

Lombosciatique sur anomalie d'émergence radiculaire

K. El Kohen, N. Akasbi, T. Harzy

Service de rhumatologie, CHU Hassan II Fès, Maroc
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès
Université Sidi Mohammed Ben Abdellah

Figure 1 : Coupe sagittale L5-S1 d'une TDM du rachis lombaire non injectée



Introduction :

Les anomalies d'émergence radiculaire par racines conjointes constitue une étiologie rare des lombosciatiques. Elles sont définies comme deux racines nerveuses adjacentes qui partagent une enveloppe durale commune à un moment donné au cours de leur trajet. Bien que souvent unilatérales, des cas bilatéraux ont été retrouvés. Connue depuis l'ère de la sacroradiculographie, elles ont bénéficié actuellement d'une meilleure analyse avec l'apport de l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Nous rapportons un cas de grosses racines émergentes faisant évoquer des racines conjointes, découverte sur une TDM lombaire, lors d'une exploration d'une lombo-sciatique gauche.

Intérêt :

Les anomalies d'émergence radiculaire est une cause rare de lombosciatique, cependant, il faut y penser devant toute sciatique hyperalgique sans signe de Lasègue.

Quoique l'IRM ne soit le gold-standard dans leur détection, dans ce cas la TDM était suffisante pour poser le diagnostic.

Patient et observation :

- ❖ Il s'agit d'une patiente âgée de 52 ans qui présentait depuis 3 semaines une lombosciatique gauche hyperalgique d'horaire mécanique non déficitaire, rebelle aux multiples médicaments (paracétamol, AINS, codéine, tiocolchicoside). A l'interrogatoire, la patiente n'avait pas d'antécédents particuliers et aucune notion d'effort ou de traumatisme récents n'a été rapportée.
- ❖ L'examen clinique a objectivé une lombosciatique gauche de topographie L5, associée à des phénomènes neuropathiques type brûlure, décharges électriques et allodynie. Une douleur aux points de Valleix a été mise en évidence. Le Lasègue ainsi que le signe de la sonnette était négatifs. L'examen neurologique était sans particularités.
- ❖ Les radiographies standards ont montré une lombalisation de la première vertèbre sacrée, sans phénomènes arthrosiques. La TDM a objectivé une anomalie de l'émergence des racines L5-S1, visibles sous forme de grosses racines émergentes compatible avec une conjonction de ces racines, avec une absence de hernie discale et de signes de dégénérescence du rachis lombaire.
- ❖ La patiente fût mise sous corticothérapie et prégabaline 75mg/j.



Syndrome douloureux régional complexe type 1 : profil des patients hospitalisés au service de rhumatologie du CHU Ibn Rochd Casablanca

Dr M.LAANAYA, Prof K.NASSAR, Prof O.RACHIDI, Prof S.JANANI, Prof O.MKINSI
Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, CASABLANCA

Introduction :

Le syndrome douloureux régional complexe de type I (SDRC1), appelé autrefois algoneurodystrophie est une pathologie fréquente et bénigne. Son diagnostic est habituellement aisé en phase chaude et dans un contexte évocateur. Les critères diagnostiques de BUDAPEST sont les plus utilisés. Son pronostic est variable, et dépend principalement de la précocité de la prise en charge.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective menée au service de Rhumatologie du 1er janvier 2014 au 1er septembre 2018, ayant inclus 13 cas de SDRC1.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 41,5 ans.
Le sex-ratio était de 3,3 femmes pour 1 homme.
90% de nos patients avaient des antécédents médico-chirurgicaux. Les rhumatismes inflammatoires chroniques et les traumatismes étaient les antécédents les plus fréquemment retrouvés.
92% des patients ont présenté des troubles sensoriels, 84% des troubles vasomoteurs et 53% des troubles moteurs et trophiques.
La cheville et la main étaient atteintes respectivement chez 38 et 30% des cas.
Le diagnostic a été confirmé par la clinique chez 4 cas, par la scintigraphie chez 5 cas et par la radiographie standard ou l'IRM chez 4 cas.
8 de nos patients avaient reçu du pamidronate, 1 patient de la calcitonine, et 4 patients des antalgiques et le traitement des douleurs neuropathiques.
Notre recul était de 4,3 mois. Le délai moyen de prise en charge était de 130 jours avec des extrêmes de 15 jours à 2 ans.
Une évolution favorable était notée chez 10 cas dont 6 ont été traités par pamidronate, 1 par calcitonine, 3 par prégabaline et antalgiques. 2 patients n'ont pas bien répondu au pamidronate ; ils ont gardé des douleurs et des troubles sensoriels, 1 patiente traitée par amitriptyline et antalgiques avait gardé une raideur articulaire et des douleurs.
La main et la cheville étaient les localisations dont l'évolution était la plus favorable.
Il n'a pas été retrouvé de cas de récurrence.

Discussion :

Le SDRC1 est une pathologie à prédominance féminine, atteignant principalement les membres inférieurs et de cause le plus souvent post-traumatique. Son diagnostic est clinique, mais peut reposer, dans des situations particulières; sur un aspect moucheté évocateur objectivé sur la radiographie standard, ou une hyperfixation locorégionale sur la scintigraphie osseuse, ou un œdème particulièrement ostéoméduillaire sur l'IRM..
Son traitement repose essentiellement sur les biphosphonates et la rééducation physique. Il n'existe pas actuellement de thérapie ciblée efficace. et son évolution est variable. L'absence de traitement curatif rend encore plus importantes les mesures de prévention primaires dans les différentes circonstances susceptibles de se compliquer d'un SDRC1, et ceci par une surveillance régulière des patients sous contention, l'immobilisation aussi courte que possible, la rééducation précoce et l'utilisation d'antioxydants (vitamine C, N acétylcystéine).

Conclusion

L'évolution du SDRC1 est plus favorable lorsqu'un diagnostic précoce permet l'instauration d'une prise en charge adaptée dans des délais brefs. Le pronostic est souvent lié au terrain et à la symptomatologie qui, s'ils sont négligés, peuvent conduire à des séquelles fonctionnelles invalidantes.

Prévalence des symptômes anxieux et dépressifs chez une population atteinte de fibromyalgie: étude comparative avec la polyarthrite rhumatoïde

Jguirim.M, Jomaa.O, Achour. MA, Dghaies. A, Grassa .R, Fakhfakh.R, Zrour..S, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N .

Service de rhumatologie de Monastir

Introduction:

La fibromyalgie (FM) est un syndrome polyalgique chronique d'origine non inflammatoire caractérisé par des douleurs musculosquelettiques bilatérales diffuses, une fatigue, et des troubles du sommeil qui s'associent dans la majorité des cas à une symptomatologie dépressive et des troubles anxieux, une capacité fonctionnelle altérée et des dysfonctions sexuelles. Elle s'inscrit dans le cadre des troubles douloureux du DSM-IV-TR. Notre objectif principal était de déterminer la prévalence des différents symptômes chez 34 patients atteints de FM en comparaison avec 100 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale comparative, cas-témoin menée dans le service de Rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir, sur une période allant de février à novembre 2017. Nous avons utilisé l'échelle de dépression de Hamilton, l'échelle de Hamilton de l'évaluation de l'anxiété, la vérification des critères diagnostiques du DSM-IV-TR pour les troubles douloureux, l'index de qualité de sommeil de Pittsburgh, l'index de la fonction sexuelle féminine, l'inventaire de la santé sexuelles pour les hommes, l'inventaire multidimensionnel de la fatigue et l'indice fonctionnel HAQ.

Résultats:

Nous avons constaté une différence significative entre les patients du groupe FM et ceux du groupe PR en ce qui concerne les prévalences respectives des symptômes dépressifs (79,4% de symptômes dépressifs vs 1 %), des symptômes anxieux (61,8 % de symptômes anxieux sévères vs 0 %), des troubles du sommeil (94,1 % vs 65 %), des dysfonctions sexuelles féminines (100% vs 60 %), de la fatigue générale (85,29% vs 66%) et de l'incapacité fonctionnelle (91,2%vs 66%).

Discussion

La fibromyalgie est définie comme un syndrome hyperalgique, diffus, chronique, musculo-tendineux sans substratum anatomique ou inflammation locale [1]. Il n'y a pas d'atteinte articulaire comme dans la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus systémique. Les douleurs doivent être présentes depuis 3 mois, bilatérales, au dessus et en dessous de la taille, sans cause connue. Les points douloureux spécifiques seront recherchés systématiquement et l'examen doit en retrouver 11 sur les 18 pour parler de fibromyalgie. Certains signes majeurs sont quasiment présents dans la majorité des cas : une fatigue générale, une fatigabilité musculaire, une raideur matinale et des troubles du sommeil. D'autres signes sont fréquemment retrouvés : des paresthésies des extrémités, une colopathie fonctionnelle (dans 50 à 80 % des cas), des troubles anxio-dépressifs ou des antécédents dépressifs, Une étude récente retrouve une prédominance de l'anxiété sur la dépression [2].

[1] Wolfe F, The American college of rheumatology. 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee, Arthritis. Rheum.

[2] Arnold L.M. The effect of anxiety and depression on improvements in pain in a randomized, controlled trial of pregabalin for treatment of fibromyalgia

Conclusion:

Une prise en charge multidisciplinaire de ce trouble douloureux incluant le psychiatre comme intervenant clé est nécessaire pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

Dépistage des douleurs neuropathiques au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Farhat A, El Amri N, El Achek MA, Baccouche K, Khalifa D, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

Les douleurs neuropathiques (DN) sont fréquentes en rhumatologie, souvent intriquées avec les douleurs par excès de nociception. Elles peuvent expliquer les difficultés d'expression de la douleur par les patients et l'inefficacité des traitements antalgiques habituels. Le but de notre étude est de comparer les scores de dépistage de la douleur neuropathique au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC).

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale concernant 30 patients atteints de RIC colligés au service de Rhumatologie de Sousse sur une période de 3 mois. Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie et tous les patients ont eu un interrogatoire évaluant les caractéristiques de la douleur complété par des questionnaires et des tests spécifiques (DN4, Pain Detect (PD) et le score de LANSS).

Résultats:

Il s'agit de 30 patients d'âge moyen de 48,57 ans [21-73]. Le sex ratio H/F =0,58. 43,3% des patients avaient une polyarthrite rhumatoïde (PR) avec un DAS28 moyen de 3,45, 40% une spondylarthrite (SP) avec un BASDAI moyen de 39,63, un BASFI moyen de 44,9 et un ASDAS moyen de 2,53, 6,7% un lupus érythémateux systémique (LES) et un syndrome de Gougerot-Sjögren et 3,3 % une sclérodémie. La durée moyenne d'évolution était de 75,43 mois [12-240]. 96,7% étaient sous antalgiques niveau un, 33,3% sous anti-inflammatoires non stéroïdiens, 43,3% sous corticothérapie (dose moyenne=8,54 mg), 46,7% sous méthotrexate et 6,7% sous salazopyrine. Aucun malade n'était sous léflunomide. La douleur était chronique dans 100% des cas avec une EVA moyenne de 5,13. La topographie était variable: au niveau lombaire (56,6%), cervical (26,6%), des genoux (10%), des mains (3,3%) et à type de pygalgie dans 3,3% des cas. Elle était spontanée dans 33,3% et provoquée dans 66,7% avec une évolution temporelle intermittente dans 90%. Elle se manifestait comme allodynie dans 20% et comme hyperalgésie dans 80% des cas. Le stimulus était l'effort (66,6%), le mouvement (26,6%) et le frottement et la pression (6,6% chacun). Aucune douleur au chaud ni au froid n'était trouvée. La douleur neuropathique était objectivée par le DN4 dans 23,33%. Le PD était positif dans 3,3%, incertain dans 13,3% et négatif dans 83,3% des cas. Le score LANSS était positif dans 20%.

Discussion:

-Les DN sont souvent sous estimées et sous traitées. Cependant elles ne sont pas rares; elles affectent 7% de la population française adulte

(5%pour les DN modérée à sévère). Ce qui représente un quart des patients douloureux chroniques.[1]

- Le DN4 comporte sept items d'interrogatoire et trois items d'examen clinique. L'étude de validation a permis d'établir qu'un score d'au moins 4/10 permettait d'orienter vers le diagnostic de DN avec une excellente spécificité (89,9 %) et une sensibilité (82,9 %), mais la partie « interrogatoire » de cet outil a également une bonne valeur diagnostique [1]. Cet outil présente l'avantage d'une grande simplicité d'utilisation permettant son emploi rapide en pratique clinique quotidienne

- le Pain Detect inclut un questionnaire d'autoévaluation présentant neuf items dont sept sont quantifiés sur une échelle catégorielle et deux correspondent aux caractéristiques spatiales et temporelles de la douleur. Un item est scoré négativement. Il ne comporte pas d'examen clinique. Sa sensibilité et sa spécificité sont de 80 et 85 % respectivement.

- Le LANSS est le premier outil à avoir été développé pour le dépistage des DN [2]. Il contient cinq items fondés sur des descripteurs et deux items d'examen clinique. Sa sensibilité et sa spécificité sont de 85 et 80 %, respectivement. La LANSS a aussi fait l'objet d'une validation comme outil d'autoévaluation[3]. La particularité de ce questionnaire est de comporter plusieurs items composites, ce qui le rend moins précis que les autres outils et peut risquer de réduire ainsi sa pertinence diagnostique.

- Les outils de dépistage ne remplacent pas le jugement clinique. Il existe entre 10 et 20 % de faux-positifs ou négatifs, quel que soit l'outil. Une mauvaise utilisation des outils peut conduire à biaiser les résultats d'enquêtes épidémiologiques en population générale [4]. Il a été montré que la sensibilité et la spécificité des outils de dépistage étaient moindres en cas de douleur faible (< 4/10) [5]

Conclusion:

Plusieurs outils d'aide au diagnostic de la DN sont disponibles. Ils sont aussi nécessaires pour évaluer la réponse thérapeutique à court et à long terme.

Références:

- [1]. Bouhassira D et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in general population. Pain 2008
- [2]. Bennett MI (2001) The LANSS Pain Scale: the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs. Pain 92
- [3]. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Potter J (2005) The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. J Pain 6
- [4]. Bennett MI, Bouhassira D (2007) Epidemiology of neuropathic pain; can we use the screening tools? Pain 132.
- [5]. Perez C, Galvez R, Huelbes S, et al (2007) Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (douleur neuropathique quatre questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. Health Qual Life Outcomes 5: 66

La prise en charge de la goutte chronique sévère intolérante aux inhibiteurs de la xanthine oxydase : à propos d'un cas

Benchérifa S.¹, Bezza A.²

1. Service de Rhumatologie A, Hôpital El Ayachi- Salé, Université Mohammed V, Rabat – Maroc

2. Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V- Rabat, Université Mohammed V, Rabat – Maroc

Introduction :

La goutte chronique sévère intolérante aux inhibiteurs de la Xanthine Oxydase est une pathologie rare qui pose un problème sérieux de prise en charge thérapeutique puisque les recommandations standards s'avèrent insuffisantes disposant d'un choix restreint d'options thérapeutiques. Les alternatives « uricosuriques, uricases » ne sont pas disponibles ou autorisées dans plusieurs pays dont le Maroc.

Matériels et méthodes:

Patient âgé de 63 ans suivi depuis l'année 2000 pour goutte chronique, ayant débuté par une crise typique de la première articulation métatarso-phalangienne, mis sous colchicine et allopurinol 100 mg/j arrêté après 10 jours pour réaction allergique cutanée urticarienne diffuse. Entre les années 2000 et 2017, il a présenté des poussées intermittentes restant sous colchicine et anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) à la demande avec respect du régime alimentaire. En juillet 2017, suite à un accès goutteux, le patient était mis sous fébuxostat 80 mg/jour arrêté pour même réaction allergique cutanée, restant sous colchicine et AINS à la demande. Il était hospitalisé récemment pour une poussée de goutte sévère polyarticulaire et tophacée sans symptomatologie rénale.

Le bilan biologique : VS=5 mm, CRP=1,9 mg/l, Acide Urique=90 mg/l, Uraturie=0,59 g/24h avec bilans rénal, hépatique et lipidique normaux. Le bilan radiologique : aspect typique d'arthropathie goutteuse chronique au niveau des mains et des avant-pieds avec échographie rénale normale.

Résultats :

De nouvelles thérapies (nouveaux uricosuriques) sont disponibles, dont certaines sont actuellement utilisées et d'autres en cours d'évaluation que notre pays devrait essayer d'introduire pour couvrir le besoin non satisfait concernant la gestion de ces malades difficiles.

Conclusion :

Devant une goutte chronique sévère intolérante aux inhibiteurs de la xanthine oxydase qui sont les traitements hypouricémiants de première intention, l'Eular (European League Against Rheumatism) et l'ACR (American College of Rheumatology) recommandent récemment l'utilisation des uricosuriques « Probenécide/Benzbromarone » ou le recours à l'uricase recombinante « Péggloticase ou Rasburicase » comme alternatives. Ces traitements ne sont pas disponibles ou autorisés dans plusieurs pays dont le Maroc rendant difficile la prise en charge thérapeutique.

Maladie de dépôts de pyrophosphates de calcium: profil des patients du service de rhumatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Dr M.LAANAYA, Prof K.NASSAR, Prof O.RACHIDI, Prof S.JANANI, Prof O.MKINSI

Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, CASABLANCA

Introduction :

La maladie de dépôts des pyrophosphates de calcium ou la chondrocalcinose est une arthropathie métabolique secondaire à un dépôt de ces microcristaux au niveau du cartilage et du fibrocartilage. Elle peut être idiopathique ou secondaire. Notre objectif est de préciser le profil des patients présentant ce rhumatisme.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective menée au service de rhumatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre le 1^{er} janvier 2013 et juin 2017, ayant inclus 16 cas.

Résultats:

notre étude avait retrouvé 16 cas de chondrocalcinose. L'âge moyen de nos patients était de 70,5 ans, toutes de sexe féminin. 86% des cas avaient une arthrose associée, 60% avaient des antécédents métaboliques, 13% avaient un hyperparathyroïdie secondaire à une insuffisance rénale. Dix patientes ont présenté une forme pseudo-arthrosique, 4 patientes une forme pseudo-goutteuse, et 2 une forme pseudo-polyarthritique et une forme destructrice.

Le rachis, le poignet étaient les localisations les plus fréquentes, retrouvées respectivement chez 86 et 60% des cas, suivies des genoux chez 50% des cas, puis les épaules, les métacarpo-phalangiennes, hanches et symphyse pubienne. Le diagnostic a été confirmé par les signes cliniques, radiographiques et échographiques évocateurs chez tous les cas. la ponction articulaire n'avait pas mis en évidence de micro- cristaux de pyrophosphate de calcium sur les liquides articulaires étudiés.

Tous les patients ont reçu un traitement symptomatique. Le délai moyen de prise en charge était de 120 jours avec des extrêmes de 2 mois à 4 ans. Treize patientes avaient reçu la colchicine avec bonne réponse chez 6 patientes, réponse partielle chez 2 patientes et une réponse médiocre chez 5 patientes; deux patientes avaient reçu les antipaludéens de synthèse avec réponse partielle, et une seule patiente qui avait présenté une forme sévère et destructrice, a été mise sous méthotrexate avec mauvaise réponse.

Discussion :

La prévalence de la maladie de dépôts des pyrophosphates de calcium augmente avec l'âge. Elle peut être primitive ou secondaire à certaines pathologies dont les plus fréquentes sont l'hyperparathyroïdie, l'hypothyroïdie, l'hémochromatose, la maladie de Wilson, et l'hypomagnésémie.

Elle se présente cliniquement sous plusieurs formes, la forme pseudo- goutteuse en est la plus fréquente. Le diagnostic porte sur la mise en évidence de microcristaux spécifiques au niveau du liquide articulaire ou la présence de calcifications caractéristiques radiologiques et échographiques.

Le traitement est essentiellement symptomatique à base de colchicine et antalgiques. Le méthotrexate et les antipaludéens de synthèse sont réservés pour les formes sévères.

Conclusion :

La maladie de dépôts des pyrophosphates de calcium est une pathologie fréquente en rhumatologie, en particulier chez les sujets âgés. La nécessité de rechercher une chondrocalcinose secondaire chez les sujets de moins de 60 ans se révèle nécessaire. 2 cas ont été retrouvés dans notre service. Le traitement est principalement symptomatique.

Présentation atypique d'une chondrocalcinose cervicale : à propos d'un cas

Khalifa D, Zeglaoui H, El Amri N, Baccouche K, Bouajina E

service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La chondrocalcinose articulaire (CCA) est caractérisée par le dépôt intra-articulaire et au niveau des fibrocartilages de cristaux de pyrophosphate de calcium di hydraté. La chondrocalcinose rachidienne est rare et se voit dans 19 à 26% des cas. Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant une présentation atypique de CCA.

Observation :

Patiente âgée de 83 ans hypertendue, ayant une arthrose cervicale consulte pour des cervicalgies aiguës depuis 2 semaines d'origine inflammatoire associées à des céphalées sans fièvre ni traumatisme récent avec une conservation de l'état général. A l'examen, elle était apyrétique, les pouls temporaux présents avec un examen général normal. Le rachis cervical était bloqué et très douloureux, il n'y avait pas de synovite et l'examen neurologique normal. A la biologie la VS était à 12, CRP à 5mg/dl, pas d'hyperleucocytose. Les radiographies avaient objectivé des signes de discarthrose cervicale. L'IRM rachidienne a montré un important pannus synovial C1-C2. Un scanner du rachis cervical avait montré une ostéocondensation avec des irrégularités de l'os sous chondral de l'articulation atloïdo-axoïdienne latérale droite avec un important pincement de l'interligne articulaire et un diastasis c1-c2 de 7mm avec des calcifications. La patiente était traitée par colchicine et des antalgiques et un collier cervical avec amélioration partielle. Elle avait gardé une raideur cervicale.

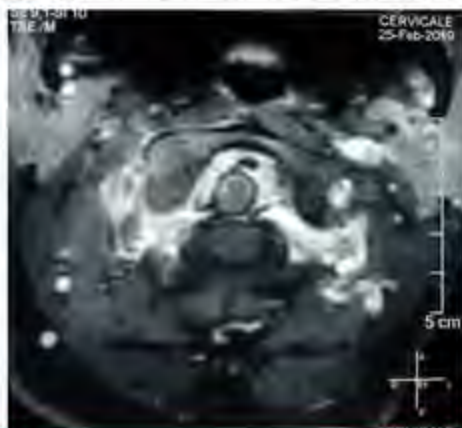


Fig.1. IRM rachidienne en coupe axiale montrant le pannus péri odontoïdien



Fig.2. IRM rachidienne en coupe frontale montrant le pannus synovial c1- c2

Discussion :

La CCA axiale est rare, la localisation cervicale nommée syndrome de la dent couronnée est asymptomatique et de découverte fortuite sur un scanner cérébral. La symptomatologie n'est pas spécifique et elle est rarement alarmante mimant une pathologie tumorale ou infectieuse. Le pronostic est bon sous AINS et colchicine

Conclusion :

L'intérêt de ce travail est de décrire une forme rare de chondrocalcinose de siège axial avec une présentation clinique et radiologique atypique

Références :

1. Ledingham D, Cappelen-Smith C, Cordato D. Crowned dens syndrome. Pract Neurol. févr 2018;18(1):57-9.
2. Godfrin-Valnet M, Godfrin G, Godard J, Prati C, Toussirot E, Michel F, et al. Eighteen cases of crowned dens syndrome: Presentation and diagnosis. Neurochirurgie. juin 2013;59(3):115-20.

Evaluation des résultats de la trapézectomie – ligamentoplastie dans la prise en charge des rhizarthroses : à propos de 17 cas

Auteurs: S. Bellila, M.S.E. Akermi, M. Khezami, M. Hamdi, L. Nouisri

Service d'orthopédie-traumatologie de l'hôpital militaire de Tunis

Introduction:

La rhizarthrose se définit comme l'arthrose péri-trapézienne, intéressant toutes surfaces articulaires du trapèze. Il s'agit d'une affection souvent bilatérale, touchant surtout la femme entre 50 et 60 ans. formes masculines sont souvent post-traumatiques et unilatérales. Son traitement est médical au stade de début, chirurgical si la gêne est invalidante.

On se propose dans ce travail de mettre le point sur la présentation clinique, le traitement et les aspects évolutifs de cette pathologie.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 17 rhizarthroses chez 15 patients opérés à l'hôpital militaire d'instruction de Tunis entre Janvier 2012 et Juin 2018. Une évaluation préopératoire clinique et radiologique a été systématiquement réalisée. La technique de choix était la trapézectomie avec ligamentoplastie de suspension et d'interposition. Dans 2 cas, on a associé une arthrodèse de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce pour corriger l'hyperextension de cette articulation et la déformation en pouce adductus. Tous patients ont bénéficié d'immobilisation par attelle manchette plâtrée pendant 6 semaines et d'un protocole de rééducation adapté.

Résultats:

Notre population d'étude est composée de 12 femmes et 3 hommes soit un sexe ratio de ¼, l'âge moyen était de 60,8 ans avec des extrêmes de 36 à 80 ans. la durée d'évolution moyenne est de 6 ans (avec des extrêmes allant de 14 mois à 15 ans). La rhizarthrose prédominait du côté droit et était de stade 3 de Littler dans 60% des cas. Notre recul moyen est de 3.2 ans (1 à 6 ans). L'indolence était obtenue dans 80% des cas. Le test de Kapandji avait une moyenne de 8.7/10. Le résultat est qualifié de bon dans 40% des cas et d'excellent dans 60% des cas. Dans 80% des cas patients étaient satisfaits du résultat opératoire. La seule complication est le syndrome algodystrophique dans 2 cas.

On trouve dans notre série une prédominance féminine de cette pathologie ce qui est le cas d'autres séries en littérature. La chirurgie est proposée en cas de persistance de la douleur et perte de la fonction du pouce malgré un traitement médical bien conduit.

Cependant, on note un meilleur résultat fonctionnel post opératoire dans stades 2 et 3 comparativement au stade 4 de Littler. Etant donné résultats de bonne qualité et durables avec peu de complications, la technique de trapézectomie avec ligamentoplastie d'interposition garde notre préférence.



rhizarthrose stade IV de littler: aspect préopératoire et à 2 ans et demi de recul



Rhizarthrose stade III de Littler: aspect préopératoire à 1 an de recul

Discussion:

La rhizarthrose est une pathologie fréquente décrite en 1937 par Forestier [1]. Le traitement chirurgical est proposé en cas de douleurs persistantes résistantes au traitement médical. L'intérêt de la trapézectomie avec tendinoplastie est son triple rôle de stabilisation, suspension et interposition.[2]

D'autres séries de la littérature rapportent des résultats similaires à notre série [3].

Devant ces constatations, la trapézectomie avec tendinoplastie d'interposition est notre technique préférée pour le traitement des rhizarthroses, compte tenu des bons résultats cliniques et son taux faible de complications comparativement aux autres techniques telles que les prothèses trapézométacarpiennes.[4]

Conclusion:

La rhizarthrose est une pathologie commune, à prédominance féminine, à évolution incideuse ayant un impact important sur la vie quotidienne et professionnelle. Il faut savoir indiquer le moment opportun pour réaliser la chirurgie afin d'avoir le meilleur résultat fonctionnel.

Références:

- [1] Forestier J. L'ostéo-arthrite sèche trapézométacarpienne. Presse Med 1937;17:315-7.
- [2] S.Ferrière, P. Mansat, M. Rongière, M. Mansat, P. Bonneville. Trapézectomie totale avec tendinoplastie de suspension et d'interposition dans le traitement de la rhizarthrose : résultats à 6,5 ans de recul moyen. Chir main 29 (2010) 16-22
- [3] Moineau G, Richou J, Gerard R, Le Hen D. Trapezectomy and suspensionplasty with Gore-Tex ligament: preliminary results on 43 trapeziometacarpal-joint arthritis. Chir Main 2008;27:146-53.
- [4] Mouzet F, Lignon J, Oberlin C, Ainet JY, Sartorius C. Total trapeziometacarpal prostheses. Results of a multicenter study (106 cases). Ann Chir Main Memb Super 1990;9:189-94.

Apport de l'évaluation instrumentale dans le diagnostic des troubles de l'équilibre au cours de la gonarthrose

Zouaoui K , Mouhli N, Moalla H, Attia H, Rahali H, Ksibi I, Maaoui R
Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, hôpital militaire, Tunis.

INTRODUCTION :

Le genou est connu pour avoir un rôle compensatoire dans la régulation du contrôle postural en position debout statique. La gonarthrose entraîne une dégradation de cet équilibre et expose au risque de chute. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'équilibre postural des patients présentant une gonarthrose.

Méthodes :

Étude transversale portant sur des patients atteints de gonarthrose recrutés à la consultation externe du service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle de L'Hôpital Militaire de Tunis . L'équilibre postural était évalué par 2 tests cliniques qui sont le test de l'appui monopodal et le Get Up and Go test. Une évaluation posturale instrumentale sur plateforme de force stabilométrique a été également réalisée.



Plateforme de force stabilométrique

RÉSULTATS:

60 patients ont été inclus dans notre étude. La moyenne d'âge était de 54,8 ans avec une nette prédominance féminine (sex ratio M/F à 0,3). L'appui monopodal était instable voire impossible chez 53% des cas. Le Get Up and Go test était supérieur ou égal à 3 avec important risque de chute chez 6 patients. L'évaluation posturale instrumentale a montré que 11 patients étaient instables à l'épreuve yeux ouverts avec une surface S moyenne de 129,9 mm² (valeur normale=91). Cette instabilité était majorée à la fermeture des yeux avec une surface S moyenne de 404,6 mm² (valeur normale=225). Le quotient de Romberg était supérieur à 100 chez 37 patients, c'est-à-dire que ces patients comptent sur leur vision pour lutter contre l'instabilité.

DISCUSSION

L'équilibre est contrôlé par de multiples entrées neurosensorielles (la vision, le système vestibulaire, la proprioception), le système nerveux central ainsi que la réponse neuromusculaire [1]. L'altération de l'un ou de plusieurs de ces paramètres entraîne un déséquilibre voire une chute. Les patients atteints de gonarthrose ont typiquement une altération de la proprioception au niveau de l'articulation du genou, une faiblesse voire une amyotrophie du muscle quadriceps, une désaxation des membres inférieurs ainsi qu'une douleur chronique qui perturbe les afférences proprioceptives aux genoux [2]. Tous ces facteurs expliquent les troubles de la posture et de l'équilibre chez les patients porteurs de gonarthrose.

CONCLUSION

La gonarthrose retentit considérablement sur l'équilibre et le contrôle postural. L'évaluation instrumentale permet de déceler des anomalies fines de l'équilibre qui n'étaient pas évidentes par les échelles posturales classiques afin d'adapter la stratégie thérapeutique et prévenir le risque de chute.

RÉFÉRENCES

1. Piirtola M, Era P. Force platform measurements as predictors of falls among older people – a review. Gerontology. 2006;52(1):1-16.
2. Hunt MA, McManus FJ, Hinman RS, Bennell KL. Predictors of single-leg standing balance in individuals with medial knee osteoarthritis. Arthritis Care Res. 2010;62(4):496-500.

Plasma riche en plaquette et gonarthrose

Fakhfakh.R ; Braham.M ; Bergaoui.N

Service de Rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction :

Les concentrés plasmatiques riches en plaquettes (PRP) ont bénéficié récemment d'un large développement dans l'arthrose, sous forme d'injection intra-articulaire à visée symptomatique. Notre objectif était d'évaluer l'efficacité du PRP sur la douleur et la fonction au cours de la gonarthrose à court et moyen terme.

Patients et méthodes :

Etude prospective portant sur 21 malades présentant une gonarthrose, répondant aux critères radio-cliniques de l'ACR, et aux critères d'inclusions (présence de gonalgie, score radiologique entre I et III, absence d'infiltration aux corticoïdes et de viscosupplémentation dans les six derniers mois précédant le PRP, l'absence d'antécédents d'interventions chirurgicales sur le genou). Chaque sujet a eu 3 injections de PRP à une semaine d'intervalle. Le suivi a été réalisé à l'inclusion, 3 semaines (S3) après la dernière injection pour tous les patients et 3 mois (M3) pour 7 malades avec une évaluation de la douleur (EVA), de l'indice de Lequesne et du score Womac dans le domaine de la douleur, la raideur et la fonction articulaire.

Résultats :

- L'âge moyen des patients était de 54±5,54 ans, avec une prédominance féminine de 85,7%.
- L'obésité était objectivée dans 57% des cas et le surpoids dans 23,7% des cas.
- La durée d'évolution moyenne de la gonarthrose était de 3 ans± 3,39.
- Une tuméfaction, un choc rotulien des genoux et un rabot étaient trouvés dans 18,5%, 26,8% et 75 % des patients, respectivement.
- L'EVA, l'indice de Lequesne et l'indice de Womac initiaux étaient, respectivement, à 5,6, 11,3 et 42 en moyenne.
- Les radiographies standard objectivaient une gonarthrose stade 2 et 3 dans 72,2% et 27,8% des cas, respectivement.
- Les AINS étaient prescrits chez 76% des patients.
- Une infiltration locale d'acide hyaluronique et/ou de corticoïde était faite chez 14,3 %, à 1 an auparavant.
- L'EVA, l'indice de Lequesne et l'indice de Womac moyens avaient diminués, respectivement, de 26,5%, 15,4% et 27,4% à 3 semaines et de 64,7 %, 50 % et 79% à 3 mois (Tableau n°1).

Moyenne ± écart type	Inclusion N=21	3 semaines N=21	3 mois N=7	p
EVA	5,76±1,26	4,23±1,78	2±1,15	0,005
Indice de lequesne	11,36±3,36	9,61±1,78	5,67±3,34	0,003
Indice de Womac	42±18,18	30,47±17,16	8,71±6,18	0,001
Womac douleur	9,52±3,73	6,71±3,56	1,57±1,13	0,001
Womac raideur	2,61±2,41	1,76±2,25	0,42± 0,78	0,161
Womac fonction	29,9±13,7	12,92±6	6,71±4,78	0,001

Tableau n°1: Evolution de l'EVA, l'indice de Lequesne et l'indice de Womac (dans le domaine de la douleur, raideur et la fonction) aux différents temps de mesure

Conclusion :

Notre étude montre un résultat favorable à court et à moyen terme du PRP sur la douleur et le retentissement fonctionnel au cours de la gonarthrose élargissant l'arsenal thérapeutique.

Profil de la gonarthrose en consultation de rhumatologie

Errafia S, Elouadghiri A, Cherkaoui N, Samih M, Ait malek S, Belaabid M, Mougui A, Elbouchti I

Service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

L'arthrose est une résultante de phénomènes mécaniques et biologiques déstabilisant l'équilibre synthèse-dégradation du cartilage. Aux genoux, elle sera responsable d'une douleur et d'une gêne fonctionnelle importante avec des aspects radiologiques caractéristiques. Le but de ce travail est d'étudier son profil clinique et radiologique à la consultation de rhumatologie.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective basée sur l'exploitation des registres de la consultation de rhumatologie, entre Avril 2017 et Mars 2019. Tous les patients ont bénéficié d'une anamnèse, un examen clinique et une radiographie standard des genoux.

Résultats :

120 malades avaient une gonarthrose dont les femmes constituent 71,6%. L'âge moyen était de 51,26[19-88] ans. Les antécédents notés étaient l'obésité (75%), le diabète (41,6%), un rhumatisme inflammatoire (26,6%) et un traumatisme antérieur (17,5%). Les signes fonctionnels rapportés étaient la douleur (95%), le craquement (69%) et le déroboement (15%). L'inspection a trouvé un genu varum (60%), un flessum (25%), une boiterie d'esquive (20,8%) et un genu valgum (12,5%). La palpation a conclu à un Rabot positif dans 87,5% et un épanchement chez 19 malades. La raideur a concerné 64% des genoux et le périmètre de marche était limité chez 48,3%. Sur le plan radiographique, la gonarthrose était surtout bicompartimentale [fémorotibiale interne et fémoropatellaire chez 37,5%] et unicompartimentale [fémorotibiale interne chez 27,5%]. La gonarthrose était classée modérée dans 46% et sévère dans un quart des cas.

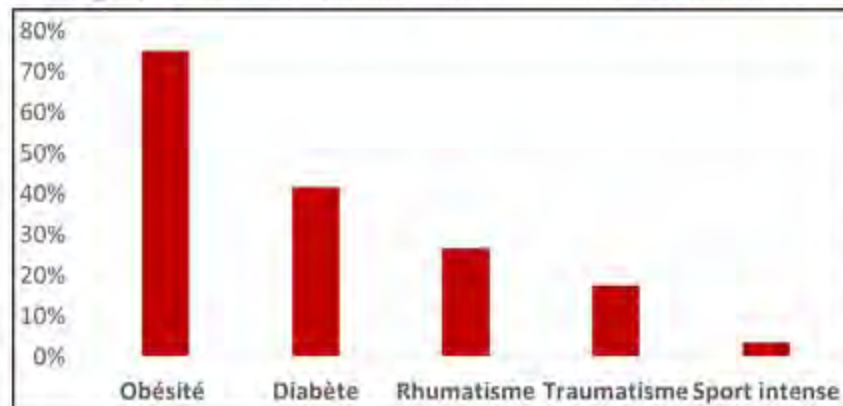


Diagramme 1 : Facteurs de risque de gonarthrose.



Figure 1 : Genu varum chez une obèse gonarthrosique.



Figure 2 : Gonarthrose sévère fémorotibiale interne.

Discussion :

Notre étude marque la prédominance des femmes dont l'âge moyen dépasse les cinquantaines (l'âge de la ménopause), concordant avec les résultats de la littérature, à l'exception de certaines séries africaines. La carence oestrogénique selon Zhang Y et al. Pourrait expliquer ce phénomène. L'obésité est un facteur de risque classique de survenue de la gonarthrose dans le monde entier. Chez nous, elle tient d'une part à un régime alimentaire hypercalorique, et d'autre à la sédentarité. Elle constitue également un facteur de progression de la gonarthrose. La douleur est le maître symptôme dans la gonarthrose et le genu varum est le vice architectural le plus observé. Ce dernier constitue un facteur de risque majeur de la progression de l'arthrose fémorotibiale interne selon Hunter DJ et al. Vu son retentissement sur le périmètre de marche, la gonarthrose présente un fléau sanitaire surtout chez la population âgée, en limitant l'activité physique notamment avec le risque cardiovasculaire qui est souvent calculé élevé. Par conséquent le taux de morbi-mortalité augmenterait chez cette population. Dans notre travail, nous avons remarqué la prévalence de l'arthrose dans les deux compartiments fémorotibial interne et fémoropatellaire. Cela est dû à la présence de plusieurs facteurs de risque intrigués pour chaque patient; la gonarthrose est typiquement unicompartimentale fémorotibiale interne chez la population obèse. Le patient gonarthrosique ne consulte habituellement qu'aux stades modérés à sévères rendant la prise en charge médicale plus difficile.

Conclusion :

la gonarthrose semble fréquente chez les obèses et les diabétiques avec une présentation clinique dominée par la douleur et le genu varum. Elle prédomine dans les compartiments fémorotibial interne et fémoropatellaire, avec les lésions radiologiques sévères chez un quart des patients. Un diagnostic et une prise en charge précoces permettraient d'éviter l'évolution rapide vers la chirurgie.

Gonarthrose et syndrome métabolique (résultats préliminaires)

Haddani FZ¹, Guich A¹, Youssef T¹, Boudhar EM¹, Hassikou H¹
Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès

Introduction :

Le syndrome métabolique (SM) regroupe dans sa définition la présence de plusieurs anomalies métaboliques associées (obésité abdominale, hypertriglycéridémie, HDL-cholestérol bas, intolérance au glucose ou diabète de type 2, hypertension artérielle), cette entité est relativement fréquente avec une prévalence qui augmente avec l'âge, son association avec l'arthrose est fréquente.

Le but du travail était d'évaluer la sévérité de la gonarthrose chez les patients ayant un syndrome métabolique.

Matériels et méthodes :

Etude prospective transversale au service de Rhumatologie de L'HMMI MEKNES, entre novembre 2018 et mars 2019, incluant 87 patients consultant pour gonarthrose. Le syndrome

métabolique a été recherché chez tous les patients selon les critères de la Fédération internationale du diabète. La sévérité de l'arthrose était évaluée par la douleur avec une

échelle visuelle analogique (EVA 0 à 100 mm), le stade radiologique selon Kellgren et Lawrence, le retentissement fonctionnel par l'indice de Lequesne.

La réponse aux différentes alternatives thérapeutiques (antalgiques, AINS, anti arthrosiques d'action lente, infiltration à la corticothérapie/ l'acide hyaluronique a été évalué chez tous les patients) a été également évalué. Nous avons procédé au regroupement des patients en 2 groupes : patients avec SM, ceux sans SM.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $56,6 \pm 12,05$ ans [31-96] avec une prédominance féminine (66,7%), le syndrome métabolique était présent chez 34 patients (39,1%) avec une nette prédominance féminine (70,6%).



L'EVA douleur, le stade radiologique et le lesquesne étaient plus élevés chez les patients avec SM par rapport à ceux sans syndrome métabolique mais sans différences statistiquement significatives. La réponse thérapeutique était favorable chez le groupe avec SM (60%).

Conclusion :

Cette étude suggère que le syndrome métabolique n'est pas associé à la sévérité de la gonarthrose, des études incluant un grand nombre de malade semble nécessaire pour confirmer ces résultats.

Facteurs prédictifs d'ostéoporose au cours de la gonarthrose (Résultats préliminaires)

Haddani FZ¹, Guich A¹, Youssoufi T¹, Boudhar EM¹, Hassikou H¹
Service de rhumatologie, Hôpital militaire Moulay Ismail, Meknès, Maroc

Introduction :

L'ostéoporose et la gonarthrose sont des pathologies courantes en rhumatologie, l'association des 2 affections ne semblent pas claire, nous avons menée une étude prospective afin d'étudier cette association.

Matériels et méthodes :

Etude prospective transversale au service de Rhumatologie de l'HMMI Meknès, entre novembre 2018 et mars 2019, incluant 87 patients consultant pour gonarthrose. Ils ont été explorés sur le plan clinique, radiologique, densitométrique par DEXA et biologique.

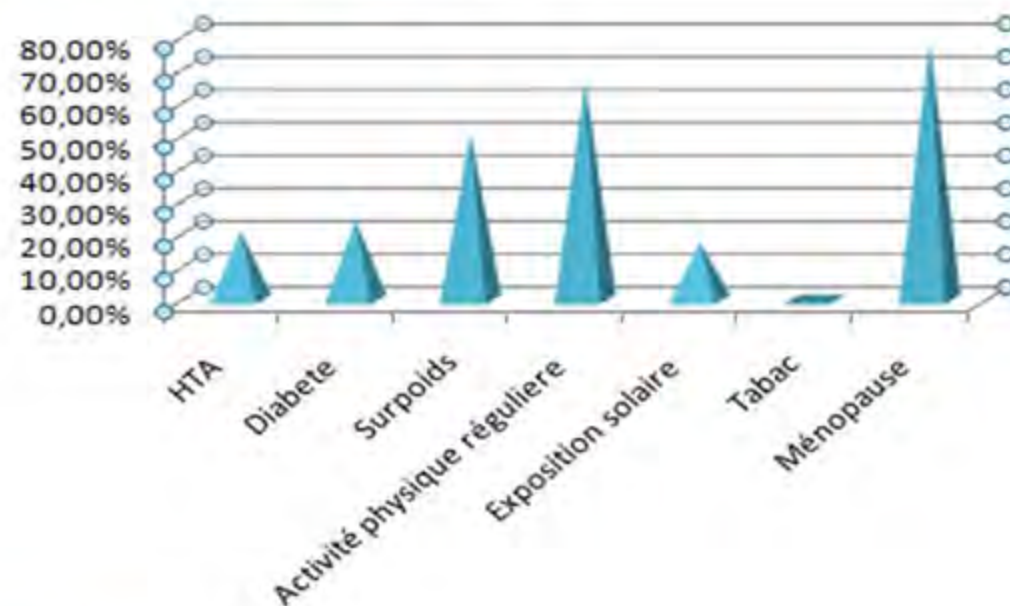
L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence et les facteurs de risque d'ostéoporose au cours de la gonarthrose et chercher une éventuelle association avec le syndrome métabolique.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $56,6 \pm 12,05$ ans [31-96] avec une prédominance féminine (66,7%).

Le bilan phosphocalcique était correct chez tous les patients, la parathormone était élevée dans 33,3% des cas et la vit D était insuffisante dans 32,1% des cas.

28,7% de patients avaient une ostéoporose au rachis lombaire/ col fémoral, il n'y avait pas de différence statistiquement significative de l'ostéoporose avec le syndrome métabolique.



Conclusion :

L'association entre l'ostéoporose et la gonarthrose n'a pas été prouvée dans cette étude, d'autres études plus larges peuvent être nécessaires pour mieux étudier cette association.

Place de la TEMP/TDM cervico-thoracique lors de la scintigraphie post-ablative à l'I131

Yakoub A, Amouri W, Jardak I, Charfeddine S, Maaloul M, Hamza F, Kallel F, Chtourou K, Guermazi F

Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

Chez les patients atteints d'un carcinome différencié de la thyroïde, la scintigraphie post-ablative à l'I131 vise à détecter les lésions tumorales résiduelles, le plus souvent ganglionnaires cervicales et parfois à distance. L'imagerie hybride (TEMP/TDM) basée sur la corrélation des images fonctionnelles et anatomiques pourrait améliorer l'interprétation et les performances du balayage corps entier (BCE). Notre objectif était d'étudier la valeur ajoutée de la TEMP/TDM cervico-thoracique par rapport au BCE lors de la scintigraphie post-ablative à l'I131.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 11 patients (10 femmes et un homme, âgés entre 12 et 68 ans) atteints d'un carcinome différencié de la thyroïde (91% de type papillaire et 9% de type vésiculaire) et ayant bénéficié d'une scintigraphie post-ablative, cinq jours après l'administration d'une activité thérapeutique de 100 mCi d'I131. Le protocole d'acquisition a inclut un BCE, des images statiques centrées sur la région cervicale et thoracique complétés par une TEMP/TDM cervico-thoracique. Une comparaison des images de chaque modalité a été réalisée.

Résultats :

La scintigraphie planaire a montré des foyers de fixations cervicaux dans 45.5% des cas et des foyers de fixations cervicaux et thoraciques chez 55.5% des patients. Le nombre moyen de fixations par patient était de 3 (2-7). L'examen a été classé indéterminé chez 8 patients (73%) devant la présence d'au moins un foyer de fixation équivoque situé en dehors du lit thyroïdien, bénin chez un patient (9%) présentant deux foyers de fixation évoquant un reliquat thyroïdien et positif chez deux patients (18%) présentant des foyers de fixation latéro-cervicaux évoquant des métastases ganglionnaires. La TEMP/TDM a permis de confirmer et de mieux localiser les adénopathies métastatiques chez les 2 patients ayant un BCE positif. En outre, les images de fusion ont objectivé une masse calcifiée en regard du lit thyroïdien redressant ainsi le diagnostic de reliquat normal chez un patient (fig. 1). La TEMP/TDM a permis aussi de diminuer le nombre d'examen indéterminés de 73% à 18% en permettant une meilleure caractérisation des foyers de fixations équivoques (fig. 2). Le diagnostic final était en faveur d'une atteinte locorégionale chez 7 patients (64%), d'une atteinte locorégionale et pulmonaire chez 2 autres (18%).

Résultats :

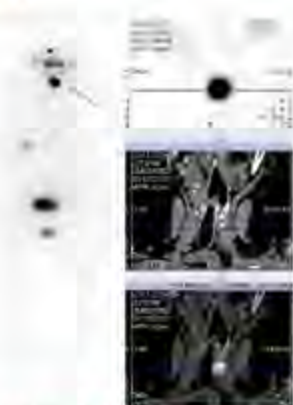


Fig. 1: Balayage à l'I131 classé normal devant la présence d'une fixation cervicale au niveau du lit thyroïdien. La TEMP/TDM a permis de redresser le diagnostic en montrant une masse résiduelle calcifiée.

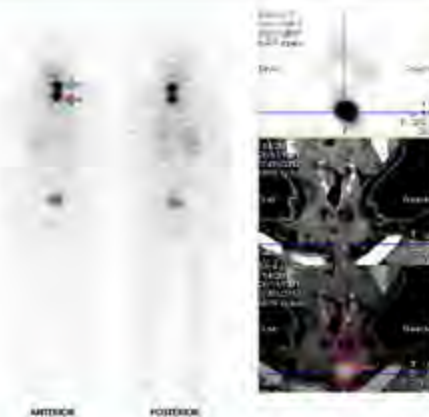


Fig. 2: Balayage à l'I131 classé indéterminé devant la présence d'une fixation cervicale basse (flèche rouge). La TEMP/TDM a permis de rattacher ce foyer de fixation à une origine ganglionnaire.

Discussion :

L'objectif de la scintigraphie post-thérapeutique est de détecter en postopératoire les éventuelles lésions tumorales et de les distinguer de reliquats thyroïdiens d'allure banale. Les reliquats postopératoires correspondent généralement à des foyers basi-cervicaux latéro-trachéaux avec dans 30 % des cas visualisation d'un foyer médian haut situé en lien avec un reliquat du tractus thyroglosse. À l'inverse, les adénopathies métastatiques jugulo-carotidiennes correspondent à des foyers latéro-cervicaux ou cervicomédiastinaux, parfois kystiques ou calcifiés. Les adénopathies du compartiment central restent généralement difficiles à différencier des reliquats thyroïdiens [1]. La TEMP/TDM cervico-thoracique couplée à la scintigraphie post-ablative à l'I131 permet de confirmer ou d'éliminer des lésions résiduelles et de lever les incertitudes liées aux images planaires grâce à une localisation anatomique plus précise et une meilleure caractérisation des foyers de fixation. Elle permet ainsi de diminuer considérablement le nombre d'examen équivoques [2]. Cet examen aurait un impact sur la prise en charge ultérieure des patients.

1. Giraudet A-L, et al. Imagerie moléculaire et biomarqueurs des cancers thyroïdiens de souche vésiculaire: recommandations 2017 de SFMN/SFE/SFP/SFBC/AFCE/SFORL. Médecine Nucléaire (2017)
2. Aide N, Heutte N, Rame JP, Rousseau E, Loiseau C, Henry-Amar M, et al. Clinical relevance of single-photon emission computed tomography/computed tomography of the neck and thorax in postablation (131)I scintigraphy for thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab 2009;94(6):2075-84

Lombalgies chronique et aspect radiologique : une exploration de trop ?

Dahr.R¹, Athimni.S¹, Slouma.M¹, Metoui.I¹, Gharsallah.i¹, Louzir.b¹, Kssibi.I², Maaoui.R², Rahali.H²

1^{er} Service de médecine interne HMPIT 2^{ème} Service de médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle HMPIT

Introduction :

La lombalgie est un problème majeur de santé publique. Au-delà de 3 mois d'évolution sans résolution satisfaisante des symptômes, une lombalgie est considérée comme chronique.

Le but de ce travail est de relever le rôle de la radiologie dans la prise en charge des lombalgies chroniques.

Matériels et méthodes :

100 patients ont été recrutés au du service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle de l'Hôpital Militaire (HMPIT) durant une année [octobre2016-septembre2017]. Il s'agissait de patients présentant une lombalgie chronique selon la définition de la SFR, sans signes radicaire. Devant la chronicité de l'atteinte plusieurs explorations radiologiques ont été pratiquées. Ils ont été rassemblés et évalués dans cette étude.

Résultats:

L'âge moyen était de 46,39±6,8 ans [27 à 69 ans]. Une prédominance masculine était notée avec un sexe ratio H/F de 2,89.

41% des patients étaient tabagiques. 67% des patients ont bénéficié d'un traitement anti-inflammatoire et /ou myorelaxant durant l'évolution de leur maladie.

Tous nos patients ont eu un bilan radiologique standard réalisé lors de leur suivi en consultation. Les anomalies radiologiques les plus fréquemment retrouvées étaient : le pincement discal 19%, l'arthrose inter-apophysaire postérieure 18%, l'ostéophytose antérieure 13%, la rectitude rachis lombaire 13% et la scoliose 12%. Nous avons noté que 25% des patients ont une radiographie du rachis lombaire normale.FIG1

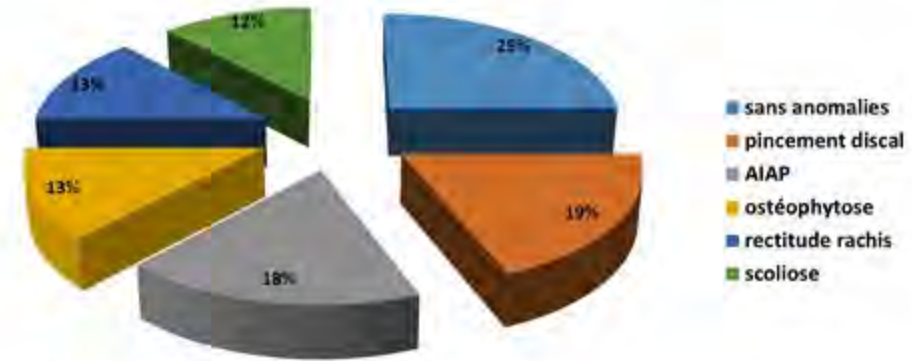


FIG1:anomalies radiographiques

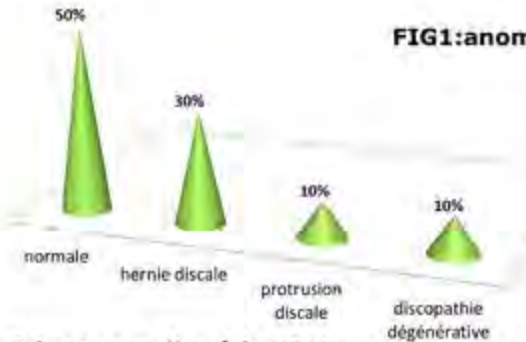


Fig2:les anomalies à la TDM

Un complément d'exploration par une TDM était jugé nécessaire chez 34 patients (34%).

L'IRM a été pratiqué chez 10% des patients ayant une résistance au traitement : dans 9% il s'agissait d'une association à degrés différents de hernie discale et de protrusion discale à étages différents. un seul patient avait en plus d'une atteinte discale dégénérative un aspect de spondylite de Romanus graisseux (> 6) et une spondylarthrite non radiographique axiale a été retenu chez lui après complément d'exploration.

Conclusion:

Les lombalgies chroniques présentent un motif de consultation en milieu militaire. L'exploration radiologique faite initialement par radiographie standard puis par TDM n'est pas toujours corrélée au degré d'atteinte clinique et peuvent être normale chez un nombre non négligeable de patients (25% dans notre série). L'IRM prend tout son intérêt dans les cas atypique et rebelle au traitement.

Une hyperfixation osseuse focale peut en cacher une autre : Intérêt de la TEMP/TDM

Zaabar L.^{1,3}, Horma B.¹Zarraa S.^{2,3}, Letaeif B.^{1,3}, Ben Sellem D.^{1,3}, M'hiri A.^{1,3}, Nasr C.^{2,3}

¹: Service de Médecine Nucléaire. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

²: Service de Radiothérapie. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

³: Université Tunis El manar. Faculté de Médecine de Tunis



P14

Introduction

L'imagerie hybride constitue un progrès technique indiscutable dans l'amélioration des performances diagnostiques de la scintigraphie osseuse (SO).

Le but de ce travail est d'illustrer à travers un cas l'apport additionnel de la tomographie monophotonique osseuse au ^{99m}Tc-HMDP couplée à la tomodensitométrie (TEMP/TDM) en oncologie.

Observation et Discussion

• Patiente âgée de 55 ans, suivie depuis 2 ans pour carcinome mammaire gauche, classé T₂N_{3c}M_x (atteinte sus-claviculaire homolatérale). La patiente a eu une chimiothérapie néo-adjuvante, avec obtention d'une réponse complète. La SO initiale ne montrait pas de fixation anormale. La patiente a eu une tumorectomie avec curage ganglionnaire puis une radiothérapie externe. Devant la bonne évolution, elle était en simple surveillance.

• Elle a bénéficié d'une nouvelle SO de contrôle avec un délai de 20 mois par rapport à la précédente. On a administré une activité de 629 MBq (17 mCi) de ^{99m}Tc-HMDP et on a réalisé un balayage du corps entier (BCE) trois heures plus tard (Fig. 1), d'acquisitions statiques centrées sur le thorax (Fig. 2) et Acquisitions Tomoscintigraphiques couplées à une TDM centrées sur le thorax (TEMP/TDM) (Fig. 3).

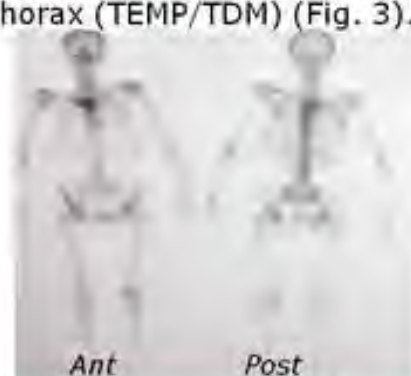


Fig. 1 BCE
Large hyperfixation intense focale, d'intensité égale en antérieur comme en postérieur. (sternale? Dorsale?).



Fig. 2 Acquisitions statiques centrées sur le thorax:
Hyperfixation douteuse sterno-claviculaire Droite et/ou dorsale?



Fig. 3 Acquisitions Tomoscintigraphiques couplées à une TDM centrées sur le thorax (TEMP/TDM):
Deux lésions lytiques distinctes qui se superposaient sur les images planaires sur un même foyer. Elle siègent sur le corps sternal et sur la partie postérieure du corps vertébral et les pédicules postérieurs de D5. On note en particulier le caractère destructeur de D5 avec envahissement du mur postérieur et un risque accru de compression médullaire qui a été signalé à son médecin traitant.

- Grace au couplage TEMP/TDM La sensibilité de l'examen est augmentée par l'individualisation de foyers non vus, car superposés sur un même plan.
- Aussi, certains petits foyers sont mieux vus et identifiés après correction d'atténuation.

Conclusion

Le nombre de lésions litigieuses en SO est assez important, en considérant de plus les difficultés d'interprétation de certaines hyperfixations, puisque on analyse la projection d'un volume tridimensionnel sur un plan bidimensionnel.

A travers cette observation, on démontre encore une fois toute la valeur additionnelle de l'imagerie tridimensionnelle de la TEMP/TDM pour déjouer la superposition de volumes dans un même plan.

Fréquence de la polyarthrose chez le sujet âgé

R.Dhahri¹, Athimni.S¹, Slouma.M¹, Metoui.L¹, Gharsallah.I¹, Louzir.B¹, I.Kssibi², R.Maaoui², H.Rahali² S

1^{er} Service médecine interne HMPIT 2^{ème} service de médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle Hôpital militaire de Tunis

Introduction :

L'arthrose est l'atteinte dégénérative la plus répandue. Le terme d'arthrose généralisée « polyarthrose » a été introduit par Kellgren et Moore pour désigner une atteinte touchant plusieurs articulations. L'objectif de ce travail est d'évaluer la prévalence de polyarthrose du sujet âgé et de relever les facteurs associés.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, menée dans le service de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) et le service de rhumatologie de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis (HMPIT). Notre étude a porté sur 60 patients âgés de 65 ans ou plus ayant une polyarthrose selon les critères de Lawrence, J.S.

Résultats

Les patients inclus dans l'étude étaient âgés en moyenne de $68,4 \pm 0,9$ ans avec des extrêmes de 65 à 88 ans. La population d'étude comptait 41 femmes et 19 hommes. Le sex-ratio (homme/femmes) était de 0,46. 94,2% des patients étaient sédentaires. L'IMC de $29,12 \pm 0,64$ kg/m² avec des extrêmes allant de 20 à 39 kg/m². La notion d'obésité a été notée chez 28 cas soit 46,6%. L'HTA et le diabète type 2 étaient les deux comorbidités les plus associées avec respectivement 50% et 46,6% des cas.

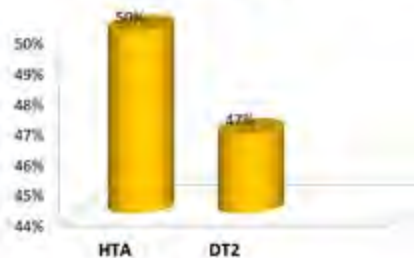


FIG1: Répartition des patients selon les comorbidités

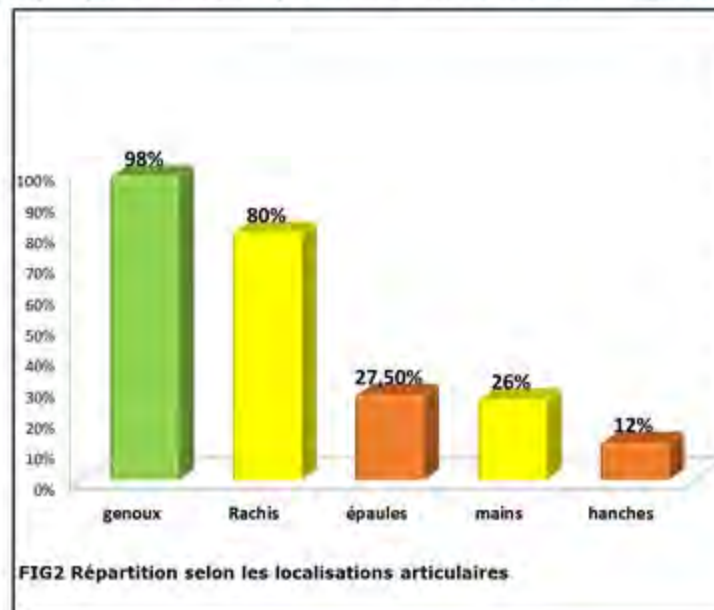


FIG2 Répartition selon les localisations articulaires

concernant les localisations articulaires: La quasi-totalité de nos patients avaient une gonarthrose (98,3% des cas). l'atteinte était bilatérale chez 52 patient(86,6%) et unilatérale chez les sept restants(11,6%). L'atteinte rachidienne venait en deuxième position (80% des cas). elle était plutôt dorso-lombaire (80%). l'arthrose était cervicale dans 40% des cas. le reste des localisations étaient moins fréquentes à savoir l'épaule, les mains et les hanches avec respectivement 35%, 25% et 8,33%.

L'ancienneté d'évolution de la polyarthrose était en moyenne de $8,35 \pm 1$ ans. Dans les 12 mois précédents l'étude, 32% avaient chuté au moins une fois et 75% des cas ont bénéficié d'au moins un mois de rééducation.

Conclusion

Un grand nombre de sujets âgés sont polyarthrosiques. En vue d'optimiser leur prise charge, il est nécessaire d'identifier les facteurs pouvant être associés à l'altération du statut fonctionnel et de la qualité de vie des patients.

Métastases osseuses d'un rhabdomyosarcome parotidien : à propos d'un cas

Dardouri T, Sfar R, Mensi S, Jemni Z, Boudrigua H, Charfi H, Ezine A, Ben Fraj M, Nouira M, Guezzuez M, Chatti K

Service de médecine nucléaire Sahloul Sousse

Sfar

Introduction :

Les rhabdomyosarcomes des glandes salivaires sont des tumeurs rares qui siègent particulièrement dans la parotide et se caractérisent par leur agressivité locorégionale. Nous rapportons le cas d'un enfant présentant un rhabdomyosarcome (RMS) parotidien avec des métastases osseuses.

Résultats :

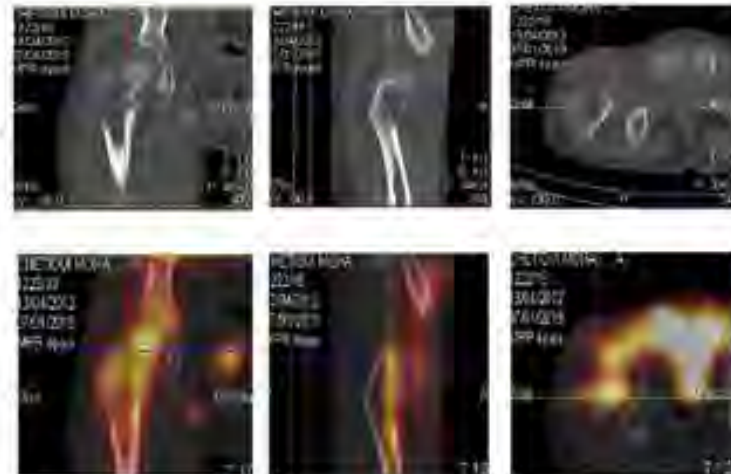
Il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans qui a été opéré pour une tuméfaction de la parotide droite. L'examen anatomopathologique a conclu à un RMS parotidien avec extension locorégionale vers la fosse temporale droite et la branche montante de la mandibule homolatérale sans métastases ganglionnaires.

Le bilan d'extension radiologique initial n'a pas objectivé des métastases à distance contrairement à la scintigraphie osseuse qui a mis en évidence une hyperfixation touchant le radius droit d'allure secondaire (Figure 1). Le patient a été traité par radiothérapie et chimiothérapie. Le contrôle scintigraphique après six mois avait objectivé une disparition de la lésion au niveau du radius, toutefois, une hyperfixation suspecte de l'extrémité supérieure du fémur droit a été constatée (Figure 2). Un complément par tomographie par émission monophotonique couplée au scanner (TEMP/TDM) a montré que cette hyperfixation correspondait à une lésion ostéolytique de siège métaphyso-diaphysaire responsable d'érosions endostéales avec rupture de la corticale par endroit.

Figure1: Balayage corps entier (BCE) montrant une hyperfixation du radius droit



Figure2: BCE avec Spect/CT bassin montrant une hyperfixation de l'extrémité supérieure du fémur droit qui correspond à une lésion lytique d'origine secondaire



Discussion:

*Les tumeurs de la glande parotide sont relativement rares et représentent moins de 3 % des tumeurs de la tête et du cou. Environ 80% de ces tumeurs sont bénignes(1). Les tumeurs malignes des glandes salivaires sont extrêmement rares avec une prévalence de 1 à 2,5/ 100.000 habitants . Elles sont encore plus rares chez l'enfant et représente 5% de toutes les tumeurs des glandes salivaires de l'enfant (2).

*Les tumeurs malignes de la parotide sont dominées par les carcinomes mucoépidermoïdes et le rhabdomyosarcome(2,1).

Développé à partir des cellules mésenchymateuses primitives engagées dans la différenciation musculaire striée, le RMS peut se développer n'importe où dans le corps, y compris dans des sites où il n'existe normalement pas de tissu musculaire strié. Les sites les plus fréquents sont la tête et le cou (40%) et en particulier, les glandes parotides. Le RMS parotidien a un risque de rechute locale, d'extension locorégionale dans les ganglions et un risque plus limité de métastase(3).

* Au moment du diagnostic des tumeurs de la parotide, les métastases sont rares avec un taux de 3.9%(4). La prise en charge thérapeutique est basée sur un traitement chirurgical associé à la radio-chimiothérapie qui constitue la clé de la guérison surtout en cas de métastases à distance(4,5).

Le pronostic favorable du RMS est lié à l'histologie (architecture non alvéolaire) à l'absence de métastase au diagnostic, à l'âge de l'enfant (age <10 ans), à la localisation, à la taille et à l'opérabilité de la tumeur(3,5).

Conclusion:

Bien que rares, les rhabdomyosarcomes des glandes salivaires suscitent un intérêt particulier car ils atteignent principalement les enfants et les adultes jeunes et sont de pronostic souvent défavorable notamment en cas de métastases à distance. L'amélioration des résultats passe par un diagnostic plus précoce et une prise en charge multidisciplinaire.

Références:

- 1- Akkari K, Chnir S, Mardassi A, Sethom A. Les tumeurs parotidiennes : à propos de 43 cas. *J TUN ORL* 2007;18:29-33.
- 2- Bellakhdhar M, Zeglaoui I, Abdelkèfi M. Les tumeurs parotidiennes de l'enfant à propos de 13 cas. *J TUN ORL* 2008;20:11-5.
- 3- Farzad Company, Mohammad Pedram, Nazila Rezaei. Clinical Characteristics and the Prognosis of Childhood Rhabdomyosarcoma in 60 Patients treated at a Single Institute. *Acta Medical Iranica* 2011; 49(4): 219-224.
- 4- Numata T, Muto H, Shiba K, et al. Evaluation of the validity of the 1997 International Union Against Cancer TNM classification of major salivary gland carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1664-1669.
- 5- Walterhouse DO et al. Rhabdomyosarcoma of the parotid region occurring in childhood and adolescence: A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group. *Cancer Interdiscip Int J Am Cancer Soc* 2001; 92: 3135-3146.

Résultat de l'ostéotomie tibiale de valgisation par ouverture interne dans le traitement des gonarthroses sur genu varum : Méga étude

Haddouk L., Znagui T., Elmokhtar A., Amri K., Moalla M., Nouisri L

Service d'orthopédie et traumatologie. Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

Face à une arthrose fémoro-tibiale interne débutante sur genu varum, l'ostéotomie tibiale de valgisation par ouverture interne constitue une intervention de choix, qui a fait preuve d'efficacité dans la stabilisation et même l'amélioration de l'arthrose.

Le but de notre travail était d'évaluer le Résultat de l'ostéotomie tibiale de valgisation par ouverture interne dans le traitement des gonarthroses sur genu varum.

Méthodologie:

Notre étude concerne 120 cas de gonarthrose sur genu varum, traités par ostéotomie tibiale de valgisation par addition interne, menée au sein du service de traumatologie orthopédie Hopital militaire de tunis, sur une période de 10 ans. Les malades ont eu un évaluation clinique et radiologique au recul.

Résultats:

L'âge moyen de nos malades était de 51 ans, avec un sexe ratio de 1H/3F. Dans 80% des cas la gonarthrose était sur genu varum d'origine primitive, alors que dans 20% des cas, était secondaire à un traumatisme ou à une méniscectomie. Cliniquement la gonalgie mécanique était le maître symptôme, avec une intensité niveau 3 sur l'échelle verbal simple chez la moitié des malades. L'imagerie avait pour but la mesure des déviations angulaires ainsi que la correction chirurgicale et la surveillance de l'évolution. Les stades I et II d'Ahlback constituaient la plus grande partie des cas de l'arthrose fémoro-tibiale (90%). La déviation angulaire globale moyenne était de 12° avec des extrêmes de 6° et 19°. Après un recul moyen de 3ans, on a noté une stabilisation de la gonarthrose dans 90% des cas. La déviation angulaire post opératoire était en moyenne 1.5° de valgus, variant entre 4° de varus et 6° de valgus. Le degré moyen de correction du varus était de 13°.



Discussion:

Le traitement de l'arthrose fémor-otibiale interne par ostéotomie repose sur un concept mécanique simple : la diminution des contraintes sur le compartiment fémorotibial interne par un changement d'axe. Ce concept, qui se justifie dans la mesure où l'ostéotomie est capable de s'opposer à l'évolution naturelle de l'arthrose dans le compartiment fémorotibial interne .

Conclusions:

Les résultats évalués par le score IKS, étaient excellents et bons dans 80% des cas pour le score genou et 80% des cas pour le score fonction.

Références:

- [1]:Cauchoux J, Duparc J, Lemoine A, Deburge A. Osteotomy in gonarthrosis with angular deviation in the frontal plane. Results and therapeutic indications. Rev Chir Orthop 1968;54(4):343-60.
- [2] Descamps L, Jarsaillon B, Schuster P, Vergnat C. Angular synthesis in upper tibial valgus osteotomy in osteoarthritis. A propos of a series of 544 cases. Rev Chir Orthop 1987;73(3):231-6.
- [3] Jackson J, Waugh W. Tibial osteotomy for osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg (Br) 1961;43:746-51.
- [4] Hernigou P. A 20-year follow-up study of internal gonarthrosis after tibial valgus osteotomy. Single versus repeated osteotomy. Rev Chir Orthop 1996;82(3):241-50.
- [5] Mertl P. Ostéotomie de valgisation par fermeture latérale. Rev Chir Orthop 2007;93(Suppl. 6):171-2.

Apport de la scintigraphie osseuse dynamique associée à la TEMP/TDM dans le diagnostic des fractures de fatigue

Mensi S , Ezzine A, Sfar R ,Jemni Z ,Dardouri T, Charfi H, Hajji I, Tahri S, Nouira M, Ben fredj M ,Guezguez M, Chatti K
service de médecine nucléaire CHU Sahloul Sousse

Introduction :

La fracture de fatigue reste une pathologie fréquente en milieu sportif et militaire .
La scintigraphie osseuse triple phase est un examen très sensible mais peu spécifique pour la détection de ces lésions. Le but de notre travail est d'évaluer les performances diagnostiques de la scintigraphie osseuse planaire (SOP) associée à la tomoscintigraphie couplée au scanner dans les fractures de fatigue.

Patients et méthodes :

Nous rapportons les cas des deux patients (19-82 ans) adressés au service de médecine nucléaire pour l'exploration d'une douleur des tibias pour le premier patient et de pied gauche pour l'autre patient avec un bilan radiologique normal .Ils ont bénéficié d'une SOP triple phase complétée d'une tomoscintigraphie couplée au scanner (TEMP/TDM).

Résultats:

Cas1: la SOP a montré deux foyers d'hyperfixation intenses au niveau des jonctions tiers inférieurs tiers moyens des tibias (figure1). La TEMP/TDM a permis de mieux caractériser ces hyperfixations qui correspondaient à une solution de continuité osseuse de la corticale des bords antéro-internes des tibias. Cet aspect scintigraphique et scannographique est en faveur de fractures de fatigue bilatérales des tibias (figure2).



Fig1:Image statique centré sur les jambes
Au temps tardif (FP)



Fig2:TEMP/TDM centré sur les jambes

Cas2:

La SOP a montré une hypercaptation suivie d'une hyperfixation au niveau du métatarse gauche (figure3). Ce foyer correspondait sur les images TDM à un cal osseux au niveau de la jonction métaphyso-diaphysaire des 2ème et 3ème métatarses gauches en rapport avec une fracture de fatigue consolidée (figure4).

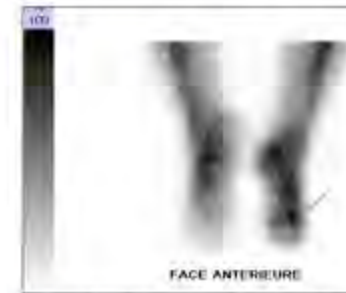


Fig3:Image statique centré sur
les pieds au temps précoce

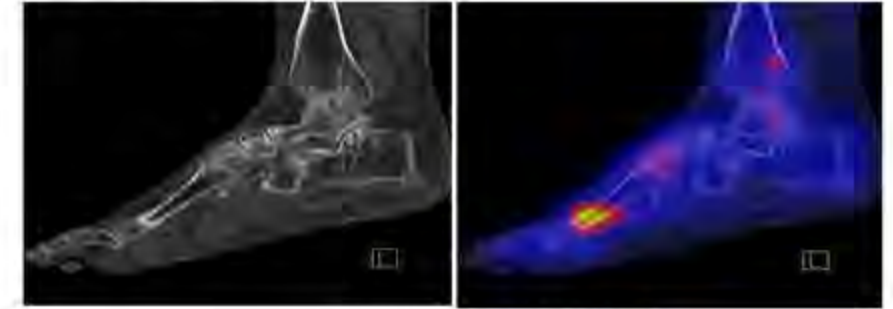


Fig4:TEMP/TDM Centré sur les pieds

Discussion:

- > les fractures de fatigues représentent 10% des blessures des sportifs et atteignent les membres inférieurs dans 95% des cas dont la tibia représente la localisation la plus fréquente [1].
- > Les radiographies conventionnelles sont souvent normales d'où l'intérêt de la SOP trois temps qui montre classiquement une hyperfixation intense aux trois temps de l'examen en regard de la zone pathologique. Cette hyperfixation est cependant peu spécifique [2].
- > La TEMP/TDM permet d'améliorer la spécificité de l'image planaire en permettant une meilleure caractérisation des anomalies de fixation. Elle montre la superposition de la fixation osseuse avec la corticale et peut révéler sur les images TDM la réaction périostée, une ossification endostée et parfois une solution de continuité corticale [3].

Conclusion:

La SOP est l'examen le plus sensible pour l'exploration des fractures de fatigue.
La TEMP/TDM apporte un gain de spécificité en permettant une localisation anatomique plus précise et révèle souvent le trait de fracture passé inaperçu en radiographie standard.

Références:

1. Prouteau S, Benhamou C-J, Courteix D. La fracture de fatigue : facteurs de risque et perspectives d'identification. Sci Sports 2005 ; 20:59-64.
2. Bousson V, Wybler M, Pétroye D, Paillet C, Chicheportiche V, Hamzé B, et al. les fractures de contrainte. J Radiol 2011 ; 92 : 188-207.
3. Belzrens SB, Derrey ME, Matson A, Fadale PD, Montchik KD. Stress fracture of the pelvis and legs in athletes. Sports Health 2013 ; 5 (2) : 165-74

Arthrodèse et arthroplastie de la première articulation métatarso-phalangienne dans le traitement du hallux rigide : Etude comparative

Haddouk L., Znagui T., Elmokhtar A., Saadi S., Moalla M., Nouisri L

Service d'orthopédie et traumatologie. Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

L'hallux rigidus est une maladie dégénérative de la première articulation métatarso-phalangienne (MTF), qui se manifeste par une douleur et une perte de mobilité. Le traitement chirurgical est indiqué lorsque le traitement conservateur échoue. Le but de cette étude est d'évaluer et de comparer le traitement de l'hallux rigidus par une arthrodèse ou par une arthroplastie de la première articulation métatarso-phalangienne.

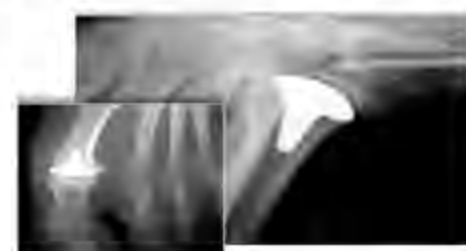
Méthodologie:

Entre 2009 et 2018, 20 patients souffrant d'hallux rigidus ont été traités à l'hôpital militaire de Tunis. Huit patients ont eu une arthrodèse et douze patients ont eu une arthroplastie totale au MTF. L'âge moyen était de 57,6 ans dans le groupe soumis à une arthroplastie et de 63,5 ans dans le groupe soumis à une arthrodèse. Le recul moyen était de 47,7 mois dans le groupe arthroplastie et de 40,1 mois dans le groupe arthrodèse. La douleur a été évaluée selon l'échelle visuelle analogique (EVA) et le résultat fonctionnel était évalué selon le score AOFAS-HMI.

Résultats:

La voie d'abord L'arthrodèse est réalisée au travers d'une voie d'abord médiale, centrée sur l'articulation métatarsophalangienne. Elle peut aussi être pratiquée par une voie dorsale, principalement en cas d'hallux rigidus. Une arthrolyse large est réalisée à la demande si besoin (hallux valgus arthrosique et ancien, prothèse silicone, ostéophytose majeure), afin de permettre une réduction satisfaisante du valgus métatarsophalangien. La désinsertion du muscle adducteur de l'hallux avec ses insertions phalangiennes et sésamoïdiennes sera modérée car ce dernier participe à la correction du métatarsus varus. Le positionnement idéal de l'arthrodèse est à considérer dans les trois plans de l'espace ; il constitue l'un des points fondamentaux du cahier des charges de cette arthrodèse. la préparation des surfaces articulaires : l'avivement des surfaces sera plus économique pour éviter tout raccourcissement intempestif, source de métatarsalgies de transfert sur les rayons moyens. L'ostéosynthèse de l'arthrodèse doit valider deux éléments fondamentaux du cahier des charges de l'arthrodèse métatarsophalangienne du gros orteil : – le montage doit être stable et solide pour permettre une remise en

charge immédiate ; – le positionnement adapté aux impératifs biomécaniques et obtenu en peropératoire doit se maintenir jusqu'à la consolidation sans perte de correction. Tous les patients ont signalé une amélioration significative de la douleur et de l'état fonctionnel après la chirurgie. Les patients soumis à une arthroplastie ont rapporté de meilleurs résultats fonctionnels sur l'échelle AOFAS-HMI (90,8 vs 65,4, $p = 0,001$) et un meilleur contrôle de la douleur (1,6 vs 4,1, $p = 0,007$) par rapport au groupe soumis à une arthrodèse. Tous les patients étaient satisfaits, amélioraient leur qualité de vie et accepteraient de subir une nouvelle intervention chirurgicale dans le groupe arthrodèse et un seul patient du groupe arthroplastie n'aurait pas à subir de nouvelle opération. Il y avait un cas d'infection dans le groupe de patients soumis à une arthroplastie et 2 cas de pseudarthrose dans le groupe soumis à une arthrodèse.



Conclusions:

L'arthrodèse procure un soulagement de la douleur et des résultats satisfaisants, mais modifie la biomécanique de la démarche. À l'instar de l'arthrodèse, l'arthroplastie améliore considérablement la douleur et constitue une alternative plus physiologique pour mieux conserver la mécanique du pied. D'autre part, cette technique est plus chère et est susceptible de s'user et d'échouer avec le temps.

Références:

- [1] Brodsky JW, Ptaszek AJ, Morris SG. Salvage first MTP arthrodesis utilizing ICBG : clinical evaluation and outcome. Foot and Ankle Int 2000 ; 21 : 290-6.
- [2] Brodsky JW, Passmore RN, Pollo FE, Shabat S. Functional outcome of arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint using parallel screw fixation. Foot and Ankle Int 2005 ; 26 : 140-6.
- [3] Coughlin MJ. Arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint. Orthop Rev 1990 ; 12 : 177-86.
- [4] Coughlin MJ. Arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint with mini-fragment plate fixation. Orthopedics 1990 ; 13 : 1037-44.
- [5] Coughlin MJ, Abdo RV. Arthrodesis of the first metatarsophalangeal joint with titanium plate fixation. Foot and Ankle 1994 ; 15 : 18-28.

Cancer différencié de la thyroïde associé à une thyroïdite de Riedel: à propos d'un cas

Mensi S , Marzouk H, Nouira M, Dardouri T, Jemni Z , Hajji I, Tahri S, Sfar R, Ben fredj M , Chatti K, Guezguez M
service de médecine nucléaire CHU Sahloul Sousse

Introduction :

La thyroïdite fibrosante de Riedel représente la forme la plus rare des thyroïdites chroniques. Son diagnostic histologique est parfois délicat et peut mimer un cancer thyroïdien.

Son association avec un cancer différencié de la thyroïde est exceptionnelle et n'a été décrite qu'une seule fois dans la littérature [1].

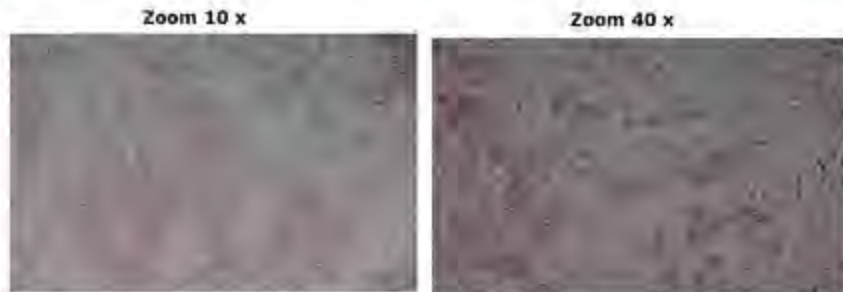
Observation:

Il s'agit d'une femme âgée de 46 ans ayant consulté pour une masse cervicale indolore correspondant, à l'échographie, à un nodule thyroïdien hypoéchogène adhérent à la trachée.

La patiente a eu une thyroïdectomie totale. L'examen anatomopathologique avait conclu à un microcarcinome papillaire dans sa variante vésiculaire avec un aspect de thyroïdite fibreuse de Riedel sur le reste de parenchyme thyroïdien (figure). La patiente nous a été adressée pour totalisation isotopique.

Le taux de thyroglobuline sérique postopératoire était à 12 ng/ml avec un dosage des anticorps anti thyroglobuline revenu négatif. Le suivi de la patiente a été marqué par l'obtention d'une cartographie blanche isotopique après la 2^{ème} cure de 3700MBq d'iode 131 avec négativation de sa thyroglobuline.

Une Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été par ailleurs demandée afin de déceler une atteinte fibrosante multisystémique dans le cadre de la maladie de Riedel.



Coloration à l'hématoxyline éosine

Figure :
Aspect histologique d'une thyroïdite de Riedel montrant un parenchyme thyroïdien effacé par des plages de fibrose collagène mutilante.

Le parenchyme résiduel comporte un foyer tumoral de prolifération carcinomateuse faite de vésicules thyroïdiennes.

Discussion :

- La thyroïdite de Riedel est la forme la plus rare des thyroïdites chroniques.
- Elle est caractérisée par l'apparition d'une fibrose infiltrative et extensive entraînant une destruction de la thyroïde et s'étendant aux organes de voisinage.
- Elle prédomine chez la femme avec un sex-ratio de 3 à 4 femmes pour un homme et affecte les sujets âgés entre 30 et 50 ans .
- Cliniquement , elle se manifeste par un goitre dur associé à des signes compressifs à type de dyspnée, dysphagie ou dysphonie rencontrées dans 30 à 50% des cas. La fibrose thyroïdienne de Riedel peut être isolée ou s'intégrer dans un processus fibrosant systémique [2].
- Le tiers des sujets qui présentent une thyroïdite de Riedel ont également une fibrose touchant autre organe. Cette atteinte fibrotique peut intéresser le médiastin, le rétropéritoine, l'orbite, le pancréas, les voies biliaires et d'autres organes [3].

Conclusion:

Il s'agit du 2^{ème} cas rapportant l'association d'un microcarcinome papillaire de la thyroïde à une thyroïdite de Riedel.

Cette association exceptionnelle est à ne pas méconnaître vu que le pronostic des patients pourrait être engagé par une atteinte fibrosante multisystémique qu'il faudrait rechercher systématiquement.

Références:

- 1- Hennessey JV. Riedel's Thyroiditis: A Clinical Review. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96: 3031-3041.
- 2-Dahlgren M, Khosroshahi A, Nielsen GP, Deshpande V, Stone JH. Riedel's thyroiditis and multifocal fibrosclerosis are part of the IgG4-related systemic disease spectrum. Arthritis Care Res. 2010; 62(9): 1312-8
- 3- Fatourechí MM, Hay ID, McIver B, Sebo TJ, Fatourechí V. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel's thyroiditis): the Mayo Clinic Experience 1976-2008. Thyroid 2011; 21:765-772

Arthrodèse sous talienne dans la prise en charge de l'arthrose séquellaire des fractures anciennes calcaneum

Haddouk L., Znagui T., Elmokhtar A., Saadi S., Moalla M., Nouisri L

Service d'orthopédie et traumatologie. Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

L'arthrose sous talienne est l'une des séquelles les plus redoutables des fractures du calcaneum pour tout praticien. Leur prise en charge pose un déficit médical et chirurgical. Le but de notre travail était d'évaluer le résultat clinique et radiologique des arthrodèses sous taliennes dans le traitement des arthroses post traumatiques.

Méthodologie:

Nous avons examiné rétrospectivement 30 pieds de militaires actifs présentant des séquelles de fractures du calcaneum dues au processus transtalien. Il y avait 30 hommes âgés en moyenne de 42 ans. Vingt-trois avaient une arthrose sous-talienne, huit avaient une arthrose calcanéocuboïde et quinze avaient des conflits sous-malléolaires latéraux. Il y avait douze dislocations ou fissures du tendon fibulaire, trois syndromes du tunnel tarsien et deux éclats plantaires. Avant le traitement, tous les patients se plaignent de douleurs. En préopératoire, la distance de marche était inférieure à 500 m pour 14 patients, 2000 à 3000 m pour 5 et supérieure à 3000 m pour 6. Le mouvement moyen de l'articulation sous-talienne était de 30% (0-100%) par rapport au côté sain et le désalignement frontal moyen du pied arrière était de 6 valgus. L'examen physique, la podoscopie et les rayons X ont été obtenus chez tous les patients. Le score de Kitaoka a été noté.

Résultats:

Le suivi moyen était de 36 mois. Les séquelles ont été traitées par une arthrodèse sous-talienne, dont une était associée à une arthrodèse calcanéocuboïde et une associée à une ostéotomie pour abaisser le plus grand tubercule du calcaneum en raison de la douleur causée par le port de chaussures.

Le score moyen de la fonction Kitaoka était de 31,7 / 100 (14-79) en préopératoire. Après traitement, le score moyen était de 81,7 / 100 (31-94), soit un gain de 73,2%. Le résultat a été jugé bon dans 16 cas, juste dans 06 cas et médiocre dans 02 cas.

Le désalignement frontal moyen de l'arrière pied sous chargement était de 4,5° et la podoscopie a montré un pied plat chez 13 patients. Trois arthrodèses sous-taliennes ont nécessité une révision pour une pseudarthrodèse.

Discussion:

Le traitement initial d'une fracture, en particulier d'une fracture articulaire, du calcaneum doit éviter les douleurs invalidantes postopératoires et les problèmes de port de la chaussure. Ces séquelles concernent essentiellement: l'arthrite sous-talienne et calcanéocuboïde, le conflit sous-malléolaire latéral, une lésion du tendon fibulaire, des éclats de plante, un syndrome du tunnel tarsien, une perte de hauteur et un désalignement du pied arrière. Au stade des séquelles, l'examen physique est primordial pour confirmer la lésion et rechercher toute complication susceptible de se développer plus tard en postopératoire lorsque la distance de marche devient plus longue. Pour neuf patients présentant une douleur résiduelle, quatre résultaient de lésions qui avaient été omises lors de l'examen physique préopératoire. L'arthrodèse de l'articulation sous-talienne doit être privilégiée par rapport au réalignement du pied arrière et peut être associée au traitement des conflits. Ce schéma de gestion permet de traiter pendant une seule fois toutes les séquelles, limitant ainsi le temps de récupération. Un examen de la cheville et du pied avec ou sans opacification des tendons fibulaires est nécessaire pour confirmer l'examen physique qui, pour nous, reste la clé du succès de la chirurgie.

Conclusions:

L'arthrose de la sous-talienne sont pratiquement toujours post-traumatiques. Elle est habituellement bien tolérée sauf après certains calcs vicieux chirurgicaux malléolaires à l'origine de malrotation du talus et d'incongruence articulaire extrêmement pathogène. L'arthrodèse garante de bons résultats si l'on accorde un soin particulier à la détermination de la position peropératoire qui doit être contrôlée radiologiquement et si l'on s'attache à adapter la technique aux lésions anatomiques..

Références:

1. POLL RG, DUIJFJES F : The treatment of recurrent dislocation of the peroneal tendons. J Bone Joint Surg (Br), 1984, 66, 98-100.
2. KITAOKA HB, ALEXANDER IJ, ADELAAR RS, NUNLEY JA, MYERSON MS, SANDERS M : Clinical rating systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes. Foot Ankle Int, 1994, 15, 349-353.
3. KITAOKA HB, PATZER GL : Analysis of clinical grading scales for the foot and ankle. Foot Ankle Int, 1997, 18, 443-446.
4. UTHEZA G, CAVAGNA R : Classification anatomo-clinique des fractures trans-thalamiques du calcaneum. Rev Chir Orthop, 1989, 75 (suppl 1), 69-70.



Apport de la TEMP/TDM devant des anomalies scintigraphiques inhabituelles sur les images planaires dans le cadre du bilan d'extension d'un carcinome de l'ovaire

Mensi S , Sfar R , Jemni Z , Dardouri T, Kamoun T, Charfi H, Nouira M , Ben fredj M , Chatti K , Guezguez M
service de médecine nucléaire CHU Sahloul Sousse

Introduction :

Le but de ce travail est de montrer l'apport de la TEMP/TDM osseuse dans la détermination de la nature des anomalies scintigraphiques de localisations inhabituelles de métastase osseuse dans le cadre d'un bilan d'extension d'un carcinome de l'ovaire.

Patient et méthodes:

Patiente âgée de 57 ans, suivie pour cystadénocarcinome de l'ovaire en rechute ganglionnaire et pulmonaire et présentant des douleurs des membres inférieures, nous a été adressée pour scintigraphie osseuse (SO) à la recherche de métastase osseuse.

Résultat:

La SO au ^{99m}Tc-HMDP en modalité planaire (figure 1) a montré des foyers d'hyperfixation au niveau des deux jambes, des deux fémurs, de l'os zygomatique droit et de l'os frontale.

En plus, elle a montré une discrète hétérogénéité de fixation en regard de L2 et au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Devant les localisations inhabituelles de métastases osseuses, l'examen a été complété par TEMP/TDM (figure 1).

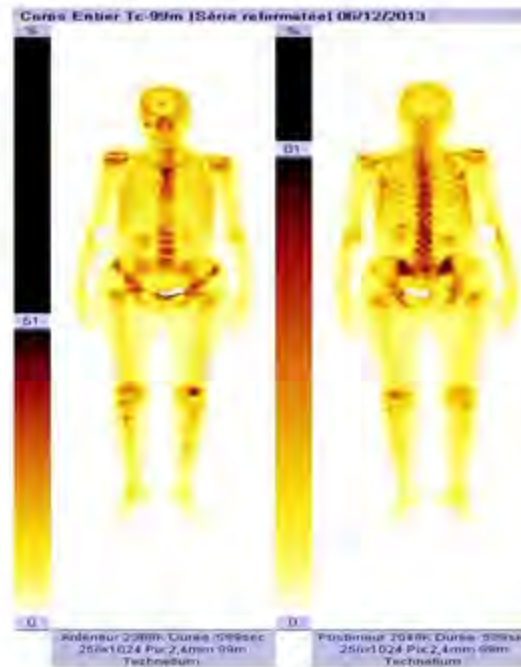


Fig 1 : scintigraphie osseuse mode planaire



Fig2: TEMP/TDM et VRT qui ont objectivé des lésions métastatiques mixtes fixant le ^{99m}Tc-HMDP. Les lésions au niveau du crâne sont lytiques. Les lésions sont ostéo-condensantes au niveau de l'extrémité supérieure du fémur et de l'épine iliaque antéro-supérieure droits. Par ailleurs, la TEMP/TDM a mis en évidence une fixation extra-osseuse du radiotracer en regard de L2, correspondant à des adénopathies calcifiées.

Discussion et conclusion:

- Les métastases osseuses d'un carcinome de l'ovaire sont rare (0,1 à 0,12%) et touchent surtout le squelette axiale (1, 2).
- Plusieurs études ont montré le gain diagnostique de la TEMP/TDM par rapport à la TEMP seule et la scintigraphie planaire pour différencier les lésions bénignes des lésions malignes en cancérologie (2).
- Elle permet une amélioration de la spécificité avec une augmentation de la sensibilité.
- La TEMP/TDM a aussi permis dans notre cas de mettre en évidence une fixation extra-osseuse du HMDP, correspondant à des adénopathies (ADP) calcifiées. La calcification des métastases entre autre des ADP est une des caractéristiques du cancer de l'ovaire(3).

Références:

- 1- Tiwari A, Kumar N, Bajaj R, Lal P. Bone metastasis from ovarian cancer. J Cancer Res Ther. 2007;3(1):34-6.
- 2- Sebouli J, Dłochewski J, Schotters V, Fotopoulou C, Pietzner K. Prognostic role of early versus late onset of bone metastasis in patients with carcinoma of the ovary, peritoneum and fallopian tube. Ann Oncol. 2013.
- 3- Puycha E, Gilma A, Granier P. Démarche sémiologique en TEMP/TDM osseuse. Une approche diagnostique intégrée de l'imagerie hybride. Médecine Nucléaire. 2010;34(8):490-511.

Le profil épidémiologique de la gonarthrose chez le sujet âgé

Boussaïd S., Bettaieb H., Barhoumi K., Jemmali S., Sahli H., Cheour E., Ajlani H., Rekik S., Elleuch M.
Service de de rhumatologie Hôpital La Rabta Tunis

❖ Introduction :

- La gonarthrose constitue une des localisations préférentielles de l'arthrose.
 - Particulièrement fréquente chez le sujet âgé, elle est source d'incapacité et d'handicap fonctionnel majeur.
- Objectif:** Préciser le profil épidémiologique de la gonarthrose chez le sujet âgé en comparaison au sujet âgé de moins de 65 ans.

❖ Patients et méthodes :

- Etude descriptive transversale sur un échantillon de 105 patients ayant une gonarthrose.
- Deux groupes ont été formés :
G1: si âge > 65 ans et plus
G2: si âge entre 30 et 55 ans.
- Tous les patients ont bénéficié d'une évaluation clinique et algofonctionnelle par l'indice de Lesquesne (IAF).

❑ 3-Les Caractéristiques de la gonalgie :

	G1	G2	P=
Durée d'évolution (moyenne en années)	5,79±2,7	3,02±1,6	0,000
EVA douleur	6,91±1,018	6,55 ±1,309	0,742
Périmètre de marche limité	97,8%	86,0%	0,037
Bilatéralité	33,3%	40,4%	0,02
IAF	15,46±2,8	9,02±1,6	0,02



Radiographies des deux genoux montrant une arthrose stade 4 bilatérale

❑ 4-Les Caractéristiques radiologiques :

- La comparaison de la répartition des 2 groupes selon la classification radiographique de Kellgren et Lawrence n' a pas montré de différence statistiquement significative (p=0,23).

❖ Résultats:

❑ 1-Les Caractéristiques démographiques :

	G1	G2	p
Nombre de cas	47	56	
Sex ratio H/F	0,41	0,24	0,257
Origine géographique rurale %	26,7	49,1%	0,021
Origine géographique urbaine %	73,3	50,9%	

❑ 2-Les données anthropométriques (IMC (kg/cm²))

- **G1 :** 27,34
 - **G2:** 28
- p=0,929

❖ Discussion:

- La comparaison entre les sujets âgés de plus de 65 ans et ceux âgés de moins de 65 ans a montré qu'il n'y avait **pas de différence** en ce qui concerne le sexe, l'intensité de la gonalgie, les caractéristiques anthropométriques **excepté l'origine, le périmètre de marche et le retentissement fonctionnel.**
- Sur le plan radiographique, notre étude n'a pas révélé de différence entre les deux groupes.

❖ Conclusion :

- A travers notre étude, nous avons pu montrer **que la gonarthrose est plus sévère chez le sujet âgé** que ce soit sur **ses aspects cliniques** ou par **son retentissement fonctionnel.**
- Une prise en charge rapide de la gonarthrose chez cette population est cruciale afin de limiter le handicap et la perte de l'autonomie.

EVALUATION DES CONNAISSANCES EN RADIOPROTECTION DU PERSONNEL DE SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE DE L'INSTITUT SALAH AZAÏEZ

BA M D., SLIM I., Ben GHACHEM T., AHMED HORMA B., YEDDES I., MEDDEB I., MHIRI A.

Service de Médecine Nucléaire, Institut Salah Azaïez, Tunis.

Introduction :

L'utilisation de sources radioactives non scellées en médecine nucléaire expose les travailleurs à des rayonnements ionisants d'où l'importance de connaître les risques néfastes de ces irradiations et les moyens de s'en protéger.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les connaissances en radioprotection des travailleurs en médecine nucléaire à l'Institut Salah Azaïez en vue de relever les insuffisances et planifier une formation régulière dans le domaine.

Matériel et méthode :

Il s'agissait d'une étude descriptive réalisée auprès du personnel du service de médecine nucléaire de l'Institut Salah Azaïez durant le mois d'Août 2018. Notre étude a porté sur un questionnaire distribué à tout le personnel et portant sur les connaissances concernant la radioprotection. Nous avons établi un score global des connaissances sur la radioprotection et des scores moyens selon les catégories de travailleurs.

Résultats :

Notre échantillon d'étude était de 25 travailleurs ayant tous répondu à notre questionnaire. Le sexe ratio était de 0,47. L'âge moyen était de 40 ans avec comme extrêmes 26 et 54 ans. La répartition selon le grade à mis en évidence : 6 médecins seniors, 6 résidents, 9 techniciens supérieurs et 4 autres (secrétaires, ouvriers...).

La répartition selon l'ancienneté au service de médecine nucléaire à mis en évidence : 9 travailleurs avaient moins de 5 ans dans le service, 5 avaient entre 5 et 10 ans d'ancienneté tandis que 11 avaient plus de 10 ans.

Le Score global des connaissances moyen était de 14,36/20 avec des valeurs limites de 6 à 19. Ce score augmente significativement en fonction du grade ($p=0,01$): Médecins seniors 18,16 ; Résidents : 14,16 ; Techniciens supérieurs : 13,77 ; Autres : 10

Le Score Global de Connaissance Moyen (SGCM) selon l'ancienneté était plus élevé chez les travailleurs dont l'ancienneté est supérieure à dix ans sans que la différence ne soit statistiquement significative.

Vingt trois travailleurs (92%) connaissaient tous les moyens de radioprotection.

Seulement 64% du personnel connaissaient les effets des RI sur la santé.

Une formation en radioprotection était souhaitée par 92% des travailleurs.

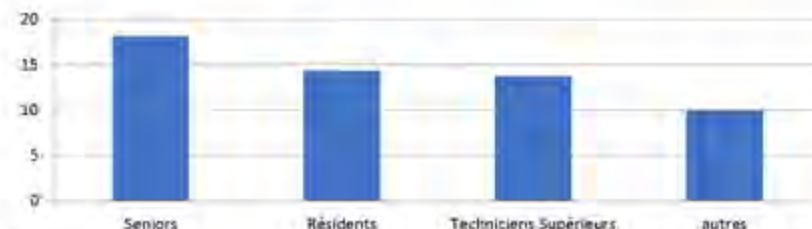


Figure 1: Variation, statistiquement significative ($p=0,01$), du Score Globale de Connaissance Moyen par grade

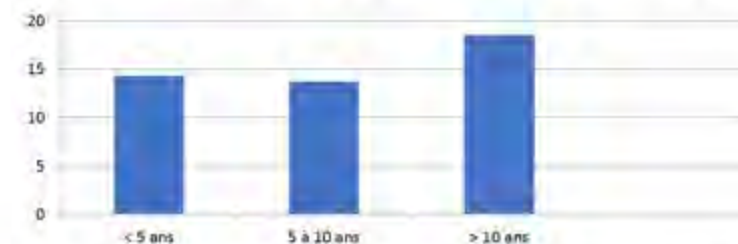


Figure 2: Variations du SGCM selon l'ancienneté : non significative statistiquement

Discussion:

- L'utilisation de sources non scellées expose certes le personnel de médecine nucléaire aux effets indésirables des rayonnements ionisants.
- Il est impérativement souhaitable de pouvoir respecter les règles de Radioprotection par les travailleurs en Médecine Nucléaire pour qu'ils puissent exercer leur profession sans risque.
- Comparativement à d'autres enquêtes sur la Radioprotection effectuées en Radiologie diagnostique et interventionnelle les valeurs du SGCM étaient supérieures dans notre population tout en restant dans les différentes études influencées par le grade professionnel et dans une moindre mesure par l'ancienneté.
- Une formation continue et périodique en radioprotection, adaptée aux besoins du personnel, est nécessaire et vivement souhaitée par la majorité des travailleurs.

Conclusion:

- Les connaissances du personnel de Médecine Nucléaire en Radioprotection sont bonnes dans l'ensemble mais dépendent du grade professionnel.
- La planification d'une formation continue en radioprotection pour le personnel paramédical serait souhaitable surtout devant l'intérêt manifesté.

Ostéoporose chez les patients arthrosiques

Makhlouf Y, Sahli H, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Ajlani H, Cheour E, Elleuch M.

Hôpital la Rabta

Introduction :

Gonarthrose et ostéoporose représentent toutes les deux un problème majeur de santé publique. Leur coexistence ne peut qu'accroître le risque de morbidité et de mortalité.

Objectif

L'objectif de ce travail est de trouver une corrélation entre la gonarthrose et l'ostéoporose ainsi que les facteurs de risque impliqués dans cette association.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective transversale et comparative incluant 57 patientes suivies pour gonarthrose et 44 témoins appariés pour l'âge et le sexe. Le diagnostic de gonarthrose a été retenu selon les critères cliniques et radiologiques de l'ACR. Une évaluation radiologique par la mesure de l'interligne articulaire fémoro-tibiale interne a été réalisée sur les radiographies standard du genou. La sévérité de la gonarthrose est étudiée selon le score Kellgren et Lawrence. Un examen ostéodensitométrie par absorptiométrie biphotonique à rayon X (DXA) a été réalisé pour les deux groupes de femmes, avec et sans gonarthrose, permettant la mesure de la densité minérale osseuse (DMO).

Résultats

La moyenne d'âge était de $53 \pm 7,8$ ans [40 - 78 ans]. Soixante-huit pour cent des patientes avaient plus de 50 ans. La gonarthrose évoluait depuis une durée moyenne de $46,39 \pm 47,23$ mois [1 - 240]. L'indice de masse corporelle était en moyenne de $32,48 \pm 6,15$ kg/m² [20,7 - 49,22]. Environ la majorité des patientes (91%) étaient en surpoids ou obèses. L'évaluation fonctionnelle de l'arthrose par le Womac douleur, fonction, raideur a montré les résultats suivants respectivement : $2,05 \pm 0,83$ [0,4 - 4], $1,9 \pm 0,81$ [0,23 - 3,58], $1,86 \pm 1,01$ [0 - 4]. Le T-score moyen était de : $-0,69 \pm 1,57$ DS au rachis lombaire et de $-0,02 \pm 1,09$ DS au fémur. En comparant les deux groupes témoins et malades, il n'y avait pas de différence significative entre la DMO moyenne et le T-score moyen au niveau de tous les sites de mesure ($p > 0,05$). De même, il n'y avait pas de différence significative quant aux prévalences de l'ostéoporose et l'ostéopénie dans les deux groupes (47,4% vs 56,8% , $p = 0,35$). Une corrélation positive a été trouvée entre le statut minéral osseux et l'âge, le poids et la ménopause (respectivement $p = 0,006$, $p = 0,001$, $p = 0,005$). L'ancienneté de la gonarthrose ne semble pas avoir eu d'influence significative sur le statut minéral osseux (0,99). Le WOMAC douleur, fonction, raideur ne semble pas avoir eu d'influence significative sur le statut minéral osseux ($p = 0,26, 0,96, 0,31$). Le pincement de l'interligne articulaire était plus marqué

en cas de perte osseuse ($p = 0,041$). Ceci a concerné uniquement le site lombaire et non fémoral. L'évolutivité radiologique de la gonarthrose, évaluée selon la classification de Kellgren n'a pas eu d'impact significatif sur le statut minéral osseux global ($p = 0,61$).

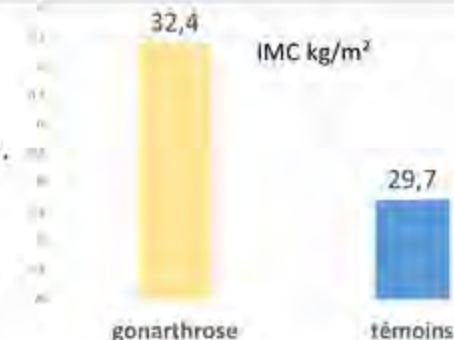
Discussion

Le lien entre perte osseuse et arthrose reste controversé dans la littérature. Dans une étude, il n'y a pas de corrélation entre DMO et gonarthrose [1] alors que plusieurs auteurs suggèrent le contraire.

De même, une incidence élevée de la DMO était associée à une augmentation d'incidence de la gonarthrose radiologique [2]. Ceci pourrait être expliqué par l'augmentation de la résistance mécanique de l'os sous-chondral associée à la dégénérescence cartilagineuse ainsi que le caractère ostéoformateur observé chez les sujets arthrosiques, se traduisant par la survenue des ostéophytes. Dans notre série, en comparant les DMO moyennes aux deux sites de mesure fémoral et lombaire, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes gonarthrosique et témoin. Ceci peut être dû à la petite taille de l'échantillon d'une part, et au caractère transversal de notre étude d'autre part.

Conclusion

Notre travail n'a pas montré de relation significative entre la gonarthrose et l'ostéoporose. Cette étude est un travail préliminaire dont le faible effectif ne permet pas de retenir de conclusions de manière formelle. Ailleurs, la relation positive constatée entre l'importance du pincement et le risque de perte osseuse, peut être en partie expliquée par le fait qu'en cas de gonarthrose évoluée, le handicap fonctionnel et l'immobilisation pourraient favoriser la perte osseuse.



[1] Changhai Ding, Flavia Cicuttini, Catrina Boon, Pip Boon, Velandai Srikanth, Helen Cooley et al. Knee and hip radiographic osteoarthritis predict total hip bone loss in older adults: A prospective study, JBMR; Volume 25, Issue 4 April 2010

[2] İlhan Sezer,¹ Ozge G. İllez,² Serpil D. Tuna,³ and Nilufer Balci The Relationship Between Knee Osteoarthritis and Osteoporosis, Eurasian J Med. 2010 Dec; 42(3): 124-127

Angiome vertébral "hyperfixant" chez une patiente oncologique: Forme rare et un piège sur la scintigraphie osseuse

P20

Zaabar L.^{1,3}, Zarraa S.^{2,3}, Letaeif B.^{1,3}, Ben Sellem D.^{1,3}, M'hiri A.^{1,3}, Nasr C.^{2,3}

¹: Service de Médecine Nucléaire. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

²: Service de Radiothérapie. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

³: Université Tunis El manar. Faculté de Médecine de Tunis



Introduction

- Les angiomes osseux sont des malformations veineuses (MV), de siège rachidien le plus souvent. Cette forme est à contenu tissulaire ce qui la distingue des hémangiomes, forme la plus fréquente des MV, dont le contenu est purement graisseux. Ils sont quiescents et asymptomatiques.
- Leur découverte radiologique fortuite sera sans suite thérapeutique. Ils sont sans traduction sur la scintigraphie osseuse (SO).
- Cependant, l'angiome peut devenir actif, fragilisant la vertèbre et déclenche ainsi la résorption osseuse, d'où une hyperfixation osseuse. Cette entité devient un véritable diagnostic différentiel de métastases osseuses chez les patients en contexte oncologique.

On illustre à travers un cas, la difficulté d'interprétation en absence d'orientation clinique.

Observation et Discussion

- Patiente âgée de 72 ans, suivie depuis 2005 pour un carcinome mammaire gauche, classé T₂N1M_x, de 48 mm, SBR II, 1N+ et RH négatifs. Elle a été traitée par pectéy, chimiothérapie adjuvante et radiothérapie externe à la dose de 50 Gy. La SO initiale en 2006 et celles de contrôle (2007 et 2009) ne montraient pas de fixation suspecte de métastase ostéoblastique. La patiente était classée en rémission et régulièrement suivie en consultation externe.
- En 2019, devant la persistance de douleurs du bassin, on lui a programmé une nouvelle SO. On a administré une activité de 629 MBq (17 mCi) de ^{99m}Tc-HMDP.



Fig. 1 BCE
Apparition d'hyperfixation intense focale unique, au niveau de l'hémicorps droit de D11



Coupes axiales Coupes sagittales

Fig.2 Tomoscintigraphies fusionnées à un scanner TEMP/TDM:
Hyperfixation siégeant à la partie postérieure et droite de D11, sur une anomalie sous-jacente de la trame osseuse, lacunaire, hétéro-dense, à prédominance lytique nette, avec un fin liséré ostéosclérotique périphérique.

- La lésion était très suspecte de nature secondaire vu le contexte clinique et la localisation au corps vertébral.
- Sur les anciens scanners: La même lésion est connue depuis 2010, classée comme hémangiome devant son aspect typique «grillagé», mais d'aspect légèrement modifié sur un scanner récent de novembre 2018 (Fig.3).



Fig. 3 TDM cervico-thoracique.
Angiome vertébral à contenu mixte.
Aspect grillagé parsemé de zones lytiques

Tableau 1. Angiomes vertébraux: Caractéristiques sémiologiques, scannographiques et scintigraphiques

	Angiome quiescent	Angiome agressif
Localisation rachidienne préférentielle	Rachis lombaire	Rachis dorsal
Extension à l'arc postérieur	-	+
Texture osseuse	Grillagée sans zone lytique	Zones lytiques
Contenu	Graisseux	Vasculaire « Pseudo-tumoral »
Scintigraphie osseuse	Non fixant	Hyperfixant

Conclusion

Le couplage TEMP à une TDM de repérage améliore globalement les qualités diagnostiques de l'examen scintigraphique planaire, surtout en oncologie. Toutefois, certaines anomalies ostéoblastiques bénignes, comme des angiomes devenus actifs ou agressifs, peuvent mimer d'authentiques métastases, source de faux positif à la SO. A travers cette observation, on insiste sur l'importance de l'analyse aussi combinée et comparative que possible, isotopique et radiologique, afin d'éviter aux patients un traitement non justifié voire dangereux.

Corrélations entre les différents questionnaires d'évaluation de la gonarthrose

K.Ben Abdelghani, Y.Makhlouf, A.Fazaa, S. Miladi, K.ouenniche, S. Kassab, L Souabni, S. Chekili, A Laatar.

Adresse Hôpital Mongi Slim, la Marse

Introduction

Le genou est l'articulation la plus fréquemment atteinte au cours de l'arthrose. la perte progressive de la fonction qui en découle la rend un problème de santé publique. Le rôle de l'évaluation de l'activité au cours de la gonarthrose est primordiale.

Objectif

Le but de ce travail est de comparer les différents questionnaires et index de sévérité au cours de l'arthrose du genou dans une population tunisienne.

Méthodes

Etude rétrospective portant sur des patients suivis pour gonarthrose selon les critères cliniques et radiologiques de l'ACR. Les patients ont été invités à répondre à un formulaire incluant 4 questionnaires : l'indice de lesquenne du genou(LAI), Lower Extremity Functional Scale (LEFS)[2], Knee Injury and osteoarthritis Outcome Function Short Form (KOOS-PS)[3] et le Western Ontario and McMaster University osteoarthritis Index Physical Function subscale (WOMAC-PF)[4]. La douleur a été évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA). Une corrélation entre les différents index a été recherché. le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Résultats

L'étude a inclut 30 patients âgés en moyenne de 62,7 ans [47,81]. Le sexe ration était de 0,1. La gonarthrose évoluait depuis en moyenne 6,2 ans [7mois-20ans]. Le BMI était en moyenne de 28,2 kg/m² [19,6-36,2]. Environ La moitié des patients (53,3%) avaient une arthrose débutante. le stade IV radiologique de la gonarthrose a été retrouvé dans 16,7% des cas. Un seul patient avait une prothèse totale du genou. l'Eva était de 4,9 [2,9]. L'évaluation fonctionnelle de l'arthrose par le Womac douleur, fonction, raideur a montré un score de 81,8 ± 17,4[33,6 ;98,8], le LEFS était en moyenne de 68,2 ±15,8[27 ;93 ,8], le KOOS-PS avait un score moyen de 12,3 ± 9,5 [1,29], Les valeurs pour l' indice algo fonctionnel de lesquenne était en moyenne de 7,5 ±4,1[3 ;17,5]. Le LAI était significativement corrélé au LEFS et au KOOS (respectivement p=0,001, p=0). De même, une corrélation a été trouvée entre WOMAC et KOOS (p=0,007). Le WOMAC score n'était pas associé au LAI et au LEFS (p=0,36 ;p=0,42 respectivement). Le LAI et le KOOS-PC étaient significativement plus élevés au cours de l'arthrose avancée à la radiographie standard par rapport à l'arthrose débutante (6,3 vs 9,2 p=0,03) et (6,3 vs 20,7 p=0).

.Cette association n'a pas été retrouvée pour le LEFS (73 vs 61,4, p=0,1).

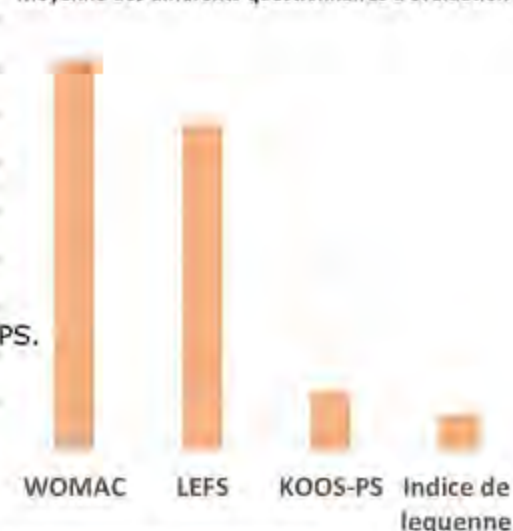
Discussion

L'arthrose du genou de part de la douleur et de l'atteinte articulaire est responsable d'une limitation des activités et de la fonction à l'origine d'un handicap important. Peu d'auteurs ont comparé les différents questionnaires au cours de la gonarthrose. Nos résultats montrent que L'indice de lesquenne du genou (LAI) ainsi que le Knee Injury and osteoarthritis Outcome Function Short Form (KOOS-PS) sont plus pertinents au cours de l'arthrose avancée et que le WOMAC score était corrélé seulement au KOOS-PS. De même, les données de la littérature confirment la consistance et la cohérence du KOOS-PS comparé au WOMAC chez les sujets avec une prothèse totale du genou. [5] le KOOS-PS pourrait devenir un instrument de référence dans les pathologies dégénératives du genou. A terme, ils pourraient s'intégrer dans de nouvelles composites de sévérité. Dans cette finalité, outre la validation de leur propriétés psychométriques, il devrait impérativement bénéficier d'un programme d'adaptation transculturelle.

Conclusion

Ces résultats montrent l'importance des indices d'évaluation fonctionnels au cours la gonarthrose et soulignent leur association aux stades radiologiques (LAI, KOOS, WOMAC). Ceci nous incite à les intégrer davantage dans notre pratique courante.

Moyenne des différents questionnaires d'évaluation



[1] Lequesne M, Mery C. European guidelines for clinical trials of new antirheumatic drugs. *Eular Bull* 1980;9:171-5.
[2] Binkley, Jill M., et al. "The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application." *Physical therapy* 79.4 (1999): 371-383.
[3] Ornetti P, Perruccio AV, Roos EM, Lohmender LS, Davis AM, Maillefert JF. Psychometric properties of the French translation of the reduced KOOS and HOOS (KOOS-PS and HOOS-PS). *Osteoarthritis Cartilage* 2009; 17: 1604-8.
[4] Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15:1833-40.
[5] Davis AM, Perruccio AV, Canizares N, Hawker GA, Roos EM, Maillefert JF, et al. Comparative, validity and responsiveness of the HOOS-PS and KOOS-PS to the WOMAC physical function subscale in total joint replacement for osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009 Jul;17(7):843-7

Les anomalies de fixation masquées par l'activité vésicale en mode planaire : l'imagerie hybride au secours des médecins nucléaires (à propos de 2 cas)

Jardak.I, Hamza.F, Amouri.W, Kallel.F, Maaloul.M, Charfeddine.S, Chtourou.K, Guermazi.F

Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

La présence d'une activité vésicale sur les images scintigraphiques planaires du fait d'une élimination urinaire de certains radiotraceurs est parfois gênante et empêche l'exploration de la région pelvienne notamment lorsqu'il existe un obstacle à une miction complète. La tomoscintigraphie permet de remédier à cet artéfact offre la possibilité d'avoir une imagerie dans les trois dimensions de l'espace.

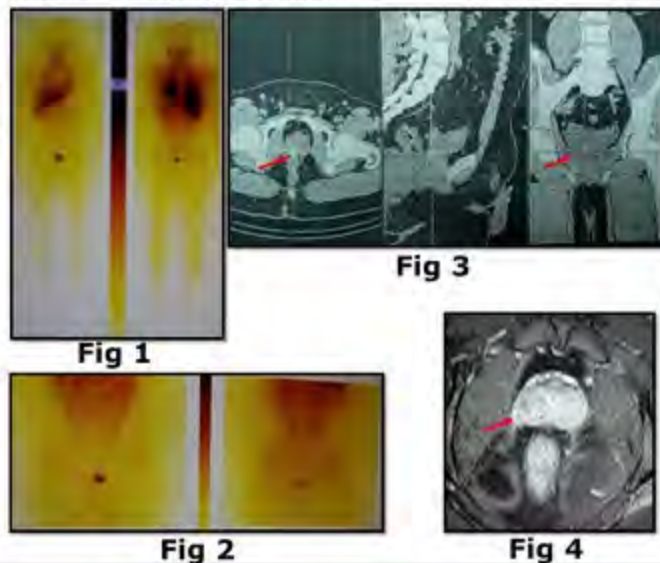
Matériel et Méthodes:

Nous rapportons les observations de 2 patients adressés respectivement pour suspicion d'un phéochromocytome prostatique et pour un bilan d'extension d'une tumeur neuroendocrine vésicale. Ils ont bénéficié d'une scintigraphie à la MIBG-123I pour le premier patient et d'une scintigraphie osseuse au HDP-^{99m}Tc pour le deuxième. Dans les 2 cas, une tomoscintigraphie du bassin couplée au scanner a été réalisée en plus des images planaires.

Résultats :

1er patient:

Le balayage du corps entier (BCE) ainsi que les images statiques centrées sur l'abdomen et le bassin n'ont pas montré de fixation pathologique (fig 1 et 2). La TEMP/TDM du bassin (fig 3) a mis en évidence une fixation de faible intensité derrière la vessie et qui se projette sur la prostate en faveur d'un phéochromocytome confirmée par l'IRM prostatique dans un 2^{ème} temps (fig 4).



Résultats :

2ème patient:

Le BCE a montré des hyperfixations de D6 et de l'arc postérieur de la 5ème côte droite (Fig 5). La TEMP/TDM a révélé en plus une hyperfixation du sacrum derrière la vessie en rapport avec une lésion ostéolytique (fig 6 et 7).

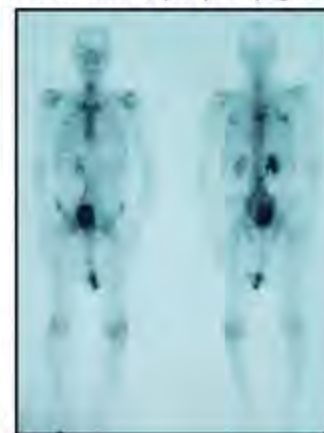


Fig 5



Fig 6

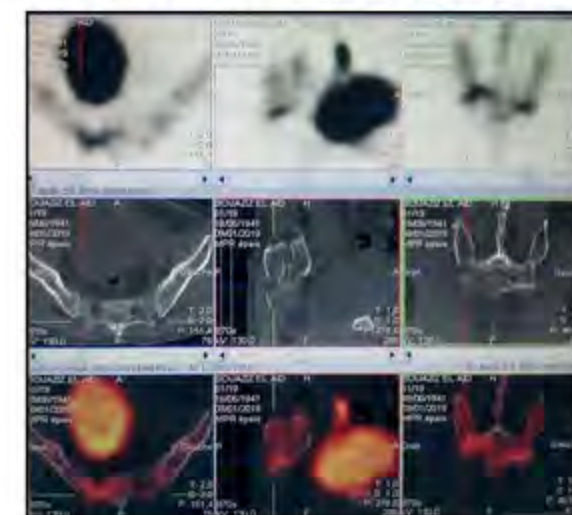


Fig 7

Conclusion :

L'imagerie hybride est un outil précieux qui permet d'améliorer la sensibilité et la spécificité des examens scintigraphiques. Elle permet entre autre une meilleure caractérisation des anomalies de fixation qui se superposent avec des structures anatomiques ou des fixations physiologiques à travers une exploration de l'organisme dans les trois dimensions de l'espace.

Évaluation de l'activité physique chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique

Fazaa A, Sellami M, Miladi S, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie- Hôpital Mongi Slim - La Marsa- Tunis- Tunisie

Introduction :

L'activité physique, connue pour maintenir une fonction métabolique optimale et un développement normal, pourrait être compromise lors de l'arthrite idiopathique juvénile (AJI).

Le but de notre étude était d'évaluer l'activité physique chez les enfants et les adolescents atteints d'AJI par rapport aux témoins.

Méthodes:

- Etude transversale comparative
- Enfants et les adolescents atteints d'AJI, comparée à des écoliers tunisiens en bonne santé, appariés selon l'âge et le sexe,
- L'activité physique a été estimée à l'aide du questionnaire d'activité physique destiné aux enfants (cPAQ) et aux adolescents (aPAQ) rempli par le groupe de patients et le groupe de référence

Le PAQ note:

- 2 comme «activité faible»
- > 2 et ≤ 3 comme «activité modérée»
- > 3 comme «activité élevée à vigoureuse».

Résultats :

55 patients (38 garçons et 17 filles) atteints d'AJI et 55 écoliers témoins sains ont été inclus. Aucune différence significative sur le plan démographique n'a été trouvée entre les deux groupes.

L'âge moyen: $8,5 \pm 4,12$ ans dans le groupe AJI et de $9,2 \pm 3,51$ ans dans le groupe témoin.

Trente et un patients (53%) avaient une AJI oligo-articulaire persistante, 15 patients (27%) avaient une AJI poly articulaire, 5 patients (9%) avaient une AJI systémique et 4 patients (7%) avaient une AJI associée à une enthésite.

La durée médiane de la maladie était de $3,2 \pm 2,8$ ans.

Le cPAQ moyen était de $2,10 \pm 0,72$ dans le groupe AIJ et de $4,12 \pm 0,64$ dans le groupe témoin ($p = 0,0001$).

Les enfants et les adolescents atteints d'AJI présentaient des niveaux d'activité physique significativement inférieurs à ceux de leurs témoins attestés par les résultats du cPAQ / aPAQ ($p = 0,012$).

Le temps passé dans chaque rubrique de cPAQ / aPAQ était significativement moins élevé dans le groupe AJI:

- ✓ Activités sportives : $3,4 \pm 0,5$ versus $4,7 \pm 1,4$ heures / semaine, $p = 0,002$
- ✓ Activités de loisirs: $2,2 \pm 0,3$ versus $6,2 \pm 1,3$ heure / semaine, $p = 0,001$
- ✓ Activités à l'école: $1,1 \pm 0,3$ contre $2,1 \pm 0,5$ heure / semaine, $p = 0,001$
- ✓ Activités parascolaires: $0,5 \pm 0,5$ contre $2,5 \pm 0,8$ heures / semaine, $p = 0,001$

Soixante-seize pour cent du groupe AIJ ont passé la journée dans les deux catégories d'activité physique les plus faibles: dormir et rester assis, ce qui était nettement plus élevé que dans le groupe des témoins ($p = 0,001$ et $p = 0,055$, respectivement).

Conclusions:

Dans notre étude, les enfants et les adolescents atteints d'AIJ étaient moins actifs physiquement par rapport aux témoins sains, selon l'évaluation du PAQ. Des méthodes plus objectives sont nécessaires pour mieux évaluer et quantifier l'activité physique.

Un taux de comptage élevé dans une scintigraphie osseuse sans anomalie de fixation associée: un élément orientant vers la malignité ?

Yaakoub.A, Khrouf.B, Jardak.I, Hamza.F, Amouri.W, Kallel.F, Maaloul.M, Charfeddine.S, Chtourou.K, Guerhazi.F
Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

But

La scintigraphie osseuse (SO) est un examen performant pour la recherche de métastases osseuses grâce à sa bonne sensibilité. Cependant, des faux négatifs peuvent s'observer dans certains cas d'où l'intérêt de l'imagerie hybride. L'objectif de ce travail est de discuter l'indication d'une manière systématique d'une tomoscintigraphie par émission monophotonique couplée à la tomodensitométrie (TEMP/TDM) dans le cadre de bilan d'extension de cancers ostéophiles, devant un taux de comptage élevé et une fixation homogène dans une SO, à travers 3 cas.

Matériels et méthodes

Il s'agit de 3 patients adressés pour SO dans le cadre d'un bilan d'extension. Ils ont bénéficié d'un balayage corps entier (BCE) à l'aide d'une gamma caméra double tête, collimateurs basse énergie haute résolution à la vitesse de 15 cm par minute 3 heures après l'une injection de 18 mCi de HMDP-Tc99m. Un complément de TEMP/TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne a été pratiqué immédiatement après (32 projections, 20 secondes par projection).

Résultats

Le BCE a montré une discrète accentuation diffuse de la fixation à tout le squelette axial ainsi un taux de comptage global élevé chez tous nos patients (Fig1, Fig2, Fig3). On n'a pas noté de foyer d'hyper ou d'hypofixation individualisable. La TEMP/TDM a montré des métastases chez nos 3 patients avec des polymétastases diffuses chez deux patients : un aspect d'ostéocondensations millimétriques diffuses touchant tout le segment corporel exploré chez un patient (Fig4) et plusieurs lésions sclérotiques et lytiques confluentes et diffuses sur tout le squelette exploré chez l'autre patient (Fig5,6) ; deux lésions lytiques au niveau de C7 et du sacrum ont été notées chez le 3^{ème} patient. (Fig7,8)

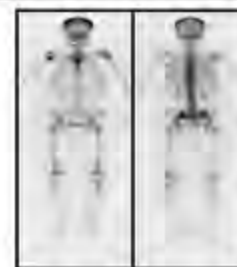


Fig1



Fig2



Fig3

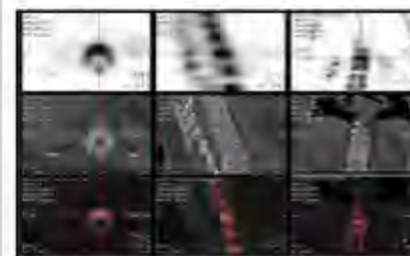


Fig4



Fig5

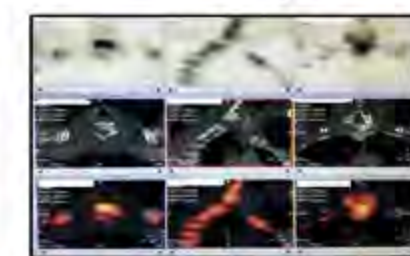


Fig7



Fig6

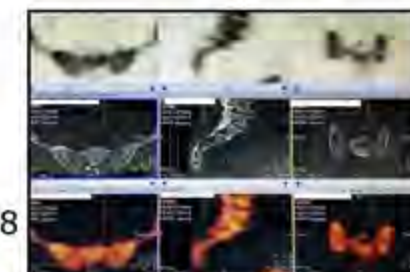


Fig8

Conclusion

Une atteinte osseuse secondaire diffuse peut passer inaperçue lors d'une SO à cause d'une fixation diffuse et homogène c'est pourquoi il faut toujours faire attention à un taux de comptage élevé lors de l'interprétation de l'examen et compléter par une TEMP/TDM au moindre doute.

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique

Sellami M, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie- Hôpital Mongi Slim - La Marsa- Tunis- Tunisie

Introduction :

Les enfants atteints d'arthrite idiopathique juvénile (AJI) peuvent avoir un risque accru de surpoids et d'obésité, ce qui pourrait constituer un facteur de risque supplémentaire d'arthrite inflammatoire.

Les objectifs de cette étude étaient de déterminer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents atteints d'AJI, et d'évaluer l'association entre le surpoids et les paramètres d'activité de la maladie.

Méthodes:

- Etude transversale portant sur des enfants atteints d'AJI
- Nous avons évalué le poids (kg) et la taille (cm) en fonction du score d'écart type
- Le diagnostic d'AJI était retenu selon les critères de la Ligue internationale d'association de rhumatologie (ILAR).
- Le surpoids et l'obésité ont été définis par l'indice de masse corporelle (IMC) (poids / taille²) appariés selon l'âge et le sexe et en référence aux courbes françaises.
- Les enfants ont été classés comme:
 - obèses si leur IMC était ≥ 95 ème centile,
 - en surpoids si leur IMC était compris entre le 85ème et le 94ème centile
 - en poids normal si leur IMC était compris entre le 5ème et le 84ème centile.
- L'incapacité fonctionnelle était déterminée par le questionnaire d'évaluation de la santé de l'enfance (CHAQ).
- L'activité de la maladie a été évaluée à l'aide d'un score validé, le score d'activité de l'arthrite juvénile (JADAS-27).

Résultats :

- 55 patients (38 garçons et 17 filles) atteints d'AJI ont été inclus dans cette étude
- L'âge médian était de $8,5 \pm 4,12$ ans [6 et 14 ans]
- Trente et un patients (53%) avaient une AJI oligo-articulaire persistante, 15 patients (27%) avaient une AJI polyarticulaire, 5 patients (9%) avaient une AJI systémique et 4 patients (7%) avaient une arthrite associée à des enthésites.
- La durée médiane de la maladie était de $3,2 \pm 2,8$ ans
- Le JADAS 27 moyen de $6,9 \pm 2,7$ et le CHAQ moyen était de $1,4 \pm 0,5$.
- Dix-neuf enfants (52,7%) avaient reçu des corticostéroïdes au cours d'une période moyenne de 1,7 ans [0,6 à 3] avec une dose moyenne de 10 mg / jour d'équivalent de prednisone.
- L'IMC moyen était de $14,56 \pm 2,1$ kg / m² avec:
 - 22 patients (40%) en surpoids
 - 15 patients (27%) étaient obèses
 - 18 (33%) avaient un poids normal
- Les patients de poids normal, en surpoids et obèses représentaient respectivement 60%, 20% et 20% des formes systémiques, 53%, 27% et 20% des formes polyarticulaires, 39%, 32% et 29% des formes oligoarticulaires persistantes et 50%, 25% et 25% des formes d'arthrite associée à des enthésites.
- L'obésité était plus fréquente chez les patients âgés ($p = 0,021$), avec une altération fonctionnelle significative ($p < 0,001$) et une maladie active ($p < 0,001$).
- Seule l'AJI systémique était plus significativement associée au surpoids ($p = 0,031$) et à l'obésité ($p = 0,024$).

Conclusions:

Dans notre étude, plus de 60% des patients étaient en surpoids. La limitation fonctionnelle, l'AJI systémique et la maladie active étaient les paramètres les plus corrélés avec l'obésité. Une meilleure gestion de l'activité et de l'état fonctionnel de la maladie pourrait réduire le surpoids chez les enfants atteints d'AJI.

L'apport du questionnaire SAFE Q dans l'évaluation fonctionnelle de l'atteinte talocrurale au cours de l'arthrite juvénile idiopathique à l'âge adulte

Boudokhane M, Saidane O, Mahmoud I, Ben tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

L'atteinte de l'articulation talocrurale au cours de l'AJI entraîne un retentissement physique important avec un impact majeur sur la qualité de vie. Notre objectif était d'apprécier le retentissement de l'atteinte de l'articulation talocrurale sur la fonction et la qualité de vie des patients suivis pour une AJI vus à l'âge adulte.

Méthodes :

Une étude transversale et descriptive a été menée dans un service de rhumatologie sur les malades ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire vue à l'âge adulte. Le questionnaire SAFE Q a été utilisé pour évaluer le retentissement de l'atteinte de la talocrurale. Ce questionnaire est composé de 34 questions évaluant 5 domaines : la douleur, l'activité sociale, l'activité physique et la vie quotidienne, les difficultés au chaussage et la santé générale et le bien être.

Résultats :

Nous avons colligé 29 patients ayant une AJI polyarticulaire dont 4 hommes et 25 femmes. L'âge moyen des patients était de 42.13 ans [17,65 ans]. La durée moyenne d'évolution de l'AJI était de 31.69 ± 14 ans. L'AJI était Facteur Rhumatoïde positive chez 20 malades (69 %). Quatorze patients (48%) avaient un surpoids, avec un BMI moyen à $24,19 \pm 6,47$.

Le syndrome inflammatoire biologique était observé chez 66 % des malades avec une VS moyenne à $38,14 \pm 23,24$ et une CRP moyenne à $17,37 \pm 16,34$. La DAS 28 vs moyen était à $5,16 \pm 1,3$.

Onze patients (38 %) avaient une invalidité sévère à très sévère attestée par un indice HAQ > 2.

L'atteinte de l'articulation talocrurale était observée chez 23 malades (79 %).

Selon le score SAFE Q évaluant l'activité physique et la vie quotidienne : un handicap minime était retrouvé chez 4 patients (13,79 %), un handicap modéré chez 6 patients (20,68 %), un handicap sévère chez 8 patients (27,58 %) et un handicap majeur 11 chez patients (37,93 %).

Un handicap majeur évalué par le score SAFE Q a été noté essentiellement dans le domaine intéressant les difficultés de chaussage. Figure1



Figure1. La fréquence de l'handicap majeur dans les différents domaines de l'activité physique et la vie quotidienne évalués par le SAFE Q

Conclusion :

Selon notre étude, l'atteinte talocrurale au cours de l'AJI n'avait pas présenté un retentissement fonctionnel significatif.

Une métastase ostéolytique camouflée par une lésion dégénérative : apport de la TEMP/TDM osseuse

Khrouf B, Amouri W, Yakoub A, Jardak I, Ben Ncib M, Yengui F, Messoudi F, Guerhazi F

Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

La scintigraphie osseuse est une technique sensible pour la détection de métastases osseuses. Toutefois, c'est un examen peu spécifique puisqu'une activité osseuse accrue peut s'observer aussi en cas d'affections bénignes. L'imagerie hybride TEMP/TDM permet d'améliorer la spécificité de l'examen en couplant les données fonctionnelles et anatomiques. Nous rapportons un cas original associant une lésion dégénérative et une métastase ostéolytique sur la même vertèbre révélées par la TEMP/TDM.

Observation :

Il s'agit d'un patient âgé de 74 ans, suivi pour un adénocarcinome du poumon classé T3N0M0. Une scintigraphie osseuse lui a été indiquée pour actualisation de son bilan d'extension. Le balayage corps entier (BCE) a montré une fixation hétérogène du rachis dorsolombaire avec en particulier un foyer d'hyperfixation au niveau du bord latéral de la vertèbre D9 (Fig.1). Nous avons complété par une TEMP/TDM centrée sur le rachis pour mieux caractériser les anomalies de fixation. Les images de fusion ont permis de confirmer l'origine dégénérative du foyer d'hyperfixation au niveau de D9 correspondant à une lésion ostéophytique. Cependant, les coupes TEMP/TDM ont révélé une hypofixation associée de D9 non visible sur le BCE correspondant à une lésion ostéolytique de tout le corps vertébral avec rupture de la corticale évoquant une métastase ostéolytique (Fig.2).

Discussion :

Les lésions ostéolytiques sont souvent source de faux-négatifs sur la scintigraphie osseuse planaire, en particulier au niveau du rachis. L'imagerie hybride TEMP/TDM permet une description correcte des contingents hypo- et hyperfixants ainsi qu'une corrélation TDM aux plages lytiques et condensantes [1].

Granier et Al. [2] ont étudié l'apport de TEMP/TDM en complément de la scintigraphie osseuse planaire. L'analyse lésion par lésion a montré qu'elle détectait plus de lésions (+64 %) et classait correctement plus de 88 % des lésions détectées. L'étude patient par patient a mis en évidence que la TEMP-TDM modifiait le compte rendu final chez plus de 66 % des patients. L'étude de suivi a montré qu'elle permettait de classer correctement plus de 95 % des patients.

Conclusion :

La TEMP/TDM améliore les performances de la scintigraphie osseuse conventionnelle à travers une meilleure caractérisation des foyers d'hyperfixation aussi bien que la détection de certaines lésions ostéolytiques suspectes passées inaperçues sur les images planaires.



Fig. 1. Scintigraphie osseuse planaire montrant une hyperfixation au niveau de D9

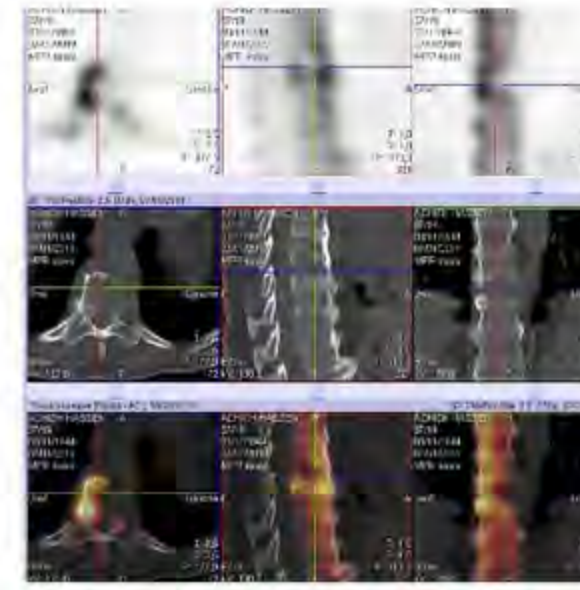


Fig. 2. Complément par TEMP/TDM mettant en évidence une lésion ostéolytique au niveau de D9 non visible sur le BCE

Références :

1. Tuncel M, Lay Ergun E, Caglar Tuncali M. Clinical impact of SPECT-CT on bone scintigraphy in oncology: Pattern approach. J BUON. 2016;21(5):1296-1306.
2. Granier P, Mourad M. Évaluation par la TEMP/TDM des lésions classées indéterminées en scintigraphie osseuse chez les patients de cancérologie. Med Nucl 2008;32:265-72.

L'apport de l'échographie des chevilles dans l'arthrite juvénile idiopathique à l'âge adulte

Saidane O, Boudokhane M, Mahmoud I, Ben tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) dans sa forme polyarticulaire est un rhumatisme inflammatoire chronique débutant à l'enfance responsable d'un handicap important. Ce handicap est en partie dû à une atteinte articulaire des pieds. L'atteinte de l'articulation talocrurale fait partie de l'atteinte de l'arrière pied. Elle est souvent méconnue et peut être d'évolution insidieuse. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'apport de l'échographie des chevilles au cours de l'AJI polyarticulaire à l'âge adulte.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive et transversale menée sur les patients ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire sur une période de 18 mois. L'échographie a été faite par un seul opérateur (rhumatologue).

Résultats :

Notre population était composée de 4 hommes et 25 femmes, âgés en moyenne de 42,1 ans ± 12,5. Le délai moyen d'installation de l'atteinte des pieds par rapport au début de la maladie était de 11,1 années. L'atteinte des pieds était fréquemment révélée par une difficulté de la marche (76%).

La mobilisation passive de l'articulation talocrurale par des mouvements de flexion et d'extension était limitée et douloureuse dans respectivement 28 % et 62 % des cas.

Parmi les 23 patients avec atteinte talocrurale, les radiographies des chevilles de face et de profil et l'échographie avaient permis d'objectiver cette atteinte talocrurale respectivement dans 55 % et 72 % des cas.

Sur l'échographie des deux pieds, un pincement de la talocrurale droite et gauche était noté respectivement dans 58.6% et 55.2% des cas.

Une irrégularité de la corticale droite et gauche étaient diagnostiqués dans 17.2% et 10.3% des cas. Figure 1

La synovite talocrurale était observée chez 4 malades (13,79 %).

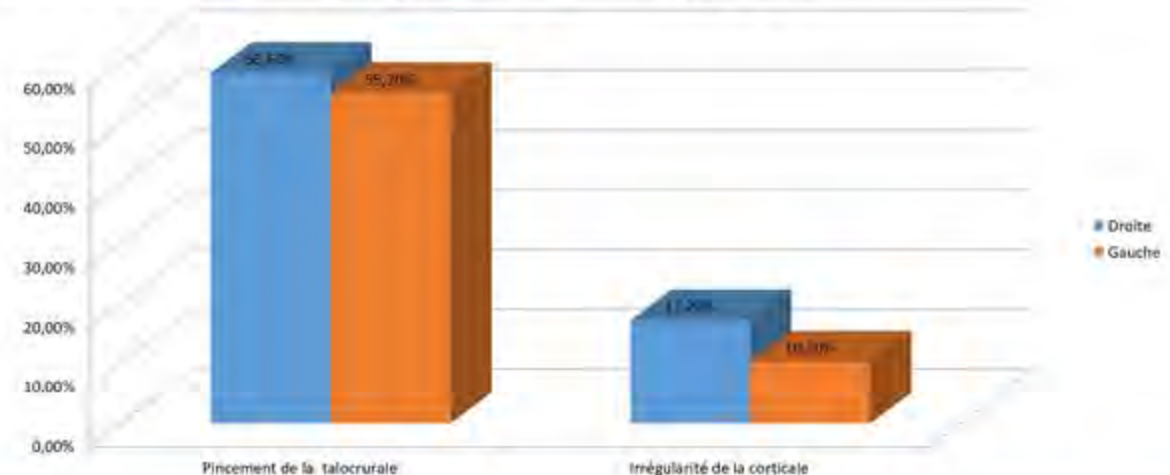


Figure 1. La fréquence de différentes anomalies échographiques de l'articulation talocrurale révélées par l'échographie ostéoarticulaire.

Une ténosynovite des fibulaires et/ou du tibial postérieur a été observé chez 11 malades (37,93%) : 8 ténosynovites des fibulaires et 5 du tibial postérieur.

Conclusion :

Selon notre étude, L'échographie a permis de mettre en évidence une atteinte de l'articulation talocrurale dans 72% des cas.

Optimisation du protocole d'acquisition de la TEMP/TDM cervicale à l'Iode 131

Khrouf B, Kacem F, Amouri W, Jardak I, Ben Hnia A, Ben Amor F, Kaffel R, Guerhazi F

Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

L'imagerie hybride (TEMP/TDM) basée sur la corrélation des images fonctionnelles et anatomiques est indispensable pour améliorer les performances de la scintigraphie à l'I131 vu l'absence de repères anatomiques. Les modalités d'acquisition TEMP/TDM dépendent de l'équipement utilisé et de l'indication de l'examen. Notre objectif était de valider un protocole d'acquisition TEMP/TDM à l'I131 optimisé pour la région cervicale.

Patients et méthodes :

Nous avons réalisé une TEMP/TDM cervicale, chez des patients atteints d'un carcinome différencié de la thyroïde, 5 jours après l'administration d'une dose thérapeutique d'I131 (100mCi). Tous ces patients ont présenté des foyers de fixation cervicaux et/ou médiastinaux hauts sur le balayage corps entier. L'acquisition a été réalisée à l'aide d'une gamma-caméras à double tête de détection intégrant un scanner X à 6 barrettes (Symbia T6, Siemens) et menée de collimateurs haute énergie basse résolution (HELRL). Les images tomoscintigraphiques ont été acquises en modifiant la configuration des deux détecteurs de 180° (parallèles) à 90° (perpendiculaires).

Résultats :

Le protocole d'acquisition TEMP a inclut les paramètres suivants : les deux détecteurs configurés à 90° (fig. 1), plage de rotation 180°, nombre de projections 32, temps de projection 30s (durée totale 17 mn), zoom 1.45, sens de rotation horaire, orbite non circulaire, mode pas à pas, matrice 128*128. L'acquisition TDM a été réalisée avec les paramètres suivants : mAs 90, kV 130, temps de rotation 0.6s, pitch 0.8, coupes 6*1mm. Les images tomoscintigraphiques brutes et après reconstruction (fig. 2) étaient de très bonne qualité suggérant un taux de comptage élevé et une résolution améliorée.

Résultats:



Fig. 1. Photographie de la gamma-caméra hybride Symbia T6 avec les deux détecteurs configurés en 90°

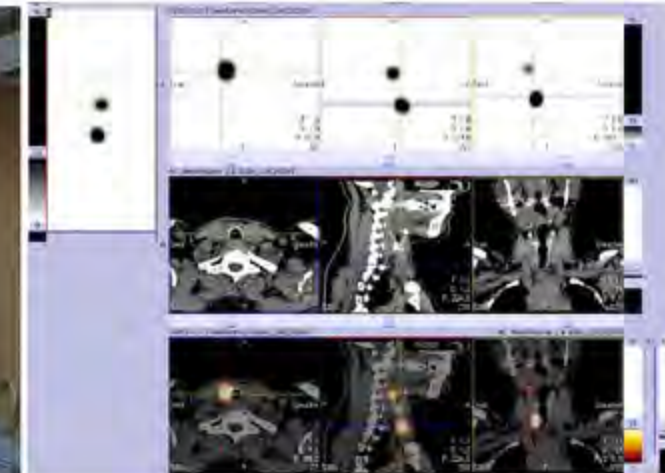


Fig. 2. Affichage des images tomoscintigraphiques reconstruites avec les images TDM (filtre lisse B20) et les images de fusion TEMP/TDM

Conclusion :

La TEMP/TDM cervicale à l'I131 réalisée avec des détecteurs perpendiculaires (90°) permet une optimisation des performances de la tomoscintigraphie en minimisant les artefacts d'atténuation créés par la partie postérieure du cou et en améliorant la délimitation des auto-contours tout en gardant un temps d'acquisition tolérable.

Le profil évolutif de l'arthrite juvénile idiopathique

Boussaïd S.; Bettaieb H., Hannech E., S. Kochbati .; Ben Dhaou B.; Boussema F.

Service de médecine interne Hôpital Hbib Thameur Tunis

❖ Introduction :

- L'évolution de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est imprévisible.
- Le pronostic dépend de l'importance de l'atteinte fonctionnelle et du degré de l'invalidité qui en résulte.

Objectif : Préciser le profil évolutif des différentes formes cliniques de l'AJI.

❖ Patients et méthodes :

- Etude rétrospective portant sur 23 cas d'AJI colligés sur une période de 20 ans.

❖ Résultats:

- 23 patients dont 16 femmes et 7 hommes.
- L'âge moyen de début de l'AJI était de **11,5 ans**.
- L'âge moyen au moment du diagnostic était de **21,3 ans**.
- **Les sous-types de l'AJI étaient comme suit :**

Forme poly-articulaire séropositive	39,2%
Forme systémique	26%
Forme poly-articulaire séronégative	17,4%
Forme oligoarticulaire	17,4%

- **Atteinte déformante**: 14 cas (dont 6 patients ayant une AJI séronégative)
- **Coxite au moment de diagnostic**: 3 cas (2 cas d'AJI oligoarticulaire et un cas d'AJI polyarticulaire séropositive).
- **Coxite au cours de l'évolution** : 6 cas .

- Un patient ayant une AJI dans sa forme polyarticulaire séronégative a développé une **uvéïte** qui a bien évolué sous Infliximab.

• **Complications graves** (AJI dans sa forme systémique) :

- un cas de myocardite
- un cas de syndrome d'activation macrophagique sous salazopyrine

• **Activité de la maladie :**

- DAS28(VS) moyen = 4,46.
- Maladie active : **65,2% des cas**

• **Traitement :**

Méthotrexate	18 cas
Salazopyrine	8 cas
Antipaludéens de synthèses	4 cas
Leflunomide	2 cas
Biothérapie	3 cas

❖ Discussion :

Aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre le profil évolutif de l'AJI et :

- **sexe**: $p=0,16$
- **Age du début**: $p=0,4$
- **Délai diagnostic**: $p=0,11$
- **FR** : $p=0,33$
- **anti CCP**: $p=0,6$
- **CRP**: $p=0,62$
- **VS**: $p=0,661$
- **Coxite**: $p=0,668$

❖ Conclusion :

-Le pronostic de l'AJI dépend non seulement du risque évolutif, mais également de la survenue de séquelles articulaires.

-Il est donc fondamental de disposer dès le diagnostic de critères qui permettent d'évaluer le risque individuel de progression lésionnelle de la maladie.

Tumeur brune rachidienne révélée par la scintigraphie parathyroïdienne : apport du SPECT/CT

Yacoub A, Amouri W, Daoud A, Jardak I, Fakhfekh H, Turki H, hachani D, Guermazi F

Service de médecine nucléaire, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :

L'hyperparathyroïdie secondaire (HPTS) chez les hémodialysés chroniques peut être responsable de tumeurs brunes. L'atteinte rachidienne est exceptionnelle. Nous rapportons un cas de tumeur brune rachidienne révélée par la scintigraphie parathyroïdienne couplée au SPECT/CT.

Observation :

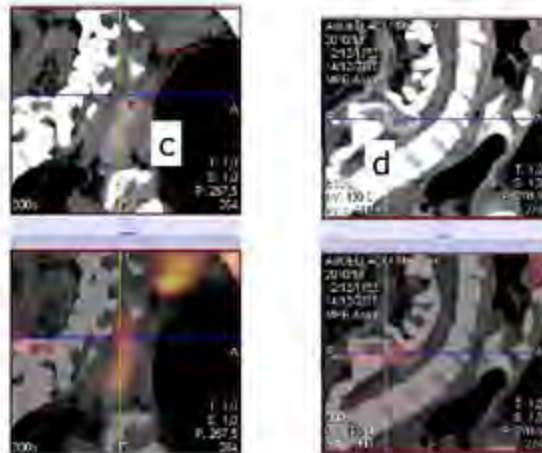
Il s'agit d'un patient âgé de 65 ans, hémodialysé chronique depuis 25 ans, qui a été adressé pour une scintigraphie parathyroïdienne dans le cadre du bilan préopératoire d'une hyperparathyroïdie secondaire (PTH:567 pg/ml Calcémie : 2.43 mmol·L⁻¹). Une échographie cervicale qui lui a été aussi demandée s'est révélée sans anomalie.

La scintigraphie parathyroïdienne de soustraction MIBI-Tc a mis en évidence 2 foyers de fixation : le premier situé au dessus du pôle supérieur du lobe thyroïdien droit (**a**), le deuxième se projetant en regard de l'isthme thyroïdien (**b**).

Soustraction MIBI-Tc99m

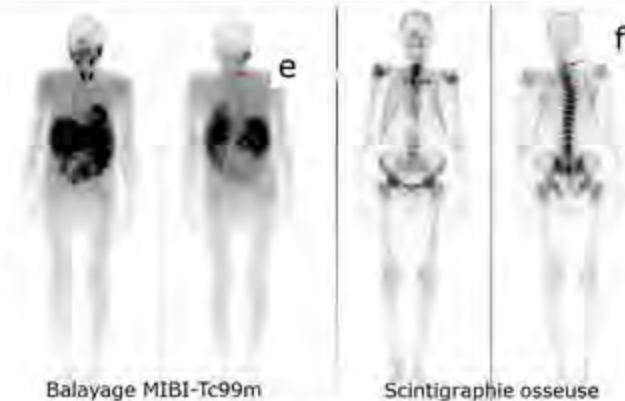


Un complément par SPECT/CT cervicothoracique a permis de rattacher le premier foyer de fixation à un nodule hypodense de 8,4 mm de grand axe évoquant une parathyroïde hyperplasique supérieure droite (**c**); alors que le deuxième foyer de fixation se projetait sur les coupes TDM au niveau de l'arc postérieur de C7 et correspond à une lésion ostéolytique expansive évoquant à priori une tumeur brune (**d**).



Observation :

Un balayage du corps entier au MIBI a été alors réalisé à la recherche d'autres localisations de tumeur brune et n'a pas montré d'autres foyers de fixation pathologique sur le reste du corps (**e**). Un complément de scintigraphie osseuse a révélé un aspect de superscan métabolique (**f**).



Discussion :

Les tumeurs brunes sont observées chez 1.5 à 13% des patients insuffisants rénaux chroniques. La localisation rachidienne reste néanmoins exceptionnelle et nécessite une prise en charge particulière surtout en cas de compression médullaire [1]. L'imagerie conventionnelle montre une tumeur ostéolytique de densité tissulaire remplaçant l'os spongieux du corps vertébral et de l'arc neural [2].

Le cas rapporté illustre l'importance du SPECT/CT en complément à la scintigraphie parathyroïdienne de soustraction pour une localisation plus précise et une meilleure caractérisation des foyers de fixation au MIBI [3]. Les images de soustraction ont pu nous induire en erreur à cause de la superposition de la tumeur brune rachidienne avec l'isthme thyroïdien.

Références :

1. Azria A, Beaudreuil J, Juquel JP, Quillard A, Bardin T. Brown tumor of spine revealing secondary hyperparathyroidism. Report of case. Joint Bone Spine 2000; 67: 230e3
2. Kaya RA, Cavusuoglu H, Tanik C, Kahyaoglu O, Dilbaz S, Tuncer C, Aydin Y ; Spinal cord compression caused by brown tumor at the cervicothoracic junction. Spine J 2007 ; 7:728-732.
3. Yuan L L, Kan Y , Ma D Q, Yang JG. Combined application of ultrasound and SPECT/CT has incremental value in detecting parathyroid tissue in SHPT patients. Diagn Interv Imaging. 2016; 97(2):219-25.

Titre: Atteinte articulaire au cours de la sclérodermie systémique :

Auteurs: S.Ousehal, K.Nassar, S.Janani, W.Rachidi, O. Mkinsi

CHU Ibn ROCHD CASABLANCA, MAROC

Introduction :

La sclérodermie systémique est une maladie auto-immune caractérisée par l'existence des manifestations vasculaires et fibrosantes intéressant la peau, le poumon, mais pouvant toucher tous les viscères. Les manifestations articulaires sont fréquemment retrouvées.

L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence de l'atteinte articulaire dans la sclérodermie et décrire ses différentes formes cliniques.

