



# L'amylose dans un service de médecine interne : étude rétrospective portant sur 16 patients

H. Loukil, M. Snoussi, F. Frikha, R. Ben Salah, Y. Chérif, S. El Aoud, M. Jallouli, S. Marzouk, Z. Bahloul

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

## Introduction :

■ L'amylose est une affection rare caractérisée par des dépôts extracellulaires de protéines fibrillaires insolubles. Ses manifestations cliniques sont assez polymorphes et son pronostic est conditionné par certaines localisations péjoratives notamment cardiaque. L'objectif de ce travail est de préciser les particularités de cette maladie à savoir son épidémiologie, sa présentation clinique, ses types histologiques, les maladies associées, son traitement et son évolution.

**Patients et méthodes:** Il s'agit d'une étude rétrospective et monocentrique réalisée au service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant une période de 17 ans (1996-2013). Le diagnostic et le type d'amylose étaient retenus sur la preuve histologique et la pratique de coloration spéciale au rouge Congo.

## Résultats :

■ **Epidémiologie:** 16 cas d'amylose ont été colligés ce qui représente une incidence de 0.94 nouveaux cas par an. L'âge moyen au moment du diagnostic était de 56 ans (extrêmes : 18-74ans) avec **une prédominance masculine** (SR H/F=2.2).

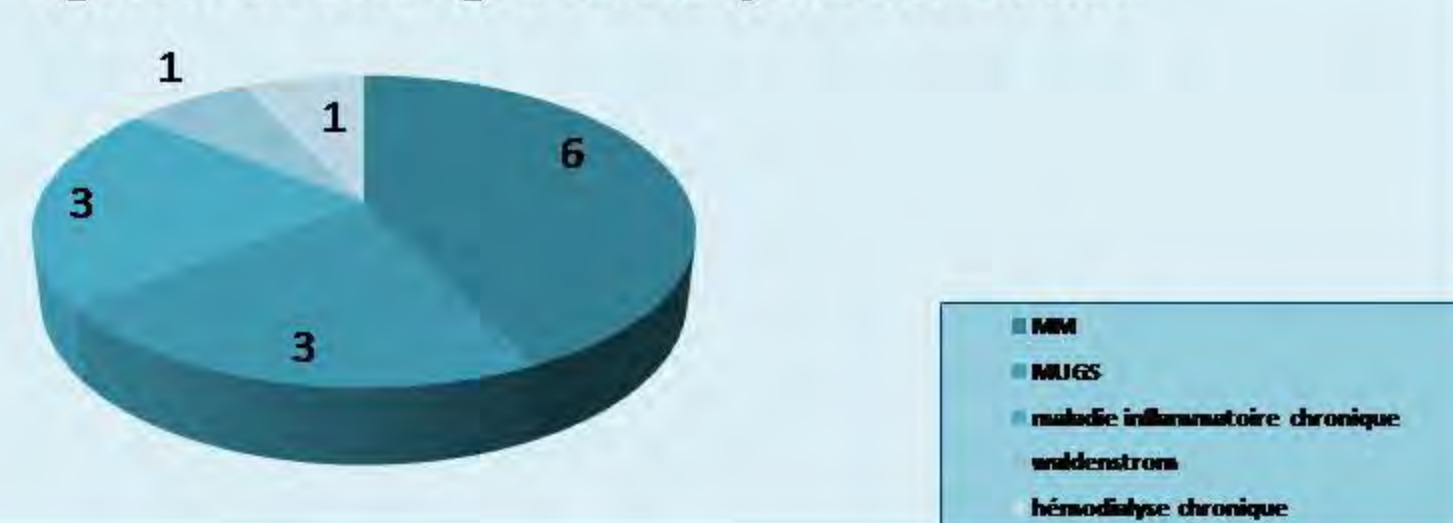
■ **Type histologique d'amylose retrouvé:** 11 cas d'amylose AL (69%), 3 cas d'amylose AA (19%), un cas d'amylose à  $\beta$ 2-microglobuline (6%) et un cas d'amylose non typée.

■ **La forme multi systémique** était prédominante notée dans 12 cas et la forme localisée d'amylose était retrouvée dans 4 cas .

■ **Les sièges d'amylose:** la localisation rénale était la plus fréquente observée dans 12 cas suivie par l'atteinte cardiaque et digestive dans 7 cas et par le trouble de l'hémostase dans 6 cas . Les autres localisations étaient : les nerfs périphériques et le foie (4 cas) ; les ganglions (3 cas) ; les os du carpe, le larynx, la plèvre (2 cas) et l'hypo pharynx (1 cas).

**L'amylose était secondaire** dans 14 cas (figure n°1) et primitive dans 2 cas.

figure n°1: Étiologies de l'amylose secondaire



■ **Le traitement rejoignait celui de la maladie causale** : 4 patients ont reçu le protocole (melphalan + prédnisone), un patient le protocole (melphalan + dexaméthasone) et 2 autres ont subi une autogreffe de moelle osseuse. La colchicine était prescrite chez les 3 patients atteints de maladie inflammatoire et la poly chimiothérapie était indiquée dans le cas de Waldenström. L'abstention thérapeutique était décidée dans 2 cas de formes localisées.

■ **Après un recul moyen** de 69 mois, une amélioration ou une stabilisation de la maladie était obtenue chez 8 patients avec rémission complète dans un seul cas et une aggravation était notée chez 5 patients. Cinq décès ont été déplorés suite à des complications cardiaques et digestives (4 cas) et à une aplasie médullaire chez le cinquième.

## Discussion:

L'amylose est une maladie rare, d'épidémiologie mal connue et variable selon le type d'amylose. Dans une série française elle est estimée à 11,3 nouveaux cas par an par million d'habitants toutes amyloses confondues(1) ,dans notre étude elle était de 0.94 Ncas/an. L'incidence de l'amylose AA a nettement régressé en raison de la diminution de fréquence des maladies infectieuses (1). Dans notre série elle était en rapport avec des maladies rhumatismales chroniques. L'amylose AL est plus fréquente et prédominante chez le sexe masculin (2) comme dans notre étude et responsable du plus grand nombre de manifestations cliniques avec essentiellement une localisation cardiaque et rénale. En cas d'amylose AL, la survie moyenne est variable et de l'ordre 23 mois et 19 mois et les facteurs de mauvais pronostic identifiés sont la localisation cardiaque ,hépatique et digestive. Dans notre étude, ces trois sièges pronostiques étaient notés chez nos patients, malgré un traitement étiologique adapté , le décès était inéluctable.

## Conclusion :

Comme la plupart des études de la littérature, l'amylose AL associée à une gammopathie monoclonale était la forme la plus fréquente chez nos patients. Les sites d'amylose étaient variés avec même des localisations pronostiques (cardiaque, hépatique et rénale) soulignant la nécessité d'une recherche systématique de telles atteintes au diagnostic de la maladie.



# LE SYNDROME DES ANTI-SYNTHETASES : A PROPOS DE 6 CAS.

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

S El Aoud <sup>1</sup>, F Frikha <sup>1</sup>, R Ben Salah <sup>1</sup>, M Snoussi <sup>1</sup>, H Loukil <sup>1</sup>, Y Cherif <sup>1</sup>, M Jallouli <sup>1</sup>,  
S Marzouk <sup>1</sup>, Z Bahloul <sup>1</sup>.

1. service de Médecine interne CHU Hédi Chaker 3029 Sfax Tunisie

## Introduction :

Le syndrome des anti-synthétases (SAS) est un sous-groupe de myosites qui associe une myosite, une pneumopathie interstitielle, une polyarthrite, un phénomène de Raynaud et une hyperkératose fissurée des mains appelée « mechanic's hands », à la présence d'anticorps anti-synthétases dont le chef de file étant l'anti-JO1 (anti-histidyl-tRNAsynthétase).

## Patients et Méthodes :

Notre étude est rétrospective incluant 6 patients présentant un syndrome des antisynthétases parmi une série de 78 cas de myopathies inflammatoires et satisfaisant aux critères de Bohan et Peter colligés dans le service de médecine interne CHU Hédi Chaker (Sfax-Tunisie) entre 1996 et 2012.

## Résultats :

- ❖ Il s'agissait de 5 femmes et un homme âgés en moyenne de 40 ans (28-62 ans).
- ❖ Le diagnostic du SAS était porté chez 2 cas de polymyosite, 1 cas de dermatomyosite, 2 cas de dermatomyosite amyopathique. La myosite était absente dans 1 cas.
- ❖ L'atteinte pulmonaire était retrouvée dans tous les cas à type de pneumopathie interstitielle objectivée par l'examen tomodensitométrique. Elle était révélée par une dyspnée dans 3 cas, des râles crépitants à l'auscultation pulmonaire dans un cas, un syndrome de détresse respiratoire aiguë dans 1 cas alors qu'elle était de découverte radiologique dans le cas restant. Chez 2 femmes, la pneumopathie interstitielle était elle-même révélatrice du SAS (Figures 1 et 2).
- ❖ La survenue de l'atteinte musculaire était concomitante à l'atteinte pulmonaire dans 3 cas. Elle était survenue au cours de l'évolution du SAS dans un délai de 4 mois dans 2 cas, et précédait l'atteinte pulmonaire de 4 mois dans un cas (figure 3).
- ❖ L'atteinte articulaire était à type de polyarthralgies dans 4 cas et de polyarthrite bilatérale et symétrique dans 3 cas.
- ❖ Les autres manifestations cliniques observées étaient : des signes généraux (3 cas), un phénomène de Raynaud (2 cas), un aspect de mains de mécaniciens (2 cas), une péricardite (1 cas).
- ❖ Les anticorps anti JO1 étaient positifs chez tous les patients. Un lupus érythémateux systémique était associé au SAS chez un patient.
- ❖ Toutes nos patientes ont été traitées par une corticothérapie à dose moyenne dans 1 cas et à forte dose (1mg/Kg/jour) dans 5 cas, initiée par 3 bolus de méthylprednisolone dans 2 cas. Un traitement immunosuppresseur à base de boli mensuel de Cyclophosphamide était indiqué chez 3 patients devant la sévérité de l'atteinte pulmonaire.
- ❖ L'évolution était favorable chez deux patients, partiellement favorable chez deux patientes, dont l'atteinte pulmonaire de l'une a évolué vers la fibrose pulmonaire. Un décès était déploré chez la 4ème patiente par la survenue de multiples abcès cérébraux.



Figure 1: Tomodensitométrie pulmonaire montrant un syndrome interstitiel des deux bases, avec un aspect en verre dépoli (flèche)

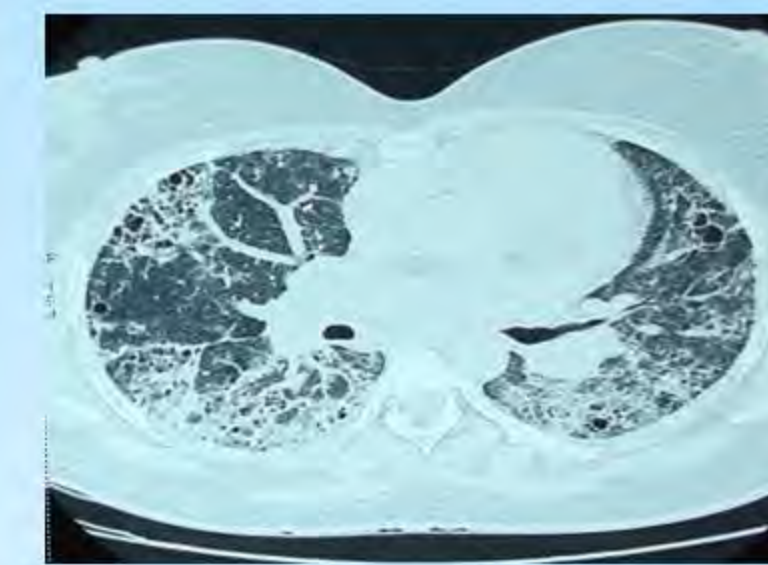


Figure 2: Scanner thoracique montrant des lésions de fibrose pulmonaire diffuse assez sévère

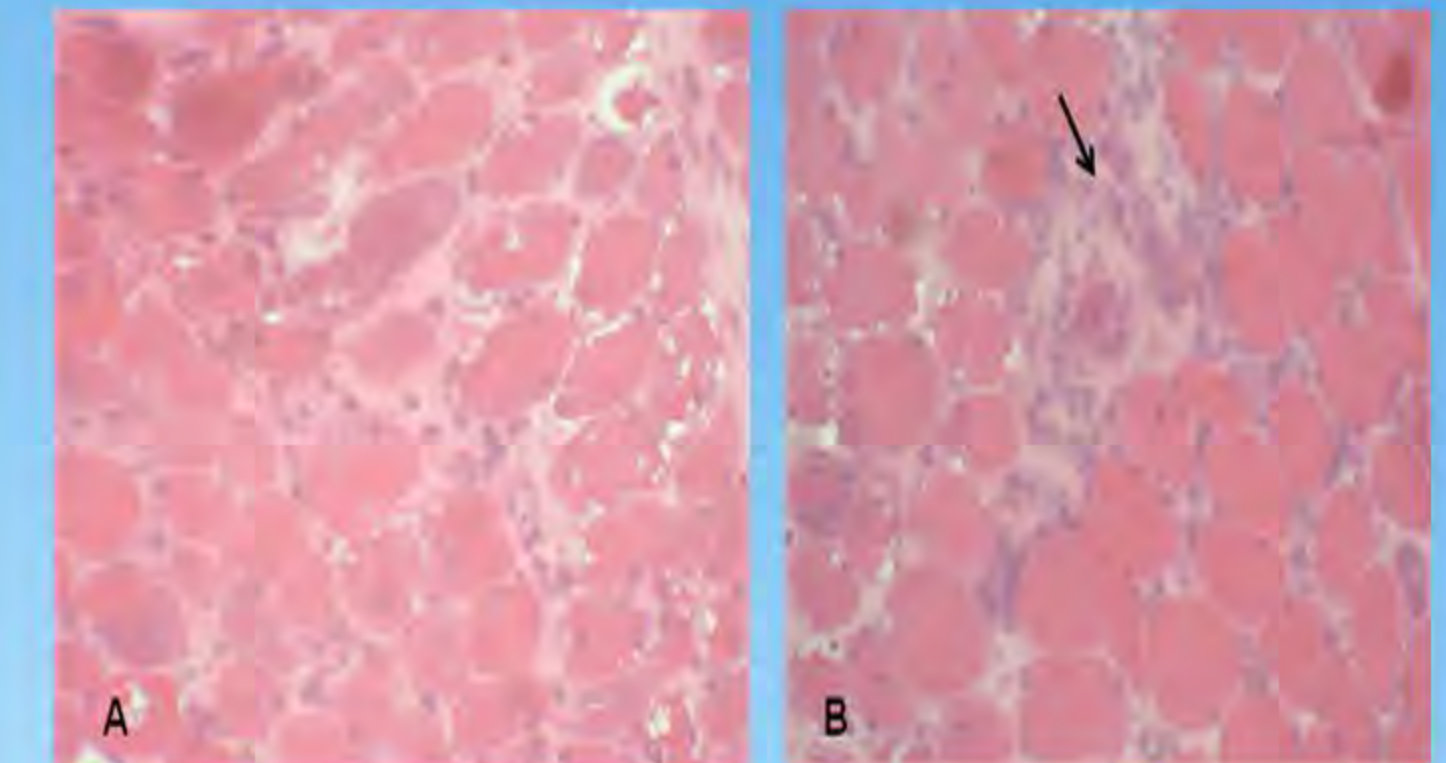


Figure 3: Lésions anatomopathologiques typiques de polymyosite chez notre patiente. A. Fibres nécrotiques en voie de résorption et d'autres fibres basophiles en voie de régénération. B. infiltrat inflammatoire endomysial (flèche)

## Discussion et conclusion :

- ❖ Le syndrome des antisynthétases (SAS) est une entité rare. Il touche essentiellement les femmes quelque soit l'âge. Cette prédominance féminine a été constatée dans notre série ou il existe un seul cas masculin.
- ❖ La symptomatologie pulmonaire est la plus constante des manifestations cliniques. Elle conditionne le pronostic de la maladie [1].
- ❖ L'atteinte articulaire est fréquente et se voit dans 50 % des cas [2]. Elle correspond le plus souvent à une polyarthrite bilatérale, symétrique et distale touchant essentiellement les poignets, les MCP et les IPP. Elle était présente chez 3 de nos malades.
- ❖ Le pronostic du SAS est lié à la sévérité de l'atteinte pulmonaire et à la présence d'anticorps anti-Jo1.
- ❖ Des traitements par immunosuppresseurs sont généralement recommandés pour la prise en charge de la pneumopathie interstitielle au cours de ce syndrome.

## Bibliographie :

- (1) Frikha F, Saidi N, Snoussi M, , Antisynthetase syndrome: a report of four cases and literature review; Rev Pneumol Clin 2012 Dec;68(6):351-60
- (2) Chatterjee S, Prayson R, Farver C.; Antisynthetase syndrome: Not just an inflammatory myopathy; Cleve Clin J Med. 2013 Oct;80(10):655-66



# Calcinose diffuse : une complication invalidante de la dermatomyosite

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

## INTRODUCTION

• La calcinose diffuse est une complication redoutable de la dermatomyosite (DM). Elle est fréquente dans la DM juvénile et rare chez l'adulte.

• Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 26 ans

**Motif de consultation:** polyarthralgie inflammatoire et des myalgies.

**L'examen a objectivé:**

- un œdème liliacée des paupière
- un érythème périunguéal
- une faiblesse musculaire des ceintures scapulaires et pelviennes

**Les enzymes musculaires:** élevées

**L'électromyogramme:** un tracé myogène

**La biopsie musculaire** confirmait le diagnostic de DM.

La radiographie de thorax, le scanner thoraco-abdomino-pelvien et marqueurs tumoraux étaient normaux.

**Un traitement** par des corticoïdes à 1mg/kg/j associés au méthothrexate à 0 mg/semaine a été initié avec amélioration.

Elle consultait **deux ans plus tard** pour des tuméfactions douloureuses des membres.

**L'examen cutané** montrait des nodules durs avec issu de produit crayeux, siégeant au niveau des zones d'extension des coudes, des avant-bras, des cuisses et des genoux.

Les radiographies des bras, du bassin, des jambes objectivaient de nombreuses calcifications. La patiente a été traitée par pamidronate mais l'évolution était marquée par l'extension rapide des calcinose aux membres, aux fesses et au tronc.

**L'étanercept** était alors introduit mais arrêté au bout de 4 mois devant la survenue de surinfections récurrentes des calcinose.

Elle a été ensuite traitée par deux cures de **Rituximab** à un an d'intervalle.

**Evolution:** résolution des signes musculaires et une normalisation des enzymes musculaires mais il était sans efficacité sur les calcinose.

## DISCUSSION

Les calcinose de la DM sont des dépôts calciques pouvant atteindre la peau, les muscles et les tendons. Comme le cas de notre patiente, elles sont responsables d'un retentissement fonctionnel majeur.

Le traitement des formes diffuses n'est pas encore codifié. Plusieurs traitements ont été essayés. Les biothérapies ont été essayées dans quelques observations.

Dans notre observation, la calcinose était réfractaire aux différents traitements y compris les anti-TNF et le rituximab.

## CONCLUSION

**La calcinose diffuse représente Une complication peu fréquente de la DM de l'adulte.**

**Cette affection est source de préjudice esthétique, de douleur et de handicap. Son traitement reste décevant.**

## MATERIELS ET METHODES

**Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.**

# Tuberculose pleurale sous étanercept

S Boussaïd; R Tekaya; H Sahli; O Saidane; I Mahmoud; L Abdelmoula; R Zouari;  
Rhumatologie, Hopital Charles Nicolle,

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Introduction

L'avènement des anti-TNF  $\alpha$  constitue une révolution dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques. Cependant, les patients recevant ce traitement ont un risque augmenté de réactiver une tuberculose latente. Les recommandations internationales préconisent le dépistage de la tuberculose avant l'introduction d'un anti-TNF  $\alpha$ . Nous rapportons ici le cas d'un patient suivi pour un rhumatisme psoriasique ayant développé une tuberculose pleurale sous étanercept.

## Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 22 ans, suivi depuis 2007 pour un rhumatisme psoriasique à début juvénile d'expression axiale et périphérique. Le patient a été traité initialement par le méthotrexate (MTX) arrêté au bout de 13 mois pour intolérance digestive. La maladie est redevenue alors active (VS = 70 mm, CRP = 58 mg/l; BASDAI = 56 et BASFI = 86, score PASI = 20,4). Une biothérapie par Etanercept a été donc débutée en mai 2008 après avoir réalisé un bilan prébiothérapie comprenant en particulier une radiographie du thorax, une IDR et des recherches de BK dans les crachats et dans les urines. Tous ces examens étaient normaux. En décembre 2012, le patient a présenté une dyspnée associée à une douleur thoracique. Les explorations ont conclu à une tuberculose pleurale (IDR à la tuberculine fortement positive et recherches de BK dans les crachats positives). Nous avons donc arrêté le traitement par Etanercept, un traitement antituberculeux a été instauré et poursuivi pendant 6 mois. Le contrôle par tubage (recherche de BK) s'est négativé au bout de 3 mois de traitement. Une reprise de l'étaanercept est prévue 2 mois après l'arrêt du traitement anti-tuberculeux.



Fig1: Rx du thorax montrant la miliaire tuberculeuse

## Conclusion

La tuberculose est une complication possible du traitement par anti-TNF $\alpha$ . Ce dernier joue un rôle central dans le maintien de la réponse immunitaire granulomateuse dans la tuberculose.

## Discussion

### ➔ premiers cas rapportés de tuberculose sous Anti-TNF $\alpha$ : [1]

- 70 tuberculoses / 149.000 patients traités par Infliximab
- Incidence estimée de la Tbc au cours de la PR sous anti-TNF => **24.4 / 100.000**
- Fréquence des formes **extrapulmonaires +++**
- **Gravité +++ (au moins 4/70 décès dus à la tuberculose)**
- **Réactivation de lésions préexistantes +++ (délai survenue 12 sem)**

### ➔ Etanercept et tuberculose [2]

- Juillet 2004 : 34 cas de Tbc/411 213 patients traités
- Délai médian après une dose : 11,5 mois
- 52% extra-pulmonaires
- Incidence estimée à 14.4 /100.000
- **Risque plus faible ?** —> Etanercept : récepteur soluble, qui se lie préférentiellement au TNF soluble et non membranaire

### ➔ Adalimumab et tuberculose

- 8 cas sur ~542 pts traités (1.5%) dans les essais

### ➔ Facteurs de risque identifiés de Tbc sous anti-TNF $\alpha$

- Degré de l'immunodépression médicamenteuse
- Etat débilité (durée de la PR)
- Age
- Emmigration
- Immunodépression autre

## Références

- [1] Keane J et al, Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. NEJM ; 2001, 345 : 1098  
[2] Manadan A, Mohan A, Cote T, Siegel J, Sequeira W, Block J. Tuberculosis and etanercept treatment. Arthritis Rheumatism 2002; 46:355.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Le rhumatisme psoriasique: à propos de 21 cas

Hamdi.W , Dhahri. R, Cherif. I, Nouri.N, Zouch.I , Kaffel.Dh, Kchir. MM

## Introduction:

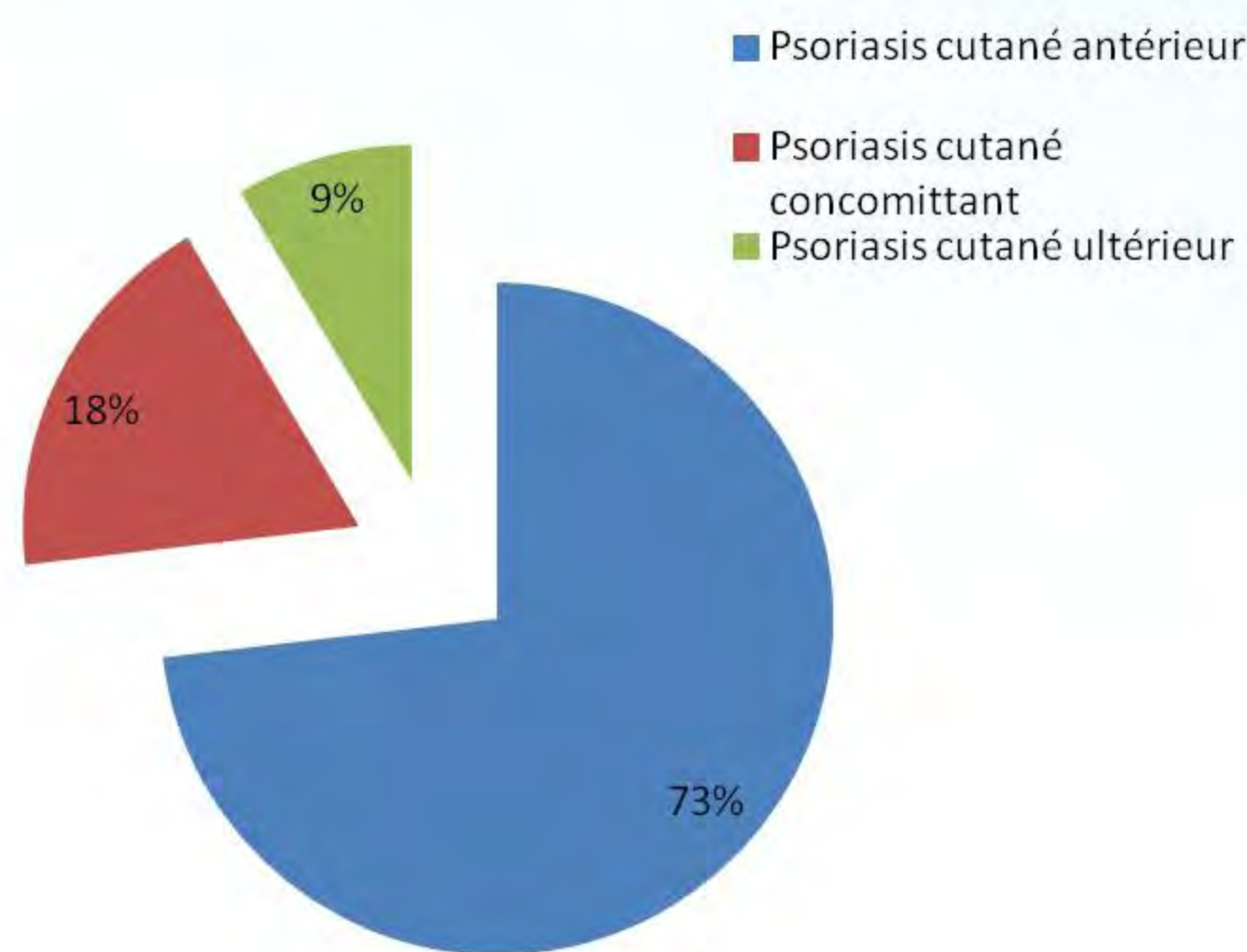
Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique rare très polymorphe faisant partie du groupe des spondylarthropathies. Il associe une atteinte axiale et/ou périphérique avec un psoriasis cutané dans 90 % des cas. Il expose souvent à des difficultés diagnostiques en particuliers en l'absence de psoriasis.

## Patients et méthodes:

Etude rétrospective portant sur des patients suivis pour RP colligés de 2006 à 2013 dans le service de rhumatologie de l'IOKS. Les critères diagnostiques adoptés étaient celles d'AMOR et de CASPAR.

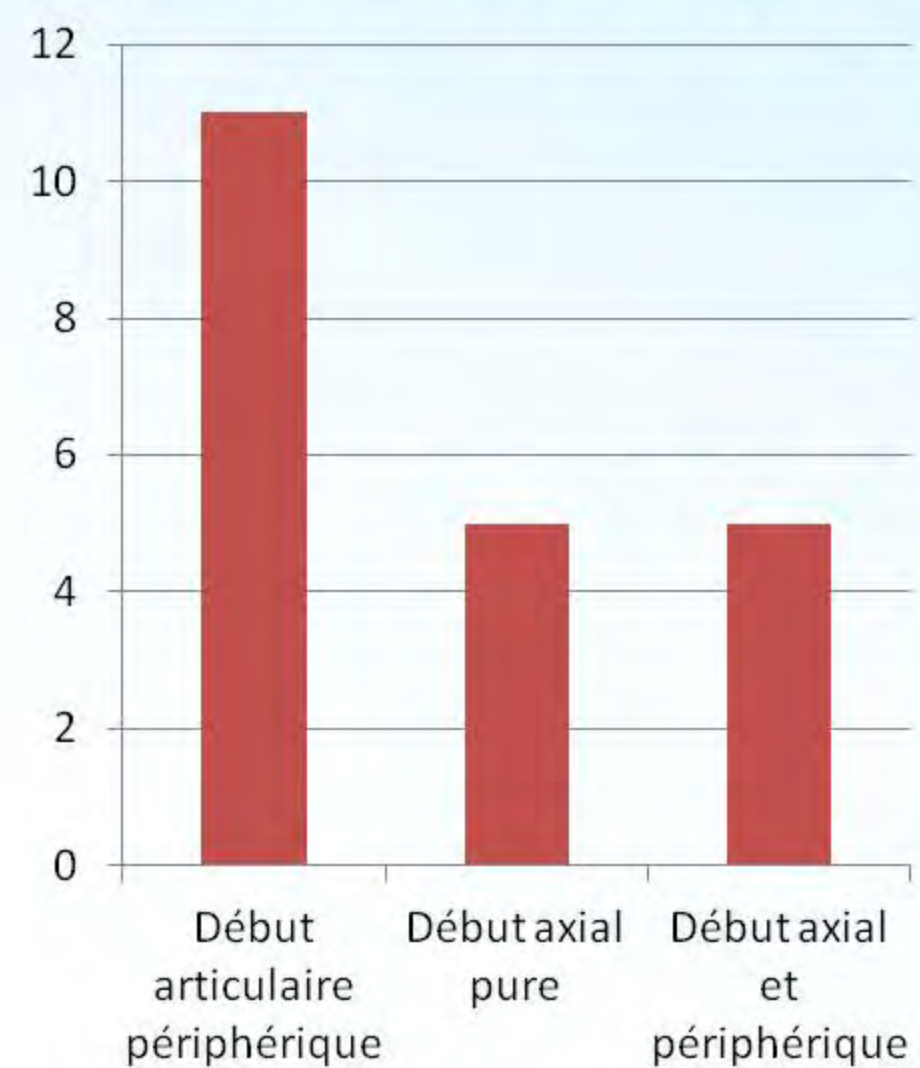
## Résultats:

- 21 cas : 15 femmes et 6 hommes
- Age moyen ( au moment du diagnostic): 51.2 ans (19-78)
- Age moyen de début: 38.5 ans (16-77) avec 2 cas de début au-delà de 65 ans.
- ATCDs Familiaux de Psoriasis: 4 cas



Survenue du psoriasis cutané par rapport à l'atteinte rhumatismale

Répartition selon le mode de début



## Signes radiologiques:

➤ Sur le plan axial:

- Sacroiliite: 9 cas , unilatérale dans 5 cas et bilatérale asymétrique dans 4 autres
- Spondylodiscite inflammatoire étagée: 1 cas

➤ Sur le plan périphérique:

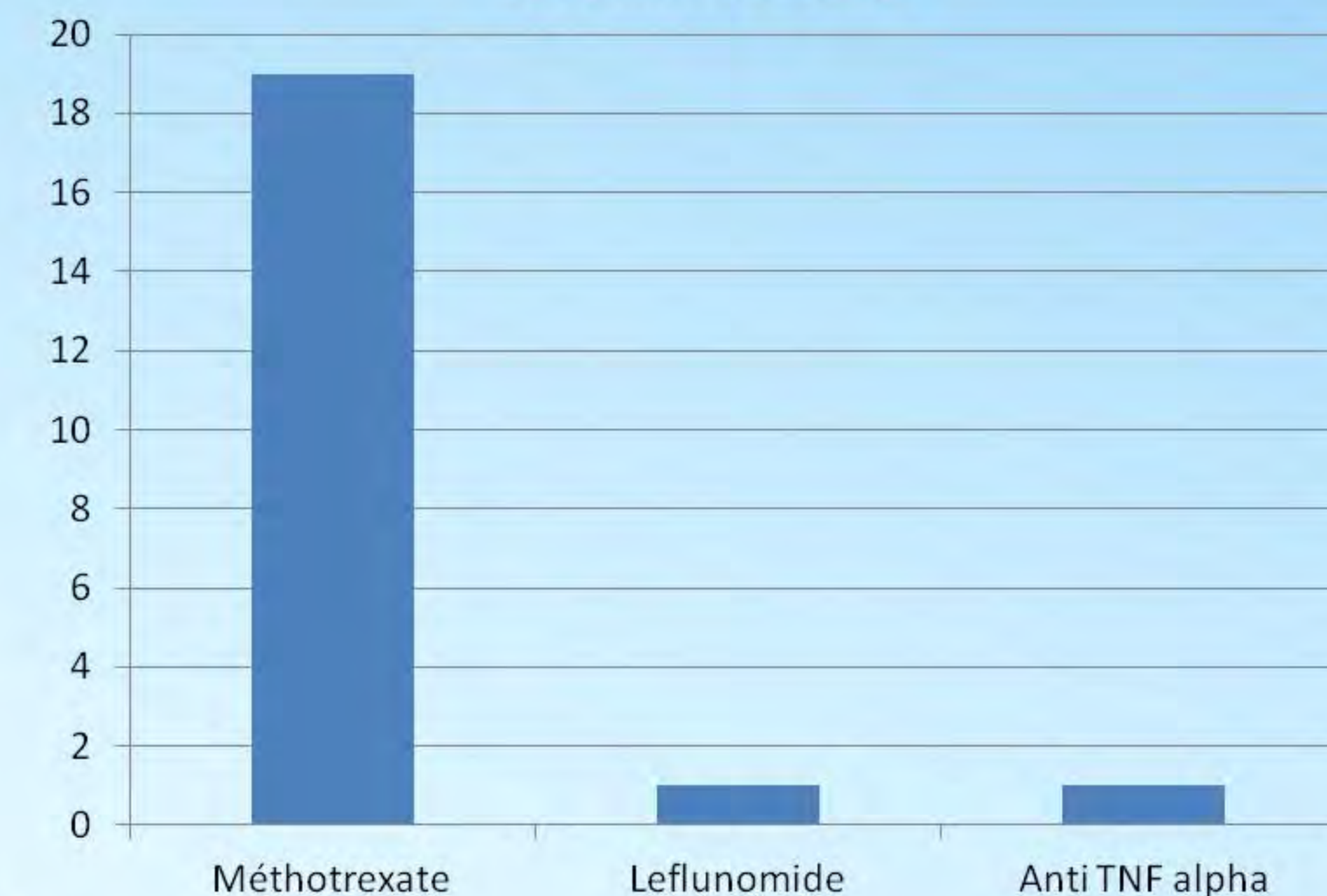
- Atteinte destructrice asymétrique des mains 9 cas
- Atteinte des IPD dans 5 cas

**Bilan biologique:** SIB (+) : 17 cas

**Bilan immunologique:** FR (+) et ACPA (+) dans 1 cas ( RP associé à une polyarthrite rhumatoïde)

**Manifestations extra-articulaires :** Ostéopénie 7 cas et ostéoporose (3 cas)

Traitement de fond



## Discussion:

Plusieurs années après avoir développé un psoriasis, certains patients vont souffrir d'atteintes articulaires. Le rhumatisme psoriasique concernerait ainsi entre 5 et 20 % des patients atteints de psoriasis.

Le pronostic est moins sévère que la PR: Seuls 10 à 20 % des patients sont atteints de formes graves.

**Conclusion:** Le RP offre des tableau cliniques polymorphes . Son diagnostic précoce reste le seul garant d'une prise en charge adaptée et d'un meilleur pronostic fonctionnel.



# Calcinose diffuse : une complication invalidante de la dermatomyosite

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

## INTRODUCTION

• La calcinose diffuse est une complication redoutable de la dermatomyosite (DM). Elle est fréquente dans la DM juvénile et rare chez l'adulte.

• Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 26 ans

**Motif de consultation:** polyarthralgie inflammatoire et des myalgies.

**L'examen a objectivé:**

- un œdème liliacée des paupière
- un érythème périunguéal
- une faiblesse musculaire des ceintures scapulaires et pelviennes

**Les enzymes musculaires:** élevées

**L'électromyogramme:** un tracé myogène

**La biopsie musculaire** confirmait le diagnostic de DM.

La radiographie de thorax, le scanner thoraco-abdomino-pelvien et marqueurs tumoraux étaient normaux.

**Un traitement** par des corticoïdes à 1mg/kg/j associés au méthothrexate à 0 mg/semaine a été initié avec amélioration.

Elle consultait **deux ans plus tard** pour des tuméfactions douloureuses des membres.

**L'examen cutané** montrait des nodules durs avec issu de produit crayeux, siégeant au niveau des zones d'extension des coudes, des avant-bras, des cuisses et des genoux.

Les radiographies des bras, du bassin, des jambes objectivaient de nombreuses calcifications. La patiente a été traitée par pamidronate mais l'évolution était marquée par l'extension rapide des calcinose aux membres, aux fesses et au tronc.

**L'étanercept** était alors introduit mais arrêté au bout de 4 mois devant la survenue de surinfections récurrentes des calcinose.

Elle a été ensuite traitée par deux cures de **Rituximab** à un an d'intervalle.

**Evolution:** résolution des signes musculaires et une normalisation des enzymes musculaires mais il était sans efficacité sur les calcinose.

## DISCUSSION

Les calcinose de la DM sont des dépôts calciques pouvant atteindre la peau, les muscles et les tendons. Comme le cas de notre patiente, elles sont responsables d'un retentissement fonctionnel majeur.

Le traitement des formes diffuses n'est pas encore codifié. Plusieurs traitements ont été essayés. Les biothérapies ont été essayées dans quelques observations.

Dans notre observation, la calcinose était réfractaire aux différents traitements y compris les anti-TNF et le rituximab.

## CONCLUSION

**La calcinose diffuse représente Une complication peu fréquente de la DM de l'adulte.**

**Cette affection est source de préjudice esthétique, de douleur et de handicap. Son traitement reste décevant.**

## MATERIELS ET METHODES

**Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.**

# Ostéopathie rarifiante diffuse au cours de la dysplasie spondylo-épiphysaire

H Sahli; S Boussaïd; R Tekaya; I Mahmoud; O Saidane; L Abdelmoula; R Zouari;  
Rhumatologie, Hopital Charles Nicolle,

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Introduction

La dysplasie spondylo-épiphysaire (DSE) est une chondrodysplasie qui altère spécifiquement les épiphyses et les vertèbres. Elle peut être à l'origine d'une altération de la masse osseuse et par conséquent de fractures. Nous nous sommes proposés d'étudier le profil osseux au cours de la DES.

## Patients et Méthodes

Etude rétrospective incluant les dossiers de patients suivis dans le service pour DSE sur une période de 13 ans [2000-2013]. Les données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et densitométriques ont été recueillies.

## Résultats

- 11 dossiers : 7 hommes et 4 femmes d'âge moyen 39,1 ans.
- Le délai diagnostique :12,7 ans [8 mois-20 ans].
- Les signes cliniques étaient présents dans tous les cas : (Tableau I)

Tableau I: Principaux signes cliniques

S. fonctionnels	Nombre de cas
Coxopathie	4
Nanisme	3
Lombalgie	3
Lombosciatalgie	2

-L'examen clinique avait objectivé des anomalies chez tous les patients : il s'agissait de déformation dans tous les cas : de flexion des coudes et / ou des genoux dans 5 cas, scoliose dans 3 cas, dactylomyélie dans 2 cas, hypoplasie d'une main et déformation d'un doigt chacun dans un cas. Une limitation articulaire d'une ou des deux hanches avait été observée dans 7 cas

-Le diagnostic avait été retenu chez tous les patients sur les données radiologiques. (Tableau II).

-La mesure de la densité minérale osseuse, pratiquée dans 5 cas, avait révélé une masse osseuse moyenne de 0,855 g/cm<sup>3</sup> [0,838-0,882] au niveau du rachis lombaire et de 0,568 g/cm<sup>3</sup> [0,498-0,753] au niveau du col fémoral.

## Conclusion

L'étude de la densité minérale osseuse au cours de la DSE permet de dépister la perte osseuse et de la traiter afin de prévenir des fractures chez des sujets jeunes et actifs.

Tableau II: Principales anomalies radiologiques

	Anomalies radiologiques
Patient 1	Aspect festonné des plateaux vertébraux Dysplasie des têtes fémorales
Patient 2	Dysplasie pseudorhumatoïde des hanches, des condyles fémoraux et métacarpienne
Patient 3	Hypoplasie vertébrale
Patient 4	Scoliose Dysplasie des hanches avec coxarthrose évoluée
Patient 5	Dysplasie vertébrale (figure 1) Scoliose
Patient 6	Dysplasie avec coxarthrose évoluée des hanches (figure 2) et des genoux
Patient 7	Dysplasie de L4 et des 2 têtes fémorales Aspect festonné des vertèbres
Patient 8	Hypoplasie vertébrale et des condyles fémoraux
Patient 9	Dysplasie des hanches Hypoplasie d'une main
Patient 10	Dysplasie vertébrale
Patient 11	Dysplasie vertébrale et des hanches

-Le T score était en moyenne de -1,92 au site lombaire et -1,61 au site fémoral.

- Il s'agissait d'une ostéoporose dans 3 cas et d'une ostéopénie dans 2 cas.

-Tous les patients ont eu une supplémentation vitamino-calcique et un traitement par bisphosphonates pour ceux ayant une ostéoporose (après avoir éliminé d'autres étiologies de l'ostéoporose).

## Ostéoporose compliquant un syndrome de Laron

Tekaya R ; Boussaid S ; Sahli H ; Saidane O ; Mahmoud I ; Abdelmoula; Zouari R  
Service de Rhumatologie; Hôpital Charles Nicolle; Tunis

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

### Introduction

Le syndrome de Laron ou syndrome d'insensibilité primaire à la GH, est une maladie génétique due à une délétion ou mutation des récepteurs de la GH responsable d'un défaut de sécrétion de l'IGF-I. Cette maladie est plus fréquente dans les populations juives et méditerranéennes. L'atteinte osseuse à type d'ostéoporose est fréquemment retrouvée au cours de cette pathologie et pose des problèmes de prise en charge thérapeutique. Nous rapportons le cas d'un malade ayant un syndrome de Laron responsable d'une ostéoporose

### Observation

- ❖ patient de 33 ans issu d'un mariage consanguin du 1<sup>er</sup> degré, suivi pour un syndrome de Laron depuis le jeune âge.
- ❖ Consulte pour une coxopathie droite mécanique évoluant depuis un an.
- ❖ A l'examen, on note un nanisme : Taille 132 cm et poids 55 Kg. On note aussi un raccourcissement du membre inférieur droit de 1,8 cm.
- ❖ La hanche droite est douloureuse à la mobilisation.
- ❖ Biologie

	Valeurs
Calcémie (mmol/l)	2,17
Phosphorémie (mmol/l)	1,08
Phosphatases alcalines (UI/l)	54

- ❖ Les radiographies montrent une dysplasie de la hanche droite et il n'y a pas de dysplasie des vertèbres. On relève aussi une scoliose dorsolombaire à convexité gauche centrée sur D8. Figures (1 et 2)

- ❖ La DMO met en évidence une ostéoporose (T score au niveau du rachis lombaire à -2,8 DS et au niveau du col fémoral à -1,1 DS).
- ❖ Le patient a été mis sous alendronate à la dose de 70 mg/semaine après correction de l'hypocalcémie et a reçu des semelles orthopédiques pour la correction de l'inégalité de ses membres inférieurs.



Fig1: Rx du rachis dorsolombaire de face montrant la scoliose



Fig 2: Rx du bassin de face montrant la dysplasie de la tête fémorale droite

Actuellement, à deux ans de traitement, le patient va bien et aucun incident fracturaire n'a été rapporté. Une DMO de contrôle est prévue. L'hypophosphatasie est restée stable.

### Discussion et Conclusion

Actuellement, il n'existe pas de traitement permettant de guérir ou de prévenir le syndrome de Laron [1]. L'ostéopénie générée par cette pathologie serait améliorée par les injections d'IGF-1 [2]. Au stade d'ostéoporose, il n'existe pas de traitement codifié et certains cas rapportés dans la littérature suggèrent que le traitement par alendronate pourrait être efficace [3].

#### Références

- [1] Z. Laron, Laron syndrome (primary growth hormone resistance or insensitivity): the personal experience 1958–2003, J. Clin. Endocrinol. Metab. 89 (2004) 1031–1044.
- [2] Z. Laron, A. Kowadlo-Silbergeld, R. Eshet, A. Pertzalan, Growth hormone resistance, Ann. Clin. Res. 12 (1980) 269–277.
- [3] V. Eshed et al. Effect of alendronate on bone mineral density in adult patients with Laron syndrome (primary growth hormone insensitivity). Growth Hormone & IGF Research 16 (2006) 119–124





# Intérêt des marqueurs biologiques de remodelage osseux au cours de l'ostéoporose de la bêtathalassémie polyarthrite

Jguirim M\*, Hachfi H\*\*\*, Othmen M\*\*, Zouhour A\*\*\*\*, Zrouf S\*, Younes M\*\*\*, Bejia I\*, Touzi M\*, Bergaoui N\*.

Service de Rhumatologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir.

## Introduction:

- Les sujets atteints de  $\beta$  thalassémie présentent une anémie par érythropoïèse inefficace et par hyperhémolyse.
- Les manifestations ostéo-articulaires et notamment l'ostéoporose sont fréquentes. Son mécanisme est plurifactoriel.
- Le but de notre travail est d'étudier le profil ostéodensitométrique chez les  $\beta$  thalassémiques et sa corrélation avec les marqueurs de remodelage osseux.

## Patients et méthodes:

Étude rétrospective portant sur 10 malades suivis en pédiatrie pour  $\beta$  thalassémie.

La mesure de la masse osseuse a été réalisée par méthode DEXA.

Les sites de mesure ont été indiqués en fonction de l'âge du patient.

### DEXA au diagnostic

#### Adulte:

- Rachis (L1-L4), col du fémur
- Ostéoporose = T-score < -2,5 DS

#### Enfants:

- Rachis, corps entier
- Ostéoporose = Z-score < -2 DS

Les marqueurs de remodelage osseux qui ont été mesurés sont les phosphatases alcalines, les CTX sanguins et les P1NP

## Résultats:

- Il s'agit de 5 garçons et 5 filles
- Age moyen de 15,7 ans (7-21 ans). Tous les patients avaient une bêtathalassémie majeure.
- L'âge moyen au diagnostic était de 25 mois.
- Le BMI moyen était de 19,01 Kg/m<sup>2</sup>
- Un antécédent de fracture a été noté chez 4 patients:
  - tassement vertébral
  - fracture de côte
  - fracture de la clavicule
  - Fracture du calcaneum
- Hypocalcémie:
  - 3 cas
  - 2,16 à 2,27 mmol/l

Les phosphatases alcalines étaient normales chez tous les patients. La vitamine D était effondrée chez tous les patients avec une valeur moyenne de 8,06 ng/ml.

- Le taux des parathormones est normal chez tous les patients.
- Un hypogonadisme était noté chez 4 patients.
- Les marqueurs de remodelage osseux (dosés pour 7 patients uniquement) sont diminués.

- Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les marqueurs du remodelage osseux et le statut ostéoporotique pour les 7 patients; de même, les MRO ne sont pas associés aux valeurs de la densité minérale osseuse tant au niveau du rachis lombaire que de la hanche.

- Les taux de CTX et P1NP n'étaient pas statistiquement différents entre les patients avec antécédent de fractures versus non fracturés.

- Tous les patients présentaient des signes radiologiques osseux témoignant de l'hyperplasie médullaire et de l'ostéopénie.

A la densitométrie osseuse:

- 5 malades présentaient une ostéoporose
- 3 malades ont une ostéopénie.
- 2 malades ont une DMO normale

Un seul patient est traité par bisphosphonates.

## Discussion:

• L'allongement de la survie des patients atteints de bêtathalassémie a fait apparaître un autre problème, celui de l'ostéopénie et de l'ostéoporose.

Dans les articles concernant les thalassémies, les chiffres de densité minérale osseuse (DMO) sont le plus souvent exprimés en Z-score (nombre d'écart-types par rapport aux valeurs de densité des sujets de même âge et de même sexe)

Les auteurs retiennent habituellement comme ostéoporotiques les sujets ayant un Z-score inférieur à -2 DS, parfois -2,5 DS, et comme ostéopéniques les sujets ayant un Z-score entre -1 et -2,5 DS.

▪ Une ostéopénie est notée dans 48 % des cas chez la femme, une ostéoporose dans 38 % ; chez l'homme, les chiffres sont respectivement de 76 et 18 %.

▪ Cette diminution des chiffres de DMO, qui affecte tous les sites mesurés, lombaire, fémoral et radius, est retrouvée par plusieurs auteurs.

▪ Elle ne semble pas être corrélée avec l'ancienneté du traitement chélateur, le nombre d'unités globulaires transfusées ou le taux de ferritine.

• La diminution de la densitométrie osseuse est multifactorielle :

- stimulation et expansion de la moelle rouge d'où amincissement des trabécules osseuses
- hémochromatose secondaire aux transfusions
- atteinte hépatique chronique
- perturbation de l'axe GH/insulin like growth factor (IGF)-I (facteur anabolique pour l'os)
- déficit en vitamine D dû à la surcharge en fer Trogènes.

### Utilité des marqueurs

- Pas pour le diagnostic (masse osseuse : mesure de la DMO)

- Identification des sujets à haut niveau de remodelage et prédiction du risque fracturaire -

- Suivi des traitements

- Limites: échantillon faible et pas de valeurs définies pour les enfants.

## Conclusion:

• Les manifestations ostéoarticulaires des  $\beta$  thalassémies notamment l'ostéoporose ne sont pas rares. Elles sont habituellement de révélation précoce dans l'enfance mais elles peuvent continuer de poser de réels problèmes de prise en charge à l'âge adulte.

• L'ostéoporose est devenue un problème plus fréquent avec l'allongement de la durée de survie rendu possible par l'amélioration de la prise en charge thérapeutique.

• Les marqueurs de remodelage osseux pourraient avoir un rôle dans le diagnostic et le suivi de l'ostéoporose.

