H

Service de Neurochirurgie de L'Institut Nationale de Neurologie - Faculté de Médecine de Tunis, TUNISIE

Introduction:

Les premiers cas de myélopathie secondaire à une calcification du ligament jaune (LCJ) au niveau dorsolombaire ont été décrits par Polgars en 1929. Ce n'est que vers les années soixante-dix que les premières observations de myélopathie cervicale par CLJ du rachis ont été rapportées. La majorité des cas sont décrits chez des patients japonais sous forme d'un tableau de myélopathie cervicale d'évolution plus ou moins lente. Nous rapportons deux nouvelles observation de myélopathie par CLJ chez deux patients. Les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques ainsi la pathogène de cette entité pathologique seront discutés.

Cas cliniques:

Obs 1 → Patient âgé de 65 ans, maçon, sans antécédants pathologiques, hospitalisé pour des troubles de la marche réalisant une claudication médullaire intermittente, d'aggravation progressive évoluant depuis deux ans. L'examen neurologique trouve une paraparésie spastique et un syndrome cordonal postérieur. La radiographie rachis cervical de profil montre une calcification du LCVA, du LCVP et du ligament jaune. L'IRM cervicale met en évidence une ossification du ligament jaune (zone vide de signal) en regard de C7-D1 comprimant la moelle épinière. La TDM cervicale montre une volumineuse ossification du ligament jaune réduisant considérablement le canal rachidien. Le bilan phosphocalcique est normal. Le patient a bénéficié d'une laminectomie de C7 et D1, avec résection de la calcification. La dure mère faisant corps à celle-ci a été préservée. Les suites opératoires immédiates ont été marquée une aggravation franche du statut neurologique transitoire puis récupération progressive de la marche aux bout de deux mois de rééducation intensive.

Obs 2 → Patiente âgé de 59 ans, hospitalisé pour des troubles de la marche d'aggravation progressive évoluant depuis un an et des troubles sensitifs subjectifs aux deux membres inférieurs. L'examen neurologique trouve une paraparésie spastique et un syndrome cordonal postérieur. L'IRM médullaire met en évidence une calcification du ligament jaune en regard de D8-D9 comprimant la moelle et réduisant le canal rachidien. Le bilan phosphocalcique est normal. La patiente a bénéficié d'une laminectomie de D8, avec résection du ligament jaune calcifié respectant la dure mère en regard. Les suites opératoires étaient marquées par une amélioration de l'état neurologique. L'examen histologique confirmait la calcification du ligament jaune en montrant que ce dernier était le siège d'abondants dépôts de microcristaux à bouts carrés, réfringents à la lumière polarisée, correspondants à des cristaux de pyrophosphates de calcium.



Résultats :

La calcification du ligament jaune du rachis est une affection exceptionnelle. Seulement une centaines de cas sont rapportés à ce jour dans la littérature, sous forme de cas cliniques isolés ou de courtes séries. Elle serait l'apanage du sujet japonais. C'est une pathologie essentiellement de la femme : en effet, l'analyse épidémiologique de la littérature trouve un sex-ratio majoritairement féminin (79 femmes/13 hommes). L'âge moyen de survenue est de 65 ans (extrêmes : 30-89 ans).

Les cervicalgies et les radiculalgies sont rarement rapportées. Le syndrome cordonal postérieur retrouvé chez nos patient est rarement rapporté dans la littérature, ce qui paraît en contradiction avec la localisation des masses calcifiées qui compriment directement les cordons postérieurs de la moelle.

Le scanner du rachis montre des calcifications sous la forme de masses ovalaires hyperdenses se développant au niveau de l'arc postérieur, de manière indépendante des lames vertébrales. L'angle de raccordement aigu de la masse à la lame et le siège interlaminaire permettent de différencier la calcification de l'ossification du ligament jaune. En effet, cette dernière se raccorde à la lame selon un angle obtus. Cette distinction entre calcification et ossification du ligament jaune est importante à considérer car il s'agit de deux pathologies différentes. La calcification est due à un dépôt de cristaux dans le ligament jaune, cristaux qui vont, de par leur effet de masse, entraîner une compression médullaire. La calcification entre le plus souvent dans le cadre, plus vaste, de la chondrocalcinose articulaire.

L'ossification du ligament jaune est, par contre, une métaplasie osseuse qui s'élabore au sein d'un ligament jaune hypertrophié : c'est une ossification enchondrale aboutissant à la formation d'os lamellaire.

L'évolution spontanée peut conduire à une tétraplégie ou une paraplégie définitive en quelques mois, d'où l'intérêt d'un traitement rapide consistant en une laminectomie décompressive avec résection des calcifications. Le traitement chirurgical permet la récupération totale dans la majorité des cas.

Evaluation de l'activité physique au cours de la lombalgie commune

Fazaa A, Boussaa H, ouenniche K, Miladi S, kassab S, Chekili S,
Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

La lombalgie commune est une pathologie fréquente pouvant aboutir à une incapacité fonctionnelle et à un mode de vie sédentaire. L'activité physique (AP) peut contribuer à améliorer les douleurs et à lutter contre le déconditionnement physique.

Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le niveau d'activité physique des patients lombalgiques et de déterminer son association avec les paramètres socio-démographiques, cliniques et la qualité de vie.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale portant sur des patients suivis pour une lombalgie commune.

L'activité physique a été évaluée par la version courte de l'IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). Ce questionnaire permet le calcul d'un score continu de dépense énergétique exprimé en MET-min/semaine et de définir 3 catégories d'AP: faible, modérée ou intense. La sédentarité moyenne a été mesurée en minutes par semaine. La qualité de vie a été évaluée par le score SF36 (The Short Form (36) Health Survey). Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats :

- 26 H et 7 F
- Age moyen: 54±8 ans [34-69]
- 78,8% étaient mariés et 48,5% avaient une activité professionnelle
- La durée moyenne d'évolution de la lombalgie était de 8 ans
- La valeur moyenne de l'échelle visuelle analogique (EVA) douleur était de 61,7 mm [25-90]
- L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 28,9 kg/m² [18,7-37,4]
- L'indice de schöber et la distance doigts-sol moyens étaient respectivement de + 3 cm [0,4-6] et 19,5 cm [0-49]
- Le temps moyen de sédentarité était de 1806 min/semaine
- Le score moyen de l'activité physique totale était à 5228,5 MET-min/semaine
- Les différents niveaux d'activité physique: sont représentés par la figure 1.



Figure 1: Le niveau d'activité physique chez les lombalgiques

- Les barrières à une activité physique adéquate et régulière, invoquées par les patients, sont représentés par la figure 2.



Figure 2: Les barrières invoquées par les lombalgiques à une activité physique

- Les moyennes des scores physique et mental du SF36 étaient respectivement de 38,3 [15,8-83,1] et 42,9 [13,8-73,6]
- Aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre le score d'activité physique totale ou le temps de sédentarité d'une part et les différentes caractéristiques socio-démographiques, cliniques et de qualité de vie d'autre part

Discussion:

Le niveau d'activité physique est peu évalué chez les lombalgiques. Les recommandations actuelles sont mal connues, néanmoins la majorité des médecins conseillent l'AP et individualisent les conseils.

Conformément à nos résultats, une étude a identifié trois principales barrières à une AP régulière en cas de lombalgie commune: la douleur, le manque de motivation et un travail fatiguant [1]

Conclusion :

La relation entre l'activité physique et la lombalgie commune est complexe, tant sur le plan physique que psychologique. D'autres études sont nécessaires pour étayer ces observations et aider le clinicien à prescrire au mieux des exercices adaptés à chacun.

Références:

1. Boutevillain L et al. PLoS ONE 2017; 12 (7): e0179826: Facilitators and barriers to physical activity in people with chronic low back pain: A qualitative study.

Les spondylarthropathies destructrices des hémodialysés : à propos d'un cas 2018

Boussaïd S, Zouaoui K, Rekik S, Sehli H, Cheour E, Elleuch M.
Service de Rhumatologie La Rabta, Tunis, Tunisie.

Introduction:

Les spondylarthropathies destructrices des hémodialysés représentent une complication ostéo-articulaire rare au cours de l'insuffisance rénale chronique. Nous avons essayé de cerner les particularités de cette affection à travers un cas hospitalisé dans le service et une revue de la littérature.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 72 ans, suivi pour une néphropathie tubulo-interstitielle chronique avec lithiases rénales bilatérales au stade d'insuffisance rénale chronique hémodialysé depuis 10 ans. Il a été admis pour une lombocruralgie droite mixte évoluant depuis 3 mois. A l'examen, marche à petits pas, rachis raide, lasègue négatif ; l'examen neurologique était sans anomalies. La radiographie du rachis lombaire a montré un pincement discal L4-L5 avec un flou des plateaux vertébraux adjacents. Au bilan biologique il y'avait une anémie normochrome normocytaire à 7g/dl, une CRP à 48mg/l. la calcémie était normale, la phosphorémie était à 63 mg/l, une PTH élevée à 297 UI. Les Hémocultures, les sérologies de la fièvre typhoïde, de la brucellose, l'IDR à la tuberculine, les recherches de BK dans les crachats et l'ECBU étaient négatifs. La radiographie du thorax était sans anomalies. L'IRM médullaire avait conclu à une spondylarthropathie des hémodialysés notamment devant la présence de zone de signal grasseux des corps vertébraux sus et sous jacents. Le patient a été mis sous traitement symptomatique (Antalgiques, Anti-inflammatoires non stéroïdiens) et a eu une rééducation fonctionnelle avec une amélioration de la symptomatologie clinique.



Discussion:

La spondylarthropathie destructrice de l'hémodialysé est une pathologie qui se voit chez les patients hémodialysés chroniques (8 à 18%) et peut correspondre sur le plan anatomopathologique à un dépôt amyloïde au niveau rachidien. Les lésions destructrices discales peuvent faire évoquer une spondylodiscite infectieuse et L'IRM représente l'examen de choix pour le diagnostic positif.

La SDH prédispose à l'instabilité rachidienne pouvant ainsi se compliquer d'une compression médullaire ou radiculaire.



Conclusion:

La SDH est une entité relativement rare. Néanmoins il faut penser à ce diagnostic devant des rachialgies inflammatoires survenant chez un patient hémodialysé de longue date. L'IRM est d'une grande aide diagnostique et la ponction-biopsie disco-vertébrale s'impose au moindre doute.

Lombalgie commune chronique : impact sur la qualité de vie des patients évalué par le score SF-12

Sellami.M, Saidane.O, Tekaya.R, Ben Tekaya.A, Mahmoud.I, Abdelmoula.L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La lombalgie chronique, l'un des plus fréquents motifs de consultation en rhumatologie, a un impact majeur sur la qualité de vie, lié à la douleur, à l'incapacité fonctionnelle et les répercussions psychosociales.

Notre objectif était d'évaluer la douleur et la qualité de vie des patients suivis en consultation externe de rhumatologie pour lombalgie commune chronique.

Méthodes :

Etude transversale monocentrique menée sur deux mois, portant sur des cas de lombalgie chronique commune. Afin d'évaluer la qualité de vie des patients, nous avons utilisé le score Short-Form-12 (SF-12).

Résultats :

Nous avons colligé 65 cas. Le sexe ratio H/F était à 1,82. La moyenne d'âge était de 58 ans [26-77]. La moyenne d'indice de masse corporelle était à 31,4kg/m². Il s'agissait d'une discopathie dégénérative dans 38 cas (58%), d'une arthrose interapophysaire postérieure isolée dans 13 cas (21%), d'un spondylolisthésis dans 6 cas (9%) et d'un canal lombaire étroit dans 8 cas (12%). Des antécédents de traumatismes du rachis ou de lumbago étaient rapportés dans 14% et 48% des cas. Dans 58% des cas, la moyenne du délai de consultation était de 3 ans.

La douleur avait une intensité moyenne à 5,8/10. Une exacerbation des douleurs à l'effort était rapportée dans tous les cas. Un absentéisme au moment des poussées était noté chez 31/42 patients actifs professionnellement (74%). Le score SF12 était inférieur à la normale dans tous les cas. La moyenne du SF12 était de 43,27. Ce score de qualité de vie chutait significativement avec l'intensité de la douleur, les comorbidités associés, l'âge et la multiplicité des lésions dégénératives du rachis ($p=0,001$, $p=0,02$, $p=0,03$, $p=0,02$ respectivement).

Conclusion :

Notre étude soulignait que la lombalgie commune chronique était une source de douleur et d'altération de la qualité de vie des patients. Le recours à une évaluation fonctionnelle, se basant sur l'utilisation de scores validés doit être systématique devant toute lombalgie.

Une spondylodiscite infectieuse qui n'en est pas une : A propos d'un cas.

Boussaïd S, Zouaoui K, Rekik S, Sehli H, Cheour E, Elleuch M.

Service de rhumatologie, La Rabta, Tunis, Tunisie.

Introduction:

La spondylodiscite infectieuse correspond à une infection d'un disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Néanmoins, il faut garder à l'esprit l'existence de diagnostics différentiels. Nous rapportons le cas d'un patient qui a eu une fracture transdiscale, prise au début pour une spondylodiscite infectieuse.

Cas Clinique :

il s'agit d'un patient âgé de 49 ans, qui est suivi pour un rhumatisme psoriasique axial et périphérique depuis 6 ans traité par méthotrexate. Il a comme antécédents une *Fasciite nécrosante de la cuisse droite compliquée par une arthrite septique du genou homolatéral, pour laquelle il a eu un traitement chirurgical avec une antibiothérapie adaptée.*

En post-opératoire immédiat, le patient a présenté des dorsolombalgies inflammatoires ; une IRM médullaire avait été pratiquée montrant un aspect en faveur d'une spondylodiscite infectieuse. La ponction biopsie disco-vertébrale était non concluante et le patient a donc été mis sous antibiothérapie à large spectre pendant 3 mois mais sans amélioration notable. Il a donc été admis dans notre service.

A l'examen, il était apyrétique, il avait des lésions de psoriasis érythrodermique avec un rachis raide, une amyotrophie des muscles spinaux et des membres inférieurs ; les hanches étaient libres et la cheville droite était en équin réductible. Les réflexes ostéo-tendineux étaient présents et symétriques et il n'avait pas de troubles vésico-sphinctériens.



A la biologie, on notait un syndrome inflammatoire biologique avec une anémie normochrome normocytaire. L'enquête infectieuse était strictement négative (Les recherches de BK dans les crachats et les urines, l'ECBU, les hémocultures, la sérologie de la fièvre typhoïde et la sérologie de la brucellose). A la radiographie du rachis dorso-lombaire, il y avait un pincement discal D12-L1 avec un flou des plateaux vertébraux adjacents et à la radiographie du thorax on avait un doute sur des lésions de tuberculose. Le patient a été alors mis sous quadrithérapie antituberculeuse pendant une durée de 1 mois mais devant la non amélioration de la symptomatologie, une tomodensitométrie du rachis avait été pratiquée montrant une fracture transdiscale D12-L1 avec atteinte de l'arc postérieur. Le patient a eu une arthrodèse par voie percutanée. L'évolution en post-opératoire était marquée par l'installation d'une paraplégie complète.



Discussion: Les fractures transdiscales sont favorisées par l'ankylose et l'ostéoporose. Elles surviennent après un traumatisme mineur ou même sans notion de traumatisme, en moyenne après 20 ans d'évolution de la spondyloarthrite. Elles touchent préférentiellement le rachis thoracolombaire, comme dans notre cas. Ces fractures évoluent fréquemment vers la pseudarthrose car elles passent souvent inaperçues.

Conclusion :

Les spondyloarthrites prédisposent aux fractures transdiscales qui peuvent avoir des conséquences neurologiques graves. Le diagnostic est parfois difficile et beaucoup aidé par l'IRM actuellement. Il faut tout de même se méfier lors de l'interprétation d'une telle imagerie.



Les abcès du psoas associés aux spondylodiscites infectieuses: A propos de 14 cas

Feki.A1, Sellami.I2, Akrouf.R1, Ezzeddine.M1, Ben Djemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.ML2, Baklouti.S1
1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

Les abcès du muscle psoas sont généralement secondaires à l'extension d'une infection intra-ou rétro péritonéale y compris les spondylodiscites infectieuses (SD). Même avec des modalités diagnostiques améliorées, la stratégie de la prise en charge n'est pas uniforme. Notre objectif est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para-cliniques et évolutives des abcès du psoas (AP) associés aux SD.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 14 observations d'abcès du psoas. Ils étaient colligés dans le service de Rhumatologie de Sfax sur une période de 21 ans (1996-2016).

Résultats

Les données épidémiologiques

Tous les cas étaient hospitalisés pour une SD. L'âge moyen de nos patients était de 47 ans (25-76 ans) avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,3).

Les données cliniques

Le côté droit était le plus touché (47%). Les principales manifestations cliniques étaient :

- la lombalgie (90,3 %).
- une fièvre (40%).
- une boiterie (40 %).

On n'avait aucun signe clinique d'orientation vers un API associé à la SD.

Les données biologiques

76,4% des patients avaient un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose dans 04 cas.

Tous nos patients ont été explorés(Fig1)

- par une TDM (deux patients)
- par une IRM (12 patients)
- ou les deux (deux patients).

Etiologies

La tuberculose était la plus incriminée, diagnostiquée chez 10 malades (71,4%) suivie de la brucellose chez trois cas (21,4%) et un seul cas d'AP à germe banal (7,2%). La confirmation de l'étiologie tuberculeuse était fournie par l'étude histologique des biopsies et de la culture du pus d'abcès.

Le traitement et évolution

Il avait comporté:

- une antibiothérapie systémique probabiliste orientée adaptée après résultat de la bactériologie
- associée à un drainage percutané sous scanner dans deux cas dont un après échec du drainage percutané qui était pratiqué chez trois sujets.

L'évolution était favorable dans 12 cas. Un patient a présenté des récives après ponction drainage.



Fig1: abcès du muscle psoas gauche

Conclusion

L'abcès du psoas est une pathologie peu fréquente. Le diagnostic positif et la prise en charge thérapeutique sont améliorés par les progrès de l'imagerie. Malgré le caractère secondaire au SD de ces abcès, le drainage percutané garde sa place en participant à la guérison, à l'amélioration du pronostic et à guider l'antibiothérapie souvent lourde et prolongée.



P123

Hypertrophie neurogène musculaire secondaire à une lombosciatique

Z.Aguir¹, H.Rebai², S.Zrour³, M. Jguirim³, I.Béjia³, M.Touzi³, N.Bergaoui³

1. Consultation externe de Rhumatologie - Hôpital Jemmal 2. Service Orthopédie - Hôpital régional Ibn Jazzar - Kairouan 3. Service de Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba - Monastir

Objectif :

L'hypertrophie musculaire neurogène (HMN) secondaire à une radiculopathie est une pathologie rare. Il s'agit d'une réponse paradoxale du muscle à la dénervation: ce dernier s'hypertrophie au lieu de s'atrophier. L'hypertrophie pourrait être le résultat de décharges répétitives complexes, ou bien de l'étirement passif des muscles dénervés par leurs antagonistes.

Observation :

Patient âgé de 43 ans, consultait pour hypertrophie du mollet droit, d'apparition progressive, 3 ans après une lombosciatique S1 droite. Il décrivait des douleurs de la loge antérieure de jambe au cours d'efforts prolongés. L'examen mettait en évidence une asymétrie de circonférence des mollets de 4 cm et une abolition du réflexe achilléen droit. Le bilan biologique retrouvait une élévation de CPK à 651 UI/L.

L'IRM lombaire montrait une hernie discale L5-S1 paramédiane droite entrant en conflit avec la racine S1 droite.

L'IRM de jambe droite mettait en évidence une involution graisseuse de muscle gastrocnémien interne et une hypertrophie du soléaire. L'EMG objectivait des décharges répétitives complexes dans les muscles gastrocnémiens interne et externe et des signes en faveur d'une atteinte neurogène de ces muscles.

Conclusion :

L'hypertrophie musculaire neurogène secondaire à une radiculopathie est une pathologie rare. Il faut savoir l'évoquer devant une hypertrophie unilatérale d'un mollet. L'interrogatoire du patient, l'IRM, et l'EMG, permettent le diagnostic.



P071

Profil épidémiologique de la lombosciatique commune (LSC) DE L'AORTE ABDOMINALE

Z.Aguir¹, H.Rebai², S.Zrouer³, M. Jguirim³, I.Béjia³, M.Touzi³, N.Bergaoui³

1. Consultation externe de Rhumatologie - Hôpital Jemmal 2. Service Orthopédie - Hôpital régional Ibn Jazzar - Kairouan 3. Service de Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba - Monastir

Objectif :

Déterminer la fréquence de la lombosciatique commune (LSC) en consultation rhumatologique et évaluer ses conséquences socio-économiques et rechercher les facteurs associés à cette affection.

Patients et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur 7 mois (du juillet au Janvier 2018) portant sur les patients vus en consultation de rhumatologie à l'hôpital de Jammel à Monastir (Tunisie)

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire préétabli comprenant 31 items.

Résultats :

Parmi les 628 consultants, 238 patients avaient une LSC (37.89%) ayant un âge moyen de 45 ans (Extrêmes 16-74) au début de la maladie avec une prédominance féminine (sex-ratio:3).

Les facteurs associés à la LSC comparés au groupe contrôle étaient : le sexe féminin ($P<0.0001$), l'obésité ($P<0.0001$), les antécédents lombaires ($P<0.0001$), les troubles anxio-dépressifs ($P<0.0001$), la pratique du sport ($P<0.0001$), la position debout et penchée en avant au cours du travail ($P<0.005$), le port de charges lourdes ($P<0.03$).

L'arrêt de travail était observé dans 76% avec une durée moyenne de 10 semaines et un reclassement professionnel était nécessaire dans 5% des cas.

Conclusion

vue la fréquence de la LSC, les conséquences médicales et socioprofessionnelles importantes et sa relation avec des facteurs de risque, des mesures éducatives et préventives sont nécessaires.

Evaluation de la fatigue au cours des lombalgies chroniques

Hamdi W, Ben Nessib D, Cherif I, Kaffel M.D, Maatallah K, Kchir M.M

Service de Rhumatologie, Institut d'Orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- Les lombalgies communes : une plainte fréquente s'accompagnant parfois d'une sensation de fatigue physique et psychique.
- Cette fatigue est souvent confondue avec la douleur et parfois négligée par les médecins malgré son retentissement important.
- Objectifs de ce travail :
 - évaluer la fatigue au cours des lombalgies communes
 - étudier les facteurs auxquelles elle est corrélée.

Patients et méthodes :

- Etude transversale prospective
- 40 patients suivis pour lombalgies chroniques
- Paramètres recueillis : paramètres épidémiologiques, cliniques et biologiques ont été recueillis
- Le syndrome rachidien : évalué par l'indice de Schôber et la Distance Doigts-Sol (DDS)
- Le retentissement fonctionnel des lombalgies : estimé par le score EIFEL
- La fatigue était évaluée sur les plans somatique et mental par le questionnaire de Chalder comportant 14 items. Un score supérieur à 4 témoigne d'un état de fatigue avéré.

Résultats :

- 40 patients : 20 hommes et 20 femmes
- Âgés moyen : 46,4 ans [19-73]
- Durée moyenne d'évolution de la lombalgie commune : 2 ans [0,25-9]
- EVA douleur moyenne : 52mm [20-80]
- L'indice de Schôber moyen : 2,5cm [1-4]
- DDS moyenne : 19cm [0-50]
- Le score EIFEL moyen : 9,9 [1-24]
- Le score de la fatigue globale moyen : 4,9 [0-13]

Score de la fatigue



- Le score moyen de la fatigue somatique : 4 [0-7]
- Le score moyen de la fatigue mentale : 0,8 [0-6]

Paramètres corrélés avec la fatigue somatique :

	p	r
Age	p=0,000	r=0,54
DDS	p=0,020	r=0,37
score EIFEL	p=0,000	r=0,54
Indice de Schôber	p=0,027	r=-0,35

Paramètres corrélés avec la fatigue mentale

	p	r
Âge	p=0,009	r=0,41
Score EIFEL	p=0,001	r=0,52

Conclusions :

- La fatigue physique est plus importante que la fatigue mentale chez les patients souffrant de lombalgies chroniques
- La fatigue est liée aussi bien au retentissement fonctionnel des lombalgies qu'au syndrome rachidien qu'ils engendrent.

Titre: Diagnostic bactériologique des spondylodiscites infectieuses

Auteurs: Aissaoui T, Boussaid S, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour I, Eleuch M

Adresse: Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

Le diagnostic bactériologique est une étape importante de la prise en charge des spondylodiscites infectieuses (SPDI). Le contexte clinico-biologique et surtout l'aspect radiologique offrent souvent une orientation étiologique qui pourrait orienter la stratégie des prélèvements bactériologiques. La pertinence du choix du site du prélèvement passe par l'évaluation de la balance rentabilité diagnostique/risque.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 20 malades hospitalisés dans le service de rhumatologie à l'hôpital La Rabta pour prise en charge de SPDI.

Résultats:

Le sex ratio était de 1,22 avec un âge moyen de 55 ans. L'atteinte était localisée à un seul étage chez 75% des patients et elle était multi-étagée chez 5 patients. Le segment rachidien le plus souvent affecté était l'étage lombaire (n=9) suivi par l'étage dorsal (n=7) suivi par la jonction dorso-lombaire (n=3). L'atteinte cervicale était observée chez 2 patients dans le cadre d'une atteinte bifocale (lombaire associée). Les germes le plus fréquemment isolés étaient des pyogènes (50% des cas). Nous avons observé 6 cas de SPDI tuberculeuse (un cas de co-infection BK+Pyogène) et 5 cas de SPDI brucellienne. Le diagnostic bactériologique du germe en cause était basé sur les prélèvements bactériologiques dans 75% des cas. Dans le reste des cas (n=5), le diagnostic était présomptif basé plutôt sur des arguments épidémiologiques. Les prélèvements bactériologiques périphériques incluant des hémocultures, les prélèvements des urines et des crachats étaient pratiqués chez tous les malades. Les hémocultures, en étant significativement positives, ont permis de porter le diagnostic de SPDI à pyogène chez 3 malades. Dans un seul cas, le germe responsable de la SPDI a été isolé au niveau de sa porte d'entrée urinaire (ECBU Positif à E.Coli). Les tests sérologiques étaient d'un grand apport pour le diagnostic des SPDI brucelliennes (positifs chez 100% des patients). Les prélèvements bactériologiques du site infectieux, à savoir la Ponction Biopsie Disco Vertébrale (PBDV) et la ponction d'abcès des parties molles, ont été pratiqués 13 fois chez 12 malades (un malade ayant bénéficié des deux prélèvements). En cas de SPDI brucellienne confirmée par une sérologie de Wright positive, et en dehors d'une suspicion d'une infection tuberculeuse associée, la PBDV

n'était pas pratiquée. Chez trois malades, la PBDV était indiquée mais elle était recusée devant le mauvais état général des patients. La PBDV était contributive au diagnostic chez 81% des patients grâce à l'étude anatomo-pathologique (l'étude bactériologique n'était positive que dans un seul cas). Elle était non concluante dans le reste des cas (n=2). Un seul patient a présenté une complication mineure de la PBDV à type de réaction pleurale avec enkystement qui a spontanément régressé au bout d'un mois. Deux patients ont bénéficié de la ponction d'abcès des parties molles dont l'étude bactériologique a isolé respectivement 1 pyogène et un BK. La porte d'entrée du germe était retrouvée chez seulement 10% des cas. La notion du contagio tuberculeux a été retrouvée chez 1/3 des patients présentant une SPDI tuberculeuse.

Discussion:

L'efficacité de l'enquête bactériologique dans le diagnostic des SPDI est pratiquement la même au fil des décennies. Elle est de 78% (varie selon les études entre 38 et 90%). Les hémocultures sont contributives au diagnostic dans 37% mais la PBDV reste l'examen le plus contributif avec une efficacité variant entre 43 et 78%(1). Certains auteurs soulignent l'intérêt d'une deuxième PBDV en cas d'échec de la première(2).

Conclusion:

Le diagnostic bactériologique d'une SPDI est un défi pour le clinicien. L'isolement du germe peut se faire au niveau de la porte d'entrée présumée ou au niveau du sang dans le cadre d'une septicémie. Le diagnostic des SPDI brucelliennes était basé exclusivement sur les tests sérologiques. Pour les SPDI non brucelliennes, la PBDV et/ou la ponction des abcès des parties molles, quoiqu'invasives, restent les examens qui offrent la meilleure sensibilité pour l'isolement du germe.

1. Lopez J, Tournadre A, Couderc M, Pereira B, Soubrier M, Dubost J-J. L'efficacité de l'enquête bactériologique des spondylodiscites infectieuses n'a pas changé en 20ans. Revue du Rhumatisme. 2018.
2. Terreaux W, Geoffroy M, Ohi X, Job L, Cart P, Eschard J-P, et al. Intérêt d'une deuxième ponction biopsie vertébrale dans la spondylodiscite primitive à hémocultures négatives en cas de première ponction biopsie disco-vertébrale stérile. Revue du Rhumatisme. 2016;82(1):16-22.

Titre: Aspects thérapeutiques et évolutifs des spondylodiscites infectieuses

Auteurs: Aissaoui T, Boussaid S, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour I, Eleuch M

Adresse: Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

La prise en charge des spondylodiscites infectieuses (SPDI) est longue et lourde. Les résultats thérapeutiques étant lents à s'observer, le cours évolutif de la maladie est émaillé de nombreuses complications qu'il faut savoir guetter pour agir à temps. Une surveillance étroite (du moins au cours de la période initiale) est capitale pour prévenir l'installation de complications souvent graves.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 20 malades hospitalisés dans le service de rhumatologie à l'hôpital La Rabta pour prise en charge de SPDI.

Résultats:

Nous avons pu colliger 20 cas de SPDI. Le sex ratio était de 1,22 avec un âge moyen de 55 ans. Cinquante pourcent des patients étaient indemnes de toute pathologie sous jacente. Un diabète type2 insulino-nécessitant était présent chez 15% des patients et nous avons observé respectivement un cas de myélome multiple sous chimiothérapie, un toxicomane avec une co-infection hépatite virale B et C, un hémodialysé chronique et une patiente antérieurement suivie pour polyarthrite rhumatoïde. Le germe responsable de la SPDI était un germe pyogène dans 50% des cas, un BK dans 30% des cas et des brucelles dans 20% des cas. Localement et en se basant sur les résultats de l'IRM, une extension aux parties molles sans collection a été notée chez 20% des cas. Un ou plusieurs abcès des parties molles para-vertébrales a été noté chez 55% des malades dont deux fuseaux para-vertébraux, un cas de phlegmon et un cas d'abcès bilatéraux. Une extension épidurale a été retrouvée chez 60% des patients donc un patient ayant présenté un tableau de compression médullaire. Toutes les SPDI à pyogène ont été initialement traitées par une bithérapie par voie parentérale pendant une durée moyenne de 26j. La durée totale moyenne d'antibiothérapie était de 90j. Les SPDI tuberculeuses ont été traitées initialement par une quadrithérapie anti-tuberculeuse relayée au bout de deux mois par une bithérapie. La durée totale moyenne du traitement anti-tuberculeux était de 13 mois. Les SPDI brucelliennes ont été traitées par l'association doxycycline/rifampicine durant une période moyenne de 6,8 mois. La corticothérapie a été indiquée chez 30% (n=6) des patients avec une durée totale moyenne de 27j. Un seul patient a bénéficié de la ponction de son abcès avec un drainage percutané. Une immobilisation a été prescrite pour tous les malades.

La tolérance au traitement était bonne pour la majorité des patients (70%). Un patient avait présenté une réaction allergique mineure (rash, urticaire) pour l'association céfotaxime/fosfomycine (l'imputabilité de l'un ou de l'autre n'a pas pu être prouvée). Deux patients ont présenté des complications classiques des anti-tuberculeux (hyperuricémie+cholestase chez le premier et hyperuricémie+névrite optique rétro bulbaire chez le deuxième). Un des patients soumis à la corticothérapie a présenté un déséquilibre de son diabète jugulé par l'ajustement de son traitement anti diabétique. L'évolution sous traitement était favorable chez 65% des patients. Nous avons observé une aggravation des lésions infectieuses (extension vers d'autres étages ou apparition d'abcès) malgré un traitement bien conduit chez trois patients. Deux patients ont présenté des complications neurologiques (un cas de syndrome de la queue de cheval et un cas de déficit des releveurs du membre inférieur) tout deux ayant favorablement évolué sous corticothérapie. Les complications du décubitus (escarre, pneumopathie hypoxémiante) ont été observées chez deux malades dont une s'est décédée suite à un AVC ischémique étendu avec transformation hémorragique.

Discussion:

Les données de la littérature sont en accord que la durée du traitement antibiotique des SPDI ne doit pas être inférieure à 6 semaines cependant il n'existe pas à l'heure actuelle des guidelines standardisés quant à la prise en charge des SPDI (1). La prévalence des différentes complications est variable entre les études différent selon les germes en cause

Conclusion:

La bonne prise en charge médicale de la SPDI reste la seule garantie d'une guérison dans les délais avec le minimum des séquelles. La durée du traitement étant longue, il faut instaurer un climat de confiance entre le médecin et le malade pour obtenir l'adhésion du patient.

1. Lener S, Hartmann S, Barbagallo GMV, Certo F, Thome C, Tschugg A. Management spinal infection: a review of the literature. Acta Neurochir (Wien). 2018;160(3):487-96.

Evaluation de l'incapacité fonctionnelle dans les lombalgies chroniques

Dhahri R¹, Athimni S¹, Lajnef I², Slouma M¹, Metoui L¹, Gharsallah I¹, Louzir B¹,
Maaoui R², Kssibi I², Rahali H²

¹ Service de médecine interne HMPIT

² Service de médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle HMPIT

Introduction :

Une lombalgie est considérée comme chronique lorsqu'elle évolue au delà de 3 mois sans résolution satisfaisante des symptômes. L'incapacité fonctionnelle représente un des aspects majeurs de la morbidité des lombalgies. Le but de ce travail était d'évaluer l'incapacité fonctionnelle des lombalgies chroniques.