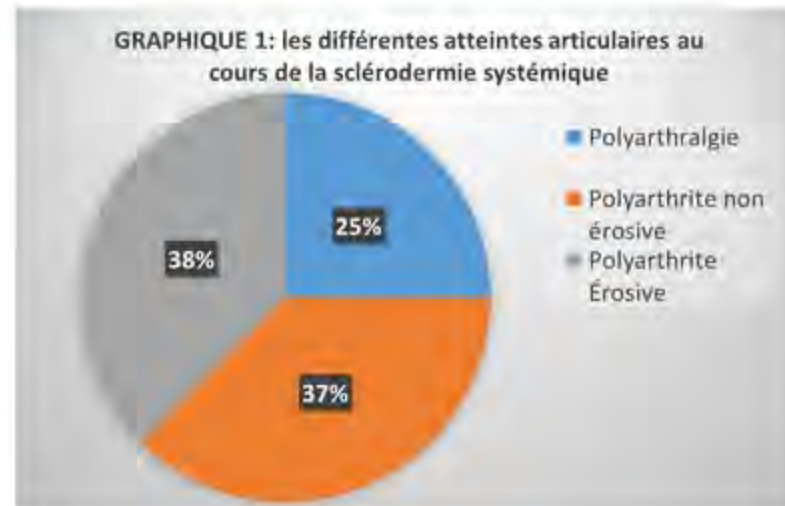
Matériel et méthodes :

- étude rétrospective descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés au service de rhumatologie de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca entre 2012 et 2018 chez qui le diagnostic de sclérodermie a été retenu.
- Ont été exclu les patients ayant une autre connectivité associée.

Résultats :

- Il s'agissait de 8 femmes, d'âge moyen de 48,25 ans (extrême 31 et 63 ans).
- Toutes les patientes avaient une sclérose cutanée localisée et une atteinte pulmonaire à type de pneumopathie interstitielle diffuse dont 25% au stade de fibrose. Une patiente avait une atteinte cardiaque à type de fibrose myocardique et 6 patientes avaient une atteinte digestive.
- Les différentes atteintes articulaires sont représentées dans le graphique 1.
- La polyarthrite chronique non érosive touchait surtout les mains, les poignets et les genoux, quant à la polyarthrite érosive, elle touchait les mains (25%), les poignets (25%), les coudes (12,5%).
- une patiente présentait une ténosynovite de l'extenseur commun des doigts associée à l'arthrite destructrice du poignet.

GRAPHIQUE 1: les différentes atteintes articulaires au cours de la sclérodermie systémique



Discussion et Conclusion :

L'atteinte articulaire est parmi les manifestations cliniques les plus fréquentes de la sclérodermie systémique. Une polyarthrite chronique symétrique érosive et non érosive est le tableau clinique le plus fréquent dans notre travail, rejoignant ainsi les données de la littérature.

Lésions ostéolytiques disséminées révélatrices d'un cancer colique. Aspect TEMP/TDM à propos d'un cas

Yacoub.A, Noura.M, Boudriga.H, Mensi.S, Chatti.K
Service de Médecine Nucléaire, Hôpital Sahloul, Sousse

Introduction

Les métastases osseuses sont rares dans les cancers colorectaux. Leur recherche systématique par scintigraphie osseuse ne fait pas partie du bilan d'extension standard de ces cancers.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient âgé de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables. Devant l'apparition de cervicalgies, une radiographie du rachis lui a été demandée qui est revenue sans anomalie. L'exploration a été suivie par une IRM cervicale qui a montré une anomalie de signal d'allure métastatique de C3 avec tassement du plateau vertébral inférieur. Un complément d'exploration par scintigraphie osseuse a été alors proposé.

Résultats

La scintigraphie osseuse a montré une hyperfixation au niveau de C3 correspondant à la lésion connue, des hyperfixations punctiformes diffuses au niveau du sternum donnant un aspect moucheté, une hyperfixation sur la 7^{ème} côte droite, une hyperfixation au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure et une hétérogénéité globale de fixation sur l'ensemble du rachis dorsal et sur le sacrum (Fig.1). L'ensemble de ces anomalies correspond sur les coupes de TEMP/TDM à d'innombrables lésions lytiques disséminées (Fig.2). Le bilan réalisé à la recherche du foyer primitif a révélé, à la colonoscopie, un processus tumoral de l'angle colique droit. L'examen anatomopathologique a conclu à un carcinome peu différencié primitif du colon droit.

Discussion

Les métastases osseuses dans les cancers colorectaux sont rares (9% des cas)[1] comparativement aux métastases hépatiques (touchant 8/10 patients) [2]. Les sites métastatiques intéressent notamment le bassin et le rachis lombaire [3]. Dans notre cas, les métastases siégeaient au niveau du sacrum mais aussi au niveau du sternum, la 7^{ème} côte droite, C3 et le rachis dorsal. Les lésions étaient de type ostéolytique évoquant en première hypothèse des localisations secondaires d'un myélome multiple, un cancer rénal ou un cancer thyroïdien.

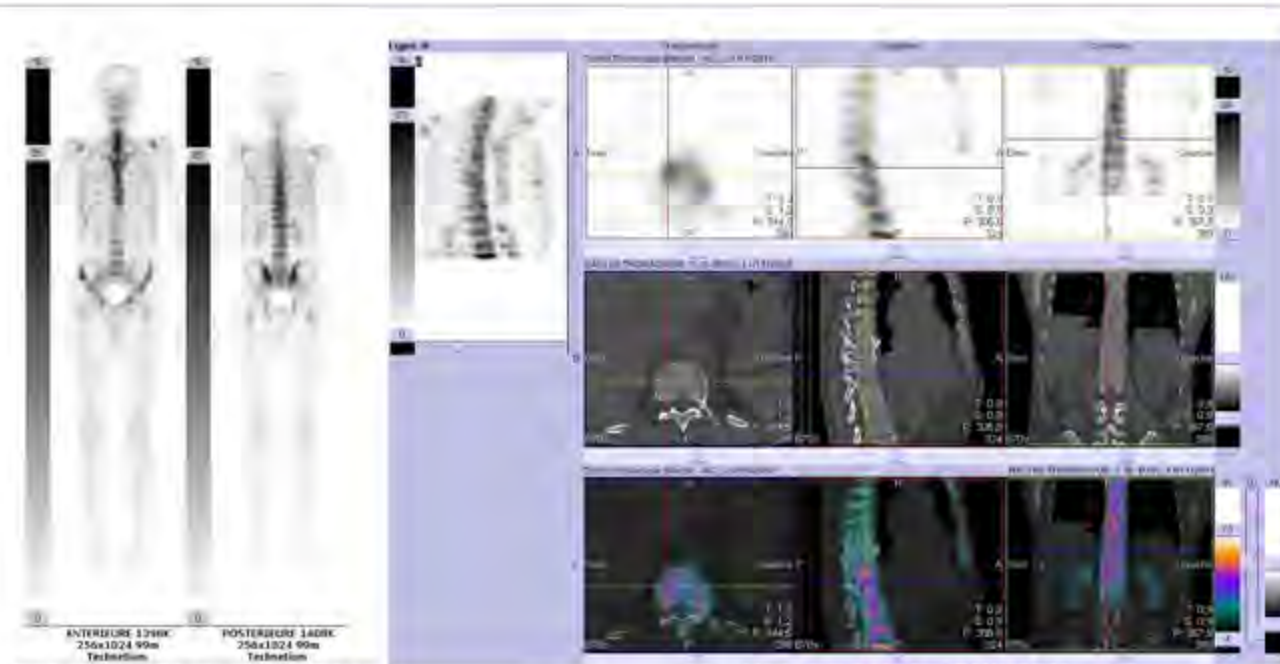


Fig1. Balayage du corps entier

Fig2. Coupes de TEMP/TDM

Conclusion

L'originalité de notre travail provient de la rareté de découverte d'un cancer colique devant un signe d'appel osseux. Ce diagnostic est à ne pas méconnaître devant des lésions ostéolytiques disséminées à la scintigraphie osseuse. L'imagerie hybride TEMP/TDM permet, comme dans le cas illustré, de mieux caractériser l'atteinte osseuse.

Références

- [1] Tanz R., Bazine A., Mahfoud T. et al. J Afr Cancer (2011) 3: 73. <https://doi.org/10.1007/s12558-010-0131-z>
- [2] Phelip J-M., Hebbam M., Prise en charge des métastases hépatiques du cancer colorectal en 2014. Hépatogastro & Oncologie Digestive. Vol21, no 7, Sep 2014. Pages 512-30
- [3] Nozue M¹, Oshiro Y, Kurata M, et al. Oncol Rep. 2002 Jan-Feb;9(1):109-12.

Etude de la tolérance au méthotrexate (MTX) par le questionnaire MISS, chez les enfants présentant une Arthrite Juvénile Idiopathique

A. Mameche, A. Ikene, O. Zoubiri, D. Acheli, M. Chaou, Pr Achir, Dr Ayad, Dr Fernini, M.S. Ladj, F. Lakhel, A. Moussa Mebarek, H. Djoudi, C. Haouichet
Service de Rhumatologie - Chu Douera - Alger - ALGERIE

INTRODUCTION :

Le Mtx est le traitement de référence de l'AJI en monothérapie ou associé à d'autres traitements.

Il est souvent mal toléré avec des effets indésirables nombreux, parfois sévères, entraînant une mauvaise observance, d'où l'étude.

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, transversale, multicentrique, chez des AJI (de 2 - 16 ans d'âges), traités par le Méthotrexate, par voie orale, quelque soit la dose et la durée du traitement, en monothérapie ou associé à une autre thérapeutique.

OBJECTIF PRINCIPAL : Déterminer la fréquence de l'intolérance au méthotrexate

OBJECTIF SECONDAIRE : Identifier l'effet indésirable le plus fréquent (domaine sur le MISS).

MATERIEL ET METHODES : Questionnaire MISS (Methotrexate Intolerance Severity Score), validé en anglais, court, simple, reproductible, traduit.

Comprenant 4 domaines : Douleurs abdominales, Nausées, Vomissements, Troubles du comportement.

Il y a intolérance Si le score **MISS** \geq 6

RESULTATS ET DISCUSSION :

1- Caractéristiques démographiques : N = 81

61 filles / 20 garçons
Age moyen : 11,62 \pm 045

2- Caractéristiques de la maladie :

F. polyarticulaire : 32%, Oligo-articulaires : 20,4%, Systémique 22,2%, rhumatisme psoriasique 2,5%, enthésite et arthrite 1,2%.

3- Méthotrexate :

Durée moyenne de la prise (année)	2,92 \pm 0,2	[1-8]
Dose (mg/semaine)	40 % 60 %	[7,5-10] >10
Dose moyenne du MTX (mg/semaine)	10,8 \pm 0,2	[7,5-15]
Modalité de la prise %	83,9	Dose complète à la fois
Acide folique %	80,2	Oui
Modalité de prise de l'AF %	50,6	en post MTX 48h après

Taux d'intolérance	N	Etudes
24,7%	81	Etude
44,5%	220	High Prevalence of Methotrexate Intolerance in Juvenile Idiopathic Arthritis ; ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol.63, No. 7, July 2011,

4- Effets indésirables (domaines)

Domaine	Notre étude 24,7% d'intolérance	E. Hollandaise 44,5% d'intolérance
DOULEURS ABDOMINALES :		
Après la prise du MTX	70%	73,5%
Avant Et pendant la prise	60%	67,3%
	10%	55,1%
NAUSEES :		
Après la prise du MTX	95%	91,8%
Avant Et pendant la prise	95%	84,7%
	55%	76,5%
VOMISSEMENTS :		
Après la prise du MTX	75%	45,9%
Avant la prise du MTX	60%	45,9%
	35%	14,3%
TROUBLES DU COMPORTEMENT :		
Agitation (nervosité)	75%	83,7%
Appréhension et pleurs	50%	70,4%
Irritabilité	20%	38,8%
	50%	68,4%
Refus de prendre le MTX	50%	70,4%

5- Facteurs liés à l'intolérance

Existence d'un lien entre la tolérance et la dose hebdomadaire de MTX (p=0,02): Effets indésirables **dose dépendants**.

6- Les limites de l'étude :

Etude transversale, faible échantillon

7- Conclusion :

81 enfants
Intolérance un quart (1/4) des cas
Concerne surtout les troubles du comportement (75%).
Importance de l'éducation thérapeutique et une prise en charge mieux codifiée.

Intérêt de la scintigraphie pulmonaire avec macro-agrégats d'albumine marqués au ^{99m}Tc (^{99m}Tc -MAA) dans un bilan de pré greffe hépatique.

A yacoub. M ben fredj. H boudriga. A Bettaieb. Abir ezzine. M guezguez. K chatti
Service de médecine nucléaire, hôpital sahloul, Sousse

Introduction

La scintigraphie pulmonaire avec macro-agrégats d'albumine marqués au ^{99m}Tc (^{99m}Tc -MAA) est une méthode pour mesurer le shunt intrapulmonaire chez les patients souffrant d'un syndrome hépatopulmonaire et candidats pour une greffe hépatique. Nous rappelons à travers quatre observations l'intérêt de cet examen isotopique dans le bilan pré greffe.

Matériels et méthodes

Notre étude porte sur 4 patients suivis pour une cirrhose hépatique et candidats pour greffe hépatique. Il s'agit de 3 filles et un garçon. L'âge variait entre 1 et 9 ans. Après injection de macro-agrégats de ^{99m}Tc -albumine, des images statiques centrées sur la région thoracique (FA, FP), le crâne et les régions lombaires ont été acquises. La fraction de shunt est considérée positive si on trouve > de 6% de captation extrapulmonaire.

Résultats

Un examen positif a été objectivé chez un seul patient avec une fixation du radiotracer au niveau des reins et du cerveau et un index de shunt de 10%. Pour les trois autres patients, la scintigraphie pulmonaire avait montré une fixation modérée en regard du cerveau et des reins avec un index de shunt <3% chez un patient et strictement normale pour deux patientes.

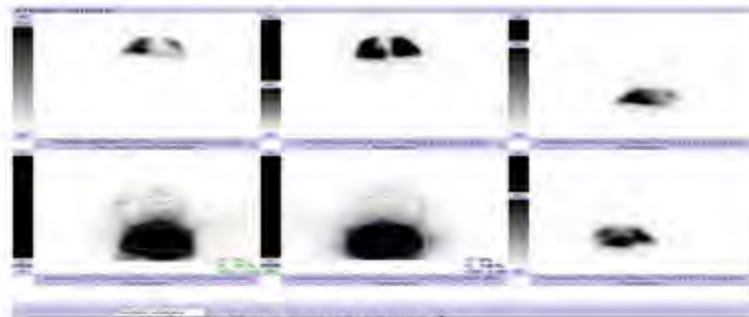


Fig1.Examen normal



Fig2.Fixation modérée en regard du cerveau et des reins



Fig3.Examen positif avec index de shunt de 10%

Conclusion

Une scintigraphie pulmonaire avec macro-agrégats d'albumine marqués au ^{99m}Tc positive dans un contexte de cirrhose est spécifique d'un shunt intra pulmonaire modéré à sévère. Cet examen est particulièrement utile car d'après la littérature, est plus spécifique que l'échographie Trans thoracique.

Sarcoïdose et manifestations rhumatologiques

Chebbi D., Marzouk S., Chabchoub I, Ben Salah R., Jallouli M., Bahloul Z.

Service de Médecine Interne, CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose multi-systémique ayant comme localisation préférentielle les poumons et le médiastin. Les atteintes extra-thoraciques les plus fréquentes sont celles de la peau et des yeux. Toutefois tous les autres organes peuvent être le siège de granulomes.

Les atteintes rhumatologiques sont polymorphes. Nous nous proposons d'étudier les différentes atteintes rhumatologiques à travers une série de sarcoïdose.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 80 cas de Sarcoïdose. Nous avons colligé, 22 cas d'atteinte rhumatologique durant une période de 21 ans allant de 1996 à 2016. Le diagnostic de la sarcoïdose a été posé sur des éléments cliniques, radiologiques et histologiques montrant un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse.

Résultats :

Epidémiologie :

- 21 cas d'atteinte articulaire soit une fréquence de 26,25%.
- Il s'agissait de 16 femmes et 5 hommes.
- L'âge moyen était de 50 ans (extrêmes : 17ans et 72 ans).
- L'atteinte rhumatologique était révélatrice dans 13 cas.

Clinique :

- Des polyarthralgies inflammatoires sans vraies arthrites ont été notées chez 8 patients (10%).
- Des arthrites aiguës et subaiguës ont été observées dans 13 cas (16,25%).
- Il s'agissait d'une monoarthrite (3cas), d'une oligoarthrite (6cas) et de polyarthrites (4cas).
- Les articulations touchées étaient : les grosses articulations (12cas), les grosses et les petites articulations (1cas).
- Des myalgies des deux ceintures sans déficit musculaire étaient associées aux arthralgies inflammatoires chez un malade.
- L'atteinte articulaire s'intégrait dans le cadre d'un syndrome de Löfgren associant un érythème noueux, une polyarthrite aiguë et des adénopathies médiastinales dans 5 cas.
- L'atteinte rhumatologique était associée dans tous les cas à d'autres manifestations systémiques

Les radiographies des articulations douloureuses étaient normales dans tous les cas.

Biologie : Hypercalcémie (1 cas) ; Hypercalciurie (2 cas) ; Syndrome inflammatoire biologique (8 cas) ; Hypergamma globulinémie (7 cas) ; Elévation de l'enzyme de conversion (5 cas parmi 11).

Traitement : Dix patients ont été traités par des anti-inflammatoires non stéroïdiens avec une bonne évolution. Un malade a été traité par les antipaludéens de synthèse.

Dix malades ont reçu des corticoïdes indiqués pour une atteinte pulmonaire, une atteinte oculaire ou hépatique. La comparaison entre les formes avec et sans atteinte rhumatologique montre que cette atteinte est positivement corrélée à l'érythème noueux ($p=0,01$) et qu'elle est négativement corrélée à l'asthénie ($p=0,032$), à l'atteinte ganglionnaire ($p=0,015$) et à l'utilisation des corticoïdes ($p=0,036$).

Discussion :

Les manifestations rhumatologiques de la sarcoïdose regroupent les atteintes osseuses, articulaires, péri articulaires et musculaires. On peut aussi intégrer dans ce cadre les désordres phosphocalciques.

• **Atteinte osseuse**: 1%-15% :

Peut être découverte par les radiographies des mains. Dans notre étude nous n'avons pas observé d'atteinte osseuse

• **Atteinte articulaire**: 10-30%:

Dans notre série elle est de 26,25%. On distingue:

- ✓ **Le syndrome de Löfgren**: :5-35% (23,8% dans notre série)
- ✓ **Arthralgies inflammatoires**: fréquentes; traduisent des synovites frustes et touchent avec prédilection les membres inférieurs.
- ✓ **Mono et oligoarthrites aiguës**: rares et récidivantes
- ✓ **Polyarthrites aiguës**: 10%
- ✓ **Polyarthrite chronique**: rare

• **Atteinte musculaire**: peut se présenter sous 3 formes cliniques: **diffuse** myopathie chronique prédominant aux ceintures) **myositique** et **pseudotumorale**

• **Troubles du métabolisme phosphocalcique**:

✓ **hypercalcémie** : 2 à 17% , souvent asymptomatique

✓ **hypercalciurie** : 30 à 60%

• **Traitement**:

L'atteinte rhumatologique répond habituellement bien aux AINS. Le recours aux corticoïdes n'est envisagé que dans les formes sévères et très algiques, les formes chroniques et les formes systémiques.

Conclusion :

L'atteinte rhumatologique au cours de la sarcoïdose est polymorphe. Elle est dominée par l'atteinte articulaire observée dans 10 à 35% (26,25% dans notre série). L'atteinte osseuse et musculaire sont plus rares. Ces atteintes répondent habituellement bien aux AINS. Le recours aux corticoïdes n'est envisagé que dans les formes sévères et très algiques, les formes chroniques et les formes systémiques.

Valeur prédictive de la scintigraphie osseuse dans l'évaluation de la viabilité de greffon osseux mandibulaire: A propos de 4 cas

Zaabar L.^{1,3}, Dhambri S.^{2,3}, Jebali S.^{2,3}, Ben Sellem D.^{1,3}, M'hiri A.^{1,3}, Gritli S.^{2,3}

1: Service de Médecine Nucléaire. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

2: Service d'Oto-rhino-laryngologie oncologique. Institut Salah Azaeiz. Tunis. Tunisie.

3: Université Tunis El manar. Faculté de Médecine de Tunis



P29

INTRODUCTION

La reconstruction mandibulaire est le plus souvent réalisée à partir d'un lambeau libre de péroné. Sa réussite dépend principalement de l'état du pédicule nourricier et de l'anastomose conférée.

Le but de ce travail est d'illustrer à travers 4 observations, le rôle de la scintigraphie osseuse (SO) 3 phases au ^{99m}Tc-HMDP dans l'évaluation de la viabilité d'un greffon osseux.

MATERIEL & METHODES

Quatre patients (2 femmes et 2 hommes), âgés de 18, 32, 55 et 15 ans, opérés à l'institut Salah Azaeiz, entre 2015 et 2018, respectivement pour un fibrome ossifiant, deux améloblastomes et un ostéosarcome, tous à localisation mandibulaire: Hémi-mandibulectomie suivie de reconstruction mandibulaire par lambeau libre osseux du péroné.

Quatre SO initiale (délai < 24h post opératoire) et Trois SO de contrôle (délai < 7 jours post opératoire). On a respecté les mêmes activités et protocoles entre les deux examens: Acquisitions dynamiques antérieures centrées sur le massif facial, des acquisitions statiques précoces et tardives de même centrage, en incidences face et profil, un balayage du corps entier au temps tardif ainsi que des tomoscintigraphies tardives centrées sur la région opérée et fusionnées à une TDM de repérage (TEMP/TDM).

On a comparé qualitativement et quantitativement les différents temps de l'examen de la pièce osseuse greffée, par rapport au reste de la mandibule homolatérale non opérée et à la mandibule controlatérale; On a classé les patients selon un Scoring en se basant uniquement sur la fixation osseuse (Score allant de 0 à 3).

RESULTATS

Sur les SO initiales de deux patients, le temps vasculaire a été perturbé du côté opéré, mais avec retour à la normale sur la SO de contrôle. Toutefois, ces deux patients ont eu un rejet de leur greffon. De façon similaire, chez les deux patientes qui ont présenté un temps vasculaire parfaitement normal, la greffe a été réussie.

Trois patients ont présenté des anomalies précoces de type hypocaptation initiale. La seule amélioration significative de cette captation a été observée chez un greffon classé viable. Toutes ces hypocaptations tissulaires ont été associées à des hypofixations osseuses tardives, d'étendue proportionnelle. L'amélioration de la première anomalie s'est accompagnée d'une amélioration fixatoire osseuse, et a été retrouvée chez une patiente à greffon viable.

Chez les deux patients avec rejet de greffon on a constaté une persistance de "hypocaptation-hypofixation" ou une aggravation de l'hypofixation sur la SO de contrôle.



Fig 1 : J1 post op



Fig 2 : J3 post op

Echec de greffe mandibulaire droite pour améloblastomes récidivants.

- SO initiale (Fig 1): Asymétrie perfusion+hypocaptation+hypofixation: Greffon de viabilité limitée (score 0 à 1).
- SO contrôle (Fig 2): Symétrie perfusion+aspect inchangé: Greffon non viable, (Score 0 à 1).

Les hypercaptations tissulaires, restant inchangées sur les SO de contrôle, ont été rapportées à des remaniements post opératoires.

DISCUSSION

- Un os greffé viable présente habituellement une fixation au moins égale à celle des os sains adjacents voire supérieure. Une absence de fixation est classiquement associée à des complications.
- Une étude menée par Schuepach et al.¹, a trouvé une excellente corrélation entre les résultats de la SO et le devenir du greffon:
 - Détection de vascularisation défectueuse: Sensibilité(92%) ,Spécificité(98%).
 - VPP de 92 % et VPN de 97,8%.

CONCLUSION

La SO au ^{99m}Tc-HMDP est un examen simple et reproductible, qui permet de suivre la vascularisation du greffon osseux et de confirmer sa viabilité. Malgré le nombre réduit de nos patients inclus, la SO a prédit une certaine évolutivité de la viabilité des greffons osseux. L'implication du chirurgien est indispensable pour programmer plus de SO dans cette indication, afin d'améliorer nos résultats.

Syndrome des anti-synthétases : à propos de 6 cas

Chebbi D., Snoussi M., Frikha F., Gassara Z., Marzouk S. Bahloul Z.

Service de Médecine Interne, CHU Hedi Chaker Sfax.

INTRODUCTION

Le syndrome des anti-synthétases(SAS) est un sous-groupe de myopathie inflammatoire idiopathique. Il associe une myosite, une polyarthrite, un phénomène de Raynaud, un aspect de mains de mécanicien, une pneumopathie interstitielle avec la présence d'auto-anticorps anti-synthétases dont le chef de file étant l'anti-JO1 (anti-histidyl- tRNA synthétase).

A travers ce travail, nous décrivons les particularités épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, évolutives et les facteurs pronostiques du SAS dans le sud tunisien.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de médecine interne du CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie entre 1996 et 2016. Les patients présentant un SAS retenu selon les critères de Troyanov ont été colligés.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques :

- 6 patients parmi 110 cas de myosites (5%).
- 5 femmes/1 homme.
- âge moyen = 44ans (extrêmes: 28 et 62ans).
- ✓ Polymyosite (3cas) associée à une sclérodermie systémique(SS) chez une patiente,
- ✓ Dermatomyosite (2cas) associée à un lupus érythémateux systémique(LES) chez un patient,
- ✓ Dermatomyosite amyopathique(DMA) dans un cas.

Caractéristiques cliniques :

- ❖ **L'atteinte pulmonaire** : Pneumopathie interstitielle
 - constante, révélatrice du SAS(1cas), survenue au cours de l'évolution (3cas),et diagnostiquée de façon concomitante à la myosite(2cas).
 - **Mode d'installation** : brutale (1cas) une hémorragie intra-alvéolaire et une détresse respiratoire ; insidieuse (3 malades) et asymptomatique (2cas).
 - **Radiothorax** : Un syndrome interstitiel (4cas) et alvéolo-interstitiel (2cas).
 - **EFR** : Trouble ventilatoire restrictif(3cas) et baisse de DLCO(quatre cas).Elles étaient normales(un cas) et non concluant(un cas).
 - **Le scanner thoracique** réalisé dans tous les cas a montré une pneumopathie interstitielle des bases dans 5cas et multifocale dans le 6ème cas.
 - **Le lavage broncho-alvéolaire** réalisé chez 2 patientes a objectivé une alvéolite macrophagique.
- ❖ **Une polyarthrite** des grosses et des petites articulations non destructrices était présente chez 3patients.
- ❖ **Un phénomène de Raynaud** a été noté chez 2malades.

Caractéristiques immunologiques :

- Anti jo1 + : tous les cas.
- AAN + : 2cas / anti SSA+ (un cas), anti SSA et SSB+ et SCL70+ (un cas).

Traitement et évolution :

- La corticothérapie : 1mg/kg/j a été prescrite chez tous les patients précédée par des bolus de solumédrol dans 2 cas: devant la sévérité de l'atteinte pulmonaire dans un cas et devant la présence d'une dysphonie dans l'autre cas.
- Le cyclophosphamide a été administré sous forme de bolus mensuels chez trois patientes ayant une pneumopathie interstitielle hypoxémiante grave et un patient ayant dysphonie.
- L'azathioprine a été prescrit en deuxième intention chez une patiente devant l'aggravation de l'atteinte pulmonaire.
- L'évolution était favorable au plan musculaire et articulaire.L'atteinte cutanée était corticodépendante dans le cas de la DMA,nécessitant le recours au méthotrexate.L'atteinte pulmonaire était d'évolution clinico-radiologique favorable chez 3patients.
- L'évolution était défavorable chez 2patients : fibrose pulmonaire compliquée d'une insuffisance respiratoire chronique hypoxémiante.
- La dernière patient était rapidement décédée par une encéphalite infectieuse.

DISCUSSION

- Le SAS est une forme de myopathie inflammatoire qui se singularise par sa présentation clinique et la présence d'anticorps anti synthétase le plus souvent l'antijo1. Le SAS s'observe à tous les âges et il existe au cours du SAS comme dans les myosites sans AAS une prédominance féminine avec un sexe ratio égale à 2. Ces constatations épidémiologiques sont retrouvées dans notre série.
- Classiquement , le tableau clinique associe: une PIT, une polyarthrite, une hyperkératose fissuraire des pulpes des doigts, un phénomène de Raynaud aux anticorps anti synthétases positifs (*Anti-Jo1* 25-30%, *anti PL7* 2-5%, *anti PL12* 2-5%, *anti OJ* 1%, *anti EJ* 1%, *anti KS* 1%, *anti Wa* 1%) . Tous les éléments cliniques peuvent en manquer mais l'atteinte est la plus constante (tableau n°2) (1). Dans notre série, les manifestations cliniques étaient présentes avec une fréquence variable et l'atteinte pulmonaire était la plus fréquente (100%).
- L'atteinte pulmonaire fait toute la sévérité du tableau: PIT d'apparition progressive (toux sèche, dyspnée , baisse de DLCO et trouble restrictif) ou brutale par une détresse respiratoire dénombrant à 47 % par Tillie Leblond (2). L' atteinte pulmonaire peut évoluer vers la fibrose et il faut la rechercher chez les sujets asymptomatiques par le scanner thoracique à haute résolution qui constitue un bon outil pour le diagnostic précoce de la PIT (1,2).
- Dans notre étude, la PIT était surtout d'installation progressive et elle était particulière également par la présentation initiale par un tableau d'HIA chez une patiente qui est un phénomène rarement décrit au cours des myosites expliqué par des lésions de capillarites pulmonaires (3).
- La prise en charge thérapeutique du SAS est mal codifiée, le traitement recommandé par les séries rétrospectives est basé sur les corticoïdes associés aux immunosuppresseurs notamment le cyclophosphamide en cas d'atteinte pulmonaire (2) . Nous avons eu recours au cyclophosphamide devant la PIT sévère dans 2 cas mais l'évolution n'était favorable que dans un seul cas .
- Le pronostic de la maladie est corrélée à l'atteinte pulmonaire à l'origine d'une surmortalité à 40% en l'absence du traitement et les anti jo1 sont prédictifs de l'évolution défavorable de la PIT (4).

CONCLUSION

- Selon notre étude,le SAS est une entité rare au sein des myopathies inflammatoires idiopathiques.Le pronostic dépend de la sévérité de l'atteinte pulmonaire d'évolution fibrosante dans 30% des cas.Ainsi l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique précoce afin de prévenir la fibrose au maximum

Performances de la scintigraphie de soustraction dans le bilan préopératoire des hyperparathyroïdies primaires

H.Younes¹, S.Tahri², Z.Jemni², E.Hajji², S.Mensi², T.Dardouri², S. Sfar², M. Ben Fredj², M. Nouria², M. Guezguez², K.Chatti², N. Driss³, B.Zantour¹

1 : Service d'endocrinologie, médecine interne, CHU Tahar Sfar, Mahdia. 2 : Service de Médecine nucléaire, CHU Sahloul, Sousse. 3 : Service ORL, CHU Tahar Sfar, Mahdia.

Introduction :

L'hyperparathyroïdie primaire est une endocrinopathie fréquente, dont la présentation a évolué au cours des dernières décennies, d'une pathologie évoquée sur un syndrome clinique à la découverte biologique chez un patient peu ou pas symptomatique.

Le traitement reste chirurgical.

Objectif :

Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer les performances de la scintigraphie pour la détection préopératoire des lésions.

Patients et méthodes :

Étaient inclus dans l'étude 7 patients présentant une HPTP colligés au service d'endocrinologie-médecine interne et traité au service ORL de l'EPS Tahar Sfar Mahdia.

Tous les patients ont bénéficié d'une échographie cervicale ainsi qu'une scintigraphie de soustraction.

Le but était la localisation des glandes parathyroïdes adénomateuses ou hyperplasiques pour permettre, lorsqu'une seule parathyroïde est atteinte, une chirurgie minimale invasive.

Résultats :

Examens	Résultats		
	Normale	Adénome	Hyperplasie
Scintigraphie	0	7	0
Echographie	5	1	1

Les résultats de l'échographie et de la scintigraphie étaient concordants dans 1 cas. Les lésions réséquées correspondaient à un adénome parathyroïdien dans 4 cas, une hyperplasie dans 2 cas.

Discussion et Conclusion :

La scintigraphie de Soustraction est plus sensible que l'échographie dans la localisation de l'HPTP. Dans la mesure où les examens de localisation sont positifs et concordants, une approche chirurgicale mini-invasive est aujourd'hui préconisée en première intention .

Une SPECT/CT systématique dans les HPTP même en l'absence d'anomalie à l'échographie serait davantage importante dans le bilan préopératoire.

Profil capillaroscopique au cours des connectivites indifférenciées

B. Neftia, N. Blidi, F.Mechid, C. Dahou-Makhloufi

Service de rhumatologie centre hospitalo-universitaire de Bab E Oued. Alger, Algérie

Introduction :

La capillaroscopie périunguéeale(CPU) est un outil simple qui permet la visualisation et l'analyse de la microcirculation sanguine, sa principale indication est le phénomène de Raynaud (PR) secondaire à la recherche d'une connectivite notamment une sclérodermie systémique.

Actuellement les indications de la CPU sont de plus en plus larges s'étendant aux autres connectivites, ainsi qu'à de nombreuses pathologies générales.

Nous rapportons le profil capillaroscopique des patients atteints de connectivite indifférenciée (UCTD).

Matériel & Méthodes

Etude descriptive et prospective.

Ont été inclus dans ce travail tous les patients présentant une connectivite indifférenciée répondant aux critères de Danieli et al et /ou de Mosca et al.

Tous les patients ont bénéficié d'une capillaroscopie réalisée dans le service.

Résultats

31 patients ont été inclus, le sex ratio était de 9 F/1 H.

Le phénomène de Raynaud était présent dans 45% des cas, les arthralgies et / ou arthrites dans 70 % des cas , les anticorps antinucléaire dans 32% des cas .

La CPU était pathologique dans 61.3 % des cas.

Aucune microangiopathie organique spécifique n'a été observée.

La densité et l'organisation capillaire étaient conservées respectivement dans 90 % et 93 % des cas.

Le plexus veinulaire sous papillaire était visible dans 42 % des cas.

Les dystrophies mineures étaient objectivées dans 45 % des cas (caducées : 92,8% ; tortuosités : 71% ; créneaux : 35%, et autres: 7%).

Les dystrophies majeures non spécifiques étaient notées dans 29 % des cas (hémorragies : 25.8% ; exsudats 25.8% ; dilatations capillaires : 9.6% ; ramifications :9.6%).

Aucun cas avec mégacapillaire ou de plage avasculaire.

Discussion

La CPU est un outil important dans l'exploration des UCTDs, notamment pour vérifier l'absence de microangiopathie organique spécifique, signe d'une connectivite particulière telle que la sclérodermie systémique.

La microangiopathie est fréquente au cours des UCTDs , notamment en présence d'un phénomène de Raynaud.

Cependant, des études comparatives s'avèrent nécessaires pour le confirmer.

Cette microangiopathie est non spécifique et souvent faite de dystrophies mineures .

Les dystrophies majeures sont plus rares et non spécifiques .

Dans notre série nous n'avons pas noté de mégacapillaires ou de plages avasculaires.



Fig. 1. Capillaroscopie normale sans signe objectif de pathologie microvasculaire.



Fig. 2. Dystrophie mineure : aspect tortueux. Présence d'au moins 3 capillaires tortueux.



Fig. 3. Dystrophie mineure : aspect de capillaires manquants.



Fig. 4. Dystrophie mineure : dilatation capillaire. Présence d'au moins 3 capillaires dilatés.



Fig. 5. Dystrophie mineure : ramification capillaire.



Fig. 6. Dystrophie mineure : anastomose capillaire. Présence d'au moins 3 anastomoses capillaires.

Conclusion

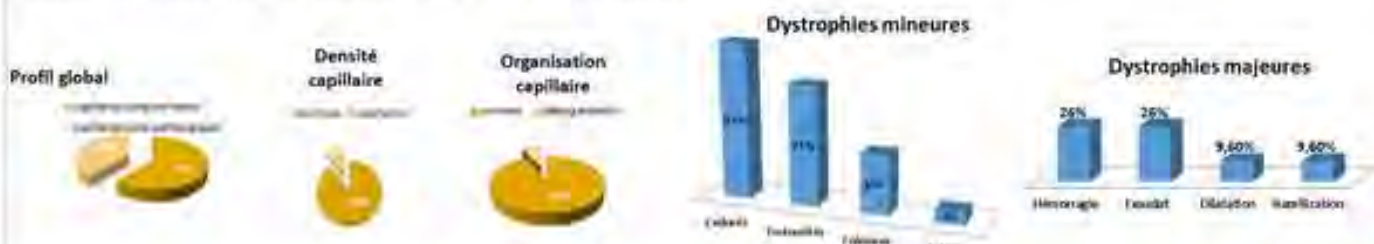
A travers cette étude nous avons remarqué que dans les connectivites indifférenciées, les microangiopathies organiques sont fréquentes et non spécifiques .

L'apport diagnostique de la capillaroscopie périunguéeale au cours des connectivites indifférenciées reste à déterminer.

Cette étude sera prolongée en incluant plus de patients.

Références

- 1) Atlas of capillaroscopy in rheumatic diseases: Maurizio Cutolo 2011.
- 2) Atlas de capillaroscopie CEMV décembre 2012.
- 3) Sarteel A.M. Carpentier P. Capillaroscopies cliniques et quantitatives. EMC(Elsevier Masson SAS, Paris), Angéiologie, 19-1080, 2007.



Les tumeurs brunes : il fallait y penser !

Jemni Z., Charfi H., Nouira M., Ezzine A., Mensi S., Dardouri T., Hajji E., Tahri S., Sfar R., Ben Fredj M., Ajmi S., Chatti K., Guezguez M.

Service de Médecine Nucléaire, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Les tumeurs brunes ou ostéite fibrokystique sont une pathologie osseuse rare observée au cours d'une hyperparathyroïdie non traitée.(1)
Nous illustrons dans cette présentation l'aspect scintigraphique et radiologique de ces anomalies qui peuvent mimer des métastases osseuses.

Présentation du cas :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 56 ans, aux antécédents de carcinome canalaire infiltrant du sein adressée pour scintigraphie osseuse. L'actualisation du bilan d'extension était indiquée devant une hypercalcémie à 3mmol/l faisant suspecter des métastases osseuses.
La scintigraphie osseuse a permis de redresser le diagnostic vers une pathologie osseuse métabolique secondaire à une hyperparathyroïdie primaire. Le taux de parathormone sérique était à 33 fois la normale.

Discussion:

- Les tumeurs brunes sont dues à de l'accumulation focale d'un tissu fibreux hypervasculaire et de cellules géantes suite à un processus de réparation cellulaire, en réponse à l'augmentation de l'activité ostéoclastique dans l'hyperparathyroïdie. (1)
- Le terme « tumeur brune » est dérivé de son apparence brunâtre due à sa vascularisation et à la présence de dépôts d'hémossidérine. (2)
- Siège : crâne, face (mandibule), côtes, bassin mais elles peuvent également affecter les os longs .
- L'aspect radiologique : lésions ostéolytiques uniques ou multiples bien limitées, parfois expansives, à corticale amincie ou fracturée .(1)
- L'aspect scintigraphique n'est pas spécifique mais peut orienter vers une pathologie osseuse métabolique en montrant une hyperfixation diffuse sur l'ensemble du squelette plus prononcée au niveau de la voûte crânienne et de la mandibule ou un aspect de « super scan » métabolique. (3)
- La fixation du ^{99m}Tc-sestamibi aux tumeurs brunes a été décrite (4).
- L'imagerie hybride améliore la précision diagnostique par son apport anatomique et permet d'orienter vers la nature bénigne de ces lésions (5).

Conclusion :

Notre observation met en évidence un diagnostic différentiel à ne pas méconnaître devant l'association de lésions osseuses multiples et d'hypercalcémie. Ce cas de tumeurs brunes mimant des métastases osseuses illustre l'apport de la TEMP/TDM en intégrant aux images fonctionnelles, une information anatomique de qualité.

Résultats :

La scintigraphie osseuse au HMDP-^{99m}Tc a montré des hyperfixations intenses principalement au niveau de la voûte crânienne, du massif facial et du bassin associées à des hyperfixations plus modérées sur le reste du squelette (figure1) avec une augmentation du taux de comptage total. L'aspect évoquait un super scan métabolique en rapport très probablement avec une hyperparathyroïdie.

La correspondance SPECT-CT de ces hyperfixations montrait des lésions ostéolytiques multiples bien limitées, expansives, avec une corticale amincie mais conservée. Par endroits, ces lésions avaient un aspect cloisonné témoignant de leur ancienneté (Figure 2). Ces remaniements osseux diffus évoquaient une ostéite fibrokystique.



figure 1.

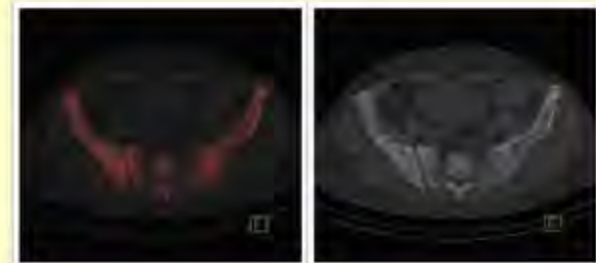


figure 2.

Devant la découverte d'une hyperparathyroïdie biologique, une scintigraphie parathyroïdienne au ^{99m}Tc-sestamibi a été réalisée montrant une large fixation pathologique au niveau du bord inférieur du lobe thyroïdien droit en faveur d'un gros adénome parathyroïdien ainsi qu'un foyer de fixation pathologique au niveau thoracique (Figure 3).

La figure 4 correspond au complément SPECT/CT de la scintigraphie au ^{99m}Tc-sestamibi : la fixation pathologique extra-cervicale correspondait à une tumeur brune sous forme d'une masse tissulaire de 6 X 4 cm au niveau de l'arc moyen de la 4^{ème} côte droite avec lyse osseuse, bombant dans la graisse pleurale pariétale.

La patiente a bénéficié de l'exérèse de l'adénome parathyroïdien. L'évolution ultérieure était favorable sur le plan osseux.

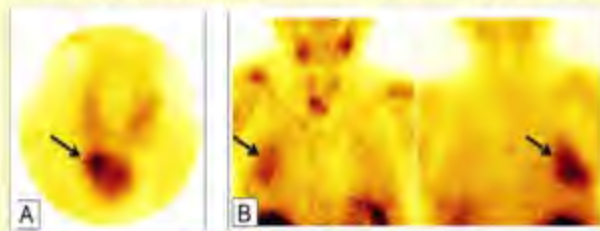


figure 3.

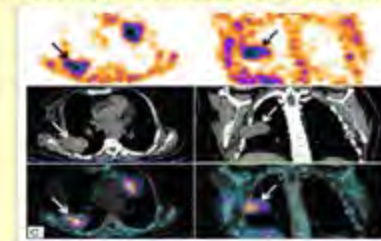


figure 4.

Bibliographie :

- Meydan N, Barutca S, Güneş E, Boylu S, Savk O, Culhaci N, et al. Brown tumors mimicking bone metastases. J Natl Med Assoc. juin 2006;98(6):950-3.
- Farouk M, Hattami S, Ben Yahya I. La tumeur brune due à une hyperparathyroïdie secondaire : à propos d'un cas clinique et revue de la littérature. Médecine Buccale Chirurgie Buccale. janv 2017;23(1):61-4.
- Charfi H, Nouira M, Ezzaini F, Sfar R, Guezguez M, Essabbah H. Brown tumors mimicking bone and lung metastases: Key role of radionuclide imaging. La Presse Médicale. juillet 2015;44(7-8):860-4.
- Pansini V-M, Herbinet R, Cortet B, Lefebvre G, Cotten A. Chapitre 10 : Endocrinopathies. In: Cotten A, éditeur. Imagerie Musculosquelettique : Pathologies Générales (Deuxième Edition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2013 [cité 3 mars 2019]. p. 287-306.

Particularités cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'atteinte oculaire au cours de l'artérite à cellules géantes

Bouattour Y, Snoussi M, Frikha F, Regaieg N, Hanen L, Ben Salah R, Jallouli M, Marzouk S, Damak C, Bahloul Z

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax (TUNISIE)

INTRODUCTION:

- L'atteinte oculaire au cours de l'artérite à cellules géantes (ACG) représente la complication vasculaire la plus redoutable.
- Elle conditionne le pronostic fonctionnel par risque de cécité irréversible.
- L'objectif de ce travail est de préciser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et évolutives de l'atteinte oculaire au cours de l'ACG.

PATIENTS ET METHODES:

- Etude rétrospective menée dans le service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax durant la période (1996-2017) colligeant les cas d'ACG avec atteinte oculaire retenue selon les critères de l'ACR1990.

RESULTATS:

- Nous avons colligé 25 cas d'atteinte oculaire répartis en 18 hommes et 7 femmes et d'âge moyen de 74,5 ans.
- Les signes oculaires étaient dominés par la baisse de l'acuité visuelle dans 23 cas, qui était associée à des céphalées dans 11 cas, à des épisodes d'amaurose dans 4 cas et à une douleur à la mobilisation des yeux dans un cas.
- Deux patients présentaient une cécité monoculaire brutale inaugurale de la maladie.
- Les types d'atteinte oculaire étaient : une neuropathie optique ischémique antérieure aiguë dans 18 cas, au stade d'atrophie optique dans 5 cas, une occlusion d'une artère rétinienne dans 2 cas, une neuropathie optique rétrobulbaire dans 4 cas et d'une ischémie choroïdienne dans un seul cas.
- Le traitement consistait à une corticothérapie forte dose chez tous les patients, qui était initiée par des bolus de solumédrol dans 9 cas.

- L'évolution était favorable dans 4 cas avec amélioration de l'acuité visuelle, alors qu'une stabilisation ou une évolution vers une cécité permanente était constatée dans le reste des cas.

DISCUSSION:

- L'ACG est la vascularite la plus fréquente du sujet âgé.
- Il s'agit d'une vascularite des vaisseaux du gros calibre.
- Elle prédomine dans le territoire céphalique.
- Au cours de cette pathologie, l'atteinte ophtalmologique est retrouvée dans 26 à 50 % des cas au moment du diagnostic.
- Elles est généralement révélée par de troubles permanents ou transitoires de la vision à type d'amaurose, de brouillard visuel, de visions colorées ou douleurs oculaires...
- Les lésions ischémiques les plus fréquentes sont: la neuropathie optique ischémique antérieure aiguë, l'occlusion de l'artère centrale de la rétine et la neuropathie optique rétrobulbaire.
- Ces lésions peuvent laisser des séquelles ophtalmologiques pouvant aller à une cécité définitive.
- Pour cette raison, un examen du fond d'œil et une mesure de l'acuité visuelle doivent être pratiqués devant toute suspicion de l'AGC même en l'absence d'une doléance visuelle.
- La fréquence de cette complication a diminué depuis l'ère des corticoïdes qui ont un effet préventif majeur.

CONCLUSION:

- Notre étude souligne la gravité de l'atteinte oculaire au cours de l'ACG.
- Elle doit être considérée par tout clinicien comme une urgence diagnostique et thérapeutique pour un meilleur pronostic oculaire.

Les métastases ganglionnaires cervicales révélant un microcarcinome papillaire de la thyroïde : à propos de deux cas

Poster N°32

Boujelben Kh, Hamza F, Jadrak I, Amouri W, Kallel F, Maaloul M, Charfeddine S, Chtourou K, Guermazi F

Service de médecine nucléaire, hôpital Habib Bourguiba-Sfax

Introduction:

Le microcarcinome papillaire (MCP) est une tumeur maligne de la thyroïde dont la taille n'excède pas 1 cm. Sa découverte est fortuite dans la majorité des cas, souvent devant un nodule thyroïdien d'apparence bénin. Les métastases à distance ne sont pas un mode de révélation habituel des MCP. Ici, nous rapportons deux observations présentant un MCP avec des métastases ganglionnaires cervicales révélatrices.

Observations:

Il s'agit de deux patientes âgées respectivement de 59 et 27 ans ayant été adressées pour irathérapie post thyroïdectomie totale au service de médecine nucléaire de l'hôpital Habib Bourguiba de Sfax.

Les 2 patientes ont consulté initialement au service d'ORL pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche pour la première et droite pour la deuxième. La thyroïde est non palpable dans les 2 cas.

Seule la première patiente a bénéficié d'une TDM cervico-thoracique révélant une adénomégalie de la chaîne IV gauche hypodense et siège de fines calcifications d'aspect thyroïd-like, mesurant 24x29 mm associée à une adénomégalie de la chaîne III gauche de même aspect mesurant 10x13mm avec une thyroïde d'aspect normal après vérification échographique.

La biopsie de la cervicotomie a objectivé une métastase ganglionnaire d'un carcinome papillaire primitif thyroïdien dans le 2 cas.

Une thyroïdectomie totale est alors pratiquée chez les 2 patientes avec un curage médiastino-récurrentiel bilatéral et fonctionnel homolatéral.

L'étude histologique a conclu à un microcarcinome papillaire du lobe gauche faisant 6mm de grand axe pour la première alors que pour la deuxième, elle a été en faveur d'un microcarcinome papillaire de 9mm du lobe droit de la thyroïde sans signe d'invasion. Les métastases ganglionnaires sont au nombre de 7 pour la première patiente (1N+ :cervical, 3N+ :secteur gauche, 2N+ :secteur IV, 1N+ :médiastino-récurrentiel).

Tandis que l'examen anatomopathologique n'a identifié aucun autre ganglion métastatique pour la deuxième patiente. Une thyroïdite lymphocytaire d'Hashimoto est notée chez la première malade.

La thyroglobuline (TG) initiale est dosée respectivement à 0,2 et 0,9 ng/ml.

Le traitement post-opératoire comporte une hormonothérapie suppressive de la TSH et 2 cures d'irathérapie dans les deux cas.

Les 2 patientes sont actuellement en rémission avec au dernier balayage du corps entier post irathérapie, une carte blanche isotopique.

Conclusion:

Les microcarcinomes papillaires (MCP) sont souvent classés de bon pronostic avec un faible potentiel évolutif. Dans la plupart des cas, ils font l'objectif d'une thyroïdectomie totale sans avoir besoin d'un curage ganglionnaire du fait de l'absence de la dissémination ganglionnaire.

Notre observation montre qu'une adénopathie cervicale métastatique peut être le seul signe révélateur d'un MCP. Dans ce cas, l'origine thyroïdienne doit être évoquée même en l'absence de nodule thyroïdien et le dosage de la thyroglobuline dans le liquide de la cytoponction doit être effectué.

Forme destructrice de la maladie de Still de l'adulte : A propos de 5 cas

EL Achek MA, Baccouche K, Farhat A, Elamri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une maladie inflammatoire systémique rare d'éthiopathogénie inconnue caractérisée par une triade clinique associant une fièvre hectique, une arthrite et une éruption cutanée fugace. La forme ostéo articulaire destructrice ne représente que le 1/3 des cas. Nous présentons dans ce travail 5 cas de formes déformantes et destructrices de la MSA.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de Rhumatologie Farhat Hached de Sousse, sur une période de 17 ans (2002 à 2018). Tous les patients répondaient aux critères de Yamaguchi et coll (5 critères dont 2 au moins sont majeurs).

Résultats :

14 dossiers de MSA ont été étudiés. L'âge moyen de nos patients était de 35,78 ans. Le sex-ratio=0,42. La forme destructrice représentait 35,71% (soit 5 patients). Il s'agissait de 3 femmes et 2 hommes dont l'âge moyen au moment du diagnostic est de 28,2 ans [18-49 ans]. La durée d'évolution variait de 01 mois à 10 ans. La fièvre, l'atteinte cutanée et l'atteinte articulaire étaient constantes avec une polyarthrite chez tous nos malades, l'atteinte des mains est la plus fréquente. Multiples déformations ont été notées ; un flessum des coudes et des genoux (50% des cas), un blocage du rachis cervical et des deux chevilles chez un malade et une limitation de l'ouverture buccale dans un seul cas. Une Hépatosplénomégalie était retrouvée chez 3 patients et un seul cas de péricardite était noté. Le syndrome inflammatoire biologique avec hyperleucocytose était constant avec une VS moyenne de 92,6 à h1 et une CRP moyenne de 80,2 mg/L. La ferritinémie était élevée chez 60% des patients avec une moyenne de 1275,8 ng/L. Une hypo albuminémie était trouvée (40%) et une cytolysé hépatique (20%). La recherche d'auto-anticorps, les hémocultures et les sérologies étaient négatives chez tous les patients. Les explorations radiographiques avaient montré un aspect de géodes, pincement articulaire au niveau des mains ainsi qu'une carpite fusionnante (60%) et une coxite bilatérale (20%).

Discussion :

L'incidence et la prévalence de la MSA sont inconnues. Il s'agit d'une affection rare. L'âge de début de la maladie se situe dans 80 % des cas entre 16 et 35 ans. Toutefois, la maladie peut débuter à des âges avancés au-delà de 60 ans.

Il existe généralement une prédominance féminine

Les manifestations cliniques sont polymorphes et non spécifiques, cependant la triade associant une fièvre, une polyarthrite et une éruption cutanée est particulièrement évocatrice du diagnostic de la MSA. Les arthralgies sont quasiment constantes. Il semble s'agir surtout de polyarthralgie des grosses articulations. Les arthrites apparaissent à un moment ou à un autre de la maladie chez 94 % des malades. L'atteinte des hanches est diversement appréciée dans la littérature.

Le traitement d'attaque est généralement une corticothérapie aux alentours de 1 mg/kg/j. Le Méthotrexate, même lorsqu'il est efficace, n'empêche pas totalement la survenue de poussées et son rôle essentiel est de permettre une diminution voire un arrêt de la corticothérapie

Par ordre décroissant de fréquence, il s'agit d'une oligoarthrite, puis d'une polyarthrite enfin d'une monoarthrite. Toutes les articulations peuvent être touchées

Les anomalies radiographiques que l'on peut observer aux poignets sont très caractéristiques de la MSA. Il s'agit d'une atteinte préférentielle des articulations carpométacarpiennes et intercarpiennes évoluant souvent vers une véritable ankylose, habituellement non érosive. Ces anomalies qui apparaissent après un ou deux ans d'évolution sont très évocatrices et peuvent éventuellement aider au diagnostic rétrospectif d'un rhumatisme inflammatoire non étiqueté.

Conclusion :

L'atteinte articulaire de la MSA chronique est fréquente, elle est dominée par celle du carpe. Des destructions ostéo-articulaires sont constatées dans un tiers des cas pouvant évoluer vers une ankylose occasionnant ainsi un handicap fonctionnel majeur.

Bibliographie:

La maladie de Still de l'adulte : étude d'une série de 11 cas C. Ben Taarit, S. Turki, H. Ben Maïz Doi : JMV-02-2002-27-1-0398-0499-101019-ART7

Anticorps anti thyroïdiens et la corrélation à la fonction thyroïdienne au cours de la maladie de basedow traitée par l'I 131

E. Hajji , R. Sfar , T. Kamoun , S. Tahri , S. Mensi , T. Dardouri , Z. Jemni , M. Noura , M. Ben Fredj , K. Chatti , M. Guezguez.

Service de Médecine Nucléaire , CHU Sahloul , Sousse , Tunisie.

Introduction :

La maladie de Basedow est une affection auto-immune due à des anticorps stimulants les récepteurs de la TSH (Ac anti R-TSH). Ils sont souvent associés aux anticorps anti-thyroperoxidase (Ac anti-TPO) et moins fréquemment aux anticorps anti-thyroglobuline (Ac anti-Tg).

L'objectif de ce travail est d'évaluer la fréquence relative de ces différents auto-anticorps chez des patients atteints d'une maladie de Basedow ainsi que leur corrélation à la fonction thyroïdienne après un traitement à l'iode radioactif.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 86 patients atteints d'une maladie de Basedow et adressés au service de médecine nucléaire Sahloul pour une IRa-thérapie . Nous avons réalisé le dosage des Ac anti R-TSH, des Ac anti Tg et Ac anti-TPO avant le traitement, 6 mois après l'irathérapie et 12 mois après.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $43,37 \pm 13,95$ ans, avec un sex ratio de 2,07. Le dosage des Ac anti R-TSH était positif chez 81 (95,3%)

		Fonction thyroïdienne à 6 mois		total
		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac Anti- RTSH	Négatif	2	2	4
	positif	17 (27,9%)	44 (72,1%)	61
Total		19	46	65
		Réussite de la cure		total
		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac Anti- RTSH	négatif	0	4	4
	positif	13 (22,4%)	45 (77,6%)	58
Total		13	49	62

Corrélation entre le titre des Ac anti R-TSH et la fonction thyroïdienne à 6 et 12 mois

La positivité des Ac anti-R-TSH n'avait pas de différence significative sur la fonction thyroïdienne à 6 mois ($p= 0.574$).

Le dosage des Ac anti Tg était positif chez 13 patients (15,3%).

		Fonction thyroïdienne à 6 mois		total
		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac Anti- Tg	Négatif	16	36	52
	positif	2	8	10
Total		18	44	62
		Fonction thyroïdienne à 12 mois		total
		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac Anti- Tg	négatif	11	37	48
	positif	1	10	11
Total		12	47	59

Corrélation entre le titre des Ac anti Tg et la fonction thyroïdienne à 6 et 12 mois

La positivité de Ac Anti -Tg n'avait pas d'influence significative sur la réussite de la cure ($p=0.431$).

Le dosage des Ac anti TPO était positif chez 57 patients (67,1%).

		Fonction thyroïdienne à 6 mois		total
		Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac anti -TPO	négatif	9	9	18
	positif	10	33	43
total		19	42	61
		Fonction thyroïdienne à 12 mois		total
		hyperthyroïdie	Hypothyroïdie ou euthyroïdie	
Ac anti -TPO	négatif	4	12	16
	positif	9	33	42
total		13	45	58

Corrélation entre le titre des Ac anti TPO et la fonction thyroïdienne à 6 et 12 mois

Le dosage quantitatif des Ac anti -TPO n'avait pas d'influence sur la réussite de la cure ($p=0.73$).

Discussion :

Le diagnostic de la maladie de basedow est essentiellement clinique .Les Ac Anti R-TSH sont présents dans 97% des cas , très spécifiques et sensibles de la maladie de basedow et constituent un argument en faveur de l'origine basedowienne de l'hyperthyroïdie et de son évolutivité. La valeur prédictive du taux des anticorps par rapport au résultats du traitement par l'Iode I131 n'est pas claire.

Les Ac anti Tg sont moins sensibles pour la détection des maladies auto-immunes thyroïdiennes . La prévalence de ces anticorps est de 25%. Les études ont montré des résultats différents concernant la corrélation entre la positivité et le taux de ces anticorps par rapport à une meilleure réponse à l'irathérapie .

Les positivité des Ac anti TPO oriente vers un contexte auto-immun mais ne précise pas l'origine des hyperthyroïdie . Dans la maladie de basedow leur prévalence est estimée à 80%.

La présence des Ac anti-TPO dans le sérum a été rapportée comme un facteur prédictif de l'évolution vers l'hypothyroïdie après le traitement à l'I 131.

Conclusion :

Le diagnostic de la maladie de basedow est essentiellement clinique .Le dosage des anticorps n'est pas nécessaire au diagnostic de la maladie de Basedow et il ne trouve sa place que dans les formes atypiques pour confirmer la nature basedowienne d'une hyperthyroïdie. Cependant la positivité des anticorps anti -TPO, à 6 mois, était associée à une meilleure réponse au traitement par l'I 131.

Bibliographie :

Mayer A, et Orgiazzi j. Autoimmunité et thyroïde .Encycl Méd Chir (Paris: Elsevier SAS), Endocrinologie-Nutrition , 10-002-G-10.2000,

Titre: Neuropathie périphérique sous anti TNF alpha

Auteurs: S.Ousehal, K.Nassar, S.Janani, W.Rachidi, O. Mkinsi

CHU Ibn ROCHD CASABLANCA MAROC

Introduction :

Les atteintes du système nerveux périphérique secondaires au traitement par anti TNF alpha sont rares, et de présentation clinique variée. Nous rapportons 2 cas de neuropathie sensitivo-motrice apparue sous anti TNF alpha.

Patients et méthodes :

Il s'agit de 2 patients suivis dans notre formation pour un rhumatisme inflammatoire chronique, ayant développé une neuropathie sensitivo-motrice sous anti TNF alpha confirmée par électromyogramme.

Résultats:

Observation 1 :

- Mr A.H. âgé de 54 ans, suivi pour rhumatisme psoriasique évoluant depuis 16 ans, mis sous infliximab.
- Il a présenté au 6^{ème} bolus des paresthésies à type de fourmillement des 2 avant pieds, l'examen clinique a trouvé une hypoesthésie tactile epicritique et thermoalgique de la face plantaire des pieds, sans déficit moteur.
- L'électromyogramme a objectivé une neuropathie sensitivo-motrice distale des 4 membres à mécanisme axonal plus marquée sur le versant sensitif et aux membres inférieurs.
- Le bilan à la recherche d'une autre cause de neuropathie périphérique est revenu négatif.
- Le traitement par anti TNF alpha a été interrompu et le relais a été fait par l'anti IL17.
- L'évolution était marquée par la persistance des paresthésies.

Observation 2 :

- Mr H.A. âgé de 28 ans, suivi pour spondylarthrite axiale et périphérique évoluant depuis 12 ans, mis sous adalimumab.
- Il a présenté après la 2^{ème} injection des paresthésies à type de brûlures et fourmillements des 2 mains et des 2 avant-pieds. L'examen clinique a trouvé une hyperesthésie des 2 avant-pieds sans déficit moteur.
- L'électromyogramme a objectivé une polyneuropathie sensitivomotrice aux membres inférieurs et sensitive aux membres supérieurs de mécanisme axonal. Tout le bilan étiologique est revenu négatif.
- L'évolution était marquée par la régression partielle des paresthésies après arrêt de l'adalimumab et sous traitement par la gabapentine.

Discussion :

- Nos 2 observations décrivent la survenue de neuropathie sensitivomotrice après introduction d'un anti TNF alpha.
- Le délai de leur survenue est souvent inférieur à deux ans après le début de l'exposition aux anti-TNF alpha selon la littérature; chez nos patients, le délai était de 8 mois chez le premier patient et 1 mois chez le 2^{ème} patient.
- Le risque de neuropathie varie d'un anti-TNF à l'autre, et peu de cas de neuropathie induite par l'adalimumab ont été décrits à ce jour.
- L'arrêt de l'anti TNF alpha n'est pas toujours indiqué et la récupération après l'arrêt n'est pas systématique, nos 2 patients ont gardé des séquelles neurologiques malgré l'arrêt du traitement.

Conclusion :

Nos observations constituent des nouveaux cas de complications neurologiques décrits au cours d'un traitement par anti TNF alpha. La prise en charge de ces complications doit se faire en concertation avec les neurologues.

Etude de la stabilité chimique de l'Examétazime-Techneétée (99mTc)

Majoul A, Sahmim S, Toumi A, Chatti K, Ayachi N

Service de médecine nucléaire, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

L'Examétazime marqué au 99mTc est un médicament radiopharmaceutique (MRP) utilisé dans la scintigraphie de perfusion cérébrale. La stabilité de la préparation après reconstitution est de 30 min. Chaque flacon reconstitué nous permet de réaliser 3 examens scintigraphiques.

Devant les contraintes parfois rencontrées (préparation des patients, durée de l'acquisition par patient, disponibilité de la γ -caméra), l'injection dans les 30 min s'avère difficile à respecter.

L'objectif de ce travail est d'étudier la stabilité du MRP au-delà de la période préconisée par le fabricant.



Fig1: Structure chimique de l'Examétazime Technetée

Matériels et méthodes :

Nous avons utilisé comme trousse froide le CERETEC® et un éluat frais de 99mTc (générateur DryTec®). La préparation a été réalisée sous le contrôle direct du radiopharmacien en respectant le protocole de préparation.

Un contrôle de la pureté radiopharmaceutique (PRC) a été fait à partir de la 30ème minute de marquage par chromatographie sur couche mince. Comme phase stationnaire, une plaque de silice et comme phase mobile, 2 types de solvants ont été utilisés: Méthyl Ethyl Cétohe et NaCl 0,9% afin de séparer, respectivement, les impuretés : le 99mTc-libre (TcO_4^-) et le Tc réduit associé à un complexe secondaire ($TcO_2 + CII$). La PRC a été déterminée par γ -caméra (Ecam®).

Résultats :

Nous avons effectué 3 contrôles de qualité (CQ) : $t_0=30$ min ; $t_1=60$ min ; $t_2=90$ min. A t_0 , la PRC était de 91% ($TcO_4^- = 0\%$; $TcO_2 + CII = 9\%$). Pour $t_1=60$ min, on a observé une augmentation du $TcO_2 + CII$ de 9% à 11%, entraînant une diminution de la pureté (89%). Après 90 min, La PRC a encore diminué pour atteindre 84% ($TcO_4^- = 2\%$; $TcO_2 + CII = 14\%$).

Les normes relatives au CQ de l'Examétazime exigent une PRC $\geq 80\%$.

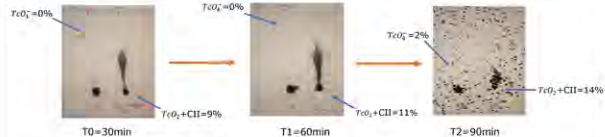


Fig2: Chromatogramme à différents temps

La préparation présente ainsi une PRC conforme aux normes du fabricant au-delà de 30 min lui permettant une utilisation conforme aux exigences à 90 min.

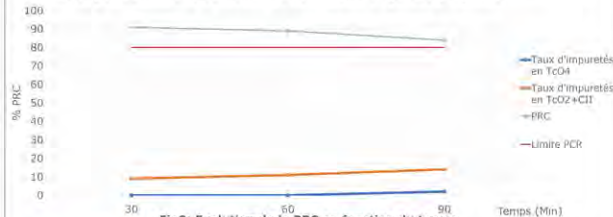


Fig3: Evolution de la PRC en fonction du temps

CONCLUSION :

Dans certaines situations, on peut être contraint à administrer le CERETEC® au-delà de 30 min après sa reconstitution. A noter que pour $t_3=90$ min, la PRC se rapproche de la limite fixée par le fabricant. L'administration au-delà de 30 min peut être envisageable. D'autres essais seront réalisés pour valider ces résultats.

Influence de l'immunogénicité sur la survenue de réactions allergiques aux anti TNF alpha

Bouden S, Laadhar L, Ayadi A, Kallel Sellami M
Service d'Immunologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

Les anti TNF alpha peuvent s'accompagner de formation d'anticorps anti médicaments, appelés anti drug antibodies (ADAb). Ces ADAb auraient pour conséquence de diminuer la réponse thérapeutique aux anti TNF alpha et d'augmenter le risque de survenue de réactions allergiques.

Matériels et Méthodes:

Une étude multicentrique a été menée entre 2015 et 2018. Ont été inclus les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) ou de spondyloarthrites (SpA) et traités par Infliximab (IFX) ou Adalimumab (ADA). Le dosage des ADAb a été effectué par la méthode ELISA. La valeur de p était considérée positive inférieure à 0,05.

Résultats:

- Cinquante patients ont été inclus, dont 31 étaient des hommes (62%).
- L'âge moyen était de 46 ans [24-76].
- Dix-sept étaient atteints de PR et 33 étaient atteints de SpA.
- Vint neuf patients étaient traités par ADA et 21 par IFX.
- Deux patients traités par IFX ont développé des réactions allergiques aux perfusions à type d'oppression thoracique et rash cutané. Ces deux patients étaient ADAb positifs avec respectivement des titres élevés d'ADAb de 200 et 111 UI/ml.

Discussion:

Les réactions allergiques aiguës sont définies comme tout effet indésirable survenant pendant la perfusion/injection du biomédicament ou dans les 1-2 heures suivantes.

Elles sont divisées en réactions locales et réactions systémiques. Et elles peuvent varier de simples réactions au site d'injection jusqu'au choc anaphylactique [1]. Dans notre étude, la présence de réactions allergiques était liée à la présence d'ADAb et au titre élevé d'ADAb.

Le mécanisme exact derrière la survenue de ces réactions allergiques demeure incertain. Elles seraient induites par le dépôt de complexes immuns de grande taille entre le biomédicament et l'ADAb, qui seraient en l'occurrence difficiles à éliminer par le foie et la rate [2].

Les données quant au type d'anticorps impliqués restent mitigées. Vultaggio et al. ont suggéré que les réactions allergiques sévères seraient dues aux ADAb d'isotype IgE [3]. Steenholdt et al. par contre ont avancé que c'étaient plutôt les ADAb d'isotype IgG qui étaient impliqués dans ces réactions sévères [4].

Conclusion:

Le mécanisme de survenue des réactions allergiques demeure incertain. Les réactions allergiques semblent plus fréquentes avec l'IFX qu'avec l'ADA, ce qui a été confirmé dans notre étude.

Références:

1. Vultaggio A, Nencini F, Pratesi S, Petroni G, Maggi E, Matucci A. Manifestations of Antidrug Antibodies Response: Hypersensitivity and Infusion Reactions. *J Interferon Cytokine Res.* 2014;34:946-52.
2. van der Laken CJ, Voskuyl AE, Roos JC, Stigter van Walsum M, de Groot ER, Wolbink G, et al. Imaging and serum analysis of immune complex formation of radiolabelled infliximab and anti-infliximab in responders and non-responders to therapy for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:253-6.
3. Vultaggio A, Matucci A, Nencini F, Pratesi S, Parronchi P, Rossi O, et al. Anti-infliximab IgE and non-IgE antibodies and induction of infusion-related severe anaphylactic reactions. *Allergy.* 2010;65:657-61.
4. Steenholdt C, Svenson M, Bendtzen K, Thomsen O, Brynskov J, Ainsworth MA. Severe infusion reactions to infliximab: aetiology, immunogenicity and risk factors in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34:51-8.

Microcarcinome papillaire invasif : à propos d'un cas

Dardouri T, Sfar R, Mensi S, Jemni Z, Tahri S, Hajji I, Ben Fraj M, Nourira M, Guezguez M, Chatti K

Service de médecine nucléaire Sahloul Sousse

Sfar

Introduction :

Le microcarcinome de la thyroïde (MCT) a été défini comme une tumeur dont la taille n'excède pas 1cm. Il est dans la majorité des cas de type papillaire. Sa découverte est le plus souvent fortuite, il est réputé de bon pronostic avec des rares cas d'évolution fatale. Nous rapportons le cas d'un patient suivi au service de médecine nucléaire CHU Sahloul.

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 43 ans de sexe masculin opéré pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche qui correspond à l'examen histologique à des métastases d'un carcinome papillaire de la thyroïde intéressant quatre ganglions de l'évidement cervical gauche et la paroi d'un kyste branchial. Il a eu une thyroïdectomie totale complétée par un curage ganglionnaire médiastino-récurrentiel bilatéral. L'examen anatomopathologique a conclu à deux foyers de microcarcinome papillaire du lobe gauche de la thyroïde dont le plus volumineux mesurant 0.5 cm de grand axe et un autre foyer du lobe droit mesurant 0.2 cm. Des métastases ganglionnaires dans un ganglion du curage récurrentiel droit ont été retrouvées. Le patient a été adressé à notre service pour totalisation isotopique à l'iode 131. Il a reçu une dose cumulative de 400 mCi avec présence de fixations cervicales initialement puis obtention d'une cartographie blanche. La Tg initiale était à 187 ng/ml et devenue actuellement > 500 ng/ml. Une TDM cervicale avait objectivé deux masses cervicales suspectes de la chaîne 3 gauche infiltrant le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. Le patient a été repris chirurgicalement avec confirmation de l'origine métastatique des lésions décrites par le scanner.



Figure 1: le BCE à l'iode 131 montre deux foyers de fixation cervicale médiane et un foyer latéro-cervical (Reliquat thyroïdien) haut situé droit (ADP métastatique)

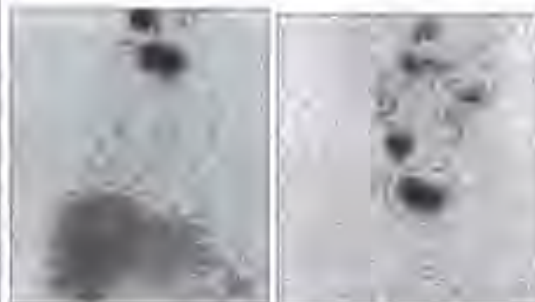


Figure 2: nettoyage isotopique obtenu après la quatrième cure de 100 mCi d'iode 131.



Discussion:

Les microcarcinomes thyroïdiens sont généralement de bon pronostic, la survie à long terme est globalement favorable, mais il existe pour certain patient un risque de rechute. Les taux de mortalité spécifiques à la maladie ont été signalés à <1%, les taux de récurrence loco-régionaux sont de 2% à 6%.

Environ 10% des MCT ont un comportement différent caractérisé par une évolution clinique avec augmentation de leurs volumes.(1,2)

La multifocalité du microcarcinome papillaire est rapportée dans 20% à 46% des cas et jusqu'à 40% de ceux-ci Les patients peuvent présenter des métastases ganglionnaires. Chow et coll. ont étudié 203 patients avec microcarcinomes papillaires et ont constaté que le risque de la récurrence au niveau des ganglions cervicaux a augmenté de 5,2 fois si une maladie multifocale était présente au moment des diagnostics. (3)

Cependant, certains facteurs prédictifs d'évolution agressive telle que la taille supérieure à 5 mm, la multifocalité, extension extra capsulaire et extrathyroïdienne, justifient une attitude maximaliste chirurgicale, isotopique et une opothérapie frénatrice avec une surveillance prolongée.(4)

Deux attitudes chirurgicales s'opposent : Celle des minimalistes qui en présence d'un microcarcinome thyroïdien se contentent d'une lobectomie, ou au maximum d'une thyroïdectomie subtotale et d'une surveillance à la recherche d'une récurrence locorégionale. L'attitude maximaliste propose au contraire une chirurgie ganglionnaire variable mais comprenant au minimum un curage récurrentiel homolatéral, ainsi qu'une irathérapie en fonction du résultat de la scintigraphie postopératoire. (1)

Conclusion:

La découverte d'un microcarcinome papillaire révélé par métastase ganglionnaire est peu fréquente 3 à 5%. Devant ce potentiel invasif, une attitude maximaliste chirurgicale, isotopique et une opothérapie frénatrice se justifient avec une surveillance prolongée et ceci compte tenu de la lente évolutivité de ce type de carcinome et de la possibilité de voir apparaître une métastase 10 ans voir 20 ans plus tard.

Références:

1. Bryan R. Haugen .2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer THYROID Volume 26, Number 1, 2016 American Thyroid Association, Mary Ann Liebert, Inc.
2. Yu XM, Wan Y et al. Should all papillary thyroid microcarcinomas be aggressively treated? An analysis of 18,445 cases. *Annals of Surgery* 2011; 254: 653-660.
3. Chow SM, Law SC, Chan JK et al. Papillary microcarcinoma of the thyroid. Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality. *Cancer* 2003; 98: 31-40.
4. R. Ghossein et al, "Prognostic factors in papillary microcarcinoma with emphasis on histologic subtyping: a clinicopathologic study of 148 cases," *Thyroid*, vol. 24, no. 2, pp. 245-253, 2014.

Observance des traitements biologiques au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Fazaa A, Ben Ouhiba A, Miladi S, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Ben Abdelghani K, Laatar A.
Service de rhumatologie-Hôpital Mongi Slim-La Marsa

Introduction

- ❖ L'émergence des traitements biologiques (bDMARD) a révolutionné la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) réfractaires.
- ❖ Néanmoins, les bDMARD ne semblent pas épargnés par les problèmes d'observance, souvent non avoués par les patients.
- ❖ L'objectif de notre étude était d'évaluer l'observance thérapeutique des bDMARD chez des patients tunisiens atteints de RIC et d'étudier les différents facteurs pouvant l'influencer.

Méthodes

- ❖ Etude transversale incluant des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) (critères ACR/EULAR 2010) et de spondyloarthrite (SpA) (critères ASAS2009), recevant un traitement biologique depuis au moins trois mois.
- ❖ Les données sociodémographiques, cliniques et para-cliniques ont été recueillies.
- ❖ L'observance thérapeutique a été évaluée au moyen d'un auto-questionnaire (Compliance Questionnaire of Rheumatology ou CQR).
- ❖ L'observance déclarée par les patients a été évaluée au moyen de la question directe (QD): «Prenez-vous votre traitement de façon régulière comme prescrit par votre Rhumatologue?».

Résultats

- ❖ Cent patients atteints de RIC (45 PR et 55 SpA) ont été colligés.
- ❖ Le sex-ratio était de 0,6 et l'âge moyen était de $49,9 \pm 12,3$ ans.
- ❖ L'Etanercept était le bDMARD le plus prescrit (32% des cas). Les caractéristiques du bDMARD actuel sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques du traitement biologique actuel.

Rang moyen du bDMARD actuel \pm DS	1,5 \pm 0,7
Durée moyenne du bDMARD actuel (mois) \pm DS	39,9 \pm 35,4
Voie d'administration (%)	
+SC	63
-IV	37
Rythme d'administration du bDMARD (%)	
hebdomadaire ou toutes les 2 semaines	60
\geq 4 semaines	40
Modalité d'administration (%)	
« patient lui-même »	41
« Autre »	59
Association à un csDMARD (%)	39
Méthotrexate (%)	84,6

- ❖ Le score moyen obtenu au CQR était de $72,3 \pm 12$ [49,1-92,9]. La non observance du bDMARD était de 70% avec le CQR alors qu'elle n'était que de 6% en se basant sur l'observance déclarée par les patients (Tableau 2).
- ❖ En analyse univariée, une non observance du bDMARD était statistiquement liée à l'absence de coxite ($p=0,003$), à un ASDAS CRP faible avant l'initiation du bDMARD ($p=0,02$), à un rythme d'administration du bDMARD inférieur à une injection par mois ($p=0,01$), à la voie d'administration sous-cutanée ($p=0,02$), et à la non observance du traitement de fond synthétique associé ($p=0,001$).

Tableau 2: Observance des traitements biologiques

Méthode d'évaluation	Bonne observance (%)	Faible ou non observance (%)
Observance déclarée	94	6
Observance selon le CQR	30	70

- ❖ En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de non observance étaient l'absence de coxite et un rythme d'administration du bDMARD inférieur à une injection par mois (Tableau 3).

Tableau 3: Facteurs prédictifs de non observance des traitements biologiques

	OR	Min	IC 95% Max	p
Absence de coxite	6,01	1,88	19,12	0,002
EVA douleur	2,68	0,93	7,69	0,066
Rythme d'administration < 4 semaines	8,79	2,13	36,22	0,003
Voie d'administration	1,12	0,36	3,48	0,834

Conclusions

- ❖ Ce travail a permis de faire découvrir le faible taux d'observance des traitements biologiques au cours des RIC chez les patients tunisiens.
- ❖ Les facteurs prédictifs de mauvaise observance étaient l'absence de coxite et un rythme d'administration des bDMARD inférieur à une injection par mois.
- ❖ L'identification de ces facteurs permettrait d'adapter les stratégies d'éducation thérapeutique initiées dans notre pays.

Un cas familial du syndrome de Jaffé-Campanacci révélé par la scintigraphie osseuse

Boudriga H, Sfar R, M Chguirim, Mensi S, Yaakoub A, Charfi H, Ezzine A, Nouira M, Ben Fredj M, Ajmi S, Chatti K, Guezguez M

Service de médecine nucléaire, CHU Sahloul, Sousse

Introduction :

Le syndrome de Jaffé-Campanacci a été défini en 1976 par Campanacci et al. comme étant une affection bénigne et définie par : multiples fibromes non ossifiants, des manifestations extra-squelettiques telles que des taches café-au-lait cutanées. Nous décrivons les caractéristiques scintigraphiques de ce syndrome dans un contexte familial.

Patients et méthodes :

Un patient âgé de 19 ans connu porteur de neurofibromatose de type 1 a été suivi pour exploration d'une douleur mécanique des membres inférieurs. Les antécédents familiaux incluent la présence de taches café-au-lait chez le père âgé de 54 ans et le frère âgé de 24 ans. Une scintigraphie osseuse au ^{99m}Tc-HDP a été alors pratiquée chez les trois membres de la famille. On a pratiqué des balayages du corps entier associés à des acquisitions TEMP/TDM centrées sur les genoux.

Discussion:

- La physiopathologie de ce syndrome est incertaine. Il peut s'intégrer dans le cadre d'une neurofibromatose de type de type 6 (absence de neurofibromes) [1-3].
- Ce syndrome survient surtout dans les 10 premières années de la vie mais qui a été décrite à l'adolescence et l'âge adulte [2, 4].
- La localisation principale est les os longs (le tibia dans 78%) de siège majoritairement métaphysaires, moins fréquemment métaphyso-diaphysaire [5].
- L'aspect radiographique est extrêmement évocateur des fibromes non ossifiants comme décrit dans les cas présents.
- Sur le plan scintigraphique: Une fixation normale au stade d'ossifications,
Une hypercaptation modérée et une hyperfixation tardive modérée après la survenue de microfractures.
Une hyperfixation intense peut orienter vers la survenue d'une fracture pathologique [4-5].

Conclusion:

Notre cas de syndrome de Jaffé-Campanacci a été observé dans un contexte familial et a été révélé par une scintigraphie osseuse en montrant les lésions des fibromes non ossifiants. La pratique de la TEMP/TDM avait une valeur diagnostique supplémentaire en augmentant significativement les contrastes scintigraphiques os lésionnel/os sain et os sain/tissus mous.

Résultats :

Les images planaires ainsi que les coupes TEMP/TDM ont montré une hyperfixation du radiotracer de localisation métaphyso-diaphysaire au niveau de l'extrémité distale des deux fémurs (Figures 1, 2 et 3) ainsi que l'extrémité proximale des deux tibias, plus marquée chez notre patient et le père (Figures 1 et 3). Ces anomalies de la fixation correspondaient à des lésions lytiques intra corticales, bien limitées, entourées par une ostéosclérose sans apposition périostée ni d'anomalie des parties molles de voisinage définissant des fibromes non ossifiants. Ces derniers étaient plus individualisés chez le patient et son frère, (Figures 1 et 2).

L'examen clinique a confirmé la présence de taches café-au-lait chez le père et le frère. Cette association a motivé la pratique d'une scintigraphie osseuse chez eux. Elle a montré les mêmes anomalies sus-décrites.



Fig 1.



Fig 2.



Fig 3.

Références:

- [1] Stewart DR, Brems H, Gomes AG, Ruppert SL, Callens T, Williams J, et al. Jaffe-Campanacci syndrome, revisited: detailed clinical and molecular analyses determine whether patients have neurofibromatosis type 1, coincidental manifestations, or a distinct disorder. *Genetics in Medicine*. 2014 Jun;16(6):448-59.
- [2] Cheri S, Bildé Y, Bece F, Letovanec I, Rüdiger HA. Multiple non-ossifying fibromas as a cause of pathological femoral fracture in Jaffe-Campanacci syndrome. *BMC musculoskeletal disorders*. 2014;15(1):218.
- [3] Campanacci M, Laus M, Boriani S. Multiple non-ossifying fibromata with extraskeletal anomalies: a new syndrome? *Bone & Joint Journal*. 1983;65(5):627-32.
- [4] Cotten A. Imagerie musculosquelettique: pathologies générales [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 16].
- [5] Rager O, Paycha F. Lésion lytique douloureuse solitaire du tibia chez un homme de 23ans correspondant à un fibrome non ossifiant: une pseudo-tumeur... si mal nommée ! *Médecine Nucléaire*. 2014 Sep;38(4):240-8.

Anti TNF-alpha et risque de réactivation tuberculeuse

Hmila S, Baccouche K, Laataoui S, Elamri N, Zegaloui H, Bouajina E

CHU FARHAT HACHED SOUSSE

Introduction :

La prescription des anti-TNF alpha nécessite une checklist d'examen complémentaires systématiques qui doivent être pratiqués avant la mise en route du traitement. La réactivation d'une tuberculose latente peut être potentiellement grave voire mortelle. Elle doit être systématiquement recherchée et prévenue.

Patients et méthodes :

Nous avons analysé de façon rétrospective 91 cas de patients suivies pour des rhumatismes inflammatoires chroniques (PR, SPA, Rhumatisme psoriasique, AIJ) au sein du service de rhumatologie de sousse, de 2006 à 2018 soit sur une période de 12 ans. Ces patients ayant tous bénéficié d'un traitement par des anti-TNF-alpha (etanercept, infliximab , certolizumab, adalimumab)

Résultats :

Notre population avait une prédominance féminine (56%). 47,3% sont suivis pour Polyarthrite Rhumatoïde, 7,7% pour Arthrite juvénile, et 45% pour une spondyloarthrite. 50% de nos patients recevaient un traitement concomitant à base de DMARDS (Methotrexate , Leflunomide , salazopyrine) et 50% recevaient une corticothérapie au long cours.

Un seul patient avait des antécédents de tuberculose pulmonaire qui était correctement traitée avant l'instauration du traitement par anti-TNF, 5,5% ont rapporté un contact tuberculeux. La vaccination par BCG n'a pas été recherchée chez ces patients.

Une intradermo réaction à la tuberculine était faite pour tous les patients, elle était négative <5mm dans 86,8% des cas, positive entre 5 et 10mm dans 3,3% des cas , phlycténulaire ou >10mm dans 8,8% des cas. Le test Quantiferon-Gold® n'était fait pour 4 patients dont un avait une IDR douteuse et était positif. Les radiographies du thorax étaient normales dans 93,4% des cas, un syndrome interstitiel est retrouvé dans 5,5% des cas ; une opacité suspecte de tuberculose est retrouvée dans un seul cas (1,1%). Le dépistage de la TBC dans le cadre du bilan pré-anti-TNF-alpha était positif dans 13,2% des cas ayant justifié un traitement par HR (isoniazide, rifampicine) pendant une durée de 3 mois. On a observé au total 2 cas de tuberculose maladie survenues sous traitement anti-TNF alpha soit 2,2% de notre population. On a rapporté un cas de tuberculose pulmonaire commune, et un cas de spondylodiscite tuberculeuse C1-C2 avec épidurite en regard et un abcès froid rétro pharyngé, ayant nécessité une mise à plat chirurgicale urgente.

Ces patients ont reçu respectivement de l'étaanercept et du adalimumab avec des délais respectifs de 16 et 36 mois. Le diagnostic s'est basé sur l'isolation du BK dans les crachats et le prélèvement chirurgical peropératoire. Ces deux patients ont respectivement bénéficié de 6 et 18 mois de traitement avec une évolution favorable.

Discussion :

Contrairement à ce qu'on peut croire, les infections sous anti-TNF alpha, quel que soit la nature du germe, ne sont pas plus fréquentes mais potentiellement plus graves. Les infections opportunistes, notamment la tuberculose, ne sont pas exceptionnelles. Son incidence est réduite après la systématisation du dépistage tuberculeux au cours du bilan pré-thérapeutique.

Une comparaison entre l'incidence de la tuberculose chez les patients traités par anti-TNF alpha et la population générale a conclu que les anti-TNF jouent un rôle clé au cours de cette infection. Il s'agit le plus souvent d'une réactivation de tuberculose latente. Dans notre série les deux cas rapportés de tuberculose n'avaient pas d'antécédents de contact tuberculeux ni une IDR positive, les recherches de BK dans les crachats et les urines étaient négatives et les radiographies du thorax étaient normales. Le test au Quantiferon n'a pas été pratiqué pour ces deux patients.

Cette réactivation serait plus importante pour certaines molécules par rapport à d'autres. Les anti-TNF alpha de type Anticorps monoclonaux, notamment l'Infliximab, sont plus incriminés par rapport aux récepteurs solubles (Etanercept) qui auraient un taux de réactivation relativement faible. Cet effet survient le plus souvent pendant les premiers mois du traitement. Les cas de réactivation tuberculeuse seraient majoritairement extra-pulmonaires. Dans notre série les 2 cas de tuberculose sont survenus sous certolizumab et etanercept avec un délai moyen de 26 mois par rapport à la mise en route du traitement. Un seul cas de TBC pulmonaire et un cas de TBC ostéo-articulaire ont été rapportés, la différence avec les données de la littérature pourraient être dues à la petite taille de l'échantillon.

conclusion :

La tuberculose est un effet secondaire grave des anti-TNF alpha surtout de type Ac monoclonal, survenant typiquement au cours des premiers mois du traitement avec une prédominance des localisations extra-pulmonaires. le dépistage systématique et rigoureux permet prévenir cette infection surtout chez des patients immunodéprimés polymédiqués.

Références :

- 1-Keane J, e. (2019). Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. - PubMed - NCBI.
- 2-Mohan AK, e. (2019). Tuberculosis following the use of etanercept, a tumor necrosis factor inhibitor. - PubMed - NCBI.

Focus sur le 99mTc-Tektrotyd couplé à la TEMP-TDM dans les tumeurs neuroendocrines (N°37)

O. Ben Hamida, T. Ben Ghachem, I. Meddeb, I. Yeddes, I. Slim, A. Mhiri

Service de médecine nucléaire, Institut Salah Azaiez

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) sont rares (2 à 5 nouveaux cas /an/100000 personnes) et constituent un groupe hétérogène de tumeurs susceptibles de naître en tout point de l'organisme, majoritairement dans le tube digestif (tractus gastro-intestinal), le pancréas, la thyroïde et les poumons.

Un bilan d'extension complet de la maladie est en règle générale systématiquement fait et les examens d'imagerie seront indiqués pour localiser la tumeur et les métastases éventuelles et en préciser les caractéristiques, ce qui guidera ensuite le choix et les possibilités de traitement.

L'objectif de ce travail est de faire le point après une année d'utilisation du 99mTc-Tektrotyd et d'étudier l'importance de la TEMP-TDM (tomographie par émission monophotonique couplée au scanner) dans le diagnostic, le staging et le suivi des patients avec TNE.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 33 patients (13 hommes et 20 femmes) adressés en 2018 à notre service de médecine nucléaire à l'Institut Salah Azaiez, pour différentes localisations de TNE : 3 cas de cancer médullaire de la thyroïde, 26 cas de TNE gastro-entéro-pancréatique et 4 cas de paragangliome cervical. L'âge moyen était de 50 ans avec des extrêmes allant de 23 à 77 ans. Ces examens ont été réalisés dans le cadre d'une suspicion de TNE (5 cas), d'un bilan d'extension initial (9 cas) et d'un suivi après traitement (20 cas).

Le protocole d'acquisition a inclus un balayage du corps entier 1h puis 4h après injection intraveineuse de 740Mbq de Tektrotyd - Tc99m, complété par une TEMP-TDM du thorax et /ou de l'abdomen, par une gamma caméra Symbia T2, Siemens et un scanner low dose. Les résultats sont interprétés en fonction des données cliniques et radiologiques.

Résultats :

La scintigraphie au 99mTc-Tektrotyd a permis de confirmer la tumeur neuroendocrine dans 3 cas, d'affirmer ou d'infirmer la présence de métastases à distance dans 4 cas. Une TEMP-TDM a été réalisée chez tous les patients, elle a dans 9 cas (27 %) mis en évidence un foyer pathologique non visualisé avec les acquisitions planaires, permis de mieux localiser la tumeur primitive dans 15 cas (45 %) et de parfaire le bilan d'extension en mettant en évidence des foyers secondaires non trouvés sur les images planaires dans 3 cas (9 %) ; elle a ainsi permis de changer le grade pronostic donc l'attitude thérapeutique vis-à-vis de la pathologie.

Indiquée dans le suivi du patient, la TEMP-TDM a permis de montrer une réponse complète pour 2 cas (6 %) , une réponse partielle pour 1 cas (3 %) , une maladie stable pour 9 cas (27 %) et une progression dans 3 cas (9 %) avec un examen non contributif pour un cas (3 %).

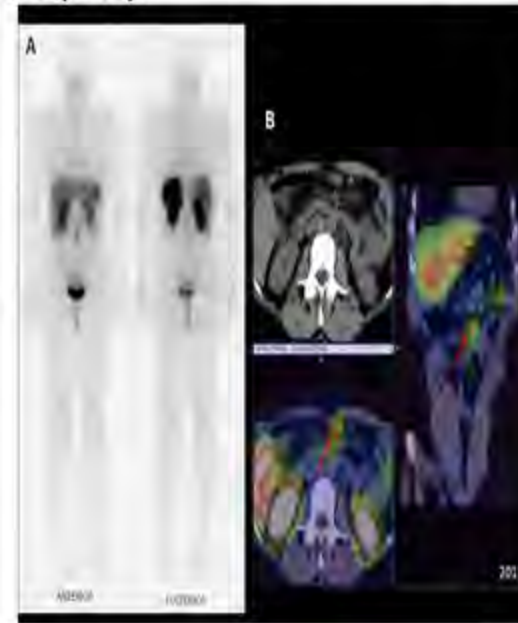


Fig1:A:BCE
B: SPECT CT
montrant une
tumeur iléale
carcinoïde.

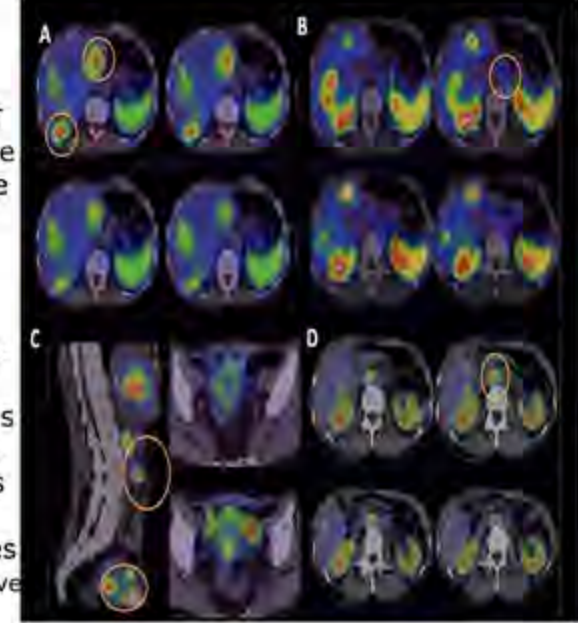


Fig2:
A: Métastases
hépatiques
B: métastases
periaortiques
C: métastases
péritonéales
D: métastases
interaortico cave

Discussion :

L'imagerie hybride SPECT-CT (single photon-emission computed tomographic/ computed tomographic) au Tektrotyd permet de fusionner de façon rapide et efficace les informations fonctionnelles et anatomiques.

Selon la littérature, la TEMP TDM au Tektrotyd a une sensibilité estimée à 80%, une spécificité à 92%, une valeur prédictive positive à 98%, une valeur prédictive négative à 47% et une exactitude à 82%, d'où a recommandation pour l'application clinique.

Conclusion:

La TEMP-TDM avec 99mTc-Tektrotyd, imagerie hybride de fusion des informations anatomique et fonctionnelle, a permis d'avoir une caractérisation plus précise de la tumeur primitive, un meilleur staging N et M. Elle a permis en outre de faciliter l'évaluation de réponse thérapeutique et de la survenue de récives et ainsi une meilleure décision thérapeutique.

Quelle serait la valeur seuil thérapeutique de l'Infliximab au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques ?

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Kallel Sellami M
Service d'Immunologie, Hôpital La Rabta, Tunisie

Introduction :

L'infliximab (IFX) est un anticorps monoclonal chimérique largement utilisé au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Il est généralement prescrit à la dose de 3 à 5 mg/kg au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) et à la dose de 5 mg/kg au cours des spondyloarthrites (SpA), toutes les 8 semaines. Ces doses peuvent être augmentées ou le rythme de prescription peut être rapproché en vue d'atteindre la bonne réponse thérapeutique. Le monitoring du biomédicament pourrait aider à déterminer la valeur seuil thérapeutique qui permettrait d'atteindre la bonne réponse thérapeutique.

Matériels et Méthodes:

- Une étude multicentrique a été menée. Ont été inclus les patients atteints de PR ou de SpA et traités par IFX depuis au moins 6 mois.
- La réponse thérapeutique a été évaluée par le score DAS28 pour la PR et par les scores BASDAI, ASDAS_{VS} et ASDAS_{CRP} au cours des SpA.
- Le dosage de l'IFX a été effectué par la méthode ELISA. La détermination des valeurs seuils thérapeutiques a été effectuée à l'aide des courbes ROC.

Résultats:

- Vint et un patients ont été inclus, dont 11 étaient des hommes (sexe ratio=1,1).
- L'âge moyen était de 46 ans [32-76].
- Sept était atteint de PR et 14 étaient atteints de SpA.
- Vint patients recevaient la dose de 5mg/kg/perfusion et un patient recevait la dose de 3mg/kg/perfusion.
- L'IFX était prescrit toutes les 8 semaines chez 17 patients (80%), toutes les 7 semaines chez un patient (5%) et toutes les 6 semaines chez 3 patients (15%).
- Onze étaient en bonne réponse thérapeutique (52%).
- La courbe ROC de l'IFX au cours de la PR a permis de déterminer une valeur seuil thérapeutique de 0,26 µg/ml au-delà de laquelle une bonne réponse était obtenue.
- La courbe ROC de l'IFX au cours des SpA a permis de déterminer une valeur seuil thérapeutique de 0,19 µg/ml au-delà de laquelle une bonne réponse était obtenue.

Discussion:

La méthode ELISA en phase solide est une technique où le biomédicament est fixé dans les puits d'une plaque ELISA en présence des sérums des patients. C'est la méthode la plus simple et la plus largement utilisée [1].

Il n'existe pas à ce jour de valeur seuil thérapeutique prédéfinie pour les anti TNF α . Cependant, des études menées sur des patients atteints de MC suggèrent que la valeur thérapeutique pour l'IFX serait $\geq 3\mu\text{g/ml}$ [2], et pour l'ADA $\geq 8\mu\text{g/ml}$ [3].

Conclusion:

Ceci représente la première étude tunisienne qui a essayé d'établir les valeurs seuils thérapeutiques de l'IFX au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Références:

1. Wolbink GJ, Aarden LA, Dijkmans BA. Dealing with immunogenicity of biologicals: assessment and clinical relevance. *Curr Opin Rheumatol*. 2009;21:211-5.
2. Maser EA, Vilella R, Silverberg MS, Greenberg GR. Association of trough serum infliximab to clinical outcome after scheduled maintenance treatment for Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006;4:1248-54.
3. Karmiris K, Paintaud G, Noman M, Magdelaine-Beuzelin C, Ferrante M, Degenne D, et al. Influence of Trough Serum Levels and Immunogenicity on Long-term Outcome of Adalimumab Therapy in Crohn's Disease. *Gastroenterology*, 2009;137:1628-40.

Peurs et croyances des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques sous biothérapie: évaluation par le score BMQ

W Triki, K Maatallah, D Kaffel, H Ferjani, W Hamdi, MM Kchir

Service de Rhumatologie, Institut Mohamed Kassarab d'orthopédie, Manouba

Introduction :

L'avènement des agents biologiques a significativement amélioré le pronostic des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC). Cependant, différentes idées et croyances concernant les risques associés à l'utilisation de ces agents sont exprimées par les patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer les peurs et les croyances des patients vis-à-vis de leurs traitements biologiques.

Matériels et méthodes:

- Etude transversale
- Patients atteints de RIC : PR (critères ACR-EULAR 2010) + SpA (critères de l'ASAS).
- Les patients sous biothérapie SC ou IV depuis au moins 3 mois. Le questionnaire utilisé pour évaluer les peurs et les croyances : **le BMQ spécifique** (Belief in Medication Questionnaire): permet d'évaluer les croyances des patients liées aux médicaments qui lui sont spécifiquement prescrits.
- Chacun des patients a été soumis au BMQ spécifique au cours d'un entretien téléphonique. Le BMQ spécifique est constitué de 2 volets :
 - ✓ le 1^{er} volet: 5 questions liées à la nécessité du traitement
 - ✓ le 2^{ème} volet: 5 questions qui évaluent les préoccupations en rapport avec la prescription

Chacun des volets est constitué de 5 échelles graduées de 1 (désaccord fort) à 5 (accord fort). Le BMQ spécifique est donc rendu sous la forme de 2 scores allant de 5 à 25 et peut être exprimé sous la forme d'un différentiel nécessité-préoccupation s'étendant de -20 à +20, qui est un équivalent du rapport bénéfice-risque perçu par le patient.

Résultats:

Le BMQ spécifique a été soumis à 37 patients.
L'âge moyen des patients : 51,38[27-75] ans.
Le sex ratio: 1,05
La biothérapie était administrée en moyenne depuis 16,84[0,5-90] mois.



- personnes qui ont jugé de la nécessité du traitement
- personnes qui ont rapporté des préoccupations

Figure 1: Répartition des patients selon nécessité/préoccupations

Tableau I: Répartition des patients selon la biothérapie reçue

	PR %	SPA %
Etanercept	50	60,9
Adalimumab	21,4	17,4
Infliximab	0	21,7
Certolizumab	14,3	0
Tocilizumab	14,3	0

Tableau II: Comparaison des patients PR/SPA selon le score de préoccupation/nécessité

	PR	SPA	p
Score de préoccupation	15,77	17,45	0,8
Score de nécessité	11,54±4,42	21,41±4,8	0,05

Discussion:

La principale conclusion de notre étude est que les trois quarts des personnes atteintes de RIC ont des perceptions positives quant à la nécessité de prendre leurs médicaments. Ceci rejoint les résultats de Hammond et al (1). En comparaison avec les autres maladies chroniques, le score de nécessité moyen dans notre étude était similaire à celui observé chez les patients asthmatiques, dialysés et en oncologie [2].

Conclusion:

La majorité de nos patients avaient de fortes croyances en le traitement biologique qui leur était prescrit, et peu de préoccupations quant à ses effets indésirables au long cours.

Références:

- [1] Hammond A et al. *Rheumatology*. 2005;44(6):762-7.
- [2] Horne R, et al. *J Psychosom Res* 1999;47:555-67.

Introduction :

Au cours de ces deux dernières décennies, plusieurs classes thérapeutiques de traitement biologique (bDMARDs) sont mises à la disposition du praticien pour la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques.

Objectif:

l'objectif de notre étude est de mettre au-devant les causes qui nous ont motivés à pratiquer un Switch chez nos patients sous bDMARDs.

Patients et méthodes:

Notre étude est prospective (01 Janvier 2014 - Décembre 2018). Nous avons inclus les patients sous biothérapies atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) répondant aux critères de l'ACR et l'EULAR 2009 et des spondyloarthrites répondant aux critères d'AMOR et l'ESSG chez qui nous avons effectué un Switch vers un autre traitement biologique (de la même ou d'une autre classe thérapeutique).

Résultats:

nous avons 127 patients inclus dans notre série, 39 patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (37 femmes / 02 hommes), 87 atteints de spondyloarthrite (60 hommes / 27 femmes) et 01 AJI.

- Pour la PR : l'âge moyen au moment de l'induction du traitement est de 35.5 ans avec un DAS28 à 5.4.

- Pour les spondyloarthrites : l'âge moyen au moment de l'induction du traitement est de 29 ans avec un BASDAI de 8.5 et un BASFI de 8.2.

Le Switch a été effectué chez 10 patients (02 hommes / 08 femmes), la moyenne d'exposition au traitement biologique est d'01 année :

- 02 de nos patients traités pour SPA axiale ont développé une MICI au cours de leurs évolutions.

- 08 patients (01 rhumatisme psoriasique, 01 AJI et 06 PR) ont eu un échec secondaire : 02 patientes ont perdu la réponse au traitement après une première grossesse et les 06 patients ont perdu l'efficacité sans cause apparente.

- Le Switch vers une autre classe thérapeutique s'est effectué chez 08 patients d'un ANTI TNF ALPHA vers une INTERLEIKINE6 et 02 patients ont Switché vers un autre ANTI TNF ALPHA.

Conclusion :

La question reste toujours d'actualité, il est impossible d'authentifier la perte d'efficacité par manque de moyens à notre disposition, ceci concernant le dosage du taux sérique des médicaments d'une part et la production des anticorps anti médicaments (ADA) d'autre part.

Risque de tuberculose sous biothérapie chez le militaire tunisien

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Bousseta N, Gueddiche N, Ajili F, Gharsallah I, Louzir B

service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis.

Introduction :

La tuberculose est une préoccupation majeure chez les patients sous traitement biologique.

Le but de notre étude était de déterminer l'évolution des tests tuberculiniques sous traitement biologique

Patients et méthode:

Etude rétrospective ayant inclus 80 patients sous biothérapie depuis une période supérieure à 6 mois.

Le dépistage de la TBL a été effectué chez tous les patients selon les recommandations nationales Tunisiennes en utilisant l'intradermoréaction réaction à la tuberculine (IDR) et/ou le test Quantiféron (QTF).

Résultats :

Tableau 1: Caractéristiques des patients

Age moyen	46,4 ans ± 12,9 ans
Sexe ratio	0,95
Rhumatisme inflammatoire :	
Polyarthrite rhumatoïde	47,5%
Spondyloarthrite	52,5%
Methotrexate	71,3%

- Une tuberculose latente a été diagnostiquée dans 18,75% (15 cas)
- Une chimioprophylaxie anti-tuberculeuse était indiquée dans tous les cas de tuberculose latente
- **Deux cas** de tuberculose maladie ont apparus sous biothérapie :
 - pleurésie tuberculeuse chez un patient ayant une tuberculose latente malgré la chimioprophylaxie sous Infliximab après une durée de 11 mois.
 - miliaire tuberculeuse avec tuberculose hépatosplénique chez un patient qui avait initialement une IDR et un test QTF négatifs. (Infiximab pendant 32 mois)
- L'IDR s'est positivée chez deux patients sous Infliximab après un période de moyenne de 12 mois.

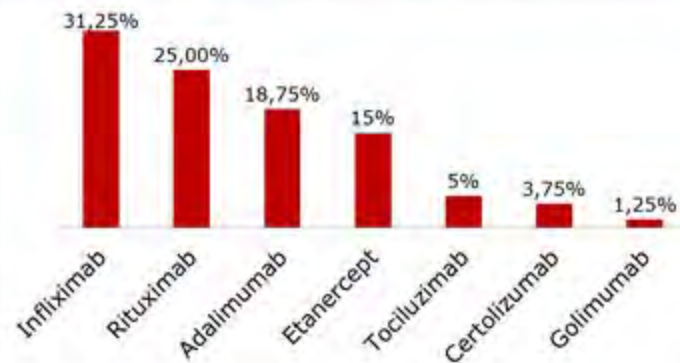


Figure 1: Les biothérapies utilisées

Discussion:

- Le dépistage systématique d'une tuberculose latente a permis d'identifier 18,75% cas de TBL.
- Dans notre étude, on a observé deux cas de tuberculose maladie et deux cas de virage tuberculinique.
- Ces données concordent avec ceux de la littérature [1]

Conclusion:

- Le risque de réactivation sous biothérapie est réel, il semble plus important avec l'Infliximab.
- Notre étude souligne la nécessité d'évaluer le risque tuberculeux avant de débuter un traitement par biothérapie et d'envisager l'hypothèse d'une tuberculose infection devant l'apparition de signes cliniques infectieux lors du suivi.

1.Keane J, et al. N Engl J Med 2001;345:1098—104

Le dépistage de la tuberculose latente chez les patients candidats à une biothérapie en rhumatologie

Mahha FZ¹, Akasbi N¹, Kinany K², Harzy T¹

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

Le risque infectieux notamment tuberculeux lors d'un traitement biologique est indéniable d'où la nécessité du dépistage et d'un traitement préalable d'une éventuelle tuberculose (TB).

Notre objectif est d'évaluer les moyens de dépistage et de prévention de la réactivation d'une TB latente chez les patients suivis en rhumatologie et candidats à une biothérapie.

Matériels et méthodes :

Etude transversale au service de Rhumatologie CHU Hassan Fès, entre janvier 2009 et mars 2019. Incluant tous les patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique et traités par biothérapie Nous avons relevé les données épidémiologiques, les résultats du bilan pré-thérapeutique pour dépister une TB latente ou active et la conduite thérapeutique pour chaque cas.

Résultats :

139 patients ont été inclus. L'âge moyen était 40.63 ans \pm 12.83 ans [16 - 66 ans]. 49,6% femme et 50,4% hommes avec un sex ratio 0.9. 43.9% patients étaient suivis pour spondylarthrite axiale, 8.6% pour rhumatisme psoriasique, 18% pour spondylarthrite associée aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, 24.5% pour polyarthrite rhumatoïde, 7% SAPHO syndrome et 7% maladie de still.

49.6% étaient traités par infliximab, 18.7% tocilizumab, 10.8% adalimumab, 10.8% etanercept, 9.4% golimumab et 0.7% par sécukinumab. Des antécédents de TB maladie (pulmonaire et ganglionnaire) traitées étaient notés chez 3.6% patients et de contagement tuberculeux chez 0.7%. L'IDR à la tuberculine faite chez tous les patients était positive dans 14.4%. La recherche de BK dans les crachats était négative chez tous les patients. Le dosage du quantiféron fait chez 5% des patients était positif dans 1.4%. Un syndrome interstitiel à la radio thorax dans 20%, des lésions parenchymateuses séquellaire à la TDM thoracique dans 7.9% et des nodules pulmonaires dans 2.2% des cas. Une chimioprophylaxie a été prescrite chez 11.5% des patients positifs par isoniazide pendant 6 mois. Six malades ont développé une TB sous anti-TNF alpha.

Conclusion :

Le risque de TB augmente sous biothérapie d'où la nécessité d'appliquer les recommandations de dépistage et de chimioprophylaxie, cependant leur efficacité n'est pas absolue puisque des cas de TB sont signalés malgré un bilan pré-thérapeutique bien mené.

Effets paradoxaux des anti-TNF alpha au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Hmila S, Baccouche K, Laataoui S, Elamri N, Zegaloui H, Bouajina E

CHU FARHAT HACHED SOUSSE

Introduction :

des effets paradoxaux ont été rapportés surtout pour les anti-TNF alpha où ils sont considérés des effets de classe. Ils représentent l'exacerbation ou l'apparition de symptômes normalement guéris ou améliorés sous anti-TNF.

Patients et méthodes :

Cette étude rétrospective a inclus 110 patients traités par anti-TNF alpha pour des rhumatismes inflammatoires chroniques sur une période de 12 ans au CHU Farhat Hached de soussse.

Nous avons analysé la fréquence de survenue et les caractéristiques des effets secondaires paradoxaux survenus sous traitement anti-TNF.

Résultats :

Notre population avait une légère prédominance féminine (51,4%). l'âge moyen était de 45,8 ans. On compte 42,3% de patients suivis pour PR, 34,3% suivis pour SPA, 9,9% de rhumatismes psoriasiques et 13,5% étaient suivis pour AJI.

Des effets paradoxaux ont été retrouvés dans 12,7% des cas. La plupart de ces effets ont été observés sous Infliximab avec un taux de 5,4%. L'Etanercept était impliqué dans 2,7% dans la survenue d'effets paradoxaux et l'Adalimumab dans 1,8% des cas.

Des Uvéites Antérieures ont été observées dans 2,7% des cas, tous étaient sous Etanercept. L'Infliximab était associé à la survenue de lupus immunologique AAN positifs dans 2,7% des cas, mais aucun patient n'a présenté de signes cliniques de lupus au cours du suivi. Les éruptions psoriasiques constituent l'effet paradoxal le plus fréquent, et ont été observées dans 4,5% des cas : 1,8% sous certolizumab et 2,7% sous Infliximab. Il s'agissait de psoriasis vulgaris ainsi que d'éruptions palmoplantaires. Des MICI ont été découvertes dans 1,8% des cas chez des patients sous infliximab et Etanercept.

Dans la plupart des cas l'amélioration spontanée ou sous traitement symptomatique était la règle, mais dans un tiers des cas le traitement par anti-TNF a dû être suspendu.

Discussion :

les effets paradoxaux sont définis par l'apparition de conditions/symptômes supposés être améliorés sous anti-TNF alpha.

Parmi ces effets on peut citer l'apparition d'auto-anticorps voire un véritable syndrome lupique. La production d'auto-anticorps antinucléaires est fréquente et peut atteindre jusqu'à 60 %, tout comme celles d'anticorps anti-ADN (15 à 20 %), sans être obligatoirement accompagnée de manifestations cliniques.

les manifestations dermatologiques peuvent atteindre une fréquence de 20%. Deux types de manifestations dermatologiques paradoxales étaient identifiés. Les éruptions psoriasiformes qui étaient les plus fréquentes avaient des caractéristiques sémiologiques particulières puisqu'elles étaient localisées au scalp, aux régions palmo-plantaires et aux plis. Les lésions eczématiformes, plus rares, n'avaient pas de localisation particulière. La prévalence de ces manifestations paradoxales est estimée à 0,6%.

Les Uvéites paradoxales ont été rapportées surtout au cours du traitement par etanercept. Classiquement, l'uvéite survient dans des délais allant de quelques semaines à plusieurs mois suivant l'initiation d'etanercept, alors que les symptômes articulaires sont en amélioration constante. En cas d'uvéites récidivantes ou avec signes de gravité, il est recommandé de switcher par un autre anti-TNF de type monoclonal.

conclusion :

Les effets paradoxaux cèdent souvent après l'arrêt ou le switch des anti-TNF alpha mais il est recommandé de suivre rigoureusement ces patients pour détecter et traiter la survenue de tels effets

Références :

[1] Munera-Campos M e, Paradoxical Reactions to Biologic Therapy in Psoriasis: A Review of the Literature. - PubMed - NCBI.

[2] Iriarte A e. Inflammatory bowel disease as a paradoxical effect of anti-TNF alpha therapy. - PubMed - NCBI.

Facteurs prédictifs de mauvaise réponse aux anti TNF alpha chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante

A . Boukabous, B. Bengana, N. Bahaz, S. Lefkir

Service de rhumatologie – CHU Bénémeussou – Alger – ALGERIE

Introduction :

Il est clair que les inhibiteurs du Tumor Necrosis Factor alpha (anti TNF α) ont révolutionné la prise en charge de la spondylarthrite ankylosante (SPA) depuis leur avènement , néanmoins pas mal de patients montrent un manque ou une perte de réponse à ces produits.

Notre objectif à travers ce travail était de :

- Apprécier le taux de ces patients.
- Identifier les facteurs pouvant être liés à une mauvaise réponse aux Anti TNF alpha.

Méthodes et patients :

- Etude descriptive monocentrique prospective.
- Patients des deux sexes âgés ≥ 18 ans \rightarrow SPA selon les critères de New York modifiés.
- Recrutés entre juin 2009 et juin 2017.
- Recensement des données démographiques, cliniques, biologiques et indices composites d'évolutivité de la maladie.
- Evaluation du BASDAI de départ et 6 mois après traitement aux anti TNF alpha.
- Recensement des patients \rightarrow + BASDAI50.
- Exclusion des patients avec pathologies inflammatoires associées (connectivites , spondyloarthrites autre que SPA).

Résultats :

➢ Nombre de malades recrutés = 74

➢ Nombre de patients non répondeurs = 17

➢ Prévalence des bons répondeurs = 77%

➢ 23% n'ont pas atteint le BASDAI50 après 6 mois de traitement anti TNF alpha

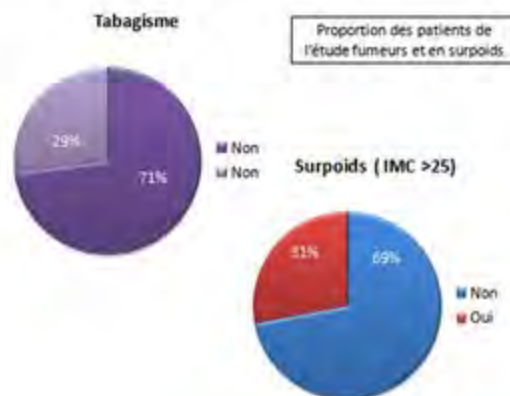
Résultats:

Données démographiques des patients de l'étude

	N	%
Sexe		
Homme	37	78
Femme	16	22
Niveau de vie		
Citadin	61	82,9
Rural	10	14,1
N.F	3	-
Niveau d'instruction		
Universitaire	34	46
Primaire	21	28
Secondaire	16	22
Analphabète	3	4
Profession		
Sans profession	30	40
Administration	21	28,4
Etudes – Formation	13	17,6
Commerce	5	7
Retraite	2	3
Artisan	2	3
Age moyen	37,4 \pm 9,61	(18-58) années

Comparaison répondeurs et non répondeurs aux anti TNF alpha

	Réponse +	Réponse -	P
N	57	17	
Age (mois)	36,8	40,3	0,81
Sexe masculin	44	13	0,74
Quartier résidentiel	11,84	13	0,004
Statut matrimonial			
Autre	6,4	6,8	
Après	5,3	4,73	
Statut			
Avant	7,1	7,2	
Après	0,77	3,4	
Type Anti TNF			0,054
Etanercept	34	11	
Adalimumab	27	6	
IFX (Infliximab)	6	2	
Statut fumeur	22,6	27,6	0,0001
Tabagisme			0,023
Non	44	7	
Oui	6	10	
Niveau d'instruction			0,054
Universitaire	27	7	
Primaire	13	6	
Secondaire	5	6	
Analphabète	2	1	
Niveau d'habitation			0,07
Citadin	45	14	
Rural	10	0	



Analyse multivariée

Variables	Std Error	P Value
Type d'anti TNF alpha	0,040	0,414
Tabagisme	0,088	0,046
BMI > de 25	0,083	<0,0001
Sexe	0,089	0,510
Age	0,006	0,101
Maladie ancienne	0,007	0,056

Conclusion:

La réponse aux anti TNF α paraît satisfaisante chez pas mal de patients avec SPA (% de nos patients) les éléments en faveur d'une mauvaise réponse aux anti TNF alpha sont les patients fumeurs et ceux avec un indice de masse corporelle élevé.

Les anticorps anti –biothérapie ou ADA : sont-ils toujours neutralisants ?

Dhahri.R¹, Athimni.S¹, Slouma.M¹, Metoui.L¹, Gharsallah.I¹, Louzir.B¹, Meddeb.M², Dridi.M², Bouguerra.C³

¹*Service médecine interne HMPIT ²* service de pharmacie HMPIT ³ service d'épidémiologie HMPIT | Hôpital militaire de Tunis|

Introduction :

La prescription des biothérapies a été associée à la présence des " anti-drug anti-body "(ADA). Ceci est dû à l'immunogénicité des biothérapies et a pu expliquer l'apparition des résistances au traitement.

L'objectif de ce travail est d'évaluer si la détection des ADA dans le système du patient peut à elle seule expliquer la résistance au traitement et indiquer un changement du traitement.

Patients et méthodes

Soixante-neuf patients sous biothérapie ont été colligés sur une année [octobre 2017-septembre 2018]. Les patients avaient comme pathologies : la polyarthrite rhumatoïde (PR) retenu selon les critères ACR/EULAR 2009, les spondyloarthrites (SA) selon les critères ASAS (Assessment of Spondylarthritis international Society) et la maladie de Crohn (MC) selon la classification de Montréal 2006. Les prélèvements sanguins ont été fait à la recherche d'ADA et du taux résiduel des biothérapies suivantes : Etanercept (ETN), Infliximab (IFX), Adalimumab (Ada) et Rituximab (RTX). La réponse au traitement a été évaluée selon les scores respectifs de chaque pathologie DAS28, ASDAS-CRP et CDAI.

Résultats

L'âge moyen était de [43,33-11,4] ans. Le sex ratio M / F était de 1,57. la répartition selon les pathologies de fond est présentée dans la première figure1, Trente-cinq patients étaient sous IFX (50.7%). Parmi eux 15 patients étaient considérés comme non-répondeurs dont 60% ayant une baisse de la dose résiduelle.



FIG1: Répartition des patients selon les pathologies

	ADA Positifs	ADA Négatifs
Répondeurs	4	16
Non répondeurs	9	6

tableau1: (IFX)Résultats des ADA en fonction de la réponse clinique.

Seuil	Nombre	(%)
Taux résiduel élevé	21	(60)
Taux résiduel bas	14	(40)

tableau1: Répartition selon le seuil de l'infliximab.

	ADA Positifs	ADA Négatifs
Répondeurs	0	8
Non répondeurs	4	5

tableau1: (Ada)Résultats des ADA en fonction de la réponse clinique

Seuil	Nombre	(%)
Taux résiduel élevé	9	(52,9)
Taux résiduel bas	8	(47,1)

tableau1: Répartition selon le seuil de l'Adalimumab

l'adalimumab (Ada) était reçu par 17 patients (24,6%).

9 étaient non-répondeurs et la dose résiduelle était basse dans 47,1% des cas.

11 patients recevaient de l'ETN.

Un seul patient non-répondeur avec des ADA positifs et une dose résiduelle effondrée.

6 patients étaient traités par Le RTX. Les ADA étaient négatifs chez tous les patients. Deux étaient non-répondeurs avec des doses résiduelles basses.

L'échec thérapeutique était significativement associé à la présence des ADA ($p=0.001$) et la baisse de la dose résiduelle était associée à la résistance au traitement dans le cas de IFX ($p=0.005$). L'Association ADA et taux résiduel des biothérapies était significative pour l'infliximab et l'adalimumab avec respectivement $p=0,001$ et $0,029$.

Concernant le rituximab et l'étanercept cette association ne peut être étudiée car on a trouvé un seul patient avec des ADA positifs contre l'étanercept et aucun patient sous rituximab n'a présenté d'ADA positifs.

Discussion:

mécanisme de l'échec thérapeutique lié aux ADA réside en un blocage du site de liaison de l'anti-TNF à sa cible, ces ADA dits neutralisants pourraient aussi altérer la structure de la molécule d'anti-TNF. Par ailleurs, la positivité des ADA chez des patients qui répondent au traitement suggère l'existence d'une autre catégorie d'ADA dits non neutralisants qui ne bloquent pas la molécule d'anti-TNF et ne provoquerait donc pas d'échec thérapeutique. L'association du dosage des ADA à celui du médicament est donc nécessaire car une positivité isolée des ADA ne signifie pas l'échec thérapeutique.

Conclusion

l'immunogénicité des différentes molécules de biothérapie n'explique pas à elle seule la non-réponse au traitement. il est impératif d'associer le couple ADA et dose résiduelle pour orienter notre conduite thérapeutique.

Méningite tuberculeuse fatale sous Tocilizumab : À-propos d'un cas

Daldoul.C, Boussaid.S, Jemali.S, Ajlani.H, Sahli.H, Cheour.I, Rekik.S, Elleuch.M.

Service de Rhumatologie, CHU la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Certes le pronostic des rhumatismes inflammatoires chroniques a été amélioré par l'avènement des traitements biologiques. Néanmoins, ces molécules sont dotés d'une action immunosuppressive et prédisposant les patients à un risque accru d'infection dont certaines sont graves engageant le pronostic vital.

Nous rapportons le cas d'une méningite tuberculeuse fatale survenue au cours du traitement par Tocilizumab.

Cas clinique :

Une femme âgée de 31 ans est suivie depuis 2011 pour une polyarthrite rhumatoïde immunopositive et érosive (le diagnostic a été retenu devant les critères ACR/EULAR 2010). Elle a été traitée initialement par méthotrexate associé à un antipaludéen de synthèse. Devant un échappement thérapeutique au bout de 1 an, la patiente a été traitée par Tocilizumab à la dose de 8mg/kg par mois.

L'évolution a été marquée par une rémission clinique de sa maladie dès la 2^{ème} perfusion du Tocilizumab. Elle a reçu de façon régulière le traitement par Tocilizumab pendant 3 ans. Un jour avant son admission dans notre service, elle rapportait la notion d'une rétention d'urines. L'examen clinique initial n'a pas montré d'anomalies notamment l'examen neurologique. Une sonde vésicale a été mise en place. Quatre jours après, l'examen physique mettait en évidence une fièvre à 38.5 °C, une attitude en chien de fusil de la patiente, une raideur méningée, une hyperesthésie cutanée sans signes de localisation. Les examens biologiques sanguins révélaient une CRP à 112 mg/L ($n < 5$), un taux de globules blancs à 3360 et un taux de polynucléaires neutrophiles à 1380. La ponction lombaire révélait une méningite (180 éléments/mL) lymphocytaire (60 %) avec hyper-protéinorachie (18.5 g/L), et hypoglycorachie (0.38 g/L). L'IRM cérébro-médullaire montrait une myélopathie diffuse. La radiographie de thorax a montré un aspect réticulo-nodulaire des deux hémichamps pulmonaire cadrant avec une miliaire tuberculeuse. Le diagnostic de méningite tuberculeuse a été retenu devant le terrain d'immunodépression, la méningite lymphocytaire et les signes basilaires. Une quadrithérapie anti tuberculeuse a été instaurée. Une corticothérapie 0.4mg/kg a été prescrite. La culture du liquide céphalo-rachidien était positive à mycobacterium tuberculosis. L'évolution a été marquée au bout de 7 jours de traitement par l'installation d'un choc septique causant son décès malgré une réanimation adéquate.

Discussion:

Le risque infectieux au cours de la polyarthrite rhumatoïde est nettement plus élevé que chez la population générale. Il s'y ajoute un sur-risque infectieux du aux agents thérapeutiques administrés, parmi ces agents la biothérapie représente l'agent le plus pourvoyeur d'infection. Certaines sont communautaires et bénignes d'autres sont plus grave avec un retentissement important allant jusqu'au décès. Une des infection les plus redoutables dans notre pays est la tuberculose étant donné son endémicité. Certaines formes sont jugulées par l'antibiothérapie d'autres sont fatales notamment la forme touchant le système nerveux central.

Conclusion:

Notre observation incite à une surveillance régulière pour dépister la survenue d'infection parfois grave des patients mis sous traitement biologiques. L'intérêt de ce cas clinique réside dans la recherche systématique de tuberculose latente avant de débiter le traitement surtout dans un pays endémique comme le notre

Facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF au cours de la maladie des spondylarthrites

K. Baccouche, MA. EL Achek, A. Farhat, N. El Amri, H. Zeglaoui, E. Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

L'avènement des biothérapies et notamment des anti-TNF alpha a révolutionné la prise en charge thérapeutique des spondylarthrite ankylosante. Le but de notre étude était de déterminer les facteurs prédictifs de bonne réponse à ces molécules.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 53 patients atteints de SPA et traités par des anti-TNF alpha suivis au service de Rhumatologie au CHU Farhat Hached. La bonne réponse a été définie par une amélioration de 50% du BASDAI ou réduction en valeur absolue de 2 points (sur une échelle de 0-10). L'évaluation du traitement anti-TNF a été réalisée à M3.

Résultats :

Il s'agissait de 53 patients. Le sex ratio (H/F) était de 2,31. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39,7 ans. La durée moyenne de la maladie était de 116,75 mois. Les anti-TNF ont été prescrits devant un échec d'au moins 3 AINS dans 50 cas et devant une contre-indication aux AINS dans 3 cas. Un switch d'anti-TNF a été réalisé chez 9 patients en raison d'une non réponse initiale (N=1), d'échappement secondaire (N=7) et de la survenue d'un effet indésirable (réaction allergique sous Infliximab : N=1). Une bonne réponse aux anti-TNF a été retrouvée chez 26 malades soit 49% des cas de la série. Dans le cadre de la recherche de facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF, un taux de CRP de départ bas, un BASFI T0 bas et un BASDAI T0 élevé étaient corrélés de façon statistiquement significative à une bonne réponse au traitement (p-value respectivement 0.005 ; 0,000 ; 0,000). Alors que l'âge jeune, la durée d'évolution moyenne courte et l'EVA douleur initiale étaient corrélées positivement mais de façon non significative.

Discussion:

En raison de leur efficacité chez un grand nombre mais non la totalité des patients, de l'existence d'effets secondaires rares mais potentiellement graves et du coût relativement élevé de ces traitements, il apparaît nécessaire de définir les patients ayant les formes les plus évolutives ou les plus sévères de ces maladies et ayant un rapport bénéfice/risque favorable pour ces médicaments anti-TNFa.

Les études contrôlées et ouvertes sont concordantes, permettant d'affirmer l'efficacité symptomatique des médicaments anti-TNFa dans la spondylarthrite ankylosante et le rhumatisme psoriasique. Ces traitements améliorent la qualité de vie et permettent à certains patients l'arrêt partiel ou total de leurs traitements antérieurs [1]. Des études suggèrent l'existence de marqueurs prédictifs de meilleure réponse, comme une durée de la maladie courte, un score fonctionnel (BASFI) initial bas, un score BASDAI initial élevé et une élévation de la CRP [2].

Conclusion :

Le taux de CRP initiale bas, un indice fonctionnel (BASFI) bas et une forte activité de la maladie (BASDAI élevé) au départ sont les facteurs prédictifs de bonne réponse aux anti-TNF dans notre série.

Bibliographie:

1. Davis J, Webb A, Lund S, Sack K. Results from an open-label extension study of etanercept in ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum Arthritis Care Res 2004;51:302-4 (Letter).
2. Rudwaleit M, Listing J, Brandt J, Braun J, Sieper J. Prediction of a major clinical response (BASDAI 50) to tumour necrosis factor a blockers in ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2004;63: 665-70

Anti TNF alpha au cours des spondylarthrites ankylosantes : La réponse varie-t-elle selon le mécanisme d'action ?

MA. EL Achek, K. Baccouche, A. Farhat, N. El Amri, H. Zeglaoui, E. Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

A défaut de recommandations strictes dans le choix des anti TNF alpha de première intention, le clinicien doit faire la prescription la plus adaptée. Le but de notre travail est de faire une comparaison de la réponse à 3 mois de traitement de la spondylarthrite ankylosante (SPA) par anti TNF alpha entre les anticorps monoclonaux et les récepteurs solubles.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 53 patients atteints de SPA et traités par des anti-TNF alpha suivis au service de Rhumatologie au CHU Farhat Hached de. L'évaluation de l'efficacité du traitement anti-TNF et la comparaison entre ces deux mécanismes d'action différents ont été réalisées à M3.

Résultats :

Il s'agissait de 53 patients. Le sex ratio (H/F) était de 2,31. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 39,7 ans. La durée moyenne de la maladie était de 116,75 mois. Les anti-TNF ont été prescrits devant un échec d'au moins 3 AINS dans 50 cas et devant une contre-indication aux AINS dans 3 cas. Le recours aux récepteurs solubles a eu lieu chez 24 patients alors que celui aux anticorps monoclonaux chez 29 patients. Un switch d'anti-TNF a été réalisé chez 9 patients en raison d'un échec primaire (N=1), d'échappement secondaire (N=7) et de la survenue d'un effet indésirable (réaction allergique) (N=1). En comparant les patients ayant reçu de première intention des récepteurs solubles versus ceux ayant reçu des anticorps monoclonaux ; le BASDAI T0 moyen était de 52,81 vs 49,17 ; le BASDAI M3 moyen était de 36,75 vs 30,93 ; le BASFI T0 moyen était de 59,17 vs 55,24 et le BASFI M3 moyen était de 47,04 vs 37,24.

Discussion:

Chez des patients atteints de spondylarthrite ankylosante, réfractaires au traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens, des études randomisées, contrôlées contre placebo ont évalué l'infliximab (anticorps monoclonal chimérique antiTNFa) et l'etanercept (récepteur recombinant du TNFa) et un essai en ouvert de l'adalimumab (anticorps monoclonal humain anti-TNFa) dans la spondylarthrite ankylosante a été rapporté récemment sous forme de résumé confirmant l'efficacité de ces molécules dans le traitements des SPA

En l'absence d'études comparatives directes entre les différents mécanismes d'actions des anti-TNF alpha, on ne peut pas proposer une préférence entre les différents produits. L'indication actuelle de l'autorisation de mise sur le marché est la spondylarthrite ankylosante pour l'infliximab et l'etanercept, et le rhumatisme psoriasique pour l'etanercept.

En cas d'effet secondaire spécifique, par exemple une réaction allergique, le remplacement d'un médicament anti-TNFa par un autre pourrait théoriquement être proposé comme dans la polyarthrite rhumatoïde, mais ceci devra être confirmé par des études complémentaires.

Conclusion :

Notre étude n'avait pas montré de différence significative entre la réponse aux anticorps monoclonaux et celle des récepteurs solubles dans le traitement de première ligne des spondylarthrites à 3 mois.

Bibliographie:

S. Pavy et al. Spondylarthropathies et médicaments anti-TNFa/ La revue de médecine interne 26 (2005) 717-724

Les particularités du traitement par anti TNF alpha au cours des Spondyloarthrites

MA. EL Achek, K. Baccouche, A. Farhat, H. Zeglaoui, N. El Amri, E. Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

L'objectif de notre étude était de rapporter l'expérience de notre service dans la prise en charge des spondylarthrites par les anti TNF alpha.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 59 patients atteints de spondyloarthrite et bénéficiant tous d'un traitement par anti TNF alpha suivis au service de Rhumatologie Farhat Hached de Sousse.

Résultats :

L'âge moyen de notre population était de 39,56 ans [20-71 ans]. Le sex-ratio (H/F) était de 2,68. La spondylarthrite ankylosante représentait 81,35% des cas alors que le rhumatisme psoriasique était retrouvé dans 13,55% et les spondylarthrites des MICI dans 5,1%. La durée moyenne d'évolution était de 130,33 mois [10-408 mois]. Une coxite était notée dans 33,89% des cas dont 65% était bilatérale. Le BASDAI moyen à T0 était de 50,91 et le BASFI moyen à T0 était de 54,74 avec une VS T0 moyenne de 35,72 mm/h1 et une CRP T0 moyenne de 21,7 mg/l. L'indication de passage à la biothérapie était majoritairement une résistance à 3 AINS (93,22%).

Une rotation des anti TNF alpha était pratiquée dans 17% dont un recours à un deuxième switch s'était avéré nécessaire dans 30% des cas.

Les principales causes d'arrêt ou de switch étaient ; un échappement secondaire (47%), un échec primaire (29,4%), un néo du cavum, une réaction allergique et une réactivation tuberculeuse dans 1,7% chacun.

Les principales causes d'arrêt de biothérapie

un échappement secondaire	47%
un échec primaire	29,4%
un néo du cavum	1,7%
une réactivation tuberculeuse	1,7%

Conclusions :

Notre étude avait montré que le traitement anti TNF alpha constitue une alternative thérapeutique devant une spondylarthrite active, sévère et réfractaire. Mais devant un échec ou un échappement secondaire, la rotation des anti TNF n'est pas toujours la solution ultime poussant le clinicien à penser à changer de molécule ou carrément de mécanisme d'action.

Retentissement de la coxite sur la réponse aux anti TNF au cours des spondyloarthrites

Farhat A, Baccouche K, El Achek MA, Zeglaoui H, El Amri N, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

Notre objectif est de comparer la réponse thérapeutique aux anti TNF durant la première année entre les patients ayant une spondyloarthrite (SpA) avec ou sans coxite.

Matériels et méthodes:

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 59 patients suivis pour une SpA (48 spondylarthrite ankylosante, 8 rhumatisme psoriasique et 3 rhumatisme associé aux MICI). Tous les patients ont été traités par les anti-TNF alpha.

Résultats:

- L'âge moyen de notre population était de 39,56 ans [20-71 ans].
- Le sex-ratio (H/F) était de 2,68. La durée moyenne d'évolution était de 130,33 mois [10-408 mois].
- Une coxite était notée chez 33,89% patients dont 65% était bilatérale.
- L'activité de la maladie était comparée entre les patients ayant une coxite versus (vs) ceux qui n'en avaient pas et on avait trouvé:
 - un **BASDAI T0 moyen** = 57,6 vs 46,79 et **BASFI T0 moyen** = 67,37 vs 49,5
 - un **BASDAI M3 moyen** = 42,46 vs 29,14 et **BASFI M3 moyen** = 51,15 vs 35,34
 - un **BASDAI M6 moyen** = 51,3 vs 29,96 et **BASFI M6 moyen** = 50,7 vs 25,26
 - un **BASDAI M12 moyen** = 52,5 vs 31,75 et **BASFI M12 moyen** = 45,5 vs 32,38.

Discussion:

- La fréquence de l'atteinte de la hanche est d'environ 30 % chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante, elle amène à la prothèse de hanche dans 5 % des cas [1]. La coxite présente un élément de sévérité des SpA. [2].

- Les inhibiteurs du TNF ont démontré leur efficacité dans le traitement de la SpA au cours d'essais cliniques [3-4]. Cependant, peu de cas ont été rapportés sur le traitement des coxites de la SA. Vander Cruyssen et al ont réalisé une analyse par régression logistique chez 1023 patients atteints de SpA avec 25 % de coxites. Ils ont mis en évidence que la coxite dans la SpA était un indicateur important à la mise en route d'un traitement par inhibiteur du TNF [5]. Mais leur action sur la coxite reste controversée. [6]

- Il n'existe pas d'études qui aient étudié le retentissement de la coxite sur la réponse aux anti TNF.

Conclusion:

Les anti-TNF constituent une avancée décisive pour le traitement des SpA. Mais, cette efficacité semble être l'apanage des formes axiales, car nous n'avons pas objectivé d'amélioration concernant l'atteinte périphérique (coxite) qui constitue un tournant évolutif dans la maladie et engage le pronostic fonctionnel des patients.

Références:

- [1] Calin A, Elswold J. The relationship between pelvic, spinal and hip involvement in ankylosing spondylitis: one disease process or several? Br J Rheumatol 1988;27:393-5
- [2]. Spondylarthrite grave. HAS dec 2008.
- [3] Maksymowych WP, Poole AR, Hiebert L, et al. Etanercept exerts beneficial effects on articular cartilage biomarkers of degradation and turnover in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol 2005;32:1911-7.
- [4] Lord PA, Farragher TM, Lunt M, et al. Predictors of response to anti-TNF therapy in ankylosing spondylitis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register. Rheumatology 2010;49:563-70.
- [5] Vander Cruyssen B, Ribbens C, Boonen A. The epidemiology of ankylosing spondylitis and the commencement of anti-TNF therapy in daily rheumatology practice. Ann Rheum Dis 2007;66:1072-7.
- [6] I. Gharsallah et al. Efficacité des anti-TNF alpha sur les coxites au cours de la SPA. La Revue de médecine interne 36S (2015)

Maintien thérapeutique des anti TNF apha dans les spondylarthrites

Farhat A, Baccouche K, El Achek MA, El Amri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

Les spondyloarthrites (SpA) sont des rhumatismes inflammatoires chroniques qui peuvent causer des destructions, des déformations voire même une ankylose handicapante. Dans les formes actives, sévères et rebelles, le recours à des traitements biologiques à base d'anti TNF alpha peut être la solution de sauvetage la plus adéquate. Dans notre travail, nous allons étudier le maintien thérapeutique de ces anti TNF alpha au cours de ces rhumatismes.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 59 patients atteints de SpA et bénéficiant tous d'un traitement par anti TNF alpha suivis au service de Rhumatologie Farhat Hached de Sousse.

Résultats:

L'âge moyen de notre population était de 39,56 ans [20-71 ans]. Le sex-ratio (H/F) était de 2,68. La spondylarthrite ankylosante représentait 81,35% des cas alors que le rhumatisme psoriasique était retrouvé dans 13,55% et les spondylarthrites des MICI dans 5,1%. La durée moyenne d'évolution était de 118,3 mois [10-408 mois].

La durée moyenne de maintien thérapeutique était décrite dans le **Tableau I** comparativement entre les anticorps monoclonaux et les récepteurs soluble (en mois).

Tableau I : Comparaison entre la durée moyenne de maintien en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} ligne pour les anticorps monoclonaux et les récepteurs solubles

	Anticorps monoclonaux	Récepteurs solubles
1 ^{ère} ligne	35,17 mois	40,67 mois
2 ^{ème} ligne	48 mois	55,3 mois
3 ^{ème} ligne	36 mois	6 mois

Les principales causes d'arrêt ou de switch étaient ; un échappement secondaire (47%), un échec primaire (29,4%), un néo du cavum, une réaction allergique et une réactivation tuberculeuse dans 1,7% chacun.

Discussion:

Le maintien de l'étanercept dans la série d'Olivier Brocq [1] et al est voisin de celui de Davis et al.[2] qui observent un maintien à 18 mois de 74 % pour 257 patients. Nous observons dans notre série un meilleur maintien thérapeutique des anti-TNF dans la SA (maintien arrivant à 40,67 mois en 1^{ère} ligne) . Heiberg et al. [3] qui étudient chez 62 SA et 291 PR, la réponse thérapeutique, ainsi que le HAQ et le SF36 concluent également à six mois que le maintien des anti-TNF est supérieur dans la SA par rapport à la PR. Cette notion est également confirmée par deux études publiées à l'ACR [4-5]. De même adalimumab, testé contre placebo montre sa nette supériorité [1]. L'utilisation plus récente des anti-TNF dans cette indication ne permet pas d'avoir actuellement une opinion sur la supériorité de l'un par rapport à l'autre. [1]

Les causes d'arrêts de traitement sont comparables aux données de la littérature. Les infections opportunistes posent un problème [1]. Le risque potentiel de lymphome sous anti-TNF est largement débattu dans de nombreuses publications. Il est nécessaire de poursuivre l'évaluation de l'incidence des lymphomes sous anti-TNF. Un registre suédois fait état une attention à porter sur un risque potentiellement augmenté de cancer cutané chez des patients porteurs d'un rhumatisme psoriasique. [6]

Conclusion:

Notre étude n'avait pas montré une différence significative en terme de durée moyenne de maintien thérapeutique entre les anticorps monoclonaux et les récepteurs solubles dans le traitement des spondylarthrites lors de leurs usage de première ou de deuxième intention.

Références:

- [1]. Olivier Brocq. TNFa antagonist continuation rates in 442 patients with inflammatory joint disease. Revue du Rhumatisme 74(2007).
- [2]. Davis JC, et al .Sustained durability and tolerability of etanercept in ankylosing spondylitis for 96 weeks. Ann Rheum Dis 2005;64:
- [3]. Heiberg MS et al. The comparative effectiveness of tumor necrosis factor-blocking agents in patients with rheumatoid arthritis and patients with ankylosing spondylitis: a six month, longitudinal, observational, multicenter study. Arthritis Rheum 2005.
- [4]. Duclos M Retention rates of TNF blockers in daily Practice: Drug Comparisons and predisposing factors in 770 patients. Arthritis Rheum 2005
- [5]. Carmona L Do biologics work better for spondylarthrititis than for Rheumatoid Arthritis? The BIOBASADER Experience. Arthritis Rheum 2005
- [6]. D. Jullien et al. Maintien au long cours des biothérapies dans le traitement du psoriasis : premières données françaises en vie réelle. Annales de dermatologie 2014.

Appréhension de la biothérapie

Makhlouf Y, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Ajlani H, Sahli H, Cheour E, Elleuch M.

Adresse Hôpital la Rabta

Introduction :

Le recours aux biothérapies a révolutionné la prise en charge de nombreux rhumatismes inflammatoires chroniques considérés autrefois comme handicapants. Toutefois, les problèmes ou questions rencontrés par les patients vis-à-vis de leur traitement sont fréquents entravant parfois leur usage à bon escient.

Objectif

Evaluer les opinions des patients rhumatisants sous biothérapie concernant les biothérapies et identifier leur appréhension par rapport à leur prescription .

Matériel et Méthodes

Une étude a été réalisée auprès de 32 patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) traités par biothérapie. Une enquête évaluant l'opinion des patients concernant leur croyance et de leur appréhension a été menée.

Résultats

L'étude a inclus 32 patients avec un sexe ratio de 0,46 .L'âge moyen était de 48,6 ans [21,68]. Les patients étaient suivi pour un RIC depuis en moyenne 6,2 ans [1,20] : polyarthrite rhumatoïde n= 21 (65,6%), Spondylarthrite ankylosante n=8 (25%) , rhumatisme psoriasique n=1 , polymyosite n=1.

La biothérapie a été administrée depuis en moyenne 1,5 ans [1,7].La majorité des patients étaient sous anti TNF (78,1%), six patients recevaient des anti IL6, un seul cas était sous anti CD20 . Le recours à plus que deux cs Dmards a été retrouvé dans 28,1% des cas. Environ sept avaient déjà eu plus que deux biothérapies .

L'appréhension des biothérapie a été noté dans 71,9% des cas :56% avaient peur de l'inefficacité du traitement, 44% appréhendaient les effets indésirables,10% craignaient une perte de l'efficacité .La source d'appréhension la plus retrouvée était l'entourage (40%).les sources d'informations majoritaires concernaient en premier lieu le médecin traitant (87,5%) puis internet (12,5%). Tous les patients poursuivraient l'usage des biothérapies sous condition d'un avis convainquant de leur rhumatologue.

Discussion

Notre étude met en évidence une appréhension chez 71,9% des patients sous biothérapie .

Cette préoccupation pourrait influencer l'adhésion thérapeutique .Environ 20 % de la variabilité de l'adhésion au traitement médicamenteux est attribuée aux représentations négative des patients[1].

La majorité des patients décrivent une appréhension concernant le risque des effets indésirables à long terme alors que dans notre travail ce risque a été retrouvé seulement dans 44%des cas[2]. Cette ambivalence par rapport à la biothérapie a été aussi souligné

par les auteurs chez les patients qui décrivent non seulement une amélioration de leur état de santé mais aussi une dépendance physique[2].L'appréhension de la biothérapie résulterait d'un manque d'information structurée et harmonisée .L'amorce du traitement est assise sur la relation de confiance avec le rhumatologie , une représentation favorable des bénéfices du traitement par rapport aux risques encourus ainsi que la facilité de prise du médicament . leur biothérapie, et leurs conséquences.[3] La promotion d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins permettrait Un accompagnement et un soutien mieux adapté à leurs difficultés pour les aider à s'approprier et à gérer leur maladie.

Conclusion

Notre enquête a permis de mieux comprendre les préoccupations liées aux prescriptions des biothérapies . Les obstacles les plus fréquemment signalés étaient l'extrapolation de l'efficacité et le manque de données sur la tolérance.

[1] Phatak HM, Thomas J. relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. Ann Pharmacother 2006;40:1737-42.

[2] Lucie Rondeau-Deseyne. Biothérapie en rhumatologie : quelles sont les difficultés perçues par les patients ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017

[3]. Anne-Laure Betegnica, Audrey Lehmann, Magalie Baudrant a, Matthieu Roustib, Pierrick Bedoucha, Laurent Grangecet al, Adhésion aux biothérapies dans les rhumatismes inflammatoires : identifier les leviers pour mieux accompagner le patient, revue du rhumatisme ; 2014



Atteinte neurologique centrale démyélinisante sous Etanercept: A propos d'un cas

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

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction:

La prescription des anti-TNF est occasionnellement accompagnée d'effets secondaires et de manifestations cliniques qu'il est essentiel de connaître pour un meilleur suivi des patients. Les syndromes démyélinisants, bien que rarement rapportés, représentent la principale atteinte neurologique associée à ces traitements. A travers ce cas, notre objectif est de décrire et analyser les atteintes démyélinisantes du système nerveux central survenant chez un patient suivi pour spondylarthrite ankylosante et traité par anti-TNF.

Observation:

Un homme âgé de 52 ans, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée, est suivi pour Spondylarthrite Ankylosante. Il a été mis sous Etanercept en 2012 avec une bonne réponse clinique. Au bout de quatre ans de traitement, le patient a rapporté des céphalées holocrâniennes survenant après chaque injection. L'examen neurologique était sans anomalies. Le scanner cérébral était normal. Un effet indésirable a été suspecté et l'Etanercept a été arrêté. L'évolution a été marquée par l'aggravation des céphalées et l'apparition de sensations vertigineuses. L'examen neurologique avait alors objectivé un signe de Romberg, une abolition des réflexes achilléens et des erreurs de la préhension témoignant d'un trouble proprioceptif. Une atteinte neurologique centrale démyélinisante étant fortement suspectée, une IRM cérébro-médullaire a été demandée. Il s'agit d'un cas récemment rencontré, les explorations sont encore en cours.

Discussion :

Avec l'usage devenu large des anti-TNF, plusieurs événements démyélinisants ont été observés malgré un risque de survenue faible, estimé à 30% par rapport à la population générale. Des atteintes centrales ont été le plus souvent observées, incluant la sclérose en plaque, la névrite optique rétrobulbaire et la myélite transverse. Certains patients avaient plusieurs atteintes centrales associées. Les explorations par IRM cérébrale ou médullaire retrouvaient de multiples hypersignaux de la substance blanche, appuyant l'origine démyélinisante. Les atteintes périphériques étaient des polyradiculonevrites chroniques ou aiguës de type Guillain-Barré, quelques cas de syndrome de Miller Fisher et de diplégie faciale.

L'imputabilité des anti-TNF dans la genèse de ces événements a été suggérée devant la régression partielle ou totale de la symptomatologie à l'arrêt du traitement, associé ou non à une corticothérapie ou à des cures d'immunoglobulines.

La nature du lien entre les anti-TNF et l'atteinte démyélinisante demeure inconnue devant une connaissance, qui demeure faible, du fonctionnement des anti-TNF sur le système nerveux central.

Un syndrome démyélinisant sous anti-TNF peut être considéré comme un effet neurologique indésirable, mais serait-ce la révélation d'une atteinte centrale latente ou simplement une association fortuite entre deux situations pathologiques.

L'examen neurologique précis avant et au décours de la prescription d'anti-TNF demeure primordial afin de dépister toute anomalie pouvant contre-indiquer le traitement.

L'IRM cérébro-médullaire, quoique non indiquée, peut révéler une atteinte démyélinisante latente chez les patients aux antécédents familiaux de maladies démyélinisantes ou auto-immunes systémiques.

Conclusion :

Le rôle des anti-TNF dans l'induction de lésions démyélinisantes n'a pas été, jusqu'à ce jour, clairement établi. Dans certains cas, la chronologie des événements cliniques suggère un lien probable entre le traitement par anti-TNF et l'atteinte neurologique. L'apparition d'une atteinte neurologique démyélinisante qu'elle soit centrale ou périphérique doit donc conduire à arrêter les anti-TNF.

Références :

1. Mohan N, Edwards E, Cupps T, Oliverio P, Sandberg G, Crayton H, et al. Demyelination occurring during anti-tumor necrosis factor α therapy for inflammatory arthritides. *Arthritis Rheum.* 2001
2. Andreadou E, Kemanetzoglou E, Brokalaki C, Evangelopoulos M, Kilidireas C, Rombos A, et al. Demyelinating disease following anti-TNF- α treatment: a causal or coincidental association? Report of Four cases and review of the literature. *Case Rep Neurol Med.* 2013
3. CNS Demyelination with TNF- α Blockers
4. Kemanetzoglou, E., & Andreadou, E. (2017). CNS Demyelination with TNF- α Blockers. *Current Neurology and Neuroscience Reports*

Les étiologies des talalgies: à propos de 38 cas

Ben Abla H, Riahi H, Boumediene M, Ferjani H, Bouaziz M

Institut national d'orthopédie Kassar-Ksar Said

Introduction :

Les talalgies représentent le premier motif de consultation de podologie, il s'agit de douleur au niveau du talon soit postérieure soit inférieure, le diagnostic est clinique confirmé par la radiologie qui reste la pierre angulaire dans la démarche étiologique, le but de ce travail est de décrire les différentes atteintes responsables des talalgies.

Patients et méthodes :

Nous avons recueillis trente-huit patients ayant été explorés pour talalgie au service de radiologie de l'institut Kassar. Les données sociodémographiques (âge/ sexe) ont été relevées ainsi que les résultats des explorations radiologiques.

Résultats :

Trente-huit patients ont été retenus dont l'âge moyen est de 36.7 ans. 25 des patients étaient de sexe masculin et 13 féminin (le sex ratio est de 2). La répartition des talalgies selon les étiologies était dans 34.2% une aponévrosite plantaire, 26.3% une tendinopathie achilléenne (Les SpA étaient responsables dans 10.5% des cas) cette tendinopathie était compliquée dans 13.1% des cas de rupture, 15.8% fracture calcanéenne, 7.8% de tendinopathie calcanéenne, 5.3% Maladie de Haglund, 5.3% bursite en rapport avec une PR, 2.6% une fracture du dome du talus et dans 2.6% des cas (1 cas) c'était un kyste du calcanéum.

Repartition des étiologies des talalgies



Discussion :

Les talalgies sont divisées en talalgies postérieures et inférieures [1], les étiologies sont variables dans les 2 sous-groupes, les causes les plus fréquentes des talalgies postérieures sont la tendinopathie d'Achille, la bursite rétrocalcaneenne et la maladie de Haglund alors que pour les talalgies inférieures il s'agit plutôt de fasciite plantaire, une atrophie du talon ou une fracture du calcanéum[2]. Il existe un sous classement au sein de ces 2 groupes suivant la structure atteinte (Os, Nerf, Fascia) par exemple dans les talalgies inférieures: Les pathologies osseuses comprennent les fractures de fatigue calcanéenne, les tumeurs et l'ostéomyélite. Les causes neurologiques comprennent le syndrome du canal tarsien, la neuropathie nerf-abducteur, la neuropathie calcanéenne interne et les lombosciatiques. L'aponévrose plantaire peut être dégénérée ou inflammée, ou bien il peut s'agir d'un œdème péri-fascial. Les affections des tissus mous comprennent des ecchymoses au talon, une atrophie et des tumeurs[3].

Conclusion:

Les douleurs de l'arrière pied sont fréquentes dans la population jeune où la fasciite et les tendinopathie sont les causes les plus fréquentes, les explorations radiologiques ont permis de décrire de façon fine toutes les atteintes incriminées et constituent un volet thérapeutique cruciales par l'apport du bilan lésionnel dans la décision du clinicien et les gestes interventionnels.

Références:

- [1] Manual therapy for plantar heel pain, Yosefa Pollack, Anat Shashua, Leonid Kalichman.
- [2] Heel pain: A systematic review, Edward Kwame Agyekum Kaiyu Ma
- [3] Inferior heel pain, B. Rose D, Singh

Apport de l'imagerie dans la maladie de Paget

Maatallah K, Ben Nessib D, Miladi S, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel MD, Kchir MM

Services de Rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab/ hôpital Mongi Slim

Introduction :

La maladie de Paget:

- Ostéopathie bénigne
- Caractérisée par une accélération du remodelage osseux
- Diagnostic radiologique

But: Etudier les différentes explorations radiologiques demandées en cas de suspicion ou après confirmation de la maladie de Paget et de décrire leurs différents résultats

Méthodes:

Etude prospective incluant les patients ayant une maladie de Paget qui ont été admis dans un service de rhumatologie entre 2006 et 2018.

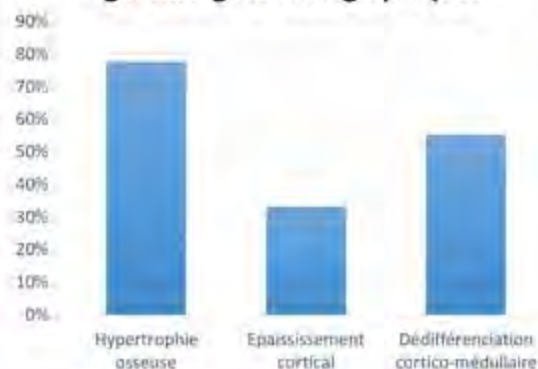
Résultats :

- 27 patients: 8 hommes et 19 femmes
- L'âge moyen au diagnostic: 64,2 ans
- siège des atteintes:
 - unique dans 74% des cas
 - multiple dans 26% des cas
- Les différentes localisations de la maladie de Paget sont illustrées par la figure 1:
- Les anomalies radiographiques sont détaillées par la figure 2:

Figure1: Localisations de la maladie de Paget



Figure2: Signes radiographiques



- Les déformations pagétiques retrouvées: incurvation tibiale « en lame de sabre » (2 cas)
- **La TDM:** réalisée chez 8,5% des patients (n=5) montrait dans tous les cas les mêmes lésions élémentaires révélées par les radiographies conventionnelles
- **L'IRM** réalisée chez 2 patients montrait un hypo signal osseux en T1 et T2 et un hyper signal T2 médullaire.
- **La scintigraphie osseuse:**
 - permettait une cartographie lésionnelle chez 13 patients
 - révélait une ou plusieurs localisations asymptomatiques chez 30% parmi eux.
- **La densitométrie osseuse** (DMO) était réalisée chez 44,4% des patients (résultats détaillés dans le tableau 1)

Tableau 1: Résultats de la DMO

DMO	Normale	Ostéopénie	Ostéoporose
Nombre de patients	6	4	2

Discussion:

- Les anomalies radiographiques élémentaires notées chez nos patients peuvent être considérées comme équivalentes à un diagnostic histologique (1).
- La TDM et l'IRM, quoique rarement pratiquées, permettent une meilleure précision des remaniements de l'architecture osseuse (2).
- La scintigraphie a permis une visualisation de lésions infra-radiologiques chez un tiers de nos patients, vu que c'est un examen nettement plus sensible que la radiographies (3).

Conclusion:

Les signes radiographiques classiques représentent la pierre angulaire du diagnostic positif de la maladie de Paget. La scintigraphie est l'examen de choix à demander en complément aux radiographies conventionnelles.