Les limites de notre étude sont la faible taille de l'échantillon.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# OSTEO-ARTHROPATHIE NERVEUSE DIABETIQUE DU GENOU

H. Hachfi <sup>1</sup>; M. Younes <sup>1</sup>; M. Jguirim<sup>2</sup>; K. Younes<sup>3</sup>; S. Ben Hammouda <sup>1</sup>; S. Zrou<sup>2</sup>;  
I. Bejia<sup>2</sup>; M. Touzi <sup>2</sup>; N. Bergaoui<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie EPS Mahdia, <sup>2</sup> Service de Rhumatologie EPS Monastir,  
<sup>3</sup> Service URR CSB Stah Jabeur Monastir.

**Introduction :** L'ostéoarthropathie nerveuse est une arthropathie destructrice d'évolution progressive et indolore. Le diabète en constitue une étiologie classique dont les atteintes surviennent surtout au niveau du pied et de la cheville, rarement au niveau du genou. Son diagnostic est souvent difficile et peut poser un problème de diagnostic différentiel notamment dans les formes destructrices pures.

**Observation :** Il s'agit d'un patient âgé de 27 ans, diabétique depuis 13 ans sous insuline, présentant depuis une année une gonalgie gauche d'allure mécanique survenant dans les suites d'un traumatisme occasionnant un retentissement fonctionnel important. A l'examen, le patient est apyrétique. La mobilité articulaire active et passive du genou est conservée, choc rotulien positif avec un trouble de la statique en genu valgum. L'examen neurologique est normal. A la biologie, il n'y a pas de syndrome inflammatoire biologique. La radiographie standard du genou gauche a montré une lyse osseuse médiane du plateau tibial, un affaissement du plateau tibial externe, une érosion sous chondrale du condyle fémoral externe avec discrets ostéophytes. La ponction du genou a montré un liquide mécanique, le bilan tuberculeux était négatif. La TDM et l'IRM du genou ont mis en évidence un important remaniement articulaire fémoro-tibial avec destruction osseuse et épanchement. La biopsie synoviale a objectivé une synovite hyperplasique résorptive en faveur d'un processus dégénératif très évolutif. Devant le caractère relativement indolore, la destruction importante du genou et le terrain, le diagnostic d'ostéoarthropathie nerveuse a été retenu. Le patient a été traité symptomatiquement avec décharge, infiltration, genouillère et équilibration de son diabète.



Fig.1 : Radiographie standard du genou (face et profil).

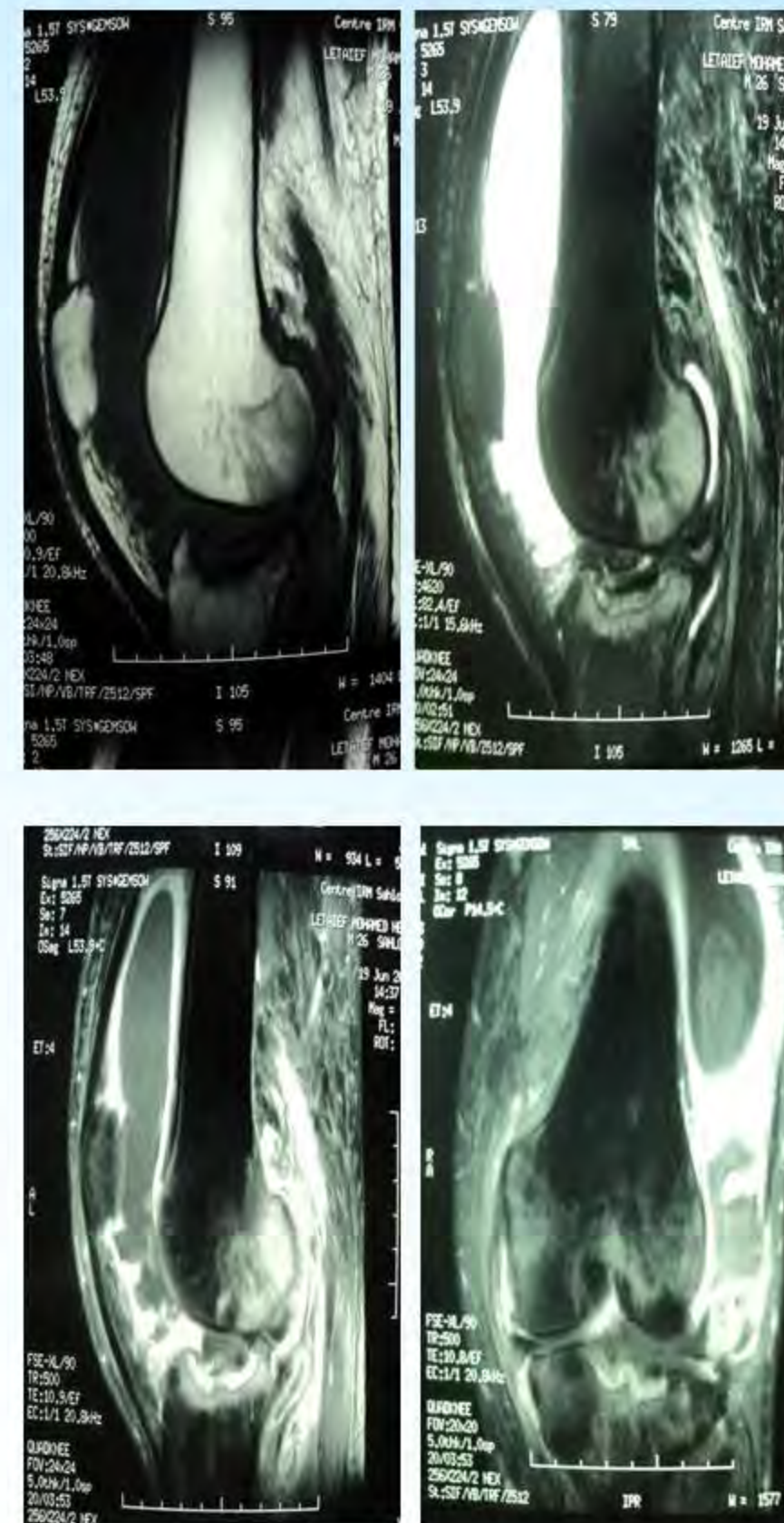


Fig.2 : IRM du genou.

**Discussion :** On doit la première description de l'ostéoarthropathie à un français, Jean-Martin Charcot, en 1868, dans le cadre de la syphilis. Une relation avec le diabète n'a cependant été établie qu'en 1936. Il s'agit d'une arthropathie dégénérative touchant une ou plusieurs articulations, d'évolution progressive et indolore, affectant les patients diabétiques ayant une neuropathie périphérique sous-jacente. Sa prévalence est d'environ 0,2% des diabétiques, avec un âge moyen d'apparition de 50 à 60 ans, sans prédominance homme/femme. Le plus souvent, le diabète évolue en moyenne depuis douze à dix-huit ans et est mal équilibré. La plupart des atteintes surviennent dans les extrémités inférieures, au niveau du pied et de la cheville, rarement au niveau du genou. L'atteinte est bilatérale dans 18% des cas. Le patient consulte, souvent tardivement pour une impotence, une tuméfaction d'apparition progressive parfois à la suite d'un traumatisme minime avec déformation articulaire. Les signes radiologiques sont discrets au début, puis on peut reconnaître des plages d'ostéolyse au sein de zones condensées à limites floues siégeant souvent en dehors des points d'hyperpression. Le traitement vise dans un premier temps à diminuer l'œdème et à la mise en décharge articulaire. Une thérapie d'avenir pourrait être représentée par les bisphosphonates ; en effet des essais de traitement avec du pamidronate ont donné des résultats encourageants. Le traitement préventif est essentiel, visant la prévention des traumatismes et le contrôle du diabète.

**Conclusion :** Bien que connue depuis plusieurs années, la pathogénie de l'ostéoarthropathie nerveuse reste complexe. Le diagnostic est le plus souvent tardif et peut poser un problème de diagnostic différentiel avec les autres causes des arthropathies destructrices. Seule la rapidité et l'efficacité de la prise en charge conditionnent le pronostic fonctionnel.



# LE SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE A PROPOS DE DEUX CAS

M. Younes<sup>1</sup>; H. Hachfi<sup>1</sup>; K. Younes<sup>3</sup>; M. Jguirim<sup>2</sup>; S. Ben Hammouda<sup>1</sup>; S. Zrouer<sup>2</sup>;  
I. Bejia<sup>2</sup>; M. Touzi<sup>2</sup>; N. Bergaoui<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie EPS Mahdia, <sup>2</sup> Service de Rhumatologie EPS Monastir,  
<sup>3</sup> Service URR CSB Stah Jabeur Monastir.

**Introduction :** Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est observé dans une multitude de situations cliniques (infectiologie, hématologie, cancérologie et maladies systémiques), en transplantation, ainsi qu'en réanimation. Il est caractérisé par un ensemble de signes non spécifiques et par sa gravité.

## Observations :

Le 1er cas est un patient de 29 ans, aux antécédents d'arthrite chronique juvénile (ACJ) polyarticulaire et séronégative en rémission depuis des années, hospitalisé pour exploration d'une fièvre et polyarthralgies évoluant depuis deux semaines avec une altération rapide de l'état général. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire biologique, une hyperleucocytose, une thrombopénie, une ferritinémie augmentée, une cytolysse et une insuffisance hépatique sévère. Le bilan infectieux est négatif. Le diagnostic de SAM est donc évoqué et confirmé par le myélogramme. Le patient est mis sous corticothérapie à forte dose et  $\gamma$ -globulines polyvalentes avec une bonne évolution. L'enquête étiologique de SAM à la recherche d'une cause virale, médicamenteuse ou néoplasique est négative.

Le 2ème cas est une patiente de 37 ans, sans antécédents, hospitalisée pour exploration d'une fièvre et polyarthralgies évoluant depuis 3 mois. Au cours de l'hospitalisation, la patiente a développé une pancytopénie avec cytolysse hépatique et une ferritinémie élevée. Le diagnostic d'une maladie de Still de l'adulte compliquée d'un SAM est retenu et confirmé par le myélogramme et la négativité du bilan infectieux et immunologique. La patiente est mise sous corticothérapie à forte dose et  $\gamma$ -globulines polyvalentes avec une bonne évolution.

**Discussion :** Le diagnostic de SAM repose sur l'association de signes cliniques, biologiques et histologiques ou cytologiques. Les signes cliniques majeurs sont une fièvre, s'accompagnant d'une rapide altération de l'état général et d'une splénomégalie. Un ictère, une hépatomégalie et des adénopathies sont fréquents. Une éruption cutanée morbilliforme ou des signes neurologiques sont plus rares (1,2). Les anomalies biologiques sont nombreuses mais non spécifiques. C'est la ponction ou la biopsie médullaire qui fera le diagnostic montrant un phénomène d'hémophagocytose. Le SAM est divisé en deux grands groupes : le SAM primaire ou lymphohistiocytose hémophagocytaire familiale et le SAM secondaire à une pathologie infectieuse, maligne, à une maladie systémique, à un déficit immunitaire ou à un médicament. Sur le plan thérapeutique, la prise en charge du SAM se base sur les traitements symptomatiques tels l'équilibre hydro-électrolytique, les transfusions, si nécessaires et les traitements étiologiques ou un traitement visant spécifiquement à s'opposer à l'hémophagocytose. Signalons cependant que, vu la rareté de ce syndrome, aucune étude contrôlée n'a été jusqu'à présent publiée. Le pronostic des SAM secondaires est, malgré les traitements, souvent encore très mauvais : 49 % de décès dans la revue de Karras et al. (2), 28,8 % dans celle des SAM secondaires de Veerakul et al. (3). L'évolution peut être marquée par la récurrence du SAM ou la survenue d'une CIVD.

**Conclusion :** Le SAM peut émailler l'évolution des rhumatismes inflammatoires chroniques, notamment l'ACJ dans sa forme systémique. Cependant, son association avec la forme polyarticulaire en rémission est rarement décrite. Son diagnostic et son traitement doivent être rapides en raison d'un important risque vital.

1. Fisman DN. Hemophagocytic syndromes and infection. Emerg Infect Dis 2000; 6: 601-8.

2. Karras A, Hermine O. Hemophagocytic syndrome. Rev Med Interne 2002; 23:768-78

3. Veerakul G, Sanpakit K, Tanphaichitr V, Mahasandana C, Jirattanosopa N. Secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis in children an analysis of etiology and outcome. J Med Ass Thailand 2002; 85: S530-41



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Les arthrites infectieuses : à propos de 21 cas

Hamdi W , Nouri N , Kaffel Dh , Bahlouli E, Zouch I , Kchir MM

1 Service de rhumatologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

L'arthrite septique est une véritable urgence médicale vu que ce sont des infections au pronostic fonctionnel grave.

La mortalité a nettement diminuée grâce au traitement ATB, mais on observe encore des séquelles d'arthrite septique.

Le but de notre étude est de déterminer les caractères cliniques, biologiques bactériologique et radiographiques des arthrites septiques dans un service de rhumatologie.

## Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 21 patients .Les dossiers ont été colligés sur une période de 5 ans .Ont été inclus tous les patients , présentant une suspicion d'arthrite septique, hospitalisés au service de rhumatologie . Le diagnostic d'arthrite septique a été porté sur des éléments de présomption cliniques ,biologiques , radiologiques ou confirmé par des preuves bactériologiques ou anatomopathologiques.

## Résultats:

Nous avons colligé 21 dossiers de patients (13 hommes et 8 femmes) avec un sexe ratio de 1,5.

L'âge moyen 45 ans pour des extrêmes de 19 et 83 ans.

L'arthrite est toujours douloureuse, elle est douloureuse et fébrile dans 72,2%.

L'arthrite était mono articulaire dans tous les cas et la hanche a été la localisation la plus fréquente de notre série (38%)

Devant la négativité des preuves bactériologiques et anatomopathologiques le diagnostic a été porté sur des éléments de présomption clinique et devant les antécédents de tuberculose dans 19% ( 4 cas ) , et une arthrite décapitée par les Antibiotiques a été considérée dans 9.5% (3cas). L'arthrite était considérée tuberculeuse dans 80% ( 17 cas), décapitée dans 14% (3cas) et à Klebsielle dans 5% (1cas).

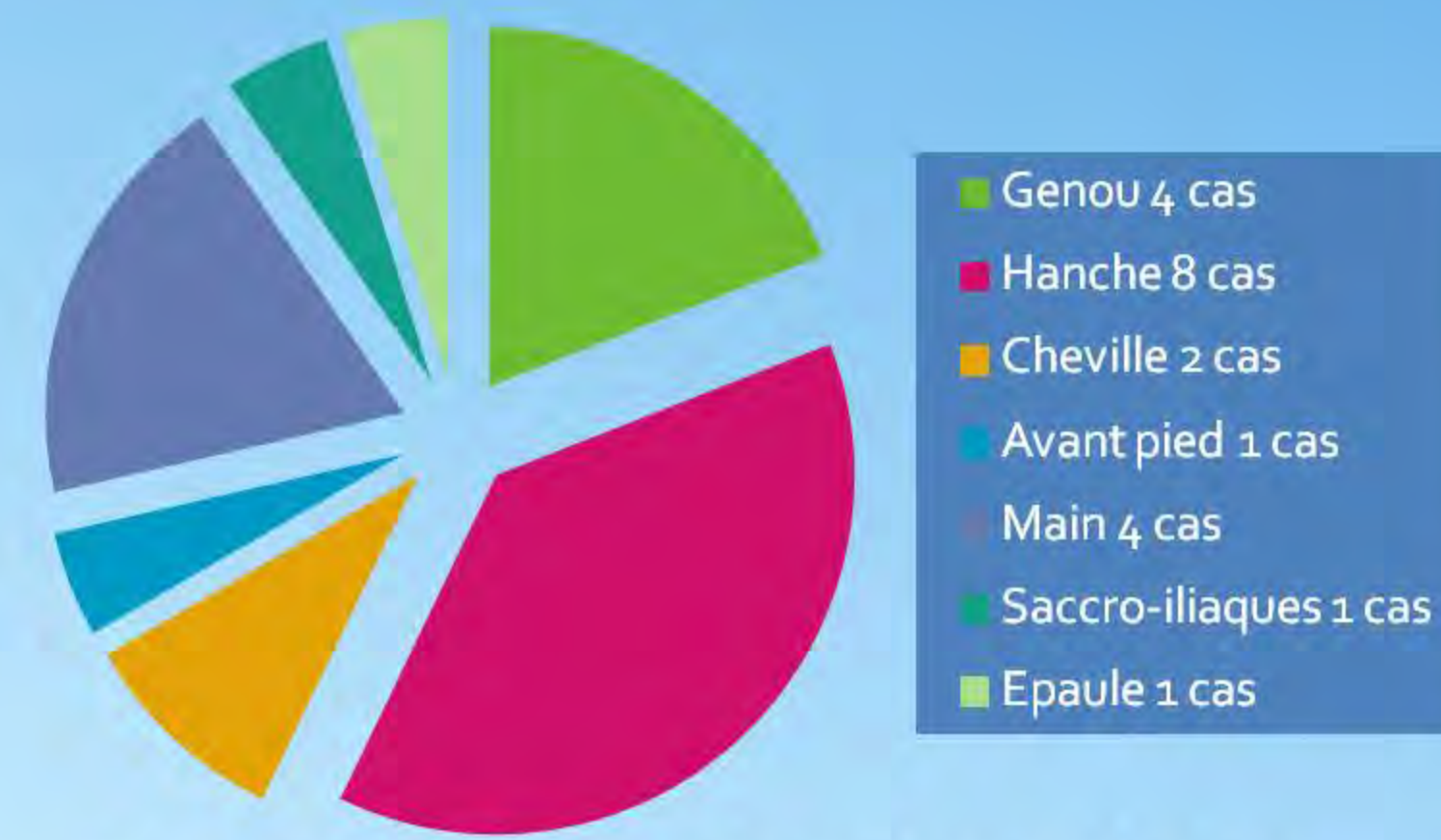


Figure 1. Répartition des arthrites septiques selon le siège

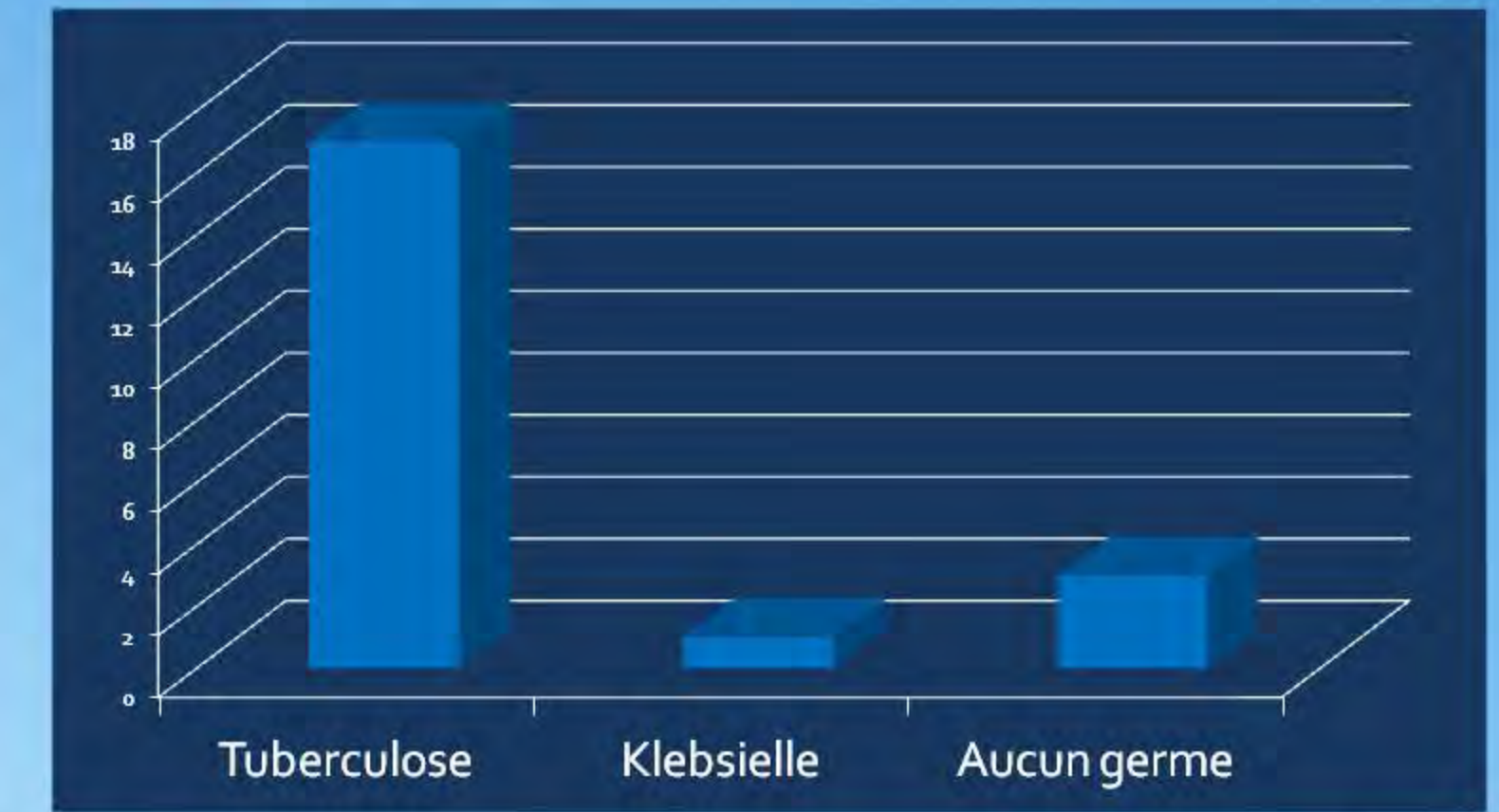
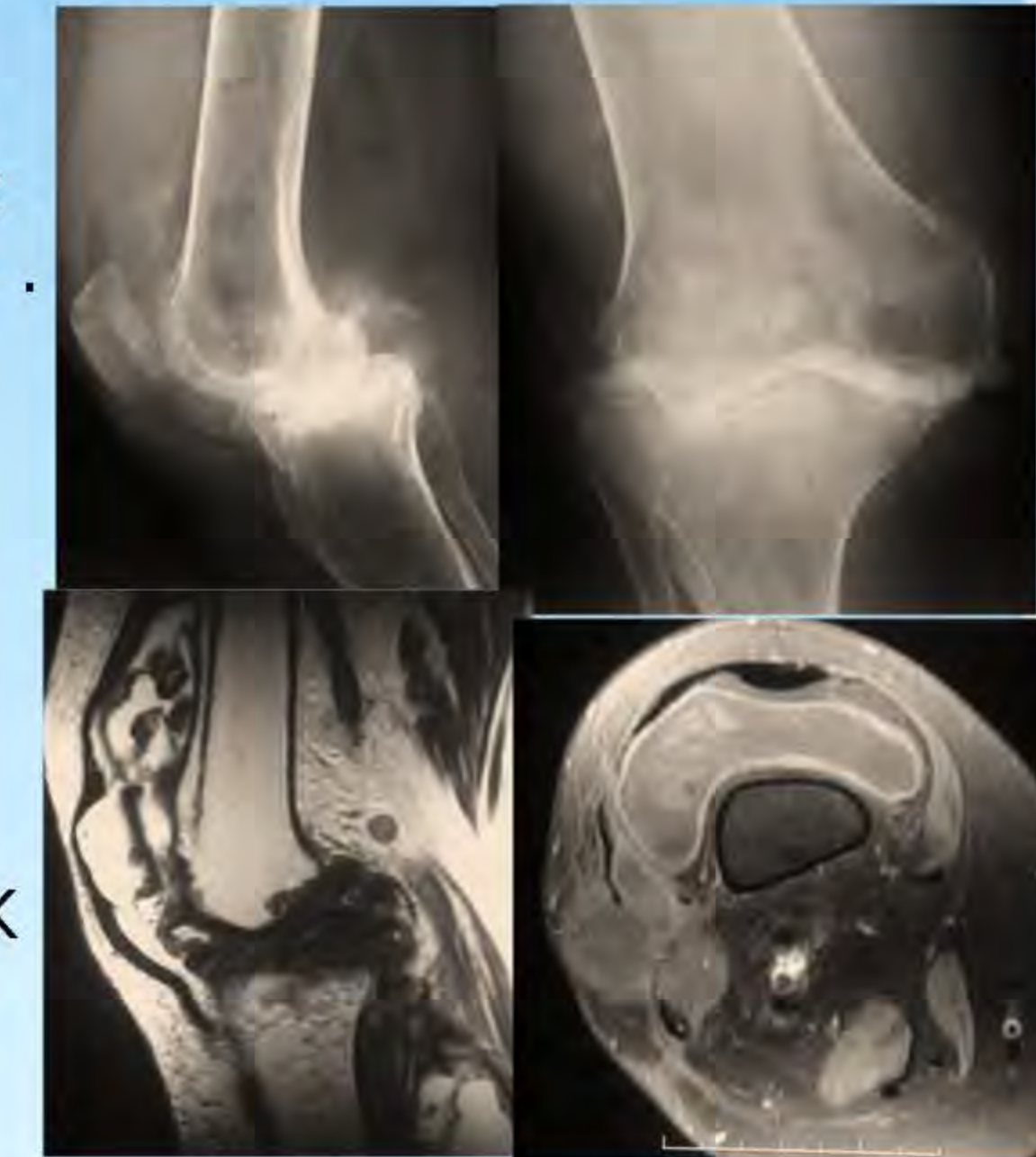


Tableau 2 : Répartition des arthrites selon le germe

## Illustration :

Patiente de 83 ans , sans antécédents notables , qui présente une mono arthrite chronique du genou droit fistulisée à la peau évoluant dans un contexte d'apyrexie . Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les radiographies du genou ont montre une arthrite tri compartimentale destructrice avec épanchement intra articulaire. L'IRM et l'échographie du genou on montré une arthropathie destructrice avec synovite et une collection liquide en voie de fistulisation. La biopsie synoviale n'a pas été réalisée vue la fistule cutanée. La ponction du genou avec culture et PCR du BK ont confirmé l'origine tuberculeuse. La patiente a eu une immobilisation par attelle et quadruple antibiothérapie anti-tuberculeuse avec bonne évolution.



## DISCUSSION

Les arthrites septiques sont de moins en moins fréquentes et semblent survenir dans un contexte particulier d'immunodépression. Contrairement aux arthrites à germe spécifique qui semblent en recrudescence. La confirmation du diagnostic d'une arthrite infectieuse parfois dans un contexte clinique difficile est l'étape clé pour une prise en charge efficace. Le germe doit être recherché dans le liquide articulaire et éventuellement à la biopsie synoviale. L'arthrite tuberculeuse doit être toujours évoquée, en particuliers en zone d'endémie tuberculeuse.

## CONCLUSION:

Les arthrites infectieuses semblent moins fréquentes de nos jours. Elles restent dominées par l'atteinte tuberculeuse en particuliers en zone d'endémie.



# PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, CLINIQUE ET ETIOLOGIQUE DES HYPERCALCEMIES EN MILIEU DE MEDECINE INTERNE : A PROPOS DE 62 CAS

S El Aoud <sup>1</sup>, F Frikha <sup>1</sup>, R Ben Salah <sup>1</sup>, M Snoussi <sup>1</sup>, H Loukil <sup>1</sup>, Y Cherif <sup>1</sup>  
M Jallouli <sup>1</sup>, S Marzouk <sup>1</sup>, Z Bahloul  
1.service de Médecine interne CHU Hédi Chaker 3029 Sfax Tunisie

## Introduction :

L'hypercalcémie est une complication métabolique fréquemment rencontrée en médecine interne. Elle relève de diverses étiologies dominées par les hypercalcémies malignes et l'hyperparathyroïdie primitive. Les mécanismes étiopathogéniques sont multiples. Notre objectif est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et cliniques, ainsi les différentes étiologies des hypercalcémies dans un milieu de médecine interne.

## Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective de 62 cas d'hypercalcémie colligés dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant une période de 16 ans (1996–2012). Une hypercalcémie est définie par une calcémie corrigée supérieure à 2,65 mmol/l.

## Résultats :

### ❖ Caractéristiques épidémiologiques :

Notre série comportait 32 hommes (51,6 %) et 30 femmes (48,4 %) dont l'âge moyen était de 58,3 ans (extrêmes : 19–84 ans). L'hypercalcémie était de découverte fortuite dans 20,96 % des cas.

### ❖ Tableau clinique :

Les manifestations cliniques consistaient en : des signes généraux (83,87%), des signes digestifs (57,5 %), des troubles neuromusculaires (54,8%), des signes cardiaques (45 %).

### ❖ Tableau biologique :

La calcémie était entre 3 et 3,5 mmol/l dans 35,48 % des cas et elle était  $\geq 3,5$  mmol/l dans 17,74 % des cas.

### ❖ Profil étiologique :

Les étiologies sont dominées par les causes malignes (56,3 %) : un myélome multiple (24 cas, 38,7 %), une néoplasie solide (6 cas, 9,67 %) et une hémopathie (2 cas, 3,22 %). L'hyperparathyroïdie primitive était notée dans 16 cas (25,8 %). Les autres étiologies sont la sarcoïdose (3 cas), la maladie de Paget (1 cas), l'hypercalcémie hypocalciurique familiale (1 cas) et l'hypercalcémie iatrogène (1 cas). L'étiologie était indéterminée dans 8 cas.

### ❖ Conduite thérapeutique :

Tous les patients ont bénéficié, en plus des mesures thérapeutiques spécifiques à chaque étiologie, d'un traitement symptomatique. Neuf patients présentant une hypercalcémie maligne ont bénéficié de perfusions de bisphosphonates (pamidronate). L'épuration extrarénale était nécessaire dans 5 cas.

### ❖ Evolution :

L'évolution à court terme était favorable sur le plan clinique et biologique avec normalisation du bilan phosphocalcique dans 84 % des cas. Un décès est survenu dans 10 cas en rapport avec la pathologie maligne.

### • Discussion et conclusion :

L'hypercalcémie reste une complication fréquente mais grave.

L'enquête étiologique est indispensable, elle doit être réalisée dans les plus brefs délais. Dans un milieu de médecine interne, l'hypercalcémie touche essentiellement le sujet âgé et ses étiologies sont dominées par la pathologie maligne et plus précisément le myélome multiple tel est le cas de notre expérience.

Outre les mesures thérapeutiques spécifiques de chaque étiologie, les bisphosphonates ont représenté une innovation dans le traitement des hypercalcémies sévères et d'évolution rapide.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Goutte polyarticulaire : Impact diagnostique de l'échographie

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

## Introduction:

Le diagnostic de la goutte est parfois difficile, particulièrement dans les présentations cliniques atypiques ou lorsque de petites articulations sont atteintes. Dans ces formes, l'échographie apparaît utile au diagnostic et peut surtout aider au diagnostic différentiel. Nous rapportons 2 observations de goutte où l'échographie était d'un apport capital pour le diagnostic positif.

**Observation 1 :** Un homme de 48 ans a été hospitalisé pour le bilan d'un rhumatisme inflammatoire évoluant depuis 9 ans. La symptomatologie articulaire a débuté sous la forme d'une polyarthrite atteignant les mains, les poignets, les genoux et les chevilles. À l'entrée, on constatait des synovites des genoux, des chevilles et des métacarpo-phalangiennes (MCP) des 2<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts droits. La CRP était à 33 mg/l. Le bilan immunologique était négatif (absence de facteur rhumatoïde, d'anticorps anti-CCP et d'anticorps antinucléaires). Trois prélèvements de liquide synovial n'avaient ramené qu'un liquide inflammatoire, sans cristaux. Les radiographies standard objectivaient une géode de la partie proximale du 5<sup>ème</sup> métacarpien droit. L'IRM des sacro-iliaques était sans anomalie. Le typage HLA a conclu au phénotype A2-B17-B35. Un traitement par méthotrexate et prednisone avait été prescrit dans l'hypothèse d'une PR, sans effet sur le tableau clinique. La créatininémie était normale, mais l'uricémie était élevée à 700  $\mu\text{mol/l}$ . L'échographie ostéoarticulaire a révélé des zones hyperéchogènes dans la synoviale articulaire de la 5<sup>ème</sup> métacarpo-phalangienne droite, sans hyperhémie au doppler puissance, réalisant un aspect en « tempête de neige ». Elle a permis, également, de guider une biopsie du nodule para-articulaire, dont l'aspect histologique correspondait à un tophus goutteux typique. Le diagnostic de goutte a ainsi été posé et un traitement par colchicine et allopurinol a pu être repris.

**Observation 2 :** Une femme âgée de 75 ans, aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle a été vue en consultation pour des arthralgies inflammatoires des mains, évoluant depuis 6 mois. A l'examen, on constatait des synovites des poignets et des MCPs des 2 côtés. Les radiographies standard des mains objectivaient un pincement radiocarpien gauche ainsi que de multiples érosions des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> MCPs des deux côtés très évocatrices de PR. Le bilan immunologique était négatif (absence de facteur rhumatoïde, d'anticorps anti-CCP et d'anticorps antinucléaires). La VS était à 11mm. Une PR séronégative et érosive a été fortement suspectée et une échographie des mains a été demandée afin d'évaluer l'activité inflammatoire avant la mise en route du Methotrexate. Elle a révélé des synovites des poignets et MCP très hypervascularisées au Doppler puissance. Il s'y associait des érosions des MCPs. De plus, l'échographie a permis de mettre en évidence un aspect en double contour au niveau de la 2<sup>ème</sup> MCP droite. La créatininémie était à 119mmol/l et l'uricémie était élevée à 521 $\mu\text{mol/l}$ . Le diagnostic de goutte a ainsi été posé.

## Discussion:

E. Roddy et al [1], ont rapporté dans une étude récente la fréquence des différents signes échographiques de la goutte à travers un grand nombre de sites articulaires indépendamment des symptômes. Un épanchement articulaire, une hypertrophie synoviale et le signe du double contour furent les constatations échographiques les plus fréquentes. Cependant, les signes échographiques diffèrent selon les études. Une explication possible de ces différences pourrait être une sévérité de la maladie différente entre les cohortes incluses dans ces études, la variation inter-observateur. L'échographie polyarticulaire peut se révéler une aide diagnostique utile dans ces situations. D'abord, l'identification échographique d'un épanchement articulaire non détecté par l'examen clinique et d'une synovite pendant les crises faciliterait le diagnostic par l'aspiration écho-guidée du liquide articulaire et l'examen du liquide articulaire à la recherche de cristaux d'UMS. Ensuite, la goutte aiguë affecte le plus souvent la MTP du gros orteil et le médiotarse qui sont difficiles à ponctionner et la démonstration échographique d'un épanchement articulaire infraclinique ou d'une synovite à des sites faciles à ponctionner tels que le genou faciliterait de façon similaire le diagnostic pendant la crise aiguë. Troisièmement, le signe du double contour est un signe spécifique démontré de goutte. En outre, l'étude échographique des sujets ayant une hyperuricémie asymptomatique a montré la présence du signe du double contour à la MTP du gros orteil, au genou mais aussi aux tophus tendineux suggérant que l'échographie pourrait également aider à identifier les hyperuricémiques asymptomatiques à risque de développer une goutte.

## Conclusion:

L'apport de l'échographie pourrait être surtout décisif dans les formes atypiques, permettant d'évoquer le diagnostic sur les seuls aspects de « tempête de neige » ou de double contour.

## Référence:

[1] E Roddy et al. Évaluation échographique polyarticulaire de la goutte : une étude croisée hospitalière. *Rev rhum.* 2013;80:387-92



# Manifestations Neuro-Psychiatriques du Lupus Erythémateux Systémique : à propos de 12 cas

N.Boughanmi ; O.Ben waddey ; N.Miladi ; F.Hentati  
Institut de Neurologie de Tunis

## Introduction :

Les manifestations neuro-psychiatriques (NP) du Lupus Erythémateux Systémique (LES) sont polymorphes et ont été classées par l'American College of Rheumatology (ACR) en 19 syndromes NP associés au LES. L'objectif de notre travail est de décrire différents tableaux cliniques de LES avec manifestation NP.

## Patients et Méthodes :

Etude rétrospective incluant 12 patients atteints de LES (ayant au moins 4 critères de l'ACR) et présentant une ou plusieurs manifestations NP selon la nomenclature proposée par l'ACR de 1999 après avoir exclu les complications iatrogènes.

## Resultats :

12 patients lupiques (2H,10F) dont l'âge moyen était de 30,2 ans présentaient 15 manifestations NP dont 2 inaugurales. Le délai moyen d'apparition de l'atteinte neurologique par rapport au début de la maladie était de 1,5ans(0-3ans). Les atteintes du système nerveux central (93%) comprenaient des troubles de l'humeur (n=4), des accidents vasculaires cérébraux (n=3), des convulsions (n=3), des troubles cognitifs (n=3) et des manifestations psychotiques (n=1). Le système nerveux périphérique (6%) était atteint par une neuropathie périphérique à prédominance sensitive. 7 patients ont bénéficié d'une corticothérapie associée à des boli mensuels de cyclophosphamide. L'évolution était favorable dans 57% des cas.

## Discussion :

L'atteinte NP du LES est de diagnostic difficile du fait de la grande variété de manifestations possibles. Les syndromes épileptiques et psychotiques ne représentent qu'une part de l'entité neurolupus. D'autres manifestations NP mériteraient d'être ajoutées aux critères ACR de LES pour ne pas sous-évaluer la fréquence de l'affection lors de présentations NP inaugurales.

## Conclusion :

Les manifestations NP du LES sont polymorphes et touchent de façon prépondérante le système nerveux central, mais les atteintes du système nerveux périphérique ne sont pas rares. L'atteinte neurologique au cours du LES est connue être grave et constitue un tournant évolutif de la maladie.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Les arthrites infectieuses : à propos de 21 cas

Hamdi W , Nouri N , Kaffel Dh , Bahlouli E, Zouch I , Kchir MM

1 Service de rhumatologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

Les arthrites septiques sont de véritables urgences médicales vu que ce sont des infections au pronostic fonctionnel grave.

La mortalité a nettement diminuée grâce au traitement antibiotique, mais on en observe encore des séquelles.

Le but de notre étude est de déterminer les caractères cliniques, biologiques, bactériologique et radiographiques des arthrites septiques.

## Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 21 patients .Les dossiers ont été colligés sur une période de 5 ans .Nous avons inclus tous les patients , présentant une suspicion d'arthrite septique, hospitalisés au service de rhumatologie de l'institut Kassab d'orthopédie. Le diagnostic d'arthrite septique a été porté sur des éléments de présomption cliniques ,biologiques , radiologiques ou confirmé par des preuves bactériologiques ou anatomopathologiques.

## Résultats:

Nous avons colligé 21 dossiers de patients (13 hommes et 8 femmes) avec un sexe ratio de 1,5.

L'âge moyen était 45 ans pour des extrêmes de 19 et 83 ans.L'arthrite est toujours douloureuse, elle est douloureuse et fébrile dans 72,2%.

L'arthrite était mono articulaire dans tous les cas et la hanche a été la localisation la plus fréquente de notre série (38%)

Devant la négativité des preuves bactériologiques et anatomopathologiques le diagnostic a été porté sur des éléments de présomption clinique et devant les antécédents de tuberculose dans 19% ( 4 cas ) , et une arthrite décapitée par les Antibiotiques a été considérée dans 9.5% (3cas). L'arthrite était considérée tuberculeuse dans 80% ( 17 cas), décapitée dans 14% (3cas) et à Klebsielle dans 5% (1cas).

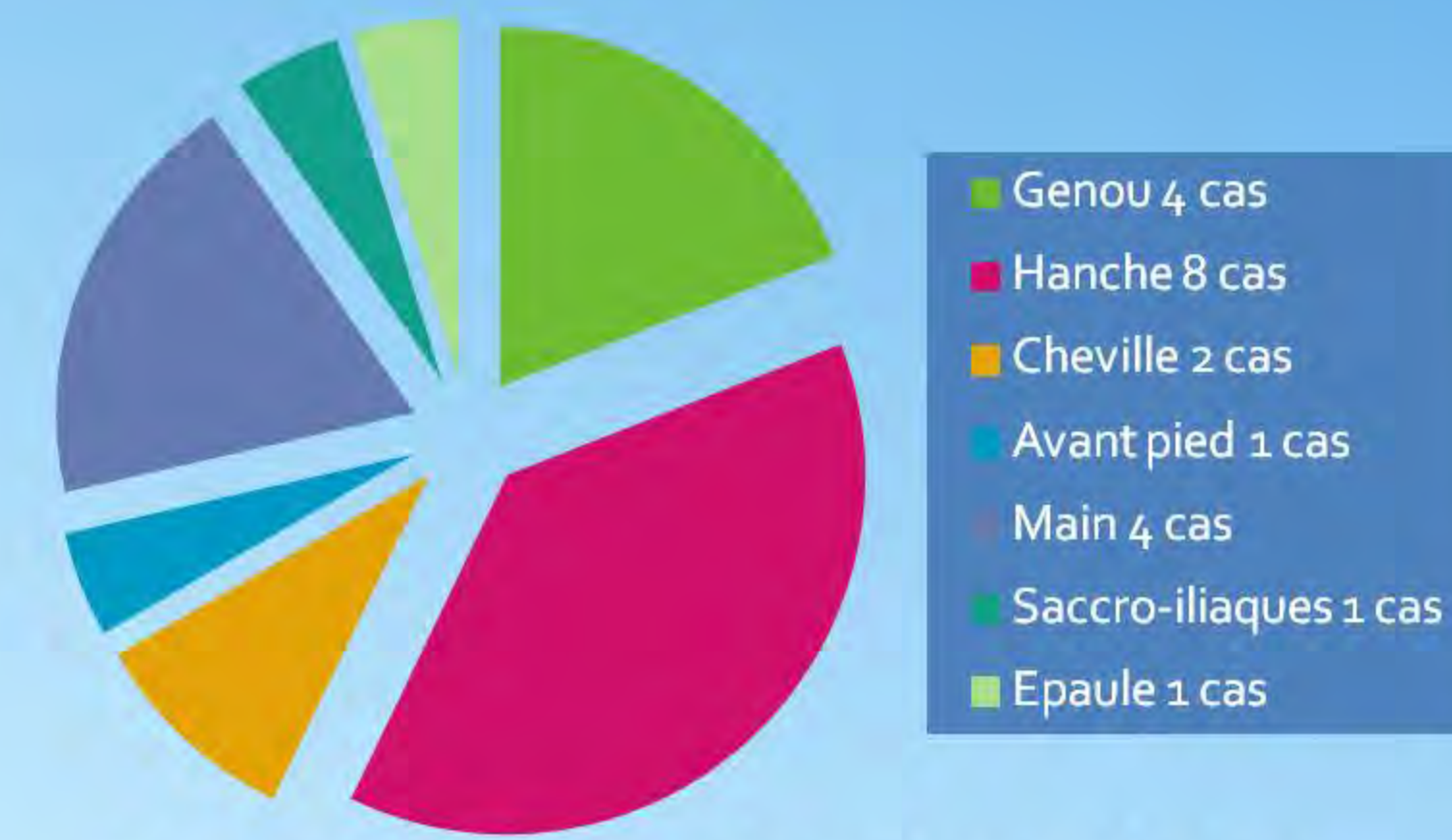


Figure 1. Répartition des arthrites septiques selon le siège

## Illustration :

Patiente de 83 ans , sans antécédents notables , qui présente une mono arthrite chronique du genou droit fistulisée à la peau évoluant dans un contexte d'apyrexie . Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les radiographies du genou ont montrés une arthrite tri - compartimentale destructrice avec épanchement intra articulaire. L'IRM et l'échographie du genou ont montré une arthropathie destructrice avec synovite et une collection liquide en voie de fistulisation. La biopsie synoviale n'a pas été réalisée vu la fistule cutanée. La ponction du genou avec culture et PCR du BK ont confirmé l'origine tuberculeuse. La patiente a eu une immobilisation par attelle et quadruple antibiothérapie anti-tuberculeuse avec bonne évolution.

## DISCUSSION

Les arthrites septiques sont de moins en moins fréquentes et semblent survenir dans un contexte particulier d'immunodépression. Contrairement aux arthrites à germe spécifique qui semblent en recrudescence. La confirmation du diagnostic d'une arthrite infectieuse parfois dans un contexte clinique difficile est l'étape clé pour une prise en charge efficace. Le germe doit être recherché dans le liquide articulaire et éventuellement à la biopsie synoviale. L'arthrite tuberculeuse doit être toujours évoquée, en particulier en zone d'endémie tuberculeuse.

## CONCLUSION:

Les arthrites infectieuses semblent moins fréquentes de nos jours. Elles restent dominées par l'atteinte tuberculeuse en particulier en zone d'endémie.

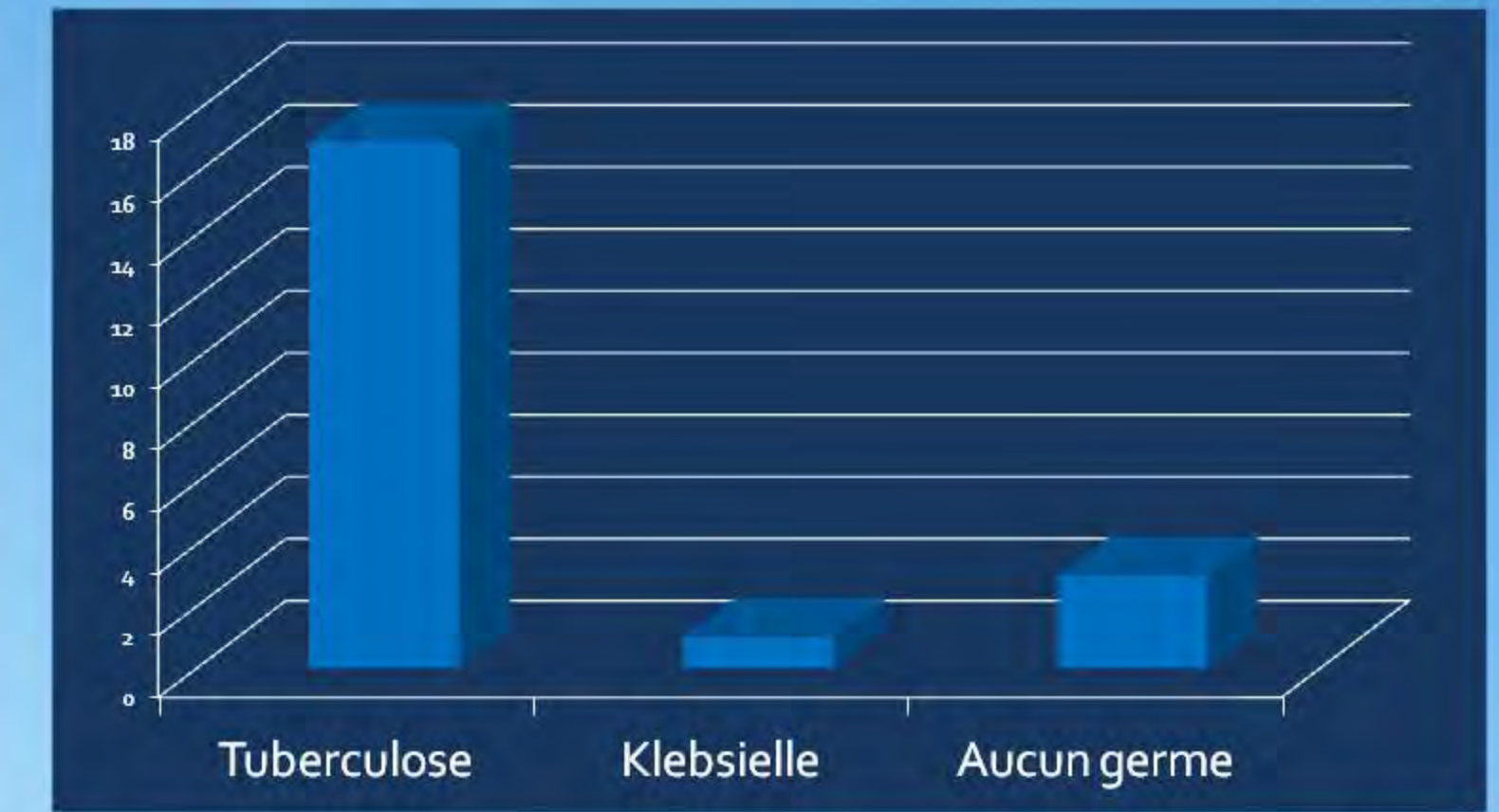
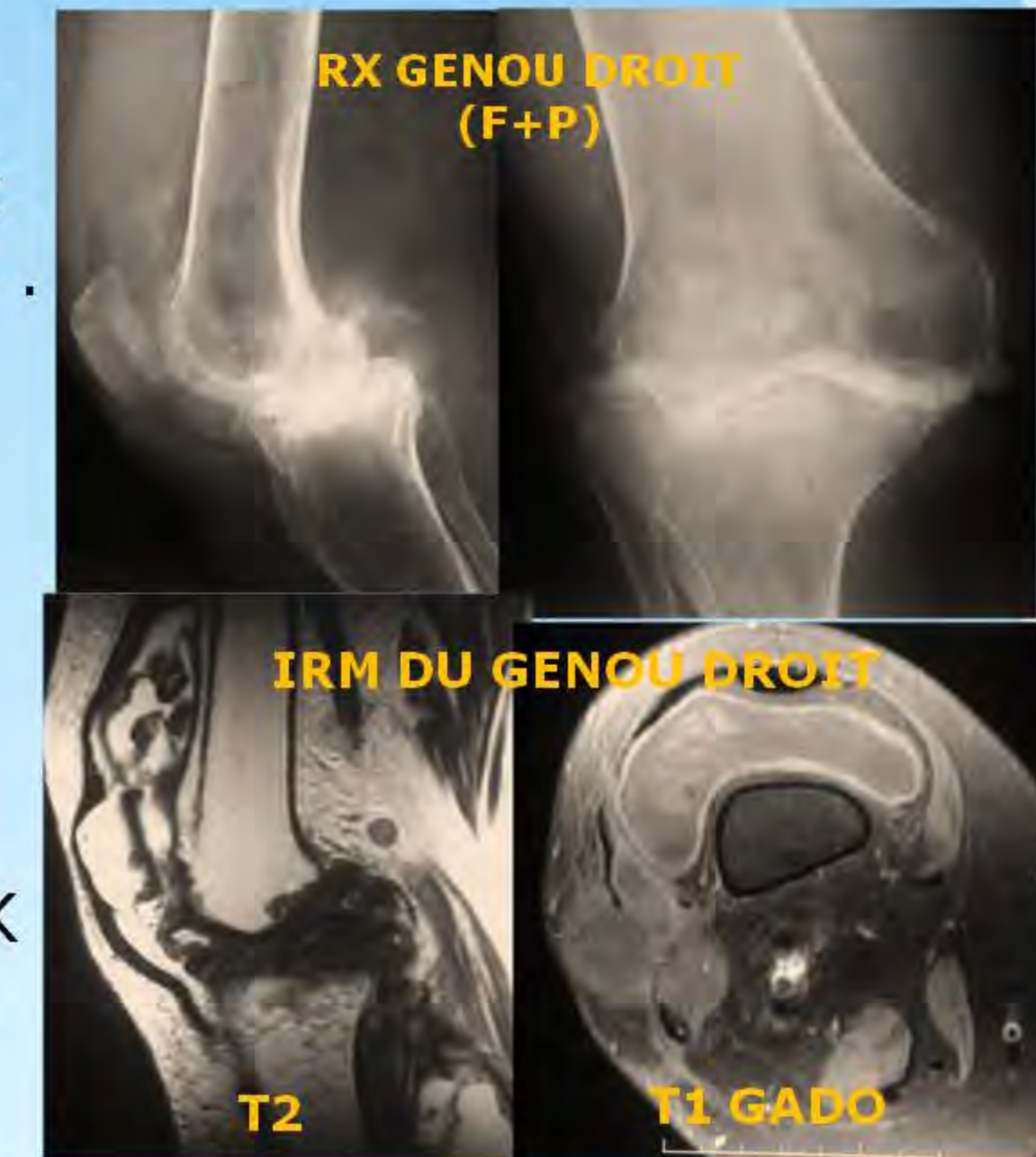


Tableau 2 : Répartition des arthrites selon le germe







La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# MYELOME MULTIPLE A PROPOS DE 100 CAS

H. Hachfi <sup>1</sup>; M. Younes <sup>1</sup>; M. Jguirim<sup>2</sup>; K. Younes<sup>3</sup>; S. Ben Hammouda <sup>1</sup>; S. Zrouer<sup>2</sup>;  
I. Bejia<sup>2</sup>; M. Touzi <sup>2</sup>; N. Bergaoui<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie EPS Mahdia, <sup>2</sup> Service de Rhumatologie EPS Monastir,  
<sup>3</sup> Service URR CSB Stah Jabeur Monastir.