Matériel et méthodes :

Etude prospective transversale ayant inclus 100 patients, suivis pour lombalgie chronique commune, recrutés au service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle de l'Hôpital Militaire. L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle était basée sur l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur, l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Evaluation des lombalgies (EIFEL) et la durée d'arrêt de travail.

L'échelle (EIFEL) est un questionnaire de 24 items concernant les activités de la vie quotidienne, cotés de 0 à 1. L'addition de scores, permet une évaluation de 0 à 24. Plus le score est élevé, plus le retentissement est important.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 46,39 avec des extrêmes allant de 27 ans à 69 ans. Le sex-ratio (H/F) était de 3. Quarante huit pour cent des patients présentaient une lombalgie depuis plus de deux ans. 95% des patients étaient sous traitement antalgique et 20% le prenaient quotidiennement depuis le début de la symptomatologie.

L'EVA douleur moyenne était de 3,17 au repos et de 6,19 à l'effort. Un arrêt de travail a été rapporté chez 95% des patients. La durée de cet arrêt était supérieure à un mois dans 67% des cas. Les moyennes du score EIFEL étaient supérieures à 12 points dans 78% des cas.

Une différence significative entre les scores de l'incapacité fonctionnelle pré et post programme de réadaptation a été notée passant de 17,22 à 11,21.

Score EIFEL	Avant programme		Fin de programme		p
	Min-max	moyenne	Min-max	moyenne	
	6-24	17,22	1-24	11,21	0,045

Tableau1 :Evaluation par l'échelle EIFEL

Une corrélation significative a été trouvée entre EVA douleur et le score EIFEL (p : 0,045). En revanche, il n'existait pas de corrélation entre le score EIFEL et la durée d'arrêt de travail

Corrélations	rho	p
EVA/EIFEL	0,642	0,045
Arrêt travail/EIFEL	-0,564	0,055

Tableau 2: corrélations entre EIFEL , la douleur et l'arrêt de travail

Conclusions :

L'étude a mis en évidence l'importance de l'impact de la lombalgie chronique sur la qualité de vie des patients. D'une part, elle représente la première cause d'invalidité au travail chez les moins de 45 ans. D'autre part, son coût direct ou indirect demeure très élevé.

Imagerie au cours des spondylodiscites infectieuses : comparaison entre IRM et TDM du rachis

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Feki A., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S

Service de Rhumatologie Hedi Chaker SFAX

Introduction :

La spondylodiscite (SDI) est une infection ostéoarticulaire grave qui nécessite une prise en charge diagnostique et thérapeutique dans les plus brefs délais. L'imagerie occupe une place fondamentale dans le diagnostic positif et dans le bilan lésionnel de cette pathologie. Le but de cette étude est d'illustrer l'intérêt de l'IRM rachidienne au cours des SDI.

Patients et Méthodes :

C'est une étude rétrospective comparative colligeant 74 cas de SDI hospitalisés au service de rhumatologie de SFAX sur une période de 27 ans [1990-2017].

Résultats :

- 40 hommes et 34 femmes (sex ratio=1,17).
- La moyenne d'âge : 55 ans [18-86 ans].
- La **tuberculose** était le germe le plus fréquent (n=37) suivi par les germes **pyogènes** (n=31) et la **brucellose** (n=7).
- La **tomodensitométrie** a été faite chez 27 patients (40.3%). Elle a montré des anomalies de la densité du disque dans 52% (n=14) et des signes de destruction vertébrale dans 37cas (n=10).
- L'**IRM rachidienne** a été réalisée chez 60 cas (89.5%). Une anomalie du signal discovertébral a été objectivée chez tous les patients.

COMPLICATIONS	TDM DU RACHIS	IRM DU RACHIS
Epidurite	7%	30%
Abcès des parties molles	33%	23%
Compression médullaire	4%	13%

- L'**étage lombaire** était le plus touché à toute cause confondue (49%) suivi par l'étage dorsal (20%). La localisation était multifocale dans 30% des cas.
- Tous les patients ont reçu une antibiothérapie adaptée au germe.
- L'évolution était favorable chez 55 patients parmi 60 patients suivis jusqu'à la fin du traitement.

Discussion:

L'IRM permet d'établir la topographie exacte de l'atteinte rachidienne au cours des SDI. Elle est la seule technique qui permet de montrer les structures nerveuses, moelle et racines de la queue de cheval de façon non invasive. Les séquences avec injection de produit de contraste permettent de faire le bilan des collections para rachidiennes et épidurales et de leur retentissement sur les structures voisines.

Présentation clinique



Pincement discal	55%
Irrégularité des plateaux	42%
Géodes et ostéolyse de la vertèbre	17%
Trouble de la statique rachidienne	16%
Tassement vertébral	12%
Aspect en miroir	9 %
Fuseau para vertébral	6 %
Aspect en bloc	6%

Radiographie standard

Conclusion :

- L'IRM est un examen sensible et spécifique pour le diagnostic des SDI.



abcès para-vertébral



fuseau para vertébral



Abcès L3 et epidurite

L'atteinte discovertébrale au cours de la Brucellose

Bettaieb H., Ben Jemaa S., Khalifa D., Feki A., Akrouf R., Ezzeddine M., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S
Service de Rhumatologie de L'Hôpital Hedi Chaker SFAX

❖ Introduction :

La brucellose humaine est une anthroponose encore répandue dans le monde et plus particulièrement en Tunisie. La spondylodiscite brucellienne (SPDB) est la plus fréquente des manifestations ostéoarticulaires de la brucellose. L'objectif de ce travail est de décrire les différents aspects épidémiologiques, clinico-biologiques et thérapeutiques de cette affection.

❖ Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 67 cas de spondylodiscites infectieuses colligés au service de rhumatologie de Hedi Chaker à SFAX sur une période de 27 ans [1990-2017].

❖ Résultats :

Parmi les 67 patients, 7 avaient une SPDB (10,4%). Le sex ratio H/F = 7
Age moyen = 53 ans [30-76]. Le délai moyen de la symptomatologie = 6 mois.

A la biologie:

- leucopénie dans 28% des cas et une hyperleucocytose dans 43% des cas.
- L'hémoculture était positive chez 29% des patients.
- La séro-agglutination de WRIGHT a été pratiquée et était positive chez tous les patients.

Ponction-biopsie discovertébrale :

Quatre biopsies discovertébrales (PBDV) ont été réalisées. Elles étaient toutes négatives.

A la Radiologie :

Le rachis lombaire était le siège le plus touché (71%). Une atteinte bifocale était retrouvée chez 2 patients (29%) : dorsolombaire et lombosacrée. La TDM vertébrale faite chez trois patients (43%) a objectivé une anomalie de densité dans tous les cas. L'IRM du rachis a été pratiquée et a montré des anomalies du signal chez tous les patients.

Les complications:

Epidurite	57% (n=4)
Abcès des parties molles	43% (n=3)
Compression médullaire	14% (n=1)

Traitement :

- Association de rifampicine et vibramycine.
- La durée totale moyenne du traitement était de 8 mois.
- Le repos et l'immobilisation étaient préconisés chez tous les patients.
- Aucun patient n'a eu recours à la chirurgie.

L'évolution finale était favorable chez tous les malades

❖ Discussion :

L'ingestion du lait cru et le contact professionnel sont les principaux facteurs de risques de cette affection. Ses aspects clinico-radiologiques ne sont pas spécifiques. Le diagnostic de certitude repose sur la sérologie et /ou sur une preuve bactériologique.

Contage professionnel	28%
Notion d'ingestion du lait cru ou dérivés	57%

fièvre	14,3%
Fièvre suduro-algique	29%
Altération de l'état général	29%
Syndrome rachidien	100%
Syndrome radiculaire	43%



hyper signal disco-vertébral en T2 et une prise de contraste intense touchant le disque et les corps vertébraux de L2 et L3 et delimitant un abcès intra discal avec effacement de l'espace epidural antérieur.

Conclusion:

Les SPDB restent encore fréquentes dans les pays en voie de développement. Le diagnostic précoce est le seul garant d'une évolution favorable.

L'atteinte neurologique au cours des spondylodiscites tuberculeuses

SAADAoui Khaled, SAHLI Héla, REKIK Sonia, AJLANI Houda, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

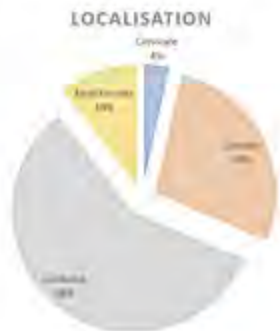
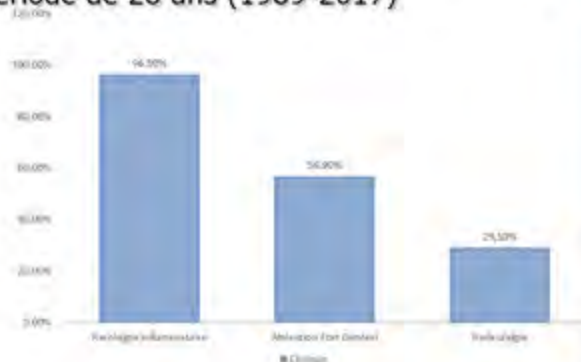
Le mal de Pott représente une forme grave de l'atteinte tuberculeuse, notamment par l'atteinte neurologique qu'il peut engendrer et qui peut être définitive mettant en jeu le pronostic fonctionnel et parfois même vital. L'objectif de notre travail est de mettre la lumière sur l'atteinte neurologique au cours des spondylodiscites tuberculeuses.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 86 cas de SPD TBC colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis sur une période de 28 ans (1989-2017)

Résultats :

- Sex Ratio H/F=0,52
- Age moyen=51,31 ans
- Délai Diagnostique=7,93 mois
- Antécédents :
 - Tuberculose 22%
 - Comptage Tuberculeux 11,6%
 - Diabète 12,8%
 - PR 2,3%
 - Insuffisance Rénale Chronique 1,2%



12,8% des patients (11 cas) ont développé des signes neurologiques :



Résultats :

Pour ces 11 cas :

- * 91% était de sexe Féminin
- * Age moyen = 63,5 ans
- * Délai Diagnostique = 8,5 mois
- * Localisation Préférentielle était Dorsale 54,5%



La prise en charge thérapeutique était:

- Antibiothérapie anti Tuberculeuse : durée moyenne = 12,6 mois
- Corticothérapie : 9 patients (81,8%)
- Décompression médullaire par chirurgie : Un patient (9,1%)

Discussion :

- L'atteinte neurologique au cours de la spondylodiscite tuberculeuse est assez fréquente selon la littérature le pourcentage varie entre 23% et 76%. [1,2]
- L'apparition d'abcès des parties molles et l'atteinte de l'arc postérieur sont fréquente dans la spondylodiscite tuberculeuse. [3]
- Des études ont montré que jusqu'à 45% des spondylodiscite nécessite une intervention chirurgicale, ce qui est loin des données de notre série. [4]

1. Chen Wen-Jer, Chen Chih-Hwa, Shih Chun-Hsiung. Surgical treatment of tuberculous spondylitis: 50 patients followed for 2-8 years. Acta Orthop Scand 1995;66:137-42.
2. Janssens JP, De Haller RE. Spinal tuberculosis in a developed country. Clin Orthop 1990;257:67-75.
3. Kotevoglou N, Tasbas I. Diagnosing tuberculous spondylitis: patients with back pain referred to a rheumatology outpatient department. Rheumatol Int 2004;24:9-13
4. Colmenero JD, Jimenez-Mejias ME, Sanchez-Lora FJ, et al. Pyogenic, tuberculous and brucellar spondylitis and osteomyelitis: a descriptive and comparative study of 219 cases. Ann Rheum Dis 1997;56:709-13

Les spondylodiscites infectieuses : Tuberculose versus Brucellose

SAADAoui Khaled, SAHLI Héla, AJLANI Houda, REKIK Sonia, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

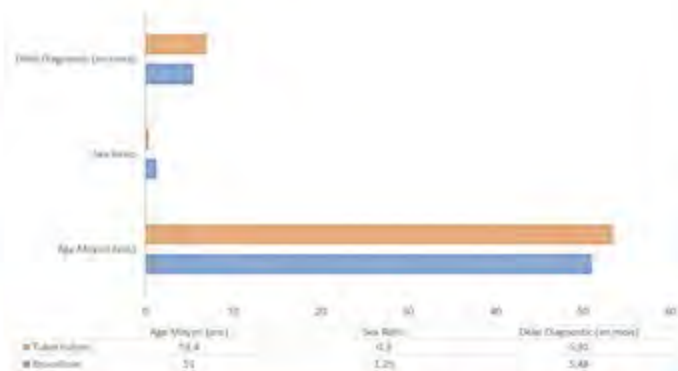
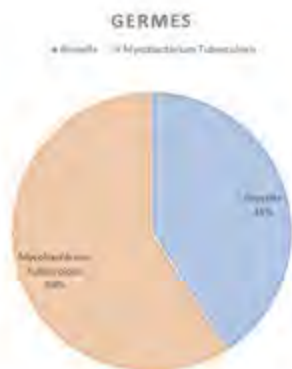
La spondylodiscite infectieuse est une affection grave qui peut entraver le pronostic fonctionnel et vital. La détermination du germe responsable est un élément clé de la prise en charge. L'objectif de notre travail est de comparer le profil épidémiologique, clinique et évolutif selon le germe responsable en comparant les spondylodiscites tuberculeuses et brucelliennes.

Matériels et Méthodes :

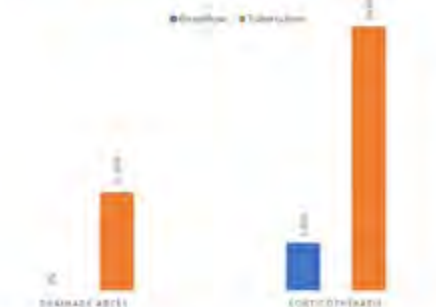
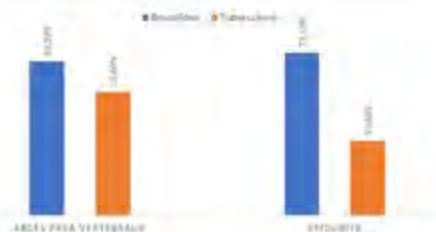
Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 44 cas de spondylodiscites à germes spécifiques colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta sur 12 ans (2006-2017).

Résultats :

- Age Moyen=52,4 ans Sex Ratio=0,57 Délai Diagnostique= 6 mois
- Localisation Lombaire=54,4%



	Brucella	Tuberculose
Cervicale	16,7%	3,8%
Dorsale	16,7%	30,8%
Lombaire	55,6%	53,8%
Multifocale	11,1%	11,5%



	Brucellose	Tuberculose
Ponction Biopsie Disco-Vertébrale (%)	16,7%	76,9%
Positive (%)	0%	46,15%

	Brucellose	Tuberculose
Complications Neurologiques (%)	0%	19,2%
Récidive (%)	5,6%	3,8%
Décès (%)	0%	3,8%

Discussion :

- L'âge moyen des patients est la 50aines ce qui correspond aux données de la littérature.[1]
- Le délai de diagnostic est relativement retardé dans notre série comparativement à la littérature. En effet, 70% des cas sont diagnostiqués en moins de 3 mois.[2]
- L'atteinte neurologique est plus fréquente dans l'atteinte tuberculeuse comparativement aux autres germes, les études ont montré ce taux peut atteindre entre 23% à 76%. [3,4]
- La biopsie disco vertébrale est contributive pour le diagnostic de SPD TBC dans 75% des cas.[5] Nos résultat sont encore loin de ce taux là. Le recours à cette technique n'est pas obligatoire pour le diagnostic de SPD brucellienne. En effet, les sérologies et le hémocultures sont largement suffisant pour le diagnostic.[6]

1. Nolla JM, Ariza J, Gomez-Vaquero C, et al. Spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis in nondrug users. *Semin Arthritis Rheum.* 2002; **31**: 271-278.
2. Sapico FL, Montgomerie JZ. Vertebral osteomyelitis. *Infect Dis Clin North Am* 1990;4:539-51.
3. Chen Wen-Jer, Chen Chih-Hwa, Shih Chun-Hsiung. Surgical treatment of tuberculous spondylitis: 50 patients followed for 2-8 years. *Acta Orthop Scand* 1995;66:137-42.
4. Janssens JP, De Haller RE. Spinal tuberculosis in a developed country. *Clin Orthop* 1990;257:67-75.
5. Perronne C, Saba J, Behloul Z, Salmon-Ceron D, Leport C, Vilde J, et al. Pyogenic and tuberculous spondylodiscitis in 80 adult patients. *Clin Infect Dis* 2004;39:1004-10.
6. Ariza J, Gudiol F, Valverde R, Pallares R, Fernandez P, Rufi G, et al. Brucellar spondylitis: a detailed analysis based on current findings. *Medicine (Baltimore)* 2000;79:100-10.



Profil évolutif des spondylodiscites tuberculeuses

Saidane.O, Sellami.M, Barhoumi.R, Mahmoud.I, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Abdelmoula.L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, La Tunisie

Introduction :

La spondylodiscite tuberculeuse (SPDT) est une affection grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel imposant un diagnostic et une prise en charge urgents. Notre objectif était de déterminer les caractéristiques du profil évolutif de cette maladie.

Patients et méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur les dossiers de patients suivis pour une SPDT sur une période de 20 ans [1996-2016]. Le diagnostic était retenu devant des arguments bactériologiques, radiologiques et anatomopathologiques ou devant un ensemble d'arguments de présomption en cas de négativité de l'enquête étiologique.

Résultats :

Soixante patients atteints de SPDT ont été inclus, répartis en 31 femmes et 29 hommes (sexe ratio =0,93). L'âge moyen des patients était de 54 ans [16-86 ans]. Le délai moyen de diagnostic était de 6 mois [1-14 mois]. La SPDT était associée à une atteinte articulaire périphérique dans 3 cas et viscérale dans 13 cas dont 7 étaient pulmonaires. Le segment lombaire était le plus touché (36 cas, 60%). Tous les malades avaient reçu un traitement antituberculeux d'une durée moyenne de 14 mois [12-21 mois] dont 2,18 mois de quadrithérapie en moyenne [2-4 mois]. Douze patients (20%) avaient eu une corticothérapie à cause d'une atteinte neurologique associée. Le recours à un geste interventionnel (drainage d'abcès) était nécessaire chez 14 malades (23,3%). La durée moyenne du suivi était de 3,5 ans [1-8ans].

L'évolution sous traitement était favorable chez 42 patients (70%), avec 11 patients perdus de vue (18,3%). Aucun de nos patients n'a gardé de séquelles neurologiques. Une évolution défavorable était notée chez sept patients (11,6%) avec: douleurs séquellaires chez 3 patients et persistance des déformations rachidiennes chez 2 autres patients. Deux cas de décès ont été notés par : extension de la tuberculose (miliaire et méningite tuberculeuse) et compression médullaire cervicale haute, Vingt cinq patients (42%) avaient présenté une complication iatrogène à type de : cytolyse et/ou cholestase (10 cas), hyperuricémie (6 cas), allergie cutanée (8 cas), surdité (2 cas), intolérance majeure aux antituberculeux (1 cas), embolie pulmonaire (2 cas) et thrombopénie sévère (1 cas). Dans un cas, la biopsie disco-vertébrale s'est compliquée d'un hémopneumothorax ayant évolué vers une pleurésie purulente.

Conclusion :

Notre étude a montré une fréquence non négligeable des complications au cours de la prise en charge de la SPDT notamment du à l'iatrogénie. L'atteinte neurologique et les déformations rachidiennes ont constitué les complications les plus graves de l'infection.



Les caractéristiques cliniques et biologiques des arthrites septique avec et sans identification de germe 2018

Feki.A1, Sellami.I2, Akroui.R1, Ezzeddine.M1, Ben Djemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1
1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

L'arthrite septique (AS) est une infection du tissu synovial par un germe le plus souvent par voie hématogène mais parfois par inoculation directe. Il s'agit d'une affection potentiellement grave qui peut engager le pronostic vital surtout pour les patients d'âges extrêmes ou qui sont tarés. La plupart de ces arthrites sont causés par des germes gram positif. Cependant dans 20% des cas le germe sera non identifié, ce qui peut engendrer des difficultés diagnostiques et thérapeutiques surtout que la prise en charge de cette entité sans preuve bactériologique n'est pas encore bien codifiée. Le but de ce travail est de comparer les caractéristiques de l'arthrite septique avec et sans germes isolés.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective Elle a inclut tous les patients atteints d'AS, colligés sur une période de 20 ans [1996-2015]. Les données épidémiologiques et cliniques ont été évaluées. Les patients ont été regroupés en fonction de la présence ou l'absence de germe isolé.

Résultats

Les données épidémiologiques

41 patients atteints d'AS ont été colligés avec une moyenne de 2 cas / an. L'âge moyen des patients était de $61,5 \pm 17,8$ ans [17-93]. Une prédominance féminine a été notée: 18 hommes et 23 femmes. 24 patients (64.9%) avaient présenté au moins un facteur de risque.

Les données cliniques

Le délai moyen entre l'apparition des premiers signes et l'hospitalisation était de 35 jours [3 -724]. Le nombre total des articulations atteintes était 48 pour 41 patients, 7(14.6%) d'entre eux avaient une atteinte polyarticulaire.

L'articulation la plus touchée était le genou: 25 patients (61%) des cas.

Le germe était isolé dans des cultures et / ou des liquides synoviaux chez 31 patients (75,6 %).

Résultats de l'étude analytique

Pas de différence entre les 2 groupes concernant l'âge, le sexe et les facteurs de risque. L'analyse du liquide synovial, les caractéristiques biologiques et radiologiques étaient aussi comparables.

les signes inflammatoires locaux étaient plus fréquents dans le groupe à germe identifié (53,1% contre 31,2% avec $p=0,000$).

L'incapacité fonctionnelle était significativement plus élevée chez les patients avec germe isolé ($p = 0,000$).

L'articulation sterno-costo-claviculaire était plus commune chez les patients avec des germes isolés ($p = 0,000$).

Conclusion

Les patients de AS avec ou sans identification du germe ont des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et caractéristiques radiologiques comparables.

Les infections ostéo-articulaires iatrogènes : A propos de 7 cas et revue de la littérature 2018

Feki.A1, Sellami.I2, Akrouit.R1, Ezzeddine.M1, Ben Djemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.MA2, Bakiouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

Les infections ostéo-articulaires iatrogènes constituent une complication très rare. Elles font suite à des gestes interventionnels à visée diagnostiques ou thérapeutiques. Le but de ce travail est d'étudier les principaux facteurs de risque, ainsi que les caractéristiques clinico-biologiques et thérapeutiques de cette complication.

Patients et méthodes

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur une série de 7 patients hospitalisés pour une infection-ostéoarticulaire iatrogène, sur une période de 21 ans (1997-2016).

Résultats

Les données épidémiologiques

La porte d'entrée (Fig1)

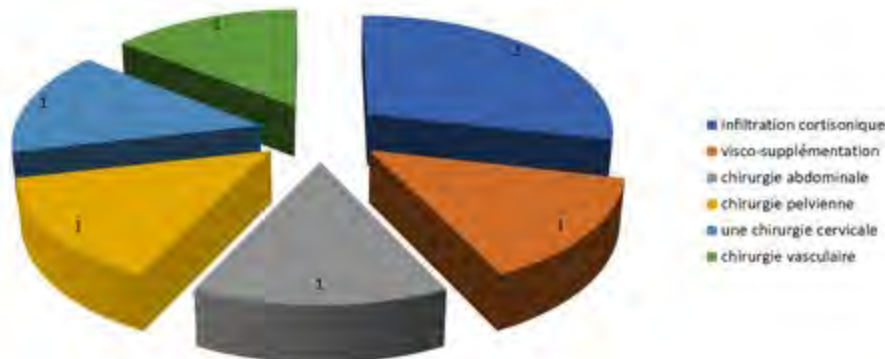


Fig1: la porte d'entrée

Sex-ratio (H/F): 4/3 :1,3.

L'âge moyen des patients était de 48 ans [18 à 72].

Les FDR

Un terrain d'immunodépression a été noté chez trois patients (deux patients diabétiques, et un patient sous immunosuppresseur pour une polyarthrite rhumatoïde).

Le site de l'infection

articulaire(genou): 2 cas

Disco-vertébrale: 5cas

La preuve bactériologique

La preuve bactériologique avec isolement d'un germe a été constatée chez trois patients (42,8% des cas).

Pour le reste des patients, le diagnostic a été retenu devant des arguments clinico-radiologiques.

La durée de l'antibiothérapie

Elle variait de 2 à 14 mois.

Les complications

Elles ont été notées chez 3 patients : un cas de thrombophlébite de décubitus, deux cas de rachialgies chroniques séquellaires.

Discussion

Les spondylodiscites ont dominés les infections OA iatrogènes dans notre série. Cela est expliquée par la fréquence augmentée de la chirurgie invasive rachidienne ces dernières années. [1]

Conclusion

Les infections ostéo-articulaires iatrogènes sont dominées par les spondylodiscites infectieuses.

Il s'agit d'une entité potentiellement grave surtout en cas de diagnostic tardif, avec un risque de séquelles irréversibles.

Le meilleur traitement reste la prévention qui est tributaire d'une asepsie rigoureuse avant tout geste interventionnel ostéo-articulaire à visée diagnostique ou thérapeutique et au respect des règles d'hygiène en milieu hospitalier.

Références

1. Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. J Infect. 2008;56:401-403

Profil bactériologique des spondylodiscites infectieuses

Fhima F., Mzabi A., Daghbir S., Baya W., Mhiri H., Anoun J., Karmani M., Rezgui A., Ben Fredj F., Laouani Kechrid C.
Service de Médecine Interne, CHU Sahoul, Sousse, Tunisie

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse (SPI) est l'infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. Le diagnostic positif est radio-clinique. Le diagnostic étiologique repose sur des arguments cliniques, radiologiques, bactériologiques et histologiques. Une recherche microbiologique exhaustive s'impose afin d'identifier le ou les germes responsables.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, effectuée à partir de 44 dossiers de patients porteurs de SPI, colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital Sahloul, sur une période de 17 ans (2000-2017).

Résultats :

Nous avons colligé 44 patients dont 27 hommes (61,4%) et 17 femmes (38,7%). L'âge moyen était de 53 ans avec des extrêmes allant de 16 à 84 ans. Un traumatisme rachidien récent précédant la SPI était retrouvé dans 5 cas, une consommation de lait cru dans 24 cas, un contact avec les animaux dans 24 cas et un contagio tuberculeux dans 3 cas. Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 39 cas. Une TDM et/ou une IRM rachidienne étaient pratiquées chez tous les patients.

La SPI siégeait au niveau lombaire dans 27 cas, dorsal 9 cas, cervical 3 cas. Elle était bifocale dans 4 cas (cervical et lombaire n=1, dorsal et lombaire n=3) dont le germe responsable est la brucella ; et multi étagées dans un seul cas causé par le Bacille de Koch (BK).

Les bactéries responsables de SPI



Concernant les germes banals, les examens bactériologiques avaient trouvé un staphylocoque (6 cas), un staphylocoque et un streptocoque (1 cas), un streptocoque B (2 cas), un streptocoque et un entérocoque (1 cas), un E.Coli (1 cas) et 7 cas sans preuve bactériologique.

Les hémocultures étaient positives dans 6 cas et elles isolaient une brucella dans 3 cas et des germes banals dans les 3 autres cas. L'IDR à la tuberculine était positive dans 4 cas (15,4% des cas). L'examen cyto-bactériologique des urines isolait le germe incriminé dans la SPI dans 3 cas (11,5% des cas). Les sérologies de la brucellose étaient positives dans les 15 cas de SPI brucellienne. La ponction biopsie disco-vertébrale scanno ou écho guidée était pratiquée dans 17 cas, elle identifiait le germe responsable de la SPI dans 8 cas. La ponction biopsie disco-vertébrale chirurgicale avait permis l'identification du germe dans 3 cas (75% des cas). La ponction et/ou le drainage d'une collection (pré vertébrale ou épidurale ou des parties molles adjacentes) était pratiquée dans 11 cas, elle (il) identifiait le germe dans 7 cas dont 1 cas de Bacille de Koch (BK) confirmé par PCR BK. Un traitement antibiotique avait permis une amélioration complète de la SPI dans 18 cas, une amélioration partielle dans 15 cas, une stabilisation dans 7 cas. Une aggravation clinique de la SPI était notée dans 4 cas.

Discussion :

Les SPI sont des infections disco vertébrales non négligeables, elles correspondent au tiers des infections ostéoarticulaires. Elles sont le plus souvent d'origine tuberculeuse dans les séries tunisiennes [1, 2]. Devant l'endémicité de cette affection dans notre pays, le diagnostic doit être fait précocement. En comparant avec des séries françaises [3, 4], les germes pyogènes sont responsables de SPI dans 70% des cas ce qui est concordant avec notre étude sauf que l'origine brucellienne, retrouvée en deuxième position dans nos résultats, représente une des causes rares de SPI rapportées dans la littérature.

Conclusion :

La SPI demeure une urgence diagnostique et thérapeutique. L'identification du germe responsable est indispensable afin de guider le choix de l'antibiothérapie. La tuberculose et la brucellose restent encore une cause fréquente de SPI.

Références :

- 1-Abla, H. Ben, et al. "Complications neurologiques des spondylodiscites infectieuses." *La Revue de Médecine Interne* 38 (2017): A247.
- 2-Fredj, H. Ben, et al. "K-11 La spondylodiscite infectieuse (SI) au centre tunisien: à propos d'une série 106 cas." *Médecine et Maladies Infectieuses* 39 (2009): S55.
- 3-Lopez, Julien, et al. "L'efficacité de l'enquête bactériologique des spondylodiscites infectieuses n'a pas changé en 20ans." *Revue du Rhumatisme* (2018).
- 4-Sans, N., et al. "Infection du rachis-Spondylodiscites." *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle* 93.6 (2012): 551-560.

Introduction :

La brucellose est une maladie assez fréquente dont l'incidence chez l'homme est estimée par l'OMS à 500 000 nouveaux cas par an au niveau mondial.

Il s'agit d'une infection systémique, caractérisée par un important polymorphisme clinique et avec des manifestations peu spécifiques. Le diagnostic biologique est indispensable face à la faible spécificité des signes cliniques.

Objectif :

Le but de cette étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques et clinico-biologiques de la spondylodiscite brucellienne (SPDB) chez une population tunisienne.

Patients et méthodes :

Les malades ont été recrutés à partir du registre des patients hospitalisés sur une période de 15 ans [2000-2015]. Le diagnostic de SPDB a été porté sur des éléments cliniques, des résultats biologiques et/ou à des données de l'imagerie.

Résultats :

Les caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques sont résumées dans le tableau n°1.

Age moyen de la population	52 ans [19-76]
Sexe ratio	13H/5F
Notion de consommation de lait cru	13 cas
Exposition professionnelle ou domestique potentiellement contaminante (animale)	11 cas

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques.

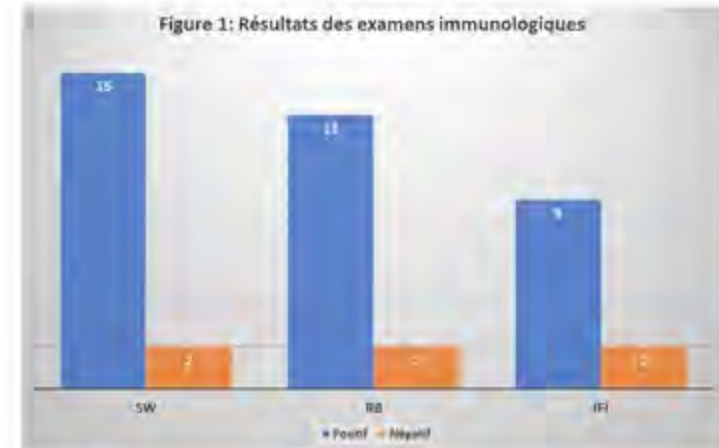
Le principal motif d'hospitalisation était des rachialgies et/ou des radiculalgies inflammatoires. Un début progressif de la symptomatologie a été noté chez 13 malades et la durée d'évolution moyenne des symptômes était de 5,7 mois [0.5-12]. Les signes généraux étaient fréquents (Tableau 2). Aucun cas de diarrhée précédant ou accompagnant les symptômes n'a été noté.

Rachialgies et/ou des radiculalgies	12
Altération de l'état général	13
Fièvre	12
Sueurs nocturnes	6
Fièvre sudoro-algique	2

Tableau 2 : Principaux symptômes

Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans tous les cas.

Le sérodiagnostic de Wright (SW) a été pratiqué chez 17 patients, le test au rose bengal (RB) chez 15 patients et le diagnostic par immunofluorescence indirecte (IFI) chez seulement 11 patients. Les résultats sont rapportés sur la figure 1.



Le résultat du test au RB était discordant avec celui de SW dans un cas (SW+ RB-).

Concernant l'enquête bactériologique, des hémocultures ont été effectuées chez 13 patients, et une ponction biopsie disco vertébrale avec examen bactériologique direct et mise en culture a été faite chez neuf patients. L'agent causal (Brucella) n'a été retrouvé sur aucun de ces prélèvements.

Conclusion :

La SPDB peut être révélatrice de la maladie et doit être évoquée devant toute rachialgie surtout dans les zones endémiques.

Le diagnostic de certitude repose sur la sérologie et /ou sur une preuve bactériologique. Les examens immunologiques paraissent cependant être plus contributives et doivent être demandés au moindre doute même si les examens bactériologiques sont négatifs.

Apport de la ponction biopsie disco vertébrale par rapport aux moyens de diagnostic indirect dans les spondylodiscites brucelliennes

Rekik S, Moalla M, Boussaïd S, Jammali S, Ajlani H*, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Service de Rhumatologie LA Rabta, * : Hopital Elyassminette Ben Arous

Introduction :

La spondylodiscite représente la manifestation ostéoarticulaire, la plus fréquente de la brucellose (75 %). Le diagnostic repose sur les examens sérologiques ou sur l'isolement du germe au niveau du rachis par la ponction biopsie disco vertébrale (PBDV) qui est un geste invasif et non dénué de risques.