Références:

1. Malghem J, et Journal de radiologie. 2010
2. Alaya R, et al. Rev Médecine Interne. 1 mars 2018;39(3):185-91.
3. Oufroukhi Y, et al. MÉDECINE NUCLÉAIRE juin 2010

Arthrite : de la clinique au diagnostic échographique

SAADAOUI Khaled, AJLANI Houda, JEMMALI Samia, BOUSSAID Soumaya, REKIK Sonia, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

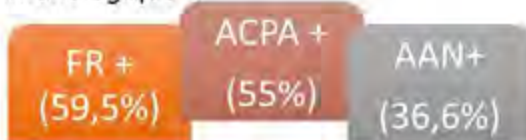
La survenue d'une polyarthrite est problème diagnostique auquel est souvent confronté le rhumatologue. Le diagnostic est d'autant plus compliqué devant la négativité des explorations biologiques et de la radiologie conventionnelle. Avec le développement de l'échographie ostéo-articulaire, la mise au point de critères de diagnostic échographique semble nécessaire.

Matériels & Méthodes :

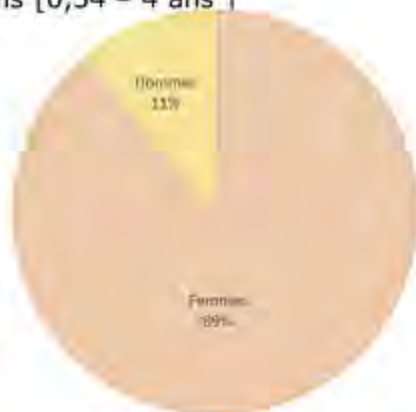
- Il s'agit d'une étude prospective incluant 144 cas de oligo/polyarthrites colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta en Tunisie.
- Tous les patients ont bénéficié d'échographie ostéo-articulaire afin d'étayer le diagnostic clinique.

Résultats :

- Âge moyen : 52 Ans [19 – 80 ans]
- Médiane d'évolution de la symptomatologie : 2 Ans [0,54 – 4 ans]
- VS moyenne = 39,7 mm (H1)
- CRP moyenne = 30 mg/l
- Erosions Radiologiques : 22,4%
- Bilan immunologique :



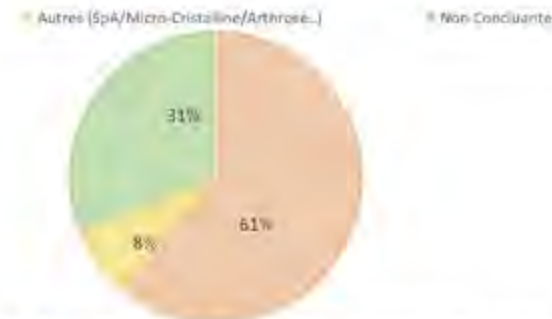
- Au bout de ces explorations aucun diagnostic n'était retenu d'où le complément par échographie.



- Erosions échographiques : 64,9%

Siège Erosions	MCP 2	MCP 3	MCP 5	MTP 5	Styloïde Uln.
Pourcentage	39,6%	6,9%	23,6%	31,3%	18,1%

- Les diagnostics retenus :



Discussion :

- L'échographie est plus sensible que l'examen clinique pour la détection de synovites et de la radiologie conventionnelle pour la détection des érosions[1-3]:
 - Le diagnostic deux fois plus de synovites.
 - Objectiver des synovites totalement asymptomatiques.
- L'échographie a une sensibilité et spécificité similaire à celle de l'IRM et supérieure à celle de la Radiologie conventionnelle.[4]
- Les érosions sur la MTP5 à l'échographie était spécifique de la PR.[5]

Conclusion :

L'apport de l'échographie est indiscutable en matière de diagnostic en milieu rhumatologique d'où l'importance de la démocratisation de cet examen et de son utilisation par tous les rhumatologues afin d'assurer une prise en charge précoce et meilleure des patients.

1. FILIPPUCI E, IAGNOCCO A, MEENAGH G et al.: Ultrasound imaging for the rheumatologist VII. Ultrasound imaging in rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol 2007; 25: 5-10.
2. Wakefield RJ, Balint PV, Szklarek M. Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology. J Rheumatol 2005; 32: 2485-7.
3. HOVING JL, BUCHBINDER R, HALL S et al.: A comparison of magnetic resonance imaging, sonography, and radiography of the hand in patients with early rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2004; 31: 663-75.
4. Baillet A, Gaujoux-Viala C, Mouterde G, Pham T, Tebib J, Saroux 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;50:1137-47.
5. 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;74:897-903.

Echographie : Quel apport pour le diagnostic & le suivi

SAADAoui Khaled, AJLANI Houda, JEMMALI Samia, BOUSSAID Soumaya, REKIK Sonia, CHEOUR Elhem, SAHLI Héla, ELLEUCH Mohamed

Service Rhumatologie – CHU LA RABTA TUNIS

Introduction :

Avec l'essor de l'échographie en milieu rhumatologique, des différents consensus ont été mis au point afin de pouvoir établir un diagnostic et suivre les patients atteints de pathologies rhumatismales.

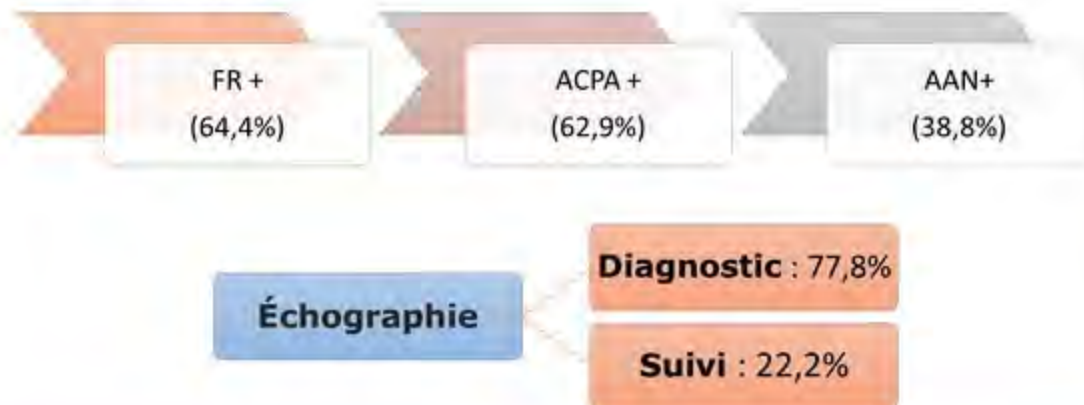
L'objectif de notre travail est de mettre l'accent sur l'intérêt de l'échographie ostéo-articulaire en matière de diagnostic et de suivi.

Matériels & Méthodes :

- Il s'agit d'une étude prospective incluant 185 patients colligés au service de Rhumatologie CHU La Rabta en Tunisie sur une période de 2 ans.

Résultats :

- Âge moyen : 52 Ans [19 – 80 ans]
- Sex-Ratio H/F : 0,17
- Médiane d'évolution de la symptomatologie : 2 Ans [1 – 7 ans]
- VS moyenne = 43,7 mm (H1)
- CRP moyenne = 30,2 mg/l
- Erosions Radiologiques : 34,8%
- Bilan immunologique :



- Erosions échographiques : 70,8%

Siège Erosions	MCP 2	MTP 5
Pourcentage	37,4%	30,2%



- Dans notre échantillon 39 patients avaient une PR confirmée :

Age moyen	Durée d'évolution	DAS28	NAREDO 12 B	NAREDO 12 D
53,2 ans	9,5 ans	4,07	4,7	3,3

- Absence de corrélation significative entre DAS28 et les différents score Naredo.

Discussion :

- L'étude de Naredo, réalisée chez 160 PR sous traitement biologique, a démontré qu'il existe une corrélation significative entre le score basé sur 12 articulations (mode B et mode Doppler puissance) et l'index d'activité DAS28 à 6 mois de traitement.[1] La petite taille de notre groupe d'étude ainsi que la durée d'évolution longue de la maladie pourrait expliquer la discordance entre nos résultats et celle de l'étude.
- Prés de 52% des patients en rémission clinique évoluent vers des destructions ostéo-articulaires après 24 mois d'évolution, ce qui suggère la persistance chez ces patients d'une inflammation résiduelle infra clinique [2], d'où l'intérêt de la détection de ces atteintes par échographie.

Conclusion :

Le diagnostic ainsi que l'évaluation des maladies rhumatismales reste un véritable casse-tête pour tout médecin et particulièrement le rhumatologue. L'échographie est d'apport incontournable en rhumatologie aussi bien pour le diagnostic que pour le suivi.

1. Naredo E, Rodriguez M, Campos C. Validity, Reproducibility, and Responsiveness of a Twelve-Joint simplified Power Doppler Ultrasonographic Assessment of Joint Inflammation in Rheumatoid Arthritis. *Arth & Rheum (Arthritis Care & Research)* 2008; 59(4):515– 22.
2. Molenaar ET, Voskuyl AE, Dinant HJ, Bezemer PD, Boers M, Dijkmans BA. Progression of radiologic damage in patients with rheumatoid arthritis in clinical remission. *Arthritis Rheum* 2004;50:36-42.

L'apport de la scintigraphie osseuse dans l'atteinte de la paroi thoracique antérieure

Dhahri R , Hajji H , Slouma M , Kharrat L , Metoui L , Gharsallah I , Louzir B

Hôpital militaire de Tunis

Introduction :

La paroi thoracique antérieure (PTA) est d'une anatomie assez complexe qu'elle pourrait égarer l'étude sémiologique du clinicien. L'imagerie (radiographie, scanner, IRM, scintigraphie, échographie) trouve ainsi tout son intérêt pour guider la recherche étiologique. La scintigraphie osseuse, bien qu'elle ne confirme pas le diagnostic, reste un examen radiologique largement demandé devant ce type d'atteinte ostéoarticulaire.

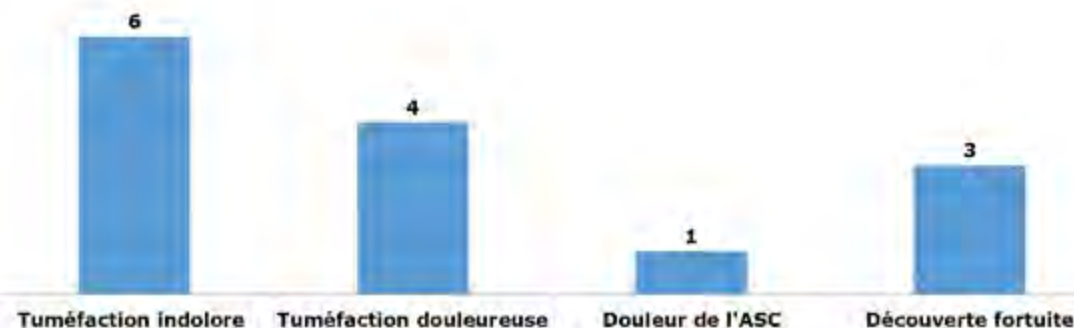
Patients et méthodes :

Etude monocentrique rétrospective colligeant les patients ayant une atteinte de la paroi thoracique antérieure suivis entre 2012 et 2018 au service de médecine interne de l'hôpital militaire. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'apport de la scintigraphie osseuse dans cette atteinte

Résultats :

- Quatorze cas
- Huit femmes et six hommes
- Aucun patient n'avait des antécédents de traumatisme, d'infiltration ou de chirurgie de l'articulation sternoclaviculaire (ASC)

Circonstances de découverte



- Tous les patients ont bénéficié d'une scintigraphie osseuse corps entier
- La scintigraphie osseuse avait objectivé une anomalie de fixation au niveau de l'articulation sternoclaviculaire chez 12 patients

- La scintigraphie osseuse ,corrélée aux données clinico biologiques , avait permis de conclure à un diagnostic étiologique dans 9 cas
- Les autres explorations (Scanner de la PTA , IRM de la PTA et Biopsie de l'ASC) n'ont permis de redresser le diagnostic étiologique que dans 4 cas

- L'enquête étiologique avait révélé :

- SAPHO (1) dans 9 cas
- SPA dans 1 cas
- Leucémie aigue dans 1 cas
- Néoplasie du sein dans 1 cas
- Tuberculose multifocale dans 1 cas
- Etiologie indéterminée dans 1 cas

Discussion:

Notre étude a montré que, bien que la tomodensitométrie soit l'imagerie de choix actuellement dans l'atteinte de l'ASC ,mais la scintigraphie osseuse a réussi à mettre une étiquette diagnostique chez 9 parmi 14 patients permettant ainsi d'éviter d'avoir recours à des examens plus invasifs telle que la biopsie osseuse ou plus couteux telle que l'imagerie par résonance magnétique.

Conclusion :

Notre étude a montré que la scintigraphie osseuse a été contributive au diagnostic étiologique dans la majorité des cas et qu'elle a permis d'établir un bilan lésionnel dans certaines pathologies rhumatismales tel que le SAPHO .

Références : 1. Gharsallah I, Souissi A, Dhahri R, Boussetta N, Sayeh S, Métoui L, et al. Le syndrome SAPHO. Rev Médecine Interne. sept 2014;35(9):595-600.

Anomalies à la SO	Nombre de patients
Articulation chondro-sternale	2
Articulation manubrio-sternale	2
Atteinte du sternum	1
Atteinte du manubrium	1
Atteinte des 1ères cotes	1

Anomalies de la PTA associées à l'atteinte de l'ASC

Apport de l'imagerie dans le diagnostic positif de l'arthrite sternoclaviculaire

R. Dhahri, L.Kharrat, M. Slouma, H.Hajji, L. Metoui, I. Gharsallah, B. Louzir
Médecine interne, hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction:

- L'articulation sternoclaviculaire est comme toute articulation peut être touchée dans n'importe quel processus pathologique de l'appareil locomoteur.
- Elle est présente dans plusieurs pathologies.
- Son atteinte est généralement sous-diagnostiquée malgré qu'elle soit très accessible à l'examen clinique et à l'imagerie.
- L'objectif de ce travail était d'étudier les caractéristiques cliniques ainsi que l'apport de l'imagerie dans le diagnostic positif de l'arthrite sternoclaviculaire.

Patients et méthodes :

- Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive entre 2012 et 2018 incluant 14 patients ayant une atteinte de l'articulation sternoclaviculaire.
- Pour chaque patient, nous avons recueilli les paramètres suivants : l'âge, le type d'atteinte sternoclaviculaire, le motif de consultation et les examens complémentaires demandés ainsi que leurs résultats.

Résultats :

- L'âge moyen était de 40± 17,69 ans.
- La découverte de l'arthrite sternoclaviculaire était suite à l'apparition d'une tuméfaction articulaire (10 cas) qui a été douloureuse dans 4 cas et indolore dans 6 cas, ou des signes inflammatoires locaux (1 cas) ou fortuitement suite à la réalisation d'une scintigraphie osseuse (3 cas).
- Les examens complémentaires demandés pour explorer l'atteinte sternoclaviculaire ainsi que leurs résultats sont détaillés dans les **tableaux ci-dessous**.

Type de l'imagerie demandée	Nombre des patients ayant fait cette imagerie	Nombre des patient ayant eu une lésion sur l'imagerie (+)	Type des lésions sternoclaviculaires	Nombre d'arthrite sternoclaviculaire positive à la scintigraphie osseuse et négative à l'échographie	2
Scintigraphie osseuse	14	12	Hyperfixation osseuse	Nombre d'arthrite sternoclaviculaire positive à la scintigraphie osseuse et négative à la tomodensitométrie	2
Radiographie standard	11	3	Hyperostose	Nombre d'arthrite sternoclaviculaire positive à la scintigraphie et négative à l'imagerie par résonance magnétique	0
Echographie	6	4	Synovite doppler positif (3cas) Synovite doppler négatif (1cas)		
Tomodensitométrie	6	4	Arthrite (2cas) Ostéite (1cas) Lésions ostéolytiques (1cas)		
Imagerie par résonance magnétique	5	5	Œdème osseux, épanchement intra-articulaire et hyperostose		

Discussion:

- La scintigraphie est un examen très sensible au cours de l'atteinte sternoclaviculaire mais non spécifique vu qu'elle ne montre qu'une hyperfixation osseuse.[1][2]
- La radiographie standard est de réalisation facile mais elle est souvent insuffisante.[1][2]
- L'échographie est un examen non irradiant et non couteux qui n'a une valeur que lorsqu'il est positif.
- La tomodensitométrie est un examen qui permet de bien étudier les structures osseuses mais l'imagerie par résonance magnétique est plus performante au cours des pathologies inflammatoires en montrant précocement l'œdème osseux et des parties molles.[1][2]

Conclusion :

La scintigraphie osseuse serait le **gold standard** dans le diagnostic positif de l'arthrite sternoclaviculaire malgré qu'elle manque de spécificité, d'où l'intérêt de la pratiquer de première intention. La tomodensitométrie et au mieux l'imagerie par résonance magnétique pourraient être demandées pour mieux visualiser l'atteinte sternoclaviculaire et déterminer par la suite son type.

L'échographie en rhumatologie : plus nécessaire que jamais.

Saidane.O, Athimini.S, Ben Tekaya.A, Tekaya.R, Mahmoud.I, Abdelmoula.L

service de rhumatologie hôpital Charles Nicolle

Introduction :

L'utilisation de l'échographie trouve toute son utilité dans la pratique quotidienne en rhumatologie. Etant un examen facile, accessible et anodin, elle peut prolonger directement l'examen clinique pour une meilleure précision diagnostique et interventionnelle. Les indications d'utilisation de l'échographie pour les pathologies musculosquelettiques faisaient le sujet de nombreuses recherches cliniques. L'objectif de ce travail est de décrire les différentes situations de pratique courante où le recours à l'échographie est nécessaire.

Méthodes :

Etude rétrospective descriptive ayant colligé 110 patients suivis dans le service de rhumatologie HCN sur une année de juillet 2017-juin 2018. Les paramètres liés aux patients, à la maladie rhumatismale ainsi que les motifs de réalisation de l'échographie ont été relevés.

Résultats :

L'âge moyen était de 51,1 ans [17- 85]. Le sex ratio F/H était de 5,2. L'échographie a été réalisée dans un but diagnostique dans 52,7% des cas (n=58): Il s'agissait d'une suspicion d'un rhumatisme inflammatoire chronique RIC dans 80% des cas, la répartition diagnostique est représenté dans le graphique ci-dessous (FIG2)

FIG1: la répartition des pathologies recherchés en échographie

RIC tendinopathies SRDC I CCA SCC

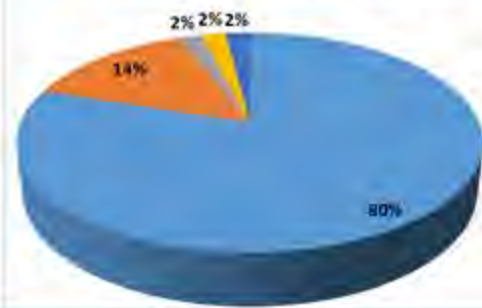
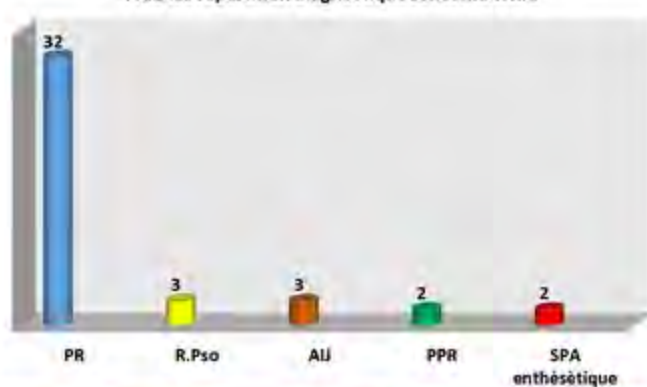


FIG2 :La répartition diagnostique concernant RIC

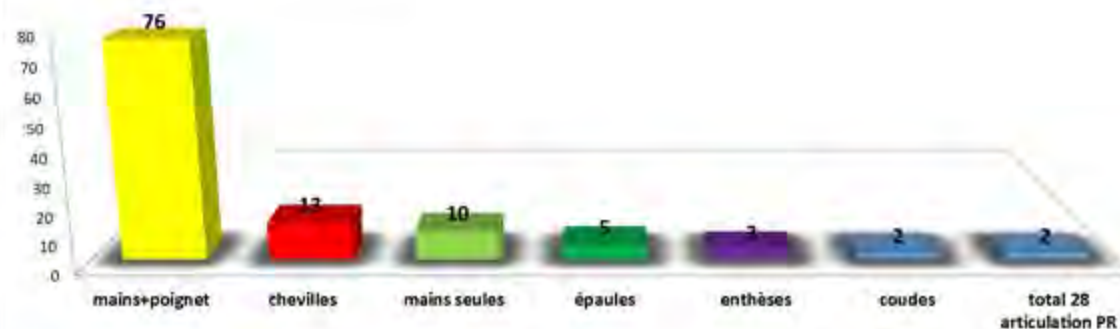


Pour la recherche de tendinopathie ou ténosynovite : il s'agissait de 4 cas de tendinopathie de l'épaule, 4 cas de ténosynovite de Dequervain et 2 cas de tendinite du tibial postérieure. Moins fréquemment l'échographie a été réalisé dans l'optique de chercher: des syndromes régionaux douloureux complexes 2 cas, un syndrome canal carpien 2 cas et un Rhumatisme microcristallin soit 2 cas de CCA.

La pratique de l'échographie servait aussi à appuyer les décisions thérapeutiques de renforcement ou même de switch de traitement en montrant les signes d'activité de la maladie : Il s'agissait de polyarthrite rhumatoïde (PR) dans 33,6% (n= 37), d'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) dans 9% (n=10) et rhumatisme psoriasique (R.Pso) dans 3,6% (n=4).

Et finalement l'échographie a pu guider un geste d'infiltration ou de ponction dans 9% n=10. Les régions anatomiques les plus explorées sont présentés dans le graphique suivant (FIG3)

FIG3: répartition des régions anatomiques explorées



Conclusions :

L'échographie est un moyen accessible non irradiant. Ses indications en rhumatologie sont multiples allant du diagnostiques, thérapeutiques et même pronostiques. Sa place et son indication sont bien fondées et appuyé

Atteinte infra-clinique de l'ongle psoriasique

Mahmoud I 1, Rahmouni S 2, Saidane O 1, Ben Tekaya A 1, Tekaya R 1, Abdelouma L 1

1 service de rhumatologie, Hôpital Charles-Nicolle 72, service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPEDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

La présence d'un psoriasis unguéal a une valeur sémiologique majeure dans les critères de classification de rhumatisme psoriasique selon le groupe CASPAR. Cependant cette atteinte peut être infraclinique.

Notre objectif était d'analyser les anomalies des composantes échostructurelles de l'ongle et de les comparer en fonction de la présence ou l'absence d'onychopathie clinique

Patients et méthode:

•Rhumatisme psoriasique remplissant les critères CASPAR

•Examen clinique et échographique des dix doigts.

•Les paramètres échographiques recueillis étaient :

1. Présence de dystrophie de la tablette unguéale (perte de l'espace anéchogène, tablette ventrale hypoéchogène, déformation en forme d'ondulation)
2. Mesures des épaisseurs de la tablette de l'ongle, du lit unguéal, de la peau au dessus de l'ongle (en millimètre)
3. Présence et intensité du signal doppler de la matrice et du lit de l'ongle.

Résultats :

•Vingt et un patients ont été inclus (210 ongles)

•Age : $51,52 \pm 13,8$ ans

•sex ratio : 1,62.

•Onychopathie psoriasique le jour de l'examen: 33,33%:

Antécédents de psoriasis unguéal :14,28%

•La figure 1 illustre les types d'atteinte unguéale.

•Dix patients avaient au moins un des ongles examinés d'aspect échographique anormal (47,61%) .

•Le tableau 1 décrit les aspects échographiques des ongles.

•Sur les 14 patients ne présentant pas de signes d'atteinte unguéale clinique, 3 avaient au moins un ongle anormal à l'échographie (15 ongles).

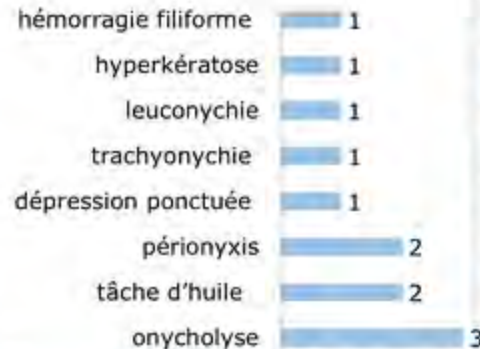


Figure1: atteinte clinique de l'ongle psoriasique

Tableau 1:Description de l'atteinte échographiques de l'ongle

Dystrophie de l'ongle	35 ongles
Déformation en forme d'ondulation	32 ongles
Disparition de l'espace anéchogène	20 ongles
Perte d'échogénéité de la tablette ventrale	18 ongles
Epaisseur de la tablette unguéale	$0,38 \pm 0,08$ mm
Epaisseur du lit unguéal	$1,94 \pm 0,36$ mm
Epaisseur du repli de la peau sus-unguéal	$2,21 \pm 0,32$ mm.
Un signal doppler puissance ≥ 2 de la matrice	70 ongles
Un signal doppler puissance ≥ 2 du lit unguéal	81 ongles

•Les épaisseurs maximales du lit unguéal et de la peau étaient plus importantes en cas d'onychopathie clinique mais de façon non significative

•Les hommes avaient des épaisseurs maximales de tablette et de lit unguéal plus importantes ($0,42$ mm vs $0,32$, $p=0,012$; $2,1$ mm vs $1,69$ mm, $p=0,008$).

•Les tabagiques avaient des épaisseurs de la tablette, du lit et de la peau sus-unguéal significativement plus élevées.

•Ces épaisseurs étaient également corrélées à la durée d'évolution de l'atteinte cutanée psoriasique.

Discussion:

•Plusieurs études retrouvent une dystrophie échographique de l'ongle même en l'absence d'atteinte clinique, ce que nous avons également mis en évidence (15 ongles) [1].

•Dans notre étude nous avons retrouvé un lien entre les épaisseurs de la tablette, du lit et de la peau sus-unguéal d'une part et le sexe, le tabagisme et la durée d'évolution du psoriasis cutané d'autre part.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre l'atteinte clinique et échographique de l'ongle

Conclusion:

L'échographie de l'ongle au cours du rhumatisme psoriasique peut apporter des informations supplémentaires à l'examen clinique.

Ostéoporose de l'homme âgé

Sellami M, Miladi S, Fazaa A, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie - Hôpital Mongi Slim - La Marsa - Tunis - Tunisie

Introduction :

Devant le vieillissement de la population masculine, le risque fracturaire important et l'augmentation du nombre des fractures par fragilité, une amélioration du dépistage et de la qualité de prise en charge de l'ostéoporose chez l'homme âgé est nécessaire.

Le but de notre travail était de déterminer la fréquence et la spécificité de l'ostéoporose chez les hommes âgés, et secondairement de rechercher la particularité des facteurs de risque de l'ostéoporose masculine, ses complications et sa prise en charge.

Méthodes:

- Etude rétrospective portant sur les dossiers de patients de sexe masculin âgés de plus de 65 ans et suivis au département de rhumatologie entre 1996 et 2010.
- Tous les patients ont bénéficié d'une ostéodensitométrie osseuse (DMO) à avec une évaluation de la masse osseuse aux sites fémoral et vertébral.

Résultats :

- 59 patients ont été inclus âgés en moyenne de 71 ans [65-92]
- Vingt-sept patients (46%) avaient une ostéoporose et 19 (32%) une ostéopénie
- L'âge moyen des patients ostéoporotiques était de 72,2ans

Cinquante-quatre pourcent de nos patients étaient tabagiques, parmi lesquels 88% avaient un profil densitométrique d'ostéopénie ou d'ostéoporose.

Trois patients (3%) ayant un index de masse corporelle bas (<19kg/m²) étaient ostéoporotiques.

L'ostéoporose était secondaire à une pathologie connue potentiellement inductrice de perte osseuse chez 28 patients (47%).

Une origine iatrogène de l'ostéoporose était retrouvée chez 21 patients (36%) principalement les corticostéroïdes.

Trente-neuf fractures par fragilisation osseuse ont été relevées, dont 25 (64%) fractures vertébrales et 8 (20%) fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Vingt et une fracture (54%) étaient associées à une ostéoporose.

Un seul décès a été déploré suite une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Tous nos patients oséoporotiques et 17 patients (90%) des patients ostéopéniques avaient bénéficié d'une supplémentation vitamino-calcique.

Vingt-sept (46%) patients avaient bénéficié d'un traitement par bisphosphonates sans rapport des effets indésirables.

Conclusions:

Comme dans toutes les études publiées, l'ostéoporose était le plus souvent secondaire chez nos hommes âgés mais beaucoup plus fréquente. Les fractures de fragilisation y étaient aussi fréquentes essentielles des fractures vertébrales.

Maladie de Paget : profil clinico-biologique

Maatallah K 1, Rahmouni S 1, Miladi S 2, Ferjani H 1, Hamdi W 1, Kaffel D 1, Kchir MM 1

services de rhumatologie; 1. Institut orthopedique mohamed kassab/2. Hôpital Mongi-Slim La Marsa

Introduction :

La maladie de Paget se caractérise par des anomalies de l'architecture et la structure osseuse associées à une accélération du remodelage osseux. Ces anomalies peuvent être à l'origine de déformations osseuses, fractures pathologiques et de diverses complications.

Notre objectif était de décrire le profil clinico-biologique au cours de la maladie de paget et de chercher d'éventuelles corrélations avec les différents paramètres de la maladie.

Patients et méthode:

Etude rétrospective de 27 cas de maladie de Paget colligées au service de rhumatologie

Le diagnostic de maladie de Paget a été retenu sur un faisceau d'arguments clinico-biologiques et radiologiques.

Pour chaque patient, nous avons étudié les caractéristiques épidémiologiques, clinique et biologiques.

Résultats: Le tableau 1 résume les caractéristiques épidémiocliniques des patients

Tableau 1: caractéristiques épidémiocliniques des patients

Sex ratio (H/F)	0,42	
Age au moment du diagnostic	63,9 ans [35-84]	
Delai diagnostic	47 mois	
Circonstance de découverte	Douleurs mécaniques	70,37%
	Fractures pathologiques	11,11%
	Déformations	7,4%
	Fortuite à la radiographie	7,4%
Siège des douleurs	Pli inguinal	44,4%
	Aile iliaque	29,5%
	Lombaire	11,1%
	Jambe	11,1%
	Epaule	3,7%

- Un seul patient n'avait pas une élévation des phosphatases alcalines (PAL).
- Pour le reste, la moyenne était de 392 UI/L [126-1172].
- Aucune corrélation n'a été observée entre le taux de PAL, l'âge, le délai diagnostic ni le sexe.
- Trois patients (11,11%) avaient une hypocalcémie.
- Aucun patient n'avait un syndrome inflammatoire biologique.
- Nous avons observée 14 complications (Figure 1).
- Elles étaient révélatrices de la maladie dans 7 cas
- Dans les autres cas elles sont survenues après une durée d'évolution moyenne de 3 ans.
- La survenue de complication n'est pas liée au sexe, âge, délai diagnostic ni taux des PAL



Figure: les différentes complications de la maladie de Paget

Tableau 2: Données de l'examen clinique

Incurvation en coup de sabre de la jambe	14,8%
Raideur de la hanche	37%
Raideur du rachis lombaire	3,7%

Discussion:

- La plupart des études rapportent une prédominance masculine dans la maladie de Paget, dans notre études, 70,4% des patients étaient des femmes [1].
- En accord avec la littérature, les douleurs étaient le motif de consultation le plus fréquent [2]
- Nous n'avons pas pu identifier les facteurs influençant l'activité de la maladie, attestée par l'élévation des PAL

Conclusion:

La maladie de Paget est une ostéodystrophie osseuse bénigne. Sa fréquence augmente avec l'âge. La présentation clinique est polymorphe. Sa gravité réside dans ses éventuelles complications qui peuvent être inaugurale.

1. CORRAL-GUDINO, et al. Bone, 2013, vol. 55, no 2, p. 347-352.

2. Ralston SH. Paget's Disease of Bone. N Engl J Med. 14 févr 2013;368(7):644--0.

Ostéoporose masculine avant 65 ans

L.Kharrat, M.Slouma, R.Dhahri, L.Metoui, N.Bousetta, N.Guedich, F.Ajili, I.Gharsallah, B.Louzir
Service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie

Introduction

- L'ostéoporose masculine est une pathologie sous-diagnostiquée.
- Elle est généralement d'origine secondaire pour les sujets jeunes d'âge est inférieur à 65 ans.
- L'objectif de notre étude était d'étudier les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'ostéoporose masculine avant l'âge de 65 ans et de déterminer son profil étiologique.

Patients et méthodes

- Etude rétrospective descriptive entre 2003 et 2018 ayant inclus 20 patients ayant une ostéoporose et âgés entre 20 et 65 ans lors de la découverte de l'ostéoporose.
- Vu que la définition de l'ostéoporose n'est pas consensuelle, nous avons utilisé la définition de l'ostéoporose post-ménopausique selon l'OMS 1994 ayant utilisé comme seuil diagnostique un T-score inférieur ou égale à -2,5DS.
- Pour chaque patient, nous avons recueilli les paramètres suivants : l'âge, l'ostéodensitométrie, les antécédents de fracture, l'étiologie et le traitement reçu.
- En l'absence de version validée pour l'homme et le sujet < 50ans, nous avons utilisé le Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) validé pour les femmes ménopausées.

Résultats

- L'âge moyen était de 45,95± 12,25 ans.
- L'âge moyen de découverte de l'ostéoporose était de 41,25 ±14,23 ans.
- Les fractures ostéoporotiques ont été notées dans 4 cas. Elles siégeaient au niveau vertébral et au niveau du poignet.
- L'ostéoporose était rachidienne isolée dans 13 cas. Elle a été notée au niveau des deux sites rachidien et fémoral dans 7 cas.
- La densité minérale osseuse moyennes était 0,817 g/cm² [0,593 ; 0,897] au site rachidien et 0,771 g/cm² [0,447 ; 1,063] au site fémoral. Le T-score rachidien variait entre -5,4DS et -2,5DS. Le T-score fémoral variait entre -4,9DS et 0,6DS.
- Le risque de fracture majeure variait entre 5% et 67% avec une moyenne de 17,55%
- Les étiologies de l'ostéoporose sont détaillées dans le **tableau 1**
- Un traitement par bisphosphonates a été prescrit dans 8 cas âgés entre 20 et 62 ans. Aucun effet indésirable n'a été noté chez les patients ayant eu ce traitement.
- L'évolution a été marquée par l'absence de survenue d'incidents fracturaires.

Tableau 1 : étiologies de l'ostéoporose masculine

Etiologies de l'ostéoporose	Nombre des cas
Hypogonadisme par insuffisance hypophysaire	1
Ostéogenèse imparfaite	1
Hypercorticisme exogène par corticothérapie au long cours	5
Polyarthrite rhumatoïde	2
Spondyloarthrite	11

Discussion:

- L'ostéoporose masculine avant l'âge de 65 ans serait généralement d'origine secondaire. Son traitement dépend de l'étiologie.
- Elle est favorisée par les facteurs de risques plus importants chez l'homme comme la maigreur, le tabagisme et l'éthylisme excessif.
- Les étiologie sont multiples . Les rhumatismes inflammatoire chroniques était la cause la plus fréquente d'ostéoporose masculine
- Le baisse de la densité minérale osseuse au cours des spondyloarthrites peut être expliqué par l'inflammation et immobilisation.
- Le traitement de l'ostéoporose masculine n'est pas bien codifié
- Les bisphosphonates semblent être efficaces et bien tolérés chez l'homme jeune.

Conclusion

Notre étude a montré que les étiologies de l'ostéoporose masculine sont multiples, dominées par la spondyloarthrite. D'autres études sont nécessaires pour déterminer le seul thérapeutique de l'outil FRAX afin de mieux codifier la prise en charge de l'ostéoporose chez l'homme

Présentation clinique et profil étiologique de l'ostéomalacie: à propos de 59 cas

Gassara Z. (1), Akrouf R. (1), Feki A. (1), Ben Jmeaa S. (1), Ezzeddine M. (1), Kallel MH. (1), Fourati H. (1), Baklouti S (1).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

L'ostéomalacie est une maladie métabolique de l'os, caractérisée par un défaut de minéralisation de la trame osseuse. Ses étiologies sont diverses.

Le but de cette étude est de déterminer la présentation clinico-radiologique et les différentes étiologies de cette ostéopathie dans un service de rhumatologie.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective colligeant les cas d'ostéomalacie diagnostiqués dans le service de rhumatologie de Sfax, durant une période de 29 ans (1989-2018).

Le diagnostic d'ostéomalacie était retenu devant un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques.

Résultats :

- Notre série comportait 59 patients: 51 femmes et 8 hommes.
- Age moyen: 46,6 ans (entre 16 et 83 ans).

Sur le plan clinique:

- ✓ Troubles de la marche (marche dandinante): 37 patients (**62,7%**).
- ✓ Douleurs osseuses: 54 patients (**91,5%**).
- ✓ Douleurs musculaires: 39 patients (**66%**).

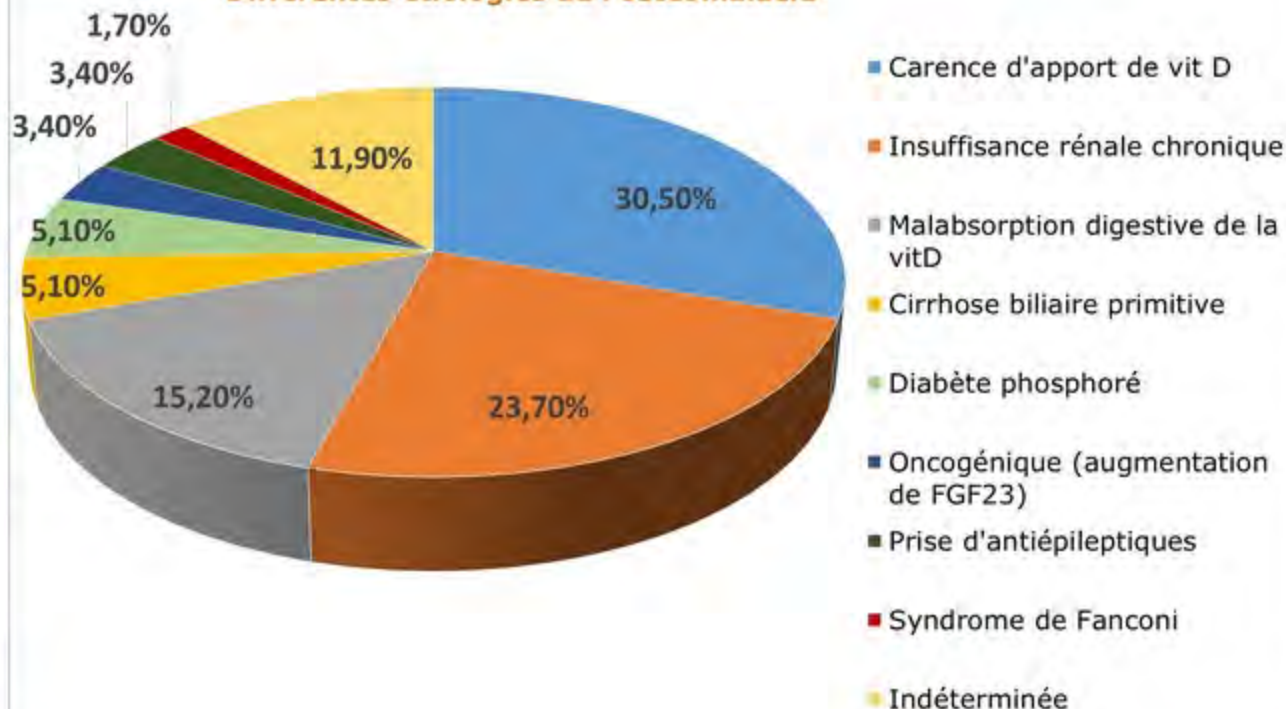
Aspect radiologique:

- ✓ Déminéralisation osseuse diffuse: 55 cas (**93,2%**).
- ✓ Stries de Looser-Milkman: 36 cas (**61%**).
- ✓ Fractures de siège variable dans 19 cas (**32,2%**).
- ✓ Tassements vertébraux: 9 cas (**15,2%**).
- ✓ Aspect de cœur en carte à jouer: 4 cas.

Sur le plan biologique:

- ✓ Hypocalcémie: 45 cas (**76,2%**).
- ✓ Hypocalciurie: 55 cas (**93,2%**).
- ✓ Hypophosphorémie: 42 cas (**71,2%**).
- ✓ Taux de phosphatases alcalines élevé (**100%**).
- ✓ Une insuffisance en 25-OH vit D était présente chez 9 patients (**15,2%**) et une carence en 25-OH vit D chez 20 patients (**34%**).
- ✓ Taux de PTH secondairement élevé (**28,8%**).

Différentes étiologies de l'ostéomalacie



Conclusion :

L'ostéomalacie est une ostéopathie déminéralisante diffuse dont les étiologies sont diverses dominées par la cause rénale et digestive. Dans notre expérience, l'insuffisance rénale chronique, la maladie cœliaque et l'origine carencielle étaient les étiologies les plus retrouvées.

Analyse des prescriptions de mesure de la densité minérale osseuse chez des praticiens algériens: Sont-elles superposables aux indications de l'International Society of Clinical Densitometry (ISCD)?

B.Bengana, A.Boukabous, N.Bahaz, S.Lefkir

Service de rhumatologie CHU BeniMessous – Alger – ALGERIE

Introduction :

L'ostéoporose constitue un véritable problème de santé publique. Son dépistage se fait principalement par l'appareil d'absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA); à travers notre travail nous avons voulu:

- Apprécier le profil des prescriptions de cet examen.
- Apprécier les différentes indications motivées par les prescripteurs.

Patients et méthodes :

- Etude rétrospective des demandes de densitométrie osseuse (DMO) reçues au CHU d'Alger BeniMessous sur 6 mois (Décembre 2017- Mai 2018).
- Appréciation du profil des prescripteurs et patients et identifier les indications de DMO prétextées.
- Apprécier leur concordance ou pas avec les indications de demande de mesure de la DMO selon l'ISCD.

Résultats :

Indications de la densitométrie osseuse selon la ISCD

2015 ISCD Official Positions – Adult

Indications for Bone Mineral Density (BMD) Testing

- Women aged 65 and older
- For postmenopausal women, younger than age 65 a bone density test is indicated if they have a risk factor for low bone mass, such as:
 - Low body weight
 - Prior fracture
 - High risk medication use
 - Disease or condition associated with bone loss
- Women during the menopausal transition with clinical risk factors for fracture, such as: low body weight, prior fracture, or high-risk medication use.
- Men aged 70 and older
- For men < 70 years of age a bone density test is indicated if they have a risk factor for low bone mass such as:
 - Low body weight
 - Prior fracture
 - High risk medication use
 - Disease or condition associated with bone loss
- Adults with a fragility fracture
- Adults with a disease or condition associated with low bone mass or bone loss.
- Adults taking medications associated with low bone mass or bone loss.
- Anyone being considered for pharmacologic therapy.
- Anyone being treated, to monitor treatment effect.
- Anyone not receiving therapy in whom evidence of bone loss would lead to treatment.

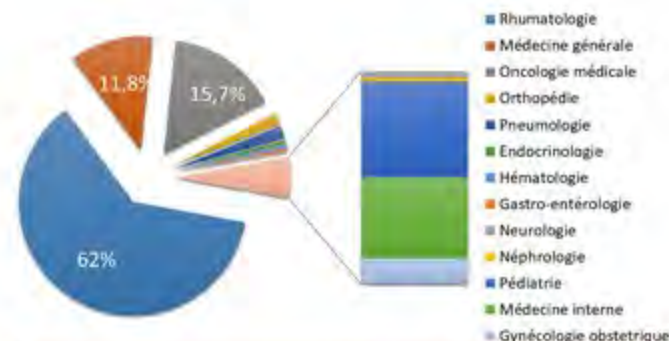
Nombre de demandes de DMO justifiées et non justifiées selon la recommandation de l'ISCD

NON
n=114 (19%)

OUI
n= 437 (81%)

Résultats :

551 demandes analysées sur 6 mois



62% des prescriptions sont faites par les médecins rhumatologues contre 12% pour les généralistes

Principaux motifs de demande de DMO non justifiés:

- Douleurs articulaires = 24
- Arthrose lombaire = 8
- Gonarthrose = 18
- Aucun motif (des sujets jeunes) =25
- Contrôle DMO sous traitement <12 mois = 26

Nombre de patients de sexe masculin répartis par spécialité	
Discipline	N
Rhumatologie	23
Pédiatrie	14

Répartition des patients par tranche d'âge	
Tranches d'Age (en années)	N
[11-14]	23
[15-34]	29
[35-49]	25
[50-65]	20
[66-80]	20

Conclusion :

- On prescrit peu l'ostéodensitométrie et on la prescrit mal.
- Il y a une méconnaissance des facteurs de risque de l'ostéoporose chez nos praticiens → FMC.
- Intérêt de la mise en place de recommandations algériennes pour la prise en charge de l'OP.

Profil ostéodensitométrique au cours de la maladie de Crohn

C.Daldoul, N.El Amri, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached Sousse, Tunisie

Introduction :

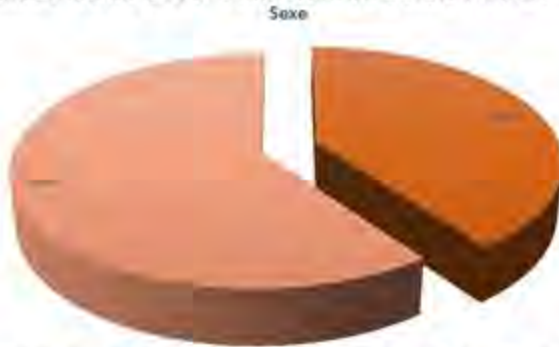
La prévalence de l'ostéoporose au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin varie entre 2% et 56%. Cette prévalence semble plus marquée chez les patients atteints de la maladie de Crohn ceci est rattaché à la localisation iléale de cette maladie ou bien à la résection intestinale au cours évolutif de la maladie conduisant à un défaut d'absorption de vitamine D et d'oligoéléments.

Le but de notre travail était de déterminer la fréquence d'ostéopénie et d'ostéoporose chez les patients atteints de maladie de Crohn.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 5 ans (de Janvier 2014 à Décembre 2018) et colligeant les patients suivis pour maladie de Crohn ayant eu une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par DEXA. Les données cliniques, anthropométriques et densitométriques (DMO au niveau du site fémoral et vertébral) ont été relevés. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats :



L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 25.86 kg/m²[16.92-38.58].

Un antécédent personnel de fracture par fragilité a été noté dans 3 cas.

Une hypothyroïdie était associée dans 1 seul cas.

Une ménopause précoce était présente dans 3 cas.

Un traitement par corticothérapie a été instauré dans 36 cas.

La densité minérale osseuse (DMO) moyenne au niveau vertébral était de 1.014 g/cm³[0.569-1.489 g/cm³].

La DMO moyenne au niveau fémoral était de 0.913g/cm³ [0.553-1.286g/cm³].



L'âge des patients ostéoporotiques était significativement plus élevé par rapport à celui des patients non ostéoporotiques (54.8 ans vs 42.55 ans, p=0.000).

Pas de différence significative n'a été retrouvée selon le sexe concernant la DMO vertébrale ou fémorale.

Une corrélation à la limite de la significativité (p=0.055) a été retrouvée entre l'IMC et la DMO au niveau du site fémorale.

Aucune augmentation de la fréquence d'ostéoporose n'a été notée chez les patients traités par corticothérapie.

Conclusion :

Une baisse de la DMO était observée chez plus que 50% des patients suivis pour maladie de Crohn. Cette baisse ne semble pas être liée au traitement par corticothérapie mais plutôt à la maladie elle-même. D'où l'intérêt d'une évaluation précoce du statut osseux chez ces malades pour le dépistage de cette maladie silencieuse.

Evaluation du statut osseux au cours de l'hyperthyroïdie

C.Daldoul, N.El Amri, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

L'hyperthyroïdie est une pathologie fréquente du système endocrinien avec une prévalence pouvant atteindre les 4%. Cette maladie est associée à une accélération du turn-over osseux entraînant des anomalies de la densité minérale osseuse et exposant ces patients à un risque surajouté de fracture de fragilité.

Le but de ce travail était d'évaluer la prévalence des anomalies de la densité minérale osseuse chez les patients ayant une hyperthyroïdie et d'étudier sa corrélation avec l'indice de masse corporelle (IMC).

Patients et méthodes :

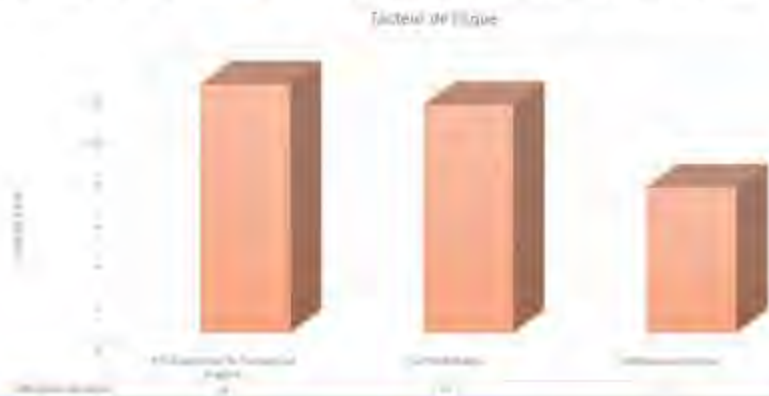
Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 5 ans (de Janvier 2014 à Décembre 2018) et colligeant les patients suivis pour hyperthyroïdie ayant eu une mesure de la densité minérale osseuse (DMO) par DEXA. Les données cliniques, anthropométriques et densitométriques (DMO au niveau du site fémoral et vertébral) ont été relevés. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats :

41 Patients, 7 hommes et 34 femmes.

L'âge moyen était de 56.19 ans.

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 27.56 kg/m² [16.17-38.47 kg/m²].



La DMO fémorale moyenne était de 0.889 g/cm³ [0.615-2.200g/cm³], DMO vertébrale était de 0.961 g/cm³ [0.675-1.308g/cm³].

L'IMC chez les patients ostéoporotique était significativement plus bas que chez les patients non ostéoporotiques (25.19 kg/m² vs 28.93 kg/m², p=0.04).

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre ces 2 groupes concernant l'âge ou le sexe.

Discussion :

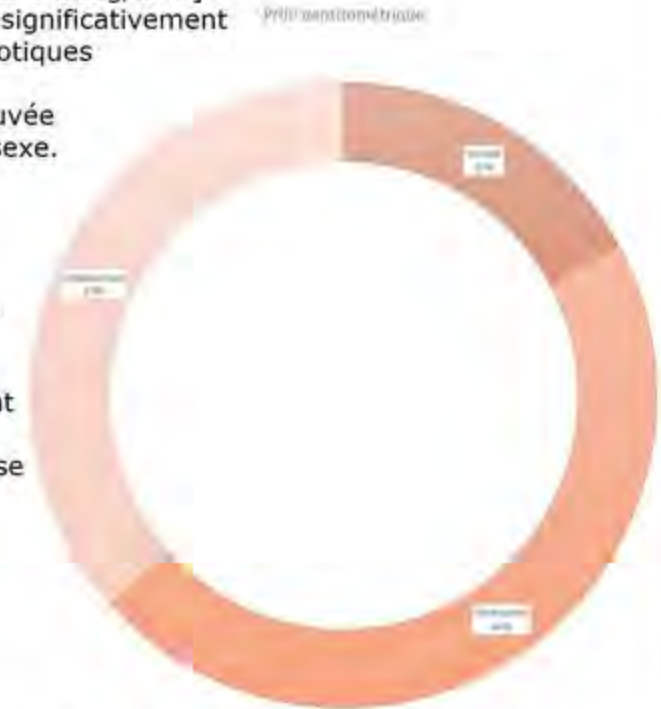
L'hyperthyroïdie entraîne des anomalies du métabolisme osseux intéressant à la fois la formation et la résorption osseuse, essentiellement au niveau cortical.

Il se surajoute un risque accru de fracture dû à l'augmentation du risque de chute étant donné la myopathie associée.

Mais cette baisse de la minéralisation osseuse semble être réversible tout en jugulant le niveau des hormones thyroïdiennes.

Conclusion :

Notre étude démontre que la DMO est abaissée dans 80% des patients avec un antécédent de fracture de fragilité dans près de 1/3 des cas. Donc il s'agit d'une complication fréquente et grave qui demeure souvent non évaluée d'où l'intérêt d'un suivi régulier.



Existe-t-il une association entre la multiparité, l'allaitement maternel et DMO ?

C.Daldoul, N.El Amri, A.Kalai, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La densité minérale osseuse (DMO) est sujette à des nombreuses variations liées à la modification de l'homéostasie du métabolisme phosphocalcique. La grossesse et l'allaitement maternel représente un des états de stress du métabolisme phosphocalcique avec une diminution du pool calcique.

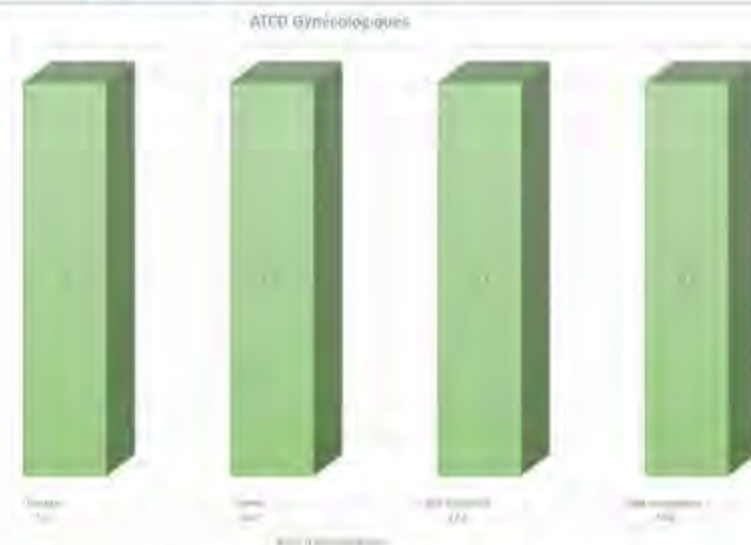
Le but de notre travail était d'étudier l'association entre la multiparité et la densité minérale osseuse et de déterminer l'effet de l'allaitement maternel sur le statut osseux des femmes post ménopausiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, s'étalant sur une période de 5mois (d'Aout 2018 à décembre 2018). Notre étude a inclus des femmes post-ménopausiques qui ont été référées par leurs médecins traitants pour mesure de la DMO. Les données cliniques, anthropométriques ont été relevées. Les antécédents gynéco-obstétricaux ont été détaillés. La multiparité a été définie par un nombre d'accouchement ≥ 4 . La durée de l'allaitement maternel a été précisée. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée au niveau du site fémoral et vertébral par DEXA. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats:

150 Patientes.
L'âge moyen était de 61.12 ans [39.1-81].
La durée moyenne d'allaitement de 4.79 ans.
Un antécédent familial de fracture de fragilité a été noté dans 24% et un antécédent personnel de fracture dans 41.3%.



La DMO vertébrale moyenne était de 0.967 g.cm⁻³ [0.558-1.650].

La DMO moyenne au niveau du col fémoral était de 0.794 g.cm⁻³ [0.550-1.103].

La DMO totale fémorale moyenne était de 0.856 g.cm⁻³ [0.521-1.276].

Une ostéoporose a été retrouvée dans 46.% des cas, et une ostéopénie dans 36.7% des cas.

La DMO vertébrale était significativement plus basse chez les femmes multipares (0.920 g.cm⁻³ vs 0.984 g.cm⁻³, p=0.04).

Une corrélation négative a été trouvée entre le nombre de parité et la DMO au niveau du col fémoral (p=0.02).

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la durée d'allaitement maternel et la DMO vertébrale ou fémorale.

Conclusion :

Dans ce travail, la multiparité était significativement associée à la baisse de la DMO vertébrale et fémorale. Cependant la durée de l'allaitement maternel ne semblait pas jouer un rôle dans les modifications de la DMO des femmes ménopausées.

Evaluation du risque de fractures des patients mises sous anti-aromatases

Daldoul C, Amri N, Baccouch K, Zeglaoui H, Bouajina E.

Service de Rhumatologie Frahat Hached Sousse, Tunisie

Introduction :

Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) sont maintenant devenus le traitement de référence du cancer du sein hormonosensible. L'un des principaux effets indésirables est l'accélération de la perte osseuse et le risque accru de fracture de fragilité. Ce risque est majoré par d'autres facteurs communs à la population générale, mais demeure de nos jours sous-estimé.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les facteurs de risque d'ostéoporose chez les femmes traitées par les anti-aromatases.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, s'étalant sur une période de 5mois (d'Aout 2018 à décembre 2018) et colligeant les patientes traitées pour cancer de sein hormono-dépendant mise sous IA. Les antécédents de fractures familiaux ou personnels, les données cliniques et anthropométriques ont été relevées. Le score FRAX a été calculé pour chaque patiente. La densité minérale osseuse(DMO) a été mesurée au niveau du site fémoral et vertébral par DEXA. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS.

Résultats:

36 patientes.

L'âge moyen était de 59.6 ans.

Toutes les patientes étaient ménopausées.

L'âge moyen de ménopause était de 45.25 ans [32-54] avec une durée moyenne de ménopause de 14 ans.

La DMO fémorale moyenne était de 0.911 g/cm³ [0.671-1.185g/cm³] et celle vertébrale était de 1.007 g/cm³ [0.782-1.326g/cm³].

La durée moyenne de suivi de cancer de sein était de 71.7 mois.

La durée moyenne du traitement par IA était de 31.9 mois



Un traitement anti-résorptif a été instauré chez 10 patientes (27.8%) à base d'acide zolédronique dans 6 cas, de résidronate dans un cas et de clodronate de disodium dans trois cas. une durée moyenne de traitement de 10.3 mois [0-12].

Conclusion:

La majorité des patientes traitées avec des inhibiteurs de l'aromatase n'ont pas une évaluation adéquate du risque de fracture. Devant les nouvelles recommandations de l'ESCEO indiquant une prolongation du traitement par IA pendant 10 ans, un screening régulier de ces facteurs de risque ainsi qu'une évaluation densitométrique sont recommandés.

Spondylodiscite infectieuse en médecine interne

Fhima F, Baya W, Mzabi A, Anoun J, Kermani M, Ben Fredj F, Rezgui A, Laouani Kechrid C

Service de médecine Interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

INTRODUCTION :

La spondylodiscite infectieuse (SPI)

- nécessite un diagnostic rapide = diagnostic difficile : clinique parfois peu bruyante / très faible incidence par rapport à la lombalgie commune aiguë
- Une fois le diagnostic est suspecté tout doit être entrepris pour isoler un germe avant de débiter un traitement adapté.

=> **Notre objectif:** relater les données épidémiologiques, cliniques, bactériologiques et thérapeutiques des SPI.

PATIENTS ET METHODE :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive se basant sur les dossiers des malades hospitalisés au service de médecine interne au CHU Sahloul pour SPI, sur une période de 17 ans (de 2000 à 2017).

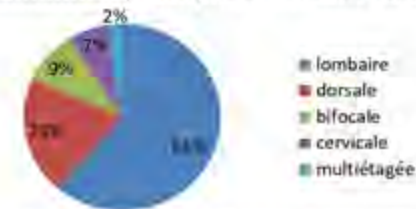
RESULTATS :

- 44 malades : Age moyen de 53 ans [16 - 84 ans] - Sex-ratio H/F = 1,6.
- Consommation de lait cru et/ou un contact avec des animaux: 24 malades
- Contage tuberculeux: 3 cas - Traumatisme rachidien récent: 5 cas
- **CDD:**

Manifestations cliniques	Effectif
Rachialgies	42
Altération de l'état général	33
Fièvre	29
Sueurs nocturnes	23
Radiculalgies	22

- Un cas débutant par des douleurs de l'hypochondre gauche était retrouvé et deux cas étaient découverts lors d'une intervention chirurgicale.
- **Porte d'entrée:** retrouvée dans 11 cas (urinaire: 3 cas, cutanée: 2 cas, post-infiltration articulaire, par inoculation directe chirurgicale, digestive, ORL, neuro-méningée et post-endocardite infectieuse: respectivement dans un cas).
- 21 malades avaient présenté des **complications neurologiques** majoritairement à type d'épidurite et/ou de compression médullaire.
- D'autres complications : collections pré vertébrales et/ou des parties molles.

- **A la biologie :** SIB dans 39 cas / Hyperleucocytose dans 14 cas
- **Une TDM et/ou une IRM rachidiennes** pratiquées étaient toutes pathologiques.
- **Localisation de la SPI :**



- **L'enquête bactériologique** avait permis de retenir l'origine : Tuberculeuse dans 11 cas - Brucellienne dans 15 cas - A germes banals dans 18 cas
- **Une antibiothérapie adaptée :** Instaurée dans tous les cas - Selon le germe en cause et l'évolution - Pendant une durée de 6 semaines à 1 an et demi
- **L'évolution :**
 - amélioration totale dans 18 cas
 - amélioration partielle dans 15 cas
 - aggravation clinique dans 7 cas
- 19 malades avaient bénéficié d'une immobilisation par corset et 13 patients avaient suivi des programmes de rééducation prolongée.

DISCUSSION

Les SPI sont des infections disco-vertébrales non négligeables. Elles correspondent au tiers des infections ostéo-articulaires. Elles touchent l'homme plus que la femme. Les signes cliniques les plus décrits sont les rachialgies et les signes généraux. Elles sont le plus souvent d'origine tuberculeuse dans les séries tunisiennes. Devant l'endémicité de cette affection dans notre pays, le diagnostic doit être fait précocement. En comparant avec des séries françaises, les germes pyogènes sont responsables de SPI dans 70% des cas ce qui est concordant avec notre étude. Par ailleurs, la brucellose, qui est une cause rare de SPI dans la littérature, est retrouvée en deuxième position dans notre étude.

CONCLUSION :

La SPI fait partie des nombreuses causes de rachialgies et est une affection peu fréquente. Le principal problème de cette infection réside dans la difficulté à la diagnostiquer. L'identification du germe est cruciale pour le succès thérapeutique.

Les manifestations articulaires au cours des spondylodiscites infectieuses

Mzabi A, Fhima F, Sioud M, Baya W, Anoun J, Rezgui A, Karmani M, Ben Fredj F, Laouani C

Service de médecine Interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction:

La spondylodiscite infectieuse (SDI) :

- Une des nombreuses causes de rachialgies
- Un problème d'actualité du fait de leur impact
- 2 à 4% de l'ensemble des ostéomyélites
- Une augmentation de son incidence ces dernières années

Objectif:

Décrire les manifestations articulaires survenues au cours de la SDI

Patients et méthodes:

- Etude rétrospective descriptive
- 28 cas de SDI colligés dans le service de médecine interne de l'hôpital Sahloul de Sousse
- Période d'étude : 16 ans (de janvier 2000 à décembre 2015)

Résultats:

- 28 malades
- L'âge moyen : 58,7 ans
- Le sex-ratio H/F : 0,87
- Délai entre l'apparition des premiers signes cliniques et l'hospitalisation : 3,4 mois en moyenne
- Des rachialgies : 26 patients (92,8%) => inflammatoires dans 50 % des cas
- La fièvre : retrouvée dans 75% des cas
- Les signes neurologiques : présents dans 46,5% des cas, dominées par les radiculalgies
- **A la biologie** : un syndrome inflammatoire chez tous les patients
- **A l'examen physique** :
 - anomalie de la statique rachidienne chez 7 patients (25% des cas), à type de scoliose dans 4 cas (14,3%) et d'exagération de la lordose lombaire dans 2 cas (7,1%)
 - Douleur à la palpation des apophyses épineuses : 19 malades soit 67,8% des cas
 - L'étude de la mobilité rachidienne : raideur rachidienne chez 14 patients soit 46,4% des cas

A la radiologie:

- La radio standard du rachis : était réalisée chez tous les patients et avait montré des signes radiologiques d'une SDI dans 53,6%
- Le pincement discal est le signe le plus fréquent 28,6% suivi par les irrégularités des plateaux vertébraux.
- La TDM rachidienne était réalisée chez 19 patients soit 67,8 % et elle était en faveur d'une SDI dans 18 cas soit 94,7%.
- L'IRM :
 - ➔ examen de choix pour le diagnostic
 - ➔ pratiquée chez 19 malades soit 67,8%
 - ➔ avait confirmée le diagnostic dans tous les cas
 - ➔ avait pu détecter la localisation de la SDI
- L'atteinte lombaire : la plus fréquente, trouvée dans 50% des cas
- La ponction -biopsie disco-vertébrale : pratiquée dans 25% des cas et elle avait permis le diagnostic étiologique dans 28,6% des cas
- L'origine brucellienne était la plus prédominante avec 39,3%, suivie par la SDI à pyogène dans 28,6% et tuberculeuse dans 25% des cas.
- Dans deux cas, le germe n'était pas mis en évidence.

Discussion:

Les SDI correspondent à l'infection du disque intervertébral et des corps vertébraux adjacents. La douleur rachidienne était le symptôme le plus fréquent (99 %), tel est le cas dans notre étude. La radiographie standard est pathologique dans 77 % des cas (53,6% dans nos résultats). L'IRM constitue l'examen de choix pour le diagnostic des SDI en raison de sa sensibilité et de sa spécificité. La localisation lombaire est la plus fréquente (63 %). L'origine tuberculeuse était la plus fréquente en Tunisie vue qu'on est un pays endémique, mais ces dernières années le profil bactériologique des infections disco-vertébrales sont entrain de changer et la tuberculose est actuellement en régression.

Conclusion:

- Toute rachialgie segmentaire fébrile ou non, accompagnée de signes de compression neurologique ou non doit évoquer une SDI et impose de faire une radiographie.
- Vu la gravité des séquelles engendrées par une SDI évoluée, il est impérieux de faire un diagnostic précoce afin de garantir un meilleur pronostic.

Titre: oligoarthritis à salmonella ser enteritidis compliquant un lymphome hodgkinien

Auteurs: S.Ousehal, K.Nassar, S.Janani, W.Rachidi. O. Mkinsi

CHU Ibn ROCHD CASABLANCA MAROC

Introduction :

Les infections à Salmonelles non typhiques sont rarement de localisation ostéoarticulaire. Elles sont favorisées par certaines pathologies sous-jacentes dont les hémopathies malignes.

Nous rapportons le cas d'un patient suivi pour un lymphome hodgkinien, et qui a présenté une oligoarthritis avec isolement du salmonella ser enteritidis dans une articulation.

Observation :

- Mr B.S. âgé de 35 ans, suivi depuis 3 ans pour un lymphome hodgkinien stade 4, sous chimiothérapie à base de vinblastine, a présenté un tableau d'oligoarthrite des genoux et de l'épaule gauche d'apparition concomitante et dans un contexte fébrile, sans autres signes d'appel notamment digestif.
- Le bilan biologique a montré une anémie normochrome normocytaire à 11g/dl sans anomalies des autres lignées, une VS à 90mm et une CRP à 275 mg /L.
- La ponction du genou faite à 2 reprises a objectivé un liquide purulent avec un taux de globules blancs à 8320 /mm³ puis à 42000/mm³, dont 95% étaient des polynucléaires neutrophiles, avec isolement du salmonella ser enteritidis à la culture. Le même germe a été isolé à la coproculture prouvant la porte d'entrée.
- La radiographie des genoux et de l'épaule gauche n'a pas objectivé d'anomalie. L'IRM des 2 genoux a montré une synovite bilatérale et un infarctus ostéomédullaire diaphyso-metaphyso-epiphysaire supérieur associé à une ostéonécrose epiphysaire fémorale en bilatérale.
- Le patient a été mis sous antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme avec bonne évolution clinique aux 3 sites, et une bonne évolution biologique, réconfortant le diagnostic d'oligoarthrite infectieuse à salmonella.

Discussion et conclusion :

- Les manifestations ostéo-articulaires des lymphomes hodgkiniens regroupent de nombreux tableaux cliniques dont les mécanismes pathologiques sont variés, elles sont nettement dominées par les infections et la goutte.
- La localisation ostéoarticulaire du salmonella ser enteritidis est rare, les arthrites étant plus rares que les ostéomyélites et souvent secondaire à une bactériémie. Parmi les cas publiés, on retrouve essentiellement des monoarthrites du genou, de la hanche et de l'épaule.
- L'atteinte multifocale n'est pas de règle.
- Les arthrites à salmonella au cours du lymphome hodgkinien sont rares, les localisations multifocales sont exceptionnelles, constituant la particularité de notre cas clinique.

Spondylodiscite infectieuse polymicrobienne: un défi diagnostique

Boudokhane M, Mahmoud I, Saidane O, Ben tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Contexte :

En cas d'évolution trainante de la spondylodiscite infectieuse, une deuxième enquête infectieuse est nécessaire. Ces cas correspondraient à une spondylodiscite à double germe. Aucun incident n'a été noté dans le déclin de la PBDV. Tous les patients avaient un résultat favorable après l'adaptation des antibiotiques et après un suivi d'au moins deux ans.

Observations :

- La première observation était celle d'une SPDI présumée à Staphylocoque aureus retenue devant la positivité des prélèvements cutanés à ce germe. Devant l'évolution trainante, la PBDV était réalisé. l'étude bactériologique a permis d'isoler deux germes Staphylocoque aureus et protèus mirabilis. L'adaptation de l'antibiothérapie a permis d'avoir une évolution favorable sans séquelles.

- La deuxième observation était celle d'un patient présumé avoir une SPDI brucellienne devant la forte positivité de la sérologie de Wright. L'évolution sous doxycycline-Rifadine était initialement efficace. Trois mois plus tard, le patient a présenté une recrudescence des douleurs et une reprise de la fièvre. A la biologie, une réascension des stigmates de l'inflammation a été noté. Une PBDV a été alors réalisée. Une deuxième enquête infectieuse a été entreprise. L'aspect du fragment de biopsie était non spécifique, mais les hémocultures étaient positives à Klebsiella oxytica. Une antibiothérapie efficace a été mise en route.

Conclusion:

Notre étude a montré la valeur de l'enquête infectieuse dans le diagnostic de la SDPI. Il doit être effectué avant le début de l'antibiothérapie et refaite en cas d'échec thérapeutique.

Mots clés : spondylodiscite, infection polymicrobienne, enquête infectieuse.

Arthrites septiques : aspects cliniques et bactériologiques dans une population du sud du Maroc

M.SAMIH, S Ait Malek, P.CHARDENE, L.HABIBI, S.ERRAFIA, I.EL BOUCHTI

Service de rhumatologie CHU Mohammed VI MARRAKECH MAROC

Introduction :

- Arthrite septique: urgence médicale en raison d'une mortalité et d'une morbidité élevées en cas de retard diagnostique et de prise en charge.
- La ponction articulaire et la mise en culture du liquide synovial sont la clé du diagnostic.
- L'objectif de ce travail est de déterminer la prévalence des arthrites septiques, les caractéristiques cliniques, biologiques, bactériologiques et évolutives dans une population du sud du Maroc.

Patients et méthodes :

- Etude transversale effectuée au service de rhumatologie sur une période de 12 ans (2006-2018).
- Tous les patients admis au service pour arthrite septique ont été inclus. Les données démographiques, cliniques, biologiques, bactériologiques, radiologiques et évolutives ont été recueillies et analysé sur le logiciel SPSS version 20.

Résultats :

- Cent trente-deux patients ont été inclus dont l'âge moyen était de 41.5 ± 19.02 ans avec une légère prédominance masculine (70 hommes vs 62 femmes).
- Les formes mono-articulaires étaient prédominantes (70.5%) suivies de formes oligo-articulaires (18.2%) puis de celles poly-articulaires (11.4%).
- La majorité des arthrites septiques était d'installation aiguë (86.4%) et une impotence fonctionnelle était retrouvée chez 80.3% des patients.
- Une porte d'entrée a été identifiée dans 68.9% des situations.
- Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 97.7% des cas et la CRP était élevée chez 85.6% des patients.
- L'exploration radiologique était normale chez 60.8% des sujets.
- La bactériologie était positive dans 33.3% seulement des cas (n=44). Les germes isolés étaient : Staphylococcus aureus (9.7%), Mycobacterium tuberculosis (6.5%), les BGN (6.4%), les streptocoques (4%) et le gonocoque (2.4%). Une origine parasitaire a été rapportée dans un seul cas (Figure1).

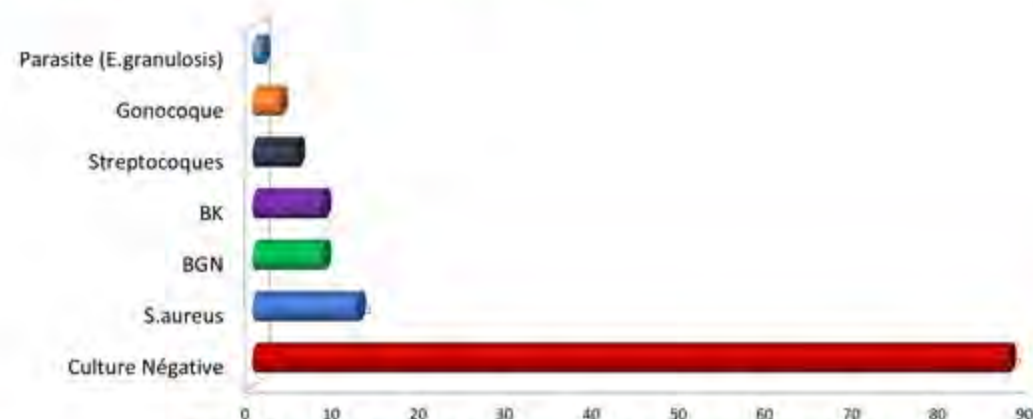


Figure 1: Répartition des souches isolées sur liquide articulaire

Discussion :

- Le diagnostic de certitude d'une authentique arthrite septique repose sur la mise en évidence d'un germe en culture du liquide articulaire. En absence d'une preuve bactériologique, le diagnostic d'une arthrite septique est purement présomptif.
- Dans ce travail, l'étude bactériologique est restée négative chez 66.7 % des patients considérés comme ayant une arthrite septique et traités en conséquence.
- Dans la littérature, la proportion des cultures négatives varie de 7% à 43% selon les séries. Ces variations peuvent s'expliquer par des différences dans la qualité des examens bactériologiques, dans le recrutement des malades, dans les habitudes locales et dans le délai de mise en route de l'antibiothérapie

Conclusion :

- Réaliser des prélèvements du liquide synovial et du sang est fondamental dès la suspicion d'arthrite septique et avant toute prescription d'antibiotiques.
- Le meilleur moyen de minimiser la proportion de malades ayant une arthrite septique à cultures négatives consiste à garantir la bonne qualité des examens bactériologiques.

Ténosynovite et atteinte de petites articulations des mains au cours du syndrome post streptococcique de l'adulte: à propos d'une observation

Fhima F, Hachfi H, Ben Chekaya N, Feki I, Ardhaoui M, Younes M

Service de rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

- Le syndrome post streptococcique (SPS) de l'adulte est relativement rare et pose des difficultés diagnostiques en l'absence de critères spécifiques.
- Comme chez l'enfant, l'arthrite est caractérisée par l'atteinte des grosses articulations, fugace et migratrice.
- Nous rapportons un cas de SPS avec des atteintes inhabituelles des petites articulations des mains et des ténosynovites.

Observation :

- Une femme âgée de 33 ans
- Aux antécédents d'angines à répétition
- Hospitalisée pour prise en charge de polyarthralgie de grosses articulations, migratrice et fugace, associée à un érythème noueux
- Le diagnostic retenu était un SPS sans cardite, porté devant :
 - la présence d'arthralgie
 - le syndrom inflammatoire biologique
 - et le taux élevé des ASLO
- La patiente était traitée par l'aspirine à la dose de 4 grammes par jours pendant 15 jours associée à l'antibioprophylaxie avec une bonne évolution clinique et biologique.
- Un an plus tard, elle consultait pour une rechute de sa maladie.
- L'examen trouvait : un érythème noueux, une synovite au niveau de la 2^{ème} et de la 3^{ème} articulations métacarpophalangiennes droites avec tuméfaction de la face palmaire des doigts de la main droite.
- De plus elle avait un choc rotulien gauche.
- À la biologie, elle avait un syndrome inflammatoire biologique et un taux élevé des ASLO.
- La radio des mains était sans anomalies.
- Un bilan immunologique était revenu normal.

- L'échographie articulaire de la main droite montrait :

- une ténosynovite des tendons fléchisseurs du 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} doigts
- un discret épanchement de la 3^{ème} et de la 4^{ème} IPP



Figure1: épanchement de la 4^{ème} IPP



Figure2: ténosynovite du 2^{ème} et du 4^{ème} doigts droits

- La patiente était mise sous corticothérapie à la dose de 0,5 mg/kg/j avec une dégression progressive. L'évolution était marquée par une amélioration clinique et biologique.

Discussion :

Le SPS est une pathologie post-infectieuse dont les conséquences sont soit une atteinte articulaire disparaissant sans séquelles, soit une atteinte inflammatoire de l'endocarde. Le début est articulaire dans tous les cas. Les manifestations articulaires sont à type de polyarthralgie fugace et mobile, une polyarthrite fixe et une oligoarthrite. L'atteinte des petites articulations des mains se voit dans un tiers des cas alors que la ténosynovite est une manifestation non encore décrite dans la littérature.

Conclusion :

L'atteinte articulaire est la principale manifestation du SPS, faite essentiellement de polyarthralgie fugace et mobile, et plus rarement l'atteinte de petites articulations des mains. Notre cas rapporte la survenue inhabituelle d'une ténosynovite au cours du SPS mettant en question le diagnostic. Les auteurs vont discuter ces manifestations atypiques à travers les données de la littérature.

Particularité chez le nouveau née de l'arthrite septique de l'épaule : forme pseudo paralytique A propos de quatre cas et revue de la littérature

Akreml M.S.E , Boussetta R. , Saïed W. , Zairi M. , Msekni A. , Mansia K. , Bouchoucha S. , Nssib M.N.

Service d'orthopédie infantile hôpital Bachir Hamza Tunis

Introduction :

Les arthrites septiques de l'épaule chez le nouveau née est une entité rare .leur voie de contamination est essentiellement hématogène vue le terrain fragile . Leur évolution est dominé par le risque de séquelle vu le retard diagnostique devant un tableau clinique trompeur , Nous rapportant le cas de quatre arthrites septique de l'épaule en forme pseudo paralytique du nerfs radial .

Cas clinique

observation1 : nouveau né de 1 mois, chez qui le diagnostic de POPB gauche était posé par son pédiatre et une rééducation a été entamée. elle était adressée à nos urgences pour arthrite septique de la hanche droite. à l'examen clinique l'épaule était douloureuse à la mobilisation, vu le contexte une radiographie a été demandé qui a montré une lyse épiphyso-métaphysaire de l'épaule gauche et une luxation de la hanche droite, le bilan était perturbé, l'échographie montrait un épanchement au niveau des deux articulations.

observation 2: nouveau né de 40 jours adressé à la consultation pour LCH droite et POPB droite. l'examen trouvait une impotence du membre inférieur et supérieur droit, avec douleur à la mobilisation. les explorations biologiques et l'imagerie étaient en faveur d'une ostéo-arthrite de l'épaule et une luxation septique de la hanche, confirmées par les prélèvement bactériologiques per opératoire.



Radiographie standard montrant une lyse épiphyso-métaphysaire de la tête humérale et luxation septique hanche droite

observation3 : nouveau né de 21 jours adressé à la consultation pour POPB gauche, l'examen clinique a montré une impotence fonctionnelle du membre supérieur avec douleur à la mobilisation, sans paralysie motrice ou sensitive, le bilan radiographique a montré une ostéoarthrite de l'épaule, le bilan inflammatoire était perturbé avec présence d'épanchement à l'échographie. en per opératoire la lésion épiphysaire dépassait les 50%.



Observation 4 : nouveau né âgé de 20 jours de vie consulte pour asymétrie de la mobilité des deux membres supérieure avec à l'examen : température à 37.8° , déficit d'extension du poignet et des doigts avec aspect de main tombante à l'inspection . Absence de syndrome inflammatoire biologique avec à la radiographie standard présence de géode épiphysaire . Le prélèvement per opératoire confirme l'arthrite septique de l'épaule .



Radiographie standard montrant une géode osseuse de la tête humérale gauche à un mois d'intervalle

Discussion

Les ostéo-arthrites de l'épaule du nouveau-né sont rares. Leurs signes fonctionnels et physiques sont variables, et peu spécifiques, ce qui prête à confusion avec d'autres pathologies de l'épaule à cet âge, notamment la paralysie obstétricale du plexus brachial. Son installation insidieuse après un intervalle libre oriente vers l'infection. Le recours aux examens complémentaires permet d'étayer l'atteinte septique ostéo-articulaire de l'épaule. En effet, les radiographies standard peuvent être normales ou montrer une infiltration des parties molles péri-articulaires dans la phase initiale de la maladie ou des anomalies osseuses après 10 à 16 du début de la symptomatologie. Le bilan inflammatoire est souvent perturbé. L'échographie de l'épaule est un examen clé. En fait, elle permet de mettre en évidence, notamment un épanchement intra articulaire, un épaississement associé à une hyperhémie de la synoviale ou décollement sous-périosté...

Un tableau clinique douteux amène souvent à pratiquer une scintigraphie osseuse, qui permet de mettre en évidence des atteintes multifocales ou une IRM. La confirmation du diagnostic reste bactériologique. Le staphylocoque aureus est le germe le plus isolé à cet âge.

Le traitement des infections ostéo-articulaires de l'épaule se base sur le drainage chirurgical et l'antibiothérapie. Cette dernière doit être précoce, efficace, prolongée, empirique puis adaptée en fonction du germe . L'association amoxicilline/acide clavulanique et aminoside est fortement recommandée.

Conclusion

Devant la gravités des séquelles fonctionnelle d'un retard diagnostique d'une arthrite septique de l'épaule il est recommandé de recourir aux examens complémentaires devant toutes suspicion clinique .

Références

- *Les ostéoarthrite du nouveau née H. GOURINDA *, S. HAMDANI **, N.L. BOUAZZAQI
- *les arthrites septiques périphériques à germes banals. Etude d'une série de 179 observations : Le Dantec, F Maury
- *Infections bactériennes ostéoarticulaires du nourrisson et de l'enfant : expérience sur un an S.TimsitS,PannierBC.GlorionbG.Chéron

Arthrite septique à Candida chez un jeune immunocompétent

Boudhar E., El guich A., Youssoufi T., Haddani F., Hassikou H.

service de rhumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes, Maroc

Introduction :

Parmi les causes d'arthrite septique, l'arthrite fongique est peu fréquente et est le plus souvent causée par l'espèce Candida. L'arthrite à Candida se développe le plus souvent comme une complication d'une candidose disséminée. On sait cependant peu de choses sur les paramètres cliniques, les caractéristiques de laboratoire, les caractéristiques radiologiques ou la gestion de ces paramètres.

Observation :

Il s'agit d'un patient de 40 ans, ayant comme antécédents une tuberculose ganglionnaire au 5^{ème} mois du traitement, hospitalisé pour bilan d'une douleur avec impotence fonctionnelle du coude droit évoluant depuis 1 mois dans un contexte d'apyrexie. L'examen clinique général trouve un patient conscient, apyrétique et stable sur le plan hémodynamique, l'examen ostéoarticulaire objective un flessum, tuméfaction douloureuse des parties molles de l'avant-bras avec limitation des mouvements actifs et passifs du coude droit, le reste de l'examen était sans particularité en dehors de trois adénopathies cervicales infracentimétriques.

Le bilan initial de biologie non spécifique trouve une numération formule sanguine normale, une protéine c réactive élevée à 27mg/l, une vitesse de sédimentation accélérée à 82mm la première heure avec une fonction rénale et une fonction hépatique normales.

Sur le plan morphologique, le scanner du bras droit sans injection du produit de contraste a objectivé une lésion lytique du condyle huméral interne avec collection des parties molles en faveur d'une ostéoarthritis. Devant ce tableau clinique et les antécédents pathologiques du patient, une origine tuberculeuse de l'arthrite avec rechute ou une résistance au traitement anti tuberculeux était évoquée. Cependant le bilan complémentaire n'était pas en faveur. Une biopsie chirurgicale du coude droit avec prélèvement bactériologique était faite. L'étude d'anatomie pathologique a objectivé une réaction granulomateuse épithélioïde et géant cellulaire sans nécrose caséuse.



L'analyse cyto bactériologique avec culture a permis de mettre en évidence un Candida spp. La culture sur milieu de Lowenstein-Jensen était stérile après 40 jours d'incubation à 37 degrés. La recherche du Mycobacterium tuberculosis par PCR en temps réel sur échantillon de la biopsie chirurgicale du coude était négative. Le reste du bilan biologique, essentiellement les sérologies HIV, hépatites C et B étaient négatives. Le diagnostic d'une arthrite à Candida a été retenu et le patient a été mis sous fluconazole 400mg par jour en deux prises avec rééducation fonctionnelle pendant 12 semaines et suivi régulier de la fonction hépatique et rénale. L'évolution clinique du patient était parfaite avec récupération de la quasi-totalité de la fonction de son coude.

discussion :

L'arthrite à Candida spp est une entité clinique rare, la localisation du coude est encore plus rare. Les facteurs prédisposants à l'infection à Candida sont les cathéters intraveineux, la consommation de drogues intraveineuses, l'hyperalimentation parentérale, les tumeurs malignes, les chirurgies multiples, les injections intra articulaires de corticostéroïdes l'utilisation d'antibiotiques à large spectre et les prothèses.

La pathogenèse apparente de la plupart des cas d'arthrite à Candida est celle de la dissémination hématogène à l'articulation. La synoviale des mammifères est richement vascularisée et ne contient pas de membrane basale limitante, facilitant l'accès du sang à l'espace synovial. Par conséquent, l'ensemencement hématogène de Candida peut affecter les articulations normales, Bien qu'une inoculation directe ou une extension à partir d'une région adjacente de l'infection puissent également se produire.

Les arthrites à Candida touchent le plus souvent le genou (67% des cas), la hanche et l'épaule, bien que la cheville et d'autres articulations soient affectées. Les symptômes cliniques comprennent la douleur, l'impotence fonctionnelle et une amplitude de mouvement limitée. Les articulations touchées sont enflées, douloureuses et chaudes.

L'examen histologique de la synoviale infectée révèle une infiltration de cellules histiocytaires et mononuclées et une fibrose. Des granulomes sont rarement présents. L'analyse du liquide synovial dans l'arthrite à Candida est caractérisée par une réponse inflammatoire aiguë avec une prédominance de neutrophiles, cependant, ce n'est pas spécifique. L'examen direct du liquide synovial par coloration de Gram ne permet la visualisation de l'organisme que dans 20% des cas, alors que les meilleurs résultats sont obtenus avec la culture du liquide synovial ou de tissus (synovial ou osseux). Les hémocultures sont souvent négatives.

L'examen radiologique révèle un gonflement non spécifique des tissus mous, un épanchement articulaire et des modifications articulaires destructives qui ne sont pas spécifiques. Si une prothèse est présente, il peut y avoir des signes de relâchement.

Les recommandations en matière de traitement de l'arthrite à Candida incluent le fluconazole, 400 mg par jour pendant au moins 6 semaines ou une formulation lipidique d'amphotéricine B, 5 mg / kg par jour pendant au moins 2 semaines, suivie de fluconazole pour compléter le traitement. Un débridement chirurgical, parfois de multiples interventions, sont indiqués et les prothèses infectées doivent être retirées. L'utilisation de chimiothérapies antifongiques intra-auriculaires est controversée.

Conclusion :

Ce cas représente une entité clinique importante sur plusieurs niveaux. Tout d'abord les arthrites dues à Candida sont peu fréquentes, celles dues à Candida spp sont rares, et d'autres parts la localisation du coude comme site d'arthrite fongique est très rare. Le traitement des arthrites à Candida fait appel soit au fluconazole, soit à l'amphotéricine B et de ses dérivés. Ce cas clinique peut illustrer la bonne évolution sous fluconazole sans effets secondaires notables.

Localisation bi-articulaire au cours d'une septicémie à *Salmonella Typhi* : Entité rare des arthrites septiques

Elmokhtar A., Znagui T., Haddouk L., Mallat Y., Moalla M., Nouisri L

Service d'orthopédie et traumatologie, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

La localisation articulaire au cours d'une septicémie vient menacer le pronostic fonctionnel du membre atteint. L'arthrite septique à *Salmonella Typhi* (ST) est une entité rare et peu étudiée dans la littérature.

Le but de notre travail est de présenter un cas rare d'une arthrite septique bi-articulaire à *Salmonella Typhi*.

Observation:

Nous rapportons dans notre travail le cas d'un homme âgé de 35 ans qui a été pris en charge pour une septicémie à point de départ digestif au sein du service de médecine interne. L'enquête bactériologique a permis d'isoler un *Salmonella Typhi* dans une série d'hémoculture. L'évolution était marquée par la survenue d'une localisation secondaire du germe au niveau de la hanche gauche et du genou droit avec un diagnostic retenu devant des arguments cliniques et échographiques. Le malade a été traité par une antibiothérapie parentérale adaptée aux données de l'antibiogramme pendant 06 semaines relayée par voie orale pendant 06 semaines avec une immobilisation articulaire sans recours au drainage chirurgical.

L'évaluation du résultat de cette prise en charge était basée sur l'analyse des profils radio-cliniques des articulations et leurs retentissements sur la vie quotidienne du malade.

Résultats:

Le malade a gardé toujours des douleurs d'horaire inflammatoire d'aggravation progressive. La normalisation des marqueurs biologiques était obtenue après 04 semaines du traitement. L'évolution ultérieure était marquée par la détérioration progressive de la fonction articulaire concernant essentiellement la hanche avec des retentissements majeurs sur la vie quotidienne et un score PMA calculé à 11/18. La radiologie standard a montré une atteinte destructrice de l'articulation coxo-fémorale avec une atteinte moins importante au niveau du genou. Le malade a eu un remplacement prothétique total de sa hanche gauche avec bon résultat fonctionnel à 02 ans post opératoire.



Discussion:

L'arthrite à ST concerne essentiellement des sujets immunodéprimés. Les sujets prédisposés aux atteintes extra-digestives des ST sont ceux atteints de drépanocytose ou d'autres hémoglobinopathies, d'hémodialyses, de diabète, de collagénose, de SIDA, traités par chimiothérapie antinéoplasique ou par corticothérapie, ou ayant subi une intervention sur le tractus digestif [1,2]. L'atteinte articulaire est en général secondaire à une bactériémie ou à une extension d'un foyer adjacent d'ostéomyélite [3]. Parmi les cas publiés, on retrouve essentiellement par ordre de fréquence décroissante, des monoarthrites du genou, de la hanche et de l'épaule. L'infection de localisation coxo-fémorale semble associée à un mauvais pronostic [3]. L'antibiothérapie seule même adaptée et des doses efficaces n'est jamais satisfaisante pour stériliser l'articulation sans lavage et drainage chirurgical [1,3].

Conclusions:

L'arthrite septique de la hanche à *Salmonella Typhi* est une entité rare. Sa prise en charge est similaire aux autres entités et doit être rapide et adéquate pour diminuer le risque des séquelles évolutives.

Références:

- [1]: El Guedj, M., et al. "Arthrite sévère des deux hanches due à *Salmonella typhimurium* chez une patiente non-immunodéprimée." *Médecine et maladies infectieuses* 26.10 (1996): 858-860.
- [2]: COHEN J.I., BARTLETT J.A., COREY G.R. - Extra intestinal manifestations of *Salmonella* infections. *Medicine*. 1987 ; 4 : 349-85.
- [3]: MEDINA F, FRAGA A., LAVALLE C. - *Salmonella* septic arthritis in systemic lupus erythematosus. The importance of chronic carrier state. *J Rheumatol*. 1989 ; 2 : 203-8.

Les complications neurologiques au cours des spondylodiscites infectieuses

Ben Ammar L., Ben Tekaya A., Tekaya R., Saidane O., Mahmoud I., Abdelmoula Leila

Service de Rhumatologie., Hôpital la Charles Nicolle, Tunis, Tunisie.

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse (SPDI) est une infection touchant le disque inter-vertébrale et les vertèbres adjacentes. Il s'agit d'une infection grave qui peut entraîner des complications neurologiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le but de cette étude est de décrire les différentes manifestations neurologiques des SPDI dans une série de 107 cas.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 107 patients admis dans notre service sur une période de 20 ans [1998-2018]. Le diagnostic de SPDI était retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

Résultats :

Notre population se compose de 58 hommes (54,2%) et de 49 femmes (45,8%) avec un âge moyen de 55 ans [16-86].



Figure 1: Siege de la SPDI

Figure 2: Etiologie

Manifestations neurologiques	Valeurs
Radiculalgies	42,9%
Anomalies des reflexes	11,2%
Déficit moteur	0,9%
Parésie	1,8%
Sd de la queue de cheval	2,8%
Compression médullaire	3,7%

Figure 3:
Manifestations
neurologiques



Figure 4: Type de radiculalgies

Figure 5: caractéristiques des lombosciatiques

La compression médullaire objectivée par l'IRM médullaire était observée dans 20,5% des cas. Une chirurgie décompressive était pratiquée dans 2,8% des cas.

Un patient présentant une compression médullaire traitée chirurgicalement est décédé, il s'agissait d'une spondylodiscite à *Staphylococcus aureus*.

Discussion :

La SPDI est infection grave, s'observant à tout âge mais principalement chez le sujet âgé avec une médiane d'âge de 65ans. Le rachis lombaire est l'étage le plus touché suivi du rachis dorsal puis du rachis cervical. Les manifestations neurologiques sont présentes dans environ le tiers des cas dominées par les radiculalgies. Les compressions médullaires sont observées dans environ 10% des cas [1]. L'IRM l'examen de choix pour faire le bilan des lésions neurologiques [2]. Les signes neurologiques non déficitaires régressent habituellement sous traitement antibiotique. Un geste chirurgical s'impose en urgence en cas de déficit radiculaire ou médullaire [3].

Conclusion:

Les complications neurologiques sont fréquentes dans notre population. La SPDI est une urgence thérapeutique pouvant être à l'origine de complications neurologiques mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce, d'une prise en charge adéquate et d'un suivi stricte et régulier.

Références:

- [1] Hadjipavlou, Alexander G., MD^{*}; Mader, Jon T., MD¹; Necessary, Jeff T., PA-C^{*}; Muffoletto, Anthony J., MD^{*}. Hematogenous Pyogenic Spinal Infections and Their Surgical Management. Spine: July 1, 2000 - Volume 25 - Issue 13 - p 1668-1679
- [2] Benhamou M, et al. L'IRM a-t-elle un intérêt dans le suivi des spondylodiscites infectieuses à pyogènes ? Presse Med. (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.03.020>
- [3] Primary infectious spondylitis, and following intradiscal procedure, without prothesis. Recommendations. Med Mal Infect. 2007;37:573-83

Quel profil bactériologique des Spondylodiscites multifocales ?

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

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

Introduction :

Les spondylodiscites infectieuses (SPDI) représentent 2 à 4% des infections ostéo-articulaires [1]. Leur incidence est en constante augmentation. Les formes multifocales, apanage des sujets immunodéprimés, restent en revanche rares. L'objectif de notre étude est de décrire les aspects cliniques, biologiques, radiologiques et thérapeutiques de la SPDI multifocale.

Matériels et méthodes :

Il s'agit de 24 cas de SPDI multifocales colligées dans un centre de rhumatologie sur une période de 20ans [1998-2018]. Le diagnostic est retenu en se basant sur des données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques.

Résultats :

Les résultats trouvés sont résumés dans les figures suivantes:

Caractéristiques générales	Valeurs
Hommes/Femmes	13/11 cas
Âge moyen	57 ans [26-78]
Diabète	5 cas
Durée moyenne d'évolution	3 mois [0.33-24]

Figure 1: Caractéristiques générales

Caractéristiques cliniques	Nombre de cas
Rachialgies	24
Altération de l'état général	17
Fièvre	10
Radiculalgies	10
Déficit moteur	1
Anomalies des reflexes	3

Figure 3: Caractéristiques cliniques

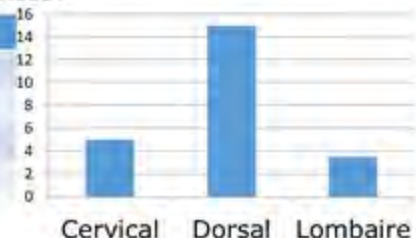


Figure 2: Sièges



Figure 4: Focalité



Figure 5: Etiologies

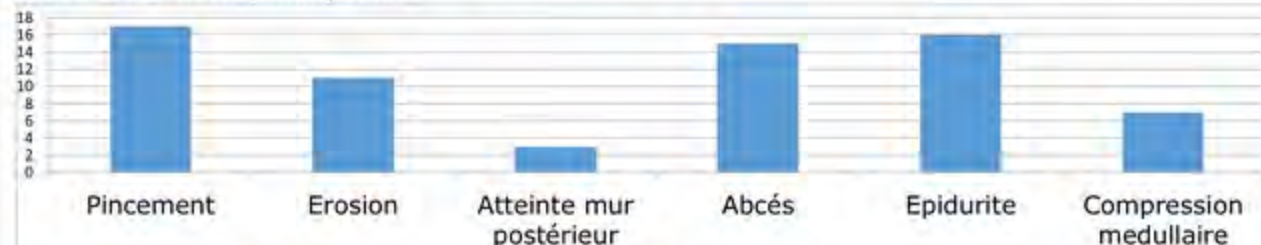


Figure 6: Anomalies au scanner et à l'imagerie par résonance magnétique

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement par antibiothérapie et 3 patients ont eu un geste chirurgical.

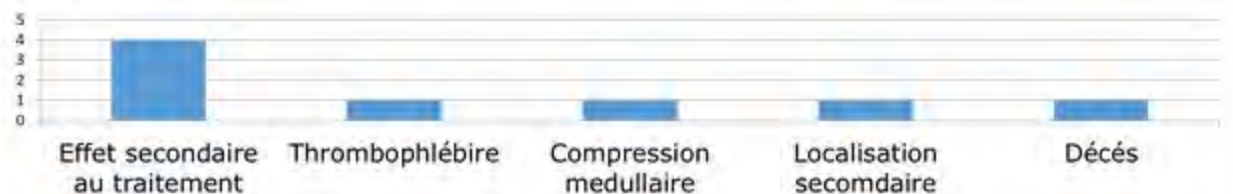


Figure 7: Complications

Discussion:

La SPDI est l'infection d'un disque inter-vertébral et des plateaux vertébraux adjacents. L'atteinte multifocale est rare et se voit surtout chez les patients immunodéprimés. Elle est classiquement due à des organismes granulomateux comme le Mycobacterium tuberculosis, brucella et des espèces fongiques plus rarement à pyogènes [2]. L'IRM est l'examen de choix pour mettre en évidence les SPDI multi-étagée et faire le bilan des lésions [1].

Conclusion:

La SPDI multifocale est rare et se voit surtout chez le sujet immunodéprimé. En revanche notre étude a montré qu'elle peut également survenir chez des sujets immunocompétents. L'origine tuberculeuse était prédominante.

Références:

- [1] Benhamou M, et al. L'IRM a-t-elle un intérêt dans le suivi des spondylodiscites infectieuses à pyogènes ? Presse Med. (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2017.03.020>
[2] Teo, M., Trivedi, R. & Murphy, M. Acta Neurochir (2010) 152: 471. <https://doi.org/10.1007/s00701-009-0355-9>

Les spondylodiscites infectieuses cervicales : à propos de 9 cas

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

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

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse (SPDI) est une urgence thérapeutique et constitue un problème d'actualité. Elle peut toucher les différents étages du rachis. L'étage cervical peut être atteint dans 3 à 15% des SPDI. Notre étude vise à étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques ainsi que les modalités de prise en charge et le pronostic des SPDI cervicales.

Matériels et méthode :

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective portant sur 107 cas de SPDI hospitalisées dans notre service entre 1998 et 2018. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques ont été recensés.

Résultats :

Les différentes caractéristiques sont résumés dans ces figures:

Populations	Valeurs	Facteurs de risque	Nombre de cas
Nombre total de patients	107	Diabète	3
Nombre de SPDI cervicales	9	Chirurgie extra-rachidienne	2
Âge moyen	58ans [46-75ans]	Polyarthrite rhumatoïde	1
Femmes/Hommes	5/4	Comptage tuberculeux	2

Tableau 1: Caractéristiques des la population

Tableau 2: Facteurs de risque

Caractéristiques cliniques	Valeurs
Durée moyenne d'évolution	2mois
Horaire inflammatoire	7 cas
Altération de l'état général	6 cas
Fièvre	2 cas
Radiculalgies	4 cas
Anomalies des reflexes	2 cas
Compression médullaire	1 cas

Tableau 3:
Caractéristiques cliniques

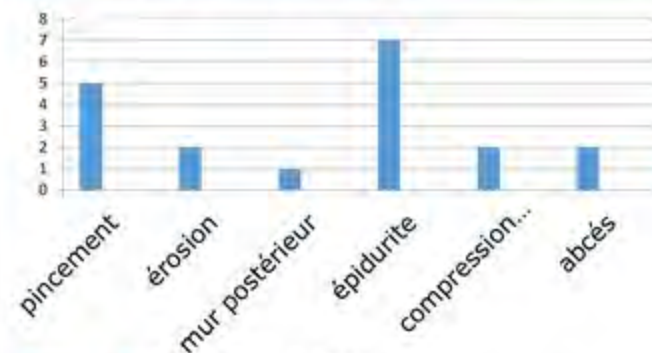


Figure 4: Anomalies à l'IRM



Figure 5: Etiologies

Une biopsie disco-vertébrale était réalisée chez 6 patients et était contributive dans 4 cas. Le recours à la chirurgie était nécessaire réalisée chez deux patients : un drainage d'abcès (1cas) et une chirurgie décompressive devant une compression médullaire (2 cas). L'évolution défavorable avec décès chez un patient ayant une polyarthrite rhumatoïde avec compression médullaire.

Discussion :

La SPDI est une infection du disque intervertébral et des plateaux vertébraux adjacents. Elle affectent surtout le rachis lombaire suivi par le rachis dorsal. L'atteinte du rachis cervical est plus rare et touche surtout le rachis cervical inférieur [1]. Les SPDI cervicales présentent un risque neurologique élevé pouvant mettre en jeu le pronostic vital et fonctionnel. L'IRM est l'examen de choix permettent une évaluation précise des lésions et une IRM du rachis entier est recommandée dans tous les cas afin de ne pas rater une SPDI multi-étagée [3].

Conclusion:

La SPDI est une infection ostéo-articulaire potentiellement grave d'autant plus si elle touche l'étage cervical en raison du haut risque de complications neurologiques parfois fatales. Une prise en charge rapide et adéquate est nécessaire avec une surveillance stricte.

Références:

- [1] Heyde, C.E., Boehm, H., El Saghir, H. et al. Eur Spine J (2006) 15: 1380. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-0191-z>
[2] Shousha, Mootaz, MD; Boehm, Heinrich, MD. Surgical Treatment of Cervical Spondylodiscitis: A Review of 30 Consecutive Patients. Spine: January 01, 2012 - Volume 37 - Issue 1 - p E30-E36

Caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives des spondylodiscites infectieuses à pyogène

Ben Ammar L, Ben Tekaya A, Tekaya R, Saidane O, Mahmoud I, Abdelmoula Leila

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse (SPD) est une urgence thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital, mais aussi fonctionnel du patient. Nous proposons d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques ainsi que la prise en charge thérapeutique et le pronostic des SPD à pyogènes.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 21 cas de SPD à pyogènes colligés dans un service de rhumatologie sur une période de 20ans [1998-2018]. Les données cliniques, biologiques, radiologiques et bactériologiques ont été recueillies.

Résultats :

Les résultats retrouvés sont résumés dans les figures suivantes:

Caractéristiques de la population	Valeurs	Caractéristiques clinico-biologiques	Nombre de cas
Hommes/Femmes	17/4 cas	Rachialgies	21
Âge moyen	56 ans [29-80]	Horaire inflammatoire	14
Diabète	7 cas	Fièvre	11
		Altération de l'état général	10
		Radiculalgies	8
		Compression médullaire	1
		Syndrome inflammatoire biologique	19

Figure 1: Caractéristiques générales



Figure 2: Siège



Figure 3: Caractéristiques cliniques et biologiques

Figure 4: Anomalies au scanner et à l'imagerie par résonance magnétique

L'atteinte était multifocale dans 4 cas.

La biopsie scanno-guidée était pratiquée dans 19 cas et était contributive dans 12 cas.

Un germe était isolé dans 11 cas. Le germe le plus impliqué était le *Staphylococcus aureus* dans 4 cas.

Tous les patients ont reçu une antibiothérapie d'au moins 6 semaines et 3 patients ont bénéficié d'un geste chirurgical, il s'agissait de deux chirurgie décompressive et un drainage d'abcès.



Figure 5: Complications

Discussion:

Les SPD infectieuses représentent 2 à 4% des infections ostéo-articulaires [1], dominées par les SPD à pyogènes dont l'incidence ne cesse d'augmenter en rapport avec une plus grande fréquence des comorbidités et de meilleurs outils diagnostiques. Les SPD à pyogènes sont souvent d'origine hémotogène. Exceptionnellement, elles résultent d'une diffusion par contiguïté à partir d'un foyer de voisinage. Les bactéries Gram + surtout le *Staphylocoque* sont les plus souvent incriminés [2]. Les SPD à bactéries Gram - sont possibles mais plus rares. Le diagnostic étiologique repose sur la mise en évidence du germe par hémoculture, prélèvement d'une porte d'entrée ou par biopsie disco-vertébrale. Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée d'au moins 6 semaines.

Conclusion:

La SPD à pyogènes est une infection sévère dont l'incidence ne cesse d'augmenter. Elle nécessite un diagnostic rapide et une prise en charge adaptée afin d'éviter les complications parfois fatales.

1Références:

- [1] Maiuri F, Iaconetta G, Gallicchio B, Manto A, Briganti F. Spondylodiscitis. Clinical and magnetic resonance diagnosis. *Spine* 1997;22 (15):1741-6.
[2] Kehler, Michala et al. Increasing incidence of pyogenic spondylodiscitis: A 14-year population-based study. *Journal of Infection*, Volume 68, Issue 4, 313 - 320.

Les spondylodiscites tuberculeuses chez les sujets âgés

Bagane N, Zeglaoui H, Baccouché K, Amri N, Bouajina E
Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

La spondylodiscite tuberculeuse est fréquente en Tunisie. C'est une pathologie qui reste d'actualité, en particulier chez les personnes âgées. Le but de ce travail est d'identifier les particularités épidémiologique, clinique, radiologique et pronostique du mal de pott du sujet âgé.

Matériels et méthodes:

C'est une étude rétrospective de 14 ans de spondylodiscite tuberculeuse touchant des patients âgés de plus de 65 ans colligés au service de rhumatologie et au service des maladies infectieuses de Sousse sur une période de 14 ans.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 72.6 ans avec prédominance masculine sex-ratio (7/2). L'ATCD de tuberculose pulmonaire était retrouvé chez 4 patients. Six patients étaient tarés (diabète :3 cas ; HTA : 2 cas ; AGFA :1 cas). Les signes cliniques résumés dans le tableau. Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez 13 cas (92%). Les radiographies standard étaient pathologiques dans 9 cas et évocatrices du diagnostic dans 5 cas. L'IRM effectuée chez 10 patients a montré des signes d'épi durite et abcès prévertébraux dans 6 cas et a permis de poser le diagnostic dans les 10 cas. L'atteinte était lombaire dans 6 cas, dorsale dans 5 cas, cervicale dans 2 cas et bifocale dans 1 cas. Le diagnostic a été retenu sur une épreuve bactériologique et/ou histologique dans 6 cas et sur un faisceau d'arguments pour le reste des patients. Trois patients ont bénéficié de décompression chirurgicale. La durée totale moyenne de traitement était de 12 mois. L'évolution était marquée par l'amélioration des signes clinique et biologiques pour la plupart des patients mais cinq d'entre eux ont gardé des séquelles neurologiques.

Discussion :

La tuberculose reste de nos jours un problème de santé publique majeur. La plupart des cas (95%) de tuberculose de la personne âgée est liés à réactivation de lésions restées dormantes pendant plusieurs dizaines d'années. Le réveil de ces lésions est imputable à des modifications du système immunitaire en relation avec la senescence, notamment le déclin de la capacité à réactiver une immunité acquise antérieurement.

Les spondylodiscite tuberculeuse (ST) sont moins fréquente dans les pays développés par comparaison au pays en voie de développement. Le mal de pott reste fréquent en Tunisie du fait de l'endémicité de la tuberculose (61% des TOA) il touche surtout l'adulte jeune. En revanche, dans les pays développés, l'âge des patients a progressivement augmenté avec le temps. A travers notre étude on a essayé de comparer les caractéristiques cliniques, radiologiques et évolutives chez les patients atteints de ST parmi les sujets âgés. Dans notre série on a noté une prédominance masculine tout comme chez l'adulte. Le délai diagnostique de ST varie entre un mois et quatre ans (15 jours à deux mois dans notre étude) et la douleur rachidienne est le premier signe rapporté dans la majorité des études (comme dans notre série). L'altération de l'état général, la perte de poids, la fièvre souvent nocturne, l'asthénie, l'anorexie la raideur rachidienne et les troubles neurologiques sont les autres signes de la maladie. La VS est souvent augmentée, mais la sensibilité diagnostique est mauvaise. De même la leucocytose n'est pas d'une grande valeur diagnostic et peut être normale ou discrètement augmenté. Le rachis lombaire et thoraciques bas sont les sites le plus souvent touchés., ce qui explique la survenue d'atteinte neurologiques et la nécessité de stabilisation chirurgical du rachis ou décompression. La différence la plus marquée par rapport à l'adulte prélevé par notre étude est la fréquence élevée des complications neurologiques chez les personnes âgées (57% vs 20 à 35%).

Conclusion :

Le mal de pott reste fréquent en Tunisie et avec le vieillissement de la population les sujets âgés sont de plus en plus touchés. La présentation clinique, biologique et radiologique ainsi que certains facteurs de risque permettent de distinguer la ST sujet âgé. Dans cette étude la comorbidité et l'âge avancé semblent influencer le pronostic et l'apparition de complications neurologiques.



Présentation clinique	Nombre de cas / %
Rachialgie	13/98%
Radiculalgie	4/28%
Fièvre	8/57%
AEG	7/50%
Douleur nocturne	3/25%
Signes de compression médullaire	5/37%
STB	1/7%

Spondylodiscite et endocardite à streptocoques gallolyticus

Zeineb Zarrouk (1), Samar Ben Jemaa (1), Amal Hriz (1), Yosr Hentati (2), Rim Akrouf (1), Mariem Ezzeddine (1), Hela Fourati (1), Med Hedi Kallel (1), Zeineb Mnif (2), Sofien Baklouti (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, (2) Service de Radiologie, CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

L'association Spondylodiscite et endocardite infectieuse est exceptionnelle.

La fréquence de cette association est augmentée au cours des infections d'origine streptococcique vu le pouvoir pathogène de ces germes.

Observations:

Mr N.B âgé de 63 ans, a été hospitalisé en février 2018 pour exploration de lombalgies et cervicalgies inflammatoires évoluant depuis 2 mois dans un contexte de fièvre chiffrée à 39°, frissons, sueurs nocturnes et altération de l'état générale. A l'examen, le patient était apyrétique. On a noté une contracture des muscles para vertébraux, une raideur et une douleur rachidienne. Le reste de l'examen somatique était normal et il n'y avait en particulier aucun souffle à l'auscultation cardiaque.



Le bilan biologique a révélé une VS=48 mm, une CRP=36 mg/l et les GB=6360 e/mm³. Les radiographies standards ont montrés un pincement des disques L4-L5 et L5-S1. Une IRM (fig1,1',2,3) a montré un aspect cadrant avec une spondylodiscite au niveau des disques C4-C5, C5-C6, L4-L5 et L5-S1. Dans le cadre de bilan étiologique, on a complété par des hémocultures qui avaient isolé un **streptocoque gallolyticus**. Le patient a été mis alors sous vancomycine (2g/j) et gentamycine (200mg/j).



Des coupes sagittales à l'IRM rachidienne montrant des anomalies de signal vertébral en hypo T1(fig1+1'), hyper T2(fig2) et STIR rehaussé après injection de gadolinium(fig3) de C4, C5, C6, L4, L5 et S1. Pincement des disques C4-C5, C5-C6, L4-L5 et L5-S1 qui sont en hyper-signal T2 rehaussés après injection.

L'échographie cardiaque a montré une **endocardite infectieuse** aortique avec au bilan lésionnel présence de deux végétations de 7 et 12 mm et une perforation de la sigmoïde antéro droite de la valve aortique avec une insuffisance aortique grade 3. Le patient a eu des contrôles échographiques réguliers révélant une extension de l'endocardite à la valve mitrale. Il a nécessité un double remplacement valvulaire.

L'évolution de la Spondylodiscite était favorable sous antibiotiques pendant une durée totale de 3 mois, un contrôle radiologique a objectivé une ostéocondensation des plateaux vertébraux sans atteinte des parties molles.

Discussion :

Les manifestations rhumatismales au cours des endocardites sont observées dans 20-25% des cas, sont largement dominés par les phénomènes d'embolie septique responsable de foyers infectieux ostéoarticulaires. L'association entre spondylodiscite et endocardite infectieuse est encore controversée, allant de 0.6 à 2.2%, lorsque les patients présentant un diagnostic établi de spondylodiscite ont été dépistés pour une endocardite, à 10% à 15%, lorsque les patients présentant une endocardite ont fait l'objet d'études rétrospectives pour le spondylodiscite [1]. Cette association présente quelques particularités, elle est plus fréquente chez les sujets âgés, les diabétiques ou les immunodéprimés. D'un point de vue microbiologique, des streptocoques ont été trouvés chez une grande majorité de patients[2].

Conclusion :

Les patients âgés réagissent différemment au stress des infections à S gallolyticus. Ce germe virulent constitue une cause émergente de septicémie et d'endocardite chez les patients ayant un système immunitaire affaibli. La recherche de cette association s'impose d'autant que le germe responsable est un streptocoque.

BIBLIOGRAPHIE : [1] Soondal Koomar Surrin, MRCP, FRCP, Kee Leong Cheah, MBBS, MRCP Streptococcus Gallolyticus Endocarditis: A Case Report Contrasting the Response in Frail and in Strong Elderly Patients Proceedings of Singapore Healthcare → Volume 20 → Number 2 → 2011
[2] L. Bernard, I. Ghout, B. Marchou, M. Dupon, DTS Groupe, D. Mulleman, A. Dinh Spondylodiscites à pyogène et endocardites infectieuses Posters / Médecine et maladies Infectieuses 44 (2014) 41-44

Rhumatisme de Poncet: Deux nouvelles observations

Daldoul C, Boussaid S, Jemmali S, Boussetta R, Testouri N, Sahli H, Cheour I, Rekik S, Elleuch M.

Service de Rhumatologie La Rabta Tunis

Introduction :

Le rhumatisme de Poncet est une des rares manifestations qui accompagnent une tuberculose active. Il s'agit d'une oligoarthritis ou une polyarthrite aseptique réactionnelle. La revue de la littérature est basée sur des séries de cas.

Nous présentons deux nouveaux cas de rhumatisme de Poncet. À la lumière de ces observations, nous proposons d'inclure la tuberculose dans le diagnostic différentiel et le bilan de la polyarthrite, en particulier dans les régions endémiques.

Cas clinique n°1:

Une femme de 40 ans présente depuis 2 ans des arthralgies inflammatoires touchant les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes, et les genoux. Le bilan initial a montré un syndrome inflammatoire biologique. Le taux des anticorps anti-nucléaires (AAN) était de 1/100. L'anticorps anti-SSB était positif. Le dosage du facteur rhumatoïde et des anti-CCP étaient normaux. Une biopsie des glandes salivaires a été faite montrant une sialadénite stade 2. Le bilan radiologique n'a pas montré d'érosions. Une échographie a été pratiquée montrant une ténosynovite du muscle fléchisseur superficiel des doigts. Une IRM des poignets faite a montré une synovite radio-ulnaire distale sans érosions osseuses. Le diagnostic de lupus érythémateux a été suspecté et la patiente a été mise sous corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg avec dégression progressive. Une TDM thoracique a été demandée dans le cadre des manifestations extra-articulaires de sa maladie, cette TDM a montré une lésion lytique au niveau du corps vertébral de L2. Un complément d'IRM lombaire a été fait montrant l'aspect d'une spondylodiscite L2-L3. Une biopsie disco-vertébrale a été faite révélant à l'examen anatomopathologique une tuberculose osseuse caséo-folliculaire. La patiente a été mise sous traitement antituberculeux (quadrithérapie pendant 3 mois et bithérapie pendant 16 mois). L'évolution a été marquée par la disparition de la polyarthrite au bout de 3 semaines et l'apparition d'un bloc vertébral au bout de 10 mois.

Cas clinique n°2:

Un homme âgé de 38 ans a présenté il y a 2 ans une arthrite tuberculeuse du genou gauche. Il a été traité par quadrithérapie antituberculeuse pendant 2 mois puis par bithérapie pendant 16 mois.

Six mois après avoir complété son traitement, il a présenté des arthralgies inflammatoires touchant le genou droit, les 2 poignets et l'épaule droite associés à une perte de l'appétit et avec à l'examen une arthrite du genou droit a été notée et des nodules cutanés au niveau du dos des 2 mains ont été signalés. Le bilan initial a montré une élévation du taux de la protéine C réactive à 48 mg/dl et un taux des globules blancs à 7300. Les sérologies de la brucellose, de la fièvre typhoïde et du mycoplasme étaient négatives. Une ponction du genou droit a été faite. La culture du liquide articulaire était négative. La culture du liquide articulaire sur milieu de Sabouraud était négative. La recherche de tuberculose sur liquide articulaire par PCR était également négative. La biopsie cutanée des nodules a montré des granulomes épithéloïdes avec nécrose caséuse. Le patient a été mis sous traitement antituberculeux avec disparition de la symptomatologie articulaire.

Discussion:

Le rhumatisme de Poncet constitue une entité originale, parfois controversée, qui peut être évoquée chez les patients souffrant d'arthrites ou d'arthralgies inflammatoires inexplicables, associées à des signes généraux.

Les manifestations cliniques du rhumatisme de Poncet sont variables, de même que les circonstances de sa survenue. Il s'agit habituellement de polyarthralgies ou de polyarthrites touchant les grosses articulations. La localisation de la tuberculose est variable : pulmonaire, ou viscérale, ganglionnaire et même ostéo-articulaire. Ces différentes localisations n'influencent pas la sévérité du tableau clinique, ni la rapidité de la guérison. Le traitement de l'infection mycobactérienne permet la guérison complète des signes articulaires entre cinq semaines et six mois. Dans notre observation, les signes articulaires se sont estompés après trois semaines d'antibiothérapie antituberculeuse.

Conclusion :

Le rhumatisme de Poncet en tant que symptôme de tuberculose active peut facilement être mal interprété pour des causes plus courantes de polyarthrite. Sa physiopathologie reste mal élucidée, mais il répond bien aux traitements antituberculeux.

Imagerie par résonance magnétique : quelle place dans le diagnostic et le suivi des spondylodiscites infectieuses

Ben Aissa R, Boussaid S, Jammali S, Sahli H, Ajlani H, Cheour E, Rekik S, Elleuch M

Service de Rhumatologie-CHU la Rabta Tunis

Introduction :

La spondylodiscite infectieuse est l'infection du disque intervertébral et les corps vertébraux adjacents. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) constitue un élément de diagnostic important dans la prise en charge des spondylodiscites infectieuses (SPDI). Nous proposons l'intérêt de l'IRM dans le diagnostic et le suivi des SPDI.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale colligeant 38 patients hospitalisés au service de rhumatologie de 2008 à 2018 pour suspicion d'une SPDI.

Résultats :

Trente-huit patients avaient été inclus dans notre étude d'âge moyen de 54,24 ans [17- 84]. Une fièvre a été retrouvée chez 23 des malades. Une CRP a été élevée chez 33 des malades. La ponction biopsie disco-vertébrale (PBDV) a été pratiquée chez 21 patients et contributive pour l'identification du germe chez huit patients. Pour le diagnostic radiologique (voir graphique) .



L'IRM a permis de juger l'évolution sous traitement et de décider soit d'adapter l'antibiothérapie en cas de négativité d'autres explorations ou de traiter symptomatiquement par chirurgie ou par drainage d'abcès. (Voir tableau)

Motif de la réalisation de l'IRM au cours de l'évolution	Oui	Non	Total
Complication neurologique	12	10	22
Complication infectieuse	4	2	6
Non amélioration de la rachialgie	3	1	4
Récidive de la rachialgie	1	1	2
Doute diagnostique	1	0	1
Total	22	16	38

Discussion

Le recours à l'IRM dans la prise en charge diagnostique des SPDI permet de dresser le diagnostic à un délai relativement court. Les complications neurologiques et infectieuses sont mieux explorées par l'IRM et ça permet d'orienter la conduite à tenir ultérieure. Des moyens invasifs comme la PBDV sont utilisés devant un doute diagnostique ou si le germe n'était pas identifié sur d'autres prélèvements. Devant un tableau clinique fait d'altération de l'état général et d'une fièvre l'IRM ne permet pas de distinguer dans notre série entre une spondylodiscite inflammatoire et une spondylodiscite infectieuse chez quatre patients. Parmi ces quatre patients on a retenu le diagnostic de SAPHO chez trois patients et de spondylarthrite ankylosante chez un patient. Il faut toujours surveiller l'évolution sous traitement et chercher les signes d'appels orientant vers d'autres diagnostics.

Conclusion

La prise en charge des SPDI consiste essentiellement à confirmer le diagnostic qui constitue parfois un défi devant des tableaux cliniques peu évocateurs. L'IRM est l'examen de choix pour dresser le diagnostic et la surveillance et pour orienter la prise en charge des complications. Néanmoins elle ne suffit pas pour démarrer un traitement probabiliste et la confirmation du germe demeure nécessaire.

Maladie de Behçet associée à une synovite villonodulaire

Chebbi D., Marzouk S., Snoussi M., Chabchoub I., Jallouli M., Bahloul Z.

Service de Médecine Interne, CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

La maladie de Behçet est une vascularite systémique qui affecte principalement les jeunes adultes méditerranéens. Elle se caractérise par des manifestations essentiellement oculaires, cutanées, articulaires, neurologiques et vasculaires. Les manifestations articulaires sont fréquentes (11 à 93%), pouvant être inaugurales. Il s'agit typiquement d'oligoarthrites non érosives atteignant avec prédilection les genoux et les chevilles.

On se propose de rapporter un cas d'une synovite villonodulaire chez un malade atteint d'une maladie de Behçet.

Observation :

- Il s'agit d'un patient âgé de 33 ans, qui est suivi depuis 2000 (soit à l'âge de 13ans) pour une maladie de Behçet. Ce diagnostic a été retenu devant une aphtose buccale récidivante, des aphtes génitaux, des lésions cutanées de pseudo-folliculite nécrosante et un test d'hypersensibilité cutanée positif. Le type HLA B51 était positif.
- Ce patient présentait également des épisodes d'oligoarthrite touchant principalement les poignets et les coudes. Il recevait de la colchicine, du prednisone 5mg par jour et des anti-inflammatoires non stéroïdiens à la demande. Il était perdu de vue en 2013.
- Il nous a reconsulté en octobre 2018 pour un épanchement du genou droit qui évolue depuis 4 ans. Il ne présentait pas de poussées cutané-muqueuses. Cette tuméfaction ne s'est pas améliorée sous anti-inflammatoires et par le repos.

La radiographie était normale. (Figure1)

La ponction a ramené un liquide hémorragique stérile. La recherche des microcristaux était négative.

Une IRM a conclu à une synovite villonodulaire (SVN). (Figure 2, 3, 4)

Une synoviorthèse chirurgicale a été programmée.

Discussion :

La synovite villonodulaire est une arthropathie qui atteint le sujet jeune. Elle se manifeste le plus souvent par une monoarthrite du genou (63à75%). La ponction articulaire montre dans 75% des cas un épanchement hémorragique. Cette maladie est caractérisée par son caractère récidivant, rendant sa prise en charge difficile. L'IRM met en évidence un épaississement synovial avec typiquement une image hypointense T1 et T2, des nodules synoviaux dans plus que 50% des cas avec prise de contraste après injection de gado (92% des cas). Notre patient a présenté une atteinte articulaire en rapport avec la maladie de Behçet à type d'oligoarthrite des coudes et des genoux. Un épanchement récidivant du genou a été initialement considéré dans le cadre de sa maladie. Mais sa survenue en dehors des poussées cutané-muqueuses, sa résistance aux anti-inflammatoires et son caractère hémorragique nous ont poussé à réaliser une IRM du genou qui a révélé la SVN. Il s'agit, à nos connaissances, du premier cas rapporté dans la littérature de SVN associée à une maladie de Behçet.

Conclusion :

Devant une hémarthrose récidivante chez un patient atteint d'une maladie de Behçet, la SVN est à évoquer, bien qu'il s'agisse d'une association fortuite non rapportée auparavant dans la littérature.



Figure1 : Radiographie standard du genou (Profil)



Figure2 : IRM du genou (coupe sagittale)

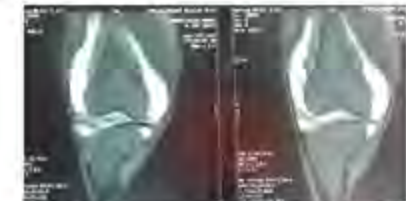


Figure2 : IRM du genou (coupe frontale)



Figure2 : IRM du genou (coupe transversale)

Fasciite Plantaire : PRP versus Corticoïdes

SAADAOUI Khaled, AJLANI Houda, BOUSSAID Soumaya, ACHOUR Khawla, BEN SALAH Nawel

Unité de Rhumatologie – Hôpital Régional Ben Arhus Yasminette

Introduction :

La fasciite plantaire est une cause fréquente de douleur chez l'adulte. Le plasma riche en plaquettes (PRP) est dérivé de sang autologue et contient une concentration élevée de facteurs de croissance nécessaires à la cicatrisation des tissus. L'utilisation du PRP dans le traitement de la fasciite plantaire est un concept assez récent et en cours de développement. Le but de notre travail était d'étudier l'efficacité du traitement par PRP pour la fasciite plantaire chronique.

Matériels & Méthodes :

- Etude Prospective
- 22 Cas : répartis aléatoirement en 2 groupes chacun de onze patients
 - G1 : Infiltration par PRP
 - G2 : Infiltration par Corticoïdes
- Les douleurs étaient évaluées par l'Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- La gêne fonctionnelle était évaluée par le Foot Function Index (FFI)
- Les patients ont été suivis pendant 1 mois

Résultats :

	G1	G2	P-Value
Age	47,7 ans	62,6 ans	0,003
Sex-Ratio	0,57	0,57	--
BMI	31,7 kg/m ²	31,5 kg/m ²	0,902

- Plaintes Fonctionnelles : Prédominance du côté gauche pour les deux groupes 54,5%
- Raideur matinale :

G1 : 20,5 min **versus** G2 : 15,9 min
P-Value = 0,306

• J0 :

	G1	G2	P-Value
EVA	8,73	8,91	0,727

	G1	G2	P-Value
FFI	161,55	150,82	0,312

• J30 :

	G1	G2	P-Value
EVA	0,73	1,91	0,014

	G1	G2	P-Value
FFI	45	45,1	0,993

Discussion :

- L'injection de stéroïdes dans la fasciite plantaire est un traitement efficace de la fasciite plantaire en cas d'échec de la prise en charge conservatrice. [1,2]
- Dans la littérature, peu d'études ont comparé en head to head les corticostéroïdes et le PRP dans les troubles chroniques du tendon ou dans la fasciite plantaire.[3,4]
- Lee et al. ont conclu que l'injection d'autologues sanguin en intra-lésionnel permettait de réduire la douleur et la sensibilité au toucher au cours de la fasciite plantaire chronique, mais que la corticothérapie était supérieure en termes de rapidité de l'amélioration.[5]
- Ertugrul et al. Ont montré que les deux procédures étaient aussi efficaces mais l'injection de PRP présentait moins d'effets secondaires. [6]

Conclusion :

Les résultats de notre travail est assez encourageante quant à l'efficacité du PRP pour l'amélioration des douleurs mais l'absence de supériorité du PRP par rapport au traitement conventionnel pour les indices fonctionnels pourrait être incombé à la taille de notre échantillon ainsi que la courte durée d'étude.

1. Genc H, Saracoglu M, Nacir B, Erdem HR, Kacar M (2005) Longterm ultrasonographic follow-up of plantar fasciitis patients treated with steroid injection. *Int Bone Spine* 72:63-65
2. Porter MD, Shadboit B (2005) Intralesional corticosteroid injection versus extracorporeal shock wave therapy for plantar fasciopathy. *Clin J Sport Med* 15:119-124
3. KÄter E, Çelikbao E, Akkaya S, Demirkan F, Kiliç BA (2006) Comparison of injection modalities in the treatment of plantar heel pain: a randomized controlled trial. *J Am Podiatr Med Assoc* 96:293-296
4. Peerbooms JC, Sluimer J, Bruijn D, Gosens T (2010) Positive effect of an autologous platelet concentrate in lateral epicondylitis in a double-blind randomized controlled trial: platelet-rich plasma versus corticosteroid injection with a 1-year follow-up. *Am J Sports Med* 38:255-262
5. Lee TG, Ahmad TS (2007) Intralesional autologous blood injection compared to corticosteroid injection for treatment of chronic plantar fasciitis: A prospective, randomized, controlled trial. *Foot Ankle Int* 28:984-990

Prise en charge du syndrome douloureux régional complexe de type 1 en milieu Rhumatologique : A propos de 80 cas

EL Achek MA, Baccouche K, Farhat A, El Amri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome douloureux régional complexe de type 1 (SDRC1) ou l'algodystrophie est une affection associée à des troubles vasomoteurs touchant un segment de membre dont le diagnostic demeure dans la majorité des cas difficile. Notre but est d'étudier son profil épidémiologique et ses particularités clinique, étiologiques, thérapeutiques et évolutives.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et mono centrique colligeant 80 dossiers de patients suivi pour SDRC1 au service et à la consultation de Rhumatologie au centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse sur une période de 21 ans [1997-2018].

Résultats :

Il s'agit de 32 hommes et de 48 femmes. L'âge moyen était de 50 ans. La durée moyenne d'évolution était de 5,74 mois. La douleur et l'impotence fonctionnelle étaient constantes, un gonflement était retrouvé dans 33%, une rougeur dans 30% et des troubles trophiques dans 12%. Un contexte de grossesse ou de post partum était retrouvé chez 2 patientes, un profil psychiatrique (trouble anxieux) dans un cas, un contexte métabolique chez 3 patients (2 goutte et 1 chondrocalcinose), un cas de maladie de Lobstein et 2 malades avaient une polyarthrite rhumatoïde. Les localisations touchées étaient : le pied (23,75%), épaule-main (21,25%), main (17,5%), cheville (15%), genou et hanche (13,75% chacune) et multifocale dans 27,5% des cas. Les radiographies standard avaient montré une hyper transparence osseuse hétérogène dans 51,25% des cas. On a eu recours à l'IRM et à la scintigraphie respectivement dans 32,5% et 47,5%. La forme secondaire était retrouvée dans 76,24% dont la cause traumatique était en chef de fil (30%). Le traitement s'est basé essentiellement sur la rééducation fonctionnelle dans 55,56%, perfusion de bisphosphonates 22,23%, bisphosphonate orale 5% et la calcitonine dans 6% des cas.

La prise en charge de la douleur s'est basé sur des antalgiques (AA) pallier I (27,78%), AA pallier II (16,6%), AINS (27,78%) et une association AA et AINS dans 22,23%. L'évolution était favorable dans 63,75% où la guérison totale était obtenue mais 27% des malades ont gardé une raideur articulaire séquellaire.

Discussion:

Les syndromes douloureux régionaux complexes (SDRC) recouvrent une série d'entités cliniques historiquement décrites comme l'ostéoporose douloureuse post-traumatique, la dystrophie réflexe des extrémités, le rhumatisme neurotrophique et l'algo[neuro]dystrophie ou reflex sympathetic dystrophy dans la littérature anglo-saxonne. La physiopathologie est très incomplètement élucidée et complexe. On distingue les SDRC de type I et de type II, dont la présentation clinique est identique mais qui diffèrent par l'existence d'une lésion neurologique dans le type II. L'algo[neuro]dystrophie appartient au type I. Le diagnostic de SDRC est un diagnostic d'élimination essentiellement clinique. Le traitement fait appel à des thérapeutiques utilisées par voie systémique (antalgiques, calcitonine, bisphosphonates) ou locale (blocs sympathiques, neurostimulation), à la rééducation et à la prise en charge psychologique. Une évaluation globale de la situation doit être faite avant la mise en route du traitement, en analysant les différentes composantes de la douleur mais également le contexte psychosocial. De nombreux patients seront rapidement contrôlés, mais d'autres nécessiteront un traitement plus long, la mise en œuvre de techniques antalgiques plus sophistiquées et la coopération entre différentes disciplines médicales.

Conclusion :

La particularité de notre série est la fréquence d'une association de SDRC1 à des facteurs non traumatiques mais plutôt rhumatismaux ou idiopathiques.

Bibliographie:

Algodystrophie ou syndrome douloureux régional complexe de type I : mise au point Anne Lauwers, Martial Koenig, Malou Navez, Pascal Cathébras Volume 12, numéro 2, Mars-Avril 2006

Apport de l'échographie dans le diagnostic d'une épaule douloureuse

Fakhfakh R, Jguirim M, Dhgaies A, Grassa R, Jmaa O, Mosbeh H, Zrouf S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

L'épaule douloureuse est un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Dans la majorité des cas, c'est la pathologie de la coiffe des rotateurs qui est à l'origine de cette douleur. L'objectif de ce travail était de déterminer les caractéristiques cliniques, radiologiques et échographiques d'une épaule douloureuse.

Patients et méthodes:

Étude rétrospective menée au service de rhumatologie de Monastir incluant 39 patients consultant entre 2012 et 2018 pour une douleur de l'épaule évoquant une lésion de la coiffe et explorés par une radiographie standard des 2 épaules de face et une échographie.

Résultats:

- L'âge moyen de nos patients était de $55,7 \pm 11,7$ ans, avec une prédominance féminine à 76,9%.
- Les travailleurs manuels étaient les plus touchés (40%), en particuliers, les ouvriers dans les usines de confection (33%).
- Le diabète était trouvé dans 33% des cas.
- La durée moyenne d'évolution était de $9,7 \pm 11,5$ mois [1-36].
- Une douleur était rapportée dans 97,2 % et associée à une limitation dans 51,3% des cas.
- La limitation des mouvements en actif était par ordre décroissant en: rotation **interne** (89,7%), **externe** (84,7%), abduction (76,9%), adduction (71,8%), antépulsion (74,4%), rétropulsion (74,4%).
- L'atteinte de l'épaule était du côté: **gauche** dans 43,6%, **droit** dans 35,9% et **bilatérale** dans 20,5%.
- Les manœuvres de conflit sous acromial Neer et Hawkins étaient positives dans 82,1%.
- La manœuvre de **Jobe**, le **Palm-Up test**, le test de Patte et le test de Gerber étaient positifs, respectivement, dans **84,6%**, **74,7%**, 66,7% et 53,8%.

•La radiographie standard avait montrée:

- Une condensation du tubercule majeur chez 64,1 % des patients
- Des ostéophytes dans 20,5%
- Un acromion crochu et une réduction de l'espace sous acromial dans 15,4 % chacun
- Des calcifications dans 2,6% des cas.

• A l'échographie, les tendinopathies fissuraires et rompues (56,4%) et la tendinopathie chronique (53,8%) étaient les plus retrouvées suivies par la bursite sous acromio-deltoidienne (43,6%), la tendinopathie aiguë (41%), la ténoosynovite du tendon de la longue portion du biceps (38,5%), un remanent dégénératif acromio-claviculaire (23,1%), les érosions d'insertion (23%) et les tendinopathies calcifiantes (20,5%).

• Le tendon **supra épineux** était atteint dans 84,6% des cas, puis, le tendon de la longue portion du biceps dans 23,1% des cas, le supra scapulaire dans 15,4% des cas et l'infra épineux.

Discussion:

• La comparaison entre la radiographie et l'échographie de l'épaule dans la détection des calcifications de la coiffe avait montré que l'échographie et la radiographie avaient objectivé des calcifications dans respectivement 2,6% et 20,5 % des cas. La supériorité de l'échographie par rapport à la radiographie en matière de détection des calcifications était retrouvée par d'autres auteurs[1,2]. Les tendinopathies fissuraires et rompues étaient les lésions tendineuses les plus fréquemment retrouvées (56,7% des cas). Les ruptures siègent surtout au niveau du tendon supra épineux atteignant 84,6 % des cas, ce qui concorde avec les données de la littérature. Pour Neer, 75 % des ruptures de la coiffe sont liées à un frottement répétitif du supra épineux le plus haut situé sous le bec acromial [3].

1. Apport de l'échographie dans le diagnostic des tendinopathies supracapulaires de l'épaule. (Revue de Tunisie de Rhumatologie 2010; 6(6)).
2. Apport de l'échographie dans le diagnostic d'une épaule douloureuse. (Revue de Tunisie de Rhumatologie 2010; 6(6)).
3. Les lésions de la coiffe ont-elles disparu de l'épaule? (Revue de Tunisie de Rhumatologie 2010; 6(6)).

Conclusion: L'échographie est plus performante que l'examen clinique et la radiographie standard dans l'exploration de la coiffe des rotateurs et pour guider un geste à type d'infiltration de corticoïde.

Des masses pulmonaires suspectes au cours d'une polyarthrite rhumatoïde. Quel diagnostic ?

BADI M, NASSAR K, RACHIDI W, JANANI S, MKINSI O

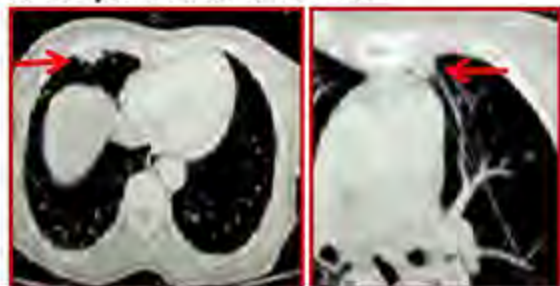
Service de rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, MAROC

Introduction :

- Les manifestations respiratoires de la polyarthrite rhumatoïde sont les secondes en fréquence et parmi les plus graves au cours de la maladie. Leur connaissance a bénéficié des données immunopathologiques récentes et des progrès de la tomodensitométrie (TDM).
- La forme pseudo-tumorale de la polyarthrite rhumatoïde à localisation thoracique est une forme rare de nodules rhumatoïdes.
- Souvent, elle prête en confusion avec une tumeur thoracique, de connotation importante si association à un contexte très évocateur de néoplasie et ce d'autant que le patient est plus âgé.
- Nous en rapportons un cas.

Observation :

- Il s'agit d'une patiente âgée de 66 ans, suivie pour une polyarthrite rhumatoïde séropositive (FR+ et anti-CCP+) érosive, sous traitement de fond. Elle a comme antécédents un diabète type 2 sous traitement.
- Elle était admise pour une dyspnée stade III (selon classification NYHA), avec une altération de l'état général (AEG: asthénie, une anorexie et un amaigrissement de 10 kg sur un an) dans un contexte d'apyrexie. L'examen clinique a retrouvé des adénopathies axillaires
- Le bilan de dyspnée et AEG a révélé **3 masses pulmonaires droites** :
 - scissurale (11x15mm);
 - lobaire moyenne (34x19mm);
 - postéro-basale (21x9.5mm);
- associée à des nodules controlatéraux : apical (12x8mm), et au niveau du Fowler (13.5x9.5) et basal (10mm) d'origine secondaire probable.



TDM thoracique: des masses pariétales spiculées avec des nodules, d'allure suspecte

- Un bilan complémentaire et la surveillance du cycle glycémique a objectivé une cétose diabétique mise sous insulinothérapie et les mesures générales.
- La biopsie des adénopathies axillaires a montré un aspect d'une adénite réactionnelle non spécifique. Le reste des examens paracliniques à la recherche d'un cancer primitif, une infection tuberculeuse ou des troubles thyroïdiens étaient sans anomalies.
- Après une concertation multidisciplinaire, il a été décidé de compléter par une exploration chirurgicale des masses pulmonaires sous thoracoscopie.
- La biopsie a permis d'objectiver un aspect morphologique de nodules rhumatoïdes nécrosants.



Diagnostic retenu

Forme pseudo-tumorale de la polyarthrite rhumatoïde à localisation thoracique.

Conclusion:

- Notre observation souligne le caractère parfois trompeur d'un nodule rhumatoïde pulmonaire considéré comme suspect surtout s'il est associé à un état général altéré ainsi que les difficultés techniques pour étayer le diagnostic.
- Une démarche diagnostique rigoureuse permet de ne pas méconnaître la forme pseudo-tumorale d'un nodule rhumatoïde.

Profil ostéodensitométrique au cours de la polyarthrite rhumatoïde récemment diagnostiquée

Farhat A, El Amri N, El Achek MA, Baccouche K, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie (CHU) Farhat Machhad Ile Sousse

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) peut être responsable d'une diminution de la densité minérale osseuse (DMO) et d'une fragilité osseuse accrue avec risque de fractures. Le but de notre étude est d'évaluer la DMO chez une population PR récemment diagnostiquée.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale, mono centrique et descriptive durant 2 ans [janvier 2017-décembre 2018] concernant 41 patients hospitalisés atteints de PR bénéficiant d'une DMO au service de rhumatologie de Sousse.

Résultats:

-L'âge moyen de nos patients était de 54,63 ans [21-76] répartis en 29 femmes et 12 hommes. Ils avaient comme antécédents : HTA (12,5%), un AVC, une anémie ferriprive et un antécédent de fracture à faible énergie dans 4,9% chacun, une insuffisance rénale, une insuffisance surrénalienne, une hypothyroïdie et un antécédent de PR dans la famille dans 2,4% chacun. Parmi les 29 femmes, 20 étaient ménopausées avec un âge moyen de ménopause de 11,6 ans [1-25]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de 82 mois [2-336]. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 85,36%. Le DAS28vs moyen était de 5,57 [2,5-8,65]. La PR était séropositive et érosive dans 75,6% chacune. Tous les patients étaient sous corticothérapie avec une dose moyenne de 8,82 mg/j. Le bilan phosphocalcique était correct dans tous les cas avec une calcémie moyenne de 2,22. La DMO avait montré un profil normal dans 23 cas (56,1%), une ostéopénie dans 10 cas (24,4%) et une ostéoporose dans 8 cas (19,5%). Tous les patients recevaient une supplémentation vitamino-calcique alors qu'un traitement à base de bisphosphonates était prescrit dans deux cas.

Discussion:

-Les complications osseuses au cours de la PR sont à la fois locales, mais aussi systémique, responsable d'une augmentation du risque de fracture.
- Toutes les fractures sont plus fréquentes chez les patients ayant une PR, en particulier celles de la hanche, des vertèbres et du bassin [1].
- Le risque de fracture est doublé en cas de PR, et il est le même chez les hommes et les femmes ; le risque était comparable chez les sujets qui n'avaient jamais reçu de corticoïdes, par rapport aux autres [1].

-Les facteurs de risque associés à la présence de fractures vertébrales sont l'âge, le handicap, l'insuffisance de masse corporelle, l'antécédent de fracture non vertébrale, la durée d'évolution de la PR, et la prise de corticoïdes.

- Aucune étude ne retrouve de relation claire entre la dose cumulée de corticoïdes et la présence de fractures vertébrales. De plus, ces fractures peuvent s'observer au cours de la première année de la maladie, jusqu'à 30 % des cas [2].

-Un déterminant important du risque fracturaire est la diminution de la densité osseuse au cours de la PR ; la maladie double le risque d'ostéoporose densitométrique [3].

- La réduction de densité osseuse par rapport à la population générale est de 2 à 17 % à la hanche, et de 0 à 10 % au rachis. Les données varient selon la durée d'évolution de la maladie, la proportion de femmes variabilité inter-individuelle, de sorte que la prévalence de l'ostéoporose est de l'ordre de 20 à 30 %. Là encore, les corticoïdes ne sont pas le seul facteur explicatif, et les facteurs de risque de densité basse sont aussi les scores élevés de handicap, l'insuffisance de masse corporelle, l'âge, et la présence de facteur rhumatoïde.

- Au début de l'évolution de la maladie, une perte osseuse annuelle de 3 à 4 % au rachis et au trochanter peut être mesurée, et seule l'activité de la maladie, évaluée par la persistance d'une CRP élevée, est associée à la diminution de la densité osseuse [1]. Dans l'étude BEST, l'évolution de la densité osseuse est d'autant meilleure que l'inflammation est mieux contrôlée y compris dans le groupe de patients recevant une forte dose de corticoïdes. [4]

Conclusion:

L'atteinte osseuse est fréquente au cours de la PR responsable d'une augmentation du risque fracturaire d'où l'intérêt d'une évaluation précoce même avant toute prise de corticoïdes.

Références:

- [1]. Christian Roux. Ostéoporose des rhumatismes inflammatoires. Rev du rhumatisme 2015
- [2]. Sinigaglia L et al. High prevalence of vertebral deformities in elderly patients with early rheumatoid arthritis. Italian Study Group on bone mass in rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2000
- [3]. Orstavik RE et al. Vertebral deformities in 229 female patients with rheumatoid arthritis: associations with clinical variables and bone mineral density. Arthritis Rheum 2003
- [4]. Güler-Yüksel M et al. Changes in hand generalised bone mineral density in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2009;68:330-6

Les ACPA : un facteur de risque de la perte de la masse osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde ?

Bettaieb H. ; Slouma M. ; Dhahri R., Metoui L.; Boussetta N. , Gueddiche N. ; Laajili F.; Gharsallah I.; Louzir B.

Service de Médecine interne, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

❖ Introduction :

- L'ostéoporose constitue une manifestation extra articulaire fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
- Des études in vitro ont démontré que les anticorps anti-protéines citrullinée (ACPA) sont associés à une perte de la masse osseuse (1).

Objectif :déterminer l'impact de la présence des ACPA sur l'incidence de l'ostéopénie ou l'ostéoporose au cours de la PR.

❖ Patients et méthodes :

-Etude rétrospective portant sur 54 patients suivis pour une PR selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR).

-La population était divisée en deux groupes :

- G0** ayant un taux ACPA < 25 UI/ml
- G1** ayant un taux ACPA ≥ 25 UI/ml

-Tous ces patients avaient bénéficié d'une ostéodensitométrie par absorptiomètre biphotonique à rayons X avec mesure de la densité minérale osseuse (DMO).

❖ Résultats:

- 43 femmes et de 11 hommes avec un sex ratio à 0,25.
- L'âge moyen était de 53 ans ±12,9 ans.
- La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 9 ans [0,1-37].
- Le G1 comporte 38 patients
- Il n'existe pas une corrélation significative entre le taux des ACPA et :
 - DMO au site lombaire (r= -0,45 ; p=0,78)
 - DMO aux sites fémorales (r= -0,09 ; p= 0,54)
- La comparaison des résultats de l'ostéodensitométrie entre les 2 groupes est représentée par le tableau 1

Tableau 1: comparaison des résultats de l'ostéodensitométrie entre les 2 groupes

	G1	G0	p
DMO pathologique	89%	73%	p=0,23
Ostéopénie (%)	52,6	20	p=0,021
Ostéoporose (%)	34	56	p=0,13
Densité minérale osseuse du rachis (g/cm²)	0,995± 0,17	1±0,22	p=0,83
Densité minérale osseuse du fémur (g/cm²)	0.86± 0,17	0,89±0.19	p=0,63

❖ Discussion:

- Notre étude montre que la présence des ACPA est un facteur de risque de l'**ostéopénie** au cours de la PR.
- La densité minérale osseuse au niveau du rachis et du fémur est plus altérée chez les patients ayant une PR ACPA positive .
- La corrélation n'était pas significative entre le taux des ACPA et la valeur de DMO au niveau des deux sites.

❖ Conclusion :

- Notre étude montre que la présence des ACPA est un facteur de risque de l'ostéopénie au cours de la PR.
- D'autres études à larges spectres sont nécessaires pour établir l'effet délétère ces anticorps sur la trame osseuse au cours de la PR.

Impact des ACPA sur le bilan lipidique au cours de la PR

Bettaieb H. ; Slouma M. ; Dhahri R., Metoui L.; Boussetta N., Gueddiche N. ; Laajili F.; Gharsallah I.; Louzir B.

Service de Médecine interne, Hôpital militaire principal d'Instruction de Tunis, Tunisie

❖ Introduction :

- La dyslipidémie constitue un facteur de risque cardiovasculaire au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).
 - Plusieurs facteurs sont incriminés dans la genèse de la perturbation du profil lipidique au cours de la PR.
- Objectif** : Evaluer l'impact des anticorps anti-protéines citrullinées (ACPA) sur le profil lipidique au cours de la PR.

❖ Patients et méthodes :

- 68 patients atteints de PR suivis sur une période de 8 ans .
- La population était divisée en deux groupes :
- ***G0** : ayant un taux ACPA < 25 UI/ml
- ***G1**: ayant un taux ACPA ≥ 25 UI/ml.
- Tous les patients ont bénéficié du dosage du cholestérol (**CT**) et du triglycéride (**TG**).
- Le dosage du HDL-cholestérol (**HDL**) et du LDL-cholestérol (**LDL**) était réalisé chez 21 patients.
- L'indice athérogène (CT/HDL) est élevé si > 4,85.

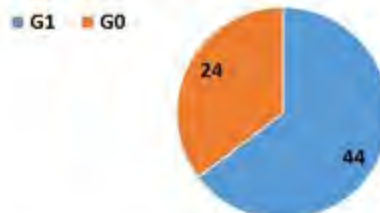


Figure 1 : répartition des patients selon le taux des ACPA

Tableau 1 : anomalies du bilan lipidique

	G1	G0	p
Hypocholestérolémie	59%	41,6%	p=0,1
Hypercholestérolémie	16%	21%	p=0,61
Hypertriglycéridémie	23%	30%	p=0,5
Diminution HDL	58%	44%	p=0,42
Augmentation de l'indice athérogène	25%	22%	p=0,88

❖ Résultats:

- 62 femmes et de 18 hommes (sex ratio =0,36).
- L'âge moyen était 54 ± 12,7 ans.
- La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 9 ans [0,1- 37 ans].
- La répartition des patients selon le taux des ACPA était représenté par la figure 1
- Une dyslipidémie était plus fréquente dans G1 (86%) que dans G0 (75%) (p=0,24)
- Les anomalies du bilan lipidique sont représentées dans le tableau 1
- Pas de corrélation significative entre le taux d'ACPA et :
 - la cholestérolémie (r= - 0,02 ; p=0,86)
 - HDL (r= -0,08 ; p=0,97).

❖ Discussion:

- Le profil lipidique au cours de la PR est controversé .
- Selon la cohorte MONICA ,le taux **de CT est plus bas** chez les patients atteints d'une PR évoluée (1).
- Notre étude n'a pas montré une différence significative dans la perturbation du bilan lipidique entre les deux groupes

❖ Conclusion :

- La **diminution du CT** et du **HDL** est fréquente au cours d'une PR avec ACPA positifs.
- Cependant, nous n'avons pas trouvé une corrélation entre le taux des ACPA et les paramètres du bilan lipidique. Des études à larges échelles sont nécessaires pour confirmer nos résultats.

Influence de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde sur l'immunogénicité des anti TNF alpha

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Kallel Sellami M
Service d'Immunologie, Hôpital La Rabta, Tunis

Introduction :

L'immunogénicité est définie par la formation d'anti drug antibodies (ADAb) dirigés contre les biothérapies. Plusieurs facteurs influencent la formation d'ADAb tels que des facteurs relatifs au patient, des facteurs relatifs au traitement et des facteurs relatifs à la maladie dont l'activité.

Matériels et Méthodes:

Une étude multicentrique a été menée incluant les patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (PR) et traités par anti TNF alpha.

L'activité de la PR a été évaluée par des paramètres clinico-biologiques et par le score DAS28.

Le dosage des ADAb a été réalisé par la méthode ELISA.

P value était considérée significative pour une valeur < 0,05.

Résultats:

- Dix-sept patients ont été inclus,
- 13 étaient des femmes (sexe ratio=0,3).
- L'âge moyen était de 53 ans \pm 14,29.
- Dix recevaient l'Infliximab (IFX) et 7 recevaient l'Adalimumab (ADA).
- Le nombre moyen d'articulations douloureuses (NAD) était de 5 [4-10].
- Le nombre moyen d'articulations tuméfiées (NAT) était de 2 [0-8].
- La valeur moyenne de la VS était de 33,19 \pm 24,93.
- La valeur moyenne de la CRP était de 5 [1-82].
- Le score das28 moyen était de 4,29 \pm 2,03.
- Les ADAb étaient positifs chez 6 patients.
- Aucune relation significative n'a été retrouvée entre le NAD, le NAT, la valeur de la VS, de la CRP et du DAS28 avec la présence d'ADAb (respectivement p=0,131, p=0,220, p=0,951, p=0,171, p=0,321).

Discussion:

Plusieurs auteurs ont rapporté que les patients avec une activité initiale de la maladie élevée et avec un important syndrome inflammatoire biologique initial avaient des taux résiduels du biomédicament bas et une plus forte incidence d'ADAb [1,2].

Ceci serait expliqué par le fait que la quantité de TNF initiale à neutraliser est très importante, ce qui contribue à diminuer le taux résiduel de l'anti TNF α et favorise le développement des ADAb [3].

Conclusion:

Aucune influence de l'activité de la PR sur l'immunogénicité n'a été retrouvée dans notre étude.

Une étude à plus large effectif serait nécessaire pour affirmer ou infirmer cette hypothèse.

Références:

1. Colombel JF, Sandborn WJ, Reinish W, Mantzaris GJ, Kornbluth A, Rachmilewitz D, et al. Infliximab, azathioprine, or combination therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2010;362:1383-95.
2. Bendtzen K, Geborek P, Svenson M, Larsson L, Kapetanovic MC, Saxne T. Individualized monitoring of drug bioavailability and immunogenicity in rheumatoid arthritis patients treated with the tumor necrosis factor alpha inhibitor infliximab. *Arthritis Rheum*. 2006;54:3782-9.
3. Wolbink GJ, Voskuyl AE, Lems WF, de Groot E, Nurmohamed MT, Tak PP. Relationship between serum trough infliximab levels, pretreatment C reactive protein levels, and clinical response to infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:704-7.

Effet de l'association du méthotrexate aux anti TNF alpha sur l'immunogénicité au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Bouden S, Laadhar L, Ayadi T, Kallel Sellami M
Service d'immunologie, Hôpital La Rabta, Tunisie

Introduction :

Les disease modifying anti rheumatic drugs (DMARDs) synthétiques sont fortement recommandés en association aux anti TNF alpha au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Ils diminueraient le risque de formation d'anticorps anti médicaments, appelés anti drug antibodies (ADAb).

Matériels et Méthodes:

- Une étude multicentrique a été menée entre 2015 et 2018.
- Ont été inclus les patients atteints de PR selon les critères ACR 1987 et traités par Infliximab (IFX) ou Adalimumab (ADA) comme première biothérapie.
- Le dosage des ADAb a été réalisé par la méthode ELISA. La valeur de p était considérée significative inférieure à 0,05.

Résultats:

- Dix-sept patients ont été inclus dont 13 étaient des femmes (sexe ratio=0,3).
- L'âge moyen était de 53 ans \pm 14,29.
- La durée moyenne d'évolution de la PR était de 10,17 ans \pm 7,56.
- Dix recevaient l'Infliximab (IFX) et 7 recevaient l'Adalimumab (ADA).
- Le méthotrexate (MTX) était associé chez 10 patients (58%).
- Les ADAb étaient positifs chez 6 patients (35%).
- Aucune différence significative quant à la formation d'ADAb n'a été notée entre les patients avec et sans MTX ($p=0,580$).

Discussion:

Maini et al. étaient les premiers à avoir étudié le rôle du MTX dans la réduction de l'immunogénicité de l'IFX dans la PR. Ils avaient inclus 101 patients recevant 1mg/kg ou 3mg/kg ou 10mg/kg d'INF, et avaient retrouvé que l'association de 7,5 mg/semaine de MTX réduisait la formation d'ADAb de respectivement 53%, 21% et 7% [1]. Bartelds et al. ont retrouvé des données similaires pour l'ADA dans la PR, où les patients recevant le MTX en association avaient développé moins d'ADAb que les patients recevant l'ADA en monothérapie (12% versus 38%) [2].