**Introduction :** Le myélome multiple (MM) ou maladie de Kahler est une hémopathie maligne caractérisé par la prolifération d'un clone plasmocytaire au niveau de la moelle osseuse. Sa prise en charge doit être adaptée pour améliorer le pronostic. L'objectif de notre travail est d'étudier les paramètres cliniques, biologiques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs du MM.

**Matériels et méthodes :** Etude rétrospective et prospective transversale intéressant 100 patients suivis pour un MM diagnostiqués selon les critères de SWOG colligés dans le service de rhumatologie de Monastir sur une période de 20 ans [1991-2010].

**Résultats :** Il s'agit de 56 hommes et 44 femmes âgés en moyenne de 64 ans [36-85]. Les circonstances de découverte étaient dominées par les douleurs osseuses dans 77% des cas souvent diffuses ou dorso-lombaires, suivies par l'altération de l'état général (37% des cas), les fractures pathologiques (10% des cas) et les signes neurologiques (31% des cas). Le délai moyen de consultation était de 3,3 mois. A la biologie, il y avait une anémie chez 47 patients, une leucopénie (7 cas) et une thrombopénie (15 cas). La VS moyenne était de 104 mmH1. Le type IgG était noté dans 57% suivi d'IgA dans 28%. Le MM à chaînes légères était retrouvé dans 11% des cas, le myélome biclonal et non sécrétant chacun dans 2% des cas. La protéinurie de BJ était retrouvée chez 64 patients, une insuffisance rénale (34 cas) et une hypercalcémie (31 cas). Un taux de bêta-2microglobuline >5,5g/l était noté dans 26%. Une plasmocytose >10% était retrouvée dans 76 %. Les anomalies radiologiques étaient dominées par les géodes à l'emporte-pièce au niveau du crâne, la déminéralisation du rachis dorso-lombaire et les lyses osseuses. Le stade III de Durie et Salmon regroupait environ 2/3 des patients (64% des cas). La chimiothérapie conventionnelle avait intéressé 80 patients. Le protocole le plus utilisé était à base de Melphalan -Prednisone (82,5% des cas). La radiothérapie était pratiquée chez 17 patients. Dix patients avaient bénéficié d'une greffe de moelle osseuse : autogreffe (8 cas), un patient avait eu une allogreffe et un autre une autogreffe suivie d'une allogreffe. Les cures de bisphosphonates

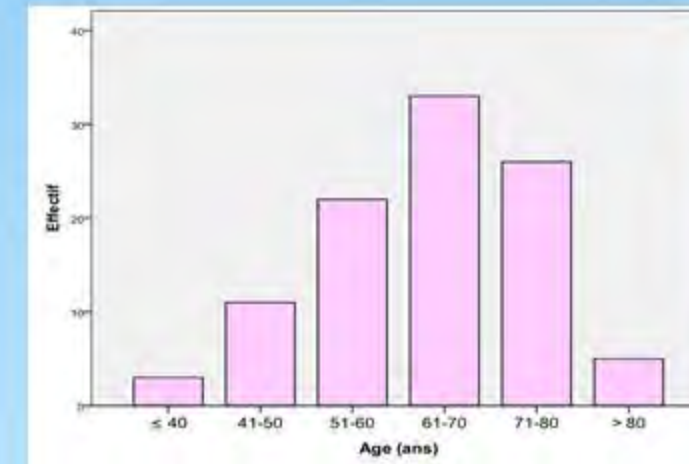


Fig.1 : Répartition des patients selon l'âge au diagnostic.

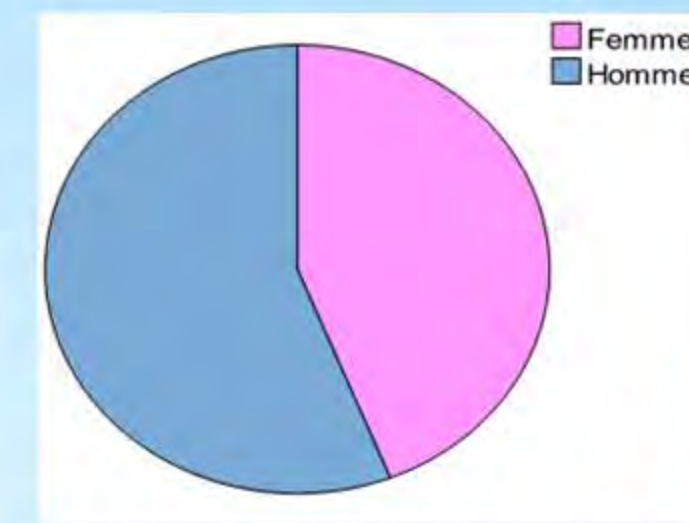


Fig.2 : Répartition des patients selon le sexe.

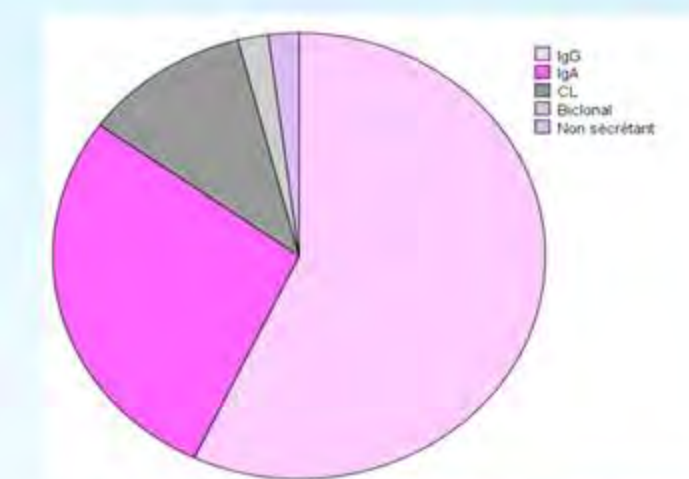


Fig.3: Répartition des patients selon le type d'Ig monoclonale.

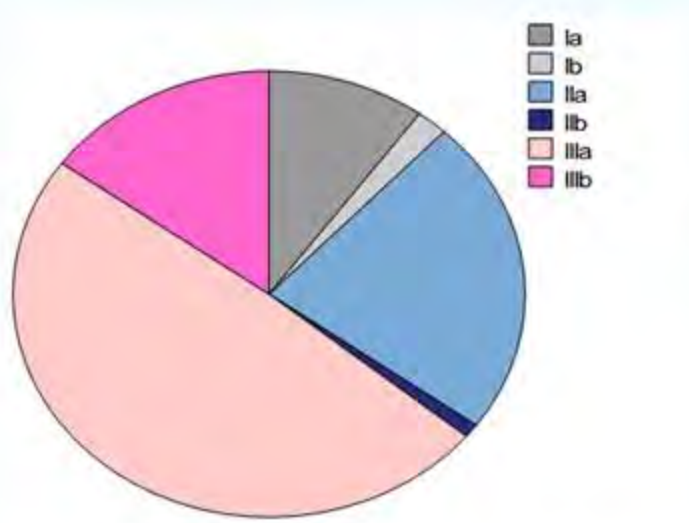


Fig.4 : Répartition des patients selon la classification de Durie et Salmon.

avaient concerné 30 patients : 21 ayant reçu l'Aredia et 9 le Zometa. Le traitement chirurgical avait intéressé 17 patients. Une rémission suite au traitement était observée dans 60 cas. La moyenne de survie globale était de 34 mois avec une médiane de 26 mois.

**Discussion :** Le MM représente 10 % des hémopathies malignes. Son incidence augmente avec l'âge. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'un composant monoclonal sérique et/ou urinaire et la présence d'une prolifération plasmocytaire médullaire dystrophique > 10%. Les douleurs osseuses diffuses sont présentes chez 70 % des patients. Une élévation très marquée de la VS est le plus souvent rencontrée. Toute suspicion de myélome doit conduire à la réalisation systématique de radiographies standard à la recherche de lésions lytiques, elles sont multiples (80 % des cas) Une déminéralisation osseuse diffuse peut être la seule anomalie. Cependant, 20 % des myélomes multiples ne présentent aucune lésion osseuse décelable en imagerie standard. La TDM est plus sensible pour l'analyse de l'atteinte osseuse et de l'extension aux parties molles. L'IRM est indiquée si suspicion de compression médullaire ou radiculaire. Le MM peut se compliquer d'une insuffisance médullaire, d'une hypercalcémie, d'une insuffisance rénale, d'une amylose AL et par des infections récidivantes. Le pronostic est mauvais. La moyenne de survie avec un traitement est de 48 mois. Les marqueurs de mauvais pronostic sont à rechercher pour adapter l'attitude thérapeutique. Plusieurs protocoles de chimiothérapie sont proposés, l'autogreffe peut être indiquée en fonction de l'âge du patient. L'injection mensuelle de bisphosphonate permet de réduire l'incidence des complications osseuses. La radiothérapie est utilisée en cas de douleurs osseuses persistantes, en cas de compression médullaire ou en complément de la chirurgie.

**Conclusion :** Les circonstances de découverte du MM sont variables et sont dominées par les douleurs osseuses. Sa prise en charge a connu ces dernières décennies des progrès thérapeutiques notamment les traitements intensifs et innovants.



# Particularités de la goutte chez le sujet âgé : une série de 18 cas.

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

M. Snoussi, H. Loukil, F. Frikha, El Oud Sahar, R. Ben Salah, M. Jallouli, Y. Chérif, S. Marzouk, Z. Bahloul.  
Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie).

**Introduction :** La goutte est une arthropathie microcristalline dont la prévalence tend à augmenter avec l'âge. L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutives de ce type de rhumatisme inflammatoire chez la personne âgée.

**Patients et méthodes:** Notre étude est rétrospective portant sur des sujets âgés (âge  $\geq 65$  ans) colligés dans le service de médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax (Tunisie) durant la période allant de décembre 2002 à juin 2013. Le diagnostic de la goutte était retenu en se basant sur des arguments cliniques et para cliniques (le dosage de l'uricémie, la radiographie standard et l'analyse du liquide articulaire).

## Résultats :

### Caractéristiques épidémiologiques:

■ 18 cas de goutte du sujet âgé étaient retenus répartis en 11 hommes et 7 femmes (sexe ratio (H/F : 1.6) et l'âge moyen était de 74 ans (65-85ans).

### Caractéristiques cliniques:

■ Le mode de début aigu de l'arthropathie goutteuse était majoritaire (15 cas ; 83%) suite à un facteur déclenchant (diurétiques) dans 4 cas (28 %) et la forme chronique était diagnostiquée dans (3 cas ; 16.6%).

■ La présentation mono ou poly articulaire étaient de fréquence égale (9 cas ; 50%) et les articulations des membres inférieurs étaient les plus touchées (figure n°1).

### Caractéristiques paracliniques:

■ Un syndrome inflammatoire biologique accompagnait la poussée articulaire dans la moitié des cas et une hyperuricémie dans 61% des cas avec une uricémie moyenne de 474  $\mu\text{mol/l}$  (extrêmes : 205-767  $\mu\text{mol/l}$ ).

■ La radiographie standard révélait des lésions élémentaires essentiellement de type géodique (6 cas ; 33.3%), les érosions et le pincement de l'interligne articulaire étaient notés dans (4 cas ; 22.2%).

■ Le liquide synovial prélevé chez 4 patients a permis de retenir avec certitude le diagnostic de la goutte.

### Concernant le traitement:

■ Dans tous les cas, le traitement de l'accès goutteux comportait de la colchicine (1mg/j) associée à allopurinol à des posologies adaptées à la fonction rénale avec une évolution rapidement favorable.

■ Le recours à une corticothérapie par voie générale a eu lieu dans (5 cas ; 27.8%) de goutte polyarticulaire et par voie locale dans (2 cas ; 11%).

### Concernant l'évolution:

■ Les récurrences poly articulaires ont été observées chez deux patients avec une atteinte des mains et des poignets.

■ L'évolution vers une phase chronique était constatée chez 5 patients (28%) avec la présence de tophi localisés en péri articulaire au niveau des mains (2 cas ; 11%) et un hygroma du coude dans un seul cas.

### Co-morbidité et goutte:

La comorbidité était fréquente retrouvée dans 95% des cas et les pathologies associées à la goutte sont représentées par la figure n°2.

Figure n°1: nombres et sièges de l'arthropathie goutteuse.

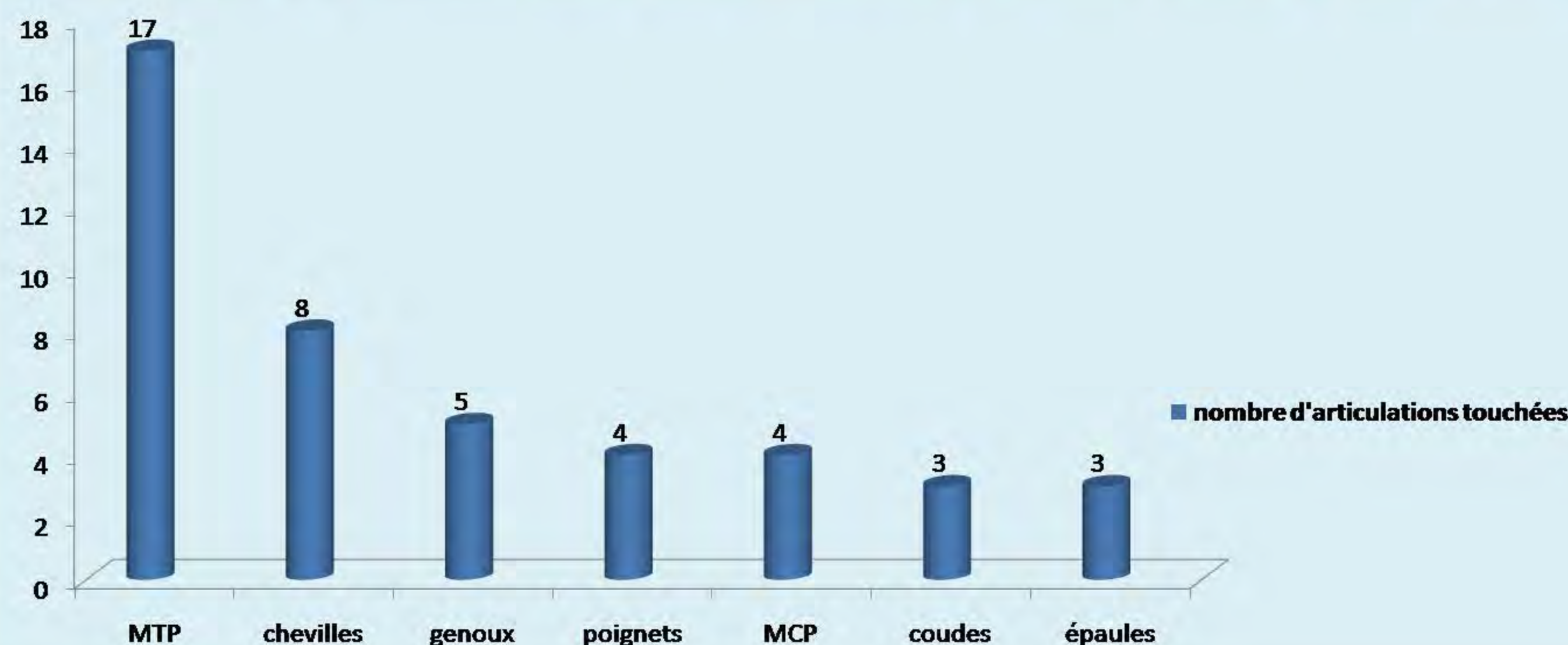
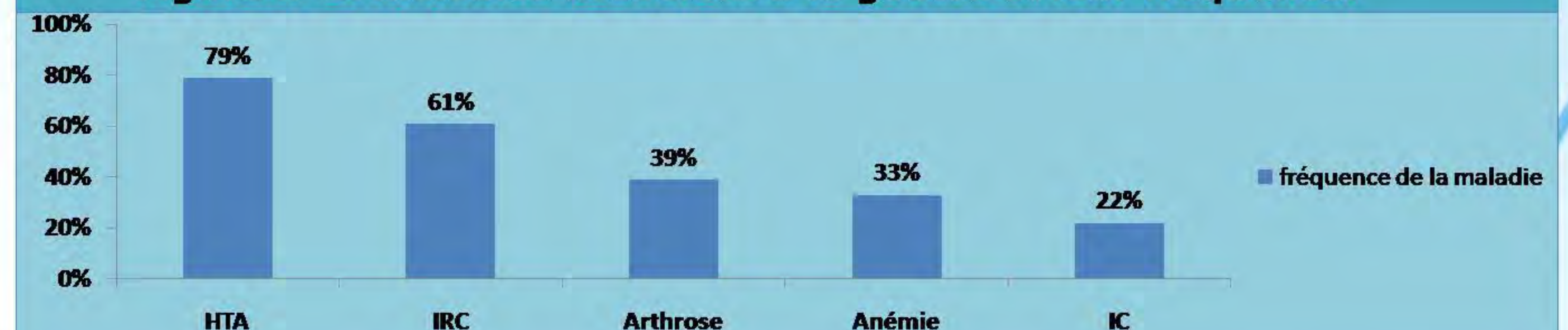


Figure n°2: maladies associées à la goutte et leur fréquence.



**Conclusion :** La maladie goutteuse du sujet âgé présente certaines particularités : l'atteinte poly articulaire, la fréquence de l'arthrose associée et de la poly morbidité prédisposante (insuffisance cardiaque et rénale) et la tendance évolutive chronique. Contrairement aux données de la littérature, dans notre série, la goutte chez le sujet âgé reste une pathologie masculine.

# Déterminants de la densité minérale osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde

Boughanmi.N, Hamdi.W, Kaffel.D, Dhahri.R, Zouch.I, Kchir.M  
Service de Rhumatologie Institut Kassab

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Introduction:

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) représente le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent de l'adulte. L'ostéoporose est l'une des complications extra-articulaires les plus connues de la PR. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact de l'âge, des caractéristiques morphologiques (poids, taille et indice de masse corporelle (IMC)) et de la consommation journalière de calcium sur la densité minérale osseuse (DMO) au cours de la PR.

## Matériels et Méthodes :

- Etude transversale portant sur 173 patients atteints de PR. La densité minérale osseuse (DMO) a été mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (DXA) au niveau du rachis lombaire RL et du CF. La consommation calcique journalière a été évaluée à l'aide du questionnaire de Fardellone.
- **Résultats :**
- Il s'agissait de 173 patients (141 F, 32 H), âgés en moyenne de  $54,05 \pm 11,04$  ans [29-78]. La durée moyenne d'évolution de la PR était de  $8,2 \pm 8,02$  ans. Une ostéoporose a été notée dans 47,9% des cas, une ostéopénie dans 31,8% des cas et le profil densitométrique était normal chez 20,2% des patients. La DMO moyenne était de  $0,961 \pm 0,20$  g/cm<sup>2</sup> au site lombaire et de  $0,846 \pm 0,16$  g/cm<sup>2</sup> au site fémoral. L'apport journalier moyen en calcium était de  $495,26 \pm 147,75$  mg. Le poids moyen était de  $70,02 \pm 13,83$  Kg, la taille moyenne était de  $159,06 \pm 8,50$  cm et l'IMC moyen était de  $27,32 \pm 6,25$  Kg/m<sup>2</sup>. L'âge était négativement corrélé à la DMO au niveau des 2 sites lombaire et fémoral. Le poids, la taille et l'IMC étaient positivement corrélés à la DMO du RL et du CF.

	DMO		CF	
	r	p	r	p
Age	-0,38	<0,001	-0,45	<0,001
Poids	0,196	0,002	0,286	<0,001
Taille	0,433	<0,001	0,399	<0,001
IMC	0,296	<0,001	0,233	0,002
Apport journalier en calcium	0,52	<0,01	0,47	<0,001

- Nous avons trouvé une corrélation positive et statistiquement significative entre la consommation calcique journalière et la DMO aussi bien au site fémoral qu'au site lombaire

## Conclusion :

**Cette étude suggère qu'un apport journalier en calcium suffisant, un poids, une taille et un indice de masse corporelle élevés peuvent influencer positivement la DMO au niveau des 2 sites (RL et CF) chez les patients atteints de PR.**



# La spondylarthrite à début tardif

Cherif I, Hamdi W, Nouri N, Dhahri R, Kaffel Dh, Zouch I, Kchir MM  
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatisme

## INTRODUCTION :

La spondylarthrite fait parti des Rhumatismes inflammatoires chroniques les plus fréquents. Elle touche habituellement le sujet jeune mais elle peut débuter à un âge tardif. L'objectif de notre travail était de décrire les particularités épidémiologiques et cliniques de la spondylarthrite à début tardif.

## PATIENTS ET METHODES :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 6 ans allant de 2007 à 2013. Tous les dossiers de patients présentant une spondylarthrite à début supérieur à 50 ans étaient colligés. Les données épidémiologiques et cliniques étaient recueillies.

## RESULTATS :

### Epidémiologie:

- o 9 hommes et 8 femmes
- o âge moyen= 60,1 ans [52-71].
- o Des antécédents familiaux de spondylarthrite=2 cas.
- o Une comorbidité était notée dans 10 cas :
  - HTA (n=5)
  - diabète (n=2)
  - ulcère gastro-duodéal (n=2)
  - insuffisance rénale chronique (n=1).
- o Cinq patients étaient tabagiques avec une consommation moyenne de 31,2 PA.

### Particularités thérapeutiques:

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrit dans 14 cas. Un traitement de fond était instauré dans 4 cas (Methotrexate =2 cas et Salazopyrine = 2 cas).

### Forme étiologique:

Il s'agissait d'une spondylarthrite dans sa forme axiale dans 14 cas, 2 cas de rhumatisme psoriasique et 1 cas de syndrome SAPHO.

### Caractéristiques de la maladie:

- ✓ La durée moyenne d'évolution des symptômes= 4,1 ans [0,25-15]
- ✓ le délai diagnostique moyen= 3,6 ans [0,25-15].
- ✓ Les manifestations inaugurales étaient axiales dans 15 cas et articulaires distales dans 2 cas.
- ✓ Des manifestations enthésopathiques étaient associées dans 7 cas.
- ✓ Le nombre de réveils nocturnes moyens était de 1,8
- ✓ le dérouillage matinal moyen était de 47 [0-120] min.
- ✓ L'EVA douleur moyenne était de 4,5 mm [2-7].
- ✓ Le BASDAI moyen était de 3,9 [1,2-6,7]
- ✓ le BASFI moyen était de 4,3 [1,2-8,1].
- ✓ En cas d'atteinte périphérique le nombre d'articulations douloureuses moyen était de 5,5 et le nombre d'articulations gonflées était de 4,5.
- ✓ Une sacroiliite était noté dans 14 cas, une coxite dans 1 cas et une luxation atloïdo-axoïdienne était noté dans 1 cas.
- ✓ Des manifestations extra articulaires étaient observées dans 8 cas : uvéite antérieure (n=1), psoriasis (n=1), ostéoporose (n=6).
- ✓ Un syndrome inflammatoire biologique était noté dans 14 cas.
- ✓ Le typage HLA pratiqué dans 3 cas était de type B27 dans 1 cas.

## DISCUSSION:

La spondylarthrite à début tardif représente moins de 8% de l'ensemble des spondylarthrite [1]. La forme clinique peut être axiale pure et dans ce cas l'étage cervicothoracique est le plus touché. En cas d'atteinte périphérique il s'agit plutôt d'une oligoarthrite distale. La SA à début tardif se caractérise également par l'importance du SIB et des signes généraux [2]. L'approche thérapeutique ne diffère pas beaucoup du sujet jeune

## CONCLUSION :

Notre étude a montré que la présentation clinique de la spondylarthrite à début tardif ne diffère pas beaucoup de celle du sujet jeune. Certaines particularités ont été dégagées tel que la répartition quasi équitable selon le sexe et la fréquence du syndrome inflammatoire biologique. La présence de comorbidités pose des difficultés thérapeutiques.

### REFERENCES:

- [1] Montilla C, Del pinco-Monte J and all. Clinical features of late onset ankylosing spondylitis: comparison with early onset disease J Rheumatol 2012;39:1008-12
- [2] Toussrot E. Late onset ankylosing spondylitis and spondylarthritis: an update on clinical manifestation differential diagnosis and pharmacological therapies Drugs aging 2010;27:523-31



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Les arthrites infectieuses : à propos de 21 cas

Hamdi W , Nouri N , Kaffel Dh , Bahlouli E, Zouch I , Kchir MM

1 Service de rhumatologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

L'arthrite septique est une véritable urgence médicale vu que ce sont des infections au pronostic fonctionnel grave.

La mortalité a nettement diminuée grâce au traitement ATB, mais on observe encore des séquelles d'arthrite septique.

Le but de notre étude est de déterminer les caractères cliniques, biologiques bactériologique et radiographiques des arthrites septiques dans un service de rhumatologie.

## Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 21 patients .Les dossiers ont été colligés sur une période de 5 ans .Ont été inclus tous les patients , présentant une suspicion d'arthrite septique, hospitalisés au service de rhumatologie . Le diagnostic d'arthrite septique a été porté sur des éléments de présomption cliniques ,biologiques , radiologiques ou confirmé par des preuves bactériologiques ou anatomopathologiques.

## Résultats:

Nous avons colligé 21 dossiers de patients (13 hommes et 8 femmes) avec un sexe ratio de 1,5.

L'âge moyen 45 ans pour des extrêmes de 19 et 83 ans.

L'arthrite est toujours douloureuse, elle est douloureuse et fébrile dans 72,2%.

L'arthrite était mono articulaire dans tous les cas et la hanche a été la localisation la plus fréquente de notre série (38%)

Devant la négativité des preuves bactériologiques et anatomopathologiques le diagnostic a été porté sur des éléments de présomption clinique et devant les antécédents de tuberculose dans 19% ( 4 cas ) , et une arthrite décapitée par les Antibiotiques a été considérée dans 9.5% (3cas). L'arthrite était considérée tuberculeuse dans 80% ( 17 cas), décapitée dans 14% (3cas) et à Klebsielle dans 5% (1cas).

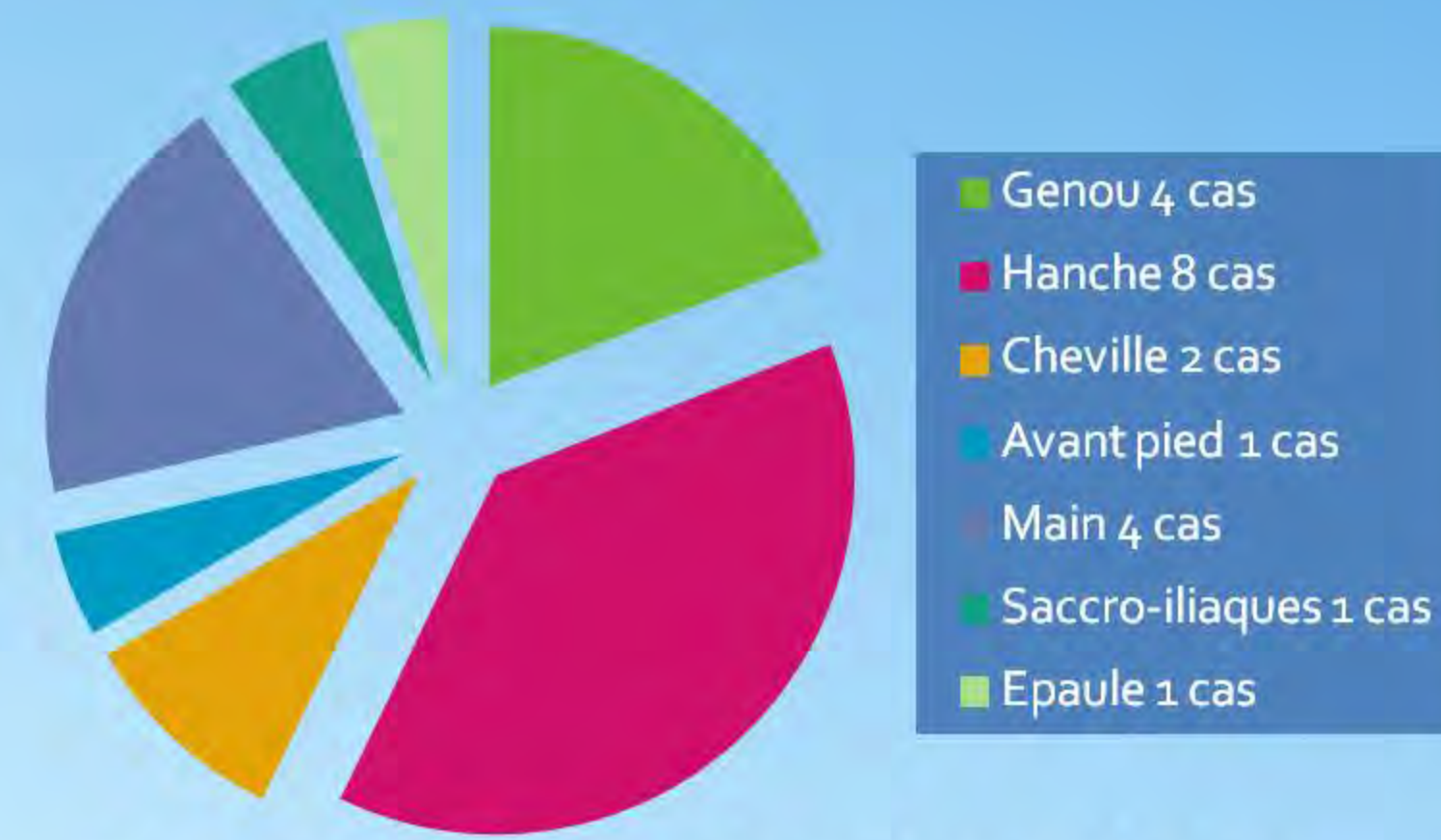


Figure 1. Répartition des arthrites septiques selon le siège

## Illustration :

Patiente de 83 ans , sans antécédents notables , qui présente une mono arthrite chronique du genou droit fistulisée à la peau évoluant dans un contexte d'apyrexie . Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les radiographies du genou ont montre une arthrite tri compartimentale destructrice avec épanchement intra articulaire. L'IRM et l'échographie du genou on montré une arthropathie destructrice avec synovite et une collection liquide en voie de fistulisation. La biopsie synoviale n'a pas été réalisée vue la fistule cutanée. La ponction du genou avec culture et PCR du BK ont confirmé l'origine tuberculeuse. La patiente a eu une immobilisation par attelle et quadruple antibiothérapie anti-tuberculeuse avec bonne évolution.

## DISCUSSION

Les arthrites septiques sont de moins en moins fréquentes et semblent survenir dans un contexte particulier d'immunodépression. Contrairement aux arthrites à germe spécifique qui semblent en recrudescence. La confirmation du diagnostic d'une arthrite infectieuse parfois dans un contexte clinique difficile est l'étape clé pour une prise en charge efficace. Le germe doit être recherché dans le liquide articulaire et éventuellement à la biopsie synoviale. L'arthrite tuberculeuse doit être toujours évoquée, en particuliers en zone d'endémie tuberculeuse.

## CONCLUSION:

Les arthrites infectieuses semblent moins fréquentes de nos jours. Elles restent dominées par l'atteinte tuberculeuse en particuliers en zone d'endémie.

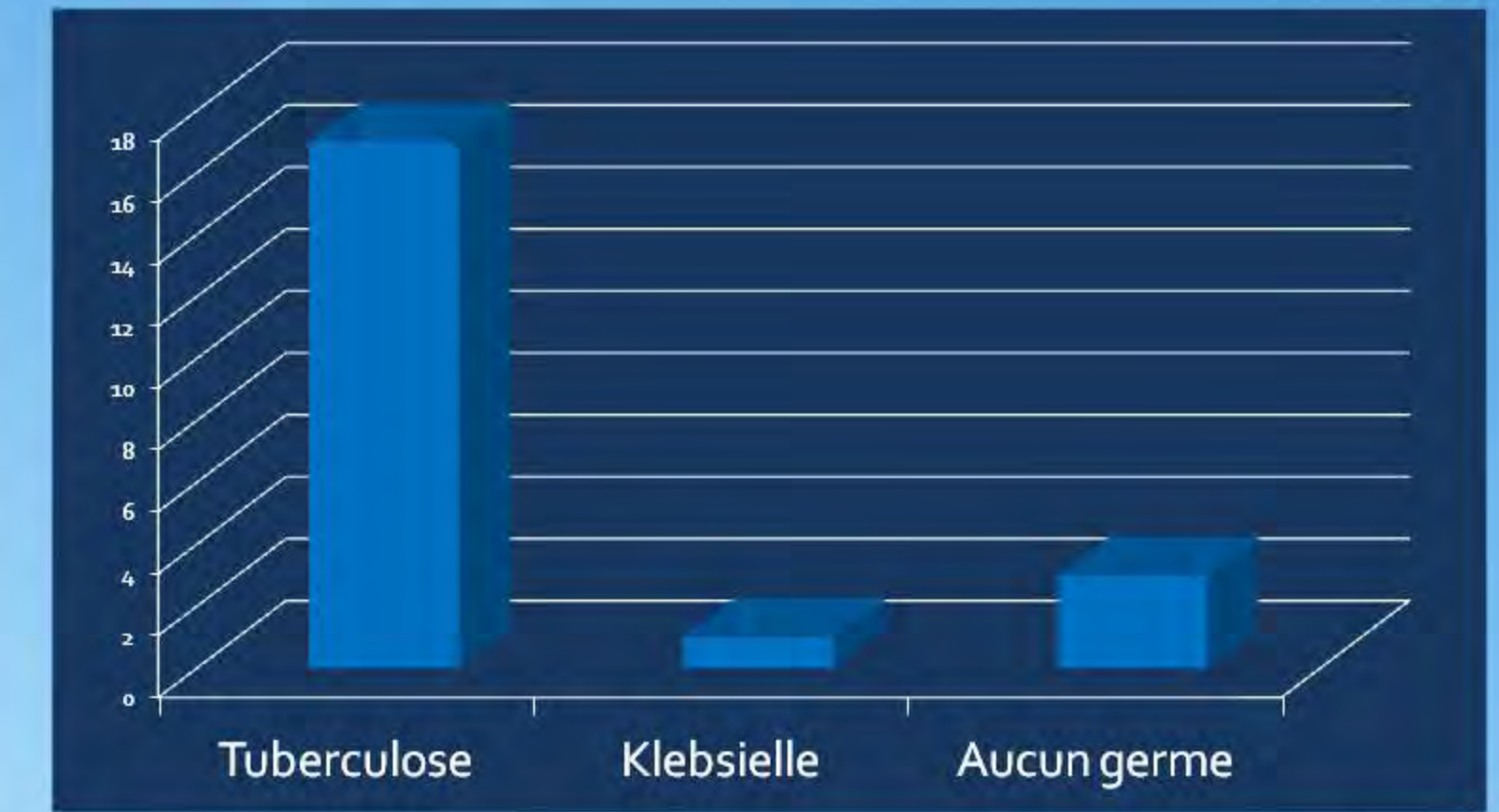
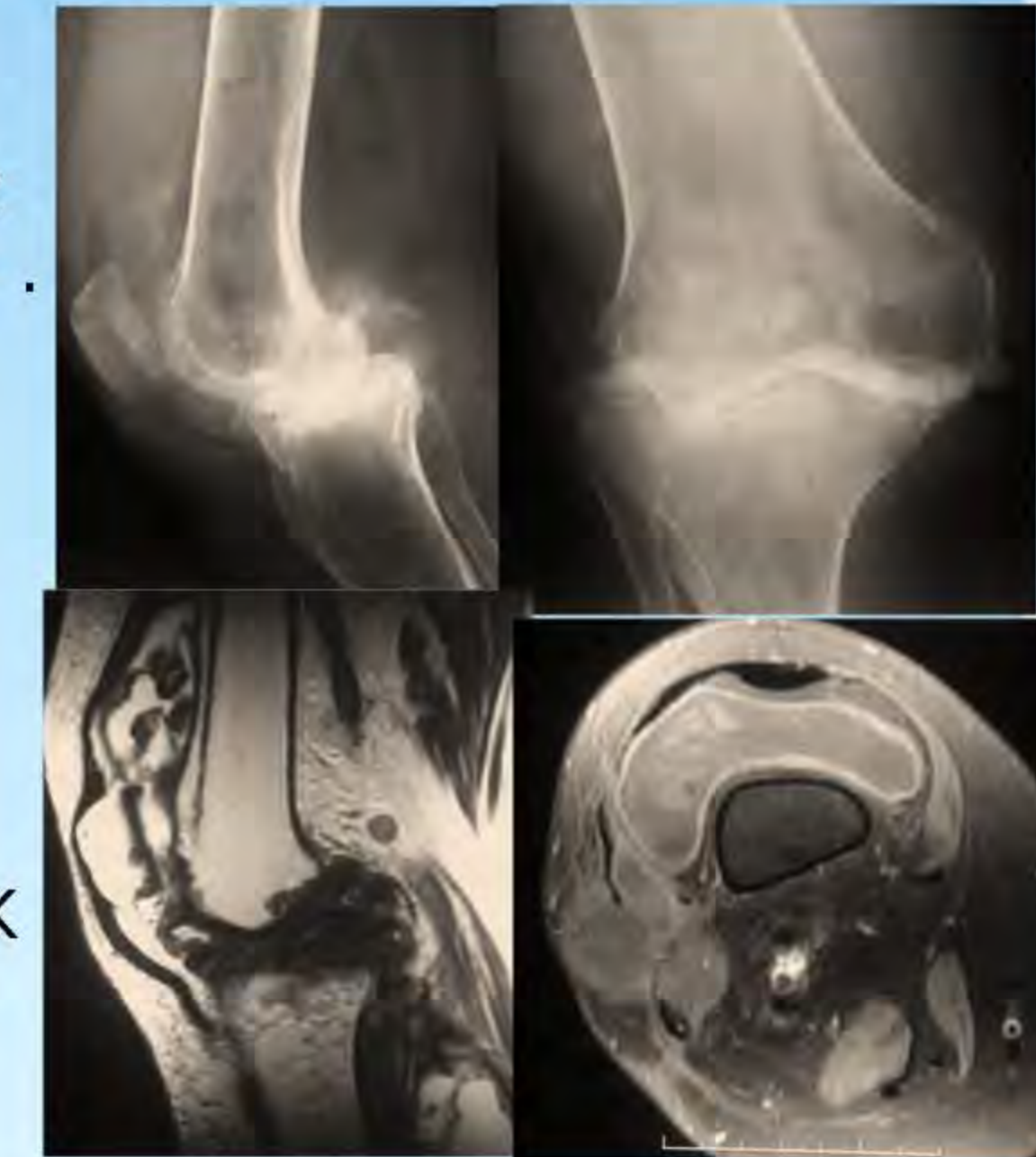


Tableau 2 : Répartition des arthrites selon le germe





# Luxation atloïdo-axoïdienne au cours des spondylarthrites

D Kaffel (1); E Bahlouli (1); M Chelli (2); I Cherif (1); N Nouri (2); R Dhahri (1); F Ladeb (2); W Hamdi (1); MM Kchir (1);

(1) Rhumatologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie;

(2) Radiologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie.

## Introduction:

La luxation atloïdo-axoïdienne (LAA) est rare au cours des spondylarthrites (SA). Elle peut mettre en jeu le pronostic fonctionnel et vital des patients. Nous en rapportons 4 nouvelles observations.

## Résultats:

Il s'agit de 4 hommes avec un âge moyen de 35 ans. La durée moyenne d'évolution des premiers symptômes de la maladie était de 10 ans. La SA était axiale et périphérique dans 3 cas et axiale pure dans 1 cas. Tous les patients présentaient une cervicalgie inflammatoire et avaient une raideur du rachis. L'examen neurologique trouvait un syndrome quadri pyramidal dans 3 cas et était normal dans l'autre cas. La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique dans 3 cas. Les radiographies du rachis cervical montraient un diastasis C1-C2 de 6 mm dans 2 cas. L'IRM cervicale révélait une LAA antérieure dans 3 cas avec un pannus synovial péri odontoïdien dans 1 cas et une luxation rotatoire dans 1 cas (Tab.1). Tous les patients avaient bénéficié d'une minerve avant d'être confiés aux chirurgiens. Un bolus de corticoïde a été préalablement prescrit chez le patient ayant un pannus péri odontoïdien.

## Discussion:

La LAA constitue une complication rare mais grave des SA. Elle survient généralement au cours des SA anciennes et évoluées comme c'est le cas de nos patients. La LAA antérieure est la plus fréquente mais elle peut être postérieure, haute, latérale ou rotatoire.

## Conclusion:

La LAA constitue une complication grave des SA. Elle doit être recherchée systématiquement devant toute cervicalgie, notamment dans les formes sévères et anciennes de la maladie.

		Cas1	Cas2	Cas3	Cas4
<b>Cervicalgie inflammatoire</b>		+	+	+	+
<b>Syndrome quadripyramidal</b>		+	+	-	+
<b>Syndrome inflammatoire biologique</b>		+	+	-	+
<b>Radiographie du rachis cervical</b>		Diastasis c1-c2 =6mm	normale	Diastasis c1-c2 =6mm	normale
<b>IRM cervicale</b>	<b>LAA antérieure</b>	+	+	+	-
	<b>LAA rotatoire</b>	-	-	-	+
	<b>Pannus périodontoïdien</b>	+	-	-	-

Tab 1. Profil clinique, biologique et radiologique des patients



# Luxation atloïdo-axoïdienne au cours des spondylarthrites

La Ligue Tunisienne Anti-Rhumatismale

**D Kaffel (1); E Bahlouli (1); M Chelli (2); I Cherif (1); N Nouri (2); R Dhahri (1); F Ladeb (2); W Hamdi (1); MM Kchir (1)**

(1) Rhumatologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie;

(2) Radiologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie.

## Introduction:

La luxation atloïdo-axoïdienne (LAA) est rare au cours des spondylarthrites (SA). Elle est l'apanage des formes anciennes et sévères de la maladie. Nous rapportons le cas de 4 nouveaux malades suivis pour une SA compliquée d'une LAA.

## Résultats:

Il s'agit de 4 hommes avec un âge moyen de 35 ans. La durée moyenne d'évolution des premiers symptômes de la maladie était de 10 ans. La SA était axiale et périphérique dans 3 cas et axiale pure dans 1 cas. Tous les patients présentaient une cervicalgie inflammatoire et avaient une raideur du rachis. L'examen neurologique trouvait un syndrome quadri pyramidal dans 3 cas et était normal dans l'autre cas. La biologie montrait un syndrome inflammatoire biologique dans 3 cas. Les radiographies du rachis cervical montraient un diastasis C1-C2 de 6 mm dans 2 cas (fig 1). L'IRM et la TDM cervicale révélaient une LAA antérieure dans 3 cas avec un pannus synovial péri odontoïdien dans 1 cas et une luxation rotatoire dans 1 cas (Tab1, Fig2). Tous les patients avaient bénéficié d'une minerve avant d'être confiés aux chirurgiens. Un bolus de corticoïde a été préalablement prescrit chez le patient ayant un pannus péri odontoïdien.

	Cas1	Cas2	Cas3	Cas4
<b>Cervicalgie inflammatoire</b>	+	+	+	+
<b>Sd quadripyrimal</b>	+	+	-	+
<b>Sd inflammatoire biologique</b>	+	+	-	+
<b>Rx rachis cervical</b>	Diastasis (6mm)	nle	Diastasis (6mm)	nle
<b>IRM</b>	<b>LAA antérieure</b>	+	+	-
	<b>LAA rotatoire</b>	-	-	+
	<b>Pannus périodontoidien</b>	+	-	-

**Tableau 1: Profil clinique, biologique et radiologique des patients**

## Discussion:

La LAA constitue une complication rare mais grave des SA. Elle survient généralement au cours des SA anciennes et évoluées (1,2) comme c'est le cas de nos patients. Les mécanismes impliqués dans la LAA des SA sont soit une enthésite du ligament transverse soit la formation d'un pannus périodontoidien (1). La LAA antérieure est la plus fréquente mais elle peut être postérieure, haute, latérale ou rotatoire. L'IRM a un intérêt majeur au cours de la LAA puisqu'elle montre le pannus péri-odontoidien et sa nature et détermine le degré d'instabilité de la LAA (3). La chirurgie est indiquée chez les patients qui ont des signes neurologiques, une instabilité ou une cervicalgie incontrôlable (1,2).

## Conclusion:

La LAA constitue une complication grave des SA. Elle doit être recherchée systématiquement devant toute cervicalgie, notamment dans les formes sévères et anciennes de la maladie.

## Références:

- 1-Nai Lee Lui, Robert D. Inmanb. Subluxation atloïdo-axoïdienne, manifestation inaugurale de trois cas de Spondylarthropathie. Revue du rhumatisme 78 (2011) 476-478
- 2- Chen WS, Lee HT, Tsai CY, et al. Severe atlantoaxial subluxation in early ankylosing spondylitis. J Clin Rheumatol 2010;16(7): 353.
- 3- Hung SC, Wu HM, Guo WY. Revisiting anterior atlantoaxial subluxation with overlooked information on MR images. AJNR Am J Neuroradiol 2010;31(5): 838-43.



Fig 1: radiographie du rachis cervical montrant un diastasis C1-C2 (patient n°1)



Fig 2: TDM du rachis cervical montrant une LAA rotatoire (patient n°4)



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Atrophie cérébelleuse révélant un lupus érythémateux systémique : à propos d'une observation

N .Boughanmi ; O.Ben waddey ; N.Miladi ; F.Hentati  
Service de Neurologie  
Institut National de Neurologie

## Introduction

Le lupus érythémateux disséminé (LED) est une maladie auto-immune systémique, non spécifique d'organe. Les manifestations neurologiques sont d'expression clinique très variable. Nous rapportons l'observation d'une patiente ayant une atrophie cérébelleuse révélant un LES.

## Observation

Une patiente âgée de 38 ans, sans antécédents pathologiques, consulte pour troubles de la marche à type d'instabilité associés à des troubles de l'élocution, évoluant depuis trois ans, d'aggravation progressive, par ailleurs il n'y a pas de cas similaires dans la famille. L'examen neurologique trouve un syndrome cérébelleux statique et cinétique avec une dysarthrie cérébelleuse, il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur et les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques. L'IRM cérébrale met en évidence une atrophie cérébelleuse modérée. L'étude cytochimique du liquide céphalorachidien trouve 1 élément blanc et une protéinorachie à 0,5 g / L. Le bilan immunologique trouve un taux significativement élevé d'anticorps antinucléaires à 1/1600 et des anticorps anti ADN natif positifs. La NFS montre une lymphopénie à 1200 éléments. Le reste de l'enquête étiologique est négatif.

## Discussion

L'atteinte neurologique centrale du LED est de diagnostic difficile du fait de la grande variété de manifestations possibles, du nombre important de diagnostic différentiel et surtout de l'absence d'outil diagnostic « gold-standard ». Ce diagnostic est d'autant plus difficile à évoquer que les manifestations neurologiques peuvent être inaugurales.

## Conclusion

Devant une atrophie cérébelleuse chez un sujet jeune il faut penser au dépistage des facteurs antinucléaires à la recherche d'un LED inaugural.





# APPORT CALCIQUE QUOTIDIEN ET SON INFLUENCE SUR LA MASSE OSSEUSE DES FEMMES DIABÉTIQUES TUNISIENNES

K.Maallah, K.Ben Abdelghani, A.Ben Tekaya, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui  
Service de rhumatologie, CHU Mongi Slim La Marsa

## Introduction

Le diabète constitue de part le monde un véritable problème de santé public, l'influence de cette endocrinopathie sur le métabolisme osseux avait été un centre d'intérêt de plusieurs recherches scientifiques.

Le but de notre étude:

- ✓ Évaluer l'apport calcique quotidien chez les femmes tunisiennes diabétiques
- ✓ Étudier sa corrélation à la densité minérale osseuse (DMO)

## Méthodes

- Etude comparative transversale intéressante
- 2 groupes de sujets:
  - Un groupe d'étude: Femmes tunisiennes diabétiques âgées > 45 ans.
  - un groupe contrôle: Femmes tunisiennes non diabétiques.
- La ration calcique des deux groupes avait été évaluée.
- La mesure de la densité minérale osseuse (DMO) selon la méthode de référence DEXA, aux sites lombaire et fémoral et les résultats exprimés selon la classification opérationnelle de l'OMS en utilisant la courbe de référence de la population tunisienne.

## Résultats

Le groupe d'étude était constitué de 146 femmes diabétiques et le groupe contrôle de 977 patientes. Le tableau 1 montre la ration calcique des deux groupes et le tableau 2 illustre la différence de la DMO entre femmes diabétiques et non diabétiques.