Objectif :

Évaluer l'intérêt de la PBDV dans le diagnostic de spondylodiscite d'origine brucellienne (SPDB) par rapport aux autres moyens de diagnostic moins invasifs.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 15 ans, colligeant tous les patients hospitalisés dans le service de rhumatologie de la Rabta, chez qui le diagnostic de SPDB a été retenu.

Résultats :

Dix-huit cas de SPDB ont été colligés (13 H/ 5 F), dont la moitié ont bénéficié d'une PBDV au trocart scanno-guidée. Les prélèvements obtenus ont été acheminés au service de bactériologie et d'anatomopathologie.

Dans tous les cas, l'examen direct et la culture n'ont pas mis en évidence la présence de *brucella*. Un seul prélèvement a objectivé la présence d'un *Staphylocoque Xylosus* (surinfection à pyogène d'une SPDB).

Culture	Histologie
NEGATIVE	Aspect d'ostéite chronique sans signes de spécificité
NEGATIVE	Liquide peu cellulaire ponctué d'éléments inflammatoires polymorphes
Staphylocoque Xylosus	non concluante
NEGATIVE	Lésion de SPD chronique sans signes de spécificité
NEGATIVE	Spondylite infectieuse en poussée évolutive, pas de signes de spécificité
NEGATIVE	Aspect d'ostéite chronique sans signes de spécificité
NEGATIVE	Non concluante
NEGATIVE	Tissu fibreux congestif et fibrinocruorique renfermant un infiltrat inflammatoire fait de granulomes epithelioides entourés de Lt et des PN
NEGATIVE	lésions de SPD chronique sans signes de spécificité

Tableau 1: résultats de la PBDV

L'examen histopathologique, pratiqué chez huit patients, était plus contributif en montrant dans la moitié des cas, des lésions d'ostéite et/ou de spondylodiscite chronique sans signes de spécificité et dans un cas à une spondylite infectieuse en poussée évolutive sans signes de spécificité. (Tableau 1)

Quant aux explorations immunologiques, un seul patient avait à la fois un sérodiagnostic de Wright (SW) et un test au rose bengal (RB) négatif. Le diagnostic par immunofluorescence indirect (IFI) a été effectué chez six malades et un taux positif >1/80 était retrouvé dans cinq cas (tableau 2).

Sérologie de Wright	Rose bengal	IFI/ELISA
Positif (titre non précisé)	+	Non fait
manque de réactif	+	Non fait
1/640	+	1//80
Négatif	Négatif	Négatif
1/640	+	1/320
1/320	NF	1//80
1/1280	+	1//2560
1/640	+	1/320
Positif (titre non précisé)	+	manque de réactif

Tableau 2: Explorations immunologiques

Pour les neuf cas de SPDB n'ayant pas bénéficié de PBDV, le diagnostic sérologique aidé par les données épidémiocliniques et par l'imagerie, a permis de conclure au diagnostic. En effet, le SW et le test au RB étaient positifs respectivement chez neuf et six patients. L'IFI, demandée chez cinq patients était positive dans quatre cas.

Enfin, 13 patients ont bénéficié d'au moins une série d'hémocultures. Celles-ci étaient toutes négatives.

Conclusion :

L'isolement des *Brucella* en culture est la technique de référence pour établir un diagnostic certain de brucellose. Toutefois, à la lumière de nos résultats, le diagnostic sérologique dans la SPDB, paraît plus rentable que la PBDV bien que l'examen histopathologique ait été plus contributif. D'autres études avec un effectif plus important semblent être nécessaires pour compléter cette étude préliminaire.

Profil clinique, paraclinique et étiologique des monoarthrites en milieu rhumatologique : A propos de 84 cas.

Lataoui S, Baccouche K, Elamri N, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E.
Service de rhumatologie, Hopital Farhat Hached, Sousse

INTRODUCTION : La **monoarthrite** représente un défi diagnostique, et nécessite souvent un traitement spécifique et/ou urgent. **Diverses étiologies** peuvent être à l'origine d'un tableau de monoarthrite. L'objectif de notre étude était de relever le profil clinique, paraclinique et étiologique des monoarthrites en milieu rhumatologique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES : Etude **rétrospective** incluant 84 cas de patients hospitalisés en rhumatologie entre 1998 et 2018 pour monoarthrite.

RÉSULTATS :

Il s'agit de 43 hommes (**51,2%**). Les données épidémiologiques sont résumées dans le tableau suivant:

Motif : monoarthrite	N	%	Age Moyen (ans)	Durée d'évolution
Aiguë	28	33,3%	45,79±20,30	6±3,25 j
Subaiguë	14	16,7%	53,14±20,13	26±11,40 j
Chronique	42	50%	39,12±19,72	15,8±16,55 m

- Une fièvre était présente dans 18 cas (**21,4%**). Les articulations atteintes étaient :

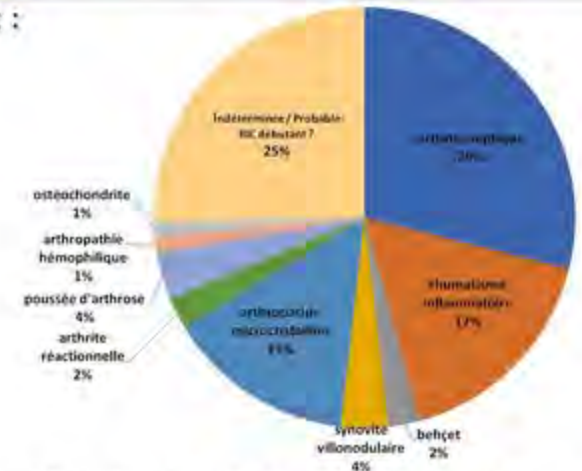
Articulation	Nombre de cas	%
Genou	58	69%
Cheville	14	16,7%
Coude	5	6%
Poignet	7	8,3%

- **Une ponction articulaire** a été réalisée dans 72 cas (**85,7%**), montrant un liquide inflammatoire dans 64 cas (**88,9%**).

- **L'examen bactériologique** du liquide était négatif dans **62 cas**, et contributif dans **9 cas** (**Staph. Aureus** dans 5 cas, **strepto B** dans 2 cas et **brucellose** et **tuberculose** dans un cas chacune).

- **Une biopsie synoviale** a été faite dans 23 cas montrant un **aspect non spécifique** dans 15 cas, de **synovite rhumatismale** dans 4 cas et de **synovite infectieuse**, de **synovite villonodulaire**, de **granulomes tuberculeux** ou normale dans un cas chacun.

Le diagnostic étiologique retenu était :



DISCUSSION : Une monoarthrite peut être aiguë, subaiguë ou chronique. Une monoarthrite aiguë est d'origine infectieuse jusqu'à preuve du contraire, et représente une urgence diagnostique et thérapeutique. Les principales causes de monoarthrite chronique sont représentées par les infections indolentes telles que la tuberculose, la brucellose, les arthropathies microcristallines ou les rhumatismes inflammatoires chroniques. Ces pathologies immuno-inflammatoires ou microcristallines peuvent aussi se présenter dans un tableau monoarticulaire aigu (1). D'autres étiologies non inflammatoires telles que l'ostéonécrose, l'arthropathie hémophilique, la synovite villonodulaire, post traumatique ou l'arthrose peuvent aussi être responsables d'un tableau de monoarthrite (1). L'analyse du liquide articulaire est une étape primordiale dans l'évaluation des monoarthrites, quelque soit son mode d'évolution (2). La biopsie synoviale est utile pour diagnostiquer les infections chroniques comme la tuberculose et la brucellose, et quand l'enquête étiologique s'avère négative (3).

CONCLUSION : Face à un tableau de monoarthrite, différentes étiologies doivent être évoquées. Un faisceau d'arguments a pour objectif de poser le diagnostic étiologique afin d'initier à temps le traitement adéquat.

(1) Thabah M et al. An approach to monoarthritis. Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences. 2014;19(1):12-8
 (2) Li SF et al. Laboratory tests in adults with monoarticular arthritis: Can they rule out a septic joint? Acad Emerg Med 2004
 (3) Ryu MS et al. Synovial Biopsy Findings among Patients with Monoarthritis. J Rheum Dis 2011;18:175-180

Effet des biothérapies sur le poids des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique 2018

Fazaa A, Gzam Y, ouenniche K, Miladi S, kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

L'émergence des biothérapies a révolutionné la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) en assurant un contrôle optimal de la maladie en termes de réduction de l'inflammation et de la destruction articulaire. Cependant, leur effet sur le poids reste encore peu étudié.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet des biothérapies sur le poids des patients suivis pour un RIC à 12 mois de traitement.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de spondyloarthrite (SpA), traités par Infliximab, Etanercept, Adalimumab ou Tocilizumab pendant au moins 12 mois. Le poids était mesuré au début du traitement et à 12 mois. Nous avons considéré une prise de poids significative pour une variation ≥ 2 kg. Les données ont été comparées en utilisant le test de Wilcoxon. Les corrélations entre les variations du poids et l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle (IMC) ont été étudiées par le coefficient de corrélation de Spearman. Le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

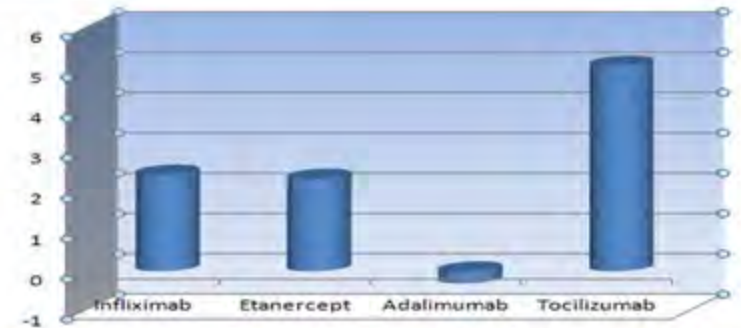
Résultats :

Vingt-sept patients atteints de PR (23 femmes, 4 hommes) et 31 patients atteints de SpA (10 femmes, 21 hommes), âgés en moyenne de 42 ans [17-66] ont été inclus. La durée moyenne de la maladie était de 9 ans [1-28] pour la PR et de 5 ans [1-15] pour la SpA. En association à la biothérapie, 21 patients étaient sous corticoïdes, 22 patients sous méthotrexate et 5 patients sous sulfasalazine. Vingt-deux patients recevaient l'infliximab, 18 l'etanercept, 8 l'adalimumab et 10 patients recevaient le tocilizumab.

Après 12 mois de traitement, 55,1% des patients avaient un gain du poids. La variation moyenne du poids à 12 mois était de +5,1 kg pour le groupe Tocilizumab, +2,4 kg pour le groupe Infliximab, +2,3 pour le groupe Etanercept et -0,3 kg pour le groupe Adalimumab.

Une augmentation significative du poids corporel a été observée chez les patients traités par Tocilizumab ($p = 0,014$) et Etanercept ($p = 0,041$). Cependant, aucune variation significative du poids n'a été enregistrée chez les patients recevant l'infliximab ($p = 0,085$) ou l'adalimumab ($p = 0,83$). De plus, il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la prise de poids à 12 mois et l'âge, le sexe et l'IMC.

-Variation moyenne du poids sous biothérapie à 12 mois (kg)



Discussion :

Notre étude a montré la présence d'une prise de poids significative après 12 mois de traitement par etanercept. Ce résultat est similaire à plusieurs autres études [1] évaluant la variation du poids sous anti-TNF chez les patients atteints de RIC.

Le mécanisme de cette prise de poids sous anti-TNF alpha n'est pas encore bien élucidé. Une augmentation de la masse grasse a été notée [2] chez des patients atteints de PR et traités par anti-TNF alpha. Cet effet n'a pas été présent chez les patients traités par DMARDs seul.

Bien que l'augmentation de la masse musculaire n'a pas été documentée au cours de la PR, une augmentation de la masse maigre a été rapportée chez des patients atteints de SPA [3] ayant reçu un traitement par anti-TNF alpha.

Notre observation trouve aussi une prise de poids significative sous TCZ. Cependant, le gain de poids sous anti-IL-6 n'a pas été rapporté dans les essais cliniques.

D'autres études portant sur un plus grand effectif sont nécessaires pour appuyer ces résultats.

Conclusion :

Dans notre étude le traitement par Tocilizumab et Etanercept était associé à une prise de poids significative à 12 mois. D'autres études sont cependant nécessaires pour confirmer ces résultats et pour déterminer si le gain de poids est attribué à l'augmentation de la masse grasse et/ou maigre.

Références :

- [1] Alcorn N, et al. Ann Rheum Dis 2010;69(8):1571
- [2] Engvall IL, et al. Arthritis Res Ther 2010;12(5):R197
- [3] Briot K, et al. J Rheumatol 2008;35(5):855-61

Manifestations neurologiques rares secondaires aux anti-TNF α : à propos de deux cas

S Rekik, H Boussaa, S Boussaid, S Jemmali, H Ajlani, H Sahli, E Cheour, M Elleuch

Service de Rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

De nombreuses manifestations neurologiques secondaires aux anti-TNF α ont été rapportées. Les tableaux cliniques sont hétérogènes et la physiopathologie n'est pas encore clairement élucidée. Nous rapportons à ce propos deux cas.

Observations:

Il s'agissait de deux patients âgés de 33 et 45 ans suivis pour une spondylarthrite ankylosante (SPA) évoluant respectivement depuis 7 et 2 ans.

L'indication d'un passage à une biothérapie par des anti-TNF α a été posée devant l'apparition d'une coxite résistante dans le 1^{er} cas et l'activité toujours élevée de la SPA malgré plusieurs anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose maximale dans le 2^{ème} cas. Les deux patients ont été mis sous Etanercept à raison de 50 mg par semaine. L'évolution était marquée par une rémission clinique de la SPA, en moyenne, au bout de 10 semaines de traitement.

Les patients ont consulté, après une période respective de 5 mois et 6 semaines pour des plaintes neurologiques. Le 1^{er} patient a rapporté des paresthésies isolées au niveau des deux joues avec à l'examen neurologique une diminution de la sensibilité tactile au niveau du territoire du nerf trijumeau droit et gauche. Le réflexe cornéen était conservé. L'examen des autres paires crâniennes était sans anomalies.

Le 2^{ème} patient décrivait des épisodes d'asthénie, de céphalées et de vertiges mal définis sans perte de conscience ni autres signes végétatifs associés, survenant en fin de journée, 2 jours après chaque injection hebdomadaire d'Etanercept. Son examen physique a montré une paralysie du nerf oculomoteur commun droit avec un syndrome pyramidal.

Dans les deux cas, le reste de l'examen physique était sans anomalies en particulier l'examen cutanéomuqueux, stomatologique et ORL. Leurs bilans biologiques et immunologiques étaient revenus sans anomalies. L'IRM cérébrale et médullaire était sans anomalies écartant ainsi les épisodes de démyélinisation du système nerveux central.

L'absence de signes neurologiques avant l'instauration de l'Etanercept ainsi qu'une enquête étiologique négative, ont fait suspecter l'Etanercept dans la genèse de ces signes neurologiques. La décision thérapeutique était de l'arrêter.

L'évolution était marquée par la sédation des paresthésies au bout de 10 jours pour le premier patient et la disparition de tous les signes fonctionnels et physiques chez le deuxième patient après 2 mois de fenêtre thérapeutique de l'Etanercept. Selon l'enquête de pharmacovigilance et après concertation avec les neurologues, l'imputabilité de l'Etanercept semblait être vraisemblable et ce traitement a été arrêté définitivement chez les deux patients.

Discussion:

La survenue d'effets indésirables neurologiques périphériques sous anti-TNF alpha est une problématique devant laquelle les prescripteurs risquent d'être de plus en plus souvent confrontés, en raison du recule à l'utilisation grandissante de cette famille thérapeutique et aussi grâce à une meilleure sensibilisation à ces effets secondaires. L'estimation de leur incidence est difficile et le délai de survenue est souvent inférieur à deux ans après le début de l'exposition aux anti-TNF alpha [1]. Bien que les anti-TNF soient tous classés dans la même catégorie, le risque de neuropathie et d'autres complications neurologiques varie d'un anti-TNF à l'autre [2].

Conclusion:

Les effets indésirables neurologiques dus aux anti-TNF α sont essentiellement des neuropathies démyélinisantes périphériques. Toutefois avant de conclure à l'imputabilité de ce traitement dans la genèse de ces événements, une enquête exhaustive est nécessaire.

Références:

1. Cohen M et al. Revue Neurologique 2012 Jan;168(1):33-9: Evénements neurologiques sous traitement par anti-TNF alpha.
2. Ramos-Casals M et al. Medicine (Baltimore) 2007 Jul;86(4):242-51: Neurological diseases induced by TNF-targeted therapies: analysis of 233 cases.

Que pensent nos patients sous biothérapies de l'avènement des biosimilaires ?

K.Ben Abdelghani, Y.Makhlouf, A.Fazaa, w.Triki, K.ouenniche, S. Miladi, S. Chekili, S. Kassab, A Laatar.

Service de rhumatologie Hopital Mongi Slim ,La Marsa ,Tunis.

Introduction :

L'avènement du premier biosimilaire en Tunisie offre l'opportunité de générer des gains financiers importants .Le but de ce travail était de sonder les opinions des patients rhumatisants sous biothérapie sur les biosimilaires et d' identifier les obstacles possibles à leur prescription.

Matériel et Méthodes

Une étude transversale a été réalisée auprès de 40 patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) traités par anti-TNF alpha. Une enquête évaluant l'opinion des patients concernant l'interchangeabilité vers un biosimilaire a été menée.

Résultats :

Notre population comportait 67,5% de femmes. L'âge moyen était de 47,9 ans [18 -80]. Les patients étaient suivi pour un RIC depuis en moyenne 12,4 ans [2-31] : polyarthrite rhumatoïde n=19 (47,5%), Spondylarthrite n=16 (40%), Arthrite idiopathique juvénile n=2, Maladie de still n=1, rhumatisme psoriasique n=1, dermatopolymyosite n=1.

Ils recevaient des anti-TNF alpha depuis en moyenne 6 ans [1 mois -15 ans].

Quarante-sept pour cent (47,5%) des patients avaient déjà eu un Switch vers un 2^{ème} anti-TNF alpha : 52,6% pour effet indésirable et 47,4% pour inefficacité.

Seules 4 patientes avaient connaissance des biosimilaires.

Plus de la moitié des malades (52,5%) étaient contre l'utilisation des biosimilaires : 42,9% des patients craignaient une efficacité moindre, 33,3% des effets indésirables plus fréquents et 23,8 % pour les deux raisons.

Quarante-sept pour cent (47,5%) étaient hésitants et seraient pour les biosimilaires sous condition d'un avis convainquant d'un spécialiste et à condition d'une efficacité et d'une tolérance comparable.

Sur les 40 patients, le refus de l'interchangeabilité a été noté dans 57,5% des cas par forte adhésion à la molécule princeps (stabilité de leur RIC).La crainte d'une perte de l'efficacité a été retrouvée dans 65,2% des cas.

Discussion:

Nos résultats montrent le manque d'information structurée et harmonisée des patients sur les biosimilaires. Plusieurs

sont réticents ,d'où la nécessité de renforcer l'impact sur la perception des biosimilaires .Dans la littérature , 56,5% sont d'accord pour le switch et 86,6 % n'ont jamais entendu parler des biosimilaires [1] .Ces données concordent avec les résultats de notre travail.

L'introduction des biosimilaires a le potentiel de répandre l'accès à une thérapie biologique efficace , dont l'enjeu économique est majeur . Enfin, comme la plupart des patients ne sont pas familiers avec ce nouveau « concept » de médicaments, des programmes éducatifs seront nécessaires afin qu'ils soient perçus comme des thérapies totalement équivalentes, efficaces et sûres par rapport aux produits d'origine.

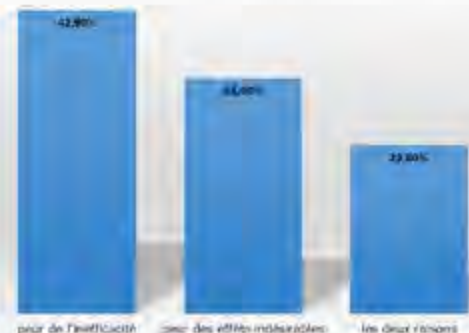
Conclusion

Notre enquête a permis de mieux comprendre les préoccupations liées aux prescriptions des biosimilaires. Les obstacles les plus fréquemment signalés étaient l'extrapolation de l'efficacité et le manque de données sur la tolérance.

Références

[1]:revue du rhumatisme 84S(2017)A159-A334

contre les biosimilaires



Préférence des patients pour la voie d'administration des biothérapies au cours de 2018 la polyarthrite rhumatoïde

Boussaa H, Fazaa A, Miladi S, Makhlouf Y, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction:

Avec l'augmentation du nombre d'agents biologiques potentiellement indiqués dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR), est apparu un nouveau problème : celui du choix d'une biothérapie. Plusieurs paramètres peuvent influencer ce choix. Les objectifs de cette étude étaient de déterminer les préférences des patients pour la voie d'administration des biothérapies et les paramètres qui orientent ce choix.

Résultats:

- 28 F et 2 H
- Age moyen: 56±12 ans [30-80]
- Activité professionnelle: 17% des cas
- Durée moyenne d'évolution de la PR: 13,4 ans [2-46]
- Biothérapie en cours:

Voie sous-cutanée (57%)	Etanercept (n=9)	Adalimumab (n=4)	Certolizumab (n=4)
Voie intraveineuse (43%)	Infliximab (n=5)	Tocilizumab (n=6)	Rituximab (n=2)

- Aucune corrélation statistiquement significative n'a été notée entre le mode d'administration de la biothérapie et les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques
- Lors du choix de la biothérapie, l'avis des patients a été pris en compte dans 47% des cas
- Le questionnaire a révélé que 63% des patients préféraient la voie sous-cutanée tandis que le reste préféraient la voie intraveineuse. Les raisons invoquées par les 2 groupes sont représentés dans la figure 1.



- | | |
|---|------------------------------------|
| ■ meilleur confort à la maison | ■ contrôle par un médecin |
| ■ moindre retentissement sur la vie quotidienne | ■ sécurité à l'hôpital |
| ■ éloignement géographique | ■ peur d'oublier son injection |
| ■ manque de moyens financiers | ■ manque de confiance en soi |
| ■ sentiment de contrôle | ■ meilleure efficacité |
| ■ incapacité fonctionnelle | ■ moindre fréquence des perfusions |

figure 1 : Les raisons expliquant le choix des patients pour la voie d'administration des biothérapies

Discussion:

Nos résultats étaient conformes aux données de la littérature.

Chilton F et al ont trouvé qu'un nombre significativement plus élevé de patients atteints d'une PR préféraient l'Adalimumab plutôt que l'Infliximab. Les principaux arguments étaient une plus grande facilité d'utilisation et un sentiment de contrôle de leurs vies [1].

Une autre étude a montré que la plupart des patients choisissait la voie sous cutanée parce qu'ils préféraient recevoir le traitement à la maison plutôt qu'à l'hôpital [2].

Conclusion:

Dans notre étude, plus de la moitié des patients préféraient la voie sous-cutanée pour l'administration des agents biologiques. Chez les patients qui préféraient la voie intraveineuse, le sentiment de sécurité à l'hôpital était le principal argument avancé.

Références:

1. Chilton F et al. Musculoskeletal Care 2008; 6(1):1-14: Treatment choices, preferences and decision-making by patients with rheumatoid arthritis.
2. Williams EL et al. Rheumatology (Oxford) 2006; 45:1576: Patient preferences in choosing anti-TNF therapy.

Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients ayant une PR, traités par biothérapie. Tous les patients ont répondu à un questionnaire portant sur le choix de la voie d'administration de ces agents biologiques et les raisons qui justifient leurs préférences.

Que connaissent les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique de leur traitement biologique ?

Maatallah K.; Ben Saad R.; Kaffel D.; Hamdi W.; Kchir M

Institut National Orthopédique de Mohamed El Kassar

Introduction :

L'éducation thérapeutique est un processus d'apprentissage actif, personnalisé et centré sur le patient et représente un axe de traitement important dans les rhumatismes inflammatoires chroniques. Le diagnostic éducatif, première étape de l'éducation thérapeutique, comporte une évaluation des connaissances des patients concernant leur traitement.

Le but de ce travail était d'évaluer les connaissances des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique, des particularités de leur traitement biologique.

Méthodes :

Etude transversale incluant des patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique. Le questionnaire « Biosecure », a été utilisé pour évaluer les connaissances des patients en matière de biothérapie . Il est validé pour tous les traitements biologiques . Il comporte 32 questions (et 6 cas cliniques) comprenant , en autres, la connaissance des effets indésirables en particulier les infections , des situations particulières telles que la vaccination et la contraception. Une réponse par oui, non ou je ne sais pas doit être fournie .

Résultats :

Vingt-cinq patients ont été inclus. Il s'agissait de 17 femmes et de 8 hommes, âgés en moyenne de 52 ans [44-62] répartis entre 10 patients atteints de Spondyloarthrite axiale et 15 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Vingt trois patients étaient instruites ; 13 cas de niveau primaire et 10 cas de niveau secondaire.

Tous étaient sous traitements biologiques: 19 sous anti TNF alpha dont 12 par voie sous cutanée, 4 sous Tocilizumab et 2 sous Rituximab .

Les réponses des patients sont représentés par le tableau I

Tableau I: Connaissance des patients du traitement biologique

	Réponses		
	Oui	Non	Je sais pas
Connaissez vous votre biothérapie?	9	16	
je peux arrêter la biothérapie si mon rhumatisme va bien	4	19	2
Tous les vaccins sont contre indiqués	2	3	20
La contraception est nécessaire chez la femme	10	1	6
Les infections sont plus fréquentes sous biothérapie	21	3	1
Les situations qui nécessitent des précautions particulières avant le traitement	22	2	1
1. Une fièvre	8	15	2
2. Envie fréquente d'uriner	12	11	2
3. Apparition d'une toux			
Concernant les anti TNF Alpha par voie sous cutanée			
1. Il se conserve au réfrigérateur	12	0	0
2. Doit être sorti quelques minutes avant l'injection	9	2	1

Conclusion

Notre étude a montré qu'une éducation thérapeutique est nécessaire en matière de traitements biologiques notamment pour détecter les besoins des patients concernant la sécurité d'utilisation et de prévention du risque infectieux inhérent à la biothérapie.

Risque infectieux au cours des traitements biologiques

Daldoul C, Elamri N, Baccouch K, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

L'avènement des biothérapies a révolutionné le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques. Néanmoins, ces agents sont connus d'être associés à un surrisque d'infections en rapport avec leur mécanisme d'action immunosuppressive

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse colligeant 57 patients suivis pour rhumatisme inflammatoire chronique ayant été traité par au moins une biothérapie sur une période de 8 ans allant de 2010 à 2018. Nous avons recensé la survenue d'infection au cours du traitement selon chaque molécule de traitement biologique.

Résultats:

Notre population comportait 21 hommes et 36 femmes avec un âge moyen de 50.6 ans. 59.6% des patients étaient atteints de polyarthrite rhumatoïde et 40.4% avaient une spondyloarthrite. L'âge moyen du diagnostic de la maladie est de 39.14 ans. La durée moyenne du suivi était de 8.3 ans. L'indice de masse corporelle (BMI) moyen est de 28.9 kg/m². Le délai moyen entre le diagnostic et l'initiation d'une biothérapie est de 102 mois. Une corticothérapie a été prescrite dans 54.4% des cas. Un traitement de fond associé à la biothérapie a été prescrit dans 70.2% des cas (méthotrexate : 40.4%, sulfasalazine : 8.8% et léflunomide : 8.8 %). Les biothérapies prescrites étaient comme suit : des anti-TNFα dans 75.4% des cas (Infliximab 33.3%, adalimumab 17.5%, etanercept 19.3, Certolizumab 5.3%), Tocilizumab dans 19.3% et Rituximab dans 5.3%. Au cours du traitement, 56.1% des cas ont développé une infection réparties comme suit : infection broncho-pulmonaire dans 28.1%, infection urinaire basse dans 10.5%, infection urinaire haute dans 3.5%, infection gastro-intestinale dans 5.3%, infections ORL dans 22.8%, et infection cutanée dans 10.5% des cas. Deux cas d'infections graves ont été observés sous Tocilizumab (état de choc septique suite à une colite infectieuse et une arthrite septique sur prothèse de genou). Aucun cas de tuberculose n'a été recensé. La répartition des infections en fonction du traitement biologique était comme suit Etanercept 45.5% (p=0.5), Infliximab 57.9% (p=0.6), Adalimumab 40% (p=0.3) Tocilizumab 72.2% (p=0.3), Rituximab 33.3% (p=0.5). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les différents traitements.

Discussion:

Les rhumatismes inflammatoires chroniques sont associés à un risque plus élevé d'infections par rapport à la population générale, mais ce risque varie selon le type de rhumatisme, il est notamment plus faible au cours des spondylarthropathie surtout la spondylarthrite ankylosante. Il s'y ajoute d'autres facteurs de risque tels que l'utilisation d'une corticothérapie générale, les différents DMARDs et les biothérapies(1). En effet, sous ces nouvelles molécules, il existe un surrisque non négligeable d'infections cutanées et des tissus mous ainsi que des infections opportunistes. Ce risque semble moindre au cours du traitement par Etanercept par rapport aux autres molécules d'Anti-TNFα ceci est probablement dû à son mécanisme d'action(2). Selon les études publiées on note une augmentation du risque des infection graves sous Tocilizumab, ce qui est le cas dans notre étude, ceci est dû au fait que ce traitement supprime l'augmentation de la CRP contribuant à un retard diagnostique(3). Plusieurs scores ont été élaborés afin d'évaluer le risque infectieux avec une bonne corrélation entre le risque d'infection estimé et celui observé pouvant ainsi constituer un bon outil de suivi des patients sous biothérapie afin d'optimiser notre prise en charge(4)(5).

Conclusion:

Certes l'utilisation des biothérapies a amélioré le pronostic des maladies rhumatismales mais une surveillance régulière pour dépister la survenue d'infection parfois grave est nécessaire garantissant ainsi leur sécurité.

Références:

- (1)Wallis D. Infection risk and biologics : current update. 2014;26(4):404-9.
- (2)van Driel SA, Fransen J, Kievit W, et al. Difference in the risk of serious infections in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, infliximab and etanercept: results from the Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring (DREAM) registry. Ann Rheum Dis 2012; 72:895-900.
- (3) Burmester GR, Rubbert-Roth A, Cantagrel A, et al. A randomised, double-blind, parallel-group study of the safety and efficacy of subcutaneous tocilizumab versus intravenous tocilizumab in combination with traditional disease-modifying antirheumatic drugs in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis (SUMMACTA study). Ann Rheum Dis 2015; 73:69-74.
- (4)Crowson CS, Hoganson DD, Fitz-Gibbon PD, Matteson EL. Development and validation of a risk score for serious infection in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2012; 64:2847-2855.
- (5) Zink A, Manger B, Kaufmann J, et al. Evaluation of the RABBIT Risk Score for serious infections. Ann Rheum Dis 2013; epub 5 June, doi:10.1136/annrheumdis-2013-204711

Titre: Effet indésirable méconnu de l'Etanercept

Auteurs: Boussaid S, Alssaoui T, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour I, Eleuch M

Adresse: Service de rhumatologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

Depuis quelques années, une nouvelle famille de produits est apparue : les biothérapies. Dans les spondyloarthrites, les anti-TNF alpha démontrent un effet symptomatique très puissant et empêchent probablement l'évolution vers la destruction articulaire. Comme tout médicament, les anti-TNF alpha ont des effets indésirables (EI). Il s'agit principalement d'EI infectieux mais de nouveaux EI sont régulièrement signalés. Dans ce travail, on rapporte le cas d'un patient ayant présenté une atteinte neurologique sous Etanercept.

Observation :

Il s'agit de Mr A. T. âgé de 45 ans, suivi pour une spondyloarthrite ankylosante depuis janvier 2016 diagnostiquée devant une lombalgie avec des talagies d'horaire inflammatoire, une raideur matinale de 15 min, un syndrome inflammatoire biologique et une sacro-iliite stade 3 bilatérale à la tomodensitométrie des sacro-iliaques. Le patient a été mis sous multiples classes d'anti inflammatoires non stéroïdiens (Indométacine, kétoprofène, Diclofénac) à dose maximale sans amélioration clinique avec un BASDAI à 5,7 et un BASFI à 6,2. Un passage à une biothérapie, plus précisément l'Etanercept, a été indiqué après un bilan pré-thérapeutique correct. Six semaines après sa mise sous Etanercept, le patient a rapporté des épisodes d'asthénie, de céphalée et de vertige mal défini, durant quelques minutes, survenant en fin de journée, sans perte de conscience ni autre signe associé et ce, environ 2 jours après chaque injection hebdomadaire. Le bilan biologique était normal et le bilan immunologique négatif. Une hypotension orthostatique ou des épisodes d'hypoglycémie ayant été écartés, le patient a été adressé pour un examen ORL spécialisé qui n'a pas montré d'anomalies avec une audition par ailleurs normale. L'examen neurologique a révélé une paralysie du nerf oculomoteur commun gauche avec une atteinte pyramidale. L'IRM cérébrale et des angles ponto-cérébelleux était sans anomalies écartant ainsi les épisodes de démyélinisation du système nerveux central. L'enquête de pharmacovigilance a incriminé l'Etanercept et l'indication d'une fenêtre thérapeutique était posée. Trois mois après, le patient a noté la disparition de sa symptomatologie et l'examen neurologique était redevenu strictement normal. Devant l'aggravation sur le plan articulaire, un Switch vers l'Adalimumab était préconisé avec bonne tolérance.