Le mécanisme exact derrière la réduction de l'immunogénicité par les immunomodulateurs reste mal élucidé. En effet, il est bien connu que les immunomodulateurs interfèrent avec la réponse immunitaire, pouvant induire la diminution de la production d'anticorps [3]. Dans le cas du MTX, l'une des hypothèses émises est que sa polyglutamation agirait sur l'aminimidazole carboxamide ribonucléotide transformylase (AICAR) et réduirait la synthèse des purines et l'expansion des lymphocytes T [3].

Conclusion:

Les DMARDs synthétiques dont le MTX, diminueraient la formation d'ADAb en interférant avec la réponse immunitaire. Cette hypothèse n'a pas été confirmée dans notre étude, peut-être du fait du faible nombre de notre série.

Références:

1. Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Davis D, Macfarlane JD, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1998;41:1552-63.
2. Bartelds GM, Wijnbrandts CA, Nurmohamed MT, Stapel S, Lems WF, Aarden L, et al. Clinical response to adalimumab: relationship to anti-adalimumab antibodies and serum adalimumab concentrations in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:921-6.
3. Dervieux T, Weinblatt ME, Kivitz A, Kremer JM. Methotrexate polyglutamation in relation to infliximab pharmacokinetics in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:908-10.

Polyarthrite rhumatoïde séropositive Versus séronégative : Quelles différences ?

Ksir S¹ ; Akasbi N¹ ; Efemba K¹ ; El kinany K², Naji N¹, T.Harzy¹

¹ Service de rhumatologie, CHU hassan II Fès,

² Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah.

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) se caractérise par la positivité du facteur rhumatoïde (FR) et/ou les anticorps anti peptides citrullinés (ACPA). Or; dans 20% des cas, la PR peut être séronégative.

L'objectif de notre travail est d'identifier les différences cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives entre les PR séropositives et séronégatives dans le contexte marocain.

Matériels et méthodes :

Etude transversale observationnelle.

- Tous les patients atteints de PR hospitalisés dans notre service
- Janvier 2012-Janvier 2018.
- PR séropositive : Positivité du FR et / ou ACPA
- PR séronégative: Absence simultanée du FR et des ACPA
- Critère d'exclusion: Les patients ayant un facteur rhumatoïde négatif et chez qui le dosage des anticorps anti CCP n'a pas été réalisé.
- L'analyse faite par le logiciel EPI INFO version 3.5.4.

Résultats :

- 294 cas de PR inclus
- L'âge moyen des patients était de 53,2ans+/-12,3
- Sexe ratio : F/H=6.1.
- 90% des patients étaient séropositifs. Les ACPA étaient positifs chez 56.9% des cas.
- Dans notre contexte, la PR était érosive (78.9), destructrice (51%), active (94.6%) et sévère (93.5%).
- Les principales différences et similitudes en fonction du statut immunologique de la PR à l'analyse bi variée sont présentées au **tableau.1**

Facteurs associés	PR séropositive N= 265	PR séronégative N= 29	p
Âge moyen des patients	53.69 +/- 12.06	49 +/- 13.8	0.205
Sexe féminin %	84.9	96.6	0.063
Age de début de PR (ans)	42.76 +/- 12.95	40.48 +/- 13.78	0.373
Durée d'évolution (Valeur Moy. Par ans)	10.99 +/- 7.06	8.54 +/- 4.88	0.074
NAD	14.99 ± 9.5	13,48 ± 10,79	0.427
NAG	5.74 ± 5.23	3.9 ± 3.82	0.049
Déformations %	71.7	48.3	0.010
Erosions %	80	69	0.128
Destructions articulaires %	52.8	34.5	0.046
VS (valeur moyenne en mm/h)	36,13 ± 28,20	28,41 ± 18,99	0.056
CRP (valeur moy. en mg/l)	27,78 ± 32,87	21,00 ± 30,49	0.109
DAS 28 CRP (valeur moy.)	7,70 ± 9,55	5,00 ± 2,82	0.701
Activité %	95.1	89.7	0.201
Manifestations systémiques%	47.6	31	0.020
Sévérité %	95.1	79.3	0.006
HAQ (valeur moy.)	1,27± 0.94	1,50 ± 1,04	0.571
Recours à la biothérapie %	35.5	34.5	0.546

Tableau 1: Différences et similitudes entre la PR marocaine séropositive et séronégative en analyse bi-variée.

- A l'analyse multivariée par régression logistique, les PR **séropositives** sont plus **sévères** et plus **déformantes** (Tab

Facteurs associés à la p	OR	IC
séropositivité		
Sévérité	0.009	4.53 1.468-13.987
Déformations	0.031	2.45 1.087-5.543

Tableau 2: Les facteurs associés à la séropositivité en étude multivariée par régression logistique.

Conclusion

Au terme de notre étude, la PR marocaine est 9 fois sur 10 séropositive. Elle est quatre fois plus sévère et presque trois fois plus déformante qu'une polyarthrite séronégative. La polyarthrite rhumatoïde séropositive et la polyarthrite rhumatoïde séronégative sont probablement deux entités à part avec des mécanismes physiopathologiques différents.

Polyarthrite rhumatoïde : Quelle posologie initiale du méthotrexate pour une meilleure réponse thérapeutique ?

Ksir S¹, Akasbi N¹, El kinany K², Mahha FZ¹, Harzy T¹

¹ Service de rhumatologie, CHU hassan II Fès, Maroc

² Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc

Introduction

Le méthotrexate (MTX) est le traitement de fond de première ligne chez les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR). Sa posologie initiale minimale est précisée à 10mg/semaine et la dose optimale jusqu'à 30mg/semaine selon les récentes recommandations françaises 2019. L'objectif de notre travail est d'évaluer la réponse thérapeutique du MTX à 6 mois selon sa dose d'initiation.

Matériels et méthodes.

- Etude observationnelle transversale
- Toutes les PR établies récemment diagnostiquées naïves d'un traitement de fond.
- Janvier 2012-MARS 2019.
- Le MTX initié à des doses entre 0.2 et 0.3mg/kg/semaine.
- Deux groupes identifiés : MTX forte dose si ≥ 15 mg, MTX faible dose si ≤ 10 mg.
- L'activité de la maladie appréciée par le DAS 28 CRP était calculée à l'initiation du MTX et à 6 mois.
- La réponse thérapeutique EULAR était considérée bonne quand le delta DAS à 6 mois était > 1.2 , modérée si > 0.6 et ≤ 1.2 et absente si ≤ 0.6 .
- L'analyse des données faite par le logiciel EPI INFO version 3.5.4.

	MTX forte dose N= 73	MTX faible dose N= 39
Patients (%)	65.2	34.8
Delta DAS 28 CRP à 6 mois (Valeur moyenne)	2.07+/-1.56	2.19+/-1.29
Bonne Réponse	62	38
Réponse modérée	82.4	17.6
Réponse absente	62.5	37.5

Tableau 1. : Réponse thérapeutique DAS 28 CRP à 6 mois en fonction de la dose d'initiation du méthotrexate.

Résultats.

- 112 patients inclus.
- L'âge moyen était de 52.69 +/- 11.88 ans [26-79].
- Le sexe ratio F/H=7.9.
- La durée moyenne d'évolution de la PR était de 3.9 +/- 4.2 ans.
- La PR était séropositive (90.2%) déformante (73.2%) et érosive (75%).
- La réponse thérapeutique à 6 mois est plus importante en cas de forte dose de MTX (Tableau 1.). Cependant, aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée entre la posologie initiale et la réponse thérapeutique à 6 mois : $p=0,29$, OR=1.66 [0.56-13.59].

Conclusion.

Dans la littérature, le méthotrexate prescrit à forte dose s'associe à une bonne réponse thérapeutique à 6 mois. Nos résultats sont discordants et peuvent être expliqués par le faible échantillon en comparaison avec les études précédentes.

Polyarthrite rhumatoïde : La voie d'utilisation du méthotrexate influence-t-elle le délai de recours à la biothérapie ?

Ksir S¹, Akasbi N¹, El kinany K², Mahha FZ¹, Harzy

¹ Service de rhumatologie, CHU hassan II Fès, Maroc

² Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc

Introduction :

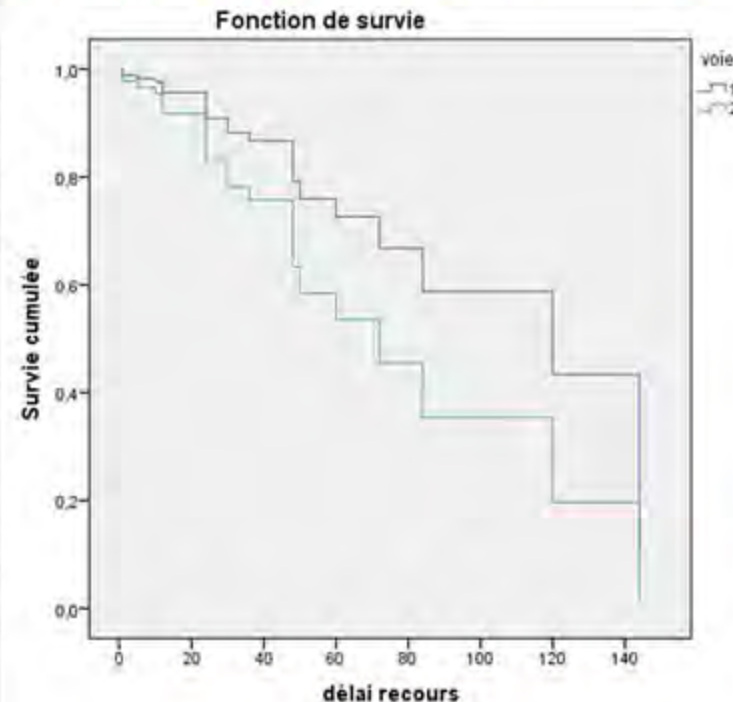
Le méthotrexate (MTX) est le traitement de fond de 1^{ère} intention lors d'une polyarthrite rhumatoïde (PR). Plusieurs voies d'administration du MTX sont possibles : la voie sous cutanée, la voie orale (VO) et la voie intramusculaire (VIM). En cas d'inefficacité ou de réponse insuffisante, le recours à une première biothérapie est recommandé. L'objectif de notre travail est de comparer le délai de recours à la biothérapie selon la voie d'administration du méthotrexate.

Matériels et méthodes

- Etude transversale observationnelle de tous les cas de PR établis nouvellement diagnostiqués.
- Janvier 2012- Mars 2019
- Le MTX a été initié. Deux groupes identifiés selon la voie d'utilisation du MTX : Groupe VO, Groupe VIM.
- Le choix de la voie d'administration était au choix de chaque patient tenant compte que le MTX VO n'est pas commercialisé au Maroc.
- Le délai de recours à une première biothérapie a été calculé par mois.
- Les données analysées par le logiciel SPSS 17.

Résultats

- 101 patients inclus.
- L'âge moyen des patients était de 52.67 +/- 11.05 ans [22 ;55].
- Le sexe ratio F/H= 8.
- Le délai diagnostic de la PR était de 5.11+/- 5.15.



Courbe 1: Délai de recours à la biothérapie en fonction de la voie d'administration du MTX

- La PR était séropositive dans 92.1% des cas, déformante (76,2%) et érosive (84.2%).
- Le méthotrexate était pris par VIM par 86.1% des cas, VO par 13.9% des patients.
- Le délai moyen de recours à la biothérapie pour le groupe MTX VIM était de 43.14 +/- 39.32 mois, et pour le groupe MTX VO de : 31.43 +/- 28.11 mois.
- Le délai de recours à la biothérapie en fonction de la voie d'administration initiale du MTX était étudié par l'analyse de la courbe de survie (**courbe 1**). Dans notre série, la prescription d'une première biothérapie était plus rapide chez le groupe MTX VO : OR=1.95 (0.59-6.38). Cette relation n'était par ailleurs pas significative (p=0.26).

Conclusion

Dans notre série, La prescription de la biothérapie est plus précoce en cas d'utilisation orale du méthotrexate par rapport à la voie intra musculaire. Ce recours plus rapide s'explique probablement par une moindre efficacité du MTX VO compte tenu de son intolérance digestive et donc une absorption plus faible que la voie injectable. Cette relation n'est par contre pas statistiquement significative chez nos patients, contrairement à la littérature. L'étude continue avec étalonnage d'échantillon pour des résultats plus significatifs.

Caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde dans la région Fes-Meknes : A propos de 319 cas

Ksir S¹, Akasbi N¹, El kinany K², Mahha FZ¹, Harzy T¹

¹ Service de rhumatologie, CHU hassan II Fès, Maroc

² Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Son diagnostic se base sur un faisceau d'arguments et son évolution est variable en fonction de plusieurs paramètres. L'objectif de notre étude est de souligner les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques, évolutives et thérapeutiques de la population marocaine de la région FES MEKNES.

Matériels et méthodes :

- Etude transversale
- Tous les cas de PR colligés au service de rhumatologie
- Janvier 2012 - Mars 2019.
- Une analyse descriptive des données est faite à l'aide du logiciel SPSS 17.

Résultats :

- 319 cas de PR inclus.
- L'âge moyen des patients était de 52.82 ans +/- 12.38 [20-85].
- Le sexe ratio F/H= 6.41.
- L'âge moyen de début de la PR était de 42.39 ans +/- 12.96.
- Le délai moyen de diagnostic était de 5.34 ans +/- 2.81.
- Le diagnostic était basé sur les critères ACR 87 dans 92.2% des cas contre 7.8% sur les critères ACR/EULAR 2010.
- Dans notre série, 4.1% des patients avaient des antécédents familiaux de PR.
- Les comorbidités sont dominées par la dyslipédémie et le diabète (**figure 1**)
- La PR dans notre région était séropositive dans 90.3% des cas.. Les valeurs moyennes du FR et de l'ACPA étaient de 153,89 +/- 226,95 UI/ml et 309,38 +/- 752,55 UI/ml.

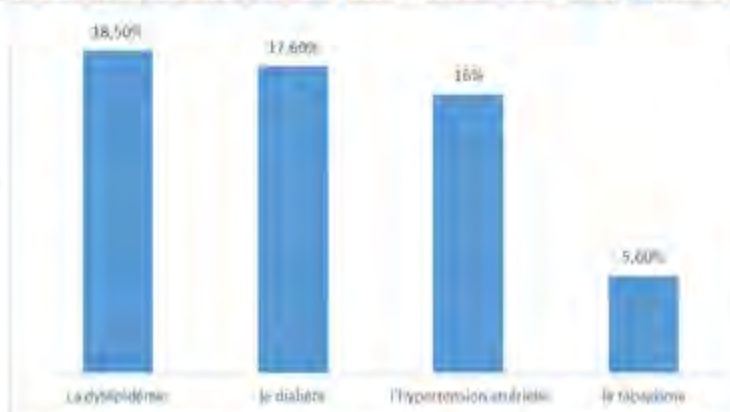


Figure 1: répartition des comorbidités dans notre série

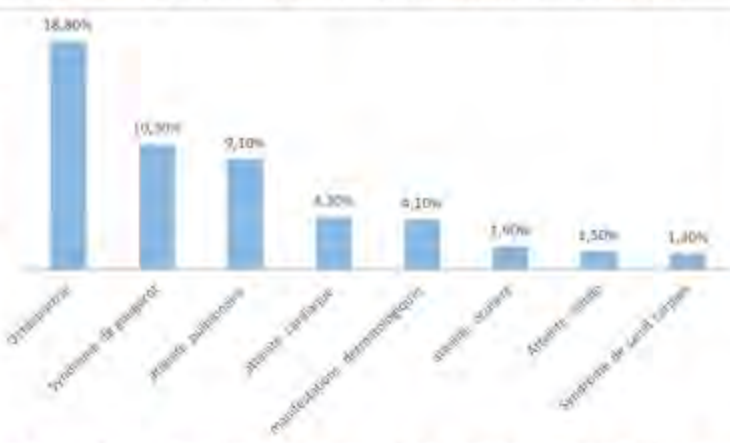


Figure 2: Répartition des manifestations extra articulaires dans notre série.

- La PR chez nos patients marocains était déformante dans 68.7% des cas, érosive dans 77,7% des cas et sévère chez 94% des patients.
- Les manifestations extra articulaires étaient retrouvées chez 48.3% des patients (**Figure2**).
- La luxation atloïdo axoïdienne était diagnostiquée chez 4.7% des cas et la coxite chez 8.2% des cas.
- Durant leur suivi, 8.2% de nos patients avaient eu recours à une chirurgie orthopédique.
- Le retentissement fonctionnel apprécié par le HAQ : le Health Assessment Questionnaire était > 0.5 chez 79% des cas avec une moyenne de 1.41 +/- 0.9.
- Le traitement de 1er choix prescrit dans notre série, sauf contre-indication, est le méthotrexate chez 92.2% des patients. 85% des cas prenaient une corticothérapie associée, 44.8% un anti inflammatoire non stéroïdiens à la demande et 74% un antalgique palier I ou II. La dose moyenne du méthotrexate était de 14.68 +/- 6.16mg.
- L'association de deux DMARDS prescrite chez 8.2% des cas.
- Le recours à la biothérapie a eu lieu chez 43.3% des patients avec un délai diagnostic moyen de 19.87mois +/- 33.64. Le rituximab et le tocilizumab étaient les plus utilisés : 32.6%, et 5%). Les anti TNF dans notre série étaient moins prescrits.

Conclusion

Dans notre population, la PR était essentiellement féminine séropositive déformante érosive et sévère. Elle se compliquait dans la moitié des cas de manifestations systémiques. L'utilisation de la corticothérapie était accrue chez nos patients. Le méthotrexate était le traitement de choix et la biothérapie était prescrite chez presque la moitié de nos patients.

Évaluation du RCV au cours de la PR : quel degré d'implication des rhumatologues ?

Chérif N.(1,2), Miladi S.(1), Fazaa A.(1), Hamdi O.(1), Ouenniche K. (1), Souabni L.(1), Kassab S.(1), Chekili S.(1), Ben Abdelghani K.(1), Laatar A.(1)

Service de rhumatologie, hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie.(1) ; Service de cardiologie, hôpital Habib Bougatfa Bizerte(2)

Introduction :

-Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR).
-Afin de prévenir ce sur-risque de mortalité, certaines sociétés savantes de Rhumatologie ont établi des recommandations à suivre.
-Dans cette étude, notre but était d'évaluer le degré d'application de ces recommandations et le degré d'implication des rhumatologues dans l'évaluation du risque cardio-vasculaire (RCV) en pratique quotidienne.



Matériels et méthodes:

-Une étude transversale prospective incluant des patients atteints de PR a été menée dans le service de Rhumatologie du centre hospitalo-universitaire de Mongi Slim.
-Tous les patients PR ayant été admis en hospitalisation ou à l'hôpital du jour sur une période d'un mois à partir du 14 janvier 2019 ont été recensés.
-A travers l'interrogatoire des patients PR et l'analyse de leurs dossiers, le degré d'application des recommandations de l'EULAR 2016 pour la prise en charge du RCV a été évalué.

Résultats:

-Cinquante patients PR étaient inclus dans cette étude, âgés en moyenne de 55,9 ans [28-80 ans]. La maladie évoluait en moyenne depuis 10,39 ans [1-23 ans].
-La répartition des patients selon le sexe est représentée dans la figure 1
- La PR était FR + chez 34 patients (68%),
ACPA+ chez 32 patients (64%) et érosive chez 40 patients (80%).
- Vingt patients (40%) étaient hypertendus,
Douze diabétiques (24%) et neuf dyslipidémiques(18%) sous statine.
-Les réponses des patients concernant la PR et le RCV sont représentées dans le tableau 1

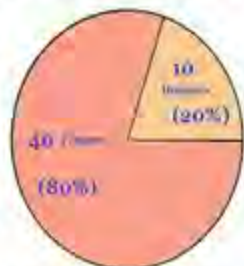


Figure 1: répartition des patients selon le sexe.

Tableau 1 : Réponses des patients concernant la PR et le RCV.

		Source de l'information est le rhumatologue
Nombre de patients qui savent que leur maladie est à haut RCV	21 (42%)	13 (26%)
Nombre de patients qui savent que le RCV est corrélié à l'activité de la maladie.	15 (30%)	11 (22%)

-Après analyse des dossiers, les scores d'évaluation du RCV (table SCORE ou FRAMINGHAM) n'ont jamais été calculés.
- La réévaluation du RCV à chaque changement de traitement n'a pas été faite.
- Un arrêt du tabac a été conseillé chez tous les patients tabagiques.

-Des conseils hygiéno-diététiques ont été fournis à 35 patients (70%).
- L'indice de masse corporelle a été calculé chez 34 patients (78%) mais le périmètre abdominal n'a jamais été pris.
-Un bilan lipidique a été demandé chez 30 patients (60%) dont 8 (16%) de façon annuelle mais le calcul du LDL Cholestérol n'a jamais été fait.
- Aucun des patients n'a eu une échographie des carotides.
-Sur le plan thérapeutique, une corticothérapie a été prescrite chez 36 patients (72%) à une dose moyenne de 5,48 mg/jour sur une durée en moyenne de 5,38 ans. Une adaptation de la corticothérapie selon l'activité de la maladie a été entamée chez les 36 patients .
- Au total, 24 patients (48%) ont été adressés à un cardiologue.



1. L'activité de la maladie doit être contrôlée avec soin de manière à RCV.
2. Le RCV doit être évalué chez tout le patient atteint de PR, au moins tous les 2 ans et périodiquement lors d'un changement de traitement de fond.
3. L'évaluation du RCV doit se faire selon les recommandations suivantes. La liste des scores de RCV (SCORE, Framingham, Risk Estimator) peut être utilisée.
4. Le dépistage du RCV doit être basé sur les symptômes lorsque le RCV est évalué de manière à RCV. Le dépistage du RCV doit être basé sur les symptômes de RCV.
5. Les scores pondérés de RCV développés pour la population générale comme le SCORE, doivent être multipliés par 1,2 pour tous les patients ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR).
6. Les données de données cardiovasculaires peuvent être obtenues par une échographie des carotides chez les patients atteints de PR.
7. Une modification du mode de vie est recommandée et doit être encouragée, une activité physique régulière et le sevrage tabagique.
8. Les traitements antihypertenseurs et statines doivent être prescrits selon les recommandations pour la population générale.

Discussion:

- Les patients atteints de PR sont à haut RCV (1) et le rhumatologue est le responsable de l'évaluation et de la prise en charge de ce RCV (1).
-Cette étude a montré que l'application des recommandations de l'EULAR 2016 est insuffisante.
-Dans ce sens une étude française a été menée en 2010 et a montré que le dépistage CV était faisable en consultation de rhumatologie, et que ce dépistage était utile car les patients atteints de PR inclus dans cette étude, n'étaient pas suffisamment pris en charge pour ce risque. (2)

Conclusion:

Le rhumatologue est le médecin responsable de la prise en charge du RCV chez tout patient PR. Toutefois, cette étude a montré une insuffisance d'implication et d'application des recommandations par le rhumatologue. Une sensibilisation est nécessaire. Aussi, des fiches techniques ou des formulaires pourraient être mis à disposition pour faciliter cette tâche.

Références:

- (1) Agca R, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:17-28. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209775
- (2) L.Gossec, revue de rhum 2010

Les facteurs prédictifs de l'initiation d'un biologique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

HILAL.G, AKASBI.N, KSIR.S, HARZY.T

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, FES, Maroc

Introduction :

- Le recours au traitement biologique au cours de la polyarthrite rhumatoïde a considérablement augmenté ces dernières années, ce qui a retentit sur le cout des soins.
- L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs prédictifs de l'initiation d'un traitement biologique chez les patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde.

PATIENTS ET METHODES :

- Il s'agit d'une étude transversale au service de rhumatologie CHU Hassan II a Fès, du janvier 2012 au mars 2019, incluant tous les patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde remplissant les critères ACR/EULAR 2010 (European League Against Rheumatism).

RESULTATS :

- 319 patients ont été colligés dans notre étude .
- L'âge moyen de nos malades était de 53 ans+ /-12.4, à prédominance féminine avec un sexe ratio (F/H : 6.3).
- Il s'agit d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive dans 90.3% des cas, avec une durée de d'évolution de la maladie à 10.68 ans +/-6.9.un traitement biologique a été indiqué chez 42% de nos patients.

Tableau1:étude analytique de l'association entre le traitement biologique et les caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde.

	biologique	P=
Age	53	0.8
Sexe féminin(%)	47.8	0.063
Age jeune de début	44.3	0.8
Début polyarticulaire	49.8	0.006
Erosions précoce	49.4	0.12
Facteur rhumatoïde anti ccp	137	0.25
VS	200	0.13
Retentissement fonctionnel	33	0.3
corticoïdes(%)	47.6	0.2
salazopyrine	48.6	0.015
Dose du Methotrexate	63.6	0.001
Bonne observance au MTX	16	<0.001
	43.2	0.013

tableau2:les facteurs prédictifs de l'initiation d'un biologique

	OR	IC95%	p
Début polyarticulaire	2.745	[1.417-5.314]	0.003
salazopyrine	2.110	[1.132-3.934]	0.019
La dose de MTX	1.078	[1.035-1.123]	<0.001
Bonne observance au MTX	0.526	[0.306-0.898]	0.019

Le recours aux traitements biologiques était associés au début polyarticulaire de la polyarthrite rhumatoïde (p=0.006), la prise des corticoïdes (p=0.015), du salazopyrine (p=0.001) et la dose de methotrexate (p=0.00), il existait également une association significative avec la bonne observance thérapeutique du methotrexate (p=0.013).

Après régression logistique, il persistait une forte association avec le début polyarticulaire de la maladie, la prise du salazopyrine ,une dose élevé du methotrexate ,et la bonne observance thérapeutique du methotrexate .

Conclusion:

Au terme de ces résultats, un traitement biologique était indiqué chez les patients recevant du salazopyrine ou ayant une réponse insuffisante à des doses élevés de methotrexate .alors qu'une bonne observance thérapeutique au methotrexate permet d'éviter le passage à la biothérapie d'où l'intérêt de l'éducation thérapeutique des malades.

L'échographie des poignets : meilleur reflet de l'activité de la polyarthrite rhumatoïde ?

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Introduction:

L'échographie ostéo-articulaire est devenue un outil indispensable en rhumatologie notamment pour le monitoring des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'optimisation du temps de cet examen est nécessaire dans notre pratique quotidienne.

Le but de ce travail était de déterminer quelle articulation en échographie des mains présentait la meilleure corrélation avec le niveau d'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR).

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients suivis pour une PR (ACR/EULAR 2010).

Les fiches du dernier examen échographique, pratiqué par un rhumatologue expérimenté en échographie ostéo-articulaire utilisant un appareil de type Esaote MyLab 60 avec une sonde de balayage linéaire de 6-18 MHz, ont été retirées. Les articulations étudiées étaient les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et inter-phalangiennes proximales (IPP). Le nombre de synovites en mode B, de synovites avec un signal Doppler et de synovites actives \geq B2D2 ont été notés.

Les données cliniques et biologiques concomitantes à l'examen échographique ont été recueillies : Nombre d'articulations douloureuses (NAD), Nombre d'articulations tuméfiées (NAT), Evaluation globale de la maladie par le patient (EGP), la vitesse de sédimentation (VS) et le dosage de la protéine C réactive (CRP). Les scores d'activités DAS28vs et DAS28crp ont été calculés. Les patients avec un DAS28vs inférieur à 2,6 étaient considérés en rémission. Seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats:

- Les caractéristiques de la population étudiée sont représentées dans le tableau 1.

Nombre de patients	Nombre de femmes	Age (ans)	Durée d'évolution de la PR (ans)	NAD	NAT	DAS28vs	DAS28crp
40	35	53,6 [28-78]	9 [0,5-25]	8,5 [0-28]	3,5 [0-22]	4,5 [1,5-7,4]	3,9 [1,7-6,7]

Tableau 1: caractéristiques des patients étudiés

- Parmi ces patients, 70% étaient sous corticothérapie orale avec une dose journalière moyenne de 9 mg [2,5-40], 87,5% sous csDMARDs et 17,5% sous bDMARDs.
- A l'échographie des mains, le nombre moyen de synovites en mode B était de 4,5 [0-22] dont 93,8% étaient actives en mode Doppler puissance.
- Le nombre moyen de synovites actives était de 3,4 [0-22]. La fréquence de leurs sièges est représentée dans la figure 1.

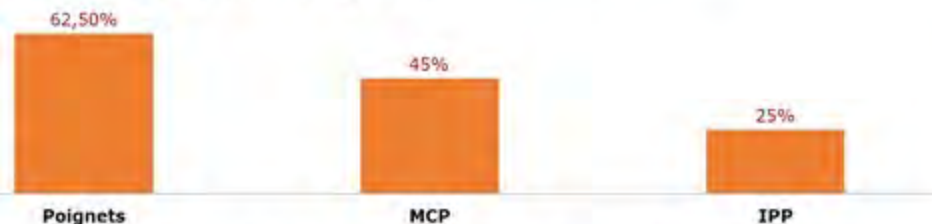


Figure 1: siège des synovites actives par ordre décroissant de fréquence

- Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre le nombre de synovites actives à l'échographie et les scores d'activité : DAS28vs ($p=0,048$) et DAS28crp ($p=0,006$).
- Chez les patients avec une maladie active, 67,5% des synovites actives se trouvaient au niveau des poignets alors que chez les patients en rémission, une seule synovite active a été notée au niveau d'une MCP mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif.

Discussion:

D.Opris et al ont montré que le nombre de synovites actives était corrélé au score DAS28vs chez les patients PR traités par biothérapie, et que l'échographie des poignets était le reflet le plus précis de l'activité de la maladie [1].

Conclusion:

Cette étude suggère que l'échographie des poignets présente une meilleure corrélation avec le niveau d'activité de la PR.

Une étude avec un nombre plus important de patients « actifs » versus « en rémission » est nécessaire pour étayer ces données.

Références:

- Opris D, Borangiu A, Gudu T, et al. AB0250 Wrist Ultrasound Better Correlates with Disease Activity Score (DAS28) in Rheumatoid Arthritis Patients Treated with Biologics Annals of the Rheumatic Diseases 2015;74:975.

Etude de l'association entre le retentissement fonctionnel et l'activité de la polyarthrite rhumatoïde évaluée à l'échographie

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi slim, Tunis, Tunisie

Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique et destructeur. Non contrôlée, elle peut être source d'un handicap socio-professionnel important.

Le but de cette étude était de déterminer le lien entre le retentissement fonctionnel de la PR et ses différents paramètres cliniques et échographiques.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant des patients suivis pour une PR (ACR/EULAR 2010).

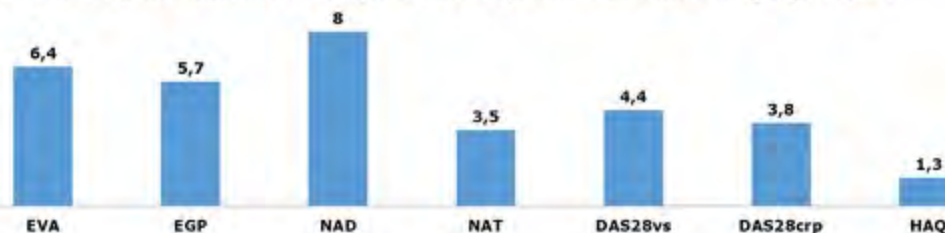
Les fiches du dernier examen échographique, pratiqué par un rhumatologue expérimenté en échographie ostéo-articulaire utilisant un appareil de type Esaote MyLab 60 avec une sonde de balayage linéaire de 6-18 MHz, ont été retirées. Les articulations étudiées étaient les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et inter-phalangiennes proximales (IPP). Le nombre de synovites en mode B et Doppler puissance a été noté.

Les données cliniques et biologiques concomitantes à l'examen échographique ont été extraites. Les scores d'activités DAS28vs et DAS28crp ont été calculés, ainsi que le score Health Assessment Questionnaire (HAQ) évaluant le retentissement fonctionnel de la PR chez ces patients.

Seuil de significativité $p < 0,05$.

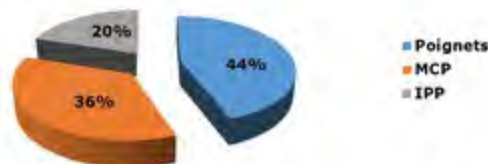
Résultats:

- 35 patients : 30 femmes et 5 hommes
- Un âge moyen de 53,7 ans [28-78]
- PR évoluant depuis en moyenne 9 ans [0,5-25]
- Parmi ces patients, 71,4% étaient sous corticothérapie orale avec une dose journalière moyenne de 9 mg [2,5-40], 94,3% sous csDMARDs et 17,1% sous bDMARDs : Infliximab (n=2), Certolizumab (n=2) et Tocilizumab (n=2).
- Les différentes données cliniques sont représentées dans le graphique 1.



Graphique 1: Les valeurs moyennes des paramètres cliniques

- A l'échographie des mains, le nombre moyen de synovites en mode B était de 4,4 [0-22], avec un signal Doppler ≥ 2 dans 87% des cas. Le siège de ces synovites est représenté dans le graphique 2.



Graphique 2: Fréquence du siège des synovites actives

- Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre l'EGP et le score HAQ ($p=0,006$)
- Aucun lien n'a été retrouvé entre ce dernier et le niveau d'activité de la PR évalué cliniquement par le score DAS28 d'une part, et par le nombre de synovites à l'échographie en mode B et Doppler puissance d'autre part.

Discussion:

Zavada J et al ont trouvé que le nombre de synovites en mode B et mode Doppler puissance selon le score US7S (the German 7-joint ultrasound score) était corrélé au statut fonctionnel évalué par le score HAQ. Cette association était d'autant plus forte que la durée d'évolution de la PR était plus importante [1].

Conclusion:

Cette étude n'a pas montré de lien entre le nombre de synovites à l'échographie en mode B et Doppler puissance et le retentissement fonctionnel de la PR évalué par le score HAQ.

Références:

1. Zavada J, Hanova P, Hurnakova J, Szczukova L, Uher M, Forejtova S. The relationship between synovitis quantified by an ultrasound 7-joint inflammation score and physical disability in rheumatoid arthritis - a cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2017;19(1):5.

Pourquoi les patients avec une polyarthrite rhumatoïde en rémission ne considèrent pas leur état comme excellent ?

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Miladi S, Fazaa A, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Introduction:

Atteindre la rémission, ou à défaut un faible niveau d'activité, représente le but ultime de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Mais les attentes des patients peuvent différer de celles du médecin traitant.

L'objectif de cette étude était de déterminer l'évaluation propre aux patients de l'activité de leur maladie et d'évaluer les corrélations avec les paramètres cliniques et psychologiques.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients suivis pour une PR (ACR/EULAR 2010), en rémission ou en faible niveau d'activité, définie par un score DAS28 < 3,2. Les données cliniques et biologiques ont été notées.

Nous avons demandé aux patients de donner une note allant de 1 (Excellent) à 5 (insatisfaisant) selon l'échelle PATSAT évaluant leur satisfaction quant à l'activité de leur maladie.

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) a été utilisée afin d'évaluer le niveau d'anxiété et de dépression chez ces patients. Un score à 7 ou moins correspondait à « absence de symptomatologie », un score entre 8 et 10 correspondait à « symptomatologie douteuse » et un score à 11 et plus correspondait à « symptomatologie certaine ».

Le seuil de significativité p a été fixé à 0,05.

Résultats :

- Les caractéristiques de la population étudiée sont représentées dans le tableau 1.

Nombre de patients	Nombre de femmes	Age (ans)	Durée d'évolution de la PR (ans)	DAS28vs	DAS28crp	HAQ	EVA (cm)
25	22	52 [25-73]	11 [1-30]	2,3 [0,5-3,1]	1,9 [1-3,1]	0,8 [0-2,3]	4 [0-10]

Tableau 1: Caractéristiques des patients étudiés

- Parmi ces patients, 52% étaient sous corticothérapie orale à une dose moyenne de 7 mg par jour, 72% sous Methotrexate, 12% sous Leflunomide et 24% sous un bDMARDs
- Le score moyen de l'échelle PATSAT était de 2,5 [1-5]. Seuls 3 patients (12%) considéraient leur état comme « excellent », 40% comme « bien » et « moyen à insatisfaisant » pour le reste des cas, tel que représenté sur la figure 1.

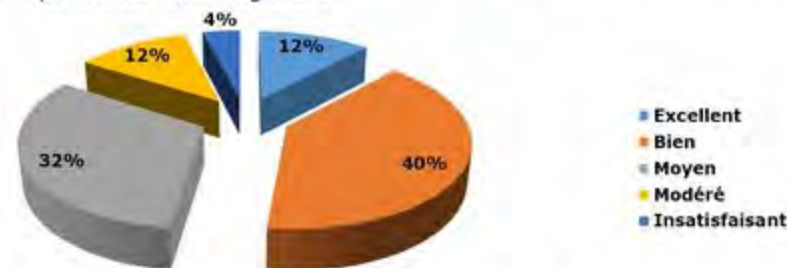


Figure 1: Répartition des patients en fonction de l'échelle PATAST

- D'après l'échelle HAD, le score moyen de l'anxiété était à 7 [0-13] et celui de la dépression était à 6 [0-16], ce qui correspond à « absence de symptomatologie ».
- Une corrélation statistiquement significative a été retrouvée entre le score PATSAT d'une part, et l'EVA douleur ($p=0,007$), le score HAQ ($p=0,029$) et les scores de l'échelle HAD ($p=0,000$) d'autre part.

Discussion:

Rintelen B et al ont trouvé que, parmi 44 patients avec une PR en rémission, 72% considéraient leur état comme « bien » selon l'échelle PATSAT.

La douleur et un niveau plus élevé d'anxiété et de peur de voir leur maladie s'aggraver étaient les principales raisons pour lesquelles les patients classaient leur état comme « bien » mais pas « excellent » [1].

Conclusion:

Notre étude montre que 88% des patients avec une PR, en rémission ou avec un faible niveau d'activité, ne considéraient pas leur état comme excellent. Ceci peut être rapporté à l'impact fonctionnel et psychologique de la maladie.

Références:

- Rintelen B et al. AB0242 Rheumatoid Arthritis Patient's Opinion When Being in Remission: Why Many Patients Classify their Disease Activity as "Good" but not "Excellent". Annals of the Rheumatic Diseases 2015; 74:972.2-972.

Evaluation des sentiments de honte et de culpabilité chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Boussaa H, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Chekili S, Souabni L, Zakraoui L, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique responsable de douleurs et de destructions articulaires, pouvant entraîner un handicap fonctionnel majeur et un impact non négligeable sur les activités sociales des patients, sur leur indépendance et leur estime de soi.

Le but de cette étude était de déterminer si les patients atteints de PR exprimaient des sentiments de honte et de culpabilité, et de rechercher d'éventuels liens avec les paramètres sociodémographiques et le niveau d'activité de la maladie.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale incluant des patients atteints de PR (critères ACR/EULAR 2010). Les sentiments de honte et de culpabilité ont été déterminés aux moyens de l'échelle ESS (Experience of Shame Scale) [1] et du test TOSCA-3S (Test of Self Conscious Affect- Version 3) [2].

L'échelle ESS est un questionnaire comportant 25 items évaluant, durant la dernière année, la fréquence des expériences de honte en rapport avec le caractère, le comportement et le corps. Une note allant de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) est attribuée à chaque item. Plus le score est élevé, plus le sentiment de honte est important.

Le test TOSCA-3S comporte 11 brefs scénarios hypothétiques suivis par 3 réactions communes, reflétant des sentiments de honte, de culpabilité et de rejet de la faute sur autrui. Chaque réponse est notée sur une échelle allant de 1 (pas vraiment) à 5 (beaucoup). Pour cette étude, seules les réponses concernant les sentiments de honte et de culpabilité ont été analysées. Les scores totaux de "propos de honte" et de "propos de culpabilité" ont été calculés et comparés aux données de l'interprétation de ces scores en fonction du sexe.

Le seuil de significativité « p » a été fixé à 0,05.

Résultats:

- Les caractéristiques de la population étudiée sont représentées dans le tableau 1.

Nombre de patients	Nombre de femmes	Age moyen	Analphabètes	Actifs sur le plan professionnel	Mariés
40	36	54,2	22%	42,5%	82,5%

Tableau 1: Caractéristiques des patients

- La durée moyenne d'évolution de la PR était de 12,8 ans [3-33]. Quatre vingt pourcent des patients étaient sous corticoïdes à une dose journalière moyenne de 7 mg d'équivalent prednisonne [2,5-12,5], 82,5% étaient sous csDMARDs et 27,5% sous bDMARDs.
- Les scores DAS28 VS et CRP moyens étaient respectivement de 4,3 [1,6-6,9] et 3,6 [1-6,2].
- Les résultats de l'échelle ESS et du test TOSCA-3S sont représentés dans la figure 1.

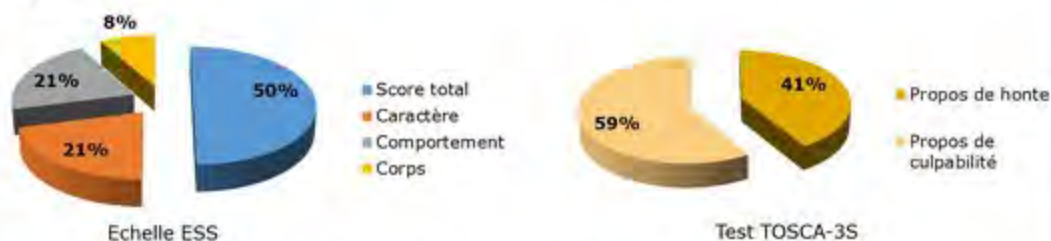


Figure 1: Résultats de l'échelle ESS et du test TOSCA-3S

- Une corrélation statistiquement significative a été trouvée entre le score DAS 28 VS et le score total de l'échelle ESS ($p=0,000$), le score des « propos de honte » ($p=0,000$) et le score des « propos de culpabilité » ($p=0,000$). Une corrélation statistiquement significative a aussi été retrouvée entre ces 3 scores et le sexe, l'âge, le niveau éducationnel et le statut marital.

Discussion:

Peter M et al ont trouvé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les patients atteints de PR et leurs témoins pour les sentiments de honte et de culpabilité mesurés respectivement par l'ESS et le TOSCA-3S.

La honte et la culpabilité dans la PR étaient principalement associées à des caractéristiques démographiques et psychosociales et non à la sévérité de la maladie [3].

Conclusion:

Dans notre étude, les sentiments de honte et de culpabilité étaient corrélés de manière significative avec les données sociodémographiques et le niveau d'activité de la maladie. Cependant, une étude cas témoins avec un effectif plus important est nécessaire afin de déterminer si les patients ayant une PR expriment plus de sentiments de honte et de culpabilité par rapport aux témoins.

Références:

- Andrews B and al. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: the Experience of Shame Scale. Br J Clin Psychol 2002;41:29-42.
- Tangney JP and al (2000) The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3). George Mason University, Fairfax.
- Ten Klooster and al (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. Clinical rheumatology, 33(7), 903-910.

Les comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

El Aissaoui A¹, Akasbi N¹, Ksir S¹, Hilal G¹, Deoula M², Harzy T¹

¹ Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

² Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent.

Les comorbidités sont des affections associées à la PR.

Elles augmentent le risque de sa morbi-mortalité.

Objectifs:

Évaluer la prévalence des comorbidités

Évaluer les facteurs associés à la présence des comorbidités au cours de la PR.

Matériel et méthodes:

Étude rétrospective concernant tous les dossiers de PR hospitalisés dans le service de rhumatologie

Janvier 2012 et janvier 2018.

Deux groupes ont été identifié : patients avec et sans comorbidités.

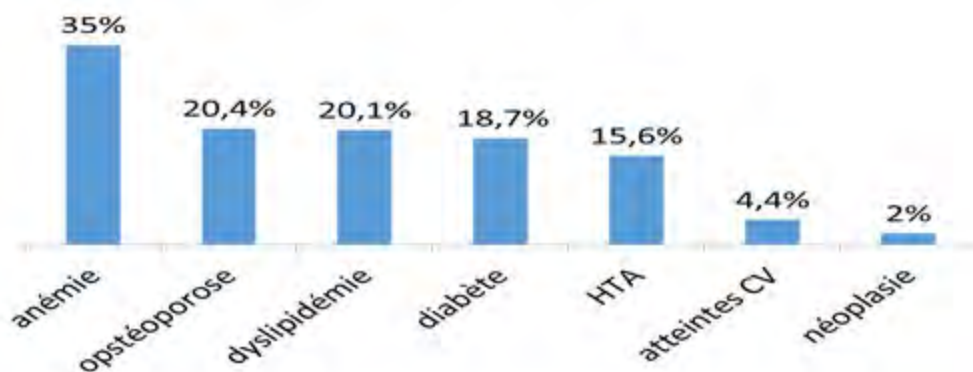
SPSS version 17

Résultats:

29,6% des cas : pas de comorbidité

70,4% : au moins une comorbidité

Répartition des comorbidités



Les variables	Patients avec comorbidité	Patients sans comorbidité	p
Age de début	41+/- 12 ans	41+/- 12 ans	0,05
Sexe féminin	68,4%	31,6%	0,04
CRP augmentée	71%	28,9%	0,000
Déformations	71,1%	28,9%	0,402
Sévérité	70,9%	29,1%	0,316
Manifestations extra-articulaires	79,9%	20,1%	0,000
LAA	92,9%	7,1%	0,047
Activité	70,5%	29,5%	0,538

Facteurs associés aux comorbidités	OR	IC	p
Manifestations extra-articulaires	2,64	1,564 -4,489	0,000
CRP augmentée	1,01	1,004 - 1,026	0,009

Conclusion:

Notre étude a objectivé une fréquence élevée des comorbidités au cours de la PR, ce qui rejoint les résultats de la littérature, avec des fréquences variables des différentes comorbidités.

Notre travail suggère que les manifestations extra-articulaires et la CRP élevée sont des facteurs associés aux comorbidités au cours de la PR. Des études prospectives semblent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Une cause rare de cervicalgies au cours de polyarthrite rhumatoïde: le syndrome d'Eagle

Mougui A., El Bouchti I

Service de rhumatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

Le syndrome d'Eagle est une affection rare, souvent asymptomatique, de découverte fortuite. Son association avec la polyarthrite rhumatoïde n'est pas habituelle.

Observation:

Patiente de 51 ans, suivie pour une polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis 5 ans hospitalisée pour une poussée de sa maladie, elle rapporte des cervicalgies chroniques évoluant depuis 2 ans. L'examen clinique objective une polyarthrite déformante, l'examen du rachis cervical objective une douleur cervicale déclenchée par la latéro-rotation. L'examen endobuccal et neurologique sont normaux. Des radiographies du rachis cervical bouche ouverte (figure 1) et profil en hyperflexion (figure 2) ont été pratiqués objectivant un processus styloïde très long, sans luxation atloïdo-axoïdienne, ni d'atteinte des inter apophysaires postérieures. Ainsi le diagnostic de syndrome d'Eagle est retenu.



Figure 1



Figure 2

Discussion:

Le syndrome d'Eagle correspond à une élongation du processus styloïde supérieure à 2,5 cm. C'est une pathologie peu connue qui touche 4% de la population générale. Dans la majorité des cas elle est asymptomatique. L'examen clinique est le plus souvent normal. La radiographie du rachis cervical peut parfois être suffisante pour confirmer le diagnostic, la tomodensitométrie confirme le diagnostic en cas de doute. Le traitement est médical dans un premier temps se basant sur des antalgiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, parfois des infiltrations. En cas d'échec la chirurgie est proposée .

Conclusion:

Le syndrome d'Eagle est une affection rare qui peut être source de cervicalgies et son association avec la polyarthrite rhumatoïde est fortuite.

Ostéoporose au cours de la PR masculine : Quelles corrélations ?

Cherkaoui N. Habibi L. Ait Malek S. Mouelle P. El Bouchti I

Service de Rhumatologie, CHU Med 6, Marrakesh, Maroc

Introduction :

La prévalence de l'ostéoporose est classiquement augmentée au cours de la polyarthrite rhumatoïde illustrant les liens entre l'inflammation systémique, le système immunitaire et le remodelage osseux. Elle est donc multifactorielle. Si la part de l'insuffisance hormonale est indéniable chez la femme, existe-t-il des facteurs propres à la pathogénie de l'ostéoporose au cours des PR masculines ?

Intérêt de l'étude:

Déterminer s'il existe des facteurs propres à la pathogénie de l'ostéoporose au cours des PR masculines.

Patients et méthodes :

C'est une étude rétrospective descriptive et analytique. Quarante cas de PR masculine ont été colligés sur une période de 07 ans (2011 à 2018). Tous nos patients répondent aux critères de diagnostic de l'ACR 2010.

Résultats:

Age moyen	52,3 (21-81),
Durée moyenne d'évolution déformations	85 (mois) 97,6 %
Atteinte structurale	87,5 %
Atteinte extra-articulaire	55 %
Atteinte pulmonaire	25 %
tabagisme	40 %
ostéoporose	55 %
DAS28 moyen	5,1

Figure 1 : Caractéristiques des patients

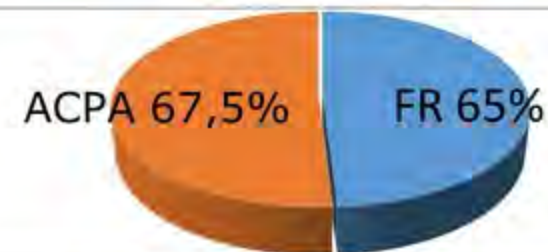


Figure 2 : immunopositivité de la PR

- Tous les patients ont reçu au moins un CsDMARD et une corticothérapie.
- Le recours aux biologiques fut nécessaire chez 12,5 % des cas.
- En analyse multivariée l'ostéoporose densitométrique était significativement corrélée à l'existence d'une atteinte pulmonaire ($p < 0,005$).

Discussion:

L'ostéoporose au cours de la polyarthrite rhumatoïde est multifactorielle : inflammation, remodelage osseux et iatrogénie médicamenteuse sont au cœur de la pathogénie de cette ostéopathie fragilisante, le rôle pathogène des ACPA est aussi fortement suggéré. Quant à l'atteinte pulmonaire, elle serait plus fréquente au cours des PR masculines et serait également rattachable à un excès de citrullination des peptides. Si nous avons pu démontrer par cette étude l'existence d'un lien statistique entre la survenue d'une ostéoporose au cours des PR masculines et l'existence d'une atteinte pulmonaire sous-jacente, il ne serait pas hasardeux d'avancer que le dénominateur commun de ces 2 manifestations serait un probable rôle pathogène des ACPA.

Conclusion:

L'ostéoporose au cours des PR masculines est une manifestation extra-articulaire dont la prévalence et les conséquences ne sont pas négligeables. Une atteinte pulmonaire rhumatoïde associée jouerait vraisemblablement un rôle catalyseur sur sa survenue.

L'atteinte du pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde : A propos d'une série de 30 cas

Feki.A, Kallel.MH ; Hriz.A ; Gassara.Z ; Ben jmeaa.S, Ezzeddine.M ; Akrouit. R ; Fourati.H ; Baklouti.S

service de rhumatologie CHU Medi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent.
- Le pied constitue la localisation souvent la plus symptomatique au début de la maladie. Au cours de l'évolution, l'atteinte progresse jusqu'à 50 à 90% des cas.
- Le but de cette étude est de déterminer la prévalence des troubles podologiques chez ces patients et d'évaluer le degré de retentissement de ces troubles sur la vie quotidienne de ces patients.

Patients et méthodes

- Il s'agit d'une étude transversale descriptive, menée sur une période de 4 mois et ayant porté sur 30 patients suivis pour une PR.
- Le diagnostic de PR est retenu en appliquant les critères ACR 1987 ou ACR/EULAR 2010.
- L'activité de la PR est évaluée par l'indice DAS 28 (Disease Activity Score 28).
- Le retentissement fonctionnel est évalué en utilisant l'indice HAQ (Health Assessment Questionnaire).

Résultats

- Trente patients étaient inclus.
- Ils avaient une moyenne d'âge de $60,2 \pm 11,5$ ans [34 à 80].
- Une prédominance féminine est notée avec un sexe ratio F/H de 4. La durée d'évolution moyenne était de $13,2 \pm 11,6$ ans. Le DAS28 moyen était de $5 \pm 1,4$ [2,1-8].

- Le HAQ moyen est $1,9 \pm 0,46$ [1-2,6]. Le nombre moyen d'articulations douloureuses au niveau du pied était $5,7 \pm 4,9$ [0-12] est celui des articulations gonflées était de $1,7 \pm 0,23$ [0-5]. Soixante-cinq pourcent des patients témoignent avoir des difficultés à trouver des chaussures adaptées.
- Les déformations les plus fréquemment décrites étaient l'hallux valgus (HV) retrouvé dans 40% des cas, les griffes d'orteils retrouvées dans 32,3% des cas et le quintus varus retrouvé dans 16,7% des cas, un supraductus du 2^{ème} orteil dans 13,3% des cas.
- Les autres anomalies observées étaient ; un infraductus du 5^{ème} orteil dans 6,7% des cas, un valgus calcanéen dans 40% des cas, un pied plat dans 50% des cas et un pied creux dans 13 % des cas.
- Une gêne fonctionnelle est retrouvée dans 31% des cas et elle était à la marche et au port des chaussures dans 43% des cas, alors qu'une gêne esthétique est décrite dans 12% des cas.
- Tous les patients portaient des chaussures non adaptées. Pour le bilan articulaire, l'articulation la plus atteinte était la première méta-tarso-phalangienne. Les troubles dermatologiques retrouvés étaient : des durillons plantaires dans 30% des cas, des cors dans 20% des cas, une hyperkératose dans 50% des cas et des troubles unguéaux dans 40% des cas.
- La localisation la plus fréquente des durillons était la tête du 5^{ème} métatarse et celle des cors était la face dorsale.

Conclusion

L'atteinte des pieds dans la PR est fréquente et pose un double problème d'handicap fonctionnel et psychologique. La prise en charge podologique spécifique par les différentes thérapies complémentaires doit être privilégiée. Elle complète le traitement médical et aide à améliorer la fonction du pied.

Rhumatisme inflammatoires chroniques : quand les patients s'expriment

Maatallah K, Rahmouni S, Ferjeni H, Hamdi w, Kaffel D, Kchir MM

Service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPEDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC), notamment la polyarthrite rhumatoïde (PR) et la spondyloarthrite (SPA) peuvent affecter les différents aspects de la vie des patients. Ces derniers développent leurs propres idées sur leur maladie pour s'adapter aux difficultés qu'elle leur cause.

Notre objectif était d'étudier la perception des patients de leur RIC et de chercher une corrélation aux différents paramètres de la maladie.

Patients et méthode:

- Enquête auprès de 27 patients suivis pour RIC
- Questionnaire de la perception de la maladie (**Illness Perception Questionnaire-Revised IPQ-R**) [1]: comporte 70 questions regroupées en trois sections .
- Le sujet doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord avec les propositions sur une échelle de Lickert en 5 points.
- Pour chaque sous-échelle, le score se calcule en additionnant les points obtenus.

Résultats:

- Il s'agissait de 22 patients suivis pour PR et 6 patients suivis pour SPA
- Age: 53,6 ±13,6 ans avec un sexe ratio : 0,68.
- Durée moyenne d'évolution : 151 mois (116 mois pour la PR, 15 mois pour la SPA).
- La moitié des patients avait une maladie active.
- Le tableau 1 résume les scores sur toutes les sous-échelles IPQ-R.
- Les patients suivis pour PR avaient une perception plus positive concernant l'efficacité du traitement (**p=0,037**).
- Le sexe n'avait pas d'influence sur la perception de la maladie.
- Les patients avec un niveau d'études bas rapportaient un nombre plus important de symptômes liés à la maladie (**p=0,034**) et pensaient que leur RIC étaient en rapport avec un accident (**p=0,05**).
- Les patients ayant rapporté un nombre plus important de symptômes avaient une maladie plus active (**p=0,022**).
- La perception négative de la durée de la maladie était corrélée au délai diagnostic (**p=0,009, r=-0,532**) et au nombre d'articulations douloureuses (**p=0,047, r=0,52**)
- La perception négative des conséquences de la maladie était corrélée à l'activité du RIC, à la CRP et au HAQ.

Tableau 1 : la moyenne des scores des différents items du questionnaire IPQ-R

Sous-échelle	Les seuils	moyenne	Min-max
Identité	0-14	5,8±2,29	2-10
chronologie	6-30	22,9±5	10-30
Conséquences	6-30	23,85±6,9	8-30
Contrôle personnel	7-35	17±8,8	6-30
Contrôle du traitement	5-25	19±5,6	5-25
Cohérence de la maladie	5-25	14,6±5,9	5-25
Chronologie cyclique	4-20	16±5,6	4-20
Représentationsémotionnelles	6-30	22±9,3	6-30
Facteurs psychologiques	6-30	16,8±5	8-27
Causes			
Facteurs de risque	7-35	17,7±5,7	2-28
Détérioration de l'immunité	3-15	9,7±2,5	6-14
hasard	2-10	5,9±1,9	2-9

Discussion:

- En accord avec les données de la littérature, la perceptions de la maladie était corrélait à l'activité de la maladie [2].
- L'âge avait également une influence sur les croyances des patients atteints de PR .
- Contrairement à une étude turque , la durée d'évolution n'était pas corrélée à une perception négative de la PR [3]

Conclusion:

La perception de la maladie permet de distinguer les croyances à travers lesquelles la personne donne du sens à la maladie. Elle est très hétérogène et dépend de plusieurs facteurs .

1. Moss-Morris R, et al. *PsycholHealth* 2002;17:1-16.
2. Norton S, Hughes LD, Chilcot J, Sacker A, van Os S, Young A, et al. *J Behav Med* 2014;37:524-32.
3. YASEMIN, U. et al. *Archives of rheumatology*, 2017, vol. 32, no 4, p. 315

Evaluation structurale dans la polyarthrite Rhumatoïde : Corrélation entre la radiographie et l'échographie

Ferjani H, Rahmouni S, Maatallah K, Triki W, Habachi M, Hamdi W, Kaffek DH, MM Kchir

Service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPÉDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) peut être responsable de lésions structurales source d'handicap. La radiographie (RX) est actuellement le gold standard pour l'évaluation des lésions structurales (érosions et pincements articulaires). L'échographie (US) est en plein essor dans la pratique quotidienne pour le diagnostic et l'évaluation des lésions inflammatoires et structurales des maladies musculo-squelettiques.

Notre objectif était de comparer la prévalence, la topographie des érosions en RX et en US dans la PR et de chercher une corrélation entre ces deux techniques.

Patients et méthode:

- Etude incluant 53 patients suivis pour PR (critères ACR 1987 et/ou ACR/EULAR 2010).
- Chaque patient a eu des radiographies des mains-poignets et des avants-pieds de face.
- Examen de 26 localisations : styloïde ulnaire, styloïde radiale, carpe, les articulations métacarpo-phalangiennes (MCP) et interphalangiennes proximales (IPP).
- La présence d'érosion était notée 0 au niveau de chaque site.
- Une évaluation bilatérale US des mains a été réalisée au même temps que les radiographies au niveau des mêmes sites et avec la même cotation

➤ Résultats:

- Il s'agissait de 11 hommes et 42 femmes, âgés en moyenne de 58,6±12,7 ans.
- Le facteur rhumatoïde était positif dans 58,5% des cas
- Les anti-CCP étaient positifs dans 48,9%.
- Vingt patients avaient des anti-CCP et FR positifs (37,73%).
- La PR était en forte activité dans 52,8% (DAS₂₈ >5,1).
- Les radiographies ainsi que l'US ont été réalisées après une évolution moyenne de 64 mois.
- La PR était non érosive dans 26,4%.
- Elle était érosive à la radiographie dans 54,7% des cas.
- Parmi les 29 sans érosions radiographiques, 15 avaient des érosions à US (51,72%).
- Parmi les 25 patients n'ayant pas des érosions à US, 11 avaient des érosions à la RX (44%).
- Nous n'avons pas noté de différence significative entre les RX et US dans la détection des érosions (p=0,992).

➤ Parmi les 1378 sites examinés, les érosions radiographiques ont été notées au niveau de 87 sites (6,13%).

➤ Les érosions échographiques étaient présentes dans 102 sites (7,4%).
Les figures 1 et 2 décrivent les sites préférentiels des érosions radiographiques et échographiques respectivement

➤ Les érosions radiographiques au niveau de la styloïdes ulnaire et styloïdes radiale étaient corrélées aux érosions échographiques (p=0 ; r=0,507 et p=0 ; r=0,659 respectivement).

➤ Cette corrélation n'était pas significative au niveau des autres sites.



Figure 1: Sites des érosions radiographiques



Figure 2: Sites des érosions échographique

Discussion:

- Dans notre étude, l'échographie a permis de diagnostiquer 51,7% des patients n'ayant pas d'érosions radiographiques.
- Elle était particulièrement performante au niveau de la MCP 2 et 5, comme déjà décrit dans 'autres études [1].
- La radiographie était plus sensible pour la détection des érosions au niveau du carpe.

Conclusion:

- L'échographie apporte des renseignements complémentaires de l'examen radiographique.
- La corrélation entre l'échographie et la radiographie dépend des localisations.
- Dans notre études elle était significative au niveau des styloïdes ulnaire et radiale.

Impact du diabète sur la polyarthrite rhumatoïde

El Kohen K.1, Akasbi N.1, Ksir S.1, Filankembo A.2, Harzy T.1

1. Service de Rhumatologie, CHU Hassan II, Fès - Maroc

2. Département d'épidémiologie, Fès - Maroc

Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah



Tableau : Analyse bivariée des caractéristiques associés au diabète dans la PR

Caractéristiques	diabétiques 56 (17.6%)	Non diabétiques 263 (82.4%)	P
Age moyen en années	52,82 [20 - 85]	49.28 [16-77]	0.062
durée évolution en années	11,71	9,95	0.093
érosion	48(85,7%)	200(76%)	0.114
déformation	37(66,1%)	182(69,2%)	0.647
CRP en moyenne	23,29	27,58	0,766
DAS CRP en moyenne	5.33	5.34	0.969
Recours à la biothérapie	114(43,3%)	24(42,9%)	0.947

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune caractérisée par une atteinte articulaire inflammatoire chronique et destructive. Les études récentes montrent une prévalence supérieure du diabète parmi les polyarthrites rhumatoïdes par rapport à la population générale. Dans cette étude, nous rapportons les caractéristiques des PR atteintes de diabète.

Résultats :

- ❖ 319 patients ont été inclus.
- ❖ Age moyen 52,82 ± 12,38 ans .
- ❖ Sex-ratio 6.4 F/H.
- ❖ La prévalence du diabète était de 17.6%.
- ❖ La durée d'évolution de la PR était plus importante chez les diabétiques (p=0.09).
- ❖ En analyse bivariée, les patients PR diabétiques et non diabétiques étaient similaires en terme de la séropositivité (p=0.942), du caractère érosif (p=0.114), de l'importance syndrome inflammatoire (p=0.844), de l'activité de la maladie (p=0.969) et du recours à la biothérapie (p=0.947).
- ❖ Les données ont été analysées avec Epi-info 7.5

Conclusion :

Le diabète est fréquent chez les patients atteints de PR dans notre contexte. Notre étude n'a montré aucune différence entre les 2 groupes en terme d'activité de la maladie, de destruction ou de recours à la biothérapie.

L'impact de l'éosinophilie sur la polyarthrite rhumatoïde

Mahha FZ¹, Akasbi N¹, Kinany K², Ksir S¹, Harzy T

Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

L'hyper-éosinophilie est rapportée dans plusieurs maladies rhumatismales, dont la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle est considérée comme un indicateur d'une activité élevée de la maladie et un facteur de mauvais pronostic. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de l'hyper-éosinophilie sur le profil des malades atteints de PR.

Matériels et méthodes :

Etude transversale rétrospective au service de Rhumatologie CHU Hassan Fès, entre janvier 2012 et mars 2019. Incluant tous les patients suivis pour PR. Les patients ayant une cause connue associée à une éosinophilie, en dehors de la PR, ont été exclus.

L'hyper éosinophilie est retenue à partir de 500/mm³.

Résultats :

139 patients ont été inclus. L'âge moyen était 52.79 ans \pm 12.47 ans [13 - 85 ans]. 86.2% femmes et 13.8% hommes avec un sexe ratio H/F : 0.16. La durée moyenne d'évolution était 10.26 \pm 7.10, le FR était positive dans 85.6% et ACPA fortement positive dans 56.7% des cas, érosive dans 77.7% des cas, déformante dans 68.7% des cas, une carpite dans 47% des cas, le nombre d'éosinophile moyen était de 182.15/mm³ \pm 183.20 et l'hyper éosinophilie était observée chez 13.2% des cas.

Le DAS 28CRP moyen était de 68.7 \pm 2.79. L'analyse bi-variée a montré que l'hyper-éosinophilie est associée à la carpite ($p=0.028$), la déformation ($p=0.018$), ACPA fortement positive ($p=0.020$). L'analyse par régression logistique multiple a montré que l'hyper-éosinophilie est un facteur de risque de déformation ORa=2.49, IC [1.03-5.98] ($p=0.041$).

Conclusion :

L'hyper-éosinophilie est assez fréquente chez les patients atteints de PR. Elle semble associée au caractère destructeur de la PR.

Dépression et polyarthrite arthrite rhumatoïde

Azmani N, Nassar K, Janani S, Rachidi W, Mkinsi O

CHU IBN ROCHD, Casablanca, Maroc

Introduction :

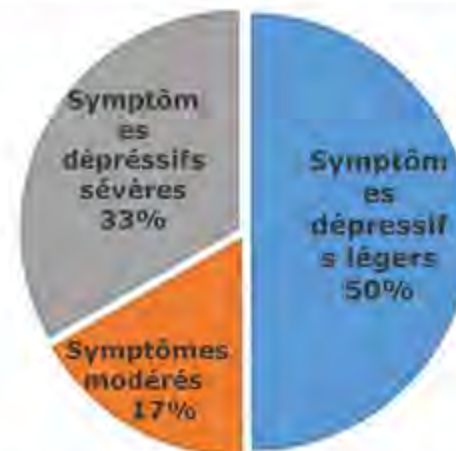
- La dépression est une maladie psychiatrique souvent associée aux maladies chroniques.
- La PR est un rhumatisme inflammatoire chronique dont les destructions peuvent être responsables de douleurs chroniques et d'handicap fonctionnel engendrant une altération de la qualité de vie et la santé mentale des patients.
- Objectif: Évaluer la prévalence de la dépression dans une série marocaine de patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR).

Méthode :

- Étude prospective sur une période de 4 mois (octobre 2018 à janvier 2019),
- Critères d'inclusion: patients atteints de PR, répondants aux critères de l'ACR/EULAR 2010, suivis à la consultation de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Casablanca.
- Critères d'exclusion: patients ayant des antécédents psychiatriques et ceux ayant des troubles auditifs ou de compréhension ne leur permettant pas de répondre aux questions.
- Les patients sélectionnés ont été informés du déroulement de l'étude, et ont donné leur consentement éclairé.
- La dépression a été évaluée par l'échelle de Hamilton version 17 items

Résultats :

- Soixante patients ont été inclus, 58 femmes et 2 hommes, d'âge moyen de 57,3 ans [79-21ans] .
- La prévalence de la dépression dans notre étude était de 20%
- Tous ces patients dépressifs étaient de sexe féminin
- 91,6% sans profession, suivis pour une autre pathologie chronique , ils avaient le Ramed (Régime d'Assistance Médicale au profit des démunis) comme couverture médicale et avec des déformations articulaires.
- La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 15,9 ans.
- DAS 28 VS moyen:3,4 DAS 28 CRP moyen:3,38
- CDAI moyen:12,5 SDAI moyen: 13,68



Discussion :

La dépression et la PR sont deux pathologies fréquemment liées, dans la littérature ; la prévalence de la dépression chez les patients souffrants de la PR est de 15 à 66,2%. Les facteurs liés à la survenue d'une dépression au cours de la PR peuvent être spécifiques ou non de la PR.(1,2)

Les facteurs associés à sa survenue dans notre étude ont été : le sexe féminin, la présence d'une autre pathologie chronique associé, la qualité de la couverture médicale, l'inactivité professionnelle, la forte activité de la PR ainsi que la présence de déformation articulaire.

Conclusion :

Le dépistage et la prise en charge de la dépression chez les patients suivis pour PR doit être fait à côté de celle du RIC, une bonne prise en charge de la PR pourrait améliorer la santé mentale de ces patients et aussi leur qualité de vie

[1] Mella LFB, Bértolo MB, Dalgarrondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients. Rev Bras de Psiquiatr 2010;32: 257-63.

[2] Ho RCM, Fu EHY, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A. Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. Int J Rheum Dis 2011;14:37-47

Qualité de vie chez les patients suivis pour PR

AZMANI.N, NASSAR.K, RACHIDI.W, JANANI.J, MKINSI.O

Service de Rhumatologie - CHU Ibn Rochd, Casablanca - MAROC.

Introduction :

- La polyarthrite rhumatoïde est la plus fréquente des rhumatismes inflammatoires chroniques dont la souffrance engendrée par les douleurs articulaires peut retentir sur le vécu journalier des patients qui en est atteint, altérant ainsi leur qualité de vie.
- Le Health Assessment Questionnaire (HAQ) est le score d'incapacité fonctionnelle le plus utilisé dans la PR.
- L'objectif de notre étude : évaluation de la qualité de vie des patients atteints de PR.

Matériel et méthode :

- Étude prospective descriptive
- Critères d'inclusion: patients répondants aux critères de l'ACR/EULAR 2010 de la PR, vus aux différentes consultations du service de rhumatologie CHU IBN ROCHD entre octobre 2018 et janvier 2019.
- Le questionnaire (HAQ) était rempli par les patients après consentement libre.

Résultats :

- Soixante patients ont été inclus, Il s'agissait de 58 femmes et 2 hommes, d'âge moyen de 57,3 ans.
- Tableau: Les principales caractéristiques de la population d'étude

Marié(e)	51,6%
Célibataire	26,6%
Couverture sociale	93,3%(70% RAMED)
Activité professionnelle	26,6%
Suivi(e) pour autre pathologie chronique	51,6%
Durée d'évolution	16,11 ans
Présence de déformation articulaire	70%
Corticothérapie	36,6%
DMARDs	98,3%
Biothérapie	20%
DMARDs+Biothérapie	18,3%
DAS 28 VS moyen	3,48
DAS 28 CRP moyen	3,01

- La moyenne du score HAQ : 0,737 ; La dimension la plus touchée était « ATTRAPER »
- La fatigue et la douleur étaient respectivement classées à 5,3 et à 4,7 sur une échelle de 0 à 10.
- 23,3% (14 patients) des patients avaient un score HAQ ≥ 1.5 ; parmi ces 14 patients :
 - 92.3% étaient sans profession
 - 85% ne travaillaient pas à cause de la maladie
 - 71% Ramedistes (Régime d'Assistance Médicale au profit des démunis)
 - 85,7% suivis pour une autre pathologie chronique,
 - 13 patients avaient des déformations avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de 20,4 ans.
 - Le DAS 28 VS moyen et le DAS 28 CRP étaient respectivement de 3,42 ; 3,22 .

Discussion :

La qualité de vie est un concept global, multidimensionnel, ayant suscité ces dernières années l'intérêt des différents acteurs de la recherche dans le domaine de la santé surtout en rhumatologie.

Au Maroc, plusieurs études étaient faites dans ce sens et avaient confirmé que les RIC en général et la PR en particulier, altèrent de façon remarquable la qualité de vie des patients qui en sont atteints, du fait de la maladie elle-même, de son retentissement sur l'activité professionnelle du sujet et donc sur son niveau socio-économique et de la précarité du système de sécurité sociale dans notre pays.(1)

Cette étude confirme les conclusions observées au cours d'autres études dans notre pays et dans d'autres différents pays.

Conclusion :

La qualité de vie des patients souffrants de la polyarthrite rhumatoïde est significativement corrélée à la fatigue, activité de la maladie et aux paramètres socio-économiques des patients.

L'évaluation de la qualité de vie des patients suivis pour PR doit être faite au même titre que l'évaluation clinique et paraclinique ceci pourrait améliorer davantage la prise en charge de ces patients.

1.Rkaine H. Evolution of the quality of life concept in morocco Case of rheumatoid arthritis and Spondylitis ankylosing. International Journal of Medicine and Surgery 2017, Volume 4.

Anomalies podologiques et impact fonctionnel de l'atteinte du pied au cours de la PR

Ouenniche K, Fazaa A, Rouached L, Miledi S, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Ben Abdelghani K, Laatar A

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim La Marsa

Introduction :

L'atteinte du pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde est précoce et fréquente et peut devenir invalidante occasionnant un handicap fonctionnel majeur.

L'objectif de notre travail est de relever les anomalies du pied chez les patients atteints de PR et d'évaluer l'impact fonctionnel de cette atteinte.

Méthode :

Nous avons mené une étude prospective et transversale, sur une période de trois mois ayant portée sur des patients atteints de PR répondants aux critères de l'ACR/Eular2010.

Tous les patients ont bénéficié d'un examen détaillé des pieds et d'un examen podoscopique. Nous avons également évalué l'impact fonctionnel en utilisant l'EVA douleur et un auto-questionnaire : le «foot function index»(FFI) comprenant 23 items répartis en trois domaines (douleur, l'incapacité fonctionnelle et la limitation d'activité).

Les caractéristiques de la maladie (durée d'évolution, profil immunologique, caractère érosif) ont aussi été relevées.

Résultats :

- Il s'agissait de 50 patients atteints de PR d'âge moyen 59.3 ± 9.98 ans avec un sex-ratio de 0.16.
- La durée moyenne d'évolution était de 15.28 ans [2- 30 ans].
- La PR était immunopositive dans 86% des cas et ACPA(+) dans 46% des cas.
- L'atteinte structurale était notée chez 60% des patients.
- L'examen sur podoscope avait montré plusieurs déformations du pied rhumatoïde (tableauI)

Tableau I : Fréquence des différentes déformations du pied

	Nombre de patients (%)
Pieds plats	18 (36%)
Pieds creux	3 (6%)
Étalement de l'avant-pied	26 (52%)
Hallux valgus	28 (56%)
Hallux rigidus	5 (10%)
Griffe des orteils	14 (28%)
Avant-pied triangulaire	11 (22%)
Varus de l'arrière pied	6 (12%)
Valgus de l'arrière pied	11 (22%)
Quintus varus	4 (8%)

- L'évaluation de l'impact fonctionnel de l'atteinte du pied a montré : une EVA douleur pied moyenne de 32.8 [0-90], siégeant essentiellement à l'avant pied (56%).
- Le score FFI moyen était de 33.67 [0-92.67]. La majorité des patients (42%) avaient un faible impact fonctionnel (score FFI<20).

Conclusion :

Le pied rhumatoïde peut prendre plusieurs aspects. Dans notre étude l'impact fonctionnel était estimé comme faible. Cependant une prise en charge spécifique de cette atteinte reste nécessaire.

Est-ce que la polyarthrite modifie la vie sexuelle ?

Rahmouni S, Maatallah K, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel D, Kchir MM

service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPEDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) peuvent être un véritable obstacle à un épanouissement de la vie intime.

Notre objectif était d'évaluer le retentissement des RIC sur la vie sexuelle.

Patients et méthode:

• Etude prospective ayant inclus des patients suivis pour RIC : polyarthrite rhumatoïde (PR) et spondyloarthrite (SPA).

• L'enquête était divisée en deux sections :

➢ Une évaluation de la **satisfaction de la qualité du mariage** (questionnaire Quality Of Marriage Index (QMI) [1])

➢ Une évaluation du **retentissement de la maladie sur la sexualité** (en se basant sur un questionnaire pré-établi et le questionnaire QUALISEX [2] pour les patients PR).

Résultats :

Tableau 1: Les caractéristiques des patients

Sex-ratio (H/F)	0,63
RIC:	
Polyarthrite rhumatoïde, n	14
Spondyloarthrite, n	4
Age moyen (ans)	56,5+10,5
Age moyen des conjoints (ans)	57,8+10,7
Durée moyenne d'évolution (mois)	Polyarthrite rhumatoïde 117 spondyloarthrite 18
Durée moyenne de vie conjugale (ans)	31,6±12
Maladie active	50%
Le score moyen du QMI	35,2 [14-45]
le score moyen QUALISEX	2,27±3

➢ L'excitation, le désir et la satisfaction sexuelle étaient affectés dans 50%, 50% et 38,9% respectivement.

➢ Les différentes causes sont détaillées dans la figure 1

Causes physiques (7 cas)

- Douleur (6 cas)
- Fatigue (5 cas)
- Raideur (5 cas)

Causes psychiques (6 cas)

- Manque libido (4 cas)
- Perturbation de l'image su soi (2cas)
- Dépression (2 cas)

Figure 1: les différentes de causes de perturbation de la vie sexuelle

Tableau 2: Corrélations entre le QUALISEX et les différents paramètres de la polyarthrite rhumatoïde

	Score QUALISEX	
	r	p
Durée d'évolution	0,41	0,904
Vitesse de sédimentation	0,090	0,792
CRP	0,124	0,716
DAS28VS	-0,186	0,608
Score QMI	-0,701	0,005

Discussion:

• Dans notre étude, la perturbation de la vie sexuelle était moins importante que ce qui a été décrit dans une étude marocaine [3].

• Les causes de cette perturbation rapportaient par nos patients étaient comparables à celles de la littérature [3].

• La qualité du mariage était le principal déterminant d'une vie sexuelle satisfaisante.

Conclusion:

Les rhumatismes inflammatoires chroniques peuvent affecter la vie intime des couples. Cependant dans notre étude, les paramètres de la maladie n'avaient pas d'influence sur la qualité de la vie sexuelle.

1. Norton R. J Marriage Fam. févr 1983;45(1):141-51.

2. Gossec L, et al. Clin Exp Rheumatol. août 2012;30(4):505-13.

3. Khnaba D, et al. Pan Afr Med J. 2016;24(1).

Rhumatisme inflammatoire chronique : vivre en couple

Rahmouni S, Maatallah K, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel D, Kchir MM

service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPEDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont à l'origine d'un handicap fonctionnel et peuvent affecter les activités de la vie quotidienne et la vie conjugale. Notre objectif était d'évaluer le retentissement du RIC sur les différents aspects de vie de couple

•Etude prospective ayant inclus des patients suivis pour RIC : polyarthrite rhumatoïde (PR) et spondyloarthrite (SPA).

•L'enquête était divisée en deux sections :

1. Une évaluation de **la satisfaction de la qualité du mariage**(questionnaire Quality Of Marriage Index (QMI) [1].
2. Une évaluation du **retentissement de la maladie sur la vie de couple** en se basant sur un questionnaire pré-établi.

Résultats :

- Parmi les 18 patients, 14 étaient suivis pour PR et 4 pour SPA.
- La majorité était des femmes (61,1%).
- L'âge moyen des patients était $56,5 \pm 10,5$ ans et celui des conjoints était de $57,8 \pm 10,7$ ans.
- La durée moyenne d'évolution était de 160 mois (117mois pour la PR, 18mois pour la SPA).
- La moitié des patients avait une maladie active (DAS28>5,1 pour la PR et BASDAI>4 pour la SPA)
- LA durée moyenne de vie conjugale était de $31,6 \pm 12$ ans.
- Dans tous les cas la maladie était apparue après le mariage.
- Le score moyen du QMI était de 35,2 [14-45].
- Le tableau 1 résume les réponses des patients aux différentes questions évaluant retentissement de la maladie sur la vie de couple

Tableau 1: Evaluation du retentissement de la maladie sur la vie de couple

Soutien par le conjoint	88,8%
Rappel des rendez-vous de consultation	72,2%
Accompagnement aux rendez-vous de consultation	61,2%
Aide pour prendre les médicaments	83,3%
Visite lors des hospitalisations	77,7%
Dispute à cause de la maladie	16,6%
Intention de divorce à cause de la maladie	11,11%
Accuse d'exagération de la symptomatologie	50%
Aide lors des poussées	61,1%
Annulation des sorties en couple à cause de la maladie	55,5%
baisse de l'attirance aux yeux du partenaire	28,5%
Gêne des partenaires à cause des réveils nocturnes	27,8%
Gêne des partenaires à cause de la raideur matinale	22,2%

Discussion:

- La satisfaction de la qualité de mariage dans notre série était supérieure à celle rapportée dans la littérature [2].
- Comme décrit dans une étude britannique, la maladie a imposé certaines adaptations dans la vie de couple (répartition des tâches ménagères, limitation de la vie social ...) [3]

•Conclusion:

- Les RIC peuvent affecter la vie conjugale.
- Nous avons montré que les différentes manifestations tels que les réveils nocturnes et la raideur matinale peuvent être source de gêne pour le partenaire.

1. Norton R. J Marriage Fam. févr 1983;45(1):141-51.
2. Bermas BL, et al. Arthritis Care Res Off J Arthritis Health Prof Assoc. juin 2000;13(3):149-55.
3. Matheson L, et al. Musculoskeletal Care. 2010;8(1):46-54.

Atteinte pulmonaire au cours de la PR: les attitudes thérapeutiques différentielles au sein d'un même service de rhumatologie?

Ben Abdelghani K, Nacef L, Fazaa A, Miladi S, Kassab S, Ouenniche K, Souabni L, Chekili S, Zakraoui L, Laatar A.

CHU Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

L'atteinte pulmonaire est la manifestation extra-articulaire la plus fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle peut être symptomatique, comme elle peut être silencieuse et découverte par les moyens d'exploration. L'attitude devant une atteinte pulmonaire n'est pas bien codifiée, et est de ce fait très variable, notamment au sein d'un même service.

Méthodes

Type de l'étude: Etude monocentrique, rétrospective.

Population d'étude: Patients atteints de PR et ayant une atteinte pulmonaire associée.

Période d'inclusion: Février à Mars 2019.

Données recueillies: Les données sociodémographiques des patients ont été recueillies ainsi que les paramètres d'activité de la maladie par l'évaluation du nombre d'articulations douloureuses (NAD), le nombre d'articulations tuméfiées (NAT), l'évaluation globale par le patient (EGP) et le Disease Activity Index (DAS28). Les traitements reçus et ceux en cours ont été relevés. Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique ont été recueillies notamment l'existence d'une dyspnée, d'une toux ou de crépitations à l'auscultation. Les explorations faites ont été notées, comprenant la radiographie du thorax, la TDM thoracique, les explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) et le lavage broncho-alvéolaire (LBA).

La démarche diagnostique devant la présence d'une anomalie à la radiographie du thorax a été subdivisée en 4 attitudes:

Attitude 1: Faire uniquement des EFR

Attitude 2: Faire des EFR et une TDM thoracique

Attitude 3: S'arrêter à la TDM thoracique

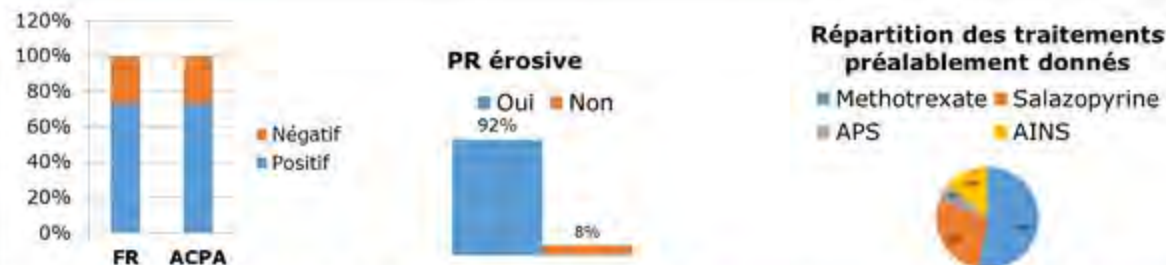
Attitude 4: Faire des EFR, une TDM thoracique et un LBA.

La démarche thérapeutique a elle-même été subdivisée en 2 attitudes: le maintien du même traitement de fond, et le switch thérapeutique.

Résultats :

Soixante deux patients ont été recensés pour l'étude. Vingt-sept avaient une atteinte pulmonaire avérée, suspectée initialement sur les données cliniques et sur la radiographie du thorax.

La PR évoluait en moyenne depuis 9,9 ± 6,08 ans [2-21].



Tous les patients ont bénéficié d'une radiographie du thorax avec ou sans symptômes cliniques. Les attitudes diagnostiques adoptées sont réparties dans le **tableau I**:

Attitude 1	Attitude 2:	Attitude 3	Attitude 4
EFR uniquement	EFR+ TDM	TDM uniquement	EFR + TDM + LBA
11,5%	50%	30,3%	7,7%

Discussion:

Les études ont fait valoir que la détection de l'atteinte pulmonaire se basant uniquement sur les signes fonctionnels et cliniques avait une sensibilité faible puisqu'elle ne détectait que 2 à 10% des atteintes [1]. Avnon et al ont démontré que les EFR systématiques chez les patients atteints de PR et ne présentant pas de symptômes pouvaient prédire une atteinte pulmonaire ultérieure dans 58% des cas [2]. Dans une étude faite sur 36 patients ayant une PR récente (2 ans), la détection par TDM thoracique couplée aux EFR a permis de poser le diagnostic de PID chez 58% des patients [3]. Il n'est pas recommandé de pratiquer un LBA systématique ni une biopsie pulmonaire pour le diagnostic de PID sauf pour éliminer un diagnostic différentiel tel qu'une pathologie infectieuse.

Conclusion:

Les attitudes thérapeutiques diffèrent au sein d'un même service de rhumatologie. L'attitude diagnostique la plus fréquente était de pratiquer le couple TDM thoracique et EFR, ce qui concordait avec les recommandations de la littérature.

Références:

- 1) Juge PR, Dieudé P, Pneumopathies interstitielles diffuses au cours de la polyarthrite rhumatoïde, Revue du rhumatisme, 2017
- 2) Avnon LS, Manzur F, Pulmonary functions testing in patients with rheumatoid arthritis, The Israel Medical Association Journal, 2009.
- 3) Gabbay E, Tuzala R, Will R, et al. Interstitial lung disease in recent onset rheumatoid arthritis. Am J Respir Crit Care Med

Les manifestations extra articulaires au cours de la polyarthrite rhumatoïde : prévalence et facteurs associés

Ben Chekaya N., Hachfi H., Brahem M., Feki I., Fhima F., Ardhaoui M., Younes M.

Service de Rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia

Introduction :

Les manifestations extra-articulaires (MEA) de la polyarthrite rhumatoïde (PR) traduisent le caractère systémique de la maladie qui peut toucher de nombreux tissus. La gravité de certaines localisations peut mettre en jeu le pronostic vital et pour cela, leurs recherche systématique est une étape importante dans la prise en charge globale de la PR. Notre objectif est de déterminer la prévalence des MEA au cours de la PR et préciser les corrélations avec le profil clinico-biologique de la maladie.

Patients et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique incluant 70 patients porteurs d'une PR et suivis sur une période de 5 ans [2013_2018]. Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'ACR 1987 et/ou les critères ACR/EULAR 2010. L'évaluation des MAE était basée sur l'examen clinique et un bilan paraclinique systématique (NFS, créatinine, protéinurie de 24 h, radiographie de thorax, examen ophtalmologique et une densitométrie). L'activité de la maladie est mesurée par le score DAS28.

Résultats:

Il s'agissait de 58 femmes (82,9%) et 12 hommes (17,1%) âgés en moyenne de 54,7ans [19 et 82]. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 10 ans \pm 14 mois [1 et 45 ans]. Le délai diagnostique moyen était de 32,9 mois [1 mois-16ans]. L'âge moyen de début de PR était de 45 ans [17-79]. Les comorbidités les plus fréquentes étaient : l'hypertension artérielle (HTA) dans 21,4% et le diabète dans 18,57% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était objectivé chez 53 patients (75,7%). Le facteur rhumatoïde était positif dans 57,1% et les ACPA étaient présents chez 64,3% des cas. Une atteinte structurale a été objectivée chez 53 patients (75,7%). Le score DAS 28 VS moyen au diagnostic était de 5,30 [2,14-8,22]. Le DAS 28 CRP moyen était de 5 [2,02-7,45].

Les différentes manifestations extra articulaires sont représentées dans le schéma suivant (figure 2):

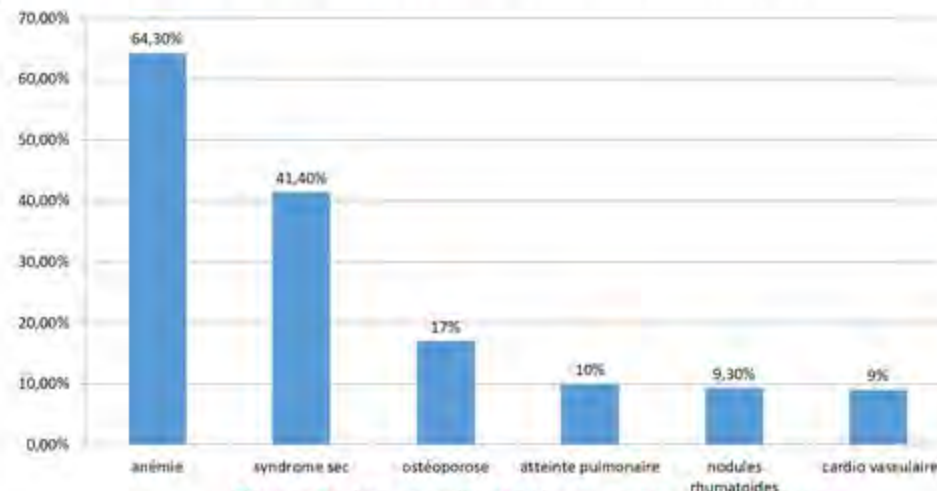


Figure2: les manifestations extra articulaires

Ces MEA étaient significativement associées à :

- * un syndrome inflammatoire biologique ($p=0,03$)
- * une durée d'évolution plus importante de la PR ($p=0,02$)

Aucune corrélation n'a été objectivée entre ces MEA et le facteur rhumatoïde ($p=0,4$), ACPA ($p=0,3$), AAN ($p=0,4$), le DAS 28 vs ($p=0,1$) et l'atteinte structurale ($p=0,9$).

Conclusion :

Les MEA sont fréquentes au cours de la PR (81,4%) et sont dominées par l'anémie, le syndrome sec et l'ostéoporose. Contrairement à la littérature, notre étude n'a pas montré de facteurs associés à la présence ou non de ces MEA.

Comorbidités au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Chekaya N., Hachfi H., Brahem M., Fhima F., Feki I., Ardhaoui M., Younes M

Service de Rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. La prise en charge de ces patients implique le dépistage et le traitement de toute comorbidité associée pour assurer une meilleure efficacité thérapeutique. L'objectif de ce travail est de préciser ces comorbidités et les facteurs associés.

Patients et Méthodes :

Etude rétrospective monocentrique incluant 70 patients porteurs d'une PR et suivis sur une période de 5 ans [2013_2018]. Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'ACR 1987 et/ou les critères ACR/EULAR 2010. L'évaluation des comorbidités était basée sur l'examen clinique, un bilan paraclinique systématique. L'activité de la maladie est mesurée par le score DAS28 et l'incapacité fonctionnelle par le questionnaire HAQ.

Résultats:

Il s'agissait de 58 femmes et 12 hommes (figure 1), âgés en moyenne de 54,7ans [19 et 82].



Figure 1 : répartition des patients selon le sexe

La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 10 ans \pm 14 mois [1 et 45 ans]. Le délai diagnostique moyen était de 32,9 mois .

L'âge moyen de début de PR était de 45 ans [17-79].

Le facteur rhumatoïde était positif dans 57,1 % et les ACPA étaient présents chez 64,3% des cas. Une atteinte structurale a été objectivée dans 75,7% des cas.

Tous nos patients ont reçus un antalgique Palier 1 ,un anti-inflammatoire non stéroïdiens dans 40% et une corticothérapie orale dans 97% des cas.

Tous nos patients ont reçu au moins un traitement de fond de type : méthotrexate (94,3%), sulfasalazine (8,6%), antipaludéens de synthèse (3%), léflunomide (7,1%) et biothérapie (15,7%).

Les différentes comorbidités sont représentées dans le tableau suivant . (figure 2)

Les comorbidités	Pourcentage (%)
HTA	21,4%
Diabète	18,5%
Dyslipidémie	12,7%
Asthme	3,9%
Néoplasie	3,9%

Figure 2: les différentes comorbidités au cours de la PR

Les facteurs associés à la présence de comorbidité étaient :

❖ un bilan immunologique positif, soit FR (p=0,01)

❖ ACPA (p=0,04)

❖ un âge avancé (p=0,001)

Aucune corrélation n'a été observée entre la présence d'une comorbidité et le DAS28, le HAQ, l'utilisation des corticoïdes ou la durée d'évolution.

Conclusion :

Les comorbidités sont fréquentes au cours de la PR (42,9%) et incitent à un dépistage systématique. Elles sont corrélées à un âge avancé et la présence des marqueurs immunologiques.

L'atteinte hématologique au cours de la Polyarthrite rhumatoïde : Quelle corrélation avec l'activité de la maladie ?

Ben Chekaya N., Hachfi H., Brahem M., Fhima F., Feki I., Ardhaoui M., Younes M.

Service de Rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent. Les manifestations hématologiques constituent une manifestation fréquente au cours de cette maladie, dominée par l'anémie dont le degré est souvent corrélé à l'activité de la maladie. L'objectif de ce travail est de décrire les différents types d'atteinte hématologique au cours de la PR et d'étudier leur association avec l'activité de la maladie.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 70 patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et ACR-EULAR 2010. Les caractéristiques sociodémographiques des patients, les paramètres cliniques et biologiques de la PR ont été collectés. 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. La thrombopénie a été définie par un taux < 150000, la lymphopénie par un taux < 1500 et la neutropénie par un taux < 2000. L'activité de la maladie est mesurée par le score DAS28.

Résultats :

Il s'agissait de 58 femmes (82,9%) et 12 hommes (17,1%) âgés en moyenne de 54,7ans [19 et 82]. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 10 ans [1 et 45 ans]. Le score DAS 28 VS moyen au diagnostic était de 5,3. Un syndrome inflammatoire biologique (SIB) était présent dans 75,7%. L'atteinte hématologique au cours de la PR était présente dans 72,9% des cas. (figure 1).

Figure 1: prévalence de l'atteinte hématologique



L'anémie était l'atteinte la plus fréquente : elle était normochrome normocytaire (42,9%) , hypochrome microcytaire (20%) et microcytaire (1,4%). Les différentes atteintes hématologiques sont représentées dans le tableau suivant : (figure 2)

Attentes hématologiques	Pourcentage (%)
anémie	64,3%
lymphopénie	28,6%
neutropénie	1,4%
thrombopénie	2,9%

Figure 2: les différentes atteintes hématologiques

En analysant ces paramètres biologiques en fonction de l'activité de la maladie, les manifestations hématologiques étaient corrélés à un SIB ($p=0,03$). Aucune association n'a été objectivée entre l'atteinte hématologique et le DAS 28 ($p= 0,7$), l'impact fonctionnel ($p=0,9$), la positivité de FR ($p=0,5$) ni la prise de méthotrexate ($p=0,06$).

Conclusion:

Notre étude a montré que l'atteinte hématologique, dominée par l'anémie, est fréquente au cours de la PR et essentiellement associée à la présence du syndrome inflammatoire. Ceci souligne l'intérêt de lutter contre l'inflammation chronique. D'autres facteurs associés à ces atteintes hématologiques ont été décrits dans la littérature.

Luxation atloïdo-axoïdienne au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Ben Chekaya N., Hachfi H., Brahem M., Fhima F., Feki I., Ardhaoui M., Younes M.

Service de Rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia

Introduction :

La luxation atloïdo-axoïdienne (LAA) constitue une localisation grave de la polyarthrite rhumatoïde (PR) qui peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel, neurologique et même vital du patient. Elle est la conséquence de la synovite rhumatoïde. L'objectif de ce travail est d'étudier la fréquence, les caractéristiques cliniques, biologiques, radiologiques de l'atteinte C1-C2 au cours de la PR ainsi que les facteurs associés à sa survenue.

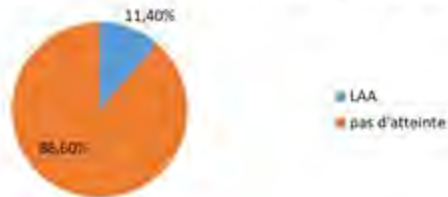
Patients et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique incluant 70 patients porteurs d'une PR et suivis sur une période de 5 ans [2013-2018]. Le diagnostic de PR reposait sur les critères de l'ACR 1987 et/ou les critères ACR/EULAR 2010. Tout ces patients ont bénéficié d'une radiographie du rachis cervical profil en hyperflexion et une LAA est évoquée devant tout diastasis supérieur à 3 mm.

Résultats :

Il s'agissait de 58 femmes et 12 hommes, âgés en moyenne de 54,7 ans [19 et 82]. La durée moyenne d'évolution de la maladie au moment de l'étude était de 10 ans. Sur ces 70 dossiers colligés, 8 cas (11,4 %) de LAA ont été relevés (figure 1).

Figure 1: LAA au cours de la PR.



Notre population se composait de 7 femmes et 1 homme, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 51 ans.

La durée d'évolution de la PR était en moyenne de 12,5 ans. Le DAS28 moyen était de 5,8. Des cervicalgies inflammatoires étaient décrites par tous ces patients. L'examen neurologique était normal chez 5 patients, une vivacité des réflexes ostéotendineux chez 2 patients et un syndrome pyramidal chez une patiente. Sur le plan biologique, les facteurs rhumatoïdes positifs dans 3 cas et les Anti CCP positifs dans 6 cas. La radiographie avait montré un diastasis moyen de 6 mm [4- 10 mm]. (figure 2) L'IRM cervicale était demandée dans 6 cas, objectivant un pannus synovial dans 2 cas (figure 3) et des signes de compression médullaire chez 1 seul patient.



Figure 2 : Diastasis C1 C2



Figure 3: IRM séquence T2 : pannus synovial

Ce dernier représente le seul cas opéré avec ostéosynthèse du rachis.

En analysant les facteurs associés à la LAA, nous avons trouvé **une association**

significative avec :

- la durée d'évolution de la maladie ($p = 0,03$)

- la séropositivité de la PR ($p = 0,03$).

Aucune association n'a été objectivée avec le syndrome inflammatoire biologique, les indices d'activités de la maladie et les déformations articulaires.

Conclusion :

La LAA s'observe habituellement au cours de la PR sévère et ancienne mais elle peut parfois inaugurer la maladie. Cette étude reflète la fréquence non négligeable de l'atteinte cervicale et incite à un dépistage précoce et une prise en charge adéquate pour prévenir ses complications.

Profil lipidique au cours de la polyarthrite rhumatoïde en fonction de la présence de syndrome métabolique ou non

Ben Chekaya N.1, Jguirim M.1, Miri S.1, Ben Letaifa M.1, Borgi O.1, Fakhfekh R.1, Zrour S.1, Bejia I.1, Touzi M.1, klii R.2, Bergaoui N.1

1Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

2Service de Médecine Interne CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction :

L'association entre un métabolisme glucidique perturbé, un surpoids ou une distribution abdominale des graisses, une dyslipidémie et une hypertension a conduit au concept de syndrome métabolique (SM). La prévalence de ce syndrome au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) semble être élevée. Le but de notre étude était de décrire le profil lipidique au cours de la PR en fonction de la présence de syndrome métabolique ou non.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale qui porte sur les patients atteints de PR, colligés au service de rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir. Cette étude s'est étalée sur une période de 6 mois entre 1 février 2015 et 31 juillet 2015. Le syndrome métabolique était calculé selon la définition NCEP/ATP III 2005, IDF 2005 et AACE 2003.

Résultats :

Dans la population étudiée, une large prédominance féminine a été notée : 88,3% étaient des femmes et 11,3% étaient des hommes. L'âge moyen de nos patients était de 55,4 ans avec des extrêmes allant de 26 à 77 ans. 27 patients (soit 45%) avaient un SM selon la définition NCEP/ATP III 2005, 28 patients (soit 46,7%) selon la définition IDF 2005 et 26 patients (soit 43,3%) selon la définition AACE 2003. Le profil lipidique de nos patients est représenté par le schéma suivant: (figure 1)

Figure 1 : Le profil lipidique chez les patients atteints de PR



Les caractéristiques du profil lipidique en fonction de la présence ou non de syndrome métabolique sont représentées dans le tableau suivant: (figure 2)

			SM	Pas de SM	p
cholestérol	< 200 mg/L	%	14,30%	85,70%	P<0,001
	≥ 200 mg/L	%	28,60%	71,40%	
triglycérides	< 150	%	6,30%	93,70%	P<0,001
	≥ 150	%	36,50%	63,50%	
HDL	≤ 40	%	38,10%	61,90%	P<0,001
	> 40	%	4,80%	95,20%	

Figure 2 : Caractéristiques du profil lipidique en fonction de la présence ou non de syndrome métabolique

Conclusion :

Le syndrome métabolique était associé d'une façon significative à des valeurs élevées de CT, de TG et à des valeurs basses d'HDLc. Plusieurs études appuient la notion que la PR conduit à un profil lipidique plus altéré et pro-athérogène surtout en présence d'un syndrome métabolique.

Facteurs prédictifs de l'atteinte du pied au cours de la PR

Ouenniche K, Fazaa A, Nacef L, Miladi S, Ben Abdelghani K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Zakraoui L, Laatar A

Service de rhumatologie, CHU Mongi Slim, La Marsa

Introduction :

L'atteinte du pied au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) est à l'origine d'un handicap fonctionnel important. La connaissance des facteurs prédictifs à sa survenue et à son retentissement permet de contrôler son évolution et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Méthodes:

Type de l'étude: Etude prospective, transversale, menée au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim de la Marsa,

Critères d'inclusion: Patients tunisiens âgés de 18 ans et plus, atteints d'une PR répondant aux critères de l'ACR EULAR 2010

Période d'inclusion: 3 mois (de Novembre 2018 à Janvier 2019).

Données recueillies: Les données socio-démographiques ont été recueillies, ainsi que les paramètres cliniques de la PR. Le facteur rhumatoïde (FR) et les anti-peptides citrullinés (anti-CCP) ont été recherchés chez tous les patients. Chez certains malades, les résultats n'ont pas été communiqués.

L'impact fonctionnel du pied a été évalué chez tous nos patients en utilisant deux instruments de mesure : Une échelle visuelle analogique (**EVA d**) allant de 0 à 10, et la version française validée du « **Foot Function Index** » (**FFI**). Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 23 items sous forme de questions courtes cotées de 0 à 10 et réparties en 3 domaines se rapportant chacune à un aspect distinct de la pathologie du pied : Douleur, incapacité fonctionnelle et limitation d'activité.

Résultats :

Notre étude a porté sur 50 PR. Leur âge moyen au moment de l'étude était de 59.3 ans \pm 9.98 DS [39-79 ans]. Il s'agissait de 43 femmes et 7 hommes ce qui correspond à un sexe ratio de 1H/6F.

Durée moyenne d'évolution de la PR: 15.28 ans [2-30 ans].

Soixante pour cent des PR présentaient une atteinte structurale avec une présence d'érosions articulaires dans 60% et un pincement articulaire dans 60% des cas.

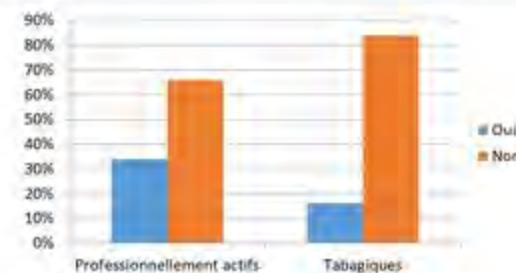


Figure 1: Caractéristiques des patients

Les facteurs qui avaient un impact significatif sur le score FFI et donc sur le retentissement fonctionnel de l'atteinte du pied étaient: **l'ancienneté de la maladie** ($p=0,033$), **l'exercice d'une profession sollicitant les pieds** ($p=0,045$), **l'indice de masse corporelle (IMC) élevé** ($p=0,0001$), **l'importance de la raideur** ($p=0,001$) et de la **tuméfaction articulaire** ($p=0,001$), et l'existence de **déformations articulaires** ($p=0,0001$).

Un score HAQ élevé était significativement associé à un **score FFI** important, suggérant le retentissement de l'atteinte du pied sur la qualité de vie.

Aucune association significative n'a été retrouvée entre le score FFI et l'âge ($p=0,120$), le sexe ($0,724$), le tabagisme ($0,862$), l'atteinte structurale ($0,968$), l'EGP ($p=0,092$) ni les données biologiques à savoir la VS ($p=1$), la CRP ($p=0,505$), le FR ($p=0,473$), les ACPA ($p=0,694$) ou encore le DAS28 ($p=0,359$)

Conclusion:

Les facteurs prédictifs de l'atteinte du pied au cours de la PR dans notre série étaient: l'ancienneté de la maladie, le statut professionnel, l'IMC, la raideur, la tuméfaction articulaire et l'existence de déformations. La sévérité de l'atteinte était associée à une altération de la qualité de vie ce qui suggère l'importance de sa prise en charge.

Facteurs prédictifs d'une mauvaise observance des biothérapies au cours de la PR

Saidane O, Nacef L, Mahmoud I, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, CHU Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

L'observance thérapeutique au cours des pathologies chroniques est un paramètre essentiel à prendre en compte pour juger de l'efficacité d'un traitement prescrit. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans la modification de ce paramètre.

L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs modifiant l'observance thérapeutique des biothérapies au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

Méthodes:

Type de l'étude: Etude transversale portant sur les patients PR diagnostiqués selon les critères ACR-EULAR 2010.

Durée d'inclusion: Période allant de Juillet 2017 à Mai 2018.

Critères d'inclusion: Les patients sous biothérapie sous cutanée ou intraveineuse (hors Rituximab) depuis au moins six mois ont été inclus.

Données recueillies: Les caractéristiques socio démographiques des patients, la présence de comorbidités ont été relevées.

La présence d'une fibromyalgie a été recherché par le Widespread Index-Severity Score (**WPI -SS**).

L'activité de la maladie a été calculée par le Disease Activity Index (**DAS28CRP**).

L'observance thérapeutique a été évaluée par un score validé en français: Le Compliance questionnaire for Rheumatology (**CQR 19**) composé de 19 items.

Le cut-off déterminant une bonne observance était de **80**.

Le Belief in Medication Questionnaire (**BMQ**) a été utilisé pour l'évaluation des peurs et croyances. Il existe en deux versions: une version générale et une version spécifique.

Le Hospital Anxiety and Depression (**HAD**) a été utilisé pour l'évaluation de l'anxiété et la dépression chez ces patients.

Résultats :

Population d'étude: Trente quatre patients ont été inclus, d'âge moyen de **55,44 ans**.

Le sexe ratio F/H était de **10**.

Durée moyenne d'évolution de la PR: 12,88 ans [3-29].

Les traitements pris étaient **l'Infliximab, l'Adalimumab, l'Etanercept, le Certolizulab Pegol** et le **Tocilizumab**.

Le **CQR19 moyen** était de 74,5%, avec des extrêmes allant de 43,85 à 94,73.

Influence des données sociodémographiques et des caractéristiques de la PR sur l'observance:

Il n'y avait pas de lien significatif entre l'observance thérapeutique et l'âge, le sexe, l'existence d'une fibromyalgie, l'existence d'une difficulté d'injection ou le score HAD.

Cependant, une meilleure observance a été associée à l'existence de comorbidités ($p=0,006$). La majorité des patients ayant une bonne observance (63%) avaient un niveau d'activité maladie faible ($DAS28 < 3,2$).

Influence des peurs et des croyances sur l'observance:

Les patients qui croyaient en la nécessité de leur traitement (BMQ Necessity score élevé) étaient plus observants ($p=0,000$), ainsi que ceux chez qui le rapport bénéfice-risque était élevé (BMQ differential) ($p=0,008$) (**Figure 1**).

Figure 1: Influence des paramètres du BMQ score sur l'observance thérapeutique aux biologiques:

	p	r
Necessity	0,000	0,621
Concerns	0,787	0,045
Differential	0,019	0,394
Harm	0,034	-0,256
Overuse	0,255	0,201

Conclusion:

Les facteurs les plus déterminants d'une bonne observance dans notre série étaient la forte croyance en le traitement prescrit et la forte perception d'un rapport bénéfice-risque.

Manifestations systémiques de la polyarthrite rhumatoïde au service de rhumatologie Chu Ibn Rochd

Bassa E., Nassar K., Rachidi K., Janani S., Mkinsi O.
Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques, caractérisée par la destruction et la déformation articulaire. Cependant, certaines manifestations extra articulaires à l'exemple de la fibrose pulmonaire interstitielle diffuse peuvent révéler une PR

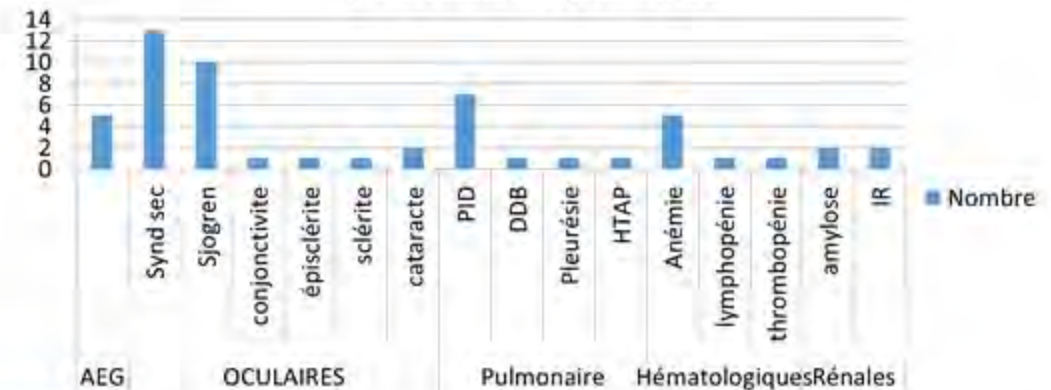
Matériel et Méthodes

A propos d'une étude rétrospective à partir des observations cliniques des patients suivis pour PR, hospitalisés de 2016 à 2018 et répondant tous aux critères de l'ACR. On se propose d'étudier la fréquence des manifestations extra-articulaires

Résultats :

Il s'agissait de 35 femmes et 3 hommes, d'âge moyen de 54,2 +/- 23-74ans présentant une PR séropositive dans 92% des cas. Une altération de l'état général était observée dans cinq cas, un syndrome sec dans seize cas dont dix cas de syndrome de Sjögren. Sept patients avaient une pneumopathie interstitielle diffuse associée chez une patiente à une DDB. Un cas de pleurésie et une HTAP associée à une cardiopathie congénitale étaient objectivés. Des atteintes hématologiques à type d'anémie normochrome normocytaire (2cas) et hypochrome microcytaire (3cas), lymphopénie (1cas) et thrombopénie (1 cas), neutropénie (2 cas) étaient observées avant tout traitement de fond. Dans l'atteinte oculaire, un cas de conjonctivite, un cas d'épisclérite, un cas de sclérite, 2cas de cataracte chez des patientes sous corticoïde étaient retrouvés. Deux patientes avaient présentées l'amylose compliquée d'insuffisance rénale.

Manifestations systémiques



Discussion:

Les manifestations extra-articulaires de la PR peuvent survenir avant l'atteinte articulaire, mais généralement après quinze à vingt ans d'évolution. Les atteintes les plus fréquentes sont le syndrome de Sjögren et l'IA PID. Dans les données d'une cohorte de patients PR suivis à la Mayo Clinic aux états-Unis les nodules rhumatoïdes et la kérato-conjonctivite sèche étaient plus fréquentes². L'évaluation et la comparaison des valeurs obtenues sont difficiles en raison des définitions diagnostiques qui varient et des biais méthodologiques liés à l'utilisation des cohortes et des registres.

Conclusion

Des études sur des séries plus grandes devraient être réalisées compte tenu de l'importance de plus en plus grandissante qu'occupent les manifestations extra-articulaires dans le diagnostic et le suivi de la PR

Association hépatopathies auto-immunes et polyarthrite rhumatoïde

L Habibi, N Cherkaoui, S Ait Malek, A Touiti, I El Bouchti

Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire de Marrakech, MAROC

Introduction :

- Les hépatopathies auto-immunes:
 - maladies rares
 - atteinte chronique destructive non suppurée du foie,
 - mécanisme essentiellement auto-immun.
- L'association avec une polyarthrite rhumatoïde (PR) est peu décrite dans la littérature.

Matériels et méthodes:

- Étude descriptive portant sur tous les cas d'hépatopathies auto-immunes associées à une polyarthrite rhumatoïde colligés au service de Rhumatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech
- Nous avons analysé leurs caractéristiques cliniques, biologiques et évolutifs.

Résultats:

A- caractéristiques des patients:

- Total: n= 12, femme: n=11, homme: n=1
- Age moyen: 46.5 ans [extrêmes: 29-60]

B- caractéristiques de la maladie

B-1/ Polyarthrite rhumatoïde:

- Age moyen du diagnostic de la PR: 40.5 ans
- Activité modérée à sévère: DAS28 moyen à 5,94 [extrêmes: 4,53-7,5]
- Atteinte structurale: n=12, sévère: n=8
- Anti CCP positif: n= 8, taux moyen: 198,33 UI/ml [extrêmes: 146-650]
- Facteur rhumatoïde positif: n=7, taux moyen: 337,58 UI/ml [extrêmes: 128-2048]
- Anticorps antinucléaires positif: n=12, fluorescence nucléolaire: n=8, fluorescence cytoplasmique: n=4
- Anti SSA: n=7
- BGSA stade III et IV: 10
- Association avec d'autres connectivites: Sjögren: n=10, Sclérodémie: 3, lupus : n=1
- Atteinte hématologique: n= 12, anémie inflammatoire: 12, neutropénie=1, lymphopénie: n=1, thrombopénie: n=1, splénomégalie=4

- **Hypergammaglobulinémie=11, taux moyen: 20,1 [extrêmes: 14-52,7], portant sur 2 immunoglobulines IGG, IGA: n=7**

- Traitement: Méthotrexate avec mauvaise observance n= 5, salazopyrine: 2, corticothérapie: n= 12

- Recours à la biothérapie: n= 7, Rituximab: n= 4, Tocilizumab: n=2, Etanercept: n=1

B-2/ hépatopathies auto-immunes

- Age de survenue: 49,9 ans
- **Délai de survenue de l'HPAI: 2,5 ans.**
- Circonstances de diagnostic: **cholestase anictérique de découverte fortuite: n=12**
- Type: cholangite biliaire primitive: n= 9, hépatite auto-immune: n=1, overlap syndrome: n= 2
- ALAT élevé: n=8cas [extrêmes: 57-560] , GGT élevé: n=10 [extrêmes: 68-283], PAL élevé: n=11 [extrêmes: 116-455]
- Anti M2: n=5, anti muscle lisse : n=2, anti SP100: n=2
- Biopsie hépatique: n= 9, signes spécifiques de l'HPAI
- Séquelles d'hépatite virale B guérie: n=2

C-analyse statistique:

- Une biopsie des glandes salivaires classée stade 3 et 4, un anticorps anti SSA + et une hypergammaglobulinémie portant sur deux immunoglobulines étaient corrélée à l'association de l'atteinte hépatique auto-immune et polyarthrite rhumatoïde (p<0.02).
- La présence de l'HPAI est corrélée à la sévérité de la PR (p à 0,01), et la positivité des ACPA et le FR (p à 0,004)

Conclusion:

- La découverte d'une cholestase isolée (principalement des taux élevés de phosphatases alcalines), d'une hypergammaglobulinémie portant sur deux immunoglobulines, d'un antinucléaire de fluorescence cytoplasmique ou nucléolaire au cours d'une PR doit mener à une recherche d'HPAI.
- L'atteinte hépatique au cours de la PR peut influencer l'activité et la sévérité de la maladie et ceci peut être expliqué par l'arrêt itératif et la réduction des doses des médicaments hépatotoxiques

Prothèse totale du genou chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde : Difficultés et pronostic

Elmokhtar A., Znagui T., Bellila S., Rafrafi A., Haddouk L., Moalla M., Nouisri L.

Service d'orthopédie et traumatologie., Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

Les petites articulations sont les articulations les plus touchées au cours de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde (PR) mais toute articulation synoviale y compris le genou peut être touchée au cours de l'évolution de cette maladie entraînant des conséquences fonctionnelles assez importantes. La pose d'une prothèse totale du genou (PTG) est le traitement de choix pour soulager la douleur et améliorer la fonction chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde.

L'objectif de notre travail était d'évaluer le résultat clinique et radiologique des PTG sur séquelles de PR ainsi que d'établir les principales difficultés et la pronostic à long terme.

Méthodologie:

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 10 ans entre 2008 et 2017 permettant de colliger 09 patients et 13 genoux ayant eu des PTG pour des séquelles de PR au sein du service d'orthopédie à hôpital militaire de Tunis. Notre échantillon des malades comportait 08 femmes et 01 homme, 04 malades ayant des prothèses bilatérales. L'âge moyen au moment de la chirurgie était de 59,2 ans et l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 26,1 kg/m². L'évaluation des résultats au recul était basée sur le calcul du score fonction et douleur IKS genou et sur une analyse radiologique. Pour l'analyse statistique l'analyse de Kaplan-Meier a été utilisée pour calculer la survie. Le point final pour la survie était le retrait ou la révision de n'importe quel élément pour quelque raison que ce soit.



Résultats :

Après un recul moyen de 6.4 ans [1 an,10ans]. le taux de survie était de 78% en considérant toute révision ou extraction de la prothèse comme point final. Le score moyen IKS de la Knee Society était respectivement de 77,8 points cliniques (éventail de 40 à 95 points) et 72,3 points fonctionnels (éventail de 30 à 100 points) au contrôle final. Il n'y avait aucune corrélation entre l'IMC, l'âge, le côté, le sexe et la fréquence de révision. Aucun sepsis sur PTG n'a été noté dans notre étude.

Discussion:

Une prothèse totale du genou est devenue la référence dans le traitement d'un genou détruit par la polyarthrite rhumatoïde, même s'il s'agit d'une forme juvénile [1]. La majorité des études ayant des reculs suffisants ont rapportées des résultats satisfaisants à long terme avec des taux dépassant le 80% [2]. Le sexe masculin avait un risque de révision indépendant chez les patients atteints de PR. Les hommes ont en plus un risque élevé de sepsis [3]. La majorité des auteurs concordent sur l'idée que la révision chez les patients atteints de PR n'était pas influencée par l'âge comparativement à l'arthrose [4].

Conclusions:

Le résultat clinico-radiologique après une PTG posée pour des séquelles d'une PR est souvent satisfaisant avec des taux supérieurs à 80%. Il est presque identique en terme de satisfaction du malade et de survie de la prothèse comparé aux PTG indiquées pour une gonarthrose.

Références:

- [1]: Lee JK, Kee YM, Chung HK, Choi CH. Long-term results of cruciate-retaining total knee replacement in patients with rheumatoid arthritis: a minimum 15-year review. *Can. J. Surg.* 2015; 58: 193-7.
- [2]: Schai PA, Scott RD, Thornhill TS. Total knee arthroplasty with posterior cruciate retention in patients with rheumatoid arthritis. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1999; 367: 96-106.
- [3]: Bongartz T, Halligan CS, Osmon DR et al. Incidence and risk factors of prosthetic joint infection after total hip or knee replacement in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2008; 59: 1713-20.
- [4]: Laskin R. Total knee replacement with posterior cruciate ligament retention in rheumatoid arthritis. Problems and complications. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1997; 345: 24-8.

Prévalence et types des comorbidités chez les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde au Chu Ibn Rochd de Casablanca

Bassa E., Nassar K., Rachidi K., Janani S., Mkinsi O.

Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle est caractérisée par une évolution destructrice des articulations entraînant des répercussions fonctionnelles, psychologiques et socio-professionnelles. Les comorbidités sont des affections associées à la PR. Les mécanismes de ces affections peuvent être liés à la PR elle-même, aux effets des traitements utilisés pour l'améliorer, ou à l'apanage d'une coïncidence.

Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective à partir des observations des malades hospitalisés pour PR selon les critères de l'ACR entre la période 2015 à 2018. L'objectif était d'évaluer la prévalence, les types des comorbidités

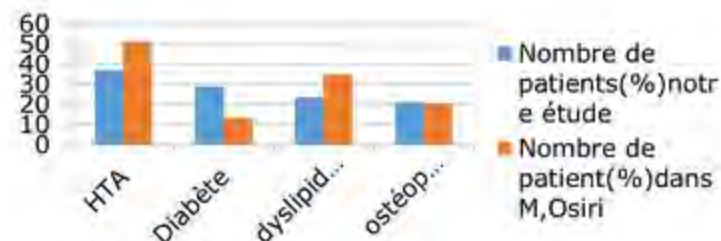
Résultats

Les données provenaient de 76 patients suivis pour PR. La majorité des patients était traitée par cDMARD alors que 47,3% recevaient des biothérapies. On a relevé les comorbidités chez 60 patients (78,9%). Les plus fréquentes étaient : l'hypertension artérielle (36,8%), le diabète (28,9%), la dyslipidémie (23,6%), la fibrose pulmonaire (10,5%), la dilatation de bronche (DDB) (2,6%), l'ostéoporose (21%), la dysthyroïdie (5,2%), cataracte (5,2%), la sclérite (2,6%), l'épisclérite (2,6%), la goutte (2,6%), l'amylose (5,2%) associée une insuffisance rénale, la cholestase hépatique (2,6%)



Discussion:

Notre étude avait exploré la prévalence et les types de comorbidité chez les patients suivis pour PR. La prévalence de comorbidités dans notre étude était de 79%. Elle est plus élevée à celle rapportée par Osiri et al. La comorbidité la plus fréquente était le HTA, ce qui corrobore avec la précédente étude. 21% de patients avaient l'ostéoporose contre 20% dans la même étude.



Conclusions

Les comorbidités étaient très fréquentes dans notre étude. Elles pourraient plus ou moins influencer l'évolution et la prise en charge de ces patients

Evaluation de la qualité du sommeil chez 100 patients tunisiens atteints de polyarthrite rhumatoïde

Jguirim M, Brahem M, Jomaa O, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrour S, Bergaoui N.
Service de rhumatologie Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir Tunisie.

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie systémique caractérisée par une évolution chronique avec des périodes d'exacerbation et de rémission. Même dans les premiers stades de la maladie, les patients signalent la survenue de fatigue et de troubles du sommeil assez fréquentes.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité du sommeil chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (RA) et d'étudier ses facteurs associés.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude descriptive transversale incluant les patients atteints de PR et suivis au service de rhumatologie et au département de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital universitaire de Monastir. Les variables analysées étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, biologiques et fonctionnelles avec l'évaluation de la qualité du sommeil par le PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index).

Résultats:

Notre population a inclus une centaine de patients dont l'âge moyen était de 55,88 ± 10,5 ans (25 à 84 ans). La majorité était des femmes (85 femmes / 15 hommes). La maladie était modérément active dans 55% des cas (3,2 <DAS28 <5,1). Les score global du PSQI était supérieur à 5 chez 65% de nos patients. Les anomalies les plus fréquemment rapportées étaient l'efficacité du sommeil inférieure à 85% dans 75% des cas et l'insomnie dans 65% des cas. Un dysfonctionnement diurne était signalé chez 2% de nos patients. Il y avait une corrélation significative entre les éléments du PSQI, l'indice d'activité de cette maladie, le taux de la vitesse de sédimentation plus élevé, les capacités fonctionnelles et les troubles anxieux et dépressifs. Cependant, il n'y avait pas de corrélation entre la qualité du sommeil et les paramètres sociodémographiques et radiologiques.

Discussion

Les troubles du sommeil sont fréquemment rencontrés au cours de la polyarthrite rhumatoïde. La plupart des études ont rapporté que plus de la moitié des patients atteints de cette maladie avaient des problèmes de sommeil. Les liens entre sommeil et douleur sont étudiés par plusieurs équipes dans le monde qui cherchent à décoder ces relations soit en clinique, par l'observation des patients (questionnaires et enregistrements du sommeil), soit sur le plan des mécanismes physiologiques. On sait par exemple que la douleur perturbe le sommeil de 50 à 75% des personnes souffrant de douleurs, tous types confondus. Ce n'est pas systématique. Il existe une susceptibilité individuelle à la douleur, certaines personnes la « tolèrent » mieux, elle a donc moins d'impact sur la qualité du sommeil de ces dernières. Trois grands mécanismes permettent d'expliquer la relation étroite entre douleur et sommeil : Le stress dû à la douleur, L'effet inverse (si le sommeil est de mauvaise qualité, il y a une baisse du seuil de tolérance à la douleur) et un profil biologique particulier. Semblerait qu'il existe un « terrain » commun aux personnes souffrant de douleurs chroniques ayant un sommeil de mauvaise qualité.

(1) Makhlof MM, . Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. Sleep Breath 2007;

(2) Vitiello MV. sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. J Psychosom Res 2004;56:503-10

Conclusion

La qualité du sommeil est fréquemment altérée au cours de la PR. les facteurs associés sont multiples. L'évaluation du sommeil et l'optimisation pour une stabilisation de la maladie peuvent s'avérer bénéfiques en termes d'amélioration du sommeil et de la qualité de vie.

Perturbation de la qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde : à propos de 100 cas

Jguirim M, Brahem M, Jomaa O, Mhenni A., Bejia I, Touzi M, Zrouer S, Bergaoui N.

Service de Rhumatologie Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est la maladie rhumatismale inflammatoire chronique la plus courante entraînant une destruction articulaire progressive avec une déficience fonctionnelle, sociale, psychologique et professionnelle importante.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie des patients atteints PR et d'étudier ses facteurs associés.

Les méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale incluant les patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde, au service de rhumatologie et au département de médecine physique et de réadaptation. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques et fonctionnelles ont été évaluées. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du score RAQol (Rheumatoid arthritis quality of life), la qualité du sommeil par l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh, la fatigue par VAS-F (Visual Analogic Scale of Fatigue) et MFI-20 (multidimensional fatigue inventory), la capacité fonctionnelle par HAQ (Health assessment questionnaire), l'anxiété et la dépression par HAD (HOSPital Anxiety and depression scale) et la fonction sexuelle par FSFI (Female Sexual Function Index) et SHIM (Sexual Health Inventory for Men).

Résultats

Cent patients ont été inclus, principalement des femmes, avec un âge moyen de 55,88 ± 10,5 ans. La maladie était modérément active dans 55% des cas (3,2 < DAS28 < 5,1). Le score global moyen RAQol était de 19,78 ± 8,25. Plus de 53% de nos patients avaient un score RAQol > 20. La qualité de vie était positivement corrélée à la présence de déformations articulaires, à l'indice d'activité de la PR, au taux de sédimentation plus élevé, à la présence de signes radiologiques de destruction articulaire, aux troubles dépressifs et certains éléments du questionnaire PSQI: qualité subjective du sommeil, latence du sommeil, efficacité habituelle du sommeil et troubles du sommeil.

Il y avait également une association positive entre RAQol et le chaumage ainsi qu'une éducation thérapeutique inefficace. La RAQol était en corrélation négative avec tous les éléments du questionnaire FSFI, sauf en ce qui concerne la douleur. Cependant, il n'y avait pas de corrélation entre le RAQol et la dysfonction sexuelle masculine.

Discussion

La polyarthrite rhumatoïde altère de façon considérable la qualité de vie des patients. L'activité de cette maladie retentit sur l'état physique, psychique, social des patients en effet plus de la moitié des malades avaient une PR active. L'activité de la maladie était statistiquement liée au statut fonctionnel des malades. Ce constat est en accord avec les données de la littérature. En effet, plusieurs études utilisant le HAQ ont souligné le lien entre l'activité de la maladie et le statut fonctionnel.

(1) Younsi. *Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde: Etude transversale de 80 cas dans la région de Marrakech. Revue Du Rhumatisme.*

(2) Kobelt, G. *Coûts, qualité de vie et sévérité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.*

Conclusion:

Cette étude montre que la PR peut perturber la qualité de vie des patients. La prise en charge sera ainsi plus difficile et nécessite une approche multi-disciplinaire.

Impact de la polyarthrite rhumatoïde sur le travail et la qualité de vie

Ben Abdelghani K, Hamdi O, Fazaa A, Miladi S, Ouenniche K, Kassab S, Souabni L, Chekili S, Laatar A

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

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire chronique ayant un impact sur plusieurs aspects de la vie tels que les activités quotidiennes, la qualité de vie et le travail. Plusieurs études ont montré que la PR implique un risque d'invalidité dans les activités de la vie quotidienne.

Objectif: Evaluer l'impact de la PR sur la productivité au travail et la qualité de vie.

Matériels et méthodes :

Etude transversale prospective portant sur des patients atteints de PR selon les critères ACR/EULAR 2010. Tous les patients ont répondu aux questionnaires suivants : Workplace activity limitations scale (WALS), Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) et EuroQol (EQ-5D),

Résultats :

Nous avons colligé 30 patients atteints de PR (17 femmes, 13 hommes).

Tableau I: Caractéristiques épidémiologiques de notre série

variable	valeur
Nombre (nb) de patients occupant un poste de travail	17
Nb de patients n'occupant plus de travail à cause de la PR	13
Age moyen	53,51 ans ± 10
Durée moyenne d'évolution de la PR	14,17 ans ± 8,9
Facteur Rhumatoïde (+)	82%
anti-CCP (+)	79%
disease activity score 28 (DAS 28) vitesse de sédimentation (VS) moyen	4,9 ± 1,5

Le WALS moyen était de $18 \pm 2,75$ sur un total de 36 points. Vingt-deux patients (76%) rapportaient une difficulté dans les activités professionnelles. Dix-neuf malades parmi eux avaient un $DAS_{VS} 28 > 3,2$ ($p = 0,000$). 65% rapportaient des difficultés à se pencher, s'accroupir ou s'agenouiller et 85,7% rapportaient des difficultés voire une incapacité à déplacer, soulever ou porter des objets.

Le WPAI a montré que le nombre d'heures manquées de travail à cause de la PR était en moyenne de 10,2 heures ± 8 avec un taux d'absentéisme moyen de $17,5\% \pm 11,9$, un taux de présentéisme moyen de $57\% \pm 15$ et un pourcentage de déficience globale de l'activité due à la santé de $50\% \pm 18,36$.

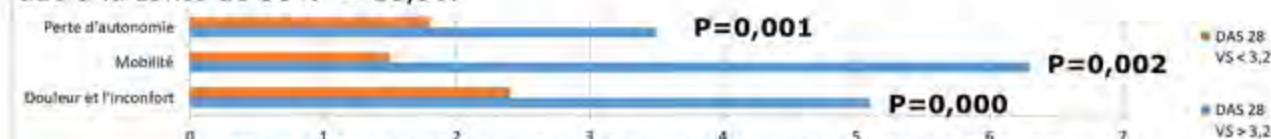


Figure I: Les dimensions les plus touchées dans l'EQ-5D

Discussion:

La limitation de la mobilité est le symptôme rapporté en premier lieu dans la PR. En raison de son caractère progressif, son impact sur les tâches de la vie quotidienne, y compris le travail, se manifeste progressivement par l'apparition de difficultés dans les activités professionnelles, voire une perte d'autonomie.(1-2) Une corrélation significative était observée entre la PR et le rendement du travail ainsi que la qualité de vie. Par ailleurs, le niveau d'indépendance et l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne constituent les principales inquiétudes des malades. Cette incapacité peut être à l'origine d'un syndrome dépressif.(1)

Conclusion:

Selon les résultats de notre étude, la PR a une influence négative sur la performance et la productivité professionnelle. Cette incapacité au travail est liée à l'activité de la PR. Cependant, il faut reconnaître que l'impact de la maladie sur le travail est fonction de la manière d'interaction individuelle ainsi que du contexte du travail. Pour y pallier, il faut envisager de mettre en place des instruments tenant compte de ces paramètres.

1. Santos I, Duarte N, Ribeiro O, Cantista P, Vasconcelos C. Lay Perspectives of Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients: The Relevance of Autonomy and Psychological Distress. Community Mental Health Journal [Internet]. 29 mars 2019 [cité 12 avr 2019]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10597-019-00377-w>

2. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis – Cross-sectional study. Reumatologia Clínica. nov 2018;14(6):360-6.

Association goutte et polyarthrite rhumatoïde : A propos de 2 cas

Haddani FZ¹, Guich A¹, Youssoufi T¹, Boudhar EM¹, Hassikou H¹

Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) et la goutte sont deux types distincts d'arthrite inflammatoire avec des caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques différentes. Cependant, il est parfois extrêmement difficile de distinguer entre les 2 affections.

Observation :

Cas n° 1 :

Mr A.J âgé de 54 ans tabagique, qui présente une polyarthrite chronique bilatérale et symétrique intéressant les grosses articulations (poignets, coudes, genoux, pieds) et les petites articulations avec atteinte des IPD, sans signes axiaux ni enthésiques. L'examen clinique et les examens complémentaires ont conclu à une goutte polyarticulaire.

1 an plutard, le patient s'est présenté aux urgences pour une poussée polysynovitique sans facteur déclenchant apparent, prédominant sur les épaules, poignets, MCP, IPP sans atteinte des IPD. Son bilan note une CRP à 13 mg/l, FR à 770 U/ml, AC anti CCP à 183,9U/ml. Les radiographies des mains et pieds mettent en évidence des lésions caractéristiques de PR et l'échographie n'a pas visualisé de tophi.

Cas n° 2 :

Il s'agit de Mme F.B âgée de 74 ans, hypertendue sous traitement. Elle est suivie pour une PR séro positive, déformante depuis 10 ans, intolérante au Méthotrexate en rémission clinique depuis 4 ans sous Rituximab en association à la Salazopyrine. Admise en consultation pour prise en charge d'une mono arthrite aigue fébrile du genou gauche, l'analyse de liquide articulaire et les examens radiologiques ont conclu à un accès goutteux et la patiente a été mise sous colchicine.

Quelques mois plutard, la patiente fut hospitalisée pour une poussée polysynovitique, l'examen physique note un indice articulaire à 7 et un indice synovial à 7. Son bilan note une VS est à 97mm/h, CRP à 83.06 mg/l, l'acide urique à 80 mg/L, FR à 144 U/ml, ACCP2 à 500UI/ml.

L'échographie des mains objective des synovites grade 2 active au doppler. On a conclu à une poussée de PR probablement déclenchée par la goutte récemment diagnostiquée vu que la PR était quiescente pendant 4 ans.

Discussion :

L'intérêt de ces cas clinique est de montrer la difficulté de distinguer entre les 2 pathologies afin d'éviter tout retard diagnostic et d'établir une prise en charge thérapeutique adéquate.

L'intérêt de l'imagerie moderne notamment l'échographie. Soulever si cette association n'affecte pas davantage le risque cardiovasculaire.

Conclusion :

L'association PR- goutte est rare, nos malades répondaient aux critères de Polyarthrite rhumatoïde (ACR/EUALR2010) et ceux de la goutte.

Cette association mérite d'être recherchée chez les patients suivis pour PR ayant des comorbidités (HTA, diabète, obésité).

Croyance et adhésion des patients PR à leurs traitements

Ben Abla H, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Hôpital La Rabta Service de rhumatologie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est une pathologie chronique évoluant par poussée et nécessitant une prise en charge médicamenteuse de longue durée, l'adhésion au traitement est liée aux croyances du patient qui pourraient influencer sa motivation à poursuivre un traitement. Le but de ce travail est d'évaluer les croyances et l'adhésion du patient à son traitement, évaluer la relation entre ces croyances, les critères objectifs d'évaluation de la maladie et l'adhésion au traitement.

Patients et méthodes :

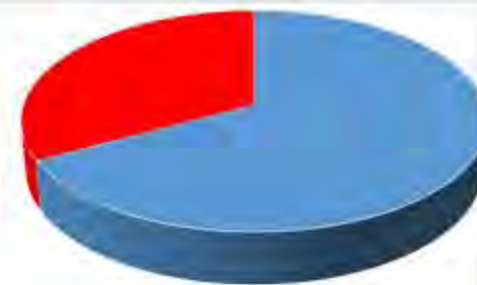
Nous avons mené une étude observationnelle sur 18 patients présentant une PR les critères socio-démographiques (âge et sexe) ainsi que les données clinico-biologiques (ATCD /ancienneté de la maladie/DAS28/HAQ) ont été relevés des dossiers. L'adhésion au traitement était évaluée par le questionnaire de MARS, les croyances par un questionnaire élaboré au service (pour les DMARDs) et par le BMQ pour les patients sous biologique, la qualité de vie par le EQ-5D et la dépression par le PHQ-9 et la sécurité par la notion d'avènement d'effet indésirable.

Résultats :

Dix-huit patients étaient inclus dont l'âge moyen était de 43,7ans et le sex ratio est 3/1. L'ancienneté de la maladie était de 6,9 ans en moyenne, HAQ(10,1), EQ-5D(0,59) et PHQ-9(7,8) correspondaient à des patients en bonne santé physique et mentale le DAS₂₈ moyen était de 2,3, MARS était de 20,7 et 4 patients seulement ont observé des effets indésirables (2 intolérance digestive, 1 réaction allergique, 1 infection) ayant abouti à une modification du traitement. Pour la croyance : la nécessité BMQ-N : 19,2 était plus importante que l'inquiétude BMQ-C : 16,2 mais la différence n'était pas significative (p=0,07) il n'existe pas de corrélation entre les deux (p=0,34). L'inquiétude chez les patients sous antiTNF était plus faible chez les patients en rémission et on n'a pas observé de corrélation entre la nécessité de traitement et l'activité de la maladie. Pour les DMARDs, tous les patients étaient sous corticoïdes et sont très satisfaits de ce traitements, le MTX était le médicament qui avait un faible taux d'observance (12 patients étaient sous MTX dont 5 seulement en étaient satisfaits), ils incriminaient les effets indésirables et l'absence d'efficacité ressentie.

EQ-5	Bonne santé physique
PHQ-9	Bonne santé mentale
MARS	Bonne compliance
BMQ-N	Nécessité du traitement retenue
BMQ-C	Inquiétude par rapport au traitement: moyenne

Répartition selon le sexe



Discussion :

Le rapport entre l'éducation thérapeutique et la gestion de la PR a été évalué par Mahmut et al chez 89% des patients sur une période comprise entre 5 et 10ans, les patients qui avaient une éducation insuffisante présentaient un niveau de soin réduit [1].

Neam et al ont utilisé le questionnaire BMQ validé dans le but de différencier entre les différents groupes de patients selon le niveau de peur et de croyance à l'égard de leurs traitements : 74% des patients étaient fortement d'accord ou d'accord avec la nécessité de leur traitement et 47% étaient inquiets par rapport à son effet néfaste ces inquiétudes étaient plus importantes chez les patients non adhérents[2-3].

Conclusion :

Le doute sur la nécessité du traitement et l'inquiétude quant à la survenue d'effet indésirable sont les critères qui constituent la croyance et donc influence l'adhésion du patient à son traitement, une bonne éducation thérapeutique dès la confirmation du diagnostic et la mise en route du traitement serait la clé pour garantir l'observance et le confort physique ainsi que psychologique du patient.

Références:

- [1].Clinical implication of patients'knowledge, Clinical rheumatology,1995.
- [2].The beliefs about medicines questionnaire:The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication
- [3].Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. Rheumatology 2005.

PR du sujet âgé

Ben Abla H , Jammali S, Boussaid S , Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Hôpital La Rabta Service de rhumatologie

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent, chez le sujet âgé cette pathologie présente des particularités dans la présentation clinique ainsi que la prise en charge vu la multi morbidité de cette tranche d'âge

Patients et méthodes :

Vingt patients d'âge supérieur à 65ans ont été recensés, il s'agit de patients consultant pour polyarthrite rhumatoïde au service de rhumatologie de La Rabta et pour lesquels la maladie a débutée après 65ans. Les données démographiques cliniques, biologiques et radiologiques ont été relevées. Le mode de révélation de la maladie ainsi que la réponse au traitement par la réponse DAS28 ont été notées

Résultats :

Vingt patients diagnostiqués de PR ont été recensés, l'âge moyen était de 67 ,3 ans avec une répartition selon le sexe de 15% homme et 85% femme. Le signe ayant motivé la consultation était une polyarthrite chronique pour 9 patients, 5 ont présenté une altération de l'état général avec une oligo ou polyarthrite, 2 étaient hospitalisés pour suspicion de maladie de Horton avec un début rhizomélisque , chez 2 patients la PR était découverte au stage de déformation : ils avaient consulté pour installation de déformation des mains pour l'un des pieds de l'autre, une gonalgie inflammatoire était noté chez un patient, des arthralgies inflammatoires sans synovite pour un autre. La Polyarthrite était , dans 18 cas, érosive sur le plan radiographiques. Les manifestations extra-articulaires étaient notées dans 5 cas : 2cas de syndrome de gougerot sjogren secondaire, 2 cas de nodule rhumatoïde et un cas de pneumopathie infiltrante diffuse. Le DAS_28 moyen avant mise sous MTX était de 5,91 la réponse thérapeutique à 3 mois était une baisse du DAS_28 moyen à 2,3.

Répartition selon le sexe de l'échantillon



Tableau: Mode de découverte de la PR chez les sujets âgés

Mode de découverte	Effectif
Polyarthrite chronique	9
AEG+ oligo/polyarthrite	5
Début rhizomélisque	2
PR déformante	2
Gonalgie inflammatoire	1
Polyarthralgie inflammatoire	1

Conclusion :

La PR du sujet âgé semble plus agressive sur le plan structurelle avec des manifestations extra-articulaires diverses et précoces, le pronostic de cette entité est aussi mauvais ce qui incite à une prise en charge précoce et adéquate tenant compte des comorbidités ainsi que l'effet dangereux de certains traitements classiques de la PR à savoir les corticoïdes et les AINS.

Le diabète a-t-il un impact sur l'atteinte structurale et l'activité chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ?

Tekaya R, Rouached L, Ben tekaya A, Saidane O, Mahmoud I, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

- Le diabète et la polyarthrite rhumatoïde sont deux maladies chroniques caractérisées par une inflammatoire tissulaire.
- Le but de ce travail est de rechercher si le diabète peut aggraver l'atteinte structurale et l'activité de la maladie dans la polyarthrite rhumatoïde.

Matériels et méthodes :

- Il s'agit d'une étude analytique et transversale sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010.
- Les caractéristiques de la maladie (immunologie, caractère érosif, activité), ont été évaluées et les données en rapport avec le diabète (ancienneté, type, insulindépendance et glycémie à jeun et HbA1c) ont été relevées chez tous les patients.
- La comparaison des moyennes par le test Mann et Whitney sur des séries indépendantes. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats :

- Les caractéristiques de la population sont illustrées dans le tableau I:

Tableau I: caractéristiques de la population

Caractéristiques	Résultats
Nombre de candidats	103
Age	53±10 ans
Sex-ratio	0,35
Érosive	80% des cas
Immunopositive	79,6% des cas
DAS28 CRP moyen	3,9±1,38
CDAI	17,17±11,4
SDAI	33,39±26
HAQ	0,98

- Les patients diabétiques représentaient 18% de notre population dont 32% étaient sous insuline. L'ancienneté du diabète était en moyenne de 6.05 années. Un seul patient présentait un diabète de type1.
- Un diabète déséquilibré (HbA1c≥6.5%) était retrouvé dans 25% des cas dont neuf patients nouvellement diagnostiqués.
- Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre le groupe (diabétique/non diabétique) concernant le caractère érosif (p=0.93), les paramètres d'activité de la maladie : DAS28crp (p=0.31), DAS28vs (p=0.51), CDAI (p=0.55), SDAI (p=0.28) ni selon impact fonctionnel (HAQ) (p=0.46.).

Conclusion :

- Le diabète ne semble pas influencer l'atteinte structurale, l'activité de la maladie ni avoir un impact fonctionnel plus important dans la polyarthrite rhumatoïde.

Comparaison du bilan lipidique et du risque athérogène (cholestérol total/HDL-c) sous Tocilizumab versus autres biothérapies dans la polyarthrite rhumatoïde :

Tekaya R(1), Rouached L(1), Bouzid K(2), Ben Ahmed H(3), Ben Tekaya A(1), Saidane O(1), Mahmoud I(1), Abdelmoula L(1)

(1): Service de Rhumatologie. Hôpital Charles Nicolle. (2): Service de Biochimie. Hôpital Charles Nicolle. (3): Service de Cardiologie. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

- Le Tocilizumab semble responsable de la perturbation du bilan lipidique par rapport aux autres biothérapies, d'ailleurs, il est utilisé avec plus de prudence en cas de patient à haut risque cardiovasculaire.
- Le but de ce travail est de comparer l'index athérogène (CT/HDL-c) chez les patients atteints de PR sous Tocilizumab versus autres biothérapies.

Matériels et méthodes :

- Il s'agit d'une étude analytique et transversale sur des patients atteints de PR selon les critères de l'ACR 1987 et/ou critères EULAR 2010 et sous biothérapie.
- Les caractéristiques de la maladie (durée de la maladie, immunologie, caractère érosif, le type de biothérapie), ont été évaluées et un bilan lipidique a été réalisé chez tous les patients (CT, triglycéride, HDL-c et LDL-c, calcul du rapport CT/HDL-c).
- La comparaison des moyennes par le test Mann et Whitney sur des séries indépendantes. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats :

Le tableau I illustre les caractéristiques de la population:

Le tableau II résume les paramètres du bilan lipidique chez les patients

Tableau I : Caractéristique de la population:

Caractéristiques	Résultats
Nombre de candidats	27
Age	58,2±4 ans [31-72]
Sex-ratio	0,35
Érosive	88,9% des cas
FR +	88,9% des cas
ACPA +	69,2%
Durée de la maladie	13.7 ans [3- 28]
Biothérapie en cours:	
Tocilizumab	11%
Rituximab	37%
Anti TNF	52%

Tableau II: Paramètres du bilan lipidique

Bilan lipidique	moyenne
Cholesterol total	4.8±0.89
HDL-c	1.14±0.36
Triglycérides	1.4±0.67
LDL-c	3.09±0.97
Risque athérogène (CT-c/HDL-c)	4.6±1.64

- Nous avons trouvé que les patients sous Tocilizumab avaient un taux de CT et de LDL-c significativement plus élevé, respectivement (6.1 vs 4.67; p=0.028) et (4.1 vs 2.9; p=0.011). Toutefois, le taux de TG et le risque athérogène (CT/HDL-c) n'étaient pas plus importants dans le groupe sous Tocilizumab (p= 0.35; p=0.31).

Conclusion :

Malgré l'augmentation du taux de CT et du LDL-c chez les patients sous Tocilizumab, l'index athérogène ne varie pas significativement entre ces deux groupes.

Dépistage d'une ischémie myocardique silencieuse par épreuve d'effort chez des patients atteints d'une PR :

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

(1): Service de Rhumatologie. Hôpital Charles Nicolle. (2): Service de Cardiologie. Hôpital Charles Nicolle

Introduction :

- La PR est responsable d'une diminution de l'espérance de vie de 5 à 10 ans par rapport à la population générale. La principale cause est due à l'ischémie myocardique.
- Le but du travail était d'évaluer l'intérêt de l'épreuve d'effort dans le dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse dans la PR.

Matériels et 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 la maladie ont été collectés et une épreuve d'effort a été effectuée chez tous les patients.

Résultats :

Les caractéristiques de la population sont illustrées dans le tableau I

Nous avons réalisé une épreuve d'effort à tous les patients, Quatre-vingt-quinze patients ont atteint plus de 80% de la FMT. Huit patients n'ont pas pu finir le test pour plusieurs raisons (figure1)

Tableau I: caractéristiques de la population

Caractéristiques	Résultats
Nombre de candidats	103
Age	53±10 ans
Sex-ratio	0,35
Érosive	80% des cas
Immunopositive	79,6% des cas
Durée d'évolution	10,55 ans (1-33 ans)



Figure 1: Cause d'arrêt du test d'effort

L'épreuve d'effort était positive chez onze patients dont l'âge moyen était de 58,4 ans. Parmi ces patients, trois ont bénéficié d'une coronarographie: deux patients avaient des sténoses serrées et ont bénéficié de la pose d'un stent. Le troisième avait, à la coronarographie, un réseau coronaire infiltré avec des plaques athéromateuses de sévérité intermédiaire, nécessitant un traitement médical. Le reste des patients ont choisi d'être adressés à leurs cardiologues de ville.

- Les patients diabétiques représentaient 18% de notre population dont 32% étaient sous insuline. L'ancienneté du diabète était en moyenne de 6.05 années. Un seul patient présentait un diabète de type1.
- Un diabète déséquilibré (HbA1c≥6.5%) était retrouvé dans 25% des cas dont neuf patients nouvellement diagnostiqués.
- Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre le groupe (diabétique/non diabétique) concernant le caractère érosif ($p=0.93$), les paramètres d'activité de la maladie : DAS28crp ($p=0.31$), DAS28vs ($p=0.51$), CDAI ($p=0.55$), SDAI ($p=0.28$) ni selon impact fonctionnel (HAQ) ($p=0.46$).

Conclusion :

L'épreuve d'effort s'avère être un bon moyen de dépistage de l'ischémie myocardique silencieuse dans la PR. Ces constatations devront être appuyées par des études multicentriques de plus larges effectifs

Cause rare d'un abdomen aigu chez une patiente atteinte de Polyarthrite Rhumatoïde

EL Achek MA, Belghali S, Farhat A, Baccouche K, Elamri N, Zeglaoui H, Bouajina H

Service Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un terrain vulnérable aux infections. Un abdomen aigu au cours de la PR doit faire suspecter une infection abdominale profonde. Néanmoins, certains diagnostics rares tels que les appendagites épiploïques primitives peuvent mimer un abdomen chirurgical. Nous rapportons un cas d'appendagite aiguë survenant chez une patiente suivie pour PR.

Observation:

Mme ZM., 50 ans, suivie pour une PR séronégative déformante et destructrice depuis 2008 traitée par Méthotrexate en association aux corticoïdes. Elle s'est présentée en juillet 2018 pour une poussée polyarticulaire de sa maladie. Par ailleurs, à j2 d'hospitalisation elle s'est plainte de douleurs de la fosse iliaque gauche d'aggravation progressive avec une fièvre chiffrée à 38,8°C. Elle ne souffrait ni de troubles du transit, ni de signes fonctionnels urinaires associés. La palpation abdominale avait mis en évidence une douleur exquise très localisée, superficielle, siégeant en fosse iliaque gauche. On notait, par ailleurs, un surpoids avec un IMC à 27,58. La biologie montrait un syndrome inflammatoire avec une CRP à 68 mg/l, des leucocytes à 10 200 /mm³ à une prédominance polynucléaires neutrophiles. L'examen cytobactériologique des urines était négatif.

Une tomодensitométrie abdomino-pelvienne sans et avec injection de PDC révélait une infiltration annulaire à centre clair de la graisse mésentérique en contact avec la paroi du colon descendant, cet aspect était évocateur d'une appendagite au dépens du colon descendant et infirmant ainsi une appendicite aiguë ou une diverticulite. Un traitement médical débuté par anti-inflammatoires non stéroïdiens. À j1, la palpation abdominale objectivait la disparition des douleurs en fosse iliaque gauche. Son examen clinique et sa biologie se sont normalisés après une semaine de traitement symptomatique.

Discussion :

L'appendagite est une étiologie de douleur abdominale rare chez l'adulte [1], l'appendagite épiploïque primitive, complication la plus fréquente, correspond à l'inflammation d'un appendice épiploïque par torsion ou spontanément par thrombose de la veine de drainage de l'appendice épiploïque.

Aussi, par le passé, il n'était pas rare que le diagnostic apparaisse lors de la laparotomie. Cependant l'avènement de l'utilisation de la tomодensitométrie dans l'établissement du diagnostic des douleurs abdominales permet l'identification de l'appendagite épiploïque par des signes radiologiques pathognomoniques, minimisant le risque d'une chirurgie ou d'une hospitalisation inutiles. L'exploration TDM, permettant de faire le diagnostic de certitude, se traduit par l'existence d'une masse ovaire adjacente au colon de densité plus élevée que la graisse péritonéale normale (-53 U.H) [2]. Le signe constamment retrouvé est celui du «ring sign» se traduisant par une hyperdensité en périphérie de la lésion correspondant à l'inflammation de la séreuse [3]. Le traitement conservateur antalgique de première intention après diagnostic précoce à l'imagerie est le traitement de référence [4]. La régression des signes radiologiques varie entre 2 semaines et 6 mois et il peut persister des stigmates fibreuses ou des calcifications [3].

Conclusion:

La PR est une affection très vulnérable aux infections en raison du terrain d'auto immunité et des traitements immunosuppresseurs utilisés. Un abdomen aigu doit faire suspecter une urgence chirurgicale à savoir les appendicites, les diverticulites et les péritonites. Cependant, une analyse fine de la sémiologie clinique à savoir l'apparition brutale d'une douleur abdominale focale quasiment monosymptomatique dans un des quadrants inférieurs de l'abdomen chez un sujet en surpoids ou obèse sans autres signes associés permet d'orienter vers d'autres diagnostics notamment celui de l'appendagite épiploïque. La tomодensitométrie permet de confirmer le diagnostic et de sursoir ainsi à une chirurgie inutile comme le cas de notre patiente.

Bibliographie:

1. Levret N, Mokred K, Quevedo E, Barret F, Pouliquen X. Les appendicites épiploïques primitives. J Radiol. 1998; 79:667- 71. PubMed | Google Scholar /
2. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. Radiology. 1997 Sep;204(3):713-7. PubMed | Google Scholar /
3. Mc Clure MJ, Khalili K, Sarrazin J, Hanbidge A. Radiological features of epiploic appendagitis and segmental omental infarction. Clin Radiol. 2001 Oct;56(10):819- 27. PubMed | Google Scholar /
4. Rao PM, Rhea J, Wittenberg J, Warshaw AL. Misdiagnoses of primary epiploic appendagitis. Am J Surg. 1998 Jul; 176(1):81- 5. PubMed | Google Scholar

Evaluation du profil sexuel, de la qualité de sommeil et de la fatigue chez les patients âgés atteints de polyarthrite rhumatoïde

EL Achek MA, Farhat A, Zrour S, Bejia I, Touzi M, Jguirim M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie Monastir

Introduction :

Les sujets âgés de plus de 60 ans souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) se plaignent souvent de fatigue qui est considérée comme un symptôme extra-articulaire. Ce dernier a un caractère multidimensionnel et retenti sur la qualité du sommeil ainsi que sur le profil sexuel. Notre étude consiste à évaluer la prévalence de la fatigue et à étudier la qualité du sommeil ainsi que le profil sexuel des patients âgés de plus de 60 ans atteints de PR en comparaison avec des sujets souffrant de la même maladie d'âge plus jeune.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude prospective colligeant 40 patients d'âge >60 ans atteints de PR au service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir sur une période de 06 mois et en les comparant à un groupe de 60 patients atteints de PR d'âge plus jeune. Le recueil des données était basé sur des échelles et des questionnaires spécifiques (Echelle Visuelle Analogique Fatigue (EVA-F), Inventaire multidimensionnel de la fatigue (MFI-20), Index de la qualité de sommeil de Pittsburgh (PSQI), Female sexual Function Index (FSFI), Sexual Health Inventory for Men (SHIM))

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 55,8 ans [25-84]. La tranche d'âge la plus représentée était celle de plus de 60 ans (40%). Le sex-ratio était de 5,6. 73% de nos patients étaient mariés et 81% avaient des enfants avec un nombre moyen de 3 enfants en charge et des extrêmes entre 1 et 9. La fatigue, la qualité du sommeil et le profil sexuel étaient analysés comparativement et respectivement entre les 2 groupes (1er groupe ≥60 et 2ème <60ans). La moyenne de l'EVA fatigue était de 60,25 contre 53,5. La fatigue (via MFI-20) était présente dans tous ces domaines chez nos patients. La fatigue générale et la fatigue physique étaient les plus importantes avec respectivement une moyenne de 13,98 contre 13,07 et de 12,98 contre 12,33. Des troubles du sommeil à type d'insomnie (PSQI>5) étaient retrouvés à la même proportion de 65% chez les deux groupes. Une faible qualité de sommeil était trouvée dans 90 % contre 93%. Une latence de sommeil >31 minutes était trouvée chez 37,5% contre 30%. Une durée de sommeil <6 heures par nuit était trouvée chez 52,5% contre 50%. L'efficacité du sommeil <85% était rencontrée à pourcentage égal de 75%. Des troubles du sommeil >10 fois au cours des 4 dernières semaines étaient trouvées à un pourcentage égal de 15%.

Une activité sexuelle féminine régulière était retrouvée chez 42,5% contre 71% et une dysfonction (FSFI≤26,55) était notée chez 35% contre 63,3%. Une activité sexuelle masculine régulière était retrouvée chez 54,5% contre 75% et une dysfonction érectile peu sévère (SHIM≤21) était notée chez 83,3 % contre 20%.