En comparant au groupe contrôle, la DMO des DT2 était supérieure de +1,4% au site vertébral (ns) et de +3% au site fémoral (p<0,002).. La ration calcique était statistiquement plus élevée dans le groupe de DT2 (p<0,001). La valeur moyenne de la DMO des femmes présentant un DT1 n'était pas statistiquement différente de celle du groupe contrôle, quoi qu'elle fût supérieure de +3,6% au site vertébral et de +0,6% au site fémoral

Tableau1: Comparaison entre la ration calcique des femmes diabétiques et non diabétiques

	Groupe d'étude		Groupe contrôle
Nombre de patients	146		977
	DT1 (12,3%)	DT2 (87,7%)	
Durée d'évolution du diabète(ans)	11,8	6,3	-
Ration calcique(mg/j)	484,3	405,7	366±154
p	<0,001	<0,01	-
	0,001		

DT1: Diabète type 1, DT2: Diabète type 2, ns: non significatif

Tableau2: Comparaison entre la DMO du groupe d'étude et du groupe contrôle

	Site vertébral	Site fémoral
DT1 /contrôle	+3,6% (p ns)	+0,6% (p ns)
DT2/contrôle	+1,4%(p ns)	+3%(p<0,02)

## Discussion

La ration calcique recommandée chez les femmes ménopausées est de 1200 mg/j(1). Chez les deux groupes étudiés la ration calcique était basse. Un apport suffisant en calcium assure une protection contre la déperdition osseuse et les fractures. Dans le groupe d'étude la ration calcique était plus importante que le groupe contrôle ce qui pourrait expliquer les données de la densité minérale osseuses et les valeurs moyennes plus élevées du groupe d'étude.

## Conclusion

Dans notre étude, le régime alimentaire des femmes diabétiques était plus riche en calcium que celui des femmes non diabétiques. La ration calcique moyenne des patients diabétiques avait une influence positive sur la masse osseuse des diabétiques.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Arthrite juvénile idiopathique: à propos de 53 cas

N El Amri, Z Alaya, K Baccouch, S Belghali, H Zeglaoui, E Bouajina  
Service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached - Sousse

## **Introduction:**

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) regroupe plusieurs entités ayant en commun la présence d'arthrites qui commencent avant l'âge de 16 ans, qui persistent plus de six semaines et qui n'ont pas de cause identifiée. Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques des différentes formes cliniques d'AJI sur une série de 53 patients.

## **Matériels et méthodes :**

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 54 cas d'AJI répondant aux critères de l'International League of Association of Rheumatology colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Farhat Hached de Sousse sur une période de 15 ans [1998-2013].

## **Résultats**

Il s'agit de 27 patients et 26 patientes. L'âge moyen de début des symptômes était de 10,4 ans [4-15 ans]. Un diagnostic tardif à l'âge adulte était noté chez 8 patients (15% des cas). La forme polyarticulaire était la plus fréquente touchant 66% des cas (15,1% avec FR et 50,9% sans FR). Les autres formes par ordre de fréquence étaient : la forme oligoarticulaire (15,1%), l'arthrite avec enthésite (9,4%), la forme systémique (7,6%) et l'arthrite psoriasique (1,9%). L'atteinte était déformante dans 60,4% des cas et destructrice dans 62,4% des cas. Le retard de croissance et la coxite étaient observés respectivement dans 30,2 et 32,1% des cas. Les atteintes extra-articulaires notées étaient : une fièvre (18,9%), une uvéite (3,8%), une péricardite (3,8%), une pleurésie (1,9%), une éruption cutanée (1,9%), des adénopathies périphériques (1,9%) et une myocardite (1,9%). Les traitements utilisés étaient: la corticothérapie (66%), les AINS (43,4%), l'aspirine (17%), le méthotrexate (47,2%) et la biothérapie (9,4%).

## **Discussion:**

•L'arthrite juvénile idiopathique n'est pas une maladie unique, mais un terme qui englobe plusieurs pathologies touchant l'enfant de moins de 16ans. Sa prévalence varie de 3.8 à 400/100,000 enfants selon les régions. Selon la classification internationale (ILAR) révisée en 1997 (Durban), puis en 2001 (Edmonton), il existe 6 formes d'AJI: forme systémique, forme polyarticulaire, forme oligoarticulaire, arthrite avec enthésite, arthrite psoriasique, arthrite indifférenciée. La forme clinique varie d'un pays à un autre : la Forme oligoarticulaire est plus fréquente en Europe et la forme polyarticulaire: prédomine en Inde, Afrique de Sud. Notre série se caractérise par la fréquence élevée de la forme polyarticulaire. Ceci peut être expliqué par: le retard diagnostic en effet la forme oligo-articulaire peut avoir une évolution extensive et devenir polyarticulaire et la présence de formes frontières oligo/polyarticulaires

•Principales complications de l'AJI

-SAM qui se voit au cours de la forme systémique. Aucun cas n'a été enregistré.

-L'uvéite:

- À œil blanc (asymptomatique): complique fréquemment les formes oligoarticulaires notamment avec AAN+(30%) et les formes polyarticulaires FR (-) avec risque de bilatéralisation dans 80% des cas
- À œil rouge : se voit au cours des formes avec enthésites
- Nous avons constaté 2 cas d'uvéite chez deux garçons ayant une forme oligoarticulaire

- La coxite qui constitue un facteur de mauvais pronostic. Sa fréquence varie entre 11 et 30% des cas dans les séries tunisiennes.

- Le retard de croissance : Lovell et de Bernstein rapportent que 50 % des enfants atteints de formes systémiques ou évoluant depuis plus de 5 ans ont une taille inférieure au troisième percentile. Zak et al. ont rapporté, dans une cohorte de 65 patients atteints d'AJI, que 11 % des patients présentaient une taille finale inférieure à -2 DS. Cette petite taille adulte était observée chez les patients souffrant de forme poly-articulaire ou systémique de la maladie

•Le traitement de l'AJI dépend de la forme. Au cours des dernières années, il y a eu un développement important de la biothérapie qui constitue une alternative thérapeutique intéressante pour les formes résistantes et sévères.

**Conclusion:** L'AJI est un groupe de maladies hétérogènes ayant comme dénominateur commun la présence d'arthrites. La présentation clinique et le traitement dépendent de la forme de la maladie



# Etude des troubles du sommeil au cours de la gonarthrose

**Cherif I , Hamdi W, Dhahri R, Zouch I, Kaffel Dh, Kchir MM**  
**Service de Rhumatologie\_Institut Kassab**

## INTRODUCTION :

Une altération de la qualité de sommeil est de plus en plus reconnue comme facteur contributif à l'altération de la qualité de vie, à l'augmentation de la morbidité et une perception plus péjorative de la douleur. Le but de notre travail était d'évaluer les facteurs contribuant à l'altération de la qualité de sommeil au cours de la gonarthrose.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude prospective portant sur 40 patients souffrants de gonarthrose. Les données épidémiologiques et cliniques ont été recueillies. Le sommeil a été évalué par le questionnaire MOS qui explore différents domaines: l'adéquation du sommeil, la perturbation du sommeil, la somnolence diurne, le ronflement, la dyspnée et la céphalée au réveil, et la quantité de sommeil. Les scores varient de 0 à 100 et leur augmentation signifie une dégradation du domaine exploré. Ce questionnaire abouti à 2 indices de sommeil : SP I et SPII. La douleur a été évaluée par l'échelle visuelle analogique et le retentissement fonctionnel de la gonarthrose par l'indice de Lesquene. Le test de Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et l'ANOVA pour les variables quantitatives.

## RESULTATS :

- Il s'agissait de 28 femmes et 12 hommes
  - Age moyen = 57,5 ans [32-82].
  - Quinze patients avaient un bas niveau socio-économique. 18 étaient illettrés et 9 habitaient en milieu rural.
  - Le BMI moyen était de 29,63Kg/m<sup>2</sup> [21,45-46,44].
  - La flexion du genou était en moyenne de 115° [80-140].
  - Le degré de flessum était de 3,6° en moyenne [0-30].
  - Quinze patients avaient un choc rotulien.
  - L'EVA douleur était de 5,58 en moyenne [3-9]. L'indice de lesquene moyen était de 11,2 [4-20]. Cinq patients avaient une gonarthrose stade I ; 18 stade II ; 11 stade III et 8 stade IV.
- Le tableau 1 résume les valeurs moyennes des différents domaines du sommeil ainsi que les corrélations avec les paramètres spécifiques de la maladie.

## DISCUSSION:

La gonarthrose est la pathologie dégénérative rhumatismale la plus fréquente. Sa fréquence augmente avec l'âge avec une prédominance féminine à partir de 55 ans. L'âge moyen était de 57,5 ans et la prédominance féminine a été vérifiée. Les troubles du sommeil sont fréquents au cours de la gonarthrose et s'observent chez 50% des adultes souffrants de gonarthrose [1]. Ils semblent être corrélés à la douleur et au retentissement fonctionnel [2].

## CONCLUSION :

Le degré de flessum, la gêne fonctionnelle ainsi que le stade radiologique semblent être des facteurs prédictifs d'une altération de la qualité de sommeil dans la plupart des domaines explorés.

	Valeur moyenne	Stade radiologique	Indice de Lequesne	Degré du flessum	Présence d'un choc rotulien
<b>SP1</b>	38,91 [10-80]	<b>0,034</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,532
<b>SP2</b>	38,5 [14,4-73,3]	<b>0,04</b>	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>	0,855
<b>Adéquation</b>	35,4 [10-80]	<b>0,036</b>	0,072	<b>&lt;0,001</b>	0,402
<b>Perturbation</b>	37,7 [12,5-75]	<b>0,033</b>	0,071	<b>&lt;0,001</b>	0,279
<b>Quantité de sommeil</b>	6,9 [2-10]	0,581	0,248	<b>0,003</b>	0,429
<b>Céphalée/dyspnée</b>	33,2 [0-80]	0,111	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,015</b>	0,150
<b>Somnolence</b>	36,1 [0-86,6]	0,058	<b>0,004</b>	<b>0,033</b>	0,753
<b>Ronflement</b>	47 [0-100]	<b>0,002</b>	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	-

## REFERENCES:

[1] Vivien c Abad, Priscilla SA Sarinas, Christian G. Sleep and rheumatologic disorders. Sleep Med Rev 2008;12:211-28

[2] M. Von Korff, M. Vitiello and all. Group interventions for co-morbid insomnia and osteoarthritis pain in primary care. Contemp clin trial 2012;4:759-68



# Rituximab et atteinte neurologique au cours du syndrome de Gougerot Sjogren

M Slouma ; H Sahli ; A Fezaa ; S Rekik ; N Meddeb ; E Cheour ; M Euch  
Service de rhumatologie Hôpital La Rabta

## INTRODUCTION

• L'atteinte neurologique au cours du syndrome de Gougerot Sjogren SGS est très polymorphe et largement dominée par les neuropathies périphériques.  
• Son traitement n'est pas bien codifié, il comprend essentiellement les corticoïdes.  
• L'utilisation de Rituximab dans le traitement des manifestations neurologique du SGS a été rarement rapportée dans la littérature.

## OBSERVATIONS

• Patiente âgée de 50  
• **Motif de consultation:** polyarthralgie inflammatoire des grosses articulations depuis six mois associée à une paresthésie du membre inférieur gauche et une sécheresse buccale.  
• **A l'examen:** mobilité douloureuse des poignets et des coudes, un steppage à droite, une abolition des réflexes achilléens et une kératite de l'œil gauche.  
• **Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA):** sialadénite stade IV de Shisholm et Masson.  
• **Electromyogramme (EMG):** polyneuropathie axonale des membres inférieurs.  
• **Biopsie neuromusculaire:** atteinte neurogène sans signe de vascularite.  
• **Traitement:** bolus de corticoïde (500 mg) suivi d'une cure de rituximab.  
• **Evolution:** disparition des douleurs articulaires, nette diminution des paresthésies (EVA 95/18) et du syndrome sec (VAS 70/25), disparition du steppage et nette amélioration de l'EMG après 6 mois de recul.

• Patiente âgée de 54 ans  
• **Motif de consultation:**  
• engourdissement du membre inférieur gauche avec à une polyarthralgie inflammatoire des grosses et des petites articulations évoluant depuis un an.  
• sécheresse oculaire et buccale avec sensation de fatigue.  
• **A l'examen:** trouble sensitif objectif très discret et un déficit moteur du membre inférieur gauche côté à 3.  
• **A l'IRM:** zones d'hypersignal en T2 de la substance blanche sustentorielle sans prise de contraste en T1 évocatrice d'une démyélinisation.  
• **A l'examen ophtalmologique:** syndrome sec oculaire.  
• **EMG:** normal.  
• **BGSA:** sialadénite stade IV de Shisholm et Masson.  
• Les anticorps anti-nucléaires étaient positifs à 1/200 mouchetés et les anti-SSa et SSb étaient initialement négatifs.  
• Les sérologies de CMV, HIV, hépatite B et C étaient négatives.  
• Le diagnostic retenu était le SGS.  
• **Traitement:** bolus de corticoïde suivi d'une cure de rituximab  
• **Evolution:** amélioration de l'atteinte neurologique estimée à 50%, diminution de la fatigue (EVA fatigue 80/15) et stabilité de l'atteinte radiologique à IRM de contrôle

## DISCUSSION

• Les manifestations neurologiques du SGS ont une évolution très variable et imprévisible.  
• Leur traitement n'est pas codifié.  
• Le Rituximab associé à un bolus de corticoïdes semble intéressant dans la prise en charge de ces manifestations.  
• Son utilisation a permis une amélioration spectaculaire de l'atteinte neurologique périphérique et une stabilité radiologique de l'atteinte neurologique centrale.

## CONCLUSION

Le Rituximab semble être intéressant dans la prise en charge des atteintes neurologiques au cours du SGS.  
Des études plus étendues sont nécessaires pour confirmer l'efficacité des anti-CD20 au cours des atteintes neurologiques du SGS.

## MATERIELS ET METHODES

• Nous rapportons à ce propos deux observations de SGS compliqué de manifestations neurologiques de type périphérique dans le premier cas et central dans le deuxième cas, traités par Rituximab.

# LA SCLERODERMIE SYSTEMIQUE VUE EN RHUMATOLOGIE

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

## INTRODUCTION

La sclérodémie systémique est la plus rare des connectivites. En plus de l'atteinte viscérale qui conditionne le pronostic vital, une atteinte articulaire sévère peut compromettre fortement le pronostic fonctionnel.

## MATERIELS ET METHODES

: Etude rétrospective de 9 dossiers colligés au service de rhumatologie de l'hôpital Charles Nicoles sur une période de 13 ans( de 2000 à 2013).

L'objectif de notre étude est de préciser les caractéristiques cliniques et radiologiques des sclérodémies systémiques vue en rhumatologie

## RESULTATS

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont illustrées dans le tableau n°I.

Tableau I:Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes atteintes de

PARAMETRES	VALEURS
Sexe	9 Femmes
Âge moyen	45,7 ans
Atteinte ostéo-articulaire	Arthralgies n=9 Polyarthrite n=3 Ostéoporose n=3
Atteinte cutanée	•Sclérodactylie n= 9 •Calcinose n=2 •Télangiectasies n=2 •Ulcération digitales n=4 •Nécrose digitale n=1
Raynaud	n=9
Atteinte digestive	n=6
Atteinte pulmonaire: restriction à l'EFR avec atteinte interstitielle	n=6
Atteinte cardiaque	•Péricardite n=2 •Détachement péricardique n=1
Profil immunologique	•AAN n=7 •Anti-scl70 n=6 •Anti-histones n=1 •FR n=2
Traitements reçus	•Antalgiques/AINS n=9/n=2 •Inhibiteurs calcique n=9 •Colchicine n=3 •Corticothérapie n=5 •D-pénicillamine n=5 •Azathioprine n=1 •Méthotrexate n=1 •Biothérapie: anti-CD20 n=1 •Ioméidine n=1

## CONCLUSION

Le tableau des sclérodémies systémiques, vues en rhumatologie, est dominé par l'atteinte ostéoarticulaire, pouvant aggraver le pronostic fonctionnel, surtout en cas d'arthropathie destructrice, d'une connectivite à pronostic viscéral sévère. Malgré l'avancée des thérapeutiques physiopathologiques (Biothérapies) dans le traitement des affections auto-immunes, le traitement de la SCS reste décevant.

## DISCUSSION

- L'atteinte articulaire au cours de la sclérodémie systémique est dominée par les arthralgies ; plus d'un tiers des patients, ce qui a été démontré dans notre série.
- Plus rarement, il s'agit d'authentiques arthrites ( 2 cas dans notre série). Quelques cas de polyarthrite érosive ont été rapportée. Si certaines formes pourraient être spécifiques, il faut s'assurer qu'elles ne s'intègrent pas dans le cadre d'un syndrome de chevauchement sclérodémie+polyarthrite rhumatoïde. Dans notre série le facteur rhumatoïde était faiblement positif dans deux cas.
- La main peut prendre l'aspect d'une main de Jaccoud en cas de syndrome de chevauchement sclérodémie+LED.
- Sur les radiographies de mains existe parfois (surtout dans les formes diffuses) une résorption de la houppe des phalangettes. Il pourrait s'agir d'une acro-ostéolyse d'origine ischémique
- Les progrès majeurs de ces dernières années en termes de prise en charge avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les inhibiteurs calciques, les prostacyclines et analogues, les inhibiteurs de pompe à protons, etc. expliquent l'amélioration de l'espérance de vie observée ces dernières années.
- La meilleure connaissance de la physiopathologie de la maladie, le développement de nouveaux médicaments, tels que les biothérapies, qui pourraient agir sur les mécanismes de la maladie sont entrain complètement de bouleverser la prise en charge des patients, pour lesquels on a trop longtemps considéré qu'il n'y avait pas de traitement spécifique de leur maladie.



# Evaluation de l'effet des boli de Méthylprédnisolone dans la polyarthrite rhumatoïde : A propos de 26 cas.

Bahlouli E, Hamdi W, Zouch I, Nouri N, Kaffel D, Kchir MM,  
Rhumatologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie

## Introduction :

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le plus fréquent des rhumatismes inflammatoires chroniques. C'est une maladie sévère et particulièrement invalidante justifiant une prise en charge thérapeutique précoce, personnalisée et multidisciplinaire avec instauration rapide des traitements qui auront pour objectifs de soulager les douleurs, de ralentir l'évolution de la maladie et de maintenir la fonction articulaire. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'effet du Méthylprednisolone administré sous forme d'une série de boli en intraveineux dans la PR tout en précisant ses indications.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant les dossiers de patients suivis pour polyarthrite rhumatoïde hospitalisés dans notre service durant la période comprise entre Juin 2006 et Aout 2013 qui ont reçu un traitement à base de Méthylprednisolone à forte dose en intraveineux.

## Résultats :

Il s'agissait de 22 femmes et de 4 hommes d'âge moyen de 52.7 ans. Tous les patients étaient suivis pour PR séropositive et érosive. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 11 ans [1an-31ans], les boli de corticoïdes étaient indiqués pour une luxation atloïdoaxoïdienne avec pannus périodontoidien dans 6 cas (groupe A) et pour une PR en poussée sévère dans 20 cas (groupe B). Tous les patients du groupe A ont reçu un bolus de 1 g/j de Méthylprédnisolone 3 jours de suite, concernant les patients du groupe B, 8 ont reçu 3 boli de 1 g/j, et 12 ont reçu des doses moindres comprises entre 250 et 500mg/j 3 jours de suite.

Pour le groupe A, 4 patients présentaient des cervicalgies inflammatoires et tous présentaient un syndrome quadri pyramidal à l'examen neurologique. L'activité de la maladie était évaluée chez tous les patients par le score clinique et biologique DAS28 calculé initialement au cours de l'hospitalisation puis un mois après en consultation.(Tab.1). La réponse thérapeutique était évaluée par la différence entre le DAS28 initial et final ( $\Delta$ DAS28) selon les critères proposés par L'EULAR (Fig.1). Pour les patients du groupe B, l'évolution après les boli était marquée par la disparition des cervicalgies inflammatoires dans tous les cas et la disparition du syndrome quadri pyramidal dans un seul cas.

## Conclusion et discussion :

Les assauts de corticoïdes sont souvent utilisés dans le traitement de la PR. C'est un traitement qui a montré une efficacité spectaculaire par ses effets anti-inflammatoire et antalgique très rapide mais suspensif. On réserve ce mode de traitement aux PR particulièrement agressives en échec d'une corticothérapie orale dans les formes très actives en attente d'efficacité d'un traitement de fond.

Indication des boli	Nb de patients	Ttt de fond	Activité de la PR	DAS28 initial	DAS28 moyen
LAA (Groupe A)	6	Ttt classique	Forte	4	7,71
			Moyenne	2	3,72
PR en poussée (Groupe B)	20	Ttt classique récemment introduit	Forte	1	6,39
			9		
		En attente de passage vers la biothérapie	10	Moyenne	1 4,95

Tab 1. Profil clinique des patients

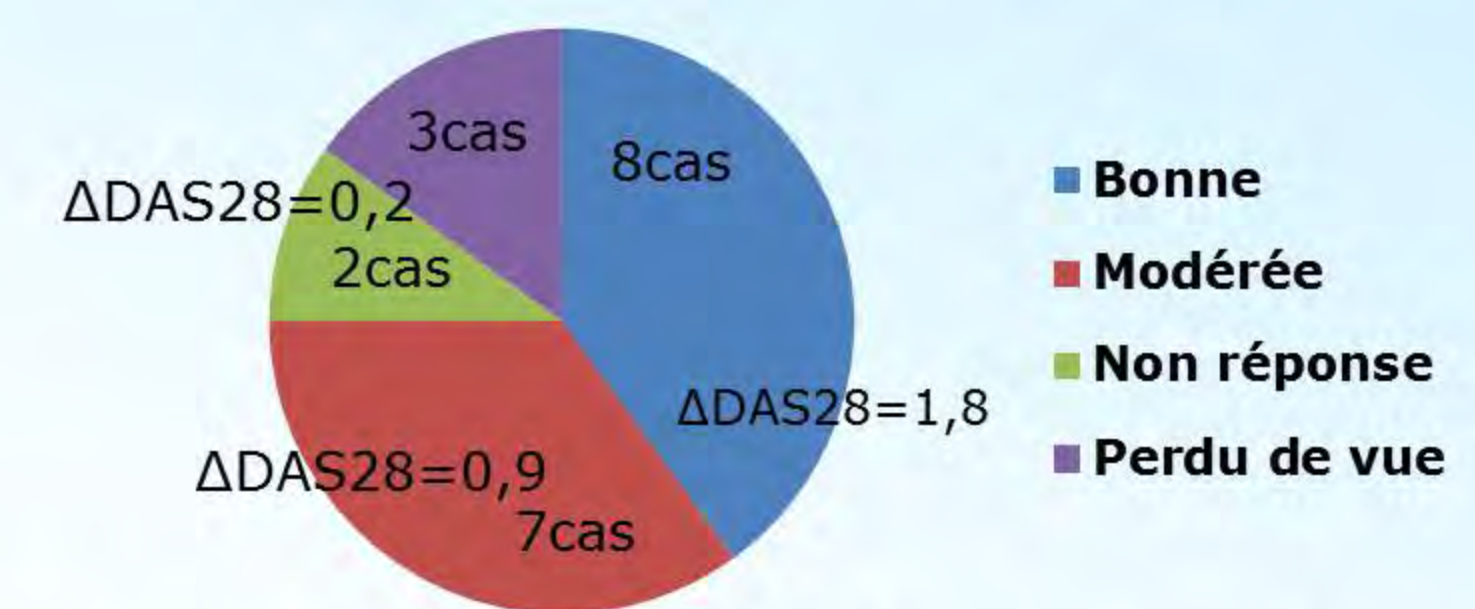


Fig 1. Evaluation de la réponse thérapeutique dans le groupe B



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Maladie de Paget et tumeurs osseuses malignes

*Ben Abdelghani K, Souabni L, Ben Tekaya A, Kassab S, Chekili S, Laatar A, Zakraoui L*

## **Introduction:**

La maladie osseuse de Paget (MP) est une dystrophie osseuse bénigne caractérisée par une synthèse d'un tissu lamellaire et désorganisé. Son association à une tumeur osseuse maligne a été exceptionnellement rapportée dans la littérature. Nous rapportons dans ce cadre deux observations et nous discutons les hypothèses physiopathologiques de cette association.

## **Observation:**

### ○ Observation 1 :

Mr TF âgé de 50 ans, consulta pour une lomboradiculalgie bilatérale avec altération de l'état général révélant un myélome multiple (MM). L'atteinte osseuse était diffuse à tout le squelette. On notait par ailleurs une condensation avec élargissement et aplatissement de D12. L'IRM a conclu à une MP et n'a pas justifié d'explorations complémentaires. La maladie était jugée inactive.

### ○ Observation 2 :

Mr BA âgé de 69 ans suivi pour un adénocarcinome prostatique, nous a été adressé pour métastases osseuses diffuses. L'évolution était initialement favorable sous perfusions d'acide zolédronique. Cependant, il gardait une douleur intense de l'hémi-bassin droit et du rachis lombaire justifiant une radiothérapie sur les zones douloureuses. Devant la persistance des douleurs, des radiographies ont été pratiquées et ont montré un aspect de MP de L5 et de l'hémi-bassin droit. Les phosphatases alcalines étaient stables à 3000 UI malgré les cures de bisphosphonates.

## **Discussion:**

La transformation sarcomateuse est la complication la plus redoutable au cours de MP, elle survient le plus souvent des sujets souffrant de remaniements dégénératifs pagétiques multifocaux et anciens. Sa fréquence exacte est mal connue, des séries récentes suggèrent une prévalence inférieure à 0.1%. De même, l'association des tumeurs osseuses malignes à une MP a été exceptionnellement décrite. Le diagnostic est orienté par la clinique et l'imagerie et confirmée par la biopsie osseuse dans la majorité des cas.

## **Conclusion:**

L'association des tumeurs osseuses malignes à une MP est rare, et est certainement sous estimée. En effet, dans un contexte néoplasique, l'existence d'une anomalie squelettique est souvent mise sur le compte de la pathologie maligne sous jacente, et conduit rarement à la biopsie car le diagnostic d'une MP ne modifie pas la conduite thérapeutique et n'altère pas le pronostic.

# Arthrite destructrice tibiofibulaire proximale au cours du rhumatisme psoriasique

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

Dhahri R<sup>1</sup>, Hamdi W<sup>1</sup>, Bouaziz M<sup>2</sup>, Nouri N<sup>2</sup>, Zouch I<sup>1</sup>, Kaffel DH<sup>1</sup>, Ladeb MF<sup>2</sup>, Kchir MM<sup>1</sup>  
1. Service de Rhumatologie ; 2. Service de Radiologie; Institut Kassab d'orthopédie

## Introduction

L'articulation tibiofibulaire proximale est rarement touchée au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle est souvent méconnue, toutefois elle peut être à l'origine d'impotence fonctionnelle majeure. A travers cette observation nous rapportons un cas d'arthrite destructrice tibiofibulaire supérieure diagnostiquée dans le cadre d'un rhumatisme psoriasique

## Observation:

➤ Il s'agit d'une patiente âgée de 42 ans aux antécédents de psoriasis en plaque irrégulièrement suivi en dermatologie et évoluant depuis 10 ans.

Depuis 4 ans, la patiente a présenté une polyarthrite chronique asymétrique à prédominance distale destructrice touchant les IPD sans atteinte axiale ou enthésopathie symptomatique.

➤ Elle rapportait en particulier des douleurs jambières externes et hautes d'horaire inflammatoire occasionnant une gêne fonctionnelle importante à la marche.

➤ Le diagnostic de rhumatisme psoriasique dans sa forme périphérique a été porté selon les critères d'AMOR.

➤ La maladie était active avec un DAS28 à 7.1.

➤ A l'examen: le genou était sec froid et de mobilité normale douleur exquise à la pression de l'articulation tibio fibulaire supérieure

➤ La radiographie standard (**FIG1**): des érosions de la tête fibulaire avec une articulation fémoro tibiale normale.

➤ L'échographie du genou (**FIG2**): trouvait une synovite tibiofibulaire active.

➤ TDM genou (**FIG3**): on notait de multiples érosions de l'os sous chondral de la tête du fibula et du tibia avec pincement de l'interligne et tuméfaction des tissus mous en regard signant **le diagnostic d'arthrite érosive tibio-fibulaire proximale.**

➤ Le bilan des manifestations extra articulaires était négatif, la patiente a été mise sous méthotrexate 20 mg/ semaine et diclofenac à 100 mg/ jour avec traitement adjuvant.



FIG.1

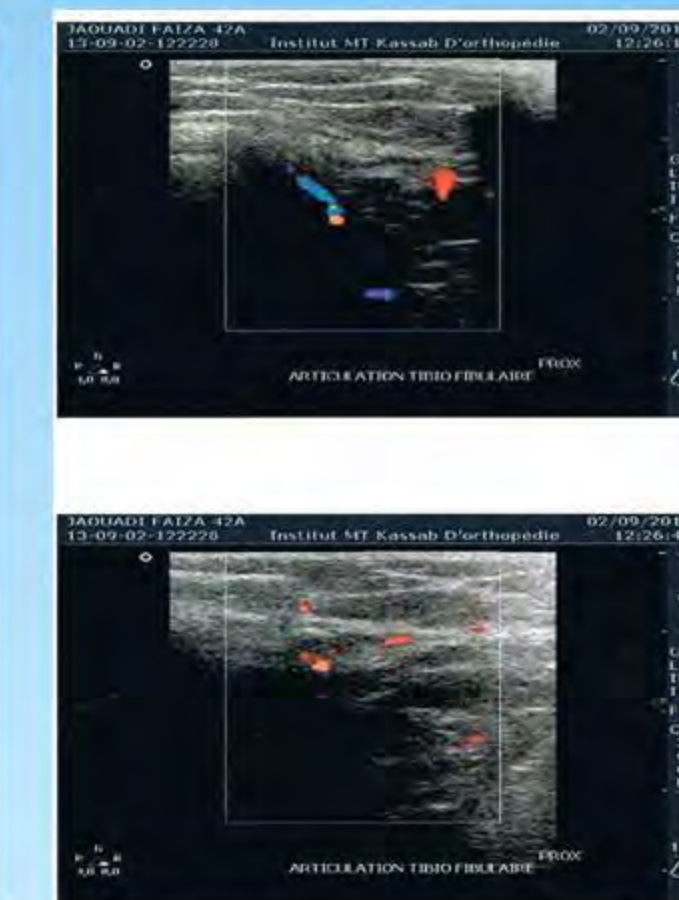


FIG.2

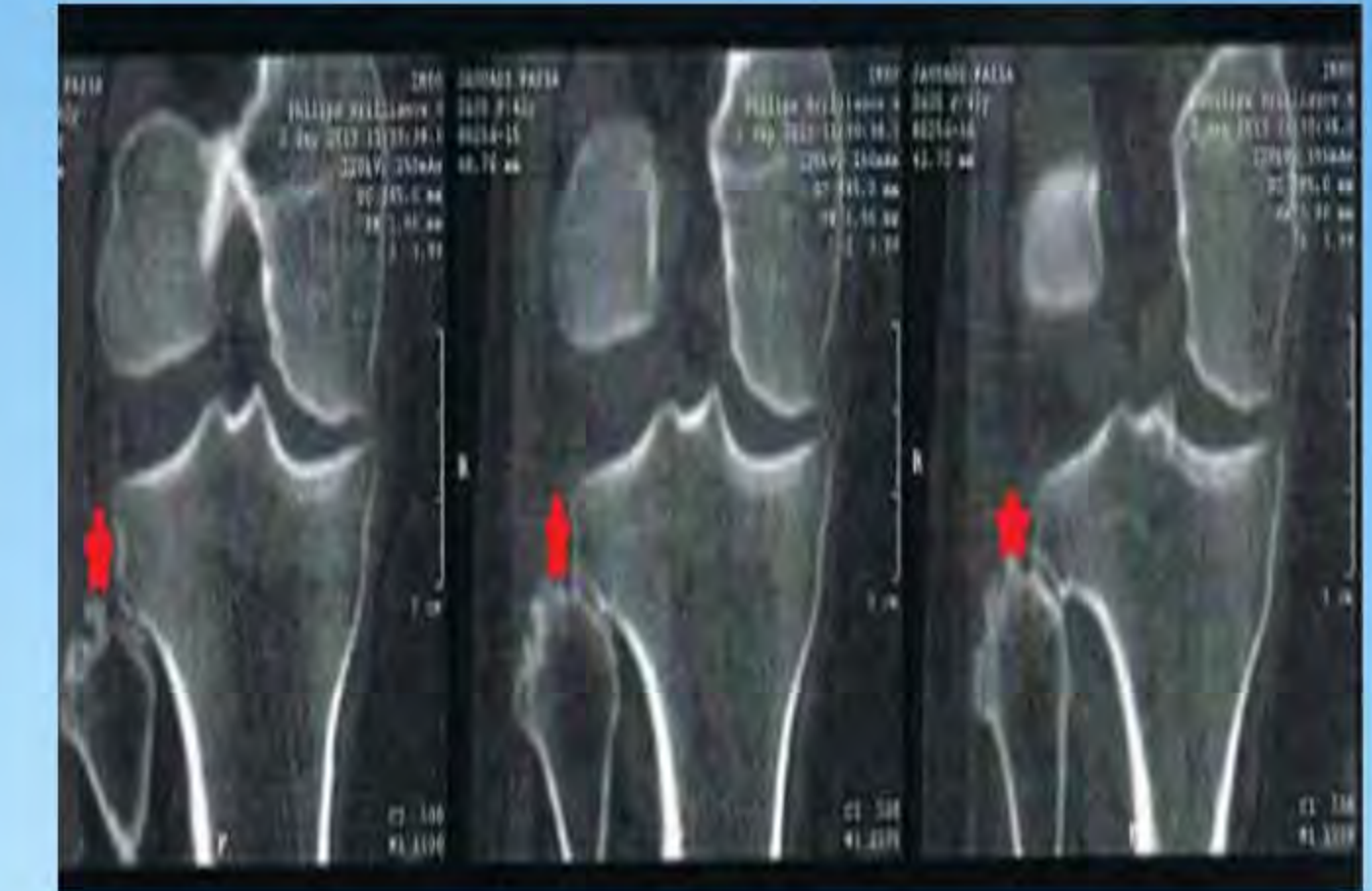


FIG.3

## Discussion: (1.2)

L'articulation tibio-fibulaire proximale TFP est rarement affectée dans des maladies rhumatismales.

Néanmoins, au cours des spondyloarthrites illustre le concept de synovite secondaire à l'enthésite - entité élémentaire de la SPA.

L'arthrite inflammatoire de l'articulation tibio-fibulaire proximale est une cause rare mais probablement sous-diagnostiquée de la douleur latérale du genou .

L'arthrite de cette articulation a été rarement signalé dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante .

## Conclusion:

L'intérêt de la reconnaissance l'arthrite tibiofibulaire proximale est double : d'une part elle peut être à l'origine de douleur et d'impotence fonctionnel du genou qu'on arrive pas à expliquer par l'atteinte fémoro-tibiale .

1. Hong HP, Chung HW, Choi BK, Yoon YC, Choi SH. Involvement of the proximal tibiofibular joint in ankylosing spondylitis. Acta Radiol. 2009;50(4):418-422. doi: 10.1080/02841850902783338.  
2. Colbert RA. Classification of juvenile spondyloarthritis: Enthesitis-related arthritis and beyond. Nat Rev Rheumatol. 2010;6(8):477-485. doi: 10.1038/nrrheum.2010.103.





# Efficacité et tolérance des anti TNF alpha au cours du Rhumatisme Psoriasique

I Cherif, H Sahli, R Tekaya, O Saidane, I Mahmoud, L Abdelmoula, R Zouari  
Service de Rhumatologie CHU Charles Nicolle Tunis

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## INTRODUCTION :

Le rhumatisme psoriasique (RP) est un rhumatisme inflammatoire chronique potentiellement destructeur. L'utilisation de biothérapies au cours du RP est une révolution thérapeutique.

L'objectif de ce travail était de décrire l'expérience du service en termes d'efficacité et de tolérance des anti TNF alpha au cours du Rhumatisme Psoriasique.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective des dossiers de patients suivis pour un RP (critères CASPAR) sur une période de 13 ans [1999-2012] et traités par un anti TNF $\alpha$ . Les données épidémiologiques et cliniques étaient recueillies. Les paramètres d'activité de la maladie étaient évalués avant l'instauration d'une biothérapie et à 3 mois du traitement. Le profil de tolérance a été étudié.

## RESULTATS :

### Epidémiologie:

- N=8
- 6 hommes et 2 femmes (sex-ratio H/F=3)
- Age moyen= 38,3 [16-58] ans.
- Trois patients avaient un RP sans psoriasis cutané. Dans les autres cas, les manifestations cutanées précédaient l'atteinte articulaire dans 2 cas, étaient concomitantes dans 2 cas, et étaient apparues après les manifestations articulaires dans 1 cas.

### Particularités de l'atteinte cutanée:

Le psoriasis était de type squameux(2 cas), pustuleux, en goutte et du cuir chevelu dans 1 cas chacun.

### Caractéristiques de la maladie:

- Le RP évoluait en moyenne depuis 10,3 années [1-30] avec un âge de début de la maladie en moyenne de 28 [9-48] ans.
- Il s'agissait d'une forme axiale et périphérique dans 5 cas, périphérique pure dans 2 cas et axiale pure dans 1 cas.
- L'atteinte de la hanche était notée dans 4 cas
- Le typage HLA pratiqué dans 3 cas était de type B27 dans 1 cas.
- Des manifestations extra articulaires étaient présentes dans 4 cas : ostéopénie (n=2), cholangite sclérosante (n=1) et restriction pulmonaire (n=1).

### Particularités thérapeutiques:

- Les anti inflammatoires non stéroïdiens étaient prescrits dans tous les cas.
- Tous nos patients bénéficiaient d'au moins un DMARD avant le passage à une biothérapie.
- Il s'agissait du méthotrexate dans 6 cas, de la salazopyrine dans 6 cas et du leflunomide dans 1 cas.

Tableau 1 : Particularités de prescription des anti TNF

<b>Type d'anti TNF</b>	Infliximab(2 cas) Adalimumab(1cas) Etanercept(5cas)
<b>Motif de passage</b>	-forte activité axiale(n=2) -forte activité périphérique(n=3) -forte activité axiale et périphérique(n=3)
<b>Nombre de switch</b>	1
<b>Motif de rotation</b>	Echappement thérapeutique
<b>Effet indésirables</b>	-

Tableau 2: Efficacité des anti TNF

	Avant	Après
<b>RN</b>	3,37	0,12
<b>RM</b>	1,53	0,13
<b>NAD</b>	6,37	1,5
<b>NAG</b>	4,12	0,5
<b>EVA</b>	86,25	30,87
<b>EGP</b>	77,5	31,25
<b>BASFI</b>	55,75	23,5
<b>BASDAI</b>	70,75	28,12
<b>VS</b>	72,25	37,5
<b>CRP</b>	46,11	10,62

## DISCUSSION:

➤ Les anti TNF représentent une révolution réelle dans le traitement du RP puisqu'ils agissent au même temps sur les manifestations axiales, périphériques, enthésitiques ainsi que l'atteinte cutanée [1].

➤ Trois agents anti TNF ont l'AMM au cours du RP à savoir l'Infliximab, l'Adalimumab et l'Etanercept. La forte activité de la maladie et la réponse insuffisante aux DMARD's classiques constituent la principale indication à un traitement par anti TNF.

➤ Ces agents biologiques améliorent non seulement l'activité de la maladie mais également la fonction. La tolérance de ces agents biologiques est globalement satisfaisante

## CONCLUSION :

Sur ce faible échantillon de malades, les anti TNF $\alpha$  sont efficaces sur les différents paramètres d'activité de la maladie avec un bon profil de tolérance.

### REFERENCES:

- [1] Palazzi C, D'Angelo S, Leccese P, Padula A, Olivieri I. Safety of anti-tumor necrosis factor inhibitors in psoriatic arthritis on update Expert Opin Drug Saf 2013
- Leagen RM, La B Van der Heij. Switching between TNF inhibitors in psoriatic arthritis: data from the NOR-DMARD Study. Ann Rheum Dis 2013; 72:1840-4



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Facteurs de risque de l'ostéoporose chez les femmes épileptiques (en dehors du traitement anti-épileptique)

N .Boughanmi ,O.Ben waddey ,N.Miladi,F.Hentati  
Service de Neurologie,Institut National de Neurologie

## Introduction :

L'épilepsie fait partie des maladies neurologiques chroniques les plus fréquentes. La prise d'anti-épileptiques a souvent été associée à une baisse de la densité minérale osseuse (DMO). D'autres facteurs de risque méritent d'être étudiés chez les patientes épileptiques afin d'éviter les conséquences des fractures ostéoporotiques sur ce terrain.

## Patients et Méthodes :

Il s'agissait de 20 patientes d'âge moyen de 48,45 ans. Nous avons procédé à un interrogatoire concernant les facteurs de risque d'ostéoporose. L'indice de masse corporelle (IMC) a été calculé et la consommation calcique journalière (CCJ) a été évalué. La DMO a été mesurées par absorptiométrie biphotonique à rayons-X (DXA) aux sites lombaire et fémoral.

## Résultats :

La maladie épileptique évoluait depuis en moyenne 10 ans. 12 patientes (60%) étaient ménopausées. Une ostéoporose a été notée dans 65% des cas, une ostéopénie dans 20% des cas et le profil densitométrique était normal chez 15% des patientes. La durée de la maladie, le tabac et la CCJ étaient des facteurs de risque indépendants de la DMO. L'IMC était positivement corrélé à la DMO. L'âge et les antécédents familiaux de fractures osseuses étaient corrélés à la baisse de la DMO.

## Conclusion :

Selon les résultats de notre étude, l'ostéoporose chez les patientes épileptiques semble corrélée aux antécédents familiaux de fractures osseuses ainsi qu'à l'âge. L'étude des facteurs de risque permet une meilleure prise en charge de l'ostéoporose chez les femmes épileptiques.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Maladie de Paget et tumeurs osseuses malignes

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

## Introduction:

La maladie osseuse de Paget (MP) est une dystrophie osseuse bénigne caractérisée par une synthèse d'un tissu lamellaire et désorganisé. Son association à une tumeur osseuse maligne a été exceptionnellement rapportée dans la littérature. Nous rapportons dans ce cadre deux observations et nous discutons les hypothèses physiopathologiques de cette association.

## Observation:

### ○ Observation 1 :

Mr TF âgé de 50 ans, consulta pour une lomboradiculalgie bilatérale avec altération de l'état général révélant un myélome multiple (MM). L'atteinte osseuse était diffuse à tout le squelette. On notait par ailleurs une condensation avec élargissement et aplatissement de D12. L'IRM a conclu à une MP et n'a pas justifié d'explorations complémentaires. La maladie était jugée inactive.

### ○ Observation 2 :

Mr BA âgé de 69 ans suivi pour un adénocarcinome prostatique, nous a été adressé pour métastases osseuses diffuses. L'évolution était initialement favorable sous perfusions d'acide zolédronique. Cependant, il gardait une douleur intense de l'hémi-bassin droit et du rachis lombaire justifiant une radiothérapie sur les zones douloureuses. Devant la persistance des douleurs, des radiographies ont été pratiquées et ont montré un aspect de MP de L5 et de l'hémi-bassin droit. Les phosphatases alcalines étaient stables à 3000 UI malgré les cures de bisphosphonates.

## Discussion:

La transformation sarcomateuse est la complication la plus redoutable au cours de MP, elle survient le plus souvent des sujets souffrant de remaniements dégénératifs pagétiques multifocaux et anciens. Sa fréquence exacte est mal connue, des séries récentes suggèrent une prévalence inférieure à 0.1%. De même, l'association des tumeurs osseuses malignes à une MP a été exceptionnellement décrite. Le diagnostic est orienté par la clinique et l'imagerie et confirmée par la biopsie osseuse dans la majorité des cas.

## Conclusion:

L'association des tumeurs osseuses malignes à une MP est rare, et est certainement sous estimée. En effet, dans un contexte néoplasique, l'existence d'une anomalie squelettique est souvent mise sur le compte de la pathologie maligne sous jacente, et conduit rarement à la biopsie car le diagnostic d'une MP ne modifie pas la conduite thérapeutique et n'altère pas le pronostic.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# ASSOCIATION CIRRHOSE BILIAIRE PRIMITIVE ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : A PROPOS D'UNE OBSERVATION ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.

N.Saidi, M.Snoussi, F.Frikha, H.Loukil, R.Ben Salah, S. Eloud, Y.Chérif, M. Jallouli, S.Marzouk, Z.Bahloul.

1-Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker Sfax (Tunisie).

**Introduction :** La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie chronique d'origine auto-immune caractérisée par une destruction progressive des canalicules biliaires pouvant aboutir à une cirrhose hépatique. Elle est souvent associée à d'autres maladies auto-immunes et de façon rare à une polyarthrite rhumatoïde. A travers une observation et les données de la littérature nous étudions les caractéristiques de cette association.

**Observation :** Patiente âgée de 36 ans était hospitalisée pour des arthralgies inflammatoires chroniques et symétriques des poignets, des MCP et des IPP avec des épisodes d'arthrites au niveau des MCP et des poignets avec la notion de dérouillage matinale > 1heure. Elle se plaignait aussi d'une sécheresse buccale sans sécheresse oculaire.

■ L'examen ostéo-articulaire était sans particularités. L'examen ophtalmologie objectivait la xérophtalmie.

■ Sur le plan biologique, il existait une anémie normocytaire à 10.5g/l, une VS à 65 mm à H1, une CRP à 5 mg/l et une hypergammaglobulinémie polyclonale à 15.5g/l. Le bilan hépatique était perturbé : les ASAT à 128 UI/l (N < 40 UI/l), les ALAT à 89UI/l (N < 40UI/l), les PAL à 680 UI/l (N <170UI/l) et les Gamma GT à 286 UI/l (N < 60UI/l). Les AAN étaient négatifs, le FR était à 138 UI, les anti-CCP étaient fortement positifs (> à 100 UI) et les anticorps anti-mitochondries étaient positifs. La sérologie d'hépatite B et C était négative.

■ Les radiographies des mains et des pieds étaient sans anomalies. L'étude histologique hépatique montrait une fibrose portale et péri portale compatible avec une CBP stade 3 de Ludwig et Scheuer.

■ Le diagnostic d'une CBP était retenu. Un traitement par l'acide ursodésoxycholique (400mg/j) était instauré permettant une régression complète des perturbations du bilan hépatique.

■ Au plan articulaire, elle gardait des arthralgies inflammatoires et elle continuait à faire des poussées d'arthrites au niveau des mains et des poignets. L'examen physique objectivait une synovite du poignet droit.

■ Ainsi, le diagnostic d'une polyarthrite rhumatoïde associée était alors retenu et la patiente a été traitée par une corticothérapie à faible dose et des antipaludéens de synthèse avec une nette amélioration de la symptomatologie articulaire.

**Discussion :** La cirrhose biliaire primitive (CBP) est une hépatopathie chronique d'origine auto-immune qui peut être responsable d'une atteinte articulaire dont 5-9% des cas, ce sont des arthralgies inflammatoires qui touchent les mains, les poignets, les chevilles et les genoux avec un dérouillage matinal. On ne trouve pas de destructions articulaires radiologiques. L'existence d'une atteinte articulaire chronique et surtout destructrice doit faire penser à une polyarthrite rhumatoïde associée. L'association CBP et PR est peu décrite dans la littérature. Elle est estimée entre 1,8 à 5,6 % [1,2]. Il n'existe pas de données sur la fréquence de la CBP au sein de larges cohortes de patients atteints de PR, mais il en existe en revanche sur la fréquence des anticorps anti mitochondries qui est estimée à 18 % [3]. Cette association fait discuter l'hépatotoxicité des traitements de la PR. Le méthotrexate a été testé comme traitement de la CBP en cas d'échec de l'acide ursodésoxycholique [4-5]. Une récente étude de suivi pendant dix ans de patients atteints de CBP suggérait que l'association méthotrexate plus acide ursodésoxycholique était plus efficace que l'acide ursodésoxycholique seul en termes de survie avant transplantation hépatique [4]. Ceci suggère la possibilité d'utilisation du méthotrexate pour traiter à la fois la PR et la CBP en association avec l'acide ursodésoxycholique avec des faibles risques d'hépatotoxicité.

**Conclusion :** L'atteinte articulaire au cours de la CBP est rare et se résume habituellement à des simples arthralgies. L'existence d'une atteinte articulaire chronique et surtout destructrice doit faire penser à une polyarthrite rhumatoïde associée. La coexistence de ces deux affections pose le problème d'une éventuelle hépatotoxicité d'un traitement de base de la polyarthrite rhumatoïde (le méthotrexate) pourvoyeur lui-même d'une fibrose hépatique.

**Bibliographie** [1] Inoue K, Hirohara J, Nakano T, Seki T, Sasaki H, Higuchi K, et al. Prediction of prognosis of primary biliary cirrhosis in Japan. *Liver* 1995;15: 70-7. [2] Marasini B, Gagetta M, Rossi V, Ferrari P. Rheumatic disorders and primary biliary cirrhosis: an appraisal of 170 Italian patients. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1046-9. [3] Datta A, Deodhar SD, Datta U, Sehgal S. Non-organ specific & organ specific antibodies in rheumatoid arthritis. *Indian J Med Res* 1990;92: 228-32. [4] Lindor KD, Dickson ER, Jorgensen RA, Anderson ML, Wiesner RH, Gores GJ, et al. The combination of ursodeoxycholic acid and methotrexate for patients with primary biliary cirrhosis: the results of a pilot study. *Hepatology* 1995;22:1158-62. [5] Kaplan MM, Cheng S, Price LL, Bonis PA. A randomized controlled trial of colchicine plus ursodiol versus methotrexate plus ursodiol in primary biliary cirrhosis: ten-year results. *Hepatology* 2004;39:915-23.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# LE SYNDROME RHUPUS : A PROPOS DE 3 CAS

S El Aoud <sup>1</sup>, F Frikha <sup>1</sup>, M Snoussi <sup>1</sup>, R Ben Salah <sup>1</sup>, H Loukil <sup>1</sup>, Y Cherif <sup>1</sup>,  
M Jallouli <sup>1</sup>, S Marzouk <sup>1</sup>, Z Bahloul <sup>1</sup>.  
1.service de Médecine interne CHU Hédi Chaker; Sfax; Tunisie

- **Introduction :**

Le rhupus est l'association rare d'un lupus érythémateux systémique (LES) et d'une polyarthrite rhumatoïde (PR). Depuis 1971, date de la première description par Schur, une centaine de cas ont été recensés.