Discussion :

Les malades sous biothérapie nécessite un suivi particulier. Chaque plainte rapportée par le patient doit être prise au sérieux. En se basant sur un bon examen clinique, il ne faut pas hésiter à explorer toute anomalie par les examens complémentaires adéquats. Il n'est pas toujours facile de mettre en évidence l'imputabilité du symptôme au biologique d'où le recours au test d'éviction de la molécule. Les EI neurologiques des Anti-TNF sont rares (1). Dans une étude prospective, une cohorte de 77 patients ont bénéficié d'une exploration neurophysiologique avant et après la mise en route d'un traitement par Anti-TNF a révélé une fréquence des EI neurologiques de 4% (3/75) ayant tous développé des lésions détectables par les moyens d'exploration neurophysiologique et ayant régressé à l'arrêt du traitement (2). Chez notre patient, l'examen clinique a révélé des anomalies que les moyens d'exploration n'ont pas pu mettre en évidence. Cependant, la seule réversibilité des symptômes à l'arrêt du traitement a permis de l'incriminer.

Conclusion :

Les EI au moyen et long terme de ces médicaments sont peu connus. Ainsi, des précautions d'emploi et une surveillance rigoureuse tout au long de leur utilisation sont indispensables.

1. Nozaki K, Silver RM, Stickler DE, Abou-Fayssal NG, Giglio P, Kamen DL, et al. Neurological deficits during treatment with tumor necrosis factor-alpha antagonists. Am J Med Sci. 2011;342(5):352-5.
2. Kaltsonoudis E, Zikou AK, Voulgari PV, Konitsiotis S, Argyropoulou MI, Drosos AA. Neurological adverse events in patients receiving anti-TNF therapy: a prospective imaging and electrophysiological study. Arthritis Res Ther. 2014;16(3):R125.

Maintien de la première biothérapie au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Daldoul C, Elamri N, Baccouch K, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

Les biothérapies représentent une arme thérapeutique d'un grand apport dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) résistants aux traitements conventionnels. L'objectif de ce travail était d'évaluer le maintien de la première biothérapie chez les patients naïfs aux traitements biologiques.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 57 patients suivis pour RIC colligés au service de rhumatologie Farhat Hached Sousse durant une période allant de 2010 jusqu'à 2018. Nous avons étudié le délai entre initiation d'une 1^{ère} biothérapie, on a comparé le taux de maintien entre les différentes molécules et on a détaillé les raisons amenant à l'arrêt. Le seuil de signification statistique p a été fixé à 0,05

Résultats :

Notre population comportait 21 hommes et 36 femmes avec un âge moyen de 50.6 ans. 59.6% des patients étaient atteints de polyarthrite rhumatoïde et 40.4% avaient une spondyloarthrite. L'âge moyen du diagnostic de la maladie était de 39.14 ans. La durée moyenne du suivi était de 8.3 ans. L'indice de masse corporelle (BMI) moyen était de 28.9 kg/m². Le délai moyen entre le diagnostic et l'initiation d'une biothérapie était de 102 mois. La durée moyenne du suivi était de 8.3 ans. Les traitements prescrits étaient comme suit : des anti-TNF α dans 75.4% des cas (Infliximab 33.3%, Adalimumab 17.5%, Etanercept 19.3% , Certolizumab 5.3%), Tocilizumab dans 19.3% et Rituximab dans 5.3%. Au cours du suivi, le traitement par une première biothérapie était maintenu dans 41 cas (71.5%). Les traitements biologiques ont été interrompus dans 16 cas (28%) dans un délai moyen de 16 mois : Infliximab dans 6cas (35.3%) avec délai moyen de 18.5 mois, Adalimumab dans 5 cas (29.4%) avec délai moyen de 10.2 mois, Etanercept dans 4 cas (23.5%) avec un délai moyen de 17.33 mois, , Certolizumab dans 1cas (5.9%) délai moyen de 21 mois et Rituximab dans 1 cas (5.9%) avec délai de 14 mois. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les différentes molécules concernant le délai avant l'arrêt (ANOVA p=0.83). Les causes d'arrêt étaient comme suit : échappement thérapeutique dans 7 cas (43.8%), échec primaire dans 3cas (18.8%) , réaction allergique dans 4cas (15,3%), la survenue d'une neutropénie dans 1cas (6.3%), et l'induction d'un lupus systémique dans un 1 cas (6.3%). Un switch vers une deuxième biothérapie était réalisée chez 13 patients (Etanercept dans 4 cas, Infliximab dans 4 cas, Adalimumab dans 2 cas, Certolizumab dans 1 cas et Tocilizumab dans 2 cas)

Discussion :

Plusieurs études se sont intéressées au maintien de la première biothérapie au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques, mais les résultats étaient controversés. Certaines suggèrent que l' Etanercept présente un délai de maintien plus long que les autres biothérapies (1), surtout s'il est associé au methotrexate, et d'autres n'ont relevé aucune différence significative ni en terme de la durée de persistance ni en matière des causes d'arrêt (2). En outre, quelques marqueurs de prédiction de maintien de la première biothérapie ont été établis notamment l'absence de co-morbidités le sexe féminin et un CDAI élevé (3)(4).

Conclusion :

Le taux de maintien de la première biothérapie dans notre population était de 71 % suggérant une bonne tolérance de ces derniers.

References:

- (1) Hetland ML, Christensen IJ, Tarp U, Drayer L, Hansen A, Hansen IT, et al. Direct comparison of treatment responses, remission rates, and drug adherence in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, etanercept, or infliximab: Results from eight years of surveillance of clinical practice in the nationwide Danish DANBIC registry. *Arthritis Rheum* 2010;62:22-32.
- (2) Flendrie M, Creemers MC, Welsing PM, den Broeder AA, van Riel PL. Survival during treatment with tumour necrosis factor blocking agents in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003;62 Suppl 2:ii30-3.
- (3) Marchesoni A, Zaccara E, Gorla R, Bazzani C, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, et al. TNF-alpha antagonist survival rate in a cohort of rheumatoid arthritis patients observed under conditions of standard clinical practice. *Ann NY Acad Sci* 2009;1173:837-46.
- (4) Markenson JA, Gibofsky A, Palmer WR, Edward C, Schiff MH, Feng J, et al. Persistence with Anti-Tumor Necrosis Factor Therapies in Patients with Rheumatoid Arthritis: Observations from the RADIUS Registry Persistence with Anti-Tumor Necrosis Factor Therapies in Patients with Rheumatoid Arthritis: Observations from the RADIUS Registry. 2011;38.

Réactivation d'une hépatite B guérie sous biothérapie : à propos d'un cas

Rekik S., Ben Ammar L., Boussaid S., Sehli H., Cheour E., Elleuch M
Service de Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Les réactivations d'infections par le virus de l'hépatite B (VHB) sont connues chez les porteurs chroniques de l'antigène (Ag) HBs et représentent une complication classique des biothérapies. Cependant, des réactivations peuvent également survenir au cours de l'hépatite B occulte définie par l'absence d'Ag HBs dans le serum et des anticorps anti HBc positifs correspondant à une exposition ancienne au VHB. Nous rapportant dans ce sujet un cas de réactivation d'une hépatite B guérie sous adalimumab.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 48ans, aux antécédents d'hépatite B traitée par Peginterféron alfa-2a pendant 2ans (à partir de 2010) avec négativation de l'Ag HBs, suivie depuis 2011 pour une PR traitée initialement par salazopirine et antipaludéens de synthèse sans amélioration significative. Mise en aout 2013 sous Humira (40mg/15jours) avec une bonne tolérance clinique et biologique. Au bout d'une année de traitement, une sérologie du VHB a été faite montrant : Ag HBs +, Anti HBc +, Anti HBs -, Anti HBe +, Ag HBe -, complétée par une PCR du VHB revenant positive confirmant ainsi le diagnostic de réactivation de l'hépatite B. Le traitement par adalimumab a été arrêté et la patiente a été mise sous entecavir avec une charge virale indétectable au bout de trois mois de traitement.

Discussion :

Au cours des biothérapies, le taux de réactivation de l'hépatite B a été estimé à 39% chez les porteurs chroniques de l'Ag HBs et à 5% au cours des hépatites B occulte [1,2]. Concernant la physiopathologie, plusieurs données suggèrent que le TNF α joue un rôle dans l'inhibition de la réplication virale, et que son inhibition pourrait permettre au VHB d'échapper à la réponse antivirale en particulier cellulaire induisant sa réactivation [1]. Par ailleurs, la réactivation peut également survenir à l'arrêt du traitement suite à la restauration d'une immunité spécifique détruisant les hépatocytes exprimant les antigènes viraux alors que l'immunosuppression avait favorisé une réplication virale active [1]. Devant ce risque, le dépistage du VHB est systématique avant de démarrer une biothérapie par un anti-TNF α . Pour les patients porteurs d'une hépatite B chronique, un traitement préemptif est systématique avant la mise sous biothérapie. Pour les patients porteurs d'une hépatite B guérie, on recommande une surveillance régulière du bilan hépatique et du statut sérologique. Lorsqu'une réactivation est diagnostiquée, un traitement curatif s'impose rapidement associé à la suspension du traitement immunosuppresseur [1].

Conclusion :

Les biothérapies augmentent la susceptibilité aux infections et peut modifier l'évolution naturelle des infections latentes tel que les hépatites B chroniques et les hépatites B occultes. Le rituximab et les inhibiteurs du TNF alpha, principalement l'infleximab, mais aussi l'étanercept et l'adalimumab, sont particulièrement à risque. Le risque de réactivation est plus faible pour les patients porteurs d'une hépatite B guérie.

Bibliographie:

- [1] Françoise Lunel-Fabiani, Charles Masson, Alexandra Ducancelle, Systemic diseases and biotherapies: Understanding, evaluating, and preventing the risk of hepatitis B reactivation, Joint Bone Spine, Volume 81, Issue 6, December 2014, Pages 478-484
- [2] Sebastiani M, Atzeni F, Milazzo L, Quartuccio L, Scir` e C, GaetaGB, LapadulaG, ArmignaccoO, Taviom, OlivieriI, MeroniP, BazzichiL, Grassi W, Mathieu A, Mastroianni C, Sagnelli E, Santantonio T, Foppa CU, Puoti M, Sarmati L, Air` oP, EpisOM, ScivoR, GargiuloM, RivaA, ManfrediA, CiancioG, ZehenderG, Taliani G, Meroni L, Sollima S, Sarzi-Puttini P, Galli M, Italian consensus Guidelines for the management of hepatitis B virus infections in patients with rheumatoid arthritis, Joint Bone Spine (2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.05.013>

Évaluation échographique articulaire au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primaire

Ben Abdelghani K, Chammakhi M, Fazaa A, Kassab S, Chekili S, Laatar A

service de rhumatologie, hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

Les douleurs ostéo-articulaires sont une plainte fréquente chez les patients suivis pour syndrome de Gougerot-Sjögren primaire (SGJp). L'examen clinique articulaire manque de sensibilité et de précision. L'échographie ostéo-articulaire est un outil sensible pour l'évaluation des articulations. Notre objectif était d'évaluer, par une étude échographique, l'atteinte articulaire au cours du SGJp.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective incluant 25 femmes suivies pour SGJp et 25 témoins sains. Un examen clinique des poignets et des mains était effectué.

Une étude échographique des cinq métacarpophalangiennes; interphalangiennes proximales et des poignets était réalisée, à la recherche de synovite; d'épanchement articulaire ou d'hypervascularisation Doppler. Un score total était calculé pour toutes les articulations évaluées en mode B et en mode Doppler.

Résultats :

L'âge moyen était de $53,2 \pm 11,3$ ans dans le groupe SGJp et de $50,6 \pm 9,7$ ans dans le groupe témoin. Le NAD moyen était de $1,4 \pm 3,1$. Sur un total de 550 articulations examinées, huit articulations présentaient une synovite clinique (1,4%).

Le nombre total de synovite/épanchement synovial échographique dans le groupe SGJp était de 51. Il était plus élevé que celui retrouvé dans le groupe des témoins ($n=51$ versus $n=20$) avec une différence significative ($p < 0,001$) soit un pourcentage de 9,2% versus 3,6%.

Le nombre de synovites des poignets dans le groupe SGJp était plus élevé que celui dans le groupe témoin ($n=12$ versus $n=2$) avec une différence statistiquement significative ($p=0,004$). Le nombre de synovites de la 2ème IPP dans le groupe SGJp était plus élevé que celui dans le groupe témoin ($n=10$ versus $n=2$) avec une différence statistiquement significative ($p=0,01$). Le score articulaire final était en mode B de $2 \pm 2,2$ dans le groupe SGJp contre $0,8 \pm 1,1$ dans le groupe témoin ($p < 0,05$). Sur un total de 550 articulations évaluées, 11 articulations présentaient une hyperhémie Doppler dans le groupe SGJp versus une seule dans le groupe témoin avec une différence statistiquement significative ($p=0,002$). Sur un total de 50 poignets évalués dans chaque groupe, huit poignets (16%) étaient hypervascularisés dans le groupe SGJp, versus un poignet (2%) dans le groupe témoin avec une différence statistiquement significative ($p=0,01$). Le score articulaire final en mode Doppler était de $0,4 \pm 1$ contre $0 \pm 0,2$ ($p > 0,05$).

Discussion:

Une étude japonaise menée par Takanori et al, incluant 48 patients suivis pour SGJp ne présentant aucune synovite clinique, a montré qu'en échographie en mode B, une hypertrophie synoviale des poignets et des mains était présente dans 16% des cas (1).

Conclusion:

Devant un patient suivi pour SGJp et présentant des arthralgies, il convient de réaliser une échographie ostéo-articulaire pouvant détecter des synovites infra-cliniques. Comme nous l'avons bien montré notre étude, nécessitant un traitement et un suivi adéquats.

(1) Fujimura T. *Mod Rheumatol*. 2015.

Erosions échographique au cours de la PR : Quelle sensibilité et Spécificité ? 2018

SAADAOUI Khaled, AJLANI Houda, REKIK Sonia, BOUSSAID Soumaya, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

L'importance des érosions osseuses au cours de la PR est indéniable. Ces érosions peuvent se voir dans d'autres pathologies rhumatismales. L'objectif de notre travail est de déterminer la Spécificité et la sensibilité des érosions osseuses échographiques dans des localisations cibles de la PR.

Matériels et Méthodes :

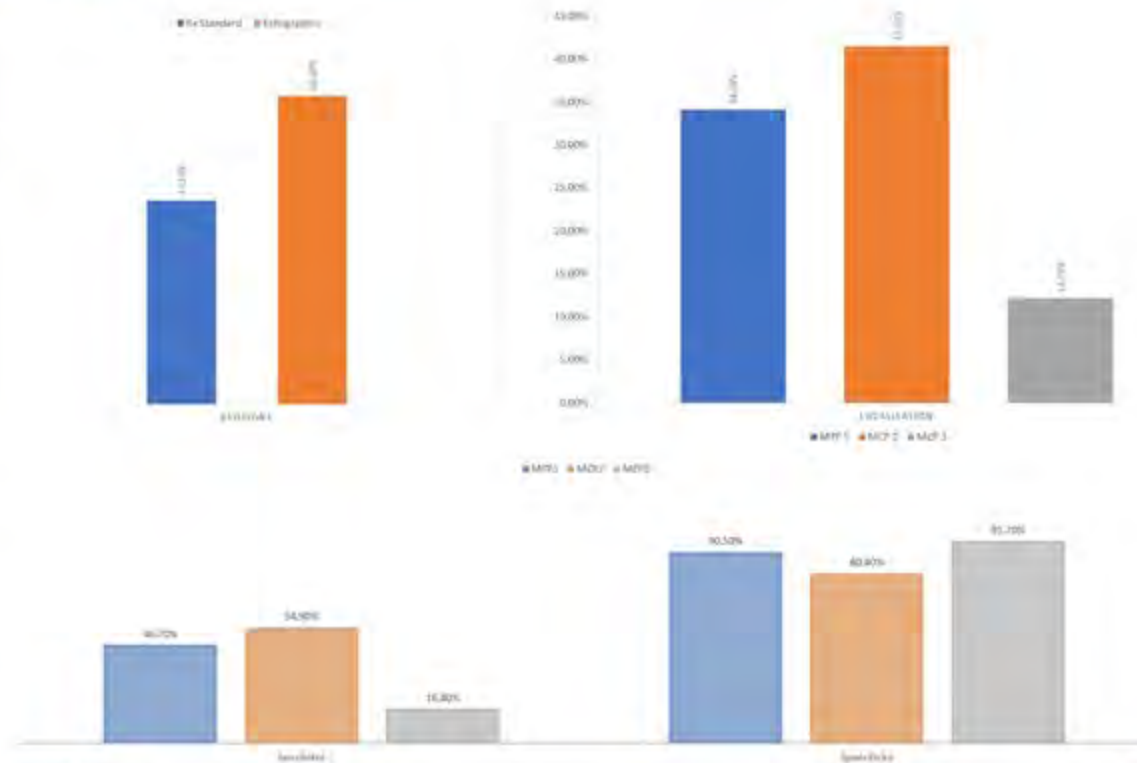
Il s'agit d'une étude prospective descriptive incluant 133 cas de polyarthrites colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta Tunis sur une période de 2 ans (2015-2017)

Résultats :

- ❖ Age moyen = 52,3 ans
- ❖ Prédominance féminine SR H/F = 0,14
- ❖ Durée d'évolution moyenne = 4,5 ans
- ❖ Bilan Immunologique :
 - FR positive 60% des cas
 - Anti CCP positive 65% des cas
- ❖ Erosions osseuses :
 - Radiologie Conventiionnelle 33,8%
 - Echographie ostéo-articulaire 54,1% (à noter les érosions n'étaient pas recherchées chez 23 patients)
- ❖ Le diagnostic de PR a été retenu chez 82 patients (61,7%).
- ❖ Chez le groupe PR :

Durée moyenne	5,3 ans
FR	72,5%
Anti CCP	75,8%
DAS 28	3,9
Naredo B	5,6
Naredo doppler	3,9

Résultats :



Discussion :

Les érosions ont une haute spécificité (91,4%) et une faible sensibilité (32,9%) au cours de la polyarthrite rhumatoïde, L'atteinte de la MTP 5 a une spécificité de 85,4% et une sensibilité de 68,6% pour le diagnostic de PR.

Par ailleurs plus l'érosion est importante plus la sensibilité et la sensibilité augmentent.

1. Zayat AS, Ellegaard K, Conaghan PG, Terslev L, Hensor EM, Freeston JE, et al. The specificity of ultrasound-detected bone erosions for rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2015;74:1077-1081

L'atteinte radiologique des patients atteints de myélome multiple

ZROUR S., MOUANAA H., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne ostéolytique. Elle est caractérisée par une prolifération plasmocytaire monoclonale envahissant la moelle osseuse.

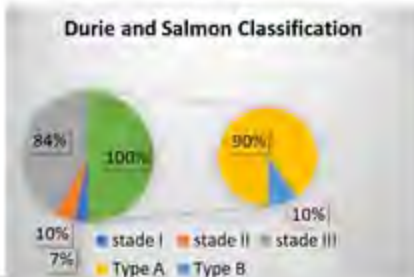
Notre objectif est de détailler l'atteinte radiologique du MM et de comparer les différents moyens d'imagerie.

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective
- 39 patients, consécutifs, atteints de MM
- critères de l'IMWG (2014)
- service de rhumatologie Monastir
- Durée = 5 ans de 2011 à 2016
- Les évaluations radiologiques standards, tomodensitométriques et IRM médullaires disponibles dans les dossiers médicaux sont analysés.

Résultats :

- Age moyen = 63 ± 10 ans [50-86]
- sex-ratio = 2
- médiane de la durée d'évolution du MM au moment de l'étude = 53 mois (>4 ans)
- La moyenne du pic monoclonal = 34g/L [17g/L, 88g/L]



- L'exploration tomodensitométrique était effectuée chez 20,5% des cas.
- Des images ostéolytiques étaient objectivées chez 7 malades soit (17,9%).
- La totalité des malades avaient une IRM rachidienne.
- Les anomalies objectivées étaient soit une compression médullaire soit des anomalies de signal diffuses chez 12 malades (30,8%) et une épidurite chez un seul patient (2,6%).
- En se limitant à lésions explorées par les 3 techniques, le scanner détecte plus de lésions ostéolytiques que les radios standards mais sans différence statistiquement significative (p=0,086). Cependant le scanner étudie mieux la trame osseuse.
- L'IRM détaille essentiellement les rapports entre les structures osseuses et les parties molles.

Conclusion :

L'atteinte radiologique au cours de MM est variée. Elle peut être localisée ou multiple. Chaque technique d'exploration garde son intérêt. Les radiographies standards sont recommandées pour le diagnostic, la classification et la prise de décision thérapeutique. L'IRM est essentiellement au diagnostic des complications neurologiques des localisations vertébrales.

Intérêt de l'imagerie dans le diagnostic de spondylodiscite brucellienne

S.Rekik, M.Moalla, S.Boussaid, S.Jammali, H.Ajlani*, H.Sahli, I.Cheour, M.Elleuch

Service de Rhumatologie de l'hôpital La Rabta *Hôpital Régional Yasminet Ben Arous

Introduction :

La brucellose est une zoonose endémique dans les pays du pourtour méditerranéen, notamment en Tunisie. C'est une infection systémique, causée par des bactéries intracellulaires facultatives du genre *Brucella*. La colonne vertébrale est le site le plus fréquent de l'atteinte musculosquelettique.

Objectif :

Rapporter les résultats de l'imagerie aussi bien par résonance magnétique (IRM), que par tomodensitométrie (TDM), chez des patients atteints de spondylodiscite infectieuse (SPDI) d'origine brucellienne et d'évaluer les apports de chaque méthode.

Patients et méthodes :

Recrutement dans un même service de rhumatologie sur une période s'étendant de 2000 à 2015. Pour être inclus, les patients devaient avoir bénéficié soit d'une TDM, soit d'une IRM, voire des deux moyens d'imagerie avant de conclure au diagnostic de spondylodiscite brucellienne (SPDB).

Résultats :

Dix-huit malades ont été inclus dans cette étude. La plainte fonctionnelle principale était des rachialgies diffuses ou localisées, surtout à l'étage lombaire (Tableau 1). Un seul cas de cervicalgies isolées avec névralgies cervico-brachiales a été rapporté.

Rachialgies	18
Radiculalgies associées	8
Rachialgies touchants plusieurs étages	14
Lombalgies	17
Dorsalgies	3
Cervicalgies	2

Tableau 1 : Données de l'anamnèse

L'examen neurologique était strictement normal chez tous les patients. Le résultat des radiographies standards du rachis de face et de profil sont résumées dans la figure 1.

Une TDM du rachis, pratiquée chez 11 patients, a conclu au diagnostic de SPD dans sept cas. Les trois principales anomalies décelables sur la TDM étaient le pincement discal, les images ostéolytiques et les collections abcédées (figure 2).

FIGURE 1: RÉSULTATS DE LA RADIOGRAPHIE CONVENTIONNELLE



FIGURE 1: RÉSULTATS DE LA RADIOGRAPHIE CONVENTIONNELLE



Un complément IRM a été demandé chez 3 des patients ayant eu une TDM. Les résultats de l'IRM étaient concordants avec ceux de la TDM, montrant des signes de SPDI infectieuse, excepté pour un patient chez qui elle a objectivé **une SPDB bifocale D12 L1 et L3 L4 alors que son scanner concluait à des lésions dégénératives.**

Au total, 11 malades avaient bénéficié d'une IRM dont les résultats sont reportés sur le tableau 2. Elle avait conclu à une SPDB unifocale dans 5 cas, et multifocale dans 6 cas. Une épidurite a été objectivée chez six patients avec compression du fourreau dural et de la moelle dans deux cas. Les collections abcédées ont été notées chez 4 patients.

Atteinte multiétagée	6
Épidurite	6
Compression du fourreau dural et de la moelle	2
Collections abcédées	4

Conclusion :

Les moyens d'imagerie en coupe à savoir la TDM et surtout l'IRM sont d'un grand apport pour le diagnostic précoce de SPDB, la recherche de localisations asymptomatiques et la mise en évidence d'une éventuelle complication neurologique. Il faut garder à l'esprit qu'une imagerie normale ne doit pas écarter le diagnostic sans prendre en considération le contexte épidémiologique et les examens biologiques. Il faut compléter si le doute persiste par l'IRM de tout le rachis.

Evaluation clinique et échographique prospective de la Polyarthrite rhumatoïde

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

- Cette étude prospective a pour buts de:
 - ❑ Estimer la prévalence de la synovite et / ou de la ténosynovite détectée par US chez des patients atteints de PR et explorer ses corrélats cliniques.
 - ❑ Comparer les scores synoviaux échographiques aux scores échographiques conventionnels (DAS28, Vitesse de sédimentation (VS), protéine C réactive (CRP)) dans l'évaluation de l'activité de la PR.
 - ❑ Évaluer les changements des scores cliniques et échographiques à court terme, dans un délai d'un mois après adaptation thérapeutique.

Matériels et méthodes :

- Soixante-neuf patients atteints de polyarthrite rhumatoïde
- Service de rhumatologie de l'hôpital universitaire de Fattouma Bourguiba, Monastir
- 6 mois
- Tous ont bénéficié d'évaluation clinique, radiologique et échographique, initialement (J0), à une semaine (J7) et à un mois (J30)

Résultats :

- La prévalence de la synovite à l'échographie était au moyenne de 29%, plus élevée que l'évaluation clinique 7,25% à J0.
- Le ns moyen = 17 ± 15 [0-64]
- Le bs moyen = 21 ± 10 [2-44]
- **Le NS était significativement associé à:**
 - NAG ($p < 0,000$)
 - DAS28 ($p < 0,01$)
- **La BS était significativement associée à:**
 - NAD ($p < 0,000$)
 - NAG ($p < 0,04$)
 - Das28 ($p < 0,02$)

Le nombre d'érosions trouvées par la bs était significativement associé à:

- Score d'érosion des deux mains
- Score d'érosion global trouvé par le ss ($p < 0,001$)
- **Les indicateurs cliniques et échographiques ont changé de manière statistiquement significative après un intervalle d'un mois d'une adaptation thérapeutique:** ($p = 0,001$)
 - NAD
 - NAG
 - Vs
 - Crp
 - Das28vs
 - Ns
 - Bs
- Nous avons constaté que l'échographie, par rapport à l'examen clinique, détecte mieux les synovites en globalité essentiellement au niveau des petites articulations ($p=0,000$) que les poignets ($p=0,179$)
- L'évolution de nombre de synovite montre un retard de l'évolution échographique par rapport à l'évolution clinique.
- La réactivité de Naredo score est supérieure à la réactivité de Backhaus score avec le DAS 28.
- **Une PR est considérée très active à partir de:**
 - Un score backhaus = 14,5 (sen : 0,867 ; sep : 0,34)
 - Un Naredo score = 13,5 (sen : 0,7 ; spé : 0,306)
- Les patients qui ne répondent pas au traitement à J7 ont le même état d'activité à J30 et nécessitent ainsi une adaptation thérapeutique plus précoce qu'à un mois.
- **Chez des PR en rémission ou peu active,** l'échographie détecte mieux les synovites asymptomatiques, essentiellement au niveau des grosses articulations.

Conclusion :

- BS et NS sont significativement associés à l'activité de la maladie RA.
- L'évaluation échographique est utile pour stratifier l'activité de la maladie RA, détecter les changements au cours de suivi et ainsi surveiller l'efficacité du traitement à court terme.

Rachis cervical rhumatoïde et IRM

Rekik.S, Moalla.M, Boussaid.S, Aouadi.A, Jammali.S, Ajlani.H*, Sahli.H, Cheour.I, Jrad.M**, Elleuch.M

Service de rhumatologie La Rabta, *Hopital regional El Yasminette Ben Arous. **Service de radiologie La Rabta

Introduction :

L'atteinte du rachis cervical (RC) n'est pas rare au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et peut prendre différents aspects dont la gravité est variable. Il est donc important de la déceler précocement afin de la prendre rapidement en charge.

Objectif :

Préciser les différents aspects de l'atteinte du RC sur l'IRM au cours de la PR.

Méthodes :

Nous avons inclus 30 patients suivis pour PR. Ils ont tous bénéficié d'une IRM du RC par un même appareil Magnetom Verio® 3 Tesla du même fabricant.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 54,2 ans±10,24 [37-83] avec un sexe ratio F/H de 14. La durée d'évolution moyenne de la PR lorsque l'IRM a été réalisée était de 8,4 ans±6,27 [2-22].

L'atteinte du RC a été objectivée chez 16 patients (53%) dont deux étaient asymptomatiques.

La Subluxation atloïdo-axoïdienne (SAA) était la lésion la plus fréquente. Elle était le plus souvent antérieure (intervalle atloïdo-axoïdien antérieur (AAa) >3mm) et ce dans 6 cas, dont un cas de luxation sévère (intervalle AAa >9mm).

Ailleurs, la SAA était postérieure (3cas), latérale dans un cas, verticale dans deux cas et rotatoire dans un cas. Trois cas de subluxation sub-axiale ont été rapportés.

(figure 1) Figure 1: Les différents types de subluxations retrouvées aux radiographies standards



SAA : subluxation atloïdo-axoïdienne, SSA: subluxation subaxiale, a: antérieure, v: verticale, l: latérale, r: rotatoire, p: postérieure.

■ SAAa ■ SAAv ■ SAAI ■ SAAr ■ SAAp ■ SAA

Un pannus péri-odontoïdien a été également retrouvé chez 15 patients (50%). Il s'agissait d'un pannus avec signes d'activité ou synovite aigue dans 11cas (37%) et d'un pannus fibreux dans 4cas (13%). Les principales associations lésionnelles sont rapportées sur le tableau 2.

Tableau 2: Principales associations lésionnelles.

Associations lésionnelles	Nombre de cas	Fréquence
SAAa+SAAv	2	7%
SAAa+SAAr	1	3%
SAAI+SAAv	0	0%
SAAI+SSA	0	0%
SAAp+SSA	2	7%
SAAa+pannus	3	10%
SAAv+pannus	2	7%
SAAI+pannus	0	0%
SAAr+pannus	1	3%

SAA : subluxation atloïdo-axoïdienne, SSA: subluxation subaxiale, a: antérieure, v: verticale, l: latérale, r: rotatoire, p: postérieure.

Une ou plusieurs érosions de l'odontoïde ont été notées chez 11 patients (37%). Cinq cas (17%) d'arthrite C1-C2 ont été décelés ainsi que six cas de spondylodiscite inflammatoire (20%). Enfin, une empreinte médullaire a été notée dans 4cas (13%). A noter qu'aucun cas de véritable compression médullaire radiologique n'a été noté.

Tableau 2 : Fréquences des lésions rhumatoïdes autres que les SAA retrouvées à la radiographie standard et à l'IRM.

Type de la lésion	Radiographie	IRM
Erosions de l'odontoïde	9cas (30%)	11 cas (37%)
Spondylodiscite inflammatoire	3 cas (10%)	6 cas (20%)

Conclusion :

L'atteinte du RC au cours de la PR peut prendre différents aspect. L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic, un bilan lésionnel précis et permet d'orienter la décision médicale ou chirurgicale.

Confrontation de la radiographie conventionnelle et de l'IRM dans l'étude du rachis cervical rhumatoïde

Rekik.S, Moalla.M, Boussaid.S, Aouadi.A, Jammali.S, Ajlani.H*, Sahli.H, Cheour.I, Jrad.M**, Elleuch.M

Service de rhumatologie La Rabta, *Hopital regional El Yasminette Ben Arous **Service de radiologie La Rabta

Introduction :

- ❖ La radiographie standard (Rx) et l'IRM sont les principaux moyens d'exploration d'une atteinte du rachis cervical (RC), complication fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- ❖ L'objectif de cette étude était de préciser l'apport de l'IRM par rapport à la Rx dans l'exploration d'un RC rhumatoïde.

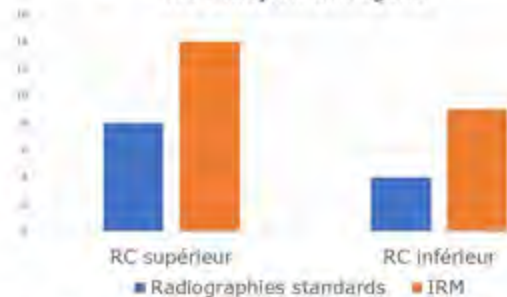
Méthodes :

Etude rétrospective incluant 30 patients atteints de PR ayant bénéficié des deux moyens d'imagerie (Rx et IRM) à la recherche d'une atteinte du RC. Ont été notés: la valeur du diamètre sagittal du canal rachidien en C1-C2 (PADI), l'intervalle atloïdo-axoïdien antérieur (AADI) ainsi que la présence d'érosions ou d'une spondylodiscite inflammatoire sur chaque examen.

Résultats :

Une atteinte du RC a été retrouvée dans 11 cas (37%) sur la Rx contre 16 cas (53%) sur l'IRM. Le RC supérieur était atteint chez 8 patients sur les Rx (27%) et chez 14 patients sur l'IRM (47%). Une atteinte du RC inférieur a été notée chez 4 patients sur la Rx (13%) et chez 9 patients sur l'IRM (30%).

Figure 1 : Sièges de l'atteinte du RC selon les 2 moyens d'imagerie



Sur la Rx, 7 patients (23%) présentait une subluxation atloïdo-axoïdienne antérieure (SAAa) dont 3 étaient permanentes et 4 étaient provoquées en flexion dynamique (tableau 1).

SAAa	Nombre de patients	%
SAAa permanente	3	10
SAAa provoquée	4	13
Total	7	23

Tableau 1: Répartition des SAAa selon leur caractère permanent ou provoqué.

La valeur moyenne de l'AADI était de 3,04 mm [0-12] en flexion et de 2,07 mm [0-12] en position neutre.