Discussion:

La fatigue est souvent rapporté comme facteur majeur de détérioration de la QdV chez les patients ayant des maladies chronique et particulièrement au cours de la PR [1,2]. La fatigue n'a pas seulement un impact physique mais elle retentit aussi sur des nombreux domaines de QdV en particulier psychologiques et sociales. Une étude de Rupp et al faite sur 490 patients atteints de PR a montré une corrélation significative négative entre la fatigue évaluée par MFI 20 et l'EVA fatigue [3]. Concernant la qualité de sommeil, nous avons noté que la QdV était plus altérée chez les patients présentant une mauvaise qualité de sommeil (score PSQI élevé). Ceci est concordant avec la littérature [4,5]. Les troubles du sommeil chez les adultes souffrant de maladie chronique sont associées à une altération du fonctionnement physique ainsi qu'une augmentation de la morbi-mortalité [4,6]. Dans la littérature, la fréquence des troubles sexuels rapportée chez les patients atteint de PR varie de 34 à 76% [5,7].

Conclusion:

Une approche multidimensionnelle s'impose pour explorer les différentes composantes de la fatigue, de la qualité du sommeil et du profil sexuel chez les patients atteints de PR et ses conséquences très diverses. Cela devrait conduire à une amélioration de la qualité de vie dans la pratique médicale courante.

Bibliographie :

[1]- Swaim M Fatigue in chronic disease. Clin Sci.2000;9:1-8/[2]-Huyser BA et al Predictors of subjective fatigue among individuals with rheumatoid arthritis.Arthritis Rheum.1998/[3]-Rupp I et al Impact of fatigue on health related quality of life in rheumatoid arthritis.Arthritis Rheum.2001/[4]-Kipke DF et al Mortality associated with sleep duration and insomnia.Arch Gen Psychiatry.2002/[5]-Perdriger A.Why should rheumatologists evaluate the impact of rheumatoid arthritis on sexuality?Joint Bone Spine.2010/[6]-Manocchia M Sleep problems, on health related quality of life,work functioning and health care utilization among the chronically ill.Qual Life Res.2001/[7]-Araujo DB.Sexual function in rheumatic diseases.Acta rheumatol port.2010

Impact de l'âge sur le profil psychologique des sujets atteints de polyarthrite rhumatoïde

EL Achek MA, Farhat A, Zrour S, Bejia I, Touzi M, Jguirim M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie Monastir

Introduction :

La rhumatologie est parmi les domaines qui ont manifesté très tôt un intérêt croissant pour l'évaluation de la qualité de vie (QdV). La polyarthrite rhumatoïde (PR) étant le rhumatisme inflammatoire chronique (RIC) le plus fréquent compromet aussi bien le pronostic fonctionnel que psychologique.

L'objectif de notre étude est de comparer la capacité fonctionnelle aux cours des activités quotidiennes, la fréquence des troubles anxio-dépressifs entre les sujets âgés de moins et ceux de plus de 60 ans atteints de PR et de détailler le profil psychologique de la population âgée de plus de 60 ans.

Matériels et Méthodes :

100 patients atteints de PR dont 40 étaient de plus de 60 ans ont été recrutés prospectivement sur 6 mois au service de rhumatologie Fattouma Bourguiba Monastir.

Le recueil des données a été effectué de façon identique à l'aide de l'interrogatoire et d'une fiche préétablie (Questionnaire HAQ, HAD-D, HAD-A).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 55,8 ans [25-84]. La tranche d'âge la plus représentée était celle de plus de 60 ans (40%). Le sex-ratio était de 5,6. La majorité de nos patients était de niveau d'éducation primaire. Les comorbidités les plus fréquemment rencontrées étaient le diabète (20%), l'HTA (9%) et la dyslipidémie (6%). L'activité moyenne de la maladie évaluée par le DAS28 était 4,24 [2,3-7,8] pour les sujets de plus de 60 ans alors qu'elle était de 3,9 [1,6-6,3] chez les plus jeunes. Pour l'évaluation de la capacité fonctionnelle et comparativement entre les deux populations (≥ 60 ans versus < 60 ans) le HAQ moyen était de 1,5 contre 1,3. En ce qui concerne le dépistage de la dépression, le HAD-D moyen était de 9,2 contre 8,5 ; pour la population âgée de plus de 60 ans 32,5% avait une symptomatologie dépressive faible (HAD-D < 8), 67,5% avait une symptomatologie dépressive modérée ou sévère (HAD-D ≥ 8) dont 32,5% avait une dépression certaine (HAD-D > 10).

Pour l'évaluation de l'anxiété, le HAD-A moyen était de 7,2 contre 7 ; pour la population âgée de plus de 60 ans 35% avait une symptomatologie anxieuse modérée ou sévère (HAD-A ≥ 8) dont 20% avait une anxiété certaine (HAD-A > 10). Parmi nos patients âgés de ≥ 60 ans, 20% avaient en même temps une anxiété et une dépression certaine.

Discussion:

La dépression est fréquemment associée à la PR, les facteurs associés à sa survenue étant le sexe féminin, un diabète associé, l'absence de couverture sociale, l'inactivité professionnelle, la forte activité de la PR, l'altération de la qualité de vie ainsi que l'existence de lésions structurales. La prévalence de la dépression au cours de la PR a été estimée à 45 % ; dans la littérature, la prévalence est de 15 à 66,2 % [1]. Dans la littérature, les facteurs prédictifs de survenue d'une dépression au cours de la PR peuvent être spécifiques ou non de la PR [2-5]

Conclusion :

Outre la PR, l'âge a un impact sur le pronostic fonctionnel et sur la qualité de vie ce qui impose une prise en charge particulière chez les sujets âgés.

Bibliographie:

[1]-Prévalence et facteurs prédictifs de la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde. Presse Med. 2012/[2] El-Miedany Y, Haroun El Rasheed A, Ostuni O. L'anxiété est-elle plus fréquente que la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde ? Rev Rhum 2002/[3] Ho RCM, Fu EHY, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A. Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. Int J Rheum Dis 2011./[3] Margaretten M, Yelin E, Imboden J, Graf J, Barton J, Katz Pet al. Predictors of depression in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2009/[4] Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. J Psychosom Res 2006./[5] Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. Pain 2002

Les facteurs prédictifs de malobservance des csDMARDs chez le patient rhumatisant

S.Boussaied, M.Abbes, S.Jammeli, R.Bousetta, H.Ajlani, H.Sahli, E.Cheour, S.Rekik, M.Elleuch
Service de rhumatologie la Rabta, Tunis

Introduction

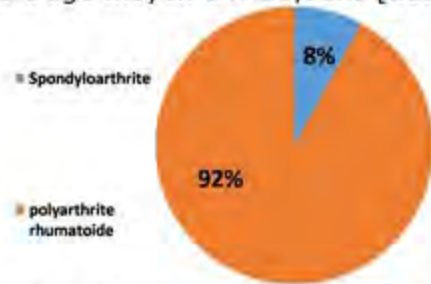
L'adhésion du patient à son traitement conditionne le succès thérapeutique. Elle est influencée par plusieurs facteurs liés à la maladie, au patient ou au traitement lui-même. L'objectif de notre étude était d'étudier les facteurs prédictifs de malobservance aux csDMARDs chez ces patients.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale de 51 patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique sous csDMARDs. Un questionnaire a été élaboré afin d'évaluer le niveau d'adhésion thérapeutique.

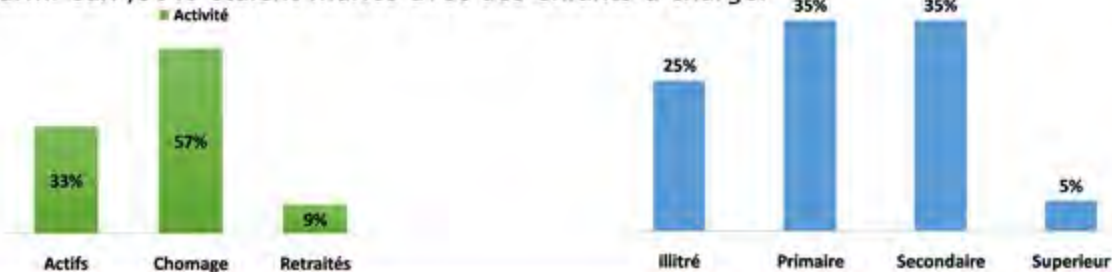
Résultats

Il s'agit de 51 patients d'âge moyen $54 \pm 13,5$ ans [21ans-82ans].



Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon:

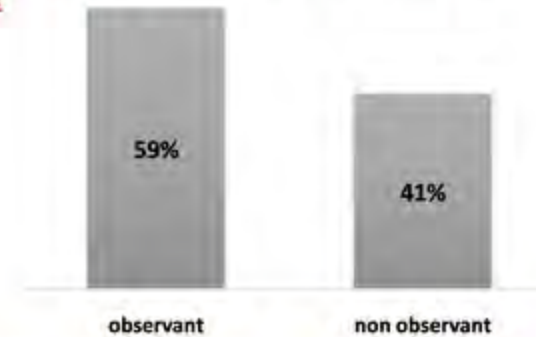
Le sex ratio F/H était de 2/1.
Parmi eux, 86% étaient mariés avec des enfants à charge.



Les caractéristiques de la maladie:

L'âge moyen au moment du diagnostic était de 46 ± 13 ans.
Le début de la maladie était ployarticulaire dans 61% des cas.

Le niveau d'observance



En comparant le niveau d'observance selon l'âge, 75% des sujets âgés étaient observants contre 56% pour les sujets jeunes mais la différence n'était pas significative ($p=0,2$).

En effet, 72% des sujets jeunes redoutaient les effets indésirables de leurs traitements contre 58% des sujets âgés.

La confiance en son médecin était la principale cause d'observance pour les sujets âgés (66%) alors que pour les jeunes c'était plutôt l'efficacité du traitement (60%).

Chez les patients illitrés ou ayant un niveau primaire, l'observance était significativement abaissée par rapport à ceux ayant un niveau secondaire ou supérieur ($p=0,029$).

Chez les patients reconnaissant les csDMARDs comme étant leur traitement de fond, l'observance était meilleure avec $p=0,03$.

Conclusion

L'âge jeune, le bas niveau d'instruction ainsi que le manque d'informations par rapport à la maladie semblent être des facteurs prédictifs de mauvaise observance aux csDMARDs qu'on doit impérativement viser à travers des programmes d'éducation thérapeutique. Une bonne stratégie permettra d'améliorer le niveau d'observance de nos patients et ainsi diminuer considérablement le recours aux biothérapies.

L'activité de la Polyarthrite Rhumatoïde est-elle corrélée avec l'amplitude articulaire des grosses articulations ?

Ben Abdelghani.K, Rouached.L, Fazaa.A, Miladi .S, Oueniche.K, Souabni L, Kassab.S, Chekili.S, Zakraoui L, Laatar.A

Service de Rhumatologie. Hôpital Mongi Slim

Introduction :

L'évaluation de l'activité de la Polyarthrite Rhumatoïde (PR) se fait par le moyen de scores composites (DAS28vs, DAS28crp et CDAI) qui ne prennent pas en considération l'amplitude de mouvement des articulations. Cependant, celle-ci pourrait également être influencée par l'inflammation.

Le but de notre travail est d'évaluer la corrélation entre les paramètres d'activité de la PR et les amplitudes articulaires des grosses articulations

Méthodes :

Nous avons mené une étude transversale, sur une période d'un mois sur des patients atteints de PR selon les critères ACR/Eular.

Nous avons mesuré l'amplitude de mouvement des grosses articulations des 2 côtés (épaules, coudes, poignets, hanches, genoux et chevilles).

Les caractéristiques de la maladie (durée d'évolution, sérologie, caractère érosif) ainsi que les paramètres d'activité cliniques et biologiques (DAS28vs, DAS28crp, CDAI, EVA douleur, VS et CRP) ont été relevées.

La comparaison des pourcentages a été réalisée par le test khi2 et la comparaison des moyennes par le test Mann et Whitney sur des séries indépendantes. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats

- Il s'agissait de 45 patients atteints de PR d'âge moyen 55.4±10.5 ans avec un sex-ratio de 0,28.
- La durée moyenne d'évolution était de 9.4 ans (1- 25 ans).
- La PR était immunopositive dans 81.4% des cas et érosive chez 90.7% des patients.

- L'EVA douleur était en moyenne de 60mm [0-100].
- Les scores d'activité de la PR étaient comme suit: DAS28 CRP moyen : 3,8±1,57, DAS28 VS moyen : 4,7±1,27, CDAI moyen : 20.4±13.2).
- La valeur moyenne de la VS était de 44±24mm et celle de la CRP était de 19.5±27mg/l.
- Le tableau I illustre les différentes corrélations entre les paramètres d'activité et les amplitudes de mouvement articulaire.

Tableau I: Relation entre amplitude de mouvement articulaire et paramètres d'activité de la PR

Amplitude du mouvement articulaire	DAS28crp	DAS28vs	CDAI	VS	CRP
Antépulsion de l'épaule	p=0.06, r=-0.3	p=0.024, r=-0.3	p=0.03, r=-0.3	NS	p=0.007, r=-0.4
Abduction de l'épaule	p=0.01, r=-0.4	p=0.06, r=-0.3	p=0.01, r=-0.3	NS	p=0.06, r=-0.3
Flexion du coude	NS	NS	p=0.05, r=-0.2	NS	NS
Rotation interne de la hanche	NS	NS	NS	p=0.04, r=-0.3	NS

- La durée d'évolution de la maladie était corrélée négativement avec la flexion, l'extension et la rotation radiale du poignet (p=0.013, p=0.001, p=0.005) ainsi que le mouvement de prono-supination du coude (p=0.05)

Conclusion :

Notre étude a montré que le poignet était l'articulation la plus altérée par l'ancienneté de la maladie. L'activité de la maladie affectait en particulier les amplitudes de mouvement de l'épaule, coude et hanche.

Evaluation du retentissement de la diminution de l'amplitude articulaire des grosses articulations sur la qualité de vie chez les patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde.

Ben Abdelghani.K, Rouached.L, Fazaa.A, Miladi .S, Oueniche.K, Souabni L, Kassab.S, Chekili.S, Zakraoui L, Laatar.A

Service de Rhumatologie, Hôpital Mongi Slim

Introduction :

La PR touche aussi bien les grosses que les petites articulations. Ainsi, l'évaluation de l'amplitude du mouvement des articulations est essentielle vu son impact sur la qualité de vie des patients atteints de PR.

Le but de notre travail est d'évaluer la corrélation entre le Health assessment questionnaire (HAQ) et les amplitudes de mouvement des grosses articulations.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, sur une période d'un mois sur des patients atteints de PR selon les critères ACR/Eular.

Nous avons mesuré l'amplitude de mouvement des grosses articulations (épaule, coude, poignet, hanche, genoux et cheville) et les caractéristiques de la maladie (durée d'évolution, sérologie, caractère érosif) ainsi que le retentissement fonctionnel (HAQ) ont été relevés.

La comparaison des pourcentages a été réalisée par le test khi2 et la comparaison des moyennes par le test Mann et Whitney sur des séries indépendantes. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats :

Les caractéristiques de la population sont illustrées dans le tableau I

Les différentes corrélations du score HAQ avec les amplitudes du mouvement des membres supérieurs et inférieurs sont résumées dans le tableau II

Tableau I: Caractéristiques de la population étudiée:

Caractéristiques	Résultats
Nombre de candidats	45
Age	55.4±10.5 ans
Sex-ratio	0,28
Durée de la maladie	9,4 ans [1-25].
Immunopositive	81,4% des cas
Érosive	90,7% des cas
Coxite	8,9%
PTG ou PTH	11,1% des cas
HAQ	1.04±0.82 [0-2.75].

Tableau II: Relation entre HAQ et amplitude du mouvement

Amplitude du mouvement articulaire	HAQ
Flexion du poignet	p=0.04, r=-0.3
Extension du poignet	p=0.001, r=-0.5
Antéflexion de l'épaule	p=0.00, r=-0.62
Abduction de l'épaule	p=0.00, r=-0.58
Flexion du coude	p=0.015, r= -0.36
Flexion dorsale de la cheville	p=0.03, r= -0.3

- La limitation de la mobilité de la hanche et du genou n'avait pas de retentissement sur le HAQ. La présence d'une PTG ou PTH n'était pas associée à un HAQ élevé (p=0.23, p=0.17 respectivement).

Conclusion :

Notre étude a montré que la limitation des amplitudes articulaires du poignet, épaule, coude et cheville est corrélée au retentissement fonctionnel (HAQ) au cours de la PR. Ainsi, un monitoring de la mobilité articulaire améliorerait la prise en charge de la PR.

Arthrose secondaire du genou au cours de la polyarthrite rhumatoïde

K. Ben Abdelghani, Y. Makhoulouf, A. Fazaa, S. Miladi, K. Ouenniche, S. Kassab, L. Souabni, S. Chekili, A. Laatar.

Adresse Hôpital Mongi Slim la Marsa

Introduction :

La gonarthrose secondaire constitue une comorbidité fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Elle est souvent source d'incapacité physique importante, entravant encore plus le pronostic fonctionnel.

Objectif

Le but de ce travail est de rechercher une corrélation entre l'arthrose secondaire du genou au cours de la polyarthrite rhumatoïde et les caractéristiques de la maladie.

Matériels et Méthodes :

L'étude a inclus 30 patients atteints de PR selon les critères de l'ACR / EULAR. Les caractéristiques de la PR ont été évaluées (ancienneté, immunopositivité, dérouillage matinal). L'activité de la maladie a été évaluée par le Disease Activity Score 28 (DAS28CRP). L'échographie du poignet a été réalisée par un opérateur expérimenté en échographie musculo-squelettique avec une machine Esaote My lab60. L'articulation du poignet des 2 côtés a été évaluée sur la face dorsale en Mode B et Doppler puissance (PDUS). Un score semi-quantitatif a été utilisé. Un bilan radiologique des genoux a été fait à la recherche de gonarthrose secondaire. Nous avons comparé le profil des sujets atteints de PR avec une gonarthrose (Groupe 1) et le groupe PR sans gonarthrose secondaire (Groupe 2).

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Résultats :

L'étude a inclus 30 patients avec un sex ratio de 0,1. L'âge moyen était de 63 [50,80] ans. La durée d'évolution de la PR était de 11,7 ans [10mois, 28 ans]. Le dérouillage matinal moyen était de 15 [5,60] minutes. Le DAS28CRP était en moyenne de 4,1 [1,58 ; 6,9]. Une arthrose secondaire du genou a été objectivée dans 43,3 % des cas. L'arthrose intéressait le compartiment fémoro-tibial dans la majorité des cas, et était bilatérale dans 70% des cas. Le DAS28CRP moyen était de 3,63 [2,23 ; 5] dans le groupe 1 et était plus élevée par rapport au groupe 2 ($p=0,5$). Le groupe 1 était plus immunopositifs que le groupe 2. Cependant, la différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,5$; $p=0,1$ respectivement). De même, la synovite était plus sévère (grade 3 mode B ou doppler) chez les sujets ne souffrant pas de gonarthrose secondaire sans différence significative ($p=0,4$). La PR était plus érosive chez les patients du groupe 1 que les patients du groupe 2 avec une différence statistiquement significative ($p=0,04$).

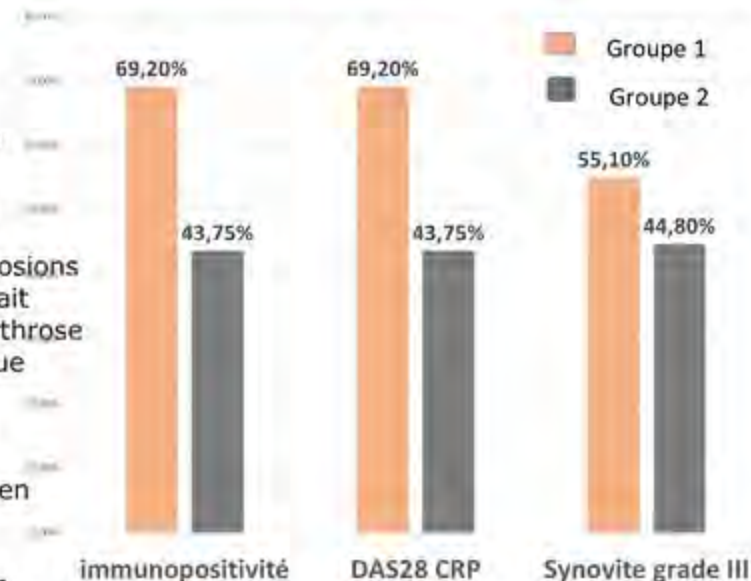
Discussion

La gonarthrose secondaire a été retrouvée chez 43,3% des sujets. Cette prévalence est plus importante dans la littérature (71%) et serait corrélée à l'âge avancé, à une durée d'évolution prolongée de la maladie ainsi qu'à la présence d'érosions [1]. Dans notre travail, l'érosion n'était pas significativement corrélée à l'arthrose secondaire. Les auteurs suggèrent que les patients atteints de PR ne sont pas épargnés par les modifications osseuses anaboliques puisqu'il y a une augmentation des ostéophytes en nombre et en volume au cours de l'évolution de la maladie. [2]

De même, l'arthrose pourrait être un facteur déclenchant de la polyarthrite rhumatoïde chez des individus sensibilisés à l'environnement et génétiquement prédisposés. [3]

Conclusion :

Les PR compliquées d'une gonarthrose secondaire ne sont pas plus actives mais plus érosives, témoignant d'une maladie plus sévère. Ceci doit nous amener à mettre en place des mesures préventives de la gonarthrose au cours des PR érosives.



[1] Starodubtseva I, Vasilieva L, Nikitin A, et al. The Prevalence of Secondary Osteoarthritis of the Knee in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2015;74:1186.

[2] Camille P, Figueroa D, David Simon, Matthias Englbrecht, Judith Haschka, Arnd Kleyer, Sara Bayat et al. Quantification and Impact of Secondary Osteoarthritis in Patients With Anti-Citrullinated Protein Antibody-Positive Rheumatoid Arthritis.

[3] Lu M, Liu K, Lai N, et al. Higher incidence of rheumatoid arthritis in patients with symptomatic osteoarthritis or osteoarthritis-related surgery: a nationwide, population-based, case-control study in Taiwan. *BMJ Open* 2015.

Relation entre obésité et la réponse aux biothérapies au cours de la PR

Frigui M, El Amri N, Zeglaoui H, Khalifa D, Baccouche K, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached-Sousse

Introduction :

L'obésité est une maladie caractérisée par une augmentation du tissu adipeux, qui est considéré comme source de cytokines pro-inflammatoires comme le TNF α . Certaines études ont montré que les patients obèses ayant une polyarthrite rhumatoïde (PR) ont une activité de la maladie plus élevée et une réponse thérapeutique altérée.

L'objectif de notre étude était de rechercher une relation entre l'obésité et activité de la PR sous biothérapie.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur l'étude des dossiers des patients chez qui le diagnostic de PR était retenu selon les critères de l'ACR1987 ou ACR/EULAR 2009, évalués initialement, 3 mois et 6 mois après le début de la biothérapie.

Résultats :

Notre étude a comporté 79 cas : 64 femmes et 15 hommes (sexe ratio=4,2). L'âge moyen des patients était de 55,3 ans. Des comorbidités étaient associées chez 45,6% des patients avec une prédominance du diabète dans 24,1% des cas. Ces patients ont reçus au moins une biothérapie : 65,8% des patients étaient sous anti TNF α , 29,1% étaient sous Rituximab et 24,1% étaient sous Tocilizumab. Une maladie active (DAS28>5,1) était observée chez 65,8% des patients dont 76% qui étaient obèses contre 24% non obèses (p=0,37). Au 3^{ème} mois la maladie était active chez 32,4% des patients dont 80% qui étaient obèses (p=0,65). Au 6^{ème} mois 27,5% des patients présentaient encore une maladie active dont 77,8% qui étaient obèses (p=0,66). De même, il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative, entre l'obésité, le score DAS28 et la réponse d'EULAR.

Discussion :

Plusieurs études épidémiologiques ont démontré une association de divers facteurs environnementaux avec la PR.

Certaines études suggèrent que l'obésité est un facteur de risque de développer une PR. Le surpoids et l'obésité avaient tendance à augmenter le risque de développer une PR chez la femme, mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Le lien entre l'obésité et la PR n'est pas aussi clair qu'avec le tabac. Le tissu adipeux est une source potentielle de cytokines pro-inflammatoires classiques comme le TNF- α et l'IL-6. La leptine, augmentée chez les patients obèses, a classiquement une action pro-inflammatoire in vitro et stimule le TNF- α , l'IL-1 et l'IL-6.

Malgré ces données, il n'y a toutefois pas de lien direct clairement établi entre l'obésité et la PR.

Ces résultats sont toutefois à nuancer par la présence de nombreux facteurs confondants.

Conclusion :

Notre étude n'a pas montré que l'obésité est facteur prédictif d'activité de la maladie ou de réponse thérapeutique aux biothérapies.

Corrélation entre le volume plaquettaire moyen et activité de la maladie PR

Frigui M, El Amri N, Laarif F, Baccouche K, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached-Sousse

Introduction :

Le volume plaquettaire moyen (VPM) est corrélé à la fonction et à l'activation plaquettaire. Il diminue en cas d'inflammation. Un lien entre le VPM et l'activité de la polyarthrite rhumatoïde (PR) a été mise en évidence par certaines études. L'objectif de la présente étude était de rechercher des corrélations entre le VPM et l'activité clinique de la PR.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique portant sur l'étude des dossiers des patients chez qui le diagnostic de PR était retenu selon les critères de l'ACR1987 ou ACR/EULAR 2009.

Résultats :

Notre étude a été réalisée sur 79 patients : 64 femmes et 15 hommes (sex ratio=4,2). L'âge moyen des patients était 55,34 ans. La durée d'évolution de la maladie était 12,27ans \pm 7,58. La PR était associée à des comorbidités dont la plus fréquente est le diabète dans 24,1% des cas. Les traitements reçus par nos patients étaient des DMARDs dans 93,7%, des anti TNF α dans 65,8% des cas, le Rituximab dans 24,1% des cas, le Tocilizumab dans 29,1% des cas. Le DAS28 moyen était 5,42. Le VPM était bas (<10) chez 31,2% des patients. Quarante sept pourcent des patients ayant une forte activité de la PR (DAS28>5,1) avaient un VPM bas. Une corrélation statistiquement significative était observée entre le VPM et l'activité de la maladie (p=0,011). On a noté aussi que chez les patients ayant un VPM bas, 77,8% avaient une CRP élevée (p=0,137) et 90,9% avaient une accélération de la VS (p=0,121).

Discussion :

On a noté dans notre étude une diminution du VPM au cours de la PR. Bien que la VS et la CRP reflètent l'activité de la PR, des discordances avec l'intensité de l'inflammation peuvent s'observer.

Dans d'autres études, ni la VS ni la CRP n'étaient corrélées de façon constante à l'activité de la maladie mesurée grâce au DAS28. Ainsi le VPM a été noté comme un témoin de l'inflammation et dans notre étude une corrélation statistiquement significative entre l'activité de la maladie et un VPM bas.

La PR et d'autres maladies inflammatoires exercent divers effets sur l'hématopoïèse, dont les plus fréquents sont l'anémie et la thrombocytose, deux signes dont la sévérité est parallèle à l'activité de la maladie dans la PR.

Il est probable que cela fait probablement intervenir des cytokines et facteurs de croissance comme l'IL-1, l'IL-3, l'IL-4, l'IL-6, l'IL-11 et le TNF- α .

Il serait donc logique de trouver dans les affections inflammatoires des liens entre l'activité de la maladie, les marqueurs de la phase aiguë et les caractéristiques des plaquettes. Le VPM reflète l'activation plaquettaire au cours de la PR.

Conclusion :

Le VPM est un examen recueilli dans chaque hémogramme, peu onéreux mais dont l'interprétation ne faisant pas partie de l'habitude des cliniciens, pourrait apporter un bénéfice dans l'évaluation de l'activité de la maladie.

Maladie parodontale au cours de la Polyarthrite rhumatoïde : étude comparative avec des sujets sains

Fakhfakh R¹, Jguirim M¹, Khemiss M², Garci M², Dhgales A¹, Jmaa O¹, Grassa R¹, Mosbeh H¹, Zrouf S¹, Béjia I¹, Touzi M¹, Bergaoui N¹, Khelifa M²

1-Service de Rhumatologie - CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

2-Service de Stomatologie - CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

La parodontite et polyarthrite rhumatoïde (PR) partagent des facteurs prédictifs de sévérité communs: une prédisposition génétique, des facteurs immunologiques, des facteurs bactériens et des manifestations cliniques (destruction des tissus conjonctifs mous et durs, en particulier le tissu osseux, et augmentation du taux sanguin des médiateurs de l'inflammation). Ces ressemblances permettent de poser l'hypothèse d'un lien potentiel entre PR et parodontite. L'objectif de cette étude était de comparer l'état bucco-dentaire des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde avec des témoins sains.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale, de 30 patients ayant une PR répondant aux critères ACR suivis au service de Rhumatologie de Monastir de Septembre 2017 à Décembre 2018. Les caractéristiques de la PR ont été collectées. Un examen stomatologique a été réalisé au service de Médecine Dentaire de Monastir. Chez les patients: la plaque bactérienne a été évaluée en utilisant l'indice de plaque de Loe et Silness, la carie dentaire a été évaluée grâce à l'indice CAO/D, l'état du parodonte superficiel et été évalué selon l'indice gingival de Loe et Silness, l'état du parodonte profond a été évalué en déterminant les profondeurs de sondage et les mobilités dentaires. Cent sujets témoins ont été recrutés parmi les consultants au même service de Médecine Dentaire.

Résultats:

L'âge moyen des patients PR était de 51,7±15,8 ans avec une prédominance féminine de 90% (p>0,05 avec les sujets témoins). La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 12,5± 8,2ans. Les déformations articulaires étaient objectivées chez 40% des patients. Les manifestations extra articulaires étaient présentes dans 56,6% des cas et le syndrome de Gougerot-Sjogren était le plus fréquent dans 52,9% des cas. L'indice d'activité de la PR DAS 28 moyen était à 5,2±1,2 et 52,9% des patients avaient une activité forte.

L'hygiène bucco dentaire était meilleure chez les sujets témoins. Le parodonte superficiel (gingive) présentait un état inflammatoire plus important chez les sujets atteints de PR. L'atteinte carieuse était plus élevée chez les patients PR. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'état du parodonte profond (Tableau n°1).

	Témoins	Malades	p	
Les données sont exprimées en moyenne ± écart type				
Indice de plaque	1,1±0,5	1,5±0,8	0,01*	
Indice gingival	1,2±0,6	1,5±0,5	0,03*	
Profondeur de sondage	2,3±0,3	2,2±0,7	0,75	
Les données sont exprimées en médiane [1 ^{er} quartile- 3 ^{ème} quartile]				
Indice CAO/D	3,0 [2,0-5,2]	4,0 [2,7-10,0]	0,02*	
Perte d'attache	4,1 [2,2-5,1]	4,2 [1,9-6,1]	0,25	
Mobilité dentaire	0,2 [0,0-0,6]	0,3 [0,0-1,0]	0,55	
Les données sont exprimées en nombre (pourcentage)				
Mobilité dentaire	Oui	48 (68,6)	20 (66,6)	0,87
	Non	22 (31,4)	10 (33,4)	

Tableau n°1: Données bucco-dentaires : témoins (n=100) et malades (n=30)

Conclusion:

Dans la PR, il convient d'intégrer le traitement parodontal à l'arsenal thérapeutique afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Fréquence et facteurs de risque des manifestations pulmonaires au cours de la PR

Frigui M, El Amri N, Khalifa D, Baccouche K, Laarif F, Zeglaoui H, Boujina

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached-Sousse

Introduction :

L'atteinte pulmonaire est la localisation extra articulaire la plus fréquente au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), malgré sa sévérité, elle reste encore sous diagnostiquée. L'atteinte pulmonaire interstitielle de la PR est particulière et diffère de celle rencontrée dans les autres connectivites notamment par son aspect volontiers fibrosant, sa mauvaise réponse thérapeutique et son mauvais pronostic. L'objectif de notre étude était de rechercher la fréquence et les facteurs prédictifs de l'atteinte pulmonaire dans une série de PR du centre tunisien.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude analytique rétrospective monocentrique portant sur l'étude des dossiers de patients chez qui le diagnostic de PR était retenu selon les critères de l'ACR1987 ou ACR/EULAR 2009. L'existence de manifestations pulmonaires a été dépistée chez tous ces patients.

Résultats :

Notre étude a comporté 79 cas : 64 femmes et 15 hommes (sexe ratio=4,2). L'âge moyen des patients était 55,34 ans. La durée d'évolution de la maladie était 12,27ans \pm 7,58. La PR était associée à des comorbidités dont la plus fréquente est le diabète dans 24,1% des cas. Les traitements reçus par nos patients étaient des DMARDs dans 93,7%, des anti TNF α dans 65,8% des cas, le Rituximab dans 24,1% des cas le Tocilizumab dans 29,1% des cas. Une atteinte respiratoire a été notée dans 28,2% (soit 22 patients), chez 15 femmes (68,2%) et 7 hommes (31,8%). Les manifestations pulmonaires observées étaient une fibrose pulmonaire dans 10 cas, un syndrome obstructif chez 7 patients et une pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS) chez 5 autres patients.

Les facteurs de risque de survenue d'une atteinte pulmonaire étaient un âge supérieur à 50 ans ($p=0,054$) et l'exposition antérieure à un DMARDs ($p=0,021$) ; un facteur rhumatoïde positif était corrélé de manière significative à cette atteinte ($p=0,045$).

Nous n'avons pas notée une corrélation entre la survenue de manifestations pulmonaires et le sexe masculin ($p=0,11$) ni le tabagisme ($p=0,132$) ou la positivité des anti-CCP ($p=0,155$).

Discussion :

Au cours de la PR l'atteinte pulmonaire a été noté fréquente mais parfois demeurant cliniquement asymptomatique.

Le poumon rhumatoïde devrait pouvoir bénéficier d'un dépistage systématique. Une fois installé devait faire l'objet d'une surveillance stricte.

Plusieurs facteurs ont été incriminés: les processus physiopathogéniques de la PR tel que la positivité du facteur rhumatoïde, l'âge avancé et le sexe masculin. Le rôle du méthotrexate a été imputé dans la survenue des pneumopathies interstitielles.

Ainsi les nouvelles thérapeutiques, en particulier les agents biologiques, actives sur les manifestations rhumatologiques pourraient aussi améliorer la prise en charge thérapeutique du poumon rhumatoïde pour lequel nous avons été encore démunis.

Conclusion :

Notre étude a plaidé en faveur de l'association entre la survenue de manifestations extra articulaires pulmonaires et la prise de DMARDs, l'âge avancé et la positivité du FR.

Pneumonie organisée : mode de début rare d'une polyarthrite rhumatoïde

D.Khalifa, A.Guiga, N.Guizani, A.Fraj, A.Bouker, A.Atig, N.Ghannouchi

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

L'atteinte respiratoire est la localisation extra articulaire la plus fréquente de la polyarthrite rhumatoïde (PR). L'atteinte pulmonaire est classiquement observée au cours de l'évolution de la PR, et elle peut toucher tous les compartiments du poumon. La bronchiolite oblitérante et pneumonie organisée (BOOP) est rare. Nous rapportons l'observation d'une patiente où le diagnostic de la PR était concomitant avec une BOOP.

Résultats :

Patiente âgée de 43 ans sans antécédents particuliers, se plaignait d'une toux chronique depuis 4 mois et de polyarthralgies d'heure inflammatoire touchant de façon bilatérale et symétrique les poignets, les mains, les coudes et les genoux avec un dérouillage matinal et notion de gonflement articulaire. L'examen physique avait montré une fièvre à 38.7°C, une tension artérielle à 12/6cmHg. L'auscultation pulmonaire avait montré des râles crépitants bilatéraux sans retentissement respiratoire. Il n'y avait pas de viscéromégalie ni adénopathies périphériques. L'examen ostéoarticulaire avait objectivé des synovites des deux poignets, toutes les articulations métacarpo-phalangiennes, du coude droit et des deux chevilles avec un signe du glaçon positif des deux genoux. Les examens complémentaires avaient objectivé une VS accélérée à 74mmH1, une hyperleucocytose à 20400 elmts/mm³, une anémie normochrome normocytaire à 10.4g/dL, une ferritinémie élevée à 653, la fonction rénale était correcte. L'enquête infectieuse avait montré un ECBU négatif, une intradermoréaction à la tuberculine négative, l'échographie cardiaque avait éliminé une endocardite infectieuse, les hémocultures positives à *Klebsiella pneumoniae*. La radiographie du thorax avait montré des opacités réticulo-micronodulaires en bilatéral, l'exploration fonctionnelle respiratoire était en faveur d'un déficit ventilatoire restrictif associé à une obstruction distale modérée et le scanner thoracique avait montré une condensation alvéolaire bi basale avec bronchogramme aérien et images en verre dépoli en faveur d'une BOOP. Le bilan immunologique avait montré des AAN négatifs, facteur rhumatoïde positif (IgA=62U/ml, IgG=120U/ml), anticorps anti CCP négatifs.

Les radiographies des mains et des avants pieds n'avaient pas objectivé de destruction osseuse. La patiente était traitée par antibiothérapie puis corticothérapie à 1mg/kg/j associée au méthotrexate. L'évolution était favorable initialement sur le plan clinique et radiologique puis progression des phénomènes de fibrose après 4 ans avec apparition d'une pneumopathie interstitielle non spécifique.

Discussion :

La BOOP est une inflammation pulmonaire rare des bronchioles et des alvéoles, le plus souvent idiopathique, mais elle peut être associée à des connectivites. Dans le cas de la PR, la BOOP semble être associée à l'activité de la maladie rhumatoïde et au titre élevé du facteur rhumatoïde. Elle peut survenir au cours de l'évolution de la PR ou être concomitante comme le montre notre observation. Le traitement est basé sur la corticothérapie et son pronostic est généralement bon.

Conclusion :

La BOOP est une complication pulmonaire courante qui peut se développer dans la PR à tout moment et quelle que soit le niveau d'activité de la maladie. Le médecin traitant les patients atteints de PR doit envisager le diagnostic de BOOP lorsque des infiltrats pulmonaires sont visualisés à la tomodensitométrie.

Références :

1. Okada H, Kurasawa K, Yamazaki R, Tanaka A, Arai S, Owada T, et al. Clinical features of organizing pneumonia associated with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol.* nov 2016;26(6):863-8.
2. Komiya K, Teramoto S, Kurosaki Y, Kashizaki F, Kawashima M, Masuda K, et al. Organizing Pneumonia with a Positive Result for Anti-CCP Antibodies as the First Clinical Presentation of Rheumatoid Arthritis. *Intern Med.* 2010;49(15):1605-7.

Les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et leurs traitements

Ben Abla H, Maatallah K, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel D, Kchir MM

Institut national d'orthopédie Kassar

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une pathologie chronique nécessitant une longue prise en charge, les croyances et les peurs des patients peuvent influencer leur perception de leur maladie et leur motivation à poursuivre leurs traitements.

Le but de ce travail était d'évaluer les croyances et les craintes du patient atteints de PR vis-à-vis de leurs traitements

Patients et méthodes :

- Etude prospective de patients atteints de PR (ACR 1987 ou ACR-EULAR 2010).
- Les critères socio-démographiques ainsi que les caractéristiques de la maladie ont été notés.
- La sécurité des médicaments reçus était évaluée par l'avènement d'effets indésirables.
- L'adhésion aux traitements était évaluée par le questionnaire de MARS (Medication Adherence Rating Scale). Le questionnaire BMQ (Beliefs about medicines questionnaire) a permis d'évaluer la nécessité des médicaments (BMQ-N) et les inquiétudes que les patients pouvaient avoir à les prendre (BMQ-C).
- La qualité de vie des patients était évaluée par le EQ-5D et la dépression par le PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

Résultats :

Quinze patients étaient inclus. Le tableau 1 résume les caractéristiques cliniques des patients. et le tableau 2 les résultats des différents scores

Tableau 1: Les caractéristiques cliniques des patients

Âge moyen (ans)	49.6
Sexe ratio (F/H)	3/1
Durée d'évolution de la maladie (ans)	8,4

Tableau 2: les résultats des différents scores

Le questionnaire	Le score moyen	La signification
EQ-5	0,63	Bonne santé physique
PHQ-9	7,1	Bonne santé mentale
MARS	28,4	Bonne compliance
BMQ-N	22,3	Nécessité du traitement retenue
BMQ-C	18,9	Inquiétude par rapport au traitement: moyenne

Il n'existait pas de corrélation entre la nécessité et les inquiétudes vis-à-vis des traitements reçus ($p=0,21$). L'avènement d'incidents indésirables était corrélé aux inquiétudes des patients ($p=0,041$) et à leur adhésion aux traitements ($p=0,003$). La survenue d'effets indésirables diminuait en effet l'observance des patients à leurs traitements et augmentait leurs inquiétudes. L'adhésion aux traitements était inversement corrélée à la durée d'évolution de la maladie ($p<0,001$).

Discussion :

Le rapport entre l'éducation thérapeutique et la gestion de la PR a été évalué par Mahmut et al sur une période comprise entre 5 et 10ans, les patients qui avaient une éducation insuffisante présentaient un niveau de soin réduit [1].

Dans l'étude de Neam et al le questionnaire BMQ a été utilisé pour évaluer le niveau de peur et de croyance des patients à l'égard de leurs traitements : 74% des patients étaient fortement d'accord ou d'accord de la nécessité de leur traitement et 47% étaient inquiets par rapport à son effet néfaste ces inquiétudes étaient plus importantes chez les patients non adhérents[2-3]. Ces résultats rejoignent ceux de notre étude.

Conclusion :

La PR est une maladie où l'éducation thérapeutique prend toute sa valeur pour guider le patient et le rassurer quand l'effet du temps lui fait perdre confiance en tout traitement.

Références:

- [1] par Mahmut et al . *Clinical rheumatology*,1995.
- [2]. Neam et al . *Rheumatology* 2005.
- [3]. Neame R et al. *Rheumatology* 2005.

Association entre l'adhérence aux traitements de fonds conventionnels Et l'activité de la maladie au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Khalifa D, Limam M*, Baccouche K, El Amri N, Farhat A, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Département de médecine communautaire, faculté de médecine Ibn El Jazza de Sousse
Faculté de médecine de Sousse, Université de Sousse

Introduction :

L'adhérence thérapeutique est nécessaire pour optimiser la gestion de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Les études suggèrent que les patients atteints de PR ayant une adhérence plus élevée aux médicaments ont tendance à avoir une activité plus faible de la maladie. L'objectif était d'étudier l'association entre l'adhérence **aux traitements de fonds conventionnels (cDMARDS)** et l'activité de la maladie chez des patients atteints de PR.

Patients et méthodes :

Etude transversale ayant inclus, de façon consécutive, des patients atteints de PR entre septembre 2018 et Mars 2019. Les caractéristiques épidémiologiques; cliniques, biologiques et radiologiques de la maladie ont été relevé pour chaque patient. L'activité de la maladie était calculée par le score DAS28, l'adhérence aux traitements était évaluée par les questionnaires Compliance Questionnaire of Rheumatology 5 (CQR5) et le Morisky Medication Adherence Scale (MMAS4).

Résultats :

Quatre vingt dix patients avaient répondu aux deux questionnaires. Il s'agissait de 69 femmes et 21 hommes. L'âge moyen était de 55,69 +/- 10,45ans. La durée moyenne de la maladie était de 12 +/- 6,495 ans. Le facteur rhumatoïde était positif dans 62,2% des cas et les ACPA dans 52,2% des cas. Une atteinte érosive a été notée dans 82,2% des cas. La PR était déformante chez 51,1% des patients. L'activité de la maladie évaluée par le DAS28 était faible, modérée, sévère dans respectivement 10% ; 43,3% et 32,3% des cas.

14,4% des patients étaient en rémission. La maladie était alors active dans 75,6% des cas. Le méthotrexate était le traitement de fond le plus prescrit suivi de la salazopyrine puis l'association des deux dans respectivement 90% ; 17,8% et 10% des cas. Le Leflunomide était prescrit dans 2,2% des cas seulement.

1. Tableau croisé activité de la maladie/adhérence selon le MMAS4

	Adhérence faible	Adhérence forte	Valeur de p
Forte activité	83,3%	68,1%	P=0,093
Faible activité	16,7%	31,9%	

2. Tableau croisé activité de la maladie /adhérence selon le CQR 5

	Adhérence faible	Adhérence forte	Valeur de p
Forte activité	81,2%	71,9%	P=0,321
Faible activité	18,2%	28,1%	

Discussion :

Plusieurs études ont montré que la faible adhérence aux traitements de fond de la PR était associée à un niveau d'activité plus élevé et des poussées plus fréquentes. Nos résultats, concordants avec la littérature, indiquent que l'adhérence thérapeutique évaluée par le MMAS4 ou le CQR peut servir comme prédicteur du niveau d'activité de la PR. L'utilisation de deux questionnaires différents sur l'adhérence n'a pas modifié les résultats. Les limites de ce travail étaient le faible échantillon de notre population d'étude et le recrutement d'un seul hôpital.

Conclusion :

Le présent travail montre un possible lien entre la faible adhérence aux cDMARDS et la forte activité de la maladie sans que la différence ne soit significative. Les résultats sont comparables entre les deux questionnaires CQR5 et MMAS4. Des études multicentriques sur un échantillon plus large sont nécessaires pour confirmer nos résultats.

Adhérence aux traitements de fonds conventionnels au cours de la polyarthrite rhumatoïde : Apport du Compliance Questionnaire of Rheumatology-5

Khalifa D, Limam M*, El Amri N, Baccouche K, El Achek MA, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Département de médecine communautaire, faculté de médecine Ibn El Jazza de Sousse
Faculté de médecine de Sousse, Université de Sousse

Introduction :

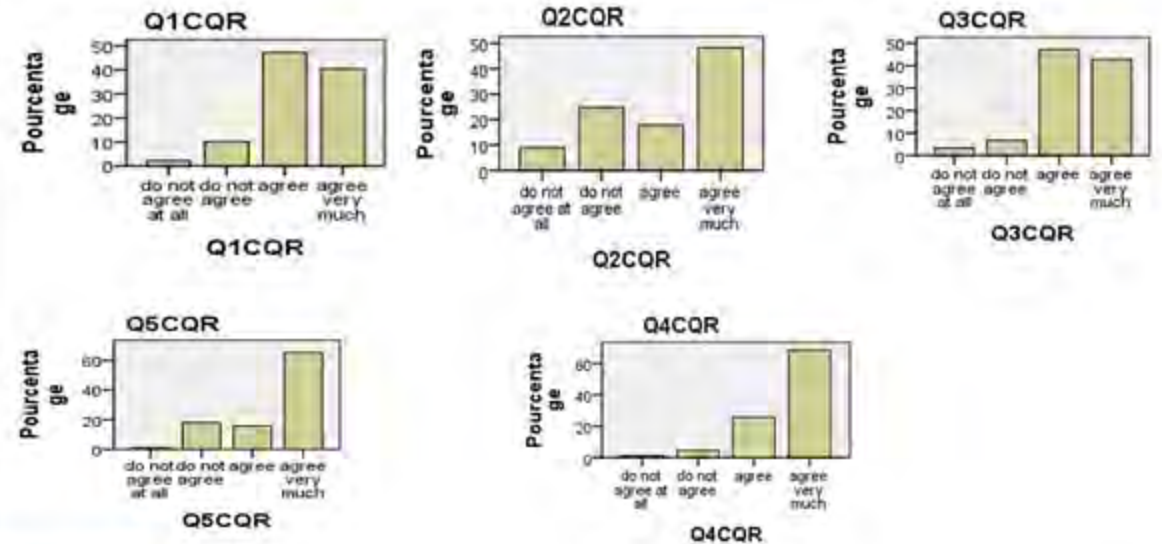
L'adhérence aux traitements de fond conventionnels (cDMARDs) chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) est variable allant de 30 à 80% selon les études. L'objectif de notre étude était de déterminer l'adhérence thérapeutique aux cDMARDs au cours de la PR en se basant sur le questionnaire Compliance Questionnaire of Rheumatology-5 (CQR5).

Patients et méthodes :

Etude transversale ayant inclus, de façon consécutive, des patients atteints de PR entre septembre 2018 et Mars 2019. Les caractéristiques épidémiologiques; cliniques, biologiques et radiologiques de la maladie ont été relevé pour chaque patient. La mesure de l'adhérence thérapeutique aux cDMARDs a été calculé par le CQR5 qui est un questionnaire comportant 5 items cotés de 1 à 4, validé dans la PR.

Résultats :

Quatre vingt dix patients avaient répondu au questionnaire. Il s'agissait de 69 femmes (76,7%) et 21 (23,3%) hommes. L'âge moyen était de 55,69 +/- 10,45ans. La durée moyenne de la maladie était de 12 +/- 6,495 ans. Le facteur rhumatoïde était positif chez 56 patients (62,2%) et les ACPA chez 47 patients (52,2%). Une atteinte érosive a été notée dans 82,2% des cas. La PR était déformante chez 46 patients (51,1%). L'activité de la maladie évaluée par le DAS28 était faible, modérée, sévère dans respectivement 10% ; 43,3% et 32,3% des cas. 14,4% des patients étaient en rémission. Le méthotrexate était le traitement de fond le plus prescrit suivi de la salazopyrine puis l'association des deux dans respectivement 90% ; 17,8% et 10% des cas. Le Leflunomide était prescrit dans 2,2% des cas seulement. La mesure de l'adhérence thérapeutique aux cDMARDs par le CQR5 avait montré une forte adhérence dans 64% des cas et une faible adhérence chez 36% des patients.



Discussion :

L'adhérence thérapeutique au cours de la PR varie de 30 à 80% selon les études. Il a été montré que le CQR5 est très rapide et facile à utiliser pour alerter le clinicien sur les patients ne prenant pas leurs traitements de fond correctement.

Conclusion :

Deux tiers des patients avaient une forte adhérence aux cDMARDs selon le CQR5 ce qui rejoint les résultats de la littérature. L'étude de l'adhérence aux traitements de fond au cours de la PR permettrait dans de plus larges études de relever les facteurs déterminants de la bonne observance et de la persistance à ces traitements.

Etude de la non-adhérence aux traitements de fond conventionnels au cours la polyarthrite rhumatoïde : utilisation du Morisky medication adherence scale 4

Khalifa D, Limam M*, Baccouche K, El Amri N, Farhat A, Belghali S, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

*Département de médecine communautaire, faculté de médecine Ibn El Jazza de Sousse
Faculté de médecine de Sousse, Université de Sousse

Introduction :

Selon l'OMS, dans les pays développés, la non-adhérence aux traitements à long terme dans la population générale avoisine les 50% et elle est beaucoup plus importante dans les pays en développement. Les taux de non-adhérences aux traitements de fond conventionnels cDMARD dans la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont souvent plus élevés allant jusqu'à 80%. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux de non-adhérence aux cDMARDs en se basant sur l'utilisation du Morisky medication adherence scale 4 (MMAS4).

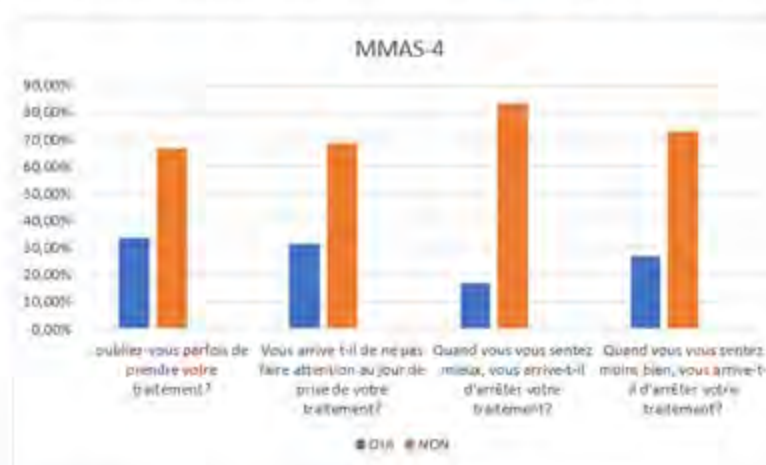
Matériels et méthodes

Etude transversale portant sur 90 patients atteints de PR répondant aux critères ACR-Eular 2010, inclus de façon consécutive entre septembre 2018 et mars 2019. L'étude de la non-adhérence thérapeutique a été réalisée à l'aide du questionnaire MMAS4 utilisé dans plusieurs maladies chroniques qui comporte 4 questions. Les patients ayant un score à 0 sont qualifiés très adhérents, ceux ayant un score entre 1 et 2 sont moyennement adhérents et entre 3 et 4 faiblement adhérents.

Résultats

Soixante neuf femmes et 21 hommes d'âge moyen 55,69 +/- 10,45ans avaient répondu au questionnaire. La durée moyenne de la maladie était de 12 +/- 6,495ans. Le facteur rhumatoïde était positif chez 56 patients (62,2%) et les ACPA chez 47 patients (52,2%). Une atteinte érosive a été notée dans 82,2% des cas. La PR était déformante chez 51,1% des patients. L'activité de la maladie évaluée par le DAS28 était faible, modérée, sévère dans respectivement 10% ; 43,3% et 32,3% des cas. 14,4% des patients étaient en rémission. Le méthotrexate était le traitement de fond le plus prescrit suivi de la salazopyrine puis l'association des deux dans respectivement 90% ; 17,8% et 10% des cas. Le Leflunomide était prescrit dans 2,2% des cas seulement.

Selon le MMAS4 : 21,3% des patients avaient une adhérence faible, 25,8% avaient une adhérence moyenne et 52,8% avaient une adhérence élevée.



Discussion

Dans ce présent travail, environ la moitié des patients ayant une PR avaient une adhérence faible à moyenne selon le questionnaire MMAS4. Plusieurs études utilisant différentes méthodologies ont démontré une adhérence sous-optimale aux médicaments chez les patients atteints de PR, entraînant des conséquences délétères pour la santé.

Conclusion :

L'étude de la non-adhérence aux cDMARDs au cours de la PR permettrait de recenser certaines insuffisances liées surtout à l'écoute et l'information des patients sur leur traitements.

CORRELATION ENTRE LES MARQUEURS OSTEO-CARTILAGINEUX ET LES DOMMAGES STRUCTURAUX AU COURS DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Ben Achour W, Chelly M, Bahlous A, Abdelmoula L, Sahli H, Cheour E

Introduction :

la polyarthrite rhumatoïde (PR) est l'un des rhumatismes inflammatoires chroniques les plus fréquents. La découverte de nouveaux marqueurs biologiques du remodelage des tissus osseux et cartilagineux a fait l'objet de nombreuses études de recherche.

Objectifs :

Etudier les variations des marqueurs du remodelage osseux et cartilagineux chez des patients atteints de PR et les comparer à un groupe témoin afin de préciser leur corrélation avec l'activité de la maladie et l'importance des dommages Structuraux associés.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale comportant 65 femmes atteintes de PR comparées à 34 femmes témoins appariées selon l'âge et indemnes d'autres pathologies rhumatismales à retentissement osseux ou cartilagineux.

une appréciation de l'activité de la maladie a été faite par le score d'activité (DAS28) ; les taux sériques de marqueurs osseux et cartilagineux ont été mesurés, notamment l'ostéocalcine (OC), le propeptide N-de collagène de type I (PINP), le C-télopeptide collagène de type I et II, (CTX I, CTX-II) et le cartilage oligomérique matrix protéine (COMP).

Les dommages articulaires ont été évalués aux mains et poignets par un score érosion tomodynamométrique.

Résultats:

Pour les 65 patientes atteintes de PR, l'âge médian était de 44 [21-59]; la durée de la maladie était de 2 [0-15] ans; les valeurs médianes du nombre d'articulations douloureuses et tuméfiées étaient respectivement 6 [1-28] et 3 [0-13]; les valeurs de l'évaluation de la douleur et de la gêne selon une échelle visuelle analogique était de 60[10-100]; la CRP 13mg/ml[0,3-88] avec un score DAS28= 4,46 [2,65-7,36].

L'analyse des paramètres biologiques ostéo-cartilagineux a révélé des différences significatives du taux des ces marqueurs entre le groupe PR comparé aux témoins.

Une répartition du groupe de patients en deux sous-groupes de PR modérément (DAS28≤5.1) et fortement actives (DAS28>5.1) a été faite.

La comparaison des résultats des paramètres biologiques ostéo-cartilagineux a alors révélé des différences significatives comme le montre le tableau 1

Comparaison des Paramètres du Remodelage Osseux et Cartilagineux
Entre les deux groupes de PR (DAS 28 ≤ ou > 5.1) et les témoins

Paramètres biologique	DAS28≤5.1 vs Témoins	DAS28>5.1vs Témoins
CTX-I (ng/ml)	<0.001	<0.001
OC (ng/ml)	<0.01	<0.001
PINP (ng/ml)	<0.05	<0.001
CTX-II (ng/ml)	<0.001	<0.001
COMP (ng/ml)	<0.001	<0.001

CTX-I: C-télopeptide collagène de type I; OC : ostéocalcine; PINP: propeptide N-de collagène de type I; CTX-II: C-télopeptide collagène de type I; COMP: cartilage oligomérique matrix protéine

Diverses corrélations entre le score tomodynamométrique des érosions et les marqueurs biologiques du remodelage osseux ont été notées sans pourtant de corrélation avec ceux du cartilage. Nous avons ainsi constaté une corrélation statistiquement positive entre le taux de CTX-I et le score CT au niveau des poignets et MCP, de même qu'une corrélation négative entre le score CT et le taux des marqueurs (OC, PINP). (tableau 2)

Corrélation entre Marqueurs de remodelage Ostéo-Cartilagineux
et Scores d'Erosions Tomodynamométriques

Coefficient de corrélation entre les marqueurs ostéo-cartilagineux et le score tomodynamométrique d'érosions		
Paramètres biologiques	Score d'érosion au niveau poignet	Score d'érosion au niveau MCP
CTX-I	0.44**	0.42**
OC	-0.39**	-0.38**
PINP	-0.32**	-0.26*
CTX-II	NS	NS
COMP	NS	NS

Conclusion

Parmi les marqueurs étudiés, le CTX-I, semble être le marqueur le plus pertinent dans l'évaluation de l'activité et des dommages structuraux liés à la PR.

Association rare entre la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada et la polyarthrite rhumatoïde : revue de la littérature

Ben Abdelghani K, Boussaa H, Miladi S, Fazaa A, Ouenniche K, Souabni L, Kassab S, Chekili S, Laatar A

Service de rhumatologie, Hôpital Mongi Slim, Tunis, Tunisie

Introduction:

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) est une maladie rare, d'origine auto-immune, caractérisée par une pan-uvéïte granulomateuse bilatérale associée à des manifestations neurologiques, auditives et cutanées. Parmi les atteintes oculaires spécifiques de la polyarthrite rhumatoïde (PR), la sclérite est la plus fréquente tandis que l'uvéïte a été rarement rapportée.

Malgré une susceptibilité génétique commune, notamment HLA-DR4, l'association entre la maladie VKH et la PR est extrêmement rare.

Le but était de déterminer la présentation clinique de cette association ainsi que les moyens para-cliniques et thérapeutiques employés.

Méthodes:

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie en rhumatologie pour une PR et chez qui le diagnostic d'une maladie de VKH a été retenu. Une revue de la littérature a été effectuée sur le site Pubmed MeSH en utilisant les mots clés «Arthritis, rheumatoid» et «Uveomeningoencephalitic Syndrome». Les articles rapportant une telle association ont été inclus. Les références de ces papiers ont été analysées afin de rechercher le maximum de cas.

Résultats:

Notre patiente, âgée de 26 ans, était suivie depuis 8 ans pour une PR immunopositive et érosive sous Leflunomide. Dans la littérature, un total de 4 patients associant VKH et PR ont été rapportés. Il s'agissait de 3 femmes et un homme avec un âge moyen de 44 ans [31-57]. Parmi ces patients, 3 étaient déjà suivis pour une PR évoluant depuis en moyenne 6 ans [3-8] sous Methotrexate dans un cas, en association à l'Hydroxychloroquine dans un cas et sous Leflunomide dans un cas. Chez la 4^{ème} patiente, le diagnostic d'une PR immunonégative en poussée a été retenu en même temps que la maladie de VKH.

Notre patiente consultait en urgence pour une baisse bilatérale et rapidement progressive de l'acuité visuelle associée à une céphalée intense, des vomissements et une sonophobie. L'examen clinique trouvait une patiente couchée en chien de fusil, fébrile à 38,5°C avec un syndrome méningé.

La tomodensitométrie cérébrale était sans anomalies et la ponction lombaire avait éliminé une méningite infectieuse.

L'examen ophtalmologique avait objectivé un œdème papillaire bilatéral avec des décollements séreux rétinien multiples au fond d'œil avec des signes typiques de la maladie de VKH à l'OCT et à l'angiographie à la fluorescéine.

Tous les cas rapportés dans la littérature se présentaient dans un tableau clinique similaire, avec une baisse bilatérale de l'acuité visuelle, s'associant de façon variable à des céphalées, des acouphènes et un vertige.

L'examen à la lampe à fente confirmait la présence de cellules inflammatoires au niveau de la chambre antérieure. Le fond d'œil, et la tomographie en cohérence optique (OCT) pratiquée dans 2 cas, montraient les décollements rétinien séreux, avec à l'angiographie fluorescéinique un aspect en « ciel étoilé », caractéristiques de la maladie VKH.

Chez notre patiente, une audiométrie avait trouvé une surdité de perception à 40 dB des deux côtés.

La conduite thérapeutique rapportée dans la littérature était une corticothérapie orale à la dose de 1mg/kg/j en association au Methotrexate dans un cas et au Leflunomide dans un cas, et des bolus de 1g de Solumédrol pendant 3 jours avec relai par le Mycophénolate Mofétel dans un cas.

Dans notre cas, la patiente a eu des bolus de 1g de Solumédrol pendant 3 jours avec relai par corticothérapie orale à la dose de 2mg/kg/j devant la présence de facteurs de mauvais pronostic à l'OCT. L'examen ophtalmologique de contrôle à 2 semaines montrait une ré-application de la rétine mais avec une acuité visuelle qui persistait basse à 1/10 en bilatéral. La décision était d'associer l'Azathioprine à une dose de 150mg/j avec obtention d'une rémission au bout de 15 jours.

L'évolution a été marquée par le décès de la patiente au bout de 2 mois de traitement suite à des complications septiques à type de gangrène de Fournier secondaire à une fissure anale opérée en ville. En revanche, dans la littérature, l'évolution était favorable au bout de 1 à 3 mois avec amélioration de l'acuité visuelle et disparition des signes à l'OCT et à l'angiographie rapportée dans 2 cas.

Discussion:

La maladie de VKH est une affection auto-immune chronique dont la physiopathologie demeure encore mal connue. Elle nécessite généralement le recours à une corticothérapie rapide IV et orale au long cours et son évolution peut s'accompagner de complications aiguës, de séquelles ou de rechutes. Son association à la PR est d'autant plus rarement rapportée dans la littérature, avec dans le cas de notre patiente, un pronostic plus sombre en l'absence d'une prise en charge codifiée.

Conclusion:

L'association de la maladie de VKH à la PR est rare. Son pronostic est d'autant plus sombre compte tenu du terrain fragilisé notamment par les traitements immunosuppresseurs reçus.

Particularité de l'atteinte de la hanche au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Gzam Y, Ben Tekaya A, Mahmoud I, Saidane O, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) se caractérise par une atteinte inflammatoire destructrice des articulations, y compris la hanche. L'occurrence d'une coxite au cours de la PR est responsable d'un handicap fonctionnel majeur. L'objectif de cette étude était d'évaluer les aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients avec une PR compliquée d'une coxite.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant inclus des patients suivis pour une PR répondant aux critères de l'ACR/EULAR 2010 et chez qui on a fait le diagnostic d'une coxite.

Résultats :

Vingt cinq patients ont été inclus dont les caractéristiques épidémiologiques et cliniques sont détaillés dans le tableau ci-dessous:

Sexe féminin (n, %)	18 (72%)
Age moyen (ans)	59
Profil immunologique	
FR (%)	75
ACPA (%)	50
Durée d'évolution (ans)	18
MEA (%)	33
	Syndrome sec oculaire (%) 20
	Nodule rhumatoïde (%) 12
	Amylose (%) 8
Co-morbidités	
	Obésité (%) 35
	Ostéoporose (%) 44
LAA (%)	20
SIB (%)	88
	VS moyenne (mm) 62
	CRP moyenne (mg/l) 42,5

Les particularités cliniques de la coxite et son retentissement fonctionnel sont exposés dans le tableau suivant:

Age moyen au moment de diagnostic (ans)	50
Durée d'évolution de coxite (ans)	10
Type de coxite	
	Unilatérale (%) 28
	Bilatérale (%) 72
HAQ moyen	1,9
Indice de Lesquène moyenne	14,5

- Un traitement de fond était instauré chez tous les patients.
- Un tiers des patients ont nécessité le recours aux traitements biologiques (20% anti-TNF alpha et 16 % anti-CD20).
- 28% des patients ont bénéficié d'une synoviorthèse .
- 32% ont bénéficié d'une prothèse totale de hanche .
- Le délai moyen de la PTH est de 9 ans après le diagnostic de la coxite.

Discussion

- La coxite rhumatoïde est très peu étudié, malgré le fait que sa présence est source d' handicap fonctionnel important.
- La prévalence de la coxite au cours de la PR est estimée à 14,2% [1].
- La coxite rhumatoïde est plus fréquente chez les patients de sexe masculin et chez les patients les plus âgés.
- L'augmentation des paramètres d'inflammation est en relation étroite avec développement de la coxite au cours de la PR.
- La coxite rhumatoïde a un coût économique élevé devant le recours assez fréquent à la prothèse totale de la hanche [2].

Conclusion

L'occurrence d'une coxite constitue un tournant évolutif au cours de la PR et constitue de ce fait un facteur prédictif de sévérité de la maladie. Vu l'impact important de la coxite sur le système de santé, l'éducation des patients sur l'obligation de contrôler l'activité de la PR joue un rôle primordial dans la prévention de la coxite et de ses conséquences.

Références:

- [1] Bajraktari et al. Journal of Medical Sciences 2018 ; 6(2):336-339
[2] Clement et al. Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2012; 7:27

Facteurs prédictifs de l'atteinte structurale au cours de la polyarthrite rhumatoïde: Radiographie versus échographie

Rahmouni S, Ferjani H, Maatallah K, Ben Nessib D, Hfaïdh M, Hamdi W, Kaffel D, MM Kchir

Service de rhumatologie, INSTITUT ORTHOPÉDIQUE MOHAMED KASSAB

Introduction :

L'atteinte structurale au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR) peut être évaluée par différentes techniques. La radiographie et l'échographie sont les moyens les plus utilisés. Au cours de la dernière décennie, les études se sont multipliées à la recherche des facteurs prédictifs de cette atteinte.

Le but de notre étude était de rechercher une relation entre les différents paramètres de la maladie et l'atteinte structurale en comparant la radiographie et l'échographie.

Patients et méthode:

- Etude incluant 53 patients suivis pour PR (critères ACR 1987 et/ou ACR/EULAR 2010).
- Au moment du diagnostic, chaque patient a eu des radiographies (Rx) des mains-poignets et des avants-pieds de face ainsi qu'une évaluation échographique des mains (US).
- Nous avons également recueilli les données sociodémographiques, cliniques et biologiques des patients.

Résultats:

- L'étude a inclus 53 patients, de majorité féminine (79,24 %)
- L'âge de début de la maladie était de 50± 14 ans avec un délai diagnostique de 38 mois [1-216].
- La PR était immunopositive dans 62,3%.
- Le DAS28 moyen était de 5,12±1,1.
- La PR était en forte activité dans 52,8% (DAS₂₈ >5,1)
- Elle était non érosive dans 26,4%.
- Trois patients avaient une érosion isolée de la 5^{ème} metatarsophalangienne.
- La PR était érosive à la radiographie dans 41,50 % des cas et à US dans 49% des cas (p=0,992).
- Le tableau 1 résume les différents facteurs prédictifs des érosions radiographiques et échographiques

Tableau 1: Les facteurs prédictifs des érosions radiographiques et échographiques

	Erosions échographiques			Erosions radiographiques		
	oui	non	p	oui	non	p
Age (ans)	55,6	61,6	0,085	62,6	55	0,035
Sex ratio (H/F)	0,08	0,52	0,045	0,46	0,16	0,221
Tabagisme	23,07	3,7%	0,037	18,18	14,28%	0,611
	%			%		
Facteur rhumatoïde (+)	61,29	38,7%	0,033	36,36	41,37%	0,217
	%			%		
ACPA (+)	37,5%	61,9%	0,091	66,66	61,53%	0,091
				%		
DAS28	4,99	5,27	0,389	5,10	5,23	0,678
Vitesse de sédimentation (mmH)	47,29	55,23	0,353	57,5	48,86	0,004

Discussion:

- En accord avec la littérature, le facteur rhumatoïde était associé à la présence d'érosions échographiques dans notre étude [1]. Cependant ce lien était absent dans le cas des érosions radiographiques.
- Le tabagisme, souvent incriminé dans la survenue d'érosion, n'était pas associée au caractère érosif dans notre étude.

Conclusion:

Les facteurs prédictifs de la destruction ostéo-cartilagineuse sont différents selon la définition radiologique de cette atteinte.

Dans notre étude, l'atteinte radiographique était liée à l'âge et la vitesse de sédimentation. Quant à l'atteinte échographique, elle était plutôt associée au sexe, au tabagisme et au facteur rhumatoïde

Etude de la variation interindividuelle des PRO (Patients Reported Outcomes) chez les patients atteints de PR

Ben Abdelghani K, Nacef L, Fazaa A, Miladi S, Kassab S, Ouenniche K, Souabni L, Chekili S, Zakraoui L, Laatar A.

CHU Mungli Slim, La Marsa

Introduction :

L'évaluation de l'activité de la maladie chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) fait intervenir des mesures subjectives, en l'occurrence l'évaluation globale par le patient (EGP) et l'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique (EVA). Certaines études ont démontré l'existence d'une variation naturelle des Patient Reported Outcomes (PRO) chez les sujets ayant une PR stable à deux consultations successives. Qu'en est-il des patients tunisiens?

Méthodes

Type de l'étude: Etude monocentrique, rétrospective, menée auprès de patients atteints de PR, dont l'activité de la maladie calculée par le DAS28 était stable à deux consultations successives.

Période d'inclusion: Janvier 2017 à décembre 2018.

Données recueillies: Les données socio-démographiques des patients ont été recueillies ainsi que les paramètres d'activité de la maladie par l'évaluation du nombre d'articulations douloureuses (NAD), le nombre d'articulations tuméfiées (NAT), l'évaluation globale par le patient (EGP) et le Disease Activity Index (DAS28). La douleur a été évaluée par l'EVA. Les données de chacune des deux consultations ont été recueillies. La stabilité de la maladie entre deux consultations consécutives a été définie selon les critères de la réponse EULAR par un Δ DAS28 < 0,6. La différence entre deux consultations de l'EVA et de l'EGP a été calculée.

Résultats :

Population d'étude: 40 patients atteints de PR. Vingt sept avaient une activité stable de leur PR entre deux consultations successives.

Délai moyen entre les consultations: 4,35 ± 1,8 mois [2 semaines à 8 mois].

Caractéristiques de la PR sont résumées sur le **Tableau I:**

Tableau I: Caractéristiques de la PR:

Age moyen	54,6	
Sexe	Homme: 11%	Femmes: 88%
FR+	81,5%	
ACPA	85,2%	
Erosive	85,2%	

Tableau II: Variation des PRO entre les deux consultations:

PRO	1 ^{ère} consultation	2 ^{ème} consultation	Variation
DAS28VS	4,41 ± 1,5	4,37 ± 1,4	0,32 ± 0,2
EVA	50 ± 20	60 ± 20	18 ± 10
EGP	50 ± 20	60 ± 20	17 ± 10

Il n'y avait pas d'association significative entre la variation, en valeur absolue, de l'EGP ni de l'EVA, avec le délai entre les deux consultations (respectivement $p=0,391$, $r=0,172$ et $p=0,554$, $r=0,119$). Il n'y avait pas non plus d'association significative entre le Δ EGP et le Δ DAS28 ($p=0,787$, $r=0,055$).

Le même résultat a été retrouvé entre le Δ EVA et le Δ DAS28 ($p=0,532$, $r=0,126$).

La variation de l'EGP était significativement associée à celle de l'EVA ($p=0,000$, $r=0,638$).

Discussion

Nos résultats sont confortés par ceux de l'étude danoise menée par Egsmose et al, et qui n'a pas retrouvé d'association significative entre les PRO et le délai moyen entre les consultations successives. Une variation des PRO d'au moins 30/100 a été considérée comme naturelle et sans rapport avec l'activité de la maladie [1]. La variation dans notre étude était seulement de 17 ± 10.

L'importance des PRO réside en le fait qu'ils participent à la classification de la maladie en maladie active ou en rémission [2]. L'utilisation de formulations différentes des PRO peut conduire à une différence de classification de la maladie, mais leur utilisation conformément à la formulation établie par les sociétés savantes (ACR/EULAR) ne faisait pas varier l'activité de la maladie [3].

Conclusion

Il existe une variation intra-individuelle naturelle des mesures subjectives d'évaluation (PRO), indépendamment de celle de l'activité de la maladie. L'absence de parallélisme entre ces deux paramètres suggère que la cible thérapeutique n'est pas uniquement atteinte par l'amélioration du DAS28 et qu'il faudrait davantage prendre en compte ces paramètres afin de les contrôler en même temps que la maladie.

Références

- 1) Egsmose, E. L., Carstensen, B., & Haaheim, O. B. (2015). DAS28-DRS Patient Global Assessment, Pain and Fatigue (DAS28-DRS-Pain and Fatigue) in Stable Disease Activity in Patients with Stable DAS28-DRS: Questioning the Role of These Patient-Reported Markers as Measures of Disease Activity in the Daily Clinic. *Annals of the Rheumatic Diseases*.
- 2) Ferrero, RJO, Dougados, M, Kirwan, J, Duarte, C, de Wit, M, Soubrier, M, Faizel, B, Kwan, TK, de Silva, MP, Stumm, J. et al (2017) Drivers of patient global assessment in patients with rheumatoid arthritis: are they close to remission? An analysis of 1588 patients. *Rheumatology (Oxford)* 56(9): 1570-1578.
- 3) Ferrero, R, J, O, Eugenio, G, Nikolic, M, Silva, C, Medeiros, C, Duarte, E, & de Silva, J. A. P. (2018) Influence of the different patient global assessment terminology on disease activity severity definition in rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*.

Influence de la biothérapie sur le profil lipidique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Khalifa D, El Amri N, Frigui M, Baccouche K, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR), une modification du bilan lipidique apparaît dès le début de la maladie avec un profil athérogène qui peut être modifié par les traitements de la PR notamment les biothérapies. L'objectif de cette étude était de déterminer l'influence des traitements biologiques sur le bilan lipidique au cours de la PR

Patients et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique des patients ayant une PR traitée par un traitement biologique dans le service de rhumatologie à l'hôpital Farhat Hached. La dyslipidémie était définie par un rapport cholestérol total (CT)/HDLc > 5mmol/l ou triglycéridémie (TG) > 1,7 mmol/l ou un taux de LDL-c > 3,5mmol/l.

Résultats :

79 patients étaient colligés. L'âge moyen des patients était 55,34. La durée moyenne de l'évolution était de 12,27 ans [6 mois- 29 ans]. Le bilan immunologique était positif dans 75,6% des cas. Le méthotrexate était prescrit dans 89,7% des cas, la Sulfasalazine dans 36,7% des cas et le Leflunomide dans 15,2% des cas. Les anti TNFα étaient prescrits dans 65,82% des cas. Les anti IL6 étaient prescrits dans 25,3% des cas.

Tableau 1: Evolution des paramètres lipidiques sous anti TNFα

	Après 6 mois	Après 12 mois
% d'élévation des TG	50%	50%
% d'élévation du CT	33,3%	33,3%
% d'élévation du LDLc	33,3%	33,3%
Rapport CT/HDLc	Normal	diminué

Tableau 2: Evolution des paramètres lipidiques sous anti IL6

	Avant le traitement	Après 6 mois	Après 12 mois
% d'élévation des TG	42,9%	60%	-
% d'élévation du CT	-	-	-
% d'élévation du LDLc	-	-	-
Rapport CT/HDLc	50%	20%	20%

Discussion :

Plusieurs études rapportent des modifications du bilan lipidique, apparaissant dès le début de la PR, avec un profil athérogène: une diminution du HDLc avec une augmentation de l'index athérogénicité. Tous les traitements biologiques peuvent perturber le bilan lipidique. Les anti TNFα donnent une perturbation de tous les paramètres lipidiques mais avec une baisse du marqueur d'athérogénicité (le rapport CT/HDL-c) qui pourrait expliquer la diminution du risque cardiovasculaire par cette classe thérapeutique. Les anti IL6 donnent une perturbation du bilan lipidique avec une stabilisation après 1 an de traitement.

Conclusion :

Une surveillance du bilan lipidique par le rhumatologue s'impose dans la PR et particulièrement chez les patients sous traitement biologiques.

Place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de la lombalgie commune

Zouaoui K , Mouhli N , Attia H, Moalla H, Rahali H, Ksibi I, Maaoui R.

Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

La lombalgie chronique présente de lourdes conséquences sur la société et sur l'individu. En effet il existe une véritable boucle de déconditionnement physique et psychosocial. L'éducation thérapeutique (ETP) constitue l'un des piliers de prise en charge en milieu de rééducation. Les objectifs de notre étude étaient d'étudier le retentissement fonctionnel et psychologique de la lombalgie chronique et d'évaluer l'effet d'un programme d'éducation thérapeutique sur ces différents paramètres.

Matériel et méthodes :

Étude comparative incluant les patients atteints de lombalgie chronique commune. Les patients étaient répartis en deux groupes : G1 et G2. Les 2 groupes avaient bénéficié du même programme de réadaptation à l'effort pendant 6 semaines. G2 avait suivi en parallèle des séances d'éducation thérapeutique (ETP). Les séances d'ETP étaient basées au début sur la projection de support multimédia avec explications simples de l'anatomie du rachis et la physiopathologie de la maladie. Des groupes de discussion ont été ensuite mis en place pour répondre aux questions des patients et corriger leur vision de leur maladie et de sa façon de prise en charge.

Tout les patients ont bénéficié de la même évaluation clinique et fonctionnelle initiale et finale à savoir:

- ❖ Un Examen statique et dynamique du rachis
- ❖ Un Examen neuro-musculaire
- ❖ L'intensité de la douleur (EVA: échelle visuelle analogique) au repos, à l'effort et sur le lieu du travail.
- ❖ La capacité fonctionnelle par l'Échelle d'Incapacité Fonctionnelle pour l'Évaluation des lombalgies EIFFEL (version française de Roland Disability Questionnaire)
- ❖ Une évaluation psychologique par le HAD score (hospital anxiety and depression scale)

Résultats :

Cent patients répartis en groupes de 50 étaient inclus. L'âge moyen était de 46,39 ans. Le sexe masculin était plus touché avec une fréquence de 76%. Les deux groupes ont montré une nette amélioration des paramètres d'extensibilité et d'endurance du tronc à la fin du programme.

Résultats fin des programmes	Groupe 1	Groupe 2	P
DO5 (cm)	14,98 (10,017)	14,48 (8,715)	0,001
Stabilité (cm)	3,80 (0,871)	3,58 (1,116)	1,191
DO7 (cm)	11,9 (7,575)	11,50 (8,081)	0,028
IP +	19,00 (3,523)	11,90 (8,096)	0,001
Stabilité(s)	49,05 (30,140)	55,01 (30,013)	0,001
Somme(S)	61,66 (29,032)	61,94 (28,951)	0,071

Paramètre	Debut programme	Fin du programme	P
EVA au repos	3,43 (2,444-4,017)	3,43 (2,444-4,017)	0,214
EVA à l'effort	2,10 (1,63+2,57)	2,10 (1,63+2,57)	0,029
EVA sur le lieu de travail	4,10 (3,15+5,05)	3,8 (2,85+4,75)	0,003

Paramètre	Debut programme	Fin du programme	P
EVA au repos	3,43 (2,444-4,017)	3,43 (2,444-4,017)	0,214
EVA à l'effort	4,10 (3,15+5,05)	3,8 (2,85+4,75)	0,004
EVA sur le lieu de travail	3,4 (2,45+4,35)	3,15 (2,2+4,1)	<0,001

Paramètre	Debut programme	Fin du programme	P
A l'effort fin du programme	4,84+1,71	3,32+1,11	0,001
Au travail fin du programme	4,84+1,71	2,52+1,01	0,001

Tableau 1: paramètres d'extensibilité et d'endurance du tronc

Tableau 2: Evaluation de la douleur

Paramètre	Debut programme	Fin du programme	P
Anxiété	4,10 (3,15+5,05)	4,10 (3,15+5,05)	0,175
Dépression	7,10 (6,15+8,05)	7,10 (6,15+8,05)	0,15

Paramètre	Debut programme	Fin du programme	P
Anxiété	7,10 (6,15+8,05)	5,96 (5,01+6,91)	0,001
Dépression	7,10 (6,15+8,05)	5,96 (5,01+6,91)	0,001

Tableau 3: Evaluation de l'anxiété et de la dépression

Le score de l'incapacité fonctionnelle évalué par l' EIFFEL s'est amélioré dans les deux groupes mais d'une façon plus significative pour G2 (P=0,003).

Discussion:

L'ETP est une approche thérapeutique récente centrée sur le patient. Ses modalités ont été bien déterminées par la haute autorité de santé (HAS). Dans la lombalgie chronique les programmes de réadaptation à l'effort ont montré de bon résultats à court terme mais un fléchissement du gain sur certains paramètres à moyen et long terme. Une perte a été notée essentiellement sur la douleur et sur les paramètres psychologiques. Une nouvelle méthode thérapeutique était donc nécessaire pour rompre le cercle vicieux de passage à la chronicité. Peu d'études ont été menées sur l'apport de l'ETP mais les résultats semblent prometteurs. Notre étude a montré le plus apporté par cette technique sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle et l'anxiété.

Conclusion:

L'intégration aux séances d'ETP serait intéressante dans la prise en charge de la lombalgie chronique.

Etude de l'association entre les facteurs de risque de la chronicité et la capacité fonctionnelle au cours de la lombalgie commune

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

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction :

La lombalgie commune est la maladie musculo-squelettique la plus répandue chez la population adulte, caractérisée par une déficience fonctionnelle et un risque de passage à la chronicité.

Notre objectif était d'évaluer l'impact des facteurs de risque de chronicité sur la capacité fonctionnelle chez les patients atteints de lombalgie commune.

Méthodes:

- Etude transversale portant sur 65 cas de lombalgie commune suivis à la consultation externe de rhumatologie
- Echelle numérique simple: évaluer la douleur
- Score d'Oswestry: la capacité fonctionnelle
- Les facteurs de risque de passage à la chronicité identifiés étaient:
 - ✓ Age avancé (≥ 65 ans)
 - ✓ Sexe féminin
 - ✓ Niveau socioéconomique et d'éducation bas
 - ✓ Antécédents personnels de dépression
 - ✓ Antécédents familiaux de lombalgie chronique
 - ✓ Douleur intense
 - ✓ Présence d'un sciatique associé

Résultats :

Nous avons inclus 42 hommes et 23 femmes

Age moyen de 58 ans \pm 11,2 ans.

La discopathie dégénérative (75%) et l'arthrose postérieure interapophysaire (34%) étaient les causes les plus fréquentes de la lombalgie.

Le score médian d'Oswestry était de 36,5%.

L'échelle numérique moyenne simple de la douleur était de 5,6.

Un statut socioéconomique bas ($p=0,001$), des antécédents personnels de dépression ($p=0,001$) et des antécédents familiaux de lombalgie chronique ($p=0,043$) étaient significativement associés à un score de Oswestry plus élevé

Conclusion:

Notre étude a montré que la présence d'un statut socio-économique bas, des antécédents personnels de dépression et des antécédents familiaux de lombalgie chronique était associée à une altération de la capacité fonctionnelle des patients suivis pour une lombalgie commune

Effet des ondes dynamiques profondes sur les rachialgies communes

Zouaoui K, Mouhli N, Moalla H, Attia H, Rahali H, Ksibi I, Maaoui R.

Service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

La rachialgie constitue un motif fréquent de consultation en médecine physique. La physiothérapie antalgique constitue l'un des piliers de prise en charge de la douleur en milieu de rééducation. Les objectifs de notre étude étaient d'étudier le retentissement des rachialgies sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie et d'évaluer l'effet des ondes dynamiques profondes sur ces différents paramètres.

Matériel et méthodes :

Étude prospective et comparative incluant les patients qui ont consulté pour une rachialgie commune. Tous les patients ont bénéficié de la même évaluation initiale et finale à savoir:

- ✓ Un Examen statique et dynamique du rachis
- ✓ Un Examen neuro-musculaire
- ✓ L'intensité de la douleur (EVA: Echelle visuelle analogique)
- ✓ La capacité fonctionnelle (ODI: version française de l'Oswestry Disability Index)
- ✓ la qualité de vie par la SF12

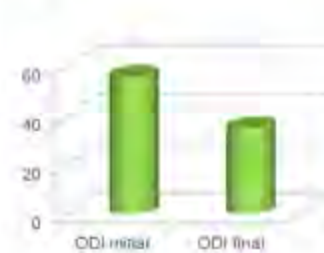
Tous ces paramètres étaient évalués avant et après 8 séances d'ondes dynamiques profondes (ODP) durant chacune 20min avec un rythme de 1jr/2.



Appareil d'ondes dynamiques profondes

Résultats :

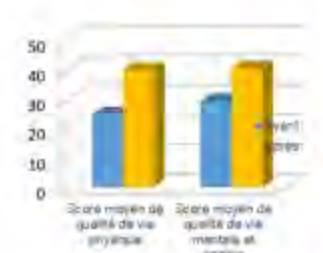
Vingt-six patients étaient inclus. L'âge moyen était de 42 ans. La lombalgie commune présentait le motif principal avec une fréquence de 92,3%. Les autres patients avaient une cervicalgie commune (7,7%). L'évaluation clinique avait objectivé un syndrome rachidien chez 19 patients et une rétraction des plans sous pelviens dans 96,15% des cas. L'EVA douleur initiale moyenne au repos et à l'effort était respectivement à 5,46/10 et 8,15/10. Le score d'handicap fonctionnel (ODI) initial moyen était de 55,6 %. Le score de qualité de vie physique initial moyen était à 24,64. Nos résultats sont en faveur d'une amélioration de ces différents paramètres après l'intégration aux séances d'ODP.



Evolution du score ODI



Evolution de l'EVA



Évolution de la qualité de vie après l'ODP

Discussion:

La thérapie par Ondes Dynamiques Profondes est une technique d'électrothérapie par ondes de moyennes fréquences associée à de la chaleur appliquée sur toute la zone du dos par le biais d'une natte de stimulation.

Elle combine une fréquence porteuse de stimulation entre 2000 et 6000 Hz avec une modulation en basse fréquence (2 à 100 Hz).

Quand ils sont combinés avec de la basse fréquence, les courants de moyenne fréquence sont mieux supportés et permettent d'exploiter aussi bien le fort recrutement, en profondeur, des fibres musculaires, tout en conservant un certain confort de stimulation. Elle associe le traitement de la douleur, le renforcement des fibres atrophiées, la décontraction musculaire de l'ensemble du dos, avec un ressenti proche du massage profond. Son efficacité repose à la fois sur le type d'ondes utilisées (de 2000 à 6 000 Hz) et sur leur mode d'application.

Conclusion

La rééducation du rachis par les ondes dynamiques profondes paraît être une thérapeutique non médicamenteuse, non invasive, efficace et sans effet secondaire permettant d'apporter une grande satisfaction au patient. Cette étude préliminaire a permis de montrer les effets bénéfiques sur la douleur et même sur la fonction et la qualité de vie des patients.



Peurs et Croyances du Personnel Paramédical sur la lombalgie

R Dhahri (1), S Miri (1), B Assidi (2), M Slouma(1), L Metoui(1), F Ajili(1), I Gharsallah(1), B Louzir(1)

(1)Service de medecine interne, hopital militaire, tunis, Tunisie

(2) étudiant infirmier à l'école de santé militaire

Introduction :

Les fausses craintes des patients et l'insatisfaction au travail sont des facteurs de risque de survenue et chronicisation de lombalgie. L'objectif de notre étude est d'évaluer les croyances du personnel paramédical en ce qui concerne les effets de l'activité physique et du travail sur leur lombalgie.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale incluant 77 personnels paramédicaux ayant des lombalgies. Le sondage était fait via un questionnaire en ligne : Le *Fear-avoidance beliefs questionnaire* FABQ qui est un questionnaire développé et validé. Il évalue 2 composantes : les craintes et croyances concernant les activités professionnelles : FABWORK (7 items, score de 0 à 42), et les croyances concernant les activités physiques : FABPHYS (4 item, score de 0 à 24).

Résultats :

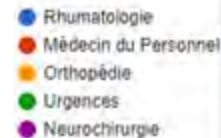
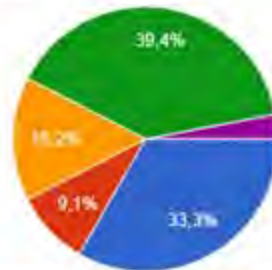
La population étudiée était composée de 44,2% d'étudiants en sciences infirmières, 42,9% d'infirmiers et 11,7% de techniciens. L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes allant de 22 à 52 ans. Une prédominance féminine était notée (53,1%).

Les lombalgies étaient

- aigues chez 57,8%
- subaigue chez 26,6%
- chronique chez 15,6%

81,8 % avaient des antécédents de lombalgies au cours de l'année précédente !

Mais seulement 28,6% ont consulté un médecin !



20,5% ont eu un congé de maladie → durée moyenne de 8 jours (extrêmes allant de 3 à 30 jours).

Les scores moyens des patients au FABQ = — 10,28 pour les activités physiques (FABQPA)
— 21.2 pour les activités professionnelles (FABQW)

Discussion:

Il n'existe actuellement aucune valeur permettant de définir ce qui constitue un score FABQ élevé. Crombez et al [1] suggèrent qu'un FABQPA > 15 (basé sur le score médian de la population étudiée) doit être considéré comme un score élevé mais cela nécessite une validation supplémentaire. Fritz et George [2] ont constaté qu'un FABQW > 34 permet d'identifier les patients à risque de ne pas retourner au travail quatre semaines après l'installation de lombalgies aiguës.

→ Notre étude montre donc un score élevé pour les activités professionnelles.

Conclusion :

Le rôle des craintes et croyances au cours du développement de la l'invalidité au cours des lombalgies a pris de l'importance ces dernières années. Il est important que ce facteur psychologique soit évalué. Le FABQ est une mesure fiable et valide mais plus de recherche est nécessaire pour établir des scores permettant d'identifier les patients à risque.

Bibliographie:

- [1] Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, Lysens R. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 1999 Mar 1; 80(1):329-39
- [2] George SZ, Fritz JM, Erhard RE. A comparison of fear-avoidance beliefs in patients with lumbar spine pain and cervical spine pain. *Spine*. 2001;26:2139-2145

Lipomatose épidurale : cause rare de radiculalgie par canal lombaire étroit : à propos de deux cas

Brahem M., Hachfi H., Jomaa O., Ben Hammouda S., Younes M.
Service de rhumatologie EPS Taher Sfar Mahdia

Introduction :

• La lipomatose épidurale est une affection rare caractérisée par une accumulation excessive de tissu adipeux non encapsulé dans l'espace épidural le plus souvent à l'étage lombaire.
• Elle est le plus souvent secondaire à une corticothérapie locale ou générale, mais parfois idiopathique que l'on rencontre chez des sujets volontiers obèses.

➢ Nous rapportons deux cas pris en charge pour tableau de lombo-radiculalgie dont l'exploration radiologique a mis en évidence une étroitesse canalaire par excès de graisse épidurale.

Cas 1 :

• Une patiente âgée de 79 ans, hypertendue non dyslipidémique
• **Clinique:** lombalgies évoluant depuis 3 ans, secondairement associées à une douleur radiculaire de type L5 bilatérale et de paresthésies dans le même territoire.
• Une évolution favorable était notée par traitement antalgique et anti-inflammatoire non stéroïdien.
• Depuis 1 an, apparition d'une lombosciatique S1 bilatérale d'horaires mécaniques avec des paresthésies et claudication radiculaires des deux membres avec un périmètre de marche à 200 mètres, sans déficit sensitivo-moteur ni troubles vésico-sphinctériens associés.
• Aucune prise de corticoïdes n'avait été retrouvée dans les antécédents.
• **L'examen physique:** bon état général, IMC = 29,17 (71 kg pour 1,56m), Lasèque à 70° de coté droit et 65° de coté gauche, l'indice de shober était à + 2 cm.
• Examen neurologique était normal.
• **Radiographie standard :** pincement discal L4-L5 et L5-S1 avec des signes indirects de canal lombaire étroit.
• **IRM:** (faite devant la résistance au traitement médical bien conduit): canal lombaire étroit par lipomatose épidurale avec bombement discal aux deux étages déjà cités.

Cas 2:

• Une patiente âgée de 68 ans non dyslipidémique et sans antécédents de prise de corticothérapie
• **Clinique:** lombosciatique L5 gauche évoluant depuis 1 an, rebelle au traitement médical bien conduit avec claudication radiculaire des membres inférieurs et un périmètre de marche limité à 100 mètres.

• **Examen physique:** obésité morbide avec un IMC à 45,9 Kg/m² (119 kg pour 1,61m), le rachis était souple avec Lasèque négatif en bilatéral sans déficit sensitivo-moteur ni troubles vésico-sphinctériens.

• **Radiographie standard:** pincement discal en L4-L5 et L5-S1.

• **IRM:** canal lombaire constitutionnellement étroit secondairement rétréci par lipomatose épidurale plus prononcée en L5-S1.

Conduite thérapeutique:

- abstention pour les infiltrations épidurales
- mesures hygiéno-diététiques
- antalgiques et I anti-inflammatoires

• **Evolution:** bonne amélioration clinique dans les deux cas.

Discussion :

□ La lipomatose épidurale : dépôt de graisse non encapsulée au sein de l'espace épidural rachidien.
□ Affection rare qui a été décrite pour la première fois en 1975 par Lee et al.
□ Soixante quinze pourcent des cas rapportés sont des adultes jeunes de sexe masculin.
□ La lombo-radiculalgie avec un caractère claudiquant associée à un examen neurologique normal est fréquemment rapportée du fait du rétrécissement canalaire.
□ L'association de la lipomatose épidurale à une surcharge pondérale a été fréquemment rapportée et l'obésité qui est incriminée comme une des causes de cette affection, représente environ 25% des cas rapportés.
□ Les facteurs étiologiques incriminés dans la lipomatose épidurale sont: l'obésité, la corticothérapie locale ou générale et l'alcoolisme. L'administration de corticoïde est l'étiologie la mieux documentée, cependant, dans certain cas la cause reste inconnue.
□ Le traitement chirurgical (laminectomie associée à l'exérèse de la graisse épidurale) est l'option thérapeutique choisie par plusieurs auteurs dès que le patient présente des signes de souffrance neurologique. Le traitement conservateur est indiqué en première intention chez les patients obèses. Il s'agit d'un régime alimentaire aboutissant à la perte de poids.

Conclusion :

La lipomatose épidurale est une affection rare qui entraîne généralement une étroitesse canalaire chez des patients obèses ou sous corticothérapie. Le traitement conservateur avec des mesures symptomatiques peuvent améliorer la radiculalgie et la claudication.

Les fractures vertébrales non ostéoporotiques

Ben Abla H, Habachi M, Ferjani H, Maatallah K, Ben Nassib D, Hamdi W, Riahi H, Kaffel DH, Bouaziz M, MM kchir

Service de rhumatologie, radiologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

Les fractures vertébrales (FV) sont un motif d'hospitalisation fréquent en rhumatologie et nécessitent une exploration à visée étiologique vu les complications qui peuvent en découler. Le but de ce travail est de décrire les différentes pathologies responsables de fracture vertébrale en dehors de l'ostéoporose.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective de (2009 à 2019) ayant colligé vingt patients hospitalisés au service de rhumatologie de l'Institut Mohamed Kassab. Les données sociodémographiques, cliniques biologiques et radiologiques ont été recueillies.

Résultats :

Vingt patients étaient retenus avec un âge moyen de 57,6 ans (22ans – 78ans). Il s'agit de 12 femmes et 8 hommes qui consultaient pour des rachialgies dont 13 mécaniques et 7 inflammatoires, associées à une altération de l'état général (4 cas), à une fièvre (3 cas) à des douleurs osseuses diffuses (4 cas), à une radicalgies (2 cas), et à des signes de compression médullaire (3 cas).

Les radiographies standards montraient 12 tassements cunéiformes, 5 biconcaves et 3 en galette, un recul du mur postérieur était associé dans 4 cas.

Le siège de la FV était multiple dans 11 cas, unique dans 9 cas dont 5 présentaient au moins une fracture au-dessus de D4. Sur le plan biologique, 10 patients avaient une perturbation du bilan phosphocalcique (hypocalcémie 8, hyperca 3, hypophosphorémie 7, élévation des PAL 9 cas faible taux de vitamine D 10 cas), quatre patients avaient un pic monoclonal et une hypogammaglobulinémie était notée chez 2 patients. Le syndrome inflammatoire biologique était présent dans 8 cas. La PSA était élevée chez un seul patient.

L'enquête étiologique avait abouti à une ostéomalacie par hypovitaminose D dans 8 cas, à une maladie de Paget (2 cas), post-traumatique (L5) 1 cas et spondylodiscite à germe banal (1 cas)

Une ostéopathie maligne était en cause dans 11 cas : un myélome multiple dans 8 cas (dont 4 présentaient un pic un était non sécrétant et découvert à la BOM et 2 à chaîne légère, une métastase osseuse 3 cas (secondaire à un cancer du sein (2 patientes) et de prostate dans 1 cas

Discussions :

La fracture vertébrale signe une fragilité de la structure osseuse qui peut être une complication de plusieurs pathologies métaboliques, tumorales, infectieuses ou inflammatoires en dehors de l'ostéoporose qui doit être un diagnostic d'élimination dans des contextes particuliers [1]. Les ostéopathies raréfiantes et en particulier l'ostéomalacie constitue une cause non négligeable dont le traitement précoce prévient efficacement cette complication [2]. Dans notre pays c'est l'hypovitaminose D qui en est responsable [3]. Dans les pathologies malignes le myélome multiple reste la pathologie qui se complique le plus par des fractures vertébrales en effet 70% de myélome présentent au moins une fracture vertébrale [4].

Conclusion :

Les fractures non ostéoporotiques peuvent avoir des expressions cliniques banales mais conditionnent le pronostic fonctionnel voire vital dans le cas de compression médullaire.

Le clinicien doit mener une enquête minutieuse vu la gravité des étiologies et l'importance de la précocité de prise en charge.

Références :

- [1]. Vertebral fracture assessment: Enhancing the diagnosis, prevention, and treatment of osteoporosis
- [2]. The Vertebral Fracture Cascade: Etiology and Clinical Implications
- [3]. Vitamin D in the Middle East and North Africa
- [4]. Radiographic progression of vertebral fractures in patients with multiple myeloma

La fonction musculaire est-elle différente chez les patients avec et sans fracture vertébrale ?

C.Daldoul, N.El Amri, A.Kalai, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

L'évaluation de la sarcopénie revêt de nos jours une importance croissante étant donné le vieillissement de la population mondiale. Cette diminution de la fonction musculaire semble être responsable de la survenue de fractures de fragilité notamment celles vertébrales.

L'objectif de notre travail était d'évaluer l'association entre la baisse de la fonction musculaire et les fractures vertébrales de fragilité.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, s'étalant sur une période de 5 mois (d'Aout 2018 à décembre 2018). Notre étude a inclus des femmes post-ménopausiques qui ont été référées par leurs médecins traitants pour mesure de la DMO. Les données cliniques, anthropométriques ont été relevées. La fonction musculaire a été évaluée par le Timed Up and Go test (TUG) et le test d'appui monopodal. Le test d'appui monopodal a été considéré anormal s'il est inférieur à 5 secondes. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée au niveau du site fémoral et vertébral par DEXA. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le dépistage des fractures vertébrales (FV) a été réalisé par VFA (Vertebral Fracture Assessment) de T4 à L4. L'évaluation a été effectuée selon la méthode semi-quantitative de Genant. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats:

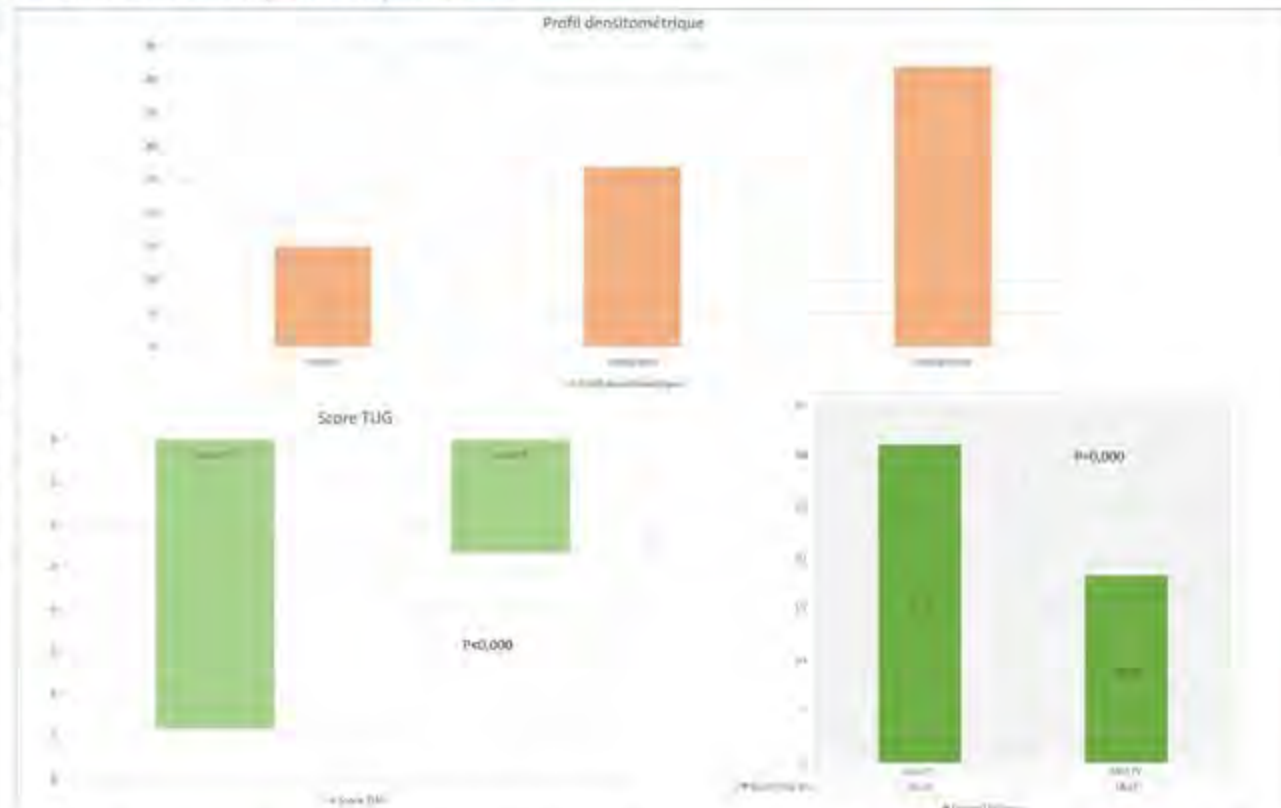
84 patientes.

L'âge moyen était de 62.29 ± 8.27 ans.

L'indice de masse corporelle était de 31.45 kg/m^2 [18.18-44.38].

La DMO vertébrale moyenne était de 0.954 g.cm^{-3} [0.558-1.650].

La DMO fémorale moyenne était de 0.796 g.cm^{-3} [0.550-1.062].



Pas de différence significative pour l'âge ou pour l'IMC n'a été retrouvée en comparant les patientes avec et sans fracture vertébrale.

Un test d'appui monopodal anormal a été significativement plus fréquent chez le groupe des patientes ayant une fracture vertébrale ($p=0.008$).

Conclusion :

Les fractures vertébrales ont été fréquemment retrouvées chez les patientes présentant une altération de la fonction musculaire.

Sciatiques secondaires : Etiologies méconnues !

EL Achek MA, Baccouche K, Farhat A, El Amri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La sciatalgie peut être d'origine commune comme elle peut révéler une affection sous-jacente grave, on parle donc de sciaticque symptomatique. Nous proposons d'étudier le profil épidémiologique, clinico-biologique et étiologique des sciaticques secondaires vues à notre service et d'insister sur des affections rares et souvent méconnues pouvant en être une cause.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective de 48 observations colligées au service de Rhumatologie Farhat Hached de Sousse durant une période allant de 2001 à 2018.

Résultats :

Nous avons étudié 48 patients d'âge moyen 57,6 ans [20-88 ans]. Le sex-ratio H/F était de 2,42. La médiane de la durée d'évolution des symptômes était de 5,23 mois. Les sciaticques étaient de trajet L5 (35,5 %), S1 (14,5 %) et mal systématisées (50%). La douleur était bilatérale dans 41,66 % des cas avec une EVA douleur moyenne de 6,62/10. Un déficit moteur était présent chez 10,4 % des patients avec un syndrome rachidien et un signe de Lasègue positif dans 29,16 % des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était retrouvé dans la quasi-totalité des cas avec une VS moyenne de 68,27/H1 et une CRP moyenne de 44,05 mg/l. Une hypercalcémie était présente chez 4 patients. Ces sciaticques étaient apparues chez 13 patients qui avaient déjà une néoplasie évolutive. On a eu recours à une IRM dans 64,5 % des cas qui avait mis en évidence une épидурite dans 8 cas, à une TDM lombaire (35,4 %), à une TDM TAP (33,3 %), à une scintigraphie osseuse (39,6 %) et à une biopsie (20,8 %).

Sur le plan étiologique, les métastases osseuses occupaient la première place (56,2 %) dont le primitif était la prostate dans 33,3%, le poumon (14,8 %), la vessie, le sein et le cavum (2 cas chacun), LMNH (1 cas), un sarcome d'Ewing et le col utérin (1 cas chacun), le primitif était indéterminé dans 2 cas puis les spondylodiscites infectieuses (14,6 %) dont 1 cas d'hydatidose vertébrale et le myélome multiple chez 4 patients.

Autre que l'origine métastatique et infectieuse, on avait trouvé un cas de plasmocytome solitaire du sacrum, un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale partiellement thrombosé, un cas de SPA, deux patients avec une tumeur nerveuse du cône terminal (un épendymome et un neurinome), deux cas de tumeur des parties molles compressive au niveau du bassin et un cas de tumeur osseuse primitive bénigne (Angiome vertébral).

Discussion :

Les éléments cliniques de sciaticque atypique, dont l'horaire inflammatoire des douleurs, doivent orienter vers le caractère symptomatique de la radiculaire. De plus, un premier épisode après 50 ans et un antécédent carcinologique font suspecter une métastase osseuse. L'absence de syndrome rachidien oriente vers une cause extrarachidienne de la sciaticque, notamment une localisation tumorale pelvienne.

Conclusion :

Nous avons rapporté des cas d'étiologies rares de cette affection et insistons sur l'intérêt, devant une exploration rachidienne négative, de rechercher les autres causes de compression du nerf sciaticque le long de son trajet extra rachidien, abdominal et pelvien.

NEURALGIE CERVICOBRACHIALE REVELANT UN SCHWANNOME

Amal Hariz(1), Samar Ben Jemaa (1), Zeineb Zarrouk (1), Hela Fourati (1), Yosr Hentati(2), Rim Akrou(1)
Mariem Ezzedine(1), Mohamed Hedi Kallel(1), Zeineb Mnif(2), Sofien Baklouti(1)

(1)Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax, (2)Service de Radiologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

Le schwannome est une tumeur nerveuse bénigne développée à partir des cellules de Schwann. Le Schwannome rachidien se développe à partir d'une racine dans le canal du rachis. Son évolution est lente.

Observation :

Un homme âgé de 55 ans, enseignant, diabétique sous ADO, consulte pour névralgie cervicobrachiale gauche d'irradiation C8 d'horaire mécanique avec impotence fonctionnelle. L'examen montre un patient apyrétique en bon état général, un rachis cervical raide avec limitation de la rotation et de l'inclinaison du côté gauche. L'examen neurologique montre une abolition du réflexe cubitopronateur gauche, une parésie des interosseux dorsaux et palmaires, une faiblesse des fléchisseurs du pouce, du poignet et des 4^{ème} et 5^{ème} doigts du côté gauche.

À la biologie : CRP= 2 mg/l et VS = 13 mm à H1.

À la radiologie : Rectitude du rachis cervical, un ostéophyte antérieur au niveau C5. Le scanner cervical montre une hernie discale paramédiane et foraminale droite en C6-C7. Vu la discordance clinico-radiologique, on a complété par un EMG qui montre une atteinte de la racine C8. On a complété par une IRM du rachis cervical (Fig1) qui montre un processus expansif intracanalair étendu de l'étage C5 jusqu'au niveau du corps de D2 mesurant 11x9mm dans le plan axial étendu sur 68 mm de hauteur comprimant la moelle cervicale en avant et à droite et infiltrant les foramens de conjugaison C6 et C7 gauches évoquant un schwannome. Le patient est adressé au service de neurochirurgie pour une éventuelle exérèse chirurgicale.



Fig1: IRM du rachis cervical montrant un processus expansif intracanalair étendu de l'étage C5 jusqu'au niveau du corps de D2 mesurant 11x9mm dans le plan axial étendu sur 68 mm de hauteur

Discussion:

1. Épidémiologie:

- *Un quart des schwannomes de l'organisme sont situés au niveau cervico-facial.
- *L'âge moyen est de 40 ans.
- *Le délai moyen de consultation est de 4 ans.
- *Il s'agit d'une tumeur à localisation intradural, intra et extradural ou purement extradural.
- *La symptomatologie dépend de la localisation tumorale.

2. Les circonstances de découverte :

- *Découverte fortuite.
- *Douleur insomniantes révélatrices.

3. Examens complémentaires:

Imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de poser le diagnostic et de guider la thérapeutique.

4. Traitement:

La chirurgie constitue le traitement de première intention du schwannome rachidien. Son but est l'ablation totale de la tumeur permettant ainsi de lever la compression et d'avoir une preuve anatomopathologique. Elle est curative en cas d'une tumeur bénigne. En cas de schwannome malin une radiothérapie externe postopératoire est indiquée à la dose de 30Gray. Aucune récurrence n'est notée.

Conclusion:

Le schwannome est une tumeur rare, de localisations multiples. Bien qu'il existe le risque de dégénérescence l'évolution postopératoire est généralement favorable en cas de diagnostic et de prise en charge précoces.

Bibliographie:

W.Abid, O.Ben gamra, W.Eleuch, B.Gassab, I.Hariga, C.Mbarek. Les schwannomes cervicaux faciaux. Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale 2014;131.

Étude immunogénétiques du gène LDL-R-related protein 5 dans la Spondylarthrite Ankylosante chez la population Algérienne

S.Benzait(1), R.Allat(2), R.Raache(1), H.Djoudi(2), N.Attal(1), H.Amroun(1)

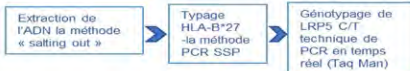
Laboratoire d'Immunogénétique et Transplantation, département d'Immunologie, Institut Pasteur d'Algérie, Alger, Algérie (1)
Service de rhumatologie, CHU de Douera, Alger, Algérie (2)

Introduction :

La spondylarthrite Ankylosante (SA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche principalement l'adulte jeune, cette pathologie est caractérisé par un déséquilibre de la balance d'ostéomodulation. Ce déséquilibre se traduit par une ostéoformation, la SA est aussi très souvent associée à une ostéoporose, conduisant à un risque très élevé de fractures.

Patients et méthodes :

Notre cohorte comporte 102 patients avec un sexe ratio de 2,8 et une moyenne d'âge de 36±11 ans, tant dis que la population témoin se compose de 153 avec un sexe ratio de 1,11 et une moyenne d'âge de 40±14,



Résultats :

caractéristiques	Patients N=102
Age (M±SD)	36±11
Sex Ratio	3H:1F
Début juvénile n (%)	28 (27,45)
Forme axiale n (%)	51 (50)
Forme périphériques n (%)	6 (5,88)
Forme mixte n (%)	28 (27,45)
Forme coxite n (%)	53 (51,96)
Forme Entérocolopathie n (%)	8 (7,84%)

Tableau 1:
caractéristiques
démographiques et
cliniques des patients

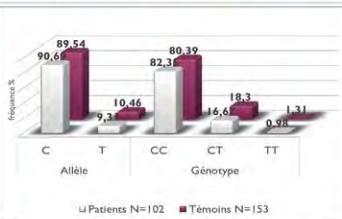


Figure 1:Fréquences allélique et génotypique du polymorphisme LRP5 C/T chez les patients/témoins.

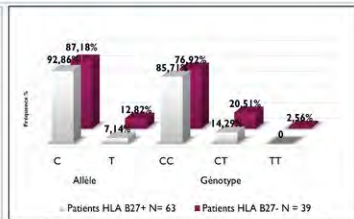


Figure 2:résultats de la corrélation entre le polymorphisme LRP5 et HLA B27

Allèle/Génotype		forme périphérique N=6	témoins N=153	P	Pc	OR IC:95%
Allèle	C	9(75%)	274(89,54%)	0,134	0,046	0,35
T	3(25%)	32(10,46%)	0,134	0,046	2,89	
Génotype	CC	3(50%)	123(80,39%)	0,104	0,037	0,24
CT	3(50%)	28(18,3%)	0,089	0,029	4,46	
TT	0	2(1,31%)	1	0,126	0	

Tableau 2:Fréquences allélique et génotypique du gène LRP5 C/T chez les Patients de la forme périphérique et les témoins.

Conclusion :

Notre travail ouvre la voie à de nombreuses perspectives visant à approfondir la compréhension des bases génétiques complexes existantes dans la spondylarthrite ankylosante. Une investigation plus approfondie concernant le gène de l'LRP5 est nécessaire afin de confirmer les résultats préliminaires obtenus.

Évaluation des troubles statiques du pied au cours de la Spondyloarthrite

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

Service de Rhumatologie, Institut MT Kassab d'orthopédie, Manoubia, Tunisie

Introduction :

Peu d'études se sont intéressées aux troubles statiques du pied chez les patients atteints de spondyloarthrite (SpA).

Le but de cette étude était d'évaluer les troubles statiques du pied chez les patients atteints de SpA et d'évaluer les facteurs associés à ces troubles.

Méthodes :

- Etude transversale prospective sur une période de 10 mois
- 50 patients (29 hommes) atteints de SpA répondant aux critères de l'Assessment of SpondyloArthritis International Society ont été inclus
- Les patients atteints d'autres maladies chroniques pouvant avoir un impact sur la statique des pieds n'ont pas été inclus
- Une anamnèse, un examen clinique et podoscopique ont été effectués pour chaque patient

Résultats :

- L'âge moyen des patients était de $42,6 \pm 11,09$ ans [20 -79].
- La durée moyenne de la SpA était de $12,4 \pm 9,71$ ans [2-46].
- La SpA était axiale chez 17 patients (34%) et axiale et périphérique chez 29 patients (58%).
- Le BASDAI moyen était de $4,4 \pm 2,2$ et L'ASDASVS moyen était de $3 \pm 1,1$.
- Le BASFI moyen était de $4,5 \pm 2,8$.

- La moitié des patients ont rapporté une talalgie (30%) ou une métatarsalgie (20%) à l'interrogatoire.
- Le type de pied le plus fréquent retrouvé était le pied égyptien chez 31 patients (62%).
- 11 patients (22%) présentaient au moins une limitation de l'amplitude de mouvement des pieds.
- Vingt-neuf patients (58%) présentaient des déformations articulaires à type:
 - Orteils en griffe (16, 32%)
 - Hallux valgus (10, 20%)
 - Hallux rigidus (2, 4%)
 - Quintus varus (1, 2%)
- Des anomalies cutanées des pieds ont été observées chez 31 patients (62%)
- Une anomalie de l'arrière-pied a été constatée chez 47 patients (94%) à type de valgus (82%) ou de varus (12%).
- Un pied creux a été observé chez 21 patients (42%) et un pied plat chez 11 patients (22%).
- Les troubles statiques du pied étaient plus fréquents dans la SpA périphérique ($p = 0,041$). Les patients atteints de troubles statiques des pieds avaient un âge avancé du début de la maladie ($p = 0,016$), une maladie plus ancienne ($p = 0,050$) avec des déformations de la colonne vertébrale ($p = 0,001$).

Conclusion:

Dans notre étude, les troubles statiques des pieds étaient fréquentes chez les patients atteints de SpA. Ces atteintes étaient associées à l'apparition tardive de la maladie et à des déformations de la colonne vertébrale.

Etude de l'association entre les troubles statiques du pied et les paramètres cliniques de la Spondyloarthrite

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

Service de Rhumatologie, Institut MT Kassar d'orthopédie, Manouba, Tunisie

Introduction :

L'examen des pieds est une étape nécessaire au diagnostic et à la surveillance de la Spondyloarthrite (SpA).

Le but de cette étude était d'évaluer l'association entre les troubles statiques du pied et les paramètres cliniques de la SpA.

Méthodes :

- Etude transversale prospective menée sur une période de 10 mois
- 50 patients atteints de SpA répondant aux critères l'Assessment of SpondyloArthritis International Society ont été inclus.
- Une anamnèse, un examen clinique et podoscopique ont été effectués pour chaque patient.

Résultats:

Nous avons inclus 29 hommes (58%) et 21 femmes (42%).

Age moyen de $42,6 \pm 11,09$ ans [20 -79].

La durée moyenne de la SpA était de $12,4 \pm 9,71$ ans [2-46].

La SpA était axiale chez 17 patients (34%) et axiale et périphérique chez 29 patients (58%).

Le BASDAI moyen était de $4,4 \pm 2,2$.

L'ASDAS moyen était de $3 \pm 1,1$.

Le BASFI moyen était de $4,5 \pm 2,8$

L'ASQoL moyen était de $8,9 \pm 2,3$

Le BASMI moyen était de $3,4 \pm 2,3$

Le MASES moyen était de $0,6 \pm 1,7$ et le SPARCC moyen était de $0,7 \pm 2$

- La moitié des patients ont rapporté la notion de talalgie (30%) ou de métatarsalgie (20%) à l'examen clinique.
- Une anomalie de l'arrière pied a été constatée chez 47 patients (94%), à type de valgus (82%) ou de varus (12%).
- Un pied creux a été observé chez 21 patients (42%) et un pied à plat chez 11 patients (22%).
- La présence d'anomalies de l'arrière pied (type varus ou valgus) était associée à une raideur matinale plus longue ($p = 0,050$), une NAD plus élevée ($p = 0,048$), un ASDAS et un ASQoL plus élevés ($p = 0,008$, $p = 0,050$ respectivement).
- La présence d'anomalies des empreintes de pied (pied creux ou plat) était significativement associée à une raideur matinale plus longue ($p = 0,033$) et à une ASDAS plus élevé ($p = 0,050$).

Conclusion:

Nous avons conclu que les troubles statiques des pieds étaient associés à une SpA plus active et à une qualité de vie altérée. Ainsi, le dépistage et la correction de ces troubles pourraient contribuer à un meilleur contrôle de la maladie.

Corrélation entre le taux de la vitamine D et l'activité des Spondyloarthrites

R Tekaya, W Triki, K Bouzid *, I Jemali, A Ben Tekaya, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle Tunis

* Service de biochimie, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

La vitamine D est une hormone clé dans le métabolisme phosphocalcique et dans la minéralisation osseuse. Plusieurs études ont montré que le déficit en vitamine joue un rôle dans la physiopathologie des rhumatismes inflammatoires chroniques. L'objectif de cette étude était de rechercher une corrélation entre le taux circulant de vitamine 25(OH) D3 et les paramètres d'activité de la Spondyloarthrite (SPA).

Matériels et méthodes:

Etude transversale

Patients atteints de SPA (critères de l'ASAS)

Service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle sur une période de 7 mois.

Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques ont été relevées.

L'activité de la maladie était évaluée par le BASDAI et l'ASDAS-crp.

Le retentissement fonctionnel a été évalué par BASFI.

Le dosage de la 25 OH-vitamine D a été réalisé par chimiluminescence (CMIA) sur automate ARCHITECT ci8200 (Abbott).

	25(OH)D	
	ng/ml (=µg/l)*	nmol/l
Taux normal	≥ 30	> 75
Insuffisance en vitamine D	21-29	52,5-75
Carence en vitamine D	≤ 20	< 50

Résultats:

Tableau I: Caractéristiques des patients

Paramètres	
Age (ans)	43,55±12,26 [26-74]
Sex ratio	2
Durée moyenne d'évolution de la SPA (ans)	13,45±8,70 [3-38]
Score moyen ASDAScrp	2,57±0,97 [0,85-4,37]
BASDAI	5,55±3,21 [0-10]
BASDAI>4	65%



Figure 1: Répartition des patients selon l'activité de la SPA

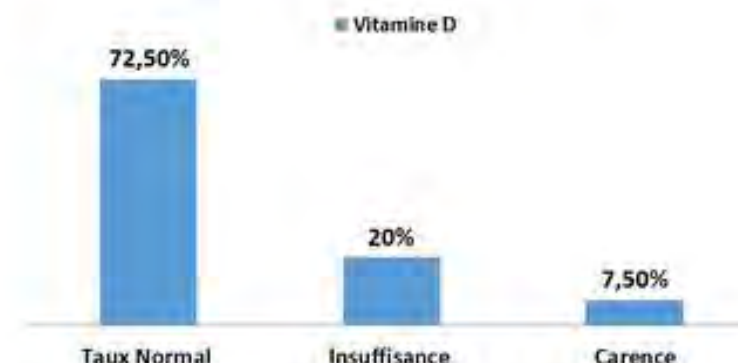


Figure 2: Répartition des patients selon le taux de la vitamine D

L'activité de la SPA évaluée par les scores BASDAI et ASDAS- CRP n'était pas statistiquement corrélée avec le taux de vitamine D ($r=-0,01$, $p=0,93$ et $p=0,96$ respectivement). De plus, le déficit en vitamine D n'était pas particulièrement associé avec une maladie plus active, qu'elle soit évaluée par le BASDAI ($p=0,95$) ou par l'ASDAS- CRP ($p=0,26$).

Conclusion:

Le rôle de la vitamine D dans la SPA reste encore indéfini. Un déficit en 25(OH) vitD3 est fréquent chez les patients suivis pour SPA. Toutefois aucune corrélation n'a été retrouvée entre les paramètres d'activité et le taux circulant de cette vitamine.

Effet de l'association du méthotrexate sur l'immunogénicité des anti TNF alpha au cours des spondyloarthrites

Bouden S, Laadhar L, Ayadi I, Kallel Sellami M
Service d'Immunologie, Hôpital La Rabta, Tunisie

Introduction :

Les disease modifying anti rheumatic drugs (DMARDs) en général, et le méthotrexate en particulier, ont été reconnus comme des outils diminuant l'immunogénicité des anti TNF alpha au cours de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, ce rôle protecteur est moins bien élucidé au cours des spondyloarthrites (SpA).

Matériels et Méthodes:

- Une étude multicentrique a été menée entre 2015 et 2018, incluant les patients atteints de SpA et traités par Infliximab (IFX) ou Adalimumab (ADA).
- Le dosage des anti drug antibodies (ADAb) a été effectué par la méthode ELISA.
- La valeur de p était considérée positive inférieure à 0,05.

Résultats:

- Trente-trois patients ont été inclus dont 27 hommes et 6 femmes.
- L'âge moyen était de 42,88 ans \pm 8,71.
- Il s'agissait de spondylarthrite ankylosante dans 60% des cas, rhumatisme psoriasique dans 13% des cas et de spondyloarthrite associée à une maladie de crohn dans 27% des cas.
- Quatorze étaient traités par Infliximab (42%) et 19 par Adalimumab (58%).
- Le MTX était prescrit en association chez 7 patients (21%). Les ADAb étaient positifs chez 13 patients (39%).
- Aucune différence significative quant à la formation d'ADAb n'a été notée entre les patients sous MTX et ceux sans MTX ($p=0,833$).

Discussion

Maini et al. étaient les premiers à avoir étudié le rôle du MTX dans la réduction de l'immunogénicité de l'IFX dans la PR. Ils avaient inclus 101 patients recevant 1mg/kg ou 3mg/kg ou 10mg/kg d'INF, et avaient retrouvé que l'association de 7,5 mg/semaine de MTX réduisait la formation d'ADAb de respectivement 53%, 21% et 7% [1]. Bartelds et al. ont retrouvé des données similaires pour l'ADA dans la PR, où les patients recevant le MTX en association avaient développé moins d'ADAb que les patients recevant l'ADA en monothérapie (12% versus 38%) [2].

Le mécanisme exact derrière la réduction de l'immunogénicité par les immunomodulateurs reste mal élucidé. En effet, il est bien connu que les immunomodulateurs interfèrent avec la réponse immunitaire, pouvant induire la diminution de la production d'anticorps [3]. Dans le cas du MTX, l'une des hypothèses émises est que sa polyglutamation agirait sur l'aminimidazole carboxamide ribonucléotide transformylase (AICAR) et réduirait la synthèse des purines et l'expansion des lymphocytes T [3].

Conclusion:

Le MTX diminueraient la formation d'ADAb en interférant avec la réponse immunitaire. Cette hypothèse n'a pas été confirmée dans notre série.

Références:

1. Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Davis D, Macfarlane JD, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1998;41:1552-63.
2. Bartelds GM, Wijnbrandts CA, Nurmohamed MT, Stapel S, Lems WF, Aarden L, et al. Clinical response to adalimumab: relationship to anti-adalimumab antibodies and serum adalimumab concentrations in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:921-6.
3. Dervieux T, Weinblatt ME, Kivitz A, Kremer JM. Methotrexate polyglutamation in relation to infliximab pharmacokinetics in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:908-10.

Le taux de vitamine D affecte-t-il la qualité de vie des malades atteints de spondyloarthrite ankylosante ?

W Triki, R Tekaya, K Bouzid *, A Ben Tekaya, I Jemmali, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula

Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle, Tunis

* Service de biochimie, Hôpital Charles Nicolle Tunis

Introduction :

Les avis sont divergents quant à l'existence d'un lien entre le déficit en vitamine D et l'altération de la qualité de vie au cours des maladies inflammatoires.

L'objectif de ce travail était d'étudier la relation entre le taux de la vitamine D et la qualité de vie chez les patients atteints de spondyloarthrite (SPA).

Matériels et méthodes :

Etude transversale

Patients atteints de SPA, colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicolle sur une période de 7 mois entre Avril et Octobre 2016.

Les données sociodémographiques, cliniques, biologiques et les scores d'activité de la maladie ont été relevés.

La qualité de vie était évaluée par 2 scores différents : **HAQ** et **ASQOL**.

La carence en vitamine D a été définie par un taux inférieur à 10ng/ml, un taux insuffisant défini pour un taux compris entre 10 et 30 ng/ml et un taux supérieur à 30 ng/ml était considéré comme un taux normal ou suffisant.

Une étude statistique a été réalisée.

Résultats :

Tableau I: caractéristiques des patients

Paramètres	
Age (ans)	43,55±12,26 [26-74]
Sex ratio	2
Durée moyenne d'évolution de la SPA (ans)	13,45±8,70 [3-38]
Score moyen ASDAScrp	2,57±0,97 [0,85-4,37]
BASDAI	5,55±3,21 [0-10]
HAQ moyen	0,96±0,7
ASQOL moyen	9,03±6,11

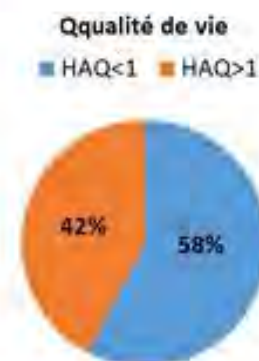


Figure 1 : Répartition des patients selon la qualité de vie par le score HAQ



Figure 2 : Répartition des patients selon le taux de vitamine D

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le taux de vitamine D et les scores évaluant la qualité de vie notamment l'ASQOL ($r=-0.006$, $p=0,97$) et le HAQ ($r=-0.07$, $p=0,66$).

En étudiant l'influence de la vitamine D sur la qualité de vie, on a noté que le déficit en vitamine D n'avait pas d'impact sur la qualité de vie, puisque aucune association n'a été mise en évidence entre le score HAQ et un taux bas de vitamine D d'une part ($p=0,15$), et le score ASQOL d'autre part ($p=0,08$).

Conclusion:

D'après ce travail, le statut en vitamine D ne semble pas avoir d'impact sur la qualité de vie des patients atteints de SPA. Des études à plus larges effectifs seraient contributives afin de mieux explorer cette relation.

Les peurs et les croyances des patients atteints de spondyloarthrite influencent-elles l'observance des anti-TNF ? ?

W Triki, K Maatallah, D Kaffel, H Ferjani, W Hamdi, MM Kchir

Service de Rhumatologie, Institut Monamed Kassarh d'orthopédie, Manouba

Introduction :

Différentes idées et croyances concernant les risques associés à l'utilisation d'un traitement peuvent être exprimées par les patients.

But: évaluer l'impact des peurs et des croyances sur l'observance thérapeutique des anti TNF α au cours de la Spondyloarthrite (SpA).

Matériel et méthodes:

Etude transversale

Patients SpA (ASAS 2009) et sous anti-TNF α depuis au moins 3 mois.

Le questionnaire utilisé pour évaluer les peurs et les croyances: **le BMQ spécifique** (Belief in Medication Questionnaire) constitué de 2 volets :

- ✓ le 1^{er} volet: 5 questions liées à la nécessité du traitement
- ✓ le 2^{ème} volet :5 questions sur les préoccupations en rapport avec la prescription.

Chacun des volets est constitué de 5 échelles graduées de 1 (désaccord fort) à 5 (accord fort). Le BMQ spécifique est donc rendu sous la forme de deux scores allant de 5 à 25.

L'observance thérapeutique des anti TNF alpha a été évaluée à l'aide d'un questionnaire pré établi. Un patient était considéré non observant s'il avait manqué une dose ou décalait une dose de plus de 50% du temps prévu.

Résultats:

Nous avons colligé 26 patients.

Tableau I: Caractéristiques des patients

Caractéristiques des patients	
Age moyen (année)	45,4±11,38
Sex ratio	2,25
Durée moyenne de la SPA (année)	9,7±7
Durée moyenne de prise de biothérapie (année)	2,6±1,8

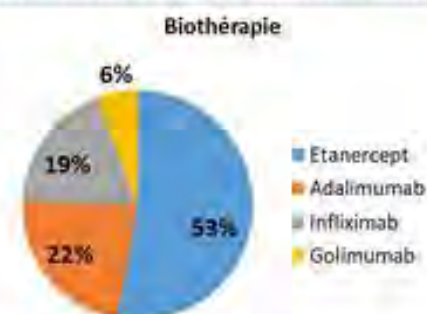


Figure1: Répartition des patients selon les anti TNF alpha



Figure 2: Répartition des patients selon leur Jugement: nécessité/ préoccupation

Il y avait une association significative entre les fortes préoccupations des patients et la forte activité de leur maladie ($p = 0,04$).

Une bonne observance était notée chez 84,6% des patients.

Il n'y avait pas relation statistiquement liée entre l'observance thérapeutique et le score de nécessité ($p=0,09$). De même il n'y avait pas de lien significatif entre la non-observance et le score de préoccupations ($p=0,9$).

Discussion:

Le lien entre l'adhésion et les représentations négatives des patients envers leur traitement a déjà été évoqué chez les patients atteints de PR [1]. Par le biais du BMQ, Neame et al. ont évalué le rapport entre le ressenti du patient à propos de la prise de ses médicaments prescrits comme une nécessité pour contrôler sa maladie, et ses préoccupations vis à vis des effets indésirables potentiels. Une corrélation significative entre l'adhésion et ce rapport a été mise en évidence, ce qui n'a pas été le cas dans notre étude.

Conclusion:

La majorité de nos patients avaient de fortes croyances en les anti TNF alpha, et peu de préoccupations quant à leurs effets indésirables au long cours. De plus la majorité de nos patients avaient une bonne observance thérapeutique. Nous n'avons pas pu démontrer un lien statistiquement significatif entre les peurs et les croyances et l'observance thérapeutique. D'autres études à plus large effectif sont nécessaires.

Les comorbidités au cours de la spondyloarthrite

N.Siar¹, N. Akasbi¹, El kinany K², G.Hilal¹, T. Harzy¹

1- Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

2- Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

Les comorbidités sont des affections associées à la spondyloarthrite (SpA). Le mécanisme de cette association peut être lié à la SpA elle-même, aux effets des différents traitements utilisés, ou l'apanage de la simple coïncidence. Ces comorbidités sont responsables d'une invalidité et d'une mortalité surajoutée.

Le but de ce travail est de déterminer la prévalence et le type des comorbidités chez les patients atteints de SpA ainsi que d'identifier les facteurs associés à leur présence.

Matériels et méthodes

Étude transversale réalisée entre Janvier 2012 et Mars 2019 chez les patients atteints de SpA répondant aux critères ASAS. Nous avons comparé deux groupes de patients : un groupe spondyloarthrite avec comorbidités et un deuxième groupe spondyloarthrite sans comorbidités.

Résultats :

344 patients inclus, dont 185 femmes (53.8 %) et 159 hommes (46.2 %). L'âge moyen était de 41,99 ± 13,65 ans [16-81], la durée moyenne d'évolution de la maladie était de 7,97 ± 6,62 ans. Le BASDI moyen était de 4 ± 1,55 et le BASFI moyen de 4,05 ± 2,05.

Tableau 1: Facteurs associés à la présence de comorbidités en analyse bivariée

Paramètres	Avec comorbidités	Sans comorbidités	p
Age jeune de début	71.6%	28.4%	0.03
Sexe féminin	65.6%	46.8%	0.001
Durée d'évolution	8.85	7.45	0.05
Sévérité spondyloarthrite	62.5%	60.6%	0.41
ASDAS CRP	2.23	2.34	0.44
BASDAI	4.15	3.9	0.17
BASFI	4.3	3.8	0.37
Recours aux CTC	14.8%	14.8%	0.55
Recours aux SLZ	30.5%	17.6%	0.05
Recours aux MTX	18.8%	19.9%	0.45

Tableau 2: Facteurs associés à la présence de comorbidités en analyse multivariée

	OR	IC
Age jeune de début	2.74	1.32-5.70
Recours au SLZ	2.09	1.17-3.73
BASFI	1.15	1.02-1.30

14.8 % des patients sont traités par corticothérapie, 22 % par sulfasalazine, 19.5 % par méthotrexate et 20,3 % étaient sous biothérapie.

62.8 % des patients n'avaient aucune comorbidité tandis que 37,2 % ont entre une et cinq comorbidités. La plus fréquente est l'HTA 17,4% suivie par le diabète 13,1%, les dyslipidémies 12.2 %, l'ostéoporose 6.4%, les maladies cardio vasculaires 6.1%, pathologies digestives 2 % et néoplasiques dans 0.3 %.

'analyse par régression logistique multiple a identifié comme facteurs associés aux comorbidités : l'âge jeune de début (OR 2.74, IC95% :1.32-5.70), le recours à la SLZ (OR 2.09, IC 95% :1.17-3.73) et un BASFI élevé (OR 1.15, IC 95% :1.02-1.30).

Conclusion

Notre étude souligne la forte prévalence des comorbidités chez les patients atteints de SpA notamment les maladies cardio-vasculaires et l'ostéoporose secondaire, ce qui alourdit la prise en charge et aggrave le pronostic fonctionnel et vital. Une collaboration multidisciplinaire est nécessaire pour dépister ces comorbidités et améliorer la qualité de vie des patients.

Manifestations périphériques chez les patients atteints de spondyloarthrite axiale

Siar N¹, Akasbi N¹, El kinany K², Oulahrir S¹, Harzy T¹

¹ Service de rhumatologie, CHU hassan II Fès, Maroc

² Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Maroc

Introduction :

Les manifestations périphériques (arthrite, enthésite et dactylite) peuvent être observées chez des patients atteints de spondyloarthrite axiale (SpA). Cependant, les facteurs associés à leurs présences ne sont pas très connus et les études qui évaluent en profondeur ces manifestations sont rares.

Le but de cette étude est de décrire la prévalence des manifestations périphériques chez des patients atteints de SpA et déterminé les facteurs associés à l'apparition de ces manifestations.

Patients et méthodes :

Étude transversale réalisée entre Janvier 2012 et Mars 2019 chez les patients atteints de SpA répondant aux critères ASAS. Nous avons comparé deux groupes de patients : un groupe spondyloarthrite avec atteinte articulaire périphérique et un deuxième groupe spondyloarthrite sans atteinte articulaire périphérique.

Résultats :

344 patients inclus, dont 185 femmes (53.8 %) et 159 hommes (46.2 %). L'âge moyen était de 41,99 ± 13,65 ans [16-81], la durée moyenne d'évolution de la maladie était de 7,97 ± 6,62 ans.

Tableau 1: Facteurs associés à la présence de manifestations périphériques en analyse bivariée

Paramètres	Avec manifestations périphériques	Sans manifestations périphériques	p
Age	42.74	41.28	0.32
Sexe féminin	58.3%	49.4%	0.61
Durée d'évolution (an)	8	7.95	0.94
Syndrome inflammatoire	64%	36%	0.01
ASDAS CRP	2.39	2.21	0.22
BASDAI	4.062	4.043	0.49
BASFI	4.062	4.043	0.93
Recours aux CTC	70.6%	29.4%	0.01
Recours aux SLZ	67.5%	32.5%	0.001
Recours aux MTX	79.1%	20.9%	0.00

Tableau 2: Facteurs associés à la présence de manifestations périphériques en analyse multivariée

	OR	IC
CRP	1.01	1.003-1.021
Recours aux SLZ	2.62	1.47-4.67
Recours aux MTX	5.11	: 2.63-9.91

BASDI moyen était de 4 ± 1,55 et un BASFI moyen de 4,05 ± 2,05. 168 (48.8%) patients ayant une SpA avec atteinte articulaire périphérique étaient comparés à 176 (51.2%) patients sans atteinte articulaire périphérique. 73% avaient des arthralgies, 34.9% des arthrites et 28.8 % des enthésites. Il n'y avait pas de dactylite.

En analyse multivariée, les facteurs associés aux manifestations articulaires périphériques dans la SpA étaient un taux de CRP plus élevé (OR 1.01, IC95% :1.003-1.021) avec un recours plus fréquent à la SLZ (OR 2.62, IC95% :1.47-4.67) et au MTX (OR 5.11, IC95% : 2.63-9.91).

Conclusion :

Cette étude suggère que les atteintes périphériques sont fréquentes au cours de la spondyloarthrite axiale et sont associées aux signes d'activité de la maladie et une plus fréquente utilisation de la corticothérapie et des traitements de fond en comparaison avec les patients sans manifestations périphériques.

Relation entre l'activité de la maladie mesurée par ASDAS CRP et les lésions inflammatoires à l'IRM des sacro-iliaques dans la spondyloarthrite

N.Naji¹, N.Akasbi¹, K. El Kinany², N.Siar¹, T.Harzy¹

1-Service de rhumatologie, 2-Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah

Introduction :

Les spondylarthrites constituent un groupe de rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une localisation axiale prédominante au rachis et aux articulations sacro-iliaques, une atteinte des enthèses et une tendance à l'ankylose osseuse par ossification de ces enthèses.

L'œdème de de l'os sous-chondrale à l'IRM des sacroiliaques (IRM SI) est caractéristique de la SpA au stade précoce. Les signes cliniques associés à la sacroiliite active demeurent encore mal connus.

L'objectif de notre travail est d'identifier la relation entre l'inflammation de l'articulation sacro-iliaque à l'IRM et les signes cliniques rapportés par le patient.

Matériels et méthodes :

Etude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de Fès, incluant tous les patients suivis pour spondylarthrite axiale et périphérique remplissant les critères ASAS 2010 .Tous ont bénéficié d'une IRM des sacro-iliaques (IRM SI).Les lésions inflammatoires à l'IRM SI ont été évaluées, les marqueurs inflammatoires ont été mesurés. Le BASDAI, l'ASDAS et le BASFI ont été mesurés. La corrélation entre la sacroiliite active déterminée par l'IRM et les signes cliniques de la maladie a été évaluée.

Résultats :

122 patients inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 44,29 ans +/- 13,68.Le sexe ratio F/H=1,8. 24% de nos patients étaient tabagiques, l'atteinte axiale était sous forme de cervicalgies (45,5%), dorsalgies (40,5%) et lombalgie (81%).L'examen clinique a objectivé une raideur dorsale dans 24,8% des cas et lombaire dans 39,7% des cas. L'atteinte périphérique était sous forme d'arthralgies dans 69,4% des cas et d'arthrite dans 36,4 % des cas. 54,5% des patients avaient des fessalgies et 45,5 % des talalgies inflammatoires.

70,2% des patients avaient sacroiliite active et 29,0% sacroiliite inactive.

En analyse bivariée, une association significative a été retrouvée entre sacroiliite active et sexe féminin (p=0,011), tabagisme (p=0,005), arthralgies (p=0,005), BASFI (p=0,000). Après analyse par régression logistique multiple aucun signe clinique n'a été corrélé à la sacroiliite active.

Conclusion :

Les signes cliniques ne peuvent pas prédire le caractère inflammatoire ou pas de la sacroiliite à l'IRM SI.

Relation entre les signes cliniques et le degré de l'inflammation sur l'IRM de l'articulation sacro iliaque dans la spondyloarthrite

N.Naji¹, N.Akasbi¹, K. El Kinany², N.Siar¹, T.Harzy¹

1-Service de rhumatologie, 2-Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah

Introduction :

Les spondylarthrites constituent un groupe de rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une localisation axiale prédominante au rachis et aux articulations sacro-iliaques, une atteinte des enthèses et une tendance à l'ankylose osseuse par ossification de ces enthèses.

L'œdème de de l'os sous-chondrale à l'IRM des sacroiliaques (IRM SI) est caractéristique de la SpA au stade précoce. Les signes cliniques associés à la sacroiliite active demeurent encore mal connus.

L'objectif de notre travail est d'identifier la relation entre l'inflammation de l'articulation sacro-iliaque à l'IRM et les signes cliniques rapportés par le patient.

Matériels et méthodes :

Etude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de Fès, incluant tous les patients suivis pour spondylarthrite axiale et périphérique remplissant les critères ASAS 2010 .Tous ont bénéficié d'une IRM des sacro-iliaques (IRM SI).Les lésions inflammatoires à l'IRM SI ont été évaluées, les marqueurs inflammatoires ont été mesurés. Le BASDAI, l'ASDAS et le BASFI ont été mesurés. La corrélation entre la sacroiliite active déterminée par l'IRM et les signes cliniques de la maladie a été évaluée.

Résultats :

122 patients inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 44,29 ans +/- 13,68.Le sexe ratio F/H=1,8. 24% de nos patients étaient tabagiques, l'atteinte axiale était sous forme de cervicalgies (45,5%), dorsalgies (40,5%) et lombalgie (81%).L'examen clinique a objectivé une raideur dorsale dans 24,8% des cas et lombaire dans 39,7% des cas. L'atteinte périphérique était sous forme d'arthralgies dans 69,4% des cas et d'arthrite dans 36,4 % des cas. 54,5% des patients avaient des fessalgies et 45,5 % des talalgies inflammatoires.

70,2% des patients avaient sacroiliite active et 29,0% sacroiliite inactive.

En analyse bivariée, une association significative a été retrouvée entre sacroiliite active et sexe féminin (p=0,011), tabagisme (p=0,005), arthralgies (p=0,005), BASFI (p=0,000). Après analyse par régression logistique multiple aucun signe clinique n'a été corrélé à la sacroiliite active.

Conclusion :

Les signes cliniques ne peuvent pas prédire le caractère inflammatoire ou pas de la sacroiliite à l'IRM SI.

La sacroiliite active constitue-elle un facteur prédictif d'évolution rapide vers une biothérapie ?

N.Naji¹, N.Akasbi¹, K. El Kinany², N.Siar¹, T.Harzy¹

1-Service de rhumatologie, 2-Service d'épidémiologie et de biostatistiques, Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah

Introduction :

Université Sidi L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est la technique d'imagerie de choix pour poser le diagnostic d'une spondylarthrite (SpA) lorsque la radiographie du bassin est normale ou équivoque. L'œdème de de l'os sous-chondrale à l'IRM des sacroiliaques (IRM SI) est caractéristique de la SpA au stade précoce. Les traitements biologiques constituent un arsenal thérapeutique très important dans le traitement des spondyloarthrites, notamment dans les SpA axiales non radiographiques.

L'objectif de notre travail est d'identifier la relation entre sacroiliite active et le recours à la biothérapie.

Matériels et méthodes :

Etude transversale réalisée au service de rhumatologie CHU Hassan II de Fès, incluant tous les patients suivis pour spondylarthrite axiale et périphérique remplissant les critères ASAS 2010 .Tous ont bénéficié d'une IRM des sacro-iliaques (IRM SI).Les lésions inflammatoires à l'IRM SI ont été évaluées, les marqueurs inflammatoires ont été mesurés. La corrélation entre la sacroiliite active déterminée par l'IRM et l'évolution vers une biothérapie a été évaluée.

Résultats:

122 patients inclus dans l'étude, l'âge moyen était de 44,29 ans +/- 13,68.Le sexe ratio F/H=1,8 .24% de nos patients étaient tabagiques. Les symptômes étaient sous forme de lombalgies inflammatoires (81%), arthrite (36,4%), fessalgies (54 ,5 %) et talalgies (45,5 %). L'examen clinique a objectivé une raideur dorsale dans 24,8% des cas et lombaire dans 39,7% des cas. La CRP moyenne était de 20,9+/-34, BASFI moyen 3,9+/-1,5, BASDAI moyen 4+/-1, ASDAS moyen 2,2+/-1. La sacroiliite était active dans 70,2% des cas. 94, 9% étaient sous AINS, 37,2 % sous MTX et 24% sous biothérapie.

Les facteurs significativement associés au recours à un traitement biologique étaient : l'âge avancé (p=0,006), les lombalgies (p=0,014), fessalgies (p=0,03), la raideur lombaire (p=0,028), la CRP (p=0,000), BASFI (p=0,006), BASDAI actif (p=0,025), ASDAS actif (p=0,05).Aucune relation statiquement significative n'a été objectivée entre sacroiliite active et le recours à la biothérapie.

L'analyse par régression logistique binaire a montré que les facteurs fortement associés à l'évolution vers une biothérapie étaient : la raideur lombaire (ORa=3,4 / IC à 95% [1,23-9,63]), les fessalgies (ORa=3,4 / IC [1,18-9,8]), BASDAI actif (ORa=3,6 / IC à 95% [1,16-11,5]).

Conclusion :

La sacroiliite active ne constitue pas un facteur prédictif d'évolution vers le recours à une biothérapie.

Les facteurs associés à la carence en vitamine D chez les patients atteints de spondylarthrite

HILAL.G¹, AKASBI.N¹, BOUDOUAYA.H², SIAR.N¹, HARZY.T¹

¹Service de rhumatologie, CHU Hassan II, FES, Maroc

²Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de pharmacie

Introduction :

- L'insuffisance et la carence en vitamine D sont plus fréquentes au cours de la spondylarthrite par rapport à une population saine.
- L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de la carence en vitamine D au cours de cette pathologie et son association avec l'activité, la sévérité et l'incapacité fonctionnelle.

PATIENTS ET METHODES :

- Il s'agit d'une étude transversale au service de rhumatologie CHU Hassan II a Fès, du janvier 2012 au mars 2019, incluant tous les patients suivis pour spondylarthrite remplissant les critères ASAS 2009.
- Une carence en vitamine D est définis par un taux de vitamine D <20 ng/ml ainsi qu'un taux de vit D entre 21 à 29 ng/ml défini une insuffisance en vitamine D .

RESULTATS :

- 344 patients ont été colligés dans notre étude.
- L'âge moyen de nos malades était 42 ans + /-13, avec un sexe ratio (H/F : 1.16).

Tableau1:étude analytique de l'association entre le statut vitaminique D et les caractéristiques de la spondylarthrite

	Carence en vit D	Insuffisance en Vit D	P=
Age	44	37	0.00
Sexe masculin(%)	65	35	0.03
Milieu urbain(%)	75.5	24.5	0.3
La durée d'évolution	8	7	0.8
Arthrite	80	19.1	0.025
Sacroiliite a l'IRM(%)	71.3	28.7	0.52
VS	35	31	0.23
BASDAI	4.01	3.97	0.62
BASFI	4.08	4.06	0.66
Tabac(%)	63	3	0.065
Age jeune de début(%)	59.3	40.77	0.01
Uvéite (%)	77.8	22.2	0.68
AINS(%)	71.8	28.2	0.019
Methotrexate(%)	85.7	14.3	0.016

Tableau2:facteurs associés a la carence en vitamine D au cours de la spondylarthrite.

	OR	IC95%	p
âge	1.037	[1.016-1.057]	<0.001
VS	1.013	[1.00-1.027]	0.005

•60.5% des patients résident en milieu urbain ,51.5% avaient une spondylarthrite active, 61.3% sévère et 51.5% avaient un retentissement fonctionnel.

•La carence en vitamine D était retrouvée chez 68.6% des patients. Sa présence était plus fréquente chez les hommes (p=0.00) et les sujets âgés (p=0.003) , elle était associée à la présence d'arthrite (p=0,025), le début précoce de la maladie (p=0.01), la prise d'AINS (p=0.019) et du methotrexate (p=0,016).

•Après régression logistique, il persistait une association avec l'âge et le syndrome inflammatoire biologique.

Conclusion:

La prévalence de la carence en vitamine D chez les patients atteints de Spondylarthrite est élevée. Sa présence était plus fréquente chez les sujets âgés et les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique d'où l'intérêt d'un dosage et correction régulières chez ces patients.

Le rhumatisme psoriasique, existe-t-il des différences selon le sexe?

Béatingar N.1, Akasbi N.1, Efemba K. D.1, Filankembo A.2, Harzy T.1

1-Service de Rhumatologie; 2-Laboratoire d'épidémiologie et santé communautaire; Université Sidi Mohammed Ben Abdellah;
Faculté de Médecine, CHU Hassan II Fès - Maroc

Tableau : Analyse bivariée des caractéristiques associés au sexe dans le rhumatisme psoriasique

Caractéristiques	Masculin 23 (100%)	Féminin 65 (100%)	P
Age moyen en années	49.09 [15-76]	49.28 [16-77]	0.062
Antécédent personnel de psoriasis	09 (39.1%)	23 (35.4%)	0.056
Durée de l'évolution des symptômes du RP	8.35±7.417	7.84±8.299	0.766
Tabac	06(26.08%)	01(1.53%)	0.278
Atteinte articulaire périphérique	11(47.82%)	31(47.69%)	0.11
Rachialgie	12(70,6%)	42(73,7%)	0,766
Douleur enthésique	8(47,1%)	35(61,4%)	0,29
Uvéite	01(4.3%)	05(7.7%)	0.661
CRDO de Fournier	11(50%)	30(46.15%)	0.01
Syndesmophytes cervicaux	7(30%)	22(33%)	0.591
Syndesmophytes dorsolombaire	9(39%)	25(38.4%)	0.907
Coxite	07(3.04%)	11(16.92%)	0.025
SI radiographique	13(56.52%)	44(67.69%)	0.673
Sacro-iliite sur l'IRM	8(34.78%)	14(21.53%)	0.263
Facteur rhumatoïde	07(3.04%)	21(32.30%)	0.002
Anticorps anti-CCP	02(8.69%)	07(10.76%)	0.043

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique faisant partie du groupe des spondylarthrites dont il partage des caractéristiques génétiques et cliniques. Bien qu'il touche équitablement les deux sexes, plusieurs études tendent vers le fait qu'il existe des différences sur le plan clinique et paraclinique entre les deux sexes.

Notre objectif: Déterminer les particularités du RP selon le sexe sur le plan clinique, biologique et radiographique.

Résultats :

- ❖ 88 patients inclus.
- ❖ Age moyen 49,23 ± 14,53 ans.
- ❖ Sex-ratio H/F 0,34.
- ❖ Les patients ayant un RP de sexe masculin avaient plus d'images radiographiques compatibles avec les critères radiographiques doigts et orteils de Fournier (p=0,01).
- ❖ Les femmes atteintes de RP avaient plus de facteur rhumatoïde positif (p=0,001), plus d'anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CCP) (p=0,043) et faisait plus de coxite (p=0,025).
- ❖ Il n'existait aucune spécificité liée au sexe pour les atteintes périphériques, les manifestations extra articulaires, le HLAB27 (p=0,662), l'activité de la maladie (p=0,222) et le retentissement fonctionnel (p=0,385).
- ❖ Les données ont été analysées avec Epi-info 7.

Conclusion :

La population féminine se caractérise par la présence de facteur rhumatoïde et des anticorps anti-peptides citrullinés au cours du RP, ceci pourrait conduire à un retard diagnostique du fait de la confusion avec la polyarthrite rhumatoïde. Il existe néanmoins plusieurs similitudes dans les deux sexes en ce qui concerne l'activité et le retentissement fonctionnel allant dans le même sens que la littérature.

L'hyperuricémie dans le rhumatisme psoriasique, quelles particularités ?

Efemba K.¹, Akasbi N.¹, Béatingar N.¹, Filankembo A.², Harzy T.¹

1-Service de Rhumatologie; 2-Laboratoire d'épidémiologie et sante communautaire; Université Sidi Mohammed Ben Abdellah; Faculté de Médecine, CHU Hassan II Fès - Maroc

Tableau : Analyse bivariée de l'hyperuricémie dans le rhumatisme psoriasique

Caractéristiques	Sans hyperuricémie N %	Avec hyperuricémie N%	p
Age moyen	52.36+/-12.633	49.09+/-17.120	0.217
Durée moyenne de l'évolution psoriasis	5.54+/-10.746	4.00+/-5.814	0.316
Durée moyenne de l'évolution atteinte articulaire	9.18+/-8.729	8.22+/-7.190	0.683
Sexe	H 11(18%)	2(3.3%)	1.000
	F 39 (63.9%)	9 (14.8%)	
HTA	8(13.1%)	6(9.8%)	0.013
Diabète	7(11.5%)	6 (9.8%)	0.008
Dyslipidémie	30(50.8%)	6(10.2%)	1.000
Tabac	3(4.9%)	1 (1.6%)	0.332
Psoriasis cutané	28(45.9%)	6(9.8%)	1.000
Atteinte articulaire périphérique	21(34.4%)	6(9.8%)	0.514
Activité	34(55.7%)	7(11.5%)	1.000
Syndrome inflammatoire	34(55.7%)	8(13.1%)	1.000
Insuffisance rénale	2(3.3%)	3(4.9%)	0.046

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui appartient au groupe des spondylarthrites. L'hyperuricémie est un facteur de risque cardiovasculaire qui peut compliquer un RPso. Le but de notre étude est de déterminer la fréquence de l'hyperuricémie au cours du RPso et les caractéristiques des patients atteints de RPso avec hyperuricémie.

Résultats :

- ❖ 61 patients inclus dont 11 patients présentaient une hyperuricémie soit 18.03%
- ❖ Age moyen 51.77 ± 13.445 ans [16-77]
- ❖ Sex-ratio 3F/H
- ❖ Durée moyenne d'évolution du RPso 9.01 ± 8.425 années [0-36]
- ❖ 55.7% de psoriasis cutané avec un Psoriasis Area and Severity Index (PASI) variant de 1.2 à 42.4
- ❖ 37.7% d'antécédent personnel de psoriasis cutané identifié
- ❖ 11.5% d'antécédent familial de psoriasis cutané
- ❖ 23% d'hypertension artérielle (HTA), 23% de diabète, 59% de dyslipidémie et 8.2 % d'insuffisance rénale
- ❖ Consommation tabagique présente chez 6.6% de patients
- ❖ 3 cas de goutte retrouvés
- ❖ Les données ont été analysées avec Epi-info version 7.

Conclusion :

L'hyperuricémie dans le rhumatisme psoriasique peut être liée à la présence d'un syndrome métabolique ou à l'étendue du psoriasis cutané lien non mis en évidence dans notre étude.

Caractéristiques clinico-paraclinique des spondyloarthrites à début tardif

D.Jouida, H.Sahraoui, M.Samih . I. El Boucti

Service de Rhumatologie, CHU Mohamed VI , Marrakech, Maroc

Introduction :

- ❖ La spondyloarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique qui débute principalement chez l'adulte jeune, cependant un début après 45 ou 50 ans n'est pas exceptionnel.
- ❖ L'expression clinique des spondyloarthrites à début tardif est aussi variée que chez le sujet jeune, et la difficulté diagnostique tient au plus grand nombre de diagnostics différentiels et à la difficulté d'interpréter l'imagerie des sacro-iliaques et du rachis à cet âge.
- ❖ L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques clinico-paraclinique ainsi que thérapeutique des spondyloarthrites à début tardif.