- **Patients et méthodes :**

Dans le cadre d'une étude rétrospective à propos de 215 cas de LES répondant aux critères diagnostiques établis par le collège américain de rhumatologie, colligés dans le service de Médecine interne de Sfax (entre 1996 et 2012), nous avons étudié les observations des cas associés à une PR.

**Observation n°1 :** Patient N.G. âgée de 28 ans, hospitalisée en octobre 2001 pour polyarthrite chronique des grosses et petites articulations avec une raideur matinale de deux heures. L'examen clinique objectivait une synovite des MCP et des IPP des mains. A la biologie, la VS était à 70 mm à la première heure, la CRP à 60 mg/l. La recherche du FR était positive, les AAN étaient positifs à 1/1280 avec des anti-RNP et des anti SSA positifs, les ACL étant faiblement positifs à 17 UI/ml. La radiographie des mains montrait la présence d'une carpite stade II des deux cotés. La radiographie des pieds trouvait une géode au niveau de la tête du 5<sup>ème</sup> métatarsien. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde était retenu devant la présence de 4 critères de l'ACR. Elle était traitée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens associées au méthotrexate. En aout 2007, la patiente présentait une photosensibilité, une lymphopénie à 800 E/mm<sup>3</sup>, une anémie hémolytique auto-immune à 9 g/dl, des AAN positifs à 1/1280 avec des anti-DNA positifs. Le diagnostic d'un lupus associé était porté. La patiente était traitée par corticothérapie à forte dose associée aux antipaludéens de synthèse.

**Observation n°3 :** Patient J.H. âgée de 28 ans, était hospitalisée pour polyarthrite chronique. L'examen clinique objectivait une synovite bilatérale et symétrique des MCP, des IPP et des poignets. A la biologie, il existait une leucolymphopénie à 1200 éléments par mm<sup>3</sup>, la vitesse de sédimentation (VS) était à 30 mm à la 1<sup>ère</sup> heure. Le bilan rénal normal. Le FR était positif à 32 UI/ml. Les anticorps anti-CCP étaient positifs à 19.2 RU/ml (N<12 RU/ml) et les anticorps antinucléaires (AAN) à 1/320. La radiographie des mains et des pieds objectivait un aspect de déminéralisation en bandes épiphysaires. Le diagnostic de PR était retenu. Elle a été traitée par faible dose de prednisone associée aux antipaludéens de synthèse. Un an plus tard, la patiente présentait un érythème en vespertilio, une pleurésie et une péricardite de faible abondance. Elle avait à la biologie une leucopénie à 1300, une lymphopénie à 700, une anémie à 9 g/dl avec un test de coombs direct positif, un syndrome néphrotique avec une insuffisance rénale modérée (cl=60 ml/min). Le bilan immunologique objectivait des AAN positifs à 1/1280, des anti-DNA positifs, des complexes immuns circulants, des anti β2 GP I et une cryoglobulinémie positifs. La PBR objectivait une néphropathie lupique stade IV. Ainsi le diagnostic d'un lupus associé à sa PR était porté. Elle était traitée par corticothérapie à forte dose initiée par des bolus de méthylprednisolone associée à des bolus mensuels de cyclophosphamide.

**Observation n°2 :** Patient H.N âgée de 48 ans, aux antécédents de cardiopathie rhumatismale (maladie mitro-aortique) était admise en 2009 pour polyarthralgies de type inflammatoire des grosses et petites articulations. L'interrogatoire trouvait une photosensibilité avec dérouillage matinale de plus de plus d'une heure. L'examen clinique objectivait une synovite intéressant les deux poignets, les MCP et les IPP. Elle avait un syndrome inflammatoire biologique et une lymphopénie à 900 E/mm<sup>3</sup>. Le bilan rénal ne trouvait pas d'anomalie du sédiment urinaire. Le bilan immunologique objectivait un FR et des anti CCP positifs, des AAN positifs a 1/1280 type moucheté avec des anti SM et des anti-RNP positifs. La radiographie des mains objectivait une déminéralisation en bande. Le diagnostic de rhupus était retenu devant la présence de 4 critères de l'ACR pour la PR et le LES. La patiente était mise sous prednisone 10 mg/j en association avec des antipaludéens de synthèse.

## Discussion et conclusion:

L'association PR-LES est rare. Sa prévalence est de l'ordre de 0,09 % [ 1 ] . Les critères diagnostiques du rhupus selon certains auteurs sont : la présence de polyarthrite symétrique érosive, de manifestations cliniques de LES et la présence d'anticorps anti DNA ou anti Sm. Le plus souvent la PR, érosive et déformante avec nodules rhumatoïdes, précède le LED (cas n° 1,3) mais l'inverse peut se rencontrer . Les signes cliniques de LED sont rares (photosensibilité) et sans atteinte viscérale grave (rein, SNC, SAPL) [2] ce qui souligne la particularité de notre patiente qui a présenté une néphropathie lupique (cas n°3). La gravité du rhupus est liée au risque de destruction des articulations notamment des mains et des pieds et le pronostic dépend des atteintes viscérales du LES. La prise en charge thérapeutique pose souvent des problèmes.

### Bibliographie :

- (1)Imen Hachicha<sup>1</sup>, Hela Fourati<sup>1</sup>, Rim Akrou<sup>1</sup>, Sofien Baklouti<sup>2</sup>: Syndrome de Rhupus: à propos de deux observations; Pan African Medical Journal. 2012; 12:50  
(2)F. Banal , G. Grondin , G. Cinquetti , P. Carassou , B. Graffin , D; Le rhupus : à propos de 2 cas, La revue de médecine interne 2009.Pages S453-S454.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Fracture vertébrale trans-discale au cours de la spondylarthrite ankylosante .A propos de 3 cas

Hamdi W<sup>1</sup>, Nouri N<sup>1</sup>, Cherif I<sup>1</sup>, Zouch I<sup>1</sup>, Bouaziz M<sup>2</sup>, Kaffel Dh<sup>2</sup>, Ladeb MF<sup>1</sup>, Kchir MM<sup>2</sup>

1 Service de rhumatologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

2 Service de radiologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est un rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une enthésopathie inflammatoire évoluant vers l'ossification et l'ankylose, conduisant progressivement à une raideur rachidienne avec altération des propriétés biomécaniques du rachis . Les troubles de l'équilibre, la diminution des réflexes de protection lors de la chute et l'ossification des structures disco-ligamentaires et l'ostéopénie rachidienne, souvent associés, prédisposant au traumatisme vertébro-médullaire mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel  
Nous rapportons le cas de 3 fracture du rachis lombaire et dorso-lombaire passées inaperçues chez 3 patients atteints de SPA.

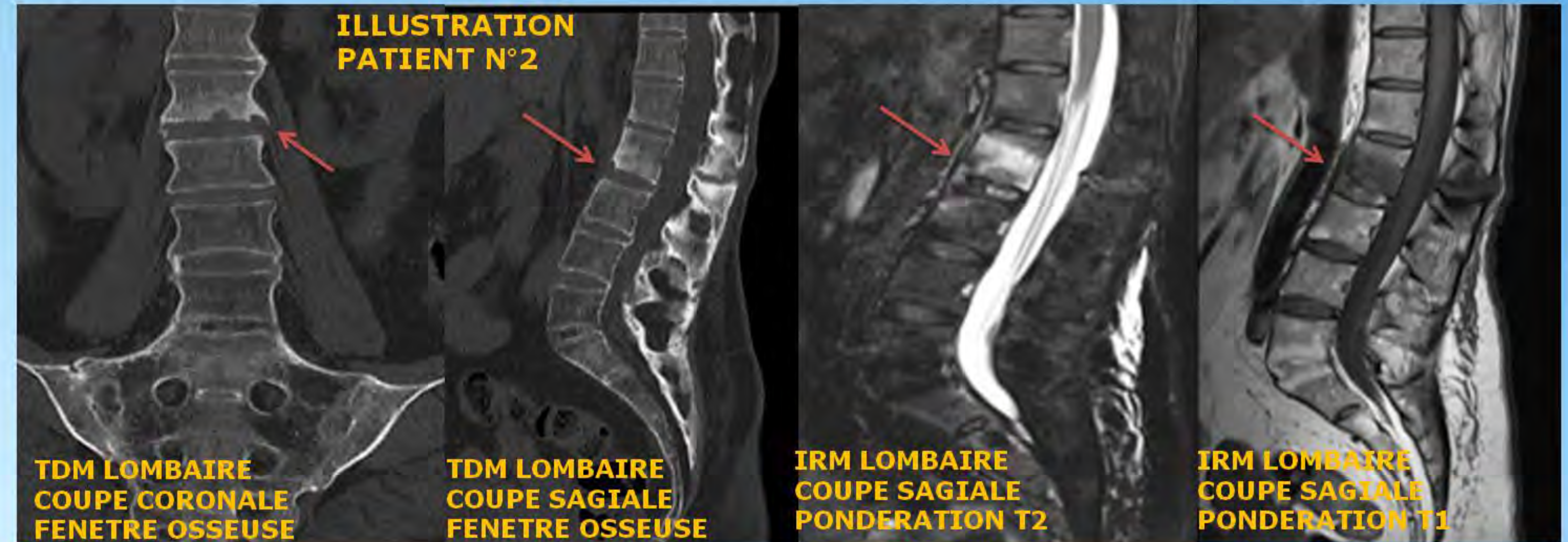
## Patients et Méthodes :

Nous rapportons les cas de 3 patients ( 1 homme et 2 femmes ) âgés de 37 ,62 et 54 ans, suivis respectivement depuis 20 ,10 et 3 ans pour SPA.le patient de sexe masculin est porteur d'une double prothèse totale de hanche depuis 16 ans.

Tous ces patients ont été hospitalisé pour poussée de leur maladie et exacerbation des lombalgies . Dans un seul cas on retrouve la notion de chute avec réception sur le bassin. L'examen objective dans les trois cas une douleur un rachis raide avec contracture para vertébrale et des douleurs à la pression de des épineuses.

L'examen neurologique est normal dans les 3 cas .Les radiographies du rachis lombaire montrent un élargissement de l'espace discal avec irrégularité des plateaux vertébraux en regard des étages L2-L3(patient n°1),D12-L1(patient n°2) et L4-L5(patient n°3) .

La confirmation diagnostique a été portée par la TDM et l'IRM montrant l'extension de la fracture trans discale à l'arc postérieur des vertèbres L3 (patient n°1),D12 (patient n°2) et L4 (patient n°3). L'IRM du rachis entier a montré une dislocation rotatoire C1-C2 avec une moelle de signal et de morphologie normale chez le patient n°1 et une anomalie de signal oedémateux des corps vertébraux et de l'arc postérieur de D12 et L1 (patient n°2) . Compte tenu du caractère non déplacé de la fracture et de l'absence de signes neurologiques, tous les patients ont bénéficié d'un traitement antalgique , AINS et d'un lombostat baleiné avec amélioration clinique .



## DISCUSSION

Le traumatisme vertébral chez les patients atteints de SPA est une situation grave avec un risque de mortalité à la phase aigüe de 35 à 50 % et un taux élevé de déficit neurologique chez les survivants .

Ces fractures surviennent souvent à la suite de traumatismes mineurs ou parfois même de façon spontanée, assimilées à des fractures de fatigue.

Elles relèvent d'un mécanisme en hyperextension ou flexion, proche du mécanisme des fractures-tractions thoraciques ou fractures de ceinture de sécurité (fracture de chance).

L'âge moyen des patients concernés par ces fractures est habituellement de 50 à 60 ans dans la spondylarthrite ankylosante (en moyenne après 20 ans d'évolution).

Le diagnostic clinique et radiologique de ces fractures peut être difficile. En effet, il s'agit de patients avec un long passé d'ankylose rachidienne, ayant des douleurs rachidiennes chroniques, chez lesquels un traumatisme mineur peut être méconnu et la douleur de la fracture passer inaperçue.

En fait, le diagnostic de ces fractures est actuellement largement facilité par les performances de la TDM (grâce aux reconstructions multi planaires et 3D) et de l'IRM, dépistant facilement les anomalies de signal en rapport avec ces fractures et les complications qui en résultent.

## CONCLUSION:

Les fractures du rachis ankylosé sont redoutables et doivent être évoquées devant des douleurs mécaniques du rachis après un traumatisme mineur chez un patient ayant un rachis ankylosé par une SPA.

La normalité du bilan radiologique doit amener à poursuivre les explorations par la réalisation d'une IRM et/ou d'un scanner.



# **Tuberculose sous anti-TNF alpha : localisation à ne pas méconnaître !**

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

**Aicha Ben Tekaya; Kaouther Ben Abdelghani; Leila Souabni; Kaouther Maatallah; Salma Kassab; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**  
**Service de Rhumatologie Hôpital Mongi Slim- La Marsa**

## **Introduction:**

Les traitements anti-TNF alpha ont révolutionné la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, ces molécules augmentent le risque de résurgence de la tuberculose latente. Nous rapportons le cas d'une pleuro-péricardite tuberculeuse sous Infliximab.

## **Observation:**

Il s'agissait d'une femme âgée de 58ans et suivie pour une PR séropositive (ACPA négatifs) et érosive évoluant depuis 17ans, résistante aux traitements conventionnels nécessitant le recours à l'Infliximab en monothérapie. Le bilan de dépistage d'une infection tuberculeuse latente avant sa mise sous anti-TNF alpha était négatif (absence de notion de contagion ou d'exposition, vaccination par le BCG correcte, IDR à la tuberculine négative, absence de signes cliniques d'une tuberculose maladie, radiographie thoracique normale). Après 6 cures d'Infliximab, elle a présenté une dyspnée d'effort motivant la pratique d'un électrocardiogramme qui a révélé un microvoltage des complexes QRS. Le complément d'exploration par une échocardiographie bidimensionnelle a conclu à un décollement péricardique systolodiastolique de 9mm associé à des dépôts fibrineux et un épaississement des feuilletts péricardiques. La TDM thoracique a montré un épaississement pleural avec des nodules sous-pleuraux. Devant ces signes radiologiques, le virage de l'IDR à la tuberculine et le syndrome inflammatoire biologique persistant, le diagnostic d'une tuberculose pleuro-péricardique a été retenue. Le traitement par Infliximab a été arrêté et un traitement antituberculeux a été instauré avec une bonne évolution. La patiente a été mise ultérieurement sous Etanercept, puis Rituximab sans réactivation tuberculeuse sous ces biothérapies.

## **Discussion:**

Étant donné son implication dans les phénomènes inflammatoires et immunitaires, le TNF $\alpha$  joue un rôle pivot dans la défense contre divers agents exogènes tels que les mycobactéries. Ainsi, le risque infectieux chez les patients atteints de PR sous anti-TNF $\alpha$  est particulièrement accru, et ce d'autant plus qu'ils sont déjà immunodéprimés par leur maladie et les traitements immunosuppresseurs associés. Plusieurs cas de réactivation tuberculeuse ont été rapportés essentiellement sous anti-TNF alpha. Ces tuberculoses étaient pour la plupart généralisées, atypiques (localisations extrapulmonaires inhabituelles) et sévères. Il faut cependant remarquer que la majorité des tuberculoses surviennent sous infliximab. La raison n'en est pas encore totalement élucidée. Une des hypothèses peut être en rapport avec le mode d'action des différentes molécules qui est différent. En effet, l'infliximab est une immunoglobuline G anti-TNF $\alpha$  qui peut se fixer sur les TNF membranaires et provoquer la lyse des cellules entrant dans la formation du granulome (monocytes et macrophages). Cela pourrait entraîner une réactivation de la tuberculose. L'étanercept, en revanche, est un récepteur soluble bloquant l'action du TNF $\alpha$  circulant. Il n'entraînerait donc pas ou peu de modification de l'immunité cellulaire. Une autre hypothèse réside dans le fait que l'infliximab a une affinité forte et spécifique pour le TNF $\alpha$  alors que l'étanercept a une affinité moins forte et moins spécifique puisqu'il se fixe également sur le TNF $\beta$  (lymphotoxine).

## **Conclusion:**

La péricardite tuberculeuse reste grave par ces complications potentiellement mortelles notamment sur un terrain d'immunodépression. Les conditions du dépistage des infections tuberculeuses latentes pourraient être améliorées par l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Myélome à double gammopathie monoclonale IgA : une entité exceptionnelle

M. Younes <sup>1</sup>; H. Hachfi <sup>1</sup>; K. Younes<sup>3</sup>; M. Jguirim<sup>2</sup>; S. Ben Hammouda <sup>1</sup>; N. Bergaoui<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie EPS Mahdia, <sup>2</sup> Service de Rhumatologie EPS Monastir,

<sup>3</sup> Service URR CSB Stah Jabeur Monastir.

**Introduction :** Les gammopathies biconales ou les gammopathies doubles (GD) dans le cadre le plus souvent d'une gammopathie monoclonale de signification indéterminée ou d'un myélome multiple sont peu fréquentes. L'éventualité d'une GD d'une même classe d'immunoglobulines étant beaucoup plus rare. Nous rapportons une observation d'un myélome multiple à GD d'un même isotype IgA.

**Observation :** Patiente de 75 ans, ayant des antécédents de diabète et de Pacemaker pour bloc auriculo-ventriculaire, a consulté pour des rachialgies et des douleurs costales inflammatoires associées à une altération de l'état général évoluant depuis 2 mois avant son admission. L'examen physique a été sans particularités excepté une douleur exagérée à la palpation et à la percussion du rachis. Le bilan biologique a montré une VS à 120 à la 1ère heure, une hémoglobine à 9,1 g/dl, des globules blancs à 5110/mm<sup>3</sup>, une CRP à 40,1 mg/dl, une calcémie à 2,40 mmoles/l, des phosphatases alcalines à 341 UI/l et une créatinine sanguine à 71µmoles/l. L'EPP et l'IEP sanguines ont montré un pic monoclonaux sur  $\beta$ -globulines de type IgA Kappa à 28,6g, la protéinurie a été à 1,34 g/24h et la  $\beta$ 2-microglobuline à 6,7mg/l. Les radiographies standard ont montré une déminéralisation osseuse diffuse, des tassements vertébraux de type biconcave au rachis dorsal et de multiples géodes à l'emporte-pièce au niveau du crâne.

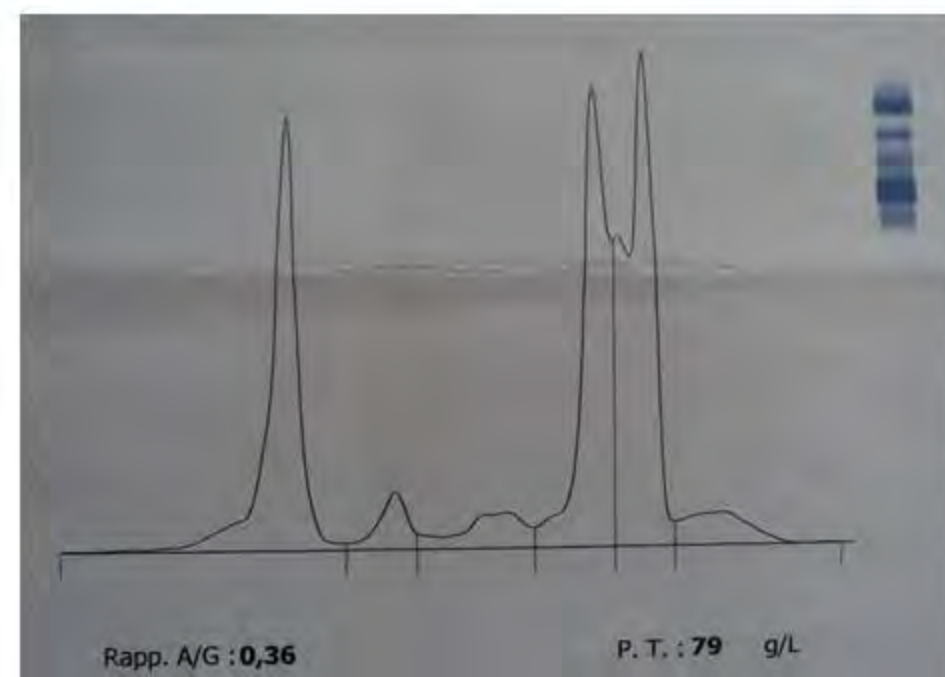
Le myélogramme a montré une prolifération plasmocytaire à 37,5%. Le diagnostic de myélome multiple stade IIIa de la classification de Salmon et Durie a été alors retenu, et la patiente a été traitée par chimiothérapie de type Alexanian associée à la thalidomide à la dose de 100 mg/jour entraînant au début une rémission partielle minime, puis un échappement au bout de 7 mois de traitement. L'EPP de contrôle a montré une apparition d'une gammopathie double de même type IgA Kappa sur  $\beta$ 1 et  $\beta$ 2-globulines à un taux de 36,4g. Une association de cyclophosphamide à la chimiothérapie initiale lui a été alors proposée pour les prochaines cures.

**Discussion :** La fréquence des GD serait d'environ 1 p. 100 de l'ensemble de gammopathies monoclonales. Les deux immunoglobulines monoclonales associées sont le plus souvent de classes différentes et d'un même type de chaînes légères. L'association (IgG + IgA) étant la plus fréquente (53%), suivie par l'association d'IgM et IgG (24%) tandis que la GD d'une même classe d'Ig est beaucoup plus rare. La présence de deux protéines monoclonales peut être la conséquence de la prolifération de deux clones de cellules plasmiques, chacun produisant une immunoglobuline monoclonale non apparentée, ou il peut résulter de la production de deux protéines monoclonales par un seul clone de cellules plasmiques. Les caractéristiques cliniques semblent être similaires à une gammopathie monoclonale. Cependant, d'autres chercheurs ont trouvé une survie plus courte avec une médiane de 25 mois pour les gammopathies biconales associées au myélome multiple qui les placent, par conséquent, au troisième rang après le MM à chaîne légère (12 mois) et le MM à Ig D (20 mois). Sur le plan thérapeutique, les GD doivent être traités comme n'importe quel autre cas de myélome multiple.

**Conclusion :** Les auteurs à travers ce cas de myélome biconal vont rappeler les différents mécanismes physiopathologiques de sécrétion des gammopathies doubles, les particularités cliniques et évolutives de ce type rare de myélome multiple.



Radiographie du crâne de profil



Electrophorèse des protéines sériques





# La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : 36 cas

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

## Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est classiquement considérée comme une maladie de la femme jeune, sa prévalence chez les sujets de plus de 65 ans est estimée à 2%. La PR à début tardif expose souvent à des difficultés diagnostiques et ne doit pas être confondue avec les autres rhumatismes des sujets âgés.

**But:** Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques et radiologiques de la polyarthrite du sujet âgé.

## Patients et méthodes:

Etude rétrospective des observations de patients atteints de PR hospitalisés au service de rhumatologie de l'IOKS entre 2006 et 2013.

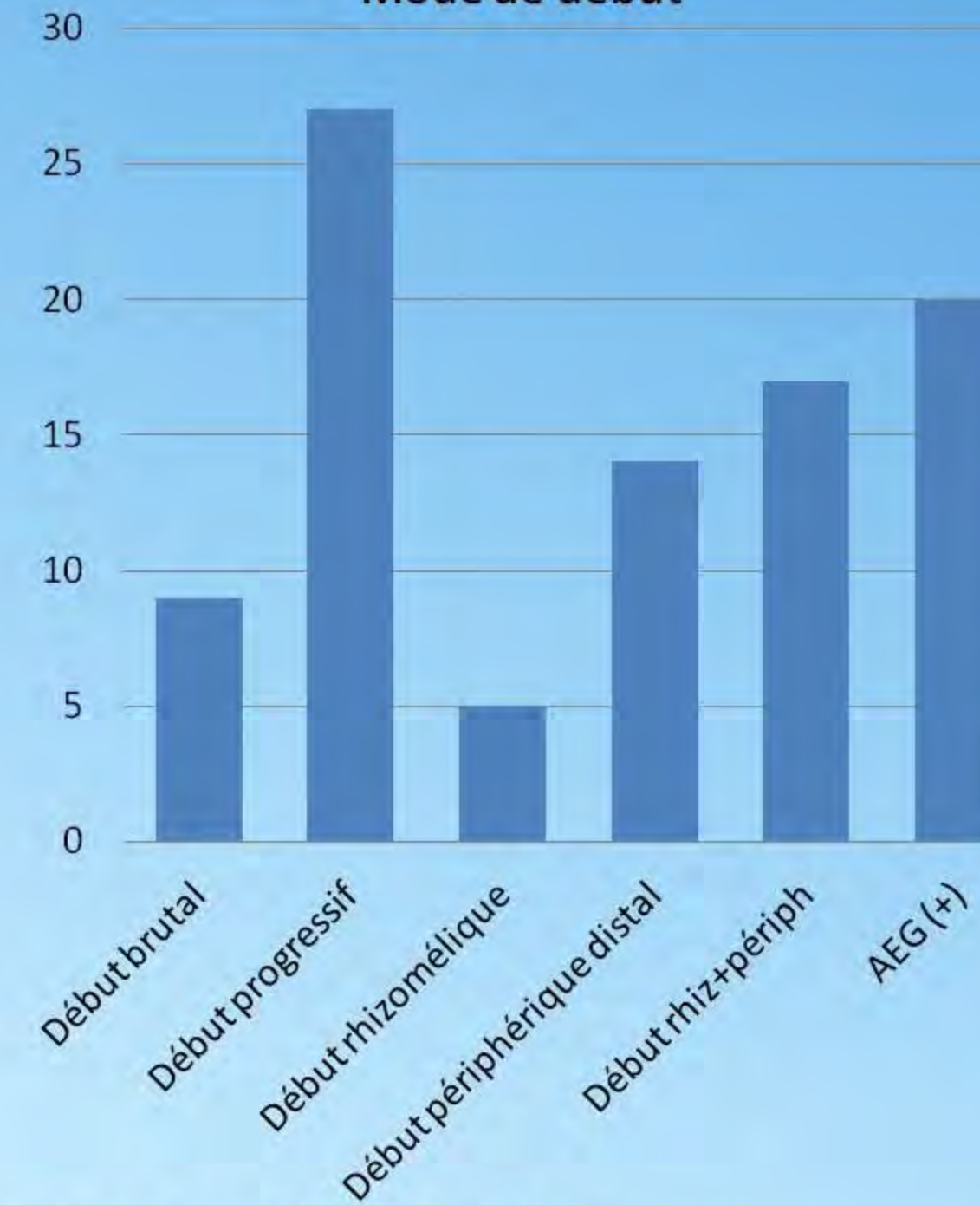
Tous les patients retenus ont eu leurs premiers symptômes après l'âge de 65 ans.

Le diagnostic de PR est retenu sur les critères de l'ACR 1987.

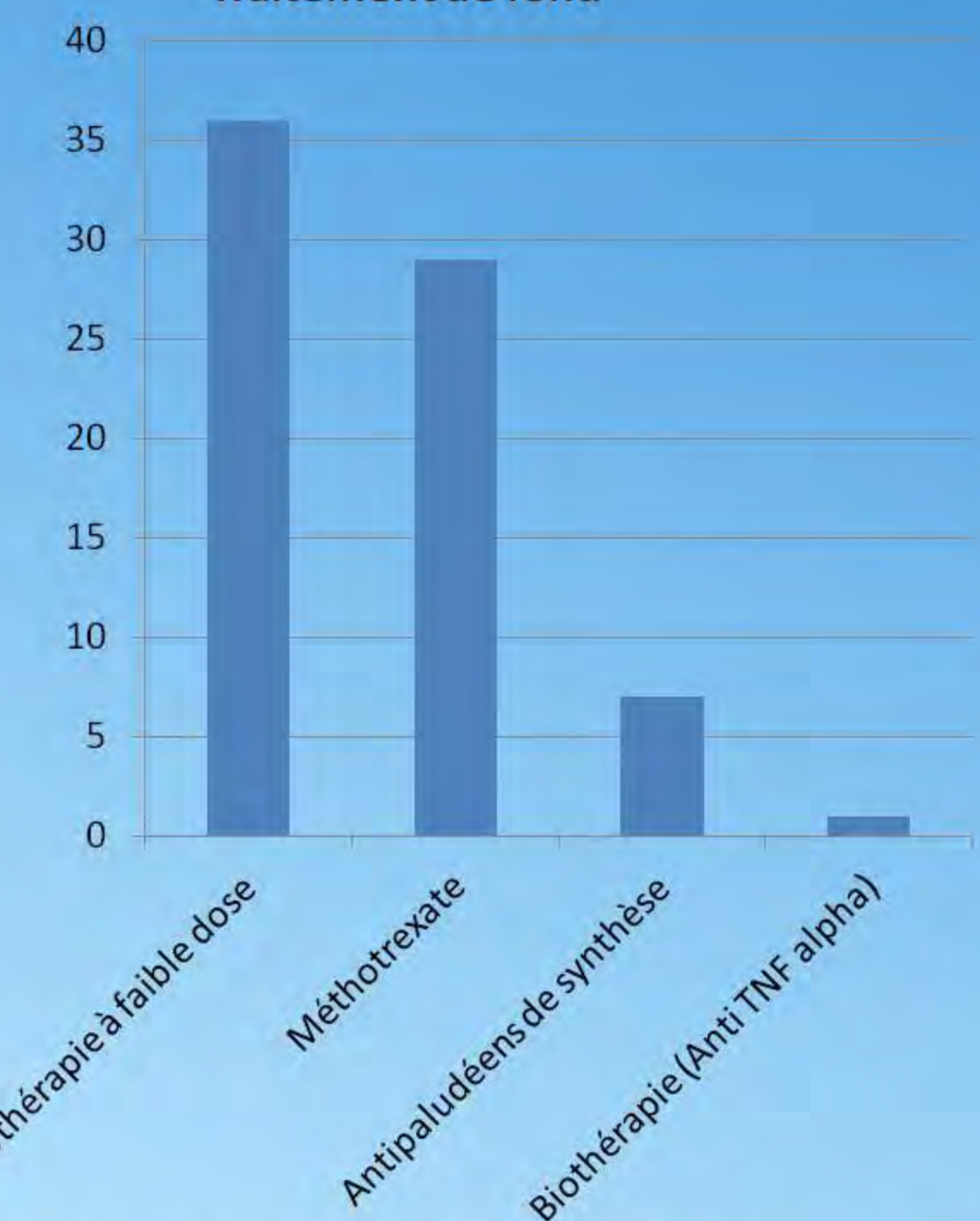
## Résultats:

- 275 dossiers de PR ont été colligés: 13.09% PR débutantes après 65 ans.
- 36 patients : 29 femmes pour 7 hommes (sexe ratio à 4).
- L'âge moyen de début était de 71.35 ans (65 à 80 ans) avec un début au delà de 75 ans dans 4 cas
- Le délai diagnostique était de 2 ans en moyenne (1 à 5 ans).
- Mode de début: Brutal : 25% des cas, associé à une altération de l'état général dans 50% des cas .
- Début rhizomélique pur dans 13.8% des cas et mixte dans 47% des cas
- Il s'agit d'une PR séropositive dans 66.6% des cas et sr les 20 cas ou les ACPA ont été recherchés , le résultat est positif dans 85% des cas
- Les érosions sont objectivées dans 32 cas : 12cas à la radiographie standard et 20 à l'échographie des mains et des poignets.
- Manifestations extra-articulaires associés: Ostéoporose (25 cas), ostéopénie (11 cas), syndrome sec (20 cas).

Mode de début



Traitement de fond



## Discussion:(1-2)

On estime que les plus de 65 ans représentent près d'un tiers des cas de PR dans les populations occidentales.

Il est classiquement considéré que le pronostic est bien plus favorable dans la PR du sujet âgé.

Chez la personne âgée, des diagnostics comme une arthropathie microcristalline, une polyarthrose sévère, une *polymyalgia rheumatica* (PMR), un syndrome paranéoplasique ou un RS3PE entrent tous en ligne de compte.

Le méthotrexate seul ou une association méthotrexate et anti-TNF alpha sont aussi efficaces entre 18 et 40 ans que près de 80 ans.

## Conclusion:

La PR est donc non seulement une maladie fréquente mais encore plus fréquente chez la personne âgée. La problématique est alors celle de la prise en charge d'une personne âgée multimorbide.

1.Villa-Blanco JI, Calvo-Alen J. Elderly onset rheumatoid arthritis : Differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs Aging* 2009;26: 739-50. s  
 2.ymmons D, Turner G, Webb R, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom : New estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:793-800.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatisme

# Complication rare au cours du myélome multiple

**Salma Kassab; Aicha Ben Tekaya; ;Kaouther Ben Abdelghani; Kaouther Maatallah; Leila Souabni; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**  
**Service de Rhumatologie Hôpital Mongi Slim- La Marsa**

## Introduction:

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie lymphoïde maligne responsable de complications osseuses lytiques. L'atteinte osseuse touche principalement le rachis, les côtes et les os longs. Les fractures sont fréquentes au cours de l'évolution, spontanées ou provoquées par des traumatismes minimes. Le sternum en est une localisation exceptionnelle. Nous en rapportons un cas.

## Observation:

Mme H.K, âgée de 48ans, a été hospitalisée pour prise en charge d'un MM de type IgG Lambda stade IIIA selon la classification de Durie et Salmon. Elle avait une importante cyphose dorsale. L'IRM rachidienne a montré des tassements vertébraux dorsaux étagés. Elle a présenté, suite à un traumatisme minime, des douleurs thoraciques antérieures intenses, médianes, et aggravées par la toux et la respiration profonde. L'examen physique a révélé une tuméfaction douloureuse en regard du sternum faisant 6cm de grand axe. Une urgence cardio-respiratoire a été éliminée. Les radiographies standards étaient normales. Le complément d'exploration par une TDM de la paroi thoracique antérieure a conclu à une fracture déplacée horizontale du sternum en situation manubriale sans lésion péricardique ni parenchymateuse. La patiente a été mise sous surveillance avec une bonne évolution

## Discussion:

Les fractures spontanées du sternum sont habituellement secondaires à un envahissement métastatique ou myélomateux [1] et beaucoup plus rarement à une ostéoporose [2]. Cliniquement [2-5], la fracture sternale peut être latente. Parfois, elle se traduit par des douleurs modérées thoraciques antérieures, médianes, de rythme mécanique, aggravées par la toux et la respiration profonde. La douleur peut être intense et simuler une urgence cardio-respiratoire comme dans notre cas. L'examen clinique peut parfois retrouver un œdème, une tuméfaction locale ou une douleur à la palpation sternale, ceci a été vérifié chez notre patiente. La radiographie du thorax profil peut objectiver une solution de continuité bordée parfois d'ostéosclérose [2]. Par ailleurs, la fracture ne se traduit que par une condensation mal limitée, située le plus souvent à la partie moyenne du sternum. Un épaissement des parties molles est parfois possible [2]. Plus tardivement, apparaît un cal vicieux. Dans notre cas, une fracture pathologique secondaire à un envahissement myélomateux était retenue devant le contexte clinique et l'infiltration myélomateuse objectivée sur la TDM de la paroi thoracique antérieure.

## Conclusion:

Les fractures déplacées du sternum peuvent mettre en jeu le pronostic vital par ses complications, dont la plus grave est la contusion myocardique. La recherche d'une lésion sous-jacente s'impose en cas de survenue de ces fractures.

## Références:

- [1] Aymard A, et al. Fracture spontanée du sternum. *J Radiol* 1987;68:593-5.
- [2] Péré P, et al. Les fractures par insuffisance osseuse du sternum. *Rev Rhum [Ed Fr]* 1989;56:843-6.
- [3] Cooper KL. Insufficiency fractures of the sternum: a consequence of thoracic kyphosis. *Radiology* 1988;167:471-2.
- [4] Chen C, et al. Insufficiency fracture of the sternum caused by osteopenia. Plain film findings in seven patients. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:1025-7.
- [5] Soubrier M, et al. Fracture de contrainte du sternum. À propos d'une observation. *Rev Rhum [EdFr]* 1994;61:559-60.



# LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DEBUTE-T-ELLE PLUS SOUVENT EN HIVER ?

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

## INTRODUCTION

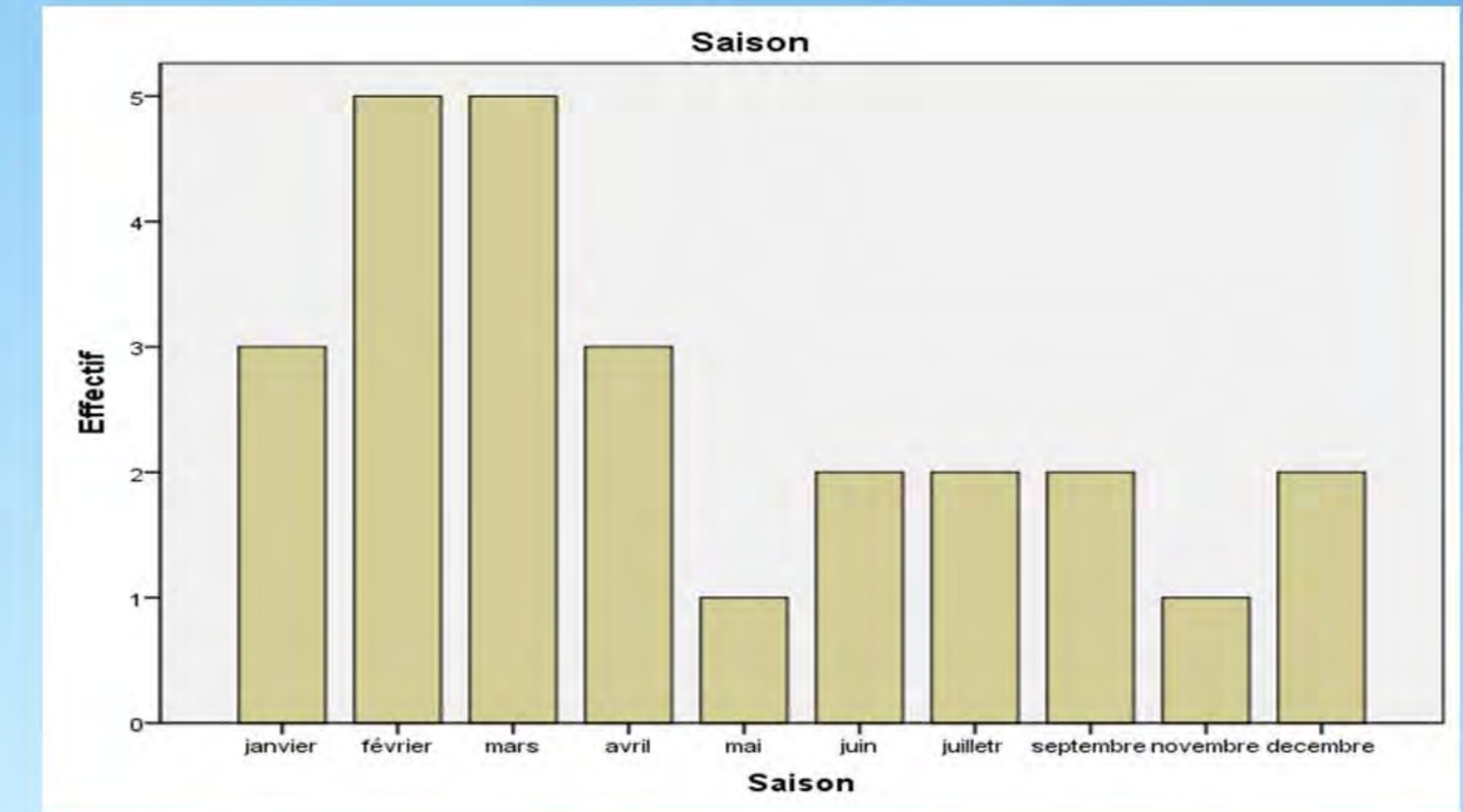
- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est un rhumatisme inflammatoire chronique.
- L'objectif de ce travail est d'étudier le début d'apparition des signes de la PR selon les mois.

## MATERIELS ET METHODES

- Etude rétrospective menée au service de rhumatologie la Marsa sur une période de 5 ans (2007-2012) ayant inclus les patients suivis par PR.
- Pour chaque patient on a cherché des renseignements sur le début de sa maladie.

## RESULTATS

- Sur 100 patients atteints de PR, seulement 26 ont pu préciser le mois de début des symptômes de la PR.
- Il s'agit de 8 hommes et 18 femmes.
- Leur âge moyen était de  $61.92 \pm 15.72$  ans.
- Le délai entre le début des symptômes et la date de leur consultation était de 8 mois en moyenne (min : 4 mois ; max 13 mois).
- La durée de l'évolution de la maladie était de  $6,76 \pm 3.8$  ans.
- Les premiers symptômes de la PR sont apparus au cours du premier trimestre de l'année dans 50% des cas (n=13), dont 3 en janvier, 5 en février et 5 en mars.
- Seulement 15% des patients (n=4) ont débuté leur PR en été dont deux en juin et deux en juillet.
- Les premiers signes de la PR sont apparus en avril dans 3 cas, en mai dans 1 cas, en septembre dans 2 cas, en novembre dans un cas et en décembre dans 2 cas.



## DISCUSSION

La PR peut apparaître à n'importe quel mois, mais son début semble être plus fréquent en saison hivernale.

Il s'agit d'une constatation clinique.

A notre connaissance, il n'y a pas d'études qui se sont intéressées à ce sujet.

## CONCLUSION

- Il semble qu'il est difficile de préciser la date exacte de début des signes de la PR.
- Des études prospectives sur de plus grandes populations sont toutefois nécessaires pour confirmer nos résultats.



# Cirrhose biliaire primitive au décours d'un traitement par anti-TNF $\alpha$

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

## INTRODUCTION

- La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie auto-immune.
- Son association à la cirrhose biliaire primitive (CBP) est rare.
- De surcroît, la survenue d'une CBP chez un patient atteint de PR et traité par un anti-TNF  $\alpha$  a été rarement décrite.

## MATERIELS ET METHODES

Nous rapportons l'observation d'une cirrhose biliaire primitive ayant survenue suite à un traitement par anti-TNF chez une patiente suivie pour PR au service de rhumatologie Mongi Slim La Marsa et répondant aux critères de l'ACR 1987.

## OBSERVATION

- Patiente âgée de 56 ans
- Suivie pour une PR séropositive et érosive
- Sa maladie était en échec au Methotrexate, nécessitant le recours à l'**infiximab**
- Elle consultait **un an plus tard** pour un prurit généralisé sans ictère.
- Le bilan hépatique montrait une **cholestase** à 5 fois la normale et sans cytolyse.
- Les sérologies des hépatites B et C étaient négatives.
- Le bilan immunologique révélait des **anticorps anti-mitochondrie à 1/400 de type anti-M2**.
- L'échographie abdominale était normale.
- La ponction-biopsie hépatique montrait un stade 1 de Ludwig et Scheuer.
- Le diagnostic de **CBP associée à la PR** a été retenu.
- Elle a été traitée par l'acide ursodéoxycholique à la dose de 400 mg/j.
- Le traitement par infliximab a été poursuivi.
- L'évolution était bonne avec disparition du prurit et normalisation du bilan hépatique.

## DISCUSSION

- Il a été démontré que le TNF  $\alpha$  pourrait jouer un rôle prépondérant dans la pathogenèse de la CBP.
- Ainsi, les anti-TNF  $\alpha$  étaient considérés efficaces dans le traitement de la CBP.
- Paradoxalement, comme chez notre patiente, quelques rares cas de CBP induite par les anti-TNF ont été rapportés.

## CONCLUSION

Notre observation est particulière par la survenue d'une CBP au décours d'un traitement par infliximab.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# **Tuberculose sous anti-TNF alpha : localisation à ne pas méconnaître !**

**Aicha Ben Tekaya; Kaouther Ben Abdelghani; Leila Souabni; Kaouther Maatallah; Salma Kassab; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**

## **Introduction:**

Les traitements anti-TNF alpha ont révolutionné la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, ces molécules augmentent le risque de résurgence de la tuberculose latente. Nous rapportons le cas d'une pleuro-péricardite tuberculeuse sous Infliximab.

## **Observation:**

Il s'agissait d'une femme âgée de 58ans et suivie pour une PR séropositive (ACPA négatifs) et érosive évoluant depuis 17ans, résistante aux traitements conventionnels nécessitant le recours à l'Infliximab en monothérapie. Le bilan de dépistage d'une infection tuberculeuse latente avant sa mise sous anti-TNF alpha était négatif (absence de notion de contagion ou d'exposition, vaccination par le BCG correcte, IDR à la tuberculine négative, absence de signes cliniques d'une tuberculose maladie, radiographie thoracique normale). Après 6 cures d'Infliximab, elle a présenté une dyspnée d'effort motivant la pratique d'un électrocardiogramme qui a révélé un microvoltage des complexes QRS. Le complément d'exploration par une échocardiographie bidimensionnelle a conclu à un décollement péricardique systolodiastolique de 9mm associé à des dépôts fibrineux et un épaississement des feuillets péricardiques. La TDM thoracique a montré un épaississement pleural avec des nodules sous-pleuraux. Devant ces signes radiologiques, le virage de l'IDR à la tuberculine et le syndrome inflammatoire biologique persistant, le diagnostic d'une tuberculose pleuro-péricardique a été retenu. Le traitement par Infliximab a été arrêté et un traitement antituberculeux a été instauré avec une bonne évolution. La patiente a été mise ultérieurement sous Etanercept, puis Rituximab sans réactivation tuberculeuse sous ces biothérapies.

## **Discussion:**

Étant donné son implication dans les phénomènes inflammatoires et immunitaires, le TNF $\alpha$  joue un rôle pivot dans la défense contre divers agents exogènes tels que les mycobactéries. Ainsi, le risque infectieux chez les patients atteints de PR sous anti-TNF $\alpha$  est particulièrement accru, et ce d'autant plus qu'ils sont déjà immunodéprimés par leur maladie et les traitements immunosuppresseurs associés. Plusieurs cas de réactivation tuberculeuse ont été rapportés essentiellement sous anti-TNF alpha. Ces tuberculoses étaient pour la plupart généralisées, atypiques (localisations extrapulmonaires inhabituelles) et sévères. Il faut cependant remarquer que la majorité des tuberculoses surviennent sous infliximab. La raison n'en est pas encore totalement élucidée. Une des hypothèses peut être en rapport avec le mode d'action des différentes molécules qui est différent. En effet, l'infliximab est une immunoglobuline G anti-TNF $\alpha$  qui peut se fixer sur les TNF membranaires et provoquer la lyse des cellules entrant dans la formation du granulome (monocytes et macrophages). Cela pourrait entraîner une réactivation de la tuberculose. L'étanercept, en revanche, est un récepteur soluble bloquant l'action du TNF $\alpha$  circulant. Il n'entraînerait donc pas ou peu de modification de l'immunité cellulaire. Une autre hypothèse réside dans le fait que l'infliximab a une affinité forte et spécifique pour le TNF $\alpha$  alors que l'étanercept a une affinité moins forte et moins spécifique puisqu'il se fixe également sur le TNF $\beta$  (lymphotoxine).

## **Conclusion:**

La péricardite tuberculeuse reste grave par ces complications potentiellement mortelles notamment sur un terrain d'immunodépression. Les conditions du dépistage des infections tuberculeuses latentes pourraient être améliorées par l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# La polyarthrite rhumatoïde du sujet âgé : 36 cas

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

## Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est classiquement considérée comme une maladie de la femme jeune, sa prévalence chez les sujets de plus de 65 ans est estimée à 2%. La PR à début tardif expose souvent à des difficultés diagnostiques et ne doit pas être confondue avec les autres rhumatismes des sujets âgés.

**But:** Etudier les particularités épidémiologiques, cliniques et radiologiques de la polyarthrite du sujet âgé.

## Patients et méthodes:

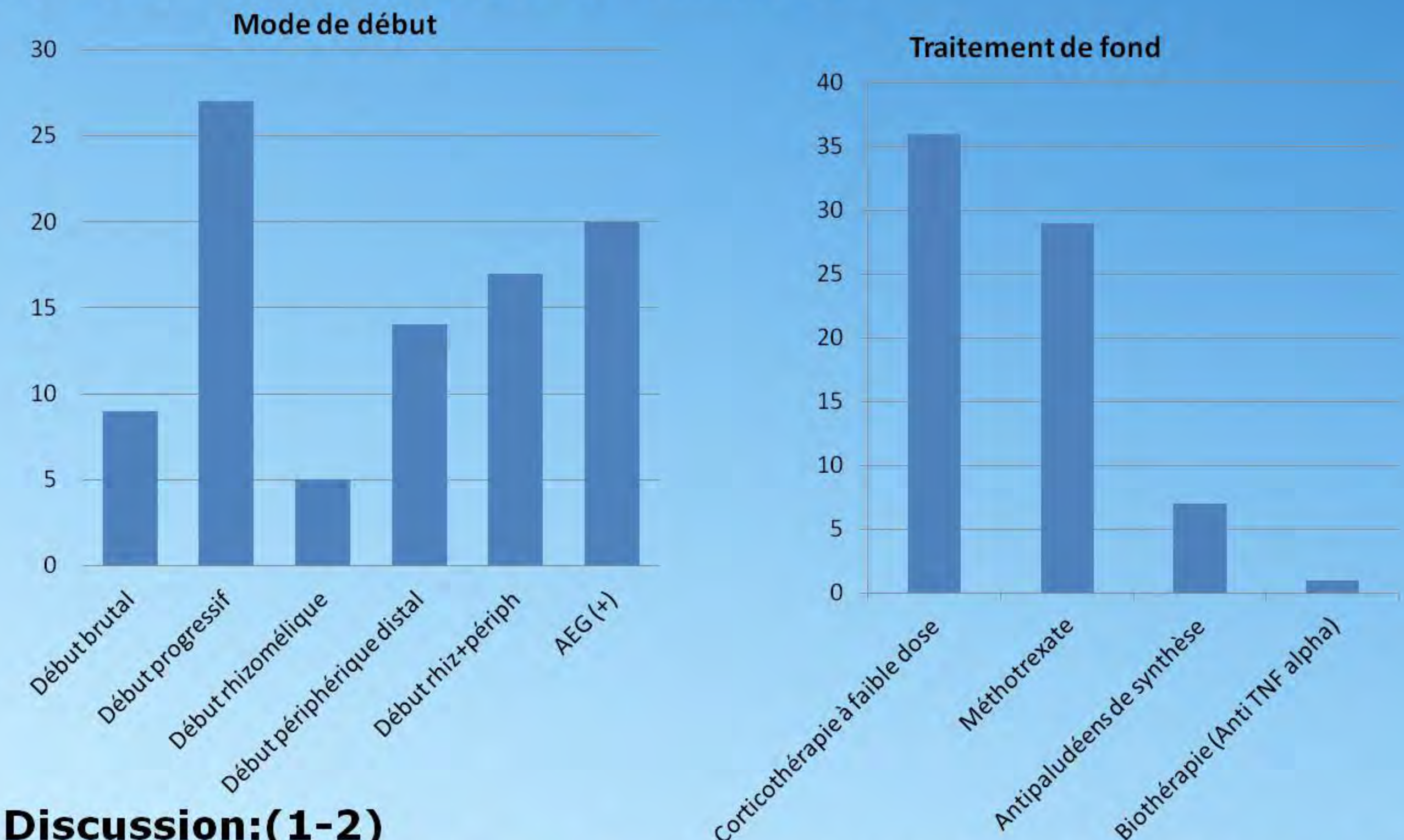
Etude rétrospective des observations de patients atteints de PR hospitalisés au service de rhumatologie de l'IOKS entre 2006 et 2013.