Sur l'IRM, six patients (20%) présentaient une SAAa. La valeur moyenne de l'AADI était de 2,87 mm [0-11]. Une différence significative a été retrouvée entre les deux examens dans la mesure du PADI mais pas dans la mesure de l'AADI ($p=0.01$) (tableau 2). Par ailleurs, l'IRM a permis de détecter 2 fois plus de spondylodiscites inflammatoires que la Rx (3 cas (10%) sur la Rx contre 6 cas (20%) sur l'IRM) et 1,2 fois plus d'érosions de l'odontoïde (9 cas (30%) sur la Rx contre 11 cas (37%) sur l'IRM).

Patient	AADI (mm)		PADI (mm)	
	Rx	IRM	Rx	IRM
1	7	6	14	11
2	9	7	24	16
3	6	6	27	18
4	10	7	23	15
5	4	2,5	22	13
6	11	5,5	20	12
7	8	5	17	11
Moyenne	7,8	5,5	20,5	13,71
P	0,2		0,01	

Tableau 2: Mesure de l'AADI et PADI sur la radiographie standard et sur l'IRM.

Conclusion :

L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic et le bilan lésionnel précis d'un RC rhumatoïde. La Rx, bien que contributive au diagnostic, est de moindre sensibilité que l'IRM.

Intérêt de l'échographie ostéoarticulaire dans le diagnostic étiologique des polyarthrites

Rekik.S, Moalla.M, Boussaid.S, Jammali.S, Ajlani.H*, Sahli.H, Cheour.I, Elleuch.M

Service de Rhumatologie de l'hôpital La Rabta *.Hôpital Régional Yasminet Ben Arous

Introduction :

Le diagnostic d'une polyarthrite débutante peut être aisé dans certains cas devant une présentation clinique évocatrice. Ailleurs, l'échographie ostéoarticulaire prend une place de plus en plus importante dans la démarche diagnostique quand la clinique est peu parlante et non spécifique.

Objectif :

Etudier l'apport de l'échographie des mains chez des patients ayant une polyarthrite de découverte récente.

Patients et méthodes :

Ont été inclus 11 patients ayant bénéficié d'une échographie des mains et des poignets dans le cadre d'un bilan étiologique d'une polyarthrite évoluant depuis moins de 2 ans, sans prendre en considération les données de l'imagerie conventionnelle et de l'immunologie.

Résultats :

Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et immunologiques ont de la population d'étude sont résumées dans le tableau suivant :

Nombre de patients	11
Age moyen (années)	39
Sexe ratio	1H/11F
Durée d'évolution moyennes des symptômes (mois)	8
Syndrome sec associé	5
Patients séropositifs (FR+)	6
Patients avec ACPA +	3

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

La présentation clinique initiale était une monoarthrite dans 3cas, une oligoarthrite dans 2cas et une polyarthrite dans 6cas.

Hormis le syndrome sec aucune autre manifestation extra-articulaire n'a été notée.

Concernant la radiographie conventionnelle, elle avait mis en évidence des érosions osseuses minimales ou suspectes dans 7 cas.

L'échographie a confirmé les érosions visibles sur les radiographies dans 6 cas.

Des synovites ont été objectivées au niveau des mains dans sept cas, dont deux cas de synovites cliniquement latentes.

Cet examen a également permis de déceler une ténosynovite dans 4 cas, un épanchement articulaire dans 3 cas et une hypertrophie de la synoviale dans 5 cas.

Enfin, l'échographie était normale chez trois patients.

Erosions	6
Ténosynovites	4
Epanchement articulaire	3
Hypertrophie de la synoviale	5
Synovites	7

Tableau 2 : résultats de l'échographie

Apport de l'échographie par rapport à la clinique et à la radiographie conventionnelle



Discussion et conclusion :

Cette étude confirme la supériorité de l'échographie par rapport à la clinique et aux radiographies standards, dans la contribution au diagnostic étiologique d'une polyarthrite débutante. Il s'agit par ailleurs d'un examen peu coûteux, facile d'accès qui pourrait faire gagner un temps précieux dans la prise en charge du malade.

Apport de la ponction-biopsie disco-vertébrale scano-guidée dans la prise en charge des spondylodiscites infectieuses

Feki.A1, Sellami.I2, Akrou.R1, Ezzeddine.M1, Ben Djemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.ML2, Baklouti.S1
1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie 2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

La spondylodiscite infectieuse (SD) est une affection rare mais potentiellement grave. Sa symptomatologie est non spécifique ce qui peut engendrer un retard diagnostique et thérapeutique.

Actuellement, le progrès radiologique notamment l'apport de l'IRM et des techniques interventionnelles radio-guidées ont permis de surmonter certaines difficultés diagnostiques et même thérapeutiques de cette pathologie.

Le but de ce travail est d'étayer l'apport de la ponction -biopsie-disco-vertébrale (PBDV) scano-guidée dans la prise en charge de la SD.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 70 patients ayant une SD, recruté au service de rhumatologie de Sfax sur une période de 21 ans (1996- 2016).

Résultats

Les données épidémiologiques

L'âge moyen de nos patients était de 55,3 ans.

Une prédominance masculine était notée avec un sexe -ratio de 1,2.

Les données cliniques

Les lombalgies inflammatoires ont dominé le tableau clinique (95%).

Biologie

Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 90% des cas.

Radiologie

Tous les patients avaient bénéficié de radiographie standard

Elle était pathologique dans 62,6%des cas.

27 patients (38,6%) avaient bénéficié de TDM.

90 % (63 patients) avaient bénéficié d'IRM.

Ces 2 examens avaient confirmé le diagnostic positif de SD dans tous les cas (Fig1).

Le rachis lombaire était le plus touché dans 52,8% des cas.



Fig1: aspect de spondylodiscite bifocale dorsale et lombaire

L'enquête infectieuse

Elle était entamée chez tous les patients.

Les hémocultures étaient positives dans 9 cas (12,8%).

L'ECBU était positif dans 8,6%.

la sérologie de Wright était positive dans 12,8% des cas.

La PBDV était pratiquée chez 41 (58,5%) patients avant le début d'une antibiothérapie.

Siege de la PBDV

- lombaire dans 31 cas (75,6%)
- lombo-sacrée dans 12,2% des cas
- dorsale dans 5cas (12,2%)

Résultats

- non contributive dans 3 cas (7,3%)
- SD à pyogène dans 8 cas
- SD tuberculeuse dans 12 cas en montrant le granulome épithéloïde giganto-cellulaire avec une nécrose caséuse
- Négative pour le reste des cas.

Un traitement adapté au germe était instauré chez tous les patients avec une bonne évolution dans 90% des cas.

Conclusion

Notre étude met en évidence le rôle de la PBDV dans la confirmation du diagnostic de SD et l'identification du germe en cause.

Cela incite à pratiquer cet examen dès que possible et avant toute antibiothérapie pour assurer une meilleure prise en charge thérapeutique et prévenir une mauvaise évolution parfois secondaire à une antibiothérapie probabiliste.

Influence du bilan immunologique sur les paramètres cliniques au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren primaire

Ben Abdelghani K, Chammakhi M, Fazaa A, Kassab S, Chekili S, Laatar A

service de rhumatologie, hôpital Mongi Slim, la Marsa

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren primaire (SGJp) est une maladie systémique auto-immune caractérisée par la xérostomie et la xérophtalmie. L'atteinte articulaire est parmi les atteintes extra-glandulaires les plus fréquentes. Les anticorps antiSSA et antiSSB sont les marqueurs immunologiques de cette maladie. Un facteur rhumatoïde positif peut se voir également. L'objectif de cette étude était de rechercher une association entre les marqueurs immunologiques et certains paramètres cliniques de la maladie.

Matériels et méthodes:

L'étude a inclus 25 patients atteints du SGJp. Les malades répondaient aux critères du consensus américano-européens pour le SGJp.

Les résultats du bilan immunologique (FR, AAN, antiSSA et antiSSB) ont été relevés. Les paramètres suivants ont été précisés : nombre d'articulations douloureuses (NAD), nombre d'articulations tuméfiées (NAT) au niveau des poignets et des mains, ESSPRI et SSDDI.

Résultats :

Tous les sujets inclus étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de $53,2 \pm 11,3$ ans [31; 70]. L'indice de masse corporelle moyen était de $29,9 \pm 6,4$ kg/m² [20,2; 46]. La durée d'évolution moyenne de la maladie était de $4,6 \pm 4$ ans [1 - 15].

L'ESSPRI moyen était de $19,3 \pm 5,6$ [9- 29]. Le SSDDI moyen était de $1,8 \pm 1,6$ [1-7].

Le NAD moyen était de $1,4 \pm 3,1$. Il était à zéro chez 16 patientes. Sur un total de 550 articulations examinées, huit articulations présentaient une synovite clinique (1,4%). Il s'agissait des poignets chez une patiente et du poignet, 2ème, 3ème, 4ème, 5ème MCP et 3ème IPP droits chez une autre patiente.

Les anticorps anti-nucléaires étaient négatifs chez deux malades. Ils étaient homogènes dans 10 cas et mouchetés dans 13 cas. Les antiSSA et/ou les antiSSB étaient positifs chez 17 patientes. Une patiente n'avait pas de typage. La répartition des malades était comme suit : antiSSA + antiSSB - (n=4) ; antiSSA- antiSSB+ (n=0) ; antiSSA+ antiSSB+ (n=13) ; antiSSA- antiSSB- (n=5). Le dosage du facteur rhumatoïde était disponible chez 20 malades. Il était négatif chez neuf patientes. Les résultats sont présentés dans le tableau 1.

	FR			antiSSA			antiSSB		
	(+)	(-)	p	(+)	(-)	p	(+)	(-)	p
NAD	2,4	0,5	0,7	1,7	1	0,8	2,1	0,8	0,8
NAT	0,7	0	0,1	0,4	0	0,3	0,6	0	0,1
ESSPRI	19,4	17,3	0,4	19,2	19,4	0,7	19,3	19,2	0,8
SSDDI	1,5	1,8	0,2	1,6	2,3	0,6	1,7	1,8	0,6

Tableau 1: corrélations entre les paramètres de la maladie et le bilan immunologique

Discussion:

Les anticorps antiSSA/Ro et antiSSB/La se voient respectivement chez 40 à 75% et 23 à 52% des malades suivis pour SGJp. Le FR peut se rencontrer chez 52,2% des patients. Le bilan immunologique ne semble pas influencer les paramètres d'activité de la maladie (1,2).

Conclusion:

La positivité des marqueurs immunologiques (FR, antiSSA, antiSSB) n'est pas un facteur de risque pour une atteinte articulaire plus marquée au cours du SGJp. La maladie ne semble pas plus gênante ni plus endommageante.

Les Anomalies Capillaroscopiques Au cours de la Maladie de Behçet

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

Introduction

La maladie de Behçet est une vascularite qui atteint les vaisseaux de différents calibres. L'atteinte capillaire au cours de cette maladie est rarement étudiée.

Objectif

Déterminer les anomalies capillaroscopiques au cours de la maladie de Behçet, de les comparer aux autres paramètres cliniques

Résultats :

Les anomalies capillaroscopiques ont été détectés dans 7 cas
3 cas (stade 0 et A)
4 cas stade B et C.



Matériel et méthodes

Il s'agit de 15 malades répondants aux critères d'études sur la maladie de Behçet.

L'âge moyen est de 32 ans (16-47ans)

la durée moyenne de la maladie 13ans.

Ils sont exclus de cette étude les patients qui ont une autre pathologie susceptible de donner des anomalies capillaroscopiques.

Les anomalies capillaroscopiques sont classées en 4 stades :

stade 0 : capillaire normaux ;

stade A : anomalie capillaire modérée ; **stade B** : dystrophie capillaire majeure ; **stade C** : B + réduction du nombre des capillaires.

Conclusion

Les patients ayant des anomalies sévères stade B et C, sont l'apanage des formes anciennes, avec une atteinte oculaire et vasculaire.
Les anomalies capillaroscopiques peuvent elles constituer un élément prédictif de la survenue de la vascularite.

Profil évolutif de la maladie de Still au centre Tunisien

Fakhfakh R ; El Amri N; Daldoul C; Mouanaa H; Khalifa D; Kalai A; Baccouche K; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E
Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction : La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une affection auto-inflammatoire systémique rare décrite pour la première fois au début des années 1970. Son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et biologiques après avoir éliminé des diagnostics différentiels. Notre objectif était de décrire les aspects cliniques, biologiques et thérapeutiques dans un centre tunisien.

Matériel et méthodes : étude rétrospective colligée au service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse, sur une période de 15 ans (2002 à 2017). Tous nos malades répondaient aux critères de Yamaguchi. Pour chaque observation, ont été analysées les données démographiques, les manifestations cliniques, paracliniques et évolutives sous traitement.

Résultats : 14 patients colligés

- L'âge moyen: 36,9 ans (20 à 49)
- Sexe ratio hommes/femmes : 0,71.
- Le délai diagnostique : de 15 jours à 2 ans.
- Les signes cliniques : -une fièvre:100%
 - une éruption maculopapuleuse: 71%
 - une odynophagie ou pharyngite érythémateuse : 57%
 - des arthralgies : 36% , des arthrites : 71%
 - des adénopathies superficielles /une hépatomégalie : 21%(3cas)
 - une splénomégalie. : 14% (2cas)
- Biologie:
 - un syndrome inflammatoire biologique : tous les patients
->VS moyenne :117(37- 145) , CRP moyenne : 161mg/L (<6-239).
 - hyperleucocytose : 12 cas
 - hyper ferritinémie :11cas
 - une cytolysé hépatique : 4 cas
- Radiologie :
 - carpité fusionnante: 2 cas , érosion des IPP et les IPD :1cas
- Traitement:
 - une corticothérapie générale (0,5- 1mg/kg/j) dans tous les cas
 - le méthotrexate : 6 cas
 - Rituximab : 1 cas.

•L'évolution :

- chronique dans 5 cas , monocyclique dans 3 cas, et polycyclique dans 2cas.
- Aucun cas de syndrome d'activation macrophagique n'a été observé.
- Un cas de réactivation d'une hépatite B a été observé sous méthotrexate

Discussion:

La MSA est une maladie rare du sujet jeune. Son incidence estimée varie entre 0,16 et 0,4 cas pour 100 000 selon les pays. Plus que la moitié de notre population est âgée plus de 35ans (8 cas). La physiopathologie de la MSA reste largement inconnue. Dans notre série, le délai diagnostique est assez long (médiane à 9mois) et les données cliniques sont assez similaires aux autres séries publiées avec une fréquence importante des polyarthrites qui constituent un élément de mauvais pronostic. Les arthropathies destructrices peuvent compliquer les formes articulaires chroniques sévères de MSA, associées à une corticodépendance ou une corticorésistance. L'atteinte prédomine sur les articulations intracarpiennes et carpométacarpiennes, aux mains. L'atteinte des IPD est assez particulière. Pour les formes systémiques de MSA, il n'y avait pas de complications graves. les biothérapies sont utilisées pour les MSA réfractaires (anti TNF, anti IL1,anti IL6). Le Rituximab n'est pas d'utilisation courante (efficacité dans 3cas rapportés).

Conclusion:

Notre série se caractérise par une fréquence élevée et une sévérité de l'atteinte articulaire ainsi qu'une évolution chronique de la maladie. Cependant aucun cas grave engageant le pronostic vital n'a été recensé.

Application des nouveaux critères de classification pour le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif

Fakhfakh R; El Amri N; Baccouche K; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E
Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est un processus autoimmunitaire aboutissant à une sécheresse des muqueuses et pouvant impliquer d'autres organes. Plusieurs critères de classifications ont été établis au cours des dernières années. Notre objectif était de décrire et analyser la réponse des patients aux critères de l'ACR 2012 et ACR/EULAR 2016 dans une population Tunisienne.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif (SGSp), colligés dans le service de rhumatologie Farhat Hached de Sousse (Tunisie), sur une période de 20 ans (1997 à 2017). Tous nos malades répondaient aux critères American European Consensus group (AECG) de 2002. Pour chaque observation, ont été appliquées les critères ACR 2012 et ACR/EULAR 2016.

Résultats :

Nous avons colligé 24 cas (23 femmes et 1 homme), d'âge moyen 51,48 ans. Le délai diagnostique moyen était de 25,5 mois. La sécheresse oculaire et buccale subjective était trouvée, respectivement, dans 62,5% et 71% des cas. L'ocular staining score, le Van Bijsterveld score et le flux salivaire non stimulé n'ont pas été faits pour les patients. Le test de Schirmer a été fait dans 7 cas et a objectivé un syndrome sec oculaire. Selon les critères immunologiques de l'ACR2012: le facteur rhumatoïde était positif dans 58%, les AAN étaient positifs dans 33% (AAN positifs sans titre: 16,6%; AAN < 1/320 : 8,3% et AAN négatifs : 42%). Les anti SSA/SSB étaient positifs dans 38% des cas. Selon les critères immunologiques de l'ACR2016, les anti SSA étaient positifs dans 25% des cas. Un focus score sur la biopsie des glandes salivaires accessoires > ou = 1 était trouvé dans 83% des cas. Le diagnostic de SGSp était retenu chez 13 patients selon l'ACR2012 répondant tous à 2 critères sur 3 et chez 11 patients selon l'ACR/EULAR 2016 avec un score de 4 dans 73% des cas.

Discussion:

Les critères ACR 2012 et ACR/EULAR 2016 excluent les signes subjectifs de sécheresse oculaire et buccale qui sont présents dans le SGS dans 90% des patients. Les critères ACR 2012 exigent que la sécheresse oculaire soit confirmée par l'ocular staining score (OSS) qui n'est pas de pratique courante en Tunisie. Le facteur rhumatoïde et les AAN intégrés dans ces critères ne sont pas spécifiques du SGS, ils sont trouvés dans d'autres maladies comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus, ce qui peut égarer le diagnostic. Pour les critères ACR/EULAR 2016, on a inclus le test de Schirmer et augmenté l'OSS à 5. De même, le flux salivaire non stimulé est introduit pour confirmer la sécheresse buccale, le Facteur rhumatoïde et le AAN sont retirés des critères. Ainsi, les scores les plus élevés sont accordés à la sialadénite stade 3/4 et les AAN.

Conclusion:

La moitié des patients diagnostiqués SGSp selon les critères AECG, ont répondu aux critères ACR 2012 et ACR/EULAR 2016, avec un nombre plus élevé de réponse pour l'ACR2012. Ceci est facilité par l'intégration du facteur rhumatoïde et des AAN dans les critères de l'ACR2012. L'ocular staining score n'est pas de pratique courante en Tunisie.

Etude descriptive des syndromes de Gougerot-Sjögren primitifs

El Amri N; Fakhfakh R; Baccouche K; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction : Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une pathologie auto-immune systémique liée à une infiltration lymphoïde des glandes exocrines dont l'atteinte la plus fréquente est salivaire et lacrymale. Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique, clinique, histologique, immunologique et évolutif des syndromes de Gougerot-Sjögren primitifs (SGSP).

Matériel et méthodes : étude rétrospective menée sur les patients admis au service de rhumatologie de Sousse (Tunisie) sur la période s'étendant de 1997 à 2017. Le diagnostic de SGS primitif a été fait à partir des critères consensuels européens-américains

Résultats : 25 patients, tous de sexe féminin

- Age moyen: 51,4 ans
- Délai diagnostique moyen: 25.5 mois
- Circonstances de découverte:

Symptômes glandulaires	Symptômes extra glandulaires
•Xérostomie et/ou xérophtalmie :77%	•Arthralgie inflammatoire:59%
•Hypertrophie glandulaire :16%	•Atteinte hématologique(anémie):4%
•Sécheresse vaginale:4%	•Pleuro péricardite:4%
	•Atteinte cutanée:16% (4cas)
	Syndrome de Raynaud:2cas
	Érythème noueux:1cas
	Urticaire:1cas
	Xérose cutanée:1cas
	•Fatigue: 44%

•Manifestations cliniques:

- syndrome sec oculaire objectif:92% des cas - kératite dans 25% des cas
- sialadénite stade 3 ou 4 :70,8% des cas
- Les manifestations systémiques:
 - une atteinte neurologique:3 cas
 - 2 cas de neuropathies sensitives périphériques
 - 1cas de névralgie du trijumeau
 - Dépression:2cas
 - une pneumopathie infiltrante diffuse :4 cas

- des adénopathies:3cas
- une splénomégalie:2cas
- une hépatomégalie:1 cas
- une atteinte rénale:- une acidose tubulaire distale :2 cas
 - une glomérulonéphrite:1 cas

•Le bilan immunologique: -AAN+:48,% des cas, anti-SSA+:22% des cas, anti-SSB +:18,5% des cas et un FR+:65% des cas

•Une hyper gammaglobuline polyclonale:55,5% des cas

•Traitement:

- Une corticothérapie à faible dose: tous les patients
- hydroxychloroquine: 13 patients
- Méthotrexate : 4 patients
- Rituximab :1 patient

•Évolution: Un cas de lymphome mortel

Discussion: Le SGS est caractérisé par une infiltration cellulaire des glandes exocrines, notamment par les lymphocytes T et B, ainsi que par une hyperréactivité des lymphocytes B. L'infiltration glandulaire par les lymphocytes provoque une destruction des glandes salivaires et lacrymales, et mène à une altération de leur fonction. L'hyperréactivité des lymphocytes B conduit quant à elle à de nombreuses manifestations systémiques du SGS, telles que la cryoglobulinémie, l'hypergammaglobulinémie, l'hypocomplémentémie, l'arthrite, la vascularite, la neuropathie et la glomérulonéphrite. Les lymphocytes B sont également responsables de la production d'autoanticorps, en particulier les anticorps anti-SSA et anti-SSB, fréquemment retrouvés dans le sérum des patients atteints de SGS. Ces différents phénomènes physiopathologiques mettent en évidence l'utilité potentielle des thérapies biologiques ciblant aussi bien les lymphocytes T que les lymphocytes B. L'infiltration lymphoïde peut devenir clonale et la survenue de lymphome est 15-40*fréquente chez ces patients.

Conclusion : Le SGSP reste une maladie prévalente en rhumatologie, caractérisée par un retard diagnostique manifeste, une diffusion systémique, et un risque non négligeable d'apparition de lymphome au cours de son évolution.

Etude descriptive des syndromes de Gougerot-Sjögren primitifs

El Amri N; Fakhfakh R; Baccouche K; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction : Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une pathologie auto-immune systémique liée à une infiltration lymphoïde des glandes exocrines dont l'atteinte la plus fréquente est salivaire et lacrymale. Notre objectif était de décrire le profil épidémiologique, clinique, histologique, immunologique et évolutif des syndromes de Gougerot-Sjögren primitifs (SGSP).

Matériel et méthodes : étude rétrospective menée sur les patients admis au service de rhumatologie de Sousse (Tunisie) sur la période s'étendant de 1997 à 2017. Le diagnostic de SGS primitif a été fait à partir des critères consensuels européen-américains

Résultats : 25 patients , tous de sexe féminin

- Age moyen: 51,4 ans
- Délai diagnostique moyen:25.5 mois
- Circonstances de découverte:

Symptômes glandulaires	Symptômes extra glandulaires
•Xérostomie et/ou xérophtalmie :77%	•Arthralgie inflammatoire:59%
•Hypertrophie glandulaire :16%	•Atteinte hématologique(anémie):4%
•Sécheresse vaginale:4%	•Pleuro péricardite:4%
	•Atteinte cutanée:16% (4cas)
	Syndrome de Raynaud:2cas
	Erythème noueux:1cas
	Urticale:1cas
	Xérose cutanée:1cas
	•Fatigue: 44%

•Manifestations cliniques:

- syndrome sec oculaire objectif:92% des cas - kératite dans 25% des cas
- sialadénite stade 3 ou 4 :70,8% des cas
- Les manifestations systémiques:
 - une atteinte neurologique:3 cas
 - 2 cas de neuropathies sensitives périphériques
 - 1cas de névralgie du trijumeau
 - dépression:2cas
 - une pneumopathie infiltrante diffuse :4 cas

- des adénopathies:3cas
- une splénomégalie:2cas
- une hépatomégalie:1 cas
- une atteinte rénale:- une acidose tubulaire distale :2 cas
 - une glomérulonéphrite:1 cas

•Le bilan immunologique : -AAN+:48,% des cas, anti- SSA+:22% des cas, anti-SSB +:18,5% des cas et un FR+:65% des cas
•Une hyper gammaglobuline polyclonale:55,5% des cas

•Traitement:

- Une corticothérapie à faible dose: tous les patients
- hydroxychloroquine: 13 patients
- Méthotrexate : 4 patients
- Rituximab :1 patient

•Évolution: Un cas de lymphome mortel

Discussion: Le SGS est caractérisé par une infiltration cellulaire des glandes exocrines, notamment par les lymphocytes T et B, ainsi que par une hyperréactivité des lymphocytes B. L'infiltration glandulaire par les lymphocytes provoque une destruction des glandes salivaires et lacrymales, et mène à une altération de leur fonction. L'hyperréactivité des lymphocytes B conduit quant à elle à de nombreuses manifestations systémiques du SGS, telles que la cryoglobulinémie, l'hypergammaglobulinémie, l'hypocomplémentémie, l'arthrite, la vascularite, la neuropathie et la glomérulonéphrite. Les lymphocytes B sont également responsables de la production d'autoanticorps, en particulier les anticorps anti-SSA et anti-SSB, fréquemment retrouvés dans le sérum des patients atteints de SGS. Ces différents phénomènes physiopathologiques mettent en évidence l'utilité potentielle des thérapies biologiques ciblant aussi bien les lymphocytes T que les lymphocytes B. L'infiltration lymphoïde peut devenir clonale et la survenue de lymphome est 15 à 40 fois plus fréquente chez ces patients.

Conclusion : Le SGSP reste une maladie prévalente en rhumatologie, caractérisé par un retard diagnostique manifeste, une diffusion systémique, et un risque non négligeable d'apparition de lymphome au cours de son évolution.

Le syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire. 69 Cas

El Amri N; Fakhfakh R ; Baccouche K ; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction :

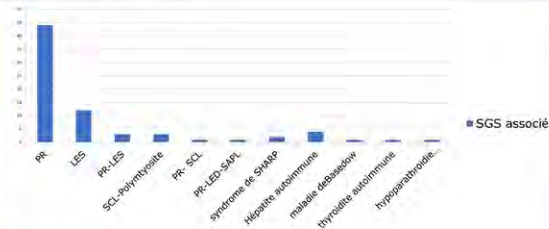
Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une pathologie auto-immune fréquente dont le diagnostic est parfois tardif en raison de la diversité des manifestations cliniques. Il peut être soit isolé et primitif ou associé à une pathologie auto-immune systémique ou spécifique d'organe. L'objectif de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du SGS secondaire.

Matériel et méthodes :

Les patients ayant un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire (SGSs) hospitalisés entre 1997 et 2017 au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse (Tunisie) ont été recrutés. Tous les patients répondaient aux critères consensuels européen-américains.

Résultats :

Parmi 94 patients suivis pour un SGS, 69 ont présenté un SGSs confirmé. L'âge moyen d'installation du SGSs était de 44.14 ans. Notre population était constituée de 6 hommes et 63 femmes. Le délai diagnostique du SGS était de 18,22 mois. L'atteinte oculaire était particulièrement sévère dans 10 cas. Les autres manifestations systémiques étaient une pneumopathie infiltrante diffuse dans 7 cas avec survenue de fibrose dans 4 cas, une péricardite chronique dans 4 cas, une dépression dans 3 cas, une pancytopenie dans 2 cas et une insuffisance rénale dans 1cas. Un bloc auriculo-ventriculaire était observé chez le nouveau né d'une patiente et a constitué une circonstance de découverte de sa maladie. Le SGS était associé à une polyarthrite rhumatoïde (PR) dans 44 cas, à un lupus érythémateux systémique (LES) dans 12cas, à un syndrome de chevauchement dans 8 cas (PR-LES dans 3cas, sclérodémie (Scl) -polymyosite dans 3 cas, PR-Scl et PR-LED-SAPL dans 1cas) et à un syndrome de Sharp dans 2cas. Le SGS a révélé une maladie auto-immune dans 7 cas : 4 cas d'hépatite auto immune, 1cas chacun de maladie de Basedow, de thyroïdite et d'hypoparathyroïdie auto immune. Nous n'avons noté aucun cas de transformation lymphomateuse au cours d'un SGSs.



Discussion:

Le SGS peut être primitif ou associé à une autre maladie systémique (polyarthrite rhumatoïde(PR), lupus érythémateux systémique, myopathie inflammatoire et sclérodémie), il peut s'associer à d'autres maladies spécifiques d'organes (thyroïdite auto-immune, hépatite auto immune, cirrhose biliaire primitive, anémie de Biermer, purpura thrombotique thrombocytopénique..). Le SGS secondaire à la PR est fréquent (64% des cas dans notre série). Il peut être associé à multiples maladies autoimmunes pour un seul patient (12% des cas dans notre série).

Conclusion :

Le SGS est un point de convergence des affections auto-immunes. Il est fréquemment associé à la polyarthrite rhumatoïde et au lupus. Sa présentation clinique est pléomorphe et potentiellement grave.

Le syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire. 69 Cas

El Amri N; Fakhfakh R ; Baccouche K ; Belghali S ; Zeglaoui H; Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une pathologie auto-immune fréquente dont le diagnostic est parfois tardif en raison de la diversité des manifestations cliniques. Il peut être soit isolé et primitif ou associé à une pathologie auto-immune systémique ou spécifique d'organe. L'objectif de notre travail était d'analyser les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du SGS secondaire.

Matériel et méthodes :

Les patients ayant un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire (SGSs) hospitalisés entre 1997 et 2017 au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse (Tunisie) ont été recrutés. Tous les patients répondaient aux critères consensuels européen-américains.

Résultats :

Parmi 94 patients suivis pour un SGS, 69 ont présenté un SGSs confirmé. L'âge moyen d'installation du SGSs était de 44.14 ans. Notre population était constituée de 6 hommes et 63 femmes. Le délai diagnostique du SGS était de 18,22 mois. L'atteinte oculaire était particulièrement sévère dans 10 cas. Les autres manifestations systémiques étaient une pneumopathie infiltrante diffuse dans 7 cas avec survenue de fibrose dans 4 cas, une péricardite chronique dans 4 cas, une dépression dans 3 cas, une pancytopenie dans 2 cas et une insuffisance rénale dans 1cas. Un bloc auriculo-ventriculaire était observé chez le nouveau né d'une patiente et a constitué une circonstance de découverte de sa maladie. Le SGS était associé à une polyarthrite rhumatoïde (PR) dans 44 cas, à un lupus érythémateux systémique (LES) dans 12cas, à un syndrome de chevauchement dans 8 cas (PR-LES dans 3cas, sclérodémie (Scl) -polymyosite dans 3 cas, PR-Scl et PR-LED-SAPL dans 1cas) et à un syndrome de Sharp dans 2cas. Le SGS a révélé une maladie auto-immune dans 7 cas : 4 cas d'hépatite auto immune, 1cas chacun de maladie de Basedow, de thyroïdite et d'hypoparathyroïdie auto immune. Nous n'avons noté aucun cas de transformation lymphomateuse au cours d'un SGSs.

Discussion:

Le SGS peut être primitif ou associé à une autre maladie systémique (polyarthrite rhumatoïde(PR), lupus érythémateux systémique, myopathie inflammatoire et sclérodémie), il peut s'associer à d'autres maladies spécifiques d'organes (thyroïdite auto-immune, hépatite auto immune, cirrhose biliaire primitive, anémie de Biermer, purpura thrombotique thrombocytopénique..) . Le SGS secondaire à la PR est fréquent (64% des cas dans notre série). Il peut être associé à multiples maladies autoimmunes pour un seul patient (12% des cas dans notre série) .

Conclusion :

Le SGS est un point de convergence des affections auto-immunes. Il est fréquemment associé à la polyarthrite rhumatoïde et au lupus. Sa présentation clinique est pléomorphe et potentiellement grave.

Titre Une hyperparathyroïdie normocalcémique révélée par des tumeurs brunes à localisations diffuses

Auteurs Turki C, Ben Salah R, Frikha F, Dammak C, Snoussi M, Loukil H, Ghribi M, Ghariani R, Jallouli M, Marzouk S, Bahloul Z

Adresse Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax

Introduction :

Les tumeurs brunes sont des lésions ostéolytiques observées au cours de l'hyperparathyroïdie primaire ou secondaire. Elles représentent une des formes sévères de l'hyperparathyroïdie et témoin d'un retard diagnostique. Elles sont le témoin d'un hyperremodelage osseux et d'une augmentation de l'activité ostéoclastique sous l'action de la parathormone sur l'os.

Nous rapportons un cas d'hyperparathyroïdie primaire révélée par de multiples tumeurs brunes associée à une hypovitaminose D.

Observation:

Il s'agissait d'une femme âgée de 70 ans hypertendue sous IEC et diurétique thiazidique, dyslipidémique hospitalisée pour complément d'exploration de lésions ostéolytiques au niveau des 2 avant bras.

Elle présentait des douleurs osseuses au niveau des membres supérieurs et inférieurs évoluant depuis plusieurs mois avec des douleurs du coude et du poignet droit de caractère continu. A l'examen il y avait une limitation de la mobilité de l'épaule droite avec douleur à la mobilisation du poignet et du coude droit et un aspect oedémateux du membre supérieur droit.

La radiographie de l'épaule droite objectivait des lésions ostéolytiques au niveau de l'humérus. La radiographie des coudes avait montré deux images ostéolytiques bilatérales cloisonnées au niveau du radius et de l'ulna droite. La radiographie des 2 genoux avait montré des images ostéolytiques au niveau des 2 tibias. Un scanner du coude droit était réalisé montrant deux processus expansifs ostéolytiques de contours lobulés cloisonnés se réhaussant après injection de PDC siégeant au niveau de l'ulna et du radius.

Le bilan phosphocalcique était correct ainsi que la calciurie de 24 hr. Les PAL étaient élevés à 732. La fonction rénale était correcte. Le dosage de la PTH était à 1413 pg/ml avec une vit D effondrée < 8.1 ng/ml.

L'échographie cervicale avait révélé un nodule parathyroïdien inférieur.