Matériel et Méthode:

- ❖ Étude rétrospective incluant les dossiers de patients présentant spondyloarthrite à début supérieur à 50 ans colligés au sein du service de rhumatologie de janvier 2010 à décembre 2018.
- ❖ Les signes cliniques articulaires et extra-articulaires, les paramètres biologiques incluant la vitesse de sédimentation (VS), la protéine C-réactive (CRP) et l'HLA B27 ainsi que les signes radiographiques ont été collectés à l'aide de dossiers médicaux.

Résultats:

- ❖ 31 patients ont été inclus dans cette étude dont 22 femmes et 9 hommes avec une moyenne d'âge de 58.5 ans.
- ❖ Le délai diagnostique de la spondyloarthrite était de 7.6 année et 19.4 % des patients avaient un antécédent familial de spondyloarthrite.
- ❖ Les comorbidités retrouvées étaient les suivantes : 7 cas d'HTA, 6 cas de diabète, 4 cas d'ostéoporose, 1 cas de tumeur de sein, 1 cas de dyslipidémie, 1 cas de tuberculose pulmonaire traitée, 1 cas d'asthme et 1 cas d'ulcère gastro intestinal.
- ❖ Le BASDAI moyen était de 4.2 et le BASFI moyen de 5.7.
- ❖ Le syndrome inflammatoire était noté dans 19 cas avec une VS moyenne de 55.5 mm la 1^{ère} heure, CRP moyenne de 38.4 mg/l, et l'HLA B 27 positive dans 6.5% des cas.
- ❖ Sur le plan radiologique, 90.3% des patients avaient une sacroiliite radiographique, les syndesmophytes étaient retrouvés dans 29 % des cas et la coxite était retrouvée chez 8 patients
- ❖ Les anti inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits chez 23 patients dont 15 avaient une bonne sensibilité aux AINS, 6 patients étaient sous méthotrexate, 4 sous salazopyrine et deux étaient sous anti TNF alpha.

Fig 1: Signes révélateurs



Fig 2: Formes cliniques



Discussion:

- ❖ Les spondyloarthrites débutent principalement chez l'adulte jeune, d'ailleurs des spondyloarthrites à début tardif sont cependant décrites de longue date.
- ❖ La répartition du type de spondyloarthrite diffère chez le sujet âgé et notamment le rhumatisme psoriasique devient très prépondérant à cet âge.
- ❖ L'expression clinique des spondyloarthrites à début tardif est variée. Certaines présentations trompeuses sont particulières au début tardif comme le LOPS (late onset peripheral spondyloarthritis) qui se caractérise par une oligoarthrite peu inflammatoire contrastant avec des signes généraux, un important syndrome inflammatoire et parfois des œdèmes asymétriques des membres inférieurs.
- ❖ Le tableau peut aussi évoquer une pseudo polyarthrite rhizomélisque mais la cortico résistance doit attirer l'attention.
- ❖ L'âge avancé n'est pas un argument suffisant pour récuser le diagnostic de spondyloarthrite. La présence d'antécédents familiaux de spondyloarthrite et du phénotype HLA B27 constitue souvent des arguments essentiels pour le diagnostic.

Conclusion:

- ❖ Le diagnostic de spondyloarthrite à début tardif peut être difficile car les présentations sont très diverses et parfois trompeuses.
- ❖ Penser à ce diagnostic quel que soit l'âge est la première étape.
- ❖ L'imagerie est une aide importante mais l'interprétation peut être difficile à cet âge.
- ❖ Néanmoins les comorbidités posent des problèmes thérapeutiques notamment en ce qui concerne les AINS.

Spondylarthrite non radiographique : profil épidémiologique, clinique et biologique

Ben Nessib D, Hamdi W, Ferjani H, Maatallah K, Hfaïdh M, Habbachi M, Kaffel DH, MM kchir

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- Spondylarthrites (SpA): différentes formes phénotypiques dont la spondylarthrite non radiographique (SpA non-Rx)
- SpA non-Rx: une authentique SpA mais sans la présence d'une sacro-iliite à la radiographie standard
- Le but de ce travail: décrire le profil épidémiologique, clinique et biologique des patients atteints de SpA non-Rx

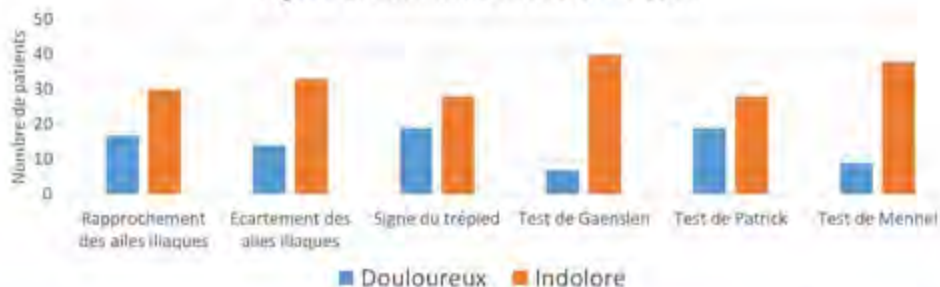
Méthodes :

- Etude prospective: 47 patients ayant consulté au service de rhumatologie entre 2014 et 2017 avec:
 - des signes suggestifs de SpA
 - et sans sacroiliite évidente à la radiographie standard
- Le diagnostic final de SpA non radiographique était retenu, après un suivi entre 2 et 3 ans, par les rhumatologues du service selon les résultats des différentes explorations complémentaires radiologiques et biologiques.

Résultats:

- 47 patients: 14 hommes et 33 femmes
- Age moyen: 39 ans [17-71]
- Le début des symptômes:
 - brutal chez 6 patients
 - progressif chez 41 patients
- L'examen des sacro-iliaques est détaillé par la figure 1.

Figure 1: examen des sacro-iliaques



Résultats :

- La prévalence du typage HLA B27 est représentée par la figure 2:
- Les paramètres d'évaluation de la maladie son représentés par le tableau 1:

	BASDAI	BASFI	BAS-G	CRP (mg/L)	VS (mm)
Valeur moyenne	4,7	4,1	6	6,3	24,9

Figure 2: HLA B27



■ Positif ■ Négatif

Tableau 1 : Paramètres d'évaluation de la maladie

Discussion:

- Notre étude révèle une nette prédominance féminine, ce qui rejoint les données de la littérature concernant la SpA non-Rx (1,2).
- De même, notre étude met en évidence l'absence d'élévation de la CRP, ce qui a été rapporté par plusieurs études antérieures (2).
- Par contre, contrairement à la majorité des études, le typage HLA B27 n'était positif que chez le tiers des patients (3). Ceci reste tout de même lié à la prévalence du gène dans la population générale, celle-ci étant modérée chez les africains.

Conclusion:

- La SpA non radiographique se distingue selon notre série par une nette prédominance féminine, l'absence de syndrome inflammatoire et une moindre association au type HLA B27.

Références:

1. Akasbi N, Siar N, Zoukal S, Kohen KE, Harzy T. Comparison of non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis from a single rheumatology hospital in Morocco. *Curr Rheumatol Rev.* 22 févr 2019;
2. RM et al. The early disease stage in axial spondylarthrits: results from the German Spondyloarthritis Inception Cohort. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 11 avr 2019].
3. Lockwood MM, Gensler LS. Nonradiographic axial spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2017;31(6):816-29.

Synoviorthèse à l'Hexatrione dans le traitement de la coxite au cours de la spondylarthrite

Ben Nessib D, Ferjani H, Maatallah K, Rahmouni S, Triki W, Hamdi W, Kaffel DH, MM kchir

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- L'atteinte de l'articulation coxo-fémorale est une complication fréquente au cours de la spondylarthrite (SpA), particulièrement maghrébine, à rechercher systématiquement et à traiter précocement du fait de son retentissement fonctionnel majeur (1).
- Le but de ce travail: évaluer le traitement de la coxite au cours de la SpA par l'infiltration locale à l'Hexatrione.

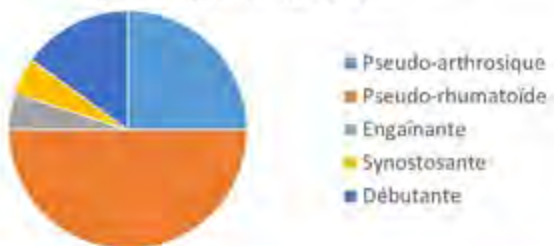
Méthodes:

- Etude rétrospective incluant les dossiers des patients atteints de SpA (retenue selon les critères d'Amor ou d'ASAS) admis dans un service de rhumatologie entre 2007 et 2017 pour infiltration locale de l'articulation coxo-fémorale à l'Hexatrione.
- Les paramètres évalués avant et après l'infiltration: l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur, l'indice de Lequesne et la mobilité des hanches.

Résultats:

- 20 patients: 18 hommes et 2 femmes
- Âge moyen: 34 ans
- Durée d'évolution moyenne: 7 ans
- Score BASDAI moyen: 5,2
- Délai de survenue de la coxite par rapport à la SpA:
 - 11,1 mois
 - Inaugurale dans 85% des cas
- Délai moyen de l'injection d'Hexatrione par rapport au diagnostic: 11,5 mois
- Les types radiographiques de la coxite sont illustrés par la figure 1:

Figure 1: type radiographique



Résultats :

- L'exploration était complétée par une échographie chez 14 patients et montrait une synovite chez 10 parmi eux.
- Aucun effet indésirable n'a été rapporté.
- L'évolution était jugée favorable chez 60% des patients dont l'évaluation est détaillée dans le tableau1:

	Avant l'infiltration	Après l'infiltration
Indice de Lequesne moyen	8	5
EVA douleur moyenne	8,6	2
Mobilité de la hanche	Limitée et douloureuse (100%)	Indolore (81%)

Tableau 1: Paramètres d'évolution en cas d'évolution favorable

- Chez 40% des patients, l'évolution n'était pas jugée favorable avec nécessité de recours ultérieur à une prothèse totale de la hanche dans 2 cas (délai moyen de 2 ans).

Discussion:

- La coxite est une complication majeure fréquemment inaugurale chez nos patients, ce qui rejoint les données de la littérature (1,2). Cette complication marque un tournant évolutif majeur.
- Elle est souvent associée à une maladie active.
- L'évolution après la synoviorthèse était jugée favorable chez plus de la moitié de nos patients avec une nette régression des douleurs.

Conclusion:

- La synoviorthèse à l'Hexatrione demeure un traitement symptomatique permettant fréquemment de retarder ou d'éviter le recours à la PTH.
- Son efficacité dépend de plusieurs facteurs dont l'analyse nécessite des études ultérieures à plus larges effectifs.

Références:

- Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Boussetta N, Guediche NH, et al. La coxite des spondyloarthrites. Rev Médecine Interne. 1 juin 2018;39:A169-70.
- Hassen-Zrou S, Younes M, Touzi M, Béjia I, Bergaoui N. L'atteinte inflammatoire coxofémorale au cours des spondylarthropathies à propos de 52 cas. Rev Rhum. 1 nov 2006;73(10):1246-7.

Évaluation de l'activité de la spondyloarhrite : existe-t-il une corrélation entre le BASDAI et l'ASDAS ?

El Aissaoui A ¹, Akasbi N¹, El Kinany K², Siar N ¹, Harzy T ¹

¹ Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

² Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

L'ASDAS et le BASDAI sont les deux scores les plus utilisés pour la mesure de l'activité de la maladie au cours des spondylarthrites.

L'objectif de notre étude est de chercher une corrélation entre l'ASDAS et le BASDAI chez les patients atteints de spondylarthrite.

Patients et méthodes

Étude transversale réalisée au service de rhumatologie du CHU HASSAN 2 de FES entre janvier 2012 et Mars 2019 portant sur tous les patients suivis pour une spondylarthrite axiale remplissant les critères ASAS 2010. Une maladie active est définie par un BASDAI ≥ 4 ou un ASDAS $\geq 2,1$. Le score de Pearson (seuil de significativité $p \leq 0,05$) et l'indice de kappa (kappa ≥ 0.6 .) ont été utilisés pour l'étude des concordances.

Résultats :

344 patients atteints de spondylarthrite ont été inclus. L'âge moyen des patients était de 41,99 +/- 13,65 ans (16, 81ans). Le sexe ratio F/H était de 1,16. La valeur moyenne de la VS était de 34,44 mm +/- 29,2. La valeur moyenne de la CRP était de 27,43 mg/l +/- 39,13. Le BASDAI moyen était de 4 +/- 1,55. L'ASDAS-VS moyen était de 2,27 +/- 1,29 et l'ASDAS-CRP moyen était de 2,3 +/- 1,3.

L'étude analytique a trouvé le nombre des patients ayant une maladie active selon le score BASDAI est significativement plus élevé que par l'ASDAS VS et l'ASDAS CRP (117 ; 177 respectivement vs 210 ; $p= 0,000$)

En calculant le coefficient kappa, la concordance est faible entre l'activité de l'ASDAS CRP et le BASDAI (kappa= 0,257 ; $p= 0,000$) et entre l'activité de l'ASDAS VS et le BASDAI (kappa= 0,241 ; $p= 0,000$)

Nos résultats montrent une corrélation positive entre la valeur de l'ASDAS CRP et le BASDAI avec un indice de Pearson à 0,41 ($p=0,000$) et entre la valeur de l'ASDAS VS et le BASDAI avec un indice de Pearson à 0,33 ($p=0,000$)

	ASDAS CRP > 2,1	ASDAS CRP < 2,1	TOTAL
BASDAI > 4	130	80	210
BASDAI < 4	47	87	134
TOTAL	177	167	344

	ASDAS VS > 2,1	ASDAS VS < 2,1	TOTAL
BASDAI > 4	117	93	210
BASDAI < 4	40	94	134
TOTAL	157	187	344

Conclusion

Notre étude a objectivé une faible concordance entre le BASDAI et l'ASDAS dans l'évaluation de l'activité des spondyloarthrites. Des études prospectives à grandes échelles sont nécessaires pour déterminer le score le plus fiable pour la mesure de l'activité.

Les manifestations pulmonaires au cours des spondylarthrites

Triki W, Ferjani H, Maatallah K, Ben Nassib D, Habachi M, Hamdi W, Kaffel D, MM Kchir

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab, Manouba

Introduction :

L'atteinte pulmonaire est une des atteintes extra-articulaires décrites dans les spondyloarthrites (SA). Sa prévalence varie de 1 à 30 % selon les séries. Le syndrome restrictif secondaire à la limitation de la paroi thoracique est l'atteinte la plus classique. L'utilisation de la tomodensitométrie à haute résolution a permis de détecter d'autres lésions parenchymateuses asymptomatiques. L'objectif de notre étude est d'évaluer la prévalence et les caractéristiques de l'atteinte pulmonaire au cours des spondyloarthrites.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de 10 ans allant de 2007 à 2017 à l'institut d'orthopédie Mohamed Kassab.

Les dossiers des patients hospitalisés pour une spondyloarthrite (répondant aux critères de classification ASAS ou New-York modifiées) ont été exploités. Les données cliniques et radiographiques ont été recueillies.

Résultats:

Parmi 84 dossiers colligés, 27 patients avaient une atteinte pleuro-pulmonaire.

Tableau I: Caractéristiques des patients atteints de SPA

Caractéristiques des patients	
Age	46,5±12,1
Sex ratio	2,37
Durée moyenne d'évolution de la maladie	10,3±9,8
BASDAI moyen	4,69
Maladie active	68,8 %
Tabagisme	50%
Antécédents pulmonaires	17,9%

L'ampliation thoracique était inférieure à 5 cm chez 43,2% des cas. La radiographie du thorax était anormale chez 81,3% des patients. Le scanner thoracique a été réalisé chez 75% des patients.

Dyspnée d'effort
Anomalie à l'auscultation pulmonaire
Douleur thoracique
Hippocratisme digital

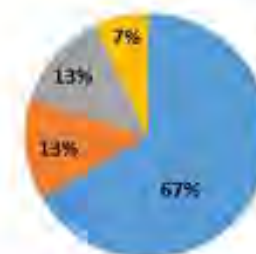


Figure 1: Répartition des patients selon la symptomatologie respiratoire

Syndrome interstitiel
Syndrome bronchique
Opacité
Elargissement médiastinal

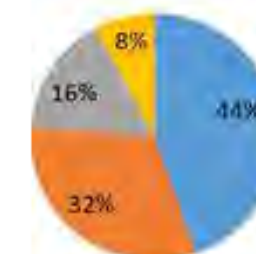


Figure 2: Répartition des patients selon les anomalies à la radio thorax

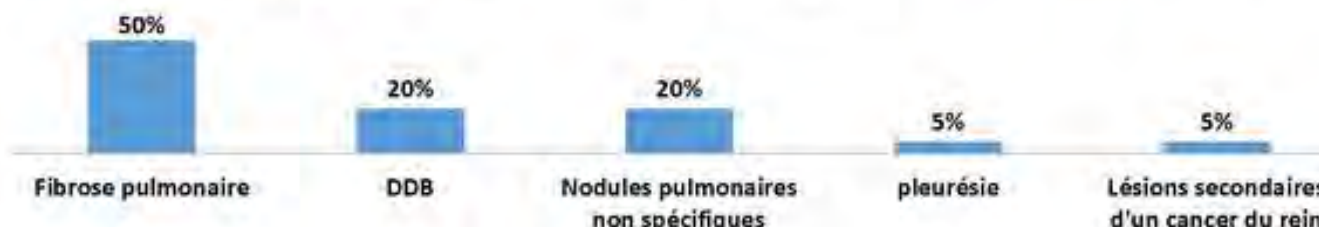


Figure 3: Répartition des patients selon les anomalies au scanner thoracique

Discussion:

Dans les séries plus anciennes, une anomalie visible sur la radiographie pulmonaire est trouvée entre 0 et 45 % des cas de SPA. Dans une étude prospective menée chez 52 patients atteints de SPA, asymptomatiques sur le plan respiratoire, Sampaio-Barros retrouvait des anomalies au scanner thoracique à haute résolution dans 40 % des cas ce qui rejoint nos résultats (1).

Conclusion:

L'atteinte pulmonaire au cours des spondyloarthrites est peu symptomatique et polymorphe. Cette atteinte justifie une évaluation clinique régulière et des mesures préventives basées sur l'arrêt du tabac et la rééducation vertébro-respiratoire.

Références:

(1) Percival D, Sampaio-Barros E, Elza Maria F, P. Cerqueira, Silvio M, Rezende, Lucimara Maeda, Roseneide A, Conde, Verônica A, Zanardi, Manoel Barros Bértolo, José Ribeiro de Menezes Neto, Adil M, Samara. Pulmonary involvement in ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol (2007) 26: 225-230.

Influence de l'indice de masse corporelle sur la C- réactive protéine au cours de la spondylarthrite ankylosante

Feki A, Fourati. H, Gassara. Z, Hriz. A, Ben jema .S, Ezzeddine M, Akrou.R, Baklouti.S

service de Rhumatologie, CHU Hedi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction :

- Les marqueurs biologiques de l'inflammation telle que la protéine C-réactive (CRP) font partie des paramètres évalués lors du suivi des patients traités pour spondyloarthrite ankylosante (SA).
- Par ailleurs, l'association de valeurs élevées de la CRP à l'obésité a été observée dans plusieurs études.
- L'objectif de notre étude est d'évaluer l'influence de l'IMC sur la CRP indépendamment de l'activité de la maladie.

Matériels et méthodes :

- Etude transversale portant sur 47 patients suivis pour SA répondant aux critères de New York modifiés.
- L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur de la CRP selon l'indice de masse corporelle (IMC) dans une population de malades traités pour SA.
- La valeur limite de la CRP était considérée à 6mg/L selon la technique utilisée dans le laboratoire d'analyse médicale de notre Centre Hospitalo-Universitaire.

Résultats :

- L'âge moyen des patients était de $43,81 \pm 13,47$ ans, avec un genre ratio (H/F) de 2, 9.
- Ils étaient suivis pour SA depuis $15,07 \pm 10,9$ années en moyenne, avec une activité de la maladie évaluée par BASDAI à $3,4 \pm 1,6$.
- La SA était en forte activité dans 44,5% des cas au moment de l'étude. La valeur moyenne de la CRP était de $12,5 \pm 17,7$ mg/L et celle de l'IMC de $25,5 \pm 6,1$ Kg/m².
- Une CRP élevée était notée chez 66,3% des patients et une obésité (IMC > 30 Kg/m²) était observée dans 8,6% des cas. Une corrélation négative mais non significative entre la CRP et l'IMC a été retrouvée dans notre série ($r = -1,7$; $p = 0,102$).
- Chez les patients en forte activité de leur maladie, 70,6 % de ceux ayant une CRP élevée se présentaient avec un IMC normal ou bas alors qu'un état d'obésité était retrouvé chez 62% de ceux ayant une CRP normale.

Conclusion :

- Dans notre étude, l'IMC n'était pas corrélée à la CRP. Cela peut être expliqué par la taille réduite de notre échantillon.
- Une étude plus large incluant un nombre plus important de patients serait nécessaire pour mieux mettre en œuvre la relation la relation entre ces 2 paramètres.

Comparaison entre les critères Amor et ASAS 2009 au cours de la spondylarthrite précoce

Hamdi W, Ben Nessib D, Maatallah K, Ferjani H, Triki W, kaffel DH, MM Kchir

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- Plusieurs critères de classification des spondylarthrites (SpA) ont été proposés dans le but de permettre un diagnostic précoce avant l'installation de dégâts structuraux irréversibles.
- On se propose dans ce travail de comparer l'apport des critères de classification d'Amor et ASAS dans le diagnostic précoce de la SpA.

Méthodes:

- Etude prospective incluant tous les patients consultant au service de rhumatologie entre Février 2014 et Février 2017 et ayant une lombalgie évoluant depuis au moins 3 mois et ayant débuté avant l'âge de 45 ans.
- Tout patient ayant une sacroiliite évidente à la radiographie a été exclu de l'étude.
- L'exploration était complétée par un scanner et/ou une IRM du bassin.
- Après un suivi de 3 ans, les patients étaient classés par 2 seniors rhumatologues expérimentés en 2 groupes :
 - Groupe 1: SpA confirmée
 - Groupe 2: SpA exclue.
- Les scores d'Amor et ASAS étaient calculés chez tous les patients et les résultats étaient comparés au diagnostic définitif des rhumatologues, considéré comme le gold standard de cette étude.

Résultats:

- 53 patients : 14 hommes et 39 femmes
- Âge moyen: 36,3 ans [17-53]
- Plaintes fonctionnelles:
 - purement axiales: 43,4%
 - axiales et périphériques: 56,6%
- Durée d'évolution moyenne: 79,6 mois [6,6-450]
- Le diagnostic de SpA:
 - confirmé chez 39 patients (groupe1)
 - exclu chez 14 patients (groupe2)
- La comparaison entre les 2 groupes est détaillée dans le tableau1.
- L'évaluation des critères Amor et ASAS par rapport au diagnostic final des experts est illustrée par le tableau 2.

Résultats :

	Sacro-illite à la TDM	Sacro-illite à l'IRM	à HLA B27 positif	SpA selon critères AMOR	SpA selon critères ASAS
Groupe1 (n=39)	25	19	13	21	28
Groupe2 (n=14)	3	0	0	4	3

Tableau1: Comparaison entre les 2 groupes

	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive positive (VPP)	Valeur prédictive négative (VPN)
Critères Amor	53,8%	71,4%	84%	35,7%
Critères ASAS	71,8%	78,6%	90,3%	50%

Tableau 2: Comparaison entre les critères Amor et ASAS 2009

Discussion:

- Selon les résultats de notre série, les critères ASAS 2009 sont plus performants que les critères d'Amor dans la SpA et permettent donc un diagnostic plus précoce, ce qui rejoint les données de la littérature (1).
- Néanmoins, ils demeurent des critères de classification et non de diagnostic positif (2).

Conclusion:

- En raison de l'absence de critères de diagnostic pour la SpA, les critères de classification sont parfois utilisés à des fins diagnostiques.
- Toutefois, le diagnostic établi par les rhumatologues traitants demeure la pierre angulaire de la prise en charge.

Références:

- Kemta Lekpa F, Claudepierre P. Spondyloarthrite, du diagnostic à la nosologie : critères et limites. Rev Rhum Monogr. 1 sept 2014;81(4):218-24.
- Gazeau P, Cornec D, Timsit M-A, Dougados M, Saraux A. Critères de classification versus opinion du médecin pour retenir le diagnostic de spondyloarthrite chez les patients atteints de rachialgies inflammatoires. Rev Rhum. 1 oct 2018;85(5):490-6.

Relation entre le taux de lipides et la densité minérale osseuse chez des patients tunisiens atteints de spondylarthrite ankylosante

Feki A 1, Akrouf R 1, Sellami I 1, Ghorbel A 2, Gassara 1, Hriz A 1, Ben djemaa S 1, Ezzeddine M 1, Kallel MH 1, Ayadi F 2, Fourati H 1, Baklouti S 1

1: service de rhumatologie CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

2: Laboratoire de biochimie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction

- L'ostéoporose associée à la spondyloarthrite ankylosante (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 d'évaluer la relation entre le profil lipidique et la densité minérale osseuse (DMO) au niveau de différents sites osseux chez des patients atteints de SA.

Matériels et Méthodes

- Quarante-sept patients atteints de SA, répondants aux critères de New York modifiés et sans antécédent d'ostéopénie, d'ostéoporose ou de pathologie influençant sur le métabolisme osseux ont été inclus dans cette étude transversale.
- Les patients ont bénéficié d'une mesure de la DMO en g/cm² au niveau du rachis lombaire et du col fémoral réalisée par absorptiométrie biphotonique à rayon X ainsi que des dosages des taux sanguins de un dosage du cholestérol total, LDL, HDL et triglycérides

Résultats

- L'âge moyen des patients était de $43,81 \pm 13,47$ ans, avec un genre ratio (H/F) de 2,9.
- Ils étaient suivis pour SA depuis $15,07 \pm 10,9$ années en moyenne.
- La DMO moyenne au site lombaire était de $1,144 \pm 0,232$ g/cm² [0,693 - 1,652] et celle au site fémoral était de $0,963 \pm 0,171$ g/cm² [0,573 - 1,435].
- Le taux moyen de cholestérol était de $4,3 \pm 0,9$ mmol/l, HDL : $1,1 \pm 0,26$ mmol /l, LDL : $8 \pm 0,3$ mmol /l, triglycérides : $1,2 \pm 0,6$ mmol /l.
- Le LDL cholestérol était corrélé négativement à la DMO du col fémoral ($r = -0,15$; $p = 0,044$). De même le taux de triglycérides était corrélé négativement à la DMO du col fémoral ($r = -0,14$; $p = 0,049$).
- Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le cholestérol total ou HDL et la DMO des différents sites réalisés.

Conclusion

- Dans un échantillon de SA, une dyslipidémie semblait influencer négativement la densité minérale osseuse
- Ces résultats devraient être confirmés par des études à plus grande échelle.

La coxite et les spondyloarthrites : prévalence et facteurs de prédisposition

M.SAMIH, H.SAHRAOUI, A OUDGHIRI, A.TOUITI, I.ELBOUCHTI

Service de rhumatologie CHU Mohammed VI MARRAKECH MAROC

Introduction :

➢ Le pronostic des spondyloarthrites (SPA) est transformé par l'apparition d'une atteinte coxo-fémorale: la coxite représente un signe de sévérité de la maladie et menace le pronostic fonctionnel.
➢ L'objectif de ce travail est d'estimer la prévalence de cette atteinte, d'étudier ses différentes caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques et de déterminer les facteurs prédictifs de sa survenue.

Patients et méthodes :

➢ Etude transversale monocentrique, conduite sur une période de 08 ans (2010-2018), ayant colligé des patients suivis pour SPA répondant aux critères : Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS).
➢ Les données démographiques, cliniques, radiologiques et biologiques ont été recueillies et analysées sur le logiciel SPSS version 20.
➢ Des analyses univariées puis multivariées ont été réalisées et le degré de signification était fixé à 0.05.

Résultats :

➢ 295 patients ont été inclus.
➢ L'âge moyen était 42.4 ± 12.5 ans. Le sex-ratio F/H était 1.46.
➢ L'âge de début de la maladie était 37.3 ± 12.7 ans.
➢ Le BASDAI moyen était à 4.21 ± 2.06 .
➢ Une coxite a été notée dans 28.6 % des cas (n =65).
➢ La coxite était bilatérale dans 70,8 % (n = 46).
➢ L'âge de début de la SPA était plus bas chez les patients ayant développé une coxite ($31.8 + 12.7$ ans versus $35.7 + 12.05$ ans ; $p < 0.05$). Les hommes étaient majoritaires dans le groupe de coxite (43.5% d'hommes et 18.5% de femmes ; $p < 0,05$).
➢ Le BASDAI était significativement plus élevé chez les patients avec coxite (4.82 ± 2.02 versus 3.94 ± 2.01 ; $p=0.03$).

➢ En analyse multivariée, l'âge de début de la maladie, le sexe, l'enthésite et la sacroiliite radiologique étaient liés de façon significative à la survenue d'une coxite.
➢ En revanche, les paramètres suivants n'étaient pas associés à la survenue des coxite : le tabagisme, le taux de la CRP, la vitesse de sédimentation et le type de manifestation initiale.

Tableau I. Comparatif de quelques données cliniques et démographiques des patients (n=227)

		Fréquence/moyenne ±DS (médiane)	n	p
Age (ans)		41 ±12.3 (42)	227	
Sexe	Hommes	40.5%	92	
	Femmes	59.5%	135	
Coxite		28.6%	65	
Age de début de la maladie		37,3 ± 12,7 (36)	227	
Groupe avec coxite		31,8 + 12,7	65	0,001
Groupe sans coxite		35,7 + 12,05	162	
BASDAI		4,21 ± 2,06	227	
Groupe avec coxite		4,82 ± 2,02	65	0,03
Groupe sans coxite		3,94 ± 2,01	162	
Coxite et sexe	Hommes	61,5%	40	0,002
	Femmes	38,5%	25	

Conclusion:

➢ Les résultats de ce travail rejoignent ceux d'autres études effectuées dans la population maghrébine : une fréquence d'environ 30% de la coxite avec une prédominance masculine et une relation étroite avec l'âge de début de la maladie.
➢ Les résultats portant sur la relation avec d'autres caractéristiques de la SPA restent peu concordants nécessitant des études multicentriques sur des échantillons plus représentatifs.

Relation entre le taux de lipides et la densité minérale osseuse chez des patients tunisiens atteints de spondylarthrite ankylosante

Feki A 1, Akrouf R 1, Sellami I 1, Ghorbel A 2, Gassara 1, Hriz A 1, Ben djemaa S 1, Ezzeddine M 1, Kallel MH 1, Ayadi F 2, Fourati H 1, Baklouti S 1

1: service de rhumatologie CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

2: Laboratoire de biochimie CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction

- L'ostéoporose associée à la spondyloarthrite ankylosante (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 d'évaluer la relation entre le profil lipidique et la densité minérale osseuse (DMO) au niveau de différents sites osseux chez des patients atteints de SA.

Matériels et Méthodes

- Quarante-sept patients atteints de SA, répondants aux critères de New York modifiés et sans antécédent d'ostéopénie, d'ostéoporose ou de pathologie influençant sur le métabolisme osseux ont été inclus dans cette étude transversale.
- Les patients ont bénéficié d'une mesure de la DMO en g/cm² au niveau du rachis lombaire et du col fémoral réalisée par absorptiométrie biphotonique à rayon X ainsi que des dosages des taux sanguins de cholestérol total, LDL, HDL et triglycérides

Résultats

- L'âge moyen des patients était de $43,81 \pm 13,47$ ans, avec un genre ratio (H/F) de 2,9.
- Ils étaient suivis pour SA depuis $15,07 \pm 10,9$ années en moyenne.
- La DMO moyenne au site lombaire était de $1,144 \pm 0,232$ g/cm² [0,693 - 1,652] et celle au site fémoral était de $0,963 \pm 0,171$ g/cm² [0,573 - 1,435].
- Le taux moyen de cholestérol était de $4,3 \pm 0,9$ mmol/l, HDL : $1,1 \pm 0,26$ mmol /l, LDL : $8 \pm 0,3$ mmol /l, triglycérides : $1,2 \pm 0,6$ mmol /l.
- Le LDL cholestérol était corrélé négativement à la DMO du col fémoral ($r = -0,15$; $p = 0,044$). De même le taux de triglycérides était corrélé négativement à la DMO du col fémoral ($r = -0,14$; $p = 0,049$).
- Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le cholestérol total ou HDL et la DMO des différents sites réalisés.

Conclusion

- Dans un échantillon de SA, une dyslipidémie semblait influencer négativement la densité minérale osseuse
- Ces résultats devraient être confirmés par des études à plus grande échelle.

La relation entre l'utilisation du traitement anti-TNF alpha et le syndrome métabolique chez les patients atteints de spondylarthrite

Oulahrir S¹, Akasbi N¹, Boudouaya H², Siar N¹, Harzy T¹

1 Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fès, Maroc

2 Département d'épidémiologie, université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

La spondylarthrite est un rhumatisme inflammatoire chronique associé à un risque accru d'athérosclérose et de syndrome métabolique (SM). L'anti TNF- α est considéré comme l'un des facteurs responsables de la résistance à l'insuline et de la dyslipidémie, caractéristiques importantes du syndrome métabolique.

Notre objectif est d'étudier la relation entre le traitement anti-TNF alpha et le syndrome métabolique chez les patients atteints d'une spondylarthrite.

Matériels et méthodes :

Etude transversale au service de Rhumatologie CHU Hassan Fès, entre janvier 2012 et mars 2019 incluant tous les patients suivis pour spondylarthrite. Les pressions sanguines systolique et diastolique ont été mesurés. La vitesse de sédimentation des érythrocytes (VS), la protéine C-réactive (CRP), la glycémie à jeun et le bilan lipidique ont été évalués chez tous les patients. Des mesures de l'indice d'activité de la spondylarthrite (BASDAI) et du retentissement fonctionnel (BASFI) ont été effectués.

Nous avons procédé au regroupement des patients en 02 groupes : patients sous Anti TNF alpha et patients naïfs.

Résultats :

344 patients inclus, dont 185 femmes (53.8 %) et 159 hommes (46.2 %) . L'âge moyen était de $41,99 \pm 13,65$ ans [16-81]. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de $7,97 \pm 6,62$ ans.

La spondylarthrite était radiographique dans 57 % des cas. 20,3 % des patients étaient sous anti TNF alpha.

Les taux sériques de lipides, la glycémie, la VS, la CRP, les mesures BASDAI, BASFI et la pression artérielle n'étaient pas significativement différents entre les 02 groupes néanmoins que le SM était légèrement augmenté chez le groupe traité par anti TNF alpha que chez le groupe naïf d'anti-TNF alpha avec des fréquences successivement de 18,8% et de 16%.

Conclusions :

Les patients atteints de spondylarthrite ayant reçu un traitement anti-TNF présentaient une incidence plus élevée de SM dans notre contexte. Des études prospectives semblent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Les comorbidités au cours du rhumatisme psoriasique

Oulahrir .S ¹, Akasbi .N ¹, Harzy.T ¹

¹ Service de rhumatologie, CHU Hassan II, Fes, Maroc

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de médecine et de Pharmacie

Introduction :

La fréquence des comorbidités au cours du rhumatisme psoriasique (RP) est mal connue. Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence des comorbidités au cours du RP et d'en déterminer les facteurs associés.

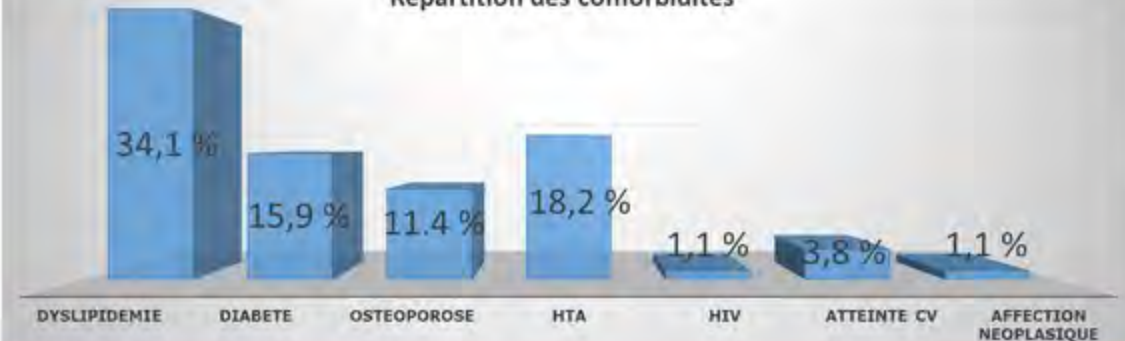
Matériels et méthodes :

Etude transversale réalisée entre janvier 2012 et mars 2019 chez les patients atteints de RP. Nous avons comparé deux groupes de patients : un groupe avec comorbidités et un deuxième groupe sans comorbidités.

Résultats :

88 patients atteints de RP ont été inclus. L'âge moyen était de 49,2+/- 14,5 ans [15-77], avec une prédominance féminine (73,9 % des cas) sex ratio F/H 2,8. La durée d'évolution moyenne est de 8,4 ans + /- 7,9. 58% des patients avaient une comorbidité.

Répartition des comorbidités



	Sans comorbidités	Avec comorbidités	p
Age	47,57	50,43	0,365
Sexe Féminin	47,7 %	52,3 %	0,088
Syndrome inflammatoire	41 %	59 %	1,000
Syndesmophyte dorso lombaire	23,5 %	76,5 %	0,008
Activité	43,1 %	56,9 %	0,823

Conclusion :

Notre étude suggère que la comorbidité est fréquente chez les patients atteints de RP avec syndesmophytes dorso lombaires, ce qui suggère le rôle important de l'inflammation chronique dans l'apparition des comorbidités au cours du RP . Des études prospectives incluant un nombre plus important de patients, semblent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Uvéites des spondyloarthrites : profil des patients du service de rhumatologie de Casablanca

Dr M.LAANAYA, Prof K.NASSAR, Prof O.RACHIDI, Prof S.JANANI, Prof O.MKINSI
Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, CASABLANCA

Introduction :

L'uvéite représente la première cause de toutes les inflammations intraoculaires au cours des spondyloarthrites. Sa rapidité d'installation et la fréquence des récurrences mettent en jeu le pronostic visuel. Elle peut évoluer indépendamment de la maladie rhumatismale. Notre objectif est de préciser le profil des patients ayant présenté des uvéites associées à une spondyloarthrite.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective menée au service de rhumatologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca entre le 1^{er} janvier 2014 et août 2018, ayant inclus 20 cas d'uvéites associées à une spondyloarthrite.

Résultats :

Parmi 73 cas de spondyloarthrites, 20 cas d'uvéite ont été retrouvés, avec une prévalence de 24,6%. L'âge moyen de nos patients était de 35 ans. La prédominance était masculine avec un sexe ratio de 5/1. Il a été spécifié 5 spondyloarthrites ankylosantes, 13 spondyloarthrites axiale et périphérique, une spondyloarthrite associée à une recto-colite hémorragique, et un rhumatisme psoriasique. 9 patients présentaient un HLAB27 positif. L'atteinte articulaire avait précédé l'atteinte oculaire chez 19 cas, et elles étaient simultanées dans 1 cas. 7 patients étaient sous AINS seuls, 1 patient était sous salazopyrine seule, 6 patients sous association AINS et salazopyrine, 3 étaient sous biothérapie seule; 1 patient était sous association de 2 DMARDs, et 2 patients ayant présenté des uvéites à l'arrêt de la biothérapie. 3 de ces patients avait présenté des récurrences sous biothérapie. Tous les patients avaient présenté des signes cliniques spécifiques à type de rougeur oculaire douloureuse, brouillard visuel, et baisse de l'acuité visuelle objectivés à l'examen ophtalmologique comme uvéite antérieure dans 17 cas, uvéite postérieure dans 1 cas, uvéite intermédiaire dans 1 cas et une panuvéite dans 1 seul cas. Il n'a pas été retrouvé de syndrome inflammatoire biologique dans 5 cas, une vitesse de sédimentation normale avec une CRP positive ne dépassant pas 8 mg/l dans 4 cas, et une VS et CRP augmentées retrouvées dans 5 cas en rapport avec une poussée oculaire et articulaire, et non faits chez 6 cas. La corticothérapie locale associée à des mydriatiques étaient prescrits chez 19 cas, et un bolus de solumédrol (1g) pendant 3 jours avec relais de corticothérapie orale a été administrée chez 1 seul patient. L'évolution était bonne chez tous les patients avec des séquelles types synéchies iridocristalliniennes retrouvées chez 9 patients.

Discussion :

Les uvéites des spondyloarthrites sont typiquement d'installation brutale et aiguë ; celles associées aux entérocolopathies ou au rhumatisme psoriasique ont un début plus insidieux et tardif, avec une tendance à la bilatéralisation et la chronicité. L'uvéite est toujours non granulomateuse, souvent unilatérale, à bascule, avec parfois une atteinte contralatérale décalée dans le temps. L'âge de survenue de la première poussée est généralement compris entre 30 et 40 ans, avec une nette prédominance masculine. L'atteinte axiale et la présence de l'antigène HLA B27 sont les 2 principaux facteurs de risque de développement d'une uvéite.

L'atteinte oculaire évolue souvent indépendamment de la maladie rhumatismale, et peut parfois précéder les manifestations articulaires de quelques mois à plusieurs années. Le traitement initial repose sur les corticoïdes locaux à fortes doses avec décroissance progressive. L'utilisation des agents biologiques a significativement amélioré le pronostic des formes sévères de la maladie oculaire.

Aucune étude contrôlée n'a pu montrer l'efficacité de la salazopyrine dans la prévention des récurrences. Actuellement ce traitement est abandonné, en faveur des biothérapies anti-TNF.

Conclusion :

Les uvéites secondaires aux spondyloarthropathies se caractérisent par leur localisation antérieure, l'installation rapide, l'intensité de la réaction inflammatoire, et la tendance à la récurrence. La prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide permet de préserver la fonction visuelle et d'éviter les séquelles.

Les manifestations extra articulaires des spondyloarthrites

Fhima F, Hachfi H, Ben Chekaya N, Feki I, Ardhaoui M, Younes M

Service de rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

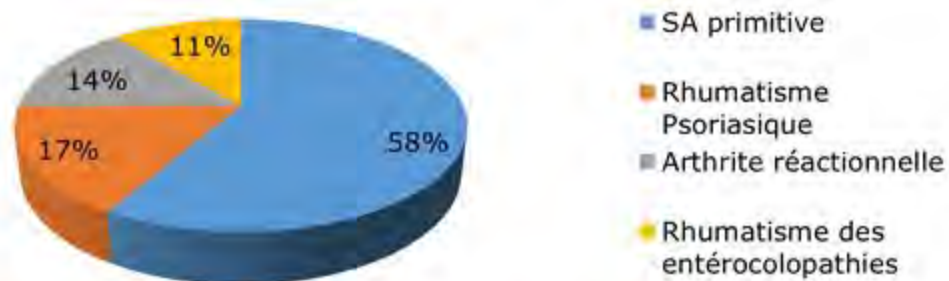
- Les MEA des spondyloarthrites : très variables en termes de fréquence et de sévérité
- Les atteintes les plus fréquentes : l'uvéite, l'atteinte osseuse, intestinale, pulmonaire, cardiaque et rénale
- Notre objectif : déterminer la prévalence et les caractéristiques des MEA

Patients et méthodes :

- C'est une étude rétrospective monocentrique.
- 36 cas de SpA : colligés au service de rhumatologie à l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia sur une période de 6 ans (2013-2018)
- Pour chaque malade nous avons pris en considération, des informations concernant les données démographiques, ses caractéristiques cliniques, radiologiques et biologiques.

Résultats :

- Les hommes : 69,4 % des patients
- L'âge moyen au moment de diagnostic : 35 ans [15 ans, 66 ans]
- Les malades se répartissaient en :



- La durée moyenne d'évolution : 9 ans avec des extrêmes allant de 6 mois à 39 ans
- 11 malades avaient des MEA soit 30,6 % des cas.

Les MEA au cours des SpA:

MEA	Pourcentage	Délai moyen
Atteinte oculaire	21,9%	7 ans et 1/2
Atteinte osseuse: ostéoporose	11,1%	12 ans
Atteinte pulmonaire	5,6%	6 ans
Atteinte digestive	5,6%	2 ans et 1/2
Atteinte cardiaque	5,6%	21 ans et 1/2
Atteinte rénale	2,8%	32 ans

- **L'atteinte oculaire** : uvéite antérieure dans 4 cas et sécheresse oculaire avec un break time altéré dans 3 cas
- **L'atteinte osseuse** : sous forme d'ostéoporose chez 4 malades
- **L'atteinte pulmonaire** : un syndrome restrictif et une bronchectasie
- **L'atteinte cardiaque** : une insuffisance aortique et un infarctus de myocarde
- La survenue de MEA était corrélée à une longue durée d'évolution de la maladie $p=0,032$, à la présence de comorbidités : $p = 0,0001$ et à l'âge ($p = 0,0002$). Les fractures osseuses était significativement associée à la présence de MEA : $p = 0,004$.

Discussion:

Les MEA sont fréquentes au cours des SA. Elles surviennent dans à peu près 40% des cas, ce qui est proche de nos résultats. Les données de la littérature montrait que les patients qui avaient une MEA avaient une durée d'évolution de la maladie plus longue. L'atteinte oculaire constitue l'atteinte extra articulaire la plus fréquente, suivie par l'atteinte osseuse. La recherche des MEA au cours de la SA est importante et systématique pour une meilleure prise en charge des patients, surtout en présence de comorbidités associés.

Conclusion :

Les MEA au cours des SA sont très fréquentes, à rechercher systématiquement. Certaines peuvent engager le pronostic fonctionnel des patients tels que l'atteinte oculaire et d'autres sont graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients tels que l'atteinte cardiopulmonaire. Dans notre série, l'âge, la durée d'évolution de la maladie et la présence de comorbidités semble être fortement corrélés à la survenue de MEA.

Les manifestations oculaires au cours des spondyloarthrites

Fhima F, Hachfi H, Ben Chekaya N, Feki I, Ardhaoui M, Younes M

Service de rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

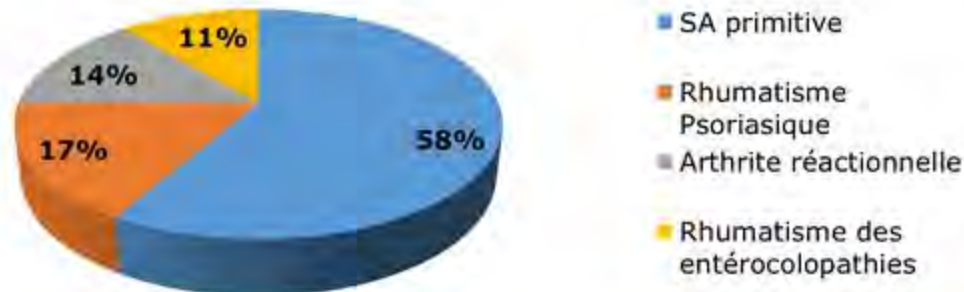
- L'atteinte oculaire : une manifestation extra articulaire fréquente au cours des spondyloarthrites
- Elle se voit dans environ 18 à 32 % des cas.
- Elle se manifeste principalement par une uvéite antérieure aiguë.
- Notre objectif : déterminer la prévalence et les caractéristiques de l'atteinte oculaire au cours des SpA

Patients et méthodes :

- C'est une étude rétrospective monocentrique .
- 36 cas de SA : colligés au service de rhumatologie à l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia sur une période de 6 ans (2013-2018)
- Pour chaque malade nous avons pris en considération, des informations concernant les données démographiques, la durée de la maladie, ses caractéristiques ainsi que les différents traitements.

Résultats :

- 36 patients : majorité masculine , H/F = 2,3
- L'âge moyen au moment de diagnostic : 35 ans [15 ans, 66 ans]
- La durée moyenne d'évolution : 9 ans avec des extrêmes allant de 6 mois à 39 ans
- Les malades se répartissaient en :



- Les MEA : 11 malades, soit 30,6 % des cas
- L'atteinte oculaire :
 - 21,9 % des patients (7 cas)
 - uvéite antérieure dans 4 cas (57,1%)
 - sécheresse oculaire avec un break time altéré dans 3 cas
- L'uvéite était récidivante dans 2 cas d'où l'examen ophtalmologique trouvait des séquelles d'uvéite antérieure.
- Délai moyen de l'atteinte oculaire : 7ans et demi
- Aucun cas d'uvéite paradoxale rapporté
- L'atteinte oculaire au cours des différents types de SA :



- L'atteinte oculaire était plus fréquente chez les patients tarés : p=0,001 et en cas d'âge jeune au diagnostic p=0,004.
- Aucune association significative n'était mise en évidence entre l'atteinte oculaire et le sexe, le tabac, le délai du diagnostic, la forme clinique, l'atteinte radiologique, le syndrome inflammatoire biologique, le BASDAI, le BASFI et l'ASDAS.

Discussion:

Les MEA sont très variables en termes de fréquence et de sévérité. Les atteintes les plus fréquentes sont oculaires. Ces dernières peuvent se voir dans 20-30% des cas au cours de l'évolution de la maladie. L'uvéite reste la manifestation la plus fréquente. Dans 90% des cas, elle est antérieure, aiguë et unilatérale, ce qui est concordant avec les résultats de notre étude.

Conclusion :

Dans notre série, l'atteinte oculaire au cours des SA est dominée par l'uvéite antérieure, caractérisée par l'installation à n'importe quel moment de la maladie et la tendance à la récurrence. L'âge et la comorbidité semble y être fortement corrélés.

Syndrome métabolique et Rhumatisme psoriasique

Youssefi T. 1, Boudhar M. 1, Zoukal S. 2, Haddani Fz. 1, Guich A. 1, Hassikou H. 1

1 Service de rhumatologie, Hôpital militaire My Ismail de Meknès, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (RP) fait partie des spondylarthrites. Il se caractérise non seulement par ses manifestations articulaires et cutanées, mais aussi par diverses comorbidités. Parmi celles-ci ; le syndrome métabolique (SM), mettant en jeu le pronostic cardiovasculaire de ces patients, nécessite une prise en charge thérapeutique et un suivi adéquat.

Mots clés :

Rhumatisme psoriasique, syndrome métabolique, risque cardiovasculaire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de rhumatologie à l'HMMI de Meknès, entre début 2012 et fin 2018, incluant 63 malades (32 hommes et 31 femmes), chez qui le diagnostic de rhumatisme psoriasique a été retenu selon les critères CASPAR, et le syndrome métabolique selon la définition de l'OMS incluant 1 des critères principaux (Diabète, Intolérance au glucose, Glycémie à jeun pathologie, Résistance à l'insuline) et au moins deux des Critères secondaires (Hypertension artérielle (L140/90 mmHg), dyslipidémie (triglycéride L1,695 mmol/l et HDL m0,9 mmol/l chez les hommes; m1 mmol/l chez les femmes), Obésité abdominale (rapport tour de taille/tour de hanche >0,9 (hommes); >0,85 (femmes)).

Tous ces données ont été recueilli sur les dossiers les plus récents des contrôles des patients.

Résultats :

Parmi les 63 patients diagnostiqués rhumatisme psoriasique, l'âge moyen été de 49±12 ans. Le SM était présent chez 33,3% d'entre eux avec une légère prédominance masculine (12 hommes contre 9 femmes), et une moyenne d'âge de 50±12 ans. Sa présence était associée de façon significative à l'indice de masse corporelle >30 (p=0,001), à la prise de corticoïdes (p=0,045), et a la forme topographique, notamment : raideur dorsal (p=0,016), raideur cervical (p=0,013) et sacroilite (p=0,044). Aucune relation n'a été trouvée avec l'âge avancé, le sexe, le tabac, le syndrome inflammatoire ou la durée d'évolution du rhumatisme psoriasique, et la prise des autres thérapeutiques en dehors des corticoïdes, avec respectivement (p=0,338 ; p=0,476 ; p=0,370 ; p=0,703 ; p=0,376 ; p=0,592).

Discussion/Conclusion :

Plusieurs travaux ont montré que le syndrome métabolique représente un facteur de risque cardiovasculaire au cours du psoriasis cutané. Les quelques travaux consacré à étudier le profil de cette complication au cours du rhumatisme psoriasique prouve la prévalence importante de ce syndrome, mais sont divergents concernant un éventuel sur risque cardiovasculaire.

Profil densitométrique dans le Rhumatisme psoriasique

Youssefi T. 1, Boudhar M. 1, Zoukal S. 2, Haddani Fz. 1, Guich A. 1, Hassikou H. 1

1 Service de rhumatologie, Hôpital militaire My Ismail de Meknès, Maroc

2 Laboratoire d'épidémiologie, Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, Maroc

Introduction :

L'ostéoporose est une complication fréquente du rhumatisme psoriasique (RP), qui est du ; d'une part à la réduction de mobilité et d'autre part à l'inflammation. Elle peut mettre en jeu la morbi-mortalité des patients via les fractures.

Mots clés :

Rhumatisme psoriasique, ostéoporose, fractures.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au service de rhumatologie à l'HMMI de Meknès, incluant 50 malades (22 hommes et 28 femmes) diagnostiqués comme rhumatisme psoriasique selon les critères CASPAR, suivis au service entre 2012 et 2018. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique détaillé, un bilan biologique systématique (bilan inflammatoire, bilan phosphocalcique), et dans certains cas dosage de 25OH vit D et PTH, et des radiographies du squelette pelvi-rachidien. Tous les patients ayant des antécédents de pathologies ou de thérapeutiques ostéopéniants ont été exclu.

Résultats :

Dans notre étude, 50 patients ont été inclus, âgés en moyenne de 46 ± 9 ans. L'ostéoporose a été objectivée chez 17 cas (soit chez 35% des cas) avec 20 cas d'ostéopénie. Dans le groupe ostéoporose, l'âge moyen était de 45 ± 7 ans, et une prédominance féminine à 64%. Par ailleurs l'âge de début de la maladie était en moyenne de 40 ± 12 ans et la durée moyenne d'évolution était de 9 ± 8 ans.

Une association statistiquement significative a été retrouvée entre la diminution de la densité osseuse et l'âge ($p=0,001$), l'ancienneté de la maladie ($p=0,002$), le traitement par anti-TNF ($p=0,034$) notamment l'ADALIMUMAB chez 83,3% des patients, et la présence de fracture vertébrale ($p=0,000$) chez 81,8% des cas. Le sexe, La ménopause, les habitudes toxiques, la forme clinique, les signes extra articulaires et le syndrome inflammatoire biologique n'influençaient pas le profil ostéodensitométrique des malades.

Discussion/Conclusion :

Les études actuellement disponibles permettent d'évoquer une prévalence plus élevée de l'ostéoporose, et par conséquent de fractures pathologiques, au cours du RP, particulièrement chez la femme ménopausée.

Mais leurs résultats restent contrebalancer concernant l'influence de la topographie de l'atteinte articulaire, la présence ou pas de psoriasis cutané et le syndrome inflammatoire, sur le profil ostéodensitométrique de ces patients.

Différences cliniques, biologique et radiographiques des spondyloarthrites à début juvénile, adulte et tardif : étude comparative

H.Sahraoui, D.Jouida, A.Mougui, S.Errafia, M.samih, I.Elouchti

Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Introduction :

Les spondyloarthrites correspondent à un spectre de rhumatismes inflammatoires chroniques avec atteinte axiale, périphérique et enthésique. L'âge de début de la maladie pourrait influencer l'aspect clinique, radiologique ainsi que le pronostic de la spondyloarthrite. Les données publiées concernant ce sujet sont très hétérogènes.

L'objectif de cette étude est de comparer le profil clinique, biologique, radiologique, et thérapeutique chez une population marocaine atteinte de spondyloarthrite à début juvénile, à début adulte et à début tardif.

Matériels et méthodes:

• Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de rhumatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech entre 2011 et 2018.

• Les patients ont été classés en 3 catégories en fonction de l'âge d'apparition des symptômes: (1) spondyloarthrite à début juvénile (âge d'apparition des symptômes \leq 16 ans); (2) spondyloarthrite à début adulte (16 an $<$ âge d'apparition des symptômes \leq 40 ans) et (3) spondyloarthrite à début tardif (âge d'apparition des symptômes \geq 40 ans).

• Les signes cliniques initiaux articulaires ou extra-articulaires, le BASDAI, les paramètres biologiques et les modifications radiographiques ont été examinés rétrospectivement à l'aide de dossiers médicaux.

• Les comparaisons entre les 3 groupes ont été effectuées à l'aide du test du Khi-deux ou du test exact de Fisher pour les variables catégorielles, et le test U de Mann-Whitney pour les variables continues.

• Les valeurs $p < 0,05$ ont été considérées comme statistiquement significatives. L'analyse des données a été réalisée avec SPSS version 20.

Caractéristiques (n=101)	SpA juvénile (n=30)	SpA adulte (n=40)	SpA tardive (n=31)	P*	P**
Age moyen au début des symptômes (année)	12,1 (4,1)	30,6 (10,3)	58,5 (6,9)	< 0,001	< 0,001
Sexe masculin, %	73,3	45	29	< 0,001	< 0,001
Délai diagnostique, année (ET)	9,5 (6,8)	6,3 (7,4)	7,6(6,8)	0,014	0,012
Signe clinique, %					
Lombalgie	10	5	12,9	0,361	0,08
Polyarthralgies	36,7	27,5	38,7	0,414	0,317
Enthésite	73,3	85	93,5	0,534	0,289
Douleur de la hanche	26,7	15	9,7	0,227	0,504
Uvéite, %	6,7	17,5	6,5	0,115	0,104
SpA familiale, %	23,3	12,5	19,4	0,243	0,429
HLA B27, %	6,7	7,5	6,5	0,983	0,282
BASDAI moyen (ET)	4,2 (2)	5,4 (2,2)	4,2 (2)	0,864	0,964
BASFI moyen (ET)	5,4(2,5)	4 (2,1)	5,7 (1)	1	1
Syndrome inflammatoire, %					
VS moyenne (ET)	47,7 (33,6)	46,7 (32,3)	55,5 (38,3)	0,907	0,549
CRP moyenne (ET)	42,4 (48,7)	27,7 (22,5)	38,4 (43,4)	0,500	0,857
Signes radiologiques, %					
SI radiographique	80	77,5	90,3	0,801	0,153
SI non radiographique	6,7	12,5	6,5	0,421	0,396
Romanus	50	62,5	19,4	0,239	0,553
Syndesmophytes	40	42,5	29	0,834	0,021
Enthésophytes	23,3	35	19,4	0,292	0,036
coxite	80	30	25,8	<0,001	0,781
Traitements, %					
AINS	33,3	45	35,5	0,324	0,418
Méthotrexate	13,3	10	19,4	0,664	0,261
Salazopirine	10	10	12,9	1	0,701
Biothérapie	36,7	30	3,2	0,766	0,004
Réponse aux AINS	63,3	67,5	48,4	0,528	0,089

Tableau 1: Les caractéristiques des patients de l'étude.
p*: signification statistique entre SPA adulte/SPA juvénile;
p**: signification statistique entre SPA adulte/SPA tardive.

Résultats:

• Les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques des patients atteints de spondyloarthrite en fonction de l'âge de début des symptômes sont décrites dans le tableau 1.

• Les patients atteints de spondyloarthrite juvénile étaient plus de sexe masculin et plus jeunes, avaient un délai diagnostique plus long et plus d'atteinte coxo-fémorale.

• Les manifestations périphériques sont plus fréquentes dans le groupe à début juvénile. Les manifestation axiale sont plus fréquente dans le groupe à début adulte et tardif.

• En ce qui concerne l'évaluation de l'activité de la maladie, il n'y avait pas de différences entre BASDAI, VS et CRP.

• Les signes radiographiques sont plus fréquents dans le groupe à début juvénile et à début adulte que le groupe à début tardif.

Discussion:

De nombreuses études ont mis en évidence des différences significatives entre les trois groupes de spondyloarthrite. Bien que les groupes SPA juvénile et SPA tardive représentaient une petite partie de la population totale, tous les deux avaient leurs signes distinctifs au début et différents signes cliniques, fonctionnels et radiographiques. L'atteinte de la hanche semble beaucoup moins fréquente dans le groupe SPA tardive que le groupe SPA juvénile. Cette constatation confirme l'existence d'un lien entre l'âge de début de la maladie et l'atteinte de la hanche.

Conclusion:

La présentation clinique et le retentissement radiographique est différent entre les 3 groupes de spondyloarthrite. Par conséquent, le traitement et le pronostic varient selon l'âge d'apparition de la maladie.

Evaluation du délai diagnostique au cours des spondyloarthrites chez une population du sud Maroc

H.Sahraoui, B. Régis, I.Elbouchti

Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Introduction:

Les spondyloarthrites (SpA) forment un ensemble d'entités rhumatologiques regroupant autour de la spondylarthrite ankylosante (SA), le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et les SpA indifférenciées. Cette maladie chronique est à l'origine d'une perte des capacités fonctionnelles et donc d'un retentissement professionnel et d'un coût socioéconomique d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge optimale. L'objectif de cette étude est d'évaluer le délai diagnostique dans une population du sud Maroc atteinte de spondyloarthrite, d'analyser les facteurs γ associés et les procédures et investigations réalisées.

Matériels et méthodes

- Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale menée au service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Marrakech.
- Nous avons inclus les patients atteints de spondyloarthrite selon le diagnostic du rhumatologue et les critères de classification de l'ASAS durant une période de 8 ans (de 2011 à 2018). C'est une étude à caractère « rétroactif ».
- Les données ont été recueillies lors d'entretiens en face-à-face à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation ou par un appel téléphonique.
- Les facteurs associés au délai diagnostique ont été renseignés. Le nombre des médecins consultés et les événements survenus avant le diagnostic ont été analysés.
- Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Un $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif.

Résultats :

- Parmi les 190 participants à l'étude, 128 patients ont été analysés : Il s'agit de 76 hommes (59,4%) et 52 femmes (40,6%). L'âge moyen au moment du diagnostic est de 35,2 ans (écart-type [ET] : 14,5). L'âge moyen à l'apparition des premiers symptômes est de 28,8 ans.
- Le délai diagnostique moyen: 7,06 ans (ET : 6,6). La médiane: 2,0 ans (ET: 0-30).
- En analyse multivariée les facteurs associés de manière indépendante à un délai diagnostique plus long sont: un niveau d'éducation plus faible (\leq fin des études secondaires, $\beta = -0,240$; $p = 0,046$) et la situation familiale (patients mariés) ($\beta = 0,337$; $p = 0,014$).
- Les patients ont consulté en moyenne 4,5 médecins (médiane : 4,0) avant le diagnostic : 96,1% se sont adressés à un généraliste, 68,8 % à un rhumatologue, 21,1 % à un chirurgien orthopédiste, 12,5% à un interniste, 9,4 à un neurochirurgien, 3,9% à un neurologue, 3,1% à un phytothérapeute.

variables	Analyse univariée : β (valeur de p)	Analyse multivariée : β (valeur de p)
Sexe	0,018 (0,842)	0,169 (0,177)
Plus faible niveau d'éducation	-0,249 (0,012)	-0,240 (0,046)
Situation professionnelle (emploi rémunéré)	0,023 (0,813)	0,122 (0,317)
Situation familiale (mariée)	0,188 (0,044)	0,337 (0,014)
Age plus élevé au moment du diagnostic	0,084 (0,354)	-0,226(0,129)
Arthrite sacroiliite	-0,078 (0,388)	0,004 (0,967)
	0 (0,999)	0,024 (0,816)

variables

Investigations inutiles faites avant le diagnostic, n(%)

- Biopsie synoviale,	3 (2,3 %)
- Myélogramme,	2 (1,6 %)
- Endoscopie digestive	14 (10,9%)
- Ponction articulaire à visée diagnostique.	14 (10,9%)

Traitements pris avant le diagnostic: n(%)

- Infiltrations articulaires	14 (10,9 %)
- Infiltrations rachidiennes	5 (3,9 %)
- Corticothérapie orale	52 (40,6 %)
- Immunosuppresseurs	5 (2,3 %)
- Extencilline	17 (13,3%)
- Antibiothérapie	3 (2,3%)
- Chirurgie	12 (9,4%)

Conclusion:

- Il peut paraître disproportionné de plaider en faveur d'un diagnostic précoce dans une maladie chronique susceptible d'évoluer sur plusieurs décennies. Cependant, il faut probablement inscrire, parmi les priorités, la mise à jour des connaissances dans le domaine du diagnostic et de la prise en charge des spondyloarthrites auprès des acteurs médicaux afin de réduire au strict minimum le coût humain, direct et indirect, et le coût financier pour la société.

Influence de la fibromyalgie sur l'évaluation de l'atteinte enthésitique au cours du Rhumatisme psoriasique

Nacef L, Mahmoud I, Saidane O, Ben Tekaya A, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de rhumatologie, CHU Charles Nicole de Tunis

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique (RPso) est une maladie inflammatoire qui associe le psoriasis cutané à une atteinte articulaire grave, dont le substratum anatomique est une atteinte enthésitique. La mesure clinique de l'enthésite à l'aide des scores **MASES** (Maastich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) ou **LEI** (Leed Enthesitis Index) peut être influencée par la coexistence d'une fibromyalgie (FM), car les points sensibles sont très similaires dans ces deux maladies.

Méthodes

Type de l'étude: Etude monocentrique, transversale, réalisée à l'hôpital Charles Nicole de Tunis ayant inclus des patients atteints de rhumatisme Psoriasique et répondant aux critères CASPAR.

Les données socio démographiques ont été collectées. L'activité de la maladie a été évaluée par les scores **BASDAI**, **BASFI** et **DAS28**. L'implication enthésitique a été évaluée par le score **LEI**. La fibromyalgie associée a été dépistée par le questionnaire **FIRST**.

Résultats :

Trente huit patients ont été recensés pour l'étude. La fibromyalgie a été retrouvée chez 21% des patients.

Le score **BASDAI** était significativement plus élevé chez les patients atteints de fibromyalgie, de même que le score **BASFI** (**Tableau I**).

Une association statistiquement significative a été retrouvée entre un score **FIRST** élevé et un score **LEI** important (**p=0,048**, **r=0,774**).

Tableau I: Répartition des moyennes des scores **BASDAI** et **BASFI** selon l'existence ou non de fibromyalgie:

	Fibromyalgie	Pas de fibromyalgie	P
BASDAI	6,17	3,17	0,001
BASFI	6,32	2,98	0,002

Discussion

Le rhumatisme psoriasique et la fibromyalgie sont deux pathologies dont la coexistence n'est pas rare. Elle a été estimée dans une étude menée par Brikman et al à 17,8%[1].

L'évaluation d'une spondyloarthrite peut être compliquée par la présence d'une fibromyalgie [2]. La principale cause de confusion de ces deux pathologies est liée aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) de 1990 où il existe un chevauchement du siège des enthésites de la SpA avec les points sensibles de la FM [3].

Une étude transversale menée auprès de patients atteints de RPso et d'autres de FM a conclu que ces derniers avaient un score enthésitique et des signes somatiques plus importants, et que l'existence de plus de 6 signes somatiques et plus de 8 points douloureux étaient les meilleurs prédictifs de la coexistence d'une fibromyalgie [4].

Cependant, le meilleur moyen de distinguer ces deux pathologies pour l'évaluation correcte de l'activité reste l'échographie des enthèses [5].

Conclusion

L'existence d'une fibromyalgie pourrait influencer l'évaluation de l'atteinte enthésitique. Le score **FIRST** peut constituer un outil de dépistage mais l'échographie des enthèses est un moyen de faire la différence entre les deux atteintes.

Références

- 1) Brikman, S., Furer, V., Wollman, J., Borok, S., Matz, H., Polachek, A., ... Elkayam, O. (2016). The Effect of the Presence of Fibromyalgia on Common Clinical Disease Activity Indices in Patients with Psoriatic Arthritis: A Cross-sectional Study. *The Journal of Rheumatology*.
- 2) Konno T. Differentiation of the clinical features of psoriatic arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2012
- 3) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee.
- 4) Marchesoni A, Atzeni F, Spadaro A, Lubrano E, Provenzano G, Cauli A, et al. Identification of the clinical features distinguishing psoriatic arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2012
- 5) Marchesoni A, De Marco G, The problem in differentiation between psoriatic-related polyarthralgia and fibromyalgia, *Oxford Journals*.

Impact de la coexistence d'une fibromyalgie sur la qualité de vie des patients atteints de rhumatisme psoriasique

Mahmoud I, Nacef L, Ben Tekaya A, Saidane O, Tekaya R, Abdelmoula L

Service de Rhumatologie, hôpital Charles Nicole de Tunis

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par des manifestations cutanées et une atteinte articulaire potentiellement invalidantes. L'existence d'une fibromyalgie associée est un facteur aggravant de la maladie, qui nuit considérablement à la qualité de vie des patients.

Méthodes:

Type de l'étude: Etude monocentrique transversale portant sur des patients atteints de rhumatisme psoriasique et répondant aux critères CASPAR, suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis.

Les données sociodémographiques de ces patients ont été recueillies ainsi que les **paramètres d'activité** de la maladie.

La fibromyalgie a été dépistée par le Fibromyalgia Rapid Screening Tool (**FIRST**).

La qualité de vie a été évaluée à l'aide des scores PsAQol, EuroQol et DLQI.

Résultats:

Population d'étude: Trente huit patients ont été recensés pour l'étude, dont 2 hommes et 10 femmes.

Période d'inclusion: Janvier à Avril 2018

L'âge moyen était de 52,9 [25-78 ans]. Le score **PsAQol** était significativement plus élevé chez les patients atteints de fibromyalgie.

Le score **EuroQol** était significativement plus élevé chez les patients ayant une fibromyalgie (**p=0,048**). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de patients pour le **score DLQI**.

Tableau I: répartition des moyennes des scores PSAQol et DLQI selon l'existence ou non de fibromyalgie:

	Fibromyalgie	Pas de fibromyalgie	p
PsAQol (Moyenne)	12,63	6,5	0,001
DLQI	3,25	6,63	0,137

La dimension du socre PsAQol la plus touchée était "la douleur et l'inconfort" (75% des items 2 et 3 étaient cochés). Enfin, 25% des patients ayant une fibromyalgie ont déclaré être "très inquiets ou déprimés". Les domaines les plus importants sont représentés dans le **tableau II**.

Tableau II: Problèmes rapportés selon l'existence ou non de fibromyalgie:

	Fibromyalgie	Pas de fibromyalgie
Problèmes d'autonomie	62%	30%
Problèmes de mobilité	62%	36%
Incapacité d'exercer les activités quotidiennes	87%	70%

Discussion:

Le PsAQol est un instrument composé de 20 items permettant d'évaluer la qualité de vie des patients atteints de rhumatisme psoriasique [1]. Il a été adapté à plusieurs langues [2,3]. Dans une étude ayant comparé l'impact de la PR et du RPso sur la qualité de vie des patients, il a été constaté que ces deux pathologies perturbaient le bien être des patients [4]. Brikman et al ont démontré à travers leur étude que la coexistence d'une fibromyalgie avec le rhumatisme psoriasique altérait le score HAQ de ces patients [5]. Une autre étude a démontré que le type de comorbidités associées au rhumatisme psoriasique, et notamment la fibromyalgie, influait plus la qualité de vie des patients que le nombre de comorbidités lui-même [6].

Références:

- 1) McKenna SP, Doward LC, Whalley D, Tennant A, Emery P, Veale DJ. Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis.
- 2) E Billing, SP McKenna, Adaptation of the Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL) instrument for Sweden, Scand J Rheumatol. 2010
- 3) Barcelos A, Ambroci C, Psoriatic Arthritis Quality of Life questionnaire: translation, cultural adaptation and validation into Portuguese language, Rheumatol Int.
- 4) S P McKenna, L C Doward, Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis, Ann Rheum Dis 2004.
- 5) Brikman S, Furer V, The Effect of the Presence of Fibromyalgia on Common Clinical Disease Activity Indices in Patients with Psoriatic Arthritis: A Cross-sectional Study. J. Rheumatol. 2016
- 6) Husted JA, Thafaneswaran A, Incremental effects of comorbidity on quality of life in patients with psoriatic arthritis.

Prévalence de la fibromyalgie chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique et son impact sur la fatigue

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

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est une maladie inflammatoire associant une atteinte cutanée et une atteinte articulaire potentiellement invalidante. La fibromyalgie (FM) peut s'associer chez ces patients et être responsable d'une surestimation de la fatigue globale ressentie par le patient.

Méthodes:

Type de l'étude: Etude monocentrique transversale portant sur des patients atteints de rhumatisme psoriasique et répondant aux critères CASPAR, suivis au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicole de Tunis.

Les données sociodémographiques de ces patients ont été recueillies ainsi que les paramètres d'activité de la maladie.

La fibromyalgie a été dépistée par le Fibromyalgia Rapid Screening Tool (**FIRST**).

La fatigue a été évaluée par le score **FACIT**.

Le retentissement fonctionnel a été évalué par le Health Assessment Questionnaire (**HAQ**).

Résultats :

Trente huit patients ont été recensés pour l'étude, dont 2 hommes et 10 femmes,

Période d'inclusion: de Janvier et Avril 2018.

L'âge moyen était de 52,9 [25-78 ans].

Figure 1: Prévalence de la fibromyalgie dans notre population:

Prévalence de la fibromyalgie
■ Fibromyalgie ■ Pas de fibromyalgie

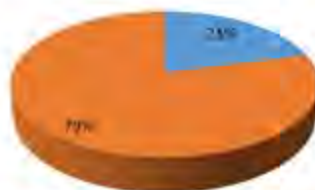


Tableau I: Influence de la fibromyalgie sur la fatigue et le score HAQ:

	Fibromyalgie	Pas de fibromyalgie	p
FACIT	33,2	19,13	0,000
HAQ	1,71	0,8	0,000

La fatigue était sensiblement plus importante chez les patients présentant une FM sous jacente. De même, le score HAQ était significativement plus élevé chez les patients atteints de FM dans notre série.

Discussion:

La fatigue est un symptôme commun au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques et notamment du rhumatisme psoriasique. Son existence a été associée dans certaines études au sexe féminin, à la douleur, au retentissement fonctionnel de la maladie, et à la santé mentale [1].

Le traitement de la maladie de fond doit impérativement tenir compte de la fatigue et de ses facteurs associés.

Conclusion:

La fibromyalgie est une pathologie étroitement associée aux spondylarthrites notamment le rhumatisme psoriasique. Sa prévalence n'est pas négligeable et a un impact significatif sur la fatigue ressentie par le patient ainsi que sur le score HAQ.

Références:

1) Husted JA, Tom BD, Occurrence and correlates of fatigue in psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis 2009.

Coxite au cours des spondyloarthrites

Ben Chekaya N.1, Jguirim M.1, Ben Letaifa M.1, Miri S.1, Borgi O.1, Fakhfekh R.1, Zrour S.1, Bejia I.1, Touzi M.1, klii R.2, Bergaoui N.1

1Service de Rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

2Service de Médecine Interne CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction :

L'atteinte coxo-fémorale au cours des spondyloarthrites (SPA) est une localisation articulaire périphérique revêt un intérêt particulier du fait de sa fréquence et sa gravité et par l'importance de retentissement fonctionnel qu'elle engendre. Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence, les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de cette atteinte au cours de ce rhumatisme inflammatoire.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 42 patients hospitalisés dans le service de rhumatologie de Monastir entre Janvier 2000 et Janvier 2014 pour SPA.

Résultats :

Une SPA primitive dans 38 cas, une SPA secondaire à une MICI dans 3 cas, un rhumatisme psoriasique (RP) dans 1 cas. L'âge moyen des patients était de 32,4 ans. La coxite était bilatérale dans 45,24% des cas, inaugurale dans 9,5% des cas et à début juvénile dans 4,8% des cas.

Les formes anatomo-radiologiques de la coxite sont dominées par la forme constructrice pseudo-arthrosique (61,9%).

Toutes ces formes anatomo-radiologiques sont illustrées dans le schéma suivant: (figure 1)

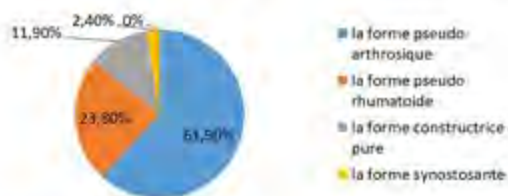


Figure 1: les formes anatomo-radiologiques de la coxite

L'indice de Lequesne moyen était de 16,19 à droite et de 16,96 à gauche. Les traitements reçus en cas de coxite étaient : les anti inflammatoires non stéroïdiens (95,8%), la corticothérapie générale (31%), le traitement de fond (100%), la synoviorthèse (23 cas) et la prothèse totale de la hanche (PTH) (6 cas). (figure 2)

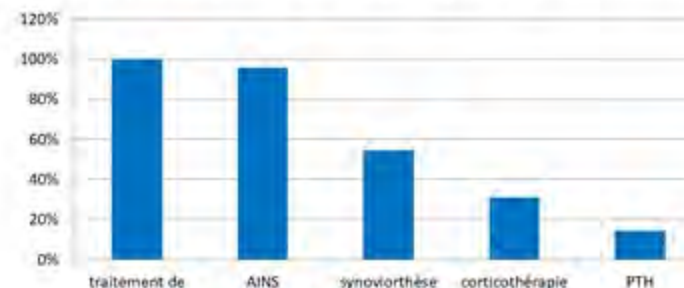


Figure 2: les différents traitements reçus

Les facteurs prédictifs de survenue de coxite étaient :

- * les formes anciennes de la SPA
- * les formes de SPA avec atteintes rachidiennes
- * sacro-iliaque évoluées.

En revanche, le sexe, le type de la SPA et l'existence d'un terrain héréditaire prédisposant n'influencent pas le risque de survenue de cette atteinte. Aucune association n'a été objectivée entre la survenue d'une coxite et les manifestations extra articulaires de la maladie.

Conclusion :

La survenue d'une coxite marque un tournant évolutif dans l'histoire de la SPA. Elle constitue un facteur prédictif de sévérité de la maladie. La PTH est la meilleure solution en cas d'échec du traitement médical même chez des sujets jeunes et offre une meilleure qualité de vie pour les malades lorsque la coxite est grave et très gênante.

La spondylarthrite ankylosante: étude d'une série de 42 cas

Gassara Z. (1), Dammak C. (2), Frikha F. (2), Ben Hamad M. (2), Snoussi M. (2), Loukil H. (2), Jallouli M. (2), Marzouk S. (2), Bahloul Z (2).

(1) Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie (2) Médecine interne, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SPA) représente le chef de file du groupe des spondyloarthrites. Elle est caractérisée par une atteinte axiale pelvi-rachidienne et/ou articulaire périphérique associées ou non à des manifestations systémiques. Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques de la SPA dans un service de médecine interne.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective colligeant les cas de spondylarthrite ankylosante dans sa forme primitive dans le service de Médecine Interne de Sfax durant une période de 12 ans (entre 2006 et 2018). Le diagnostic de SPA a été retenu selon les critères de New York modifiés.

Sont exclus de cette étude le rhumatisme psoriasique, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et les arthrites réactionnelles.

Résultats :

- 42 cas de SPA ont été observés.
- 35 hommes et de 7 femmes (H/F= 5).
- Age moyen au moment du diagnostic: 35,3 ans (extrêmes entre 15 et 65 ans).
- Délai entre le début des symptômes et le diagnostic: 10 ans en moyenne.

Forme clinique de la SPA:

- Forme axiale pure chez 23 cas (**54,8%**).
- Forme mixte (axiale et périphérique) chez 19 cas (**45,2%**).
- Une coxite était retrouvée chez 10 patients (**23,8%**).

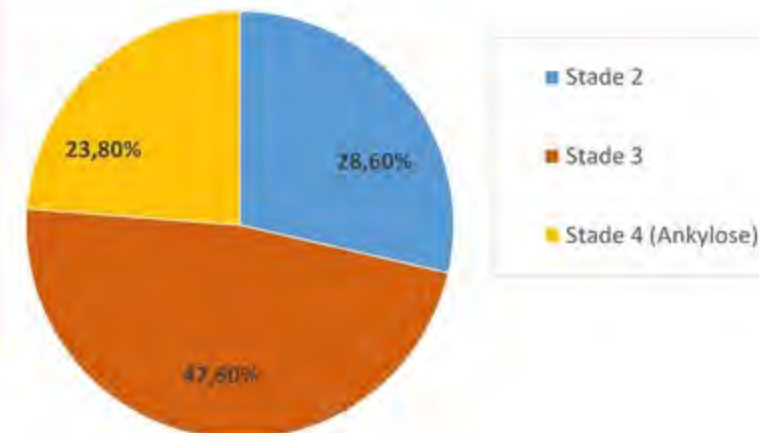
Forme Clinique de la spondylarthrite ankylosante dans notre série



Stade radiologique de la sacroiliite

Pour la sacro-illite radiologique:

- Bilatérale chez tous les patients.
- Stade 3 chez 20 cas (**47,6%**).
- Stade 2 chez 12 cas (**28,6%**).
- Stade d'ankylose chez 10 cas (**23,8%**).



- Typage HLA B27: positif chez 23 patients (**54,8%**).
- A côté du traitement par les anti-inflammatoires non stéroïdiens, un traitement de fond à base de salazopyrine a été prescrit chez 15 malades. Un traitement par anti-TNF alpha était indiqué chez 3 malades.

Conclusion :

- La SPA est une maladie qui reste relativement fréquente dans notre pays.
- La prédominance masculine est prouvée dans notre série.
- La prévalence de l'antigène HLA B27 dans notre série est élevée. Il est présent chez plus que la moitié des malades et il constitue actuellement un outil diagnostique intéressant en plus de l'imagerie.

Les patients atteints de spondylarthrite axiale non radiographique sont-ils différents de ceux atteints de spondylarthrite ankylosante?

S.Ait Malek, L.Habibi, I.Elboucti

Service de rhumatologie, centre hospitalier universitaire Mohamed VI, Marrakech, Maroc

Introduction:

•L'introduction d'un nouveau concept de spondylarthrite axiale avec deux formes ou sous-groupes (radiographiques ou spondylarthrite ankylosante (SA) et les formes non radiographiques) a été mis au point au cours de ces dernières années, cependant, le débat concerne en particulier la forme non radiographique qui semble être une entité à part. Le but de la présente étude est de comparer ces deux groupes en décrivant les similitudes et les différences que représentent ces 2 entités.

Matériels et méthodes:

- Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, menée au service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Marrakech sur une période de 6ans.
- Nous avons inclus 1152 patients atteints de SPA diagnostiqué selon les critères ASAS 2010 (96 avaient une SA et 56 non radiographique).
- Les données démographiques, cliniques, radiologiques et biologiques ainsi que thérapeutiques ont été recueillies et analysées sur le logiciel SPSS version 20.
- le degré de signification était fixé à 0.05.

Résultats:

- Parmi les 152 patients inclus, 96 patients ont été classés dans la catégorie spondylarthrite radiographique (SA) et 56 dans la catégorie spondylarthrite non radiographique.
- L'âge moyen au début des symptômes était plus âgé dans le groupe SPA non radiographique (40,3 ± 14,3 vs 27,46 ± 13,02 : p <0,005).
- La proportion de femmes était plus élevée chez les patients atteints de SPA non radiographique (54,2% contre 29,6%, respectivement : p <0,005).
- Les variables cliniques ne différaient pas entre les patients atteints de SA et de SPA non radiographique sauf en ce qui concerne l'atteinte enthésitique qui est plus fréquente dans le groupe non radiographique (58.9% versus 43.2%).
- Les signes d'inflammation étaient significativement plus élevés chez les patients atteints de SA que chez ceux atteints de SPA non radiographique, avec un taux médian de VS de 40.9 versus 28.59 mm et de protéine C-réactive de 32.37 versus 18,3 mg / litre.
- En outre, le BASDAI étaient non significativement plus élevée dans le sous groupe non radiographique (4.6 versus 3).
- Sur le plan thérapeutique, les biologiques ont été proposés beaucoup plus souvent au groupe SA (dans 30 %des cas).

Caractéristiques (n=152)	SpA radiographique (n=96)	SpA non radiographique (n=56)	P
Age moyen au début des symptômes (année)	27.46(13.02)	40,3 (14.3)	< 0,005
Sexe féminin(%)	29,6	54.2	< 0,005
Les signes clinique (%)			
Lombalgie	87.5	45.2	0,08
Atteinte périphérique	26.7	47.5	0,317
Enthésite	43,2	58.9	0,289
Atteinte de la hanche	56.7		
Uvéite (%)	16.7	7.5	0,104
SpA familiale (%)	13.5	2,5	0,529
BASDAI moyen	3	4.6	0,864
BASFI moyen	5.4	4.5	1
Syndrome inflammatoire			
VS moyenne	40.9	28.59	0,549
CRP moyenne	32.37	18,3	0,857
Traitements(%)			
AINS	63.3	45	0,428
Biothérapie	30	6.72	0,001

Conclusion:

Les patients atteints de spondylarthrite non radiographique constitue un groupe partiellement hétérogène caractérisés par la faible proportion d'hommes et par le faible fardeau de l'inflammation par rapport aux patients atteints de SA.

Facteurs de risques cardiovasculaires dans les rhumatismes psoriasiques

S. ATHIMNI (1) ; M. Slouma (1) ; R. Dhahri (1) ; L. Metoui (1) ; gueddiche N. Bousetta (1) ; F. Laajaili (1) ; I. Gharsallah (1) ; B. Louzir (1)

Service médecine interne, Hôpital militaire de Tunis.

Introduction :

Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire chronique. Les facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) doivent être recherchés systématiquement car ils peuvent s'associer à une surmortalité au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

L'objectif de ce travail était de déterminer la fréquence des risques cardiovasculaires dans le rhumatisme psoriasique et d'identifier les facteurs associés.

Patients et méthodes

Étude rétrospective ayant inclus 30 patients atteints de rhumatisme psoriasique répondant aux critères d'Assessment of SpondylArthritis International Society (ASAS). Les caractéristiques démographiques, cliniques et biologiques ont été relevées. Les facteurs de risques cardiovasculaires (FRCV) recherchés à savoir l'obésité, le tabac, le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), hyperuricémie et la dyslipidémie.

Résultats

Le sex Ratio H/F était à 1,63. L'âge moyen était de $38,2 \pm 3$ ans. Le délai diagnostique était de $2 \pm 1,5$ ans. L'ancienneté de la maladie était $4,2 \pm 1,5$ ans. L'indice de masse corporel (IMC) moyen était de $27,8 + 4$ kg/m². La CRP et la VS étaient élevées dans respectivement 60,5% et 36,6% des cas. Le psoriasis cutané précédait le rhumatisme dans 40% des cas, était de découverte concomitante dans 35%. Le mode de début était périphérique articulaire isolé dans 45% des cas et axial isolé (radiographique ou non radiographique) dans 40,7%.



FIG1: Répartition des patients selon le nombre de FRCV

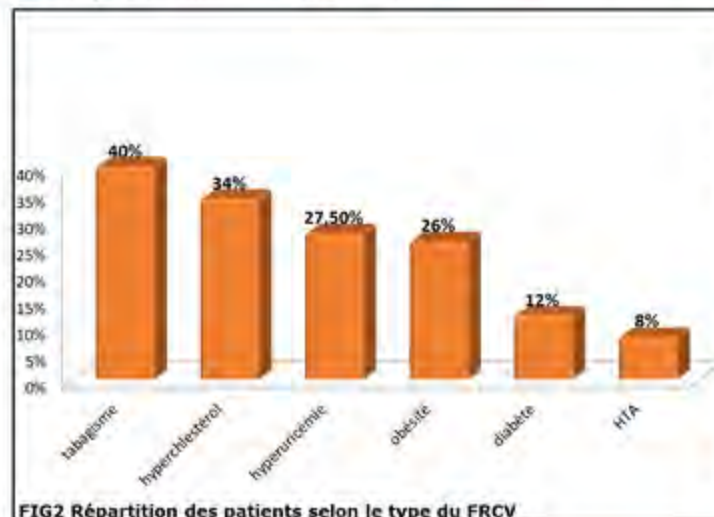


FIG2 Répartition des patients selon le type du FRCV

Facteurs	FRCV-	FRCV+	P
Age	49,5	42,5	0,014
Durée d'évolution (ans)	4,7	2,6	0,022
VS (mm H1)	33,8	44,3	0,422
CRP (mg/l)	23,7	18,4	0,471
BASDAI	3,05	4,29	0,916

Tableau 1: facteur influençant la présence de FRCV

Conclusion

Notre étude a montré que les FRCV sont fréquents au cours des rhumatismes psoriasiques. L'âge avancé et l'ancienneté de la maladie semblent être les facteurs associés à la présence de ces FRCV.

Une hypertriglycémie et une hypercholestérolémie ont été notées dans respectivement 34% et 24% des cas.

Le taux de LDL moyen était $> 1,8$ mmol/L. Le coefficient LDL/HDL était $> 3,5$ chez plus de 58% des patients.

Le taux d'acide urique était plus élevé chez les patients ayant un FRCV ($442,2$ vs $326,4$ p=0,015).

Les patients ayant un FRCV avaient un âge plus avancé ($49,2$ vs $42,5$ ans p=0,014) et une durée d'évolution de la maladie plus importante ($4,7$ vs $2,6$ p= 0,022).

Le rhumatisme psoriasique : profil clinique paraclinique et évolutif

L Elouadghiri , R Bomba, P Mouele, I Elbouchti

Service du rhumatologie, CHU Mohammed VI Marrakech, Maroc

Introduction :

- Le rhumatisme psoriasique est un rhumatisme inflammatoire de la famille des spondyloarthrites.
- Il touche jusqu'à 40% des patients atteints d'un psoriasis cutané.
- L'atteinte articulaire est relativement hétérogène.
- Certaines formes cliniques sont proches de celles d'une polyarthrite rhumatoïde.
- La prise en charge thérapeutique du rhumatisme psoriasique a connu de nombreuses évolutions ces dernières années.

Objectif :

Evaluer la fréquence, le profil clinique paraclinique et évolutif des patients atteints de rhumatisme psoriasique dans notre contexte.

Méthode :

- Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre janvier 2014 et janvier 2019 incluant tous les patients atteints d'un rhumatisme psoriasique.
- Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives sont étudiées.

Résultats

- ❖ 34 cas de rhumatisme psoriasique ont été colligés.
- ❖ L'âge moyen est de 42,4 ans.
- ❖ Une prédominance féminine de (70,5%),
- ❖ 76,4% des patients étaient d'origine urbaine.
- ❖ Le motif de la première hospitalisation était une polyarthrite chronique dans 47% associé à des lombalgies inflammatoires dans 23,5% et une monoarthrite chronique dans 8,8% des cas.

Résultats :

- ❖ Le délai moyen de diagnostic était de 6,11 ans.
- ❖ Le diabète et le syndrome métabolique était la comorbidité la plus fréquente (20,5%).
- ❖ Les infections étaient objectivées chez 17,6% des cas dominées par les infections pulmonaires et articulaires.
- ❖ L'examen clinique avait objectivé un syndrome articulaire périphérique dans 94,2% des cas avec un indice articulaire moyen de 10,8, un indice synovial moyen de 3, un syndrome pelvien dans 50% des cas et un syndrome rachidien dans 64,7% des cas.
- ❖ Les signes extra articulaires étaient présents dans 50% des cas, avec uvéite antérieure dans 8,8% des cas
- ❖ Le psoriasis cutané dans 41,2% des cas caractérisé en plaque dans 57,1% des cas, atteinte unguéales psoriasique dans 42,8% des cas. l'atteinte cutanée a précédé l'atteinte articulaire dans 42%, alors que l'atteinte articulaire était inaugurale dans 28% des cas
- ❖ Un syndrome inflammatoire biologique était présent chez 64,7% des cas avec une VS moyenne de 56,23.
- ❖ Le bilan immunologique était négatif dans 91,2% des cas.
- ❖ Le bilan radiologique avait objectivé une sacro ilite dans 94,2% des cas, bilatérale dans 71,8%.
- ❖ 79% des cas avaient activité élevée avec un BASDAI moyen 5,32.
- ❖ La prise en charge thérapeutique était basée sur les AINS dans 11,76% des cas, associés au méthotrexate dans 64,7% des cas, 11,7% des cas ont reçu une biothérapie.

Conclusion :

Le rhumatisme psoriasique est relativement fréquent dans notre contexte avec un délai retardé de diagnostic exposant à une hétérogénéité des présentations cliniques avec des formes rebelle aux différents traitements disponibles. Malgré l'évolution dans les stratégies thérapeutiques des rhumatismes psoriasiques, la précocité de la prise en charge et le contrôle rapproché de l'activité de la maladie restent la priorité.

Apport de la tomodynamométrie du bassin dans le diagnostic de la Spondylarthrite débutante

Ben Nessib D, Maatallah K, Riahi H, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel MD, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- En présence d'arguments cliniques en faveur du diagnostic de spondylarthrite (SpA) et une radiographie standard du bassin normale, il est classiquement admis que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) soit l'examen de choix à demander en deuxième intention.
- L'apport de la tomodynamométrie (TDM) dans la SpA débutante reste néanmoins peu étudié.

L'objectif de ce travail: évaluer l'apport de la TDM des sacro-iliaques (SI) dans le diagnostic précoce de SpA

Méthodes:

- Etude prospective ayant inclus des patients présentant des arguments cliniques suggestifs de SpA sans sacro-iliite évidente à la radiographie standard du bassin.
- Tous les patients ont bénéficié d'un complément d'exploration par TDM et IRM des SI.
- Deux seniors en radiologie spécialisés en imagerie ostéoarticulaire ont interprété les clichés de TDM et d'IRM en aveugle des données cliniques et biologiques des patients (lecture consensuelle) et 2 seniors en rhumatologie ont émis un diagnostic final (SpA confirmée ou exclue).

Résultats:

- 54 patients: 41 femmes et 13 hommes
- Âge moyen: 38,9 ans
- Les plaintes fonctionnelles initiales:
 - purement axiales chez 22 patients
 - axiales et périphériques chez 32 patients
- Typage **HLA B27**: positif chez **23,4%** des patients
- Le diagnostic de SpA était posé chez 42 patients, chez lesquels une sacro-iliite était retrouvée:
 - A **la TDM** dans **69%** des cas
 - A **l'IRM** dans **50 %** des cas
- La comparaison entre les résultats de la TDM et l'IRM des sacro-iliaques est représentée par la figure 1:

• Parmi les 14 patients avec TDM positive et IRM normale:

- 3 cas: réellement des faux (+)
- 11 cas: classés définitivement comme SpA malgré l'IRM normale

• L'étude statistique:

- une liaison significative entre les résultats de la TDM et de l'IRM ($p=0,009$, rapport de vraisemblance= 15,15, indice de kappa= 0,39)
- une liaison significative entre les résultats de la TDM et le diagnostic final des rhumatologues d'autre part ($p=0,049$, rapport de vraisemblance= 9,75, indice de kappa= 0,2).

Discussion:

- Selon les données de notre série, la TDM des SI pourrait être un moyen contributif dans le diagnostic précoce de la SpA.
- Certes, la TDM ne peut pas visualiser le processus inflammatoire en lui-même mais visualise plutôt ses conséquences qui sont les lésions structurales. Néanmoins, plusieurs études avaient montré que ces lésions sont très utiles au diagnostic précoce de SpA (1). En effet, ces modifications structurales des sacro-iliaques, notamment les érosions, peuvent apparaître précocement dans le cours de la maladie d'où leur utilité majeure (2).

Conclusion:

L'indication de la TDM du bassin dans la SpA est couramment limitée aux cas où l'IRM est contre-indiquée. Cette place limitée devrait être rediscutée, d'autant plus que le scanner est un examen plus accessible et moins coûteux.

Figure 1: Comparaison des résultats TDM et IRM chez les patients atteints de SpA



Références:

- Jans L et al., Radiol KBVR, août 2014;97(4):202-5.
- Weber U et al., Best Pract Res Clin Rheumatol, 2018

PROFIL OSTÉODENSITOMETRIQUE AU COURS DU RHUMATISME PSORIASIQUE

Ferjani H, Ben Nassib D, Maatallah K, Ben Abla H, Hfaïdh M, Hamdi W, Kaffel DH, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- L'ostéoporose:
 - manifestation extra-articulaire à rechercher systématiquement devant une spondyloarthrite en vue de diminuer le risque fracturaire, surtout sur un rachis ankylosé.
 - serait secondaire à l'immobilisation par l'ankylose et à l'inflammation chronique.

Le but de ce travail: étudier le profil ostéodensitométrique au cours du rhumatisme psoriasique (RP)

Méthodes:

- Etude rétrospective menée dans le service de rhumatologie à l'institut Kassab de 2006 à 2018, chez les patients hospitalisés pour RP (critères de CASPAR).
- La densité minérale osseuse (DMO) était mesurée par absorptiométrie biphotonique aux rayons X au niveau du rachis lombaire et des cols fémoraux.

Résultats:

- 19 patients: 11 femmes et 8 hommes
- Âge moyen: 52,4 ans [32-76]
- La durée moyenne d'évolution du RP: 12 ans
- Apparition des lésions de psoriasis par rapport à l'atteinte articulaire:
 - Précédentes: 11 cas
 - Découverte simultanée: 2 cas
 - RP sans psoriasis: 6 cas
- L'atteinte était axiale et périphérique dans la majorité des cas (10 cas).
- Les résultats de la DMO sont représentés par la figure 1:

FIGURE 1: RÉSULTATS DE LA DMO



Résultats :

La comparaison entre les é groupes de patients (avec et sans perte osseuse) est détaillée dans le tableau 1:

	DMO normale (n=9)	DMO basse (n=10)
Âge moyen (ans)	46,6	57,9
Durée d'évolution moyenne (ans)	13,3	11,2
Syndrome inflammatoire	2 patients	4 patients
IMC moyen (Kg/m ²)	26,1	29,5
Apport calcique moyen (mg/jour)	788	642
Corticoïdes au long cours	1 patient	2 patients

Tableau 1: Comparaison entre les é groupes de patients

Discussion:

- L'ostéoporose et le risque de fractures sont augmentés au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques illustrant les liens entre l'inflammation systémique, le système immunitaire et le remodelage osseux (1). Des études prospectives ont montré que le contrôle optimal de l'inflammation était associé à une diminution de la perte osseuse (1).
- Comme dans toutes les spondylarthrites, le RP s'accompagne souvent d'une perte osseuse (2). Sur le plan histologique, on observe une dépression de la formation osseuse avec une résorption conservée ou augmentée.
- Dans notre petite série la prévalence de cette atteinte osseuse était de 52% et elle était associée à une maladie active, un IMC élevé et à un apport calcique insuffisant.

Conclusion:

- L'ostéoporose est fréquente au cours du rhumatisme psoriasique, du fait de la réduction de mobilité rachidienne, et de l'inflammation.
- Le risque de fracture vertébrale est augmenté, d'où la nécessité d'une vigilance particulière et une surveillance régulière à ce propos.

Références:

- Roux C, et al., Ostéoporose des rhumatismes inflammatoires. Rev Rhum. 2015;82(2):91-7.
- Marcelli C. Retentissement osseux du rhumatisme psoriasique. Rev Rhum. 2002;69(6):673-5.

Dépistage IRM (rachis et sacro-iliaque) de la spondylarthrite chez les lombalgiques chroniques: A propos de 40 cas

Haddani FZ¹, Guich A¹, Youssoufi T¹, Boudhar EM¹, Hassikou H¹
Service de rhumatologie, Hôpital Militaire Moulay Ismail Meknès

Introduction :

La lombalgie chronique, motif de consultation très fréquent peut nous amener à diagnostiquer une spondylarthrite. L'objectif de ce travail est de dépister les patients porteurs d'une spondylarthrite devant une lombalgie chronique dans une population de sujet jeune.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective incluant 70 malades répartis en 42 hommes et 28 femmes, ayant consulté au service de rhumatologie de l'HMMI - Meknès pour des lombalgies définies par les éléments suivants : Age <40 ans, début insidieux, non améliorées par le repos avec une composante nocturne et dont l'évolution dépasse 3 mois.

Tous les patients ont bénéficié : d'un examen clinique, un bilan biologique (NFS, CRP, VS, +/- HLA B27), des radiographies de bassin de face, du rachis dorsal et lombaire F/P et pulmonaire de face et d'une IRM couplée des SI et rachis entier (STIR, T1, +/- Gado; coupe frontale et oblique pour les SI et sagittal pour le rachis).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients lors du diagnostic était de 30,2 ans [16-40] et la durée moyenne d'évolution du symptôme était de 35,52 mois [4-192].

Selon les critères ASAS 2009, une spondylarthrite axiale radiologique a été retenue chez 17 hommes et 8 femmes. Une spondylarthrite axiale non radiologique a été notée chez 3 patients, diagnostic retenu devant un typage HLA B 27 positif+ lombalgies inflammatoires + enthésite.

Dans les autres cas, l'IRM a objectivé des lésions dégénératives, soit 50% des patients : discopathies dégénératives cervicales et lombaires (n=19), hernie discale conflictuelle (n=8), arthrose inter-apophysaire postérieure (n=2), anthélisthésis L5/S1 sur lyse isthmique bilatérale de la L5 (n=1), angiomes agressifs multiples dorso-lombaires (n=2), fractures marginales du bord antérieur L4-L5 (n=2), arthrose des SI (n=1).

Signes clinico-bio-radiologiques	Nombre de cas
dactylite	3
Arthrite des grosses articulations	5
Syndrome inflammatoire présent	10
Hyper signal de la capsule articulaire à l'IRM	15
Œdème et érosions des articulations sacro-iliaques à l'IRM	11

Une lombalgie fonctionnelle a été retenue chez 7 malades, l'examen clinique chez ces derniers était normal notamment l'examen du rachis et des sacro iliaques et l'imagerie était sans anomalies.

La fréquence de lésions dégénératives à un âge jeune a été corrélée aux activités professionnelles et les contraintes physiques conséquentes vu que nos patients étaient de jeune militaire.

Discussion/conclusion :

L'IRM est l'imagerie de choix dans le dépistage de la spondylarthrite permettant ainsi un diagnostic précoce. Néanmoins, il est loin d'être infallible dans la spondylarthrite car les lésions retrouvées notamment au rachis ne sont pas totalement spécifiques et elle peut être négative dans une vraie spondylarthrite.

Particularités de la spondylarthrite ankylosante féminine étude comparative à propos de 90 cas

Bagane N, Zeglaoui H, Baccouche K, Amri N, Bouajina E
Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est le deuxième rhumatisme inflammatoire chronique après la polyarthrite rhumatoïde. Elle touche les deux sexes et peut être responsable d'un handicap fonctionnel majeur. Cependant, la forme féminine est réputée être de meilleur pronostic. L'objectif de ce travail est d'évaluer la différence des caractéristiques cliniques, radiologiques, et évolutive entre la SPA féminine et la SPA masculine.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective comparative portant sur 90 SPA : 68 hommes et 22 femmes colligés dans le service de rhumatologie de Sousse sur une période de 7 ans (2000-2007). Le diagnostic de SPA est retenu sur les critères d'AMOR. Les données épidémiologiques, clinique, radiologiques, et évolutives ont été analysées par le logiciel de statistique HPSS.

Résultats :

Le signe révélateur est un syndrome pelvi rachidien dans la majorité des cas pour les deux sexes (76.4 % chez les hommes et 90 % chez les femmes). L'atteinte de la hanche est trouvée chez 32 cas (47 %) des hommes et chez 8 cas (36 %) des femmes. Les manifestations extra articulaires sont plus fréquentes chez les hommes (25 cas ;36.7 %) que chez les femmes (2 cas ;9 %). Il s'agissait d'une uvéite (3 hommes), d'anomalie spirométrique (19 hommes/ 2 femmes), de la maladie fibrobulleuse (1 homme) et d'atteinte cardiaque (2 hommes). L'évolution vers une forme sévère est plus fréquente chez les hommes (32 hommes /6 femmes).

	HOMME	FEMME	P
Age moyen	37,3	32,4	0,13
Age de début	27,5	24,4	0,13
Durée d'évolution	11,95	7,4	0,2
Distance doigt-sol	26,6	13,6	0,003
Distance occiput-mur	5,59	2,5	0,02
Indice de Schober	3,06	3,04	0,98
BASFI	4,42	4,6	0,8
BASDAI	4,8	4,9	0,95

Tableau comparative des caractéristiques cliniques entre les deux sexes des patients atteint de SPA



Discussion :

La SPA est un rhumatisme inflammatoire touchant préférentiellement les structures axiales (rachis et sacro-iliaques) à tendance ankylosante. L'homme est plus souvent touché mais les formes féminines ne sont pas rares [1]. Les hommes et les femmes peuvent avoir des manifestations et des conséquences différentes pour la même pathologie et la distinction de ces différences est nécessaire pour une meilleure démarche diagnostic et prise en charge thérapeutique la SPA est l'un des maladies où on a démontré une prévalence et des manifestation distinctes entre les deux sexes [2]. Depuis quelques années, les formes féminines, qui étaient jusqu'ici vraisemblablement confondues avec d'autres rhumatismes inflammatoires, sont de plus en plus fréquente. Le sexe ratio qui était de 10 H / 1 F il y a une dizaine d'années, est actuellement évalué à 2-3/1[2]. La symptomatologie clinique féminines est superposable aux formes masculines, avec cependant, dans certaines séries, une atteinte cervicale et périphérique plus fréquente [3,4,5]. Pour les conséquences fonctionnelles de la maladie dans notre étude on n'a pas montré de différence significative entre les deux sexes (BASFI) mais une évolution vers une déformation axiale plus marquée chez les hommes. Dans la littérature [6,10,11] de même on n'a pas constaté de différence concernant les détériorations fonctionnelle liés à la maladie entre les deux sexes, cependant la cohorte PSOAS a montré certaine nuance : les femmes ont plus d'impotence fonctionnelles que les hommes au même stade radiologique.

Conclusion :

La symptomatologie clinique féminine est superposable à la forme masculine avec cependant une atteinte axiale moins sévère mais des manifestations périphériques plus fréquente. De même, les manifestations extra articulaires sont moindres et l'évolution est le plus souvent bénigne.

Bibliographie :

- 1-EMC-Médecine 2 ;2005 ;488-511.
- 2-Arthritis & Rheumatism,2008, vol.59, No.3,449-454.
- 3-J Rheumatol 1985 ;12 :126-9.
- 4-J Rheumatol 1990 ;17 :1649-52.
- 5-Ann Rheum Dis 1953 ;12 :40-2.
- 6- Ann Rheum Dis 2007 ;66 :633-8.
- 7-J Rheumatol 1998 ; 25 : 120-124.
- 8-Arthritis and Rheumatism ; Vol 19, No 5 ; 303-312.
- 9-J Rheumatol 2003 ;30 :316-20.
- 10-J Rheumatol 2002 ;29 :1420-5.
- 11-Arthritis Rheum 2005 ;53 :710-7.

La maladie fibrobulleuse une manifestation spécifique de la SPA

Bagane N, Zeglaoui H, Baccouche K, Amri N, Bouajina E

Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

La maladie fibrobulleuse pulmonaire est une manifestation extra articulaire rare et spécifique de la spondylarthrite ankylosante (SPA). Elle se voit à un stade tardif de la maladie. Cette affection est restée longtemps discutée. Elle peut prêter confusion avec la tuberculose apicale pulmonaire notamment dans un pays endémique comme la nôtre. Nous rapportons une observation et nous discutons la particularité de cette manifestation.

Observation :

MR patient âgé de 40 ans a été hospitalisé en pneumologie pour toux et expectoration avec opacité apicale rétractile du lobe supérieur gauche à la radiographie du thorax.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été retenu malgré l'absence de preuve bactériologique.

Quelque mois après, il a été hospitalisé pour cervicalgies et lombalgies inflammatoires associées à des douleurs fessières à bascule et à des talalgies matinales évoluant depuis 13 ans et améliorées par les AINS. L'examen physique a trouvé une attitude de tête projetée en avant, une exagération de la cyphose dorsale, un effacement de la lordose cervicale et lombaire, un trépied et Mennel positifs, une raideur rachidienne. A la biologie, un vs accéléré à 140. La radiographie du rachis lombaire a montré la présence des ponts osseux intersomatiques complets, des syndesmophytes réalisant l'aspect en colonne bambou. La radiographie du bassin a montré une ankylose bilatérale des sacro-iliaques. Le diagnostic de SPA a été retenu avec un score de 9 selon les critères d'AMOR. La radiographie du thorax avait objectivé la même image du poumon gauche. La TDM thoracique avait objectivé une condensation parenchymateuse d'allure rétractile lobaire supérieure gauche (culminale) associée à des images bulleuses de même topographie et à un épaississement pleural en regard. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été redressé et le diagnostic de la maladie fibrobulleuse apicale rentrant dans le cadre des manifestations extra articulaires de la SPA a été retenu.



Discussion :

La maladie fibrobulleuse des poumons est une manifestation extra articulaire particulière à la SPA de mécanisme complexe. Sa fréquence est de 1,3%.

Initialement et pendant longtemps, elle a été prise pour une atteinte tuberculeuse pulmonaire, vu la ressemblance clinique et radiologique. Et ce n'est qu'ultérieurement qu'on a constaté que la fréquence de la tuberculose pulmonaire est élevée chez les patients atteints de SPA. La maladie fibrobulleuse touche le plus souvent l'homme que la femme, elle survient habituellement chez des patients atteints de SPA depuis plus que quinze ans avec atteinte axiale prédominante. Souvent découverte lors d'examens radiologiques systématiques, elle peut se révéler par une toux, des expectorations, une dyspnée et des hémoptysies.

Les anomalies radiologiques sont d'abord unilatérales, se bilatéralisent ensuite. Il s'agit d'opacités linéaires ou étoilées augmentant de taille, devenant confluentes, puis formant des cavités irrégulières. L'atteinte pleurale adjacente est fréquente. On peut voir aussi des bulles et des calcifications. L'évolution est extensive et se fait plus au moins rapidement sur des mois ou des années. Elle peut revêtir une gravité très différente selon le cas. Il existe des formes stables et très peu évolutives et des formes très graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Une des complications majeures est la surinfection par l'aspergillus. Un tiers des cas de la maladie fibrobulleuse se complique de lésions cavitaires avec mycétome secondaires.

Conclusion :

La fibrose apicale est une manifestation particulière de la SPA. Fréquemment, le diagnostic de tuberculose pulmonaire est porté à tort et c'est la négativité des cultures et l'absence d'amélioration sous traitement antituberculeux qui doivent évoquer la maladie fibrobulleuse. La complication la plus redoutable est la greffe aspergillaire. Elle n'a pas de traitement spécifique. L'évolution est imprévisible.

Bibliographie :

1. Rev pneumol clin 1987 ;43 :8-12.
2. Maladies Systémiques p 931-932.
3. Clinical Radiology 2000 ; 55 :632-636.
4. J Comput Tomogr 1984 Jul ; 8(3) : 225-9.
5. European Journal of Radiology vol 45, (2) Feb 2003 ; p117-122

19 et 20 Avril 2019

**Etudes des facteurs de risques cardiovasculaires chez les patients
ayant une spondylarthrite ankylosante**

N° 226

Bagane N, Zeglaoui H, Baccouche K, Amri N, Bouajina E
Service de rhumatologie, CHU Farhat Hached Sousse

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SPA) retenti globalement sur la qualité de vie et à long terme sur l'espérance de vie des patients. La notion de mortalité cardiovasculaire accrue au sien de ce groupe de spondylarthropathie est un fait récent. L'objectif de ce travail est de prélever la prévalence des facteurs de risques cardiovasculaire conventionnelle au sien de cette population

Matériels et méthodes :

C'est une étude rétrospective monocentrique de 90 cas de SPA colligés au service de rhumatologie de Sousse sur une période de 7 ans. Des informations concernant les données démographiques, durée de la maladie, ses caractéristiques, les différents traitements ainsi que les facteurs de risques cardiovasculaires associés à la SPA à savoir l'HTA, le diabète, dyslipidémie, obésité et le tabac ont été recueilli

Discussion

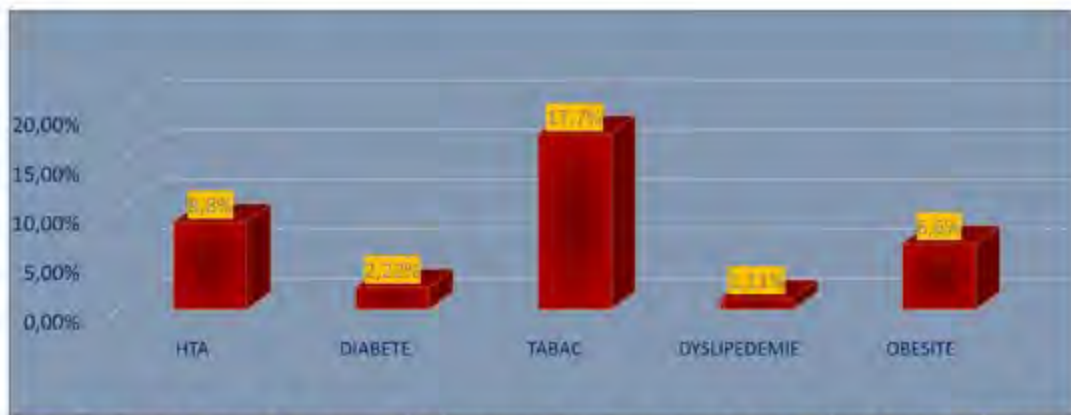
L'augmentation du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de SPA est bien documentée. La surveillance du patient doit porter sur l'évaluation et le traitement des facteurs de risques conventionnels et la recherche des atteintes cardiaques spécifiques.

Conclusion :

Ces résultats préliminaires devront être comparé à une population de référence. La mortalité cardiovasculaire accrue des patients atteints de SPA doit inciter au dépistage systématique des facteur de risque cardiovasculaires conventionnels chez ces patients susceptibles de développer une athérosclérose précoce afin de proposer des recommandations pour la prise en charge globale en pratique courante.

Résultats :

Notre série comporte 90 patients âgés en moyenne de 36 ans (17-67 ans). Il s'agit de 68 hommes et 22 femmes. L'âge moyen de début de la symptomatologie est de 26 ans (8-61 ans). Les facteurs de risques cardiovasculaires associées à la SPA observés chez un tiers des patients (24 H et 6 F), les différentes caractéristiques prélevés dans cette étude sont représenté par le graphique et le tableau suivant:



Prévalence des facteurs de risques cardiovasculaires chez les patients atteints de SPA

	SPA avec facteur de risque	SPA sans facteur de risque	P
Nbre/Freq	24/68	66/22	
Age moyen	36	36	0,999999
Age de début	26	26	0,999999
Durée d'évolution	10,4	10,4	0,999999
BASFI	4,4	4,4	0,999999
BASDAI	4,3	4,3	0,999999
Manifestation extra articulaire	0%	0%	0,999999
Atteinte axiale	100%	100%	0,999999
Atteinte périphérique	0%	0%	0,999999
Atteinte des hanches	0%	0%	0,999999

Etude comparative des caractéristiques cliniques des patients avec et sans facteurs de risques cardiovasculaires

Les comorbidités associées aux spondyloarthrites

Fhima F, Hachfi H, Ben Chekaya N, Ardhaoui M, Feki I, Younes M

Service de rhumatologie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

Introduction :

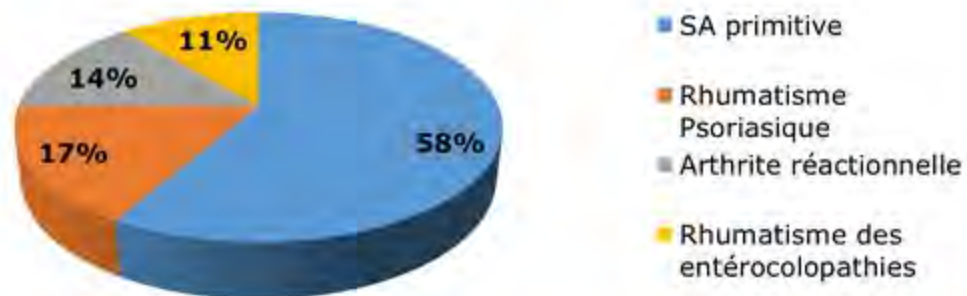
- Malgré l'âge jeune des sujets atteints de spondyloarthrites, les comorbidités y sont fréquemment associées et peuvent être responsables d'une invalidité et d'une mortalité surajoutée.
- L'objectif de cette étude : évaluer la prévalence et les types de comorbidités chez les patients atteints de spondyloarthrites

Patients et méthodes :

- C'est une étude rétrospective monocentrique
- 36 cas de SpA : colligés au service de rhumatologie à l'hôpital Tahar Sfar de Mahdia sur une période de 6 ans (2013-2018)
- Pour chaque patient nous avons colligé les comorbidités, les paramètres démographiques, cliniques, radiologiques, biologiques et thérapeutiques.

Résultats :

- 36 patients : 25 hommes et 11 femmes
- Sexe ratio : H/F = 2,3
- L'âge moyen au moment de diagnostic : 35 ans \pm 13,7 ans
- L'âge moyen au moment de l'étude : était de 41 ans [16 - 75 ans]
- La durée moyenne d'évolution : 9 ans
- Les malades se répartissaient en :



- Le tabagisme : 25% des cas
- 15 malades avaient des comorbidités (41,7%) :

Comorbidités associées aux Spondyloarthrites	Effectif	Pourcentage
Diabète type 2	4	11,1%
Épilepsie	3	8,3%
Asthme	3	8,3%
antécédents néoplasiques	3	8,3%
Hypertension artérielle	2	5,5%

- Dans notre étude, la présence de comorbidités était corrélée à :
 - une longue durée d'évolution de la maladie : $p = 0,014$
 - l'âge au moment de diagnostic : $p = 0,008$
 - manifestations extra articulaires : $p = 0,0001$
 - la survenue de fracture : $p = 0,023$.

Discussion:

Les spondyloarthrites affectent généralement les sujets d'âge jeune. Depuis plusieurs années, il a bien été montré que le risque de maladies cardiovasculaires était augmenté chez ces patients. Ce risque est lié à la maladie elle-même et aux comorbidités associées, essentiellement le diabète et l'hypertension artérielle.

Dans notre études l'épilepsie, l'asthme et les tumeurs, bien qu'ils n'augmentent pas le risque cardiovasculaire, sont significativement associés aux spondyloarthrites.

Conclusion :

Les comorbidités associées aux spondyloarthrites constituent une situation fréquente, malgré un âge jeune de diagnostic. Ceci souligne l'intérêt de leur dépistage notamment en cas d'une longue durée d'évolution de la maladie et en présence de manifestations extra articulaires.

Références :

- COMORBIDITÉS ET SPONDYLARTHITES Chammakhi M, Dhahri R, Metoul L, Slouma M, Boussetta N, Laajili F, Louzir B, Gharsallah I, Othmeni S service de médecine interne, hôpital militaire de première instruction de Tunis
- Rat, A. C. (2014). Épidémiologie de la spondyloarthrite au xxi^e siècle. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 81(4), 225-229.

Effet de la rotation entre antiTNF sur le BASFI dans le spondyloarthrites

Ben Abla H, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Hôpital La Rabta Service de rhumatologie

Introduction :

Les spondyloarthrites sont un groupe hétérogène de pathologie ayant plusieurs points en commun dont l'évolution vers la destruction articulaire et l'enraidissement qui reste la hantise du rhumatologue et qui influencent son attitude thérapeutique, parmi les décisions lourde et couteuse se trouve la rotation entre antiTNF en Tunisie, le but de ce travail est d'analyser l'effet de cette rotation sur le retentissement fonctionnel des spondyloarthrites.

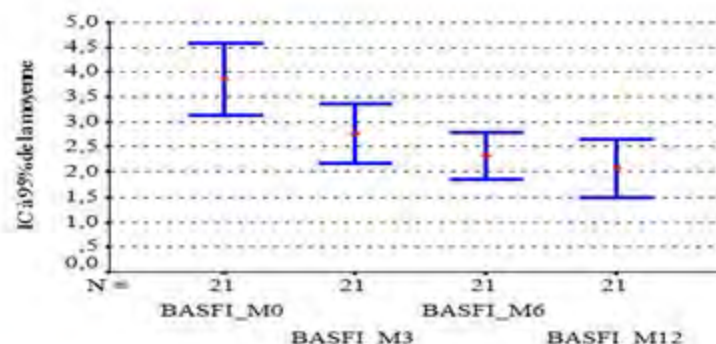
Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale, incluant des patients atteints de SpA ayant bénéficié d'au moins une rotation et recueillis de Janvier 2007 à Mars 2018. L'évaluation de l'efficacité de la biothérapie a été faite à 3 mois. A 6 mois, nous avons procédé à l'évaluation du maintien de l'efficacité pour les SpA. Une analyse de l'effet de la rotation sur le BASFI a été menée.

Résultats :

Trente patients ont été colligés dont l'âge moyen est de 47,63 ans avec des extrêmes allant de 32 à 64ans. Le sexe ratio est à 2. La moyenne BASFI était passée de 3,85 à l'inclusion à 2,77 à 3 mois. Cette baisse était statistiquement significative ($p < 0,001$) avec un maintien de l'efficacité à 6 mois ($p = 0,011$) et à 12 mois. L'étude de l'effet du switch sur le BASFI selon le motif d'arrêt montre que pour l'inefficacité la baisse était significative au 3^{ème} mois ($p = 0$) mais pas à 6 mois ($p = 0,9$) alors que pour les effets indésirables la diminution était significative à 3 mois ($p = 0,01$) et au 6 mois ($p = 0,02$). Il n'existe pas de différence significative de l'effet de la rotation sur le BASFI selon le motif d'arrêt ($p = 0,07$). Selon la séquence thérapeutique utilisée on trouve que pour la séquence Ac-Rec la baisse était significative à 3 mois ($p = 0,001$) mais pas à 6 mois ($p = 0,8$) alors que dans le switch Ac-Ac était accompagnée d'une baisse significative à 3 et à 6 mois ($p = 0,008$ et $p = 0,03$ respectivement). Mais il n'existe pas de différence significative entre l'effet de la rotation selon la séquence employée.

Répartition selon le sexe de l'échantillon



Conclusion :

La rotation entre les antiTNF est une attitude thérapeutique ayant pour but d'éviter la progression structurale et l'enraidissement qui s'en suit, le switch améliore de façon significative le BASFI et a donc un effet sur le retentissement fonctionnel un des facteurs pronostiques de la maladie.

Corrélation BASDAI/ASDAS dans l'évaluation de l'activité des spondyloarthrites

Ben Abla H, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Hôpital La Rabta Service de rhumatologie

Introduction :

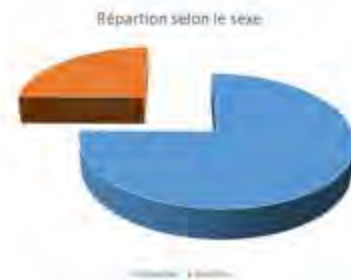
ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) est un score composite pour évaluer l'activité des spondyloarthrites en plus du BASDAI. Le but de l'étude était de comparer l'ASDAS au BASDAI pour l'évaluation de l'activité de la SpA chez des patients de notre service.

Patients et méthodes :

Etude transversale incluant 30 patients atteints de SpA. Les caractéristiques démographiques de tous les patients ont été recueillies ainsi que les caractéristiques cliniques et biologiques : activité de la maladie a été évaluée par BASDAI et ASDAS-CRP. Nous avons établi une corrélation entre le BASDAI et l'ASDAS, puis les moyennes de BASDAI correspondant aux différents états d'activité de l'ASDAS ont été calculées.

Résultats :

Trente patients ont été colligés dont l'âge moyen est de 47,63 ans avec des extrêmes allant de 32 à 64ans. Le sexe ratio est à 2. La SPA était de forme axiale pure chez 22 patients (73,33%) et de forme axiale et périphérique et/ ou enthesiques chez 8 patients (26,66%). Le BASDAI moyen chez les patients était de 5,78 et l'ASDAS moyen à 3,8. Une très forte corrélation significative positive a été retrouvée entre le BASDAI et l'ASDAS ($r = 0,88$ $p=0$). Dans la forme axiale pure, le coefficient de corrélation est à 0,79, pour la forme axiale et périphérique et ou enthesique ($r = 0,81$ $p<0,001$). Quant à l'ASDAS, les patients avec maladie inactive ($n = 2$ (6,6%)) avaient un BASDAI en mediane à 1, les patients avec activité moyenne (5 (16,6%) avait une médiane du BASDAI à 0,77, la moyenne du BASDAI était à 3,1 chez les patients avec activité élevée (16 (53,3%)) et les patients avec activité très élevée (7 (23,33%)) avaient une moyenne du BASDAI à 7,6.



Corrélation BASDAI ASDAS	P	R
FORME AXIALE PURE	0	0,88
FORME AXIALE ET PERIPHÉRIQUE	<0,001	0,81

Conclusion :

L'ASDAS est un score composite ayant une très bonne corrélation avec le BASDAI son utilisation permet d'affiner l'évaluation des poussées surtout qu'il inclue un paramètre objectif de la poussée qui est la CRP.

Evaluation de la qualité de vie et de l'impact professionnel dans la spondylarthrite ankylosante

EL Achek MA, Baccouche K, Farhat A, El Amri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est un rhumatisme inflammatoire chronique qui survient au pic de la vie productive et qui, par son évolution vers l'ankylose articulaire, aboutit à un handicap fonctionnel important pouvant altérer la qualité de vie (QDV) professionnelle et extraprofessionnelle du patient. L'objectif de notre travail est d'évaluer la qualité de vie et d'évaluer l'impact professionnel de cette maladie.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive colligeant 60 patients atteints de SPA suivis au département de rhumatologie de l'hôpital universitaire Farhat Hached de Sousse. L'activité de la SPA a été évaluée à l'aide des questionnaires BASDAI et BASFI. La qualité de vie globale a été évaluée par le Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL). et le Short Form Health Survey 12 (SF12).

Résultats:

L'âge moyen était de 37,95 ans. Le sex ratio était de 3,29. Parmi les patients éligibles à avoir une activité professionnelle, 35,3% étaient en chômage. L'activité de la maladie et le statut fonctionnel des patients ont été les principaux facteurs prédictifs indépendants de la détérioration de cette qualité de vie. La moyenne de l'ASQoL était de 9. Les facteurs prédictifs d'une ASQoL élevée sont une implication axiale, une implication périphérique, une implication extra-articulaire, un taux de sédimentation érythrocytaire élevé, une protéine C-réactive élevée, l'utilisation de corticoïdes systémiques et de méthotrexate, ($p < 0,001$), score BASFI élevé ($p = 0,001$) et licenciement. Les interruptions de travail volontaires et les licenciements étaient associés de manière indépendante à une qualité de vie médiocre. Une altération de la qualité de vie physique était associée à: une implication périphérique, une valeur élevée de la CRP, une corticothérapie systémique ($p < 0,001$), la sulfasalazine, le BASDAI ($p < 0,001$) et le BASFI ($p < 0,001$). La qualité de vie mentale et sociale était significativement corrélée avec l'implication axiale, la valeur élevée de la CRP, le traitement par anti TNF α , le BASDAI ($p < 0,001$) et le BASFI ($p < 0,001$).

Discussion :

Notre population d'étude était constituée de 60 patients, majoritairement de genre masculin avec un sex-ratio de 3,29. Une nette prédominance masculine était notée dans la plupart des études avec un sex-ratio arrivant à 11. Cinquante et un patients étaient éligibles à avoir un travail ; cependant 35,3% d'eux étaient en chômage ; ce taux dépasse le double du taux de chômage dans la population active tunisienne qui était estimé de 14,8% en 2014.

Plus que la moitié de nos patients étaient en activité professionnelle au moment de l'étude, avec une ancienneté moyenne dans leurs postes de 13,44ans avec des extrêmes de 1 et 35 ans.

Plusieurs études ont constaté que la SPA retentit sur l'activité professionnelle d'autant plus lorsqu'elle est à un degré de sévérité plus important. En effet, Sieper J. et al. ont trouvé que l'arrêt du travail est 3 fois plus fréquent chez les patients atteints de SPA que chez la population générale. Selon l'étude de Boonen A. et al, l'arrêt du travail augmente progressivement au cours de l'évolution de la SPA; en passant de 5% durant la première année du diagnostic jusqu'à 30% après 20 ans d'évolution. En étudiant l'activité de la maladie, nos patients avaient une maladie relativement plus sévère en comparaison à d'autres études. Le BASDAI moyen était de 5,11 et le BASFI de 5,23. En revanche, dans une étude réalisée au Qatar, le BASDAI moyen était de 3,3 et le BASFI moyen de 2,9. De même, dans une autre étude faite au Norvège, le BASDAI moyen était de 4,4 et le BASFI moyen de $3,2 \pm 2,4$. Ce décalage pourrait être le fait des diversités sociodémographiques des populations en rapport avec l'intensité de l'expression du HLA B27. Dans notre étude ; la QDV évaluée par le SF12 était moyennement altérée, mais relativement meilleure par rapport à celle de l'étude de Younes M avec un PCS moyen 36,86vs 29,85 et un MCS moyen 41,14 vs 35,38. Par ailleurs, la comparaison de la QDV évaluée par le score ASQoL, spécifique de la SPA, entre des populations de pays différents, à titre d'exemple la Chine et le Qatar, a permis de constater que la QDV était relativement plus altérée chez les patients tunisiens atteints de SPA. Ceci pourrait être expliqué par les difficultés économiques dans notre pays à l'origine d'inaccessibilité aux nouveaux traitements comme la biothérapie dont l'introduction précoce semble retarder l'évolutivité de la maladie vers l'ankylose.

Conclusion :

La SPA est une pathologie invalidante qui a des conséquences néfastes sur la qualité de vie globale. Une collaboration multidisciplinaire est nécessaire pour réduire cette répercussion.

Bibliographie:

- 1/Alam F et al. Characteristics of Ankylosing Spondylitis patients living in Qatar. The Egyptian Rheumatologist 2016;2/Younes M, Jalled A, Aydi Z, Younes K, Iguirim M, Zrour S, et al. Qualité de vie au cours de la spondylarthrite ankylosante. Tunis Med 2011 ;89 : 374-8.3/Kchir MM et al. Impact de la spondylarthrite ankylosante sur l'activité professionnelle. Rev Rhum 2009 ;76 :668-72.4/Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al. Ankylosing spondylitis: an overview. Ann Rheum Dis 2002;61(Suppl 3):iii8-18.5/Boonen A, Chorus A, Miedema H, et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2001;60(11):1033-9.6/Ramonda R, Marchesoni A, Carletto A, Bianchi G, Cutolo M, et al. Patient-reported impact of spondyloarthritis on work disability and working life: the ATLANTIS survey. Arthritis Research & Therapy 2016 ; 18 :78-84.7/Dagfinrud H et al. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: A comparison with the general population and associations with clinical and self-reported measures. Arthritis Rheum 2005 ;53 :5-11. 8/Institut national des statistiques. Recensement général de la population tunisienne et de l'habitat 2014.

Manifestations neurologiques au cours d'une Spondylarthrite Ankylosante et s'il s'agissait d'une anémie de Biermer !

EL Achek MA, Belghali S, Farhat A, Baccouche K, Elamri N, Zeglaoui H, Bouajina E

Service Rhumatologie Farhat Hached Sousse

Introduction :

Rares sont les associations anémie de Biermer et rhumatisme inflammatoire chronique qui ont été rapportés dans la littérature. Quand cette association ait lieu, elle s'intègre fréquemment dans le cadre d'une auto-immunité.

Au cours de la spondylarthrite ankylosante (SpA), des manifestations neurologiques compliquant le processus évolutif de la maladie sont décrites tels le syndrome de la queue de cheval et la compression médullaire.

Nous rapportons à ce propos des troubles de la marche chez un patient suivi pour SpA révélant une anémie de Biermer.

Observation :

Un jeune patient âgé de 36 ans, suivi pour une SpA avec coxite bilatérale contrôlée par l'Indométhacine. Il s'est présenté pour des troubles de la marche d'aggravation progressive, une asthénie et une pâleur cutanéomuqueuse. Une affection neurologique avait été suspectée.

L'examen neurologique avait révélé un syndrome cordonal postérieur associé à un syndrome quadripyramidal.

La biologie avait montré une anémie normochrome macrocytaire (Hb = 5,3g/dl ; VGM = 123,3 μ 3). Afin d'explorer cette anémie, une ponction sternale était pratiquée et avait montré un frottis riche non envahi avec érythroblastose médullaire modérée 49%, mégaloblastique par endroits avec un gigantisme cellulaire de la lignée granuleuse et des méta myélocytes en fer à cheval. Le taux sérique de la vitamine B12 était effondré (<60pg/ml) avec un taux de folate normal.

La fibroscopie oeso-gastro-duodénale avait visualisé une gastrite atrophique diffuse. La recherche d'anticorps anti-facteurs intrinsèque sérique était négative.

Le diagnostic d'un neuro-biermer associé à une SpA était retenu. Un traitement d'attaque par vitamine B12 par voie parentérale était entrepris puis espacement des injections jusqu'à une injection tout les 3 mois à vie. L'évolution clinique et biologique était favorable avec amélioration du taux d'hémoglobine sur l'hémogramme du contrôle (Hb = 12,4g/dl et VGM = 74 μ 3) à un recul de 12 mois.

Discussion et Conclusion :

Très peu d'observations de rhumatismes inflammatoires chroniques associés à une anémie de Biermer ont été rapportés dans la littérature. Quand cette association existe, elle s'intègre le plus souvent dans le cadre d'un syndrome de poly auto-immunité.

Des manifestations neurologiques et hématologiques sont souvent décrites comme manifestations extra-articulaires au cours de la SpA. Parmi les manifestations neurologiques, on cite les compressions médullaires pouvant être révélées par des troubles de la marche. Et parmi les manifestations hématologiques, l'anémie est en tête de liste expliquée par plusieurs mécanismes notamment le syndrome inflammatoire mais aussi le traitement par les AINS.

Dans notre cas, le neuro-biermer expliquait les deux manifestations neurologiques et hématologiques. L'anémie est une manifestation hématologique fréquente au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Néanmoins l'association d'une anémie de Biermer aux rhumatismes inflammatoires chroniques est rare, une prédisposition génétique serait plausible.

Particularités de la forme périphérique de la spondyloarthrite

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Bousseta N, Gueddiche N, Ajili F, Gharsallah I, Louzir B

service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

Les spondyloarthrites (SPA) sont un groupe hétérogène de rhumatismes inflammatoires chroniques qui partagent certaines manifestations cliniques ainsi qu'un terrain génétique commun. La classification de l'ASAS a mis l'accent sur la symptomatologie prédominante, axiale ou périphérique. L'objectif de ce travail était de décrire les particularités de la forme périphérique de la spondyloarthrite en la comparant à la forme axiale.

Patients et méthode:

Etude rétrospective ayant colligé 112 patients suivis pour SPA répondant aux critères ASAS. Ces patients ont été répartis en deux groupes : G1 incluant ceux avec atteinte axiale prédominante et G2 ceux avec atteinte périphérique prédominante. Pour chaque malade nous avons recueilli les données démographiques, la durée de la maladie, les caractéristiques de la SPA ainsi que les différents traitements.

Résultats :

- ✓ L'âge moyen était $43,7 \pm 12,9$ ans.
- ✓ Le sex ratio était 2,61
- ✓ Il s'agissait d'une forme axiale pure dans 58,03% des cas (G1)
une forme périphérique articulaire pure dans 9,82% (G2)
une forme mixte (axiale et périphérique) dans 32,14% des cas.
- ✓ Dans G2, il s'agissait d'une atteinte oligoarticulaire dans 50% des cas et poly articulaire dans 50% des cas .
- ✓ Le **tableau 1** résume les différences observées entre la forme axiale et la forme périphérique.

Discussion:

Contrairement à une cohorte espagnole, la forme périphérique était plus fréquente chez les femmes . [1]

Le délai diagnostique entre les deux formes était sensiblement le même ce qui pourrait expliquer l'absence de différence dans le retentissement de la maladie. Ces constatations n'étaient pas en accord avec celle de la cohorte espagnole .

Tableau 1: comparaison entre la forme axiale et la forme périphérique

	axiale	périphérique	P
Age (ans)	42,21	51,72	0,014
Age moyen au moment du diagnostic (ans)	37,01	46,5	0,019
Délai diagnostique (mois)	43,83	40,55	0,086
Sex-ratio	4,5	0,833	0,016
Psoriasis	11%	63%	0,00
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	9%	9%	0,739
Uvéite	21,21 %	18,18%	0,819
Atteinte cardiaque	,57%	0%	0,452
Baisse de la densité minérale osseuse	76%	75%	0,468
Vitesse de sédimentation (mmH)	26,12	45,36	0,006
BASRI	4,18	1,63	0,007
BASMI	1,8	1,4	0,556
BASDAI	4,19	4,13	0,953
BASFI	4,44	3,72	0,607
Biothérapie	30,5%	44,4%	0,405

Conclusion:

Dans notre étude , la forme périphérique se distinguait par un âge plus avancé , un syndrome inflammatoire biologique plus important et par l'association fréquente au psoriasis.

Appréciation de l'index radiologique « BASRI » au cours des spondyloarthrites : à propos de 112 cas

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Athimni S, Metoui L, Bousseta N, Gueddiche N, Ajili F, Gharsallah I, Louzir B

service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

Le **Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI)** est utilisé au cours de la spondyloarthrite pour évaluer l'atteinte radiographique au niveau du rachis . Notre objectif était de déterminer les corrélations entre le (BASRI) et les différents paramètres de la maladie.

Patients et méthode:

Etude rétrospective ayant colligé 112 patients atteints de SPA répondant aux critères diagnostiques répondant aux critères ASAS. Nous avons interprété les radiographies du rachis cervical et lombaire et du bassin pour calculer le score **BASRI** et **mSASS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score)**.

Nous avons utilisé également les indices suivants spécifiques de la maladie:

Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) pour évaluer la mobilité de la colonne vertébrale

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) pour évaluer l'activité de la maladie

Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) pour évaluer le retentissement fonctionnel

Résultats :

- L'âge moyen était de $43,7 \pm 12$ ans.
- Le sex ratio était 2,61.
- La forme était:
 - Axiale isolée : 58% des cas
 - Périphérique articulaire : 9,8%.
 - Axiale et périphérique articulaire : 32%.
- L'atteinte était non radiographique dans 11,6% des cas.
- Le BASRI moyen était de $3,99 \pm 2,96$

Tableau 1: Comparaison du score BASRI selon les différents paramètres qualitatifs

		BASRI	P
Sexe	Homme	4,33	0,047
	femme	3,09	
Forme radiographique	Oui	4,8	0,00
	Non	1,19	
tabagisme	Oui	4,88	0,006
	Non	3,33	
coxite	Oui	5,46	0,00
	non	3,19,	

Tableau 2: Corrélation entre le BASRI et les différents paramètres quantitatifs

	BASRI	
	r	p
Durée d'évolution	0,27	0,003
BASMI	0,622	0,00
mSASS	0,794	0,00
BASDAI	-0,28	0,81
Vitesse de sédimentation	-0,148	0,124
Densité minérale osseuse rachidienne	0,1	0,423

Discussion:

- Le score BASRI dans notre étude était supérieur à celui rapporté dans les études marocaines . [1]
- Il était plus important chez les hommes et les tabagiques.
- Le BASRI était corrélé à la durée de la maladie, à l'indice métrologique BASMI et au mSASS.
- Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le BASRI lombaire et les variables ostéodensitométriques au niveau de ce même site comme a suggéré une étude tunisienne plus ancienne. [2]

Conclusion:

Notre étude a montré que l'atteinte structurale du rachis, évaluée par le BASRI était plus importante chez les patients ayant des facteurs de mauvais pronostic .

1. Benmaïza L, et al. Rev Rhum. 2007;74(10):1163-4.

2. Ben Chihouli M, et al. Rev Rhum. 2007;74(10):1029-30.

Différences entre les sexes dans la spondylarthrite: les femmes ne sont pas aussi chanceuses

Rahmouni S, Slouma M, Dhahri R, Metoui L, Bousseta N, Gueddiche N, Ajili F, Gharsallah I, Louzir B

service de médecine interne, Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis

Introduction :

Il a été longtemps admis que la spondyloarthrite (SPA) touche préférentiellement les hommes, cependant au cours des dernières années on observe une répartition plus homogène selon le sexe [1]. Notre objectif était d'évaluer la prévalence de la SPA chez la femme et de déterminer ses particularités cliniques, biologiques et radiographiques.

Patients et méthode:

Etude rétrospective effectuée au service de médecine interne incluant 112 patients atteints de SPA répondant aux critères ASAS. Nous avons comparé les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, biologiques et radiologiques entre les hommes et les femmes.

Résultats :

Parmi nos 112 patients, 31 étaient des femmes (22,7%). L'âge moyen était de $43,7 \pm 12$ ans. Le **tableau 1** résume les différences observées entre les deux sexes.

Discussion:

- ✓ Dans notre étude, la fréquence de la spondyloarthrite féminine était similaire à celle rapportée dans les séries marocaines [2]
- ✓ Elle se distinguait par la fréquence des formes périphériques polyarticulaires.
- ✓ L'association aux MICI était également plus notée au cours de la SPA féminine
- ✓ L'atteinte structurale du rachis est moins sévère chez les femmes ceci peut être expliqué par la fréquence des formes axiales non radiographiques, contrairement à la cohorte DESIR qui ne montre pas de différence selon le sexe [3]

Tableau 1: comparaison entre les deux sexes

	Hommes	Femmes	p
Age de début de la maladie (ans)	38,2	33,9	0,11
Délai diagnostic (mois)	35	38	0,778
Début polyarticulaire	10%	32,35%	0,036
Début axial	79,01%	51,61%	0,009
Forme axiale pure	66,6%	35,48%	0,05
Axiale radiographique	87,65%	43,47%	0,001
Axiale non radiographique	7%	22,58%	0,025
Périphérique pure	19,34%	6,17%	0,036
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	7,4%	32,25%	0,02
CRP (mg/L)	22,66	53,26	0,002
Vitesse de sédimentation (mmH)	28,56	56,37	0,000
Typage HLA B27 (n=31)	64%	0	0,031
BASRI	1,205	0,64	0,031
BASMI	2,03	2,15	0,817
BASDAI	3,92	4,4	0,438
BASFI	4,35	5,67	0,06

Conclusion:

Dans notre étude, il paraît que la spondyloarthrite se présente différemment selon le sexe du patient. La forme axiale non radiographique était particulièrement fréquente chez les femmes.

1. Jung YO, et al (2010). J Korean Med Sci 2010; 25:532-535
2. MARIAM, M. A. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE SUR LE HANDICAP SOCIOPROFESSIONNEL ET LE RETENTISSEMENT FONCTIONNEL ET PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE SPONDYLARTHROPATHIES.
3. Blachier M, et al., Rheumatology 2013

L'obésité est elle un facteur aggravant des spondylarthrites ?

Farhat A, El Amri N, Baccouche K, El Achek MA, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

L'impact de l'obésité sur l'activité des spondylarthrites (SP) reste encore débattu. L'objectif de notre étude était d'évaluer le lien entre l'obésité et les scores d'activité des spondylarthrites.

Matériels et matériels:

Il s'agit d'une étude transversale concernant 52 patients atteints de SP colligés au service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 6 mois. Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie (caractéristiques clinico-biologiques des SP, poids, taille, scores d'activité BASDAI, BASFI, ASDAS).

Résultats:

Il s'agit de 52 patients d'âge moyen de 44,92 ans [18-80]. Le sexe ratio H/F est de 1,73. 75% des patients avaient une spondylarthrite ankylosante, 19,23 % un rhumatisme psoriasique et 5,77% un rhumatisme des MICI. Nos patients avaient comme antécédents : un diabète (7,7%), une HTA (1,9%), une dyslipidémie (1,9%) et une intoxication tabagique dans 23,1% des cas. 23% de nos patients étaient obèses (BMI ≥ 30 kg m²). Pour les obèses le BMI moyen était de 34 versus 23,89 pour les non obèses. La durée moyenne d'évolution était de 93 mois versus 80 mois. Le BASDAI moyen était de 18,46 versus 20,33. Le BASFI moyen était de 17,48 versus 22,68. L'ASDAS moyen était de 2,27 versus 2,46. La VS à la première heure moyenne était de 22,83 versus 31,32 et la CRP moyenne 8,9 mg/l versus 18,32 mg/l pour les non obèses. Il n'existait pas de corrélation entre l'obésité et les scores d'activité BASDAI, ASDAS, BASFI, ni une corrélation entre l'obésité et le syndrome inflammatoire biologique.

Discussion:

-Le tissu adipeux produit des **cytokines pro-inflammatoires** comme l'IL-6, le TNF et l'IL-8. Ces adipokines interviennent sur la sensibilité à l'insuline, et ont un rôle central dans le syndrome métabolique et le risque cardiovasculaire et leur influence dans différentes **pathologies articulaires** est de plus en plus étudiée.

- L'obésité en elle-même est associée à un état d'inflammation caractérisé par une augmentation des marqueurs proinflammatoires comme le TNF et l'IL-6. De

plus, les adipokines habituellement dérégulées dans l'obésité, comme l'adiponectine, la leptine, la résistine et la visfatine sont également anormales dans le rhumatisme psoriasique, de manière assez similaire à ce que l'on observe dans l'obésité, mais indépendamment de celle-ci. [1].

- L'obésité n'est pas seulement la clé de la majoration du risque cardiovasculaire chez les patients atteints de RP, mais elle semble avoir un lien direct avec la pathogénie de ce rhumatisme. De ce fait, la question du rôle de l'obésité dans la sévérité de la maladie, ses conséquences et les effets des différents traitements se pose [2].

- Dans le psoriasis cutané on observe une corrélation entre l'IMC et la sévérité de l'atteinte cutanée. Une corrélation a été recherchée entre le niveau des adipokines et des **cytokines inflammatoires et le risque structural** dans le RP. Si seul le taux de TNF était corrélé au score radiographique, les taux de TNF, mais aussi de RANKL et de leptine étaient corrélés au **score d'activité articulaire** [3-4].

- L'étude Bettaieb et al [5] suggère que l'augmentation de l'indice de masse corporelle au cours des SP est essentiellement associée à l'activité et la sévérité de la maladie.

Conclusion:

Dans notre étude, l'obésité ne semble pas être un facteur d'influence sur l'activité des spondylarthrites et elle n'agit pas sur le syndrome inflammatoire biologique.

Références:

- [1]. Gerdes S, Rostami-Yazdi M, Mrowietz U. Adipokines and psoriasis. *Exp Dermatol* 2011;20:81-7.
- [2]. Neimann AL, Shin DB, Wang X, et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:829-35.
- [3]. Xue Y, Jiang L, Cheng Q, Chen H, Yu Y, Lin Y, et al. Adipokines in psoriatic arthritis patients: the correlations with osteoclast precursors and bone erosions. *PLoS ONE*;7(10):e46740
- [4] Aline Frazier-Mironer .Rhumatisme psoriasique et obésité. *Revue du rhumatisme monographies* 2016.
- [5]. Bettaieb H et al. L'obésité est-elle un facteur de pronostic au cours des spondylarthrites ? *Annales d'endocrinologie* 2018

Particularités de l'atteinte des pieds au cours des spondyloarthrite

FARHAT A, EL AMRI N, ZEGLAOUI H, EL ACHEK MA, BACCOUCHE K, BOUAJINA E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de sousse

Introduction :

L'atteinte du pied dans les spondyloarthrites (SP) est fréquente et souvent précoce. Le but de notre travail est d'étudier la fréquence de l'atteinte du pied dans les SP et de décrire ses caractéristiques cliniques et radiologiques.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale concernant 40 patients atteints de SP colligés d'une façon consécutive au service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 6 mois. Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie et tous les patients ont eu un interrogatoire, un examen clinique, un bilan biologique et radiologique et ont rempli les auto-questionnaires des indices spécifiques de la maladie.

Résultats :

L'âge moyen de 45,05 ans [18-80]. Le sex ratio H/F est de 1,5. 72,5% des patients avaient une spondylarthrite ankylosante (SPA), 20 % un rhumatisme psoriasique (RP) et 5% un rhumatisme des MICI. La durée moyenne d'évolution était de 81,52 mois [2-336]. Une sacroiliite était notée dans 92,5% et une coxite dans 30% majoritairement bilatérale (91,7%). Le BASDAI moyen était de 51 [19-100]. Le BASFI moyen était de 53 [10-98] et l'ASDAS moyen était de 2,39 [1-4,7]. Un syndrome inflammatoire biologique (SIB) était présent dans 42,5%. 47,5% des patients présentaient des symptômes au niveau du pied. L'atteinte était inaugurale dans 63,2% et apparaissant au cours de l'évolution dans 36,8%.

Cliniquement l'atteinte de l'arrière pied était la plus fréquente (78,9%) suivie par l'atteinte de l'avant pied (68,4%). **Au niveau de l'arrière pied : les talalgies** étaient présentes dans 78,9% des cas (bilatérales dans 93,4%) se manifestant sous forme de douleur plantaire dans 80% et de douleur ponctuelle dans 20% des cas alors que **l'atteinte de la cheville** était notée dans 10%. **Au niveau de l'avant pied :** les **métatarsalgies** étaient notées dans 42,1%, **une dactylite** dans 26,3%, des **déformations** dans 7,5%, des **anomalies unguéales** dans 10% et une atteinte cutanée dans 5% des cas. **Le médio pied** n'était pas symptomatique.

A l'imagerie l'atteinte de l'arrière pied (fausse épine) était présente dans 10% de la population alors que l'atteinte radiologique du **médio-pied** était présente dans 2,5%. Pour **l'avant pied** l'atteinte radiologique concerne surtout les patients atteints de RP avec un score **CRDO moyen** était de 0,9.

L'étude analytique avait montré que l'atteinte du pied était corrélée positivement et de façon non significative par rapport à la coxite et que le SIB et le BASDAI étaient négativement corrélés à l'atteinte du pied d'une façon non significative.

Discussion:

La fréquence globale de l'atteinte du pied au cours des SP a fait l'objet de plusieurs études et elle était variable selon les auteurs et l'ancienneté de leurs études : 100% [1], 61,4% [2], 51% [3], 47% [4], 41% [5]. Notre étude est en concordance avec ces données (47,5%).

L'arrière pied constitue une localisation élective des SP. La fréquence de cette atteinte diffère selon la forme de la SP: 54,34% [2], 52% [3], 36% [6]. La talgalgie est le plus souvent bilatérale et les données de la littérature montrent que ses signes radiologiques peuvent exister indépendamment de la clinique [2].

La fréquence de **l'atteinte de l'avant pied** est variable selon les études et le type de SP. Elle inaugure le tableau clinique de SP dans 10 à 30 % des cas [3]. À la différence de la PR, les **métatarsalgies** au cours de la SP sont plutôt asymétriques et intéressent le plus souvent les deux premiers rayons [2]. La fréquence **L'orteil en saucisse** au cours des SP est variable selon les études et le type de SP. Elle varie de 5 à 25% [2].

En revoyant les données des études, la prévalence de **l'atteinte du médio-pied** au cours des SP est en fait plus rare [2]. L'analyse radiologique des articulations interphalangiennes des orteils est indispensable, surtout au cours du RP. Les atteintes des interphalangiennes étaient évaluées par les **CRDO** de Fournié. Dans une série [2], les CRDO 1, 2 et 5 étaient les plus fréquentes (aux alentours de 20% chacun). Dans notre série le CRDO moyen était de 0,9 (0-5).

Conclusion :

Notre étude a confirmé que le pied constitue une cible privilégiée des SP dont les talalgies constituent le signe clinique le plus fréquent et la destruction touche préférentiellement l'avant pied.

Références:

- [1] Bezza A, Niamane R, Amine B, El Maghraoui A, Bensabbah R, Hajjaj-Hassouni N. Involvement of the foot in patients with psoriatic arthritis. A review of 26 cases/[2] Sellami M. Atteinte du pied au cours des spondylarthropathies/[3] Sedki Y. Prévalence et particularités de l'atteinte des pieds au cours des spondylarthrites/[4] Eulry F, Diammano J, Thiolet-creach C, Goldet R, Lechevalier D, Magnin J. Place de l'atteinte du pied dans le diagnostic des spondylarthropathies établi avec les critères d'Amor : Étude rétrospective de 140 observations./[5] Ben Fredj H, Baccouche K, Belghali S, Bel Haj Slama K, Ben Abdesslem MH, Khalfallah B, Bouajina E. L'atteinte du pied au cours de la spondylarthrite ankylosante: A propos de 37 cas/[6] Calmels C, Eulry F, Lechevalier D, Dubost JJ, Ristori JM, Sauvezie B, Bussièrre JL. Involvement of the foot in reactive arthritis: A retrospective study of 105 case.

L'atteinte du Rachis cervical au cours spondylarthropathies : corrélation clinique et radiologique

Y.Makhlouf, S. Kassab, S. Miladi, A.Fazaa, L.Souabni, K.Ouenniche, S. Chekili, K.Ben Abdelghani, A Laatar

Hôpital Mongi Slim la Marsa

Introduction :

L'atteinte du rachis cervical au cours des spondylarthropathies notamment au cours de la spondylarthrite ankylosante est moins fréquente que l'atteinte des autres étages (lombaire et dorsal). Cependant, cette atteinte ne semble pas être rare et peut être à l'origine d'un retentissement fonctionnel et de troubles neurologiques parfois sévères.

Objectif

Rechercher une corrélation clinico-radiologique de l'atteinte du rachis cervical au cours des spondylarthropathies.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective portant sur 80 patients colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim, suivis pour spondylarthropathies selon les critères ASAS. Les données ont été retranscrites à partir d'une fiche d'exploitation contenant les manifestations cliniques (cervicalgies inflammatoires, une gêne fonctionnelle, raideur ou limitation de la mobilité du rachis cervical). Des clichés du rachis cervical ont été réalisés analysés par deux radiologues différents. Les patients ont été répartis en deux groupes : groupe I présentant une atteinte clinique ou radiologique, groupe II : n'ayant aucune atteinte clinique ou radiologique.

Résultats

L'étude a inclus 80 patients avec un sexe ratio de 1,2. L'âge moyen était de 41,6 ans (25-67 ans). Cinquante patients avaient une spondylarthrite ankylosante (62,5%), 30% étaient suivis pour rhumatisme psoriasique, 28% avaient une SPA associée à une enterocolopathie inflammatoire. Un seul patient avait un syndrome SAPHO. L'atteinte cervicale clinique a été rapportée dans 56% des cas. Les anomalies radiologiques ont été observées chez 61% des cas. L'atteinte clinique et /ou radiologique a été constatée chez 60 patients (75%). Sur les 45 patients rapportant des cervicalgies, seuls 75% se sont avérés avoir des lésions radiologiques du rachis cervical. Chez le quart des patients restants, l'atteinte cervicale est débutante ou encore infra-radiologique. Une atteinte radiologique du rachis cervical sans traduction clinique a été retrouvée chez 31% des patients dans le cadre d'une exploration systématique. Un seul cas de luxation atloïdo-axoïdienne et une seule fracture cervicale ont été observées. L'atteinte radiologique prédominait de manière non significative chez les hommes ($p=0,06$). Il existe une association statistiquement significative entre les manifestations cliniques

et radiologiques et le stade évolutif de la maladie ($p=0,002$ et $p=0,05$ respectivement).

Les patients présentant une atteinte du segment dorsal et lombaire étaient sujets à une atteinte radiologique plus fréquente du rachis cervical ($p=0,002$ et $p=0,001$ respectivement). L'atteinte radiologique était plus fréquente au cours de la SPA primitive que dans les autres formes de SpA ($p=0,002$).

La coxite était statistiquement plus fréquente chez les patients ayant une atteinte clinique ou radiologique du rachis cervical ($p=0,002$ et $0,001$ respectivement).

La présence d'une atteinte articulaire périphérique distale, de manifestation extra-articulaires ou la présence du gène HLA B27 ne semblait pas influencer de manière significative sur la fréquence de l'atteinte cervicale.

Discussion

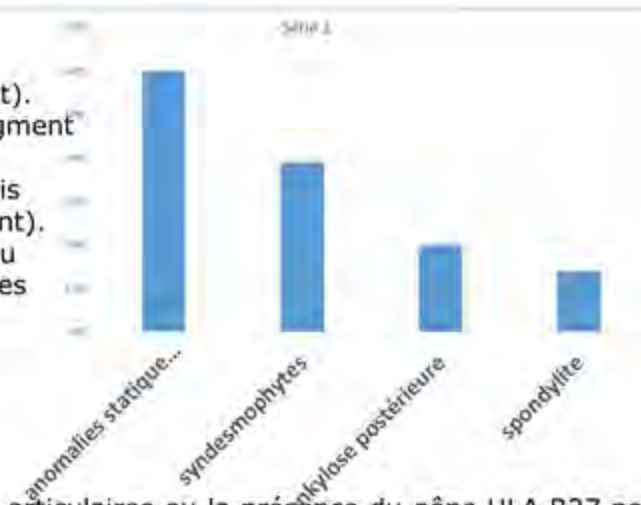
Ce travail souligne l'importance de l'atteinte cervicale au cours des spondylarthropathies (75%). Dans la littérature, la localisation cervicale n'a été retrouvée que dans 48,6% des cas [1]. Un seul cas de luxation atloïdo-axoïdienne a été noté alors que sa prévalence était de 6,8% dans certaines séries [2]. La mise au carré des vertèbres était la lésion radiologique la plus fréquente. L'atteinte cervicale était associée à des formes sévères et symptomatiques des spondylarthropathies. Ceci nous incite à envisager l'atteinte cervicale comme élément prédictif de sévérité.