Tous les patients retenus ont eu leurs premiers symptômes après l'âge de 65 ans.

Le diagnostic de PR est retenu sur les critères de l'ACR 1987.

## Résultats:

- 275 dossiers de PR ont été colligés: 13.09% PR débutantes après 65 ans.
- 36 patients : 29 femmes pour 7 hommes (sexe ratio à 4).
- L'âge moyen de début était de 71.35 ans (65 à 80 ans) avec un début au delà de 75 ans dans 4 cas
- Le délai diagnostique était de 2 ans en moyenne (1 à 5 ans).
- Mode de début: Brutal : 25% des cas, associé à une altération de l'état général dans 50% des cas .
- Début rhizomélique pur dans 13.8% des cas et mixte dans 47% des cas
- Il s'agit d'une PR séropositive dans 66.6% des cas et sr les 20 cas ou les ACPA ont été recherchés , le résultat est positif dans 85% des cas
- Les érosions sont objectivées dans 32 cas : 12cas à la radiographie standard et 20 à l'échographie des mains et des poignets.



## Discussion:(1-2)

On estime que les plus de 65 ans représentent près d'un tiers des cas de PR dans les populations occidentales.

Il est classiquement considéré que le pronostic est bien plus favorable dans la PR du sujet âgé.

Chez la personne âgée, des diagnostics comme une arthropathie microcristalline, une polyarthrose sévère, une *polymyalgia rheumatica* (PMR), un syndrome paranéoplasique ou un RS3PE entrent tous en ligne de compte.

Le méthotrexate seul ou une association méthotrexate et anti-TNF alpha sont aussi efficaces entre 18 et 40 ans que près de 80 ans.

## Conclusion:

La PR est donc non seulement une maladie fréquente mais encore plus fréquente chez la personne âgée. La problématique est alors celle de la prise en charge d'une personne âgée multimorbide.

1.Villa-Blanco JI, Calvo-Alen J. Elderly onset rheumatoid arthritis : Differential diagnosis and choice of first-line and subsequent therapy. *Drugs Aging* 2009;26: 739-50. s  
2.ymmons D, Turner G, Webb R, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom : New estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:793-800.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Métastases osseuses condensantes diffuses révélant un cancer du rein

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

## **Introduction:**

Les métastases osseuses s'observent dans 20 à 25% des cas au cours du cancer du rein. Il s'agit le plus souvent de métastases ostéolytiques, parfois pseudo-anévrysmales.

Nous rapportons une observation originale de métastases osseuses condensantes et diffuses révélant un cancer d'origine rénale.

## **Observation:**

Mr M.R, 46ans, consultait pour des lombalgies inflammatoires, associées à un fléchissement de l'état général. L'examen somatique était normal hormis un rachis lombaire raide et douloureux à la palpation. Les radiographies du rachis lombaire et dorsal ainsi que celle du bassin avaient révélé une condensation osseuse diffuse et hétérogène d'allure maligne. La CRP était à 55mg/l et la VS à 116mm. La calcémie était normale, les phosphatases alcalines étaient augmentées à 5 fois la normale et les PSA étaient à un taux normal. La radiographie du thorax et l'échographie cervicale étaient normales. Un complément d'exploration par une tomodensitométrie thoraco-abdominale a visualisé une masse tissulaire du pôle inférieur du rein de 3,5cm de grand axe évoquant une néoplasie rénale. L'étude anatomopathologique et immunohistochimique d'un fragment ostéo-médullaire prélevé dans la crête iliaque avait confirmé les métastases osseuses d'un carcinome rénal peu différencié. L'attitude thérapeutique était l'abstention chirurgicale étant donné le mauvais pronostic de cette tumeur.

## **Discussion:**

Des tumeurs, plus rares que les néoplasies prostatiques ou mammaires, peuvent être à l'origine de métastases osseuses ostéoblastiques. Les métastases osseuses inaugurales demeurent les plus fréquentes. Cependant, il existe encore à l'heure actuelle près de 1cas sur 4 où l'origine de la métastase osseuse révélatrice reste indéterminée malgré l'évolution du plateau technique. L'histologie conduit rarement à un diagnostic étiologique précis, elle permet souvent de cibler les recherches. L'immunohistochimie semble intéressante, permettant de préciser le diagnostic et pouvant remédier aux lacunes de l'histologie traditionnelle. Plus récemment, l'utilisation de la TEP/TDM a permis de démasquer 10 % à 20 % des MO occultes. Il s'agit d'une technique nouvellement apparue dans le monde médical. Elle constitue actuellement l'examen le plus performant dans le diagnostic et le suivi des néoplasies et de leurs métastases, en particulier celles osseuses

## **Conclusion:**

Les métastases osseuses dans leur forme condensante sont généralement observées au cours du cancer de la prostate et du poumon. A l'occasion de cette observation, les auteurs soulignent la rareté de cet aspect inhabituel de métastase osseuse au cours du cancer du rein.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Quel risque de tuberculose au cours des maladies systémiques dans un pays d'endémie ?

**Kaouther Ben Abdelghani; Aicha Ben Tekaya; Leila Souabni; Salma Kassab; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**

**Service de Rhumatologie Hôpital Mongi Slim- La Marsa**

## Introduction:

Les patients souffrant de maladie systémique (MS) sont plus à risque de tuberculose que la population générale. Il s'agit principalement de la réactivation d'une tuberculose latente. Outre l'immunodépression induite par la maladie sous-jacente, il faut souligner le rôle favorisant des corticoïdes et des traitements immunosuppresseurs incluant les biothérapies (anti-TNF- $\alpha$  en particulier). La Tunisie est un pays à endémicité tuberculeuse intermédiaire. Le but de notre étude est de déterminer le risque de TBC chez des patients atteints de MS.

## Conclusion:

La TBC reste une complication potentiellement grave. Devrait-on alors étendre les recommandations concernant le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose avant l'initiation des anti-TNF à toutes les situations d'instauration d'un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs au cours des MS ?

## Matériels et méthodes:

Entre Janvier 1996 et Février 2013, à partir de la base de données de notre département, nous avons recueilli tous les dossiers des patients suivis pour MS. Nous avons sélectionné ceux qui ont développé une TBC.

## Résultats:

Six patients ont été inclus. La prévalence de la TBC était de 0.5% de l'ensemble des MS (758 polyarthrites rhumatoïdes (PR), 370 spondylarthrites ankylosantes (SPA) et 70 lupus érythémateux systémique (LES)). Le tableau ci-dessous détaille les caractéristiques cliniques et évolutives de ces patients.

## Discussion:

Une compilation des revues de la littérature a conclu que la prévalence de la TBC au cours des MS varie de 0 à 13.8% avec une fréquence élevée dans les pays d'endémie TBC. On notait comme facteurs prédisposant ; une prédominance féminine, une fréquence de survenue au cours du LES et la PR et une corticothérapie supérieure à 15mg/j.

	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6
Sexe	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
Age (ans)	70	58	60	53	55	56
MS	PR	PR	PR	PR	SPA	LES
Délai de survenu de TBC	07 ans	Concomitant	05ans	Concomitant	13ans	10ans
Traitement	MTX + CTC	Aucun	MTX	aucun	aucun	HCQ+ CTC
Localisation TBC	SPDI	Plèvre	Pleuro-pulmonaire	Pleuro-pulmonaire	Plèvre	Poumon (miliaire)
Diagnostic positif	•Histologie+ •Culture BK+ dans les expectorations	•Histologie+	•Quantiféron + •atteintes radiologiques typiques	•Histologie+	•IDR+ •Quantiféron+	•IDR+ •atteintes radiologiques typiques
Evolution	Favorable sans rechute	Favorable sans rechute	Evaluation en cours	Favorable sans rechute	décédé	Favorable sans rechute

MTX: Méthotrexate, CTC: corticoïdes, HCQ: Hydroxychloroquine; SPDI: spondylodiscite infectieuse





# L'ostéonécrose aseptique en milieu de rhumatologie: à propos de 42 cas

S Rekik; M Slouma; A Fezaa; N Meddeb; E Cheour; H Sahli; M Euch  
Service de rhumatologie Hôpital La Rabta

## INTRODUCTION

• L'ostéonécrose aseptique (ONA) est une ostéopathie fréquente, définie par la disparition des cellules corticales et médullaires aboutissant à une trame osseuse déshabillée.  
• Elle résulte d'un déséquilibre entre les besoins cellulaires et les apports de la vascularisation locale en oxygène.  
• Le but de ce travail est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques de l'ONA.

## RESULTATS

- **42 patients:** 21 hommes et 21 femmes.
- **L'âge moyen:** 48 ans [16-75]
- **Le délai de consultation** était supérieur à 6 mois dans 80% des cas.
- **Le siège de l'ONA:** illustré dans la figure 1
- Une étiologie a été retrouvée dans 31 cas
- Les étiologies: illustrées dans la figure 2.
- Dans les onze autres cas, la nécrose aseptique était jugée idiopathique mais d'autres facteurs favorisants comme le diabète, la dyslipidémie et la plongée ont été notés.
- Le diagnostic était porté sur les radiographies standards chez 31 patients.
- La scintigraphie a montré des foyers d'hyperfixation chez quatre patients.
- L'IRM a confirmé le diagnostic chez dix patients.
- Tous les patients ont bénéficié de décharge et d'antalgiques.
- Pour l'ONA de la tête fémorale, une indication de prothèse totale de la hanche a été portée dans 20 cas (Stade III et IV de la classification d'Arlet et Ficat).
- Le forage biopsique a été pratiqué dans 7 cas.

## DISCUSSION

• Notre étude a montré que la corticothérapie au long cours est l'étiologie le plus souvent rencontré au cours de l'ONA, nos résultats concordent avec les données de la littérature.  
• L'imagerie par résonance magnétique permet d'établir un diagnostic précoce et d'améliorer ainsi le pronostic de l'ONA.  
• La prise en charge de l'ONA dépend de plusieurs facteurs, notamment le stade diagnostique.

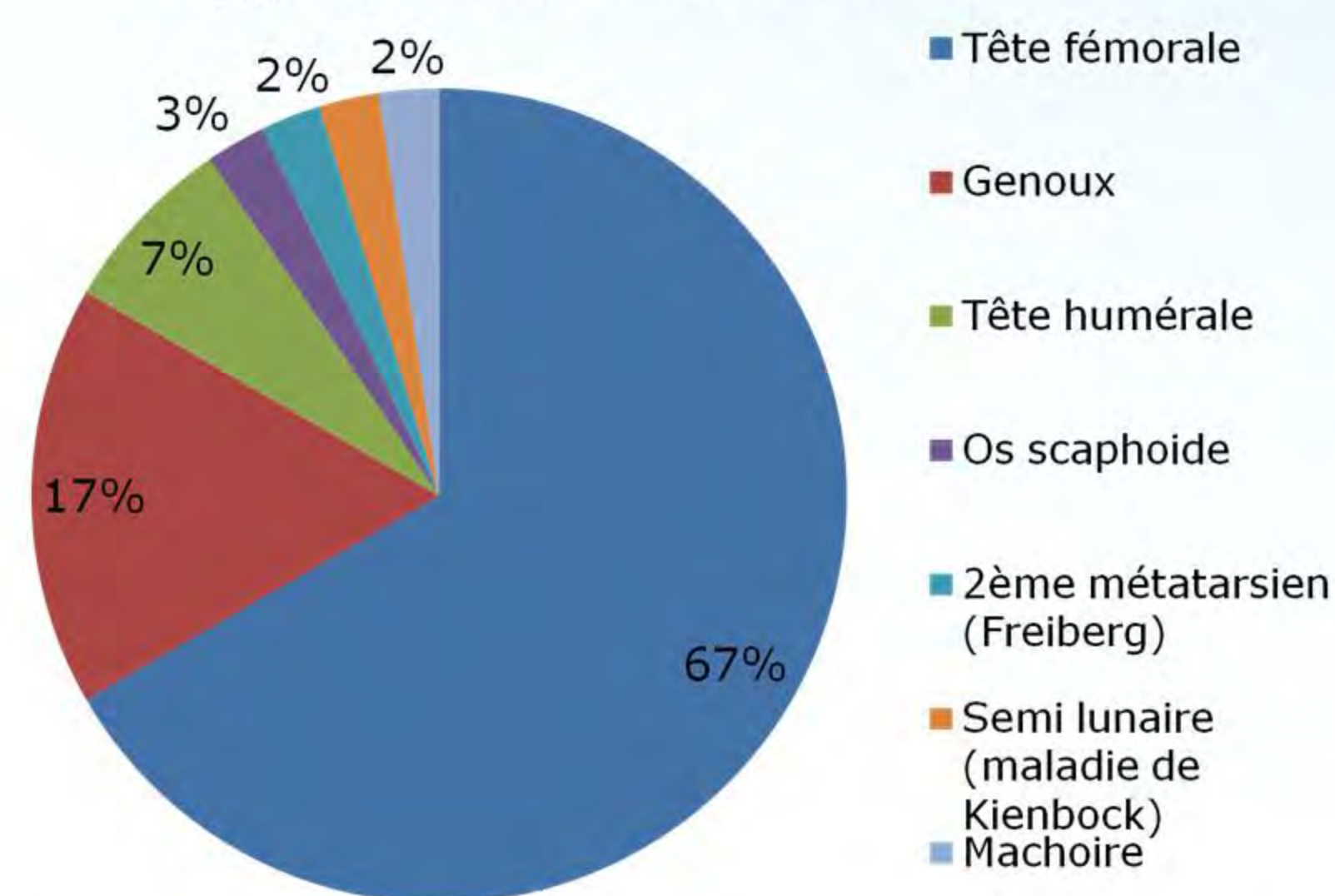
## CONCLUSION

L'ONA reste une pathologie osseuse redoutable du fait de son mauvais pronostic fonctionnel dans la plupart des situations cliniques. Sa physiopathogénie reste mal connue. Le recours au remplacement prothétique est souvent ultime.

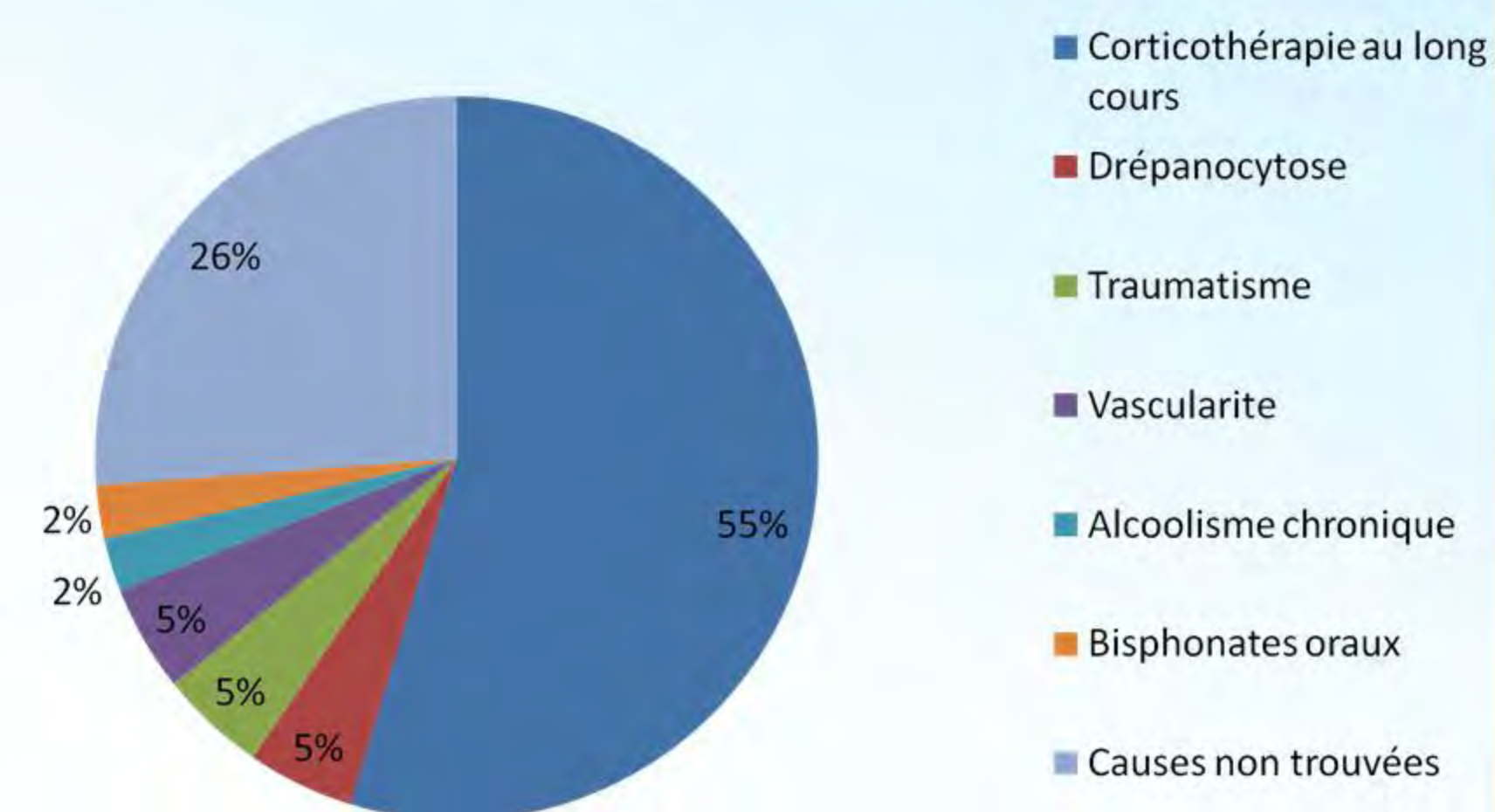
## MATERIELS ET METHODES

• Etude rétrospective menée au service de rhumatologie La Rabta à Tunis sur une période de 5 ans.  
• Ont été inclus 42 patients suivis pour ONA.  
• A partir des dossiers médicaux, ont été recueillies les données suivantes: L'âge, le siège de l'ONA, l'étiologie et le traitement reçu.

Figure 1: Siège de l'ONA



Etiologies de l'ONA





# POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET ANEMIE DE BIERMER

*K.Maallah, K.Ben Abdelghani, L.Souabni, A.Ben Tekaya, S.Kassab, A.Laatar, L.Zakraoui*  
*Service rhumatologie Hôpital Mongi slim*

## Introduction

L'association polyarthrite rhumatoïde (PR) et anémie de Biermer est très rare

Nous rapportons à ce propos deux nouvelles observations

## Résultat

Deux patients, le tableau résume leurs caractéristique cliniques et biologiques

*Tableau: Caractéristiques cliniques et biologiques des patients*

	Patient1	Patient2
Sexe	Homme	Femme
Âge(ans)	40	46
FR	+	+
Erosions	+	+
Durée d'évolution (ans)	10	6
Traitement en cours	Méthotrexate	
Dose (mg/semaine)	12,5 20	
Examen neurologique	Normal	Normal
Biologie	VS(mm)	70
	Hb(g/dl)	10
	VGM( $\mu^3$ )	100
FOGD	-	Normale
Dosage vitamine B12	Diminuée	Diminuée
Dosage Facteur intrinsèque	+	+
Traitement	Vitamine B12 par voie parentérale	
Evolution biologique	Hb=12g/dl VGM=90 $\mu^3$	Pas de recul

## Discussion

Plusieurs études ont évalué l'association de l'anémie de Biermer à la PR, certaines d'entre elles ont confirmé l'augmentation de l'incidence de l'anémie de Biermer chez les patients atteints de PR et d'autres ont infirmées cette association. L'anémie de Biermer touche souvent les patients âgés de plus de 40 ans ( le cas de nos deux patients) avec une prédominance féminine. Bien qu'il constitue un élément important pour le diagnostic positif de l'anémie par hypovitaminose B12 le facteur intrinsèque est rarement positif chez les patients atteints de PR[1],mais il était retrouvé chez nos deux patients

## Conclusion

L'atteinte hématologique au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques est fréquente. L'anémie de Biermer reste une manifestation rare sa présente doit faire rechercher un syndrome poly-immunité

*Ghazi HA.British Medical Journal, 1972, 1, 144-145*



# Efficacité et iatrogénie des anti-TNF $\alpha$ au cours de l'arthrite juvénile idiopathique

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

## INTRODUCTION

L'arthrite juvénile idiopathique AJI est un rhumatisme inflammatoire chronique qui apparaît avant 16 ans. L'utilisation des biothérapies a révolutionné la prise en charge des AJI. Le but de ce travail est d'étudier l'efficacité et la tolérance du traitement par anti-TNF alpha au cours de l'AJI.

## RESULTATS

- Quatorze patients : 8 garçons et 6 filles
- **L'âge moyen** était de 21.5 + 5.4 ans
- **L'âge moyen** de début de la maladie était de 8.30 ans [2-15].
- L'AJI était dans sa forme:
  - systémique dans 42.8 % des cas (n= 6)
  - polyarticulaire dans 35.7 % des cas (n=5)
  - spondylarthropathie dans 21.5 % des cas (n=3)
- Tous les patients étaient initialement traité par du methotrexate avec une dose moyenne de 12.5 mg/semaine.
- L'anti-TNF $\alpha$  a été débuté 6.8 ans après le diagnostic:
  - Etanercept dans 8 cas, d'infliximab dans 5 cas
  - Adalimumab dans 1 cas
- Un switch d'anti-TNF pour inefficacité du traitement était nécessaire dans deux cas: passage de l'infliximab à l'etanercept dans les deux cas.
- L'utilisation des anti-TNF a permis une diminution significative de l'activité de l'AJI ( $p < 0.001$ ), de l'EVA douleur ( $p < 0.01$ ) et de EGP ( $p < 0.001$ ).
- Les anti-TNF $\alpha$  ont permis également une baisse significative des marqueurs de l'inflammation au bout de trois mois.
- En effet, la vitesse de sédimentation est passée de 66,81 avant le début des anti-TNF $\alpha$  à 46.6 mm/h à 3 mois puis à 35.09 mm/h à 6 mois ( $p < 0.001$ ), de même la CRP est passée de 39.18 mg/l à 17.36 mg/l à 3 mois puis à 12.13 mg/l à 6 mois ( $p < 0.001$ ).
- Deux **effets indésirables** sérieux sont survenus:
  - une panuvéite bilatérale suite à la première injection d'etanercept
  - un trouble psychiatrique (agitation) suite à la quatrième cure d'infliximab.
- Un switch était nécessaire dans les deux cas avec bonne évolution

## DISCUSSION

- Différents moyens thérapeutiques ont été utilisés pour la prise en charge de l'AJI.
- Le methotrexate reste le traitement le plus utilisé.
- L'efficacité et la tolérance des anti-TNF au cours de l'AJI a été démontré par notre étude. Nos résultats concordent avec les données de la littérature.

## MATERIELS ET METHODES

Étude rétrospective ayant inclus les patients suivis pour AJI retenu selon les critères de l'International league of associations for Rheumatology pour l'AJI et traités par anti TNF $\alpha$ . L'efficacité des anti-TNF $\alpha$  a été évaluée sur les paramètres suivants recueillis à partir des dossiers: compte articulaire, DAS28, HAQ, EGP, VS et CRP avant et 6 mois après l'utilisation des anti-TNF. Ont été recueilli également les différents effets indésirables. La comparaison des variables quantitatives a reposé sur le test de Mann-Whitney.

## CONCLUSION

- Les anti-TNF $\alpha$  semblent être des traitements rapidement efficaces et bien tolérés dans les AJI.
- Des études prospectives sur de plus grandes populations sont toutefois nécessaires pour confirmer ces résultats.

## INTRODUCTION

La spondylodiscite d'Andersson correspond à une enthésite disco-vertébrale entre le nucleus pulposus et les plateaux vertébraux retrouvée au cours des spondylarthrites. Elle est parfois confondue avec une spondylodiscite infectieuse. Nous rapportons un cas illustrant la difficulté diagnostique entre ces deux entités.

La sérologie de Wright était négative ainsi que la recherche de BK dans les crachats et les urines. Seule la PBDV a permis de conclure pour le diagnostic de spondylodiscite inflammatoire en rapport avec la spondylarthrite en montrant à l'examen anatomopathologique un infiltrat inflammatoire à PNN sans signes de spécificité et un examen bactériologique négative. L'évolution est favorable sous AINS avec un recul de 1 an.

## OBSERVATION

Madame L.M, âgée de 61ans, sans antécédents pathologiques notables se plaignait depuis 2 ans de lombalgie mécanique devenue inflammatoire depuis une année. Elle rapportait par ailleurs la notion de consommation de lait cru caillé. L'examen trouvait une patiente apyrétique en bon état général, une douleur à la pression des épineuses de D11, D12 et de toutes les vertèbres lombaires, un syndrome rachidien. A la biologie on notait un syndrome inflammatoire modéré avec une VS à 57 mm et une CRP à 12,6mg/l, la NFS était normale. Les radiographies du rachis dorsolombaire et du bassin objectivaient un pincement D11-D12, une condensation des plateaux vertébraux et une image en miroir en D11- D12 ainsi qu'une sacroiliite stade 4 à gauche et stade 3 à droite. Nous avons retenu ainsi le diagnostic de spondylarthrite ankylosante (présence de 8 critères d'Amor). Mais vu l'âge de la patiente, le contexte épidémique et devant cette image en miroir une spondylodiscite infectieuse en l'occurrence à germe spécifique a été suspectée (tableau insidieux et absence de signes de septicémie). L'IRM montrait des anomalies de signal de type œdémateux des coins antérieurs des corps des dernières vertèbres lombaires de L5 et de S1, une disciite D11-D12 avec un œdème des parties molles en regard et des arcs postérieurs de D12 et L1.



Image1 : radiographie standard de face de la charnière dorso-lombaire



Image2 : IRM médullaire en séquence T2+ Gado, en coupes axiales



Image3 : TDM du rachis lombaire à l'étage L2 en coupe axiale

## Discussion et CONCLUSION

Dans un pays endémique, comme le notre, le diagnostic de spondylodiscite infectieuse doit être évoqué de principe devant toute spondylodiscite. L'IRM peut être utile, la spondylodiscite d'Andersson ne s'accompagnant en effet, pas ou peu d'œdème des parties molles paravertébrales. Cependant cet œdème peut également être absent dans une spondylodiscite infectieuse débutante. La PBDV est également d'un grand apport. Seulement, parfois seule l'évolution peut permettre d'apporter des éléments de certitude.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Association rare Spondylarthrite Ankylosante et syndrome de Shulman

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

## INTRODUCTION :

La fasciite à éosinophile ou syndrome de Shulman associe une fasciite diffuse, une hyperéosinophilie sanguine et une hypergammaglobulinémie inconstante. C'est une maladie rare caractérisée par un gonflement et une induration des plans sous cutanés des membres. Son association à d'autres rhumatismes inflammatoires ou connectivites est rare. Nous rapportons une association exceptionnelle de ce syndrome à une Spondylarthrite Ankylosante.



Aspect de la peau au niveau de la face postérieure de la jambe gauche

## OBSERVATION :

Monsieur A.J, âgé de 44 ans aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée était suivi pour une spondylarthrite ankylosante axiale à début juvénile évoluant depuis 30 ans, traitée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et compliquée d'une uvéite antérieure et d'une insuffisance aortique. Il consultait pour un œdème extensif des deux membres inférieurs avec hyperpigmentation en regard. L'examen trouvait un aspect induré comme du carton de la peau des deux jambes associé à une hyperpigmentation cutanée en regard. Les examens biologiques montraient une leucocytose à 9270/mm<sup>3</sup> avec une hyperéosinophilie à 780/mm<sup>3</sup>. La vitesse de sédimentation était à 110mm et la C réactive protéine était à 73mg/l. Le facteur rhumatoïde, les anticorps anti nucléaires et anti ENA étaient négatifs. Une biopsie cutanée et musculaire fut effectuée au niveau de la jambe montrant un épaississement des fascias périmusculaire avec infiltration lymphoplasmocytaire permettant de confirmer le diagnostic du syndrome de Shulman. Un traitement par Prednisone à la dose de 60mg/j était prescrit avec une nette amélioration clinique.

## DISCUSSION :

Le syndrome de Shulman, d'étiologie inconnue peut apparaître après un effort physique intense ou un traumatisme. Il se manifeste par un œdème des membres prédominant aux membres supérieurs mais peut aussi atteindre les mains les pieds et le tronc [1]. L'hyperéosinophilie peut varier de 4 à 49% du taux des leucocytes allant de 400 à 6900/mm<sup>3</sup>. Dans notre cas l'hyperéosinophilie était modérée. Dans la littérature nous avons relevés quelques associations de syndrome de Shulman à des maladies auto-immunes : Biermer, hépatite auto-immune, Hashimoto, basedow[2], mais l'association à une spondylarthrite ankylosante n'a pas été rapporté auparavant. Dans notre observation, il s'agissait d'une association avec une spondylarthrite ankylosante active et très évoluée avec des manifestations extra articulaires oculaires et cardiaques.

## CONCLUSION :

Le syndrome de Shulman ou fasciite à éosinophile s'associe rarement aux maladies auto-immunes et aux rhumatismes inflammatoires chroniques. Son diagnostic est évoqué devant une hyperéosinophilie et confirmé par l'examen histologique.

## REFERENCES:

[1] Lamoum M, Sioud DA, Ben Ghorbel I. Shulman syndrome. A report of 4 cases and review of the literature. Tunis Med 2006;84:189-94

[2] Arlettaz L, Abdou M, Pardon F, Dayer E. Eosinophilic fasciitis (Shulman syndrome). Rev Med suisse 2012;8:854-8



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# ASSOCIATION SCLEROSE EN PLAQUES ET SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE CHEZ UN PATIENT HLA B 27 NEGATIF

S.Jemmali, I.Bedoui, C.Gnaichia, N.Yengui, Dr. M.Mansour, Dr. J.Zaouali, Dr. R.Mrissa  
Service de Neurologie, Hôpital Militaire de Tunis

## Introduction:

La spondylarthrite ankylosante (SPA) est une maladie inflammatoire chronique caractérisée par l'atteinte du rachis et des sacro-iliaques. Les complications neurologiques ont été rarement rapportés. De rares cas d'association de sclérose en plaques (SEP) et de SPA ont été décrits.

## Observation:

Patiente âgée de 51 ans s'est présentée pour paresthésies du membre inférieur droit et lourdeur du membre controlatéral évoluant depuis deux semaines et s'aggravant progressivement sans troubles vésico-sphinctériens, ni autres signes associés. La patiente était suivie depuis une année pour SPA découverte à l'occasion de douleurs lombaire et fessialgie inflammatoire.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) a montré un indice d'IgG élevé

L'IRM cérébro-médullaire a montré de multiples hypersignaux T2 et Flair de la substance blanche réunissant les critères radiologiques de Barkhof<sup>(1)</sup>. Le diagnostic de SEP possible a été retenu. La patiente a eu un bolus de 5g de Solumédrol avec une bonne évolution clinique. La radiographie de bassin a montré une sacroiliite stade 4.

La recherche de HLA-B27 était négative. Le diagnostic de SEP était considéré probable.

## Discussion:

Une association possible entre les deux pathologies a été suggérée par certains

auteurs : Rose et Mackay en 2000, et Martin en 2001, qui pensent que l'étiopathogénie peut être liée à des lymphocytes T auto-immuns.

Libbrecht et Bleecker en 1999 ont rapporté que sur une série de 10 patients ayant une association de SEP et SPA seulement 4 entre eux avaient une SEP définie. Le diagnostic de SEP était probable chez notre patient. Une IRM cérébro-médullaire est prévue dans 6 mois à la recherche de dissémination de lésions dans le temps.

Une association possible de SEP like avec SPA a été suggérée par Pillay et Hunter en 1986 qui avaient rapporté une augmentation de la fréquence de Potentiels évoqués Visuels anormaux (PEV) chez les patients souffrant de SPA<sup>(2)</sup>.

Hanrahan et al. en 1988 a rapporté que sur une série de 20 patients atteints de SEP avec un typage HLA-B 27 positif, seuls 5 avaient des critères radiologiques de SPA<sup>(3)</sup>. Whitman et Khan pensait que SPA et SEP sont associés à certains antigènes du HLA. Tous les patients SPA et SEP rapportés dans la littérature avant 2004 étaient HLA-B27 positifs. Une réaction HLA croisée entre la SEP et SPA en particulier pour HLA-B27 était probable<sup>(3)</sup>.

La prévalence de l'antigène HLA-B27 chez les patients ayant une SPA a été estimée à 90% et de 10,2% pour les patients atteints de SEP et elle est de 8% dans la population générale<sup>(3)</sup>. L'haplotype HLA de notre patient était HLA A27, A30 et B45 et était différent

des haplotypes HLA communs énumérés entre SPA et SEP. FU Tan et al en 2004 ont rapporté une observation d'un patient HLA-B27 négatif suggérant que la présence de certains antigènes HLA (comme B7 ou B27) pourrait ne pas être un facteur nécessaire à la coexistence des deux pathologies.

Vu que la coexistence de ces deux maladies est rare dans la littérature, on ne peut pas conclure à une forte association<sup>(4)</sup>.

## Conclusion:

En conclusion des études relatives à l'heure actuelle, l'association entre la SEP et SPA n'est pas une preuve convaincante. Si nous supposons qu'il y a une immunopathogénèse commune et une prédisposition génétique pour les deux maladies, d'autres études sont nécessaires pour expliquer la coexistence des deux pathologies.

## Bibliographie:

1. MCDONALD IW, COMSTON A., G. EDAN, Goodkin D., Hartung HP et al. Les critères diagnostiques recommandés pour MS: Lignes directrices de la commission internationale sur le diagnostic de la SEP. Ann. Neurol 2001, 50 (1):. 121-127. PILLAY N., HUNTER T. retardée potentiels évoqués chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante. J. Rheumatol, 1986, 13 (1):. 137-141.
2. PILLAY N., HUNTER T. retardée potentiels évoqués chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante. J. Rheumatol, 1986, 13 (1):. 137-141.
3. CALIN A. Y at-il une association entre la spondylarthrite ankylosante et la sclérose en plaques? Ann. Rheum.Dis, 1989 Dec, 48 (12):. 971-972.
4. LIBBRECHT N., DE BLEECKER spondylarthrite ankylosante J. et sclérose en plaques. Acta. Clin. Belg, 1999 Jan-Feb, 54 (1):. 30-32.



# Quel risque de tuberculose au cours des maladies systémiques dans un pays d'endémie ?

**Kaouther Ben Abdelghani; Aicha Ben Tekaya; Leila Souabni; Salma Kassab; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**

## Introduction:

Les patients souffrant de maladie systémique (MS) sont plus à risque de tuberculose que la population générale. Il s'agit principalement de la réactivation d'une tuberculose latente. Outre l'immunodépression induite par la maladie sous-jacente, il faut souligner le rôle favorisant des corticoïdes et des traitements immunosuppresseurs incluant les biothérapies (anti-TNF- $\alpha$  en particulier). La Tunisie est un pays à endémicité tuberculeuse intermédiaire. Le but de notre étude est de déterminer le risque de TBC chez des patients atteints de MS.

## Conclusion:

La TBC reste une complication potentiellement grave. Devrait-on alors étendre les recommandations concernant le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose avant l'initiation des anti-TNF à toutes les situations d'instauration d'un traitement par corticoïdes ou immunosuppresseurs au cours des MS ?

## Matériels et méthodes:

Entre Janvier 1996 et Février 2013, à partir de la base de données de notre département, nous avons recueilli tous les dossiers des patients suivis pour MS. Nous avons sélectionné ceux qui ont développé une TBC.

## Résultats:

Six patients ont été inclus. La prévalence de la TBC était de 0.5% de l'ensemble des MS (758 polyarthrites rhumatoïdes (PR), 370 spondylarthrites ankylosantes (SPA) et 70 lupus érythémateux systémique (LES)). Le tableau ci-dessous détaille les caractéristiques cliniques et évolutives de ces patients.

## Discussion:

Une compilation des revues de la littérature a conclu que la prévalence de la TBC au cours des MS varie de 0 à 13.8% avec une fréquence élevée dans les pays d'endémie TBC. On notait comme facteurs prédisposant ; une prédominance féminine, une fréquence de survenue au cours du LES et la PR et une corticothérapie supérieure à 15mg/j.

	Patient1	Patient2	Patient3	Patient4	Patient5	Patient6
Sexe	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
Age (ans)	70	58	60	53	55	56
MS	PR	PR	PR	PR	SPA	LES
Délai de survenu de TBC	07 ans	Concomitant	05ans	Concomitant	13ans	10ans
Traitement	MTX + CTC	Aucun	MTX	aucun	aucun	HCQ+ CTC
Localisation TBC	SPDI	Plèvre	Pleuro-pulmonaire	Pleuro-pulmonaire	Plèvre	Poumon (miliaire)
Diagnostic positif	•Histologie+ •Culture BK+ dans les expectorations	•Histologie+	•Quantiféron + •atteintes radiologiques typiques	•Histologie+	•IDR+ •Quantiféron+	•IDR+ •atteintes radiologiques typiques
Evolution	Favorable sans rechute	Favorable sans rechute	Evaluation en cours	Favorable sans rechute	décédé	Favorable sans rechute

MTX: Méthotrexate, CTC: corticoïdes, HCQ: Hydroxychloroquine; SPDI: spondylodiscite infectieuse



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# **Tuberculose sous anti-TNF alpha : localisation à ne pas méconnaître !**

**Aicha Ben Tekaya; Kaouther Ben Abdelghani; Leila Souabni; Kaouther Maatallah; Salma Kassab; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**

## **Introduction:**

Les traitements anti-TNF alpha ont révolutionné la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, ces molécules augmentent le risque de résurgence de la tuberculose latente. Nous rapportons le cas d'une pleuro-péricardite tuberculeuse sous Infliximab.

## **Observation:**

Il s'agissait d'une femme âgée de 58ans et suivie pour une PR séropositive (ACPA négatifs) et érosive évoluant depuis 17ans, résistante aux traitements conventionnels nécessitant le recours à l'Infliximab en monothérapie. Le bilan de dépistage d'une infection tuberculeuse latente avant sa mise sous anti-TNF alpha était négatif (absence de notion de contagion ou d'exposition, vaccination par le BCG correcte, IDR à la tuberculine négative, absence de signes cliniques d'une tuberculose maladie, radiographie thoracique normale). Après 6 cures d'Infliximab, elle a présenté une dyspnée d'effort motivant la pratique d'un électrocardiogramme qui a révélé un microvoltage des complexes QRS. Le complément d'exploration par une échocardiographie bidimensionnelle a conclu à un décollement péricardique systolodistolique de 9mm associé à des dépôts fibrineux et un épaississement des feuillets péricardiques. La TDM thoracique a montré un épaississement pleural avec des nodules sous-pleuraux. Devant ces signes radiologiques, le virage de l'IDR à la tuberculine et le syndrome inflammatoire biologique persistant, le diagnostic d'une tuberculose pleuro-péricardique a été retenu. Le traitement par Infliximab a été arrêté et un traitement antituberculeux a été instauré avec une bonne évolution. La patiente a été mise ultérieurement sous Etanercept, puis Rituximab sans réactivation tuberculeuse sous ces biothérapies.

## **Discussion:**

Étant donné son implication dans les phénomènes inflammatoires et immunitaires, le TNF $\alpha$  joue un rôle pivot dans la défense contre divers agents exogènes tels que les mycobactéries. Ainsi, le risque infectieux chez les patients atteints de PR sous anti-TNF $\alpha$  est particulièrement accru, et ce d'autant plus qu'ils sont déjà immunodéprimés par leur maladie et les traitements immunosuppresseurs associés. Plusieurs cas de réactivation tuberculeuse ont été rapportés essentiellement sous anti-TNF alpha. Ces tuberculoses étaient pour la plupart généralisées, atypiques (localisations extrapulmonaires inhabituelles) et sévères. Il faut cependant remarquer que la majorité des tuberculoses surviennent sous infliximab. La raison n'en est pas encore totalement élucidée. Une des hypothèses peut être en rapport avec le mode d'action des différentes molécules qui est différent. En effet, l'infliximab est une immunoglobuline G anti-TNF $\alpha$  qui peut se fixer sur les TNF membranaires et provoquer la lyse des cellules entrant dans la formation du granulome (monocytes et macrophages). Cela pourrait entraîner une réactivation de la tuberculose. L'étanercept, en revanche, est un récepteur soluble bloquant l'action du TNF $\alpha$  circulant. Il n'entraînerait donc pas ou peu de modification de l'immunité cellulaire. Une autre hypothèse réside dans le fait que l'infliximab a une affinité forte et spécifique pour le TNF $\alpha$  alors que l'étanercept a une affinité moins forte et moins spécifique puisqu'il se fixe également sur le TNF $\beta$  (lymphotoxine).

## **Conclusion:**

La péricardite tuberculeuse reste grave par ces complications potentiellement mortelles notamment sur un terrain d'immunodépression. Les conditions du dépistage des infections tuberculeuses latentes pourraient être améliorées par l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma





La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Evaluation de la fatigue au cours de la Spondylarthrite Ankylosante

Hamdi W, Cherif I, Dhahri R, Bahlouli E, Kaffel Dh, Zouch I, Kchir MM  
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

## INTRODUCTION :

La fatigue est fréquente au cours des rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle constitue la deuxième plainte des patients après la douleur et la raideur et peut être à l'origine de l'échec thérapeutique. Sa recherche est fondamentale afin d'assurer une prise en charge globale des patients.

A travers notre travail nous nous sommes intéressés à évaluer la fatigue au cours de la Spondylarthrite Ankylosante (SA) et de déterminer sa relation avec les paramètres de la maladie et de la qualité de vie.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude prospective sur 12 mois portant sur des patients atteints d'une SA répondants aux critères de New York modifiés. Les données épidémiologiques et les caractéristiques de la maladie ont été recueillies. La fatigue était évaluée par le score de Chalder qui correspond à une échelle à 14 items offrant une évaluation bidimensionnelle de la fatigue : physique et mentale. Le score de fatigue varie de 0 à 14. Un score élevé témoigne d'une fatigue importante. Nous avons évalués également l'activité de la maladie par le BASDAI et l'ASDAS, le retentissement fonctionnel par le BASFI et la douleur par l'évaluation visuelle analogique.

Le test de Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et l'ANOVA pour les variables quantitatives.

## RESULTATS :

### Epidémiologie:

- 39 hommes et 11 femmes
- âge moyen = 41,56 ans [18-65ans].
- Le niveau socioéconomique était bas dans 21 cas, moyen dans 16 cas et bon dans 13 cas.
- 22 patients étaient célibataires.
- 31 étaient sans profession, 13 avaient un travail de force et 6 un travail de bureau.
- 38 patients étaient affiliés à la CNAM et 37 habitaient en milieu urbain.

### Caractéristiques de la maladie:

- La SA évoluait en moyenne de 9,69[0,5-39] ans.
- Le BASDAI moyen était de 4,7 [0,2-10]
- l'ASDASVS moyen était de 3,06 [1-5,1]
- l'ASDASCRP moyen était de 2,97 [1-5]
- le BASFI moyen était de 4,8 [0-9,8]
- l'EVA douleur moyenne était de 4,9 [0,5-9].

### Evaluation de la fatigue:

- Le score de Chalder était en moyenne de 7,78[0-14] avec une moyenne de fatigue physique de 5,9[0-8] et une moyenne de fatigue morale de 1,8[0-6].
- L'étude analytique avait permis de noter une corrélation positive entre la fatigue et le BASDAI, le BASFI, l'ASDASVS, l'ASDASCRP et l'EVA (p=0,002).
- La durée d'évolution de la maladie, le délai diagnostique ainsi que l'âge de début n'avaient pas d'influence sur la fatigue.

Tableau 1: Corrélation entre la fatigue et les différents paramètres de la maladie

	BASDAI	BASFI	ASDASVS	ASDASCRP	EVA
<b>Fatigue P</b>	P=0,001 R=0,464	P<0,001 R=0,495	P=0,003 R=0,411	P=0,002 R=0,426	P=0,002
<b>Fatigue M</b>	P=0,018 R=0,358	P=0,008 R=0,373	P=0,002 R=0,429	P=0,009 R=0,365	P=0,006

## DISCUSSION:

La fatigue est une manifestation qu'il faut prendre en compte au cours de la SA en particulier pour ses répercussions sur la qualité de vie et sur la réponse thérapeutique.

Le score de Chalder est un outil d'évaluation qui offre une évaluation bidimensionnelle de la fatigue physique et morale.

La fatigue au cours de la SA semble être liée à l'activité de la maladie[2]. Dans notre série, la fatigue était en rapport avec l'activité de la maladie, la gêne fonctionnelle et la douleur.

## CONCLUSION :

Notre étude a montré que la fatigue dans ses deux perspectives physique et morale était influencée par la douleur, l'activité de la SA et son retentissement fonctionnel. La connaissance de ces facteurs permet de cibler la stratégie thérapeutique afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

## REFERENCES:

- [1] Hewlett S, Dures E, Almeida C. Measures of fatigue. Arthritis care Res, 2011;63:88-95.
- [2] Misaoui B, Revel M et al. Fatigue et spondylarthrite Ankylosante. Ann readap Med phys, 2006;305-8.



# Complications du myélome multiple : étude rétrospective

M.Kéchida, O.Harzallah, R.Klii, S.Mahjoub

Service de médecine interne, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir

**Introduction :** le myélome est une hémopathie maligne qui atteint le plus souvent le sujet âgé. On se propose de décrire ses principales complications.

**Patients et méthodes :** étude descriptive rétrospective de 16 patients admis dans un service de médecine interne pour myélome multiple entre 2009 et 2013

**Résultats :** l'âge moyen des patients était de 64,12 ans avec un sexe ratio H/F= 0,7. La circonstance de découverte était une anémie dans 75% et une pancytopenie dans 25%. Les résultats de l'immunoélectrophorèse des protéines plasmatiques (IEPP) sont décrites sur la figure 1. la répartition des patients selon les stades de salmon et durie est représentée par la figure 2. Les complications recensées sont décrites dans le tableau 1.

**Conclusion :** le MM demeure une maladie grevée de nombreuses complications survenant sur un terrain déjà à morbidités ce qui complique sa prise en charge.

Figure 1: Résultats de l'IEPP

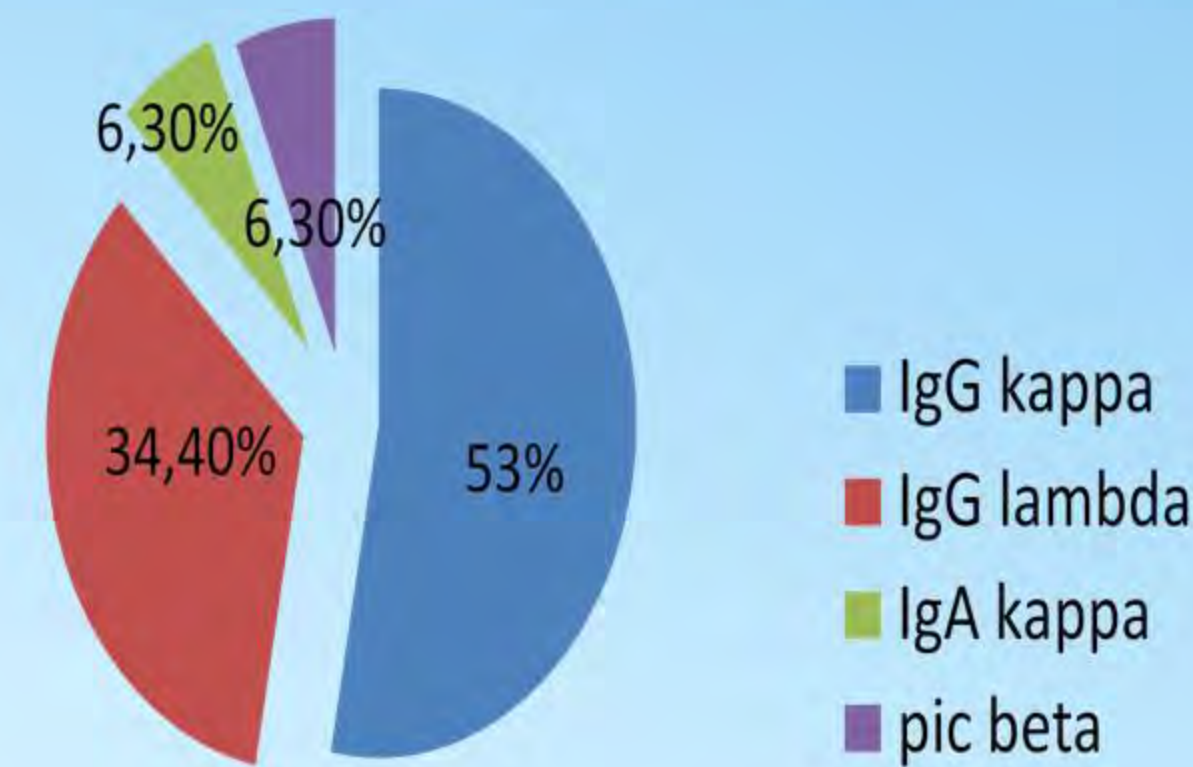


Figure 2: Répartition des malades selon les stades de Salmon et Durie

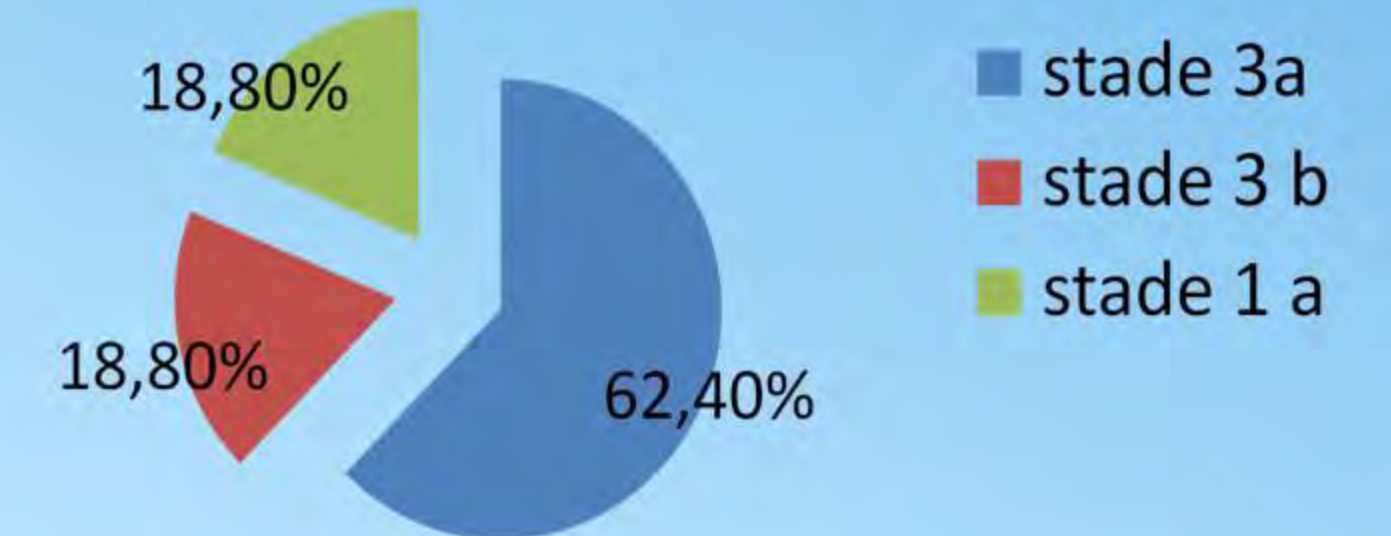


Tableau 1: les complications du myélome multiple

Complications inhérentes à la maladie	Pourcentage	Complications inhérentes au traitement	Nombre de cas
Infectieuses	43.5%	Diabète cortico-induit	1 cas
Osseuses	21.7%	Neuropathie au thalidomide	1 cas
Amylose AL	13%	Hypocalcémie à l'acide zolédronique	1 cas
Hypercalcémie	8.7%	Pancytopenie au lénalidomide	1 cas
Thrombo-emboliques	8.7%		
Lithiases	4.4%		



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# RITUXIMAB ET POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : EFFICACITE ET TOLERANCE

N.Boughanmi ;S.Rekik ;E.Cheour ;H.Sahli ;M.Elleuch  
Service de Rhumatologie La Rabta

## Introduction

- ❑ Le Rituximab (RTX) est un anticorps monoclonal chimérique dont la cible est le CD20. Son efficacité a été démontrée dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde (PR). Cependant, ce traitement n'est pas dénué de risques et un suivi régulier pour évaluer l'efficacité et la tolérance est nécessaire.