La scintigraphie osseuse avait montré de multiples tumeurs brunes osseuses siégeant au niveau de l'humérus droit, du rachis, de l'aile iliaque droite, des 2 fémurs et des 2 os de la jambe. La patiente était mise sous substitution vitaminique et adressée en ORL pour traitement chirurgical.



1. Radiographie du coude droit 2. Radiographie de l'épaule 3. Radiographie du genou



4. TDM du coude

5. Scintigraphie osseuse

Conclusion:

L'hyperparathyroïdie associée à une carence en vitamine est l'une des causes des tumeurs brunes normocalcémiques de l'hyperparathyroïdie. Les signes osseux sont souvent très prononcés dans ce cas. La chirurgie est formelle accompagnée d'une substitution vitaminique.

Titre **Histiocytose Langerhansienne : une série de 6 observations.**

Auteurs **Snoussi M , Loukil H, Frikha F, Turki C, Garbaa S, Ben Salah R, Jallouli M, Damak C , Bouattour Y, Rekik F, Grhibi M , Sahnoun R , Gargouri M, Marzouk S, Bahloul Z.**

Adresse **Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker**

Introduction :

L'histiocytose Langerhansienne (HL) est un groupe d'affections ayant en commun une infiltration tissulaire par des cellules de Langerhans organisées en granulomes. C'est une maladie rare qui touche principalement l'enfant et l'adulte jeune et recouvre une série d'entités de présentations cliniques et de pronostic très variés.

Dans ce travail nous préciserons les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et pronostiques de cette affection rare.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective menée dans le service de médecine interne de CHU Hédi Chaker de Sfax durant le période de 1996-2017.

Le diagnostic de l'HL était basé sur des arguments cliniques et paracliniques en particulier les données de l'histologie et l'immuno-histochimie.

Résultats :

- Dans notre série, nos patients étaient tous de sexe masculin et l'âge moyen était de 26 ans avec des extrêmes allant de 21 à 38 ans , un seul patient dont la maladie était découverte à l'âge de 12 ans.
- L'HL était dans sa forme localisée osseuse ou pulmonaire dans 4 cas et systémique dans 2 cas avec une atteinte pulmonaire, osseuse ou endocrinienne.

- Les circonstances de découvertes étaient un syndrome polyuro-polydipsique dans un cas, des signes respiratoires à type d'une dyspnée d'effort, une toux sèche et un pneumothorax dans un cas, une asthénie et des douleurs osseuses diffuses dans un cas et une douleur maxillaire dans deux cas, une tuméfaction crânienne dans un cas et de découverte fortuite dans un cas.

- La confirmation diagnostique était basée sur la mise en évidence de cellules CD1+ et PS100+ sur des biopsies osseuses et ou le liquide de lavage broncho-alvéolaire.

- Sur le plan thérapeutique, les deux cas ayant une forme systémique le traitement de première intention consistait à une corticothérapie dans un cas associée à la vinblastine dans le second cas.

- Les deux cas à localisation osseuse unique ont bénéficié d'un curetage chirurgical local. Pour les deux autres patients, l'atteinte pulmonaire était jugée évolutive traitée par une corticothérapie à forte dose dans un cas et elle était au stade de séquelles pour l'autre cas.

- Au cours de l'évolution, les deux patients ayant une forme systémique ont présenté une deuxième poussée de la maladie osseuse compliquée d'une surdité dans un cas nécessitant l'association de la vinblastine dans un cas et le méthotrexate dans l'autre cas.

- Des séquelles définitives ont été notées chez deux patients à type d'un diabète insipide central et une surdité dans un cas et une insuffisance respiratoire chronique dans l'autre cas.

Conclusion:

L'HL est une maladie rare de l'adulte jeune plus de sexe masculin. Les manifestations cliniques sont assez polymorphes selon la localisation de la maladie.

Le traitement en particulier chez l'adulte n'est pas consensuel et dépend de la présentation clinique de la maladie.

Sur le plan évolutif, les poussées sont possibles et le pronostic est avant tout réservé.

Place des bisphosphonates dans la maladie osseuse de Paget

Feki.A1, Sellami.I2, Akrou.R1, Ezzeddine.M1, Ben Djemaa.S1, Hachicha.I1 Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1- Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction

La maladie osseuse de Paget est la deuxième plus fréquente maladie osseuse métabolique après l'ostéoporose.

Son étiopathogénie n'est pas encore clairement élucidée.

Sa découverte peut être fortuite à l'occasion d'un bilan biologique ou radiographique et son diagnostic impose un bilan d'extension et d'évolutivité.

Son traitement repose actuellement sur les bisphosphonates (BP) qui ont transformé son pronostic.

Le but de ce travail est de déterminer les indications de prescription de BP ainsi que les aspects évolutifs sous traitement au cours de la maladie de Paget.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 54 cas de maladie osseuse de Paget sur une période de 18 ans (2000-2017).

Résultats

Données épidémiologiques

L'âge moyen des patients était de 67 ans .

Sex-ratio F/H=1,22.

Les données cliniques

Les douleurs osseuses ont dominé le tableau clinique (65,2%).

Elles étaient de siège rachidien dans 25% des cas.

Les arthralgies venaient en 2ème place avec un pourcentage de 15%.

La biologie

les phosphatases alcalines(PAL) étaient élevées dans 60,4% avec une moyenne de 753,3 UI/L.

Les anomalies radiologiques à type de désorganisation de la trame osseuse ou d'hypertrophie d'un segment osseux ont prédominé au niveau du bassin dans 54% des cas.

la scintigraphie osseuse

Elle a objectivé une hyperfixation prédominante du bassin dans 59,46% des cas

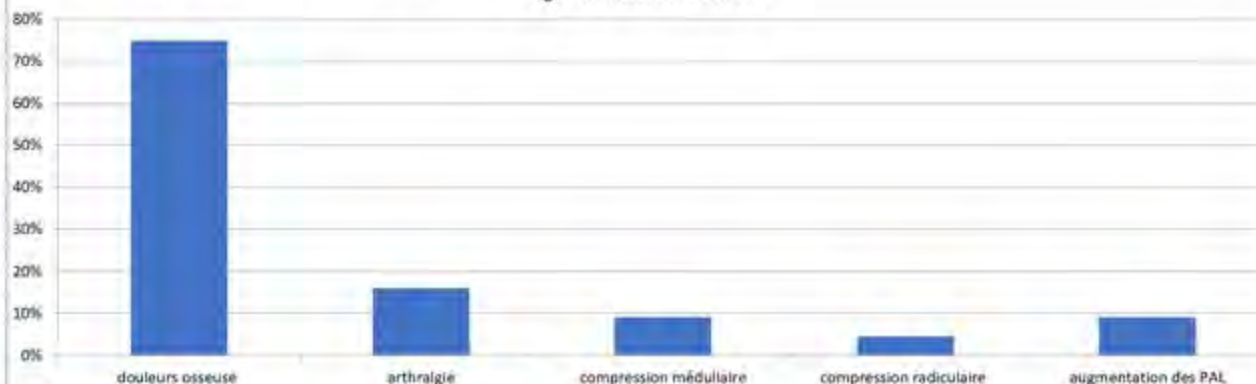
Le traitement par BP

Il a été prescrit dans 44 cas pour les indications suivantes : Fig1

Les BP utilisés ont été répartis comme suit :

- Didronel (400 mg/j VO) dans 13 cas
- Actonel (30 mg/j VO) dans 2cas
- Arédia (90 mg/j PIV pendant 3 jours) dans 23 cas
- Aclasta (5mg en PIV) dans 7 cas.

Fig1: les indications des BP



Evolution

21 (47,7%) patients étaient perdus de vue

Pour les autres patients (52,2%), le recul moyen était de 65,4 mois (3-240).

Sur le plan clinique, l'évolution était marquée par une amélioration avec disparition des douleurs dans 13 cas (56,5%), une stabilisation de la symptomatologie dans 7 cas (30,4%) et une aggravation dans 3 cas (13%).

Sur le plan biologique on a noté une baisse des PAL dans 13 cas (56,5%), une élévation des PAL dans 2cas (8,6%) et une normalisation du taux des PAL dans 8 cas (34,7%).

Une transformation sarcomateuse a été objectivée dans un cas.

Conclusion

L'avènement des BP a permis une amélioration du contrôle et du pronostic de la maladie osseuse de Paget. Ils sont devenus depuis 2005 le traitement de première intention de cette affection. Ce traitement concerne les formes symptomatiques, évolutives ou à complications.

Evaluation de l'apport calcique chez la femme tunisienne ménopausée

Triki W, Fazaa A, Ouenniche K, Makhlouf Y, Miladi S, Kassab S, Chekill S, Ben Abdelghani K, Laatar A
Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

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 en calcium sont variables en fonction de l'âge, du sexe et des individus. Cependant, de nombreux pays ont fixé des niveaux d'apports journaliers recommandés (AJR) en calcium. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport alimentaire journalier en calcium chez la femme tunisienne ménopausée.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale incluant des femmes ménopausées. Les données sociodémographiques ont été recueillies : l'âge, le niveau éducationnel, le statut professionnel, l'âge et la durée de la ménopause, le motif de consultation, le degré d'exposition au soleil, l'activité physique et la notion de supplémentation calcique. La ration calcique a été appréciée grâce au questionnaire CoConut. Les scores obtenus varient de 0 à 42 points. Chaque point correspond à 60 mg de Calcium. Un score inférieur à 9 définit des apports journaliers insuffisants en calcium. Le seuil de signification p a été fixé à 0,05.

Résultats :

Cinquante et une patientes ont été incluses, âgées en moyenne de 61,4 ± 10,5 ans [41-85]. L'âge moyen de la ménopause était de 46,2 ± 6,7 ans [20-56] avec une durée moyenne de la ménopause de 15,2 ± 10,8 ans [1-42].

Les paramètres socio-démographiques sont représentés dans la figure 1.



Fig1. Paramètres socio-démographiques

Soixante-huit pourcent des patientes avaient une ostéopathie raréfiante. Il s'agissait d'une ostéoporose dans tous les cas.

Paramètres	%
Exposition au soleil	39,2
Confinées à domicile	17,6
Port de voile	88,2
Activité physique	52,9
Supplémentation calcique (>1000mg)	54,9

Le score CoCoNut moyen était de 8,4 ± 3,3 [3-17]. Des apports calciques insuffisants attestés par un score CoConut < 9 étaient présents chez un tiers des patientes. L'apport calcique moyen était de 804 mg/j et 56,8% des femmes avaient un apport calcique journalier inférieur à 800 mg/j. Un apport calcique ≥ 1000mg/j était noté chez 11,7% des patientes.

L'âge et la durée de la ménopause n'étaient pas significativement associés à une carence calcique (respectivement p=0,1 et p=0,6). De même le niveau instructif n'était pas significativement corrélé à une carence en calcium (p=0,2).

Discussion:

Les résultats de notre enquête sont supérieurs à ceux rapportés par l'étude Marocaine réalisée en 2004 qui a trouvée un apport calcique moyen égale à 448mg/jour [1].

Ce questionnaire CoConut est plus exploitable en pratique quotidienne, mais il ne tient pas compte d'éventuels apports en eaux minérales riches en calcium qui peuvent être source d'apport quotidien supérieur à 250 mg [2].

Conclusion: Les résultats de cette étude confirment l'insuffisance des apports calciques chez la femme tunisienne ménopausée. Ces résultats incitent à la mise en place d'une stratégie de sensibilisation pour un régime riche en calcium afin de prévenir les complications de la ménopause.

Références:

- [1] S. Bennouna. Évaluation de la ration calcique chez les femmes marocaines ménopausées. Les cahiers du Rhumatisme, Tome VII, n° 87, 2005.
[2] Levasseur R. Une femme inquiète du caractère héréditaire de l'ostéoporose. Situations pratiques de Médecine, décembre 2010. Tome 132, n° 19-20.

Profils étiologiques des ostéomalacies : à propos de 24 cas

MOUANAA H., ZROUR S., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

L'ostéomalacie est une décalcification osseuse induite par un défaut de minéralisation de la trame protéique du squelette.

L'ostéomalacie est une maladie de l'adulte relativement rare mais elle doit faire partie des diagnostics à évoquer devant un syndrome douloureux diffus mal étiqueté.

Quelles en sont les causes les plus fréquentes ?

Matériels et méthodes :

- Etude rétrospective descriptive
- Service de rhumatologie de l'EPS Fattouma Bourguiba Monastir
- Entre les années 2001 et 2018.

Résultats :

- Vingt-quatre patients
- 16 femmes et de 8 hommes avec un sexe-ratio égal à 0,5
- Age moyen est de 52±18 ans [22 - 80]
- Durée moyenne d'évolution de la maladie est de 47 mois [5-172]

• **Circonstances de découverte** étaient comme suit :

- des douleurs osseuses dans 11 cas (55%)
- des douleurs pelvi rachidiennes dans 9 cas (45%)
- des troubles de la marche type marche dandinante dans 5 cas (25%)
- des fractures pathologiques dans 8 cas (40%)
- une impotence fonctionnelle des Membres Inférieurs dans 7 cas (35%)
- une découverte biologique dans 2 cas (10%)

• biologie:

- L'hypocalcémie, l'hypophosphorémie et l'hypocalciurie étaient retrouvés chez 14 malades (70%)
- Les phosphatases alcalines étaient élevées dans 12 cas, avec un taux variable de 2 à 7 fois la valeur normale, normal dans les 8 cas restants.

• bilan étiologique:

- Ostéomalacie carencielle sévère était notée dans 2 cas
- Maladie coeliaque dans 5 cas
- Insuffisance rénale dans 1 cas
- Diabète phosphoré dans 3 cas dont un syndrome de Fanconi, une Hypophosphatasie dans un cas
- Cause néoplasique dans 4 cas (un myélome multiple IgA LAMBDA, une tumeur urologique avec métastase osseuses, une autre métastase osseuse et un cancer de la thyroïde).

• Thérapeutique:

- Tous les malades ont bénéficié d'un traitement vitamine calcique. Un apport calcique entre 1 et 4 comprimés par jour avec une moyenne de 2.62 Cp/j. Un apport phosphoré était dans 3 cas et traitement étiologique et un traitement orthopédique dans 3 cas.
- La résection de la tumeur a été à l'origine d'une amélioration clinico-biologique dans le cas de tumeur de la thyroïde.

• Evolution:

- Elle était variable selon l'étiologie.

Conclusion :

- L'ostéomalacie est une affection bénigne de diagnostic souvent aisé mais la méconnaissance des formes étiologiques peut retarder la prise en charge adéquate et efficace des patients. Le pronostic dépend de l'étiologie dont le meilleur chez les patients présentant des troubles carenciels .

La fluorose osseuse d'origine professionnelle : A propos de 2 cas

Sellami Imen¹, Feki Afef², Hajjaji Mounira¹, Akrouf Rim², Jmal Hammami Kaouther¹, Baklouti Sofien², Masmoudi Mohamed Larbi¹

¹ Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU Hédi Chaker Sfax

² Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

La fluorose osseuse résulte de l'accumulation progressive de fluor dans le tissu osseux. Elle est habituellement asymptomatique au début et ne se voit qu'à l'âge adulte car elle nécessite de longues années d'exposition à des doses de fluor très élevées.

Patients et méthodes :

- Patients atteints de fluorose osseuse hospitalisés au service de rhumatologie du CHU Hédi Chaker de Sfax
- Étude descriptive rétrospective sur une période de 20 ans
- Origine professionnelle de l'exposition était retrouvée.
- Les caractéristiques cliniques et professionnelles.

Résultats :

- ✓ Deux patients : fluorose osseuse d'origine professionnelle.
- ✓ Sexe masculin
- ✓ Âges de 58 et 57 ans
- ✓ Origine géographique : la région de Gafsa.
- ✓ Profession : Ouvriers de mines.
- ✓ Le diagnostic :
 - Données épidémiologiques
 - Données radiologiques.
- ✓ Le motif de consultation :
 - Une douleur osseuse diffuse pour le premier et
 - Une lombalgie rebelle au traitement antalgique.
- ✓ Bilan radiologique :
 - A la radiologie du rachis, une ostéocondensation osseuse diffuse était retrouvée (Fig1)
 - Une radiographie des avant-bras et des jambes étaient effectués montrant une ossification des membranes inter-osseuses (Fig2)
- ✓ Biologie : Pas de syndrome inflammatoire biologique.
- ✓ Le traitement : Antalgiques
- ✓ Évolution : Une relative amélioration de la symptomatologie.
- ✓ Déclaration au titre de maladie professionnelle :
 - Un patient
 - Tableau n°10 : Le Fluor, l'acide fluorhydrique et ses sels minéraux



Figure 1 : Radiographie du rachis de face montrant une ostéocondensation osseuse diffuse.



Figure 2 : **A-** Radiographie des deux os de l'avant bras de face montrant une calcification de la membrane interosseuse radio-ulnaire
B- Radiographie des deux os de la jambe de face montrant une calcification de la membrane interosseuse tibio-péronière

Conclusion :

La fluorose osseuse est une pathologie rare qui résulte dans la majorité des cas d'une exposition hydro-tellurique au fluor. Les expositions professionnelles, quoiqu'elles soient rares, doivent être toujours suspectées et recherchées.

OSTEOCHONDROME SOLITAIRE DU RACHIS CERVICAL

SLIMANE.A, KERMANI.N, DEHMANI.MY, BEN SAID.I, KALLEL.J, JEMEL.H

Service de Neurochirurgie de L'Institut Nationale de Neurologie / Faculté de Médecine de Tunis, TUNISIE

Introduction :

L'ostéochondrome affecte typiquement les os longs, que ce soit dans sa forme solitaire ou sa forme multiple connue sous le nom d'exostoses multiples ou ostéochondromatose. L'ostéochondrome du rachis est rare et ne représente que 1 à 4% toutes localisations confondues, l'ostéochondrome de l'atlas est exceptionnel. Nous rapportons l'observation d'un ostéochondrome solitaire de l'arc postérieur de l'atlas chez une patiente âgée de 13 ans.

Observation:

Patiente âgée de 13 ans, sans antécédents pathologiques, qui présente une tuméfaction latéro-cervicale gauche, non douloureuse, évoluant depuis 5 mois sans signes neurologiques associés. Par ailleurs, le reste de l'examen clinique était sans particularité. La TDM du rachis cervical (Fig.1) montrait une masse latéro-cervicale gauche profonde à double composante : une osseuse centrale et l'autre tissulaire hétérogène, en périphérie. Cette lésion est attenante au bord inférieur gauche de l'arc postérieur de l'atlas. Sa composante périphérique bien circonscrite se poursuit dans le canal cervical refoulant le cordon médullaire.

L'IRM du rachis cervical (Fig.2) objectivait une excroissance osseuse, au dépend de l'arc postérieur gauche de C1, qui présente une matrice osseuse centrale et une coiffe cartilagineuse (15 mm), se rehaussant en périphérie. Elle s'insinue en intervertébral (C1-C2), avec saillie endocanalaire refoulant le cordon médullaire, sans anomalie de signal. Elle comprime les muscles obliques inférieur et trapèze, sans anomalie de signal.

L'imagerie ne décelait pas d'autres lésions, ni au niveau rachidien, ni au niveau squelettiques.

La patiente a été opérée en position ventrale en réalisant une incision sur le dôme de la tuméfaction. La lésion a été circonscrite par des cotons Codman, on réalise une exérèse totale de la tumeur en monobloc (Fig.3).

Les suites opératoires étaient simples et l'évolution fût favorable.



Résultats :

L'ostéochondrome est la plus fréquente des tumeurs bénignes après les fibromes non ossifiant et les lacunes métaphysaires. La majorité de ces tumeurs sont diagnostiquées avant 20 ans (70 %), et le plus souvent pendant la deuxième décennie. Leur croissance s'arrêtant avec celle de l'os qui les porte, leur découverte à l'âge adulte à l'occasion d'une augmentation de volume est toujours suspecte de dégénérescence sarcomateuse.

On ne les rencontre que sur les os à croissance enchondrale, et elles ne sont donc pas présentes sur les os se développant par croissance membranaire (face, voûte crânienne). On les retrouve préférentiellement sur le versant métaphysaire des cartilages de croissance fertiles (autour du genou, loin du coude), mais aussi sur les os plats (os coxal, scapula) et les os du squelette axial (vertèbres, côtes).

L'ostéochondrome du rachis est très rare. Il peut être solitaire ou dans le cadre d'exostose multiple. L'ostéochondrome spinal touche de façon préférentielle le rachis cervical ou dorsal. L'atteinte du rachis lombaire est exceptionnelle. L'ostéochondrome rachidiens est le plus souvent asymptomatique, et cause rarement des signes neurologiques déficitaires. La découverte fortuite d'exostoses sur des bilans radiographiques confirme qu'un grand nombre d'exostoses solitaires sont asymptomatiques. Il s'agit le plus souvent d'exostoses de petite taille, de localisation volontiers axiale. Les formes symptomatiques se révèlent le plus souvent avant 20 ans. Les deux symptômes les plus fréquents sont l'augmentation de volume et la douleur.

Le scanner est l'examen de choix qui va définir la composante centrale osseuse et cartilagineuses périphérique ainsi que les différentes extensions de la lésion. L'IRM définit mieux les rapports de la tumeur avec l'axe nerveux et les éléments vasculaires de la région.

Le traitement de choix le l'ostéochondrome est l'exérèse chirurgicale totale de la lésion surtout quand il y a des signes neurologiques de compression. Dans les formes asymptomatiques, le traitement chirurgical reste recommandé surtout quand il y a des signes de compression à l'imagerie, et la localisation du rachis cervical haut. Des cas de mort soudaine a la suite de traumatisme bénin ont été décrite chez un patient porteur d'un ostéochondrome de l'atlas. Le traitement chirurgical des formes asymptomatique se justifie également par le risque de dégénérescence mais qui reste une complication rare. L'apanage de l'adulte (le plus souvent vers un chondrosarcome, rarement vers un ostéosarcome). Les difficultés opératoire sont liées essentiellement a la consistance variable de ses tumeurs et a la proximité des structure nerveuses et vasculaire très vulnérables. L'exérèse complète de la coiffe cartilagineuse est un facteur de récurrence tumorale.

Une localisation rare de l'ostéochondrome : le rachis cervical

Bettaieb H., Ezzeddine M., Khalifa D., Bouenba MA., Ben Jemaa S., Akrouf R., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S

Service de Rhumatologie Hedi Chaker SFAX

❖ Introduction :

L'ostéochondrome est une tumeur cartilagineuse bénigne fréquente au niveau des métaphyses des os longs. L'atteinte rachidienne est rare de l'ordre de 3%. Dans ce travail, nous rapportons le cas d'une localisation au niveau du rachis cervical, exploré par tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique chez une femme de 63 ans.

❖ Observation :

Patiente âgée de 63, sans antécédents pathologiques, a consulté pour une névralgie cervico-brachiale gauche C7 d'horaire mixte évoluant depuis 5 ans.

A l'examen clinique, la mobilisation du rachis cervical était douloureuse sans limitation nette des amplitudes. L'examen neurologique était strictement normal. La biologie n'a pas objectivé un syndrome inflammatoire biologique. Le bilan phosphocalcique était correct.

Le bilan radiologique standard a montré une ostéocondensation des corps vertébraux C5, C6 et C7.

La TDM du rachis cervical a montré une excroissance osseuse (exostose) en regard du massif articulaire supérieur gauche de C7 avec une sténose foraminale gauche C7-D1.

Un complément par une IRM a objectivé une exostose du massif articulaire supérieur C7 responsable d'un rétrécissement du trou de conjugaison gauche.

Un bilan d'extension radiologique a été réalisé et n'a pas isolé d'autres foyers d'exostoses.

La patiente a bénéficié d'un traitement médical et de plusieurs séances de rééducation. Le recours à la chirurgie n'a pas été jugé indispensable devant l'inaccessibilité de la lésion et l'amélioration de la symptomatologie.

❖ Discussion:

- L'ostéochondrome constitue 35% des tumeurs osseuses bénignes et 8,5% de l'ensemble des tumeurs osseuses.
- Elles surviennent souvent chez les adolescents. On connaît deux formes cliniques : les *exostoses solitaires* et la *maladie exostosante*. Elle touche le plus souvent les métaphyses des os longs (fémur, humérus et tibia). Ces zones ont l'activité de croissance osseuse la plus importante.
- La dégénérescence maligne en chondrosarcome est rare, rapportée à 1 à 5 % dans les ostéochondromes solitaires et 10 à 25 % en cas de maladie exostosante.
- Les signes cliniques dépendent de la taille de la tumeur, et de sa localisation au niveau rachidien.



❖ Conclusion:

- L'exostose est une tumeur osseuse bénigne.
- Toutefois, dans certains cas rares, elle peut être trompeuse du fait de sa localisation inhabituelle.
- L'IRM est l'examen de choix permettant l'identification de la lésion osseuse, de son siège et de son retentissement sur les structures nerveuses.

A propos d'un cas rare de Lipome intra-osseux du calcanéum :

Bettaieb H., Akrouf R., Khalifa D., Eleuch F., Ben Jemaa S., Ezzeddine M., Hchicha I., Kallel MH., Fourati H., Baklouti S

Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

Le lipome intra-osseux est une tumeur bénigne rare représentant 0,1% de l'ensemble des tumeurs squelettiques. La localisation au calcanéum est retrouvée dans 15% des cas. Nous en rapportons une nouvelle observation.

Observation :

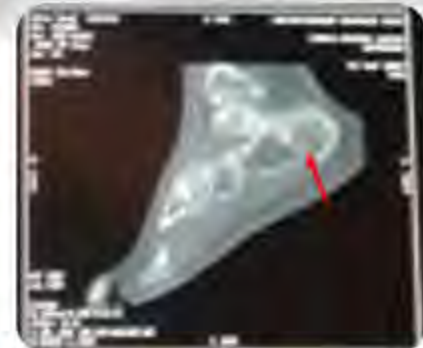
- Patient âgée de 63 ans, sans aucun antécédent traumatique, a consulté pour des douleurs intermittentes de la face dorsale du médiopied droit. La symptomatologie était d'horaires mécaniques et augmente à la station debout prolongée et à l'appui.
- L'examen physique était strictement normal ainsi que le bilan biologique.
- La Radiographie de profil de la cheville droite a montré une volumineuse lacune cernée par un fin liseré de condensation sous l'éventail de sustentation située à la base du calcanéum.
- La TDM de la cheville a montré une **lésion lacunaire** dont l'étude de la densité montre des foyers graisseux de densité négative associés à des fines calcifications.
- Un complément par une IRM de la cheville a objectivé une image de remplacement médullaire du calcanéum mesurant 32cm sur 30 cm de grand axe en **hyper signal T1 et T2** avec des foyers **d'annulation** du signal sur les séquences **Fat-SAT** cadrant avec un lipome intra-osseux du calcanéum.
- La conduite à tenir était de mettre la patiente sous traitement symptomatique avec décharge du talon et une surveillance régulière en consultation. L'évolution clinique était favorable. Le recours à la chirurgie n'a pas été jugé nécessaire.

Discussion:

- Le lipome intra-osseux est une tumeur bénigne rare. Elle affecte les os longs, le plus souvent dans les extrémités inférieures, en particulier métaphyse fémorale, tibia, péroné et les corps vertébraux. L'atteinte du calcanéum est estimée à 8%, le plus souvent à la base du col du calcanéum (le triangle de Ward).
- Les Lipomes intra-osseux sont généralement asymptomatiques, de découverte fortuite lors d'un examen radiologique dans 40% des cas.
- Les Radiographies standards montrent une lésion lytique bien circonscrite, avec un nid central de calcification. La TDM de la cheville objective une lésion lacunaire dont l'étude de la densité montre des foyers graisseux de densité négative associés à des fines calcifications.
- L'IRM est une excellente méthode pour démontrer complications comme la nécrose adipeuse, ou un hématome intra-lésionnelle.
- Les diagnostics différentiels sont l'infarctus osseux, la dysplasie fibreuse et le kyste osseux simple.
- A l'histologie, le lipome se présente comme un tissu adipeux mature avec calcifications intra-lésionnelles.
- Sur le plan thérapeutique, le curetage et la greffe osseuse sont indiqués dans les cas symptomatiques. Les lésions non ou peu douloureuses peuvent être traitées de façon conservatrice.

Conclusion:

Le lipome intra-osseux du calcanéum est une localisation rare de ces tumeurs bénignes. La clinique dénuée de toute spécificité, se limite à des douleurs mécaniques de l'arrière pied. Le traitement reste partagé entre l'abstention et la chirurgie dans les formes hyperalgiques ou comportant un risque de fracture pathologique.



Un chondrosarcome révélé au cours de la grossesse : A propos d'un cas 2018

S. Rekik ; K. Zouaoui ; S. Boussaid ; H. Sahli ; E. Cheour ; M. Elleuch .

Service de rhumatologie , Hôpital La Rabta , Tunis , Tunisie.

Introduction :

Le chondrosarcome est une prolifération de chondrocytes malins caractérisés par des anomalies cytonucléaires au sein de lobules cartilagineux dont l'architecture est perturbée. Nous rapportons le cas d'une patiente enceinte présentant une douleur de l'épaule gauche qui a révélé un chondrosarcome.

Observation :

Une patiente âgée de 29 ans , sans antécédents pathologiques notables , enceinte au 7ème mois présentait des douleurs mécaniques de l'épaule gauche évoluant depuis 1 an et résistante au traitement médical .A l'examen , la mobilisation de l'épaule était limitée et il n'y avait pas de masse palpable. La radiographie de l'épaule montrait une lésion ostéolytique épiphyso-métaphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche avec une rupture corticale en regard du trochiter . L'IRM montrait une tumeur agressive humérale proximale gauche étendue à l'articulation gléno humérale et aux tissus mous avec des skips métastases glénoïdiennes et humérales et une fracture pathologique. La biopsie chirurgicale avait été pratiquée et avait conclu à un chondrosarcome grade 2 avec un bilan d'extension négatif. La patiente avait eu ,en post-partum, un traitement chirurgical et une radiothérapie adjuvante avec une bonne évolution.



Discussion :

Les chondrosarcomes représentent des tumeurs osseuses malignes primitives fréquentes: 10 à 25 %. Leur siège de prédilection est le fémur et l'humérus. Cette tumeur est souvent primitive (90%) mais peut être secondaire à des maladies cartilagineuses. L'originalité de notre cas est sa survenue au cours de la grossesse. Il y'a très peu de cas décrits dans la littérature. Le pronostic dépend étroitement du type anatomo-clinique. La prise en charge est essentiellement chirurgicale.

Conclusion :

Les chondrosarcomes sont des tumeurs d'évolution insidieuse. L'IRM est l'examen de choix pour l'exploration de cette pathologie.

Efficacité et tolérance du méthotrexate au cours de l'arthrite juvénile idiopathique

Sellami M, Fazaa A, Ouenniche K, Miladi S, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

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

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent chez l'enfant. La prise en charge thérapeutique dépend de plusieurs facteurs et se base essentiellement sur la corticothérapie et les différents traitements de fond dont le méthotrexate (MTX).

Le but de notre étude était de déterminer l'efficacité et la tolérance du MTX au cours de l'AJI.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur 36 patients suivis pour une AJI selon les critères de l'International League of Association of Rheumatology (ILAR) 2001 et traités par MTX.

Les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été colligées. L'activité de la maladie a été évaluée par le score JADAS.

Résultats :

Il s'agit de 24 garçons (66,6%) et de 12 filles (33,3%), âgés en moyenne de 6,2 ans [4-13].

La durée moyenne d'évolution du rhumatisme était de 2,7 ans [2,5-5,3].

Le type de l'AJI était : une forme oligoarticulaire dans 21 cas (58,3%), polyarticulaire dans 10 cas (27,7%), une spondylarthrite dans 3 cas (8,3%) et une forme systémique dans 2 cas (5,5%).

Dix neuf patients (52,7%) ont reçu une corticothérapie orale durant une période moyenne de 1,7 an [0,6-3] avec une dose moyenne journalière de 10 mg d'équivalent de prednisone.

Le MTX par voie orale était prescrit chez tous les patients avec une dose moyenne hebdomadaire de 10mg/m² de surface corporelle [10-15]. Le MTX a été instauré après une période moyenne de 6,2 mois [3,1-11,4] du diagnostic positif. La durée moyenne du traitement était de 50 mois [34-66].

L'observance du MTX était de 80,5%.

La rémission sous MTX a été obtenue chez 28 patients (77,7%) après une durée moyenne du traitement de 7,5 mois [5-11], avec un score JADAS moyen à 5,1 [3,5-10].

Malgré une bonne observance du MTX, huit patients (22,2%) ont gardé une forte activité de la maladie attestée par un score JADAS moyen à 32 [25-40].

La tolérance au MTX par voie orale était bonne avec apparition des effets indésirables seulement chez 5 patients (13,8%) à type d'épigastrie dans 2 cas (ayant disparu après passage à la voie intramusculaire), une réaction cutanée dans un cas et une cytolyse hépatique réversible à l'arrêt du traitement dans 2 autres cas.

Discussion:

Le pourcentage d'enfants AJI répondeurs au MTX dépend étroitement des paramètres choisis pour évaluer la réponse au traitement, s'étendant de 60 à 75% dans l'essai de Ruperto et al [1].

La tolérance du MTX est généralement bonne et les effets indésirables de type gastro-intestinaux sont les plus fréquents [2],

Conclusion :

En accord avec les données de la littérature, le MTX garde toujours une place dans la prise en charge thérapeutique de l'AJI et apparait comme un traitement bien toléré et efficace.

Références:

[1] Schmeling H, et al. Pharmacogenetics: can genes determine treatment efficacy and safety in JIA? *Nat Rev Rheumatol* 2014; 10:682-90.

[2] Bulatović M, Heijstek MW, Verkaaik M et al. High prevalence of methotrexate intolerance in juvenile idiopathic arthritis: development and validation of a methotrexate intolerance severity score. *Arthritis Rheum.* 2011;63:2007-13.