Conclusion

L'atteinte du rachis cervical au cours des spondylarthropathies n'est pas rare. Une radiographie du rachis cervical s'avère indispensable et doit être comprise systématiquement dans le cadre du bilan radiologique des spondylarthropathies.

[1] A. El Maghraoui R., Bensabbah, R. Bahiri A. Bezza, N. Guedira, N. Hajjaj-Hassouni Cervical spine involvement in ankylosing spondylitis Clin Rheumatol (2003) 22: 94-98

[2] Ramos-Remus C, Gomez-Vargas A, Guzman-Guzman JL et al. (1995) Frequency of atlantoaxial subluxation and neurologic involvement in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol 22: 2120-2125



Fractures rachidiennes au cours des spondyloarthrites: à propos de 2 cas

Fakhfakh.R, Jguirim.M, Dhgaies.A, Grassa.R, Jmaa.O, Mosbeh.H, Zrouer.S, Bélija.I, Touzi.M, Bergaoui.N

Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir (Tunisie)

Introduction:

Les fractures transdiscales du rachis sont rares. Elles surviennent sur un rachis ankylosé et exposent à des complications neurologiques. Nous rapportons deux cas de fractures transdiscales cervicale et lombaire au cours des spondyloarthrites.

Observation:

Cas n°1: Patient âgé de 45 ans, suivi pour spondyloarthrite axiale ankylosante primitive depuis 7 ans, selon les critères ASAS 2009. Il a eu il y a 2 ans un accident de la voie publique entraînant une lombalgie mécanique avec un examen neurologique normal. La radiographie standard du rachis lombaire a montré une fracture transdiscale, pédiculaire et articulaire inter apophysaire postérieure de L3 sur le cliché de profil avec un aspect de colonne bombou et en triple rail sur le cliché de face (**Figure n°1**). Le traitement était l'immobilisation.

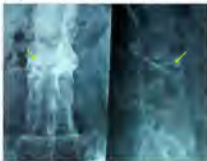


Figure n°1

Cas n°2: Patient âgé de 41 ans, suivi pour rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale, atloïdo-axoïdienne et périphérique, évoluant depuis 8 ans et traité par Methotrexate. Il présente une névralgie cervicobrachiale droite de trajet C5 depuis 3 semaines sans facteurs déclenchants. L'examen montre un rachis raide, un syndrome quadri pyramidal sans déficit sensitivo moteur. La radiographie du rachis cervical a montré une angulation du rachis cervical avec une fracture transdiscale, un spondylolisthésis de C4 de grade 1, un diastasis antérieur de C1C2, un diastasis antérieur de C1C2, une ossification du ligament vertébral commun postérieur et une ankylose des articulaires postérieures (**Figure n°2**). Une immobilisation par un collier cervical rigide était prescrite.



Figure n°2

Discussion:

L'incidence des fractures du rachis au cours de la spondyloarthrite est variable selon les auteurs: 61 cas sur 1071 pour Feldtkeller parmi lesquels 15 cas survenus en dehors de traumatisme [1], 8 cas en 5 ans pour Murray [2] et 1 cas sur 300 pour Hannequin [3]. La localisation de la fracture est cervicale dans 75 % des cas (prédomine à l'étage inférieur de C5 à C7 dans 72 % des cas), dorsale dans 15 % des cas (le plus souvent de T6 à T12) et lombaire dans 10 à 15 % des cas (en L4-L5 le plus souvent) [4].

Conclusion: Les fractures transdiscales au cours des spondyloarthrites sont graves et doivent être évoquées et recherchées devant la modification de la symptomatologie douloureuse, même en absence de traumatisme.

Atteinte osseuse au cours de l'histiocytose: à propos deux cas

Jomaa.O, Jguirim.M, Grassa.R, Dghaies.A, Mosbah.H, Fakhfakh.R, Zrour.S, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N

Service de rhumatologie EPS Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction :

La diffusion du système histiocytaire dans l'organisme explique la multiplicité des troubles observés au cours de l'histiocytose. C'est une maladie rare au spectre clinique très divers. Certaines manifestations ont une importance sémiologique de premiers plans en particulier osseuses. Nous en rapportant 2 observations.

Observation 1

Garçon âgé de 12 ans consulte pour des cervicalgies intenses mixtes évoluant depuis 1 mois. Le rachis cervical était très douloureux. Les radiographies standard étaient sans anomalie avec à la biologie un syndrome inflammatoire biologique. Un complément tomodensitométrique du rachis cervical a montré un processus ostéolytique agressif de C2 avec adénomégalie cervicale des chaînes spinales et jugulocarotidiennes. L'IRM cervicale a objectivé un processus tissulaire à l'origine d'une ostéolyse de pédicule et de la lame droite de C2 avec extension dans les parties molles du côté homolatéral ainsi qu'une épidurite postéro latérale droite. Une biopsie chirurgicale au niveau de C2 était réalisée dont l'étude anatomopathologique était en faveur d'une histiocytose langerhansienne. Ainsi le diagnostic d'histiocytose langerhansienne type granulome éosinophile de l'os était retenu.

Observation 2

Femme âgée de 47 ans aux antécédents de diabète type 2, diabète insipide en rapport avec un adénome post hypophysaire sécrétant l'ADH, et d'un carcinome parathyroïdien opéré consulte pour des lombalgies inflammatoires rebelles au traitement médical avec à la biologie un syndrome inflammatoire biologique. Une IRM était demandé objectivant 2 lésion hypoT1 hypoT2 au niveau des plateaux vertébraux supérieurs de L1 et inférieurs de L3 qui se rehaussent après injection de gadolinium. La scintigraphie avait montré une hyperfixation au niveaux des vertèbres D9, L1, L3, massif trochantérien droit. L'examen physique avait révélé des papules infra centimétriques brunâtre siégeant au niveau plis axillaires et inguinaux négligé par la patiente. Une biopsie cutanée était envisagée objectivant :

une histiocytose non langerhansienne à type d'xanthoma disseminatum de montgomery d'où sa mise sous fenofibrate, simvastatine. L'évolution était marquée par un aspect stable des lésions antérieurement décrites à l'IRM et à la scintigraphie de contrôle.

Discussion

Les histiocytoses sont des affections polymorphes, les histiocytoses langerhansiennes touchent préférentiellement les enfants. L'atteinte peut être limitée à un organe, comme la peau et l'os qui sont les localisations les plus fréquentes, souvent révélatrices. Elle peut être disséminée, la diffusion des lésions et l'existence de dysfonctionnement d'organes conditionnant le pronostic. Les histiocytoses non langerhansiennes sont beaucoup plus hétérogènes, plus rares et moins bien étudiées. À côté d'exceptionnelles formes malignes, la classification des formes bénignes, toujours discutée, repose sur des critères cliniques, évolutifs, histologiques et phénotypiques.



Figure1: Photos illustrant des papules infra centimétriques de couleur brunâtre siégeant au niveau pli axillaire



Figure2: Cliché tomodensitométrique montrant un processus ostéolytique agressif de C2

Conclusion

L'atteinte osseuse au cours de l'histiocytose est l'une des manifestations les plus fréquentes, qui peut prêter à confusion avec des métastases osseuses.

Kyste osseux anévrismal extra-osseux de la cheville

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

Introduction : Le kyste osseux anévrismal (KOA) dans sa forme extra-osseuse représente une variante exceptionnelle et extrêmement rare de ces tumeurs. Cette présentation mérite d'être connue par les cliniciens et les radiologues afin d'éviter le retard de diagnostic.

Nous présentons un cas original de KOA extra-osseux survenant dans les tissus mous de la cheville.

observation :

- patient de **16 ans**
- **ATCDs** : 0
- **Motif** : gonflement indolore et progressif de la cheville gauche qui évoluait depuis deux mois.
- **Examens radiologiques (figure 1 + 2)** : radiographie standard + l'échographie des parties molles de la cheville (figure 1 et 2) -----> une **myosite ossifiante**.
- **CAT** : Il a été opéré avec un curetage complet et une greffe spongieuse.
- **Examen histologique** : a confirmé le diagnostic d'un KOA des tissus mous.
- **Evolution** : était favorable.



figure 1 : Radiographie de la cheville: opacité extra-osseuse de 3 cm de diamètre, limitée par une coquille osseuse mince, contenant des trabécules osseuses sur la face médiale du calcaneum.



figure 2 : Échographie des parties molles de la cheville: masse bien encapsulée limitée par une coquille osseuse hyperéchogène, opposée à la face médiale du calcaneum.

Conclusion :

La localisation dans les parties molles de la cheville de ces tumeurs osseuses bénignes n'a jamais été rapportée auparavant. Notre observation est, à notre connaissance, la première à rapporter cette localisation.

La prise en charge du myélome multiple dans un service de Rhumatologie

Fakhfakh R, Jguirim M, Dhgaies A, Jmaa O, Grassa R, Mosbeh H, Zrouer S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Le myélome multiple est une hémopathie maligne caractérisée par la prolifération d'un clone de plasmocyte envahissant la moelle hématopoïétique. Notre objectif était de déterminer les particularités thérapeutiques et évolutives du myélome multiple.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective des patients atteints de myélome multiple retenu selon les critères de l'International Myeloma Working Group(IMWG) 2003et/ou 2014, hospitalisés au service de Rhumatologie de Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie) durant la période allant de 2010 à 2016.

Résultats:

•On a colligé 36 patients, d'âge moyen de 67,19 ans±10,33, avec un sex-ratio (H/F) de 1,4.

• Le type le plus fréquent de MM était à IgG Kappa. Le myélome était non sécrétant dans 13,9%. Il était classé à III selon Durie et Salmon dans 69,4% des cas.

Pic monoclonal (86,1%)	Pic gamma(61,1%) Pic béta (25%)
Chaîne légère	Lambda (47,2%) Kappa (52,8%)
Chaîne lourde	IgG (64,5%) IgA (35,5%)

**Tableau n°1:
Caractéristiques du
pic monoclonal du
myélome multiple**

•Pour les patients de moins de 65ans (13cas), 2 patients ont eu une autogreffe avec rémission dans 1 cas.

•Pour les plus âgés (23cas), une chimiothérapie a été préconisée pour 87% des patients (Mélphalan Prednisonne dans 78% des cas et Mélphalan Prednisonne Thalidomide dans 25 % des cas).

•Le nombre de séries était à 2 et 3 chez respectivement 30 et 4% des patients, avec une durée moyenne de10±5,8ans.

- Une radiothérapie antalgique et décompressive était indiquée pour 22% et 5,7 % des patients, respectivement.
- Les patients étaient sous antalgiques paliers 3 dans 58,2%.
- La chirurgie était nécessaire dans 22% des cas (pour une fracture:16,8% et décompressive: 13,9%).
- Les Bisphosphonates étaient préconisés pour 52,8% des patients.
- Une réponse au moins partielle était trouvée chez 38,9% des patients et une rémission chez 5,6% des patients.
- Durant le suivi, 36,1% des malades ont développé une insuffisance rénale chronique.
- Le décès était survenu chez 86,1% des patients au cours de l'évolution de leur maladie. La durée moyenne de survie était à 12 ± 48 mois. La cause la plus fréquente de décès était un état de choc septique dans 41,7% des cas.

Discussion:

	[1] N=136	[2] N=139	[3] N=100
Bisphosphonates	44,8%	66%	30%
Autogreffe	2%(3)	0	10%
Chimiothérapie	73,5%	100%	80%
Type	MP: 92 MPT: 2 VD: 2	-	MP: 69 cas MPT: 3cas
Rémission complète	2/79 (2,5%)	29%	Réponse:65,2%
Rémission partielle	20% (16/79)	42%	
Rechute	31%(25/ 79)	4 patients	Échec: 34%
Progression	7% (6 /79)		
Décès	30% (24 /79)	7%	61%
Durée moyenne de survie	20 mois	31 mois (médiane)	34 mois

Tableau n°2: La prise en charge du myélome multiple et son évolution selon d'autres études: [1]Sénégal(2005-2016), [2] Maroc(2006-2013), [3]Tunisie (1991-2010)

[1] Fall S, Diao F, Douf C et al. Profil épidémiologique et évolutif du myélome multiple au Sénégal: étude monocentrique de 2005 à 2016. Pan African Medical Journal 2017; 27: 262 doi: 10.1186/s2992-017-27-262-13084
[2] Belmoraie - Profil clinique et thérapeutique du myélome multiple en médecine interne. Etude descriptive et analytique à propos de 139 cas. CHERGEL N. 2016. Revue du MARIAGE. Faculté de médecine et de chirurgie de Marrakech.
[3] El Touzani, H. Slacchi, F. Mammoussi et al. Les facteurs pronostiques de survie en cours du myélome multiple. LA TUNISIE MEDICALE 2014 , 32 (n°10) : 399-405.

Conclusion: Le myélome reste une maladie quasi-constamment incurable, mais les avancées thérapeutiques ont permis d'améliorer le pronostic des patients.

Titre: Cas clinique d'une exostose vertébrale

Auteurs: R. Grassa (1) ; M. Ezzedine (1) ; A. Feki (1) ; S.Jriri(1) ; M.Ben.Majdouba(1) ; Z.Gassara (1) ; S. Ben Djmeaa(1) ; R. Akrou (1); M.H. Kallel(1) ; H. Fourati(1) ; S. Baklouti(1)

Adresse: (1) Service de rhumatologie, C.H.U. Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction :

Exostose ou ostéochondrome est la tumeur osseuse bénigne la plus fréquente (40%). Elle est composée d'une corticale et une médullaire osseuse surmontée d'une coiffe cartilagineuse. Elle est plus fréquente chez l'homme : l'adolescent et l'adulte jeune avant 20ans : avec un sex-ratio de 1,5. Les os longs sont les plus touchés (80%). Une atteinte rachidienne est rare (1,3 à 4,1 % des cas), intéressant souvent l'épineuse. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant une exostose vertébrale cervicale, colligée dans un service de rhumatologie.

Observation :

** Patiente M.N âgée de 68ans, diabétique, hypertendue, coronarienne, qui a consulté pour des cervicalgies mécaniques rebelles au traitement médical, évoluant depuis 3 ans.

**L'examen a trouvé un rachis cervical douloureux à la mobilisation avec limitation des inclinaisons latérales sans déficit sensitivomoteur.

**Un bilan biologique inflammatoire et phosphocalcique était normal .

**Une radiographie standard du rachis cervical a objectivé une condensation des corps vertébraux de C5, C6 et C7. Un complément d'exploration par une TDM cervicale était fait montrant un rétrécissement marqué du trou de conjugaison gauche C6-C7 avec présence d'une exostose du massif articulaire supérieur de C7.

**Une corticothérapie par voie générale de courte durée était indiquée associé à un traitement injectable par thiocolchicoside avec nette amélioration clinique.

Rachis cervical de profil montrant une condensation des corps vertébraux de C5, C6 et C7.



TDM du rachis cervical coupe coronale montrant un rétrécissement marqué du trou de conjugaison gauche C6-C7 avec présence d'une exostose du massif articulaire supérieur de C7



TDM du rachis cervical coupe axiale: présence d'une exostose du massif articulaire supérieur de C7.

Discussion :

** L'exostose constitue la tumeur osseuse bénigne la plus fréquente. Elle est asymptomatique le plus souvent. L'atteinte rachidienne est rare. La localisation cervicale représente 80 % des atteintes et la vertèbre C2 est la plus fréquente.[1]

**La lésion est souvent indolore, mais peut présenter des complications locales. Une dégénérescence sarcomateuse survient dans moins de 1 % des exostoses sporadiques et chez 3 % à 5 % des patients porteurs d'exostoses multiples, le plus souvent en chondrosarcome. Une revue de la littérature a trouvé 165 cas d'ostéochondrome vertébral.[2]

**Notre cas présente la particularité d'une localisation cervicale plus rare siégeant au niveau de C7.

Conclusion:

**L'atteinte rachidienne au cours de l'exostose est rare. L'atteinte du rachis cervical et particulièrement de la vertèbre C2 est la plus fréquente. Cependant les autres vertèbres ne sont pas épargnées, tel le montre notre cas.

Références bibliographiques:

[2]El Haddad, A., Chaouir, S., Amil, T., & Hanine, A. (2013). Compression médullaire. Feuillet de Radiologie, 53(3), 154-157

[1]Burki, V., So, A., & Aubry-Rozier, B. (2011). Myélopathie cervicale au cours d'une maladie des exostoses multiples. Revue Du Rhumatisme, 78(4), 388-390.

Myélome multiple à chaînes légères : expérience du service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

Mosbah H., Jguirim M., Askri M., Dghaies A., Fakhfakh R., Jmaa O., Grassa R., Zrou S., Bejia I., Touzi M., Bergaoui N.
Service de rhumatologie Hôpital Fattouma bourguiba Monastir.

Introduction :

Vingt pour cent des myélomes multiples (MM) ne produisent pas une immunoglobuline complète, on aura alors une production anormale de chaînes légères d'immunoglobuline (1).

Cette situation s'accompagne généralement de difficultés diagnostiques.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective sur 15 ans rapportant les caractéristiques cliniques, radio-biologiques et thérapeutiques des patients hospitalisés pour myélome multiple au service de rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

Résultats :

- **11 cas** de myélome multiple à chaînes légères
- 8 cas sont âgés de moins de 65 ans.
- Délai diagnostic: 1 mois -> 5 ans.

- Circonstances de découverte:

- * Douleur osseuse inflammatoire: 8 cas
- * Lombosciatique: 2 cas
- * Anémie: 2 cas

Anomalies à l'EPP:
2 cas: pic gamma
1 cas: pic bêta
3 cas hypogamma

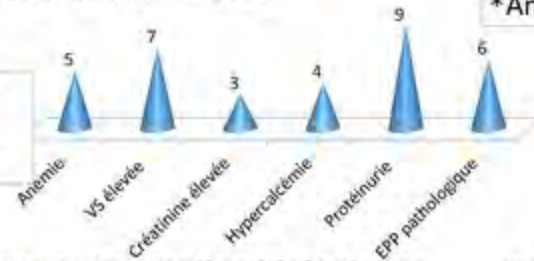


Figure 1: Anomalies biologiques.

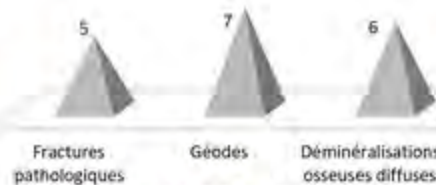


Figure 2: Anomalies radiologiques.

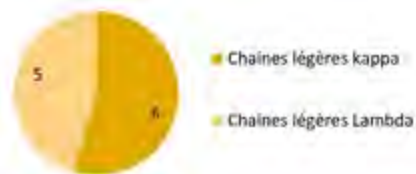


Figure 3: Type de chaîne légère.



Figure 4: Stade du myélome multiple.

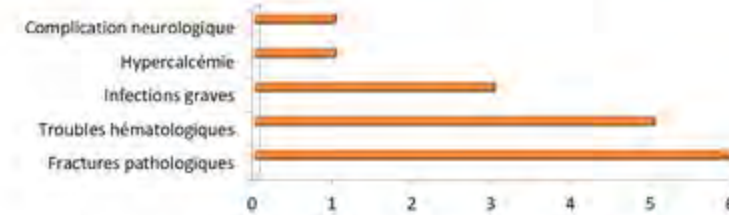


Figure 5: Complications au cours de l'évolution.

Le traitement était à base chimiothérapie sachant que **3** patients ont bénéficié d'**auto-greffe** de moelle et **4** patients ont eu une **radiothérapie**.
Les bisphosphonates étaient administrés chez 8 patients.
On a noté une amélioration partielle dans 3 cas seulement.

Discussion et conclusion:

La présence d'une protéine monoclonale n'est pas nécessaire pour le diagnostic de myélome multiple ce qui nous incite à interpréter avec plus de précautions toute anomalie biologique sanguine ou urinaire et de demander le rapport des chaînes légères afin d'assurer un diagnostic précoce.

l'électrophorèse des protéines sériques doit être complétée par le dosage des chaînes légères qui représente un outil indispensable pour le suivi des MM à chaînes légères ainsi que pour évaluer le pronostic des MGUS (1).

L'IRM en général est très informative et la confirmation se base sur biopsie médullaire et/ou ponction sternale (2).

Notre étude ne montre pas de particularités clinico-biologiques et surtout évolutives des myélomes à chaîne légère (3).

2- Abstracts / Revue du Rhumatisme 73 (2006) 1089 - 1259

1- Bidel A. Intérêt du dosage des chaînes légères libres des immunoglobulines. SPECTRA BIOLOGIE n° 157 • 2007

3- HAS. ALD n° 50 - Guide « Myélome multiple »

Douleurs sternales révélatrices d'un lymphome B inclassable du médiastin

A. Guiga, D. Khalifa, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le lymphome B inclassable du médiastin ou lymphome Gray zone du médiastin, est une entité extrêmement rare qui présente des caractéristiques histologiques et immunohistochimiques intermédiaires entre le lymphome de Hodgkin et le lymphome primitif du médiastin. Nous rapportons l'observation d'un patient chez qui le diagnostic a été révélé par l'atteinte osseuse.

Observation :

Patient âgé de 22 ans sans antécédents pathologiques notables, se plaignait de douleurs de la paroi thoracique antérieure depuis 2 mois associées à un prurit chronique et un amaigrissement de 7kg en deux mois. L'examen trouvait un patient apyrétique, ayant un IMC à 18.9, une douleur en regard du sternum accentuée par la palpation et sans signes inflammatoires locaux, et la présence de 2 adénopathies cervicales de 1 cm sans hépatosplénomégalie. A la biologie, la numération formule sanguine était normale, la vitesse de sédimentation accélérée (36mmH1), un profil inflammatoire à l'électrophorèse des protéines sanguines, une fonction rénale et hépatique normales et un taux normal de lactate déshydrogénase. La radiographie du thorax avait montré un élargissement médiastinal sans lésion osseuse évidente. Le scanner thorco-abdomino-pelvien avait montré une volumineuse masse médiastinale antérieure occupant la loge thymique mesurant 110*60 mm dans le plan axial étendue sur 75mm de hauteur, envahissant l'os sternal. La biopsie par médiastinoscopie était en faveur d'un lymphome B inclassable du médiastin (Gray Zone). Après un bilan d'extension négatif, le patient était programmé pour chimiothérapie.

Discussion :

Le diagnostic d'un lymphome "Gray zone" du médiastin est rare. Il touche le sujet jeune de sexe masculin. La clinique est polymorphe et peut se manifester par une douleur thoracique, une dyspnée, des symptômes B ou par des douleurs osseuses et le traitement n'est pas encore codifié. Il repose essentiellement sur la chimiothérapie intensive selon différents protocoles associée au Rituximab.

Conclusion :

Le diagnostic de lymphome Gray zone est difficile sur le plan histologique d'autant plus que la clinique n'est pas spécifique. L'atteinte du médiastin est typique et les douleurs osseuses peuvent être la principale manifestation.

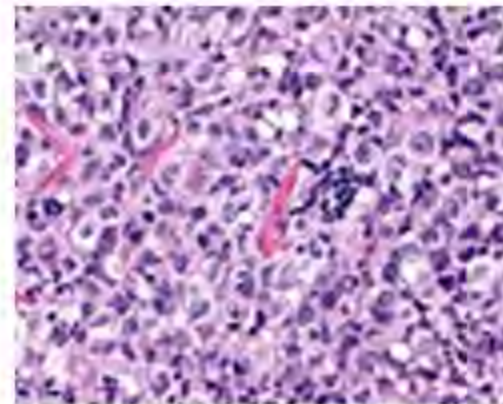


Fig. aspect histologique du LB inclassable du médiastin

Atteinte neurologique au cours du myélome multiple

Ben Abia H , Jammali S, Boussaid S , Rekik S, Sahli H, Cheour I, Elleuch M

Hôpital La Rabta Service de rhumatologie

Introduction :

Le myélome est une hémopathie maligne, caractérisée par une prolifération monoclonale lymphoïde B (médullaire) à expression plasmocytaire produisant une Ig monoclonale et par des lésions osseuses lytiques secondaires à la sécrétion des cytokines. L'âge moyen au diagnostic est 65ans. L'évolution de cette pathologie est émaillée de complications multiples celle influençant le plus le pronostic vital est la complication neurologique à type de compression médullaire ou radiculaire une atteinte centrale ou une polyneuropathie sensitivomotrice.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle sur des patients hospitalisés au service de rhumatologie La Rabta de Janvier 2015 à Juin 2018 et diagnostiqués de myélome multiples ; les données démographiques , cliniques, biologiques et radiologiques ont été révélées,

Résultats : Quinze patients présentant un myélome multiple ont été recensés avec un âge moyen de 68,2 ans et une répartition selon le sexe de 40% homme(6) et 60% femme (9). Quatre patients ont présenté une complication neurologique : 3 compressions médullaires, une polyneuropathie sensitivomotrice. Parmi les patients ayant présenté une compression médullaire deux ont présenté une anomalie de l'examen neurologique avec des douleurs nécessitant la mise sous morphinique une IRM et une radiothérapie à but antalgique et décompressive a été pratiquée avec une bonne évolution. Un seul patient a évolué vers une hémiplégié. La patiente ayant présenté une polyneuropathie sensitivomotrice a été diagnostiquée par une EMG suite à des douleurs neuropathiques résistantes aux antalgiques et a été mise sous prégabaline avec une amélioration partielle.

Répartition selon le sexe de l'échantillon



les conduites



Tableau: Les complications neurologiques

COMPLICATIONS	Effectif
Compression medullaire	3
Polyneuropathie sensitivomotrice	1

Conclusion :

Les complications neurologiques du myélome multiple sont variées et assez fréquentes nécessitant une détection précoce car leur prise en charge doit être urgente vu la mise en jeu du pronostic vital.

Synoviosarcome métastatique chez un adolescent de 17 ans A propos d'un cas

Frigui M, Zeglaoui H, Baccouche K, El Amri N, Bouajina E
Service de Rhumatologie-CHU Farhat Hached Soussé

Introduction :

Les synoviosarcomes (SS) sont des tumeurs mésoenchymateuses malignes rares, représentant environ 8% de tous les sarcomes. Le SS est plus fréquent chez les adolescents et les jeunes adultes. L'atteinte de la tête et la région cervicale est la plus fréquemment touchée après celles des extrémités, représentant 5% de tous les cas. Dans notre observation nous avons rapporté le cas d'un synoviosarcome diagnostiqué d'emblée au stade de métastases osseuses.

Observation :

Un jeune patient, adolescent, âgé de 17 ans, aux antécédents d'un syndrome de Guilan Barré à l'âge de 3ans, s'est plaint de lombalgies inflammatoires évoluant depuis 4 mois avec une fièvre non chiffrée, sans retentissement fonctionnel ni altération de l'état général. L'examen clinique a objectivé un syndrome rachidien associé à une adénopathie axillaire palpable de 2 cm adhérente au plan profond, le reste de l'examen était strictement normal. Initialement la douleur répondait aux antalgiques de palier 1. A la biologie il n'y avait pas de syndrome inflammatoire et les radiographies du rachis lombaire étaient normales. L'IRM lombaire a montré une anomalie de signal d'allure tumorale des corps vertébraux de L3, L4 et S1 avec extension aux parties molles du bassin. Une biopsie scannoguidée au niveau du corps vertébral de L5 a révélé un synoviosarcome indifférencié à cellules rondes infiltrant le tissu musculaire strié avoisinant.

Un complément par une Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a montré de multiples lésions rénales bilatérales avec des lésions ostéolytiques du rachis, du bassin et du fémur.

Une scintigraphie osseuse a montré une fixation pathologique au niveau du crâne, scapula droite, l'os iliaque branche ilio-pectinée, le cotyle droit et le massif trochantérien gauche. Le patient a été staffé au service de carcinologie, la décision prise était d'instaurer la chimiothérapie, s'agissant d'une urgence thérapeutique devant l'atteinte métastatique.

Discussion :

Le synoviosarcome est une tumeur trompeuse par certains de ses aspects cliniques et morphologiques qui peuvent orienter vers la bénignité. La symptomatologie est fruste, la douleur est souvent présente et peut constituer l'unique signe fonctionnel comme chez notre patient, qui a longtemps consulté pour une lombalgie sans signes d'appel. L'atteinte métastatique est rare, essentiellement les poumons (85% des cas) puis les os. Les métastases osseuses peuvent constituer le mode de révélation de dissémination d'une tumeur primitive notamment les SS. Le caractère localisé ou métastatique de la tumeur est également un facteur pronostique fort avec une survie à 5 ans des formes métastatiques estimée à 13 %. Les SS représentent donc un bon exemple de pathologies où une collaboration étroite entre oncologues médicaux, pédiatres, rhumatologues et orthopédistes peut aboutir à la construction de stratégies thérapeutiques



Image d'IRM médullaire en coupe sagittale



Image de TDM TAP en coupe frontale

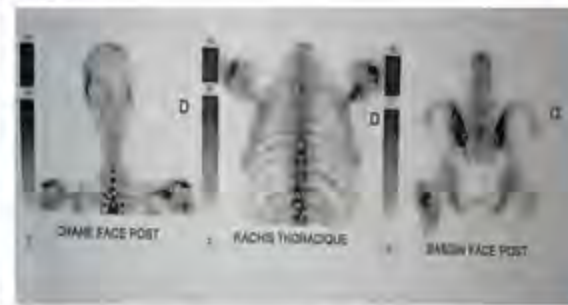


Image de scintigraphie osseuse

Conclusion :

Le SS est redoutable par son évolution lente et insidieuse, son pronostic reste réservé. Moins de 10% des cas se présente au stade de métastases. La présence d'un transcrite de fusion SYT-SSX permet d'affirmer le diagnostic. Le traitement repose sur la chirurgie pour les tumeurs localisées qui peut être associée à la radiothérapie, et sur la chimiothérapie pour les formes métastatiques. A travers cette observation nous nous insistons sur l'intérêt d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces.

Manifestations oto-rhino-laryngées au cours de la granulomatose avec polyangéite: étude de 13 observations

Bouattour Y, Jallouli M, Frikha F, Snoussi M, Loukil H, Ben Salah R, Damak C, Marzouk S, Bahloul Z

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax (TUNISIE)

INTRODUCTION:

- La granulomatose avec polyangéite (GPA) ou la granulomatose de Wegener est une vascularite nécrosante avec une expression oto-rhino-laryngologiques (ORL) constante.
- A partir de cette étude, nous précisons les différentes manifestations cliniques de la sphère ORL survenant au cours d'une GPA.

PATIENTS ET METHODES:

- Étude rétrospective menée dans le service de médecine interne CHU Hédi Chaker.
- Nous avons colligé 13 patients présentant une GPA avec une atteinte de la sphère ORL.

RESULTATS:

- Il s'agissait de 9 hommes et 4 femmes.
- L'âge moyen au moment du diagnostic était 50,1 ans (extrêmes 22 à 76 ans).
- La GPA était dans sa forme limitée (8cas) et dans sa forme diffuse (5cas).
- Tous les patients présentaient des manifestations de la sphère ORL avec une atteinte nasale sous forme d'une épistaxis récidivante (8 cas), d'une obstruction nasale trainante (7 cas), d'une rhinite crouteuse et purulente (4 cas) et de douleurs nasales chroniques (1 cas).
- L'examen clinique objectivait une déformation nasale avec un aspect de pied de marmite chez une seule patiente (7,7%).
- L'atteinte sinusienne était retrouvée dans 7 cas à type de sinusite à répétition (6 cas) et d'une polyposse naso-sinusienne (1 cas).
- Quatre patients avaient une hypoacousie. Une otite séro-muqueuse récidivante était retrouvée dans 3 cas et une chondrite a été notée chez une patiente.
- Une dysphonie secondaire à une laryngite était objectivée dans 2 cas.
- Un patient avait présentait une détresse respiratoire secondaire à une sténose sous glottique.
- Une dysphagie haute était constatée dans cas.

DISCUSSION:

- La GPA est une vascularite systémique des vaisseaux de petit calibre (artères, artérioles et capillaires).
- Elle est caractérisée par une réaction inflammatoire granulomateuse autour des vaisseaux et s'accompagne d'anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA) anti-protéinase 3 dans la majorité des cas.
- Les manifestations de la sphère ORL représentent les signes les plus fréquents de la maladie, retrouvées dans 70 à 100% des cas.
- Elles peuvent être présentes dans la forme limitée ou diffuse de la maladie.
- L'interrogatoire révèle des signes non spécifiques et trainants (une obstruction nasale, des sinusites à répétition, une épistaxis, une rhinite...) qui peuvent précéder le diagnostic de la vascularite pendant des mois.
- Au cours de la GPA, les lésions de la sphère ORL sont destructrices.
- Ainsi, on assiste à une perforation de la cloison nasale, une chondrite des cartilages de la face.
- D'autres manifestations plus rares sont décrites dans la littérature tel que la dysphonie, la surdité et la sténose sous glottique.
- L'imagerie contribue au diagnostic par la mise en évidence de la lyse osseuse, des images de destruction cartilagineuse, de la sinusite.
- La biopsie des différents sites de la sphère ORL met en évidence une associations de lésions de vascularite nécrosante, d'inflammation chronique et des granulomes.

CONCLUSION:

- Le tableau clinique classique de la GPA implique la sphère ORL, les voies respiratoires et le rein.
- Les manifestations de la sphère ORL au cours de cette maladie sont polymorphes et de gravité variable.
- Bien que rare, la GPA est une entité qui doit être gardée à l'esprit devant une symptomatologie trainante de la sphère ORL, associée ou non à des manifestations systémiques.

Iatrogénie de la corticothérapie au cours des vascularites associées aux ANCA

Bouattour Y, Jallouli M, Frikha F, Snoussi M, Ben Salah R, Loukil H, Damak C, Marzouk S, Bahloul Z

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax (TUNISIE)

INTRODUCTION:

- Les vascularites associées aux ANCA (VAA) sont un groupe hétérogène de pathologies auto-immunes chroniques.
- Selon toutes les recommandations et quelle que soit la présentation clinique, la corticothérapie reste une pierre angulaire dans le traitement de ces maladies, permettant de réduire la fréquence des poussées.
- Néanmoins, cette thérapeutique expose à des complications iatrogènes.
- Nous nous proposons d'étudier les complications liées à la corticothérapie chez les patients suivis pour VAA.

PATIENTS ET METHODES:

- Étude rétrospective descriptive des patients suivis en médecine interne durant la période (1997 – 2016) pour une VAA.
- Tous les patients répondaient aux critères de classification de l'American College of Rheumatology.
- Les patients ayant une comorbidité liée à la corticothérapie ont été inclus dans cette étude.

RESULTATS:

- Notre série comporte 22 cas de vascularites associées aux ANCA: 13 cas de granulomatose avec polyangéite (GPA), 7 cas de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GEPA) et 2 cas de polyangéite microscopique (PAM).
- Le sexe ratio (H/F) était de 1,75 et l'âge moyen au moment de la découverte de la vascularite était de 50,46 ans (extrêmes 22 – 76 ans).
- Chez tous les patients, les corticoïdes étaient administrés à forte dose (1 mg/Kg/j) initiés par des bolus de solumédrol.
- La durée d'attaque variait entre 6 et 8 semaines et la dose d'entretien était de 10 mg/j.
- Des bolus de cyclophosphamide étaient associés dans 15 cas (68,18%).
- Les complications cortico-induites étaient retrouvées chez 12 patients (54,54%) sous forme d'un diabète dans 7 cas, et d'une hypertension artérielle dans 2 cas.

- Les complications cortico-induites étaient retrouvées chez 12 patients (54,54%) sous forme d'un diabète dans 7 cas, et d'une hypertension artérielle dans 2 cas.
- Une cataracte sous capsulaire était notée dans 3 cas, associée à un glaucome dans 1 seul cas.
- Des complications osseuses et musculaires ont émaillé l'évolution chez 6 patients.
- Il s'agissait d'une ostéonécrose de l'astragale (1cas), d'une myopathie cortisonique (1cas), d'une raréfaction de la trame osseuse confirmée par la densitométrie minérale osseuse dans 4 cas à type d'une ostéoporose cortisonique dans 3 cas et d'une ostéopénie dans un seul cas.

DISCUSSION:

- Les VAA sont des vascularites nécrosantes affectant les vaisseaux de petit calibre.
- Il s'agit d'un groupe de pathologies sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital.
- Le traitement des VAA dépend du type de la vascularite, de la sévérité de la maladie, du terrain et des comorbidités potentielles du patient pris en charge.
- Il repose sur deux volets: un traitement d'induction à la phase aiguë de la maladie.
- Un traitement d'entretien pour prévenir les rechutes.
- La corticothérapie représente une mesure incontournable dans la prise en charge des VAA.
- Elle est administrée à forte dose et pendant une durée prolongée.
- Elle est associée à un immunosuppresseur dans la plupart des cas.
- Outre les séquelles liées à la maladie initiale et aux rechutes, le pronostic est également grevé par les complications des traitements, notamment de la corticothérapie.
- La corticothérapie est à l'origine de nombreuses complications (infectieuses, métaboliques, osseuses, psychologiques ...) qui méritent d'être recherchées et traitées.

CONCLUSION:

- L'efficacité de la corticothérapie est incontestable dans le traitement des VAA, et ceci quelle que soit la présentation clinique.
- Cependant, la survenue des effets secondaires est fréquente.
- Notre étude incite à la nécessité de surveiller régulièrement les patients ayant une VAA pour dépister les complications iatrogènes liées à la corticothérapie.

Contribution à l'étude des vascularites associées aux ANCA en milieu de médecine interne : étude de 22 cas

Bouattour Y, Jallouli M, Frikha F, Snoussi M, Ben Salah R, Loukil H, Damak C, Marzouk C, Bahloul Z

Service de médecine interne CHU Hédi Chaker Sfax (TUNISIE)

INTRODUCTION :

- Les vascularites associées aux ANCA (VAA) regroupent des vascularites systémiques caractérisées par une similitude clinique, immunologique et histologique.
- Au cours ces dernières années, le progrès dans les critères de classification de ces pathologies a permis une meilleure caractérisation des patients et a nettement amélioré la prise en charge thérapeutique.
- Dans cette étude, nous nous proposons de préciser les particularités épidémiologiques, clinico-biologiques, les données histologiques et les modalités thérapeutiques chez nos patients.

Matériels et méthodes :

- Etude rétrospective menée dans un milieu de médecine interne colligeant 22 cas de vascularite associée aux ANCA sur une période de 20 ans (1997-2016).
- Tous les patients répondaient aux critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR).

RESULTATS:

- Notre étude comporte 22 cas de VAA répartis en 13 cas (59,1%) de granulomatose avec polyangéite (GPA), 7 cas (31,8%) de granulomatose éosinophilique avec polyangéite (GEPA), 2 cas (9,1%) de polyangéite microscopique (PAM).
- Il s'agissait de 14 hommes (63,6%) et 8 femmes (36,4%).
- L'âge moyen au moment du diagnostic de la vascularite était de 50,5 ans (extrêmes 22 - 76 ans).
- Les circonstances de découverte étaient une altération de l'état général (4 cas ; 18,2%), des manifestations respiratoires (14 cas ; 63,6%), oto-rhino-laryngées (ORL) (10 cas, 45,4%), neurologiques (4 cas ; 18,2%), cutanées (4 cas ; 18,2%), articulaires (3 cas ; 13,6%) oculaires (1 cas ; 4,5%) et une hyperéosinophilie (2 cas; 9,1%).
- Les tableaux cliniques des patients comportaient des signes généraux (13 cas ; 59,1 %), une atteinte pulmonaire (19 cas ; 86,4%), une atteinte ORL (15 cas ; 68,2 %), une atteinte rénale (10 cas, 45,4%), une atteinte neurologique (11 cas, 50%), une atteinte cutanée (8 cas; 36,4%), une atteinte cardiaque (2 cas; 9,1 %), une atteinte digestive (6 cas; 27,3 %), une atteinte oculaire (4 cas; 18,2 %), une atteinte articulaire (9 cas; 40,9%).
- Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire biologique était objectivé dans 18 cas, une anémie inflammatoire était notée dans 20 cas, une thrombocytose dans 8 cas et une hyperéosinophilie dans 8 cas.

- La recherche des ANCA était positive chez 18 patients avec une spécificité antigénique: PR3 (8 cas), MPO (9 cas) ANCA négatifs (5 cas).
- Un examen histologique était réalisé à partir d'une biopsie de la sphère ORL (10 cas), une biopsie rénale (8 cas), bronchique (4 cas), cutanée (4 cas) et digestive (1 cas).
- Les lésions objectivées étaient sous forme d'un granulome (11 cas), d'une vascularite (10 cas), d'une nécrose fibrinoïde (5 cas) et d'un infiltrat à éosinophile (2 cas).
- La ponction biopsie rénale avait objectivé une glomérulonephrite extra capillaire dans 5 cas.
- Sur le plan thérapeutique, tous les patients recevaient une corticothérapie forte dose initiée par des bolus de solumédrol.
- le cyclophosphamide était associé dans 15 cas. Le méthotrexate était utilisé en 2^{ème} intention dans 3 cas et le relai par l'azathioprine était effectué dans 1 cas.
- Le rituximab était essayé chez 1 seul patient ayant une GPA avec des rechutes fréquentes.
- Dix patients ayant une GPA avaient eu le cotrimoxazole.
- L'évolution était favorable sans rechutes dans 11 cas.
- Au moins une 2^{ème} poussée était survenue chez 7 patients dont 6 avaient une GPA.
- 3 patients étaient perdus de vue et un patient décédait ayant une PAM.

DISCUSSION:

- Une VAA est une vascularite nécrosante avec une atteinte préférentielle des vaisseaux de petit calibre.
- Le diagnostic positif de cette pathologie repose sur la présentation clinique, la positivité des ANCA dirigés contre la MPO et/ou la PR 3 et la preuve histologique de la vascularite.
- Les VAA regroupent trois entités: la GPA, la GEPA et la PAM.
- Il s'agit de maladies rares mais assez graves, dont l'évolution est constamment fatale en l'absence du traitement.
- Le pronostic vital est amélioré par les corticoïdes associés souvent à un traitement immunosuppresseur.
- Au long cours, les rechutes, les séquelles de la maladie et les complications liées aux traitements sont les éléments qui conditionnent le pronostic.

CONCLUSION:

- Les VAA représentent un groupe hétérogène de maladies auto-immunes.
- Notre étude illustre le polymorphisme clinique de ces pathologies.
- Elle rejoint les données de la littérature du fait de l'importance de du risque de rechute chez les patients ayant une GPA.

Une leucémie aigue myéloïde dans la peau d'une poussée de lupus érythémateux systémique

BADI M, NASSAR K, RACHIDI W, JANANI S, MKINSI O

Service de rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, MAROC

Introduction :

- La leucémie aigue est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- Son pronostic s'améliore au fil de temps grâce aux progrès médicaux en terme de recherche scientifique et de prise en charge clinique. Mais le pronostic reste toujours péjoratif d'autant plus si c'est une leucémie aigue myéloïde (LAM) secondaire à une myélodysplasie.
- Nous en rapportons un cas.

Observation :

- Il s'agit d'un patient âgé de 35 ans, suivi il y a 3 ans pour un lupus érythémateux systémique (LES). Mis sous : un antipaludéen de synthèse pendant une semaine puis il a été arrêté pour une allergie cutanée puis le patient était perdu de vue pour un voyage à l'étranger. Entre temps, le patient ne consultait pas et ne prenait aucun traitement de fond.
- Il était admis pour une poussée de sa maladie avec alternance diarrhée constipation dans un contexte de sueurs profuses, fièvre à 40°C, une asthénie, une anorexie et un amaigrissement de 15 kg sur 3mois. A l'examen clinique, on retrouve un abcès fistulisé péri-anal.
- Le bilan paraclinique réalisé est résumé dans le tableau ci-dessous.

Bilan biologique réalisé	Les résultats
Hémoglobine	4g/dl
Globules blanc	2000 é/mm ³
Polynucléaires neutrophiles	500 é/mm ³
Lymphocytes	300 é/mm ³
plaquettes	10 000 é/mm ³
Test de coombs direct	positif
Frottis sanguin	LAM et présence de corps d'Auer
myélogramme	LAM sur une myélodysplasie
Caryotype médullaire	une translocation t(8,21)



Diagnostic retenu
Leucémie aigue myéloïde secondaire à une myélodysplasie avec une translocation génétique.

Conclusion:

La LAM secondaire à une myélodysplasie chez un patient suivi pour un LES est une entité pathologique caractérisée par sa rareté et sa gravité, par conséquent la difficulté de la prise en charge.

Manifestations extra-articulaires de la maladie de Behçet : A propos de 41 cas

Farhat A, Zeglaoui H, Baccouche K, El Amri N, El Achek MA, Ben Smida I, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

La maladie de Behçet (MB) est une affection multi systémique récidivante responsable de vascularites occlusives. Le but de notre étude est de décrire les différentes manifestations de cette maladie à travers 41 cas.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 41 patients, colligés au service de rhumatologie en 19 ans répondants aux critères du groupe international d'étude sur la MB.

Résultats:

Il s'agit de 41 patients d'âge moyen de 40,21 ans [16-66]. La tranche d'âge la plus touchée était entre 30-40 ans. Le sex ratio H/F = 2,41.

- **L'atteinte cutané muqueuse** occupait le premier rang à type d'aphtose buccale (41 cas) aphtose génitale (38 cas), pseudo folliculite (18 cas), érythème noueux (4 cas) et un Pathergy Test positif dans 7 cas.

- **L'atteinte oculaire** était présente (5 cas): uvéite antérieure (4 cas) et pan uvéite (1 cas).

- Un cas de **neuro-Behçet** était noté se présentant par une épilepsie.

- Cinq cas de **thrombose veineuse** étaient décrits (membre inférieur) et un cas de thrombose **artérielle** (coronaire).

- Deux cas d'**anévrisme** étaient notés (au niveau rénal, cérébral et coronaire pour le premier cas et au niveau de l'artère glutéale pour le 2ème).

- **L'atteinte cardiaque** était aussi présente (1 cas de péricardite).

- On a noté un cas d'**entéro-Behçet** en rapport avec une ulcération de l'anastomose iléo-caecale avec une sténose de la nouvelle anse iléale.

Discussion:

- La MB est une maladie systémique d'origine inconnue, caractérisée par des épisodes récidivants d'aphtose orale et génitale, des lésions cutanées et oculaires. Elle est reconnue comme étant une vascularite systémique pouvant toucher d'autres tissus et organes parmi lesquels les vaisseaux, le tube digestif et le système nerveux.

- Elle est plus fréquente dans les régions du globe correspondant à la route de la soie (latitudes entre 30 et 45 nord, en Asie et en Europe). La plus forte prévalence connue se situe en Turquie et la plus faible chez les habitants d'Amérique du Nord.

- L'âge au début se situe entre 20 et 30 ans, très rarement au-delà de 50 ans.

- **L'atteinte oculaire** conditionne le pronostic fonctionnel, d'autant que la bilatéralisation des lésions est fréquente (78 %). L'uvéite est plus fréquemment une panuvéite (70 %) et peut être inaugurale et dans 20 % des cas.

- **Les atteintes neurologiques** sont retrouvées chez 5,3 à plus de 50 % des patients. Elles sont séparées en deux grands types d'atteintes : les formes parenchymateuses regroupant les atteintes intracérébrales (méningo-encéphalites), par opposition aux formes extra-parenchymateuses, incluant les thromboses veineuses cérébrales et les anévrismes artériels. Les atteintes médullaires et les atteintes périphériques sont exceptionnelles. Un syndrome de neuro-Behçet doit être évoqué devant la survenue de troubles neurologiques, en particulier des céphalées et une atteinte pyramidale.

- **L'atteinte vasculaire** touche jusqu'à 40 % des patients selon les séries. Elle survient le plus souvent chez les hommes, d'âge jeune, en général au cours des premières années d'évolution de la MB. L'atteinte veineuse est la plus fréquente (14 à 40 % des patients). **Les thromboses veineuses superficielles et profondes des membres inférieurs** sont au premier plan. Dans un tiers des cas, on observe des thromboses des gros troncs.

- **L'atteinte artérielle** (4 à 17 % des patients) se caractérise par la présence de **lésions anévrismales** ou de lésions occlusives/sténosantes touchant principalement l'aorte, les artères fémorales, pulmonaires et iliaques. Les anévrismes artériels sont de mauvais pronostic, en particulier les anévrismes pulmonaires.

- **Les complications cardiaques** sont plus rares (1 à 6 %) touchant les trois tuniques. Les péricardites sont fréquentes et volontiers récidivantes. L'atteinte coronarienne est l'atteinte cardiaque la plus sévère.

Conclusion:

La MB n'en demeure pas moins préoccupante par son retentissement fonctionnel et parfois vital d'où l'intérêt d'une enquête viscérale devant le moindre symptôme alarmant.

Références:

- A. Mahr et al. Épidémiologie de la maladie de Behçet. La Revue de médecine interne 35 (2014).
- A.-C. Desbois et al. Les manifestations oculaires de la maladie de Behçet. La Revue de médecine interne (2017).
- N. Noel et al. Manifestations neurologiques de la maladie de Behçet. La Revue de médecine interne 2014.
- A.-C. Desbois. Atteintes cardiovasculaires de la maladie de Behçet. La Revue de médecine interne 2014

Autoanticorps au cours du syndrome de Sjörger

S. Boussaid ; M. Moalla ; S. Rekik ; S. Jemmali ; H. Ajlani ; H. Sahli ; E. Cheour ; M. Elleuch

Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Sjörger (SS) est la deuxième maladie auto-immune (MAI) systémique derrière la polyarthrite rhumatoïde. Ce syndrome peut être primitif (SSp) ou secondaire à d'autres MAI (SS-MAI). Le SS peut se compliquer par des manifestations viscérales qui peuvent révéler la maladie, rendant la distinction entre un SS et une authentique MAI difficile dans certains cas, d'où l'intérêt du bilan immunologique.

Patients et méthodes :

Étude transversale monocentrique incluant des patients atteints d'un SS hospitalisés dans un service de rhumatologie entre janvier 2009 et juillet 2018, répondant aux critères ACR/EULAR 2016 pour le SSp et aux critères consensuels européen-américains pour le SS-MAI. Ces patients ont bénéficié d'un bilan immunologique comportant une recherche d'anticorps anti-nucléaires (AAN) par immunofluorescence indirecte sur cellule Hep2, un typage des anticorps anti-antigènes nucléaires solubles (ENA) ainsi qu'une recherche de facteur rhumatoïde (FR) et d'anticorps anti-CCP (ACPA) par méthode ELISA.

Résultats :

Soixante patients ont été inclus : 34 cas de SSp (2H/32F) et 26 cas de SS-MAI (2H/24F). La polyarthrite rhumatoïde était la principale MAI associée au SS (19 cas soit 73%). Les autres MAI étaient représentées par le lupus érythémateux systémique dans 3 cas, la cirrhose biliaire primitive et le syndrome des antiphospholipides (SAPL) dans 2 cas chacun, une maladie de Crohn dans un cas et un syndrome de Shulman dans un cas.

Du fait du choix de recrutements dans un service de rhumatologie, tous les patients présentaient des manifestations articulaires. Un syndrome sec oculaire/et ou buccal objectif a été retrouvé dans 24 cas de SSp (70%) et 17 cas de SS-MAI (65%). Une sialadénite lymphocytaire chronique avec un focus score ≥ 1 était retrouvée chez 30 cas de SSp (88%) et 14 cas de SS-MAI (53%).

Le résultat du bilan immunologique comportant les AAN, les anticorps anti-SSA et anti-SSB, le FR et les ACPA, est représenté dans le tableau 1. A noter que tous les patients présentant des anticorps anti SSB avaient également des anti-SSA positifs.

Type SS	Type Ac	AAN+	SSA+	SSB+	FR+	ACPA+
SSp		24 (70%)	7 (20%)	4 (11,8)	8 (23%)	6 (18%)
SS-MAI		17 (65%)	10 (38,4%)	4 (15,4%)	10 (55,5%)	11 (42%)

Tableau 1: Bilan immunologique chez les deux groupes de patients SSp et SS-MAI

Les anticorps anti-phospholipides étaient positifs chez 3 patientes ayant un SSMAI dont deux avec SAPL, et chez 2 patientes suivies pour SSp sans signes évocateurs de SAPL.

Une cryoglobulinémie a été retrouvée dans deux cas de SS-MAI et deux de SSp dont un chez qui on avait également diagnostiqué une hépatite C active.

Au total, les AAN étaient positifs dans 41 cas, soit 2/3 des patients. Le typage des ENA avait révélé des anticorps anti-SSA chez 17 de ces patients, qui étaient isolés dans 9 cas et associés aux anti-SSB dans 8 cas.

Conclusion

Le SS est une maladie dont les mécanismes physiopathologiques restent encore incompris. L'activation de lymphocytes B auto-réactifs entraîne la production de différents auto-anticorps qu'on retrouve dans différentes MAI. L'immunologie est donc contributive au diagnostic mais doit être interprétée avec prudence, car non spécifique du SS.

Syndrome de Sjögren primitif versus secondaire : Comparaison du profil immunologique et histologique

M. Moalla ; S. Boussaid ; S. Rekik ; S. Jemmali ; H. Ajlani ; H. Sahli ; E. Cheour ; M. Elleuch

Rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Sjögren (SS) est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines, et des manifestations systémiques de nature immuno-inflammatoire. Cette infiltration glandulaire est responsable d'une sécheresse buccale et oculaire. Le SS peut être primitif (SSp) ou secondaire à d'autres maladies auto-immunes (MAI). Le diagnostic repose sur des éléments cliniques, biologiques, histologiques et radiologiques, après exclusion d'autres causes.

Nous nous proposons dans ce travail de comparer le profil immunologique et histologique au cours du pSS et du SS secondaire.

Patients et méthodes :

Les patients ont été recueillis d'un même service de rhumatologie sur une période de 6 ans (2012-2018). Ont été exclus les patients ne répondant pas aux critères ACR/EULAR 2016 pour le SS primitif et aux critères consensuels européens-américains pour le SS secondaire ou ayant des données manquantes.

Résultats :

Trente et un patients ont été inclus: 18 cas de SSp (1H/17F) et 13 cas de SS associé à des MAI (1H/12F). La polyarthrite rhumatoïde (76%) était la principale MAI associée au SS suivie par la cirrhose biliaire primitive, le lupus systémique et le syndrome des anti-phospholipides dans un cas chacun.

La moyenne d'âge de nos patients lors du début des symptômes était de 45,05 ans [18-69] pour le SSp et 46,38 ans [24-60] pour le SS secondaire. Un syndrome sec subjectif était présent au début de la maladie dans 7 cas dans le SSp (38,8%) contre 5 cas dans le SS secondaire (38,4%).

Une lymphopénie était retrouvée dans 8 cas de SSp et 4 cas de SS secondaire.

Le bilan immunologique révélait des AAN positifs à un taux significatif dans 15 cas (83%) au cours du SSp et 9 cas (69%) dans le SS secondaire, avec des anti-SSA et/ou SSB présents dans 4 cas de SSp (22%) contre 6 cas (46%) dans le SS secondaire.

Le FR était positif chez 8 patients des SSp et 10 patients (55.5%) des SS secondaires, et les ACPA dans 2 cas de SSp et 5 cas de SS secondaire.

Au cours du SSp, les anticorps associés aux hépatites auto-immunes étaient positifs dans 2 cas, représentés par les anticorps anti AMA M2, anti M2-3 E (BPO), anti-PML+, et anti-Ro52 dans les deux cas, et par des anti SP100 dans un cas. Les anticorps anti-mitochondries étaient positifs dans un cas et les anticorps anti muscle lisse (ML) dans 2 cas.

Ces mêmes anticorps sont retrouvés au cours du SS secondaire avec des anticorps anti ML positifs dans 3 cas et des anti AMA-M2 dans un cas. Enfin, les anticorps anti phospholipides étaient positifs chez 2 patients ayant un SS secondaire dont un associé à un authentique syndrome des anti-phospholipides. Une cryoglobulinémie a été retrouvée dans deux cas de SS secondaire et un cas de SSp chez qui on avait également diagnostiqué une hépatite C active.

La BGSA a mis en évidence une sialadénite lymphocytaire chronique avec un focus score supérieur ou égal à 1 chez 17 cas de SSp et 11 cas de SS secondaire, avec un score de Chisolm coté a 3 dans 8 cas de SSp et 5 cas de SS secondaire. Ce score était coté a 4 dans 9 cas de SSp et 5 cas de SS secondaire.

Conclusion

Le SS est une maladie auto-immune dont les mécanismes physiopathologiques restent encore incompris. Le bilan immunologique a un apport remarquable dans le diagnostic du SS dont le profil est riche en auto anticorps anti SSA, anti SSB et facteur rhumatoïde qu'il soit primitif ou secondaire. Dans notre étude, ces auto-anticorps sont plus fréquemment retrouvés dans le SS secondaire que dans le SSp. La sialadénite lymphoplasmocytaire focale est la caractéristique histopathologique essentielle du SS. Elle était retrouvée aussi fréquemment dans le SSp que le SS secondaire dans notre série.

L'histiocytose

Boudokhane M, Saïd F, Ben Salem T, Ben Ghorbel I, Lamloum M, Khanfir M, Houman MH
Service de médecine interne, Hôpital la Rabta, Tunis

Introduction :

L'histiocytose est une maladie systémique liée à une accumulation dans les tissus des cellules de langerhans, le plus souvent organisées en granulomes. L'os est l'organe le plus touché puis la peau et l'hypophyse. Le diagnostic repose sur l'examen histologique et immunohistochimique du tissu atteint.

L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques démographiques, cliniques, paracliniques et évolutives des cas de patients atteints d'une histiocytose.

Matériels et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive des observations de patients hospitalisés dans notre service pour prise en charge d'une histiocytose dont le diagnostic d'histiocytose était confirmé par l'examen histologique et immunohistochimique du tissu atteint.

Résultats :

Nous avons colligé 5 patients ayant une histiocytose. L'âge moyen était de 47ans [23,72]. Le sexe ratio F/H était de 0,8.

La principale circonstance de découverte était un diabète insipide (60% des cas). Figure 1

La fréquence en %



Figure1. Les différentes circonstances de découverte de l'histiocytose dans notre population

Le diagnostic était retenu dans 100% des cas par un examen anatomopathologique montrant une infiltration granulomateuse comportant des cellules histiocytaires avec un cytoplasme abondant et squameux et une étude immunohistochimique objectivant CD1a+.

Dans le cadre du bilan d'extension, la scintigraphie osseuse était réalisée chez tous les patients objectivant dans 80% des cas des foyers d'hyperfixation. L'atteinte cutanéomuqueuse était observée dans 40% des cas sous forme d'ulcération génitales, périnéales et des nodules sous-cutanés.

Tous les patients avaient reçu un traitement à base de vinblastine et de corticoïdes dont 20% présentait un effet indésirable à type de photosensibilité à la vinblastine et 20% un diabète cortico-induit.

Conclusion :

L'histiocytose est une maladie rare qui se manifeste par des poussées de durée et de gravité variable, allant d'une atteinte unique à des formes progressives touchant plusieurs organes vitaux.

Vascularite leucocytoclasique traitée par Rituximab chez une patiente suivie pour polyarthrite rhumatoïde

Benchérifa S., Amine B., Rostom S., Bahiri R.

Service de Rhumatologie A, Hôpital El Ayachi- Salé, Université Mohammed V, Rabat - Maroc

Introduction :

Les comorbidités chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde constituent un obstacle pour une bonne prise en charge thérapeutique. Nous présentons le cas d'une patiente suivie pour polyarthrite rhumatoïde (PR), où l'apparition d'une vascularite leucocytoclasique (VL) a constitué un tournant évolutif.

Matériels et méthodes:

Patiente âgée de 63 ans, diabétique déséquilibrée sous insuline depuis 20 ans, hypertendue sous diurétique depuis 10 ans, ayant présenté une myasthénie sur thymome en 1976 opéré avec bonne évolution. Elle est suivie pour PR à sérologie rhumatismale positive destructrice déformante évoluant depuis 1981 avec échec des traitements de fond classiques, cortico-dépendance et automédication par les corticoïdes lors des poussées.

En 2017, la patiente a bénéficié d'une cure de Rituximab avec bonne évolution. Après un an, elle a consulté pour une poussée sévère de sa PR (DAS28 = 5,66), l'incitant à augmenter la dose des corticoïdes à 30 mg/j, avec l'apparition de lésions ulcéro-nécrotiques de la jambe gauche évoquant une vascularite probablement multifactorielle. Un bilan vasculaire avec échodoppler et angioscanner des vaisseaux des membres inférieurs a objectivé une artériosclérose avancée. La biopsie a confirmé le diagnostic de vascularite leucocytoclasique. Le bilan étiologique, notamment une TDM thoraco-abdomino-pelvienne était normale et les marqueurs tumoraux étaient négatifs, a permis d'éliminer une origine paranéoplasique et de retenir le diagnostic de vascularite leucocytoclasique sévère secondaire à la polyarthrite rhumatoïde.

Résultats :

La patiente a présenté un problème de prise en charge thérapeutique, vu le diabète déséquilibré avec atteinte vasculaire sévère et la forte dose de corticoïdes, l'indication de biothérapie type Rituximab a été posée pour agir à la fois sur la PR en poussée et la vascularite leucocytoclasique. Elle a reçu 1 g de Rituximab à J0 et 1 g à J15 sans prémédication par corticoïdes. L'évolution était marquée par l'amélioration de la poussée de la polyarthrite rhumatoïde (DAS28 = 4,45) et de la vascularite leucocytoclasique avec début de cicatrisation des lésions cutanées pour un recul d'un mois après J15 du traitement par Rituximab.

Conclusion :

Le traitement de la VL dans sa forme sévère par biothérapie de type Rituximab semble être prometteur avec des résultats satisfaisants comme le cas de notre patiente. Le Rituximab peut être proposé comme traitement de première ligne, deuxième ligne ou de sauvetage.

Maladie de behçet en milieu rhumatologique

Jomaa.O, Jguirim.M, Grassa.R, Dghais.A, Mosbah.H, Fakhfakh.R, Zrour.S, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N

Service de rhumatologie EPS Fatouma Bourguiba Monastir

Introduction

La maladie de Behçet est une vascularite définie cliniquement par des signes cutané muqueux associés à des manifestations systémiques. L'atteinte articulaire se traduit habituellement par des arthralgies inflammatoires ou des arthrites intermittentes. Le but de notre travail est de préciser les différentes manifestations rhumatologiques au cours de la maladie de Behçet.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive incluant 30 dossiers des patients atteints de maladie de Behçet et suivis à notre service, durant une période de 20 ans. Les données démographiques, diagnostiques et évolutives ont été étudiées.

Résultat

Il s'agit de 16 hommes et de 14 femmes dont l'âge moyen est de $41,6 \pm 12,6$ ans. L'atteinte articulaire était observée chez 24 patients (82,8 %). Elle était révélatrice de la maladie dans 50 % des cas. Les arthralgies inflammatoires étaient les manifestations les plus fréquentes observées dans 18 cas (60 %), intéressant essentiellement les grosses articulations : genoux ($n = 18$) chevilles ($n = 12$). Les arthrites étaient aussi fréquentes (63 %). Il s'agissait d'une mono arthrite dans 36,8 %, d'oligoarthrites 15,8 % et de polyarthrites non destructrices dans 47,4 %. L'étude du liquide articulaire était effectuée chez 8 patients objectivant un liquide jaune citrin inflammatoire avec un examen direct négatif, une culture négative, et une formule leucocytaire à prédominance polynucléaires neutrophiles. L'atteinte articulaire était associée à une atteinte cutané-muqueuse qui était la plus fréquente des manifestations (aphtose buccale récidivante : 92,6%, aphtose génitale : 73,1%, lésions de pseudofolliculite nécrotique : 60,7%, et érythème noueux : 6 %). Le test pathergique fait chez 13 patients était positif dans 23,1 % des cas.

L'atteinte oculaire était notée chez 29,6% des patients. Les manifestations vasculaires avaient intéressé 17,3% des patients (thrombophlébite des membres inférieurs). Une corticothérapie générale était administrée avec une dose moyenne de 15 mg/jour en association avec la colchicine chez 60% des patients. Des bolus de corticoïdes étaient administrés pour une indication oculaire dans 9 % des cas. L'évolution était marquée par une stabilisation dans 60% des cas, la survenue de nouvelles poussées notamment articulaires dans 31% des cas avec un recul moyen de 3 ans.

Discussion

L'atteinte articulaire au cours de la maladie de behçet évolue parallèlement aux manifestations extra-articulaires, en particulier cutané muqueuses, ou survient quelques années après le début de la maladie. L'arthro-Behçet, et se traduit habituellement par une atteinte périphérique qui revêt plusieurs aspects cliniques. Conformément aux données de la littérature, nous avons observé des tableaux d'arthrites. L'atteinte articulaire de la maladie de behçet évolue en général de façon favorable, spontanément ou sous traitement qui repose essentiellement sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la colchicine puis la corticothérapie à faible posologie étant rarement nécessaire. Même si l'atteinte articulaire au cours de la maladie de behçet reste en général de bon pronostic, elle peut néanmoins retentir sur la qualité de vie et être source d'un handicap fonctionnel et professionnel assez important.

Conclusion

L'atteinte articulaire est fréquente au cours de la maladie de Behçet, et peut l'inaugurer. Dans la plupart des cas, il s'agit d'arthralgies inflammatoires non destructrices touchant les grosses articulations. L'évolution de cette atteinte est généralement favorable sous traitement symptomatique, les complications et l'évolution vers la destruction sont très rares.

Titre: Profil immunologique du lupus érythémateux systémique vu en rhumatologie

Auteurs: Grassa.R(1), Jguirim.M(1), Fakhfakh.R(1), Dghaies.A(1), Jomaa.O(1), Mosbah.H(1), Zrour.S(1), Bejia.I(1), Touzi.M(1), Bergaoui.N(1)

Adresse:(1)Service de rhumatologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir,Tunisie

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique ou lupus érythémateux disséminé est une maladie systémique auto-immune non spécifique d'organe caractérisée par la production d'anticorps antinucléaires dirigés en particulier contre l'ADN natif. Son diagnostic se base sur la concordance de signes cliniques et biologiques. Le but de ce travail est d'établir le profil épidémiologique, clinique, biologique, immunologique et thérapeutique des patients lupiques dans un service de rhumatologie.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 99 patients atteints de LES suivis dans le service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Monastir sur une période allant de 1997 au 31 décembre 2018.

Résultats : L'âge moyen de nos patients était de 42,5 ans avec une prédominance féminine et un sexe ratio H/F de 0,08.

Tableau 1 : fréquences des manifestations cliniques:

Les atteintes cliniques	Pourcentages (°/°)
Rhumatologiques	100
Cutanées	66,66
Rénales	22,22
Neuropsychiatriques	17,17
Respiratoires	12,12

A la biologie:

*Une anémie normochrome normocytaire était observée dans 35 cas, une leucopénie dans 32 cas, une lymphopénie dans 36 cas et une thrombopénie dans 11 cas.

*Le traitement du lupus dans notre série a fait appel aux APS prescrit dans 77 cas (77,77%). Le MMF était prescrit chez 3 patients (3.03°/°) et le cyclophosphamide chez 4 patients. *Quinze patients étaient traités par du MTX initié à la dose de 10mg/semaine dont 6 présentent une PR associée.

Tableau 2: Répartition des patients en fonction des résultats du bilan immunologique:

Anomalies immunologiques	Pourcentages °/° (n=99)
AAN	87,87°/°
Anti DNA natif	75,75°/°
Anti nucléosome	35,35°/°
Anti Sm	23,23°/°
Anti SSA	27,27°/°
Anti SSB	18,18°/°
Anti RNP	32,32°/°
C3 basse	27°/°
C4 basse	27°/°
FR	34,6°/°
ACPA	17°/°

Discussion diagnostique:

*Le LES est une connectivite fréquente et d'expression clinique très variable, caractérisée par la production d'anticorps antinucléaires et particulièrement d'anticorps anti-ADN natif.[1]

*Dans notre série, les AAN sont détectés chez 87,87°/° des patients. En Tunisie nous retrouvons une fréquence similaire chez Smiti et coll.[2] où ils sont présents dans 98°/° et chez Haddouk et coll.[3] avec 97°/° des cas.

Conclusion : le LES est une maladie auto-immune non spécifique d'organe dont la prévalence est plus élevée chez la femme. Son expression clinique est très polymorphe. Les formes cutané-articulaires sont les plus fréquents. Elle peut être grave en présence d'une atteinte rénale.

Références bibliographiques:

- [1] Item 117 - Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des antiphospholipides. (2012). Annales de Dermatologie et de Vénérologie, 139(11), A102-A111. doi:10.1016/j.annder.2012.06.006
- [2] Khanfir, M. S., Houman, M. H., Cherif, E., Hamzaoui, A., Souissi, S., Ghorbel, I. B., ... Braham, A. (2013). TULUP (TUnisian LUPus): a multicentric study of systemic lupus erythematosus in Tunisia. International Journal of Rheumatic Diseases, 16(5), 539-546.
- [3] Haddouk, S., Ben Ayed, M., Baklouti, S., Hachicha, J., Bahloul, Z., & Masmoudi, H. (2005). Autoanticorps dans le lupus érythémateux systémique: profil et corrélations cliniques. Pathologie Biologie, 53(6), 311-317.

Méningoradiculonévrite isolée: une présentation inhabituelle de neuro-Sjögren

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

Le syndrome de Sjögren primitif (SSP) est une maladie auto-immune multi systémique caractérisée par une infiltration inflammatoire essentiellement lymphocytaire du parenchyme glandulaire des glandes exocrines. Les manifestations neurologiques périphériques au cours du SSP primitif sont fréquentes et connues, mais la meningo-radiculite est très rare.

Observation :

- Femme , 64 ans
- **ATCDs** : - SSP depuis quatre ans (xérostomie, xérophtalmie, tests oculaires positifs, sialadénite lymphocytaire chronique stade III de Chisholm à la biopsie des glandes salivaires accessoires et auto-anticorps anti-SSA positif)
- **Motif d'admission** : paraplégie flasque d'installation rapidement progressive évoluant depuis 3 semaines.
- **Examen clinique** : - déficit musculaire distal et proximal des deux membres inférieurs.
- réflexes ostéo-articulaires abolis aux membres inférieurs et vifs aux membres supérieurs.

- **Examens radiologiques** : - Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale : un simple diastasis C1-C2 sans souffrance médullaire n'expliquant pas ce tableau.
- Une IRM cérébrale + dorsolombaire : normales.
- **Ponction lombaire** : montrait une méningite lymphocytaire aseptique.
- **Electromyogramme** : atteinte pluri radiculaire des membres inférieurs + atteinte tronculaire -----> radiculonevrite.
- **Enquête infectieuse** (en particulier tuberculeuse) : était négative.
➔ Ainsi le diagnostic d'une meningo-radiculonévrite rentrant dans le cadre d'un neuro-Sjögren était retenu.
- **CAT** : Corticothérapie à la dose de 1mg/kg/j
- **Evolution** : rapidement marquée par une amélioration :
 - clinique: station debout et marche avec deux cannes béquilles
 - biologique: normalisation de la VS et régression de la protéinorrachie.

Conclusion :

La meningo-radiculonévrite n'est qu'exceptionnellement décrite comme atteinte neurologique du SSP. Son traitement reste mal codifié et son évolution imprévisible même sous traitement.

Présentation buccale inhabituelle d'un syndrome de Sjögren primaire

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

Service de Médecine Interne - Hôpital Militaire de Gabès - Gabès 6000, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Sjögren (SSP) primaire est une connectivite assez fréquente chez le sujet âgé. Sa symptomatologie est dominée par une atteinte exocrine avec classiquement une xérostomie et/ou une xérophtalmie souvent révélatrice. Les autres manifestations buccales restent exceptionnelles et inhabituelles.

Observation :

- Patiente âgée de 65 ans
- **Motif** : adressée par son dentiste pour exploration d'une aphtose buccale récidivante et gênante qui ne répondait pas au traitement symptomatique. Une cause locale dentaire était éliminée.
- **Examen physique** : sans anomalies hormis quelques adénopathies indolores au niveau des chaînes jugulo-carotidiennes, cervicale postérieure et axillaires. Il n'a pas été noté d'aphtes génitaux.
- **Biologie** : - Un syndrome inflammatoire marqué.
- La numération formule sanguine : sans anomalies.
- Le bilan infectieux (en particulier tuberculeux) : négatif.
- **TDM thoraco-abdomino-pelvienn**e : pas d'adénopathies profondes, de viscéromégalies ou de masses tumorales.
- **Biopsie d'une adénopathie cervicale** : en faveur d'un syndrome de Kikuchi-Fujimoto. L'immunohistochimie éliminait une hémopathie maligne.

- **Le bilan immunologique** : - anticorps anti-nucléaires : positifs
- des anti-antigènes solubles : positifs (de type anti-SSA et anti-SSB).
- **L'examen ophtalmologique** : sécheresse oculaire
- **Biopsie des glandes salivaires accessoires** : sialadénite lymphocytaire chronique stade 3 de Chisholm.
- **Diagnostic retenu** : SSP avec syndrome de Kikuchi-Fujimoto.
- **Evolution** : était favorable sous corticothérapie systémique. Il n'a pas été noté de récurrence d'aphte buccal depuis maintenant deux ans.

Conclusion :

- ✓ Dans la grande étude multicentrique de Likar-Manookin K et al, la fréquence moyenne des lésions buccales de nature dys-immunitaire au cours du SSP était estimée à 12%.
- ✓ Ces lésions sont principalement dominées par le lichen plan, les stomatites ulcérées et les lésions des autres connectivites souvent associées (overlap syndrome).
- ✓ **L'aphtose buccale reste exceptionnelle (3,8%).**
- ✓ Il convient ainsi de rechercher le SSP devant l'aphtose buccale récidivante de la personne âgée qui ne fait pas sa preuve.

Complications thromboemboliques au cours du syndrome de Sjögren primitif

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

Le syndrome de Sjögren primitif (SSP) ou syndrome sec primitif est une connectivite très réponde caractérisée par une infiltration lymphocytaire dys-immunitaire des glandes exocrine avec possibilité d'atteintes viscérales systémiques, parfois très graves. Les complications thromboemboliques sont exceptionnelles et non habituelles au cours de cette maladie. Nous rapportons une observation originale de SSP compliqué à deux reprises de thrombose veineuse.

Résultats :

Patiente âgée de 52 ans

- **ATCDs** : - SSP (xérostomie, xérophtalmie, tests ophtalmologiques positifs, sialadénite lymphocytaire stade 3, anti-SSA et anti-SSB positifs) depuis 4 ans sans atteinte viscérale .
 - Thrombophlébite du membre inférieur gauche.
 - embolie pulmonaire (à une année de la thrombophlébite)
- **Le bilan étiologique** : négatif dans les deux fois (anticorps anti phospholipides, marqueurs tumoraux, imagerie thoraco-abdomino-pelvienne, endoscopie digestive haute et basse, myélogramme, électrophorèse, immunoélectrophorèse des protéines sériques et bilan des thrombophilies constitutionnelles).

Commentaire et conclusion :

- ✓ Aussi exceptionnelles qu'elles soient, les complications thromboemboliques méritent de ne pas être oubliées au cours du SSP, surtout que maintenant le risque thrombogène significativement élevé au cours de cette maladie vient d'être objectivé par les grandes études épidémiologiques.
- ✓ Ces thromboses peuvent être artérielles ou veineuses et parfois extensives avec un mauvais pronostic.
- ✓ Les complications thromboemboliques au cours du SSP peuvent relever de plusieurs mécanismes pathogéniques possibles: la vascularite sous-jacente dans les formes sévères de la connectivite, l'hypercoagulabilité, l'hypergammaglobulinémie caractéristique, un syndrome des anti-phospholipides associé ou bien une transformation lymphomateuse secondaire.

Syndrome de Sjögren primitif révélé par un Kikuchi-Fujimoto

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

Serv. de Médecine Interne, Hôpital Militaire de Gabès, Gabès 6000, Tunisie

Introduction :

La maladie de Kikuchi-Fujimoto (MKF) ou lymphadénite histiocytaire nécrosante est une entité clinico-pathologique rare et d'étiologie inconnue qui affecte principalement les jeunes femmes asiatiques. L'association de la MKF à d'autres maladies dysimmunitaires systémiques est rare et pose des problèmes de diagnostic qui représentent parfois un véritable défi pour le clinicien.

Nous rapportons un cas original de cette maladie révélant un syndrome de Sjögren primaire (SSP).

Observation :

- Femme de 30 ans
- ATCDs : RAS
- **Motif** : hospitalisée pour **polyadénopathie fébrile** évoluant depuis 15 jours.
- **L'examen clinique** : multiples adénopathies cervicales postérieures, axillaires et inguinales, mobiles sensibles et sans fistulisation.
- **Bilan étiologique** : négatif (éliminant particulièrement la tuberculose active, les néoplasies solides et les hémopathies malignes).
- **Biopsie d'un ganglion lymphatique** cervical : signes histologiques de lymphadénite histiomonocytaire nécrosante et un marquage positif par l'anti-CD68 compatible avec le diagnostic de **MKF**. Il n'a pas été noté de cellules malignes ou d'atypies lymphocytaires.

- **Evolution** : spontanément favorable avec une apyrexie après une semaine et une disparition des adénopathies après deux mois.
- **Deux ans plus tard**, le diagnostic de **SSP** a été posé :
 - xérostomie,
 - xérophtalmie,
 - tests oculaires pathologiques
 - sialadénite lymphocytaire chronique stade III à la biopsie de glandes salivaires
 - autoanticorps anti-nucléaire positifs de type SSA.

Conclusion :

- ✓ L'association d'une MKF à des maladies autoimmunes systémiques et/ou spécifiques d'organe est rarement rapportée et la MKF peut être la première manifestation de la maladie systémique sous-jacente.
- ✓ Pour le SSP, l'association avec une MKF est exceptionnelle: jusqu'à présent, seules cinq observations ont été trouvées.
- ✓ Le principal diagnostic différentiel au cours de cette association, et en particulier dans les formes diffuses de la MKF, est la transformation lymphomateuse du SSP.

Overlap syndrome: Syndrome de Sjögren primitif et Cirrhose Biliaire Primitive

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

Le syndrome de Sjögren primitif (SSP) est une connectivite assez fréquente qui peut s'associer à plusieurs autres maladies autoimmunes réalisant les syndromes de chevauchement ou «overlap syndromes». L'association à une cirrhose biliaire primitive (CBP) reste exceptionnelle; nous en rapportons une observation.

Observation :

- Patiente âgée de 45 ans,
- **ATCDs** : RAS
- **Motif** : hospitalisée pour exploration d'un ictère cutanéomuqueux avec altération de l'état général.
- **L'examen clinique** : - ictère cutanéomuqueux franc et
- mélanodermie péri-buccale et des plis.
- **Biologie** : - cytolyse hépatique (ASAT à 3N et ALAT à 3N) + cholestase(γ GT à 8N et PAL à 8N) sans stigmates d'insuffisance hépatocellulaire.
IL n'y avait pas de notion de prises médicamenteuses ou d'alcoolisme.
 - sérologies des hépatites virales B et C : négatives.
 - Les anticorps anti mitochondries type M2 : positifs.
- L'échographie hépatique montrait un foie dysmorphique d'hépatopathie chronique sans signes d'hypertension portale ni lésions focales suspectes.
➔ Le diagnostic de **CBP** fut retenu.
- **CAT** : la patiente était mise sous corticoïdes + Ursolvan avec bonne évolution.

- **Evolution** : 3 ans plus tard -----> syndrome sec oculaire et buccal très gênant.

- **L'examen ophtalmologique** : kératite filamenteuse + sécheresse oculaire (test de Schiermer et un break-up test positifs) .
- **Bilan immunologique** : anticorps anti-SSA positifs
- **Biopsie des glandes salivaires accessoires** : sialadénite chronique stade III de Chisholm.

➔ Le diagnostic d'un **SSP** fut retenu.

Conclusion :

Cette observation rapporte une association de pathologies auto immunes qui n'est pas classique et incite à rechercher cette hépatopathie chez les patients ayant un SSP surtout si anomalies des tests hépatiques, et d'autre part à rechercher un SSP chez les sujets ayant une CBP à fin d'assurer une prise en charge précoce et adéquate, vu surtout le risque de transformation lymphomateuse

Pseudotumeur inflammatoire rénale bilatérale révélatrice d'un syndrome de Sjögren primitif

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

L'atteinte rénale reste exceptionnelle au cours du syndrome de Sjögren primaire (SSP) : sa prévalence est évaluée à moins de 5% correspondant dans la majorité des cas à une atteinte interstitielle banale et souvent infra-clinique. Nous rapportons une observation originale d'atteinte rénale inhabituelle révélant un SSP.

Observation :

- Patiente âgée de 24 ans
- ATCDs : RAS
- **Motif d'hospitalisation** : exploration d'une insuffisance rénale de primo-découverte (créatinine à 300 μ mol/l) survenant du décours d'un accouchement normal.
- **Imagerie médicale** : (figure 1) : objectivait des masses rénales bilatérales plus manifestes du côté droit avec une néphromégalie par hypertrophie des pyramides de Malpighi donnant l'aspect d'une pseudotumeur rénale.
- **Biopsique rénale** : granulomatose rénale sans nécrose caséuse.
- **Bilan infectieux** (tuberculeux),
- **Bilan de la sarcoïdose + hémopathie sous-jacente** : négatifs.
- **La reprise de l'interrogatoire** : sécheresse buccale et oculaire.
- **Explorations** : - Les tests oculaires confirmaient la xérophtalmie
 - La biopsie des glandes salivaires accessoires sialadénite lymphocytaire chronique stade 3.
 - Les anticorps antinucléaires, anti-SSA et anti-SSB : positifs.

➔ Diagnostic retenu: **SSP** avec **pseudotumeur rénale**.

- **CAT** : la patiente était mise sous corticothérapie systémique à raison de 1mg/kg/j.

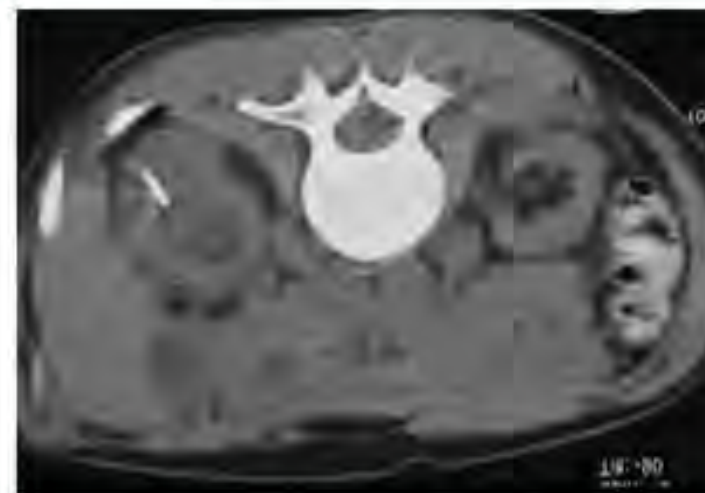


Figure 1. Coupe de scanner abdominal sans injection de produit de contraste montrant l'aiguille de biopsie 16G en place au niveau du rein droit tuméfié avec un aspect pseudotumoral.

Conclusion :

Dans la littérature seulement deux cas de pseudotumeurs inflammatoires viscérales ont été rapportées au cours du SSP : une hépatique et une pancréatique. Notre observation est, à notre connaissance, la première rapportant la localisation rénale. Elle se caractérise en plus par sa bilatéralité, son caractère révélateur et sa présentation granulomateuse.

Uvéite récidivante révélatrice d'une GPA chez le sujet agé

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

La granulomatose avec polyangéite (GPA) est une vascularite systémique des vaisseaux de petit calibre, survenant classiquement chez le sujet jeune. Les formes gériatriques sont exceptionnelles. L'atteinte ophtalmologique au cours de cette angéite est typiquement représentée par les pseudotumeurs inflammatoires. L'uvéite reste rare et inhabituelle. Nous rapportons l'observation d'une GPA gériatrique révélée par une uvéite récurrente et résistante au traitement.

Observation :

- Femme de **61 ans**
- **ATCDs** : - suivie depuis 2 ans pour uvéite antérieure granulomateuse bilatérale et récidivante malgré le traitement agressif (corticothérapie locale et systémique puis methotrexate).
-----> Le bilan étiologique réalisé par l'ophtalmologue était négatif
-----> Elle nous a été adressée pour exploration.
- **L'examen somatique initial** : sans anomalies.
- **Biologie initiale** : - syndrome inflammatoire biologique marquée
- auto-anticorps de type c-ANCA à spécificité anti-PR3 fortement positifs.

- **Au cours de son hospitalisation**, elle développait un purpura vasculaire déclive et nécrotique des deux membres.
- **Biopsie cutanée** : vascularite granulomateuse.
- **Bilan biologique** refait : - protéinurie de 24h à 0,33g/24h
- une hématurie modérée à 1120/minute
- une leucocyturie aseptique à 2490/minute.

Il n'a pas été noté d'atteinte ORL.

- **Tomodensitométries** (massif facial et du thorax) : sans anomalies.

➔ Diagnostic : **GPA révélée par une uvéite granulomateuse récurrente.**

- **CAT** : corticothérapie systémique et immunosuppresseurs
- **Evolution** : favorable aussi bien sur le plan systémique qu'oculaire.

Conclusion :

Les manifestations oculaires au cours de la GPA surviennent dans 7 à 41% des cas et sont inaugurales de la maladie dans 10 à 23 % des cas. Elles sont de loin dominées par les pseudotumeurs inflammatoires de l'orbite. L'uvéite reste rare. Notre observation se caractérise par le caractère révélateur et initialement isolée de l'uvéite ainsi que la survenue de la GPA à un âge avancé.

Ostéonécrose humérale isolée révélant un syndrome primaire des antiphospholipides

Guermazi M, Yahyaoui S, Régaïeg N, Trabelsi S, Bouomrani S

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

Introduction :

Les manifestations orthopédiques associées au syndrome primaire des anticorps antiphospholipides (SAPL) sont très rares et peu connues. Parmi ces manifestations, les nécroses osseuses restent des complications exceptionnelles et inhabituelles.

Nous rapportons une observation originale d'ostéonécrose isolée de l'extrémité supérieure de l'humérus révélant un SAPL primaire.

Observation :

- Femme de 39 ans,
- **ATCDs** : 0
- **Motif** : douleur aigue de l'épaule droite évoluant depuis une semaine , non améliorée par le traitement antalgique.
- **Examen clinique** : notait une douleur minime, antérieure, et localisée de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.
- **Radiologie** : - radiographie de l'épaule droite (figure 1) : image de condensation centrale, hétérogène, et avec des limites spéculées de l'extrémité supérieure de l'humérus.
- TDM (figure 2) : mêmes constatations de la radiographie standard avec sur les coupes axiales une image hyperdense hétérogène et finement spéculée à la périphérie spécifique d'un infarctus osseux de l'extrémité supérieure de l'humérus droit.
- **Bilan étiologique de l'infarctus osseux** : ----> SAPL primaire:
 - thrombopénie à 115000/mm³,
 - anti cardiolipines IgG à 56 (NI<12) et
 - anti β 2-glycoprotéine 1 IgG à 42 GPL/ml (NI<10).

- **CAT** : La patiente était traitée par hydratation + anticoagulation efficace + corticothérapie systémique (1mg/kg/j)
- **Evolution** : favorable.



Figure 1: Radiographie de l'épaule droite : vaste lésion irrégulière, scléreuse et hétérogène de l'extrémité supérieure de l'humérus droit avec contours serpigneux



Figure 2: Scanner de l'épaule droite: opacité hétérogène, centrale et étendue de l'extrémité supérieure de l'humérus droit avec spicules. Les corticales osseuses et les surfaces articulaires sont respectées.

Conclusion :

L'infarctus osseux reste une complication exceptionnelle et inhabituelle au cours du SAPL primaire. Les formes révélatrices représentent un vrai défi diagnostique pour les cliniciens.

Notre observation se caractérise par son caractère isolée, révélateur de la maladie, et l'absence d'autres facteurs favorisants, en particulier une corticothérapie systémique antérieure.

3^{ème} congrès Maghrébin et 30^{ème} congrès National de Rhumatologie

19 et 20 Avril 2019

N° Poster
266

Titre: Les myopathies inflammatoires dans un service de rhumatologie

Auteurs: Dghaies A., Jguirim M., Fakhfakh R., Grassa R., Jomaa O., Zrour S., Bejia I., Touzi M., Bergaoui N.

Adresse: Service de Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction :

Les myopathies inflammatoires sont des connectivites rares liées à des désordres immunitaires cellulaires et humoraux, caractérisées par l'association d'un déficit musculaire et la présence d'un infiltrat inflammatoire au sein du muscle squelettique. Elles sont dotées d'un grand polymorphisme clinique et évolutif. Le but de ce travail est de déterminer les caractéristiques cliniques, para cliniques, évolutives et les modalités thérapeutiques de la polymyosite ou de la dermatomyosite associées à des manifestations articulaires.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 14 patients hospitalisés au service de rhumatologie ayant présenté un tableau clinique ou paraclinique suggestif de polymyosite ou dermatomyosite sur une période de 21 ans (1998-2019).

Résultats:

L'âge moyen de nos patients était de 45,92ans(16-78ans) avec une prédominance féminine. Il s'agissait d'une dermatomyosite chez six patients et d'une polymyosite chez huit patients. Les signes généraux étaient présents chez sept patients avec une fièvre chez quatre patients. Tous les patients avaient des myalgies avec un déficit musculaire proximal chez 10 patients et une amyotrophie chez un seul patient. Six patients avaient un érythème liliacé des paupières, quatre des papules de Gottron et deux patients un érythème péri-unguéal. Le syndrome de raynaud était observé chez un seul patient. Les arthralgies étaient rapportées chez huit patients avec des arthrites chez deux patients. Des adénopathies étaient observées chez trois patients. Un seul patient avait un syndrome sec oculaire et une dyspnée et deux patients avaient une dysphagie.

Anomalies biologiques	Nombre de patients	
SIB	11	
Anémie inflammatoire	7	
CPK(2 à 800N), (LDH 2 à 5N)	11	*SIB: syndrome inflammatoire biologique
Cytolyse hépatique (3 à 10N)	5	*CPK,LDH: enzymes musculaires
Insuffisance rénale aigue	2	*N: la normale
AAN positifs	5	*AAN: anticorps antinucléaires
FR positif	3	*FR: facteur rhumatoïde
EMG: tracé myositique	7	*EMG: électromyogramme
Biopsie musculaire confirmant la myosite	13	

L'association à une polyarthrite rhumatoïde était notée chez deux patients et à une néoplasie du col utérin chez une patiente.

Volet thérapeutique et évolution: La corticothérapie était indiquée chez 12 patients. Le méthotrexate était indiqué chez deux patients. Le décès est survenu à cause d'un surdosage en AVK chez une patiente âgée de 54 ans atteinte de polymyosite avec tumeur du col utérin compliquée d'une thrombophlébite. L'évolution était favorable pour le reste des patients avec diminution du déficit musculaire, du SIB et des enzymes musculaires.

Discussion:

Les myopathies inflammatoires sont un groupe hétérogène d'affections auto-immunes du muscle squelettique d'étiologie inconnue ayant en commun un déficit musculaire proximal et la présence dans le tissu musculaire d'un infiltrat inflammatoire. Des spécificités cliniques, histologiques et la présence d'auto-anticorps spécifiques ou associés permettent de distinguer les poly myosites, dermatomyosites, les myosites de chevauchement, myosite d'inclusions et les myopathies nécrosantes auto immunes. Les manifestations articulaires sont notées chez 15 à 30% des patients atteints de myosite pure et précèdent souvent les atteintes musculaires d'où la nécessité de poser un diagnostic précoce pour ne pas méconnaître les atteintes systémiques en particulier pulmonaires. Les arthrites sont exceptionnelles et évoluent favorablement en quelques semaines. Dans notre série, les arthralgies sont notées chez 57% des patients avec des arthrites chez 14% des patients. Il n'y a habituellement ni déformation, ni destruction ostéoarticulaire en dehors du syndrome des anti-synthétases, au cours duquel, l'atteinte articulaire est fréquente (57 à 100 %des cas). Le traitement repose sur les corticoïdes. En raison de leurs effets secondaires et de l'évolution fréquemment chronique et polycyclique, un traitement immunosuppresseur, notamment le méthotrexate, est le plus souvent associé. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature avec une fréquence plus élevée des manifestations ostéoarticulaires.

Conclusion:

La dermtopolymyosite est une pathologie rare mais ne doit pas être méconnue et doit faire rechercher une pathologie sous-jacente. Malgré le traitement intensif, elle est grevée d'une importante morbidité grevant le pronostic de la maladie.

Maladie de TAKAYASU : à propos d'un cas.

Dr M.LAANAYA, Prof K.NASSAR, Prof O.RACHIDI, Prof S.JANANI, Prof O.MKINSI
Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, CASABLANCA

INTRODUCTION :

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire des vaisseaux de gros calibre. L'épaississement de la paroi vasculaire est le signe précoce le plus caractéristique de la maladie, aboutissant progressivement à des sténoses, des thromboses et parfois au développement d'anévrysmes. Nous rapportons un cas de maladie de TAKAYASU.

MATERIEL ET METHODE :

Patiente de 45 ans, ayant comme antécédent un contage tuberculeux dans la famille. Elle présentait depuis 5 ans, une faiblesse musculaire et engourdissement du membre supérieur droit d'installation progressive, associés à des myalgies mécaniques et une froideur et pâleur du même membre à l'effort principalement à sa surélévation, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique avait retrouvé une asymétrie tensionnelle des 2 membres supérieurs, des pouls brachiaux droits peu perceptibles au repos, pâleur du membre supérieur droit à l'antépulsion à 90°, un souffle carotidien droit systolique, avec absence de signes neurologiques et absence d'autres signes systémiques. Le bilan inflammatoire était faiblement positif, l'échodoppler et l'angio-IRM des troncs artériels supra-aortiques avaient démontré un épaississement des parois et réduction du calibre des carotides primitives, de l'artère sous Clavière droite et de l'artère axillaire adjacente ; le TEP scanner avait démontré un hypermétabolisme sur le territoire de l'artère sous Clavière droite confirmant ainsi la maladie de Takayasu. La patiente a été mise sous corticothérapie 1mg/kg/jour et biothérapie à base d'anti-IL6 ; après traitement prophylactique antituberculeux ; avec bonne réponse clinico-biologique.

DISCUSSION :

La maladie de Takayasu est une artérite inflammatoire qui atteint avec prédilection l'aorte et ses principales branches. L'incidence de la maladie varie de 1,2 à 2,6 cas / million/an. Les femmes entre 20 et 40 ans en sont plus fréquemment atteintes que les hommes. Les manifestations sont très polymorphes. Le diagnostic repose sur les critères clinico-radiologiques d'Ishikawa. La tomographie par émission de positons au 18 FDG semble être un outil de grande sensibilité pour le diagnostic précoce et pour déterminer l'activité de la maladie, principalement lorsque les bilans inflammatoires font défaut. Le traitement de 1^{ère} ligne est la corticothérapie. En cas d'échec, l'adjonction du méthotrexate permettrait de contrôler la maladie. La biothérapie représente une bonne alternative thérapeutique.

CONCLUSION :

L'aorto-artérite de Takayasu est une vascularite rare de la femme jeune. La connaissance de son polymorphisme clinique permettra d'orienter le diagnostic dont la précocité pourrait améliorer le pronostic, le traitement fait appel à la corticothérapie, DMARDs et/ou biothérapie.

INTERET :

Bien que rares, la maladie de TAKAYASU ne doit pas être omise lors du bilan étiologique d'une douleur mécanique chronique d'un membre, le diagnostic repose essentiellement sur l'imagerie.

Titre: Caractéristiques clinicobiologique du rhupus vu en rhumatologie

Auteurs:Grassa.R(1), Jguirim.M(1), Jomaa.O(1), Dghaies.A(1), Fakhfakh.R(1), Mosbah.H(1), Zrour.S(1), Bejia.I(1), Touzi.M(1), Bergaoui.N(1)
Adresse:(1)Service de rhumatologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir,Tunisie

Introduction :

Le rhupus est un syndrome de chevauchement associant un lupus systémique (LES) et une authentique polyarthrite rhumatoïde (PR).C'est une entité clinique rare. Depuis 1971, date de la première description par Schur une centaine de cas ont été recensés. L'objectif de cette étude est de caractériser le rhupus aussi bien sur le plan clinique qu'immunologique.

Patients et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 99 patients atteints de LES dont 8 cas de Rupus syndrome, suivis dans le service de rhumatologie du centre hospitalier universitaire de Monastir sur une période allant de 1997 au 31 décembre 2018.Le diagnostic de Rhupus était retenu devant la présence de 4 critères de l'ACR pour la PR et pour le LES.

Résultats : il s'agissait de 8 femmes dont l'âge variait entre 27 et 66 ans avec un âge moyen de 45.25 ans.

*Toutes présentaient au minimum une arthrite symétrique des mains.
*Cliniquement on notait une polyarthrite dans 62.5°/° des cas. La déformation articulaire était notée dans la moitié des cas.

- Tableau 1: Répartition des patients en fonction des résultats du bilan immunologique

Anomalies biologiques	Pourcentages °/° (n=8)
Facteur rhumatoïde	87,5°/°
ACPA	25°/°
AAN (variant de 1/100 à 1/13200)	100°/°

A la biologie:

*Une anémie inflammatoire était notée dans 50°/° des cas et une anémie hémolytique dans 25°/° des cas.
*La leucopénie était présente dans 50°/° des cas et une lymphopénie dans un seul cas.

*La thérapeutique comportait les antipaludéens de synthèses en association avec le méthotrexate dans tous les cas.

Discussion diagnostique:

*Le Rhupus est une entité clinique rare. Sa prévalence est de l'ordre de 0,09 %[3].
*A travers le monde, 50 cas de rhupus ont été décrits[2].
*Une seule série Mexicaine a rapporté un nombre élevé de 22 cas de rhupus [2].
*Le terme 'Rhupus syndrome' est utilisé pour décrire la coexistence de LES et PR, dans laquelle les patients sont atteints d'arthrite érosive et manifestations caractéristiques du LES[1];[2].
*Les arthralgies et l'arthrite sont les symptômes les plus fréquents du LES.
*Les autres manifestations cliniques du LES qui se voient fréquemment dans le rhupus sont l'atteinte cutanée avec photosensibilité, l'érythème du visage, l'alopecie ; l'atteinte hématologique avec leucopénie et thrombopénie; ce qui rejoint les résultats de 8 cas de Rhupus de notre série.

Conclusion :

- Le Rhupus atteint la jeune femme quarantenaire. L'association PR-LES est une entité clinique rare et reste un diagnostic d'élimination.
- Les manifestations cliniques sont essentiellement articulaires, cutanées et il y a peu d'atteinte viscérale, neurologique et rénale.

Références bibliographiques:

- [1] Li, J., Wu, H., Huang, X., Xu, D., Zheng, W., Zhao, Y., ... Zeng, X. (2014). *Clinical Analysis of 56 Patients with Rhupus Syndrome. Medicine, 93(10), e49.*
[2] Simón, J. A., Granados, J., Cabiedes, J., Morales, J. R., & Varela, J. A. (2002). *Clinical and immunogenetic characterization of Mexican patients with "Rhupus."* *Lupus, 11(5), 287-292.*
[3] Hachicha.I, Fourati.H,Akrout.R,Baklouti.S.Syndrome de Rhupus:à propos de deux observations.*Pan Afr Med J .2012;12:50.*

Titre : Ostéonécrose aseptique au cours du lupus vue en rhumatologie

Auteurs: Grassa.R(1), Jguirim.M(1), (1), Dghaies.A(1), Fakhfakh.R(1), Jomaa.O (1) Mosbah.H(1), S.Zrour(1), I.Bejia(1), M.Touzi(1), N.Bergaoui(1)

Adresse: (1)Service de rhumatologie, hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction :

L'ostéonécrose aseptique (ONA) est la conséquence de la nécrose ischémique des divers contingents cellulaires d'un secteur osseux. L'ostéonécrose de la tête fémorale (ONTF) en est la plus fréquente. Elle peut compliquer toutes les maladies systémiques et auto-immunes essentiellement le lupus érythémateux systémique. L'objectif de notre étude est d'étayer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et biologiques de l'ONA au cours de lupus.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 99 patients atteints de LES, menée dans un service de rhumatologie sur une période allant de 1997 au décembre 2018.

Résultats : L'ostéonécrose aseptique était notée chez 6 malades soit 6.06%. L'âge moyen du diagnostic de lupus était de 30.83 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic de l'ostéonécrose était de 35.33 ans.

Tableau1:répartition des patients selon la localisation de l'OSN:

Localisation de l'ostéonécrose	Extrémité supérieure de la tête fémorale	Extrémité supérieure de la tête humérale	Genou
Nombre de cas	6 cas (dont 4 sont bilatérales)	2 cas (dont un cas est bilatéral)	1 cas

- *Concernant le bilan immunologique : le titre des AAN variait entre 1/400 et 1/3200.
- *Chez les patients où on a suspecté une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, une IRM du bassin était réalisée dans 7 cas, elle était normale dans 2 cas et en faveur de l'ostéonécrose dans 4 cas.
- *Une IRM de l'épaule était pratiquée dans deux cas et a montré une ostéonécrose aseptique des deux têtes humérales.
- *Une scintigraphie osseuse était réalisée chez deux patients pour faire une cartographie des ostéonécroses.
- *Une IRM de l'épaule était pratiquée dans deux cas et a montré une ostéonécrose aseptique des deux têtes humérales.

- *Une scintigraphie osseuse était réalisée chez deux patients pour faire une cartographie des ostéonécroses.
- *Un traitement chirurgical était indiqué dans deux cas par la pose de prothèse de hanche pour une ostéonécrose de la tête fémorale.

Radiographie du bassin de face: Ostéonécrose aseptique des deux têtes fémorales



IRM de l'épaule droite montrant l'ostéonécrose de la tête humérale associée à des infarctus osseux



Discussion

- *L'Ostéonécrose aseptique (ONA) est une maladie dont la pathogénie est multifactorielle. [1] L'ONA peut compliquer toutes les maladies systémiques et auto-immunes essentiellement le LES .
 - *La corticothérapie prolongée constitue le principal mécanisme, néanmoins, une ostéonécrose peut survenir au cours d'une maladie systémique en dehors de toute corticothérapie.
 - *L'hypothèse d'une vascularite des vaisseaux épiphysaires et/ou la présence d'anticorps anti phospholipides a été invoquée.[1]
 - *Les signes d'appel de l'ONA sont variables selon les études, mais la douleur constitue le maître symptôme. [1]
 - *Pour établir le diagnostic, l'examen de première intention est la radiographie standard. Si elle est normale ou non spécifique, l'IRM est le meilleur examen. [2], [3]
- Conclusion:** L'Ostéonécrose aseptique (ONA) est une maladie dont la pathogénie est multifactorielle. La fréquence de l'association avec des maladies auto-immunes est variable. Une ostéonécrose peut survenir au cours d'une maladie systémique en dehors de toute corticothérapie.

Références Bibliographiques:

- [1] Loukil, H., Frikha, F., Snoussi, M., Salah, R. B., & Bahloul, Z. (2014). *Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez une patiente atteinte d'artérite de Takayasu*. Pan African Medical Journal, 18.
- [2] Lafforgue, P. (2009). *Ostéonécrose de la tête fémorale*. Revue Du Rhumatisme, 76(2), 166-172. doi:10.1016/j.rhum.2008.04.021
- [3] Sun, W., Liu, L.-H., Zhang, Q.-Y., Li, Z.-R., & Gao, F.-Q. (2017). *Corticosteroid-induced Osteonecrosis of the Femoral*

Purpura nécrotique associé à une thrombose veineuse profonde révélant un syndrome d'hyperéosinophilie idiopathique

Fhima F, Baya W, Mzabi A, Anoun J, Kermani M, Ben Fredj F, Rezgui A, Laouani Kechrid C

Service de médecine Interne, CHU Sahloul, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome hyperéosinophilique (SHE) est une pathologie rare dont l'hétérogénéité clinique tient à la variété des mécanismes à l'origine de l'expansion des polynucléaires éosinophiles.

Observation :

- Une femme âgée de 28 ans
- Sans antécédents
- Avait présenté un purpura nécrotique au niveau de deux jambes évoluant depuis deux mois sans fièvre.
- Examen: dysmorphie faciale.
- A la biologie: SIB + hyperéosinophilie à 5720/L.
- Les sérologies virales et le bilan immunologique: négatifs.
- Le myélogramme: éosinophiles à 25% sans anomalie morphologique.
- Caryotype: normal.
- A j19 d'hospitalisation, la patiente avait présenté une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit.
- Elle était mise sous corticothérapie (0,5 mg/kg/j) avec une dégression progressive permettant une normalisation du taux des éosinophiles et une anticoagulation par anti-vitamine K.



- Quatre mois plus tard, la patiente reconsultait devant l'installation d'un **acrosyndrome** au niveau du membre supérieur droit sous 5 mg de Prednisone.



- A l'examen: irritation tétra-pyramidale, hyperesthésie en chaussettes et en gants et marche ataxique.
- A la biologie: hyperéosinophilie à 1550/L.
- Doppler des vaisseaux des membres: épaissement pariétal circonférentiel régulier des artères humérale, radiale et cubitale + occlusion distale de l'artère cubitale + épaissement circonférentiel des artères tibiales postérieures.
- ENMG: mono-neuropathie du nerf cubital + neuropathie sensitivomotrice aux membres inférieurs.
- Une IRM cérébro-médullaire avait éliminé une atteinte centrale.
- La patiente était mise sous corticothérapie à forte dose (0.5 mg/kg/j), un traitement vasodilatateur, l'ILOPROST (pendant 10 jours), un traitement anticoagulant et un antiagrégant, permettant la régression de la cyanose et la normalisation des éosinophiles.

Discussion et conclusion:

Le SHE est une pathologie rare caractérisée par une surproduction soutenue d'éosinophiles, dont la physiopathologie demeure incertaine. Le mode de révélation du SHE est variable. Les présentations cliniques sont polymorphes et souvent non spécifiques comme le cas que nous rapportons qui avait à la fois un purpura nécrotique, un acrosyndrome et une thrombose veineuse profonde avec un épaissement artériel à l'imagerie. En effet, de rares cas de thromboses veineuses associées à une hyperéosinophilie ont été décrits. Leur localisation est alors souvent particulière (Budd Chiari, thrombose portale, thrombose veineuse cérébrale). Le mécanisme de ces thromboses est mal connu. La vasculopathie des vaisseaux de moyen et petit calibre dans le cadre des SHE est une entité rare se manifestant fréquemment par une ischémie digitale. L'évolution semble être favorable avec la normalisation des éosinophiles.

Syndrome de Gougerot-Sjögren primitif versus secondaire : A propos de 60 cas

Ben Majdouba M, Ben Djmaa S, Jeriri S, Gassara Z, Akrouf R, Ezzeddine M, Kalle MH, Fourati H, Baklouti S

Service de Rhumatologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une exocrinopathie auto-immune fréquente qui peut être soit isolée et primitive ou secondaire à une autre maladie auto-immune. L'objectif de notre travail est de comparer les caractéristiques cliniques et biologiques du SGS primitif et secondaire.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les dossiers de patients présentant SGS primitif ou secondaire et hospitalisés dans le service de Rhumatologie de Sfax entre 1998 et 2018.

Résultats:

Sexe ratio (H/F)=0,07



Répartition des groupes

Groupe 1	Groupe 2
SGS primitif	SGS secondaire
22 cas	38 cas

Groupe 1 versus groupe 2

	Groupe 1	Groupe 2
Polyarthralgies inflammatoires	84%	86%
Présence d'arthrite	9%	56%
Xérophtalmie et/ou xérostomie	72%	77%
Présence de syndrome inflammatoire biologique	28%	73%
Anticorps anti-SSA et/ou anti-SSB	60%	60%
Syndrome sec sévère à l'examen ophtalmologique	9%	25%
Sialadénite stade 3 ou 4 de Chisholm à la biopsie labiale	29%	43%

Discussion:

Notre étude a montré quelques différences entre le SGS primitif et secondaire. Par ailleurs, l'atteinte oculaire sévère était plus fréquente au cours du SGS secondaire de même pour la sialadénite sévère à la biopsie labiale. On a remarqué aussi une nette différence concernant la présence d'arthrite et de syndrome inflammatoire biologique qui étaient significativement plus fréquents au cours du SGS secondaire. Par contre, les SGS primitifs et secondaires étaient similaires concernant les signes fonctionnels et le profil immunologique.

Conclusion:

Les SGS primitif et secondaire semblent différents sur certains éléments cliniques et biologiques, cela pourrait être expliqué par la participation de la pathologie primitive.

Profil clinique et para-clinique des patients hospitalisés pour sarcoïdose au service de rhumatologie Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie).

Mosbah H., Jguirim M., Grassa R., Fakhfakh R., Dghaies A., Jmaa O., Zrour S., Bejia I., Touzi M., Berguaoui N.

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse d'étiologie inconnue. Elle peut toucher différents systèmes y compris le système articulaire. C'est une maladie hétérogène par son profil épidémiologique et évolutif.

Objectif de ce travail :

Rapporter les caractéristiques cliniques et para-cliniques des patients hospitalisés pour sarcoïdose au service de Rhumatologie Fattouma Bourguiba sur une période de 15 ans.

Résultats et Discussion:

Dix cas ont été recensés (dont 8 femmes).

Cette prédominance féminine fait l'unanimité des auteurs (1).

Âge moyen : **42 ans** [18 -> 88 ans].

Antécédents familiaux : un cas de polyarthrite rhumatoïde. (prédisposition génétique?)

Antécédents personnels: un patient: purpura thrombopénique immunologique.

un patient: angines à répétition.

deux patientes: infertilité primaire.

(Origine :
inflammatoire?
dysimmunitaire?)

Le **délai diagnostique** : 15j -> 7ans.

Tableau1: signes fonctionnels présentés par les différents patients

Signe fonctionnel	Nombre
fièvre	2
Toux sèche avec dyspnée	5
Douleur articulaire au premier plan	4

Les signes généraux n'étaient pas intenses chez nos patients, par contre l'atteinte pulmonaire était notée chez la moitié des cas.

L'atteinte articulaire était souvent **oligo-articulaire** avec atteinte majoritaire des **chevilles**. Ceci est similaire à d'autres études (2).

Tableau 2: Anomalies à l'examen physique

Signe d'examen	Nombre
fièvre	2
dactylite	4
HSMG	3
Adénopathies périphériques	2
Érythème noueux	5
Syndrome sec oculaire	3
Uvéite granulomateuse	1

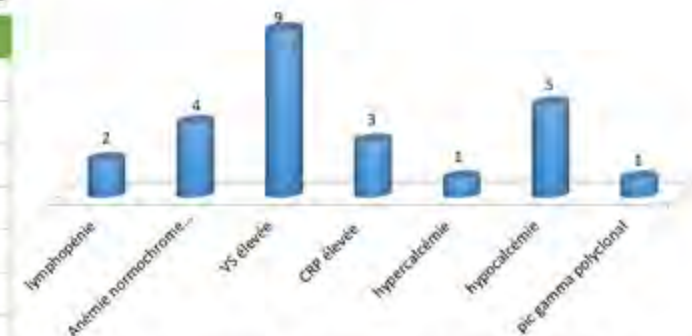


Figure 1: Anomalies biologiques des différents patients

La **dactylite** qui se voit généralement dans les formes chroniques multisystémiques était notée chez 4 patients mais sans lésion osseuse sous-jacente.

L'atteinte cutanée est particulièrement fréquente en cas d'atteinte articulaire (3) ce qui a été aussi trouvé dans notre série .

Les **adénomégalies médiastinales** à la radiologie : **6 cas**.

Les radiographies des articulations atteintes étaient dans la majorité des cas normales et on a pas observé l'aspect d'ostéite cystoïde ou un aspect grillagé de l'os.

On note la présence d'hypocalcémie chez 5 patients ce qui est inhabituel.

Diagnostic par biopsie de l'organe atteint : dans **6 cas**.

Il était basé sur des arguments clinico-biologiques avec élimination des autres granulomatoses dans les autres cas.

Traitement : Repos+ Antalgiques +Corticoïdes : tous les cas.

Dans 3 cas, on a eu recours à des AINS.

Le recours aux immunosuppresseurs , qui est nécessaire dans les formes cortico-dépendante ou cortico-résistante(4) n'a pas était nécessaire chez nos patients.

Conclusion :

Le polymorphisme clinique de cette pathologie nécessite souvent une approche multidisciplinaire. L'atteinte ostéo-articulaire de la sarcoïdose peut être une circonstance de découverte.

Cardiomyopathie hypertrophique révélant un syndrome de Sjörger : à propos d'un cas

D. Khalifa, A. Guiga, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hacheil, Sousse, Tunisie

Introduction :

La survenue d'une cardiomyopathie hypertrophique (CMH) est rare au cours du syndrome de Sjörger (SS). Nous rapportons l'observation d'une patiente chez qui le diagnostic de SS était retenu au cours d'un bilan étiologique d'une cardiomyopathie hypertrophique

Observation :

Patiente âgée de 66 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, qui présente une dyspnée d'effort évoluant depuis un an sans autre signes associés. Une échographie cardiaque faite pour explorer la dyspnée a objectivé une hypertrophie septale à 20mm avec un aspect moucheté et granité du myocarde avec une bonne fonction systolique du ventricule gauche (fraction d'éjection du VG= 72%) et un trouble de la relaxation du ventricule gauche cadrant avec une CMH confirmée par une IRM cardiaque. A l'anamnèse, la patiente ne présentait pas de syndrome sec oculaire ni buccal, pas d'ecchymoses spontanées ni d'arthralgies. A l'examen clinique, on n'a pas noté d'hépatosplénomégalie ou d'adénopathies, le signe de Tinel et Phalen étaient négatifs et il n'y avait pas de macroglossie. L'examen cutané était sans anomalies et l'électrocardiogramme n'a pas montré d'anomalie. L'examen ophtalmologique a montré la présence d'un syndrome sec oculaire bilatéral. A la biologie, elle n'avait pas de syndrome inflammatoire biologique, le bilan phosphocalcique et le dosage d'enzyme de conversion étaient normaux. La recherche d'anticorps anti nucléaires par immunofluorescence indirecte était positive à 1/400 avec un aspect moucheté de type SSA et SSB. Une biopsie des glandes salivaires accessoires a objectivé une sialadénite chronique grade 1 de Chisholm.

Une biopsie rectale à la recherche de dépôts amyloïdes était négative. Ainsi le diagnostic de syndrome de Gougerot Sjörger primaire a été retenu selon les critères de l'ACR/EULAR 2016 avec comme manifestations extra glandulaires une CMH après un bilan étiologique négatif.

Discussion :

Le SS est la deuxième maladie auto-immune après la polyarthrite rhumatoïde. Elle se manifeste par une atteinte des glandes exocrines et une atteinte d'organes qui peut être grave. L'atteinte cardiaque dans le SS est exceptionnelle faite de myocardite, rarement une péricardite ou une hypertension artérielle pulmonaire. La CMH est plus rare, seulement quelques cas de SS secondaire ont été décrits dans la littérature. Nous rapportons un cas de SS primaire diagnostiqué par l'atteinte cardiaque rare.

Conclusion :

L'atteinte cardiaque est rare au cours du SS mais peut être grave. L'IRM cardiaque est utile pour le diagnostic de CMH.

Références :

1. Kamimura T , et al., Sjogren's syndrome associated with chronic hepatitis C, severe thrombocytopenia, hypertrophic cardiomyopathy, and diabetes mellitus. - Pubmed - NCBI
2. Voncina D , et al., Felty's and Sjogren's syndromes and hypertrophic obstructive cardiomyopathy (case report). - Pubmed - NCBI

Impact of social environment on the perception of the disease in Sjörge's syndrome

D. Khalifa, A. Guiga, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Department of Internal Medicine, Farhat Hached Hospital, Susah, Tunisia

Introduction :

Sjörge's syndrome (SS) is a chronic connective tissue disease affecting various organs. Little is known regarding the relationship between the social environment and the disease. The aim of this study was to determine the perception of the disease in patients with Sjörge's syndrome (SS) according to their living environment.

Patients and methods :

A cross-sectional study collecting 25 patients followed for SS in the department of internal medicine of Farhat Hached hospital was conducted. Patients were diagnosed according to the 2016 ACR/EULAR classification criteria for Sjörge's syndrome. Perception of the disease was assessed using the Brief Illness Perception Questionnaire (BPQ). Each question of the BPQ was evaluated from 0 to 10. Results were analysed with the statistical tool spss.20. The value of $p < 0.05$ was considered significant.

Results :

The SS was primitive in 6 cases. Sicca syndrome was the most frequent symptom (88% of patients) followed by arthralgia (76% of patients). There was no significant difference in disease activity between patients living in rural areas and those living in urban areas. The average of the question related to the impact of the disease on life was 4.8 for patients living in rural areas and 4.7 for those in urban areas. The perception of the duration of the disease was better in rural areas with no significant difference (6.5 rural vs. 8.3 urban). The perception of disease control was good for both groups. The perception of fear of the disease, the effectiveness of treatments and the degree of understanding of the disease was similar in both groups. The perception of symptoms was more frequent in the urban environment (6.3 vs 3.5, $p = 0.014$) as well as the emotional impact of the disease (6.3 urban vs. 2.6 rural, $p = 0.019$).

Discussion :

This study evaluates the Brief Illness Perception Questionnaire (BPQ), a nine-item scale designed to rapidly assess the cognitive and emotional representations of illness and its relation with the environment of patients. More studies are needed to confirm if this relation exists.

	Global	Rural	Urban	P
How much does your illness affect your life?	4,8+/- 2,4	4,8+/- 2,5	4,7+/- 2,4	
How long do you think your illness will continue?	7,7+/- 2,6	6,5+/- 3,2	8,3+/- 2,1	
How much control do you feel you have over your illness?	6,3+/- 2,7	7+/- 2,6	6+/- 2,8	
How much do you think your treatment can help your illness?	6+/- 3,6	6,6+/- 3,6	5,7+/- 3,6	
How much do you experience symptoms from your illness?	5,4+/- 2,8	3,5+/- 2,8	6,3+/- 2,3	
How concerned are you about your illness?	4,9+/- 2,9	4,6+/- 3,5	5+/- 2,7	0,014
How well do you feel you understand your illness?	6+/- 2,5	5,2+/- 3,6	6,5+/- 2,4	
How much does your illness affect you emotionally? (e.g. does it make you angry, scared, upset or depressed?)	5+/- 3,7	2,6+/- 3,2	6,3+/- 3,4	0,019

Conclusion :

SS is a chronic disease with symptoms dependent on the social environment of its patients as symptoms being more important in the urban areas with a general good perception of the disease.

Infection à Helicobacter Pylori au cours du syndrome de Sjörger primitif

D. Khalifa, A. Guiga, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Servie de médecine interne, hôpital Farhat Hachedi, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Gougerot Sjörger (SGJ) est une maladie auto-immune caractérisée par une infiltration lymphocytaire de glandes exocrine entraînant un dysfonctionnement glandulaire. Les patients atteints de SGJ primitif sont plus susceptibles d'être infectés par Helicobacter pylori (HP) que d'autres connectivites. Un rôle étiologique a été proposé pour HP interagissant avec l'évolution clinique et les complications du SGJ primitif. Le but de cette étude est de décrire les particularités du SGJ primitif en présence d'infection à HP.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 33 cas de SGJ primitif colligés sur une période de 10 ans (2009-2018) dans un service de médecine interne. La valeur de $p < 0,05$ était considérée significative.

Résultats :

Tous les patients étaient de sexe féminin. La fibroscopie digestive haute était pratiquée pour 19 patients, en raison d'une anémie ferriprive chez 13 cas, épigastralgies dans 5 cas et de dysphagie dans 1 cas montrant une gastrite congestive chez 5 patients. Des biopsies gastriques systématiques étaient pratiquées dans 19 cas montrant un statut HP positif dans 47,3% des cas. Il n'y avait pas de différence significative dans la survenue du syndrome sec clinique entre les patients HP positifs et HP négatifs (HP+77,7% vs 80% HP- pour la xérostomie et HP+ 88,8% vs 80% HP- pour la xérophtalmie). L'atteinte respiratoire était retrouvée dans 66,6% des HP+ vs 20% des HP- (valeur $p=0,04$). Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes HP+ et HP- dans la survenue d'une atteinte articulaire (valeur $p > 0,5$). La VS était accélérée dans 88,8% des patients HP+ contre 40% chez les patients HP- (valeur $p=0,035$) Le profil sérologique était comparable entre les 2 groupes. L'activité de la maladie attestée par le score ESSDAI était plus importante chez les patients HP+ (HP+ 15,85 vs 11,1 HP- avec valeur $p=0,02$).

	%HP (+)	%HP (-)	Valeur de p
BGSA3/4	88,8%	60%	0,152
xérostomie	77,7%	80%	0,23
xérophtalmie	88,8%	80%	-
Atteinte respiratoire	66,6%	20%	0,04
Atteinte articulaire	77,77%	80%	>0,05
Atteinte rénale	44,44%	20%	0,035
VS accélérée	88,8%	40%	0,038
hypergammaglobulinémie	33,33%	50%	>0,5
SSA	55,5%	60%	0,7
SSB positifs	44,4%	60%	0,44
ESSDAI	15,85+/-9,9	11,1+/-8,4	0,02

Discussion :

Helicobacter pylori a été prouvé comme facteur de risque de nombreuses maladies. Certains chercheurs ont tenté de trouver un lien entre Helicobacter pylori et le syndrome de Sjörger. Cependant, les conclusions de ces études sont controversées.

Conclusion :

Le SGJ primitif associé à l'infection par Helicobacter Pylori serait caractérisé par la fréquence de l'atteinte respiratoire et rénale, un syndrome inflammatoire plus intense et une activité de la maladie plus importante.

Anxiety and depression among Sjögren's Syndrome patients

D. Khalifa, A. Guiga, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Department of Internal Medicine, Farhat Hached hospital, Susah, Tunisia

Introduction :

Sjögren's syndrome (SS) is an autoimmune disease that affects the exocrine glands. In addition to the organic symptoms during SS, psychiatric disorders have been reported with a significant impact on the quality of life. The purpose of this study was to evaluate the degree of anxiety and depressive symptoms among SS Tunisian patients

Patients and methods :

Cross-sectional study collecting 25 patients followed for SS in the department of internal medicine in Farhat Hached hospital. The diagnosis of SS was established according to the 2016 ACR/EULAR classification criteria. Anxious and depressive symptoms were assessed using the French version of the validated HADS scale (hospital anxiety and depression score).

Results :

24 women and 1 man were included with a mean age at the time of diagnosis of 51 ± 6 years. The SS was primitive in 6 cases. Sicca syndrome was found in 88% of cases while extra glandular symptoms were found in 72% of cases. Joint involvement was very common, found in 70% of cases. The activity of the disease attested by the ESSDAI score was estimated to 10.6 ± 7 . Anxiety symptoms were observed in 15 patients (60%). These events were mild in 9 cases and severe in 6. Depressive symptoms were observed in 12 patients (48%), being severe in 66.6% of the time.

Anxiety symptoms 60%

Depressive symptoms 48%



Severity of anxiety symptoms

Discussion :

Prevalence of anxiety and depression is high in people with Sjögren's syndrome. Rheumatologists should pay attention to the potential mental comorbidities while managing patients with Sjogren's syndrome and provide the basis for mental health providers in order to identify effective strategies for preventing and treating depression and anxiety among adults with Sjogren's syndrome patients.

Conclusion :

Anxiety and depressive symptoms are common during SS and they can worsen the quality of life of these patients.

Particularités du Syndrome des Anti phospholipides en milieu Rhumatologique

MA. EL Achek, K. Baccouche, A. Farhat, N. El Amri, H. Zeglaoui, E. Bouajina

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome des anti phospholipides (SAPL) est une maladie auto-immune, caractérisée par la survenue de manifestations thromboemboliques et de complications obstétricales. Le spectre clinique s'est étendu aux complications néphrologiques, cardio-vasculaire, neurologiques, gastroentérologiques et aussi ostéo articulaires. Notre travail consiste à détailler les particularités du SAPL en milieu Rhumatologique.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et mono centrique menée sur 20 ans [1998-2017] au service de rhumatologie au CHU Farhat Hached de Sousse colligeant 17 patients suivis pour SAPL.

Résultats :

L'âge moyen de notre population était de 43,23 ans. Le sex-ratio était 0,11. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 28 mois. Le SAPL était associé à un Lupus Erythémateux systémique dans 70,5% des cas, à une polyarthrite rhumatoïde et à un Syndrome de Gougerot Sjögren dans 17,6% chacun, à une ostéomalacie, à une sclérodermie, dans le cadre d'un Rhupus et dans le cadre d'un syndrome de chevauchement dans un seul cas chacun. On avait retrouvé des arthralgies dans 76,5%, des arthrites (70,5%), un rhumatisme de Jaccoud chez 3 malades. Les manifestations cardiovasculaires et obstétricales étaient des fausses couches (FC) (35,3% avec une moyenne de 3 FC/patiente), un cas de mort fœtale in utéro, un cas d'AVC, un cas de TVP, un cas de péricardite et un autre de valvulopathie. Le reste des manifestations systémiques étaient : hématologiques (53%), rénales (29,5%), oculaires (2 cas de rétinopathie dysorique et un cas de NORB), neuromusculaire (1 cas), livido et ulcération (5 malades) et pulmonaire chez 2 patients. A la biologie, un SIB et une anémie étaient retrouvés dans 70,5% des cas chacun (VS moyenne de 75 à h1). Le bilan immunologique avait montré des AAN positifs dans 76,5%, des Ac anti cardiolipine (88,2%), des Ac anti B2GP1 (70,5%) et des Ac anti coagulant circulant (11,7%). A l'imagerie, une ostéonécrose aseptique des têtes fémorales (ONATF) était documentée chez un patient.

Discussion :

L'élément central dans la pathogénie des manifestations osseuses est la thrombose vasculaire. Les vaisseaux de différent calibre (des artères aux capillaires) et de différente nature (veines ou artères) peuvent être affectés au cours du SAPL. La survenue de thromboses de la microcirculation pourrait, comme au cours de la drépanocytose, provoquer des micro-infarctus et des ostéonécroses. À bien des égards, le SAPL est une maladie systémique. Ce caractère apparaît évident y compris dans les manifestations rhumatologiques variées du SAPL, comme dans certaines observations d'ostéonécroses costales multiples ou dans les troubles dysautonomiques régionaux des algodystrophies secondaires à une atteinte des vasa nervosum. Dans cette situation, la présence d'autres signes cardinaux du SAPL, antécédents de thrombose ou de perte fœtale, mais aussi la présence d'un livido reticularis, sont des éléments de poids qui peuvent orienter le diagnostic positif. La survenue d'ostéonécroses au cours du LED, le rôle des aPL et leur pathogénie sont mieux décrits même s'ils restent controversés. Les localisations habituelles des ONA sont la tête fémorale, le genou, l'épaule et la cheville. Les localisations atypiques ou multifocales sont habituellement associées à une maladie systémique sous-jacente. Ce type d'ONA a été rapporté en association avec les corticoïdes, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la consommation d'alcool et le SAPL. Plusieurs observations d'algodystrophie en association avec une thrombose veineuse profonde ont été rapportées. Cependant, le caractère isolé de ces observations ne permet pas d'affirmer un lien entre algodystrophie et aPL.

Conclusion :

Le champ des manifestations cliniques associées au SAPL s'est considérablement étendu et inclut aussi des aspects ostéo articulaires variés. Une meilleure connaissance de ses différentes présentations cliniques pourrait améliorer la prise en charge médicale et chirurgicale des patients.

Bibliographie:

E. Rosenthal et al. /Manifestations osseuses du syndrome des antiphospholipides La Revue de médecine interne 28 (2007) 103-107

Monoarthrite chronique destructrice révélant une sarcoïdose systémique

Khalifa D, El Amri N, Frigui M, Baccouche K, Zeglaoui H, Bouajina E

Service de rhumatologie, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Les manifestations ostéoarticulaires de la sarcoïdose sont révélatrices de la maladie dans 6 à 7% des cas. L'arthrite touche typiquement les membres inférieurs de façon symétrique et elle évolue favorablement spontanément. L'atteinte asymétrique chronique est exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'une sarcoïdose révélée par une monoarthrite chronique de la cheville et faisant découvrir des atteintes d'organes graves.

Observation :

Patiente âgée de 49 ans, qui présentait des extrasystoles supra ventriculaires depuis 1 an sous amiodarone, présentait monoarthrite de la cheville gauche évoluant depuis 8 mois sans signes associés. L'examen avait objectivé une synovite de la cheville gauche avec signes inflammatoires locaux. A la biologie, elle avait une VS accélérée à 54mmh¹, l'hémogramme était normal, une hypercalcémie à 2,84mmol/l et une hypocalciurie, une insuffisance rénale modérée avec leucocyturie aseptique et à l'échographie rénale des reins de néphropathie chronique. Les anticorps anti nucléaires et le facteur rhumatoïde étaient négatifs et les anti CCP faiblement positifs à 7U/ml. L'enzyme de conversion était normale, la vitamine D effondrée à 7 ng/ml avec une élévation de la parathormone à 191 pg/ml et l'échographie cervicale n'avait pas visualisé de nodules. L'IRM de la cheville gauche avait montré une arthrite destructrice du tarse avec un épaississement synovial nodulaire et épanchement intra articulaire sans dépôt d'hémosidérine. L'IDR à la tuberculine était positive à 10mm. Une biopsie synoviale avait montré une inflammation granulomateuse épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse et la PCR du Mycobacterium tuberculosis était négative dans le tissu synovial. Un scanner thoracique avait montré des adénopathies médiastinales sans atteinte du parenchyme pulmonaire en faveur d'une sarcoïdose stade 1. La patiente était traitée par une corticothérapie à 1mg/kg/j avec persistance de l'hypercalcémie d'où l'indication de l'acide Zolédronique avec bonne évolution. Cependant, l'arthrite de la cheville était corticorésistante avec à l'IRM de contrôle, persistance de l'épaississement synovial et les anomalies osseuses du tarse sans aggravation. Une IRM myocardique avait noté la présence d'un hypersignal STIR en faveur d'une infiltration sarcoïdienne avec une diminution de la fraction d'éjection du ventricule gauche à 43%.



Fig.1 IRM de la cheville(coupe sagittale) importante destruction osseuse



Fig.2. IRM de la cheville (coupe sagittale) épaississement synovial et anomalies de signal

Discussion :

La sarcoïdose est une granulomatose systémique qui a un spectre clinique très large. L'arthropathie chronique destructrice est rare dans la sarcoïdose et ne survient que dans 0,2% des cas. Notre patiente présentait une mono arthrite chronique non déformante de la cheville avec synovite granulomateuse résistante aux corticoïdes avec atteinte systémique rénale, pulmonaire et cardiaque. Les traitements immunosuppresseurs essentiellement le méthotrexate sont utiles en cas d'arthropathie chronique.

Conclusion :

L'atteinte typique articulaire au cours de la sarcoïdose est généralement observée au cours du syndrome de Lofgren. L'atteinte articulaire est rarement chronique et encore plus rarement destructrice. Le diagnostic de sarcoïdose peut être orienté par les autres atteintes d'organes. Son traitement se base sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs.

Les manifestations extraglandulaires du syndrome de Gougerot-Sjögren

Guizani N, Guiga A, Khalifa D, Fraj A, Bouker A, Atig A, Ghannouchi N
Service de médecine interne hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Sjögren (SS) est l'une des connectivites les plus fréquentes. Il se présente classiquement comme un syndrome sec essentiellement oculaire et buccal. Des atteintes systémiques sont également possibles. Notre travail a pour but d'étudier les manifestations extra-glandulaires de SS.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des dossiers des patients avec un SS durant une période de 10 ans. Le diagnostic du SS était retenu selon les critères de classification ACR/EULAR 2016.

Femmes	79
Hommes	6
Age moyen au moment du diagnostic	47 ans
SS primaire	34
SS secondaire	50

Tableau 1: les caractéristiques de notre population

Figure 1: les manifestations glandulaires de SS



Résultats :

Les caractéristiques de notre population sont illustrés dans le tableau 1. L'atteinte glandulaire était observée chez 93 % des cas (figure1), et elles étaient inaugurales dans 64 % des cas. Les manifestations extra-glandulaires étaient dominées par l'atteinte articulaire observée dans % des cas (tableau 2). Les manifestations pulmonaires observés dans 28 cas, sont présentées dans la figure 2. Les manifestations neurologiques ont été observées sont un syndrome pyramidal (3 cas), une polynévrite (3cas), une multinévrite sensitivomotrice (1 cas), un syndrome de canal carpien (1 cas), la céphalée (5cas). L'atteinte digestive est observée dans 29 cas qui se manifeste par une dysphagie (3cas), hépato splénomégalie (4cas), une douleur abdominale (18cas). La fibroscopie œso-gastro-duodénale est faite chez 22 patients qui a montré une gastrite congestive dans 10 cas avec la présence d'Helicobacter pylori dans 8 cas.

Figure 2: les manifestations pulmonaires



Atteinte pulmonaire	28 cas
Atteinte articulaire	
Atteinte cutanée	4 cas
Atteinte neurologique	13 cas
Atteinte psychiatrique	3 cas
Atteinte digestive	29 cas
Péricardite	5 cas
Atteinte rénale	8 cas

Tableau 2: Les manifestations extraglandulaires

Conclusion :

Notre série se caractérise par la fréquence du syndrome sec comme circonstance de découverte et la prévalence élevée des manifestations digestives et pulmonaires. C'est une affection multi systémique plus fréquente chez l'adulte jeune de sexe féminin.

Les maladies auto-immunes associées au Syndrome d'Evans

Gulzani Nesrine¹, Dhouha Khalifa¹, Atig Amira¹, Achour Bechir², Ben Fradj Fatma³, Ben Sayed Nesrine², Bouslema Emna², Ben Youssef Yosra², Ghannouchi Neirouz¹, Kechid Chadja², Khelif Abderrahim²

¹ Service de médecine interne Hôpital Farhat Hached

² Service d'hématologie clinique Hôpital Farhat Hached Sousse

³ Service de médecine interne Hôpital Sahloul Sousse

Introduction :

Le syndrome d'Evans (SE) se définit par la présence de deux ou plus cytopénies auto-immune survenant de façon simultanée ou séquentielle variable dans le délai de survenue. Le SE peut être idiopathique ou secondaire à d'autres maladies auto-immunes ou à des néoplasies

Matériels et méthodes:

Etude descriptive, rétrospective et multicentrique. Elle concerne les patients adultes suivis pour SE dans les services de Médecine Interne, d'Hématologie clinique à l'Hôpital Farhat Hached et de Médecine Interne à l'Hôpital Sahloul de sousse, durant la période allant de janvier 2008 jusqu'à janvier 2018 soit une période de 10 ans.

■ IgG positif ■ IgG positif complètement ■ ■

Syndrome anémique	15 cas
Syndrome hémorragique	15 cas

Tableau 1 : Les principales circonstances de découverte

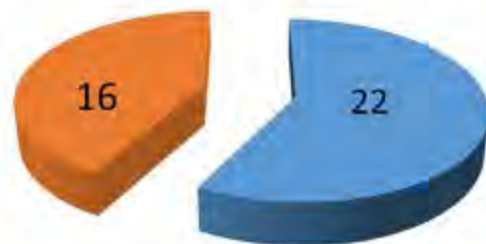


Figure 1 : Résultat de test de coombs direct

Résultats:

- ❖ Trente huit patients inclus.
- ❖ Une nette prédominance féminine (65,7%) était notée.
- ❖ L'âge moyen au moment de diagnostic était de 48 ans.
- ❖ Quatre patients avaient un antécédent familial de maladie auto-immune.
- ❖ Les principales circonstances de découverte étaient le syndrome anémique et le syndrome hémorragique (tableau 1)
- ❖ Le taux moyen de l'hémoglobine au moment du diagnostic était de 6,5g/dl.
- ❖ Le SE était idiopathique chez 20 patients (52.6%).
- ❖ Une pathologie associée au SE était retrouvée chez 18 patients: . Il s'agissait d'une maladie auto-immune chez 10 patients

Lupus érythémateux systémique	4 cas
Syndrome de gougeros-Sjogren	2cas
Polyarthrite rhumatoïde	1cas
vitiligo	1 cas

Tableau 2: les maladies autoimmunes associées au SE

Conclusion

Le SE est une maladie qui peut être associées à une morbidité et une mortalité significatives d'autant plus s'il est associé à d'autres maladies auto-immunes.

Les maladies auto-immunes associées au syndrome de Sjögren

N. Guizani, A. Guiga, D.Khalifa, A.Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Sjögren (SS) est une maladie auto-immune touchant les glandes exocrines, qui est fréquemment associée à d'autres maladies auto-immunes (MAI) spécifiques ou non d'organe. Notre objectif est de déterminer la fréquence des MAI chez les patients atteints de SS.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective ayant colligé 84 malades suivis pour SS durant une période de 10 ans. Tous les patients présentaient au moins 4 critères de l'AECG.

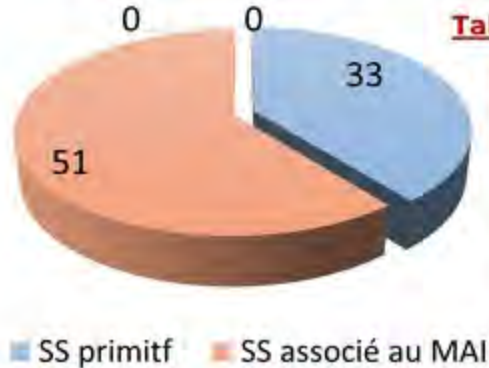


Tableau 1: début de SS par rapport au MAI

Début concomitant	28 cas (54%)
SS avant la MAI	15 cas (29%)
SS après la MAI	8 cas (15%)

Figure 1: Fréquence de SS primitif

Tableau 2: les syndrome auto-immun multiples

Patient 1	SS	Sclérodémie	Polyarthrite rhumatoïde
Patient 2	SS	sclérodémie	Thyroïdite auto-immune

Résultats :

33 malades avaient un SS primitif durant leur suivi (Figure 1).

51 malades présentaient une MAI associée au SS (60%) avec un début concomitant était observé dans 28 cas (tableau 1).

Les MAI associées au SS sont illustrées dans la figure 2.

Au moins 2 MAI associées aux SS était noté chez 5 patients.

Un syndrome auto-immun multiple a été diagnostiqué chez 2 patients (tableau 2).

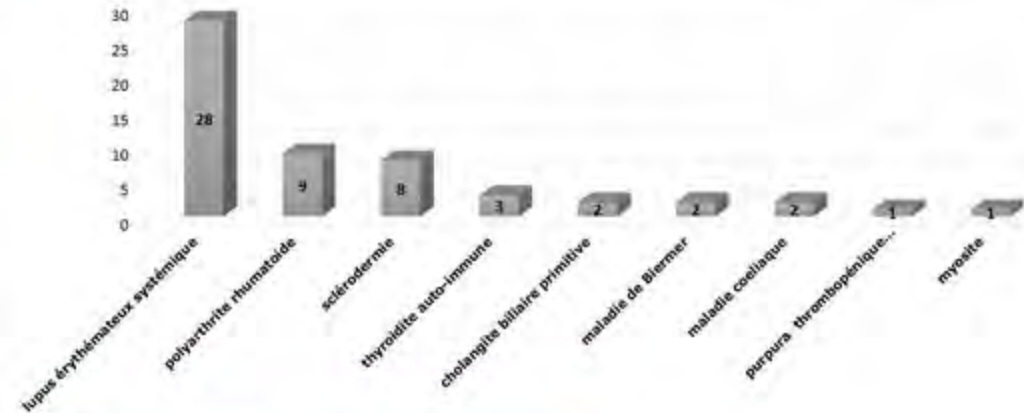


Figure 2: les MAI associées au SS

Discussion :

Dans notre série, l'association de SS et les MAI semble être fréquente puisqu'elle a été retrouvée chez 60% des patients de notre série.

Dans le cadre du bilan d'une MAI spécifique ou non spécifique d'organe, un syndrome sec doit être recherché systématiquement afin d'éviter tout retard diagnostique et thérapeutique.

Quand une pathologie en cache une autre : À propos d'un cas

Guizani N, Guiga A, Khalifa D, Fraj A, Bouker A, Atig A, Ghannouchi N

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjogren (SGS) est une affection inflammatoire chronique caractérisée par une sécheresse oculaire et buccale définissant le syndrome sec. Le syndrome sec peut être associé à d'autres maladies inflammatoires et auto-immunes. Le diagnostic de SGS ne peut être retenu qu'après avoir éliminé les autres affections susceptibles d'être accompagnées d'un syndrome sec. Sur le plan histopathologique, le syndrome de Sjogren se caractérise par une infiltration lymphoplasmocytaire des glandes salivaires

Tableau 1: Les résultats des examens biologiques

Les hémocultures	négatives
Sérologies virales VHB, VHC, VIH	négatives
La protéine C réactive	97 mg/l
La vitesse de sédimentation	120 mm H1
Une anémie normochrome normocytaire inflammatoire	9,7 g/dl
Une hypergammaglobulinémie	24 g/l

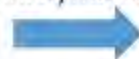
Observation :

- Un patient âgé de 31 ans, sans antécédents, consultait pour une fièvre prolongée évoluant depuis 2 mois et un syndrome sec oculaire et buccale.
- L'examen ne révélait qu'une adénopathie axillaire droite
- Un examen ophtalmologique avait montré un syndrome sec oculaire sévère.
- Les examens biologiques ont montré ces anomalies (Tableau 1)
 - ❖ La biopsie des glandes salivaires accessoires avait montré une infiltration lymphoplasmocytaire stade 3 de Chisholm.
 - ❖ Un bilan immunologique comportant les anticorps anti nucléaires,



Le syndrome de Gougerot Sjogren était suspecté.

- ❖ Le scanner thoraco-abdomino-pelvien : Des images non spécifiques rénales, et hépatique.
- ❖ La biopsie rénale : un foyer fibreux et inflammatoire chronique non spécifique du parenchyme rénal fait de lymphocytes et plasmocytes.



Le complément par l'immunohistochimie avait montré la présence des plasmocytes IgG4 positifs.

- ❖ Le dosage de taux d'IgG4 sérique était très élevé à 2,920 g/l.



Selon les critères diagnostiques de la maladie associée aux IgG4 proposé en 2011, on a retenu ce diagnostic.

Le patient était mis sous corticoïdes à la dose de 0,6 mg/kg/j avec une bonne évolution clinique et biologique.

Conclusion :

Le syndrome sec est la manifestation initiale la plus fréquente du SGS. Il faut savoir chercher les autres causes du syndrome sec avant de retenir le diagnostic de SGS d'autant plus s'il y a des manifestations systémiques inaugurales inhabituelles associées.

Manifestations hématologiques du lupus érythémateux systémique : Approche thérapeutique

Daldoul C, Sahli H, Abbes M, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Ajlani H, Cheour E, Elleuch M.

Service de rhumatologie La Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune pouvant toucher plusieurs organes. L'atteinte hématologique représente l'une des manifestations les plus fréquentes de la maladie. Le but de notre étude était de déterminer la fréquence des atteintes hématologiques au cours du LES, d'étudier leur relation avec l'atteinte d'autres organes et de décrire leur prise en charge.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étalant de 2000 à 2019 colligeant les patients suivis pour LES dont les dossiers étaient exploitables afin de recueillir les données cliniques, les types d'atteintes hématologiques et le traitement instauré.

Résultats :

Notre population comportait 4 hommes et 28 femmes avec un âge moyen de 48.43 ans [22-75].

L'âge moyen au diagnostic était de 36.38 ans [12-65].

Le mode de révélation de la maladie était des arthralgies inflammatoires dans 29 cas (90.6%).

Une pleurésie a été notée dans 8 cas (25%) et une péricardite dans 5 cas (15.6%).

Des manifestations neurologiques liées à la maladie ont été retrouvées chez 10 patients (31.2%).

Une atteinte rénale stade 3 a été observée dans 3 cas (9.4%).

Le taux moyen d'hémoglobine était de 10.4g/dl [4.9-14.5].

Taux des leucocytes moyen était de 5581 elt/mm³ [1920-14800].

Taux des plaquettes moyen était de 270375 elt/mm³ [81000-564000].

Le taux moyen des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes étaient respectivement de 3804 elt/mm³ [1380-9870] et de 1282elt/mm³ [180-3980].

Une anémie a été retrouvée dans 27 cas (84.3%).

Un traitement spécifique n'a été instauré que chez 12 patientes (44.4%)

Aucune association significativement positive n'a été retrouvée entre l'anémie hémolytique auto-immune et le taux d'anticorps anti-nucléaires, les anticorps anticardiolipines, la présence d'atteinte rénale ou de séríte.



Les patients ayant une lymphopénie étaient significativement plus âgés que ceux n'ayant pas une lymphopénie (43.8 vs 56.4 ans, $p=0.01$).

Le taux moyen des lymphocytes était significativement plus bas chez les patients ayant une atteinte rénale (816 vs 1330 elt/mm³). Le taux moyen de polynucléaires neutrophiles a été significativement plus élevé chez les patients ayant une pleurésie (5435 vs 3260 elts/mm³, $p=0.009$).

Une thrombopénie a été retrouvée dans 4 cas (12.5%) dont un seul cas a été traité par corticothérapie à forte dose et une thrombocytose dans 2 cas (6.3%).

Conclusion :

Les atteintes hématologiques sont fréquentes au cours du LES. Elles sont dominées dans notre série par l'anémie et la lymphopénie. Le traitement ne semble être bien codifié que pour l'atteinte de la lignée rouge.

L'ATTEINTE NEUROPSYCHIATRIQUE DANS LE LUPUS

Abbes M, Sahli H, Daldoul C, Boussaid S, Jammali S, Rekik S, Ajlani H, Cheour E, Elleuch M. Service de rhumatologie, La Rabta.

Introduction :

L'atteinte neuropsychiatrique reste une complication redoutable du lupus érythémateux systémique (LES) du fait de sa complexité et de son retentissement pronostique. Elle regroupe des manifestations variées et hétérogènes. Le but de notre travail était de déterminer la fréquence du neurolupus, de préciser le type de l'atteinte ainsi que le profil immunologique ainsi que les manifestations associées.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 32 dossiers de LES diagnostiqués selon les critères ACR1987/SLICC2010.

L'atteinte neuropsychiatrique a été définie selon la nomenclature de l'ACR1999. Elle a été recherchée initialement par l'interrogatoire et l'examen physique et secondairement par les examens complémentaires réalisés selon le tableau clinique (IRM cérébrale, électroencéphalogramme, électromyogramme et ponction lombaire).

Résultats

Données épidémiologiques

• Sexe ratio F/H:5/1. Age moyen au moment du diagnostic:36±15 ans.

Mode de révélation

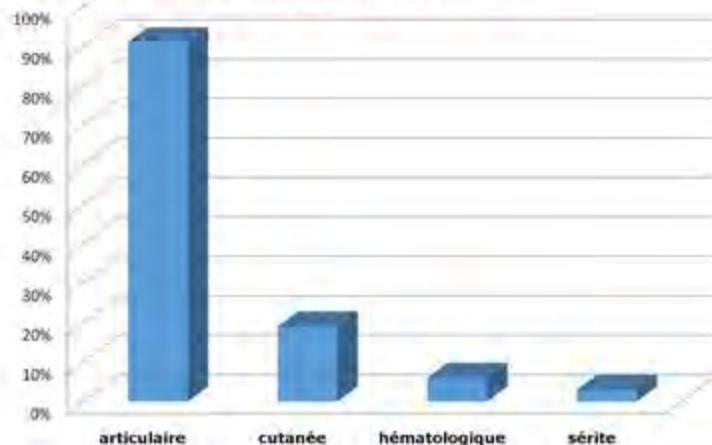
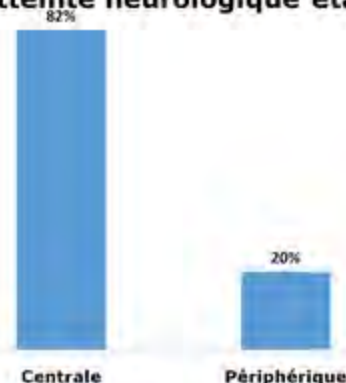


Figure1:mode de révélation du LES

Sur le plan immunologique:

• les AAN étaient positifs dans 100% des cas, les anti DNA dans 87% des cas. Les anticorps anti phospholipides étaient présents dans 19% des cas

Une atteinte neurologique était retrouvée chez 31% des patients.



•Figure 2:Le type de l'atteinte neurologique

Les anomalies révélées à l'IRM:

- Hypersignaux de la substance blanche(n=2).
- Demyélinisation sus-tentorielle (n=1).
- Rehaussement des espaces méningés(n=1).
- Thrombophlébite cérébrale(n=1).

Sur le plan thérapeutique:

Une corticothérapie systémique était instaurée chez 50% des patients, associée à un immunosuppresseur dans 12.5% des cas. L'évolution était marquée par la stabilisation de l'atteinte dans 3 cas, une récurrence dans 3 cas et une amélioration dans le reste des cas.

Conclusion

Le diagnostic de neurolupus nécessite un faisceau d'arguments chronologiques, cliniques et paracliniques afin de confirmer l'imputabilité des signes à la maladie lupique. Il s'agit d'une atteinte de pronostic péjoratif d'autant plus qu'elle survient sur un terrain jeune et immunodéprimé. Des séries à effectifs plus large sont nécessaires afin de mieux caractériser cette atteinte.

Figure3:le type de l'atteinte neuropsychiatrique

*PNP:polyneuropathie périphérique



Les comorbidités dans le lupus érythémateux systémique

Abbes.M, Sahli.H, Daldoul C, Boussaied.S, Jammeli.S, Rekik.S, Ajlani H, Cheour E, Elleuch M. Service de Rhumatologie Hôpital la RABTA

Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie dysimmunitaire qui touche préférentiellement le sujet jeune. Son association à d'autres comorbidités est fréquente et pourrait compliquer la prise en charge de la maladie ainsi que son pronostic.

Le but de notre travail était de déterminer la fréquence et les caractéristiques des comorbidités chez les malades lupiques et leur association aux autres maladies autoimmunes ainsi qu'au profil immunologique de la maladie.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant colligé 32 cas de LES diagnostiqués selon les critères ACR 1987/SLICC2010. Les comorbidités, à type de diabète type 2 (DT2), HTA, insuffisance rénale chronique, dyslipidémie, insuffisance coronaire, accident vasculaire cérébral, néoplasies, ostéoporose et infections, ont été recherchées initialement par l'interrogatoire et l'examen clinique et secondairement par les examens complémentaires.

Résultats

Données épidémiologiques

- L'âge moyen: 48±14,6 ans.
- Le sex ratio F/H :5/1.
- L'âge moyen au moment du diagnostic: 36±15ans.

Mode de révélation

Articulaire dans la plupart des cas.

Sur le plan biologique

- Hypocomplémentémie dans 41% des cas.
- Anticorps anti phospholipides positifs dans 19% des cas.

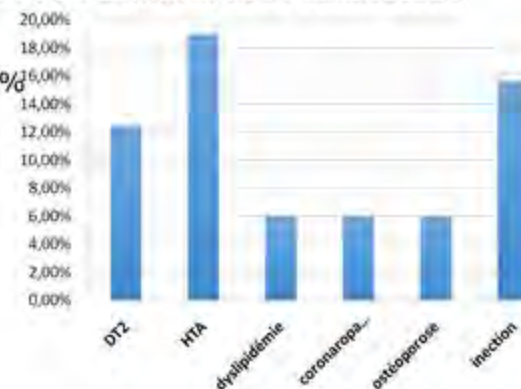


Figure 1: le mode de révélation du LES

Les comorbidités

•La fréquence des comorbidités était estimée à 34% majoritairement cardiovasculaires (64%).

Figure 2: les comorbidités constatées



- Les infections constatées: une hépatite B active (n=1), une pancréatite aiguë (n=2), un kyste hydatique du foie (n=1), une tuberculose (n=2) et une rickettsiose (n=1).
- Aucun cas de néoplasie associée n'a été rapporté dans notre série.
- Chez les patients ayant une affection autoimmune associée, la fréquence des comorbidités était significativement plus importante (p=0.000).**
- L'association des comorbidités à l'hypocomplémentémie et aux anticorps anti phospholipides n'a pas été significative (p=0.14).**
- Le profil immunologique de la maladie ne semble pas avoir influencé le développement des comorbidités.

Sur le plan thérapeutique:

- La fréquence des comorbidités chez les patients sous corticoïdes (56% sous corticoïdes) était comparable aux témoins.
- L'évolution était émaillée de plusieurs complications, notamment syndrome coronarien aigu (n=2) et accidents thromboemboliques (n=2).

Conclusion

Les comorbidités associées au LES méritent d'être laborieusement recherchées car elles modifient le profil évolutif de la maladie et influencent le pronostic vital. L'étude de cohortes plus larges avec un suivi longitudinal sont nécessaires afin de mieux évaluer leur impact.

Corrélations cliniques et immunologiques des anticorps anti SAA et anti SSB au cours du syndrome de Gougerot Sjögren

Guizani N, Guiga A, Khalifa D, Fraj A, Bouker A, Atig A, Ghannouchi N
Service de médecine interne, Hopital Farhat Hached, Sousse

Introduction :

Le syndrome de Gougerot Sjogren (SS), est une connectivite caractérisée sur le plan immunologique par la présence des anticorps anti SSA et SSB.
L'objectif de notre travail était d'étudier les corrélations clinico-immunologique du SS.

Matériels et méthodes :

Etude rétrospective de 84 cas de SS colligés sur une période de 10 ans (2009-2018) dans un service de médecine interne.
Le diagnostic de SS été retenu conformément aux critères de l'AECG.
Les anticorps anti-SSA et SSB étaient recherchés par la technique ELISA. La valeur de $p < 0,05$ était considérée significative.

Figure 1: répartition de sexe

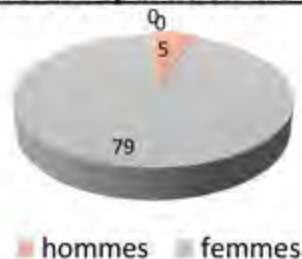
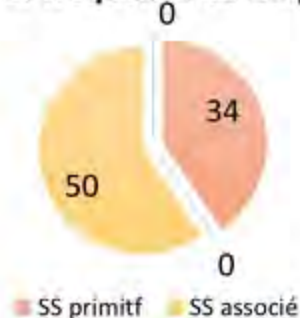


Figure 2: fréquence de SS primitif



Résultats :

Quatre vingt quatre patients étaient inclus. Il s'agit de 79 femmes et 5 hommes âgés en moyenne au moment de diagnostic de 47 ± 18 ans avec un suivi moyen de 4 ± 2 ans. Le SS était primitif dans 34 cas (Figure 2).

Quarante sept patients (56%) avaient des anticorps anti SSA et/ou SSB positifs. Ces derniers avaient une, l'hypergammaglobulinémie et le taux d'hémoglobine et la présence ou pas d'auto anticorrélation significative avec les manifestations cliniques suivantes (tableau 1). Par ailleurs, ils n'étaient pas corrélés avec les manifestations glandulaires, ni l'atteinte pulmonaire ni l'atteinte rhumatologique.

Sur le plan biologique, il n'y avait pas de corrélation statistiquement significative entre le taux de la vitesse de sédimentation et les anticorps.