## Matériels et méthodes:

- ❑ Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 15 patients atteints de PR et traités par Rituximab colligés dans le service de Rhumatologie La Rabta.

## Résultats:

- ❑ 12 femmes et 3 hommes d'âge moyen 47,6 ans ont été inclus dans l'étude. La durée d'évolution de la maladie était de 14 ans en moyenne. 10 patients ont eu un traitement par anti-TNF alpha, arrêté après échec dans 7 cas et effets indésirables dans 3 cas. 5 parmi nos patients n'ont pas eu d'anti-TNF alpha. Tous les patients ont reçu une cure de Rituximab à la dose de 1000 mg en perfusion intraveineuse à j1 et à j15. La tolérance immédiate et à long terme était bonne en général avec 2 cas de pic hypertensif et un cas d'hypotension asymptomatique lors de la perfusion. Le score du DAS-28 a accusé une baisse significative de 1,5 points chez 12 patients. Nous avons eu recours à une deuxième cure chez 3 patients après un délai moyen de 15 mois de la première cure pour rechute. 1 seul patient a nécessité une 3<sup>ème</sup> cure.

## Conclusion:

- ❑ Le RTX a en effet beaucoup d'avantages ; il est efficace et bien toléré par rapport aux traitements classiques. Les différences inter-individuelles incitent à définir les caractéristiques clinico-biologiques permettant de prédire le degré de sensibilité thérapeutique avant la première perfusion de RTX.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Luxation atloïdo axoïdienne sous Etanercept

Saidane O; Boussaïd S; Mahmoud I; Tekaya R; Sahli H; Abdelmoula L; Zouari R  
Service de Rhumatologie; Hôpital Charles Nicolle

### Introduction

La biothérapie a révolutionné le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques et surtout la polyarthrite rhumatoïde. Il a été rapporté plusieurs cas d'amélioration de cervicalgies inflammatoires sous traitement par biothérapie mais jamais une apparition de luxation atloïdo axoïdienne (LAA) sous biothérapie. Nous en rapportons une observation.

### Observation

- ❖ Patiente âgée de 49 ans, diabétique sous ADO, suivie depuis l'âge de 15 ans pour une arthrite idiopathique juvénile (AIJ) dans sa forme poly articulaire.
- ❖ Il s'agit d'une maladie séropositive, érosive et déformante résistante aux traitements de fond habituels (sel d'or, Salazopyrine et Méthotrexate). Une biothérapie (Etanercept) a alors été débutée en 2010 avec une bonne évolution sur le plan clinique et biologique (DAS28 = 2.1).
- ❖ Au bout de 3 ans de traitement par Etanercept, la patiente a présenté des cervicalgies d'horaire inflammatoire avec à l'examen absence de fièvre.
- ❖ Le nombre d'articulations douloureuses (NAD) était à 0 ; le nombre d'articulations tuméfiées (NAT) à 0. Le rachis cervical était non limité à la mobilisation mais douloureux. Les reflexes ostéotendineux étaient vifs aux 4 membres. Les signes de Babinski et de Hoffman étaient négatifs. L'examen biologique était sans normal, notamment absence de syndrome inflammatoire. Les radiographies du rachis cervical ont montré une LAA de 5 mm confirmée par l'IRM du rachis cervical qui a objectivé un épaissement synovial. Vu l'importance de la taille du pannus synovial, le traitement chirurgical a été préconisé, avec une évolution favorable. Considérant qu'elle avait échappé à l'Etanercept, un traitement par Rituximab a été instauré.

#### Références

- [1] Olivier Brocq\*, Christian Hubert Roux TNF $\alpha$  antagonist continuation rates in 442 patients with inflammatory joint disease *Revue du Rhumatisme* 74 (2007) 242–249
- [2] Zink A, Listing J, Kary S, Ramlau P, Stoyanova-Scholz M, Babinsky K, et al. Treatment continuation in patients receiving biological agents or conventional DMARD therapy. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1274–9.
- [3] Klareskog L, van der Heijde D, de Jager JP, Gough A, Kalden J, Malaise M, et al. Therapeutic effect of the combination of etanercept and methotrexate compared with each treatment alone in patients with rheumatoid arthritis: double-blind randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363:675–81.



Fig1: Radiographie du rachis cervical de profil en hyperflexion montrant la luxation atloïdoaxoïdienne

### Discussion

**Le taux de maintien thérapeutique des anti TNF $\alpha$  se chevauche??? J'ai pas compris!** En effet, les causes d'arrêts sont souvent en rapport avec une intolérance au traitement ou un échappement. Ce taux d'échappement peut varier selon les études et selon le type d'anti TNF alpha. Dans une étude [1] comparant le taux d'échappement thérapeutique pour les 3 anti-TNF utilisés (inliximab; etanercept et adalimumab) le taux d'échappement de l'étaanercept était le plus élevé (38% Vs 30% et 11% respectivement). De plus, l'utilisation d'un antiTNF en monothérapie, est plus souvent associée à un risque d'échappement thérapeutique, comme c'est le cas de notre patiente. A ce propos, l'étude TEMPO analysant 686 PR a montré à deux ans un maintien de 75% sous étaanercept seul et de 86 % en association avec le méthotrexate [2]. Le registre allemand [3] a quant à lui montré des chiffres respectivement de 64 % à 12 mois pour 254 PR traitées par étaanercept seul et de 74 % à 12 mois pour 257 PR traitées par étaanercept et traitement de fond.

### Conclusion

L'originalité de cette observation réside dans l'apparition d'une LAA sous traitement anti-TNF alpha. Il s'agit d'un mode d'échappement original aux anti-TNF qui indique le switch thérapeutique.



# Calcinose diffuse : une complication invalidante de la dermatomyosite

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

## INTRODUCTION

• La calcinose diffuse est une complication redoutable de la dermatomyosite (DM). Elle est fréquente dans la DM juvénile et rare chez l'adulte.

• Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.

## OBSERVATION

Patiente âgée de 26 ans

**Motif de consultation:** polyarthralgie inflammatoire et des myalgies.

**L'examen a objectivé:**

- un œdème liliacée des paupière
- un érythème périunguéal
- une faiblesse musculaire des ceintures scapulaires et pelviennes

**Les enzymes musculaires:** élevées

**L'électromyogramme:** un tracé myogène

**La biopsie musculaire** confirmait le diagnostic de DM.

La radiographie de thorax, le scanner thoraco-abdomino-pelvien et marqueurs tumoraux étaient normaux.

**Un traitement** par des corticoïdes à 1mg/kg/j associés au méthothrexate à 0 mg/semaine a été initié avec amélioration.

Elle consultait **deux ans plus tard** pour des tuméfactions douloureuses des membres.

**L'examen cutané** montrait des nodules durs avec issu de produit crayeux, siégeant au niveau des zones d'extension des coudes, des avant-bras, des cuisses et des genoux.

Les radiographies des bras, du bassin, des jambes objectivaient de nombreuses calcifications. La patiente a été traitée par pamidronate mais l'évolution était marquée par l'extension rapide des calcinose aux membres, aux fesses et au tronc.

**L'étanercept** était alors introduit mais arrêté au bout de 4 mois devant la survenue de surinfections récurrentes des calcinose.

Elle a été ensuite traitée par deux cures de **Rituximab** à un an d'intervalle.

**Evolution:** résolution des signes musculaires et une normalisation des enzymes musculaires mais il était sans efficacité sur les calcinose.

## DISCUSSION

Les calcinose de la DM sont des dépôts calciques pouvant atteindre la peau, les muscles et les tendons. Comme le cas de notre patiente, elles sont responsables d'un retentissement fonctionnel majeur.

Le traitement des formes diffuses n'est pas encore codifié. Plusieurs traitements ont été essayés. Les biothérapies ont été essayées dans quelques observations.

Dans notre observation, la calcinose était réfractaire aux différents traitements y compris les anti-TNF et le rituximab.

## CONCLUSION

**La calcinose diffuse représente Une complication peu fréquente de la DM de l'adulte.**

**Cette affection est source de préjudice esthétique, de douleur et de handicap. Son traitement reste décevant.**

## MATERIELS ET METHODES

**Nous rapportons une observation de calcinose diffuse de l'adulte en insistant sur les difficultés thérapeutiques.**

# Biothérapie chez les sujets âgés

I Mahmoud, L Dridi, O Saidane, H Sahli, R Tekaya, L Abdelmoula, L Chaabouni, R Zouari  
Service de Rhumatologie, Hôpital Charles Nicolle

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Introduction:

Avec le vieillissement de la population, on constate une fréquence élevée des rhumatismes inflammatoires chroniques chez le sujet âgé qui restent actifs nécessitant le recours aux biothérapies.

Nous nous proposons de déterminer le profil épidémiologique et clinique de ces patients ainsi que la tolérance de la biothérapie.

## Patients et méthodes:

Etude rétrospective descriptive des dossiers de patients, âgés de plus de 65 ans, recevant une biothérapie (anti TNF alpha ou rituximab).

Nous avons relevé les données épidémiologiques, cliniques ainsi que les éventuels effets indésirables.

## Résultats:

- Huit dossiers ont été colligés de 6 femmes et 2 hommes. L'âge moyen était de 74ans [65-79 ans]. La maladie évoluait en moyenne depuis 12,6ans.
- Le méthotrexate était associé dans 3cas et la salazopyrine dans 1cas. Aucune réaction allergique n'a été notée.
- La durée moyenne de traitement par biothérapie était de 12,6mois.

	Age	Sexe	Pathologie	Durée d'évolution	Activité de la maladie avant ttt	Molécule biothérapie	Durée du ttt	Efficacité	Tolérance	Type effet indésirable
<b>Patient 1</b>	68	F	PR	12	DAS28=6,27	<b>Infliximab</b>	14 mois	Oui	EI	Infection pulmonaire sévère
<b>Patient 2</b>	65	F	PR	25	DAS28=7,06	<b>Infliximab</b>	24 mois	Oui	EI	Neuropathie périphérique
<b>Patient 3</b>	79	M	PR	10	DAS28=6,75	<b>Ritiximab</b>	24 mois	Oui	Bonne	-
<b>Patient 4</b>	68	F	PR	20	DAS28=7,77	<b>Rituximab</b>	12 mois	-	Bonne	-
<b>Patient 5</b>	65	F	PR	5	DAS28=6,45	<b>Infliximab</b>	12 mois	-	Bonne	-
<b>Patient 6</b>	66	F	PR	19	DAS28=7,45	<b>Ritiximab</b>	24 mois	Oui	EI	Arthrite septique
<b>Patient 7</b>	76	M	PR	7	DAS28=7,46	<b>Rituximab</b>	15 jours	-	EI	Cytolyse hépatique +pic hypertensif
<b>Patient 8</b>	71	F	SPA	35	BASDAI=83%	<b>Etanercept</b>	6 mois	Oui	Bonne	

## Discussion:

- Plusieurs études ont montré le risque élevé d'infections chez le sujet âgé recevant un anti TNF et qui environ 20 fois plus important que lors de l'utilisation d'un DMARDs. Ce risque est maximal lors des 6 premiers mois et il n'y a pas de différence entre les différentes molécules.
- L'autre effet indésirable observé chez les sujets âgés, est l'insuffisance cardiaque.
- Plusieurs observations récentes rapportent des neuropathies, le plus souvent démyélinisantes, lors de traitements par anti-TNF alpha qui peuvent survenir aussi chez les jeunes
- Le rituximab paraît plus toléré chez le sujet âgé, les effets les plus fréquemment observés sont les accidents lors de la perfusion.

## Conclusion:

D'après notre série, certes de faible effectif, nous constatons une fréquence élevée des effets indésirables chez les sujets âgés sous biothérapie. Ainsi, nous conseillons la prudence lors du recours à ces traitements.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# A PROPOS D'UNE ASSOCIATION EXCEPTIONNELLE: POLYARTHRITE RHUMATOÏDE, URTICAIRE SYSTEMIQUE ET DEFICIT EN COMPLEMENT

**Emna B , Hamdi W, Kaffel Dh, Cherif I, Zouch I, Kchir MM**  
Rhumatologie, Institut National Mohamed El Kassab d'orthopédie, Tunis, Tunisie

## **Introduction:**

Les déficits du complément peuvent se traduire par des maladies caractéristiques comme l'œdème angioneurotique et/ou une susceptibilité accrue à certaines maladies infectieuses et auto-immunes. Ces déficits peuvent s'observer au cours des formes graves de la polyarthrite rhumatoïde (PR) associée à une vascularite. Nous rapportons une observation de PR sans vascularite associée à un œdème angioneurotique(OAN) congénital.

## **Observation:**

Mme. JS, âgée de 56 ans est mère d'une fille de 30 ans présentant un syndrome de Sjögren primitif associé à un déficit en C1 et C3 qui s'est compliqué d'un œdème de Quinç entrainant le décès de la fille. La mère est suivie depuis 2005 dans notre service pour une PR séronégative et érosive. La patiente a reçu différents traitements de fond de façon successive: le Méthotrexate seul puis associé à la Sulfasalazine, puis le Leflunomide. En novembre 2009, elle a développé une éruption urticarienne non prurigineuse des membres supérieurs en plaques à extension centrifuge associée à un épisode d'œdème laryngé rapidement résolutif. Une origine médicamenteuse a été éliminée par l'enquête de pharmacovigilance. Devant les antécédents familiaux de déficit en complément et le caractère non prurigineux de l'urticaire, le diagnostic d'urticaire systémique a été évoqué. Le dosage du complément a montré une baisse de la fraction C4 à 0,085g/l (N:0,16-0,31). Les taux du C3 et du CH50 étaient normaux. Les AAN et les ANCA étaient négatifs. La biopsie cutanée n'a pu être réalisée vue la régression spontanée et rapide des lésions. Ces éléments ont permis de retenir le diagnostic de PR associée à une urticaire systémique par déficit en C4. Une biothérapie à base d'Etanercept a été démarrée en mai 2010 vu l'absence de réponse aux traitements de fond classiques mais sans aucune amélioration au bout de 6 mois de traitement. Elle a été mise depuis Mars 2011 sous Rituximab avec bonne évolution des manifestations articulaires. L'évolution de l'OAN a été caractérisée par la récurrence des épisodes d'œdème du visage sans facteurs déclenchants particuliers et de façon imprévisible. Ces épisodes ont été traités par une corticothérapie à forte dose et de courte durée afin de prévenir la survenue d'œdème laryngé dont l'issue peut être fatale.

## **Discussion :**

Au cours des maladies auto-immunes, le déficit du complément porte généralement sur la voie classique, entraînant un dépôt tissulaire de complexes immuns. Au cours de la PR, ce déficit est exceptionnel, se traduit principalement par un abaissement du taux de C4 et s'associe très souvent à une vascularite systémique. D'autre part, l'OAN peut survenir en dehors d'un contexte de maladie auto-immune et peut se manifester par des épisodes d'arthralgie inflammatoire mais sans arthrite ni destruction articulaire. Dans le cas de notre patiente le diagnostic de la PR était certain vu le caractère très agressif de l'atteinte articulaire.

## **Conclusion:**

L'association d'une PR à un œdème angioneurotique(OAN) congénital est exceptionnelle. Toutefois, l'hypothèse d'une vascularite compliquant la PR ne doit pas être omise.



# MODE DE RÉVÉLATION ATYPIQUE DE SARCOÏDOSE

K.Ben Abdelghani, K.Maallah,L.souani,A.Ben Tekaya, S.Kassab, A.Laatar,L.Zakraoui  
Service de rhumatologie,CHU Mongi Slim La Marsa

**Introduction:** La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue caractérisée par la formation de granulomes immunitaires dans les organes affectés, et est souvent révélée par une atteinte médiastino-thoracique. Nous rapportons deux circonstances de découverte atypiques d'une sarcoïdose

**Observations** Il s'agit de deux patientes. Le tableau résume leurs caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques

Tableau: Circonstances de découvertes, caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques de deux patients atteints de sarcoïdose

	Patient 1	Patient 2
<b>Âge</b>	40	42
<b>Sexe</b>	Femme	Femme
<b>Antécédents</b>	-	Hémi-thyroïdectomie
<b>Circonstance de découverte</b>	Adénopathies rétro pancréatiques objectivée en peropératoire d'une cholécystite lithiasique	Lésion cutanée bleuâtre mal limitée douloureuse de la face antérieure du genou gauche + polyarthralgie inflammatoires depuis 3mois
<b>Biologie</b>	Bilan phosphocalcique normal QuantiféRON négatif	VS -60mm,CRP 45mg/l, Bilan phosphocalcique normal
<b>Bilan immunologique</b>	Négatif	Négatif
<b>Intradermo-réaction</b>	Non faite	Négative
<b>Radiographie</b>	Scanner thoraco-abdomino-pelvien: Adénopathies médiastinales et abdominales multiples avec splénomégalies homogène	Echographie du genou: pas d'épanchement articulaire, aspect en faveur d'une hypodermite Radiographie thorax: élargissement médiastinal Scanner thoracique: Adénomégalies médiastinales homogènes bilatérales non compressives
<b>Dosage enzyme de conversion</b>	Non fait	augmentée
<b>Histologie</b>	Granulome épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse des adénopathies rétropancréatiques et d'un ganglion cervical	Biopsie cutanée: pas de granulome
<b>Traitement</b>	corticothérapie	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
<b>Evolution</b>	Bonne	Bonne

## Discussion:

Les adénomégalies sont notées dans 30% des patients. Elle touche le rétroperitoine mais également les sites intrapéritonéaux. Elles sont de taille variables et rarement supérieures à 3cm ou 4cm de diamètre. Dans notre cas (patiente1)les adénopathies abdominales étaient la circonstance de découverte d'une sarcoïdose chez une patiente asymptomatique. L'atteinte cutanée est variée entre 9 et 37% selon les séries publiées[2]. Lorsqu'elles sont spécifiques, la biopsie de ces lésions permet de mettre en évidence le granulome caractéristique de la sarcoïdose, chez notre patiente 2 la biopsie cutanée n'était pas contributive et le diagnostic de sarcoïdose a été retenu sur un faisceau d'argument cliniques, biologiques et radiologiques

## Conclusion :

la sarcoïdose est responsable de lésions polymorphes, un bilan étiologique minutieux permet de cerner le diagnostic

ChabbertV; Les manifestations thoraciques et extra-thoraciques de la sarcoïdose.JFR, 2006  
Marchell RM.semin respir crit careMed;2010;3:442-451





# Confrontation entre les radiographies et l'échographie des mains dans la détection des érosions osseuses au cours des rhumatismes inflammatoires débutants.

Hamdi W<sup>1</sup>, Nouri N<sup>1</sup>, Bouaziz M<sup>2</sup>, Kaffel Dh<sup>1</sup>, Zouch I<sup>1</sup>, Dhahri R<sup>1</sup>, Ladeb MF<sup>2</sup>, Kchir MM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de rhumatologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

<sup>2</sup> Service de radiologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

Le diagnostic des rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Les radiographies constituent encore l'imagerie de référence. L'objectif de ce travail était de confronter les résultats de l'échographie et des radiographies standard dans la recherche des érosions osseuses au niveau des mains dans les RIC débutants.

## Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale, incluant 77 patients atteints d'un RIC évoluant depuis plus de six semaines et moins de deux ans. Tous les patients ont bénéficié de radiographie des deux mains et poignets ainsi que d'une échographie Doppler avec une sonde linéaire de 15 Mhz (154 mains ont été examinées) à la recherche d'érosions osseuses. La définition de l'OMERACT des érosions osseuses à l'échographie a été respectée.

## Résultats:

L'âge moyen des patients était de 52,5 ± 14,6 ans. Il existait une nette prédominance féminine avec un sexe ratio F/H de 3,8. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 10,5 ± 7,4 mois [2-24]. Des érosions osseuses ont été objectivées au niveau des radiographies chez 36% des patients et au niveau de l'échographie dans 29,8% des cas. Une corrélation positive a été retrouvée entre les scores radiographique (0,4±0,9) et échographique (1,6± 3,1) des érosions osseuses (r = 0.308 ; p = 0.002). La comparaison des résultats de l'échographie par rapport aux données des radiographies standard pour la recherche des érosions osseuses pour chaque articulation sont résumées dans le tableau 1.

Erosions	Concordance (VP+VN)	Faux +	Faux -	P	SE	SP	VPP	VPN
styloïde radiale	147	6	1	0.02	14%	96%	14%	99%
styloïde ulnaire	141	6	7	0.02	36%	95%	40%	95%
Carpe	121	22	7	0.01	56%	84%	29%	94%
MCP1	142	9	1	0.13	50%	94%	10%	99%
MCP2	133	14	5	0.12	44%	90%	22%	96%
MCP3	131	10	11	0.07	27%	92%	30%	92%
MCP4	139	9	4	0.61	0%	97%	0%	93%
MCP5	137	14	1	0.74	0%	90%	0%	99%
IPP1	-	-	1	-	-	-	-	99%
IPP2	147	3	2	1	0%	98%	0%	99%
IPP3	145	1	6	0.83	0%	99%	0%	96%
IPP4	147	3	2	1	0%	98%	0%	99%
IPP5	149	1	2	0.9	0%	99%	0%	99%

**DISCUSSION** Notre étude a montré une bonne corrélation entre les données de l'échographie et des radiographies au niveau des poignets (p<0,05) alors que les résultats étaient discordants au niveau des MCP et IPP. En effet l'échographie a permis de détecter plus d'érosions au niveau des MCP et IPP que les radiographies.

Ceci peut s'expliquer par l'accès plus facile à ces articulations à l'échographie.  
**CONCLUSION** L'échographie est plus performante dans la détection des érosions osseuses au cours des RIC débutants en particulier au niveau des MCP et IPP.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Compression de la queue de cheval par un foyer d'hématopoïèse extra médullaire intrarachidien

Nouri N<sup>1</sup>, Hamdi W<sup>1</sup>, Dhahri R<sup>1</sup>, Bahlouli E<sup>1</sup>, Kaffel Dh<sup>1</sup>, Zouch I<sup>1</sup>, Ladeb MF<sup>2</sup>, Kchir MM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de rhumatologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

<sup>2</sup> Service de radiologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## Introduction:

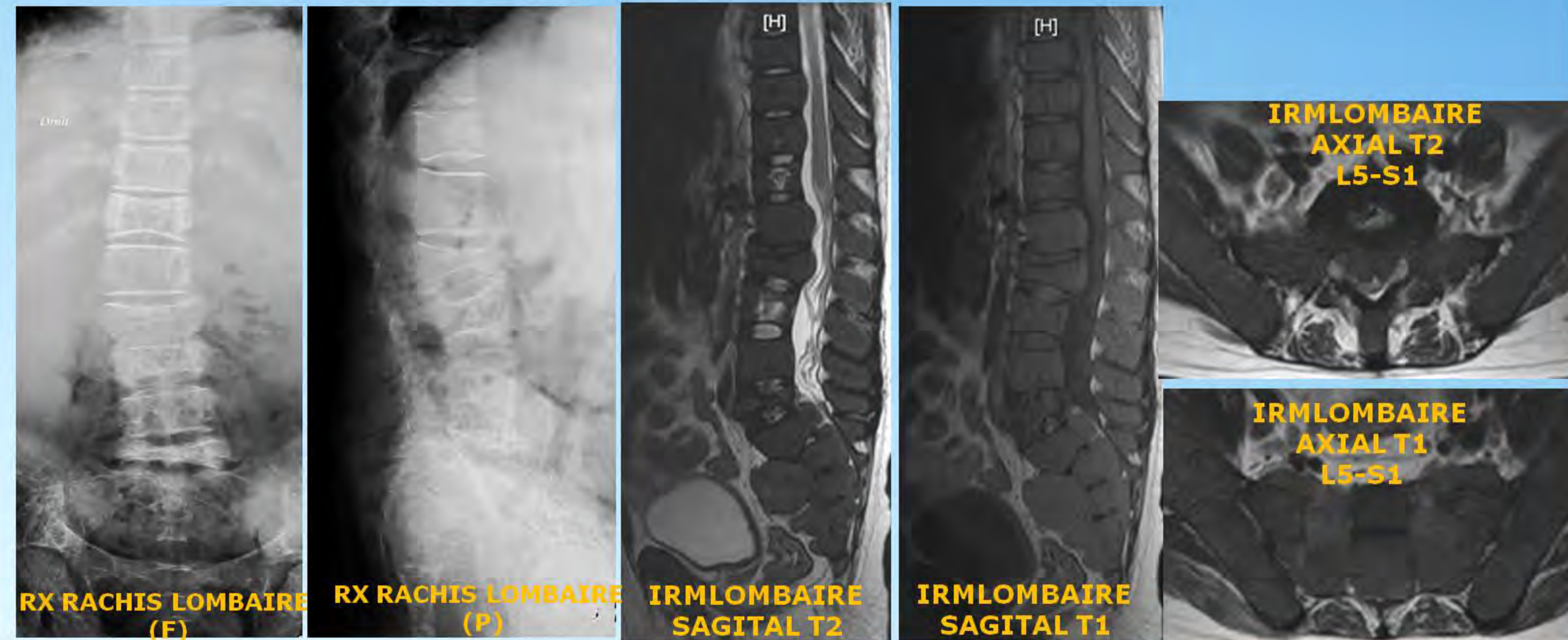
L'hématopoïèse extramédullaire est une affection rare survenant chez les patients porteurs de bêta-thalassémie par compensation des anémies chroniques. Le diagnostic est relativement aisé mais le traitement est sujet à controverse.

## Observation :

Nous rapportons le cas d'un patient de 23 ans Suivi en hématologie pour  $\beta$  thalassémie majeure, au stade d'hémochromatose secondaire (transfusions sanguines mensuelles et traitement chélateur) Il consulte pour une lombosciatique L5 droite, évoluant depuis quelques mois sans notion de traumatisme lombaire et résistant au traitement médical.

Le bilan radiographique standard a montré une importante déminéralisation osseuse avec des tassements vertébraux de L2 et L5 sans recul du mur postérieur.

Un complément d'exploration par IRM a montré la présence de masses épidurale intra rachidienne lombaire responsables de compression radiculaire L5.



## Discussion:

L'hématopoïèse extra médullaire ou "hétérotopie Médullaire" ou encore "lipome hématopoïétique" est une entité classique compliquant l'évolution de nombreuses affections hématologiques chroniques (drépanocytoses, thalassémies, néoplasies,...).

Il s'agit d'un phénomène de compensation d'un dysfonctionnement médullaire au niveau des autres organes hématopoïétiques.

Ce phénomène est habituellement asymptomatique, mais il peut se manifester par certaines complications comme une compression médullaire ou médiastinale.

Les compressions médullaires liées à l'hématopoïèse extra médullaire au cours des thalassémies sont rares (75 cas dans la littérature) mais peuvent avoir des conséquences graves, en cas de retard diagnostique.

L'imagerie par résonance magnétique est l'examen de référence pour le diagnostic et le bilan d'extension de l'hématopoïèse extra médullaire. La radiothérapie et, plus récemment, l'hydroxyurée représentent les traitements de choix.

La physiopathologie de l'hématopoïèse extra médullaire n'est pas encore bien connue, mais pourrait être expliquées par 2 hypothèses :

- Une transformation du reste du tissu ostéogénique embryonnaire en tissu hématopoïétique
- Une extension d'une moelle hyperplasique à travers les côtes et les corps vertébraux entouré par du périoste

## Conclusion :

Cette observation rappelle que l'hématopoïèse extra médullaire doit faire partie du diagnostic différentiel de tout signe neurologique chez les patients thalassémiques.

Un dépistage des foyers vertébraux d'hématopoïèse extra médullaire pourrait être proposé aux patients thalassémiques à risque.



# APPORT DE L'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE MUSCULAIRE DANS AU COURS DES MYOPATHIES INFLAMMATOIRES: A TRAVERS 6 OBSERVATIONS.

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

M Snoussi <sup>1</sup>, Y Hentati <sup>2</sup>, F Frikha <sup>1</sup>, H Loukil <sup>1</sup>, S El Aoud <sup>1</sup>, Y Cherif <sup>1</sup>, M Jallouli <sup>1</sup>, S Marzouk <sup>1</sup>, Z Mnif <sup>2</sup>, Z Bahloul <sup>1</sup>  
1.service de Médecine interne CHU Hédi Chaker 3029 Sfax (Tunisie)      2.service de Radiologie CHU Hédi Chaker 3029 Sfax (Tunisie)

**Introduction:** Les myosites ou myopathies inflammatoires idiopathiques (MII) regroupent trois entités principales: les polymyosites (PM), les dermatomyosites (DM) et les myosites à inclusions (MI). Le diagnostic repose principalement sur la biopsie musculaire. L'IRM musculaire constitue à l'heure actuelle un outil très intéressant dans la prise en charge diagnostique et évolutive de ces myopathies.

■ A travers notre expérience, nous précisons l'intérêt de l'IRM musculaire dans la prise en charge diagnostique et l'évolution des myosites.

**Matériels et Méthodes :** étude rétrospective d'IRM musculaires effectuées entre (2006 -2012) parmi une série de 98 cas de MII retenus selon les critères de Bohan et Peter dans le service de médecine interne de CHU Hédi Chaker de Sfax. L'IRM a été réalisée selon un protocole standardisé, comportant des coupes axiales et coronales, en séquences spin écho T1, des séquences en suppression de graisse (STIR) et des séquences spin écho T1 fat sat avec injection de gadolinium.

## Résultats:

### Données épidémiologiques:

Six IRM musculaires ont été réalisées pour 4 cas de PM et 2 cas de DM répartis en 4 femmes et 2 hommes (SR H/F : 0.5) âgés en moyenne de 42 ans (29-62ans).

### Apport de l'IRM musculaire dans le diagnostic des MII:

Dans 2 cas l'IRM musculaire a orienté le diagnostic de la MI:

■ **Le premier cas** est celui d'une DM dans le cadre d'un syndrome des anti synthétases considérée comme amyopathique *en objectivant un hyper signal inflammatoire modéré en T2 au niveau du deltoïde et des vastes latéraux avec une prise de contraste.*

■ **Le second cas** est une PM à évolution chronique et amyotrophie sévère évoquant une MI, l'IRM a redressé le diagnostic de la PM *en montrant de l'atrophie bilatérale et diffuse des cuisses associée à un hyper signal T2 prédominant au niveau des adducteurs et des deux loges musculaires postérieurs des cuisses.*

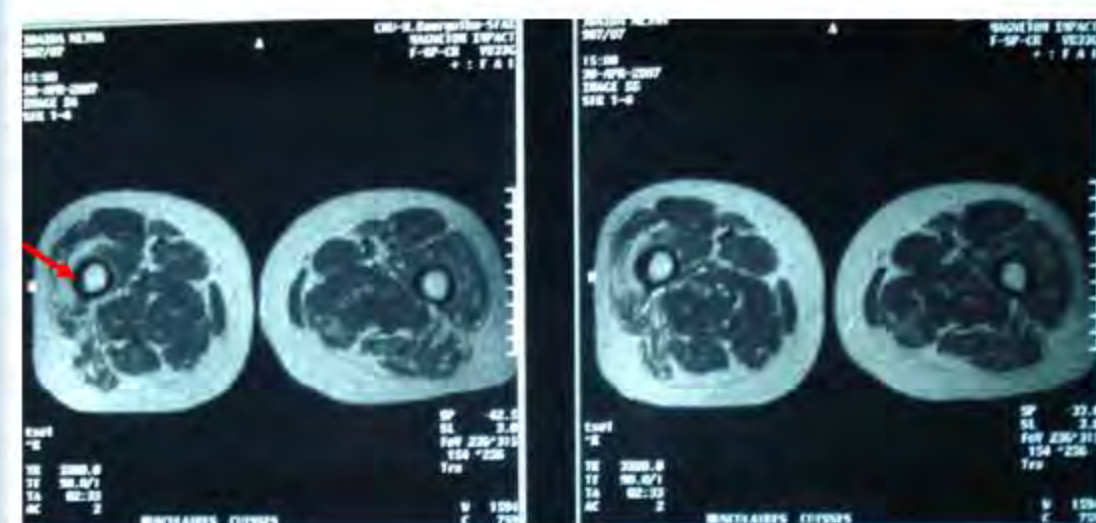


Figure n°1: IRM des cuisses coupe axiale T2  
Hypersignal des muscles vastes latéraux des deux cuisses ( → )

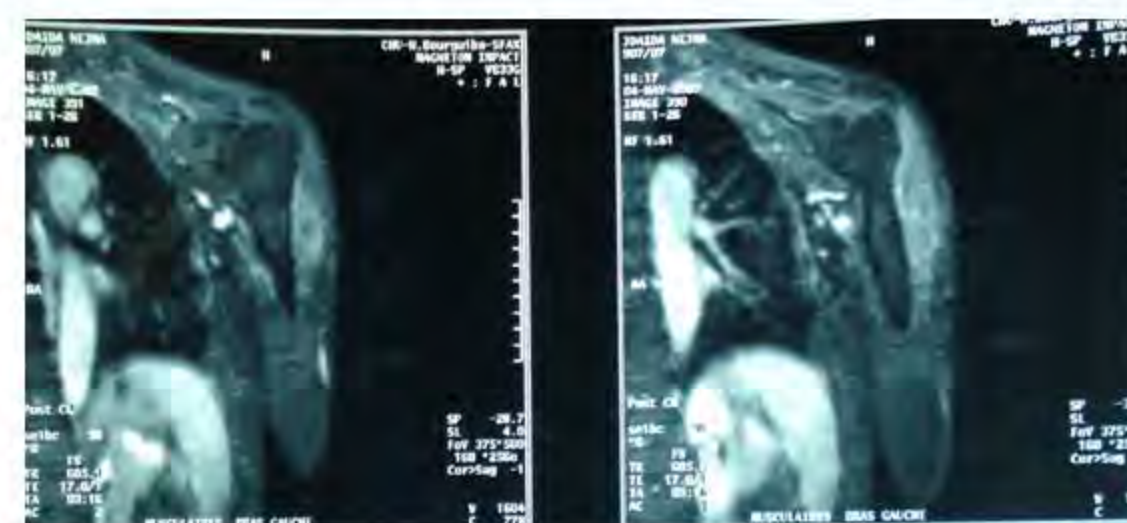


Figure n°2: IRM musculaire du bras gauche. Coupe coronale en spin écho T1 après saturation de graisse et injection de gadolinium: hypersignal du deltoïde avec prise de contraste

### Apport de l'IRM musculaire dans le suivi des MII:

La réalisation de l'IRM musculaire dans le cours évolutif de 4 cas myosite à évolution partiellement favorable sous traitement :

■ **Dans deux cas**, elle a confirmé l'activité de la myosite en révélant *chez le premier patient des hyper signaux T2 des muscles de la cuisse avec prise de contraste.*

*Chez la deuxième patiente des hyper signaux T2 des 2 ceintures scapulaires en plus de la visualisation d'une collection des parties moelles en hyposignal T1 et hypersignal T2, prenant le contraste en périphérie correspondant à un abcès des parties moelles.*

■ **Dans deux cas**, des lésions élémentaires chroniques étaient présentes :

*Dans un cas de scléromyosite*, elle a montré une atrophie touchant de façon bilatérale et symétrique les différentes loges musculaires de la cuisse en plus de la dégénérescence graisseuse des loges musculaires postérieures et internes

*Dans un cas de PM*, elle a objectivé une dégénérescence graisseuse des muscles adducteurs .

### Discussion:

■ Schématiquement l'IRM a trois intérêts dans la prise en charge des MII : l'orientation diagnostique, le repérage des lésions avant la biopsie musculaire et le suivi évolutif. En cas de PM ou de DM active sont observés les signaux inflammatoires (hypersignal en T2 et STIR) très intenses et pouvant être focaux, diffus ou prédominants le long des fascias, l'ensemble des muscles de la cuisse est touché et surtout les adducteurs. La DM se caractérise aussi par la présence de collections liquidiennes et des calcifications. Dans les MI, l'infiltration graisseuse est aussi bien proximale que distale avec une distribution asymétrique et une atteinte préférentielle des quadriceps. L'IRM musculaire permet aussi une appréciation évolutive de la MII en différenciant une myosite active d'une myopathie cortisonique (1,2).

## Conclusion :

Notre série souligne l'utilité de l'IRM musculaire dans la démarche diagnostique des myosites : diagnostic à son stade infra clinique et l'aide à sa classification.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Diabète et ostéodensitométrie

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

## INTRODUCTION :

L'existence d'un diabète peut affecter directement, les différents composants du tissu osseux en induisant une dégradation progressive de la fonction des cellules et une altération de la matrice organique conduisant à des anomalies quantitatives et qualitatives de l'os. Ce travail cherche à trouver une corrélation entre le diabète, de point de vue types, durée d'évolution et complications et l'ostéoporose, qu'elle soit ou pas, compliquée de fractures.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 67 dossiers de patients diabétiques hospitalisés au service de rhumatologie entre 2000 et 2012 et chez qui une ostéodensitométrie a été pratiquée.

## Résultats

Dans notre série 88.1% des patients étaient de sexe féminin contre 10.4% de sexe masculin. La limite d'âge oscillait entre 29 et 78 ans avec une moyenne de 63.34 ans. 91% des patients étaient diabétiques de type 2 contre 3% qui étaient porteurs d'un diabète type 1, et 6% chez qui un diabète corticoinduit a été diagnostiqué. La durée d'évolution du diabète était de moins de cinq ans chez 41.8% des patients et de plus de 15 ans chez 20.9% des patients, les 35.8% restants avaient une durée d'évolution de leur diabète qui oscillait entre 5 et 15 ans. La glycémie moyenne était de 10.65 mmol/l oscillant entre 5mmol/l et 38mmol/l. Le traitement était par antidiabétiques oraux dans 73% des cas, par insulinothérapie dans 19.4% des cas, par protocole « bed-time » dans 4.5% des cas, et enfin par régime alimentaire dans 3% des cas. Des complications dégénératives étaient présentes chez 44.8% des patients, dont le chef de file était la neuropathie diabétique présente dans 100% des cas. Une ostéodensitométrie a été pratiquée chez tous les patients et a objectivé une ostéoporose dans 49.2% des cas dont 97% étaient diabétiques de type 2 ( $p= 0.03$ ), une ostéopénie dans 38.8% des cas dont 96% étaient diabétiques de type 2.

Dans 12% des cas l'ostéodensitométrie était normale. L'ostéoporose était de localisation lombaire dans 56% des cas, fémorale dans 12.5% des cas, lombaire et fémorale dans 22% des cas et au niveau du poignet dans 9.5% des cas. Chez les patients dont le diabète évoluait depuis plus de 15 ans, l'ostéoporose était notée dans 71.5% des cas alors qu'elle était de l'ordre de 42% dans les deux autres groupes ( $p= 0.05$ ). Dans 64% des cas l'ostéoporose était présente chez des sujets dont le diabète est au stade de complications dégénératives et dans 90.6% chez les patients dont le diabète est déséquilibré. Une complication fracturaire était présente chez 42.8% des patients, le site de prédilection étant le poignet dans 54% des cas, suivi par le rachis lombaire avec des tassements vertébraux présents dans 30.6% des cas, et enfin le col du fémur chez 15.4% des cas.

## Discussion:

L'ostéoporose du diabétique se caractérise histologiquement par un bas remodelage classiquement attribuée à l'insulinopénie. Plusieurs mécanismes pourraient contribuer à une perte minérale osseuse chez le diabétique : l'insulinopénie, l'hyperglycémie, la dysrégulation de l'axe PTH-VitD, effets propres de la microangiopathie sur l'os. Le diabète insulindépendant (DID) de l'adulte est le plus souvent associé à une réduction de la densité minérale osseuse avec comme facteurs prédictifs : ancienneté de la maladie, présence de complications dégénératives à type de rétinopathie ou microalbuminurie, mauvais contrôle glycémique, perte pondérale, femme ménopausée. Au cours du diabète non insulindépendant (DNID), la DMO est généralement normale ou élevée et dans tous les cas supérieure à celle des patients insulindépendants. La réalité d'une augmentation du risque de fracture ostéoporotique chez les patients diabétiques reste mal appréciée.

## Conclusion :

Dans notre série, étant donné que 61 des 67 patients sont diabétiques de type 2, on ne peut se prononcer sur une corrélation entre l'ostéoporose et le diabète type 2. Il existe cependant une corrélation avec la durée d'évolution et la présence de complications dégénératives.



# Fatigue et Polyarthrite Rhumatoïde

Hamdi W, Cherif I, Dhahri R, Kaffel DH, Zouch I, Kchir MM  
Service de Rhumatologie-Institut Kassab

## INTRODUCTION :

Les patients souffrants de PR se plaignent souvent de fatigue qui est considérée parmi les manifestations extra articulaires de la maladie. Ce symptôme fréquent est responsable d'une altération de la qualité de vie et peut conduire aux échecs thérapeutiques. Le but de ce travail était d'évaluer la fatigue au cours de la PR et de rechercher ses différentes corrélations avec les paramètres de la maladie.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude prospective sur 12 mois portant sur des patients atteints de PR (critères ACR 1987). Les données épidémiologiques et les caractéristiques de la maladie ont été recueillies. La fatigue était évaluée par le score de Chalder qui correspond à une échelle à 14 items offrant une évaluation bidimensionnelle de la fatigue : physique et mentale. Le score de fatigue varie de 0 à 14. Un score élevé témoigne d'une fatigue importante. Nous avons évalués également l'activité de la maladie par le DAS28, le retentissement fonctionnel par le HAQ et la douleur par l'évaluation visuelle analogique. Le test de Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et l'ANOVA pour les variables quantitatives.

## RESULTATS :

### Epidémiologie:

- ❑ 70 patients
- ❑ âge moyen = 51,98 ans [18-78ans].
- ❑ 77% étaient de sexe féminin.
- ❑ 61% des femmes étaient ménopausées.
- ❑ Le niveau socioéconomique était bas dans 32 cas.
- ❑ 23 patients étaient illettrés.
- ❑ 59 patients étaient sans profession.
- ❑ 54 patients habitaient en milieu urbain.

### Caractéristiques de la maladie:

- ❖ La PR évoluait en moyenne depuis 6,92 [0,25-41] ans.
- ❖ Le délai diagnostique moyen était de 3,56[0,16-20] ans.
- ❖ L'âge de début de la maladie était de 45,1 ans en moyenne [16-78].
- ❖ La PR était séropositive dans 75% des cas.
- ❖ Le DAS28 moyen était de 4,86[2-8 ,33].
- ❖ Le HAQ moyen était de 1,46[0,2-3].
- ❖ L'EVA douleur moyenne était de 49,85 mm [0,5-90].

### Evaluation de la fatigue:

- ✓ Le score de Chalder moyen était de 9,64[1-14] avec une moyenne de fatigue physique de 6,51[1-8] et une moyenne de fatigue morale de 2,34[0-6].
- ✓ L'étude analytique avait permis de noter une corrélation très significative entre la fatigue physique et morale et le HAQ le DAS 28 ainsi que L'EVA.
- ✓ Une tendance à la signification était noté entre la durée d'évolution de la PR et la fatigue (p=0,05).
- ✓ L'âge de début et le délai diagnostique n'avaient pas d'influence sur la fatigue.

Tableau 1: Corrélation entre la fatigue et les différents paramètres de la maladie:

	HAQ	DAS28	EVA
<b>Fatigue P</b>	P<0,001	P<0,001	P=0,0023
<b>Fatigue M</b>	P<0,001	P<0,001	P=0,004

## DISCUSSION:

La fatigue existe à tous les stades de la PR et typiquement augmente lors des poussées et diminue au cours des rémissions[1]. Beaucoup d'échelles étaient conçues afin d'évaluer la fatigue au cours de la PR parmi lesquelles le score de Chalder qui offre l'avantage d'une évaluation bidimensionnelle de la fatigue physique et morale[2]. Les facteurs prédictifs de fatigue identifiés sont l'association de comorbidités, l'ancienneté du rhumatisme, l'état fonctionnel et l'activité de la maladie[3]. Dans notre série nous avons vérifié le lien entre l'état fonctionnel et l'activité de la maladie et la fatigue.

## CONCLUSION :

La fatigue était importante dans notre série. Elle était liée à une maladie active avec un retentissement fonctionnel important et une douleur intense.

### REFERENCES:

[1] Dupon JL. Fatigue au cours des maladies rhumatologiques. Rev Rhum 2010;77,563-7

[2] Hewlett S, Dures E, Almeida C. Measures of fatigue. Arthritis care Res, 2011;63:6263-66

[3] Meryem Benhamen. Fatigue et polyarthrite Rhumatoïde. Ann readap med ph 2006;49,301-4



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Particularités du lupus masculin

M. Bouzaouache ; Z. Alaya, K. Baccouche; H. Zeglaoui; S. Belghali; A. Jamel ; E. Bouajina.

Service de Rhumatologie, Hôpital Farhat Hached, Sousse

## Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune dotée d'un grand polymorphisme clinique. L'objectif de ce travail est de décrire le profil clinique et évolutif de cette maladie chez l'homme.

## Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée chez 8 patients hospitalisés en rhumatologie entre 1998 et 2013 et chez qui le diagnostic de LES a été retenu devant au moins 4 critères de l'ACR.

## Résultats :

Il s'agissait de 8 hommes d'âge moyen de 45 ans. Une fièvre était notée chez 37.5% des cas et une altération de l'état général dans 50% des cas. L'atteinte articulaire était présente dans tous les cas suivie par l'atteinte cutanée avec une photosensibilité dans 87.5% des cas, un érythème en aile de papillon dans 62.5% des cas, des ulcérations dans 25% des cas et le phénomène de Raynaud n'a été objectivé chez aucun patient. La biopsie cutanée, quand elle a été faite, est revenue positive dans tous les cas. Une néphropathie glomérulaire (NG) était présente chez 50% des patients. La ponction biopsie rénale, quand elle a été faite, a objectivé une NG de stade II dans 12.5% des cas, de stade IV dans 12.5% des cas également. Des manifestations cardiaques et pulmonaires étaient notées respectivement chez 12.5 et 25% des malades. Les manifestations hématologiques étaient, par ordre décroissant : une anémie dans 87.5% des cas, une leucopénie dans 56% des cas, une lymphopénie dans 75% des cas et une thrombopénie dans 37.5% des cas. Un syndrome inflammatoire biologique était présent dans 87.5% des cas. Des anticorps anti DNA natifs ont été retrouvés chez 87.5% des malades et une hypocomplémentémie dans 37.5% des cas. Chez 37.5% des malades, les anticorps anti phospholipides étaient positifs.

Sur le plan thérapeutique on a eu recours à la corticothérapie dans 100% des cas, aux anti paludéens de synthèse dans 62.5% des cas et aux anti inflammatoires non stéroïdiens dans 12.5%. Un malade a bénéficié de bolus mensuels de cyclophosphamide. L'évolution a été favorable chez 7 patients. Un patient a présenté un complication infectieuse bactérienne qui a bien évolué.

## Discussion:

Le lupus systémique est une maladie essentiellement de la femme adulte et touche rarement l'homme. Le sex-ratio femme/homme est de 11.3 [1]. L'âge de survenue chez l'homme est identique à celui des femmes. La maladie est significativement plus fréquente chez les hommes de race blanche. La fréquence des manifestations cliniques et biologiques est variable d'une étude à l'autre. Dans les séries comparatives, certaines manifestations sont significativement plus fréquentes chez l'homme. Il s'agit de l'atteinte rénale qui évolue plus fréquemment vers l'insuffisance rénale, des thromboses vasculaires qui ne semblent pas être en rapport avec les anticorps antiphospholipides, des ulcérations buccales, de l'anémie hémolytique, des anticorps anti-ADN et des anti-Sm [1]. Il existe une discordance entre les séries en ce qui concerne d'autres manifestations, notamment les manifestations neuropsychiatriques, la sérite, la thrombopénie...