Etude rétrospective de l'arthrite réactionnelle dans un service de rhumatologie en Tunisie

El Amri N ; Fakhfakh R ; Mouanaa H ; Daldoul C ; Khalifa D ; Kalai A ; Baccouche K ; Belghali S ; Zeglaoui H ; Bouajina E
Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached Sousse Tunisie

Introduction : Les arthrites réactionnelles (AR) sont des arthrites stériles qui se développent après une infection extra-articulaire, généralement du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire. Les AR appartiennent à la famille des spondylarthrites. L'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de l'AR dans un service de rhumatologie Tunisien.

Matériel et méthodes : Etude rétrospective menée au service de Rhumatologie de Sousse de 1996 à 2015. Tous les patients atteints d'AR diagnostiqués selon les critères d'Amor ont été inclus.

- Résultats :** 22 patients,
- âge moyen :** 35 ans (17-64)
- prédominance masculine : 15 hommes et 7 femmes
- **Antécédents :** 1 antécédent familial de spondylarthrite
- **Infection précédant les symptômes articulaires :** 16 patients

Porte d'entrée	femme	homme	total
Infection génito-urinaire	1	10	11
Infection gastro-intestinale	1	3	4
BCG thérapie	0	1	1
Pas d' infection rapportée	6	0	6

- **L'intervalle moyen entre l'infection et l'apparition des symptômes articulaires :** 13 jours (3- 45)
- **germes isolés :** sérologie Chlamydia + : 2 cas.
Salmonella.T et l'Enterobacter.C : 1 cas chacun.
- **La présentation clinique :**

Articulaire	Extra-articulaire
• oligoarthritis (67%)	• rash cutané: 13,6%
• membres inférieurs (57%)	• Oculaire: conjonctivite(18%) , épisclérite(5%)
• rachialgies inflammatoire(38%)	• Fièvre:45%
• talalgies, fessalgies (19%)	

=>syndrome de Feissinger Leroy Reiter : 4cas(18%)

- **Biologie:** VS> 100 à h1 :48% des cas - l'antigène HLAB27 +: 1cas (fait pour 3 patients)
- **Radiologie:** -Une sacroillite :3 patients - spondylite de Romanus :1cas

- **Traitement:**
- AINS pour tous
- Corticothérapie systémique :3cas(devant la résistance aux AINS)/infiltration locale:6cas
- Sulfasalazine: 1cas
- Antibiothérapie :9 cas (en présence de signes infectieux)
- Rituximab : 1cas avec bonne réponse.

- **Evolution:** -guérison:16cas (survenue d'algodystrophie dans 2cas) (6mois)
- spondylarthrite ankylosante: 1cas
- rhumatisme des MICI: 1 cas
- épisodes d'AR récidivants : 3 cas
- passage à la chronicité: 1cas

Discussion :

Les estimations de l'incidence des AR ont varié de 0,6 à 27/100 000 habitants. Les AR surviennent le plus souvent dans les suites d'une infection du tractus digestif par des germes entéro-invasifs (Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter et parfois Clostridium difficile) ou génito-urinaire (C. trachomatis >> Neisseria gonorrhoea), une BCG-thérapie intravésicale peut également déclencher une AR. L'infection digestive à Enterobacter cloacae n'est pas habituellement impliquée et la revue de littérature n'a pas montré de cas similaire.

Pour la prise en charge, les médicaments prescrits sont :

- ✓ Les AINS: ++ , efficacité similaire à celle observés pour les spondylarthrites
- ✓ Les Corticoïdes: si AINS inefficaces , formes périphériques++
- ✓ La Sulfasalazine: manifestations périphériques+, inefficace en axial
- ✓ Le Méthotrexate: peu de données disponibles
- ✓ Les Anti TNF: AR résistantes à un traitement bien conduit par AINS et DMARDs et après 6 mois d'évolution , efficacité rapportée.
- ✓ Une Antibiothérapie: pour l'infection à Chlamydia: l'ATB limite les risques de propagation et les complications potentielles et diminue du risque de survenue ultérieure d'AR. Une fois l' AR installée , une étude double aveugle (Carter et al) montre qu' une association Azithromycine et rifampicine a une efficacité à 6mois > placebo

Conclusion :

Dans cette étude, le diagnostic d'arthrite réactionnelle était basé essentiellement sur des critères cliniques. Le micro-organisme n'a été identifié que dans 4 cas témoignant de la difficulté de l'enquête infectieuse. L'évolution était favorable dans la majorité des cas.



P123

Hypertrophie neurogène musculaire secondaire à une lombosciatique

Z.Aguir¹, H.Rebai², S.Zrour³, M. Jguirim³, I.Béjia³, M.Touzi³, N.Bergaoui³

1. Consultation externe de Rhumatologie - Hôpital Jemmal 2. Service Orthopédie - Hôpital régional Ibn Jazzaar - Kairouan 3. Service de Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba - Monastir

Objectif :

L'hypertrophie musculaire neurogène (HMN) secondaire à une radiculopathie est une pathologie rare. Il s'agit d'une réponse paradoxale du muscle à la dénervation: ce dernier s'hypertrophie au lieu de s'atrophier. L'hypertrophie pourrait être le résultat de décharges répétitives complexes, ou bien de l'étirement passif des muscles dénervés par leurs antagonistes.

Observation :

Patient âgé de 43 ans, consultait pour hypertrophie du mollet droit, d'apparition progressive, 3 ans après une lombosciatique S1 droite. Il décrivait des douleurs de la loge antérieure de jambe au cours d'efforts prolongés. L'examen mettait en évidence une asymétrie de circonférence des mollets de 4 cm et une abolition du réflexe achilléen droit. Le bilan biologique retrouvait une élévation de CPK à 651 UI/L.

L'IRM lombaire montrait une hernie discale L5-S1 paramédiane droite entrant en conflit avec la racine S1 droite.

L'IRM de jambe droite mettait en évidence une involution graisseuse de muscle gastrocnémien interne et une hypertrophie du soléaire. L'EMG objectivait des décharges répétitives complexes dans les muscles gastrocnémiens interne et externe et des signes en faveur d'une atteinte neurogène de ces muscles.

Conclusion :

L'hypertrophie musculaire neurogène secondaire à une radiculopathie est une pathologie rare. Il faut savoir l'évoquer devant une hypertrophie unilatérale d'un mollet. L'interrogatoire du patient, l'IRM, et l'EMG, permettent le diagnostic.

Goutte masculine et goutte féminine : Quelles différences ?

Feki.A1, Sellami.I2, Ezzeddine.M1, Akrouf.R1, Ben Djemaa.S1, Kallel.MH1, Fourati.H1, Masmoudi.MA2, Baklouti.S1

1-Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

2- Service de médecine de travail, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La goutte est un rhumatisme inflammatoire fréquent de l'adulte et sa fréquence et en nette ascension ces dernières années.

L'objectif de cette étude est de déterminer les différentes caractéristiques de cette pathologie et d'étiqueter certaines particularités liées au sexe.

Méthodes

Étaient inclus dans cette étude, les patients dont le diagnostic principal était la goutte sur une période de 20 ans.

Les caractéristiques démographiques, les antécédents étaient étudiés ainsi que les atteintes articulaires et leurs modalités de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques.

Résultats

Les données épidémiologiques

84 patients ont été colligés.

La moyenne d'âge était de $72,7 \pm 9,5$ ans.

62,5% étaient des hommes.

9 patients étaient alcooliques chroniques.

Les données cliniques

46 patients ont été identifiés comme présentant une goutte secondaire (57,5 %) dont 20 secondaires à une insuffisance rénale chronique.

Facteurs de risque cardiovasculaires

- HTA: 61,3%
- 16,3% diabète type 2

Les évènements cardiovasculaires

- 22% des patients présentant un antécédent d'évènement cardiovasculaire connu en rapport avec l'athérosclérose.

Formes cliniques

47 % des poussées étaient oligoarticulaires.

Les données biologiques

CRP moyenne était de $84,4 \pm 85,5$ mg/L,

la VS moyenne était de $71,8 \pm 35,7$ mm à H1.

L'uricémie moyenne à l'entrée était de $567,5 \pm 167,5$ $\mu\text{mol/L}$.

L'uricémie était normale chez 4 patients.

La ponction articulaire exploratrice

Elle a été réalisée dans 23 cas.

Des microcristaux d'urate étaient retrouvés dans 86,9 % des liquides articulaires.

Les aspects thérapeutiques et évolution

Un traitement initial par colchicine était instauré dans 98 % des cas.

86,4% des maladies étaient mis sous purinol.

Une amélioration clinique était notée chez tous les patients après une hospitalisation de 7 jours en moyenne.

Résultats de l'étude analytique

En comparant les patients en fonction du sexe:

- il n'y avait pas de différence dans les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques ou radiologiques.
- une intoxication alcoolique était plus fréquente chez les hommes (9 hommes et 0 femme, $p=0,000$).
- Des tophus goutteux ont été objectivés dans 4% des hommes contre 1% des femmes ($p=0,059$).
- Des poussées itératives par non observance thérapeutique étaient aussi plus fréquentes chez les hommes (moyenne 4/an contre 1/an pour les femmes) mais cette différence n'était pas significative ($p=0,122$).

Conclusion

Notre étude montre que les caractéristiques démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques de la pathologie goutteuse sont comparables chez les 2 sexes. Cependant l'intoxication alcoolique doit être toujours recherchée surtout chez les hommes pour assurer une bonne éducation ultérieure et une prise en charge optimale de cette pathologie.

Goutte tophacée historique : A propos de 2 cas

M.Moalla, A.Ben Tekaya, I.Mahmoud, O.Saidane, R.Tekaya, L.Abdelmoula

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

- La goutte est une arthropathie microcristalline asymétrique touchant les articulations distales, les coudes et les genoux.
- L'atteinte axiale, l'épaule et la hanche sont exceptionnelles; et se voit essentiellement dans la forme tophacée.
- Nous rapportons deux cas de **goutte tophacée historique**.

Observation1:

- Homme de 35 ans
- Tableau de polyarthrite touchant les genoux, les coudes et les MCP
- Multiples tophi au niveau des lobules des oreilles, des coudes, en regard des MCP et avant pieds à l'examen.
- Uricémie élevée à **655** µmol/L
- Radiographies standard :
 - Érosions des MTP avec **aspect hérissé** des avant-pied
 - Macro géodes au niveau des mains,
 - Érosions sous chondrales acétabulaires droites (fig1)
 - Sacroiliite bilatérale** stade 4.

□ TDM et IRM confirment la présence de tophi au niveau de articulations coxofémorales et disques L4-L5 et L5-S1 et confirment la sacroiliite bilatérale. (fig2)



Fig. 1. Radiographie du bassin de face :Sacroiliite bilatérale stade 4 et tophus calcifié des parties molles de la hanche gauche .



Fig. 2. Coupe TDM sagittale au niveau du pelvis (A) et coupe axiale du rachis lombaire (B) . À noter la masse lobulée en regard des parties molles infiltrant les deux dernières articulations zygapophysiales au niveau de L4-L5 et L5-S1 avec calcification amorphe correspondant à des tophi (flèches jaunes).

➤ Le diagnostic de goutte polyarticulaire et axiale (rachis lombaire et sacroiliaque) a été retenu.

Observation2:

- Femme de 52 ans
 - Tableau d'oligoarthrite du poignet droit, 3^{ème} MCP droite, et du coude gauche.
 - Multiples tophi en regard des MTP et IPP des doigts à l'examen.
 - Insuffisance rénale (clairance à 51ml/mn) et hyperuricémie à 669µmol/L.
 - Radiographies standard :
 - multiples macrogéodes au niveau des avant-pieds avec un aspect en **trognon de pomme** de la P1 gauche,
 - carpite érosive** droite
 - ostéolyse de l'extrémité inférieure des radius et cubitus droits.
- Le diagnostic de goutte tophacée polyarticulaire a été retenu et l'évolution était favorable sous colchicine et fébuxostat.

Conclusion :

□ La goutte tophacée chronique reste relativement rare et survient surtout sur un terrain particulier. Nous soulignons l'atteinte axiale (rachis et sacro-iliaque) et de la hanche qui sont exceptionnelles.

Apport de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostique du syndrome de Goujerot Sjogren

Boussaïd S., Ben Ammar L., Rekik S., Sehli H., Cheour E., Elleuch M
Service de Rhumatologie., Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

La biopsie des glandes salivaires accessoires est un geste simple, peu invasif, rapide et de pratique courante dans notre discipline. Elle constitue le moyen diagnostique du syndrome sec en rhumatologie. Mais son efficacité a été, néanmoins, peu étudiée. Le but de ce travail est d'étudier l'apport de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostique du syndrome de Goujerot Sjogren.

Matériels et méthodes :

Trente six biopsies des glandes salivaires accessoires ont été effectuées durant l'année 2016 chez des patients suspects de syndrome de Goujerot Sjogren. L'histologie a mesuré le score de Chisholm et une feuille de renseignements précisant le diagnostic suspecté cliniquement a été adressée au laboratoire d'anatomie pathologique.

Résultat :

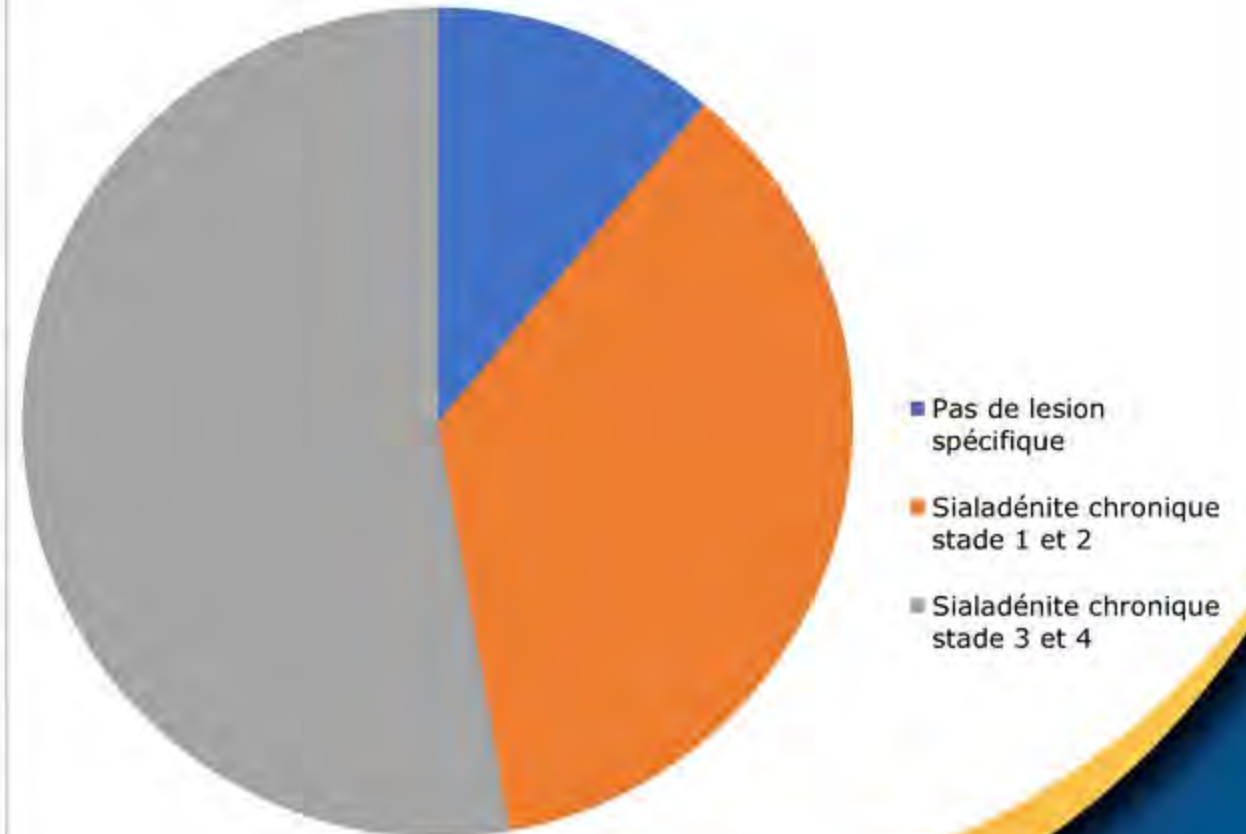
Dans 4 cas, l'analyse anatomopathologique du prélèvement biopsique n'a pas révélé de lésion spécifique. Dans 13 cas, des sialadénites chroniques stade 1 et 2 ont été retrouvées. Dans les autres cas, la biopsie des glandes salivaires accessoires a permis un diagnostic positif du syndrome de Goujerot Sjögren. La spécificité de la biopsie des glandes salivaires accessoires était de 100%. La valeur prédictive positive était de 100%. La sensibilité était de 65%.

Discussion :

La biopsie des glandes salivaires accessoires est un examen sensible et spécifique pour le diagnostique du syndrome de Goujerot Sjogren. Elle est très spécifique et sa valeur prédictive positive est excellente. Sa sensibilité est bonne si la suspicion diagnostique est forte. Ainsi la biopsie des glandes salivaires accessoires effectuée chez des patients ciblés améliore nettement la spécificité et la sensibilité de cet examen [1].

Conclusion :

La biopsie des glandes salivaires accessoires reste un examen simple et rapide qui contribue à établir le diagnostique positif du syndrome de Goujerot Sjogren.



Polyarthrose du sujet âgé : particularités cliniques et thérapeutiques

Dhahri R1, Athimni S1, khazemi A², Slouma M1, Kssibi I², Aissi W3, Metoui L1, Maaoui R², Rahali H², Gharsallah I1, Louzir B1,

1* service de médecine interne l'impit

2* service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle HMPIT

Introduction :

L'arthrose est la plus fréquente des arthropathies dégénératives chroniques. Elle peut toucher plusieurs articulations, rentrant ainsi dans le cadre d'arthrose généralisée ou polyarthrose. La douleur et la gêne fonctionnelle générées par la polyarthrose sont d'autant plus invalidantes qu'elles surviennent chez un sujet âgé au terrain précaire et aux comorbidités fréquentes.

Le but de ce travail était de décrire les particularités cliniques et sémiologiques.

Matériel et méthodes :

Etude transversale ayant colligé 50 patients adressés pour prise en charge (PEC) rééducative de polyarthrose. Une polyarthrose est définie par l'atteinte d'au moins 3 articulations. Ont été inclus les patients âgés de 65 ans ou plus ayant une polyarthrose selon les critères de Lawrence et n'ayant pas bénéficié d'une prothèse de la hanche ou de genou.

Résultats :

L'âge moyen était de 71,94 ± 0,8 ans avec des extrêmes de 65 à 85 ans. La population d'étude comptait 35 femmes et 15 hommes. Le sex-ratio (homme/femmes) était de 0,42. 96% des patients étaient sédentaires. L'indice de masse corporelle de 29,12 ± 0,64 kg/m² avec des extrêmes allant de 20 à 39 kg/m². La notion d'obésité a été notée chez 23 cas soit 46% des patients. L'HTA et le diabète type 2 étaient les deux comorbidités les plus associées notés respectivement dans 29,8 % et 25 % des cas. L'ancienneté d'évolution de la polyarthrose était en moyenne de 8,76 ans. Les articulations les plus fréquemment touchées étaient le genou et le rachis lombaire : La quasi-totalité de nos patients avaient une gonarthrose (98% des cas). L'atteinte rachidienne comptait 88% des cas. Le reste des articulations touchées étaient par ordre de fréquence l'épaule, les mains et les hanches.

Concernant le retentissement de la maladie ; Dans les 12 mois précédents l'étude, 32% avaient chuté au moins une fois et 80% des cas ont bénéficié d'au moins un mois de rééducation.

Localisation arthrosique	Nombre de cas					
	Total		Hommes		femmes	
	n	%	n	%	n	%
Gonarthrose	49	98 %	15	30%	34	68%
unilatérale	04	08 %	02		02	
bilatérale	45	90 %	13		32	
Arthrose du rachis dorso-lombaire	38	76%	12	24%	26	52%
Arthrose du rachis cervical	26	52%	06	12%	20	40%
Arthrose de l'épaule	20	40%	06	12%	14	28%
Unilatérale	11	22%	04		07	
Bilatérale	09	18%	02		07	
Arthrose des mains	11	22%	03	6%	08	16%
unilatérale	01	02%	00		01	
bilatérale	10	20%	03		07	
Coxarthrose	04 (8)	08%	01	02%	03	06%
unilatérale	01 (2)	02%	00		01	
bilatérale	03 (6)	06%	01		02	

Tableau : Répartition selon la localisation arthrosique

Conclusion :

Plusieurs facteurs pouvant être associés à l'altération de l'état fonctionnel et de la qualité de vie chez les sujets âgés polyarthrosiques. Il est indispensable d'essayer de les identifier pour pouvoir y remédier et améliorer par conséquent la prise en charge.

MYELOPATHIE COMME COMPLICATION RARE D'UNE HEPATITE

SLIMANE.A, KARMANI.N, MINAKRI.H, BEN SAID.I, KALLEL.J, JEMEL.H

Service de Neurochirurgie de L'Institut Nationale de Neurologie - Faculté de Médecine de Tunis, TUNISIE

Introduction :

La myélopathie hépatique est une complication rare de l'insuffisance hépatique, causant une paraplégie spastique d'évolution progressive. On ne dispose pas de beaucoup de travaux détaillant les aspects cliniques et diagnostiques de cette inhabituelle cause de paraplégie. Avec le prolongement de la survie des patients atteints d'insuffisance hépatique, en raison de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, on a tendance à rencontrer de plus en plus cette affection qui mérite d'être mieux connue.

Nous présentons un cas de myélopathie hépatique ayant simulé un tableau de compression médullaire chez un patient suivi pour une cirrhose post-hépatitique B.

Cas clinique:

Il s'agit d'un patient âgé de 51 ans qui est suivi depuis 2 ans au service de gastroentérologie pour une cirrhose post-hépatitique B découverte à la suite d'une décompensation oedémato-ascitique inaugurale. Un an après, il a été pris en charge en réanimation pour une encéphalopathie hépatique avec une évolution favorable.

Son histoire actuelle remonte à environ 6 mois avant son hospitalisation, marquée par l'installation d'une lombalgie sans radiculaire, suivie 4 mois plus tard, par l'apparition de troubles de la marche évoluant de façon progressive vers un état grabataire et s'associant à une incontinence vésico-anale.

A l'examen, son état général était conservé sans signes cliniques de décompensation de sa cirrhose, mais il avait un sub-ictère conjonctival avec une hépatomégalie modérée à bord inférieur ferme. Sur le plan neurologique, il était conscient avec des fonctions supérieures conservées, la marche était impossible et il présentait un syndrome quadripyramidal net avec une paraplégie spastique complète sans troubles de la sensibilité superficielle ni profonde. Au vu des données clinico-biologiques sa cirrhose a été classée Child-Pugh B.

L'IRM médullaire a montré l'absence de compression ou d'anomalie de signal de la moelle, mais a noté une lipomatose épidurale lombaire. L'antécédent de cirrhose hépatique, le contexte clinique et la négativité de l'IRM nous ont permis de porter le diagnostic de myélopathie hépatique et d'orienter le patient vers une prise en charge médicale adéquate.

**Résultats :**

La myélopathie hépatique a été décrite la première fois en 1949 par Leigh et Card comme une encéphalo-myélopathie, mais vu son caractère progressif et permanent et sa non accessibilité à la médication, elle a été différenciée de l'encéphalopathie hépatique comme une entité à part en 1974 par Fukuda et Hirayama.

La pathogénie n'est pas encore bien élucidée, deux mécanismes ont été évoqués :

- l'altération du métabolisme hépatique entraîne une déficience en éléments essentiels au fonctionnement du système nerveux.

- l'hyperproduction d'ammoniaque, d'acides gras, indoles et de mercaptan, qui sont des métabolites inhabituels du foie, entraîne une dégénérescence axonale et une démyélinisation. L'atteinte se localise préférentiellement au niveau de la moelle dorsale avec prédilection pour la voie cortico-spinale. Au niveau cérébral les lésions sont responsables d'une maladie d'Alzheimer type II. Les manifestations cliniques commencent par des troubles de la marche d'installation insidieuse. Les extrémités supérieures sont rarement touchées. L'examen révèle une paraplégie spastique et symétrique avec des réflexes vifs, une sensibilité conservée et des fonctions sphinctériennes souvent conservées. Notre patient s'est présenté avec exactement le même tableau clinique sauf que les troubles sphinctériens étaient, au contraire et inhabituellement, trop prononcés dans notre cas. D'un autre côté, la plus part des myélopathies hépatiques sont précédées par des épisodes d'encéphalopathies, ce qui a été également le cas chez notre patient.

Devant ce tableau clinique, d'autres étiologies doivent être évoquées : La sclérose latérale amyotrophique, la sclérose multiple, la myélopathie post-radique, l'association à une atteinte HTLV1 ou une pathologie vasculaire de la moelle ..., mais l'antécédent d'insuffisance hépatique doit nous inciter à penser à ce diagnostic tout en sachant qu'une association entre la cirrhose et l'un de ces diagnostic reste toujours possible.

Il est important de faire le diagnostic précocement en cas d'insuffisance hépatique car un traitement visant la diminution de l'ammoniémie peut retarder les manifestations neurologiques. La transplantation hépatique prouve son efficacité dans l'amélioration de la paraplégie surtout dans les cas de myélopathie les moins évolués.

Hémopathies malignes avec métastases vertébrales

SLIMANE.A, KERMANI.N, YEDEAS.MD, BEN SAID.I, KALLEL.J, JEMEL.H

Service de Neurochirurgie de L'Institut Nationale de Neurologie Faculté de Médecine de Tunis, TUNISIE

Introduction :

Les localisations vertébrales des hémopathies malignes représentent 5 à 13 % des causes de compressions médullaires tumorales.

Environ la moitié de ces compressions médullaires sont inaugurales de l'hémopathie maligne.

Les hémopathies les plus fréquentes sont le myélome multiple dans 52.5% et les lymphomes non hodgkiniens dans 44 %.

Résultats:

Notre série se compose de 11 patients porteur d'une localisations vertébrales d'une hémopathies malignes traités chirurgicalement entre 2007 et 2017. Il s'agit de 5 hommes et 6 femmes, dont l'âge moyen est de 53 ans avec des extrêmes allant de 31 ans à 84 ans. Le délai moyen du diagnostic était de 12 mois avec des extrêmes allant de 15 j à 4 ans.

Le motif de consultation était fait de douleurs radiculaires dans 2 cas, de lourdeur des membres inférieurs dans 8 cas et de troubles sphinctériens dans 1 cas.

L'examen clinique a mis en évidence une paraparésie dans 2 cas, une paraplégie complète dans 7 cas, un syndrome rachidien dans 8 cas, un syndrome pyramidal dans 9 cas et un syndrome de la queue de cheval dans 1 seul cas.

Tous nos patients ont été explorés par une IRM médullaire. Elle a permis de mettre en évidence une localisation thoracique dans 7 cas et lombaire dans les 4 autres cas. Seul le corps vertébral était atteint dans 8 cas, alors que le corps et l'arc postérieurs étaient atteints dans 3 cas. Des localisations multi-étagées étaient présentes chez 6 patients. L'aspect était en hypo signal T1, hyper signal T2 avec un rehaussement intense et homogène dans les 11 cas. Une épидурite métastatique étendue sur un ou plusieurs étages était présente dans 9 cas et un tassement cunéiforme dans 4 cas.

Sur le plan biologique, 8 patients avaient une anémie avec syndrome inflammatoire, 4 avaient un pic monoclonal à l'EPP, 4 autres patients présentaient une hypercalcémie et un seul patient avait des Blastes à la NFS.

Tous nos patients ont été opérés, 9 patients ont bénéficiés d'une laminectomie avec ostéosynthèse, un patient a bénéficié d'une corpectomie avec ostéosynthèse et un autre d'une biopsie scannoguidée.

Les résultats anatomopathologiques ont conclu à un plasmocytome dans 3 cas, un myélome multiple dans 4 cas, un lymphome type B dans 3 cas et à un LAM dans un autre cas.

Cette localisation vertébrale était inaugurale dans 9 cas et au cours de l'évolution de la maladie dans 2 cas.

En ce qui concerne le traitement complémentaire, 9 patients ont reçu une chimiothérapie seule et 2 une radio-chimiothérapie.

La survie moyenne à 3 ans était de 5 patients parmi nos 11 cas.



Résultats :

Les hémopathies malignes représentent 5 à 13 % des compressions médullaires tumorales. Elles sont révélées par des douleurs radiculaires, un déficit moteur et des fractures pathologiques. Le pic d'âge de survenue est entre la 5ème et la 6ème décennie.

Ces hémopathies sont dominées par le myélome multiple.

L'imagerie standard, permet d'évoquer le diagnostic devant la constatation soit d'un tassement vertébral, soit d'une image lacunaire ou encore d'une fracture pathologique.

L'IRM médullaire est l'examen de référence pour le diagnostic positif et l'étendue lésionnelle. Elle permet de mettre en évidence l'atteinte des corps vertébraux et arcs postérieurs, un tassement vertébral tumoral, une épидурite métastatique et la multiplicité des lésions.

Le traitement repose sur la chirurgie on peut soit réaliser une geste décompressive ± une exérèse tumorale soit une ostéosynthèse en cas de tassement vertébral ou de fractures pathologiques ou encore une vertébroplastie.

La Radiothérapie peut être curative en cas de plasmocytome ou lymphome. Elle a un rôle antalgique, palliative en cas d'atteinte multiple. La chimiothérapie est aussi indiquée ainsi que la greffe de la moelle osseuse est surtout réalisée pour le plasmocytome.

Le pronostic de ces affections reste péjoratif. La survie à 6 mois est de 70% et de 50% à 1 an. La précocité du traitement chirurgical et la nature de l'hémopathie restent des éléments majeurs du pronostic fonctionnel.

Une manifestation exceptionnelle du myélome multiple: Infiltration hépatique plasmocytaire

Ajlani H, Saadaoui Kh, Testouri N, Boussaïd S, Rekik S, Jammali S, Cheour E, Sahli H, Elleuch M
Service de Rhumatologie - CHU LA RAÏA TUNIS

OBSERVATION:

• Mr K.K âgé de 55 ans, diabétique, hypertendu, hospitalisé pour ictère cutanéomuqueux intense associé à une hépatalgie, une hypercalcémie et une insuffisance rénale.

L'examen clinique: trouve un patient avec un état générale altéré, obnubilé, très ictérique, l'hypochondre droit (HCDt) est sensible siège d'une hépatomégalie de 20 cm de grand axe sans splénomégalie.

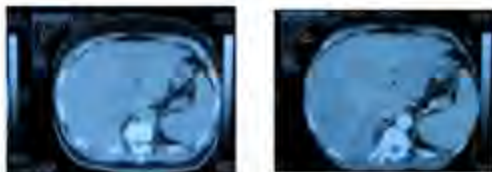
• Ailleurs l'examen ostéo-articulaire est sans anomalie.

La biologie: révèle une hypercalcémie à 3,62 mmol/l, une cholestase (bilirubine conjuguée=203mmol/l, PAL=373mmol/l), une cytololyse hépatique (ASAT= 145µmol/l, ALAT= 136µmol/l), une insuffisance rénale (urée= 47,8µmol/l, créatinémie=1395µmol/l). L'électrophorèse des protides trouve des yglobulines à 11,5g/l et des βglobulines à 12 g/l.

Le bilan radiologique:

• Rx Standard sans anomalie.

• L'échographie et le scanner abdominal mettent en évidence une hépatomégalie homogène sans dilatation des voies biliaires ni splénomégalie.



- Le diagnostic de myélome à chaînes légères lambda a été évoqué et confirmé par l'immunoélectrophorèse et le myélogramme.
- L'atteinte hépatique est très probablement liée au MM puisque les sérologies de l'hépatite B et C, CMV, EBV, ainsi que de l'herpès sont tous revenus négatifs.
- Le patient a été mis sous Déxaméthasone et pamidronate de sodium

Evolution: était fatale dans un tableau d'encéphalopathie hépatique associée à un syndrome infectieux.

• Une biopsie hépatique post-mortem a conclu à un infiltrat plasmocytaire des espaces portes.

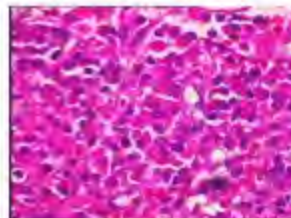
INTRODUCTION:

- Le myélome multiple (MM) est une tumeur maligne qui touche principalement mais non exclusivement la moelle osseuse.
- Les manifestations extra-osseuses du MM sont fréquentes.
- L'atteinte hépatique reste très rare se révélant principalement par un ictère cholestatique:

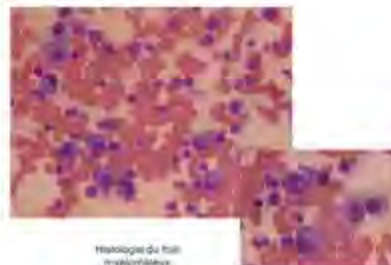
◆ Intra-hépatique: infiltration amyloïde hépatique

◆ Extra-hépatique: infiltration myélomateuse de la tête du pancréas ou obstruction biliaire due à une plasmocytome abdominale.

- L'atteinte hépatique par infiltration myélomateuse est exceptionnelle.



Myélogramme montrant une infiltration diffuse par espaces sinusoidaux par des plasmocytes.



Histologie du foie infiltré par des plasmocytes.

CONCLUSION:

L'infiltration hépatique myélomateuse est exceptionnelle, gravissime et d'évolution rapidement fatale.

DISCUSSION:

• Les manifestations extra-osseuses du myélome multiple (MM) se voient dans moins de 5% des cas.

• L'atteinte du foie au cours du MM est exceptionnelle et elle est plutôt découverte à l'autopsie.

• La majorité des cas signalés à ce jour ont été dues à des dépôts amyloïdes hépatiques ou une obstruction des voies biliaires extra-hépatiques.