Syndrome de Raynaud	P=0,04
Atteinte neurologique	P=0,049

Tableau 1: Corrélations cliniques des anticorps anti SAA et anti SSB

Conclusion :

La présence d'anticorps anti-SSA et anti SSB a une valeur diagnostique au cours du SS, mais ne paraît pas corrélée avec un profil clinique particulier.

vascularite de l'artère vertébrale révélant une maladie d'Horton: à propos d'un cas

S.jriri , S.ben jema , M.ezzedine , M.ben majdouba , A.feki , Z.gassara , R.Grassa , R.akrout , MH.kallel , H.fourati , S.baklouti
CHU Hedi chaker sfax

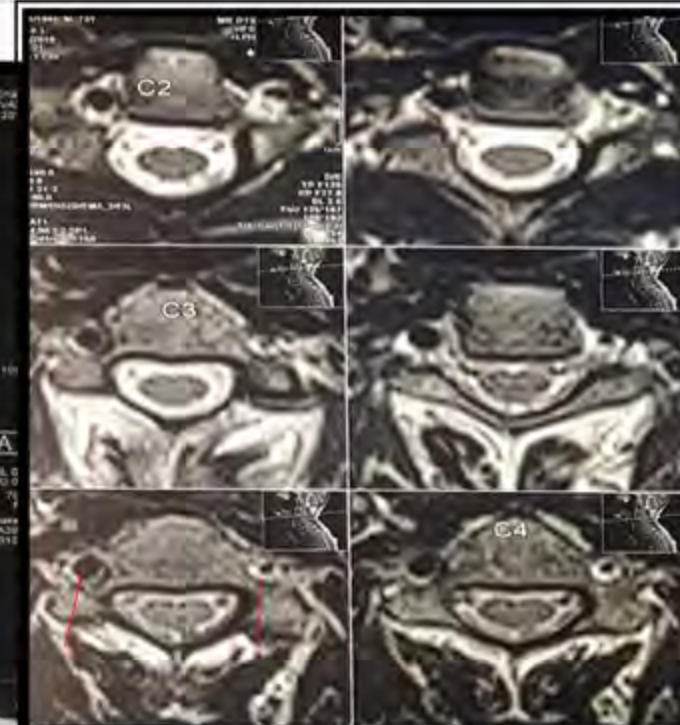
Introduction :

La maladie d'Horton est une artérite segmentaire et multifocale qui concerne les artères de moyen et de grand calibres qui survient classiquement chez des patients âgés de plus de 50 ans pouvant avoir par ailleurs des lésions athéromateuses. Il est alors parfois difficile de distinguer une lésion inflammatoire d'une atteinte athéromateuse surtout devant une présentation clinique non classique.

Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 72 ans, aux antécédents de cécité par décollement rétinien depuis le jeune âge qui a consulté pour des rachialgies d'horaire mixte avec raideur de la ceinture scapulaire évoluant depuis 2 mois dans un contexte subfébrile avec une note d'asthénie. Il n'y avait pas de céphalées ni baisse de l'acuité visuelle et Les pouls temporaux et périphériques étaient bien perçus. A l'examen une raideur rachidienne à l'étage cervical et lombaire était notée avec des réflexes ostéotendineux vifs aux membres inférieurs et un signe de Hoffman négatif. Une douleur à la mobilisation des deux épaules était également notée. Le bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique important (VS=105, CRP=50) et un bilan phosphocalcique correct .Le bilan radiologique standard n'a montré qu'une discopathie dégénérative prédominante au rachis lombaire. Devant ce tableau un complément d'exploration par une IRM rachidienne a été fait montrant un canal lombaire étroit décompensé aux étages L2 L3 et L3 L4 par une discopathie dégénérative protrusive et une hernie discale médiane et postéro latérale gauche à l'étage L4 L5 ; à l'étage cervical une asymétrie des calibres des artères vertébrales était notée confirmée à l'angioscanner cérébral par une sténose à l'origine de l'artère vertébrale gauche pouvant cadrer avec une vascularite associée à une discrète infiltration athéromateuse des artères carotides. Une échographie des épaules était faite montrant une bursite sous acromio deltoïdienne bilatérale alors la maladie de Horton était évoqué en premier lieu et on a complété par une biopsie de l'artère temporale (BAT) qui n'a pas mis en évidence de signe de vascularite giganto cellulaire. Le malade était alors mis sous une forte dose de corticoïdes (1mg/kg/j) associée à une anti agrégation plaquettaire préventive et une statine. L'évolution était marquée par une amélioration spectaculaire sur le plan clinique et biologique au bout de quelques jours.

Angioscanner cérébral: sténose à l'origine de l'artère vertébrale gauche



IRM T2 : Coupe axiale du rachis cervical: asymétrie des calibres des artères vertébrales

Conclusion : Lorsque la maladie d'Horton ne se présente pas de manière classique le diagnostic sera plus difficile à évoquer ; cette forme clinique nécessite l'institution d'une corticothérapie en urgence afin d'éviter une évolution néfaste notamment neurologiques en cas d'atteinte des artères cérébrales.

Atteinte articulaire au cours du syndrome de Gougerot-Sjogren primitif

Ben Majdouba M, Ben Djmaa S, Jeriri S, Gassara Z, Akrouf R, Ezzedine M, Kallel MH, Fourati H, Baklouti S

Service de Rhumatologie CHU Hedi Chaker Sfax

Introduction :

Le syndrome de Gougerot-Sjögren (SGS) est une exocrinopathie auto-immune fréquente responsable d'un syndrome sec oculaire et buccal en plus des manifestations systémiques. Il peut être primitif ou secondaire à une autre affection auto-immune. L'atteinte articulaire représente l'atteinte extra-glandulaire la plus fréquente. L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques de l'atteinte articulaire au cours du SGS primitif.

Patients et méthode:

Il s'agit d'une étude rétrospective de 31 cas de SGS primitif colligés dans le service de rhumatologie CHU de Hédi Chaker de Sfax sur une période de 20 ans. Le diagnostic du SGS était retenu selon les critères American European Consensus group (AECG) ou les critères ACR 2012.

Résultats:

Femmes	Hommes	Age moyen
30	1	56,25

Polyarthralgies inflammatoires: manifestation extra-glandulaire la plus fréquente retrouvées dans 93,5% des cas.

Siège

Chevilles	Genoux	Poignets	Coudes	MCP et IPP
20	18	15	8	13

Caractère

Symétrique	Asymétrique
19	10

Autres caractéristiques

Présence d'arthrite	Présence de réveils nocturnes	Présence de dérouillage matinal	Durée moyenne de dérouillage matinal
4	17	19	30 minutes

Biologie

Syndrome inflammatoire biologique	Facteur rhumatoïde positif
32,25%	45%

Deux cas de ponction d'un épanchement au niveau du genou étaient notés et l'examen cyto bactériologique a conclu à un liquide de nature inflammatoire dans les deux cas.

Traitement

Faibles doses de corticoïdes	AINS	Antipaludéens de synthèse	Méthotrexate	Infiltration locale de corticoïdes
100%	58%	22,5%	2 cas	2 cas (genou)

Discussion:

L'atteinte articulaire est la plus fréquente des manifestations extra-glandulaires au cours du SGS. Les polyarthralgies touchent surtout les grosses articulations des membres inférieurs, souvent symétrique. La polyarthrite est moins fréquente, elle est non érosive et moins symétrique que dans la PR, prédomine aux genoux et mains. Souvent il n'y a pas de syndrome inflammatoire sauf en cas de vascularite ou de polyarthrite.

Conclusion:

Le SGS primitif est une maladie fréquente en rhumatologie, l'atteinte articulaire est parmi les manifestations les plus fréquentes et peut dans de nombreux cas révéler la maladie. Ainsi, devant toute arthralgie inflammatoire, il faut évoquer le SGS et rechercher systématiquement le syndrome sec.

Perception de la maladie et vécu émotionnel du Syndrome de Sjögren

Guizani N, Guiga A, Khalifa D, Fraj A, Bouker A, Atig A, Ghannouchi N

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le Syndrome de Sjögren (SS) est une pathologie auto-immune qui se manifeste par un syndrome sec et d'autres manifestations systémiques, source d'un grand handicap. Le but de ce travail était d'évaluer la perception du patient de sa maladie.

Matériels et méthodes:

Etude transversale colligeant les patients suivis pour un SS dans le service de médecine interne Farhat Hached sur dix ans. Le diagnostic de SS été retenu conformément aux critères de l'AECG. La perception de la maladie était évaluée en utilisant le Bref Questionnaire de Perception de la maladie (BQM) qui comportait 9 questions. La valeur de $p < 0,05$ était considérée significative.

Tableau 1 : Les signes cliniques

Le syndrome sec	88 %
Les manifestations extraglandulaires	72 %

Tableau 2 : fréquence de SS primitif/secondaire

SS primitif	6 cas
SS secondaire	19 cas

❖ L'activité de la maladie attestée par le score ESSDAI était $10,6 \pm 7$ [0 et 27].

Résultats :

- ❖ Il s'agit de 24 femmes et 1 homme âgés en moyenne au moment de diagnostic de 51 ans.
- ❖ Les manifestations sont glandulaires et extra glandulaires (tableau 1)
- ❖ Les manifestations extra glandulaires les plus fréquentes étaient l'atteinte articulaire et pulmonaire retrouvées dans 70% et 33% des cas respectivement.
- ❖ Une cotation III ou IV de chisholm était retrouvée dans 54 (64%) cas et le bilan immunologique était positif dans 47 cas (54%).
- ❖ L'analyse de questionnaire sus décrit a montré les résultats suivants (tableau 2)

Tableau 2 : Résultat de questionnaire BQM

1. Les conséquences de la maladie	$4,8 \pm 2,4$
2. La chronologie de la maladie	$7,7 \pm 2,6$
3. Le contrôle personnel de la maladie	$6,3 \pm 2,7$
4. Le contrôle thérapeutique de la maladie	$6 \pm 3,6$
5. L'identité de la maladie	$5,4 \pm 2,8$
6. La préoccupation de la maladie	$4,9 \pm 2,9$
7. La perception de comprendre la maladie	$6 \pm 2,8$
8. Les représentations émotionnelles	$5 \pm 3,7$
9. Les principales causes perçus de la maladie	L'inflammation, le stress et l'hérédité

Conclusion

L'originalité de cette recherche réside dans l'évaluation des perceptions de du SS par les patients. Les résultats suggèrent que La perception de la maladie est moyennement bonne. Les croyances cognitives que la maladie est chronique, a des conséquences graves, et hors du contrôle personnel sont variables d'un patient à un autre.

Titre: Lymphomes révélés par des manifestations ostéo-articulaires

Auteurs: S.Ousehal, K.Nassar, S.Janani, W.Rachidi. O. Mkinsi

CHU Ibn ROCHD CASABLANCA MAROC

Introduction :

Les manifestations ostéo-articulaires au cours du lymphome peu fréquentes, non spécifiques, et rarement révélatrices.

Le but de notre étude est d'analyser les différentes présentations cliniques ostéoarticulaires révélatrices de lymphome.

Matériels et méthodes :

- Nous décrivons 5 cas de lymphome colligé au service de rhumatologie du Chu Ibn Rochd de Casablanca entre 2014 et 2018, dont le diagnostic a été posé à l'occasion d'une symptomatologie ostéo-articulaire.
- On a exclu les patients déjà diagnostiqués ayant un lymphome, ayant présenté des complications ostéoarticulaires d'ordre infectieuse ou métabolique.

Résultats :

- Il s'agit de 5 hommes d'âge moyen de 23 ans (extrêmes 16- 35 ans).
- Signes cliniques: des polyarthralgies chez 2 patients, une monoarthrite chez un patient, et des lombalgies inflammatoires chez un patient.
- Un syndrome tumoral était noté chez 2 patients, et la présence de signes généraux chez tous les patients. Le syndrome inflammatoire était présent chez tous les patients et une atteinte hématologique chez 3 patients.
- La radiographie a montré une fracture vertébrale lombaire chez un patient, et des lésions ostéolytiques chez un patient.
- Une biopsie ganglionnaire a confirmé le diagnostic de lymphome chez 3 patients, une biopsie osseuse chez un patient.
- La biopsie synoviale a été réalisée chez un patient objectivant une prolifération lymphoïde identique à celle au niveau du ganglion. Tous les patients ont été mis sous chimiothérapie.

Discussion :

- Les manifestations ostéo-articulaires au cours des lymphomes est dominées par les localisations osseuses lymphomateuses, qui restent rares.
- On note dans notre série une nette prédominance masculine rejoignant ainsi les données de la littérature.
- Les localisations osseuses lymphomateuses sont rares et sont rencontrées dans trois circonstances : lorsque le lymphome osseux est primitif, lorsque l'atteinte osseuse est révélatrice d'un lymphome diffus ou lorsque l'atteinte osseuse émaille l'évolution d'un lymphome diffus connu par ailleurs.
- Quant aux localisations articulaires, elles sont dominées par les causes infectieuses et métaboliques, elles doivent être éliminées en premier lieu, et elles sont exceptionnellement révélatrice, chez notre patient ayant eu une monoarthrite révélatrice, il s'agissait d'une localisation synoviale lymphomateuse.

Conclusion :

Le pronostic des lymphomes s'est considérablement amélioré ces dernières années, d'où l'intérêt de connaître les manifestations ostéoarticulaires pour un diagnostic précoce et une thérapie adaptée.

Profil épidémiologique des gammopathies en rhumatologie

BADI M, NASSAR K, RACHIDI W, JANANI S, MKINSI O

Service de rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, MAROC

Introduction :

- Les gammopathies se sont des anomalies de migration des protéines sériques dans la zone gamma.
- Les étiologies peuvent être bénignes, malignes ou médicamenteuse.
- **Le but de ce travail** est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, Cliniques et paracliniques des gammopathies diagnostiquées dans notre formation ainsi que leur prise en charge.

Matériel et méthodes :

- Etude transversale descriptive incluant 19 patients, suivis au service de rhumatologie au CHU de Casablanca, entre aout 2013 et aout 2018, ayant une gammopathie.
- toutes les gammopathies d'origine inflammatoire ont été exclus de l'étude.

Résultats :

- Les 19 patients retenus avaient un âge médian de 66 ans et un sex-ratio à 1.4.
- **45%** des cas suivi dans notre structure pour un **rhumatisme inflammatoire chronique (RIC)** dont le chef de file était la polyarthrite rhumatoïde. (Fig. 1)
- Les circonstances de découverte étaient surtout des **douleurs osseuses (47%)**, **des signes généraux (42%)**, un syndrome inflammatoire (21%), une arthrite septique (16%) et une hypercalcémie (11%). (Fig. 2)
- Un **pic monoclonal (47%)** et une **hypogammaglobulinémie (42%)**. (Fig. 3)
- 12 cas ont été complété par immunoélectrophorèse, on notait une prédominance des **Immunoglobulines type G (50%)** et des **chaînes légères lambda (32%)**. (Fig. 4)
- Les étiologies étaient retrouvées chez 68% des patients. (Fig. 5)

Conclusion :

Les gammopathies sont souvent retrouvées au cours du bilan demandé en rhumatologie et ce d'autant que le patient est plus âgé. La probabilité que le diagnostic de gammopathie monoclonale de signification indéterminée ou MGUS soit retenu est bien supérieure à celle d'un myélome et la connaissance des critères justifiant un bilan initial approfondi est indispensable.



Fig. 1



Fig. 2

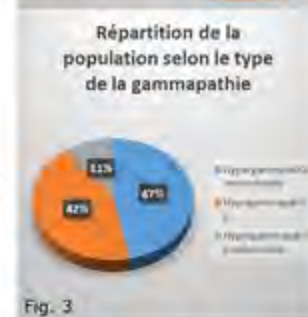


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Profil clinique et thérapeutique de l'aponévrosite plantaire

Gafsi L¹, Testouri N²

¹Service de rhumatologie, polyclinique de la CNSS El Omrane, ²Consultation de rhumatologie, Hôpital Habib Thamer

Introduction :

- L'aponévrosite plantaire correspond à l'inflammation de l'aponévrose plantaire qui prend son insertion au niveau du calcaneum. Elle peut entraîner des douleurs talonnières invalidantes.
- Le but de ce travail était de déterminer son profil clinique et thérapeutique en pratique quotidienne.

Patients et méthodes:

- Etude rétrospective menée sur une période de 4 mois [Septembre-Décembre 2018] au service de rhumatologie de la polyclinique de la CNSS El Omrane et colligeant les dossiers de patients atteints d'aponévrosite plantaire.
- Les différentes données cliniques et paracliniques ainsi que les modalités thérapeutiques ont été relevées.

Résultats:

Trente deux patients dont les caractéristiques sont résumés dans le tableau n°1 ont été colligés. Le motif de consultation était des talalgies dans tous les cas.

Les talalgies étaient unilatérale dans 56% des cas et bilatérale dans 44% des cas.

Les anomalies constatées à l'examen podoscopique:

- Hyper-appui talonnier (32 patients)
- Troubles de la statique du pied dans 34,3% des cas
- Pied plat dans 25% des cas
- Pied creux dans 9,3%.

• Les radiographies standard étaient pratiquées dans tous les cas.

• Elles avaient montré l'aspect d'épine calcanéenne inférieure dans 93,7% des cas et elles étaient sans anomalies dans le reste des cas.

• Un aspect associé d'enthésopathie du tendon achilléen était retrouvé dans 31,2% des cas (Figure 1).

• L'échographie du pied était pratiquée dans 2 cas et avait objectivé l'aspect d'aponévrosite plantaire.

Tableau 1: Caractéristiques des patients

Nombre de patients	32
Femmes/ Hommes	25/7
Age moyen	51.8ans [31-70]
Durée d'évolution	6.4 mois[1-36]
BMI	33.2kg/m ² [27.9-38.4]

Sur le plan thérapeutiques

- Des semelles orthopédiques adaptées avec décharge calcanéenne étaient prescrites pour tous les patients.
- Tous les patients ont reçu un traitement anti-inflammatoire en première intention. L'évolution était favorable chez 53% des cas.
- Une infiltration locale de corticoïdes était indiquée en deuxième intention chez 47% des cas. L'évolution n'était favorable que pour 28% des cas après les infiltrations.
- Le recours aux ondes de choc était indiqué chez 19% des patients.
- L'évolution était bonne après une cure de 6 séances dans la majorité des cas, un seul patient avait nécessité une deuxième cure d'ondes de choc.

Conclusion:

L'aponévrosite plantaire est une pathologie fréquente en rhumatologie. Sa prise en charge associe plusieurs moyens thérapeutiques.

OSTEONECROSES ASEPTIQUES : A PROPOS DE 20 CAS

ZAHER.S, NASSAR.K, JANANI.J, RACHIDI.W, MKINSI.O

Service de Rhumatologie - CHU Ibn Rochd, Casablanca - MAROC

Introduction :

L'ostéonécrose aseptique (ONA) est définie par la mort cellulaire des différents composants de l'os. Sa localisation est dominée par l'atteinte de la tête fémorale mais elle peut être multifocale. Son origine est multifactorielle. Son pronostic fonctionnel est variable.

L'objectif du travail : Rapporter les profils épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs des cas d'ostéonécroses aseptiques rencontrées au sein du service de rhumatologie au CHU IBN ROCHD.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée entre mars 2005 et mars 2018 au sein du service de rhumatologie au CHU IBN ROCHD de CASABLANCA.

Les critères d'inclusion étaient les patients présentant une ONA retenue sur les éléments cliniques et radiologiques.

Résultats :

- Ils ont été colligés 20 observations d'ONA. Il s'agissait de 16 femmes et quatre hommes, d'âge moyen de 44,8 ans.
- Les circonstances de découverte: la douleur articulaire et l'impotence fonctionnelle.
- La localisation de l'ONA était la tête fémorale dans un cas sur deux, puis par ordre décroissant : le genou, l'astragale et les berges sacrées des sacroiliaques.
- L'atteinte multifocale dans un cas sur 4.
- Le diagnostic par imagerie reposait sur la radiographie standard dans tous les cas, la tomodensitométrie dans trois cas (15 %), l'imagerie par résonance magnétique dans neuf cas (45 %), la scintigraphie ayant été réalisée chez deux patients (10%).
- La répartition selon la classification d'Arlet et Ficat:
 - Stade I: 15% des cas.
 - Stade II: 25% des cas.
 - Stade III: 10% des cas.
 - Stade IV: 50% des cas.
- Les étiologies: La corticothérapie chez dix patients (50 %), le lupus; le syndrome des antiphospholipides; la maladie de Gaucher: six patients (30 %), la maladie des caissons chez un patient (5 %), et l'ONA était primitive dans trois cas (15%).

Le traitement:

- La décharge et les bisphosphonates: huit cas (40%).
 - Forage de l'astragale: un cas (5%).
 - Prothèse: six cas (30%).
- Cinq malades ont été perdus de vue.



Figure 1 : Radiographie de l'épaule gauche : ONA de la tête humérale stade IV selon la classification d'Arlet et Ficat.

Discussion:

La prévalence de l'ostéonécrose dans la population générale est mal connue : elle a été estimée à 1 pour 1 000 pour la hanche dans une étude suisse. Le volume de l'ONA est un facteur péjoratif. Les nécroses multifocales sont fréquentes dans certaines étiologies, la prise de corticoïdes en étant la principale. Les signes cliniques sont inconstants, aspécifiques et varient en fonction du stade de la nécrose. L'IRM est l'examen de référence, permettant un diagnostic précoce et une évaluation de l'étendue de la nécrose. La prise en charge thérapeutique dépend du stade de la nécrose. Un traitement médical à base de bisphosphonates, statines à fortes doses ou vasodilatateurs pourraient être utiles dans les stades précoces, mais dans les stades avancés la prothèse est le traitement du choix.

Conclusion:

L'ONA est une pathologie aux conséquences parfois lourdes. Notre série confirme la prédominance de l'atteinte de la hanche et que la corticothérapie constitue la principale étiologie.

Références:

- [1] Hernigou et al. *J Bone Joint Surg.* 2004; 86:2589-93.
- [2] Pierre Lafforgue ; Ostéonécrose de la tête fémorale; *Revue du Rhumatisme* 76 (2009) 166-172.

Bisphosphonates dans l'ostéonécrose aseptique : L'expérience du service de rhumatologie du CHU IBN ROCHD de CASABLANCA.

ZAHER.S, NASSAR.K, JANANI.J, RACHIDI.W, MKINSI.O

Service de Rhumatologie - CHU Ibn Rochd, Casablanca - Maroc

Introduction :

L'ostéonécrose est un processus pathologique ischémique associé à un certain nombre d'affections touchant divers groupes d'âge. Le problème posé pour la prise en charge de l'ostéonécrose est de savoir si le traitement médical à base de bisphosphonates est une option efficace pour traiter cette pathologie à un stade précoce.

Objectif de travail : Etudier l'efficacité des bisphosphonates dans le traitement de l'ONA à un stade précoce.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au service de Rhumatologie du CHU IBN ROCHD entre mars 2005 et mars 2018 où nous avons colligé tous les cas d'ONA. Le diagnostic a été retenu sur des arguments cliniques et d'imagerie.

Résultats:

- Parmi 20 patients, nous avons colligés huit observations d'ONA au stade précoce (stade I et II selon la classification de d'ARLET et FICAT) chez sept femmes et un homme, d'âge moyen de 39,6 ans au moment du diagnostic (extrêmes : 18 ans et 70 ans).
- Les étiologies étaient : la corticothérapie chez quatre patients (50 %).
- La localisation de l'ONA était la tête fémorale dans quatre cas (50%), puis par ordre décroissant : le genou, l'astragale et les berges sacrées des sacroiliaques.
- L'atteinte était multifocale dans sept cas (87,5%).
- Le diagnostic par imagerie reposait sur la radiographie standard dans tous les cas, la tomodensitométrie dans un cas (12,5 %), l'imagerie par résonance magnétique dans tous les cas.
- La répartition selon la classification d'Arlet et Ficat: stade II chez cinq patients (62,5 %) et le stade I chez trois patients (37,5 %).

- Le traitement:

- La décharge: tous les patients.
 - L'acide zolédronique par voie systémique (une perfusion par an pendant 5 ans): trois cas.
 - L'acide alendronique par voie orale: cinq cas.
- Une amélioration de la douleur, la fonction (Evaluée par l'indice de lequesne) et la radiologie était observée dans six cas (75%).
 - Deux patients ont évolué vers un stade plus avancé (stade III et IV) ayant bénéficié de prothèse.

Discussion et conclusion :

Les stades I et II, avant l'effondrement sous-chondral, peuvent être abordés avec des modalités de traitement pharmacologiques (bisphosphonates) et biophysiques avant que des mesures plus invasives, telles que la prothèse, ne soient envisagées.

Au stade III et au-delà, ces traitements conservateurs ne sont plus des options de traitement viables.

Des recherches supplémentaires doivent être menées pour déterminer quelle modalité présente le meilleur rapport coût / risque / bénéfice afin d'établir une norme de soins pour le traitement de l'ostéonécrose.

Références:

- [1] Pengde Kang et al. Revue du rhumatisme. 2011; 78 (6): 542-548.
- [2] Tripathy et al. Indian J Orthop . 2015; 49 (1): 28-45.

Dysplasie spondylo-épiphysaire tardive : à propos d'un cas

Benchérifa S.¹, Bezza A.²

1. Service de Rhumatologie A, Hôpital El Ayachi- Salé, Université Mohammed V, Rabat – Maroc

2. Service de Rhumatologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V- Rabat, Université Mohammed V, Rabat – Maroc

Introduction :

La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une chondrodysplasie génotypique rare qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle est caractérisée par une petite taille disproportionnée à l'adolescence ou à l'âge adulte et peut parfois être découverte devant une arthrose secondaire précoce.

Matériels et méthodes:

Patiente âgée de 18 ans issue d'un mariage consanguin, ayant un frère aîné présentant la même symptomatologie clinique non suivi. Elle a consulté pour des rachialgies et des polyarthralgies d'allure mécanique depuis l'âge de 10 ans intéressant surtout les épaules, les coudes, les hanches et les genoux avec un retard statural de -3 DS et un syndrome malformatif (cou court, protrusion sternale).

L'examen clinique a trouvé : taille = 137 cm, limitation importante des amplitudes articulaires et scoliose dorso-lombaire. Le bilan biologique était normal. Le bilan radiologique : thorax en tonneau, aplatissement et perte de la sphéricité des têtes fémorales avec raccourcissement des cols fémoraux, dysplasie épiphysaire diffuse et aplatissement des corps vertébraux.

Résultats :

La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une maladie génétique rare. Sa transmission peut être récessive liée au chromosome X, autosomique récessive ou autosomique dominante. La forme liée au chromosome X est la plus fréquente avec une prévalence estimée entre 1/150.000 et 1/200.000. Les patients peuvent avoir des proportions corporelles normales avec une taille de plus de 153 cm à l'âge adulte, donc sans nanisme vrai. La maladie se manifeste vers la puberté par un cou et des bras courts, une scoliose ou une cyphose dorsale, une hyperlordose lombaire et une dégénérescence progressive à début précoce des hanches et des genoux. Les anomalies radiographiques retrouvées sont des anomalies épiphysaires multiples, une platyspondylie, des espaces intervertébraux étroits, un processus odontoïde hypoplasique, un col du fémur petit et une coxa vara.

Conclusion :

La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une pathologie de l'enfant ou l'adolescent pouvant être révélée ou compliquée par une polyarthrose précoce, responsable d'un handicap fonctionnel important dont la prise en charge thérapeutique est difficile et multidisciplinaire. Un conseil génétique peut être proposé.

HYPOVITAMINOSE D CHEZ L'HOMME

Dr Lahrichi.S, Pr Nassar.K, Pr Rachidi.w, Pr Janani.s, Pr Mkinsi.o

Service de rhumatologie - Chu Ibn Rochd Casablanca, Maroc

Introduction :

Le déficit en vitamine D est un désordre fréquent ayant connu ces dernières années un regain d'intérêt grâce aux avancées réalisées dans la compréhension de ces aspects physiopathologiques et cliniques. La plupart des publications et études concernent la femme âgée, cependant le problème est moins connu chez le patient masculin.

Object : analyser les particularités de l'hypovitaminose D chez l'homme .

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse de dossiers de patients de sexe masculin suivis au service de rhumatologie du CHU Ibn Rochd à la consultation de l'os sur une période de 8 ans de janvier 2010 à janvier 2018 . Ont été exclus tous les nouveaux patients ne disposant pas de bilan initial ou ayant été perdus de vue après la première consultation. Le logiciel utilisé au cours de l'étude est le spss.

Résultats :

62 patients ont été inclus, 44 patients ayant une hypovitaminose D confirmée au bilan biologique avec des extrêmes allant de 6 à 50 ng/ml.

L'âge moyen était de 50,3 (avec un écart type de 21.978).

Les facteurs de risques étaient : le phototype avec 55%, l'âge avec 30% ,l'obésité 18%, toutes les pathologies de malabsorption ainsi que toutes les pathologies sévères du foie avec 10%, et enfin la géographie avec 2%.

25 patients présentaient des douleurs osseuses soit 47,7%, et 7 patients soit 13% présentaient des douleurs musculaires lors de leur première consultation. L'ostéoporose a été associée chez 44 patients. La pathologie rhumatismale représente l'antécédent médical avec le plus fréquent rencontré dans notre série avec 22,7% , suivie du diabète avec avec 15,9% et puis de l'HTA avec 11%.

Au bilan :La calcémie et la phosphorémie étaient normales chez 63% des patients, avec hypocalciurie chez 45% des patients .

l'enquête diététique est représenté dans le tableau I et a montré : une consommation moyenne de 2,4 yaourt par semaine (écart type 1,52),

2,43 carrés de fromage par semaine (écart type 1,619), et 0,83 litre de lait par jour (écart type 0,642).

Tableau I: Enquête diététique

	moy	med	ET	min	Max	n
Lait l/j	0.83	1	0.642	0	3	43
Yaourt/s	2.4	2	1.52	0	7	56
From/j	2.43	2	1.619	0	7	55
Leg/j	2.7	2	1.67	0	7	57
Pois kg/s	1.1	1	0.775	0	4	50

Discussion et Conclusion :

Notre étude met en évidence une prévalence élevée de l'insuffisance en vitamine D chez les hommes ostéoporotiques et ostéopéniques. La forte prévalence de l'hypovitaminose D dans la population justifie une supplémentation, y compris dans notre région à fort ensoleillement. On a mis en évidence l'association entre le déficit en vitamine D et obésité ainsi que le type d'alimentation des sujets. Mais il n'existe pas d'essais randomisés permettant de prouver qu'il s'agit de liens de causalités.

Références :

Evaluation treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine society clinical practice guideline Holick MF and al J clin endocrinol metab, 2001 jul
Vitamin D deficiency in adult : when to test and how to treat , Kennel KA and Al, Mayo clin Proc2010

Gammopathie monoclonale bénigne en rhumatologie

Jomaa.O, Jguirim.M, Dghais.A, Mosbah.H, Fakhfakh.R, Grassa.R, Zrour.S, Bejia.I, Touzi.M, Bergaoui.N

Service de Rhumatologie de Monastir

Introduction

La découverte d'une gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) est fréquente dans la pratique clinique quotidienne et ce d'autant que le patient est plus âgé. L'objectif de ce travail est de rapporter une série et d'en préciser les différentes manifestations rhumatologiques au cours du MGUS.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive incluant 40 dossiers de patients diagnostiqués MGUS et suivis à notre service, durant une période de 10 ans. Les données démographiques, diagnostiques et évolutives ont été étudiées.

Résultats

Quarante patients (13 hommes et 27 femmes) âgés en moyenne de $68,18 \pm 11,6$ ans ont été inclus. La découverte était fortuite dans 87,7% à l'occasion d'un pic monoclonal dans 77,5%, d'un syndrome inflammatoire biologique dans 17,5%, d'une hypogammaglobulinémie, et de protéinurie de 24h positive dans 2,5% chacune. L'hypercalcémie était révélatrice dans 2,5%. La valeur moyenne du pic monoclonal était de $8,24 \pm 5,07$ g/l. La répartition des immunoglobulines était la suivante : 80% d'IgG, 8,6% d'IgM et 8,6% d'IgA, associées à une chaîne légère kappa et lambda dans 50 % des cas pour chacune. 82,5 % des patients se présentaient par des douleurs osseuses : il s'agit de rachialgies dans 58,8% et de douleurs diffuses dans 38,2%. La sciatique était la radiculalgie le plus souvent rapportée dans 60% des cas. Un syndrome général était présent chez 28,2 % des patients. La biologie a objectivé un syndrome inflammatoire biologique dans 60% des cas, une hypercalcémie dans 10% des cas, et une perturbation du bilan hépatique dans 10% des cas. La ponction sternale était faite chez tous les patients revenant sans anomalie dans 57,5% des cas, une infiltration plasmocytaire était objectivée dans 32,5 % des cas avec un pourcentage moyen d'infiltration de 6,5 %, La biopsie ostéo médullaire était pratiquée chez 3 patients revenant normale. Les radiographies standards étaient systématiquement demandées objectivant une déminéralisation osseuse diffuse dans 30% des cas avec des tassements vertébraux multiples dans 20% des cas.

Un complément d'IRM était demandé chez 92,5% des patients étant en faveur d'une atteinte dégénérative dans la plupart des cas. Une transformation myélomateuse était notée dans 5% des cas. La MGUS était associée à l'ostéoporose dans 70% des cas avec un T score moyen de $-3,09 \pm 0,94$, à l'hépatite B dans 2,5% des cas, à une néoplasie dans 3,5%, et à la polyarthrite rhumatoïde dans 12,5% des cas.

Discussion

Les gammopathies monoclonales de signification indéterminée sont des affections bénignes. Leur fréquence augmente avec l'âge. Elles sont souvent asymptomatiques mais requiert un suivi à vie devant le risque d'évolution vers une hémopathie lymphoïde, principalement le myélome multiple. Deux études ont montré que le myélome multiple était constamment précédé par une gammopathie monoclonale de signification indéterminée [1, 2] d'où une surveillance d'électrophorèse des protéines sérique tous les 6 mois s'impose. En dehors du risque de transformation, les patients atteints de gammopathies monoclonales de signification indéterminée semblent présenter un risque accru de fractures et de thrombose veineuse profonde [3], constatation qui ont été absente dans notre étude.

[1] Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) consistently precedes multiple myeloma: a prospective study. Landgren et al 2009

[2] A monoclonal gammopathy precedes multiple myeloma in most patients. Weiss BM 2009

[3] Monoclonal gammopathy of undetermined significance and risk of skeletal fractures: Kristinsson SY, et al. 2010.

Conclusion

La MGUS doit être parfaitement connue des rhumatologues puisqu'elle est fréquente chez le sujet âgé. La prise en charge d'une MGUS se résume à une surveillance clinico-biologique, surveillance qui pourrait être réalisée en ambulatoire sans nécessairement passer par une consultation spécialisée avec un hématologue.

Profil étiologiques des thromboses veineuses profondes en rhumatologie

Fakhfakh R, Jguirim M, Dhgaies A, Mosbeh H, Grassa R, Jmaa O, Zrouer S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

Les maladies rencontrées en rhumatologie constituent souvent un facteur de risque de thrombose veineuse profonde (TVP). Notre objectif était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, topographiques et étiologiques des thromboses veineuses observées dans un service de rhumatologie.

Patients et méthodes:

Etude rétrospective d'une série de 16 cas de TVP, menée au service de Monastir (Tunisie) de 1999 à 2018.

Résultats:

- L'âge moyen était à 54,3ans [16-74]
- Le sexe ratio(H/F) était à 1,7.
- La TVP des membres inférieurs était la localisation la plus fréquente (13 cas), les autres localisations étaient la thrombose jugulaire (2cas) et la thrombose veineuse cérébrale (1cas) (**Figure n°1**).

•Les facteurs de risque (FDR) des TVP observés étaient :

- Un âge supérieur ou égal à 65 ans (8cas)
 - le tabagisme (4cas)
 - une obésité (3cas)
 - un antécédent de TVP (1cas)
 - l'immobilisation prolongée (1cas)
 - La prise d'œstrogénostatifs (1 cas).
- => **TVP idiopathique: 1 cas**

Figure 1: Localisation des thromboses veineuses profondes en nombre de cas



• **Les autres étiologies étaient:** une thrombophilie constitutionnelle (déficit en protéine S), le myélome multiple et le plasmocytome multifocal, les néoplasie, le lupus, le syndrome des anti phospholipides et la maladie de Behçet (**Tableau n°1**).

La maladie	Nombre de cas	Age moyen	Particularités de la maladie	Localisation de la thrombose veineuse
Déficit en protéine S	1	20	Spondyloarthritis axiale associée	Membre inférieur
Myélome multiple + chimiothérapie	4	68	•Iga dans 2cas •Igg :1 cas •Plasmocytome multifocal: 1 cas	Membres inférieurs:3 cas Cérébrale:1cas =>La découverte était fortuite pour 1c as
Néoplasie+ radio-chimiothérapie	3	69	Primitifs: sein (1cas) et prostate(2cas)	Membres inférieurs
Lupus	2	20	•Atteinte cutanée, articulaire, hématologique et cardiaque •Atteinte rénale associée à un SAPL	Jugulaire (1cas) Membre inférieur (1 cas)
Syndrome des anti phospholipides	2	35	1 homme et une femme(association au lupus)	Membres inférieurs
Maladie de Behçet	2	23	Antécédents de TVP récidivante (1 cas) sous sintrom	Membres inférieurs
Polyarthrite rhumatoïde	1	53	Traitement par Méthotrexate	Jugulaire

Tableau n°1: Particularités des étiologies des thromboses veineuses profondes

Conclusion:

La thrombose veineuse profonde est une affection grave qui demeure fréquente malgré les progrès de la prophylaxie anti-thrombotique notamment en rhumatologie ou les patients sont souvent alités. Elle représente ainsi par sa morbidité et sa mortalité un problème de santé publique.

Profil épidémiologique des gammopathies en rhumatologie

BADI M, NASSAR K, RACHIDI W, JANANI S, MKINSI O

Service de rhumatologie, CHU Ibn Rochd Casablanca, MAROC

Introduction :

- Les gammopathies se sont des anomalies de migration des protéines sériques dans la zone gamma.
- Les étiologies peuvent être bénignes, malignes ou médicamenteuse.
- **Le but de ce travail** est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, Cliniques et paracliniques des gammopathies diagnostiquées dans notre formation ainsi que leur prise en charge.

Matériel et méthodes :

- Etude transversale descriptive incluant 19 patients, suivis au service de rhumatologie au CHU de Casablanca, entre aout 2013 et aout 2018, ayant une gammopathie.
- toutes les gammopathies d'origine inflammatoire ont été exclus de l'étude.

Résultats :

- Les 19 patients retenus avaient un âge médian de 66 ans et un sex-ratio à 1.4.
- **45%** des cas suivi dans notre structure pour un **rhumatisme inflammatoire chronique (RIC)** dont le chef de file était la polyarthrite rhumatoïde. (Fig. 1)
- Les circonstances de découverte étaient surtout des **douleurs osseuses (47%)**, **des signes généraux (42%)**, un syndrome inflammatoire (21%), une arthrite septique (16%) et une hypercalcémie (11%). (Fig. 2)
- Un **pic monoclonal (47%)** et une **hypogammaglobulinémie (42%)**. (Fig. 3)
- 12 cas ont été complété par immunoélectrophorèse, on notait une prédominance des **Immunoglobulines type G (50%)** et des **chaînes légères lambda (32%)**. (Fig. 4)
- Les étiologies étaient retrouvées chez 68% des patients. (Fig. 5)

Conclusion :

Les gammopathies sont souvent retrouvées au cours du bilan demandé en rhumatologie et ce d'autant que le patient est plus âgé. La probabilité que le diagnostic de gammopathie monoclonale de signification indéterminée ou MGUS soit retenu est bien supérieure à celle d'un myélome et la connaissance des critères justifiant un bilan initial approfondi est indispensable.



Fig. 1



Fig. 2

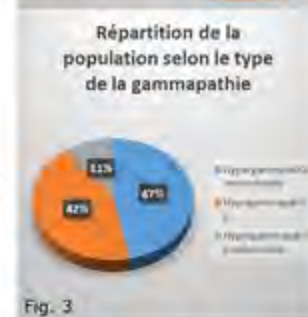


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

DYSPLASIE SPONDYLO-EPIPHYSAIRE TARDIVE : A PROPOS DE 4 CAS

Dr M.LAANAYA, Prof K.NASSAR, Prof O.RACHIDI, Prof S.JANANI, Prof O.MKINSI
Service de Rhumatologie, CHU Ibn Rochd, CASABLANCA

Introduction :

La dysplasie spondylo-épiphysaire est une chondrodysplasie génotypique qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres, Sa transmission génétique se fait selon un mode variable. Nous rapportons 4 observations de 2 frères et 2 sœurs appartenant à une même famille marocaine, issus d'un mariage consanguin du 1^{er} degré, présentant des signes cliniques et radiologiques de cette pathologie avec une atteinte constante du rachis et des hanches.

MATERIEL ET METHODE :

Mr k.a, âgé de 52 ans ; ayant l'atteinte articulaire la plus sévère de ses frères ; issu d'un mariage consanguin du 1^{er} degré. Il présentait depuis 8 ans des rachialgies et des polyarthralgies mixtes à prédominance mécanique atteignant les genoux, les hanches et les épaules. L'examen clinique objectivait une taille à 155 cm, une déformation en cypho-scoliose, une raideur cervicale et limitation articulaire des hanches et des épaules. Le bilan biologique était normal. Le bilan radiologique mettait en évidence un aplatissement des corps vertébraux, des pincements discaux multiétagés, gonarthrose et coxarthrose bilatérales, une rhizarthrose et une arthrose digitale débutante, des pincements des métacarpo-phalangiennes, des signes de construction exubérantes et des géodes sous chondrales principalement au niveau des épaules et des hanches. Le diagnostic de polyarthrose secondaire à une dysplasie spondylo-épiphysaire tardive a été retenu. Il était mis sous traitement chondroprotecteur, et une rééducation physique.

Mme A.K, âgée de 56 ans. Ayant présenté à l'âge de 46 ans des arthralgies mixtes à prédominance mécanique des hanches, et des rachialgies cervico-dorso-lombaires ayant le même caractère, sans autres signes articulaires. La patiente a bénéficié d'une prothèse totale des 2 hanches pour une coxarthrose bilatérale d'étiologie initialement non déterminée. Il n'a pas été retrouvé sur le plan clinique de trouble statural ou de déformation articulaire. Le bilan radiologique avait retrouvé une platyspondylie et des discarthroses secondaires étagées. Le bilan biologique avait retrouvé une hypovitaminose D.

Mme K.K. 48 ans, présentant un tableau articulaire et radiologique similaire au précédent. Patiente ayant également présenté des arthralgies mixtes à prédominance mécanique enrappant avec une coxarthrose bilatérale secondaire ; et ayant bénéficié d'une prothèse totale des hanches.

Mr O.K, âgé de 46 ans, ne présentant aucun signe ostéo-articulaire. Il a été diagnostiqué atteint de ce type de dysplasie dans le cadre d'une enquête familiale de la maladie. Il présentait sur le plan radiologique, une platyspondylie cervico-dorso-lombaire, sans autres atteintes articulaires.

DISCUSSION :

La DSET est une maladie génétique rare. Sa prévalence est estimée à 150.000 à 200.000. Sa transmission peut être récessive liée à l'X, autosomique récessive ou autosomique dominante. La forme liée à l'X est la plus fréquente. Elle est caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Les patients peuvent avoir des proportions corporelles normales avec une taille de plus de 153 cm à l'âge adulte, ou avoir un nanisme vrai. La maladie se manifeste par un cou court, une scoliose ou une cyphose dorsale, une hyperlordose lombaire et une dégénérescence progressive à début précoce des hanches et des genoux. Les anomalies radiographiques retrouvées sont des anomalies épiphysaires multiples, une platyspondylie, des espaces intervertébraux étroits, un processus odontoïde hypoplasique, un col du fémur petit et une coxa vara. Chez notre patient, elle était responsable de polyarthrose généralisée avec déformation rachidienne, à l'origine d'un handicap fonctionnel important.

INTERET :

La DSET est une maladie dont le diagnostic est généralement tardif, et dont la prise en charge est difficile. La polyarthrose en est une complication, et peut en être l'élément révélateur, d'où l'intérêt d'un diagnostic étiologique de toute arthrose n'ayant pas de cause évidente.

CONCLUSION :

La dysplasie spondylo-épiphysaire tardive est une maladie génétique rare. La forme liée à l'X est la plus fréquente. Elle est caractérisée par des anomalies vertébrales et épiphysaires. Les formes cliniques sont variables. Le traitement est en général à base d'antiarthrosiques, rééducation physique et chirurgie pour les formes compliquées d'arthrose sévère.

Profil étiologique des talalgies

Gafsi L¹, Testouri N²

¹Service de rhumatologie, polyclinique de la CNSS El Omrane, ²Consultation de rhumatologie, Hôpital Habib Thamer

Introduction :

Les talalgies représentent un motif fréquent de consultation en rhumatologie. Le but de ce travail était de déterminer leurs différentes étiologies.

Patients et méthodes:

Etude transversale menée sur une période de 6 mois [Juillet-Décembre 2018] au service de rhumatologie de la polyclinique de la CNSS El Omrane et incluant de manière consécutive les patients consultant pour talalgies. Les caractéristiques cliniques et paracliniques des talalgies ainsi que le diagnostic étiologique retenu au terme des explorations ont été déterminés

Résultats:

Quarante patients ont été inclus dont les caractéristiques cliniques sont résumés dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques des patients

Nombre de patients	40
Femmes/ Hommes	26/14
Age moyen	45 ans [11-70]
Durée d'évolution	5.1 mois[1-36]
Caractère inflammatoire	3 patients

- Le motif de consultation était des talalgies dans tous les cas.
- A l'examen podoscopique, un hyper-appui talonnier était retrouvé chez 92.5% des cas, associé à des troubles de la statique du pied dans 27,7% des cas.
- Les radiographies standard étaient pratiquées dans tous les cas.
- Elles étaient pathologiques dans 75% des cas et elles étaient sans anomalies dans le reste des cas. L'échographie du pied était pratiquée dans 4 cas.

- Au terme du bilan étiologique, les diagnostics retenus sont résumés dans la figure 1

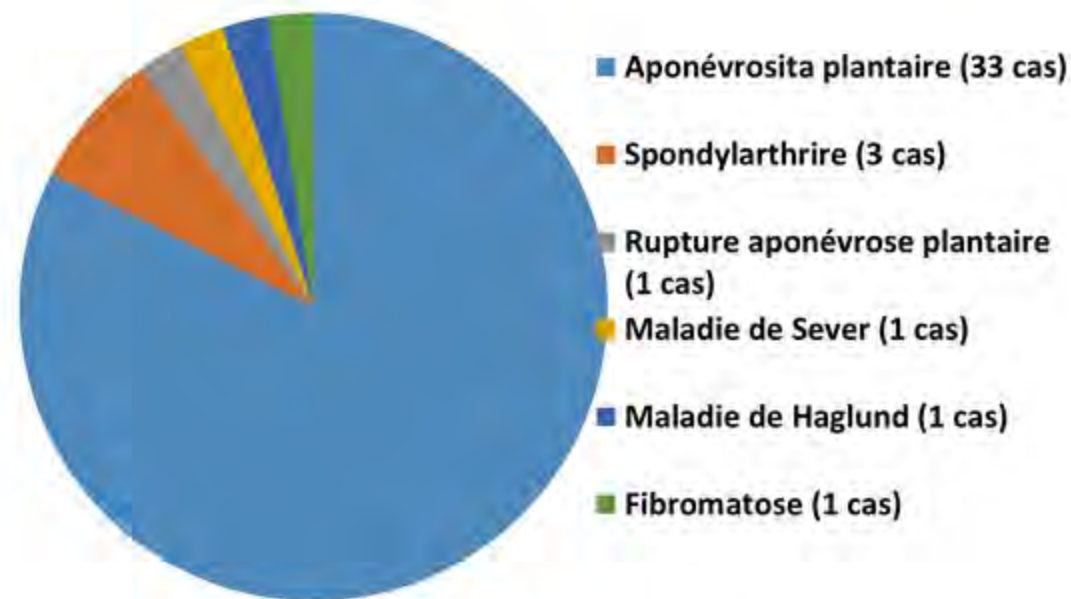


Figure 1: Etiologies des talalgies

Conclusion:

L'étiologie des talalgies était dominée par l'aponévrosite plantaire, cependant la détermination de leur sémiologie clinique est indispensable pour orienter les examens complémentaires et poser les autres diagnostics étiologiques.

Annonce initiale du diagnostic de rhumatismes inflammatoires: le point de vue des patients

Ben Nessib D, Maatallah K, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel MD, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- L'annonce initiale du diagnostic de rhumatisme inflammatoire chronique (RIC): moment crucial souvent redouté par le patient et parfois même par le médecin.
- Les informations délivrées au minimum:
 - le caractère chronique de l'atteinte
 - le caractère irréversible des déformations installées
 - l'absence de traitement curatif définitif
- L'objectif de ce travail: évaluer le point de vue du patient par rapport à l'annonce initiale de sa maladie

Méthodes:

- Etude prospective transversale basée sur un questionnaire préétabli à accomplir par des patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde (PR) ou spondyloarthrite (SpA) dans un service de rhumatologie.
- Les paramètres évalués: la durée entre la première consultation et l'établissement du diagnostic, la qualité de l'annonce du diagnostic, l'assimilation ou pas du caractère chronique du rhumatisme et du caractère irréversible des déformations déjà installées

Résultats:

- 25 patients (16 femmes) âgés en moyenne de 50 ans [23-71]
- Les caractéristiques des RIC sont détaillées dans le tableau1:

	Durée d'évolution	Scores d'activité moyens	Traitements
PR (48%)	96,4 mois	DAS28 VS= 5,4	MTX : 8 patients
		DAS28 CRP= 4,8	Anti-TNF : 3 patients
			Tocilizumab: 1 patient
SpA (52%)	46,5 mois	BASDAI= 5,3	AINS : 6 patients
		ASDAS CRP=4,4	Anti-TNF : 5 patients

- Le diagnostic était annoncé à tous les malades par un médecin spécialiste, rhumatologue dans 24 cas et orthopédiste dans 1 cas.
- Ce diagnostic était établi et annoncé par un médecin de libre pratique chez 16% des malades.
- La durée moyenne entre la première consultation et l'annonce du diagnostic: **3,3 mois [0,5-12]** → considérée trop longue par 40,9% des patients

- Le jugement de la qualité de l'annonce du diagnostic par les patients est illustrée par la figure 1.
- Le caractère chronique et durable de la maladie était assimilé par tous les patients.
- La notion d'absence de traitement définitivement curable: Déclarée inconnue par 20% des patients (n=5)
- La notion d'irréversibilité des déformations déjà installées: Déclarée inconnue par 8% des patients (n=2)
- Les préférences des patients sont illustrées par la figure 2.



Discussion:

- Comme pour différentes études antérieures, l'annonce du diagnostic n'était pas toujours satisfaisante chez nos patients (1).
- La plupart de nos malades préfère une annonce détaillée et un accès à toutes les informations se rapportant à leurs pathologies.

Conclusion:

- L'annonce initiale du diagnostic étant un moment crucial partagé entre le médecin et son patient, la prise en considération de l'avis de ce dernier est d'une importance majeure (2).
- Il serait donc souhaitable d'expliquer clairement les aspects et notions jugées importantes, mais tout en prenant en compte le profil des patients et leurs désirs exprimés explicitement ou parfois implicitement (3).

Références:

1. Poyade D, et al. Rev Mal Respir. 1 mars 2019;36(3):291-7.
2. Srour C, et al. Cancer/Radiothérapie. 1 oct 2018;22(6):739.
3. Misery L, et al. Rev Médecine Interne. 1 déc 2005;26(12):960-5.

Le syndrome de Shulman : à propos de 2 cas

Fakhfakh R, Jguirim M, Dhgaies A, Mosbeh H, Grassa R, Jmaa O, Zrouf S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N

Service de rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

La fasciite à éosinophile (FE) ou maladie de Shulman est une maladie du tissu conjonctif rare. Elle associe des œdèmes des membres à une éosinophilie inconstante. L'œdème laisse progressivement la place à une induration sous-cutanée. Nous rapportons les particularités cliniques et paracliniques de la fasciite à éosinophiles chez 2 patients hospitalisés au service de rhumatologie de Monastir.

Observations:

•Observation 1 : Il s'agit d'un patient âgé de 55ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant depuis 5 mois un œdème touchant les 4 membres laissant place à une sclérose cutanée des 4 membres, sans syndrome de Raynaud. Des arthralgies inflammatoires des grosses articulations et des myalgies étaient associées. L'examen objectivait une induration de la peau des bras, des avant bras et des jambes, avec le signe du canyon (veine en creux). Il n'avait pas de sclérodactylie et la sclérose épargnait le visage. Le bilan sanguin a montré une hyper éosinophilie à 2650 associée à un syndrome inflammatoire discret. Les anticorps anti nucléaires (AAN) étaient négatifs. Une biopsie cutanée profonde a confirmé le diagnostic de FE (infiltrat inflammatoire du fascia lymphoplasmocytaire). Le patient a bénéficié d'un bolus de méthylprednisolone 0,5 g/jour durant trois jours, puis de prednisone à la dose de 0,5 mg/kg/jour avec le Methotrexate à 12,5mg/semaine. L'évolution à court terme était bonne (diminution des éosinophiles).

•Observation 2 : Il s'agit d'un patient âgé de 53ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant depuis 2 mois une sclérose cutanée touchant les 4 membres, sans autres signes associées. L'examen montrait une induration de la peau des bras, des avant bras et des jambes, sans sclérodactylie et épargnant le visage. Le bilan sanguin a montré une hyper éosinophilie à 2300 sans syndrome inflammatoire. Les AAN étaient négatifs. Une biopsie cutanée profonde a confirmé le diagnostic de FE (infiltrat inflammatoire du fascia renfermant des lymphocytes et des éosinophiles). La prednisone à la dose de 0,5 mg/kg/jour a été prescrite pendant un mois sans amélioration. Le patient a bénéficié alors d'un bolus de méthylprednisolone 0,5 g/jour durant trois jours, puis de la prednisone à la dose de 0,5 mg/kg/jour avec le Methotrexate à 15 mg/semaine. L'évolution biologique à court terme était bonne (diminution du taux des éosinophiles).

Discussion:

Des associations entre FE et d'autres pathologies ont été décrites, surtout des hémopathies. Certaines semblent de réelles associations, la fréquence de ces pathologies semble en effet augmentée en cas de FE : aplasies médullaires globales, anémies aplasiques, purpura thrombopénique auto-immun, gammopathies monoclonales. D'autres atteintes sont décrites dans la littérature, mais l'association semble fortuite : myélomes multiples, leucémies myélomonocytaires, maladie de Hodgkin. Ces atteintes, si elles sont présentes, définissent le pronostic de la FE. En pratique, le diagnostic de FE implique un bilan hématologique, avec formule sanguine complète, dosage des immunoglobulines, recherche de gammopathie monoclonale et recherche de signes d'hémolyse. De plus, un suivi des paramètres hématologiques au décours de la maladie est important puisque ces hémopathies peuvent se développer dans un second temps. Les patients âgés ont plus de risque de présenter une hémopathie associée à la FE. La prévalence de ces associations est de l'ordre de 10% en tout. La présence d'une gammopathie monoclonale est par contre décrite fréquemment en association à la FE. Il n'est pas possible de conclure que la FE influence son risque d'évoluer vers un myélome multiple.

Références:

[1]Guillevin L, Meyer O, Sibilla J, et al. Fasciite avec éosinophiles (syndrome de Shulman). Se édition. Traité des maladies et syndromes systémiques. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2008:571-82.

Conclusion:

La FE est une maladie rare. Elle peut être invalidante, mais répond en général bien à un traitement de stéroïdes seuls ou en association avec des immunosuppresseurs au besoin. Le fait que certains aspects de cette maladie soient proches d'autres pathologies inflammatoires plus fréquentes laisse penser que la FE est probablement sous-diagnostiquée.

Prière musulmane et rhumatismes inflammatoires chroniques

Ben Nessib D, Maatallah K, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel MD, Kchir MM

Service de rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

- Les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont confrontés de façon chronique à une impotence fonctionnelle douloureuse qui peut gêner la réalisation des activités de la vie quotidienne.
- Le but de ce travail: évaluer la perception du patient par rapport au retentissement physique et psychique de sa maladie sur la pratique de la prière.

Méthodes:

- Etude prospective transversale incluant des patients
 - suivis pour un RIC: polyarthrite rhumatoïde (PR) ou une spondyloarthrite (SpA)
 - et qui pratiquaient régulièrement la prière avant la survenue de la maladie.
- Les caractéristiques de la maladie ont été recherchées et un questionnaire pré établi a été proposé aux patients pour évaluer le retentissement physique et psychique du RIC sur leur pratique de la prière.

Résultats:

- 23 patients (15 femmes) âgés en moyenne de 50,7 ans [23-71]
- Les caractéristiques des RIC sont détaillées dans le tableau1:

Tableau 1: Caractéristiques des RIC

	Durée d'évolution	Scores d'activité moyens	Traitements
PR (47,8%)	96,4 mois	DAS28 VS= 5,4 DAS28 CRP= 4,8	MTX : 7 patients Anti-TNF : 2 patients Tocilizumab : 1 patient
SpA (52,2%)	42,8 mois	BASDAI= 5,4 ASDAS CRP=4,4	AINS : 5 patients MTX : 2 patients Anti-TNF : 5 patients

- Chez **82,6% des patients**, la pratique de la prière après la survenue du RIC était jugée plus difficile.
- Le retentissement physique global: évalué en moyenne à **6/10**
- L'évaluation du degré de difficulté des différentes positions de la prière par les patients, et les facteurs limitants sont illustrés par les figure 1 et 2.
- Une position jugée impossible par le patient était remplacée:
 - Soit par la position assise
 - Soit par la position allongée

Figure 1: Evaluation des différentes positions de la prière

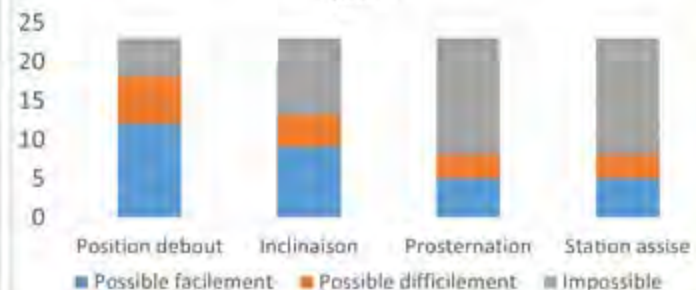


Figure 2: Facteurs limitants



- Un retentissement psychologique:
 - rapporté dans **36,8% des cas**
 - estimé en moyenne à **6,7/10**
- Ce retentissement était expliqué
 - ✓ Par le sentiment de culpabilité (5 patients)
 - ✓ Par les remarques des proches (un patient)
 - ✓ Par la souffrance liée à le handicap (un patient)

Discussion:

- Au cours de la prière, la sollicitation articulaire est marquée et atteint parfois les amplitudes extrêmes, notamment pour les genoux et des hanches (1,2). Ceci explique les difficultés rapportées par la majorité de nos patients.
- En effet, un retentissement considérable des RIC sur la pratique de la prière était noté dans notre série, expliqué majoritairement par la douleur sur le plan physique et par le sentiment de culpabilité sur le plan psychologique.

Conclusion:

Vu que cette activité rentre dans le quotidien de plusieurs patients musulmans, son évaluation régulière comme l'un des éléments de la qualité de vie et du retentissement fonctionnel du RIC semble nécessaire.

Références:

- 1. Jamari J, et al. J Arthroplasty. 2017;32(9):2898-904.
- 2. Acker SM, et al, J Arthroplasty. févr 2011;26(2):319-27.

Attentes et préférences des patients suivis pour rhumatismes inflammatoires chroniques

Maatallah K, Ben Nessib D, Ferjani H, Hamdi W, Kaffel MD, Kcir MM

Service de Rhumatologie, Institut d'orthopédie Mohamed Kassab

Introduction :

Dans un pays où on voit disparaître le paternalisme médical et où le législateur accorde au patient un véritable droit à l'information et à la participation aux décisions, il paraît crucial de cerner les attentes et les préférences des malades suivis pour maladies chroniques.

L'objectif de ce travail: partager avec les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) leur ressenti et leurs attentes au cours de leur passage au sein d'un service de rhumatologie

Méthodes:

- Etude prospective transversale basée sur un questionnaire préétabli destiné à des patients suivis régulièrement pour un RIC: polyarthrite rhumatoïde (PR) ou une spondyloarthrite (SpA) dans le service de rhumatologie de l'institut Kassab.
- Les paramètres évalués : la relation avec le médecin, l'organisation des consultations externes et de l'hospitalisation, et la prise en charge thérapeutique

Résultats:

- 25 patients (16 femmes) âgés en moyenne de 50 ans [23-71]
- Les caractéristiques des RIC sont détaillées dans le tableau1:

	Durée d'évolution	Scores d'activité moyens	Traitements
PR (48%)	96,4 mois	DAS28 VS= 5,4 DAS28 CRP= 4,8	MTX : 8 patients Anti-TNF : 3 patients Tocilizumab: 1 patient
SpA (52%)	46,5 mois	BASDAI= 5,3 ASDAS CRP=4,4	AINS : 6 patients Anti-TNF : 5 patients

• Type de relation préférée avec le médecin:

- Strictement professionnelle: 25%
- Humaine basée sur l'empathie: 75%

• La qualité privilégiée par le patient chez le médecin:

- La compétence: 32%
- La compassion: 68%

• La majorité (92%) préférait **un rythme de consultations** rapprochées (3 mois)

• **La durée habituelle de la consultation** (entre 15 et 20 minutes): jugée insuffisante par 28% des patients.

• Mode d'hospitalisation préféré:

- Admission conventionnelle: 60%
- Hôpital de jour: 40%

• **Les moyens thérapeutiques préférés et les objectifs attendus du traitement** sont représentés par les figures 1, 2:

Figure 1: Mode thérapeutique préféré

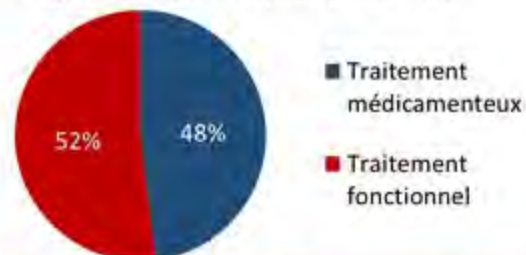
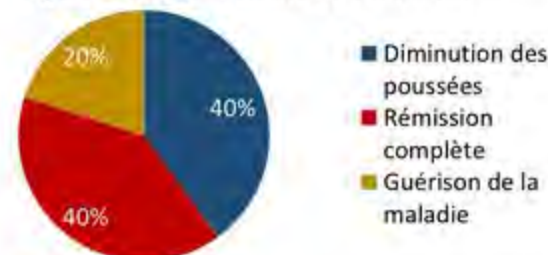


Figure 2: Objectif attendu du traitement



• Perception des poussées articulaires par les patients:

- insuffisance de prise en charge: 60% des patients
- évolution possible de la maladie: 24%
- erreur du patient lui-même (effort intense, mal observance du traitement...): 16%

Discussion:

- Comme précédemment rapporté par plusieurs études, les attentes et les désirs diffèrent d'un patient à un autre (1). Le bon déroulement du processus thérapeutique nécessite de connaître ces attentes (2).
- En effet, cela permettrait au médecin d'une part de satisfaire les souhaits légitimes de ses patients et d'autre part de les protéger de la déception en cas d'attentes impossibles et non réalisables en leur expliquant les limites de la prise en charge.

Conclusion:

Dans notre série, la plupart des patients préférait établir avec leurs médecins une relation humaine et empathique plutôt que strictement professionnelle. L'objectif attendu du traitement était majoritairement la diminution ou la disparition complète des poussées articulaires.

Références:

1. Obilade OA et al., Int Orthod. 2017
2. Parisot J et al., Ann Dermatol Vénéréologie. 2015

Connaissances du personnel paramédical sur les infiltrations intra articulaires

R Dhahri (1), S Miri (1), Rabaoui (2), M Slouma(1), L Metoui(1), F Ajili(1), I Gharsallah(1), B Louzir(1)

(1)Service de médecine interne, hopital militaire, tunis, Tunisie

(2) étudiant infirmier à l'école de santé militaire

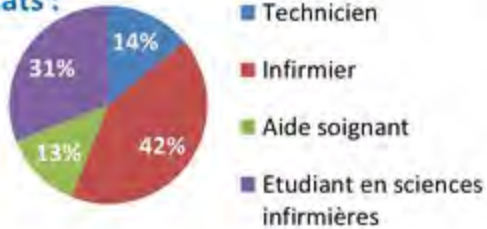
Introduction :

Les infiltrations intra articulaires font partie de notre arsenal thérapeutique et sont largement utilisées dans la pratique quotidienne. Nous avons entrepris une étude pour déterminer le niveau de connaissances du personnel paramédical en matière d'infiltrations intra articulaires.

Matériels et Méthodes :

Etude transversale incluant 101 personnels paramédicaux. La collecte des données était faite via un questionnaire en ligne.

Résultats :



L'âge moyen était de 33 ans avec des extrêmes allant de 21 à 55 ans.
Une prédominance masculine était notée (64%), la population étudiée était composée principalement par des infirmiers :



- 34,7% n'ont jamais eu un cours sur les Infiltrations intra articulaires
- 87,9% n'ont jamais eu une formation sur le sujet
- 88,4% n'ont jamais assisté à une infiltration
- 57,4% ne savent pas le principe de ce geste

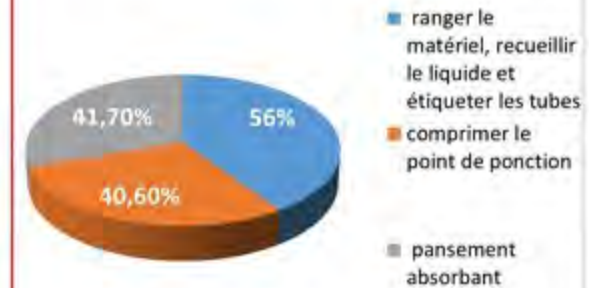
Nécessité d'un bilan?



le plateau technique doit comporter?



Après que le geste soit fini?



complications ?

- 63,9% arthrite septique
- 46,4 hématome
- 40,2 % au malaise vagal
- 20,6 % déséquilibre du diabète
- 18,6% atrophie cutanée

Surveillance?

- 67% surveiller la douleur du patient
- 39,4 % surveiller la tension artérielle
- 64,9% un repos relatif
- 11,7% se mettre en mouvement tout de suite
- 29,8% ne savent pas.

Au bout du questionnaire?

- 52,1% souhait d'avoir une formation DPC
- 17,7% besoin d'avoir une procédure écrite
- 10,4% considéraient qu'ils ne sont pas concernés par ce sujet

Conclusion :

Le résultat de ce travail révèle globalement une insuffisance de connaissance du personnel paramédical sur les infiltrations intra articulaires. Ainsi, plus de formation des personnels soignants sur ce sujet s'avère indispensable.

Association rhumatismes inflammatoires chroniques et gammopathie monoclonale

L Habibi, N Cherkaoui, S Ait Malek, P C Mouele Mboussi, I El Bouchti

Service de Rhumatologie, Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech, MAROC

Introduction :

- incidence anormalement élevée des gammopathies monoclonales (GM) au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) rapportée ces dernières décennies
- un certain nombre de données épidémiologiques plaident en faveur d'une association significative entre ces RIC et les GM mais les résultats ont été largement contradictoires et entravés par la rareté et l'hétérogénéité des troubles auto-immuns étudiés.

Matériels et méthodes:

- Étude descriptive portant sur tous les cas de gammopathies monoclonales associées aux rhumatismes inflammatoires chroniques colligés au service de Rhumatologie du CHU Mohammed VI de Marrakech
- Nous avons analysé leurs caractéristiques cliniques, biologiques et évolutifs.

Résultats:

A- caractéristiques des patients:

- Total: n= 18, femme: n=14 , homme: n= 4
- Polyarthrite rhumatoïde (PR): (n=10), rhumatisme psoriasique (RP): (n=3), spondylarthrite ankylosante (SA): (n=2), **Sjogren primitif: n=2**, lupus systémique: n= 1
- Age moyen: 56,38 ans [extrêmes: 30-83]

B- caractéristiques de la maladie

B-1/ Rhumatisme inflammatoire chronique(RIC):

- Age moyen du diagnostic du rhumatisme inflammatoire chronique: 52,16 ans
- Activité modérée à sévère depuis plus de 05ans de suivi :
 - PR/RP: DAS28 moyen à 3,8
 - SPA: BASDAI moyen à 7,8
- Un seul cas de **PR a été associé à un syndrome de S-JOGREN**
- Traitement:
 - PR/RP: Méthotrexate avec mauvaise observance Dose moyenne: 17,5mg/semaine (n=12)
 - SPA: AINS (n=2)
 - Candidats à une biothérapie (bDMARDS): (n=6)

B-2/ gammopathie monoclonale:

- Age de survenue: 53,22ans [extrêmes: 30-83]
- **Délai de survenue de la GM: 3,27 ans.**
- Circonstances de diagnostic:
 - **Découverte fortuite:14, (bilan pré bDMARDS: n=4, au moment du diagnostic du RIC: n=10**
 - Altération de l'état général + Douleur osseuse: n=6
- Type de la GM: IGG: n=3, **IGA: n=7**, IGM : n=2, Chaîne légère KÄPPA: n=3, **Bi clonale IGG et IGA: n=3**
- Diagnostics associés à la GM:
 - GM de signification indéterminée: n=2
 - GM associée à un myélome multiple (MM): n=9
 - GM associée à une maladie de Waldenström (MW): n=2
 - GM associée à un lymphome: n=1
 - GM liée à la maladie rhumatismale : n=2
- MM classé: stade I: n=1, stade III : n=8
- La MW était associée à un syndrome de Schnitzler dans les deux cas.
- Évolution: - Rémission complète: (n=9) - Syndrome d'hyperviscosité avec nécrose digitale bilatérale: (n=1) - Décès: (n=3), thrombose veineuse profonde: n=1, rechute précoce: n=3

Conclusion:

- L'association GM et RIC est possible avec la fréquence des sous types rares de la GM, nécessitant la vigilance lors du suivi et avant la mise en route d'une biothérapie
- **La fréquence de la GM à IGA laissant soulever la question: y a t-il un mécanisme intrigant le facteur rhumatoïde à IGA et la survenue de GM dont le MM?**
- **Perspectives thérapeutiques:**
 - **Tocilizumab et Bortezomib** : 6 Observations ont soulevé le double effet bénéfique tant sur la PR que pour le MM en présence de facteurs de bon pronostic

Mono-arthrites aiguës : diagnostic et prise en charge, à propos de 21 cas

Azmani N, Nassar K, Janani S, Rachidi W, Mkinsi O

CHU IBN ROCHD, CASABLANCA, MAROC

Introduction :

- La mono-arthrite aiguë est une urgence rhumatologique, évoluant depuis moins de 6 semaines, elle est d'origine diverse.
- But de notre travail: décrire les principaux aspects cliniques et paracliniques des mono-arthrites aiguës, déterminer les étiologies retrouvées ainsi que leurs prises en charge selon l'expérience de service de rhumatologie CHU IBN ROCHD de Casablanca.

Matériel et méthode:

Etude rétrospective descriptive et analytique, menée au service de Rhumatologie, chez tous les patients hospitalisés entre 2015 et février 2019, pour une mono-arthrite aiguë.

Résultats:

- 21 patients ont répondu aux critères d'inclusion. Il s'agissait de 11 femmes et 10 hommes
- La moyenne d'âge était de 44 ans
- La localisation de la mono-arthrite:
 - 15 cas du genou
 - 1 cas de la hanche
 - 2 cas de l'épaule
 - 1 cas de l'articulation sacro-iliaque
 - 2 cas du coude.
- La durée moyenne d'évolution était de 17 jours.
- Cliniquement; la fièvre était présente dans 57% des cas
- Syndrome inflammatoire biologique trouvé dans 95%.
- Etiologies:
 - 15 cas d'origine septique
 - 3 cas de rhumatisme à dépôt de pyrophosphate de calcium
 - 2 cas de SPA
 - 1 cas de SDRC1

- Pour les mono-arthrites septiques:
 - ❑ l'étude du liquide articulaire ponctionné avait révélé:
 - Un liquide inflammatoire dans les 15 cas
 - Etude bactériologique: 3 cas de Staphylococcus aureus , 1 cas de Nisseria gonorrhée et aucun germe n'a été isolé dans 11 cas
 - ❑ La radiographie standard de l'articulation était normale dans 10 cas et dans 4 cas on avait des signes de pincement intra-articulaire
 - ❑ L'IRM était réalisée dans l'atteinte de la sacro-iliaque révélant une collection du muscle psoas avec un hypersignal de la sacro-iliaque; la patiente avait une notion de contagé tuberculeux et un quantiféron positif, le diagnostic d'une tuberculose sacro-iliaque était retenu
 - ❑ ces 14 cas étaient traités par antibiothérapie probabiliste puis adapté au germe dans les cas où il était isolé et par des antibacillaires dans le cas de la tuberculose avec une bonne réponse.
- 3 cas de chondrocalcinose du genou étaient diagnostiqués, on avait des images de calcification sur la radiographie standard et l'échographie, le liquide articulaire était inflammatoire, sans microcristaux, 2 patients étaient mis sous AINS et un patient sous colchicine avec une bonne réponse.
- 2 cas de SPA étaient révélés par une mono-arthrite du genou, associé à un syndrome rachidien cliniquement, un syndrome inflammatoire biologique, un liquide articulaire inflammatoire et HLAB27 positive, traité par la Sulfasalazine avec une bonne réponse.
- 1 cas de SDRC1 du genou était retenu, le liquide était mécanique , le diagnostic était posé après IRM du genou, le patient a reçu 3 perfusions de pamidronate avec bonne réponse

Conclusion:

La mono-arthrite aiguë est la première urgence en rhumatologie, le diagnostic étiologique se base sur l'anamnèse et l'examen clinique mais surtout sur l'étude de la ponction articulaire qui devra être réalisée en urgence, avec étude à la fois cytologique, bactériologique afin d'éliminer une origine septique, et sans oublier la recherche de microcristaux : urate de sodium et pyrophosphate de calcium. Par ailleurs, La mono-arthrite aiguë peut constituer une première manifestation d'un rhumatisme inflammatoire chronique .

Résultat du traitement des ostéochondrites disséquantes du dôme talien par autogreffe cartilagineuse

Znagui T., Elmokhtar A., Oueslati A., Bellila S., Saadi S., Moalla M., Nouisri L

Service d'orthopédie et traumatologie., Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

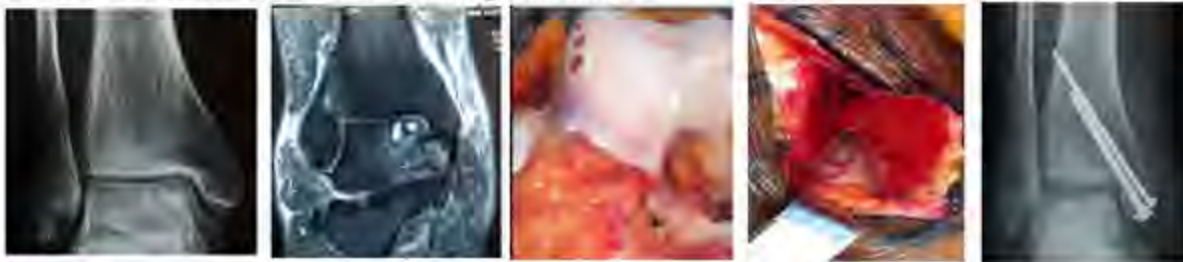
Introduction :

L'ostéochondrite disséquante du dôme du talus (ODDT) est une source des douleurs chroniques et de gênes fonctionnels importants. Elle nécessite souvent un traitement chirurgical lorsque elle résiste au traitement médical et fonctionnel. La greffe ostéochondrale en mosaïque est une alternative chirurgicale récente dont les résultats sont mal connus.

Le but de notre étude était d'évaluer les résultats à moyen terme d'une série de patients opérés pour ODDT par greffe ostéochondrale en mosaïque.

Méthodologie:

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 10 ans entre 2008 et 2017 permettant de colliger 07 dossiers exploitables pour des malades opérés pour des ODDT par mosaïcoplasties au sein du service d'orthopédie à hôpital militaire de Tunis. Notre population des malades comportait 07 militaires actifs de sexe masculin ayant eu des traumatismes précédents d'énergies différentes. Tous les malades ont eu un traitement médical et fonctionnel en pré-opératoire mais sans efficacité sur les douleurs. Le délai moyen entre le traumatisme et la chirurgie était de 28 mois. Tous les malades ont été opérés par voie trans-malléolaire et les greffons ont été prélevés à partir du genou homolatéral. Les malades ont été évalués au recul sur le plan clinique et radiologique et selon le score AOFAS et le score d'Ogilvie-Harris.



Résultats:

Le recul moyen de la révision était de 55 mois [14 mois-78mois]. Aucune complication per ou post-opératoire immédiate n'a été notée. L'ostéotomie malléolaire a été synthésée par un haubanage dans 05 cas et par un vissage dans 02 cas. Toutes les ost-

éotomies ont consolidées au recul et aucune morbidité liée à la voie d'abord n'a été notée y compris l'état local. Au niveau du site donneur un seul malade a gardé un syndrome fémoro-patellaire résistant au traitement médical et fonctionnel en rapport avec le prélèvement du greffon.

La mobilité articulaire était conservée pour tous les malades et le score AOFAS moyen final était de 81 points. Le score d'Ogilvie-Harris final était « excellent » ou « bon » chez 05 malades. La notion d'accident du travail diminuait significativement les scores fonctionnels. Le résultat fonctionnel était significativement meilleur pour les lésions infra-centimétriques ($p < 0,05$). Parmi les malades ayant un score d'Ogilvie-Harris médiocre, un a bénéficié d'une arthrodèse tibio-talienne secondairement.

Discussion:

Le traitement de l'ODDT par mosaïcoplastie est associée à des résultats satisfaisants avec des taux supérieurs à 80% dans la majorité de séries [1]. La voie trans-malléolaire est préconisée et les lésions infra-centimétriques sont associées à des meilleurs résultats fonctionnels [1,2]. Le principal facteur limitant est la morbidité du site donneur qui est largement rapportée dans toutes les séries entre 2 et 50 %, sans corrélation avec le nombre et la taille des greffons, ni avec l'âge et le poids du patient [3,4]. Les techniques « palliatives » ont de bons résultats à court termes sans morbidité du site donneur. Cependant, les résultats se dégradent dans le temps contrairement à la mosaïcoplastie [3,4].

Conclusions:

Le résultat des autogreffes chondrales en mosaïque pour des lésions d'ODDT est souvent satisfaisant. La mosaïcoplastie est donc une technique fiable et peut être considérée comme la technique de référence. Néanmoins, la morbidité non négligeable au niveau du site donneur ne doit cependant pas être négligée et le développement de greffons composites pourrait être une solution.

Références:

- [1]: Laffenêtre O. Osteochondral lesions of the talus: current concept. Orthop Traumatol Surg Res 2010;96:554-66.
- [2]: Valderrabano V, Leumann A, Rasch H, Egelhof T, Hintermann B, Pagenstert G. Knee-to-ankle mosaicplasty for the treatment of osteochondral lesions of the ankle joint. Am J Sports Med 2009;37(Suppl. 1):105S-115.
- [3]: Talusan PG, Milewski MD, Toy JD, Wall EJ. Osteochondritis dissecans of the talus: diagnosis and treatment in athletes. Clin Sports Med 2014;33:267-84.
- [4]: Versier G, Barbier O. Techniques de reconstruction cartilagineuse. EMC TechChir Orthop Traumatol 2014;1-16 [Article 44-035].

Traitement chirurgical des para-ostéoarthropathies ossifiantes de la hanche chez les paraplégiques

Znagui T., Elmokhtar A., Haddouk L., Amri K., Bellila S., Moalla M., Nouisri L.

Service d'orthopédie et traumatologie., Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

La résection chirurgicale des para-ostéoarthropathies ossifiantes (POAo) de la hanche (ostéome) chez les paraplégiques est justifiable si elles seront à l'origine d'une complication vasculaire, d'une complication infectieuse ou d'une raideur articulaire gênant le nursing et la posture du malade. Cependant, cette chirurgie peut entraîner des complications per ou post opératoires redoutables.

Le but de notre travail était d'évaluer le résultat de nos résections chirurgicales et de le comparer aux données de la littérature.

Méthodologie:

Nous avons colligé sur une période de 04 ans entre 2013 et 2016, onze cas d'une résection chirurgicale des ostéomes hanche chez des paraplégiques prises en charge au sein du service d'orthopédie hôpital militaire de Tunis. Une étude rétrospective évaluant l'indication de recours à la chirurgie, le déroulement de l'intervention, le résultat clinique et radiologique ainsi que les éventuelles complications a été effectuée chez tous les malades.



Résultats :

Il s'agit de 11 hanches chez 08 malades. La maturation des ostéomes était évaluée par une scintigraphie osseuse dans 07 cas et le scanner a été pratiqué chez tous les malades. L'indication chirurgicale était posée devant une limitation importante de la mobilité articulaire dans 09 cas et pour des escarres dans 02 cas. L'atteinte était essentiellement postéro-latérale avec 02 cas de lésion circonférentielle. Tous les malades ont eu abord postéro-latéral de Moore élargi et 02 malades ont eu une deuxième voie d'abord antérieure. La résection était jugée satisfaisante dans 08 cas. Aucune complication per-opératoire n'a été notée. 05 malades ont nécessité une transfusion sanguine post opératoire avec 03 cas d'infections superficielles et 01 cas d'une infection profonde nécessitant un drainage chirurgical. Après un recul moyen de 34 mois, le résultat était satisfaisant dans 06 cas avec récupération importante de la mobilité articulaire, une amélioration de la posture avec possibilité de la position assise sans aide chez 06 malades. Une perte de 30% de la mobilité per-opératoire était observée chez 05 malades avec récurrence de l'ostéome dans 03 cas.

Discussion:

Le POAO est une complication classique des paraplégiques et après un séjour prolongé en réanimation [1]. La prévention de son apparition est obligatoire et passe par un traitement et une prise en charge fonctionnelle adaptée [1,2]. Le traitement est presque toujours chirurgical et donne des résultats satisfaisants lorsque il est réalisé pour des indications appropriées [1,2]. Une récupération de mobilité peut être plus importante et durable en cas d'un remplacement prothétique mais ceci peut entraîner un taux plus important des complications notamment infectieuses [3]. L'étude de la maturation par le scanner ou la scintigraphie est obligatoire pour prévenir les récurrences [3]. Un retard prolongé dans la chirurgie peut entraîner des modifications pathologiques qui peut affecter la récupération fonctionnelle [3,4].

Conclusions:

Une POAO bien prise en charge garent dans la majorité un résultat fonctionnel satisfaisant.

Références:

- [1]: Sakellariou VI, Grigoriou E, Mavrogenis AF, Soucacos PN, Papagelopoulos PJ. Heterotopic ossification following traumatic brain injury and spinal cord injury: insight into the etiology and pathophysiology. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2012;12:230-40.
- [2]: Genet F, Marmorat JL, Lauridou C, Schnitzler A, Mailhan L, Denormandie P. Impact of late surgical intervention on heterotopic ossification of the hip after traumatic neurological injury. *J Bone Joint Surg Br.* 2009;91:1493-8.
- [3]: Denormandie P, de l'Escalopier N, Gatin L, Grelier A, Genet F. Resection of neurogenic heterotopic ossification (NHO) of the hip. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2016;104:5121-7.
- [4]: Baird EO, Kang QK. Prophylaxis of heterotopic ossification - an updated review. *J Orthop Surg Res.* 2009;4:12.

Traitement chirurgical des para-ostéoarthropathies ossifiantes de la hanche chez les paraplégiques

Znagui T., Elmokhtar A., Haddouk L., Amri K., Bellila S., Moalla M., Nouisri L.

Service d'orthopédie et traumatologie., Hôpital militaire principal d'instruction de Tunis, Tunisie

Introduction :

La résection chirurgicale des para-ostéoarthropathies ossifiantes (POAo) de la hanche (ostéome) chez les paraplégiques est justifiable si elles seront à l'origine d'une complication vasculaire, d'une complication infectieuse ou d'une raideur articulaire gênant le nursing et la posture du malade. Cependant, cette chirurgie peut entraîner des complications per ou post opératoires redoutables.

Le but de notre travail était d'évaluer le résultat de nos résections chirurgicales et de le comparer aux données de la littérature.

Méthodologie:

Nous avons colligé sur une période de 04 ans entre 2013 et 2016, onze cas d'une résection chirurgicale des ostéomes hanche chez des paraplégiques prises en charge au sein du service d'orthopédie hôpital militaire de Tunis. Une étude rétrospective évaluant l'indication de recours à la chirurgie, le déroulement de l'intervention, le résultat clinique et radiologique ainsi que les éventuelles complications a été effectuée chez tous les malades.



Résultats :

Il s'agit de 11 hanches chez 08 malades. La maturation des ostéomes était évaluée par une scintigraphie osseuse dans 07 cas et le scanner a été pratiqué chez tous les malades. L'indication chirurgicale était posée devant une limitation importante de la mobilité articulaire dans 09 cas et pour des escarres dans 02 cas. L'atteinte était essentiellement postéro-latérale avec 02 cas de lésion circonférentielle. Tous les malades ont eu abord postéro-latéral de Moore élargi et 02 malades ont eu une deuxième voie d'abord antérieure. La résection était jugée satisfaisante dans 08 cas. Aucune complication per-opératoire n'a été notée. 05 malades ont nécessité une transfusion sanguine post opératoire avec 03 cas d'infections superficielles et 01 cas d'une infection profonde nécessitant un drainage chirurgical. Après un recul moyen de 34 mois, le résultat était satisfaisant dans 06 cas avec récupération importante de la mobilité articulaire, une amélioration de la posture avec possibilité de la position assise sans aide chez 06 malades. Une perte de 30% de la mobilité per-opératoire était observée chez 05 malades avec récurrence de l'ostéome dans 03 cas.

Discussion:

Le POAO est une complication classique des paraplégiques et après un séjour prolongé en réanimation [1]. La prévention de son apparition est obligatoire et passe par un traitement et une prise en charge fonctionnelle adaptée [1,2]. Le traitement est presque toujours chirurgical et donne des résultats satisfaisants lorsque il est réalisé pour des indications appropriées [1,2]. Une récupération de mobilité peut être plus importante et durable en cas d'un remplacement prothétique mais ceci peut entraîner un taux plus important des complications notamment infectieuses [3]. L'étude de la maturation par le scanner ou la scintigraphie est obligatoire pour prévenir les récurrences [3]. Un retard prolongé dans la chirurgie peut entraîner des modifications pathologiques qui peut affecter la récupération fonctionnelle [3,4].

Conclusions:

Une POAO bien prise en charge garent dans la majorité un résultat fonctionnel satisfaisant.

Références:

- [1]: Sakellariou VI, Grigoriou E, Mavrogenis AF, Soucacos PN, Papagelopoulos PJ. Heterotopic ossification following traumatic brain injury and spinal cord injury: insight into the etiology and pathophysiology. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2012;12:230-40.
- [2]: Genet F, Marmorat JL, Lauridou C, Schnitzler A, Mallhan L, Denormandie P. Impact of late surgical intervention on heterotopic ossification of the hip after traumatic neurological injury. *J Bone Joint Surg Br.* 2009;91:1493-8.
- [3]: Denormandie P, de l'Escalopier N, Gatin L, Grellier A, Genet F. Resection of neurogenic heterotopic ossification (NHO) of the hip. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2016;104:5121-7.
- [4]: Baird FO, Kang QK. Prophylaxis of heterotopic ossification - an updated review. *J Orthop Surg Res.* 2009;4:12.

Troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs chez les techniciens d'anesthésie

Sellami I1, Feki A2, Hriz A2, Akrouf R2, Baklouti S2, Jmal Hammami K1, Masmoudi M. L.1, Hajjaji M1

1 Service de médecine du travail et de pathologies professionnelles, CHU Hédi Chaker Sfax. 2 Service de rhumatologie, CHU Hédi Chaker Sfax

Introduction :

Le travail au niveau du bloc en postures contraignantes chez les techniciens supérieurs d'anesthésie est à l'origine de l'apparition de troubles musculo-squelettiques se localisant essentiellement aux membres supérieurs.

Objectif : Etudier la prévalence des troubles musculo-squelettiques chez les techniciens supérieurs.

Matériels et méthodes :

- Étude transversale auprès des techniciens supérieurs d'anesthésie travaillant aux blocs des CHU Hédi Chaker et Habib Bourguiba
- 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 :

- ❖ 27 techniciens supérieurs d'anesthésie
- ❖ Âge moyen **48,3 ± 7,8 ans**
- ❖ Ancienneté professionnelle moyenne de **22,8 ± 8,4 ans**.
- ❖ La majorité était marié 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 participants.
- ❖ Seulement **20,7%** des interrogées exerçaient une activité physique régulière.
- ❖ Une arthrose était retrouvée chez 8 techniciens.
- ❖ 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
 - ✓ **42%** 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 **2,6 ± 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 enquêtés

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
Epaules/bras	56%	%	5,9
Coudes/avant bras	28%	20%	4,83
Mains/poignet	60%	28%	5,5
Doigts	24%	12%	4

Discussion :

Les techniciens d'anesthésie 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 techniciens supérieurs d'anesthésie 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.

Hanche douloureuse chez l'enfant : étude épidémiologique à propos de 33 cas

M.Haddaoui, W. Osman, A.trabelsi, M.Jedidi, L. Hassini, K.bouattour, M.Ben Ayeche

SERVICE ORTHOPEDIE CHU SAHLOUL SOUSSE

Introduction :

La hanche douloureuse est un problème de pathologie pédiatrique courante. Les étiologies sont nombreuses et variées, et, à côté des causes classiques que sont la synovite aiguë transitoire, la maladie de Legg-Perthes-Calvé et le glissement épiphysaire fémoral supérieur, il ne faut pas méconnaître les causes infectieuses, inflammatoires, traumatiques et tumorales.

Nous rapportons une série de 33 cas de hanche douloureuse de l'enfant et nous discutons l'aspect épidémiologique et les différentes étiologies.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective à propos de 33 cas de hanches douloureuses de l'enfant d'étiologies différentes colligés au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de CHU Sahloul-Sousse entre les années 2017-2018. Les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, étiologiques, la prise en charge et l'évolution de ces patients ont été analysées.

Résultats :

33 cas de hanches douloureuses ont été inclus dans cette étude parmi lesquelles 13 filles et 20 garçons. L'âge moyen des patients est de 9 ans (4ans -15ans) Les étiologies trouvés sont : l'épiphysiolyse dans 12 cas dont le diagnostic était établi par une radiographie du bassin de face et incidence de Laueinstein,

l'ostéochondrite dans 8 cas dont le diagnostic était élucidé par une radiographie de bassin chez tous les patients et une IRM chez 3 patients



L'arthrite septique de la hanche dans 2 cas confirmé par une ponction articulaire (+), 2 cas de chondrolyse idiopathique de l'adolescent, 7 cas de rhume de la hanche qui reste un diagnostic d'élimination, un cas de tumeur osseuse bénigne de type kyste essentiel et un cas de traumatisme. Le traitement était médical dans 7 cas, fonctionnel dans 6 cas et chirurgical dans 11 cas. L'évolution était bonne pour la majorité des patients.



Discussion :

Les pathologies de hanche surviennent à tout âge chez l'enfant. L'arthrite septique et la synovite aiguë bénigne transitoires ont les causes les plus fréquentes chez le jeune enfant, ce second diagnostic devant rester un diagnostic d'exclusion. Chez l'enfant et l'adolescent, les pathologies mécaniques sont les plus fréquentes. L'ostéochondrite peut être latente ou pauci symptomatique. En phase péri pubertaire, l'épiphysiolyse est la cause la plus fréquente et requiert une prise en charge en urgence pour réduire les risques de complication et séquelles. Parmi les pathologies inflammatoires, la spondylarthropathie peut se révéler par une atteinte isolée de la hanche. La chondrolyse idiopathique demeure une entité de pathogénie mystérieuse et de pronostic fonctionnel réservé.

Conclusion:

La boiterie chez l'enfant peut être d'origine infectieuse, inflammatoire, dystrophique, tumorale ou traumatique. Il ne faut jamais passer à côté d'une urgence telle qu'une arthrite septique ou une OMA. Une prise en charge adéquate peut garantir une bonne évolution.

Titre: Le syndrome d'activation macrophagique dans un service de rhumatologie

Auteurs: Dghaies A., Jguirim M., Fakhfakh R., Grassa R., Jomaa O., Zrour S., Bejia I., Touzi M., Bergaoui N.

Adresse: Service de Rhumatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction :

Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est lié une stimulation inappropriée des macrophages dans la moelle et le système lymphoïde à l'origine d'une hémophagocytose et de libération de cytokines pro-inflammatoires. Cette pathologie est grevée d'une morbidité certaine pouvant mettre en jeu le pronostic vital. On distingue le SAM primaire essentiellement chez l'enfant et le SAM secondaire (post-infectieux, néoplasique, maladies systémiques).

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant cinq patients hospitalisés au service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba Monastir ayant présenté un tableau clinico-biologique ou histologique suggestif de SAM sur une période de 12 ans (2006-2018).

Résultats:

*Notre série comporte cinq patients dont quatre femmes et un homme d'un âge moyen de 32 ans (15-53ans). Le tableau clinique était dominé par des polyarthralgies évoluant dans un contexte d'altération de l'état général.

Signes cliniques de SAM	Nombres de patients/5
Fièvre	5
AEG	5
SPM	3
HPM	1
ADP	3
Atteinte cutanée*	3
Signes neurologiques	1
Signes respiratoires	1

SPM: splénomégalie; HPM: hépatomégalie

ADP: adénopathies, AEG: altération de l'état général

Signes cutanés*: livédo et paleur cutanéomuqueuse

*Les bilans biologiques avaient révélé: une bi- ou pancytopenie avec des troubles de la coagulation chez trois patients (les 2 restants avaient soit une anémie profonde isolée soit une thrombopénie sévère) ; une cytolysé hépatique allant de 2 à 9 fois la normale chez 3 patients avec une ferritinémie et hémophagocytose au myélogramme observées chez tous les patients.

*L'origine du SAM était infectieuse chez deux patients, immunologique chez deux autres patients et d'origine indéterminée chez un patient. Les maladies sous-jacentes étaient: le lupus érythémateux systémique, la polyarthrite rhumatoïde et la maladie de Still.

*Un traitement anti-infectieux était instauré pour deux patients (les deux SAM d'étiologie infectieuse). Les corticoïdes sous forme de bolus de solumédrol 3 jours de suite puis passage à la voie orale à la dose de 1mg/kg/j puis dégression pour trois patients. Deux patients ont nécessité le séjour en réanimation et ont eu une perfusion d'immunoglobulines à la dose de 2g/kg/j.

*Le décès est survenu chez une patiente âgée de 41 ans, à cause d'une pneumopathie hypoxémiant non contrôlée après une amélioration initiale sous bolus de solumédrol et perfusions d'immunoglobulines et l'évolution était favorable pour le reste des patients.

Discussion:

Le syndrome d'activation macrophagique est une maladie rare, à début brutal et d'évolution rapidement fatale. L'incidence du SAM est évaluée grossièrement entre 0,8 et 4 % des myélogrammes étudiés. La fréquence des cas observés dans certaines séries suggère que son incidence est sous-estimée. Comme notre étude, les rares études d'incidence sont pour la plupart rétrospectives et limitées par la nécessité de documents cytologiques pour inclure les malades. La particularité de cette étude est que le diagnostic de SAM a été évoqué malgré un tableau volontiers trompeur devant les manifestations ostéoarticulaires surajoutées au tableau clinique. Le but du traitement est de contrôler la réaction inflammatoire avec suppléance rapide des défaillances et administration de traitement spécifique en fonction du diagnostic étiologique. Le pronostic est conditionné par la précocité de la prise en charge. Dans les principales séries publiées, le pronostic est défavorable dans environ 48 % des cas, montrant bien la gravité de cette pathologie.

Conclusion:

Le SAM est une pathologie rare mais grave avec des signes clinico-biologiques peu spécifiques qui rendent le diagnostic difficile et souvent tardif ce qui aggrave le pronostic. La prise en charge thérapeutique reste codifiée en fonction de l'étiologie retrouvée. Le traitement en absence d'une orientation étiologique spécifique n'est pas dépourvu de risques: la prescription de corticoïdes chez un malade qui présente une infection sous-jacente peut être fatale. Pour ce, une enquête infectieuse minutieuse et exhaustive doit être faite.

Titre: La sclérodermie à mode de début articulaire: à propos de 15 cas

Auteurs: Dghaies A., Jguirim M., Fakhfakh R., Grassa R., Jomaa O., Zrour S., Bejia I., Touzi M., Bergaoui N.

Adresse: Service de Rhumatologie, CHU Fattoouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

Introduction :

La sclérodermie est une connectivite systémique, caractérisée par une atteinte des microvaisseaux et du tissu conjonctif occasionnant des lésions de sclérose cutanée et viscérale pouvant être mortelles. Elle survient sur un terrain d'autoimmunité. Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques cliniques, para cliniques, évolutives et les modalités thérapeutiques de la sclérodermie ayant comme mode de début des manifestations articulaires.

Patients et méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 15 patients hospitalisés au service de rhumatologie, CHU Fattoouma Bourguiba Monastir, ayant présenté un tableau clinique ou para-clinique suggestif de sclérodermie sur une période de 16 ans (2002-2018).

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 50,6 ans (29-81ans) avec une prédominance féminine. Le mode de début était des polyarthralgies avec syndrome de Raynaud chez 11 patients et des arthrites chez huit patients évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. Une sclérose cutanée était observée chez 12 patients, des télangiectasies chez huit patients, une limitation de l'ouverture de la bouche chez six patients, une calcinose sous cutanée et des ulcérations chez deux patients avec un syndrome de CREST chez cinq patients. Cinq patients se plaignaient de dysphagie et de dyspnée d'effort. Un seul patient avait des œdèmes des 2 membres inférieurs.

Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez 11 patients avec une anémie inflammatoire chez trois patients et une protéinurie élevée à 0,5 g/l chez un seul patient. Les anticorps antinucléaires étaient positifs chez 11 patients avec anticorps anti Scl 70, anti SSA, anti centromères, anti RNP et anti-CCP positifs chez deux patients et facteur rhumatoïde positif chez cinq patients. Cinq patients avaient un syndrome restrictif, un syndrome sec et une hypertension artérielle pulmonaire, trois patients un apéristaltisme œsophagien et huit patients avaient une capillaroscopie pathologique. Les associations pathologiques étaient: l'hypothyroïdie, la maladie de Horton, la polyarthrite rhumatoïde et le syndrome de SHARP. Le traitement était la corticothérapie associée à un inhibiteur calcique dans 60% des cas, plaquenil et colchicine dans 40%.



Disparition des plis frontaux avec exagération des plis péribuccaux avec: Télangiectasies¹ Lèvres amincies²

Discussion

Les atteintes ostéoarticulaires dans la sclérodermie sont constatées dans un tiers des cas et sont souvent révélatrices de la maladie. Ces manifestations sont associées au syndrome de Raynaud et à la sclérodactylie avec une atteinte viscérale évocatrice (pulmonaire, rénale ou cardiaque) et des lésions cutanées caractéristiques (sclérose cutanée avec sclérodactylie, télangiectasies, calcinose sous cutanée, ulcérations). Une atteinte articulaire peut être la présentation initiale de la maladie (12 à 65%) ou survenir au cours de son évolution. D'après Baron et al. 1982, plus de 50 % des malades (46 à 97 %) développent une symptomatologie articulaire au cours de leur maladie. Des arthralgies et une raideur des doigts, mains et poignets prédominent mais les synovites sont possibles. La présentation clinique peut correspondre à une oligo-arthrite ou à une véritable polyarthrite, pouvant poser un problème diagnostique avec les rhumatismes inflammatoires débutants. En 2005, dans une série rétrospective de 100 malades évaluant l'atteinte articulaire des pieds en comparaison avec celle des mains, il a été mis en évidence des arthralgies chez 23 % des patients et des arthrites chez 14 % des patients aux pieds. Des arthralgies chez 9 % des patients et des arthrites chez 11 % des patients au niveau des mains. L'atteinte œsophagienne est la plus fréquente des atteintes viscérales, elle conditionne le pronostic. Les anticorps antinucléaires, sont présents chez 90 % des malades sclérodermiques avec des anticorps anti-Scl70 positifs dans environ 30 % des cas à forme cutanée diffuse. Ils sont spécifiques de cette maladie. Les anticorps anti-centromères sont présents dans 30 à 60 % des cas à forme cutanée limitée. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre les anticorps anti-Scl70 et les différentes manifestations ostéoarticulaires. Une corticothérapie à faible dose est indiquée pour l'atteinte articulaire. La voie générale doit être réservée pour les formes aiguës œdémateuses car il y a un risque accru de crise rénale sclérodermique à des doses supérieures à 15 mg/j d'équivalent de prednisolone. Les résultats de notre étude rejoignent ceux de la littérature mais sur une population de patients atteints de sclérodermie à mode de début articulaire avec une meilleure étude de ces manifestations ostéoarticulaires.

Conclusion:

La sclérodermie est une maladie rare qui peut avoir un retentissement important sur l'organisme à cause des lésions viscérales. Les atteintes articulaires révélatrices de la maladie sont fréquentes et conditionnent le pronostic fonctionnel.

Manifestations ostéoarticulaires des déficits immunitaires communs variables

A. Guiga, D. Khalifa, N. Guizani, A. Fraj, A. Bouker, A. Atig, N. Ghannouchi

Service de médecine interne, hôpital Farhat Hached, Sousse, Tunisie

Introduction :

Le déficit immunitaire commun variable (DICV), plus fréquent des déficits immunitaires primitifs de l'adulte, est une pathologie rare. Il s'agit d'un déficit de l'immunité humorale caractérisé par des infections bactériennes à répétition, et par la survenue de maladies auto-immunes, granulomatose systémique et une fréquence accrue de néoplasies. Les manifestations ostéoarticulaires sont variables dominées par l'arthrite infectieuse. Le but de cette étude est de décrire les différentes manifestations ostéoarticulaires rencontrées au cours du DICV.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective, descriptive incluant 11 patients porteurs d'un DICV dans un service de médecine interne entre 2000 et 2018

Résultats :

Onze patients étaient colligés sur 18 ans. Il s'agit de femmes et 3 hommes. L'âge moyen du diagnostic était 24.2 ans (extrêmes : 2 - 40 ans). Le délai moyen du diagnostic était de 6.8 ans (extrêmes : 1 - 22 ans) avec un suivi moyen de 9 ans (extrêmes : 6 mois - 14 ans). Au moment du diagnostic, le taux moyen des gammaglobulines était à 3g/L. Les infections récidivantes étaient le mode d'entrée de la maladie chez tous les patients dominés par les infections poumons et la sphère oto-rhino-laryngée dans 91% des cas.

Pathologie associée	Pourcentage
Granulomatose	36,3%
Néoplasie	18,1%
PTI	18,1%
Atteinte digestive	27,2%

Les manifestations ostéoarticulaires étaient retrouvées dans 8 cas (72.7%), il s'agissait de : **1/Manifestations infectieuses:** un cas d'ostéomyélite aiguë du fémur, une myosite infectieuse des grands et moyen fessier chez un patient

2/ Les malformations :

- un pectus excavatum
- une cyphose dorsale
- une syndactylie
- un visage triangulaire
- une macrognathie.

3/Atteintes dégénératives non spécifiques : un cas de tendinopathie de la coiffe et un cas de protrusion discale lombaire. L'atteinte articulaire était toujours non destructrice. une ostéoporose chez 2 patients compliquée dans un cas de fracture de l'épaule droite et du poignet. Une pathologie microcristalline était rencontrée dans un cas et un syndrome malformatif avec retard statural était constaté dans 3 cas.

4/Connectivite :

Des arthralgies des grosses articulations étaient rapportées dans un cas et dans un autre en rapport avec un syndrome de SjÖgren qui a bien évolué sous anti paludéens de synthèse.

Tous les patients étaient traités par des immunoglobulines humaines polyvalentes à dose substitutive. L'évolution était fatale chez 4 patients, les causes de décès étaient des complications infectieuses dans 3 cas et un cancer gastrique évolutif dans un cas

Conclusion :

Les manifestations ostéoarticulaires du DICV sont polymorphes et non spécifiques. L'association de manifestations ostéoarticulaires et d'une hypogammaglobulinémie ou d'autres anomalies immunitaires évocatrices doivent faire évoquer un DICV, après avoir éliminé un syndrome lymphoprolifératif et différentes étiologies infectieuses ou iatrogènes

Hématopoïèse extra-médullaire historique au cours d'une bêta-thalassémie majeure

Mosbah H.¹, Jguirim M.¹, Hmida B.², Fakhfakh R.¹, Dghaies A.¹, Jmaa O.¹, Grassa R.¹, Zrour S.¹, Bajia I.¹, Touzi M.¹, Bergaoui N.¹, Golli M.²

1. service de rhumatologie de Monastir

2. service de radiologie de Monastir

Introduction :

Hémoglobinopathies-> érythropoïèse inefficace -> mécanisme compensateur: hématopoïèse extra-médullaire -> envahissement des organes (foie, rate, ganglions lymphatiques et reins)->manifestations cliniques fonction de la localisation. L'atteinte du tissu para-spinal est rarissime.

Discussion :

L'érythropoïèse excessive et inefficace au cours de la bêta-thalassémie, comme chez notre patient, peut être responsable de la formation de pseudotumeurs péri-sacrées, sièges d'une hématopoïèse extra-médullaire pouvant induire des lésions neurologiques (3).

Le diagnostic est évoqué sur les antécédents et une clinique évocatrice.

La radiographie montre une opacité à limites nettes et réguliers mais l'IRM est l'examen essentiel qui confirme le diagnostic (1).

Chez les patients symptomatiques des transfusions itératives en inhibant la stimulation de l'érythropoïèse (2) sont indiqués.

Pour notre patient à cause d'une hémochromatose secondaire le rythme de transfusion n'a pas pu être augmenté. Donc devant une compression radiculaire la radiothérapie a constitué un traitement efficace tout en évitant la chirurgie avec ses risques anesthésiques et hémorragiques.

la corticothérapie et plus récemment l'hydroxyurée sont aussi des moyens thérapeutiques(4).

Intérêt de l'observation :

On souligne l'importance d'évoquer une compression radiculaire par une masse d'hématopoïèse extra-médullaire chez tout patient suivi pour hémoglobinopathie présentant une lombosciatique.

Observation :

Homme : 28 ans
tabagique, alcoolique, allergique à la pénicilline
bêta-thalassémie majeure, splénectomisé à l'âge de 6 mois.

Durant une durée de 10 mois:

Lombosciatalgies pluri radiculaires touchant les deux membres inférieurs.

Pas de signes généraux ni troubles vésico-sphinctériens.

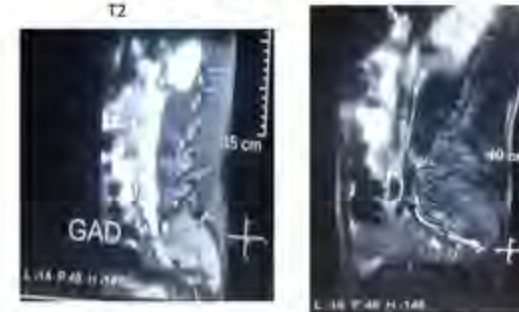
Pas de déficit moteur associé.

Radiographie:



- 1: Trabéculations grossières
- 2: Masse polylobée de densité tissulaire en regard du sacrum.

IRM médullaire: T1



Masses tissulaires dorsales et péri-sacrées
extension endocanalaire avec obstruction quasi-totale des trous sacrés.

-> **10 séances de radiothérapie conventionnelle** sur la masse sacrée.

-> Amélioration partielle des douleurs radiculaires.

Références:

- 1- Ben Amar J et al., Hématopoïèse extramédullaire révélant une bêta-thalassémie, Presse Med (2014).
- 2- E Smitaman, A Rublinowitz, Hématopoïèse extra-médullaire dans la bêta-thalassémie, N Engl J Med 2010;362:253.
- 3- Varlet G, and al. Beta-thalassemia intermedia complicated by spinal cord compression. Report of three cases and meta-analysis. Neurochirurgie 56(4):315-23. April 2010
- 4- C. Nasr Ben Ammar et al. Hématopoïèse extramédullaire : à propos de deux cas / Cancer/Radiothérapie 11 (2007) 490-494

Une leucémie lymphoblastique aigüe révélée par une atteinte osseuse

Mosbah H.¹, Jguirim M.¹, Njim L.², Boukhriess S.³, Jomaa O.¹, Zrour S.¹, Bajia I.¹, Touzi M.¹, Bergaoui N.¹, Zakhama A.².

1. Service de rhumatologie Monastir

2. Service d'anatomopathologie Monastir

3. Service d'hématologie Monastir

Introduction :

La leucémie aigüe (LA) lymphoblastique se voit essentiellement chez l'enfant mais elle peut se voir aussi chez l'adulte. Le tableau clinique initial associe des signes liés à l'insuffisance médullaire à des signes directement liés à la prolifération tumorale(1). Un polymorphisme clinique est de plus en plus décrit.

Discussion :

Les manifestations habituelles sont une anémie, une altération de l'état général et un syndrome tumoral. Les manifestations ostéo-articulaires sont une forme peu fréquente de révélation des LA. D'autre part, la présence de blaste n'est présente que dans 40% pour ces patients ce qui cause fréquemment un délai diagnostique important(2). La lombo-cruralgie chez notre patient peut s'expliquer par une infiltration massive de la moelle osseuse par des cellules malignes et un probable effet masse Il est nécessaire devant des douleurs osseuses d'éliminer une cause traumatique et d'écarter un cancer métastatique de tumeur solide ce qui a été réalisé pour notre patiente. L'IRM peut mettre en évidence des anomalies en faveur d'une hémopathie (3). Les différents examens para-cliniques ne permettant pas de poser un diagnostic certain, seul le myélogramme est en mesure de le faire. Bien que le pronostic de la LA reste défavorable, une nouvelle analyse de la survie nette montre une tendance à l'amélioration globale de la survie à 5 ans au cours du temps(4).

Conclusion et intérêt de l'observation:

Le parcours diagnostique d'une leucémie va de l'identification des cellules blastiques à la confirmation de la leucémie et la détermination de la lignée atteinte. Nous révélons par cette observation les difficultés diagnostiques devant un tableau atypique de leucémie aigüe trainante avec localisation osseuse mimant une métastase osseuse au premier plan.

Observation:

-Femme: 55 ans ,diabétique, hypertendue.

-**lombo-cruralgie gauche d'horaire mixte.**

-Examen :patiente hyperalgique avec station debout et marche avec aide

Douleur la percussion des épineuses lombaires

Syndrome clinostatique des membres inférieurs

Pas de syndrome tumoral.

-Biologie: syndrome inflammatoire

hypercalcémie

pas de hyperleucocytose

Pas de protéinurie.

-Radiographies: pas d'anomalies.

-Deux biopsies osseuses et des parties molles au niveau de cette lésion ont été faites et étaient non concluantes.

-Une **ponction sternale** a été alors réalisée ayant comme résultat une **infiltration de la moelle par des cellules extra-hématopoïétique avec blocage de maturation et ébauche de différenciation granuleuse du reste des cellules.**

La recherche de primitif n'a pas montré d'anomalies.

-Evolution: apparition d'une pancytopenie fébrile et altération de l'état général.

On a noté aussi, 4 mois après le début des symptômes, la présence des blastes sur les NFS avec un pourcentage variant de 2% à 18%.

-Une **biopsie ostéo-médullaire** avec étude anatomopathologique et immuno-histochimie ont confirmé le diagnostic de **leucémie aigüe lymphoblastique B.**

la patiente a été confiée aux hématologues pour le traitement de la leucémie.



-IRM lombaire:
Aspect lytique de rehaussement nodulaire hétérogène de tout l'os iliaque gauche avec infiltration des parties molles.

1-S. R. Pasivog, et al. Rites knucniars aiguis. iv Mid Sahan 2008 ; 4 : 1272-8
2-G. Michel, Leucémie aigüe lymphoblastique de l'enfant et de l'adolescent. Clinique et traitement
3-C. Flahes et coll. Leucémie aigüe découverte par imagerie par résonance magnétique osseuse : deux observations pédiatriques. Archives de Pédiatrie 2017;24:542-546
4-Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 - Hémopathies malignes

Dépistage des troubles anxio-dépressifs et évaluation de la qualité de vie et chez les sujets âgés en milieu rhumatologique

EL Achek MA, Farhat A, Zrou S, Bejia I, Touzi M, Jguirim M, Bergaoui N

Service de Rhumatologie Monastir

Introduction :

La qualité de vie (QdV) est un concept global, subjectif et multidimensionnel. Il comprend la notion d'autonomie physique et également celle du bien être psychologique, social et spirituel. Le milieu rhumatologique est caractérisé par une multitude des pathologies inflammatoires et dégénératives ce qui nous a amené à évaluer la qualité de vie et à dépister les troubles anxio-dépressifs chez des patients âgés de plus de 65 ans.

Matériels et méthodes:

Etude prospective menée au service de rhumatologie Monastir-Tunisie sur 3 mois colligeant 30 patients âgés de plus de 65 ans. On s'est basé sur des questionnaires spécifiques pour évaluer la qualité de vie (SF-12) et dépister la dépression (GDS, miniGDS).

Résultats:

11 hommes et 19 femmes étaient colligés (SR=0,57). L'âge moyen était de 73,2 ans [65-89]. 73,3% étaient illettrés et 20% avaient un niveau d'instruction primaire. 57,7% étaient mariés contre 43,3% veufs. L'isolement social était présent dans 10%. Un niveau socio-économique était bas dans 30% des cas. Nos patients avaient comme ATCD une HTA (70%), un diabète (60%), une lombosciatique (63,3%), une gonarthrose (50%), un myélome multiple (13,3%) et une métastase osseuse (6,7%). 93,34% étaient presque toujours déprimés selon le score GDS (score ≥ 10). Le Mini GDS révélait 90% déprimés. La QdV était évaluée dans ces deux domaines physique et mentale par le score SF-12. Une QdV physique supérieure à la moyenne de la population normale (SF-12 > 50) était trouvée dans 3,3 %, inférieure à 84% de la population normale dans 46,7 % et inférieure à 98% de la population normale dans 50 %. Une QdV mentale supérieure à la moyenne de la population normale (SF-12 > 50) était trouvée dans 16,67 %, inférieure à 84% de la population normale dans 73,33 % et inférieure à 98% de la population normale dans 10%.

Discussion:

Une étude de Rupp et al a montré une corrélation significative négative entre la fatigue évaluée par MFI 20 et l'EVA fatigue et les composantes physiques et mentales évaluée par le SF36.[1] La dépression est bien connue comme un facteur de mauvais pronostic de pathologies tels les AVC et même les cancers. Elle conditionne la récupération fonctionnelle, le confort et la survie. Seule, elle est en soi un facteur de mauvais pronostic. Les syndromes gériatriques sont souvent associés à la dépression. La dépression peut être un facteur étiologique, tout comme elle peut être un facteur précipitant des chutes, de l'incontinence urinaire ou de la dépendance fonctionnelle. Certains auteurs en ont fait même un syndrome gériatrique à part entière. La situation est fréquente, multifactorielle et spécifique aux personnes âgées.[2,3,4] Selon la HAS 2012 la population des personnes âgées à partir du seuil de 64 ans tout en précisant que les personnes les plus concernées par les chutes répétées étaient celles âgées de plus de 75 ans dites « fragiles » (la fragilité se définissant comme un état médico-psycho-social instable), l'isolement est un facteur majorant le risque des chutes . [5]

Conclusion :

Vu la vulnérabilité et la prévalence accrue de la dépression chez les sujets âgés et compte tenu de son retentissement sur la qualité de vie, une évaluation ainsi qu'une prise en charge précoce et adéquate s'imposent.

Bibliographie:

[1]-Rupp I et al Impact of fatigue on health related quality of life in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2001/[2] Feng L et al. Frailty predicts new and persistent depressive symptoms among community-dwelling older adults: findings from Singapore longitudinal aging study. J Am Med Dir Assoc 2014. / [3] Bouchon JP. 1 + 2 + 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat 1984. / [4] O. Drunat. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie .2014 [5] Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention

Qualité de vie au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques

Farhat A, El Amri N, Zeglaoui H, El Achek MA, Baccouche K, Bouajina E

Service de Rhumatologie CHU Farhat Hached de Sousse

Introduction :

Les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) impactent d'une façon importante la qualité de vie (Qdv). Ce retentissement est d'origine multifactorielle du fait de la maladie elle-même et des co-morbidités associées. Le but de notre étude était d'évaluer la qualité de vie des patients ayant un RIC.

Matériels et méthodes:

Il s'agit d'une étude transversale concernant 30 patients atteints de RIC colligés au service de Rhumatologie du CHU Farhat Hached de Sousse sur une période de 3 mois. Les données ont été recueillies sur une fiche préétablie et tous les patients ont eu un interrogatoire évaluant les co-morbidités et les facteurs sociodémographiques et ont rempli les auto-questionnaires des indices spécifiques. La qualité de vie était évaluée par le score SF-12 avec sa double composante physique et mentale.

Résultats:

- Il s'agit de 30 patients d'âge moyen de 48,57 ans [21-73].
- Le sex ratio H/F est de 0,58.
- 43,3% des patients avaient une polyarthrite rhumatoïde (PR), 40% une spondylarthrite (SP), 6,7% un lupus érythémateux systémique et un syndrome de Gougerot-Sjögren et 3,3 % une sclérodermie.
- La durée moyenne d'évolution était de 75,43 mois [12-240].
- 40 % de nos patients étaient illettrés, 30% avaient un niveau d'instruction primaire, 26,7% un niveau secondaire et 3,3% un niveau supérieur. 70% mariés, 20 % étaient célibataires et 10% veufs.
- L'isolement social était présent dans 16,7% et un niveau socio-économique bas dans 3,3% des cas.

- Une Qdv physique supérieure à la moyenne de la population générale (composante physique du SF-12 > 50) était trouvée dans 20%, alors que 80% de nos patients avait une composante physique inférieure à la moyenne de la population générale.

- Une Qdv mentale supérieure à la moyenne de la population générale (composante mentale du SF-12 > 50) était trouvée dans 13,3%, alors que 86,6% de nos patients avaient une composante mentale inférieure à la moyenne de la population générale. - -

- Pour les patients atteints de SP, une corrélation non significative était retrouvée entre L'ASDAS et la Qdv avec sa double composante physique et mentale. Cette dernière dans sa composante physique était corrélée d'une façon statistiquement significative à la VS ($p = 0,02$) et à la CRP ($p = 0,004$).

- Pour les patients atteints de PR, une corrélation non significative était retrouvée entre le DAS28 et la Qdv dans sa composante mentale alors qu'il n'existait pas de corrélation avec la composante physique.

Discussion:

- La qualité de vie apparaît comme : « ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie » ; « l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie » ou bien encore « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne, en essayant d'approcher le point de vue du patient ». L'Organisation mondiale de la santé a proposé, en 1997, comme définition : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». La diversité des définitions proposées rend compte de la complexité du concept. [1]

- Les mesures de qualité de vie, aussi appelées échelles, analysent les réponses à un questionnaire standardisé et validé. On peut distinguer trois domaines d'application de ces mesures : la recherche clinique, la santé publique, l'exercice médical quotidien.

- Pendant ces dernières années, un nouveau concept apparaît, qui est largement utilisé en rhumatologie : c'est le concept de mesure de qualité de vie personnalisée. Avec ce concept on peut choisir le domaine à évaluer et à améliorer. [2]

Conclusion:

Notre étude avait conclu que les RIC altèrent généralement la Qdv et que cette dernière est corrélée de façon significative au SIB et de façon non significative à l'activité de la maladie.

Références

- [1]. C. Brousse et al. Quality of life and scales measuring. vue de médecine interne 28 (2007).
- [2]. Jacques Pouchot. Mesures de la qualité de vie en rhumatologie.comptes rendus de la4ème journée de thérapeutique de l'UFR Lariboisière Saint- Louis, Paris, 25 oct 2002.

Prévalence de la dynapénie dans la population féminine tunisienne

C.Daldoul, N.El Amri, A.Kalai, K.Baccouch, H.Zeglaoui, E.Bouajina.

Service de Rhumatologie, CHU Farhat Hached, Sousse

Introduction :

La diminution de la masse musculaire liée à l'âge est approximativement de l'ordre de 1% par an après l'âge de 40 ans. Elle s'accompagne d'altération dynamique du muscle appelée dynapénie. Cette dynapénie entraîne une diminution des capacités de déambulation et augmentation de risque de chute entraînant une majoration des fractures de fragilité. Le Timed Up and Go est un test fiable pour l'évaluation de cette dynapénie. L'objectif de notre travail était d'évaluer la prévalence de la dynapénie chez les femmes tunisiennes.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, s'étalant sur une période de 5 mois (d'Aout 2018 à décembre 2018). Notre étude a inclus des femmes post-ménopausiques qui ont été référées par leurs médecins traitants pour mesure de la DMO. Les données cliniques, anthropométriques ont été relevées. Le timed Up and Go test a été réalisé. Ce test calcule le temps qu'une personne prend pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, faire un demi-tour, retourner à la chaise et s'asseoir. La durée du test est corrélée à la dynapénie. La durée du test est considérée allongée si elle dépasse les 20 secondes. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée au niveau du site fémoral et vertébral par DEXA. La baisse de la DMO était définie selon l'OMS. Le seuil de signification a été fixé à 0.05.

Résultats:

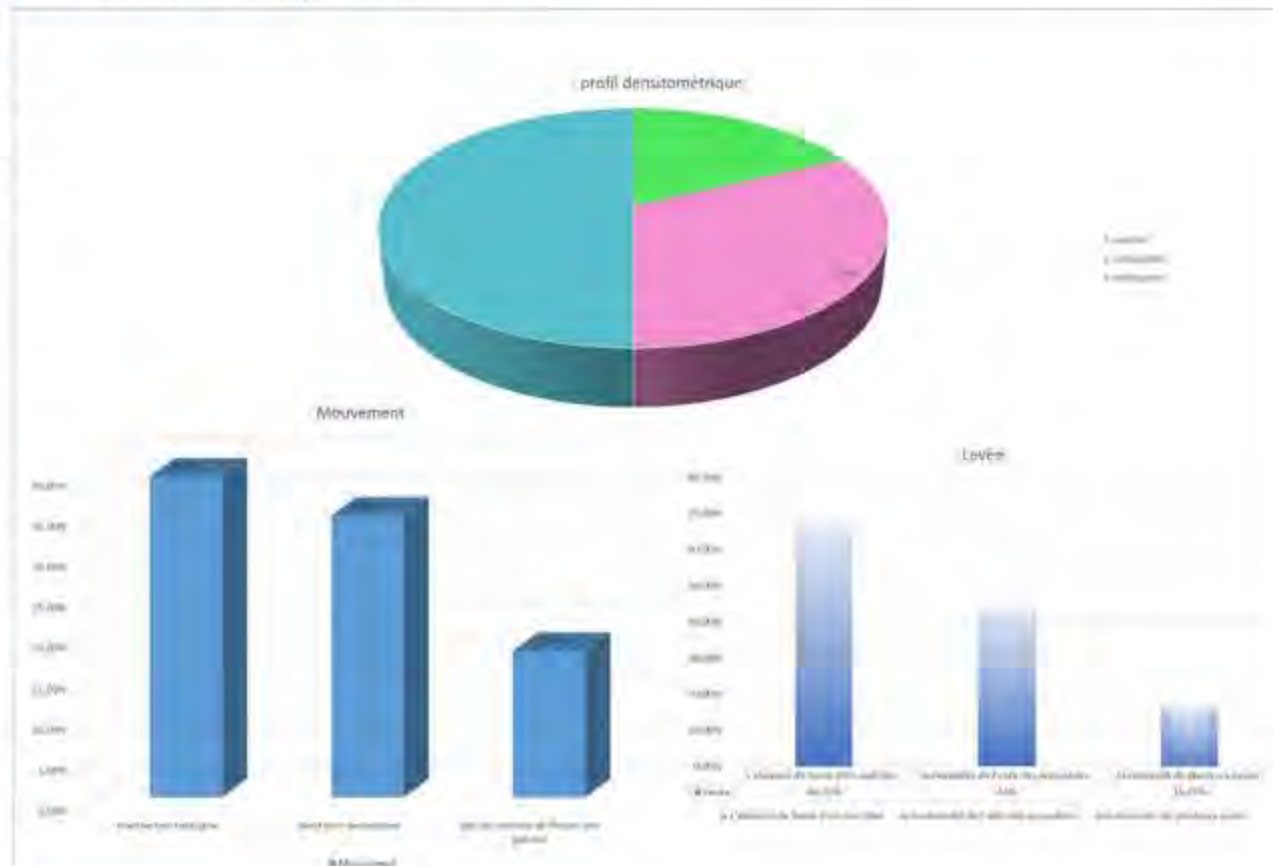
84 patientes.

L'âge moyen était de 62.29 ± 8.27 ans.

L'indice de masse corporelle était de 31.45 kg/m^2 [18.18-44.38].

La DMO vertébrale moyenne était de 0.954 g.cm^{-3} [0.558-1.650].

La DMO fémorale moyenne était de 0.796 g.cm^{-3} [0.550-1.062].



Conclusion :

La dynapénie est fréquente dans la population tunisienne avec une prévalence de 42% mais elle est souvent sous diagnostiquée. Le Timed Up and Go test représente un outil rapide et reproductible pour la dépister.

Le comportement du patient tunisien par rapport aux csDMARDs

S. Boussaïed, M. Abbes, S. Jammeli, H. Sahli, H. Ajlani, E. Cheour, M. Elleuch.
Service de rhumatologie, Hôpital la Rabta, Tunis.

Introduction

L'étude du comportement du patient par rapport à son traitement est une étape fondamentale permettant de définir les facteurs déterminants de l'adhésion thérapeutique. Le but de notre travail était d'évaluer la perception des patients par rapport aux csDMARDs ainsi que le niveau d'observance thérapeutique.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale de 51 patients suivis pour un rhumatisme inflammatoire chronique sous csDMARDs. Un questionnaire a été établi afin d'évaluer le niveau de connaissances des patients par rapport à leur traitement ainsi que le degré d'adhésion thérapeutique.

Résultats

Il s'agit de 51 patients d'âge moyen $54 \pm 13,5$ ans dont 92% étaient suivis pour une polyarthrite rhumatoïde (PR) et 8% pour une spondyloarthrite périphérique.

Les caractéristiques sociodémographiques :

- Le sex ratio F/H était de 2/1. Parmi eux, 86% étaient mariés avec des enfants à charge.
- Environ 57% des patients étaient au chômage, 33% étaient actifs et 9% retraités.

• Le niveau d'instruction:



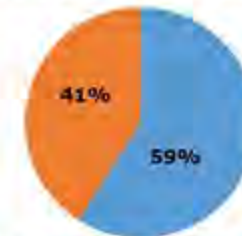
Les caractéristiques de la maladie:

- L'âge moyen au moment du diagnostic était de 46 ± 13 ans.
- Le début de la maladie était ployarticulaire dans 61% des cas.

Sur le plan thérapeutique:

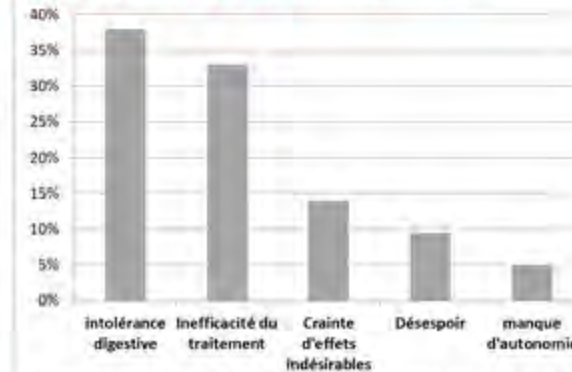
- La majorité des patients étaient sous AINS (82%) et corticothérapie systémique (67%).
- Le traitement de fond était basé sur le MTX (90%), salazopyrine (23,5%), hydroxychloroquine (12%) et leflunomide (43%).

observants non observants

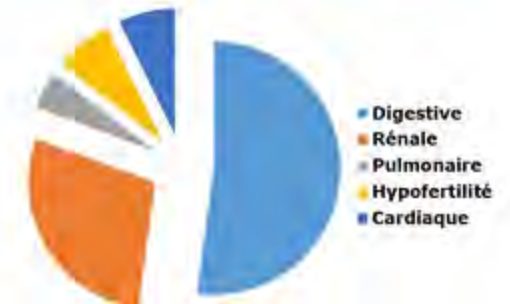


- L'âge ne représentait pas un facteur influençant l'observance ($p=0,2$).
- Une bonne observance était liée à l'efficacité du traitement et à la confiance en son médecin dans 50% des cas chacun.

Les causes de malobservance



Les effets indésirables redoutés



- Environ 25% des patients interrogés diminuaient la dose du méthotrexate par leur propre chef à cause de l'intolérance gastrique.
- Seulement 61% de nos malades considéraient les csDMARDs comme étant le traitement de fond. Pour le reste, le traitement prioritaire était les corticoïdes seuls ou associés aux csDMARDs ou les AINS seuls dans respectivement 45% et 17,6%.
- La principale source d'informations pour nos patients était majoritairement le cadre médical et paramédical (98%) suivie par l'entourage (43%).

Conclusion

Le degré de perception des patients ainsi que leur adhésion au traitement interfèrent avec plusieurs facteurs liés au patient, au traitement, au médecin traitant ou à la maladie. L'étude de tous ces facteurs est une étape cruciale permettant d'établir des stratégies efficaces d'éducation thérapeutique.

Douleurs pulpaire digitales : Penser à la tumeur glomique

K. Ben Abdelghani, Y. Makhlouf, S. Miladi, A. Fazaa, S. Kassab, K. Ouenniche, L. Souebni, S. Chekili, A. Laatar.

Adresse Hôpital Mongi Slim la Marsa

Introduction :

Les tumeurs glomiques sont des lésions rares, bénignes développées à partir d'une formation vasculaire correspondant à une prolifération neuro-myo-artérielle. Souvent très douloureuses, elles sont responsables d'une altération de la qualité de la vie. La présentation clinique atypique extra-digitale et l'absence de signes d'imagerie spécifique est responsable d'un retard diagnostique important. Nous rapportons le cas de 5 patients.

Observations

Il s'agit de 5 patients (dont 4 femmes), âgées en moyenne de 38 ans [28-43] qui ont consulté pour des douleurs pulpaire digitales évoluant en moyenne depuis 4,8 mois [2,7]. La douleur était inflammatoire et siégeait à la 3^{ème} phalange du 4^{ème} doigt dans un cas, à la 2^{ème} phalange du pouce droit dans les 3 cas, à la troisième phalange de l'index dans un cas. Tous les patients ont présenté une exacerbation de la douleur au moindre effleurement. Une tuméfaction inflammatoire a été notée dans 2 cas et une coloration violacée a été retrouvée dans un seul cas. La radiographie standard de la main a objectivé un amincissement diaphysaire sans rupture de la corticale (50% des cas). L'imagerie par résonance magnétique a mis en évidence une formation juxtaposée en hypersignal T1, hypersignal T2 se réhaussant après injection de Gadolinium. L'artériographie du membre supérieur faite dans un seul cas a révélé une hypervascularisation avec prise homogène du produit de contraste. Une biopsie exérèse de la tumeur a été pratiquée dans tous les cas, l'examen anatomopathologique a confirmé nos présomptions cliniques et a conclu au diagnostic de tumeur glomique. Il n'y a pas eu de récurrences au bout de deux ans.

Discussion

Les tumeurs glomiques se produisent sur une prolifération des tissus du corps de glomus. Le site de prédilection est la main particulièrement la région sous-unguéal, la face latérale des doigts. Ceci est le cas de nos patients. Les tumeurs glomiques se manifestent essentiellement par une douleur paroxystique. L'aggravation des symptômes par le froid est évocatrice du diagnostic. Le diagnostic de tumeur glomique des doigts doit être évoqué en se basant sur un faisceau d'arguments. Cependant, les signes cliniques ne sont pas pathognomonique, surtout devant la localisation profonde. L'échographie est le meilleur examen paraclinique pour guider le diagnostic d'une tumeur glomique mais aussi suivre l'évolution [2]. L'IRM est un examen non invasif de choix pour mettre en évidence une tumeur glomique et discuter les diagnostics différentiels au stade radiologique. A l'IRM, une tumeur glomique est décrite comme une lésion légèrement hypo-intense en T1, qui prend le produit de contraste après injection de gadolinium et hyper-intense en T2. L'exérèse chirurgicale complète de la tumeur glomique reste le traitement de choix, elle permet d'obtenir l'indolence et éviter la récurrence par une exérèse totale de la tumeur et son environnement. Bien que les tumeurs glomiques soient essentiellement bénignes, la transformation sarcomateuse de cette tumeur est exceptionnelle.

Conclusion

Les tumeurs glomiques sont des lésions très rares mais non exceptionnelles souvent méconnues des praticiens. Le diagnostic est surtout clinique confirmé par l'examen. Le traitement est exclusivement chirurgical et permet de retrouver l'indolence.

[1] Van Geertruyden J, Lorea P, Goldschmidt D, de Fontaine S, Schuind F, Kinnen L, Ledoux P, Moermans JP
Glomus tumours of the hand. A retrospective study of 51 cases. *J Hand Surg Br.* 1996 Apr; 21(2)

[2] Moon ES, Choi MS, Kim MS, et al. Distribution of glomus tumors in fingers. *J Korean Soc Surg Hand.* 2009;14:138-43.

Degré d'adhérence et d'observance des bisphosphonates chez nos patients ostéoporotiques

Y.Makhlouf, S. Miladi, A.Fazaa, K.ouenniche, S. Kassab, L Souebni , S. Chekili, , K.Ben Abdelghani, A Laatar.

Adresse Hôpital Mongi Slim la Marsa

Introduction :

L'ostéoporose est une maladie chronique silencieuse jusqu'à l'apparition d'une complication fracturaire. L'absence de sensation d'amélioration sous traitement bisphosphonates conduit souvent à une malobservance thérapeutique.

Objectif

Le but de ce travail était d'évaluer l'observance des bisphosphonates au cours de l'ostéoporose.

Matériels et méthodes

Une étude transversale incluant 30 patientes suivies pour une ostéoporose a été menée. Toutes les patientes étaient traitées par BP pendant au moins 6 mois. Les dossiers des patients ont été analysés et un entretien Le degré d'observance a été mesuré par le test de Girard. [1]

Résultats

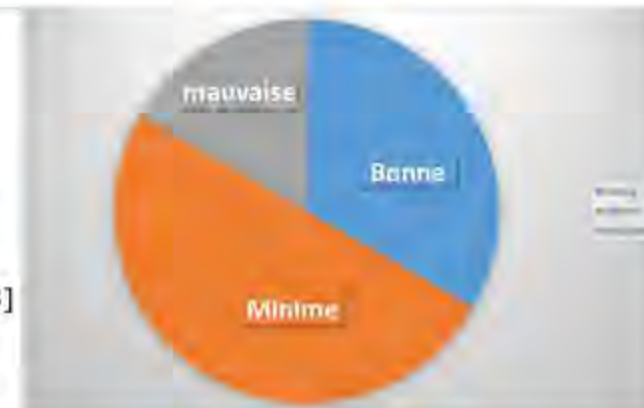
Les patientes étaient âgées en moyenne de 64 ans [28-85]. L'ostéoporose était post ménopausique dans 73,3% des cas et cortisonique dans 26,7% des cas. Dans 30% des cas, l'OP était fracturaire. La durée moyenne de traitement par bisphosphonates était de 3,4 ans [0,5- 5ans]. Le traitement reçu était le risédronate dans 56,67 % des cas, l'alendronate dans 23,33% des cas et l'acide zolédronique dans 20% des cas. Quatre patients (13,3%) ont switché de molécules au bout de 3 ans pour inefficacité. D'après les données du test de Girard, l'observance était bonne dans 33,3% des cas et minime dans la moitié des cas. Le saut d'une prise le mois précédant l'interrogatoire a été noté dans 40% des cas. Dix pour cent avaient manqué plus que trois prises. Les principales raisons avancées par les patients étaient l'oubli (65%), l'indisponibilité (20%) et les effets indésirables digestifs (15%).

Discussion

Notre travail montre un taux de mal Observance de 66,7%. Dans la littérature, Un défaut d'observance a été noté entre 12 et 74 %.[[2]. Ces études évoquent souvent le lien entre durée de traitement et défaut d'observance avec la notion de persistance.[3] Ainsi, les patients traités depuis de longues périodes présentent plus fréquemment un défaut d'observance. En ce qui concerne les causes de mal observance ,l'oubli et l'indisponibilité représentent les premières étiologies .les effets indésirables digestifs ont été retrouvé en dernier lieu(15%).Ces résultats cadrent avec les données de la littérature .de même ,les symptômes gastro-intestinaux ont été retrouvés dans in 10% des cas .Ces données mettent en exergue la nécessité d'établir une approche complémentaire dans l'identification des patients et des facteurs de défaut d'observance à travers des tests évaluant l'adhésion au traitement .

Conclusion

Ce travail met en évidence un problème d'adhésion thérapeutique chez les patients ostéoporotiques. L'oubli et les effets indésirables digestives demeurent les causes les plus pertinentes de malobservance. L'éducation des patients et leur sensibilisation quant aux complication de l'ostéoporose sont primordiaux et pourraient améliorer l'adhésion.



[1] Girerd X, et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug

[2] Briesacher BA, Andrade SE, Yood RA, et al. Consequences of poor compliance with bisphosphonates. Bone 2007;

[3] Penning-van Beest FJA, Erkens JA, Olson M, et al. Loss of treatment benefit due to low compliance with bisphosphonate therapy. Osteoporos Int 2008

Appréhension de l'Infiltration épidurale par les patients .

Y.Makhlouf, S. Miladi, A.Fazaa, S. Kassab, K.ouenniche, L.Souebni, S. Chekili, K.Ben Abdelghani, A Laatar.

Adresse Hôpital Mongi Slim la Marsa

Introduction :

L'infiltration épidurale est fréquemment réalisée en pratique courante dans le traitement des lombosciatiques. En utilisant une approche qualitative, nous nous sommes intéressés aux croyances et aux appréhensions attachées aux infiltrations.

Objectif

Évaluer les opinions et l'appréhension des patients concernant l'infiltration épidurale.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective portant sur 30 patients colligés auprès du service de rhumatologie de l'hôpital Mongi Slim. Tous les patients étaient conviés à répondre à un questionnaire contenant les données sociodémographiques et une évaluation de leur croyance et de leur appréhension de l'infiltration épidurale.

Résultats

L'étude a inclus 30 patients avec un sex ratio de 0,3. L'âge moyen était de 40,5 [22,78] ans. Trente patients souffraient d'hypertension, 20% avaient un diabète, 16,67% avaient une dyslipidémie. Plus de la moitié des patients n'avaient pas de travail au moment du questionnaire (70%). La sciatique était due à une hernie discale conflictuelle objectivée au scanner dans 86,7%, une arthrose inter apophysaire postérieure dans 10%. Un seul cas de spondylolisthésis a été retrouvé. La valeur médiane de l'EVA avant infiltration était de 8/10 [6,5-9]. Seuls 10 patients savaient qu'il s'agissait d'une injection de corticoïdes, 8 évoquaient un nombre limité d'infiltrations à réaliser par an. L'appréhension a été notée dans 63,3% des cas : 36,6% avaient peur de l'acte en lui-même (douleur et aiguille), 10% avaient peur d'un déséquilibre de leur diabète ou hypertension, 10% appréhendaient l'inefficacité du geste. Les sources d'appréhensions les plus retrouvées étaient : l'entourage (17,5%), internet (10%), le personnel médical et paramédical (6,7%). Une amélioration de 50% de l'EVA à court terme a été notée dans 40% des cas.

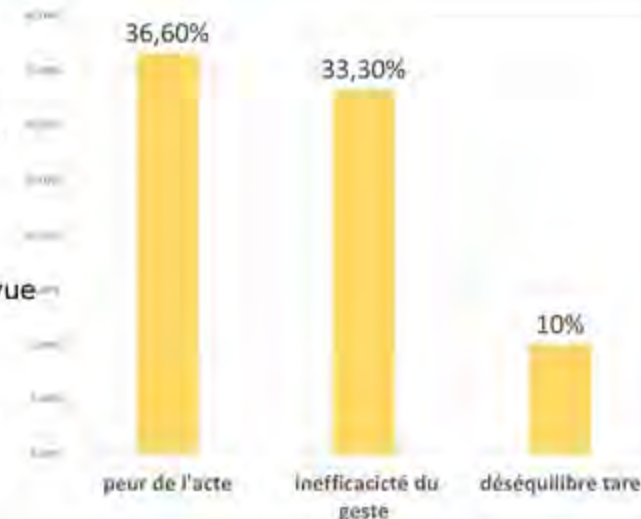
Sur les 30 patients questionnés, 10 patients ne referaient pas une autre infiltration et ne la recommanderaient pas. Deux patients ont rapportés des effets indésirables (Syndrome méningé et malaise vagal).

Discussion

Peu d'études se sont intéressées au point de vue des patients concernant les infiltrations épidurales. Les auteurs montrent une opinion globalement positive. Les principales préoccupations concernaient la crainte de la douleur lors du geste. [1] Dans notre série, l'appréhension majeure était une peur de l'acte.

Conclusion

Ces résultats montrent globalement une appréhension de l'infiltration, indépendamment du déroulement et du résultat du geste. Les préoccupations principales concernaient la douleur lors du geste et l'inefficacité de l'infiltration.



[1] J. Petit ; C. Prati ; D. Wendling ; X. Guillot, Infiltrations cortisoniques en pratique de médecine générale : le point de vue des patients Rhumatologie, revue du rhumatisme 83 5, 2016

Hypercalcémie d'étiologie double: association myélome multiple et hyperparathyroïdie primaire

Fakhfakh R, Jguirim M, Dhgaies A, Mosbeh H, Grassa R, Jmaa O, Zrour S, Béjia I, Touzi M, Bergaoui N
Service de Rhumatologie – CHU Fattouma Bourguiba Monastir(Tunisie)

Introduction:

L'hypercalcémie est un problème médical courant dont la prévalence est estimée à 15% chez les patients hospitalisés. Le myélome multiple et l'hyperparathyroïdie primaire sont deux étiologies fréquentes d'hypercalcémie. Leur association a déjà été décrite comme non fortuite, bien que leur lien de causalité n'a pas encore été identifié.

Observation:

Nous décrivons le cas d'un patient de 70 ans, suivi pour BPCO post tabagique et arythmie auriculaire, ayant eu une thrombose veineuse profonde du membre inférieur 3 mois auparavant traitée par un anticoagulant oral. Il était hospitalisé pour des rachialgies inflammatoires. Le bilan biologique mettait en évidence un syndrome inflammatoire, une hypercalcémie sévère à 3,4 mmol/l, une anémie à 7,6 g/dl et une créatinine à 96 µmol/l. Le diagnostic de myélome à Ig G Lambda (stade IIIa) était retenu avec une infiltration plasmocytaire médullaire à 11% au myélogramme et une atteinte myélomateuse vertébrale diffuse à l'imagerie. L'hypercalcémie était traitée par la réhydratation, le furosémide et une perfusion d'Acide Zolédronique (adaptée à sa clairance rénale) et une chimiothérapie (Mélphalan-Prednisonne-Thalidomide) était débutée. Une TDM thoracique, faite dans le cadre d'exploration d'un épanchement pleural bilatéral dont on a retenu l'origine cardiaque, avait montrée une masse parathyroïdienne inférieure droite de 3cm de grand axe. Devant cet aspect, la persistance d'une hypercalcémie difficile à contrôler par les traitements conventionnels et la présence d'une hypophosphorémie, le dosage de la parathormone était fait et elle était élevée à 799 pg/ml (10-65). Une échographie cervicale et une scintigraphie MIBI avaient conclues à un adénome parathyroïdien inférieur droit. Le patient était proposé pour un geste chirurgical de son adénome en plus du traitement du myélome.

Discussion:

L'hypercalcémie est fréquente chez les patients atteints de myélome multiple et survient dans 20-30 % des cas [1]. L'hypercalcémie du myélome multiple est secondaire à plusieurs mécanismes. Les plasmocytes du myélome multiple produisent diverses cytokines, y compris TNF α et IL-6, qui activent les ostéoclastes libérant le calcium des os à la circulation sanguine [2]. Certaines études suggèrent que ces plasmocytes sécrètent une PTH-related peptide, comme d'autres néoplasies [3]. La calcémie peut être faussement élevée du fait d'une liaison à une immunoglobuline [4]. Une revue de la littérature (2013) de 28 cas d'association hyperparathyroïdie primaire et myélome multiple a montré une prédominance féminine (22 cas). Tous les patients avaient une calcémie supérieure à 11 mg /dl. Le traitement était une para thyroïdectomie, une radiothérapie et une chimiothérapie avec des résultats variables. Huit des 28 patients sont décédés dans l'année suivant le diagnostic et deux autres personnes sont décédées dans les cinq ans [5]. Certaines études ont montré une augmentation des taux sanguins de PTH au cours des tumeurs malignes [6]. D'autre part, une étude prospective réalisée en 2002 a montré une prévalence plus élevée des gammopathies monoclonales chez patients atteints d'hyperparathyroïdie primaire par comparaison à la population en générale. D'où l'hypothèse d'une association entre une gammopathie monoclonale de signification indéterminée ou un multiple myélome avec l'hyperparathyroïdie primaire [7,8].

Conclusion:

Le myélome et l'hyperparathyroïdie primaire peuvent être associés et sont souvent révélés par une hypercalcémie difficile à contrôler ou rebelle au traitement d'une seule des deux affections comme dans notre cas.

Atteinte de l'articulation sternoclaviculaire : Que faut-il rechercher ?

Dahri R , Hajji H , Slouma M , Kharrat L , Metoui L , Gharsallah I , Louzir B
Hôpital Militaire de Tunis

Introduction :

L'atteinte de l'articulation sternoclaviculaire (ASC) n'étant pas une pathologie fréquente, cette zone anatomique est souvent mal examinée par les cliniciens. Pourtant elle est dans de nombreuses situations révélatrice de pathologies sous-jacentes nécessitant une prise en charge spécialisée et un suivi rigoureux.

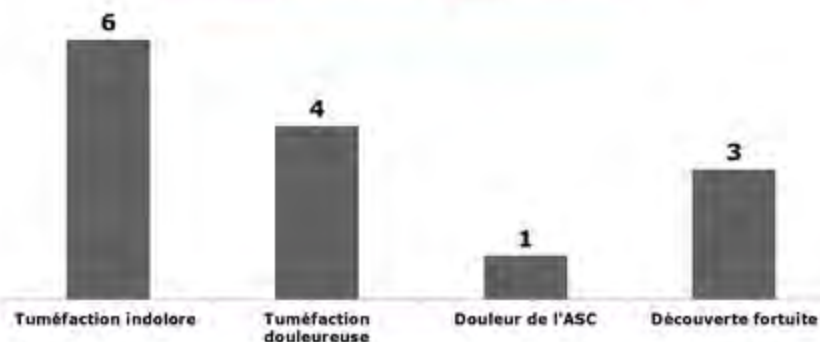
Patients et méthodes :

Etude rétrospective colligeant les patients ayant une atteinte de l'articulation sternoclaviculaire suivis entre 2012 et 2018 au service de médecine interne de l'hôpital militaire. L'objectif de ce présent travail était d'étudier le profil étiologique et évolutif de cette atteinte.

Résultats :

- Quatorze cas
- Huit femmes et six hommes
- Âge moyen = 40 ans
- Aucun patient n'avait des antécédents de traumatisme, d'infiltration ou de chirurgie de l'articulation sternoclaviculaire
- L'atteinte était unilatérale dans 7 cas et bilatérale dans 7 cas

Circonstances de découverte



Manifestations cutanées associées

■ Acné sévère

■ Pustulose palmo-plantaire

■ Psoriasis



L'enquête étiologique avait révélé :

- SAPHO dans 9 cas
- SPA dans 1 cas
- Leucémie aigue dans 1 cas
- Néoplasie du sein dans 1 cas
- Tuberculose multifocale dans 1 cas
- Etiologie indéterminée dans 1 cas

Discussion:

Dans notre étude, le SAPHO est l'étiologie la plus fréquemment retrouvée lors de l'atteinte de l'ASC(1). Le diagnostic est rendu plus facile par l'association de certaines manifestations extra articulaires notamment cutanée ainsi que l'hyperostose et l'ostéite caractéristique. Cependant cette atteinte ne doit pas faire négliger d'autres atteintes plus discrètes rencontrées lors des SPA ou les atteintes infectieuses et tumorales pouvant engager le pronostic vital.

Conclusion :

Notre série a montré que l'étiologie dominante de l'atteinte de l'ASC est le SAPHO auquel il faut penser devant toute atteinte de la paroi thoracique antérieure chez un sujet jeune. Néanmoins, le SAPHO n'est pas le seul diagnostic auquel le rhumatologue doit penser. L'atteinte de l'ASC peut faire le nid de pathologie sous-jacente grave à savoir néoplasique ou infectieuse qu'un bon clinicien ne doit pas méconnaître.

Références : 1. Ajili F, Gharsallah I. Une pustulose palmoplantaire. Pan Afr Med J [Internet]. 2014 [cité 14 avr 2019];19. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/225/full/>

Explorations	Nombre de patients	Atteinte de l'ASC objectivée
Scanner de la PTA	6	4
Scintigraphie osseuse	14	12
Biopsie de l'ASC	1	1

Examens complémentaires

Hypoparathyroïdie simulant une spondylarthrite ankylosante

A.Ifticene, S. Dahou, F. Mechid, C. Dahou-Makhloufi

Service de Rhumatologie Mohamed Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger, Algérie

Introduction :

L'hypoparathyroïdie est une maladie rare, due à une insuffisance de sécrétion de la PTH, induisant une hypocalcémie et une hyperphosphatémie. Elle peut être primitive ou secondaire notamment après une chirurgie cervicale. Les signes cliniques sont variés rhumatologiques, oculaires, cutanés, rénales, et dentaires. L'atteinte ostéo-articulaire peut mimer un tableau de spondyloarthrite ankylosante(SA), à ce propos nous rapportons le cas de notre malade.

Résultats :

Mme B.F, âgée de 58ans, aux antécédents de thyroïdectomie totale il y a 10ans, et de cataracte bilatérale opérée il y a 02ans. Ayant présentée des rachialgies, raideur du rachis et des hanches d'aggravation progressive évoluant depuis 7ans, étiquetée comme SPA non soulagées par les anti-inflammatoires.

Sur le plan clinique on note : un bon état général, une marche difficile, une antéflexion du cou, une limitation des mouvements du rachis cervical, des épaules et des hanches, et un syndrome rachidien avec un indice de Schöber=10-11cm.

Sur le plan biologique : calcémie=50mg/L, phosphatémie=71,2mg/L, PTH=1,91pg/ml, vit D=50ng/L.

Le diagnostic d' Hypoparathyroïdie post-thyroïdectomie est porté.

Les traitements instaurés sont: calcium 2 g/jour + calcitriol (un alpha)1 µg/jour +magnésium. L'évolution était bonne avec amélioration rapide de la symptomatologie, régression de la douleur, des syndromes rachidiens et des crampes.



aspect de coxite engainante, enthésopathies ossifiantes exubérantes de l'os iliaque, des trochanters et des branches ischio-pubiennes



Calcifications discales étagées

Discussion :

La thyroïdectomie ou la chirurgie cervicale constitue la cause la plus fréquente des hypoparathyroïdie secondaires. La symptomatologie clinique de l'hypoparathyroïdie est due en particulier à une hypocalcémie, les anomalies squelettiques sont liées à des calcifications ligamentaires.

De rares cas d'anomalies rachidiennes similaires à celles notées dans la SA ont été rapportées dans la littérature chez des patients atteints d' hypoparathyroïdie.

Notre patiente en plus des signes cliniques et biologiques classiques d'hypoparathyroïdie, elle présentait une atteinte rachidienne et pelvienne clinico-radiologique semblable à une SA: rachialgies, syndrome rachidien, limitation des hanches et à la radiographie une coxite bilatérale engainante. Cependant la non réponse aux AINS, l'absence de sacroiliite, l'antécédent de thyroïdectomie, de cataracte, les paresthésies et les crampes musculaires faisaient suspecter une hypoparathyroïdie secondaire, diagnostic qui a été confirmé par la biologie.

Conclusion :

L'hypoparathyroïdie post chirurgicale est fréquente, le tableau clinico-radiographique peut mimer une spondylarthrite ankylosante. Un bilan phosphocalcique permet de faire un diagnostic précoce et prévenir ainsi les conséquences d'une hypoparathyroïdie chronique.

Références:

- 1 .J-imenea CV, Frame B, Chaykin LB, Sigler JW. Spondylitis of hypoparathyroidism. Clin Orthop 1971;74:84-9
- 2.Korkmaz, C., Yaşar, Ş., & Binboğa, A. (2005). Hypoparathyroïdie simulant une spondylarthrite ankylosante. Revue du rhumatisme, 72(1), 100-102
3. Hammouda, M., Slama, K. B. H., Fredj, H. B., Denguezli, N., Jamel, A., & Bouajina, E.. Hypoparathyroïdie simulant une spondyloarthrite ankylosante. Revue du rhumatisme 2006, 73(10), 1157.

Seuil décisionnel du TBS dans population Algérienne S. Lehtihet¹, M. Djennane², H. Djoudi¹, C. Haouichat¹ ¹Service de rhumatologie CHU Douéra. ²Service de rhumatologie CHU Tizi Ouzou

Introduction :

L'ostéoporose est une maladie systémique du squelette caractérisée par une diminution de la DMO et une détérioration de la microarchitecture conduisant à une fragilité osseuse accrue et à une augmentation du risque fracturaire.

L'ostéoporose demeure sous-diagnostiquée et sous traitée

La grande difficulté consiste à identifier les patients à risque de fracture pour mieux cibler les indications à un traitement

PROBLEMATIQUE

Les femmes ménopausées à haut risque de fractures : facteurs de risque de fracture (Age > 60ans, Poids < 62kg, IMC > 26Kg/m², Antécédent de fracture, Durée de la ménopause > 13ans) et facteurs de risque de chute nécessitent une DMO

La DMO permet d'individualiser les patients à traiter : **Tscore ≤ -3** pour ceux dont le **Tscore > -3** la question reste posée ; **quel est le risque de fracture ?**

En effet l'étude de la prévalence des fractures en fonction de DMO retrouve 1/3 de fractures chez des sujets ostéopéniques suggérant l'intervention d'autres facteurs que la DMO dans la survenue de la maladie ostéoporotique notamment les perturbations microarchitecturales

D'où l'utilité de disposer d'un outil de diagnostic pré fracturaire en plus de la DMO.

Le **FRAX** Outil proposé par l'OMS pour quantifier le risque de fracture n'est pas disponible en Algérie De quoi dispose t'on en plus des facteurs de risque de fracture et de chûtes?

Nous avons testé un outil qui est le reflet de l'état structurel de la microarchitecture osseuse pour voir s'il est discriminant le **TBS**. Il est associé à la **VFA** pour identifier les fractures Vertébrales asymptomatiques.

On parle de texture dégradée à partir du seuil de 1.200

L'objectif de notre étude est d'évaluer le seuil décisionnel thérapeutique du TBS.

Il s'agit d'une étude cas témoins réalisée d'août 2016 à août 2017 dans les centres de Douéra et Tizi-Ouzou chez des femmes ménopausées âgées de 45 ans et plus ayant à la DMO un Ts entre -1,5 et -2,9 sans fracture chez qui nous réalisons un TBS et une VFA

L'évaluation est clinique (identification, poids, taille, antécédents cliniques, fractures, traitements) et densitométrique. La **DMO** est effectuée au niveau de deux sites : rachis et hanche totale par un densitomètre type Hologic, Discovery W série QDR 2000. Elle est complétée par le **TBS** et la **VFA**

Résultats :

N= 360 femmes sont recrutées

Age moyen : 61,59 ± 10,39ans

IMC moyen 26,51 ± 4,05Kg/m²

DMO rachis :

BMD moyen : 0,780 ± 0,115g/cm²

TBS moyen : 1.167 ± 0,102

Vertebral Fracture Assessment :

Fractures vertébrales asymptomatiques : **34,4%**

Analyse univariée

Corrélations: âge TBS p= 0,000000

Courbe ROC TBS/Non fractures retrouve Seuil du **TBS = 1.152** avec une Sensibilité à 65% une Spécificité à 63% et une Aire sous la courbe: 70%

Analyse uni variée

Classe TBS seuil de 1.152 et fracture p= 0,000

Estimation du risque de fracture en fonction du seuil de TBS :

Odds Ratio pour classe TBS (1,00/2,00)	3,185	
Intervalle de confiance de 95%	2,026	5,006

-Classe âge et fracture p= 0,000

Estimation du risque fracturaire pour l'âge

Odds Ratio pour classe âge (1,00 / 2,00)	3,368	
Intervalle de confiance de 95%	2,063	5,499

- Classe Ts au rachis et fracture p= 0,515

- Classe IMC et fracture p= 0,130

Analyse multivariée des facteurs de risque de fractures

	p	Odds Ratio	IC95%
TBS	0,000	2,609	1,622-4,195
Age	0,000	2,855	1,724-4,729

CONCLUSION

-Le **TBS** complète l'évaluation osseuse en ajoutant la dimension de qualité osseuse pour mieux identifier les patients à risque de fracture.

Le TBS est utile dans des cas cliniques où la DMO atteint ses limites en tant que mesure de la qualité osseuse, il expliquerait la fragilité de l'os de ces patients qui ont pourtant une DMO assez haute.