Le pronostic de la maladie chez l'homme semble plus sombre [1,2] et le sexe masculin est considéré comme facteur de mauvais pronostic dans le lupus érythémateux systémique à côté de l'âge jeune et de l'atteinte rénale [1].

## Conclusion:

Le lupus systémique est rare chez l'homme. La fréquence des manifestations cliniques et biologiques est variable selon les séries, cependant l'atteinte rénale serait plus fréquente chez l'homme, mais ne semble pas être responsable de l'augmentation de la mortalité observée sur ce terrain.

## Bibliographie:

- [1] Lupus systémique chez 24 hommes tunisiens : analyse clinicobiologique et évolutive, S. Othmani, B. Louzir et le Groupe d'étude du lupus, La revue de médecine interne 23 (2002) 983-990  
[2] Le lupus érythémateux systémique masculin : à propos de 9 observations, F. Derbali et al., La Revue de médecine interne 30 (2009) S89



# Profil des consultants en acupuncture en Tunisie

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

## INTRODUCTION

- La place de l'acupuncture a évolué dans le système de soins en Tunisie.
- La demande croissante de la part des patients pour un traitement par acupuncture nous a conduits à réaliser cette étude dont le but était de déterminer le profil des consultants en acupuncture en Tunisie.

## MATERIELS ET METHODES

- Etude prospective menée sur une période de 18 mois.
- Ont été inclus 130 patients et ont été recueilli pour chaque patient:
  - l'âge
  - le niveau de scolarité
  - la profession.

## RESULTATS

- 130 patients: 39% hommes (n=50) et 61% femmes (n=80).
- **Leur âge moyen** était de 54.5 ans  $\pm$  14.22 ans.
- Quatre vingt huit pourcent des patients étaient âgés de plus de 50 ans.
- **Niveau de scolarité des patients** était hétérogène:
  - 18% avaient un niveau primaire (n=23),
  - 38% un niveau secondaire (n=49)
  - 28% avaient un niveau universitaire (n=37). 1
  - 6% des patients étaient analphabètes (n=21).
  - 1.5% des patients étaient étudiants (n=2)
  - 30% étaient des cadres (n=39)
  - 16% étaient des employés (n=21)
  - 2.5% étaient des ouvriers (n=3).
- La moitié des patients étaient inactifs:
  - 14.6% étaient retraités (n=19)
  - 35.4% étaient des femmes au foyer (n=46)
- **Motif de consultation:**
  - des pathologies rhumatologiques dans 70% des cas
  - des pathologies neurologiques dans 12% des cas.

## DISCUSSION

- La majorité des consultants au service d'acupuncture étaient des femmes et la plupart des patients étaient âgés de plus de 50 ans.
- En effet, cette tranche d'âge est plus sujette aux maladies chroniques responsables de douleur.
- Notre étude a montré également que le pourcentage de patients scolarisés ayant recours à l'acupuncture est plus élevé par rapport à une étude tunisienne faite en 2002.

## CONCLUSION

**Il semble que les patients scolarisés sont de plus en plus demandeurs de cette thérapie qu'ils commencent à considérer comme un complément thérapeutique intéressant.**



# Anévrysmes thrombosés des artères pulmonaires au cours de la maladie de Behçet: à propos de 2 cas

H. Loukil, M. Snoussi, F. Frikha, R. Ben Salah, S. El Oud, M. Jallouli, Y. Chérif, S. Marzouk, Z. Bahloul  
Service de médecine interne CHU Hédi Chaker, Sfax (Tunisie)

**Introduction :** La maladie de Behçet (MB) est une vascularite systémique de cause inconnue. Ses manifestations systémiques sont diverses et dominées par l'atteinte cutanéomuqueuse et oculaire. L'atteinte pulmonaire est rare, représentée par les thromboses et plus exceptionnellement les anévrysmes des artères pulmonaires (AAP). Nous rapportons 2 cas d'AAP retenus parmi une série de 376 cas de MB soit 0.5%.

## Observation 1 :

■ Un jeune homme de 19 ans, sans antécédents pathologiques était hospitalisé en septembre 2000 pour une maladie de Behçet retenue devant une aphtose buccale récidivante, une aphtose génitale et un test d'hypersensibilité cutanée positif et traité par la colchicine (1mg/j). Deux mois après, il était réadmis pour une hémoptysie de faible abondance récurrente.

■ **La radiographie pulmonaire** trouvait une opacité para-hilaire droite.

■ **L'angioscanner thoracique** confirmait la présence d'un anévrysme de l'artère pulmonaire droite mesurant 3 cm de diamètre partiellement thrombosé avec multiples territoires d'embolies pulmonaires bilatérales.

■ **L'échocardiographie transthoracique** montrait 2 thrombi intra-auriculaires dont l'un était flottant. (Figure n°1)

■ **Le patient était traité** par trois bolus de solumédrol relayés par une corticothérapie à forte dose (1 mg/kg/j) pendant 2 mois suivie d'une dégression lente associée à l'azathioprine (100 mg/jour) pendant 18 mois et une anti-coagulation curative qui était maintenue pendant 5 ans.

■ **L'évolution était favorable** sur le plan clinique et radiologique avec un angioscanner thoracique de contrôle à une année d'intervalle normal.

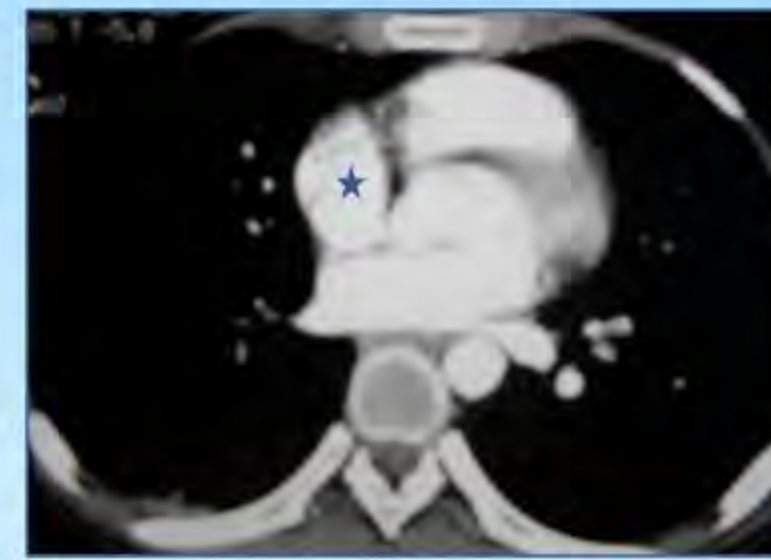


Figure n°1: thrombus intracardiaque

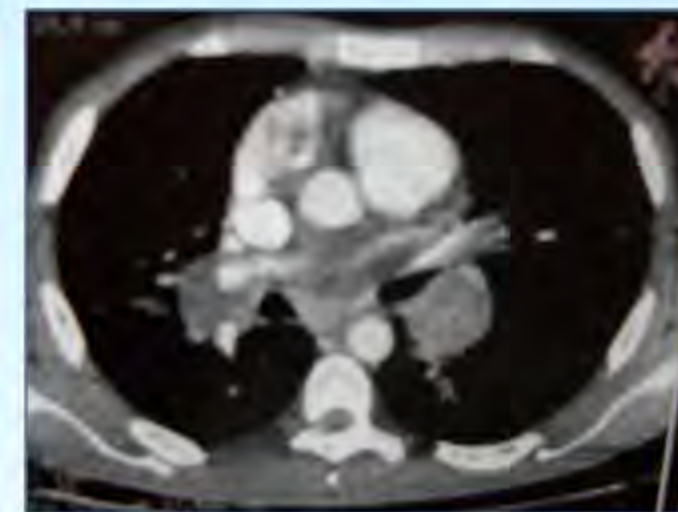


Figure n°2: anévrysmes thrombosés des AP.

## Observation 2 :

■ Un jeune homme de 37 ans était initialement hospitalisé en cardiologie pour une embolie pulmonaire proximale bilatérale révélée par une hémoptysie répétitive évoluant depuis 6 mois. Il était mis sous héparinothérapie et transféré en médecine interne pour une enquête étiologique.

■ A son admission, le patient a présenté une hémoptysie de grande abondance et une aggravation rapide de la dyspnée.

■ **La radiographie thoracique** objectivait un élargissement médiastinal.

■ **L'angioscanner thoracique** montrait une embolie pulmonaire proximale bilatérale, un anévrysme partiellement thrombosé des artères pulmonaires médiastinales droite et gauche et une hémorragie alvéolaire prédominant au niveau des bases pulmonaires. (figure n°2).

■ **Cette atteinte vasculaire pulmonaire** était rattachée à une maladie de Behçet d'autant que l'interrogatoire notait une aphtose buccale récidivante et l'examen physique trouvait des lésions de pseudo folliculite du dos mais sans cicatrice d'aphte génital.

■ **L'évolution était rapidement fatale**, le patient était décédé suite à un état de choc hémorragique compliqué d'un arrêt cardio-respiratoire.

**Discussion:** au cours de la MB l'atteinte artérielle est plus tardive que l'atteinte veineuse à laquelle elle est souvent associée. Les anévrysmes de l'artère pulmonaire sont rares, mais représentent le plus souvent la deuxième localisation anévrysmale au cours de la MB après l'aorte abdominale. Elles surviennent le plus souvent au cours de la MB évoluée et rarement inaugurales tel est le cas de notre deuxième observation. L'association de thromboses intracardiaques et anévrysmes pulmonaires est rarement rapportée et doit faire rechercher un SAPL associé. Le traitement est basé sur les corticoïdes, les immunosuppresseurs et l'anticoagulation. Le pronostic est conditionné par les hémoptysies foudroyantes (1,2).

**Conclusion :** Les anévrysmes artériels pulmonaires sont une complication rare mais très grave mettant en jeu le pronostic vital au cours de la maladie de Behçet. Le diagnostic doit être rapide dans les formes révélatrices. Les corticoïdes associés aux immunosuppresseurs doivent être précoces pour un meilleur pronostic.

1- H Harmouche, Z Tazi Mezalek. Association anévrysme de l'artère pulmonaire, thromboses intracardiaques et anticorps antiphospholipides au cours de la maladie de Behçet. A propos d'un cas. Rev M&D Interne 1998; 19: 512-5.  
2- N. Zaghba et al. Thrombose cardiaque, anévrysme de l'artère pulmonaire et embolie pulmonaire. Revue de Pneumologie clinique (2012) 68, 307-310.





La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# SPONDYLOARTHRITE ET TRAITEMENT PAR BIOTHERAPIE

**D. Amri, K. Baccouche, S. Belghali, N.El Amri, Z. Alaya, H. Zeglaoui, E. Bouajina**  
Service de rhumatologie hôpital Farhat Hached Sousse

## Introduction:

Les anti-TNF-alpha se révèlent efficaces face à certaines formes de spondyloarthrite (SpA). Le but de notre travail est d'évaluer le profil évolutif des patients atteints d'une SpA sous anti TNF.

## Matériel et méthode:

Etude rétrospective menée au service de rhumatologie Farhat Hached sur une période de 07 ans (2006-2012) incluant les malades suivis pour une SpA et traités par biothérapie

## Résultat:

Il s'agit de 21 patients (18H/3F), âgés en moyenne de 39,9 ans (25-60ans). L'âge de début de la maladie est de 28,7 ans en moyenne.

Il s'agit de 12 cas de SPA, 8 cas de rhumatisme psoriasique et un cas de spondylarthropathie des MICI.

Un syndrome inflammatoire biologique est présent dans 16 cas.

La radiographie objective une coxite dans 6 cas, une sacroiliite dans 13 cas (8 cas stade 2, 4 cas stade 3 et 1 cas stade 4) et une atteinte rachidienne dans 6 cas.

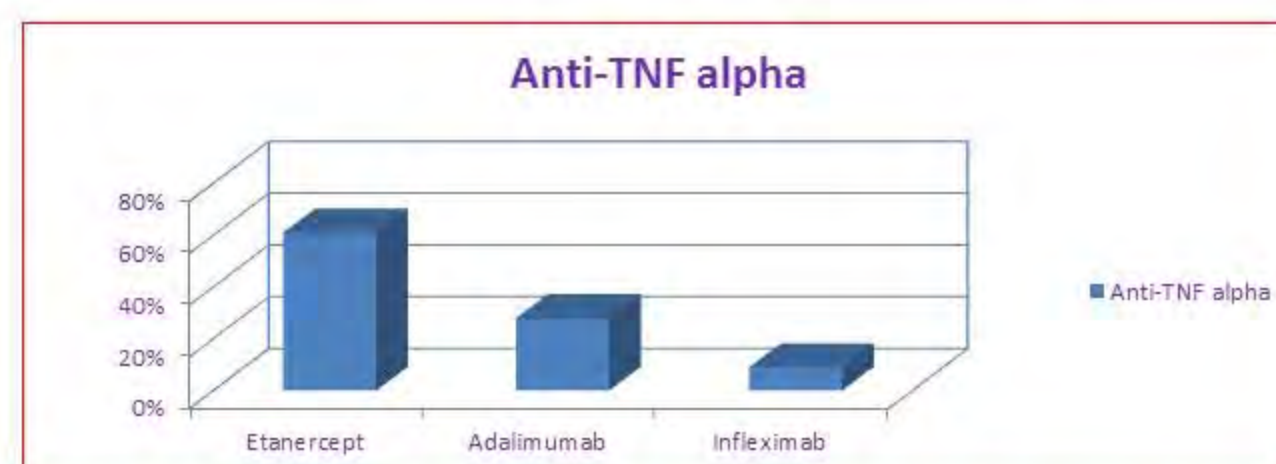
Le BASDAI et le BASFI sont à 6,1/10 et 5,8/10 en moyenne rétrospectivement. L'indication de la biothérapie dans notre série est l'échec de plus de trois familles d'AINS chez 4 patients et de traitement de fond à base de Methotrexate ou Salazopyrine chez 17 patients.

L'âge moyen de début de la biothérapie est de 42 ans.

On a eu recours à Etanercept dans 13 cas, Adalimumab dans 6 cas et Infliximab dans 2 cas.

Une amélioration est notée chez 19 patients avec disparition de SIB, diminution de BASDAI à 3,1 et de BASFI à 4,7.

Un échec thérapeutique est constaté dans 2 cas porteur de SPA (sous Etanercept et Infliximab) et un échappement dans 3 cas.



## Discussion:

-Les spondyloarthrites représentent un ensemble d'entités rhumatologiques groupant la spondylarthrite ankylosante (SA), les arthrites réactionnelles, le rhumatisme psoriasique, les arthrites associées aux entérocolopathies et les spondyloarthrites indifférenciées.(1)

-L'instauration d'un traitement par anti-Tumor Necrosis Factor alpha (TNF $\alpha$ ) chez un patient spondylarthritique suit les recommandations (1) (ASAS 2010):

1-Diagnostic : Spondylarthrite ankylosante (New York modifiés) ou critères ASAS de spondyloarthrite axiale

2-Maladie active :  $\geq 4$  semaines, BASDAI  $\geq 4$  et avis d'expert .

3-Echec du traitement conventionnel :

\*Tous les patients : réponse inadéquate à l'essai d'au moins 2 AINS ; définie par au moins 2 AINS sur une période de 4 semaines au total à dose maximale recommandée, en dehors des contre-indications.

\*Maladie axiale : un traitement préalable par DMARD n'est pas requis.

\*Atteinte périphérique : une infiltration cortisonique si indiquée ; un essai de traitement par DMARD, préférentiellement la sulfasalazine.

\*Enthésite : traitement local approprié.

- Quatre anti-TNF $\alpha$  sont actuellement indiqués pour le traitement de la SA: l'infliximab ; l'adalimumab ; le golimumab ; l'éta nercept.(2)

-Le choix du produit se fait en fonction de l'avis du patient, de ses comorbidités et de l'observance qu'il doit avoir vis-à-vis du traitement.

-Différentes études mettent en évidence une amélioration sous traitement des paramètres cliniques (indice d'activité BASDAI, réponse ASAS, qualité de vie), biologiques (en particulier CRP) ou d'inflammation focale (IRM, échographie-doppler des enthèses) chez la majorité des patients évalués.

-Ils auraient également des effets bénéfiques sur les symptômes généraux comme la fatigue et la qualité de vie des patients. Leur efficacité pour traiter les enthésites semble, quant à elle, plus limitée.

- L'efficacité durable d'un traitement par anti-TNF $\alpha$  ne peut être obtenue que si celui-ci est pris continuellement .(2)

- Actuellement, aucune autre biothérapie ne possède d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de la SA.(2)

## Conclusion:

Les anti-TNF-alpha ont démontré une efficacité clinique sur les SpA. Ces traitements ne peuvent être utilisés qu'après échec d'un traitement conventionnel conduit de façon optimale.

## Références:

1- Daniel Wendling, Philippe Goupille .Les anti-TNF dans la spondylarthrite et le rhumatisme psoriasique .Diu - Immunothérapies ciblées des maladies inflammatoires et auto-immunes 1,cours8.

2- Frédérique ASTIER, Xavier GUILLOT. Les traitements de la spondylarthrite Ankylosante. Actualités pharmaceutique ,n° 527.



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Les arthrites infectieuses : à propos de 21 cas

Hamdi W , Nouri N , Kaffel Dh , Bahlouli E, Zouch I , Kchir MM

1 Service de rhumatologie , Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

L'arthrite septique est une véritable urgence médicale vu que ce sont des infections au pronostic fonctionnel grave.

La mortalité a nettement diminuée grâce au traitement ATB, mais on observe encore des séquelles d'arthrite septique.

Le but de notre étude est de déterminer les caractères cliniques, biologiques bactériologique et radiographiques des arthrites septiques dans un service de rhumatologie.

## Patients et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective de 21 patients .Les dossiers ont été colligés sur une période de 5 ans .Ont été inclus tous les patients , présentant une suspicion d'arthrite septique, hospitalisés au service de rhumatologie . Le diagnostic d'arthrite septique a été porté sur des éléments de présomption cliniques ,biologiques , radiologiques ou confirmé par des preuves bactériologiques ou anatomopathologiques.

## Résultats:

Nous avons colligé 21 dossiers de patients (13 hommes et 8 femmes) avec un sexe ratio de 1,5.

L'âge moyen 45 ans pour des extrêmes de 19 et 83 ans.

L'arthrite est toujours douloureuse, elle est douloureuse et fébrile dans 72,2%.

L'arthrite était mono articulaire dans tous les cas et la hanche a été la localisation la plus fréquente de notre série (38%)

Devant la négativité des preuves bactériologiques et anatomopathologiques le diagnostic a été porté sur des éléments de présomption clinique et devant les antécédents de tuberculose dans 19% ( 4 cas ) , et une arthrite décapitée par les Antibiotiques a été considérée dans 9.5% (3cas). L'arthrite était considérée tuberculeuse dans 80% ( 17 cas), décapitée dans 14% (3cas) et à Klebsielle dans 5% (1cas).

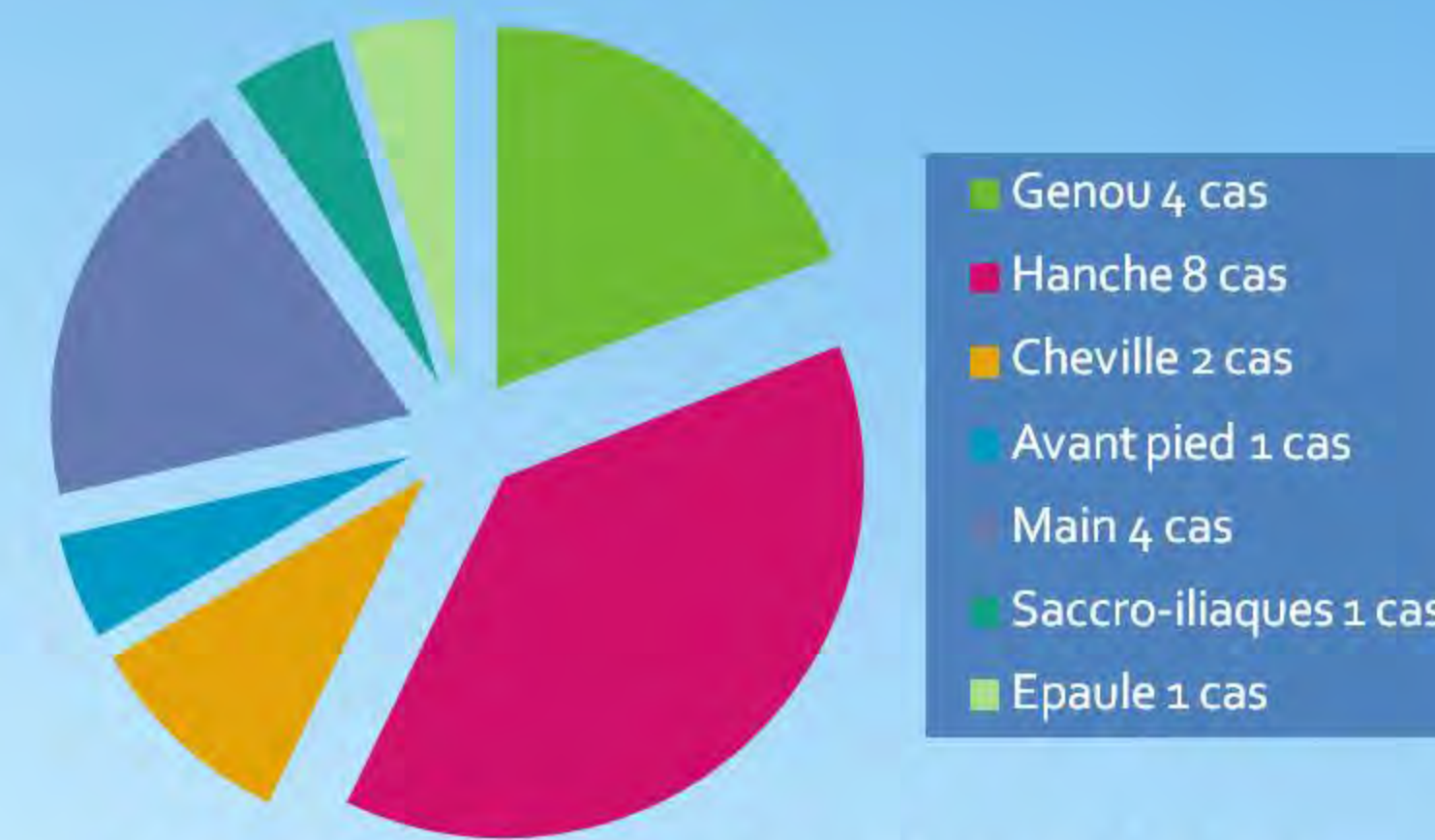


Figure 1. Répartition des arthrites septiques selon le siège

## Illustration :

Patiente de 83 ans , sans antécédents notables , qui présente une mono arthrite chronique du genou droit fistulisée à la peau évoluant dans un contexte d'apyrexie . Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique. Les radiographies du genou ont montre une arthrite tri compartimentale destructrice avec épanchement intra articulaire. L'IRM et l'échographie du genou on montré une arthropathie destructrice avec synovite et une collection liquide en voie de fistulisation. La biopsie synoviale n'a pas été réalisée vue la fistule cutanée. La ponction du genou avec culture et PCR du BK ont confirmé l'origine tuberculeuse. La patiente a eu une immobilisation par attelle et quadruple antibiothérapie anti-tuberculeuse avec bonne évolution.

## DISCUSSION

Les arthrites septiques sont de moins en moins fréquentes et semblent survenir dans un contexte particulier d'immunodépression. Contrairement aux arthrites à germe spécifique qui semblent en recrudescence. La confirmation du diagnostic d'une arthrite infectieuse parfois dans un contexte clinique difficile est l'étape clé pour une prise en charge efficace. Le germe doit être recherché dans le liquide articulaire et éventuellement à la biopsie synoviale. L'arthrite tuberculeuse doit être toujours évoquée, en particuliers en zone d'endémie tuberculeuse.

## CONCLUSION:

Les arthrites infectieuses semblent moins fréquentes de nos jours. Elles restent dominées par l'atteinte tuberculeuse en particuliers en zone d'endémie.

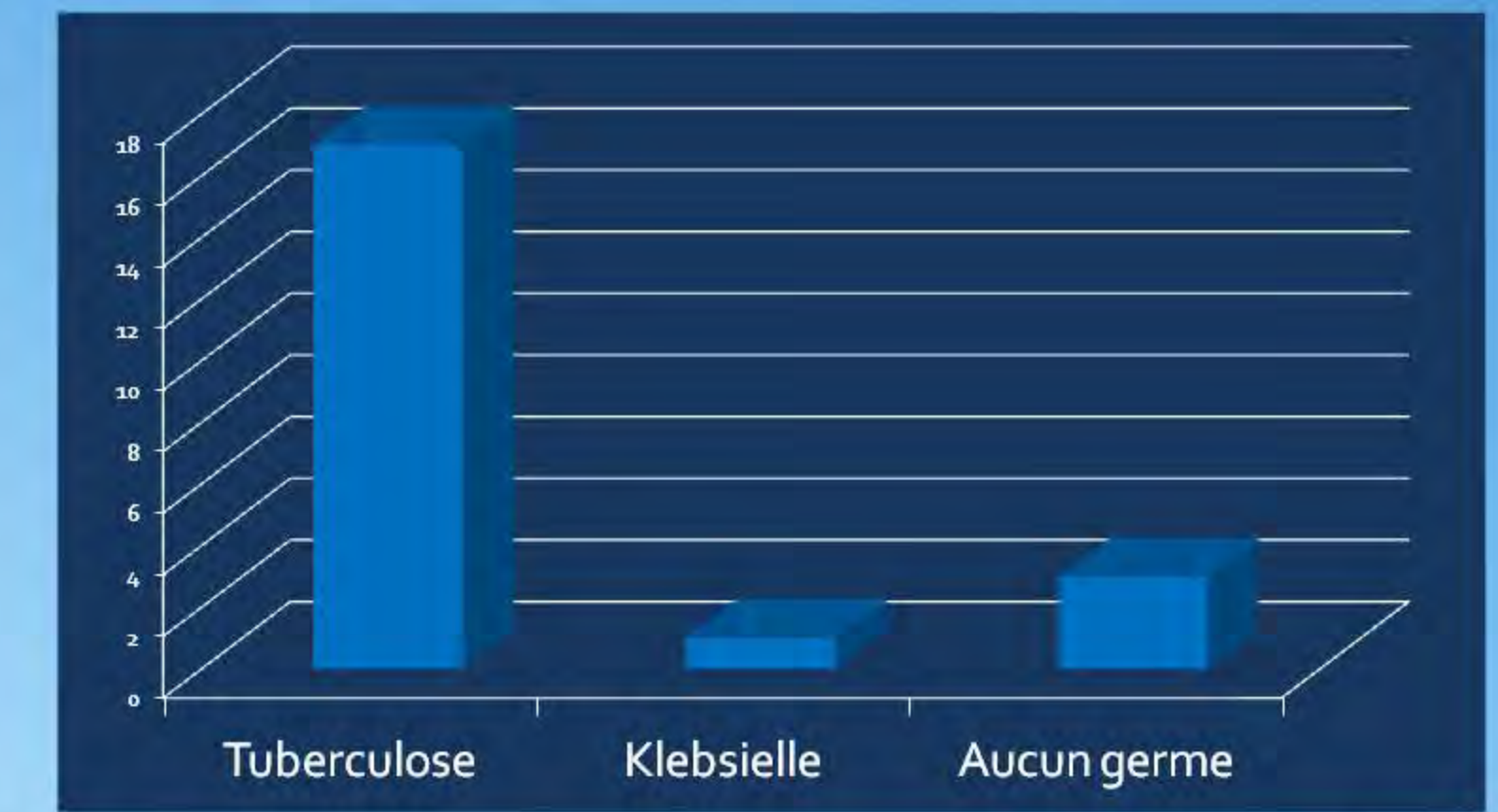
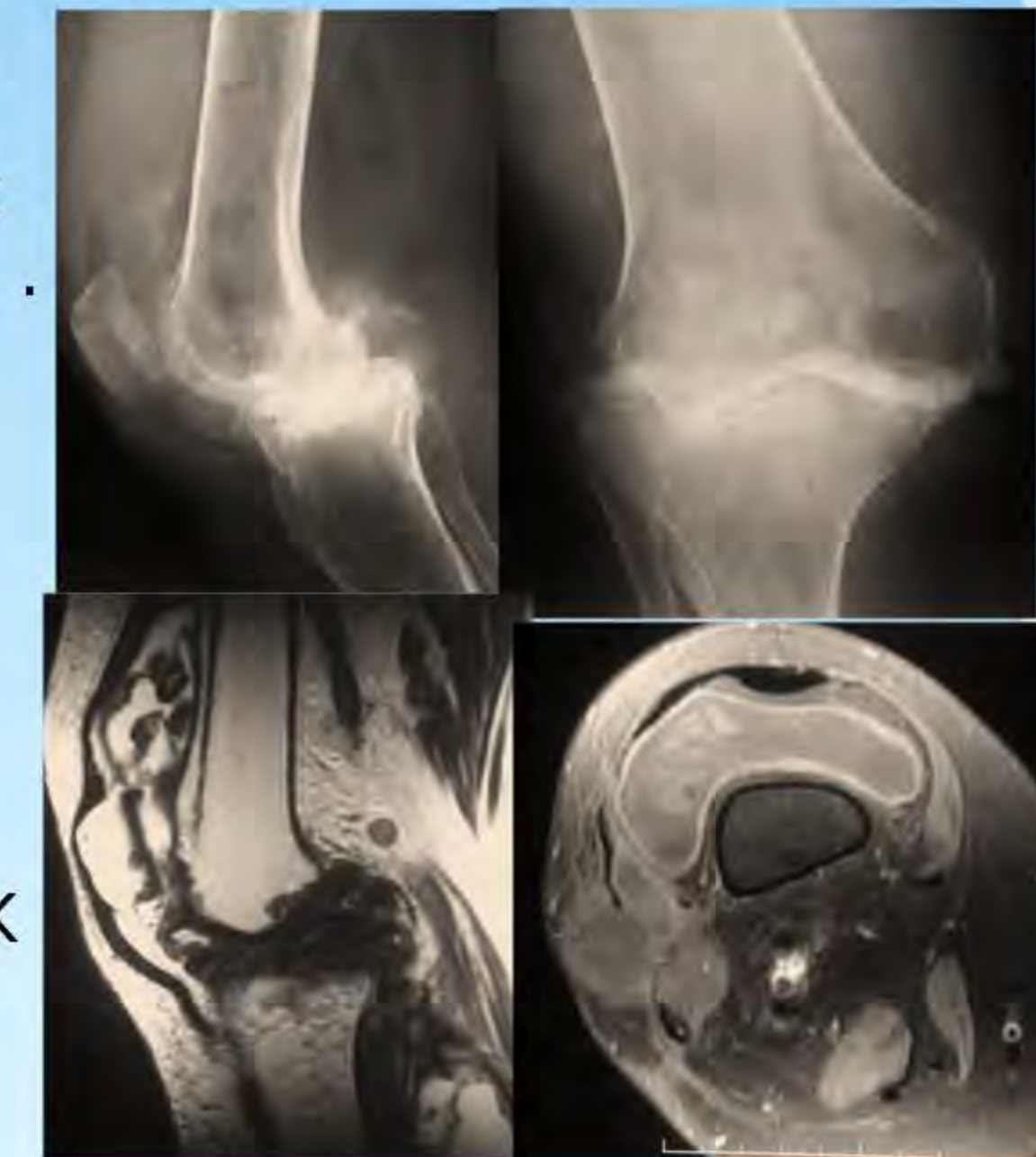


Tableau 2 : Répartition des arthrites selon le germe





La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Aspect cliniques et para cliniques des spondylodiscites inflammatoires compliquant les spondylarthropathies.

Hamdi W<sup>1</sup>, Nouri N<sup>1</sup>, Bahlouli E<sup>1</sup>, Kaffel Dh<sup>1</sup>, Zouch I<sup>1</sup>, Chelli M<sup>2</sup>, Ladeb MF<sup>2</sup>, Kchir MM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de rhumatologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

<sup>2</sup> Service de radiologie, Institut Kassab d'orthopédie Ksar Said Tunis Tunisie

## INTRODUCTION:

La spondylodiscite inflammatoire (SDI) est une complication rare mais non exceptionnelle des spondylarthropathies. Il s'agit d'une entité peu fréquente mais de description ancienne.

Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec la spondylodiscite infectieuse.

Le but de ce travail est de dégager les caractéristiques cliniques et surtout d'imagerie de cette affection.

Ces localisations destructrices disco-vertébrales connaissent actuellement un regain d'intérêt avec l'avènement de l'imagerie moderne.

Elles sont rarement responsables de signes neurologiques.

## Patients et Méthodes :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective, incluant 17 patients atteints d'une spondylarthropathie colligés au service de rhumatologie au cours de l'année 2013.

Le diagnostic de spondylodiscite inflammatoire (SDI) était retenu devant des arguments, cliniques, radiologiques et évolutifs.

## Résultats :

Les 17 cas de SDI sont répartis en 9 hommes et 8 femmes ayant avec un âge moyen de 45 ans. Les patients étaient suivis pour spondylarthrite dans 13 cas(76%) et pour rhumatismes psoriasiques sans psoriasis dans 4 cas (24%). La durée moyenne d'évolution était de 7 ans avec des extrêmes de 1 an à 18 ans.

8 de nos patients (47%) étaient sous traitement de fond au moment de la découverte de la SDI alors que chez 9 patients(53%) la découverte de la SDI était concomitante à la découverte de la spondylarthropathie.

La spondylarthropathie était axiale dans tous les cas, une atteinte périphérique associée était retrouvée dans 4 cas(24%).

Une atteinte des enthèses périphériques était retrouvée dans 8 cas (47%).

Des rachialgies inflammatoires étaient retrouvées dans 13 cas(77%).

Les manifestations extra articulaires associées étaient une ostéoporose dans 5 cas (30%).

Dans 15 cas (88%) les index d'activités de la maladie étaient élevés.

Le BASDAI moyen était de 4.7 et le BASFI moyen était de 5.6.

La VS moyenne était de 22 et la CRP moyenne était de 15.

La SDI était de localisation unique dans 5 cas(29%) et multifocale dans 12 cas(70%). La localisation a été lombaire dans 8 cas(47%), dorsale dans 7 (41%)cas et cervicale dans 2 cas(12%). Aucun patient n'a présenté de signes neurologiques.

L'atteinte radiologique associait à des degrés divers : un pincement discal(82%), des érosions ou géodes vertébrales(16%) et une condensation des plateaux vertébraux (100%) et des calcifications discales (24%).



Rx Rachis lombaire Profil



Rx Rachis lombaire Profil

Spondylodiscite inflammatoire D12-L1: Pincement global du disque avec condensations et irrégularité des plateaux vertébraux.

## DISCUSSION

La prévalence des spondylodiscites aseptiques au cours de les spondylarthropathies est évaluée entre 5 et 28%.

Dans notre série elles s'observent chez des patients ayant des formes anciennes, évoluées, avec une localisation dorso-lombaire.

Elles peuvent être inaugurales. Les manifestations cliniques sont habituellement des rachialgies qui peuvent être mises sur le compte d'une poussée de la maladie.

Les complications neurologiques sont exceptionnelles et de rares cas de compression médullaire sont rapportés dans la littérature.

La physiopathologie des ces spondylodiscites aseptiques fait référence soit à une cause inflammatoire avec un infiltrat qui fragiliserait le plateau cartilagineux discal soit à des facteurs mécaniques qui seraient responsables d'une destruction discale entre 2 segments rachidiens ankylosés.

## CONCLUSION:

La spondylodiscite aseptique compliquant les spondylarthropathie est probablement sous estimée.

Elle concerne plus souvent la spondylarthrite, particulièrement les formes évoluées sur le plan clinique et radiologique



# Etude de la gêne fonctionnelle au cours du rhumatisme psoriasique

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

## INTRODUCTION :

Le rhumatisme Psoriasique (RP), rhumatisme inflammatoire faisant partie du groupe des spondylarthropathies et qui se trouve actuellement au cœur de l'actualité, peut être à l'origine d'un handicap fonctionnel important. L'objectif de ce travail était d'évaluer le retentissement fonctionnel et de rechercher les facteurs prédictifs d'une limitation de la fonction au cours du RP.

## PATIENTS ET METHODES :

Etude rétrospective des dossiers de patients suivis pour un RP (critères CASPAR) sur une période de 13 ans [1999-2012]. La gêne fonctionnelle était évaluée par le BASFI. Un score  $\geq 40$  définit une limitation importante de la fonction. Nous avons par la suite procéder à une comparaison entre deux groupes : Groupe 1 (BASFI $\geq 40$ ) et Groupe 2 (BASFI $< 40$ ).

## RESULTATS :

### Caractéristiques épidémiologiques:

- N=36
- 24 hommes et 12 femmes (sex-ratio H/F=2)
- Age moyen= 48,3 ans [22-77].
- Des antécédents familiaux de psoriasis et de spondylarthrite ankylosante étaient notés dans 1 cas chacun.
- Environ un tiers des patients avaient un RP sans psoriasis cutané.

### Caractéristiques cliniques:

- Le RP évoluait en moyenne depuis 7,6 années [0-32].
- Les manifestations extra articulaires étaient notées dans 33,3% des cas.

- La maladie était destructrice dans 52,8% des cas. L'atteinte de la hanche et du rachis cervical étaient notées dans un tiers des cas chacune.
- Un SIB était noté dans tous les cas.
- L'EVA douleur moyenne était de 70,1mm.
- Le compte artriculaire était en moyenne de 7,5/3,5 [0-36]/[0-20]
- Le BASDAI moyen était de 57,5 [0-100].

### Evaluation de la gêne fonctionnelle:

- ✓ Le BASFI moyen était de 55,7% [0-100] avec un BASFI $\geq 40$  dans 72% des cas.
- ✓ L'étude comparative n'avait pas montré de différence significative entre les deux groupes. (Tableau I)

**Tableau I: Etude comparative entre les deux groupes**

Paramètre	Groupe 1	Groupe 2	p
Sexe ratio(H/F)	1,8	3	0,691
Psoriasis cutanée	21	4	0,214
Atteinte des IPD	9	2	0,668
Atteinte destructrice	16	3	0,193
Déformations	5	0	0,566
Coxite	11	1	0,244
Consommation d'AINS	23	7	1

- ✓ Une corrélation positive était noté entre le BASFI et l'EVA douleur, le BASDAI, et la VS. Les autres paramètres n'avaient pas montré de corrélation avec la gêne fonctionnelle. (Tableau II)

**Tableau II: Corrélation entre le BASFI et les différents paramètres de la maladie**

	p
EVA	0,044
BASDAI	<0,001
VS	0,044
CRP	0,072
RN	0,147
RM	0,241
NAD	0,611
NAT	0,623
Durée d'évolution	0,746

## DISCUSSION:

Le RP est un rhumatisme inflammatoire chronique qui touche le sujet adulte actif. La gêne fonctionnelle au cours du RP contribue à l'altération de la qualité de vie [1]. Les patients ayant une forte activité de la maladie et une douleur intense expriment une gêne fonctionnelle plus importante [2]. Dans notre série l'altération de la fonction était corrélée à la douleur, à l'activité de la maladie et l'inflammation

## CONCLUSION :

La gêne fonctionnelle au cours du RP est liée à la douleur, à l'inflammation et à l'activité de la maladie plutôt qu'à son expression clinique et radiologique.

### REFERENCES:

- [1] Wittoek R, Cruvssen BV, Verbouger G. Predictors of functional impairment and pain in erosive osteoarthritis of the interphalangeal joints: Comparison with controlled inflammatory arthritis. Arthritis Rheum 2012;5:1430-6
- [2] Leung yy, Tam LS, Kun Ell,EK. Impact of illness and variables associated with functional impairment in Chinese patients with psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol 2008;5:820-6



La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

# Complication rare au cours du myélome multiple

**Salma Kassab; Aicha Ben Tekaya; ;Kaouther Ben Abdelghani; Kaouther Maatallah; Leila Souabni; Salma Chekili; Ahmed Laatar; Leith Zakraoui**

## Introduction:

Le myélome multiple (MM) est une hémopathie lymphoïde maligne responsable de complications osseuses lytiques. L'atteinte osseuse touche principalement le rachis, les côtes et les os longs. Les fractures sont fréquentes au cours de l'évolution, spontanées ou provoquées par des traumatismes minimes. Le sternum en est une localisation exceptionnelle. Nous en rapportons un cas.

## Observation:

Mme H.K, âgée de 48ans, a été hospitalisée pour prise en charge d'un MM de type IgG Lambda stade IIIA selon la classification de Durie et Salmon. Elle avait une importante cyphose dorsale. L'IRM rachidienne a montré des tassements vertébraux dorsaux étagés. Elle a présenté, suite à un traumatisme minime, des douleurs thoraciques antérieures intenses, médianes, et aggravées par la toux et la respiration profonde. L'examen physique a révélé une tuméfaction douloureuse en regard du sternum faisant 6cm de grand axe. Une urgence cardio-respiratoire a été éliminée. Les radiographies standards étaient normales. Le complément d'exploration par une TDM de la paroi thoracique antérieure a conclu à une fracture déplacée horizontale du sternum en situation manubriale sans lésion péricardique ni parenchymateuse. La patiente a été mise sous surveillance avec une bonne évolution

## Discussion:

Les fractures spontanées du sternum sont habituellement secondaires à un envahissement métastatique ou myélomateux [1] et beaucoup plus rarement à une ostéoporose [2]. Cliniquement [2-5], la fracture sternale peut être latente. Parfois, elle se traduit par des douleurs modérées thoraciques antérieures, médianes, de rythme mécanique, aggravées par la toux et la respiration profonde. La douleur peut être intense et simuler une urgence cardio-respiratoire comme dans notre cas. L'examen clinique peut parfois retrouver un œdème, une tuméfaction locale ou une douleur à la palpation sternale, ceci a été vérifié chez notre patiente. La radiographie du thorax profil peut objectiver une solution de continuité bordée parfois d'ostéosclérose [2]. Par ailleurs, la fracture ne se traduit que par une condensation mal limitée, située le plus souvent à la partie moyenne du sternum. Un épaissement des parties molles est parfois possible [2]. Plus tardivement, apparaît un cal vicieux. Dans notre cas, une fracture pathologique secondaire à un envahissement myélomateux était retenue devant le contexte clinique et l'infiltration myélomateuse objectivée sur la TDM de la paroi thoracique antérieure.

## Conclusion:

Les fractures déplacées du sternum peuvent mettre en jeu le pronostic vital par ses complications, dont la plus grave est la contusion myocardique. La recherche d'une lésion sous-jacente s'impose en cas de survenue de ces fractures.

## Références:

- [1] Aymard A, et al. Fracture spontanée du sternum. *J Radiol* 1987;68:593-5.
- [2] Péré P, et al. Les fractures par insuffisance osseuse du sternum. *Rev Rhum [Ed Fr]* 1989;56:843-6.
- [3] Cooper KL. Insufficiency fractures of the sternum: a consequence of thoracic kyphosis. *Radiology* 1988;167:471-2.
- [4] Chen C, et al. Insufficiency fracture of the sternum caused by osteopenia. Plain film findings in seven patients. *AJR Am J Roentgenol* 1990;154:1025-7.
- [5] Soubrier M, et al. Fracture de contrainte du sternum. À propos d'une observation. *Rev Rhum [EdFr]* 1994;61:559-60.

# Tuberculose pleurale sous étanercept

S Boussaïd; R Tekaya; H Sahli; O Saidane; I Mahmoud; L Abdelmoula; R Zouari;  
Rhumatologie, Hopital Charles Nicolle,

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

## Introduction

L'avènement des anti-TNF  $\alpha$  constitue une révolution dans le traitement des rhumatismes inflammatoires chroniques. Cependant, les patients recevant ce traitement ont un risque augmenté de réactiver une tuberculose latente. Les recommandations internationales préconisent le dépistage de la tuberculose avant l'introduction d'un anti-TNF  $\alpha$ . Nous rapportons ici le cas d'un patient suivi pour un rhumatisme psoriasique ayant développé une tuberculose pleurale sous étanercept.

## Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 22 ans, suivi depuis 2007 pour un rhumatisme psoriasique à début juvénile d'expression axiale et périphérique. Le patient a été traité initialement par le méthotrexate (MTX) arrêté au bout de 13 mois pour intolérance digestive. La maladie est redevenue alors active (VS = 70 mm, CRP = 58 mg/l; BASDAI = 56 et BASFI = 86, score PASI = 20,4). Une biothérapie par Etanercept a été donc débutée en mai 2008 après avoir réalisé un bilan prébiothérapie comprenant en particulier une radiographie du thorax, une IDR et des recherches de BK dans les crachats et dans les urines. Tous ces examens étaient normaux. En décembre 2012, le patient a présenté une dyspnée associée à une douleur thoracique. Les explorations ont conclu à une tuberculose pleurale (IDR à la tuberculine fortement positive et recherches de BK dans les crachats positives). Nous avons donc arrêté le traitement par Etanercept, un traitement antituberculeux a été instauré et poursuivi pendant 6 mois. Le contrôle par tubage (recherche de BK) s'est négativé au bout de 3 mois de traitement. Une reprise de l'étaanercept est prévue 2 mois après l'arrêt du traitement anti-tuberculeux.



Fig1: Rx du thorax montrant la miliaire tuberculeuse

## Conclusion

La tuberculose est une complication possible du traitement par anti-TNF $\alpha$ . Ce dernier joue un rôle central dans le maintien de la réponse immunitaire granulomateuse dans la tuberculose.

## Discussion

### ➔ premiers cas rapportés de tuberculose sous Anti-TNF $\alpha$ : [1]

- 70 tuberculoses / 149.000 patients traités par Infliximab
- Incidence estimée de la Tbc au cours de la PR sous anti-TNF => **24.4 / 100.000**
- Fréquence des formes **extrapulmonaires +++**
- **Gravité +++ (au moins 4/70 décès dus à la tuberculose)**
- **Réactivation de lésions préexistantes +++ (délai survenue 12 sem)**

### ➔ Etanercept et tuberculose [2]

- Juillet 2004 : 34 cas de Tbc/411 213 patients traités
- Délai médian après une dose : 11,5 mois
- 52% extra-pulmonaires
- Incidence estimée à 14.4 /100.000
- **Risque plus faible ?** ➔ Etanercept : récepteur soluble, qui se lie préférentiellement au TNF soluble et non membranaire

### ➔ Adalimumab et tuberculose

- 8 cas sur ~542 pts traités (1.5%) dans les essais

### ➔ Facteurs de risque identifiés de Tbc sous anti-TNF $\alpha$

- Degré de l'immunodépression médicamenteuse
- Etat débilisé (durée de la PR)
- Age
- Immigration
- Immunodépression autre

## Références

- [1] Keane J et al, Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. NEJM ; 2001, 345 : 1098  
[2] Manadan A, Mohan A, Cote T, Siegel J, Sequeira W, Block J. Tuberculosis and etanercept treatment. Arthritis Rheumatism 2002; 46:355.

## Ostéoporose compliquant un syndrome de Laron

Tekaya R ; Boussaid S ; Sahli H ; Saidane O ; Mahmoud I ; Abdelmoula; Zouari R  
Service de Rhumatologie; Hôpital Charles Nicolle; Tunis

La Ligue Tunisienne  
Anti-Rhumatismale

### Introduction

Le syndrome de Laron ou syndrome d'insensibilité primaire à la GH, est une maladie génétique due à une délétion ou mutation des récepteurs de la GH responsable d'un défaut de sécrétion de l'IGF-I. Cette maladie est plus fréquente dans les populations juives et méditerranéennes. L'atteinte osseuse à type d'ostéoporose est fréquemment retrouvée au cours de cette pathologie et pose des problèmes de prise en charge thérapeutique. Nous rapportons le cas d'un malade ayant un syndrome de Laron responsable d'une ostéoporose

### Observation

- ❖ patient de 33 ans issu d'un mariage consanguin du 1<sup>er</sup> degré, suivi pour un syndrome de Laron depuis le jeune âge.
- ❖ Consulte pour une coxopathie droite mécanique évoluant depuis un an.
- ❖ A l'examen, on notait un nanisme dysharmonieux (T=132cm, poids 55 Kg). On notait aussi un raccourcissement du membre inférieur droit de 1,8 cm.
- ❖ La hanche droite était douloureuse à la mobilisation.
- ❖ Biologie

	Valeurs
Calcémie (mmol/l)	2,17
Phosphorémie (mmol/l)	1,08
Phosphatases alcalines (UI/l)	54

- ❖ Les radiographies montraient une dysplasie de la hanche droite sans dysplasie des vertèbres. On relèvait aussi une scoliose dorsolombaire à convexité gauche centrée sur D8. Figures (1 et 2)

- ❖ La DMO a mis en évidence une ostéoporose:

T score rachis lombaire : -2,8 DS et T score col fémoral à -1,1 DS

- ❖ Le patient a été mis sous alendronate (70 mg/semaine) après correction de l'hypocalcémie
- ❖ Des semelles orthopédiques ont été prescrites pour pallier à l'inégalité ses membres inférieurs.



Fig1: Rx du rachis dorsolombaire de face montrant la scoliose



Fig 2: Rx du bassin de face montrant la dysplasie de la tête fémorale droite

Actuellement, à deux ans de traitement, le patient va bien et aucun incident fracturaire n'a été rapporté. Une DMO de contrôle est prévue. L'hypophosphatasie est restée stable.

### Discussion et Conclusion

Actuellement, il n'existe pas de traitement permettant de guérir ou de prévenir le syndrome de Laron [1]. L'ostéopénie générée par cette pathologie serait améliorée par les injections d'IGF-1 [2]. Au stade d'ostéoporose, Il n'existe pas de traitement codifié et certains cas rapportés dans la littérature suggèrent que le traitement par alendronate pourrait être efficace [3].

#### Références

- [1] Z. Laron, Laron syndrome (primary growth hormone resistance or insensitivity): the personal experience 1958–2003, J. Clin. Endocrinol. Metab. 89 (2004) 1031–1044.
- [2] Z. Laron, A. Kowadlo-Silbergeld, R. Eshet, A. Pertzalan, Growth hormone resistance, Ann. Clin. Res. 12 (1980) 269–277.
- [3] V. Eshed et al. Effect of alendronate on bone mineral density in adult patients with Laron syndrome (primary growth hormone insensitivity). Growth Hormone & IGF Research 16 (2006) 119–124