• Autant que nous le savons, seulement 3 cas d'infiltration plasmocytaire hépatique, confirmées par biopsie ont été rapportés dans la littérature

• L'étude réalisée par Perez-Soler et al, sur la base des dossiers médicaux de 128 patients atteints de MM a montré que 13% des patients qui n'ont pas eu de biopsie du foie et 42% de ceux qui l'ont eu, ont au moins une hépatomégalie au moment du diagnostic ou pendant la période de suivi ; Perez-Soler R, Am J Hematol 1985; 20: 25-29.

• L'atteinte hépatique et l'ictère sont souvent secondaire à une obstruction biliaires extra-hépatiques en raison d'un plasmocytome abdominale ou d'une infiltration myélomateuse de la tête du pancréas.

• Par ailleurs, l'ictère peut être causé par une cholestase intrahépatique

• Dans une étude de la littérature l'amylose hépatique au cours du myélome multiple n'a été retrouvée que dans 4 cas sur 78.

Rubinow A, Am J Med 1978; 64: 937- 946

• La cholestase intrahépatique était la manifestation prédominante chez notre patient.

• Une procédure invasive a été effectuée pour confirmer l'infiltration plasmocytaire diffuse du foie.

• Le système biliaires extra-hépatiques était normal.

• Seuls 3 cas d'infiltration de plasmocytes se traduisant par un ictère ont signalés dans la littérature.

• Les manifestations extra-osseuses sont généralement rapportées chez des patients jeunes atteints de myélome grave, caractérisé par une progression rapide, une résistance au traitement, et une survie médiane de 12 mois. Notre patient était dans le même cas.

Localisation exceptionnelle d'un kyste mucoïde

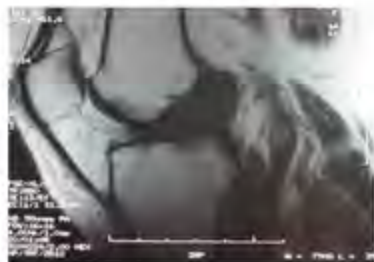
Ajlani H, Saadaoui Kh, Testouri N, Boussaid S, Rekik S, Jammali S, Cheour E, Sahli H, Elleuch M
Service de Rhumatologie - CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

Le kyste mucoïde du ligament croisé est rare par rapport aux kystes synoviaux péri-ligamentaires et aux kystes de l'échancrure. Si leur pathogénie reste sujette à controverse, leur connaissance a grandement bénéficié des progrès de l'imagerie moderne, et en particulier de l'échographie et de l'imagerie par résonance magnétique.

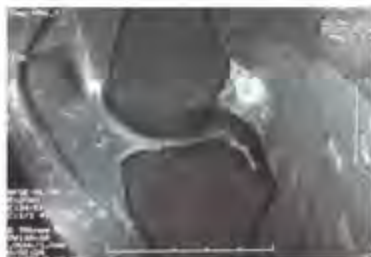
Cas Clinique :

- Une ancienne handballeuse de 40 ans a consulté pour des douleurs du creux poplité droit d'origine mécanique.
- L'examen clinique montre une limitation de la flexion du genou droit. Les signes méniscaux, ligamentaires et rotuliens étaient négatifs.
- La biologie ainsi que l'imagerie standard étaient normales.
- L'IRM: une hypertrophie du LCA dont les contours étaient mal limités avec hypersignal hétérogène T2, hypo signal T1 aménageant des logettes kystiques séparées par des fibres. Cet aspect de céleri-branché nous a fait évoqué le diagnostic de kyste mucoïde du LCA avec Expansion kystique extraligamentaire .
- Une arthroscopie a été indiquée afin de confirmer le diagnostic mais également à visé thérapeutique.



Hypertrophie du LCA dont les contours sont mal limités, hétérogène en T2, hypo signal en T1

Aspect de céleri-branché



Discussion :

Kystes mucoïdes appelés « ganglion cysts » sont des formations kystiques néoformées constituées d'une ou plusieurs cavités entourées d'une paroi fibreuse formée de tissu conjonctif paucicellulaire sans véritable recouvrement synovial mais tapissée d'un revêtement discontinu de cellules aplaties pseudosynoviales. Le contenu est constitué par du liquide mucoïde très visqueux souvent comparé à de la gelée de pommes (liquide synovial déshydraté riche en acide hyaluronique).

Prévalence:

0,44 % en IRM (3) - Terrain: adulte jeune (âge moyen 45,8 ans) avec une nette prépondérance masculine (4) - Présentation

Clinique:

limitation douloureuse en flexion du genou

Diagnostic:

L'IRM est l'examen indispensable et le seul permettant de faire le diagnostic positif d'un kyste intraligamentaire du LCA montrant un aspect ballonisé du LCA et son hypersignal franc sur les séquences T2 sont retrouvés dans tous les cas et sont pathognomoniques

Etiologie:

- *Théorie dégénérative* : Le kyste serait la conséquence d'une dégénérescence mucoïde du tissu conjonctif possiblement secondaire à un traumatisme ou à des microtraumatismes répétés. - *Théorie synoviale*: Le kyste serait créé par le passage sous l'effet de la pression locale de liquide articulaire au travers d'un fin pertuis.

Traitement:

- La régression spontanée des kystes infiltrants n'a jamais été décrite dans la littérature.
- De plus le LCA fragilisé par l'infiltration kystique peut se rompre
- Le traitement des kystes infiltrants du LCA est arthroscopique
- L'évacuation de l'infiltration kystique au trocart au travers des fibres du ligament est geste suffisant
- Certains patients ont présenté des signes objectifs de laxité post arthroscopie, l'importance des signes étant corrélés à l'importance de la résection kystique au travers du LCA.

Conclusion :

Le kyste mucoïde infiltrant le ligament croisé antérieur est rarement décrit dans la littérature. Son origine reste inconnue. Le diagnostic est évoqué à l'IRM. Quant à l'arthroscopie, elle présente un intérêt aussi bien diagnostique que thérapeutique.

DRESS Syndrome en Rhumatologie

Triki W, Ben Tekaya A, Tekaya R, Saidane O, Mahmoud I, Abdelmoula L
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) est une toxidermie grave associée à un nombre limité de médicaments. Il est défini par un tableau clinique et biologique associant fièvre élevée, œdème du visage, éruption cutanée, polyadénopathie, syndrome mononucléosique, hyperéosinophilie et atteintes viscérales parfois graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Nous discutons, à travers trois observations, les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives du DRESS syndrome vues en milieu de rhumatologie.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective descriptive menée entre 2005 et 2017, ayant présenté un DRESS (>5 points du score diagnostique RegiSCAR). Pour chaque patient, nous avons relevé les caractéristiques cliniques, biologiques, les atteintes viscérales, les médicaments imputables, la prise en charge thérapeutique et l'évolution.

Résultats:

Trois patients (2 femmes et 1 homme) étaient inclus, d'âge moyen 52 ans [45-65]. Ils étaient hospitalisés pour prise en charge d'une spondylarthrite ankylosante dans un cas et une spondylodiscite infectieuse à pyogènes dans 2 cas. Un terrain atopique était retrouvé chez deux patients: un syndrome de widal et des antécédents immunoallergiques au Naproxène et au diclofénac.

Le délai moyen d'apparition des signes cliniques était de 15 jours [6-22].

Signes cliniques	N
Fièvre	3
Altération de l'état général	3
Rush maculo-papuleux	3
Œdème du visage	3
polyadénopathies	2

Fig2. Paramètres biologiques

Paramètre	N	Valeur
Hyperéosinophilie	3	4400
CRP	3	60,3
Cytolyse	3	3×N
Cholestase	2	2×N

Une atteinte respiratoire à type d'hypoxie avec une SaO₂ ≤ 95% était notée dans un cas. Toutefois, la radiographie du thorax ainsi que l'électrocardiogramme étaient sans anomalies. Les médicaments imputables étaient, la sulfasalazine, le sulfaméthoxazole et la rifampicine.

La réactivation virale était recherchée chez tous nos patients et a montré une réactivation d'une infection à Epstein barr virus (EBV) seulement chez un patient.

La prise en charge thérapeutique consistait à arrêter le médicament incriminé dans tous les cas; déclaration à la pharmacovigilance. Une corticothérapie systémique était prescrite dans 2 cas.

Une hospitalisation en milieu de réanimation était nécessaire chez une patiente.

L'évolution était favorable dans tous les cas.

Toutefois, nous avons noté un état de multisensibilisation chez une patiente ayant une spondylodiscite infectieuse avec une réaction allergique cutanée à l'introduction de chaque nouvel antibiotique.

Conclusion:

Le DRESS syndrome demeure une pathologie grave. Il n'existe pas actuellement de consensus sur la prise en charge thérapeutique de ces patients. L'arrêt immédiat et définitif du médicament est impératif associé si nécessaire à une corticothérapie systémique permettant une évolution favorable dans la majorité des cas.

Profil étiologique des métatarsalgies

A.Fazaa, N.Belguith, Miladi S, K.ouenniche, S.kassab, S.chekili, K. ben abdelghani, A. laatar

Service de rhumatologie hopital Mongi Slim La Marsa

Introduction:

Les métatarsalgies sont définies par des douleurs de l'avant pied, situées dans la région des têtes métatarsiennes (TM). Il s'agit d'un symptôme fréquent en consultation de podologie, relevant de plusieurs étiologies.

L'objectif de notre travail est d'étudier le profil étiologique des métatarsalgies.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur 21 patients

Résultats :

- Il s'agissait de 6 hommes et de 15 femmes, âgés en moyenne de 48,3 ans [9-67].
- La durée moyenne d'évolution des douleurs était de 13,9 mois [2-36].
- Les principaux sièges de la douleurs sont résumés dans la figure 1.
- A l'examen, l'hyperkératose plantaire était présente dans 7 cas et des signes inflammatoires locaux étaient retrouvés dans 2 cas.
- L'examen sur podoscope a révélé des pieds plats (n=15), des pieds normaux (n=5) et des pieds creux (n=1).
- Les différentes étiologies sont présentées dans la figure 2.

Sur le plan thérapeutique, tous les patients avec insuffisance du premier rayon ont bénéficié d'orthèse plantaire (OP) et de conseils de chaussage. Le syndrome du 2^{ème} rayon a été traité dans tous les cas par un traitement médical (OP et anti-inflammatoires non stéroïdiens). Le névrome de Morton a été traité par des infiltrations aux corticoïdes avec une bonne évolution.

FIGURE 1: Sièges des douleurs métatarsiennes

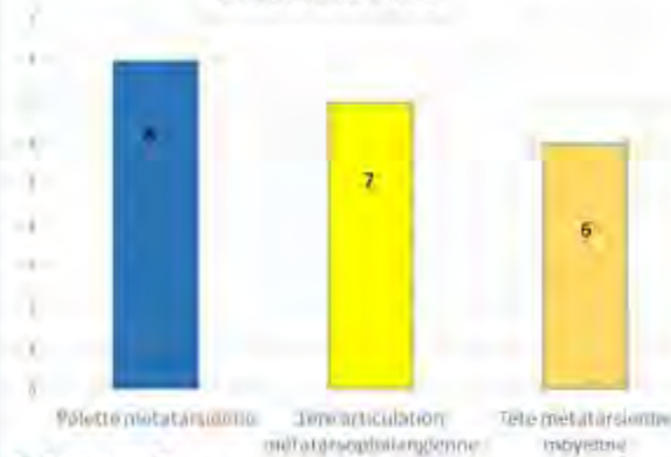
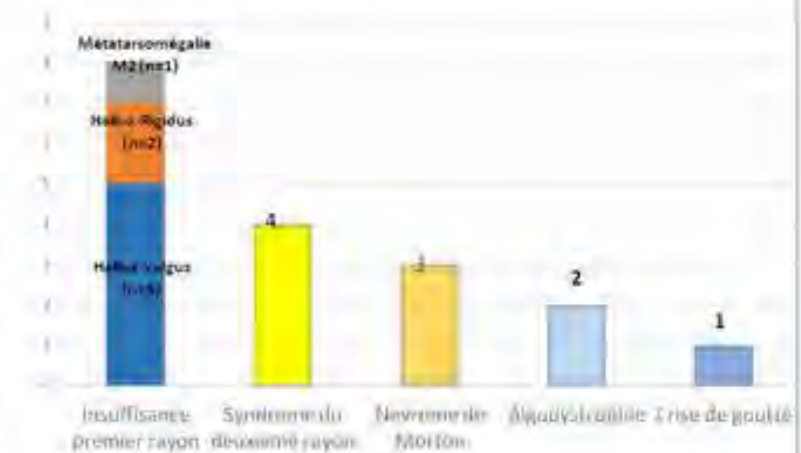


FIGURE 2: Etiologies des métatarsalgies



Discussion:

Les principaux résultats de notre étude sont conformes aux données de la littérature (1). Les métatarsalgies ne sont pas une entité spécifique mais l'expression symptomatique de pathologies d'origines diverses.

L'examen clinique suffit généralement à poser le diagnostic.

Le traitement conservateur est basé sur une modification de chaussage et le port d'une semelle.

Le pronostic est généralement favorable et le recours à la chirurgie n'est envisageable qu'après échec du traitement conservateur.

Conclusion:

Dans notre étude, les aspects cliniques et étiologiques étaient assez polymorphes. Une prise en charge adaptée et précoce est nécessaire afin de retarder le recours à la chirurgie.

Références:

- (1) Espinosa N, Myerson M. Current concept review : Metatarsalgia. Foot Ankle Int 2008;29:871-9.

La sphère cognitivo –émotionnelle de la fibromyalgie

K. Ben Abdelghani, Y. Makhoulouf, A. Fazaa, H. Boussaa, K. ouenniche, S. Miladi, S. Chekili, S. Kassab, A Laatar.

Service de rhumatologie Hôpital Mongi Slimi, La Marsa, Tunis

Introduction

La fibromyalgie est un syndrome polyalgique chronique interférant avec plusieurs domaines de la vie notamment la sphère émotionnelle de l'individu. Le but de cette étude était d'évaluer les troubles cognitifs chez les patients atteints de fibromyalgie.

Matériel et méthodes

Etude transversale portant sur 31 patientes atteintes de fibromyalgie selon les critères établis.

Les caractéristiques de la fibromyalgie (troubles du sommeil, troubles anxieux, troubles de l'attention, troubles de l'humeur) ont été relevées.

L'exploration des fonctions cognitives globales a reposé sur le test des 5 mots de Dubois (évaluer la capacité de mémorisation), le test de l'horloge [1] (un trouble de la fonction exécutive est présent si le score est inférieur à 7) et le Mini Mental State Examination (A-MMSE : version arabe validée) [2] (un score de 24 < 30 est nécessaire pour retenir le diagnostic de démence).

Résultats

L'âge moyen des patientes était de 61 ans [44-78]. Vingt étaient 20 analphabètes.

Un quart des malades (25,8%) ont été exposés à un choc émotionnel à l'enfance ou à un état de stress post traumatique au cours de leur vie. Une Humeur dépressive a été retrouvée dans 58,39% des cas. L'anxiété a été notée dans 54,83% des cas. Quatre-vingt-sept pour cent des patients ont rapporté un trouble de l'attention.

Un trouble de la capacité de mémorisation a été noté dans 51,6% des cas.

Sur les 11 patientes instruites, 3 cas de troubles de la fonction exécutive ont été objectivés par le test de l'horloge.

Au sein du MMSE modifié, 58% des patientes avaient un trouble de la mémoire. Aucun cas de démence n'a été retrouvé dans notre série.

Discussion

Ces résultats montrent une nette prévalence des troubles cognitifs dans la fibromyalgie. La composante mnésique est fortement atteinte à la fois aux scores des 5 mots de Dubois et au score A-MMSE. Les auteurs suggèrent que l'attention des patients investie dans les comportements d'anxiété et de catastrophisation associée à l'expérience douloureuse, était à l'origine de ce déclin cognitif, mais peut être expliquée par d'autres facteurs psychologiques comme l'anxiété et la dépression [3]. L'étude de la fonction exécutive dans notre série est biaisée par l'analphabétisme de nos patientes, Toutefois elle est altérée dans la littérature en particulier dans le domaine de l'autorégulation et la capacité d'inhibition [3] et ne peut pas être expliquée par les troubles de l'humeur associés. L'authenticité de la souffrance mentale des patientes qui présentent une fibromyalgie justifie pleinement sa prise en considération à travers une évaluation et des traitements adaptés.

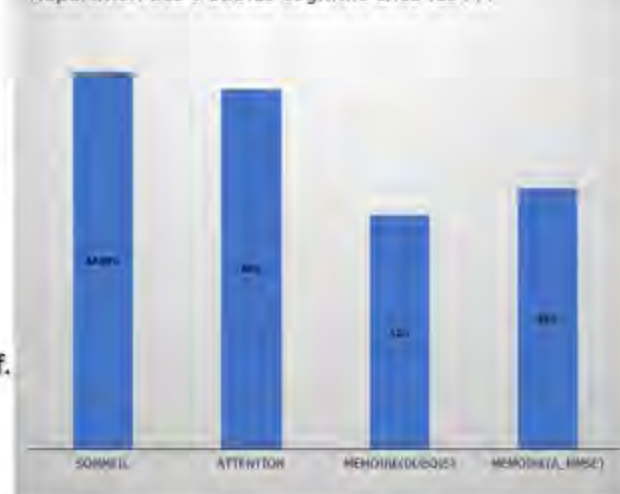
Conclusion

Les troubles cognitifs sont fréquents chez les patients souffrant de fibromyalgie, il s'agit essentiellement de troubles de la capacité de mémorisation et de l'attention. Cependant, ces résultats pourraient être biaisés par l'analphabétisme des patientes.

Références

- [1] Shulman KI. Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(6):548-61.
 [2]: VERSION ARABE DU MINI MENTAL STATE EXAMINATION (A-MMSE) : FIDÉLITÉ, VALIDITÉ ET DONNÉES NORMATIVES LA TUNISIE MEDICALE - 2008 ; Vol 86 (n°07) :768 - 774
 [3]: *Comprehensive Psychiatry* Volume 66. April 2016. Pages 113-122

Répartition des troubles cognitifs chez les FM



L'impact de la fibromyalgie sur la sexualité

K. Ben Abdelghani, Y. Makhlouf, A. Fazaa, K. ouenniche, S. Miladi, S. Chekili, S. Kassab

Service de rhumatologie Hopital Mongi Slim, La Marsa, Tunis

Introduction :

La fibromyalgie est un syndrome polyalgique chronique caractérisé par des douleurs musculosquelettiques diffuses et une fatigue excessive chronique interférant avec plusieurs domaines de la vie. Le but de ce travail était d'évaluer la répercussion de la fibromyalgie sur la sexualité chez la femme.

Matériel et méthodes

Une étude transversale a été réalisée auprès de 38 femmes atteintes de fibromyalgie selon les critères établis. Un questionnaire a été mené explorant les 4 dimensions de la sexualité (douleurs diffuses de la fibromyalgie lors des rapports sexuels, dyspareunie, diminution de la libido, orgasme). Les réponses des patientes ont été retranscrites.

Résultats

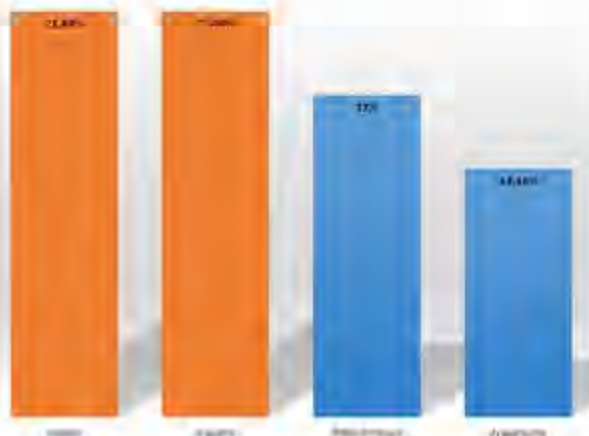
L'âge moyen des patientes était de 61,5 ans [43-78]. Dix-huit étaient analphabètes. Les troubles sexuels ont été notés dans 78,5% des cas.

La douleur de la fibromyalgie était exacerbée par les rapports dans 21,43% des cas.

Seules 5 patientes ont signalé une dyspareunie.

Dix-sept pour cent des fibromyalgiques ont exprimé une diminution de la libido. L'orgasme n'est pas atteint dans 78,5% des cas.

Parmi les patientes souffrant de dysfonction sexuelle 68,1% avaient un profil dépressif et 59% souffraient d'anxiété.



Discussion:

La fréquence des troubles sexuels dans notre série est concordante avec les résultats de la littérature [1]. La douleur de la fibromyalgie ainsi que l'absence d'orgasme sont considérés comme les troubles les plus fréquents, la dyspareunie est moins retrouvée. Toutefois, les résultats de ce travail peuvent être biaisés par l'analphabétisme des patientes ainsi que leur âge avancé. Les symptômes de la fibromyalgie entraînent une perte de l'intérêt pour les activités sexuelles. La baisse de la libido est associée à d'autres troubles sexuels notamment une dyspareunie et une difficulté à obtenir l'orgasme. La série de Kayhan montre des taux de dépression et d'anxiété estimés à 26% et 8,3% [2] alors qu'ils sont retrouvés dans plus de la moitié des cas dans notre série. Certains auteurs pensent que le recours aux antidépresseurs pourrait majorer les troubles observés.[2]

La dysfonction sexuelle est susceptible de générer chez les patientes une charge psychique importante pouvant aller à une véritable détresse morale. Une des hypothèses concernant le dysfonctionnement sexuel de la fibromyalgie est que le procédé de la maladie retentit sur la capacité d'inhibition de la douleur.[2] En effet, après avoir éliminé les causes organiques, la douleur est fréquemment incriminée. La fatigue est aussi bien retrouvée comme facteur majorant ces troubles.

Ainsi, la compréhension de cette association s'avère importante pour le développement des stratégies de prévention et de prise en charge multidisciplinaire spécifique.

Conclusion

La sexualité comme de nombreux domaines de la vie, est affectée par la fibromyalgie. Le manque d'intérêt pour les rapports sexuels est dû principalement aux douleurs chroniques qui demeurent la gêne principale associée au terrain anxio-dépressif. Cependant, ces résultats pourraient être biaisés car la sexualité reste taboue pour un bon nombre de femmes âgées et analphabètes.

Références

- [1] J Back Musculoskelet Rehabil. 2018 Mar 9. doi: 10.3233/BMR-170970
 [2] Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Feb 16;12:349-55. doi: 10.2147/NDT.S99167

Profil clinico-biologique des patients atteints de Myélome multiple dans la région de Monastir

ZROUR S., MOUANAA H., HACHFI H., FAKHFAKH R., JGUIRIM M., BEJIA I., TOUZI M., YOUNES M., BERGAOUI N.

Service Rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Service Rhumatologie, CHU Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

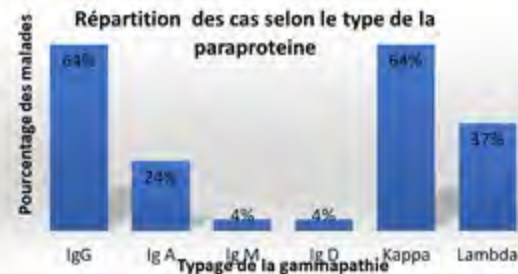
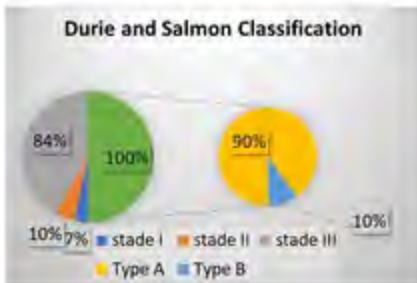
- Le myélome multiple (MM) est une hémopathie maligne caractérisée par une prolifération plasmocytaire monoclonale envahissant la moelle osseuse.
- C'est la 2^{ème} hémopathie maligne après les lymphomes

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective
- 39 patients, consécutifs, atteints de MM
- critères de l'IMWG (2014)
- service de rhumatologie Monastir
- Durée = 5 ans de 2011 à 2016
- Les évaluations radiologiques standards, tomodensitométries et IRM médullaires disponibles dans les dossiers médicaux sont analysés.

Résultats :

- Age moyen = 63 ± 10 ans [50-86]
- sex-ratio = 2
- médiane de la durée d'évolution du MM au moment de l'étude = 53 mois (>4 ans)
- La moyenne du pic monoclonal = 34g/L [17g/L, 88g/L]



Conclusion :

- Le myélome multiple est une maladie rare qui touche essentiellement le sujet âgé au genre masculin. Il demeure un cancer de mauvais pronostic. Des cas familiaux sont décrits mais demeurent exceptionnels



Œdème de Quincke à l'alendronate : à propos d'un cas

Rekik S., Ben Ammar L., Boussaid S., Sehli H., Cheour E., Elleuch M

Service de Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

L'alendronate est un des bisphosphonates utilisé pour le traitement et la prévention de l'ostéoporose et également de la maladie de Paget. Il est généralement bien toléré. Néanmoins, il peut être à l'origine d'effets indésirables parfois graves nécessitant son arrêt définitif. Nous rapportons à ce propos un cas.

Observation :

Il s'agissait d'une femme âgée de 55 ans, ménopausée depuis 8 ans, hypertendue depuis 10 ans sous traitement antihypertenseur, sans antécédents allergiques, suivie pour des cervicalgies communes sous traitement symptomatique. Une densitométrie osseuse de dépistage a été réalisée révélant une ostéoporose. La patiente a été mise sous alendronate avec une prise hebdomadaire. Au bout de la 3^{ème} semaine de ce traitement, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une dyspnée haute, d'une odynophagie et d'un œdème de la langue quelques heures après la 4^{ème} prise. La patiente a reçu aux urgences une corticothérapie injectable et un antihistaminique avec une bonne évolution. Mais, elle a gardé une érosion au niveau de la langue. L'enquête de pharmacovigilance a permis de retenir une allergie sévère à l'alendronate d'où l'arrêt définitif de cette molécule.

Discussion :

Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés dans la littérature avec l'acide alendronique ou l'alendronate sont surtout d'ordre digestif tels que la dyspepsie, les nausées ou les vomissements, les douleurs abdominales et plus rarement une œsophagite. Toutefois, ce traitement peut être également à l'origine de symptômes plus graves comme l'érythème multifocal, l'hypercalcémie ou l'hypocalcémie et dans de très rares cas des réactions d'hypersensibilité qui peuvent aller d'une simple urticaire superficielle à un véritable œdème de Quincke [1,2], comme c'était le cas de notre patiente. La prise en charge doit être rapide avec souvent un recours à l'arrêt définitif du traitement.

Conclusion:

La tolérance de l'alendronate est généralement acceptable avec des effets indésirables souvent modérés. Cependant, certains d'entre eux sont sérieux et graves. Pour cela, ils doivent être ainsi reconnus par les cliniciens afin prendre les décisions appropriées.

Bibliographie:

- [1] Biswas, P.N., Wilton, L.V. & Shakir, S.A.W. Osteoporos Int (2003) 14: 507.
- [2] Iwamoto, J. "Efficacy and Safety of Alendronate and Risedronate for Postmenopausal Osteoporosis." *CURRENT MEDICAL RESEARCH AND OPINION* 22.5 (2006): 919-928.

Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs chez les sages femmes

Sellami Imen¹, Feki Afef², Hajjaji Mounira¹, Akrouf Rim², Jmal Hammami Kaouther¹, Baklouti Sofien², Masmoudi Mohamed Larbi¹

¹ Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU Hédi Chaker Sfax ² Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

Les manœuvres d'accouchements en postures contraignantes chez les sages-femmes sont à l'origine de l'apparition de troubles musculo-squelettiques localisés essentiellement aux membres supérieurs.

Objectif : Etudier la prévalence des troubles musculo-squelettiques chez les sages-femmes.

Matériels et méthodes :

- Étude transversale auprès des sages-femmes du CHU Hédi Chaker de Sfax
- Un questionnaire auto-rempli rédigé en français comportant :
 - ✓ une première partie concernant les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles
 - ✓ une deuxième partie inspirée du questionnaire nordique des troubles musculo-squelettiques relatifs à l'atteinte du membre supérieur (épaules, coudes, poignets...) durant l'année précédente.

Résultats :

- ❖ 29 sages-femmes toutes de sexe féminin
- ❖ Âge moyen **48,3 ± 7,8 ans**
- ❖ Ancienneté professionnelle moyenne de **22,8 ± 8,4 ans**.
- ❖ La majorité était mariée 75,9%.
- ❖ Le nombre moyen d'enfants à charge était de 2.
- ❖ Un usage fréquent (plus d'une semaine par mois) du traitement antalgique ou d'anti-inflammatoire était rapporté par la totalité de des patients qui présentaient des plaintes musculo-squelettiques.
- ❖ L'indice de masse corporelle moyen était de **28,1 ± 4,3**. Une obésité (IMC > 30) était retrouvée chez 31% des sages-femmes.
- ❖ Seulement **20,7%** des interrogées exerçaient une activité physique régulière.
- ❖ Une arthrose était retrouvée chez 6 sages femmes.
- ❖ La prévalence des troubles musculo-squelettiques (Tableau 1)
 - ✓ **56%** des interrogées avaient présenté une douleur unilatérale ou bilatérale de l'épaule durant l'année précédant l'étude
 - ✓ **36%** décrivaient une douleur unilatérale ou bilatérale de l'épaule durant la semaine précédant l'enquête.
- ❖ L'échelle visuelle analogique de la douleur moyenne était de **5,9 ± 3** le jour de l'administration du questionnaire.

❖ Les absences pour les trois mois précédents le questionnaire étaient de 6 jours en moyenne et variaient d'un à 15 jours.

❖ Un retentissement sur la vie familiale et professionnelle était rapporté par 65% des sages-femmes interrogées.

Tableau 1 : La prévalence des troubles musculo-squelettiques

Les régions	Les plaintes musculosquelettiques		EVA douleur
	Pendant les 12 derniers mois	Pendant la semaine dernière	Au moment du questionnaire
Epaulles/bras	56%	36%	5,9
Coudes/avant bras	28%	20%	4,83
Mains/poignet	60%	28%	5,5
Doigts	24%	12%	4

Discussion :

Les sages femmes présentaient multiples plaintes fonctionnelles musculo-squelettiques avec une évolution parfois trainant en rapport avec une exposition maintenue aux contraintes de nature biomécanique et psychosociale.

Conclusion :

Les sages-femmes constituent une catégorie professionnelle fortement exposée aux troubles musculo-squelettiques qui touchent essentiellement les épaules. Des mesures de prévention de l'installation de ces troubles semblent indispensables pour préserver une meilleure qualité de vie chez ces personnels de santé.



Atteinte de la coiffe des rotateurs : source d'handicap professionnel

Sellami Imen¹, Feki Afef², Hajjaji Mounira¹, Akrouf Rim², Jmal Hammami Kaouther¹, Baklouti Sofien², Masmoudi Mohamed Larbi¹

¹ Service de médecine du travail et de pathologie professionnelle, CHU Hédi Chaker Sfax

² Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

Premier stabilisateur dynamique de l'épaule, la coiffe des rotateurs est l'atteinte caractérisée par un important retentissement sur l'aptitude professionnelle et sur l'avenir professionnel des actifs.

Objectif

Déterminer le profil des patients atteints de tendinopathies de l'épaule.

Méthodologie

- Etude descriptive transversale
- Les patients qui consultaient au service de rhumatologie pour douleurs de l'épaule dont l'origine professionnelle est évoquée.
- Notre enquête était effectuée moyennant :
 - ✓ Un questionnaire portant sur les données sociodémographiques et professionnelles
 - ✓ Un examen clinique.
- Période d'étude étalée sur 8 mois.

Résultats

- **34** patients.
- La moyenne d'âge : **51 ± 7ans**
- Majorité féminine sexe ratio était de 0,52.
- L'ancienneté professionnelle moyenne : de **21 ± 4,3ans**.
- Les signes fonctionnels:
 - La douleur était un motif commun de consultation pour tous les patients.
 - Une impotence fonctionnelle partielle ou totale était décrite par 36% des patients.
- Les signes étaient unilatérales pour tous les patients sauf un.
- Une notion de traumatisme de l'épaule était décrite par 37% des patients.
- **L'examen clinique** : Une limitation de l'amplitude articulaire chez 79% des patients
- L'échelle visuelle analogique de la douleur le jour de l'examen variait de 6 à 9 avec une moyenne de 7,6.

➢ Le volet thérapeutique :

- Un traitement par un antalgique, un anti-inflammatoire et un gel local était utilisé par les patients pendant une durée d'au moins d'un mois par an.
- Une infiltration par des antalgiques était réalisée pour 12 patients.
- La chirurgie était indiquée pour neuf des consultants qui présentaient des données cliniques et radiologique de rupture tendineuse.

➢ Les professions concernées avaient en commun :

- Une hypersollicitation des membres supérieurs
- Une préhension de charges lourdes
- Des mouvements répétitifs de grandes amplitudes de l'épaule.

➢ Les secteurs professionnels :

- Secteur de santé : 48,1%
- Secteur textile : 22,2%
- Autre (agroalimentaire, BTP, agriculture) : 29,7%

➢ La majorité des patients n'était pas titulaire 67%.

➢ Une diminution du rendement au travail était rapportée par tous les patients.

➢ Près de 30% des interrogés avaient eu un congés pendant les 3 derniers mois avec une durée moyenne d'arrêt de travail de **2,3** jours.

➢ Un changement de travail ou une démission était rapporté par 2 femmes et un homme.

➢ Les troubles musculosquelettiques étaient à l'origine de conflits professionnels pour 77% des patients.

➢ Malgré que 19 patients répondaient aux critères du tableau n°82 de la liste des tableaux des maladies professionnelles, seulement deux patientes avaient bénéficié d'une déclaration (une secrétaire médicale et une couturière).

Conclusion

Une prise en charge adéquate des patients atteints d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs ainsi qu'une adaptation ergonomique du poste du travail sont nécessaires pour retarder l'installation des signes dégénératifs et préserver le devenir professionnel des malades.



Titre

Auteurs

Adresse

Introduction :

Résultats :